



M. Cruz, A.M. Fernandez-Alonso, I. Rodriguez, L. Garrigosa, A. Cano, P. Carretero, A. Vizcamno, A.R. Gonzalez-Ramirez

Тромбопрофилактика после кесарева сечения с двумя разными режимами применения бемипарина

Венозная тромбоэмболия (ВТЭ) остается одной из основных прямых причин материнской смертности в развитых странах, преимущественно за счет тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), которая отвечает примерно за 20% случаев материнской смерти. Эпидемиологические исследования показывают, что ежегодная частота тромбоза глубоких вен (ТГВ) в общей популяции составляет, по разным данным, от 0,16 до 1%, из которых 2% приходится на беременных. Установлено, что риск тромбоэмболических событий (ТГВ или ТЭЛА) существенно повышен во время беременности и в послеродовом периоде. В целом риск развития ВТЭ в эти периоды примерно в 10 раз выше, чем в общей популяции, и может достигать 2%.

Послеродовой период характеризуется наиболее высоким риском ВТЭ, который, по сообщениям, может быть до 25 раз выше, чем у небеременных женщин. Согласно данным литературы 43-60% связанных с беременностью эпизодов ТЭЛА приходится именно на послеродовой период.

Распространенность связанных с беременностью случаев ВТЭ, по данным разных авторов, оценивается от 0,76 до 1,72%. Показатели заболеваемости, скорее всего, занижены, так как у женщин ВТЭ часто протекает бессимптомно или с неспецифической клинической картиной. По этой причине ВТЭ в послеродовом периоде часто диагностируется и лечится уже в другом стационаре, а не там, где принимались роды.

Доказанные факторы риска ВТЭ во время беременности включают: возраст матери (риск 1/800 у пациенток старше 35 лет; 1/1600 – младше 35 лет), ожирение (индекс массы тела (ИМТ) более 30 кг/м²), преэклампсия/гипертензия, количество родов в анамнезе – 3 и более, перенесенная ранее ВТЭ либо врожденная или приобретенная тромбофилия, курение, сахарный диабет, многоплодная беременность, негроидная раса, анемия.

Во время родов могут иметь место дополнительные факторы риска: метод родоразрешения (риск ВТЭ в 3-6 раз выше при кесаревом сечении по сравнению с вагинальными родами, повышен при экстренном кесаревом сечении, а также при инструментальных родах); длительность родов более 12 ч; иммобилизация; большая полостная операция длительностью свыше 30 мин во время беременности и в послеродовом периоде; преждевременные роды; большая потеря крови (больше 1 л) или переливание крови.

В послеродовом периоде добавляются такие факторы риска ВТЭ, как обезвоживание, иммобилизация и анемия.

Факторами, которые вносят наибольший вклад в повышение риска тромбоэмболических событий при беременности ввиду их высокой распространенности, являются возраст старше 35 лет, ожирение и кесарево сечение.

Кесарево сечение повышает риск развития ВТЭ, поскольку является полостной хирургической операцией, которая может длиться свыше 30 мин, в дополнение к протромботическим эффектам непосредственно родов, повышения веса во время беременности и других факторов риска, описанных выше.

Частота ВТЭ после кесарева сечения составляет 1,78% с относительным риском, равным 2.

Современные клинические руководства рекомендуют проведение тромбопрофилактики с применением низкомолекулярных гепаринов (НМГ) у женщин, которым проводится экстренное кесарево сечение, а также пациенткам с плановым кесаревым сечением и как минимум одним дополнительным фактором риска. Однако продолжительность тромбопрофилактики после кесарева сечения остается предметом обсуждения и в то же время является очень важным вопросом, учитывая повышенный риск ВТЭ в послеродовом периоде, особенно в первую неделю, и тенденцию к более ранней выписке из стационара после кесарева сечения. Последние рекомендации предусматривают проведение тромбопрофилактики у этих пациенток в течение семи дней. Однако нет научных доказательств в пользу той или иной продолжительности тромбопрофилактики после кесарева сечения – только клинические рекомендации.

Мы изучили частоту ВТЭ у женщин после кесарева сечения, которые получали НМГ в двух разных режимах, для того чтобы определить лучший из них с точки зрения профилактики ВТЭ.

В нашей клинике пневматическая компрессия не применяется как метод тромбопрофилактики.

