

30. *Identification* of immune dominant Cytomegalovirus epitopes using quantitative real-time polymerase chain reactions to measure interferon- $\gamma$  production by peptide-stimulated peripheral blood mononuclear cells / M. Provenciano, S. Mocellin, M. Bettinotti et al. // *J. Immunotherapy*. — 2002. — Vol. 25, N 4. — P. 342-351.
31. *IFN- $\gamma$  independent IgG2a production in mice infected with viruses and parasites* / D. Markine-Goriaynoff, I. T. M. van der Logt, K. Truyens et al. // *Int. Immunol.* — 2000. — Vol. 12, N 2. — P. 223-230.
32. *IL-10 selectively induces HLA-G expression in human trophoblasts and monocytes* / Ph. Moreau, F. Adrian-Cabestre, C. Menier et al. // *Int. Immunol.* — 1999. — Vol. 11. — P. 803-811.
33. *Interactions between dendritic cells and cytokine-induced killer cells lead to an activation of both populations* / A. Marten, C. Ziske, B. Schottiker et al. // *J. Immunotherapy*. — 2001. — Vol. 24. — P. 502-510.
34. *Maraskovsky E., Pech M. H., Keiso A.* High-frequency activation of single CD4+ and CD8+ T cells to proliferate and secrete cytokines using anti-receptor antibodies and IL-2(1) // *Int. Immunol.* — 1991. — Vol. 3. — P. 255-264.
35. *Mechanisms of cytokine synergy essential for vaccine protection against viral challenge* / J. D. Ahiers, J. M. Belyakov, So. Matsui, J. A. Berzofsky // *Int. Immunol.* — 2000. — Vol. 13. — P. 897-908.
36. *Paul W. E.* *Fundamental Immunology*. — New-York: Lippincott-Rasen, 1999.
37. *Phase J.* Trial of granulocyte macrophage — colony stimulating factor and interleukin-4 as a combined immunotherapy for patients with cancer / B. Gitiitz, R. A. Figlin, S. M. Kiertscher et al. // *J. Immunotherapy*. — 2003. — Vol. 26, N 2. — P. 171-178.
38. *Reversal of experimental allergic encephalomyelitis with non-mitogenetic, non-depleting anti-CD3 mAb therapy with a preferential effect on Th1 cells that is augmented by IL-4* / G. T. Tran, N. Carter, Xiaoy He et al. // *Int. Immunol.* — 2001. — Vol. 13. — P. 1109-1120.
39. *Sacks G. P., Redman C. W. G., Sargent I. L.* Monocytes are primed to produce the Th1 type cytokine IL-12 in normal human pregnancy: an intracellular flow cytometric analysis of peripheral blood mononuclear cells // *Clin. Experim. Immunol.* — 2003. — Vol. 131, N 3. — P. 490-497.
40. *Significance of fetal fibronectin and cytokine measurement in the cervicovaginal secretions of woman at term in predicting term labor and post-term pregnancy* / M. Jmai, A. Tani, M. Saito et al. // *Europ. J. Obstet. Gynecol. and Reproducti Biology*. — 2001. — Vol. 97, N 1. — P. 53-58.
41. *Vos Q., Snapper C. M., Mond J. J.* Th1 versus Th2 cytokine profile determines the modulation of in vitro T cells — independent type 2 responses bei IL-4 // *Int. Immunol.* — 2000. — Vol. 12, N 9. — P. 1337-1345.

УДК 618.5.-089.882.61

А. А. Зелинский, д-р мед. наук, проф.

## МЕДИЦИНСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СВЯЗИ С ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

УДК 618.5.-089.882.61

О. О. Зелінський

## МЕДИЧНІ, МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ У ЗВ'ЯЗКУ З ОПЕРАЦІЄЮ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ АКУШЕРСТВА

*Одесский державний медичний університет, Одеса, Україна*

У статті викладено різні точки зору зарубіжних і вітчизняних дослідників, а також позицію автора на проблеми, які виникли в останнє десятиріччя у зв'язку з широким розповсюдженням операції кесаревого розтину. Обговорюються питання повторного кесаревого розтину. Запропоновані системи оцінки факторів ризику проведення операції. Наведено погляди на правову і соціальну оцінку виконання операції на бажання вагітної. Обґрунтовано пропозиції щодо створення в Україні відповідних нормативних документів.

