

С. Радева

Медико-социальное значение section caesarea в качестве предпочтительного метода для рождения

Аннотация

Хирургическое рождение (SC), также известное как «кесарево сечение» (с-секция; SC), представляет собой хирургическую процедуру, при которой рождение плода происходит хирургическим путем. Эта процедура обычно применяется, когда нормальное (вагинальное) рождение будет угрожать животу или здоровью беременной или ребенка. По данным международных медицинских учреждений и WHO, оптимальная частота кесарева сечения составляет от 10% до 15%. Всемирная организация здравоохранения (WHO) рекомендует делать кесарево сечение только на основе обоснованной медицинской причины. Практика показывает, что они оценивают случаи, когда кесарево сечение также проводится по желанию (беременной) без каких-либо медицинских показаний для этого. Цель настоящего исследования – изучить отношение беременных к способу родоразрешения и осознанному выбору в нашей стране. Материал и методы: изучена база данных НСИ (Национальный статистический институт) и НМС (Национальное медицинское страхование), а также мнение 120 беременных женщин и 345 родивших женщин. Для потребностей исследования использовался документальный метод, статистический (опросный) метод и контекстуальный анализ. Исследование проводилось в августе 2019-мае 2020 г. в городе Варна.

Ключевые слова: выбор, отношения, оперативное рождение, медикосоциальное значение.

S. Radeva

Medico-Social Significance of Section Caesarea as The Preferred Method for Birth

Abstract

A caesarean section (CS / SC), also known as a “caesarean section” (C-section; SC), is a surgical procedure in which the birth of a fetus occurs surgically. This procedure is usually used when a normal (vaginal) birth would endanger the life or health of a pregnant woman or a child. According to international medical institutions and WHO the optimal caesarean section rate is between 10% and 15%. The world health organization (WHO) recommends that a caesarean section is performed only on the basis of a valid medical reason. Practice shows that they evaluate cases when a caesarean section is also performed at will (by a pregnant woman) without any medical indications for this. The purpose of this study is to study the attitude of pregnant women to the method of delivery and conscious choice in our country. Material and methods: the database of NSI (National statistical Institute) and NHI (National health insurance) was studied, as well as the opinions of 120 pregnant women and 345 women who gave birth. For the needs of the study, a documentary method, a statistical (survey) method, and contextual analysis were used. The study was conducted in August 2019 – May 2020 in the city of Varna.

Keywords: choice, relationships, operative birth, medical and social significance.

1. Введение.

Во многих странах кесарево сечение применяется чаще, чем это необходимо. Это также является причиной того, что правительства и министерства здравоохранения соответствующих стран продвигают программы по ограничению использования SC в пользу рождения per vias naturales (через естественные родовые пути). SC практикуется как элективная (плановая) или как экстренная процедура

[5; 13]. С прогрессом акушерской практики и наличием более сложных родов эта классификация слишком упрощена и необходима дополнительная детализация. Гайдлеи (guidelines) в акушерстве и гинекологии не рекомендуют назначать кесарево сечение до 39-й гестационной недели (недели беременности) без каких-либо медицинских показаний к этому [16].

Показания к section caesarea делятся на две большие группы: абсолютные и относительные [5; 12; 13].

В качестве абсолютных признаков кесарева сечения принимаются те состояния, при которых протекание родов нормальным путем приведет к серьезным, угрожающим жизни матери или плода последствиям. Относительные показания к section caesarea – это состояния, при которых беременная может родить и через естественные родовые пути, но при нормальных родах существует риск серьезных последствий как для плода, так и для матери.

Достижения медицинской науки и техники резко снизили смертность и риск кесарева сечения. Развитие людских ресурсов в лечебных структурах знания и навыки медицинского персонала, построение медицинской помощи посредством коммуникационных Калей и технических и материальных ресурсов способствует качеству медицинского обслуживания [10; 22; 23]. Это неизбежно привело к значительному расширению кругозора по показаниям. Полностью в интересах плода, с показаниями были приняты и состояния, угрожающие его жизни и здоровью, не имеющие никакого отношения к здоровью матери (что-то совершенно немыслимое до этого) [9; 14].

Иногда врач может принять решение о проведении кесарева сечения, которое не было запланировано заранее, в ходе наблюдения за беременностью или при начатых родах. Это то, что он делает, когда вы торопите случаи, согласно показаниям жизненно важных для майката и плода [17; 21]. Это может произойти с проблемами во время беременности или при начатых родах, когда он протрахиован или если плод не получает достаточного количества кислорода (страдание плода) [26]. В некоторых случаях section caesarea (SC) планируется по медицинским показаниям, которые управляют вагинальным рождением и является рискованным [24; 25]. Женщина может знать заранее, что вам придется пройти кесарево сечение и его график, как он ожидает близнецов или более детей, или потому, что есть утяжеляющая акушерка анамнез (сахарный диабет, высокого кровяного давления, преэклампсии, инфекционных заболеваний, которые осложняют беременность, как HIV или герпес; причины со стороны плаценты placenta praeviae, abruption placentae. Sectio caesarea применяется в случаях рождения очень крупного плода, у женщин с узким тазом или при неправильных предлежаниях плода [24; 25].

