



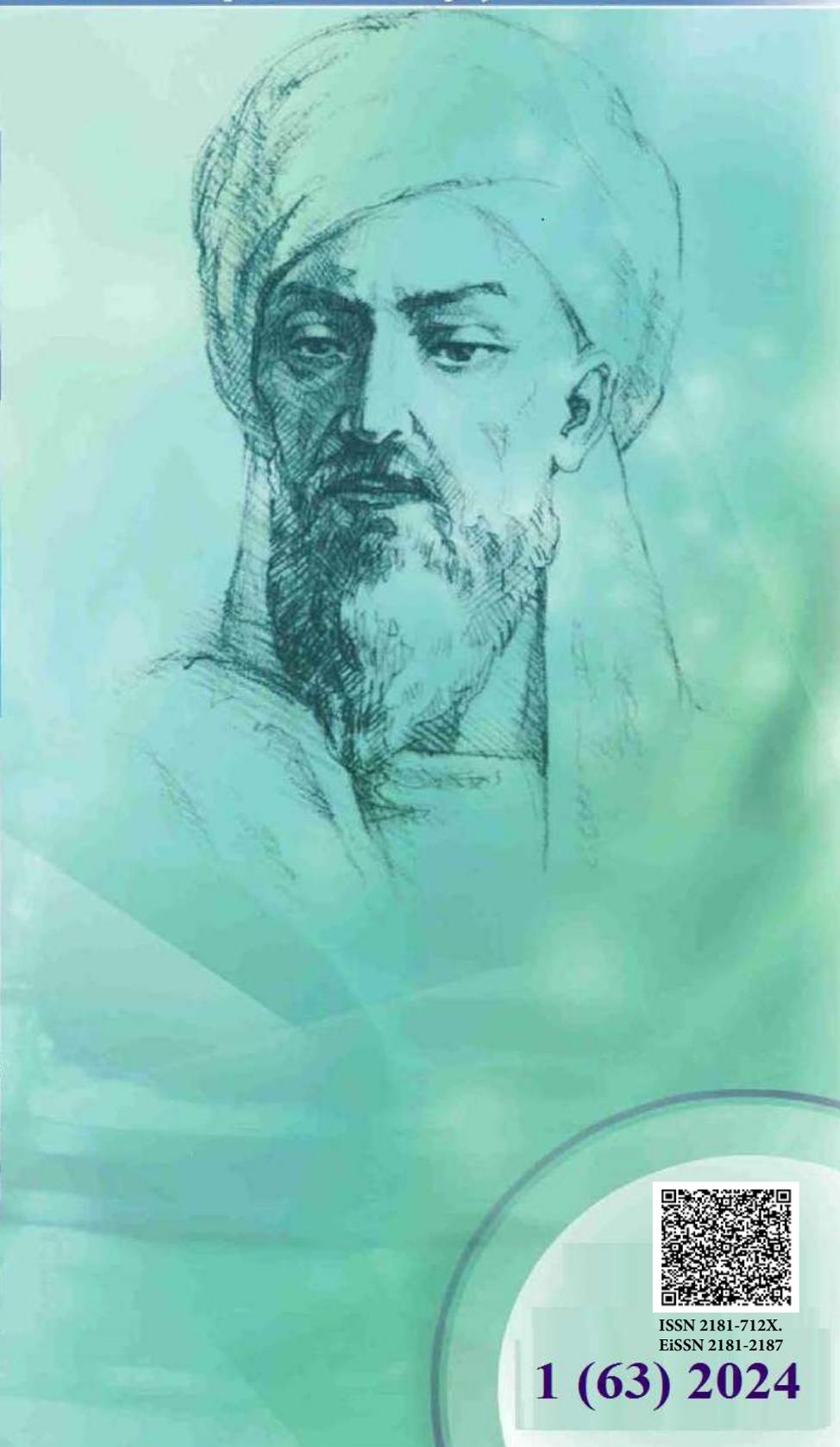
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (63) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (63)

2024

январь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.11-007.415

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ГРАНИЦЫ РИСКОВ И БЕЗОПАСНОСТИ