**Ключові слова:** кесарів розтин, ускладнення, методика, медичне право.

UDC 618.5.-089.882.61

A. A. Zelinsky

## MEDICAL, MEDICO-SOCIAL PROBLEMS OF THE CESARIAN SECTON OPERATION IN THE MODERN STAGE OF THE OBSTETRICS DEVELOPMENT

*The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine*

The article deals with the foreign and native investigators different points of view as well as the author's position on several problems appeared during the last decade due to the wide use of the cesarean section operation. The questions of the repeated cesarean section are debated with the proposal of operation performance risk factors estimation system. The jurisprudentic and social aspects of the operation performance by the pregnant woman will are pointed out. The proposals for the corresponded normative documents creation in the Ukraine are grounded.

**Key words:** cesarean section, complication, methodic, medical law.

Кесарево сечение как наиболее распространенная родоразрешающая операция в последние десятилетия получила чрезвычайно большое распространение. Этому способствовало интенсивное развитие не только акушерства, но и неонатологии, анестезиологии, реаниматологии, клинической фармакологии, трансфузиологии. Частота операций кесарева сечения в большинстве крупных клиник в Украине и за рубежом выросла в несколько раз и последние годы стабилизировалась в пределах 20–25 %. Это способствовало существенному снижению уровня перинатальной смертности. Так, в США в 1995–2000 гг. перинатальная смертность снизилась до 7–8 %.

Вместе с тем широкое распространение операций поставило ряд новых как медицинских, так и медико-социальных проблем, которые требуют не только новых научных подходов к их разрешению, но и принятия ряда правовых, законодательных решений. В первую очередь, рост частоты кесарева сечения, как и реконструктивных операций на матке создает проблему рубца на матке, который в последующем может являться обоснованием для проведения повторного кесарева сечения по причине высокого риска разрыва матки.

Само понятие рубца на матке весьма относительно в зависимости от времени проведения первой операции, технологий ее выполнения и использования в процессе вмешательства новых видов синтетических, саморассасывающихся тканей, определение объема последующих реабилитационных мероприятий, что приводит к состояниям, при которых часто при повторной операции рубец на матке обнаружить крайне сложно. Ряд исследований [1; 2] свидетельствует, что гистохимическая состоятельность ткани миометрия в области бывшего рассечения матки, при предыдущем кесаревом сечении, на основании морфогистологических исследований отмечена в 25,6 % случаев, а по данным Д. В. Введенского [3], — в 51,6 %. Тем не менее, реальная опасность разрыва матки по рубцу существует в каждом случае из-за отсутствия четких критериев определения его состоятельности к концу беременности и в процессе родов. А. Б. Погорелова рекомендует заменить термин «несостоятельность рубца» на определение «несостоятельность матки». Анализ течения беременности, родов, выбора способа родоразрешения привел нас к необходимости ввести термин «анатомо-функциональная недостаточность миометрия» у женщин, перенесших операцию кесарева сечения, тем самым оставляя право за акушером-гинекологом, при наличии соответствующих возможностей диагностики, определить степень компенсаторных возможностей мышцы матки и тем самым прогнозировать возможность естественного или

оперативного родоразрешения. По-видимому, этим можно объяснить в настоящее время в США и ряде европейских стран постоянно растущий процент естественных родов у женщин, ранее перенесших кесарево сечение. К сожалению, в Украине естественное родоразрешение в данной группе повторно беременных не превышает 1 %. В нашей клинике такой процент вырос с 0,3 % в 1995 г. до 3,1 % в 2002 г. За рубежом принят к употреблению термин *previous cesarean section* («предыдущее кесарево сечение»), а не «рубец после кесарева сечения».

