

Самигуллина А.Э., Выборных В.А.

КЕСАРЧАЖАРУУ: ТАРЫХЫ ЖАНА УЧУРДАГЫ КӨЙГӨЙЛӨРҮ

Самигуллина А.Э., Выборных В.А.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ИСТОРИЯ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОСТИ  
(обзор литературы)

A.E. Samigullina, V.A. Vybornykh

CAESAREAN SECTION: HISTORY AND CONTEMPORARY PROBLEMS

УДК: 618.5-089.888.61

Макалада Кесарча жаруу операциясы аркылуу төрөттөрдүн пайда болуу тарыхы жана бул төрөт түрүн өркүндөтүү, ошондой эле азыркы учурга операциялык төрөтүп алууну коштогон чакыруулар боюнча адабий маалыматтардын жалпыланган талдоосу берилген.

**Негизги сөздөр:** кесарчажаруу, операциялык төрөтүп алуу, төрөттөгү агрессия.

В статье предоставлен обобщающий анализ литературных данных об истории возникновения и совершенствования родов путем операции Кесарево сечение, а также вызовы, которые сопровождают оперативные родоразрешения для современности.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, оперативное родоразрешение, агрессия в родах.

The article provides summary analysis of literature data for history of occurrence and development of delivery by Caesarean section, as well as calls, which accompany operative delivery today.

**Key words:** caesareansection, operativedelivery, aggression during delivery.

Операция Кесарево сечение (КС) в последние годы является самой распространенной среди акушерских операций [1]. Частота КС не имеет тенденции к снижению и составляет, по данным разных авторов, от 11% до 40% и более в родовспомогательных учреждениях, являющихся коллекторами акушерской патологии [2]. Значительное распространение КС повлекло за собой ряд новых проблем: с одной стороны, это рост частоты гнойно-септических заболеваний и поиски эффективных мер их профилактики и лечения, с другой - сложность ведения беременности и родов при рубце на матке после КС. Расширение показаний к КС является особенностью современного акушерства, что в свою очередь приводит к снижению профессионализма врачей при проведении родов через естественные родовые пути [3].

В настоящее время широко обсуждается вопрос о хирургической деятельности в акушерстве и, к сожалению, с каждым годом возрастает частота операции кесарева сечения. Именно это и явилось обоснованием для расширенного исследования по данной теме. И начать этот поиск хотелось бы с истории развития родоразрешения путем операции Кесарево сечение. Кесарево сечение (лат. *Caesarea* «королевский» и *sectio* «разрез») – акушерская операция, в ходе которой плод и послед извлекаются из матки через искусственно созданный разрез в ее

стенке. Термин кесарево сечение (*sectio caesarea*) является сочетанием двух слов: при этом *sectio* значит резать, рассекать. Извлечение ребенка из чрева умершей матери путем разреза брюшной стенки и матки производилось еще в глубокой древности. Однако прошли столетия прежде чем операция стала предметом научных исследований [4].

Абдоминальное родоразрешение имеет глубокую историю. По дошедшим до нас из глубины веков сведениям, кесарево сечение является одной из самых древних операций. В мифах Древней Греции описано, что с помощью этой операции были извлечены из чрева умерших матерей Асклепий и Дионис. В конце VII в. до н.э. римский император Numa Pompilius издал закон, согласно которому запрещалось погребение беременных женщин без предварительного извлечения ребенка путем чрево-сечения. Однако только в XVI в. кесарево сечение стали производить и живым женщинам [5].

В XVI в. придворный врач французского короля Амбруаз Паре впервые начал выполнять кесарево сечение живым женщинам. Но исход операции всегда был смертельным. Ошибкой Паре и его последователей было то, что разрез на матке не зашивали, рассчитывая на её сократительную способность. Операцию выполняли только для спасения ребёнка, когда жизнь матери спасти было уже нельзя. В XVI в. Амбруаз Паре начал активно пропагандировать абдоминальное родоразрешение, но при этом он, его ученики и другие акушеры в частности F. Rosset так и не восстанавливали стенку матки, что неизбежно приводило к летальным исходам после операции. Именно тогда, в конце XVI в. и была опубликована монография «François Rousset», в которой впервые подробно описывалась техника и показания к абдоминальному родоразрешению [6].

До конца XIX столетия кесарево сечение производилось в единичных случаях и почти всегда заканчивалось смертью женщины, что в значительной степени было связано с ошибочной тактикой оставления незашитой раны матки. Этот постулат существовал долгое время. Начало эры антисептиков существенным образом не отразилось на исходах операции, так как матку по-прежнему не ушивали. Несмотря на отдельные удачные случаи, летальность после операции оставалась очень высокой [7].

Значительное улучшение исходов операции для матери началось после изменения техники операции, разработанной в 1876 г. Г.Е. Рейном и Е. Порро, которые предложили после извлечения плода удалять тело матки, а культю ее вшивать в рану передней брюшной стенки. В результате этого материнская летальность снизилась [8].

