**Кесарево сечение в системе перинатального акушерства**

Академик РАМН, профессор В.Н. Серов, Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии РАМН, Москва

В настоящее время в стране развивается перинатальное акушерство, особенностью которого является концентрация внимания на обеспечении здоровья плода и новорожденного. Это не означает снижения заботы о здоровье матери. Однако для перинатального акушерства необходим должный уровень развития специальности, насыщение практической сети современными методами диагностики и терапии в акушерстве и неонатологии.

Перинатальное акушерство не может функционировать без некоторых составляющих. Необходимо развитие сети перинатальных центров и разделение акушерских стационаров по степеням риска. Нельзя серьезно развивать перинатальное акушерство без неонатологической службы, которая обеспечивает интенсивную терапию и реанимацию новорожденных, выхаживание недоношенных детей. Важнейшим звеном в перинатальном акушерстве является пренатальная диагностика. Последняя опирается на биохимический скрининг, систематическое ультразвуковое обследование и инвазивную диагностику. Очевидно, что перечисление условий перинатального акушерства свидетельствует о тех изменениях, которые произошли за последние годы в акушерстве.

В настоящее время во всех территориях страны функционируют перинатальные центры. Получила достаточное развитие пренатальная диагностика.

В большинстве регионов страны определяются биохимические маркеры – хориогонин, альфафетопротеин, эстриол. Спектр биохимических маркеров расширяется – в ряде территорий определяются белки беременности, оксипрогестерон и др. Трехкратное ультразвуковое обследование беременных обеспечивается во всех крупных городах страны и частично в сельской местности. При выявлении отклонений по данным биохимического скрининга и ультразвукового обследования во всех территориях обеспечены методы инвазивной диагностики и кариотипирование. Последнее проводится в генетических консультациях и перинатальных центрах. Материнская смертность в 2002 г. составила 33,5 на 100000 живорождений. Если сравнить показатели материнской смертности в Европе, они колеблются в пределах 26–30 на 100000 живорождений, а перинатальная смертность 6–8 на 1000 родившихся. В отдельных высокоразвитых странах материнская смертность – 4–6 на 100000 живорождений, перинатальная – 4–5 на 1000 родившихся.

Пренатальная диагностика расчитана в первую очередь на выявление пороков развития плода. В случае пороков развития, ведущих к инвалидности с детства, целесообразно прервать беременность. Частично можно корригировать пороки развития сразу после родов. Однако перинатальное акушерство рассчитано не только на уменьшение пороков развития, но и на раннюю диагностику фетоплацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода.

Для управления беременностью и родоразрешением необходимо иметь возможность в нужное время закончить беременность. В ряде случаев экстрагенитальные болезни беременной, тяжело протекающие осложнения, заболевания и задержка развития плода диктуют необходимость своевременно закончить беременность и обеспечить внутриутробное развитие новорожденного. Современные технологии позволяют сохранить жизнь глубоконедоношенным детям, ликвидировать проявления внутриутробной инфекции и аутоиммунной патологии.

Основным методом быстрого и бережного окончания беременности является родоразрешение путем кесарева сечения.

По поводу операции кесарева сечения длительное время ведутся споры. Некоторые увлеченные специалисты считают возможным все реальные и мнимые трудности родового акта преодолеть с помощью кесарева сечения. Другие убеждены в минимальных возможностях оперативного родоразрешения.

Когда мы ведем разговор о перинатальном акушерстве, нельзя забывать, что создавшиеся условия в современном обществе диктуют свои законы. Низкая рождаемость, малодетные семьи, большое число одиноких людей заставляют особенно ценить жизнь каждого ребенка и любыми средствами пытаться реабилитировать здоровье детей.

С позиций медицинской этики трудно представить даже обсуждение ценности жизни ребенка – здорового или больного. И все же пока в нашем обществе принято по отношению к ребенку с пороками развития выражение «родился урод», в то время как во многих странах говорят: «родился ребенок, но с проблемами, которые нужно решать».

Без участия государства решить проблемы ребенка с пороками развития невозможно, равно как и без родителей подобные проблемы не решаемы.