Ризаев Жасур Алимжанович <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Асадов Дониёр Алишерович <https://orcid.org/0009-0009-6966-8184>

Республиканский перинатальный центр, Узбекистан, Ташкент, Юнусабадский район, улица
Богишамол № 223-а +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

✓ Резюме

Авторы отмечают, что показания к операции КС в перинатальных центрах Узбекистана за 2017-2020 гг. повышены. Структуре показаний к кесареву сечению, во всех перинатальных центрах страны преобладает рубец на матке, далее: преэклампсия, тазово-головная диспропорция, преждевременная отслойка плаценты была показанием, угрожающее состояние плода, тазовое предлежание, многоплодие было, миопия высокой степени, сердечно-сосудистые заболевания. Показания со стороны матери достоверно в 5.5 раз чаще явились показанием к КС, чем показания со стороны плода ($p=0.000004$). Среди показаний со стороны матери акушерские состояния (рубец на матке, ПОНРП, тазово-головная диспропорция, неправильное положение плода, преэклампсия, слабость родовой деятельности, обще равномерно суженный таз и др.) достоверно являлись показанием к КС ($p=0.000004$), чем соматические заболевания матери.

Ключевые слова: кесарево сечение, материнская смертность

CESAREAN SECTION: RISK AND SAFETY LIMITS

Rizaev Zhasur Alimzhanovich <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Asadov Doniyor Alisherovich <https://orcid.org/0009-0009-6966-8184>

Republican Perinatal Center, Uzbekistan, Tashkent, Yunusabad district,
Bogishamol street No. 223-a +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

✓ Resume

The authors note that the indications for CS surgery in perinatal centers of Uzbekistan have increased in 2017-2020. The structure of indications for cesarean section in all perinatal centers of the country is dominated by a scar on the uterus, then: preeclampsia, pelvic-cephalic disproportion, premature placental abruption was an indication, the threatening condition of the fetus, breech presentation, multiple births, high myopia, cardiovascular diseases. Testimony from the mother is reliable in 5.5 times more likely to be an indication for CS than fetal indications ($p=0.000004$). Among the indications from the mother, obstetric conditions (uterine scar, PONRP, pelvic-cephalic disproportion, abnormal fetal position, preeclampsia, weakness of labor, generally narrowed pelvis, etc.) were significantly more indications for CS ($p = 0.000004$) than somatic diseases of the mother.

Key words: caesarean section, maternal mortality

КЕСАР КЕСИШ: ХАВФ ВА ХАВФСИЗЛИК ЧЕГАРАЛАРИ

Ризаев Жасур Алимжанович <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Асадов Дониёр Алишерович <https://orcid.org/0009-0009-6966-8184>

Республика перинатал маркази, Ўзбекистон, Тошкент, Юнусобод тумани, Богишамол кўчаси
223-а +998 (71) 260-28-71 <https://rpc.uz/>

✓ Резюме

Муаллифларнинг қайд этишича, 2017-2020 йилларда Ўзбекистон perinatal марказларида КК жарроҳлик кўрсаткичлари ошган. Мамлакатнинг барча perinatal марказларида Кесарча кесиш учун кўрсатмалар таркибида бачадондаги чандиқ устунлик қилади, кейин: прееклампси, тос-сефалик номутаносиблик, плацентанинг эрта ажрალიшии кўрсатма бўлди, ҳомиланинг хавфли ҳолати, кўкрак қафаси, кўп сонли ҳомла тугилишии, юқори даражали миопия, юрак-қон томир касалликлари. Онанинг хасталиклари сабабли 5.5 да ишончли, ҳомила кўрсаткичларига қараганда КК учун кўрсатма бўлиши эҳтимоли кўпроқ ($P=0,000004$). Онанинг кўрсатмалари орасида акушерлик ҳолатлари (бачадон чандиги, ПОНРП, тос-сефалик номутаносиблик, ҳомиланинг анормал позицияси, прееклампсия, тугилишининг заифлиги, умуман тос суяги ва бошиқалар) соматик кўрсаткичларга қараганда КК ($P = 0,000004$) учун сезиларли даражада кўпроқ кўрсаткичлар онанинг касалликлари.