2. Положения.

Кесарево сечение является одним из наиболее распространенных медицинских вмешательств в родовой помощи [2; 3]. В развитых странах отмечается тревожный рост процента операционных родоразрешений, не обязательно сопровождающихся адекватной оценкой сопутствующих рисков. Нередко риски, связанные с родами путем кесарева сечения, не сливаются как со стороны пациентов, так и со стороны выполняющих его врачей [18]. В 2015 году Всемирная организация здравоохранения (WHO [27]) сообщает, что возобновляет свои рекомендации с 1985 года. для 10–15% section caesarea, поскольку более высокий процент оперативного родоразрешения не приводит к снижению

смертности у матерей и младенцев. Несмотря на исследования, рекомендации и наблюдаемые тенденции, частота оперативного родоразрешения в большинстве европейских и других развитых стран резко превышает рекомендации.

В нашей стране, согласно проекту «индекс больниц» в 2017 году. от применения section caesare в Болгарии достигло 45 процентов, и есть больницы, в которых процент составляет около 90, и даже тот, в котором было зарегистрировано одно вагинальное рождение в течение всего года. Болгария занимает лидирующие позиции перед такими странами, как Германия, около 31%, Испания 26.3%, Франция 21%, Австрия 28%, Великобритания 25%, Словения 19% и скандинавские страны (Норвегия, Швеция, Финляндия), в среднем 17% оперативных родоразрешений [27] Другие страны, в которых доля кесаревых сечений определяется международными специалистами как рекордно высокие – Италия 38%, Кипр 52%, Португалия и Румыния 36%. Поскольку кесарево сечение при первой беременности часто приводит к его использованию и при последующих беременностях, вагинальные роды обычно предпочтительны. Таким образом, два из каждых трех детей рождаются в США [27].

В настоящее время основные рекомендации по определению термина кесарева сечения имеют научную базу данных глобальные гадания, научные исследования и публикации [24; 25; 25], связанные с отклонениями от нормального течения родов, учебников и пособий по акушерству. В отмененных (у нас) постановлениях об утверждении медицинского стандарта акушерства и гинекологии в дополнительных положениях определено понятие section caesarea и его срочность [7]:

– 24. «естественные роды кесарева сечения» – это роды, которые не проходят через естественные роды...;

– 28. «быстрое кесарево сечение (SC)» – это кесарево сечение, показания к которому:

а) размещаются не более чем за 2 часа до проведения разреза кожи;

б) представляют собой заболевание (состояние), которое в данном случае угрожает животу или здоровью матери и/или плода в большей степени, чем само кесарево сечение».

В учебниках акушерства индикаторы операционного рождения сие будут разделены на две большие группы: абсолютные и относительные. Направленная обобщенная классификация представлена в таблице 1.

Исследование статистики (WHO; НСИ, НМС) показало, что рождение с кесаревым сечением уже является эпидемией, а это Всемирной. У нас каждая вторая женщина рождает хирургическим путем. По данным медицинской кассы в некоторых больницах процент женщин, родившихся с кесаревым сечением, составляет почти 100. Тенденция к увеличению числа женщин, рождающих с кесаревым сечением, началась в 70-х годах. В 1985 году Всемирная организация здравоохранения выступила с рекомендацией о том, что нет оправдания для любого региона в мире, частота кесарева сечения составляет более 10–15 процентов.

