

Мы выражаем искреннюю благодарность нашим профессиональным учителям, многие из которых наблюдают за нами с небес, за то, что они научили нас искусству медицины, хирургии и клинической практике, постоянно подталкивая нас к дальнейшим научным исследованиям. Еще больше мы благодарим Бога за то, что Он дал нам возможность показать моменты клинической и хирургической профессиональной жизни из 40 лет работы с нашими пациентами.

**Джан Карло Ди Ренцо
Антонио Мальвази**

CESAREAN DELIVERY

A Comprehensive Illustrated Practical Guide

Edited by

Gian Carlo Di Renzo, MD, PhD

Founder and Director of the Permanent International and European
School in Perinatal, Neonatal and Reproductive Medicine (PREIS)
and Professor and Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology
and Director, Centre for Perinatal and Reproductive Medicine
Santa Maria della Misericordia University Hospital
Perugia, Italy

Antonio Malvasi, MD

Professor, Department of Obstetrics and Gynecology
Santa Maria Hospital
GVM Care & Research
Bari, Italy
and Adjunct Professor, International Translational Medicine
and Biomodelling Research Group
Department of Applied Mathematics
Moscow Institute of Physics and Technology (State University)
Moscow Region, Russia

Оглавление

Список сокращений и условных обозначений	6
Предисловие	7
1. Эпидемиология: мировые тенденции	9
2. Лапаротомия при кесаревом сечении	28
3. Гистеротомия при кесаревом сечении	56
4. Извлечение плода	73
5. Отделение плаценты и методы экстерииоризации матки	134
6. Зашивание разреза на матке	152
7. Кесарево сечение в XXI в.	167
8. Миома матки и миомэктомия при кесаревом сечении	181
9. Предлежание и/или вращение плаценты. Тактика ведения	196
10. Внутриматочный баллон для лечения послеродовых кровотечений при кесаревом сечении.	206
11. Особые ситуации при кесаревом сечении и послеродовое кровотечение	213
12. Дистоция и ультразвуковое исследование в родах	222
13. Проблемы современной тактики ведения родов	233
14. Дистоция плечиков	245
15. Многоплодная беременность и кесарево сечение	265
16. Преждевременные роды	286
17. Новорожденный после кесарева сечения	310
18. Характеристика рубца на матке после кесарева сечения	318
19. Вагинальные роды после кесарева сечения	332
20. Судебно-медицинские аспекты кесарева сечения	340
Авторский коллектив	367

Ана Пилар Бетран и Марио Мериалди
Ana Pilar Betrán and Mario Merialdi

Введение

Кесарево сечение (КС) было, есть и будет жизненно необходимой операцией для спасения жизни матери и ребенка при осложнениях во время беременности или родов. Однако беспрецедентное и порой необоснованное расширение показаний за последние десятилетия является одной из самых контрверсионных тем в современной акушерской практике [1, 2].

В 1985 г. на организованной ВОЗ в Форталезе (Бразилия) встрече группа экспертов проанализировала и опубликовала рекомендации по родовспоможению [3]. Согласно экспертной оценке, «ни в одном регионе мира нет причин для того, чтобы частота КС превышала 10–15%». Данное заключение было основано на том, что в некоторых странах с самыми низкими показателями КС частота КС была ниже 10%. Несмотря на рекомендации экспертов, отсутствие доказательств, что широкое использование КС улучшает материнские и перинатальные исходы, а также существующие риски для матери и плода [4–6], частота КС продолжает неуклонно расти, особенно в странах с высоким и средним уровнем дохода [7–10].

В мире каждую минуту одновременно проводится 50 КС, или приблизительно 25 млн в год.

Сопутствующие дискуссии связаны с разной частотой операции не только в разных странах, но даже в пределах отдельной страны [11–13], бременем расходов на неоправданные вмешательства [10] и с поиском многочисленных причин данного феномена.

В 2009 г. ВОЗ опубликовала руководство по контролю неотложной акушерской помощи [14]. Впервые с 1985 г. было признано, что «несмотря на рекомендуемую ВОЗ еще с 1985 г. допустимую частоту КС 10–15%, эмпирических данных об оптимальном показателе или его диапазоне не существует, при этом многочисленные исследования подтверждают негативный эффект высокой частоты оперативного родоразрешения».