После использования различных НМГ (эноксапарина, надропарина и др.) в качестве медикаментозной тромбопрофилактики несколько лет назад в нашей больнице было утверждено применение бемипарина как средства послеоперационной тромбопрофилактики при проведении абдоминальных, торакальных, гинекологических, акушерских, урологических, ортопедических вмешательств и др.

Безопасность и эффективность бемипарина были продемонстрированы в многочисленных исследованиях для лечения и профилактики ВТЭ. Бемипарин является НМГ второго поколения. Применяется в виде натриевой соли, которую получают путем деполимеризации нефракционированного гепарина из слизистой оболочки кишечника свиней. Бемипарин имеет самую низкую молекулярную массу (3600 Да), самый длинный период полувыведения (5,3 ч) и самое высокое соотношение анти-Ха и анти-IIa активности (8:1) среди НМГ.

Главной целью нашей работы было сравнение эффективности двух режимов тромбопрофилактики бемипарином после кесарева сечения: 3500 МЕ один раз в сутки в течение пяти или десяти дней.

Материалы и методы

Это исследование было одобрено этическим комитетом университетской больницы, на базе которой оно проводилось.

Исследователи сравнили пяти- и десятидневную схемы применения бемипарина (3500 МЕ один раз в день) с целью тромбопрофилактики после кесарева сечения.

В испытание включили женщин, перенесших кесарево сечение, которым не требовалась профилактика или лечение ВТЭ любым НМГ во время беременности (низкий риск ВТЭ во время беременности) и у которых отсутствовала аллергия на гепарин или его производные. Позже исключили участниц, у которых продолжительность профилактики была меньше необходимого срока (5 или 10 дней).

Конечными точками исследования были количество эпизодов ТГВ и ТЭЛА и связанная с ВТЭ материнская смертность за 3-месячный период после кесарева сечения.

В качестве возможных факторов риска тромбоэмболических событий рассматривались возраст матери, курение, ожирение (ИМТ > 30 кг/м²), артериальная гипертензия, наличие родов в анамнезе, многоплодная беременность, сахарный диабет, тип кесарева сечения (экстренное или плановое), вид анестезии, кровопотеря, иммобилизация (не менее трех дней).

За период проведения исследования в нашей больнице было принято 2924 родов, в том числе было выполнено 742 кесаревых сечения. 96 женщин, перенесших эту операцию, были исключены из исследования из-за несоответствия критериям включения. В итоге в исследовании приняли участие 646 женщин, перенесших кесарево сечение в нашей клинике в течение года. Их рандомизировали в одну из двух групп для проведения тромбопрофилактики с использованием 3500 МЕ бемипарина один раз в сутки в течение 5 или 10 дней. Бемипарин вводили как минимум через 8 ч после кесарева сечения. В случае локально-регионарной анестезии бемипарин вводили не менее чем через 8 ч после удаления эпидурального катетера.

В течение 24-36 ч после кесарева сечения у всех пациенток проводили полный анализ крови.

Мы выбрали длительность курса тромбопрофилактики 5 и 10 дней по следующим причинам. Пятидневный курс рекомендовался клиническими руководствами до 2008 года для тромбопрофилактики после кесарева сечения. Сравнение с 10-дневным курсом мы проводили потому, что многие показатели свертывания крови начинают нормализоваться только после первой недели послеродового периода, хотя риск может сохраняться и до шестой недели.

Результаты

В таблице 1 приведены характеристики участниц исследования и наличие у них факторов риска ВТЭ во время беременности. Средний возраст составил 31±5,47 года. У 59,7% были первые роды, у 9% – 2 родов и более в анамнезе. У 14% женщин отмечался статус курения. 42,3% пациенток страдали ожирением (ИМТ > 30 кг/м²). Другими возможными факторами риска развития ВТЭ были сахарный диабет (0,8-4,82%), гипертензия во время беременности (10,7%) и многоплодная беременность (около 5%). Частота таких факторов риска, как продолжительная иммобилизация, употребление наркотиков и заболевания сердца, была незначительна.

