

## Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы

Д.м.н., проф. Н.А. ЖАРКИН<sup>1</sup>, д.м.н., проф. Л.С. ЛОГУТОВА<sup>2\*</sup>, Т.Г. СЕМИХОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н.А. Жаркин) Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России, Волгоград, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (дир. — проф. В.А. Петрухин) Минздрава Московской области, Москва, Россия

Поднимается проблема высокой частоты кесаревых сечений и ее влияние на демографические показатели (рождаемость, материнскую и перинатальную смертность), репродуктивное здоровье женского населения, психическое здоровье будущего поколения (детей, извлеченных оперативным путем), квалификацию акушеров-гинекологов. В статье также рассматриваются нравственно-этические и юридические аспекты этого глобального явления. Обозначены ближайшие и отдаленные негативные последствия, с которыми могут столкнуться люди, появившиеся на свет путем кесарева сечения. Авторы констатируют, что нет прямой корреляции между частотой кесарева сечения и перинатальной смертностью, так как в ее структуре основное место занимает антенатальная гибель плода, не зависящая от метода родоразрешения. Для снижения общей частоты абдоминальных родов необходимо снизить частоту первого кесарева сечения путем повышения квалификации акушеров-гинекологов, начиная со студенческой скамьи, совершенствования страховой медицины с ограничениями использования дорогостоящего метода оперативного родоразрешения, законодательных актов, защищающих врачебные позиции акушеров, возлагающих на себя ответственность при ведении самопроизвольных родов высокого риска.

*Ключевые слова:* кесарево сечение, перинатальная смертность, перинатальная травма, акушерский профессионализм, осложнения кесарева сечения.

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Жаркин Н.А. — д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: zharkin55@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-0002-8094-0427>;

Логутова Л.С. — д.м.н., проф., ведущий научный сотрудник учебно-методического отдела ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Минздрава Московской области; e-mail: lidialogutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8806-3273>;

Семихова Т.Г. — врач-педиатр, специалист по методической работе кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: zharkin55@mail.ru

### ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Жаркин Н.А., Логутова Л.С., Семихова Т.Г. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2019;19(4):5-10. <https://doi.org/10.17116/rosakush2019190415>

## Cesarean section: medical, social and moral-ethical problems

N.A. ZHARKIN<sup>1</sup>, L.S. LOGUTOVA<sup>2\*</sup>, T.G. SEMIKHOVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volograd State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Volgograd, Russia;

<sup>2</sup>State Budgetary Institution of Health Care Ministry of the Moscow Region «Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology», Moscow, Russia

The article considers the issues surrounding the high rate of cesarean sections, including their impact on demographic indicators (birth rate, maternal and perinatal mortality), the reproductive health of the female population, the mental health of the next generation (of children extracted surgically), and the experience of obstetricians and gynecologists. The article also deals with the moral, ethical and legal aspects of this global phenomenon. The negative consequences, both immediately after birth and later in life, that can be faced by people who are born by cesarean section are identified. The authors state that there is no direct correlation between the rate of cesarean sections and perinatal mortality, since in a review of perinatal mortalities the main cause is pre-natal death of the fetus, which leaves out the question of the method of delivery.

In order to reduce the overall rate of abdominal deliveries, it is first necessary to reduce the rate of first-time cesarean sections by improving the skills of obstetricians and gynecologists, starting in medical school. There is also a need to reform medical insurance so as to limit restrictions on the use of more expensive methods of surgical delivery, and to create legislation to protect obstetricians who assume responsibility for high-risk, emergency deliveries.

*Keywords:* cesarean section, perinatal mortality, perinatal trauma, obstetric professionalism, cesarean section complications.