Дальнейшее улучшение результатов операции было связано с внедрением в практику трехэтажного маточного шва, впервые использованного F. Kehrer 1881 г. для ушивания разреза матки. И это ознаменовало принципиально новый этап развития абдоминального родоразрешения. F. Kehrer восстановил разрез на матке трехэтажными швами: мышечно-мышечными, мышечно-серозными и серо-серозными. Летальность после кесарева сечения значительно снизилась, и оно получает значительно большее распространение [9].

С этого времени начинается более частое применение кесарева сечения в акушерской практике. Снижение послеоперационной летальности привело к появлению повторных операций, а также к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению. Однако в то же время материнская и особенно перинатальная смертность оставалась высокой [10].

Современный этап развития абдоминального родоразрешения начался с середины 50-х годов 20-го столетия, когда стали широко использовать антибактериальные препараты, были усовершенствованы хирургическая техника операции и методы обезболивания, появилась служба крови. Значительное снижение материнской смертности после операции способствовало расширению показаний к ее выполнению и в интересах плода. Все это привело к значительному увеличению частоты абдоминального родоразрешения [11].

В медицине существует большое количество динамически развивающихся дисциплин. Акушерство, как наука, безусловно, меняется с течением времени: в практику внедряются последние достижения научно-технического прогресса, различные инновационные технологии. При этом следует помнить, что у каждой науки есть свои истоки, свои корни. Недаром, существует термин «классическое акушерство», многие постулаты которого актуальны до настоящего времени. Пренебрегая полностью ими, современный акушер порой становится агрессивен в своих действиях. Оправдана ли агрессия при ведении родов? Известно, что нормальная беременность и роды представляют собой генетически детерминированный физиологический акт, который не требует активного вмешательства врача [12].

Понятие «классическое акушерство» в общественном сознании много столетий ассоциируется с понятием «вечное, незыблемое» и есть основание полагать, что отрицание классического акушерства не может стать основой позитивных изменений ни в отечественном, ни в мировом здравоохранении.

Сочетание достижений современной науки с проверенными временем классическими постулатами позволит избежать волонтаризма в решении многих акушерских и перинатальных проблем. Эволюция показаний к кесареву сечению невольно создала серьезную проблему ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке, что сопряжено с высоким риском осложнений, возникающих как со стороны матери, так и плода. В большинстве случаев наличие рубца на матке служит основным показанием для оперативного родоразрешения, что связано, к сожалению, с психологической установкой медицинского персонала и пациентки на повторную операцию [13].

Отдельно следует упомянуть и крайне неприятную закономерность, суть которой состоит в том, что «безудержное» расширение показаний к абдоминальным родам из-за стремления решать все проблемы в акушерстве с помощью КС ведет к снижению профессионализма при ведении родов через естественные родовые пути, отражением этого является рост «ятрогенных» (врачебных) осложнений при приеме вагинальных родов, поскольку специалисты-акушеры (в особенности молодые) предпочитают во всех ситуациях использовать КС. Весьма вероятно, что подобная акушерская «профессиональная деградация» вносит свою лепту в увеличение частоты разного рода осложнений, при приеме родов через естественные родовые пути, причем такие осложнения могут неверно интерпретироваться как «закономерный, недостаток собственно самих вагинальных родов, будто бы уступающих по безопасности плановым КС». Это, в свою очередь, может способствовать формированию своего рода «порочного круга», когда из-за боязни рисков связанных с вагинальными родами и частично обусловленных недостаточными профессиональными навыками их приема, акушеры неоправданно часто начинают практиковать плановые КС, что еще больше способствует утрате ими необходимых навыков при ведении родов через естественные родовые пути [14].

С одной стороны агрессия при ведении родов определяется объективными причинами увеличением числа осложненных родов, с другой – неоправданной активностью врача, который руководствуется стремлением быстрее закончить роды, а также, порой, недостатком профессионализма (легче и менее ответственно произвести операцию кесарева сечения, чем вести роды через естественные родовые пути) [15].

Врачу, ведущему роды, прежде всего, необходимо быть терпеливым. Существует даже термин «акушерское терпение». В настоящее время длительность нормальных родов является дискуссионным вопросом. Многие современные акушеры с удивлением относятся к тому, что продолжительность первых родов при отсутствии каких либо осложнений для матери или плода, может составлять 18-20 часов.

В последние десятилетия роды стали более скоротечными. Этот факт связан не с изменением физиологии родов, а с ятрогенными факторами. Оппоненты традиционной медицины объясняют это агрессивными действиями врачей [16].

Пора также осознать, что мы в ответе за то, что грубо, одномоментно заменяя физиологический процесс рождения ребенка, наносим непоправимую травму матери - полностью лишаем ее возможности сознательно активно пережить самый важный для нее этап беременности – рождение ребенка, а ребенка мы лишаем возможности триумфально пройти физиологическую постепенную адаптацию к внеутробным условиям существования и, согласно трансперсональной и перинатальной психологии, затрудняя процессы становления психики и сознания на всю последующую жизнь [17].

