

В.И. КРАСНОПОЛЬСКИЙ, д.м.н., академик РАН, профессор, **Л.С. ЛОГУТОВА**, д.м.н., профессор,
Московский областной НИИ акушерства и гинекологии Минздрава Московской области

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ

В статье на большом клиническом материале (19 311 беременных) проведен анализ течения беременности и показаний к родоразрешению путем кесарева сечения. Сопоставлена частота оперативных родов при экстрагенитальных заболеваниях и осложнениях беременности с перинатальной смертностью. Показано, при каких акушерских ситуациях возможно снижение частоты кесарева сечения без увеличения при этом перинатальной смертности.

Ключевые слова: кесарево сечение, перинатальная смертность, экстрагенитальные заболевания, акушерские осложнения

Отличительной особенностью современного акушерства является его оперативная направленность. Сегодня оперативное родоразрешение – неотъемлемая часть акушерской практики, и во всем мире регистрируется увеличение частоты оперативных родов.

Но если в странах Западной Европы и США параллельно с увеличением частоты кесарева сечения (КС) увеличивается и число вагинальных оперативных родов (вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы), то в России у большинства акушеров оперативное родоразрешение ассоциируется только с КС.

Так, если в США при частоте КС 32,8% использование вакуум-экстрактора зарегистрировано в 6,3%, акушерских щипцов – в 3,4%; в Англии – 25, 6,6, 5,5% соответственно; в Португалии – 31,2, 16,7, 5,8%, то в России при частоте КС в 2011 г. 23,1% вакуум-экстрактор использован в 0,6% родов, а акушерские щипцы – в 0,1% [1–4].

■ За последние 30 лет частота КС в России увеличилась более чем в 3 раза и сегодня составляет в среднем 22–23%. Рост числа этой операции произошел в основном за счет перинатальных центров и ведущих клиник страны, где концентрируются беременные высокого материнского и перинатального риска

Еще в конце XX в. у большинства акушеров как у нас в стране, так и за рубежом вызвала беспокойство высокая частота КС. И вот наступил XXI век – век технологического прогресса, когда современная медицина обладает возможностями для управления почти всеми естественными функциями организма, в т. ч. и женского. Сегодня мы легко можем индуцировать роды, при необходимости замедлить или ускорить их, за несколько минут родить ребенка, минуя есте-

ственный путь деторождения, забывая при этом, что мы лишаем этого ребенка тех преимуществ, которые дают самопроизвольные роды. А это и соматическое здоровье, и большая состоятельность психоэмоциональных реакций, и возможности социальной адаптации.

И как это ни печально, но и в XXI в. мы вынуждены констатировать, что большинство акушерских проблем сегодня решается с помощью КС.

Сторонники широкого использования КС в современном акушерстве аргументируют свои позиции снижением перинатальной смертности (ПС), забывая о проблемах, ассоциированных с абдоминальным родоразрешением: более высокая материнская смертность по сравнению с самопроизвольными родами, более высокая частота послеоперационных инфекционно-воспалительных заболеваний, удорожание акушерской помощи, трудности при ведении беременности и, особенно, при родоразрешении беременных с рубцом на матке.

Сегодня около 80% КС производится по относительным показаниям. При этом такие из них, как возраст первородящей, т. н. длительное бесплодие, относительно крупные размеры плода (а не крупный плод как таковой) и, особенно, «настойчивое желание женщины иметь живого здорового ребенка», являются для акушера определяющими, а нередко единственными аргументами в пользу КС.

Несмотря на техническую простоту КС, эта операция не может быть отнесена к легким хирургическим вмешательствам в связи с возникающими интраоперационными (кровотечения, ранение соседних органов) и послеоперационными (гематолохиометра, эндометрит, раневая инфекция, перитонит, сепсис) осложнениями.