По нашим данным, полноценное заживление миометрия при операции в нижнем сегменте, произведенной поперечным разрезом, происходит после 2 лет, что может быть обоснованием проведения родов естественным путем в 50–75 %. Естественно, что это ни в коей мере не входит в противоречие с официальными показаниями к операции, определенными решением научно-практической конференции акушеров-гинекологов Украины, утвержденным МОЗ в 2000 г. При этом следует строго учитывать и определять не только характер течения беременности, экзоструктуру миометрия в зоне рубца, базальный тонус миометрия и токографической характеристики в процессе развязывания родовой деятельности, но и массо-ростовые показатели плода, расположение его в матке, тип предлежания плода. Для выбора способа родоразрешения чрезвычайно большое значение имеет оценка состоятельности миометрия в зоне предыдущей операции. Следует особое внимание обращать на ряд факторов, которые прямо или косвенно могут свидетельствовать о степени анатомо-функционального состояния мышцы матки, в том числе:

1) отсутствие «зрелости» шейки матки к 39–40 нед беременности;

2) пальпаторно определяемые дефекты или истончение тканей передней брюшной стенки и области предыдущего оперативного вмешательства на матке;

3) наличие «неподвижности» тканей в области предыдущего рубца на матке по отношению к тканям передней брюшной стенки, мочевого пузыря;

4) характер и место проведения предыдущего разреза на матке. При этом принимается во внимание довольно высокий удельный вес «немых» дефектов (несостоятельность) в области рубца, если методика проведения операции предполагала продольный разрез как в теле матки, так и в области нижнего сегмента с переходом на тело матки;

5) наличие у беременной повторяющихся болезненных ощущений в области рубца в сочетании (чаще) с повышением двигательной активности плода;

6) изменение контуров матки в нижнем сегменте по типу «цилиндра», а не полуовала, как это бывает в норме;

7) смещение оси положения плода в матке вправо или влево (в зону сформировавшейся или формирующейся недостаточности миометрия);

8) изменение типа кардиоотограммы в виде низкой вариабельности ритма, частоты сердечных сокращений (чаще), появление децелераций (реже). Последнее обычно свидетельствует не столько о состоянии рубца, сколько о сопутствующих изменениях функции плаценты и маточно-плацентарно-плодового кровотока;

9) результаты ультрасонографических исследований, в первую очередь характеризующих локализацию плаценты в зоне рубца, наличие «истонченности» миометрия в нижнем сегменте, накануне родов до 2 мм с наличием участков повышенной ЭХО-генной плотности, неравномерности миометрия;

10) осложненное течение послеоперационного периода после ранее выполненного кесарева сечения и, в первую очередь, развития эндометрита, послеоперационных гематом, вторичного заживления послеоперационной раны, длительной послеоперационной гипертермии неустановленного генеза, устойчивого нарушения функций мочевого пузыря, кишечника;

11) наличие в прошлом 2 и более кесаревых сечений.

Результаты свидетельствуют, что ценность ультразвукового исследования при оценке состояния нижнего сегмента к концу беременности при наличии рубца на матке, проведенного нами у 1362 женщин в 1995–2002 гг., составила 76 % при сопоставлении с интраоперационным диагнозом. Значительная часть ошибок (24 %) не дает оснований полагаться на результаты ультразвуковых исследований, как всегда определяющих.

В последние годы растет число операций удаления миоматозных узлов (органосохраняющих) как вне беременности, так и в период проведения операции кесарева сечения. Эта группа женщин сегодня в преобладающем числе случаев подвержена повторной операции кесарева сечения из-за крайне высокого риска как разрыва матки при естественном родоразрешении, так и перинатальных осложнений для плода.

Методология операции повторного кесарева сечения предполагает ряд обязательных этапов, которые иногда опускаются во время проведения первой операции.