«Очень низкие и очень высокие показатели КС могут быть опасными. В ожидании результатов дальнейших исследований пользователи руководства могут по-прежнему ориентироваться на диапазон 5–15% или на свои собственные нормативы».

Эпидемиологические данные и общемировые тенденции

Первые отчеты об увеличении частоты КС появились еще в 1976 г., после обобщения данных за 1940–1970 гг. в больницах США [15, 16]. В начале 1980-х годов частота КС в Соединенных Штатах увеличилась с 4,5% в 1965 г. до 10,4% в 1975 г. и 16,5% в 1980 г. [17], и это увеличение не ограничивалось отдельными больницами. В ряде более поздних исследований были представлены и сопоставлены данные о КС в нескольких промышленно развитых странах, где анализировались и показания к операции с 1980-х годов [18, 19]. Одна из первых попыток систематической оценки частоты КС на национальном уровне во всем мире была представлена в 2007 г. с целью сопоставления опыта оперативного родоразрешения на основании данных 126 стран, что составляет почти 90% живорождений в мире [7].

В табл. 1.1 представлена глобальная, региональная и субрегиональная частота КС в 2007 г. в соответствии с географическим распределением региональных подразделений ВОЗ в то время. На момент исследования 15% родов во всем мире выполнялись с помощью КС. На государственном уровне самая высокая частота оперативного родоразрешения оказалась в Северной и Латинской Америке (25 и 30% соответственно), самая низкая — в Африке (3,5%). Однако за этими средними значениями скрываются значительные различия между субрегионами и конкретными странами. Например, частота КС в Южной Африке (14,5%) резко контрастирует с данными по Средней, Западной и Восточной Африке

Таблица 1.1.

Показатели частоты кесарева сечения в регионах и субрегионах и оценка данных (2007)

Регионы/подрегионы ^а	Частота КС (%)	Минимум–максимум (%)	Оценка данных ^б (%)
Весь мир	15,0	6,2–36,0	90
Экономически развитые регионы	21,1	0,4–40,5	89 (72) ^в
Слаборазвитые страны	14,3	0,4–6,0	74
Наименее развитые страны	2,0	0,4–15,4	83
Африка	3,5	0,6–7,4	93
Восточная Африка	2,3	0,4–6,0	26
Центральная Африка	1,8	3,5–11,4	84
Северная Африка	7,6	6,9–15,4	93
Южная Африка	14,5	0,6–6,0	95
Западная Африка	1,9	1,0–40,5	89 (65) ^в
Азия	15,9	27,4–40,5	90 (0,31) ^в
Восточная Азия	40,5	1,0–10,8	93
Южная часть Центральной Азии	5,8	1,0–17,4	83
Западная Азия	6,8	1,5–23,3	75
Европа	19	6,2–36,0	99
Восточная Европа	15,2	6,2–24,7	100
Северная Европа	20,1	14,9–23,3	100
Южная Европа	24,0	8,0–36,0	97
Западная Европа	20,2	13,5–24,3	100
Латинская Америка и страны Карибского бассейна	29,2	1,7–39,1	92
Страны Карибского бассейна	18,1	1,7–31,3	78
Центральная Америка	31,0	7,9–39,1	98
Южная Америка	29,3	12,9–36,7	90
Северная Америка	24,3	22,5–24,4	100
Океания	14,9	4,7–21,9	92
Австралия/Новая Зеландия	21,6	20,4–21,9	100
Меланезия	4,9	4,7–7,1	87
Микронезия	па ^г	па	0
Полинезия	па	па	0

^а Страны указаны по классификации Организации Объединенных Наций. Страны с населением менее 140 000 в 2000 г. не включены.

^б Относительно доли живорождений при наличии репрезентативных данных по стране.

^в Данные с круглыми скобками показывают превышение, за исключением данных по Китаю.

^г па = нет данных.

(1,8, 1,9 и 2,3% соответственно). Разница показателей в Азии еще поразительнее. Несмотря на то что средний уровень КС в регионе составляет 15,9%, очень низкие показатели в южной части Центральной (5,8%) и Юго-Восточной Азии (6,8%) резко контрастируют с очень высокими показателями в Восточной Азии (40,5%), главным образом в Китае.