В таблице 2 приведены характеристики родов и сопутствующих им факторов риска тромбоэмболии. Большинство кесаревых сечений проведены в срок, только 12,7% родов были преждевременными. При этом 73,6% вмешательств были экстренными, что является

дополнительным фактором риска тромбоза. В большинстве случаев применяли локально-регионарный вид анестезии (88,3%). Другими потенциальными факторами риска тромбоза могли быть отслойка плаценты (2,2%) и задержка внутриутробного развития плода (8,5%). В настоящем исследовании только отслойка плаценты и малый гестационный возраст были достоверно связаны с ТЭЛА (p < 0,005).

Таблица 3 показывает факторы риска тромбоза после кесарева сечения. Анемия (уровень гемоглобина < 110 г/л) была самым распространенным фактором риска (75,4%), реже встречались гипертензия (4,9%) и инфекции (6,4%).

Почти у всех женщин (98,53%) присутствовал хотя бы один дополнительный фактор риска помимо кесарева сечения.

Не было зарегистрировано ни одного случая материнской смерти или ТГВ. Зафиксирован один случай ТЭЛА. Она была диагностирована у 25-летней ранее не рожавшей женщины с ИМТ 29,5 кг/м² из группы В еще до начала медикаментозной тромбопрофилактики. Семейный анамнез пациентки не был отягощен, единственным фактором риска ВТЭ во время беременности было курение (менее 10 сигарет в день). Женщина была госпитализирована на 32-й неделе гестации с симптомами отслойки плаценты, в связи с чем было проведено экстренное кесарево сечение с локально-регионар-

Таблица 1. Исходные характеристики исследуемых групп, включая дородовые факторы риска тромбоза

Характеристики	Режим тромбопрофилактики	
	Группа А Бемипарин 3500 ЕД в сутки в течение 5 дней	Группа В Бемипарин 3300 ЕД в сутки в течение 10 дней
Количество участниц, n	311	335
Средний возраст, лет	31,37±5,24	31,06±5,62
Количество женщин старше 35 лет, n (%)	89 (28,61%)	98 (29,25%)
Количество родов в анамнезе, n (%)		
0	149 (47,9%)	174 (51,9%)
1	90 (28,9%)	101 (30,1%)
2	46 (14,8%)	41 (12,2%)
3	13 (4,2%)	13 (3,9%)
≥4	13 (4,2%)	6 (1,8%)
ИМТ, n (%)		
>30 кг/м ²	142 (45,8%)	116 (34,62%)
>35 кг/м ²	36 (11,6%)	22 (6,56%)
Курильщицы, n (%)	51 (16%)	40 (11,9%)
Более 10 сигарет в день	16 (16%)	9 (2,25%)
Употребление наркотиков, n (%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)
Многоплодная беременность, n (%)	13 (4,2%)	19 (5,6%)
Гипертензия, n (%)		
Хроническая гипертензия	6 (1,9%)	0
Индукцированная беременностью гипертензия в анамнезе	4 (1,3%)	6 (1,8%)
Индукцированная беременностью гипертензия в течение текущей беременности	34 (10,9%)	35 (10,4%)
Диабет, n (%)	15 (4,82%)	26 (1,8%)
Тип 1	3 (1%)	2 (0,6%)
Гестационный диабет	8 (2,6%)	18 (5,4%)
Нарушение толерантности к глюкозе	4 (1,3%)	6 (1,8%)
Заболевание сердца в анамнезе, n (%)	0	1 (0,3%)
Иммобилизация, n (%)	0	1 (0,3%)

Таблица 2. Характеристики периоперационного периода в исследуемых группах, включая факторы риска тромбоза во время кесарева сечения

Характеристики	Режим тромбопрофилактики	
	Группа А Бемипарин 3500 ЕД в сутки в течение 5 дней (n=311)	Группа В Бемипарин 3300 ЕД в сутки в течение 10 дней (n=335)
Вид операции, n (%)		
Плановая	82 (26,4%)	88 (26,4%)
Экстренная	229 (73,6%)	247 (73,6%)
Тип анестезии, n (%)		
Регионарная	278 (89,7%)	290 (86,6%)
Общая	31 (10,3%)	45 (13,77%)
Срок гестации на момент родов, нед (среднее ± SD)	38,54 ± 2,47	38,66 ± 2,23
Преждевременные роды, n (%)	40 (12,9%)	41 (12,4%)
Отслойка плаценты, n (%)	7 (2,3%)	7 (2,1%)
Задержка внутриутробного развития, n (%)	24 (7,7%)	31 (9,3%)