За последние 30 лет частота КС в России увеличилась более чем в 3 раза и сегодня составляет в среднем 22–23%. Рост числа этой операции произошел в основном за счет перинатальных центров и ведущих клиник страны, где концентрируются беременные высокого материнского и перинатального риска. Средняя частота кесарева сечения в них составляет 25–30%. Но в то же время в некоторых родовспомогательных учреждениях частота абдоминального родоразрешения достигает 40–50 и

более процентов. Объяснить такую высокую оперативную активность акушеров только тяжестью контингента беременных женщин этого стационара трудно.

Цель исследования – изучить возможности снижения частоты КС, не увеличив при этом ПС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ течения беременности проведен у 19 311 пациенток, родоразрешенных в ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии» ГБУЗ МО МОНИИАГ за последние 10 лет. Практически все беременные (95%) были жительницами Московской области.

При поступлении всем пациенткам проведено комплексное обследование в зависимости от характера экстрагенитального заболевания или осложнений беременности, включая УЗИ с доплерометрией и 3D-реконструкцией, многократное КТГ-исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

ГБУЗ МО МОНИИАГ является коллектором беременных с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями и гестационными осложнениями, проживающих в Московской области. Достаточно сказать, что частота нормальных родов в институте не превышает 17–18%. Частота КС за последние 10 лет в среднем составила 22,9%, а ПС за последние 5 лет не превышает 3,0‰ (табл. 1).

Таблица 1. Частота кесарева сечения и перинатальная смертность в ГБУЗ МО МОНИИАГ

	Годы									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
КС, %	17,6	21,2	21,2	23,1	23,7	24,9	24,3	23,7	24,0	23,8
ПС, ‰	7,0	6,9	3,0	5,3	6,4	2,1	1,8	2,7	2,9	2,0

Для сравнения: в РФ при практически такой же частоте КС, как в МОНИИАГ, ПС в 2,5 раза выше (2011 г. КС – 23,1%, ПС – 7,16‰).

Проведенный анализ показал также, что нет прямой корреляционной зависимости между частотой КС и ПС, которая при практически одинаковой частоте абдоминальных родов колеблется в широких пределах.

Для минимизации частоты КС мы все относительные показания к операции разделили на 4 группы.

I. Анатомо-биологические особенности у соматически здоровой беременной. В этих случаях показанием к КС могут быть: анатомически узкий таз 1-й степени сужения; возраст первородящей; мужской фактор или трубное бесплодие; крупный плод, не связанный с фетопатией, тазовое предлежание плода, календарное пролонгирование беременности, неготовность организма беременной к родам в 38–39 нед. гестации, состоятельный рубец на матке после КС или миомэктомии.

Частота планового КС у этой группы беременных должна быть сведена к минимуму. Предпочтение следует отдавать самопроизвольным родам при их спонтанном развитии. И только при отклонении от нормального течения родов при тщательном мониторингировании они могут быть завершены экстренным КС.

Ни у одной беременной в институте анатомически узкий таз 1-й степени, крупный плод не были показанием к плановому КС, клинически узкий таз, обусловленный этими причинами, явился абсолютным показанием к экстренному КС только в 3,9% наблюдений.

Большинство акушеров относят самопроизвольные роды в тазовом предлежании к патологическим и считают, что в интересах плода беременность при этой акушерской ситуации должна завершаться КС. Ключевым фактором остается опыт акушерского персонала, принимающего роды.

Частота абдоминальных родов при тазовом предлежании плода составляет в институте от 32 до 42%. Причем крайне редко показанием к плановому КС является само неправильное положение плода, чаще операция производится по сочетанным показаниям.

Перинатальная смертность при тазовом предлежании плода не превышает 9‰. Ее анализ показал, что она не зависит от способа родоразрешения.

У беременных группы риска на перенашивание беременности (календарное пролонгирование беременности, неготовность организма беременной к родам в 38–39 нед. гестации) в институте широко используются различные методы подготовки шейки матки к родам, включая препидил-гель, антигестагены (миропристон), катетер Фалей, ламинарии. И лишь при отсутствии эффекта от подготовки расширяются показания к КС.