Латинская Америка традиционно является регионом с самой высокой частотой КС в мире, лидирует в этом списке Бразилия, за ней следуют Чили и Мексика. В 2010 г. более 50% бразильцев были рождены путем КС. С 2006 г. в этом регионе частота оперативного родоразрешения увеличилась на 20% за 4 года [20], причем более 80% родов с помощью КС проводились в частных клиниках.

На рис. 1.1, а, б представлены показатели КС в странах, включенных в анализ 2007 г. и попавших в диапазон 10–15%. Логарифмическая шкала на верхней панели наглядно показывает страны с низкой частотой КС. И вновь преобладают страны Африки: Чад, Эфиопия, Мадагаскар и Нигер, где частота ниже 1%. Стоит отметить,

что только в двух африканских странах этот показатель превышает 10%, а именно в Египте и Южной Африке. Напротив, рис. 1.1, б (с натуральным рядом) отражает более частое применение оперативного родоразрешения. В Бразилии, Китае, Италии и Мексике частота КС на момент исследования была выше 35%.

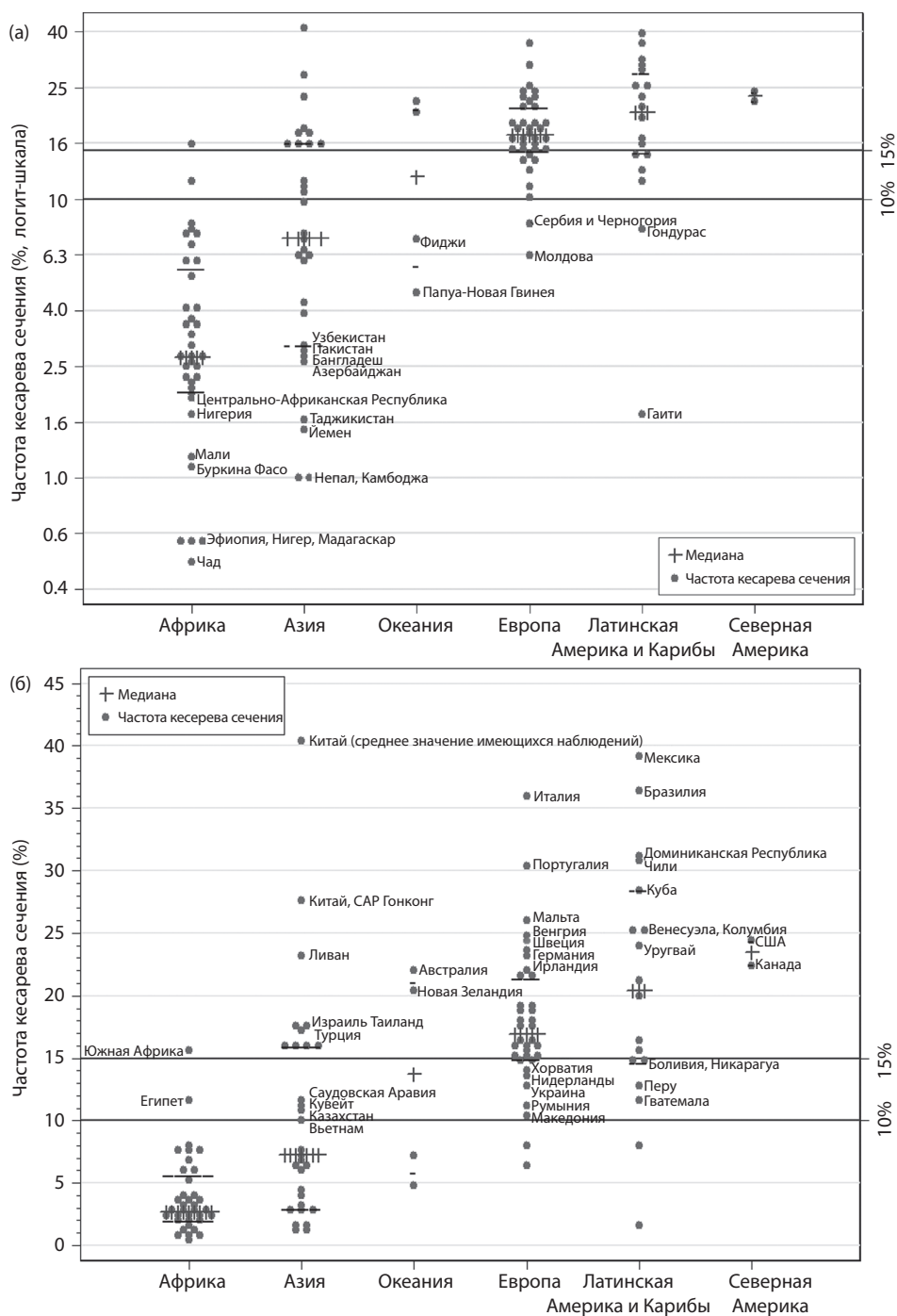


Рис. 1.1. Точечная диаграмма частоты кесарева сечения в регионах, показывающая медиану и интерквартильные отклонения; логарифмическая шкала (а) и натуральные единицы (б). Отдельные региональные выбросы обозначены текстовыми метками

Данные, опубликованные ВОЗ в сборнике «Мировая статистика здравоохранения за 2014 г.», показали, что все региональные оценки свидетельствуют об увеличении частоты КС, за исключением Африки, где средний показатель все еще составляет 4%. В Северной и Южной Америке, а также в Европе частота КС на сегодняшний день составляет 36 и 24% соответственно [21]. В среднем частота КС в мире составляет 30% (табл. 1.2, а, б).

Таблица 1.2, а.