Калит сўзлар: Кесар кесиш, оналар ўлими.

Актуальность

В течение последних 30 лет, согласно данным ВОЗ, доля кесарева сечения (КС) повысилась во всем мире [12,13,14,16]. В США операция КС является в настоящее время наиболее распространенной операцией у женщин, уровень КС вырос от 20,7 % в 1996 году до 31,1 % в 2006 году [10]. В Канаде в 1940–1950-х годах КС составляло 5%, в конце 1970-х годов — 15%, в 2009 году — от 21,4 до 37,8 % [5]. В 1998 году в Австралии уровень КС составлял 21 %, а в 2007 году — почти 31 % [9]. Самые высокие показатели частоты КС отмечаются в странах Латинской Америки, так, в Мексике еще в 1992 году частота КС достигала 40% в муниципальных больницах, 70 % - в частных клиниках [15]. В таблице представлена частота КС по регионам мира, и мы видим, как неуклонно растет доля операции по абдоминальному родоразрешению.

Таблица. Рост кесарева сечения за 1990-2014гг. в общей популяции по регионам мира (ВОЗ,2016г.) [2].

| Регионы мира | 1990г | 2014г |
|----------------------------|-------|-------|
| Африка | 2,9% | 7,4% |
| Северная Африка | 4,5% | 27,5% |
| Восточная Азия | 4,9% | 35,2% |
| Западная Азия | 6,5% | 28,1% |
| Восточная Европа | 7,8% | 28,7% |
| Южная Европа | 28,4% | 45,8% |
| Латинская Америка и Карибы | 28,8% | 42,2% |
| Центральная Америка | 14,8% | 34,4% |
| Южная Америка | 28,4% | 45,8% |
| Северная Америка | 22,3% | 33,3% |
| Австралия, Зеландия | 18,5% | 32,6% |
| Океания | 18,5% | 32,6% |

Многие исследователи отмечают, что рост частоты КС приводит к повышению заболеваемости и смертности у женщин [12,13,14]. Так, Clark E. A. S. et Silver R.M.(2011), проанализировав более 30 тысяч операций, определили, что при КС повышается частота предлежания и приращения плаценты, разрыва матки, повреждения мочевого пузыря, мочеточника или кишечника, гистерэктомии, переливания крови, тяжелой анемии, осложнений после наркоза, расхождения краев раны, гематомы, тромбозболии, послеоперационной лихорадки, длительного пребывания в стационаре, тяжелых спаечных процессов, материнской смерти [6]. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, etal. (2014), провели анализ родов 691 738 женщин низкого риска и исходов для их новорожденных в течение 28 суток, родившихся в государственных родильных учреждениях и частных клиниках, и определили, что количество вмешательств в роды (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция плода, эпидуральная анестезия, эпизиотомия) было выше в частных клиниках, первобеременные на 20% больше родили через кесарево сечение в частных клиниках. Большинство новорожденных, родившиеся в частных клиниках от матерей с низким риском, родились до 40 недель, имели больше риска для первичной реанимации новорожденных, но меньше риска для оценки Апгар менее 7 на 5 минуте, у них выше была заболеваемость в

неонатальном периоде (асфиксия, желтуха, респираторные заболевания, поведенческие проблемы) и они имели больше трудностей при кормлении [7].

Цель исследования: Определение риска материнской смертности после кесарева сечения.