### ABOUT THE AUTHORS:

Zharkin N.A. — e-mail: zharkin55@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-0002-8094-0427>;

Logutova L.S. — e-mail: lidialogutova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8806-3273>;  
Semikhova T.G. — e-mail: zharkin55@mail.ru

**FOR CITATION:**

Zharkin NA, Logutova LS, Semikhova TG. Cesarean section: medical, social and moral-ethical problems. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist = Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2019;19(4):5-10. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/rosakush2019190415>

В конце XX — начале XXI века в медицине и здравоохранении обозначились две тенденции, которые могут повлиять и уже влияют на эволюцию человека, особенно его воспроизводство: это вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) и все возрастающая частота кесарева сечения (КС). Причем обе эти тенденции взаимосвязаны, поскольку беременность, возникшая в результате ВРТ, в большинстве своем заканчивается оперативным путем. Во второй декаде XXI века КС стало самой часто выполняемой абдоминальной хирургической операцией и самой распространенной родоразрешающей операцией, практически заменив собой самопроизвольные роды при тазовом предлежании плода, извлечении плода с помощью вакуум-экстракции и акушерских щипцов.

Постоянное увеличение частоты кесарева сечения берет свое начало с 80-х годов прошлого столетия. Так, по сводным данным 31 автора, за период с 1940 по 1958 г. частота КС в США составила в среднем 3,49%, в ГДР и ФРГ — 3,17%, во Франции — 2,83%, в КНР — 2,76%, в Испании — 2,36%, в Швейцарии — 2,94%, в Италии — 4,37%, в Польше — 4,15%. В то же время, согласно данным 28 отечественных авторов, с 1942 по 1960 г. в СССР частота КС в среднем составляла лишь 1%. Это обстоятельство было связано с утвердившимися в бывшем СССР консервативными установками в акушерстве, при которых интересы плода практически не учитывались [1].

К середине 80-х годов частота КС во всех странах мира возросла в 3—4 раза, достигнув в СССР 3%, в Европе — 12—16,7%, Канаде — 18,7%, США — 20,4% [2—4]. В настоящее время частота КС в Российской Федерации сопоставима с частотой этой родоразрешающей операции в странах Западной Европы, Азии и США и составляла в 2017 г. 29,3% [5].

Целесообразность расширения показаний к КС аргументируется тремя целями: снижением перинатальной смертности, детского, а по мнению некоторых акушеров, и материнского травматизма. Последний аргумент недостаточно убедителен: рассматривая КС как бережный метод родоразрешения для плода, нужно отдавать себе отчет в том, что для матери он, безусловно, является агрессивным. Поэтому в условиях постоянного снижения индекса здоровья населения считать, что, расширяя показания к КС, мы улучшим здоровье женщин, в том числе и репродуктивное, было бы большой ошибкой.

Оправдались ли наши надежды на эту операцию, т.е. привело ли постоянное увеличение частоты КС к значительному снижению перинатальной смертности? Если частота КС более чем за 30 лет увеличилась почти в 10 раз, то перинатальная смертность снизилась только в 2 раза (1980 г. — 17,6‰; 2016 г. — 7,9‰), а заболеваемость новорожденных из года в год увеличивается (2013 г. — 373,7 на 1000 родившихся живыми; 2014 г. — 383,5; 2015 г. — 385,7;

2016 г. — 575,2; 2017 г. — 545,0). Причины этого многообразны и нередко находятся за пределами акушерской науки и практики — общемедицинские и социальные проблемы. Снизить заболеваемость новорожденных только «бережным» извлечением плода из материнского организма мы, акушеры, не сможем никогда [6].

Если в структуре перинатальной смертности мертворождаемость разделить на антен- и интранатальную гибель плода, то нетрудно заметить, что первая, которая не зависит от метода родоразрешения, в 4—5 раз выше, чем вторая, и на протяжении многих лет не имеет выраженной тенденции к снижению. Снижение перинатальной смертности, особенно в последние годы, происходит в основном за счет снижения частоты ранней неонатальной гибели новорожденных. В этом, безусловно, заслуга неонатологов, которые в настоящее время выхаживают глубоко недоношенных детей, даже с экстремально низкой массой тела. Акушерам же необходимо больше внимания уделять антенатальной охране плода, своевременно диагностируя прогрессирующую гипоксию, обусловленную фетоплацентарной недостаточностью (ФПН); пороки развития плода, несовместимые с жизнью; диабетическую фетопатию, обусловленную гестационным сахарным диабетом (ГСД), и т.д. [6].