Состоятельный рубец на матке после КС или миомэктомии в институте вообще не является показанием к плановому КС, и при наличии такового роды в 85% заканчиваются через естественные родовые пути.

Однако следует отметить, что в последние годы все чаще и чаще регистрируется наличие несостоятельного рубца на матке, который является абсолютным показанием к КС. Так, если еще 5 лет назад частота несостоятельных рубцов на матке после КС составляла в институте 33,9%, то в 2013 г. эта цифра увеличилась более чем в 2 раза (73,3%).

Причин формирования несостоятельного рубца на матке достаточно много: это и наличие инфекции в организме беременной, и экстрагенитальные заболевания, приводящие к нарушению репаративных процессов, и генетически обусловленная нДСТ, и др. [5, 6].

Однако не последнюю роль в формировании рубца на матке играет техника оперативного вмешательства: метод рассечения матки и методика зашивания разреза на ней. Приведенные данные свидетельствуют о том, что используемые при КС технологии не способствуют адекватному репаративному процессу в области раны на матке, особенно в тех случаях, когда применяется шов по Ревердену.

Особый контингент беременных, у которых реально снижение частоты КС, – это пациентки из бесплодных супружес-

ских пар. Беременность у этих женщин наступает после использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), часто бывает многоплодной, осложняется ИЦН.

Но как показывает наш опыт, а институт занимается проблемой родоразрешения этих пациенток уже более 15 лет, это самый дисциплинированный контингент беременных женщин, прошедших прегравидарную подготовку, регулярно посещающих женские консультации, безукоризненно выполняющих все предписания и назначения лечащего врача, в связи с этим именно у них возможны прогнозирование, профилактика и адекватная и своевременная коррекция гестационных осложнений, в т. ч. и превентивная хирургическая коррекция ИЦН. И тем не менее КС у этих беременных в большинстве случаев производится по сумме таких относительных показаний, как длительное бесплодие в анамнезе, возраст первородящей, многоплодие.

В МОНИИАГ частота КС у беременных после ЭКО колеблется от 20 до 25%, и основным показанием к оперативным родам является тазовое предлежание первого плода из двойни.

■ Высказать безапелляционное мнение о преимущественном способе родоразрешения при недоношенной беременности чрезвычайно сложно. В интересах плода КС акушеры нередко предпринимают лишь с той целью, независимо от его исхода, чтобы сказать себе и женщине, что для этого ребенка было сделано все, что возможно

II. Гестационные осложнения у соматически здоровой беременной. Показанием к КС могут быть такие осложнения, как гестационная артериальная гипертензия, отеки, вызванные беременностью, умеренная преэклампсия, ФПН и СЗРП, обусловленные влиянием каких-либо вредных факторов (никотин, алкоголь, наркотики), перенашивание и недоношивание беременности, гестационный сахарный диабет. Определяющими в показаниях к КС при этих ситуациях являются давность развившегося осложнения и степень его тяжести. В снижении частоты КС по этим показаниям велика роль врачей женских консультаций.

У каждой женщины в начале беременности определяется риск развития перечисленных осложнений. И основной задачей врача женской консультации является не просто формальная констатация этого риска, а проведение тех профилактических мероприятий, которые позволят свести к минимуму его реализацию.

В МОНИИАГ за последние 5 лет не было ни одного оперативного родоразрешения по поводу перенашивания беременности, в 6% – по поводу отсутствия эффекта от подготовки шейки матки к родам в 39–40 нед. беременности.

У беременных с гестационной артериальной гипертензией, умеренной преэклампсией мы отдаем предпочтение программированным родам на фоне ДПА с перманентным контролем за состоянием плода и гемодинамическими показате-

лями роженицы. Частота КС по поводу тяжелой преэклампсии составляет в институте в среднем 6,9%: планового – 4,3%, экстренного – 2,6%.

Ведущая роль принадлежит женской консультации в проблеме недоношивания беременности, а значит, и в снижении частоты оперативных родов в интересах недоношенного плода.