Выполнение кесарева сечения сопровождается исключением всех стадии родового акта, как необходимого условия для включения функции ретикулярной формации, ответственной за первый вдох новорожденного. На многочисленных акушерских и перинатальных конгрессах все чаще приходится выслушивать мнение, оправдывающие ежегодный прирост числа кесарева сечения. Агрессия в родах со стороны врача является причиной многих ятрогенных осложнений и поэтому совершенно недопустима. Максимально бережное, профессиональное и терпеливое отношение к пациенткам в родах является залогом их успешного физиологического течения и завершения рождением здорового ребенка [18].

В современном акушерстве, главной задачей которого является снижение материнской и перинатальной смертности, рациональное ведение родов является одной из приоритетных задач тесно связанных с абдоминальным родоразрешением [19].

Таким образом, экскурс в историю развития и становления родоразрешений путем проведения операции кесарево сечение доказывает необходимость дальнейших научных работ в данном направлении. С пристальным изучением ситуации в Кыргызской Республике, анализом причин роста оперативных родоразрешений, обоснованности показаний и оценкой профессиональности акушеров-гинекологов, экспертной оценкой качества техники операций, а также нахождения путей для возможного снижения частоты самого КС и его осложнений.

#### Литература:

- Кулаков В.И. Кесарево сечение [Текст] / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова//Триада - X. - Москва, 2004. - 320 с.
- Чернуха Е. А. Родовой блок [Текст] / Е.А. Чернуха // Триада – X. – Москва, 2005 . - 712 с.
- Стрижаков А.Н. Кесарево сечение в современном акушерстве / А.Н. Стрижаков, В.А. Лебедев// Медицина. - Москва, 1998. – 304 с.
- Айламазян Э. К. Акушерство: учебник для медицинских вузов [Текст] / Э.К. Айламазян// Спец Лит. - СПб., 2010. – 543 с.
- Серов В. Н. Руководство по практическому акушерству [Текст] / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин // Мед-ское информативное агентство.- М., 1997.– 424 с.
- Чернуха Е. А. Кесарево сечение – настоящее и будущее [Текст] / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – М., 1997. – № 5 – с. 22 – 28.
- Иванова О.Г. Кесарево сечение. Выбор метода родоразрешения [Текст] / О.Г. Иванова, Р.И. Шалина, М.А. Курцер и соавт // Акушерство и гинекология. – М., 2003. - №2. – С.29-32.
- Серов В.Н. Критическое состояния в акушерстве. Руководство для врачей [Текст] / В.Н. Серов, С.А. Маркин // Медиздат. – М., 2003. – 702 с.
- Телегина И.В. Влияние характера родоразрешения на формирование рубца на матке после операции кесарева сечения [Текст] / ИВ. Телегина // Автореф. дис...канд. мед. наук. - СПб., 2013. – С.20.
- Чернуха Е.А. Гематометра как осложнение после кесарева сечения [Текст]/Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова, Т.К. Пучко и соавт. // Проблемы беременности. – М., 2003. - №7. - С.64-68.
- Густоварова Т.А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке: клинико-морфологические и диагностические аспекты [Текст] / Т.А. Густоварова//Автореф. дис...д-ра. мед. наук.- М., 2007. – 40 с.
- Shao M.J. Conservative management of cesarean scar pregnancy by local injection of ethanol under hysteroscopic guidance / M.J. Shao, M.X. Hu // Int. J. Gynecol.Obst. – 2013. - 121 (3). – С.281-2.
- Манухин И. Б. Повторное кесарево сечение с хирургической позиции: систематический обзор/И.Б. Манухин, А.В. Мурашко, О.А. Мынбаев // Акушерство и женские болезни. – М., 2011. – LX. – С. 69 – 70.
- Краснопольский В. И. Место кесарева сечения при родоразрешении женщин с одноплодной беременностью после ЭКО [Текст] / В.И. Краснопольский, Л.У. Долгиева // Акушерство и женские болезни. – М., 2010. – LX. – Вып. 5. -С. 103 – 109.
- Стрижаков А.Н. Акушерская тактика при тазовых предлежаниях плода [Текст] / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко // Династия. - М., 2009. - С.124.
- Smyth R. M. Amniotomy for shortening spontaneous labor Smyth/R.M. Smyth, S.K. Alldred, C. Markham // Cochrane Database Rev, 2007. - Vol. 17. - N4. - CD006167.
- Логутова Л. С. Пути снижения частоты абдоминального родоразрешения в современном акушерстве [Текст] / Л.С. Логутова, К.Н. Ахвледиани // Российский вестник акушера – гинеколога. – М., 2008. - 8 (1). С. 57 – 61.
- Буянова С. И. Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз [Текст]/С.И. Буянова, Н.В. Пучкова // Российский вестник акушера – гинеколога. – М., 2011. - № 4. – С. 36 – 8.
- Логутова Л. С. Репродуктивные проблемы оперированной матки. [Текст] / Л.С., Логутова, В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова // Миклош. - М., 2005.– 122 с.

Рецензент: к.м.н., доцент Ибраимова Д.Д.