Какую же цену акушеры и наши пациентки заплатили за снижение перинатальной смертности?

Для того чтобы в полной мере оценить последствия непомерно высокой частоты КС для будущего человечества, необходимо осознать причины этого явления. По-видимому, только медицинскими факторами это объяснить трудно. Необходимо учесть некоторые социальные и этические моменты, которые оказывают определенное влияние на обсуждаемую проблему и в научной литературе освещаются недостаточно [7].

Не секрет, что за последние десятилетия кардинально изменилось общественное сознание людей в России. Здравоохранение стало относиться к сфере услуг, а пациенты — к потребителям этих услуг. Эта обоюдная метаморфоза привела к искажению традиционных этических отношений между врачом и пациенткой, когда, по образному выражению академика В.Н. Серова, «врач в родильном зале стал для роженицы партнером». Что же касается будущих матерей, то всеобъемлющее увлечение социальными сетями привело их к изоляции от реальности и погружению в мир виртуальный, что способствует формированию чувства отторжения беременности, которая мешает привычно жить и является фактором внедрения в личное пространство. В этом случае лучше ее не замечать до поры до времени. Кесарево сечение — прямой результат этой изоляции, потому что женщины стали относиться к беременности как к предмету, который можно изучать (если сохранен интерес), в то время как это состояние надо переживать. Они готовы посещать многочисленные курсы, обмениваться

постами в чатах, давать необдуманные советы, обсуждать, где и с кем лучше рожать и сколько это стоит, но тем не менее роды для них являются неожиданностью [7].

Нередко женщины, не испытывавшие естественных родов, страдают от послеродовой депрессии [8]. В конце прошлого века этой проблеме, которая наблюдалась у 15–20% родильниц, уделялось довольно пристальное внимание. В настоящее время с ростом частоты КС распространенность послеродовой депрессии не только увеличилась — она стала более продолжительной [9, 10]. После «неудачного» репродуктивного дебюта у оперированных женщин значительно чаще встречаются переживания собственной уязвимости, невозможности справиться с заботами о ребенке, ипохондрические идеи. Более того, по мнению R. Robson и соавт. (цит. по [8]), «женщины в депрессии по сравнению со здоровыми родильницами достоверно чаще испытывают противоречивые и (или) отрицательные чувства к детям, что затрудняет их общение, не позволяет матерям адекватно воспринимать новорожденных». Опыт авторов статьи подтверждает приведенное мнение. Особенно яркое различие в восприятии новорожденного демонстрируют те оперированные женщины, которым в последнюю беременность удалось родить естественным путем.

Очевидным итогом чрезмерного увлечения КС стало снижение акушерского профессионализма и квалификации акушеров в искусстве ведения родов. Для большинства молодых специалистов являются неразрешимой задачей наложение акушерских щипцов, ведение родов при тазовом предлежании плода, поворот второго плода из двойни на ножку с последующим извлечением и т.д. Прививать интерес к акушерству как к искусству нужно еще в институте, объясняя, какое моральное удовлетворение испытывает врач, завершивший роды через естественные родовые пути с благоприятным исходом для матери и новорожденного. Применение хирургического родоразрешения соблазнительно для молодых врачей тем, что значительно упрощает всю работу: не нужны понимание биомеханизма родов и всех его многообразных отклонений, тщательная оценка каждого случая и разбор необходимых условий и показаний к различным операциям (цит. по [11]). При частом выполнении КС врачу сложно выйти из этого мира хирургии. Кроме того, юридическая незащищенность врачебной деятельности оборачивается потерей профессионализма и стремлением «не рисковать» уже у второго поколения российских врачей.