Таблиця 3. Послеоперационные факторы риска тромбоза в исследуемых группах

Характеристики	Режим тромбопрофилактики	
	Группа А Бемипарин 3500 ЕД в сутки в течение 5 дней (n=311)	Группа В Бемипарин 3300 ЕД в сутки в течение 10 дней (n=335)
Послеоперационная анемия, n (%)		
Hb<110 г/л	222 (71,38%)	249 (74,32%)
Hb<100 г/л	161 (51,8%)	179 (53,5%)
Hb≤90 г/л	72 (23,4%)	89 (26,6%)
Инфекционные осложнения, n (%)	21 (6,8%)	20 (6%)
Серома, n (%)	17 (5,5%)	16 (4,8%)
Послеоперационная гипертензия, n (%)	15 (5,7%)	9 (4%)

ной анестезией. Таким образом, добавилось два дополнительных фактора риска – экстренное кесарево сечение и вагинальное кровотечение. Ребенок родился живым с соответствующим для гестационного возраста весом. У матери после операции отмечалась умеренная анемия, которая требовала внутривенного введения железа. В первые сутки после операции, еще перед началом тромбопрофилактики, женщина предъявила жалобы на затруднение дыхания и боль в области правого реберно-диафрагмального угла. ТЭЛА была диагностирована на основании результатов клинического обследования, повышения уровня D-димера и данных дополнительных методов исследования, таких как перфузионная сцинтиграфия легких (ТЭЛА в латеральном и медиальном сегментах средней доли правого легкого) и двусторонняя ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей (без патологических изменений). Следовательно, вместо тромбопрофилактики было начато лечение НМГ с последующим переходом на прием перорального антикоагулянта. Исследование свертывающей системы крови через 6 мес исключило у этой пациентки тромбофилию.

Таким образом, частота ВТЭ в исследуемой когорте (женщины с кесаревым сечением) составила 1,54%, а частота в общей популяции рожениц – 0,34% (1/2924). С учетом того что единственный случай ТЭЛА развился в первый же день после операции, еще перед началом тромбопрофилактики, сравнение различных схем применения НМГ не было возможным.

Обсуждение

В нашей клинике проводится постоянный тщательный контроль факторов риска ВТЭ у беременных и женщин в послеродовом периоде. При их выявлении применяются соответствующие меры тромбопрофилактики. К таким мерам относятся: рекомендации относительно физических упражнений для ранней мобилизации нижних конечностей и раннее вставание (в течение 2 ч после вагинальных родов и через 6–8 ч после кесарева сечения); обеспечение адекватной гидратации в послеродовом периоде с помощью раннего начала приема жидкости и пищи (сразу после вагинальных родов, через 4–6 ч после кесарева сечения с локально-регионарной анестезией и через 6–8 ч после кесарева сечения под общим наркозом) и при необходимости с помощью инфузионной терапии; тромбопрофилактика НМГ (начинается не позднее чем через 8 ч после кесарева сечения).

Такая стратегия может объяснить, почему на протяжении исследуемого периода в клинике наблюдался только один эпизод ВТЭ. Он развился в течение первых 24 ч после экстренного кесарева сечения, выполненного по поводу отслойки плаценты, еще до начала тромбопрофилактики. В итоге частота ВТЭ среди рожениц составила 0,34%, что ниже, чем в других сообщениях. С учетом общего количества родов в клинике за изучаемый период (n=2924) можно было бы ожидать большую частоту эпизодов ВТЭ, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом, – от 2 до 5 случаев.

Тот факт, что только один случай произошел за это время, мог бы натолкнуть на мысль о низкой распространенности факторов риска ВТЭ в исследуемой когорте. Однако это не так, поскольку 98,53% участниц исследования имели по крайней мере один дополнительный фактор риска тромбоза помимо кесарева сечения. Наиболее частыми факторами риска в нашей когорте были экстренное вмешательство (>70%), анемия (50%) и ожирение (30%). В единственном зафиксированном случае ВТЭ были представлены сразу несколько факторов риска: курение, экстренное кесарево сечение, преждевременные роды, вагинальное кровотечение, тяжелая анемия.

Регионарная анестезия (эпидуральная/периуральная) в ходе исследования была использована более чем в 90% случаев кесарева сечения, и это также могло снизить риск развития ВТЭ.