Классификация показаний для оперативного родоразрешения

Абсолютные показания	Относительные показания
<p>В качестве абсолютных (или более витальных) показаний к кесареву сечению принимаются те состояния, при которых протекание родов нормальным путем приведет к серьезным, угрожающим жизни матери или плода последствиям. Абсолютные показания, в свою очередь, также можно разделить на две большие группы: витальные показания для матери и жизненно важные показания для плода.</p> <p><i>А. Абсолютные (витальные) показания в отношении матери</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Узкая таз IV-та степен (conjugata vera obstetrica менее 5,5 см). 2. Тяжелая декомпенсация сердца. 3. Placenta praevia. 4. Abruptio placentae. 5. Placenta accreta, increta или percreta. 6. Синдром HELLP с или не проявляющийся консервативным лечением тяжелой эклампсии / или преэклампсии. 7. Проблемы, связанные с шейки матки. 8. После перенесенных трех и более кесаревых сечений. 9. Предыдущее кесарево сечение. 10. Большие изменения в форме таза. 11. Тяжелые болезни матери, связанные или не связанные с беременностью. <p><i>Б. Абсолютные (витальные) показания по отношению к плоду</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Узкая таз III-та степен. 2. Внутриутробный дистресс и отсутствие условий для быстрого вагинального родоразрешения. 3. Пролапс пуповины и отсутствие данных о недавнем завершении родов. 4. Положения и предлежания плода, при которых рождение живого и доношено ребенка per vias naturalis является чрезвычайно трудно или невозможно. 5. Многоплодная беременность с высоким риском. 6. Колизей близнецов во время родов. 7. Генитальный герпес у беременной с доказанным выделением вирусов или доказуемыми вирусными поражениями в области половых органов. 8. Sectio in mortua. 	<p>Относительные показания к кесареву сечению – это состояния, при которых из беременности можно выйти и через родоразрешение по натуральным видам. Однако нормальное рождение может привести к серьезным последствиям как для плода, так и для матери. В наше время большинство кесаревых сечений проводятся по относительным показаниям. В настоящее время в качестве относительных показаний к кесареву сечению принимаются следующие состояния:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Узкая таз I-вая и II-рая степень. 2. Общая слабость. 3. Тяжелая степень недоношенности. 4. Эмбриональная макросомия. 5. Переносная беременность. 6. Тяжелая преэклампсия и эклампсия. 7. Угрожающий разрыв матки. 8. Болезни сердца или перенесенная операция на сердце беременной. 9. Тяжелая гипертоническая болезнь, сопровождающаяся сосудистыми авариями со стороны мозга / сердца. 10. Ретардированный плод. 11. Опухоли половых органов и окружающих органов, представляющие механическое препятствие рождению плода естественным путем. 12. Диабет. 13. Ягодичное предлежание плода. 14. Неправильные предлоги. 15. Многоплодная беременность с более чем двумя плодами, или когда хотя бы один из плодов находится в неправильном положении (ягодичное предлежание, поперечное предлежание). 16. Изоимунизация. 17. Взрослая первичка (старше 35 лет). 18. Беременность, полученная после лечения бесплодия и после экстракорпорального оплодотворения. 19. До неблагоприятного рождения. 20. Abruptio placentae и лекостепенно кървене. 21. Пороки развития плода и опухоли. 22. Иммунологическая тромбоцитопения. 23. Функциональные дистоки родов. 24. Тяжелые вульвовагинальные инфекции. 25. Тяжелая близорукость и наличие дегенеративных изменений сетчатки. 26. После перенесенной передней и задней вагинальной пластики или после операции для комплексного разрыва промежности. 27. В случаях, когда плацента расположена на маточных рубцах. 28. После перенесенного уже кесарева сечения. 29. Опухоль мозга.

В мировой статистике двух полюсов есть Бразилия, где любое оперативное вмешательство является вопросом престижа, а скандинавские страны, где женщины предпочитают нормально рожать. В Болгарии в 2018 году почти половина женщин родила хирургию [2; 4]. По

данным индекса больниц НМС и НСИ базы данных, за последние годы число детей, родившихся с хирургическим вмешательством, растет, причем роды произошли в 107 медицинских учреждениях в Болгарии. Более 1000 рождений проводятся в 15 больницах по всей стране, а

доля оперативного рождения в различных медицинских учреждениях колеблется от 0 до 97% [6; 8]:

- 2016 г. – 45,45% (65 094 родов);
- 2017 г. – 47,51% (58 237 родов);
- 2018 г. – 49,60% (55 796 родов);
- 2019г. – 47,35% (54 762 родов).

Лечебные учреждения, в которых по этому методу осуществляются более двух третей (70%) родов: МБАЛ «Хигия» Хасково, УБ «Лозенец» София, МБАЛ «Д-р Б. Шукеров «Смолян», СБАЛ Св. Лазар «София, Софиймед», «Торакс д-р Сава Бояджиев» Пловдив, «Св.Марина «Плевен, Бургасмед, УМБАЛ» Дева Мария» Бургас. В 10 больницах операционные роды составляют более 50% от общего количества родившихся в них [1].

В ряде больниц процент секции неуклонно растет и составляет от 70 до 97 процентов родов. Данные НМС показывают, что операции являются предпочтительной формой извращения в частных больницах. Это обусловлено тем, что были введены доплата о выборе родов по оперативному пути, по желанию пациента, что позволяет врачам как планировать, так и минимизировать риски, поскольку стоимость клинического пути (КП) рождения независимо от механизма одинакова. С сентября 2020г НМС провел подразделение КП рождения (5) и, соответственно, дифференцировку оплаты в соответствии с типом рождения – 5.1 нормальное рождение и 5.2 рождение кесаревым сечением.

В Болгарии бытует мнение, что роды с кесаревым сечением относительно безопасны, что подтверждается опрошенными беременными и родившими уже женщин [11]. Риски большие, как при самой операции, так и в послеоперационном периоде, что в отдельных случаях может привести к нарушениям репродуктивных качеств женщины.

Данные показывают, что этот риск при первых родах составляет один из 25 тысяч, во втором – 530, а в трех кесаревых сечениях у одной из 19 женщин может произойти удаление матки. Повышенный риск также имеет место для детей [19], родившихся кесаревым сечением, и это стало следствием анализа в последние годы. У этих детей риск ожирения, диабета, астмы, аллергии и онкологических заболеваний впоследствии значительно выше. Исследования показывают, что большинство операций не приводят к более низкой смертности у детей, и доказательством этого является сопоставление данных со скандинавскими странами, где роды с кесаревым сечением составляют менее 20 процентов [21].