Вопрос о влиянии духовно-нравственного состояния врача на принятие решения об операции КС сложен и совершенно не освещен. Считается само собой разумеющимся, что врач в этом случае руководствуется присягой и сознанием того, что он выполняет свой профессиональный долг. Однако, так же как и в проблеме с абортами, в условиях платных услуг КС позволяет техническими средствами и в установленное время (в отличие от естественных родов) удовлетворить «запрос клиента». Для заинтересованного врача не представляет сложности убедить беременную и ее родственников в опасности предстоящих родов, особенно для ребенка. Безусловно, такая практика требует общественного осуждения [7]. «Врач не имеет права выполнять вмешательство, для которых нет медицинских и этических показаний» [12].

Каждые роды, как и каждая роженица, уникальны. Не случайно акушерская работа, т.е. ведение родов, почитается за искусство. Осуществление динамического контроля за состоянием роженицы, сократительной деятельностью

матки, состоянием плода требует неотступного участия врача или акушерки в процессе деторождения. Более того, постоянная грамотная психологическая поддержка беременной и роженицы может оказать существенное влияние на весь исход родов. Такое профессиональное участие, безусловно, сопровождается затратой огромного количества умственной, физической энергии и нервно-психическим напряжением. При недостатке у врача профессионального опыта, терпения, душевного сочувствия роженице и ее ребенку решение об операции принимается без долгих колебаний. КС чуждо «очарование» естественных родов, той духовной составляющей, которая позволяет женщине тотчас, как прижмет младенца к груди, окунуться в море счастья и одарить этим чувством тех немногих окружающих, кому позволено помогать ей это счастье обрести.

Появление на свет без переживания детерминированного природой родового стресса не может не сказаться на состоянии новорожденного в ближайшем и отдаленном будущем.

Доказано, что у большинства новорожденных, извлеченных путем КС, нарушается период адаптации, что проявляется транзиторным тахипноэ вследствие задержки фетальной жидкости в легких, гипоксически-ишемическим повреждением ЦНС, гипотермией, гипертонией, выраженным снижением массы тела [13], нарушением формирования микробиоценоза кишечника [14]. Более того, по утверждению известного перинатального психолога Людвига Януса [15], «дети, родившиеся путем операции кесарева сечения, имеют перинатальную психотравму, обусловленную неожиданностью и неподготовленностью ребенка к переходу во внеутробное существование, характеризующуюся как шоковое состояние и вызывающую нервно-психические и интеллектуальные депривации, которые чрезвычайно трудно поддаются лечению».

Не менее серьезной проблемой для «извлеченных» новорожденных является склонность к аутизму [16]. Авторы утверждают [17], что по сравнению со сверстниками, родившимися обычным путем, «кесарята» оказались безразличными к жизни, чаще не испытывали родственных чувств к родителям, были социально пассивны, более зависимы от чужой воли, замкнуты в себе, тяжелее находили общий язык с внешним миром. Психологи считают, что по степени невероятного напряжения жизненных сил человека роды представляют собой мерило испытаний, по сравнению с которым испытания уже в последующей жизни существенно слабее [17]. Таким образом, неестественный метод рождения для ребенка представляет собой физическую и психическую травму, оказывающую существенное влияние на формирование не только состояния его здоровья, но и личностных особенностей.

Более того, современные принципы родовспоможения не учитывают положения перинатальной психологии, предполагающей наличие психической жизни плода и духовной связи между матерью и ребенком на всех этапах гестационного процесса, особенно в родах [18]. Несмотря на благоприятные ближайшие результаты, как индивидуальные (появление живого ребенка), так и общественно значимые (снижение перинатальной смертности), отдаленные последствия заставляют пересмотреть столь легкое отношение к неестественному методу деторождения.