Частота кесарева сечения по странам в алфавитном порядке (Всемирная организация здравоохранения)

Страна	Год	Частота КС (%)
Австралия	2015	33,3
Австрия	2016	29,5
Азербайджан	2015	27,6
Албания	2013	34,1
Алжир	2010–2013	16,0
Ангола	2010–2016	3,7
Аргентина	2011	29,1
Армения	2010–2016	18,0
Афганистан	2010–2015	2,7
Бангладеш	2013–2016	30,7
Барбадос	2010–2012	21,3
Бахрейн	2015	28,0
Беларусь	2014	27,1
Белиз	2013–2016	34,2
Бельгия	2013	21,2
Бенин	2012–2014	5,3
Болгария	2014	39,1
Боливия	2011–2016	33,4
Босния и Герцеговина	2014	24,0
Бразилия	2015	55,5
Буркина Фасо	2010–2015	3,7
Бурунди	2005–2010	4,0
Бутан	2008–2010	12,4
Вануату	2008–2013	11,9
Великобритания	2016–2017	27,8–31,2
	2015–2016	29,9–25,6
Венгрия	2014	36,4
Венесуэла	2009	32,2
Восточный Тимор	2004–2010	1,7
Вьетнам	2011–2014	27,5
Габон	2007–2012	10,0
Гаити	2013	5,4

Продолжение табл. 1.2, а

Страна	Год	Частота КС (%)
Гайана	2012–2014	16,9
Гамбия	2008–2013	2,0
Гана	2009–2014	12,8
Гватемала	2009–2015	26,3
Гвинея	2014–2016	3,1
Гвинея-Бисау	2012–2014	3,9
Германия	2016	30,5
Гондурас	2006–2012	18,6
Грузия	2015	41,4
Дания	2016	19,5
Джибути	2007–2012	11,0
Доминиканская Республика	2012	58,1
Египет	2009–2014	51,8
Замбия	2008–2014	4,4
Зимбабве	2010–2015	5,8
Израиль	2014	16,1
Индия	2010–2016	17,2
Индонезия	2007–2012	12,3
Иордания	2007–2012	28,0
Ирак	2012	24,4
Иран	2008–2010	45,6
Ирландия	2015	31,3
Исландия	2016	18,3
Испания	2014	27,3
Италия	2014	35,0
Йемен	2008–2013	4,8
Казахстан	2013–2015	14,8
Камбоджа	2009–2014	6,3
Камерун	2012–2014	2,4
Канада	2015	27,9
Катар	2010–2012	19,5
Кения	2009	8,7
Кипр	2015	56,9
Киргизия	2012–2014	7,4
Кирибати	2004–2009	9,6
Китай	2014	34,9
КНДР	2007–2009	12,5
Колумбия	2016	45,8
Коморы	2007–2012	9,6
Конго	2012–2015	4,9
Конго	2008–2014	5,1
Коста-Рика	2014	23,5
Кот-д'Ивуар	2014–2016	3,3