Ведущие акушеры придерживаются мнения, что эпидемия «роды с кесаревым сечением» может быть освоена только в том случае, если вмешаются институты и будет достигнуто сокращение процента женщин, родивших своего первого ребенка хирургическим путем».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: для установления отношения было проведено опрос среди двух групп респондентов: I. Группа – 112 беременных женщин и II. – 345 родивших женщин.

В первой группе изучалось отношение беременных в разных триместрах беременности к выбору способа

рождения. Исследование было мотивировано растущей тенденцией к операционному рождению в качестве предпочтительного и безопасного метода акушерами и беременными женщинами. Современные рекомендации обращают внимание, что несложная беременность и роды-это физиологические процессы. Когда рядом с головой любой беременной женщины с низким риском стоит высокий и дорогостоящий опыт врача-акушера, это уменьшает и ограничивает доступ тех, кто действительно нуждается – случаи осложнений. А эксперт по нормальному рождению-акушерка.

Исследование среди группы беременных показало разнообразие в отношении возрастной структуры и собственного образования. Респонденты были в возрасте от 20 до 36 лет (средний возраст 28 лет), причем 67,85% имели высшее образование или в процессе приобретения. По признаку последовательности беременности преобладают первичные (рис. 1).

Во всех трех подгруппах преобладает предпочтение операционному рождению (рис. 2). В своих свободных ответах они сообщили, что они нацелились из-за боязни боли, по медицинским соображениям, а в многоразовых, по сравнению с предыдущим кесаревым сечением. Иногда кесарево сечение является необязательным, что означает, что оно было запрошено матерью по немедицинским причинам до того, как начались роды. Женщина может выбрать роды с кесаревым сечением, если она хочет планировать дату рождения или если у нее уже были вагинальные роды с осложнениями. Интересный ответ дают некоторые из первоисточников, которые указывают на то, что выбирают оперативный метод, после проведенного (современного) пункта граната нумерологическое отрывка новорожденного.

Что касается руководства беременных к медицинскому специалисту по родам – 66,07% обратились к врачу и родовой команде, а 21,42% обратились к акушерке по рекомендации. Руководство для команды из-за выбранного врача и предпочтительного хирургического рождения является растущей тенденцией в последние годы, согласно указаниям постановления о

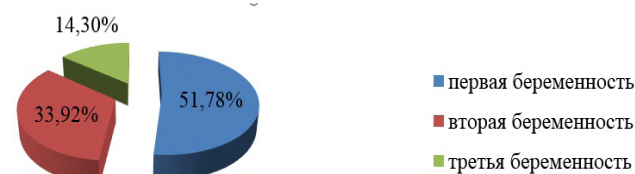


Рис. 1. Последовательность беременности

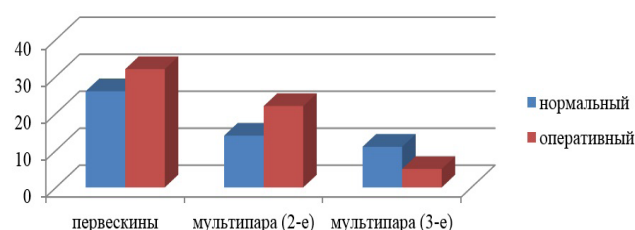


Рис. 2. Предпочтительный метод родов среди беременных

предоставлении права на доступ к медицинской помощи, посл. изм. Государственная газета уравнение 29 от 7 апреля 2017 г., где выбор команды регулируется.

Предпочтение выбора команды обусловлено тем, что для кесарева сечения требуется больше специалистов. В соответствии с внутренними правилами каждой структуры больницы и в соответствии с финансовой политикой распределяется процент оплачиваемого выбора пациентом. Беременные женщины уже во время наблюдения в женской консультации обращаются к врачу-акушеру-гинекологу в соответствии с ведущими именами среди акушеров, по личным впечатлениям или рекомендации близких и родственников. Более половины респондентов (73,21%) посещали курсы и лекции, связанные с подготовкой к родам, причем около 32,14% беременных попрежнему не имеют необходимой информации о предстоящем рождении. Что касается информированности о необходимых и институционально обусловленных информированных соглашениях приходит 30,35% доля, что они знакомы с бланки, необходимые для медицинских учреждений, информируя об ееэтом с их сайтов и веб-сайтов.

По словам беременных, ведущие факторы хорошего акушерского ухода относятся к личному вниманию, хорошему общению с медицинскими специалистами, детальному информированию и оказанию помощи в различных мероприятиях и восстановлении (табл. 2).

Таблица 2

Факторы, определяющие акушерскую помощь

Факторы хорошей акушерской помощи	%
внимание	69,64%
связь и информирование	66,96%
помощь (в различных мероприятиях и восстановлении)	59,82%
милое отношение	65,25%
вежливость и отзывчивость	54,46%
хорошая обстановка, роскошные домашние условия	3,57%

Сумма процентов составляет более 100%, поскольку респондентам дается более одного ответа.