**Родовой стресс необходим для человека** как с биологической, так и с антропологической точки зрения. Роды — первое жизненно необходимое испытание для ребенка. Это своего рода наиважнейший опыт борьбы за выживание в

реальной жизнеугрожающей ситуации. Опыт этот чрезвычайно важен в формировании личности человека-борца, испытавшего не только тяжесть борьбы, но и радость победы. Именно на этом этапе закладывается умение ждать, терпеть боль, приспосабливаться к обстоятельствам, не терять веру в собственные силы. В процессе родов срабатывают мощнейшие механизмы адаптации, необходимые для перехода к самостоятельной жизни в совершенно новых условиях: легочное дыхание, прекращение плацентарного и запуск малого круга кровообращения, контакт с воздухом, изменение мировосприятия.

Из года в год возрастает стоимость акушерской помощи населению, так как оперативное родоразрешение обходится государству во много раз дороже, чем самопроизвольные роды [6].

Еще дороже обходится лечение послеоперационных инфекционных осложнений (эндометрит, раневая инфекция), которые после КС развиваются в 10–15 раз чаще, чем после самопроизвольных родов. А такие осложнения, как перитонит и сепсис, встречаются практически только после абдоминальных родов.

Еще одним неутешительным итогом широкого (подчас не всегда достаточно обоснованного) использования КС явилось увеличивающееся из года в год число женщин фертильного возраста с оперированной маткой. Риск смерти матери в этой группе при последующей беременности возрастает в несколько раз. И этот же контингент беременных еще больше увеличивает частоту оперативных родов, так как в структуре показаний к КС рубец на матке в последние годы занимает первое или одно из первых мест.

И наконец, развитие тяжелых осложнений следующей за КС беременности, особенно при наличии нескольких операций в анамнезе (2, 3 рубца на матке и более). К этим осложнениям относятся вращение плаценты в рубец, несостоятельность рубца/рубцов на матке, обуславливающие высокую частоту профузных кровотечений, разрывов матки, гистерэктомий. Кроме того, к недостаточно изученным относится и такое осложнение, как недержание мочи.

Таким образом, подводя общий итог 30-летнего увлечения операцией КС, можно с сожалением констатировать, что мы не только не смогли решить поставленные перед собой задачи, но и создали новые проблемы в современном акушерстве.

Возникает вопрос: можно ли при внедрении современных акушерских и перинатальных технологий, с учетом строгих показаний к абдоминальному родоразрешению и его частоты на уровне 10–12% в крупных акушерских центрах, добиться минимального уровня перинатальной смертности и младенческой заболеваемости?

Нам представляется, что если все этапы беременности условно разделить на три — амбулаторный (I–II триместры), стационарный (III триместр) и роды, то на каждом этапе имеются реальные условия для снижения частоты этой операции. При этом грамотное, динамическое наблюдение за беременными и явится залогом снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Основная нагрузка по снижению частоты КС должна лечь на женские консультации всех регионов России, причем работу в этом направлении необходимо начинать с первых недель беременности, а у некоторого контингента женщин фертильного возраста — еще в прегравидарном периоде.

Важным, конечно, является и изменение психологии врачей женских консультаций в отношении КС.

Ни для кого не секрет, что уже с момента констатации беременности первородящие старше 30 лет женщины с отягощенным акушерским анамнезом, некоторыми экстрагенитальными заболеваниями, рубцом на матке после миомэктомии, КС и т.д. не без помощи врачей женских консультаций считают, что единственный «безопасный» метод родоразрешения — это КС [6].

Обсуждая вопрос о частоте КС, необходимо учитывать и то, что колебания этого показателя не только в отдельно взятых родовспомогательных учреждениях, но и в различных регионах каждой страны чрезвычайно велики. В крупных, технически хорошо оснащенных родовспомогательных стационарах с высококвалифицированным персоналом частота КС значительно выше, чем в небольших родильных домах. Так, если в большинстве сельских больниц в 1983–1990 гг. частота КС не превышала 1%, то в Центре охраны здоровья матери и ребенка РАМН она достигала 21% [19]. В настоящее время благодаря оснащению практически всех родовспомогательных учреждений современной анестезиологической аппаратурой, аппаратурой для реанимации и выхаживания новорожденных, высокой квалификации акушеров, анестезиологов и неонатологов такой большой разницы по частоте КС, по данным различных акушерских стационаров, нет. На увеличение частоты КС как в нашей стране, так и за рубежом в последние 30 лет повлияла коммерциализация медицины в целом и в акушерстве в частности. В тех родовспомогательных учреждениях, где доля платных услуг велика, частота абдоминальных родов выше.