В нашей стране ежегодно рождается 50000 детей, которые оказываются инвалидами с детства. Большая часть из них пострадала вследствие генетических причин, около 12–15% родились больными в результате воздействия неблагоприятных факторов во время беременности, 2–3% новорожденных с тяжелой патологией пострадали при травматических родах вследствие их длительности, упорных стимуляций родовой деятельности, использования травматических родоразрешающих операций – экстракции плода за ножку, наложение акушерских щипцов, вакуумэкстракции.

За последние 12–15 лет кесарево сечение в целом по стране проводится в 13–14% по отношению ко всем родам. Еще 20 лет назад частота кесарева сечения не превышала 2%. Перинатальная смертность снизилась с 17–18% до 12–13%. Снизилась материнская смертность. Уменьшение перинатальной смертности, несомненно, связано с увеличением частоты кесаревых сечений.

Показания к кесарему сечению традиционно принято делить на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относятся осложнения беременности и родов, при которых иной способ родоразрешения представляет смертельную опасность для матери. Поэтому кесарево сечение по абсолютным показаниям можно выполнять без учета всех необходимых условий и противопоказаний. К абсолютным показаниям относятся абсолютно узкий таз, опухоли и рубцовые сужения, препятствующие рождения плода, полное предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты при неподготовленных родовых путях, начинающийся разрыв матки.

Относительные показания к кесареву сечению возникают при клинических ситуациях, когда не исключена возможность родоразрешения через естественные родовые пути, но с высоким риском перинатальной смертности и угрозой здоровью или жизни матери. Условно относительные показания подразделяются на две группы: первая – показания к операции со стороны матери и вторая – показания к операции со стороны плода.

К первой группе относят: упорную слабость родовой деятельности, не поддающуюся лечению, клинически узкий таз, угрожающий разрыв матки, в том числе несостоятельность рубца на матке после предшествовавших операций, тяжелый гестоз – при отсутствии эффекта от лечения или его осложнения (отслойка сетчатки, угроза кровоизлияния в мозг, острая печеночная недостаточность), кровотечение при неполном предлежании плаценты и неподготовленных родовых путях, перенесенные в прошлом операции по поводу мочеполовых и кишечно–половых свищей, экстрагенитальные заболевания в тяжелой стадии развития, тяжелые травмы и др.

Ко второй группе относят начавшуюся асфиксию плода, выраженный синдром задержки развития плода, тазовое предлежание, поперечное положение плода, недоношенный или переношенный плод, отягощенный акушерский анамнез (бесплодие, привычное невынашивание беременности, мертворождение).

Далеко не полное перечисление показаний к кесареву сечению свидетельствует о важном значении этой операции в перинатальном акушерстве. Возможность в нужное время закончить беременность без значительного ущерба для здоровья матери и ребенка позволяет сохранить не только жизнь, но и предупредить возможное травмирование ребенка.

Более широкое использование родоразрешения путем кесарева сечения изменило ситуацию с родовой травмой. Родовая травма чаще возникает при необходимости использовать извлечение плода при тазовом предлежании, операцию акушерских щипцов при острой гипоксии, тяжелой гипертензии, сердечной слабости у матери и др. В настоящее время следует считать нежелательными акушерские операции, кроме кесарева сечения, а для срочного родоразрешения – исключением. Раний родовой травматизм составлял 3–4% , что соответствовало акшерским родоразрешающим операциям. Разумное расширение показаний к кесареву сечению значительно уменьшило акушерский травматизм в виде повреждения спинного мозга, твердых мозговых оболочек, костной системы у плода. В то же время необходимо учитывать, что плод может пострадать во время беременности от внутриутробной инфекции, аутоиммунной патологии, тяжелого гестоза, наркомании, токсикомании, вредных факторов внешней среды. Ослабленный плод при самопроизвольных родах может получить дополнительные негативные воздействия из–за длительных родов, слабости родовой деятельности, необходимости родовозбуждения, родостимуляции и др.

В таких случаях новорожденный чаще всего имеет множественные кровоизлияния, которые трактуются, как родовая травма. Следует учитывать, что самопроизвольные роды сами по себе являются физиологическими, но ослабленный плод может оказаться травмированным.