Вторая группа респондентов охватила 345 родившихся женщин в 2 больничных структурах. Возрастной диапазон респондентов составляет 20:54 (средний возраст 32г) с 62,02% имеют высшее образование (рис. 3) по признаку родовой последовательности преобладают первичные.

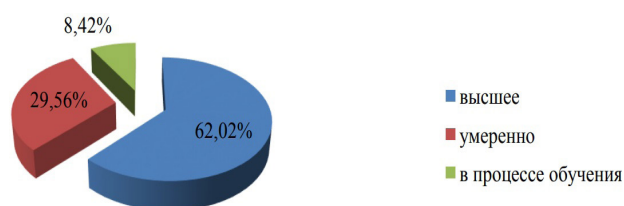


Рис. 3. Степень образования

Из опрошенных 69,85% родили хирургическим путем, из-за медицинских причин (48,13%), личный выбор (40,66%), в ходе нормальных родов (11,21%). Имея более половины, они поделились тем, что они рекомендовали бы выбранный способ рождения своих близких.

Что касается доплат, то большая доля воспользовавшихся этой возможностью (68,41%) – платежи производятся в отношении выбора команды, выбора врача, выбора бытовых условий (в соответствии с требованиями Постановления о доступе к медицинской помощи). Большая часть опрошенных (71,98%) получила подготовку, посещение курсов и школ для беременных, лекции, семинары и форумы, с тематикой, направленной на роды (естественно или оперативно), обезболивание, уход за новорожденным, кормление грудью, питание и многое другое. Более половины родившихся женщин (61,73%) разделяют то, что они удовлетворены выбранным врачом, который вел роды, причем 85,91% из них не удовлетворены бытовыми условиями, от ухода во время пребывания для них и новорожденного, сопровождающегося плохим отношением, отсутствием информации о воспитании новорожденного, ожидаемым поведением относительно его физиологического развития. Углубленное изучение этой проблемы заключается в том, что пациент делает выбор услуги врача или команды, требует от обслуживающего персонала особого отношения и ухода.

Ожидания пациента часто не связаны с его реальным состоянием (субъективное чувство и неудовлетворенность не одинаково с объективным состоянием), а требования выше, чем предлагаемые медицинские услуги в болгарских больницах. Несмотря на подготовку, которую они имеют до рождения, информацию, которую они имеют, и которую они получают в структурах лечения, пациенты требуют личного отношения, почему они «платят» но оплата – это роды, а не уход. Уход как медицинское обслуживание определяется на каждом клиническом пути НМС, не имея реального медицинского стандарта или положений для его оказания, и специалисты здравоохранения не заключают контракт на его осуществление. Единственными медицинскими лицами, кото ые заключают контракт на осуществление деятельности НЗОК, являются врачи разных специальностей (согласно заявлению 1, Национальный рамочный контракт НМС для Медицинская деятельность).

Что касается информированных соглашений, большая часть респондентов поделилась (53,91%) тем, что при их госпитализации им пришлось подписать много бланков и форм, причем большая часть из них не понимала важности информации. Часть опрошенных получила разъяснение от врача и медицинских работников во время подготовки к самому рождению, но практика показывает, что большая часть информированных соглашений заполняется машинально.

Поэтому на более позднем этапе в судебных разбирательствах подписанные согласия опровергают утверждения об отсутствии предоставления адекватной информации.

Опять же, речь идет о дисбалансе информации, которую они получают, и о том, что они хотят получить

или понять в отношении предстоящих вмешательств, процедур и ухода. Каждое информированное согласие содержит информацию о преимуществах и негативных последствиях или осложнениях для данного медицинского воздействия. Родинки определяют хорошую акушерскую помощь следующим образом на таблице 3.

Таблица 3

Факторы, определяющие хороший акушерский уход

Факторы хорошей акушерской помощи	%
удобства во время пребывания в больнице (роскошные больничные условия)	82,89%
индивидуальный уход и помощь	73,04%
хорошее отношение и внимание	72,46%
подробное информирование	61,73%

Сумма процентов составляет более 100%, поскольку респондентам дается более одного ответа.

Определенные риски кесарева сечения делятся на клинические, медикосоциальные, медико-экономические и судебно-медицинские. Эти риски могут привести к неблагоприятным последствиям. Неблагоприятные последствия кесарева сечения представляют:

- источник страданий для отдельного человека;
- аргумент в пользу отрицания достоинства медицинской помощи;
- юридический риск для медицинских специалистов и медицинских учреждений;
- негативный фактор в оценке системы здравоохранения в стране;
- причина повышенных расходов на медицинское обслуживание.

На риски индигированного или неиндигированного SC могут влиять различные уровни, а именно:

- ведомства;
- медицинские учреждения;
- медицинский персонал;
- пользователи медицинских услуг.

Рекомендации: необходимо провести активную кампанию по информированию будущих родителей о преимуществах и недостатках обоих родильных методов, от медицинских лиц, имеющих отношение к подготовке беременной к предстоящим родам в стационарной амбулаторной помощи.