Понятно и то, что средняя частота КС не отражает ситуацию в разных регионах и тем более в отдельных клиниках. Нельзя сравнивать возможности в диагностике перинатальной и материнской патологии, в анестезиологическом обеспечении операции и интенсивном ведении послеоперационного периода в акушерских стационарах I–II уровнях и крупном перинатальном центре.

В связи с этим для снижения материнских и перинатальных потерь на современном этапе, как считают В.И. Краснопольский и соавт. [20], наиболее перспективной и совершенной формой организации работы является создание специализированных акушерских стационаров (для обслуживания беременных групп высокого риска), хорошо оснащенных диагностической аппаратурой, укомплектованных квалифицированными специалистами, имеющих круглосуточную анестезиологическую и неонатологическую службы, соответствующее оборудование и оснащение, необходимые для оказания высококвалифицированной экстренной помощи и выхаживания новорожденных.

Однако функции этих стационаров не должны сводиться к исправлению ошибок, допущенных врачами женских консультаций, путем расширения показаний к КС. В них при использовании современных методов диагностики состояния плода необходим тщательный отбор пациенток, которым абсолютно показано КС, и беременных, у которых возможно альтернативное родоразрешение, т.е. самопроизвольные роды и тщательная подготовка к этим родам и матери, и плода.

Мы считаем, что снижение частоты КС в этих учреждениях — вопрос акушерских установок, опыта, наконец, акушерских школ. И здесь различная частота оперативных родов, например при тазовом предлежании плода, вполне реальна [20].

Кесарево сечение, конечно, можно считать одним из интегрированных показателей работы акушерского стационара, но его высокая частота не должна вводить в за-

блуждение относительно тяжести контингента этого родо-вспомогательного учреждения. Использование современных технологий диагностики, профилактики осложнений беременности, рациональное и грамотное ведение родов должны являться альтернативой увлечению абдоминальным родоразрешением.

## Заключение

В настоящее время КС стало неотъемлемым компонентом репродуктивной индустрии и как часть всякой состоявшейся индустрии сопровождается падением розничных цен, которое компенсируется наращиванием объемов продукции (увеличение частоты) и модернизацией (применение новых технологий и материалов). Чем эффективнее модернизация, тем больше частота. Если в этом контексте сравнивать современное акушерство с индустриальным гигантом, то сложно размышлять о каком-то ином будущем и говорить о том, чтобы поменять курс этого огромного «атомного ледокола», который движется в выбранном направлении и ломает на своем пути все традиционные принципы акушерства.

Говоря о перспективах этой операции на ближайшие 5 лет, не следует, конечно, ожидать значительного снижения частоты абдоминального родоразрешения, и его уровень в пределах 20—25% в крупных акушерских стационарах, очевидно, пока останется. Это объясняется тем, что, во-первых, КС все же в определенной мере снижает перинатальную смертность; во-вторых, упрощает родоразрешение в пограничных с нормой ситуациях — таких, как тазовое предлежание плода, экстрагенитальные заболевания, преэклампсия, крупный плод, оперированная матка; в-третьих, более высокой стоимостью операции по сравнению с самопроизвольными родами в условиях постепенной коммерциализации медицины, и, в-четвертых, тем, что за последние 30 лет сложился определенный стереотип мышления у врачей и пациенток: КС в любой ситуации — это оптимальный метод родоразрешения для плода.

Такое положение дел привело к тому, что акушер-гинеколог, окончивший клиническую ординатуру, в настоя-

щее время зачастую не владеет практическими навыками наложения акушерских щипцов, приема родов при тазовом предлежании плода, извлечения плода за ножку и т.д.