Материал и методы

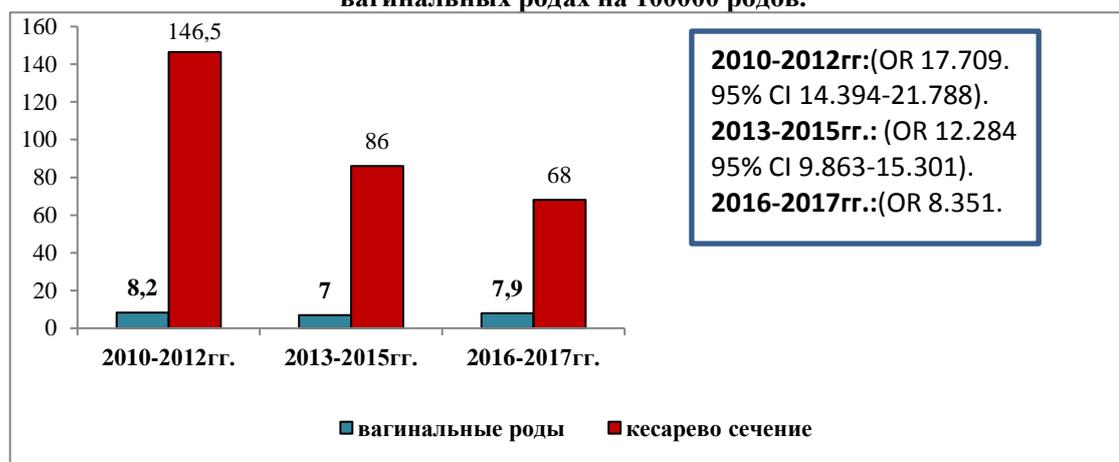
Проведено ретроспективное когортное исследование умерших женщин по причине материнской смертности за 2009-2017 гг. Материнская смертность - это смерть женщины во время беременности или в пределах 42 дней после завершения беременности, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины. Были проанализированы случаи материнской смертности, которые произошли за 2009-2017 гг, и медицинская документация которых поступила в Национальный комитет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности. Были определены причины материнской смертности, частота родов через естественные родовые пути и путем кесарева сечения у умерших, частота кесарева сечения в структуре материнской смертности, рассчитаны интенсивный показатель риска материнской смерти после кесарева сечения и после родов через естественные родовые пути на 100 тысяч родов, показания к кесареву сечению, частота кесарева сечения по причинам материнской смерти.

Результат и обсуждение

В Узбекистане увеличение частоты КС произошло с 80-х годов и продолжает расти. Так, в стране процент кесарева сечения растет из года в год в 2013г.-11.4%, 2014г.-12%, 2015г.-13.4%, в 2016г. - 14,5%, в 2017г. - 15,6%. За 2010-2012гг. было проведено 176152 операций КС, то за 2013-2015гг. проведено 253532 операций КС, что на 77 380 больше. За 2016-2017гг. произошли по стране 1395504 родов (2016г.- 706851 родов, в 2017г. - 688653 родов), из них по стране проведено 210238 операций кесарева сечения. В экономически развитых странах рост КС сопровождался снижением материнской, но самое главное, перинатальной смертности. В связи с этим, в 1985 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), основываясь на отчетах стран, в которых на тот момент был самый низкий показатель перинатальной смертности, рекомендовала в качестве оптимального показателя КС на национальном уровне государств 10–15 % [2,3,4,]. Результаты новых исследований показывают, что если частота выполнения кесарева сечения возрастает до 10% на уровне популяции, показатели материнской и неонатальной смертности снижаются. Однако если частота его выполнения превышает 10%, имеющиеся данные не свидетельствуют об улучшении показателей смертности [2,3,4,12,13,14,16]. При анализе материнской смертности за 2009-2017гг было выявлено, что прямые причины материнской смерти (акушерская патология) в Узбекистане преобладают над непрямыми (соматическая патология), при этом на долю прямых причин пришлось 80%, на долю непрямых причин -20% случаев МС. Структура материнской смертности за 2013-2015гг. по причинам: кровотечение 25,8%, преэклампсия 22,8%; соматическая патология 18,6%, генитальный сепсис 14,9%, ТЭЛА 8,2%, эмболия околоплодными водами 3%, анестезия 2%; анафилактический шок 2%, другие 2,5%. За 2016-2017гг. по причинам: преэклампсия – 25,4%; кровотечение - 22,2%; соматическая патология - 18,9%; ТЭЛА - 15,1%; генитальный сепсис - 13,7%; эмболия околоплодными водами 4%; анестезия 1,6%; анафилактический шок 0,6%, другие 1%. Хотя кесарево сечение в настоящее время считается относительно безопасной операцией, по данным многих зарубежных исследователей, у родивших путем КС отмечаются больше осложнений, чем после самостоятельных родов через естественные родовые пути. У родоразрешенных путем кесарева сечения высокий риск послеродового кровотечения, тромбоэмболических осложнений, гнойно-септических осложнений, анафилактических осложнений, анестезиологических проблем. По нашим данным, из всех случаев материнской смертности за 2009-2012гг., 59% женщин были родоразрешены путем КС, а 40% - через естественные родовые пути, за 2013-2015гг. из всех случаев материнской смерти 57,7% были родоразрешены путем кесарева сечения, а 35,5% - через естественные родовые пути, за 2016-2017гг. из всех умерших женщин в более чем половине случаев (57,7%) роды были оперативными, путем кесарева сечения, а самостоятельные роды произошли у 38,3% умерших женщин. Доля кесарева сечения среди умерших от кровотечения в 2013-2015гг. составила 59%. Среди умерших от преэклампсии, родоразрешены путем КС – 48%, от генитального сепсиса – 45%. За 2010-2012гг. у 33 женщин материнская смертность произошла в послеродовом периоде от тромбоэмболии легочной артерии, и среди них у 26 женщин (79%) ТЭЛА развилась после операции кесарева сечения. За 2015-2017гг. среди умерших от акушерского кровотечения 62% родоразрешены путем КС, 36% -