Построенная связь между врачом и пациентом не обязательно должна вызывать отслеживание и выполнение родов только и исключительно врачом. В медицинскую помощь необходимо включить ряд специалистов, в многодисциплинарную команду по обучению родильцам о предстоящих изменениях в ходе родов, о ожиданиях, о сопутствующей боли, о поведении и позах во время родов и ряде других важных элементов, для которых беременная, если она хорошо подготовлена, сможет ориентироваться на нормальное рождение, поддерживаемое медицинскими специалистами и близкими.

3. Выводы.

Хотя кесарево сечение обычно считается безопасным, а в некоторых случаях спасающим жизнь, оно несет дополнительные риски по сравнению с вагинальными родами. Это представляет собой серьезное хирургическое вмешательство, когда вагинальные роды считаются слишком опасными или трудными. В целом, респонденты поделились тем, что вагинальное рождение является предпочтительным естественным опытом, но связано с болью, страхом неизвестного (для большого процента).

1. Неоспоримы преимущества вагинальных родов для матери: прохождение через родовые этапы и само рождение-это длительный процесс, который может быть физически изнурительным и требует больших усилий со стороны матери. Но одним из преимуществ вагинальных родов является то, что он связан с более коротким пребыванием в больнице и временем восстановления по сравнению с кесаревым сечением. Стоимость лечебного учреждения при несложных родах минимальна. Ранний контакт с новорожденным происходит после рождения.

2. Недостатки вагинальных родов для матери относятся к: во время вагинальных родов существует риск того, что кожа и ткани вокруг влагалища будут растянуты и разорваны, когда плод перемещается по родовому каналу. Если разрыв тяжелый, женщине могут потребоваться швы, или это может привести к ослаблению или травме тазовых мышц, которые контролируют мочеиспускание и дефекацию. Некоторые исследования показывают, что у женщин, которые рожали естественным путем, вероятность возникновения проблем с кишечником или недержания мочи больше, чем у женщин, родивших кесарево сечение. Они также более склонны к выделению мочи, пока они кашляют, чихают или смеются. После вагинальных родов женщины также могут испытывать длительную боль в промежности – область между влагалищем и анусом.

3. Преимущества кесарева сечения для матери заключаются только в том случае, если есть медицинская причина для его выполнения (не так много преимуществ кесарева сечения, если мать может родить вагинально): Но если беременная женщина знает, что ей нужно будет пройти кесарево сечение, то процедура может быть запланирована заранее, что делает ее более комфортной и предсказуемой в отличие от вагинальных родов и прохождения длительных родовых мук.

Недостатки кесарева сечения для матери относятся к: более длительному пребыванию в больнице, в среднем от двух до четырех дней, по сравнению с женщиной, которая родила вагинально. Кесарево сечение-это хирургическое абдоминальное вмешательство, и риск потери крови или инфекции увеличивается – возможным осложнением является повреждение кишечника или мочевого пузыря во время операции или образование сгустка крови. Согласно французскому исследованию, вероятность смерти женщины в три раза выше при кесаревом сечении, чем при вагинальных родах (2:100 000), главным образом из-за тромбоземболии, кровопотери или кровоизлияний,

инфекций и осложнений, связанных с анестезией (побочные реакции на лекарства).

Наличие кесарева сечения также увеличивает риск для большого количества физических жалоб, связанных с родами, таких как боль в месте разреза, воспаление и т. д. период восстановления после родов также длиннее, так как возможно, что женщина испытывает больше боли и дискомфорта в области живота, поскольку кожа и нервы вокруг шрама от операции требуют времени для заживления, часто не менее двух-четырех месяцев. Когда жена роуди первый ребенок с кесаревым сечением, это увеличивает вероятность обращения к нему и при последующих беременностях. Кроме того, может быть повышен риск осложнения при будущих беременностях, таких как разрыв (разрыв) матки или аномалии плаценты (сращивание плаценты от стенки матки является довольно низким рангом расположения плаценты, разрыв матки при последующих вагинальных родах). Риск возникновения проблем с плацентой увеличивается с каждым последующим кесаревым сечением. Существует небольшой риск того, что во время кесарева сечения ребенок будет порезан. Забавным является первый контакт с новорожденным и раннее размещение груди. При оперативном рождении наблюдается длительное пребывание в больнице и длительное выздоровление, в эмоциональном плане кесарево сечение ассоциируется с повышенной частотой послеродовых депрессивных состояний у матери. Кесарево сечение также имеет риски для ребенка – затрудненная послеродовая адаптация в краткосрочной перспективе, проблемы с дыханием, травма, риск начала грудного вскармливания и его продолжительность (при плановом кесаревом сечении до даты срока).