Чтобы высокопрофессиональных специалистов в акушерстве стало больше, их подготовку нужно начинать со студенческой скамьи и продолжать при обучении в ординатуре, которое не должно ограничиваться только повышением уровня теоретических знаний, а отрабатывать и совершенствовать практические навыки по ведению родов группы риска развития осложнений для плода и новорожденного. Это позволит снизить частоту первого КС, а соответственно и общую частоту абдоминальных родов.

26 января 2019 г. состоялся 1-й научно-образовательный форум акушеров-гинекологов Московской области «Кесарево сечение: старые проблемы, новые решения».

Организатором форума было ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», но так как проблемы, связанные с высокой частотой абдоминальных родов, вызывают тревогу у всех акушеров РФ и не только, в качестве докладчиков были приглашены ведущие специалисты из различных городов и регионов России (Волгоград, Казань, Рязань, Свердловская область, Республика Дагестан), которые раскрыли чрезвычайно актуальные проблемы абдоминального родоразрешения, стоящие перед акушерами-гинекологами РФ: тщательный отбор показаний к КС, оптимизация хирургической тактики, своевременная диагностика осложнений и правильная тактика ведения родильниц, ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке.

Следует подчеркнуть, что большое внимание было обращено в том числе на юридические аспекты этой медицинской услуги, не отвечающей требованиям безопасности.

Более отдаленная перспектива — это дальнейшее снижение частоты КС по мере совершенствования страховой медицины с ограничением более дорогостоящего оперативного родоразрешения. Но при этом, конечно, необходимо совершенствование и законодательных актов, защищающих врачебные позиции акушеров, возлагающих на себя ответственность при ведении родов высокого риска.

### Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста, редактирование — Н.А. Жаркин, Л.С. Логутова, Т.Г. Семикова

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Participation of authors:

Concept and design of the study, data collection and processing, text writing, editing — N.A. Zharkin, L.S. Logutova, T.G. Semikhova

Authors declare lack of the conflicts of interests.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Слепых А.С. *Абдоминальное родоразрешение*. Л.: Медицина, 1986;190.  
Slepykh AS. *Abdominal delivery*. L.: Meditsina, 1986;190. (In Russ.).
2. Rosen MG, Clik Z. The effect of delivery route on outcome in breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*. 1984;148:7:909-914.
3. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. *Кесарево сечение*. СПб: Медицина, 1991;147.  
Abramchenko VV, Lantsev EA. *Cesarean section*. St.-Petersburg: Meditsina, 1991;147. (In Russ.).
4. Старостина Т.А., Фролова О.Г. Летальность после операции кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 1989;3:22-24.
5. Starostina TA, Frolova OG. Lethality after operation of Cesarean section. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1989;148:3:22-24.
6. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Федеральная служба государственной статистики. Москва. 2018. www.gks.ru.  
Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiiskoi Federatsii. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Moscow: www.gks.ru. (In Russ.).
6. Радзинский В.Е., Логутова Л.С., Буянова С.Н., Аксенов А.Н., Упрямова Е.Ю., Мельников А.П., Пучкова Н.В. Кесарево се-