через естественные родовые пути, среди умерших от сепсиса - 77% и 13% соответственно. Нами был проведен расчет риска материнской смерти женщин на 100000 родов в зависимости от метода родоразрешения: из всех родов, прошедших за год по стране, были определены количество родоразрешенных путем кесарева сечения и количество случаев материнской смерти среди них, а также из всех вагинальных родов определены количество умерших после родов через естественные родовые пути. Расчет показал, что за 2010-2012гг. риск материнской смертности после вагинальных родов составил 8,2 на 100000 родов, риск материнской смертности после кесарева сечения составил 146,5 на 100000 родов. (OR 17.709. 95% CI 14.394-21.788). За 2013-2015гг. риск материнской смертности после вагинальных родов составил 7 на 100000 родов, риск материнской смертности после кесарева сечения составил 85,9 на 100000 родов (OR 12.284 95% CI 9.863-15.301). За 2016-2017гг риск материнской смертности после вагинальных родов составил 7,9 на 100000 родов, риск материнской смертности после кесарева сечения составил 68 на 100000 родов. (OR 8.351. 95% CI 6.582-11.059).

Диаграмма. Интенсивный показатель материнской смерти при кесаревом сечении и при вагинальных родах на 100000 родов.



Эти данные показывают, что риск материнской смертности в группе с оперативным родоразрешением путем КС по сравнению с женщинами, родившими через естественные родовые пути в динамике наблюдения снижается, но всё-таки остаётся высоким: риск материнской смерти после КС в 17,7 раз достоверно выше, чем после вагинальных родов в 2010-2012гг., в 12,3 раз достоверно выше в 2013-2015гг. и в 8,3 раз достоверно выше в группе КС чем в группе вагинальных родов в 2016-2017гг. Если сравнить результаты нашего исследования с данными развитых стран, где материнская смертность стала редкостью, то в этих странах также отмечается рост случаев материнской смерти после КС. Например, в Нидерландах, при исследовании случаев материнской смерти за 1999-2013гг. было выявлено, что риск материнской смерти после КС составила 21,9, а после вагинальных родов – 3.8 на 100 000 родов. (RR 5.7., 95% CI 4.2-7.7) [1]. Высокий риск материнской смерти после кесарева сечения по сравнению с родами через естественные родовые пути является хорошим аргументом в пользу утверждения, что каждое показание к кесареву сечению должно быть строго обоснованным. По данным исследователей, абсолютные показания к операции кесарева сечения не изменились за последние 50 лет, а частота кесарева сечения растет за счет женщин низкого риска [10]. Такие же данные характерны и для умерших женщин, где часть женщин были оперированы путем КС по относительным показаниям. Так, показаниями к операции КС у умерших женщин за 2016-2017гг. в нашей стране были: преэклампсия у 31 (21,6%); рубец на матке у 20(13,9%); преждевременная отслойка плаценты у 25 (17,5%); HELLP/ОЖГБ у 10(6,9%); тазово-головная диспропорция у 8 (5,6%); пневмония 6(4,2%); цирроз печени у 2(1,39%); эпилепсия у 1(0,69%); порок сердца у 7(4,89%); тазовое предлежание у 2(1,39%); двойня у 9(6,29%); отягощенный акушерский анамнез (перинатальные потери) у 5(3,49%); слабость родовой деятельности у 8(5,6%); поперечное/косое положение плода у 3 (2%); деформация шейки матки после ДЭК у 2(1,39%); тромбоцитопеническая пурпура у 1(0,69%); разрыв матки у 1(0,69%); хориоамнионит у 1(0,69%); травма черепно-мозговая у 1(0,69%) женщины. Одним из основных показаний к кесареву сечению в нашей стране является рубец на матке после предыдущей операции кесарева сечения. По новым данным Американского колледжа акушеров и гинекологов (ACOG, 2010г), если у женщины было предыдущее кесарево сечение с низким поперечным разрезом, риск разрыва матки при вагинальных родах до 1,5%, и риск родов через естественные родовые пути ниже, чем повторное кесарево сечение.