С точки зрения системы здравоохранения эти данные говорят о том, что к оперативному рождению прибегают не абсолютные жизненно важные органы (т.е.ну. жизненно важные) показания со стороны матери и ребенка, а также из-за различных других факторов, связанных с отношениями медицинского персонала и рожениц, таких как: страх перед судебными исками, плохая организация дородовой помощи, отсутствие постоянной акушерской помощи, недоверие к медицинскому персоналу, отсутствие информации о рисках кесарева сечения, экономические выгоды для больниц и многое другое. В качестве причин этой тен-

денции наиболее часто обнаруживают переэкспонированных относительные показания для кесарева сечения – плод макрозомия (крупный плод, например, при гестационный диабет), пельвео-плода разрыв (ППР, так называемый «узкий таз»), чрезмерная медикализация нормального рождения и предотвратить обострение детских сердечных тонов из-за вмешательства в ход самого рождения (постоянный мониторинг контроль, эпидуральной анестезии) и многое другое.

Заболеваемость операционными рождениями растет в последние годы, а влияние на это имеет не только тенденцию (мода), но и отношение общественности (беременных), отношение акушеров и политика медицинских учреждений. Медисоциальное значение операционного родоразрешения имеет отношение к длительному выздоровлению, к увеличению рисков осложнений (в основном сосудистых или связанных с органами в малом тазу и животе), к влиянию негативного отношения к нормальному рождению, страху, отсутствию доверия к акушерке как к фигуре в оказании помощи и ведении родов, к изменению политики на уровне медицинского учреждения (больничных и амбулаторных структур). Рекомендации к отдельным больницам относятся к: разработке алгоритмов и протоколов поведения при рождении через естественные родовые пути и к уточнению показаний оперативного родоразрешения; осуществлению строгого контроля над входом, процессами, а также текущему контролю в акушерских структурах; повышению знаний и навыков, при непосредственном участии медицинского персонала (врачей и акушеров) при оказании помощи на родах в процессе мотивации и руководстве беременными к нормальному рождению ребенка.; влияние и изменение отношения медицинского персонала по уходу за беременными в добольничной помощи; применение мировых методов содействия нормальному рождению, путем создания институциональных условий (водно-родовые комнаты, отдельные комнаты для родов, различные методы); содействие деятельности посредством тренингов, лекций, школ для беременных с сообщениями, направленными на пользователей медицинской помощи и оказывающих родовую помощь; вовлекать учреждения в кампании по продвижению преимуществ нормального рождения перед операцией с участием знаменитостей и ведущих медиков в вопросах акушерства.

Литература

1. Велев Р. Эпидемиология кесарева сечения / Р. Велев, А. Начева, Н. Василев // Болгарский журнал общественного здравоохранения. – 2018. – №10(3). – С. 51–63.
2. Велев Р. Медико-социальные проблемы при кесаревом сечении – управление рисками: автореф. / Р. Велев. – София, 2018.
3. Димитрова Д. Причины выбора оперативного родоразрешения среди беременных женщин в Болгарии, Варненский медицинский форум / Д. Димитрова, Р. Лицанова, З. Ахмедова, М. Костадинова. – 2016. – 5(4). – С. 72–76.
4. Кацулов А. Кесарево сечение / А. Кацулов. – София, 1992.
5. Национален регистър на ражданията на Р България (Национальный реестр рождений Р Болгария).
6. НМС база данни (Национальная медицинская страховка-база данных (НЗОК)).
7. НСИ база данни (Национальный статистический институт базы данных).
8. Петров П. Наиболее распространенные причины кесарева сечения / П. Петров [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.medinfo.bg/spisanie/2010/2/statii/naj-chesti-prichini-za-cezarovo-sechenie-830>.
9. Радева С. Адаптация к практике акушерской профессии в условиях стационара: автореф. / С. Радева. – Варна, 2020.

10. Радева С. Фактори, свързани с избора на начин на раждане сред бременните жени / С. Радева // Knowledge international journal. – 2020. – №43.
11. Юнакова М. Кесарево сечение – почему Неальтернатива к выбору при рождении / М. Юнакова [Режим доступа: <http://shterevhospital.com/>]. – Режим доступа: <http://shterevhospital.com/rajdane/обръщение-към-бъдещите-майки>
12. Щерев А. Обращение к будущим родителям в «Медицинском комплексе Д-р Щерев» / А. Щерев [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://shterevhospital.com/rajdane/обръщение-към-бъдещите-майки>
13. Cook K. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences / K. Cook, C. Loomis // The journal of perinatal education. – 2012. – №21(3). – P. 158–168.
14. Esteban R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio / R. Esteban. – Madrid: Ed. "Fundamentos", 1998.
15. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Obstetrics and gynecology guidelines
16. Martínez-Galána P. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura Prenatal education and the commencement of breastfeeding: a literature review Educação pré-natal e início do aleitamento materno: revisão da literatura / P. Martínez-Galána, E. Martín-Gallardo E. C. Macarro-Ruiz [и др.]. – Enfermería Universitaria, 2017. – №14(1). – P. 54–66.
17. Mousa O. Pregnant women priority of choice about mode of delivery: a mixed method study / O. Mousa // Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS). – 2019. – №8(3). – P. 89–95.
18. Otogara M. The Effects of Social Support on Pregnant Women's Choice of Delivery Method: Application of an Expanded Theory of Planned Behavior / M. Otogara, A. Karimi-Shahanjarini, S. Hazavehei [и др.]. // Crescent Journal of Medical and Biological Sciences. – 2018. – №5(3). – P. 181–188.
19. Paul D.A. Caesarean delivery and outcome in very low birthweight infants / D.A. Paul, A. Sciscione, K.H. Leef [и др.] // Obstet Gynaecol. – 2002. – №42. – 41 p.
20. Newton E.R. Effect of mode of delivery on morbidity and mortality of infants at early gestational age / E.R. Newton, W.A. Haering, J.L. Kennedy [и др.] // Obstet Gynecol. – 1986. – №67. – 507 p.
21. Radeva S. Satisfaction and self-assessment of the employment relationship in the practice of the obstetric profession in hospital conditions / S. Radeva, L. Georgieva // Knowledge international journal. – 2019. – №30(4). – P. 821–825.
22. Radeva S. Development of human resources in medical institutions / S. Radeva // Knowledge international journal. – 2019. – №34(4). – P. 1141–1146.
23. Royal College of Obstetricians & Gynecologists. Green-top Guideline №26: Operative vaginal delivery, 2011;
24. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Instrumental vaginal birth, 2016.
25. Villar J. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America / J. Villar, E. Valladares, D. Wojdyla [и др.]. – Lancet, 2006. – 367 p.
26. WHO data base