Именно в ситуации, неблагоприятно влияющей на здоровье плода, можно с успехом использовать кесарево сечение. Конечно, только операция может оказаться недостаточной, но комплексное лечение и оперативное родоразрешение очень часто сохраняют жизнь новорожденному. В то же время понятно, что пренатальная диагностика приобретает особое значение, т.к. она позволяет выявить резервные возможности плода. Кардиография с длительной записью и специальным анализом, допплерография, ультразвуковое исследование позволяют оценить изменения в фетоплацентарной системе, смоделировать возможные осложнения во время родов обосновать родоразрешение путем кесарева сечения. В последние годы сама операция кесарева сечения претерпела значительные изменения. Она производится в нижнем маточном сегменте, по возможности наименее травматично. После извлечения плода рана на матке восстанавливается однорядным непрерывным швом рассасывающимися синтетическими нитями.

Очень важным вопросом является обезболивание кесарева сечения. Наиболее частый эндотрахеальный наркоз в последние 5–6 лет заменяется спинальной анестезией. Последняя в настоящее время является методом выбора, однако при некоторых ситуациях, когда необходимо управлять дыханием и гемодинамикой, оправдан эндотрахеальный наркоз.

Особое значение в процессе оперативного родоразрешения имеет инфузионно–трансфузионная терапия. Кровопотеря в процессе операции составляет 600–800 мл. Однако потери жидкости во время операции и в послеоперационном периоде складываются из нескольких факторов: ликвидация третьего водного сектора, свойственного беременности, удаление околоплодных вод, потеря жидкости вследствие операционного стресса. Согласно нашим данным (В.Н. Серов, С.А. Маркин, 1997), в целом при кесаревом сечении теряется 6–8 литров жидкости. В случае исходной гиповолемии возможны значительные нарушения микроциркуляции, особенно в пределах операционного поля – кишечника, брюшины, в тканях передней брюшной стенки.

Восстановление потерянной жидкости, в том числе крови, необходимо. Компоненты крови следует использовать только при кровопотере более 1000 мл. Инфузионная терапия оправдана в течение трех суток послеоперационного периода. Особая роль отводится гидрооксиэтилированному крахмалу, т.к. плазмозамещающие свойства крахмала по сравнению с другими жидкостями выгодно отличаются длительным пребыванием в кровяном русле, отсутствием аллергических реакций. Гидрооксиэтилированный крахмал особенно целесообразен для терапии дефицита внутрисосудистого объема, лечения нарушений микроциркуляции, профилактики тромбоэмболических нарушений, терапии у беременных, рожениц и родильниц с хронической артериальной гипертензией (В.И. Кулаков, В.Н. Серов, А.М. Абубакирова и др. 2000; Е.М. Шифман 2002).

В первые сутки после кесарева сечения родильница должна получить около 2–2,5 литров жидкости (кристалоиды – 1,5 литра, гидрооксиэтилированный крахмал – 1 л). На 2 и 3 сутки после операции инфузионная терапия проводится в объеме 1–1,5 л, из которых половина состоит из гидрооксиэтилированного крахмала. Периоперационно используются антибиотики. Совершенствование техники кесарева сечения, анестезиологического пособия и послеоперационного лечения позволили резко снизить риск операции, частота осложнений при которой приблизилась к родам через естественные родовые пути.

Кесарево сечение, по–видимому, не составит более 15% от всех родов, т.к повторные роды после предшествовавшего оперативного родоразрешения будут проводиться самостоятельно.

Таким образом, в нашей стране сформировалось перинатальное акушерство. Начались организационные преобразования, родовспомогательные учреждения приобретают характер перинатальных центров, широко внедряется пренатальная диагностика, созданы условия для целесообразного использования кесарева сечения.

Перспективы перинатального акушерства заключаются в дальнейшем развитии пренатальных центров, отказе от небольших акушерских стационаров, в углублении пренатальной диагностики, совершенствовании методов родоразрешения.

**Список литературы**

1. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Чернуха Е.А., Баранов И.И., Федорова Т.А. – Анастезия и реанимация в акушерстве и гинекологии – М. 2000

2. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. – Руководство по практическому акушерству– М. 1977

3. Шифман Е.М. Преэклампсия, Эклампсия, HELLP–синдром – Петрозаводск, 2002