ПС недоношенных новорожденных колеблется в широких пределах (от 250 до 780‰) и находится в прямой зависимости от срока гестации, степени зрелости плода, состояния беременной перед родоразрешением, особенностей адаптации ребенка, объема и длительности реанимационных мероприятий, условий для выхаживания недоношенных детей.

Высказать безапелляционное мнение о преимущественном способе родоразрешения при недоношенной беременности чрезвычайно сложно. В интересах плода КС акушеры нередко предпринимают лишь с той целью, независимо от его исхода, чтобы сказать себе и женщине, что для этого ребенка было сделано все, что возможно.

С нашей точки зрения, ни один из способов родоразрешения при недоношенной беременности не имеет преимуществ.

В структуре ПС недоношенных детей после КС преобладают болезнь гиалиновых мембран, прогрессирующая гипоксия, надпочечниковая недостаточность, внутриутробное инфицирование.

После самопроизвольных родов, которые нередко имеют затяжное течение либо принимают стремительный характер, перинатальная смертность в основном обусловлена прогрессирующей гипоксией, внутриутробным инфицированием, аспирационной пневмонией, энцефалопатией гипоксически-травматического генеза.

Если необходимость досрочного родоразрешения продиктована тяжестью состояния беременной, то и способ родоразрешения должен быть наиболее бережным и щадящим для матери. В тех же ситуациях, когда преждевременные роды начинаются спонтанно, после выяснения причины этого осложнения беременности, оценки состояния плода метод родоразрешения определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Частота интра- и послеоперационных осложнений КС при недоношенной беременности значительно выше, чем при срочных оперативных родах.

Во-первых, высок процент гипотонических кровотечений, что обусловлено отсутствием родовой доминанты и недостаточной концентрацией эндогенного окситоцина в организме женщины при недоношенной беременности, а также выраженной инвазией ворсин хориона в миометрий и нарушением спонтанных процессов отделения плаценты. Ручное же отделение последа всегда сопровождается патологической кровопотерей.

Кроме этого, при недоношенной беременности в интересах плода акушеры отдают предпочтение истмико-корпоральному КС, которое также не способствует нормальному сокращению матки ни во время операции, ни после нее. Проблем же, связанных с наличием такового рубца на матке

при последующей беременности, и особенно при родоразрешении, возникает значительно больше, чем после поперечного разреза нижнего маточного сегмента.

Наш опыт показывает, что до 33–34 нед. беременности КС не имеет преимуществ перед бережным родоразрешением через естественные родовые пути и для новорожденного.

Частота преждевременных родов в институте колеблется от 2,9 до 4,5%, что в 2 раза ниже, чем в популяции (6–10%), т. е. уделяется большое внимание профилактике недонашивания у беременных группы риска [7]. Частота преждевременных оперативных родов не превышает 32%, а ПС в разные годы составила 15,0–89,1%.

III. Беременные с различными экстрагенитальными заболеваниями: патология мочевого пузыря, легочной, сердечно-сосудистой систем, патология щитовидной железы, сахарный диабет, эпилепсия и др. Лишь стадия обострения соматического заболевания при его неадекватном лечении может быть показанием к КС и то далеко не всегда. При компенсированном его течении во время беременности и на момент ее завершения приоритетным должны быть роды через естественные родовые пути.

Увлекаясь КС, мы на протяжении многих лет не уделяли должного внимания интеграции в акушерство смежных специальностей, таких как офтальмология, неврология, эндокринология и др.

По заключению специалистов, далеких от научных и практических достижений в акушерстве, мы расширяли показания к КС при миопии средней и высокой степени. А выяснилось, что только у 1–2% беременных с заболеваниями глаз эта патология является абсолютным показанием к абдоминальным родам. Инсульт, перенесенный даже во время данной беременности, трансплантированная, даже трупная почка, также не являются абсолютными показаниями к оперативным родам.