Продолжение табл. 1.2, а

Страна	Год	Частота КС (%)
Куба	2012–2014	40,4
Лаос	2009–2012	3,7
Латвия	2016	21,7
Лесото	2009–2014	9,7
Либерия	2008–2013	3,9
Ливан	2016	47,1
Литва	2015	21,9
Люксембург	2013	30,5
Маврикий	2016	45,4
Мавритания	2013–2015	4,9
Мадагаскар	2007–2013	1,9
Македония	2009–2011	24,9
Малави	2010–2016	6,1
Малайзия	2006	15,7
Мали	2013–2015	2,0
Мальдивы	2014	41,2
Мальта	2016	30,7
Марокко	2015	15,2
Маршалловы Острова	2002–2007	9,3
Мексика	2013–2015	40,7
Микронезия	2006	10,5
Мозамбик	2006–2011	3,9
Молдавия	2014	18,4
Монако	2015	20,6
Монголия	2011–2013	23,4
Мьянма	2010–2016	17,1
Намибия	2008–2013	14,4
Науру	2002–2007	7,5
Непал	2011–2016	9,0
Нигер	2007–2012	1,4
Нигерия	2014–2017	2,8
Нидерланды	2015	16,6
Никарагуа	2006–2012	29,7
Новая Зеландия	2015	25,5
Норвегия	2016	16,1
ОАЭ	2013	23,9
Оман	2016	19,5
Пакистан	2007–2013	14,1
Панама	2011–2013	27,7
Парагвай	2014–2016	45,9
Перу	2011–2016	31,6
Польша	2014	35,6
Португалия	2011	35,2

Страна	Год	Частота КС (%)
Российская Федерация	2018	30,1
Руанда	2010–2015	13,0
Румыния	2013	40,1
Сальвадор	2016	31,3
Самоа	2009–2014	4,6
Сан-Марино	2016	27,5
Сан-Томе и Принсипи	2012–2014	5,6
Саудовская Аравия	2016	30,2
Сейшелы	2016	28,2
Сенегал	2011–2016	5,5
Сент-Люсия	2010–2012	18,5
Сербия	2012–2014	28,8
Сирия	2004–2009	26,0
Словакия	2012	30,3
Словения	2012	18,9
Соломоновы Острова	2010–2015	5,9
Судан	2012–2014	9,1
Суринам	2008–2010	19,0
США	2015	32,0
Сьерра-Леоне	2008–2013	2,9
Таджикистан	2007–2012	4,0
Таиланд	2013–2016	32,7
Танзания	2010–2016	5,9
Того	2008–2014	6,5
Тонга	2007–2012	17,4
Тринидад и Тобаго	2007	18,4
Тувалу	2002–2007	7,1
Тунис	2009–2012	26,7
Туркменистан	2013–2016	6,3
Турция	2008–2013	48,1
Уганда	2006–2011	5,3
Узбекистан	2015	13,6
Украина	2010–2012	12,1
Уругвай	2015	39,4
Филиппины	2008–2013	9,3
Финляндия	2016	16,4
Франция	2016	19,6
Хорватия	2016	23,0
ЦАР	2008–2010	4,5
Чад	2009–2015	1,4
Черногория	2011–2013	19,9
Чехия	2012	25,9

Окончание табл. 1.2, а

Страна	Год	Частота КС (%)
Чили	2012	49,6
Швейцария	2015	33,3
Швеция	2015	17,4
Шри Ланка	2015	33,2
Эквадор	2015	49,0
Экваториальная Гвинея	2006–2011	6,6
Эритрея	2005–2010	2,8
Эсватини	2012–2014	11,6
Эстония	2016	20,3
Эфиопия	2011–2016	1,9
Южная Корея	2013–2015	39,1
Южный Судан	2008–2010	<1,0
Ямайка	2009–2011	21,2
Япония	2014	19,7

Таблица 1.2, б.

Частота кесарева сечения по странам по убыванию частоты кесарева сечения (Всемирная организация здравоохранения)

Страна	Год	Частота КС (%)
Доминиканская Республика	2012	58,1
Кипр	2015	56,9
Бразилия	2015	55,5
Египет	2009–2014	51,8
Чили	2012	49,6
Эквадор	2015	49,0
Турция	2008–2013	48,1
Ливан	2016	47,1
Парагвай	2014–2016	45,9
Колумбия	2016	45,8
Иран	2008–2010	45,6
Маврикий	2016	45,4
Грузия	2015	41,4
Мальдивы	2014	41,2
Мексика	2013–2015	40,7
Куба	2012–2014	40,4
Румыния	2013	40,1
Уругвай	2015	39,4
Болгария	2014	39,1
Южная Корея	2013–2015	39,1
Венгрия	2014	36,4
Польша	2014	35,6