- чение. Проблемы абдоминального акушерства: Руководство для врачей. Под ред. академика РАН В.И. Краснополяского. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Специальное издательство медицинских книг (СИМК). 2018;224.: ил. (Школа академика РАН Краснополяского В.И.).
- Radzinskii VE, Logutova LS, Buyanova SN, Aksenov AN, Uryuganova EYu, Mel'nikov AP, Puchkova NV. Cesarean section. Problems of abdominal obstetrics: the management for doctors. Ed. by Krasnopol'skii VI. 3<sup>rd</sup> ed. Moscow: SIMK, 2018;224. (In Russ.).
7. Жаркин Н.А. Антропология кесаревых сечений. *Биоэтика*. 2017;2:1-4.  
Zharkin NA. Anthropology of Cesarean sections. *Bioethika*. 2017; 2:1-4. (In Russ.).
  8. *Психика и роды*. Под ред. проф. Айламазяна Э.К.. СПб: АОЗТ «Яблочко СО». 1996;120.  
*Mentality and childbirth*. Ed. by Ailamazyan EK. St.-Petersburg: Yablochko SO. 1996;120. (In Russ.).
  9. Чернуха Е.А., Побединский Н.М., Ананьев В.А., Короткова Н.А. Психологические аспекты кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 2005;1:52-53.  
Chernukha EA, Pobedinskii NM, Anan'ev VA, Korotkova NA. Psychological aspects of Cesarean section. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2005;1:52-53. (In Russ.).
  10. Короткова Н.А., Пучко Т.К., Федорова Т.А. Стресс после родов. *Вестник новых медицинских технологий*. 2011;18:1:200-202.  
Korotkova N.A., Puchko T.K., Fedorova T.A. Stress after the delivery. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii*. 2011;18:1:200-202. (In Russ.).
  11. Кулаков В.И., Прошина И.В. *Экстренное родоразрешение*. М.: Медицина, 1994;272.  
Kulakov VI, Proshina IV. *Emergency delivery*. Moscow: Meditsina, 1994;272. (In Russ.).
  12. Ethical aspects regarding caesarian delivery for non-medical reasons. Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. November. 2006;55.
  13. Ипполитова Л.И. Особенности гормональной адаптации новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения. *Педиатрия*. 2010;89:1:22-25.  
Ippolitova LI. Features of hormonal adaptation of the newborns taken by Cesarean section. *Pediatrics*. 2010;89:1:22-25. (In Russ.).
  14. Холодова И.Н., Ильенко Л.И., Рубцова А.А. Тактика лечения функциональных нарушений ЖКТ у детей раннего возраста. *Медицинский совет*. 2015;1:46-49.  
Kholodova IN, Il'enko LI, Rubtsova AA. Tactics of treatment of functional disturbances of a GIT at children of early age. *Meditsinskii sovet*. 2015;1:46-49. (In Russ.).
  15. Janus L. Die Dedeutung der Pranatalen Psechologie fur den Umgang mit Schwangerschaft und Geurt: Materp. Всеросс. конф. «Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии». Часть 2. Ивановская государственная медицинская академия. Иваново. 2001;72-77.  
Janus L. Die Dedeutung der Pranatalen Psechologie fur den Umgang mit Schwangerschaft und Geurt: Materials of the All-Russian conference «Perinatal psychology and medicine. Psychosomatic frustration in obstetrics, gynecology, pediatrics and therapy». Part 2. Ivanovskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya. Ivanovo. 2001;72-77. (In Russ.).
  16. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». 2007;№281.  
Electronic version of the bulletin «Population and Society». 2007; №281. (In Russ.).  
<http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0281/gazeta020.php>  
Laughlin CD. (1989a). Pre- and perinatal anthropology: A selective review. *Pre- and Perinatal Psychol J*. 1999;3:4:261-296.
  18. Добряков И.В. *Перинатальная психология*. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015;352.  
Dobryakov IV. *Perinatal psychology*. 2<sup>nd</sup> ed. St.-Petersburg: Piter, 2015;352. (In Russ.).
  19. Кулаков В.И., Краснополяский В.И., Мареева Л.С. О совершенствовании методики операции кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*. 1990;11:26-29.  
Kulakov VI, Krasnopol'skiy VI, Mareeva LS. About improvement of a technique of operation of Cesarean section. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1990;11:26-29. (In Russ.).
  20. Краснополяский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. *Репродуктивные проблемы оперированной матки*. М. 2005;160.  
Krasnopol'skiy VI, Logutova LS, Buyanova SN. *Reproductive problems of the operated uterus*. Moscow. 2005;160. (In Russ.).

Поступила 31.01.19

Received 31.01.19

Принята к печати 04.03.19

Accepted 04.03.19