Успехи родовспоможения при сахарном диабете (СД) зависят от ряда факторов: компенсация диабета до наступления беременности и во время гестации; профилактика, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности, сроки родоразрешения и успехи неонатальной медицины.

Начинать заботу о здоровье будущего поколения у женщин с СД нужно не только во время беременности и даже не непосредственно перед ее наступлением, а значительно раньше.

Педиатры и эндокринологи, осуществляющие диспансерное наблюдение за девочкой, страдающей СД, должны помнить о том, что это потенциальная мать, и готовить ее к материнству, добиваясь стойкой компенсации заболевания, заблаговременно.

В институте вот уже много лет работает амбулаторный диабетический центр «Сахарный диабет и беременность», в состав которого входят акушер-гинеколог и эндокринолог.

Прегравидарная подготовка, ранняя диагностика гестационного диабета, интенсифицированная терапия человеческим инсулином, своевременная коррекция нарушений микроциркуляции, фетоплацентарной недостаточности

позволили значительно снизить тяжесть диабетических фетопатий, в т. ч. макросомий, частоту и тяжесть преэклампсии и ФПН, предотвратить прогрессирование поздних осложнений основного заболевания.

Именно эти осложнения у беременных с СД чаще всего являются показаниями к КС. В наших наблюдениях частота макросомий в среднем составила только 4,7%, а частота КС из года в год снижается (2004 г. – 66,7%... 2013 г. – 28,2%). При этом ПС не превышает 1,7% (по литературным данным, она составляет при СД 1-го и 2-го типа 23–48%, при гестационном СД – 8,8–10,8%) [7].

Таким образом, многие показания к КС при экстрагенитальных заболеваниях, считавшиеся бесспорными еще 10–15 лет назад, в настоящее время таковыми являться не могут.

IV. И, наконец, контингент беременных, у которых частота КС может быть довольно высокой. Это беременные с гестационными осложнениями, фоном для развития которых явились соматические заболевания.

У этого контингента беременных женщин осложнения гестационного процесса развиваются, как правило, рано, имеют тяжелое течение, плохо поддаются медикаментозной терапии. Крайне редко у таких беременных удается пролонгировать беременность до доношенного срока, а показаниями к досрочному родоразрешению являются либо декомпенсация соматического заболевания, либо тяжесть осложнения беременности. В связи с неготовностью организма беременной к родам при недоношенной беременности вопрос о методе родоразрешения решается в пользу КС.

Но и у этого контингента беременных женщин резерв для снижения частоты КС есть при планировании беременности, о чем уже было сказано выше.

■ Начинать заботу о здоровье будущего поколения у женщин с СД нужно не только во время беременности и даже не непосредственно перед ее наступлением, а значительно раньше

Наиболее частыми осложнениями беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями являются ФПН, СЗРП, гипоксия плода, преэклампсия, причем ее тяжелые формы.

Если беременность осложняется патологией развития и функционирования плаценты, то гипоксию плода, существующую на протяжении практически всего периода гестации, и ее повреждающее влияние на все органы и системы плода, в т. ч. и на клетки головного мозга, не может вылечить даже КС.

Абдоминальное родоразрешение не должно подменять целую систему антенатальной охраны плода, которая является прерогативой такой акушерской специальности, как перинатология.

Антенатальная диагностика ФПН основывается на комплексном обследовании. В соответствии со степенью тяжести выявленных нарушений проводится корректирующая

терапия, включающая инъекции и ингаляции гепарина, метаболиты и адаптогены, актовегин и др.

Декомпенсированная плацентарная недостаточность, т. е. не поддающаяся медикаментозной коррекции, является показанием к КС. При компенсации недостаточности предпочтение отдаем самопроизвольным родам под тщательным мониторингом контролем за состоянием плода.

Для оценки резервных возможностей плода в процессе родов сотрудниками института разработан способ диагностики состояния плода, основанный на использовании пирacetамов при динамическом кардиомониторном контроле. Пирacetам воздействует на обменные процессы и кровообращение мозга плода, стимулирует окислительно-восстановительные реакции, усиливает утилизацию глюкозы, улучшает кровоток в ишемизированных участках мозга. За счет ускорения оборота АТФ препарат повышает энергетический потенциал организма, устойчивость к гипоксии.