Продолжение табл. 1.2, б

Страна	Год	Частота КС (%)
Португалия	2011	35,2
Италия	2014	35,0
Китай	2014	34,9
Белиз	2013–2016	34,2
Албания	2013	34,1
Боливия	2011–2016	33,4
Австралия	2015	33,3
Швейцария	2015	33,3
Шри Ланка	2015	33,2
Таиланд	2013–2016	32,7
Венесуэла	2009	32,2
США	2015	32,0
Перу	2011–2016	31,6
Ирландия	2015	31,3
Сальвадор	2016	31,3
Бангладеш	2013–2016	30,7
Мальта	2016	30,7
Германия	2016	30,5
Люксембург	2013	30,5
Словакия	2012	30,3
Саудовская Аравия	2016	30,2
Российская Федерация	2018	30,1
Никарагуа	2006–2012	29,7
Австрия	2016	29,5
Аргентина	2011	29,1
Сербия	2012–2014	28,8
Сейшелы	2016	28,2
Бахрейн	2015	28,0
Иордания	2007–2012	28,0
Канада	2015	27,9
Панама	2011–2013	27,7
Азербайджан	2015	27,6
Вьетнам	2011–2014	27,5
Сан-Марино	2016	27,5
Испания	2014	27,3
Беларусь	2014	27,1
Тунис	2009–2012	26,7
Гватемала	2009–2015	26,3
Сирия	2004–2009	26,0
Чехия	2012	25,9
Новая Зеландия	2015	25,5

Продолжение табл. 1.2, б

Страна	Год	Частота КС (%)
Македония	2009–2011	24,9
Ирак	2012	24,4
Босния и Герцеговина	2014	24,0
ОАЭ	2013	23,9
Коста-Рика	2014	23,5
Монголия	2011–2013	23,4
Хорватия	2016	23,0
Литва	2015	21,9
Латвия	2016	21,7
Барбадос	2010–2012	21,3
Бельгия	2013	21,2
Ямайка	2009–2011	21,2
Монако	2015	20,6
Эстония	2016	20,3
Черногория	2011–2013	19,9
Япония	2014	19,7
Франция	2016	19,6
Дания	2016	19,5
Катар	2010–2012	19,5
Оман	2016	19,5
Суринам	2008–2010	19,0
Словения	2012	18,9
Гондурас	2006–2012	18,6
Сент-Люсия	2010–2012	18,5
Молдавия	2014	18,4
Тринидад и Тобаго	2007	18,4
Исландия	2016	18,3
Армения	2010–2016	18,0
Тонга	2007–2012	17,4
Швеция	2015	17,4
Индия	2010–2016	17,2
Мьянма	2010–2016	17,1
Гайана	2012–2014	16,9
Нидерланды	2015	16,6
Финляндия	2016	16,4
Израиль	2014	16,1
Норвегия	2016	16,1
Алжир	2010–2013	16,0
Малайзия	2006	15,7
Марокко	2015	15,2
Казахстан	2013–2015	14,8

Страна	Год	Частота КС (%)
Намибия	2008–2013	14,4
Пакистан	2007–2013	14,1
Узбекистан	2015	13,6
Руанда	2010–2015	13,0
Гана	2009–2014	12,8
КНДР	2007–2009	12,5
Бутан	2008–2010	12,4
Индонезия	2007–2012	12,3
Украина	2010–2012	12,1
Вануату	2008–2013	11,9
Эсватини	2012–2014	11,6
Джибути	2007–2012	11,0
Микронезия	2006	10,5
Габон	2007–2012	10,0
Лесото	2009–2014	9,7
Кирибати	2004–2009	9,6
Коморы	2007–2012	9,6
Маршалловы Острова	2002–2007	9,3
Филиппины	2008–2013	9,3
Судан	2012–2014	9,1
Непал	2011–2016	9,0
Кения	2009	8,7
Науру	2002–2007	7,5
Киргизия	2012–2014	7,4
Тувалу	2002–2007	7,1
Экваториальная Гвинея	2006–2011	6,6
Того	2008–2014	6,5
Камбоджа	2009–2014	6,3
Туркменистан	2013–2016	6,3
Малави	2010–2016	6,1
Соломоновы Острова	2010–2015	5,9
Танзания	2010–2016	5,9
Зимбабве	2010–2015	5,8
Сан-Томе и Принсипи	2012–2014	5,6
Сенегал	2011–2016	5,5
Гаити	2013	5,4
Бенин	2012–2014	5,3
Уганда	2006–2011	5,3
Конго	2008–2014	5,1
Конго	2012–2015	4,9
Мавритания	2013–2015	4,9