References

1. Velev, R., Nacheva, A., & Vasilev, N. (2018). Epidemiologiya kesareva secheniia. Bolgarskii zhurnal obshchestvennogo zdravookhraneniia, 10(3), 51-63.
2. Velev, R. (2018). Mediko-sotsial'nye problemy pri kesarevom sechenii. Sofia.
3. Dimitrova, D., Litsanova, R., Akhmedova, Z., & Kostadinova, M. Prichiny vybora operativnogo rodorazresheniia sredi beremennykh zhenshchin v Bolgarii, Varnenskii meditsinskii forum., 72-76.
4. Katsulov, A. (1992). Kesarevo sechenie. Sofia.
5. Natsionalen registr na razhdaniata na R Blgariia (Natsional'nyi reestr rozhdenii R Blgariia).
6. NMS baza dannii (Natsional'naia meditsinskaia strakhovka-baza dannykh (NZOK)).
7. NSI baza dannii (Natsional'nyi statisticheskii institut bazy dannykh).
8. Petrov, P. Naibolee rasprostranennye prichiny kesareva secheniia. Retrieved from <https://www.medinfo.bg/>
9. Radeva, S. (2020). Adaptatsiia k praktike akusherskoi professii v usloviakhstatsionara. Varna.
10. Radeva, S. (2020). Faktori, svrzani s izbora na nachin na razhdane sred bremennite zheni. Knowledge international journal, 43.
11. Iunakova, M. Kesarevo sechenie. Retrieved from <http://shterevhospital.com/>
12. Shcherev, A. Obrashchenie k budushchim roditeliim v "Meditsinskom komplekse D-r Shcherev". Retrieved from <http://shterevhospital.com/rajdane/obrshchenie-km-bdeshchite-maiki>
13. Cook, K., & Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. The journal of perinatal education, 21(3), 158.
14. Esteban, R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio.
15. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Obstetrics and gynecology guidelines.
16. Martínez-Galána, P., Martín-Gallardo, E. C., & Macarro-Ruiz, E. (2017). Educacion prenatal e inicio de la lactancia materna: Revision de la literatura Prenatal education and the commencement of breastfeeding: a literature review Educacao prenatal e inicio do aleitamento materno: revisao da literatura., 14(1). Universitaria.
17. Mousa, O. (2019). Pregnant women priority of choice about mode of delivery: a mixed method study. Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 8(3), 89.
18. Otogara, M., Karimi-Shahanjarini, A., & Hazavehei, S. (2018). The Effects of Social Support on Pregnant Women's Choice of Delivery Method: Application of an Expanded Theory of Planned Behavior. Crescent Journal of Medical

- and Biological Sciences, 5(3), 181.
19. Paul, D. A., Sciscione, A., & Leef, K. H. (2002). Caesarean delivery and outcome in very low birthweight infants. *Obstet Gynaecol*, 42.
 20. Newton, E. R., Haering, W. A., & Kennedy, J. L. (1986). Effect of mode of delivery on morbidity and mortality of infants at early gestational age. *Obstet Gynecol*, 67.
 21. Radeva, S., & Georgieva, L. (2019). Satisfaction and self-assessment of the employment relationship in the practice of the obstetric profession in hospital conditions. *Knowlege international journal*, 30(4), 821.
 22. Radeva, S. (2019). Development of human resources in medical institutions. *Knowlege international journal*, 34(4), 1141.
 23. Royal College of Obstetricians & Gynecologists. Green-top Guideline 26: Operative vaginal delivery, 2011;.
 24. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Instrumental vaginal birth, 2016.
 25. Villar, J., Valladares, E., & Wojdyla, D. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America. *Lancet*.
 26. WHO data base