Если при проведении КТГ на фоне регулярной родовой деятельности изменяется уровень ЧСС, вариабельность сердечного ритма снижается до 5 мс и менее, исчезают высокие эпизоды, это расценивается как нарастание признаков внутриутробной гипоксии плода. Проводится тест с пирacetамом: внутривенно вводится 2 г препарата, растворенных в 200 мл 5%-ного раствора глюкозы в течение 20–30 мин.

Если на фоне инфузии вариабельность сердечного ритма повышается, появляются высокие эпизоды, восстанавливается нормальный уровень ЧСС – это прогностически благоприятный фактор в отношении исхода самопроизвольных родов для плода (положительный тест).

Если на введение препарата показатели КТГ не изменяются (отрицательный тест), это свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов плода и расценивается как показание к завершению родов абдоминальным путем [8].

Альтернативой КС в современном акушерстве могут быть оперативные вагинальные роды в тех случаях, когда состоя-

ние беременной по тяжести экстрагенитального заболевания требует ограничения потуг (миопия высокой степени, заболевания ЦНС, артериальная гипертензия, пороки сердца и др.).

В течение последних 10 лет в институте широко используется вакуум-экстракция плода. С помощью вакуум-экстрактора закончены роды у 485 рожениц, из них у 120 как альтернатива КС (табл. 2).

Таблица 2. Вакуум-экстракция плода как альтернатива кесареву сечению

Показания	Вакуум-экстракция плода (n = 120)
Миопия высокой степени	78
Пороки сердца с легочной гипертензией	4
Артериальная гипертензия	12
Инсульты, опухоли, кисты, сосудистые мальформации ЦНС	17
Бронхиальная астма, осложненная пневмотораксом в анамнезе	9

Все дети извлечены живыми с высокой оценкой состояния по шкале Апгар.

Таким образом, не умаляя роли КС в современном акушерстве, следует помнить о том, что этот метод родоразрешения остается агрессивным методом для матери, и настало время изменить наш менталитет в отношении этой родоразрешающей операции и более разумно, заботясь об акушерском будущем женщин репродуктивного возраста, подходить к ней, заменяя (там, где это возможно) более щадящими методами родоразрешения.

И усилия акушеров должны быть направлены на антенатальную охрану плода и рациональное ведение родов, т. к. не способ родоразрешения, а исходное состояние плода перед родами определяет постнатальную заболеваемость и смертность.



ЛИТЕРАТУРА

1. Hospitals in Europe Health Care. Data 1998–2008. Hope European Hospital and Healthcare Federation, 2009; 29.
2. Patah L, Malik AM. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. *Rev Saude Publica*, 2011, 45 (1): 9.
3. World Health statistics, 2010; 177.
4. Prapas N, Kalogiannidis I, Masoura S et al. Operative vaginal delivery in singleton term pregnancies: Short-term maternal and neonatal outcomes. *Hippokratia*, 2009, 13 (1): 41–45.
5. Сухих Г.Т., Коган Е.А., Кесова М.И., Демур Т.А., Донников А.Е., Мартынов А.И. и др. Морфологические и молекулярно-генетические особенности неангиогенеза в рубцовой ткани у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Акушерство и гинекология*, 2010, 6: 23–28.
6. Сухих Г.Т., Донников А.Е., Кесова М.И., Кан Н.Е., Амирасланов Э.Ю., Климанцев И.В. и др. Оценка состояния рубца матки с помощью математического моделирования на основании клинических и молекулярно-генетических предикторов. *Акушерство и гинекология*, 2013, 1: 33–40.
7. Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011: 376–388; 748–761.
8. Компенсаторные механизмы развития плода в условиях плацентарной недостаточности. Под ред. В.И. Краснопольского. М.: Медицина, 2008, 131–134.