Во-первых, это обязательная катетеризация мочевого пузыря с введением постоянного катетера и определение его положения в мочевом пузыре перед выбором места разреза на матке.

Во-вторых, целесообразно проведение рассечения в области рубца, а если он не опреде-

ляется — в нижнем сегменте. Допускается пальцевое поперечное растяжение раны только в случае отсутствия сопротивления при выполнении манипуляции. Лучше рассекать нижний сегмент по рубцу ножницами.

В-третьих, если определяются малейшие признаки несостоятельности рубца, необходимо провести его иссечение.

В-четвертых, анализ выполнения третьей операции кесарева сечения показывает, что при ушивании матки однорядным непрерывным швом с применением викрила, дексона в преобладающем числе случаев определяется несостоятельность шва и его резкое истончение в нижнем сегменте. В связи с этим при повторном кесаревом сечении, выполняемом в зоне предыдущего оперативного вмешательства, по нашему глубокому убеждению, необходимо наложение двухрядного мышечно-мышечного шва.

Операция по методике Старка может выполняться при отсутствии значительных деформаций в области передней брюшной стенки как следствия осложненной предыдущей операции, нарушений топографии органов малого таза и спаечного процесса.

Повторное кесарево сечение должно проводиться специалистами врачебной бригады с обязательным включением в ее состав акушеров-гинекологов, владеющих всеми видами хирургических вмешательств, связанных с удалением органа, и операций, обеспечивающих перевязку крупных сосудов в случае возникновения акушерских кровотечений.

В-пятых, существует обязательная необходимость профилактики возникновения гематом передней брюшной стенки, в связи с чем проводится тщательный гемостаз в зоне диффузной кровоточивости тканей. В-шестых, следует помнить об изменении топографии мочевого пузыря, в связи с чем вскрытие брюшины выполняется в вертикальном углу раны, а рассечение (растяжение) — под визуальным контролем.

При выборе метода родоразрешения у женщин с наличием рубца на матке нужно всегда информировать беременных о возможных осложнениях при естественном родоразрешении и получить письменное согласие на избираемый метод родоразрешения.

Следует также всегда помнить и предполагать возможность использования во время операции наложения акушерских щипцов при извлечении плода из-за уменьшения растяжимости ткани как миометрия, так и передней брюшной стенки, о чем также должна быть информирована женщина.

В последние годы наметилась тенденция к уменьшению числа женщин, желающих провести стерилизацию во время проведения повторных операций кесарева сечения. Это связано, по-видимому, в большей части, с невозможно-

стью абсолютной гарантии здоровья новорожденного акушером-гинекологом и неонатологом. По нашим данным, заболеваемость детей первого года жизни после операции кесарева сечения несколько выше популяционной, что может быть объяснено самим характером показаний к проведению операций (со стороны плода).

Нужно всегда помнить, что все женщины с рубцом на матке составляют группу повышенного риска развития септических осложнений, в связи с чем им рекомендуется проведение в послеоперационном периоде обязательной антибактериальной терапии.

Следующим обязательным моментом для данной категории родоразрешенных, является проведение в послеоперационном периоде тщательного контроля за состоянием полости матки, ее содержимым и состоянием тканей передней брюшной стенки для своевременной диагностики субапонеуротических гематом.

При выполнении данных рекомендаций частота кровотечений в раннем послеоперационном периоде не превышает таковую во время естественных родов и проведения первой операции. По нашим данным, она составила 1,8 % случаев. Сравнительно чаще наблюдается субинволюция матки и возникновение лохиометры. Их частота возрастает в 1,5 раза по сравнению с проявлением после первого кесарево сечения.

Современная практика акушерства, по-видимому, требует отказа от классического выражения Е. Cragin, что однажды произведенное кесарево сечение — это всегда кесарево сечение, так как современные технологии позволяют проводить родоразрешение естественным путем после выполненной ранее операции в случае подтверждения анатомо-функциональной «достаточности» миометрия в нижнем сегменте матки.