Исторически в нашей клинике НМГ применяются во всех случаях кесарева сечения – как в экстренных, так и в плановых. Некоторые авторы рекомендуют использование НМГ после кесарева сечения только при наличии дополнительных факторов риска или после экстренного вмешательства. Однако мы согласны с некоторыми клиническими руководствами, которые рекомендуют снизить порог для назначения тромбопрофилактики в послеродовом периоде в связи с более высоким риском ВТЭ, чем во время беременности. Мы назначаем НМГ во всех случаях кесарева сечения – плановых и экстренных, потому что заранее не можем знать, появится ли еще один фактор риска тромбоза в послеродовом периоде (например, анемия, инфекция, гипертензия), не понадобится ли более длительный период иммобилизации (например, вследствие головной боли после регионарной анестезии или развития инфекционных осложнений). Фактически у 98,53% из нашей когорты женщин с кесаревым сечением отмечался по крайней мере еще один фактор риска.

Высокая частота выявления факторов риска ВТЭ у беременных и рожениц в нашей клинике может быть обусловлена повышенной настроенностью и их тщательным непрерывным контролем, в том числе в послеродовом периоде. Например, в нашем отделении обязательно выполняется развернутый анализ крови в течение 24–36 ч после кесарева сечения, поэтому мы своевременно выявляем анемию. В противном случае она может остаться незамеченной.

На наш взгляд, преимущества назначения НМГ после кесарева сечения с точки зрения минимизации риска тромбоэмболии значительно перевешивают уровень риска, связанный с их использованием. В нашем исследовании мы не зафиксировали никаких побочных эффектов при применении НМГ (ни кровотечений, ни гепарининдуцированной тромбоцитопении).

Хотя для исследуемой когорты специально не проводился фармакоэкономический анализ, другие исследования показывают, что профилактика НМГ является экономически эффективной у пациентов повышенного риска. В нашем исследовании назначения бемипарина 3500 МЕ один раз в сутки в течение пяти дней (на два дня меньше, чем рекомендовано в современных клинических руководствах) было достаточно для предотвращения тромбоэмболических событий, поэтому общие затраты были снижены. Хотя следует помнить, что для нормализации показателей свертывания крови может потребоваться на несколько дней больше.

Выводы

Снижение частоты связанных с беременностью и родами тромбоэмболических осложнений может быть достигнуто путем тщательного контроля факторов риска во время беременности, родов и в послеродовом периоде с применением физических методов тромбопрофилактики и при необходимости НМГ. В случае кесарева сечения мы рекомендуем проводить тромбопрофилактику НМГ, например бемипарином, в течение пяти дней после операции. Этот срок нам представляется достаточным для предупреждения ВТЭ, хотя следует рассмотреть целесообразность более продолжительной тромбопрофилактики, если есть дополнительные факторы риска.

Obstetrics and Gynecology International,
Volume 2011, Article ID 548327

Перевод с англ. Натальи Мищенко



Новини

Баланс ризиків при ранньому розродженні

Американська колегія акушерів та гінекологів (ACOG) і Товариство медицини матері та плода (SMFM) закликають акушерів уникати госпіталізації жінок із неускладненою вагітністю в період до 39 тиж, але й не вагатися проводити ранню індукцію пологів за медичними показаннями.

У серії звітів, опублікованих в «Акушерстві та гінекології» цими двома організаціями, були викладені кращі докази стосовно вичікувальної або активної поведінки медичного персоналу щодо цього терміну вагітності (Obstet. Gynecol 2013; 121: 908-10; Obstet Gynecol 2013; 121: 911-5).

«Для жінок, які не мають жодних ускладнень з вагітністю, індукція пологів під час або після 39 тиж є виправданою», – сказав Dr. George A. Maciones, голова ACOG, Комітету з акушерсько-гінекологічної практики і кафедри акушерства і гінекології Вашингтонського університету м. Сент-Луїса. «Але зворотню стороною цього питання є намагання уникнути ранньої госпіталізації вагітної з боку зацікавлених осіб, тобто провайдерів», – зауважив він.

За останні декілька років кількість зазначених розроджень, здійснених у період до 39 тиж без медичних показань, була досить високою, що спонукало адвокатів деяких пацієнтів та експертів з якості наполягати на забороні ранньої госпіталізації. Благодійний фонд March of Dimes, Об'єднана комісія і Leapfrog група закликали лікарів зробити все можливе, щоб мінімізувати ранню госпіталізацію вагітних, аби уникнути несприятливих наслідків для новонароджених.