Окончание табл. 1.2, 6

Страна	Год	Частота КС (%)
Йемен	2008–2013	4,8
Самоа	2009–2014	4,6
ЦАР	2008–2010	4,5
Замбия	2008–2014	4,4
Бурунди	2005–2010	4,0
Таджикистан	2007–2012	4,0
Гвинея-Бисау	2012–2014	3,9
Либерия	2008–2013	3,9
Мозамбик	2006–2011	3,9
Ангола	2010–2016	3,7
Буркина Фасо	2010–2015	3,7
Лаос	2009–2012	3,7
Кот-д’Ивуар	2014–2016	3,3
Гвинея	2014–2016	3,1
Сьерра-Леоне	2008–2013	2,9
Нигерия	2014–2017	2,8
Эритрея	2005–2010	2,8
Афганистан	2010–2015	2,7
Камерун	2012–2014	2,4
Гамбия	2008–2013	2,0
Мали	2013–2015	2,0
Мадагаскар	2007–2013	1,9
Эфиопия	2011–2016	1,9
Восточный Тимор	2004–2010	1,7
Нигер	2007–2012	1,4
Чад	2009–2015	1,4
Южный Судан	2008–2010	<1,0

Россия не является исключением: за последние 40 лет частота КС выросла почти в 20 раз (с 1,6% в 1980 г. до 30,1% в 2018 г.) — в среднем на 1,3% ежегодно.

Темпы оперативного родоразрешения в России — одна операция каждую минуту.

Не вызывает сомнений, что одним из интегральных факторов, ассоциированных с частотой оперативного родоразрешения в стране, является доход на душу населения. Рекомендованная в свое время ВОЗ частота КС — 10–15% — в экономически развитых странах давно преодолена, в отличие от стран с ограниченными ресурсами. В этом отношении следует подчеркнуть, что наименьшая частота КС сохраняется в странах с традиционной многодетностью, где проблема «рубцов на матке» не так актуальна.

Последствия общемирового неравенства

Представленные цифры демонстрируют контраверсионность проблемы КС в целом и в конкретных условиях различных материков, стран, регионов и даже отдельных медицинских организаций [24–27]. Одним из негативных последствий беспрецедентного увеличения частоты КС является отвлечение людских и материальных ресурсов [22]. С другой стороны, административное ограничение частоты оперативного родоразрешения может также иметь негативные последствия для материнских и перинатальных исходов и даже рассматриваться как неуважение независимости и прав женщин [23]. Несомненно, это является следствием неравенства в сфере здравоохранения в мире: недоступность адекватной акушерской помощи в странах с низким уровнем дохода и расширение списка, порой неоправданное, относительных показаний в странах со средним и высоким уровнем дохода [7, 8, 13, 28]. Анализ последствий подобного неравенства показал, что в странах с низким уровнем дохода, где происходит 60% родов в мире, ежегодно требуется 0,8–3,2 млн «дополнительных» КС, а в странах со средним и высоким уровнем доходов, где происходит 37,5% родов, ежегодный «избыток» оперативных родоразрешений составляет 4,0–6,2 млн [11]. Снижение частоты КС до 15% позволило бы сэкономить 2,32 млрд долларов США, в то время как для достижения уровня 10% в странах, где это необходимо, потребуется лишь 432 млн долларов США. Однако остается нерешенным вопрос, где та грань, когда чрезмерная частота КС начинает влиять на систему здравоохранения, но без ущерба оказания помощи действительно нуждающимся в ней [29].

Материнские и перинатальные исходы при кесаревом сечении

Бесспорно, КС в определенных ситуациях снижает риски как для матери, так и для ребенка. Тем не менее при нормальных, неосложненных родах дискуссионным остается вопрос о потенциальном вреде операции, поскольку некоторые исследования показали увеличение материнской заболеваемости и смертности [30].