Все эти данные показывают о важности дальнейших исследований по определению резервов снижения частоты КС.

Выводы

- родоразрешение путем кесарева сечения проведено в более половине случаев материнской смертности.

- риск материнской смерти после кесарева сечения за 2010-2012гг. в 17,7 раз выше, за 2013-2015гг. 12,3 раз выше и за 2016-2017гг. в 8,3 раз выше, чем после родов через естественные родовые пути.

Таким образом, хотя кесарево сечение все чаще воспринимается как процедура с низким уровнем риска, настоящее исследование показало, что операция кесарево сечение, даже если она выполнена в плановом порядке до родов, все еще связана с повышенным риском послеродовой материнской смертности по сравнению с вагинальными родами, что свидетельствует о необходимости поиска путей снижения частоты кесарева сечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Athanasios F. Kallianidis, Joke M. Schutte, Jos van Roosmalen, Thomas van den Akker. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. // *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive European Bi* 2018. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2018.08.586
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. // *PLoS ONE*.2016; 11(2):e0148343.
3. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, DeneuxTharoux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? // *A systematic review of ecologic studies. Reproductive Health*. 2015; 12:57.
4. Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Gülmezoglu AM, for the WHO Working Group on Caesarean Section. Commentary: WHO Statement on caesarean section rates. // *BJOG*. 2016; 123(5):667-70
5. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A. Systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. // *PLoS ONE*. 2014; 9(6).
6. Clark E.A. S., Silver R.M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery // *Am.J. Obstet. Gynecol.* 2011; 205(6):S2-10.
7. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, et al. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000–2008): a linked data population-based cohort study. // *BMJ Open* 2014; 4:e004551. doi:10.1136/bmjopen-2013-004551
8. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. // *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206(4):331 e1-19.8.
9. Kealy M.A., Small R.E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia // *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2010. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>
10. Mac Dorman M.F., Menacker F., Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes // *Clin. Perinatol.* 2008; 35(2):293-307.
11. Potter J., Hopkins K., Faundes A. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale // *Birth*. 2008; 35:33-40.
12. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. // *BMC medicine*. 2010; 8:71.
13. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. // *BMC medicine*. 2010; 8:71.
14. Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, WHOMCS Research Group. The World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. // *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:286.
15. Trueba G. et al. Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doulas during labor // *J. Perinatal Education*. 2000; 9(2):89-13.
16. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).

Поступила 20.12.2023