Вторым, не менее важным вопросом, возникшим к 2000 г., является проведение родоразрешения путем операции кесарева сечения по желанию женщины. Основными мотивами, в этих случаях, являются предыдущие кесарево сечение (боязнь за состояние ребенка), потеря плода в предыдущих родах, тазовые предлежания плода, трудные или осложненные, а также чрезвычайно болезненные предыдущие роды. За рубежом в выборе метода разрешения, кроме беременной, участвует муж. Так, в Англии врач, получив согласие на проведение кесарева сечения, не имеет права расширять объем оперативного вмешательства. Муж не вправе решать этот вопрос, но имеет официальное право на решение о проведении оперативного родоразрешения при доказанном нарушении состояния внутриутробного плода. В этом случае речь идет о защите плода отцом ребенка.

В США в решении данных сложных вопросов участвуют профессиональные организации, в том числе этический комитет при Американском обществе акушеров-гинекологов, при регионарном Обществе акушеров-гинекологов и др. Ряд известных акушеров-гинекологов США, Европы высказывают мнение, что мать имеет самостоятельное право решать, как ей рожать ребенка. В Италии кесарево сечение по желанию беременной проводится в 4 % случаев. При выполнении операции кесарева сечения беременная может определять характер обезболивания, в том числе проведение операции под эпидуральной анестезией, которая обеспечивает «присутствие» женщины при рождении ребенка. За рубежом разрешается присутствие на операции мужа. Если она проводится под общим обезболиванием, то партнер присутствует до введения беременной в наркоз.

Эволюция показаний к оперативному родоразрешению в Украине привела к правильной, с законодательной точки зрения, замене ранее существующих терминов «абсолютные и относительные показания» на «показания к кесареву сечению во время беременности и в родах». Это допускает учет желания беременной на способ родоразрешения.

В Англии, согласно документу Changing Childbirth, разработанному Expert Maternity Group [4], беременная имеет свободу выбора метода родоразрешения.

По данным Н. Churchill [5] в 1996 г. 21,3 % беременных высказали просьбу родоразрешить их путем операции кесарева сечения. Подобную просьбу в 1991–1992 гг. высказали лишь 13,2 % беременных. Основными мотивами в этих случаях были предыдущее родоразрешение кесаревым сечением, боязнь за состояние ребенка, тазовое предлежание плода.

Имеется ряд публикаций, сообщающих о случаях, когда пациентки настаивали на родоразрешении их операцией кесарева сечения. Это известно как «профилактическое кесарево сечение при доношенной беременности».

При решении вопроса проведения кесарева сечения необходима связь и понимание между врачом и женщиной — “cesarean decision spectrum” [6]. Если беременная исходно отказывается от кесарева сечения, то при разъяснении целесообразности операции она часто дает согласие.

В зарубежной литературе приводится ряд случаев судебных разбирательств, связанных с проведением операции. В Украине отсутствуют публикации о случаях судебных разбирательств, связанных с проведением кесаревых сечений, тем не менее в судебно-медицинской практике они встречаются нередко. На заседаниях комиссий по родовспоможению стали частыми разборы случаев, связанных с неблаго-

приятным исходом для матери и плода при отсутствии своевременной постановки вопроса об абдоминальном родоразрешении как необходимым и единственно правильном способе. В. Flamm [6] рекомендует разделить таких беременных на восемь групп. Автор называет кесарево сечение, проводимое по требованию беременной (роженицы) без медицинских показаний — профилактическим (элективным). Высказывается мнение, что кесарево сечение в анамнезе не является медицинским показанием для повторного кесарева сечения более чем у 75 % женщин.

Мы считаем, что необходимо объяснить беременной, что при наличии мониторингового контроля в родах за состоянием матери и плода имеется возможность, в случае необходимости, прибегнуть к кесаревому сечению с благоприятным исходом. Необходимо довести до сведения беременной, ее мужа и родственников, что операция кесарева сечения не гарантирует отсутствия осложнений во время ее проведения, при проведении наркоза и в послеоперационном периоде.