ACOG і SMFM оприлюднили заяву № 561, яка є відголосом цих проблем і повідомляє про високу захворюваність і смертність новонароджених і дітей, госпіталізованих у період 37 і 38 тиж, порівняно з тими, хто був доставлений у терміні 39 і 40 тиж.

Наприклад, ретроспективне дослідження когорти, яка включала понад 200 тис. народжень, відзначило більш високі показники дихальної недостатності і використання штучної вентиляції легень для дітей, народжених від матерів, госпіталізованих у період 37 тиж, порівняно з тими, які були доставлені на 39 тиж, незалежно від показань для госпіталізації. Діти, народжені у терміні 37 тиж, також мали вищу частоту респіраторного дистрес-синдрому, транзиторні тахіпное новонароджених, пневмонію і використання сурфактанту порівняно з дітьми, народженими на 39 тиж (JAMA 2010; 304: 419-25).

Згідно із заявою рівень смертності був значно вищий у грудних дітей, народжених у період 37 і 38 тиж вагітності, порівняно з немовлятами, які народжені на 39 тиж.

ACOG і SMFM також попередили акушерів щодо недоцільності використання тесту легеневої зрілості плода, щоб виправдати раннє планове розродження, оскільки тестування може допомогти визначити ризик респіраторного дистрес-синдрому плода, але воно не дає змоги передбачити інші несприятливі наслідки.

З іншого боку, ACOG і SMFM висловлюють побоювання, що зусилля, спрямовані на попередження ранньої госпіталізації, можуть зайти надто далеко. Наприклад, одна державна агенція Medicaid перестала платити лікарям, які приймали вагітних до 39 тиж.

«Це проблема, – сказав Dr. Maciones в інтерв'ю. – Коли страхові компанії намагаються регулювати медичну допомогу, завжди можна очікувати неприємностей».

«Принцип покриття оплати послуг, який базується на записах в медичних картках та кодах оплати, може ігнорувати реальні медичні показання для дострокового розродження», – зауважив Dr. Jeffrey L. Ecker, заступник голови комітету ACOG.

«Особливу занепокоєність викликає факт відсутності ефективних ліків, які іноді мали б з'являтися в документації або в розрахункових кодах», – сказав він в інтерв'ю.

Дуже важливо, зазначив Dr. Ecker, що страховики не дають лікарю вказівок щодо заборони розродження вагітних до 39 тиж.

ACOG і SMFM також випустили програмну заяву (№ 560), у якій пропонується загальні і конкретні рекомендації про строки госпіталізації за різних обставин, які можуть вимагати дострокового розродження в термінах від 34 до 36 тиж або від 37 до 38 тиж. До цих обставин належать: передлежання плаценти, класичний кесарів розтин, міомектомія, затримка росту плода, хронічна гіпертонія, діабет, передчасний розрив плодних оболонок.

Цей список не є вичерпним, але він дає лікарям перелік найбільш поширених показань до передчасного розродження.

«Ми сподіваємося, що цей список надасть юридичних підстав лікарям, щоб виправдати свої дії перед керівництвом і страховиками, які можуть проводити строгу політику щодо раннього розродження», – сказав Dr. Maciones.

В іншій заяві (№ 559) ACOG також розглядалося питання про кесарів розтин за материнським запитом (Obstet. Gynecol 2013; 121: 904-7). Комітет з акушерської практики заявив, що лікарі повинні рекомендувати вагінальні пологи у випадку відсутності показань з боку матері і з боку плода. Комітет жорстко виступає проти кесаревого розтину на материнський запит для жінок, які планують мати декілька дітей, тому що це призводить до збільшення ризику передлежання та прирощення плаценти і збільшення ризику гістеректомії з кожним кесаревим розтином.

У тих випадках, коли кесарів розтин все ж таки виконується на прохання матері, його не слід проводити у період до 39 тиж.

ACOG також закликала лікарів не допустити, щоб під час консультування пацієнток рішення про проведення кесаревого розтину ґрунтувалося на їхніх фобіях про біль при вагінальному розродженні.

www.obgynnews.com/news/obstetrics.html

Переклад з англ. **Анатолія Якименка**