Практика «защитной» медицины последние годы резко увеличивается, особенно в США и ряде стран Европы, где судебные разбирательства являются частым фактом. Установлено, что возможные судебные тяжбы между пациентом и врачом обуславливают фактор роста частоты кесарева сечения. В то же время в Италии и других странах это не является актуальным.

Существуют и немедицинские «показания» к операции кесарева сечения. Так, в частных госпиталях, уровень кесарева сечения значительно выше, чем в государственных, и достигает в Бразилии до 49,6 %, в Англии — до 19,6 % (для сравнения, в государственных — 9 %), в Италии — до 34,7 % (соответственно 21,3 %). Имеются сообщения, что наблюдается закономерная зависимость частоты кесарева сечения от социально-экономического состояния пациента: чем оно выше, тем чаще осуществляется операция. В США, при среднем доходе семьи в 30 тыс. долларов, частота операции составила 23 %, а при доходе в 11 тыс. долларов — 13 %.

В течение последних лет в Украине чаще возникает требование беременных родоразрешить их путем кесарева сечения при отсутствии медицинских показаний. Обязательность ультразвуковых исследований за состоянием плода перед родами приводит к информированности беременной о наличии обвития пуповины вокруг шеи плода, при отсутствии признаков его страдания, наличия тех или иных изменений в плаценте, которые могут быть увязаны с риском возникновения гипоксии в родах. Нередко желание оперативного родоразрешения беременные выражают при наличии незначитель-

ных сужений таза, возраста первородящих более 30 лет, двойни, беременности, возникшей после ЭКО или других вспомогательных репродуктивных технологий, наличии большого интервала между родами. Длительные беседы, разъяснения, убеждения с целью родоразрешения через естественные родовые пути под постоянным кардиомониторным контролем состояния матери и плода часто не дают эффекта, и приходится родоразрешать их абдоминальным путем. Основным документом, защищающим врача в данном случае, является заявление женщины, где она берет на себя полную ответственность за исход операции в случае ее правильного выполнения.

В свете вышеизложенного нам представляется, что проведение операции кесарева сечения по требованию, желанию беременной допустимо, так как это не входит в противоречия с основным законом Украины — ее Конституцией; и это следует узаконить соответствующими нормативными документами. В то же время отсутствие нормативных документов, запрещающих или разрешающих проведение операции кесарева сечения по желанию, в определенной степени «защищает» врача, осуществляющего оперативное родоразрешение по требованию женщины. При разработке нормативных документов нужно учитывать результаты клинических и эпидемиологических доказательств преимущества и недостатков кесарева сечения по требованию женщин, данные экономических расчетов стоимости операции и проведения естественных родов в каждом конкретном случае, определение юридических, этических, психологических сторон, обуславливающих желание беременной к родоразрешению ее оперативным путем.

Немаловажным фактором при разработке нормативных документов является подготовка юристов в вопросах медицинского права, которые, к сожалению, в настоящее время в Украине не имеют возможности совершенствовать знания в данном направлении, так как отсутствуют учебные программы подготовки специалистов по данному разделу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Погорелова А. Б.* Беременность и роды у женщин, перенесших кесарево сечение в регионе высокого паритета: Дис. ... д-ра мед. наук. — Ташкент, 1990.
2. *Ананьев В. А., Побединский Н. М.* Повторное кесарево сечение в современном акушерстве // *Акушерство и гинекология.* — 2003. — № 3. — С. 61-63.
3. *Введенский Д. М.* Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1990.
4. *Group Expert Maternity Changing Childbirth.* — London, 1993.
5. *Churchill H.* Caesarean Birth. — London, 1997.
6. *Flamm B. L.* Cesarean Section / Eds. B. L. Flamm, E. J. Quilligan. — Berlin, 1995. — P. 207-221.