

УДК 618.5 – 089.888.61
Т.Ю. Пестрикова, Т. И. Юрасова

Перспектива кесарева сечения: «бархатный» вариант, либо традиционная методика

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Контактная информация: Т. Ю. Пестрикова, e-mail: typ50@rambler.ru

Т.Ю. Пестрикова ORCID - <https://orcid.org/0000-0003-0219-340>

Т. И. Юрасова ORCID - <https://orcid.org/0000-0003-0187-9937>

Резюме

Представлены данные аналитического обзора по медико-социальной значимости кесарева сечения. Медленное кесарево сечение позволяет максимально воплотить осознание материнства, реализовать связь между матерью и ребенком посредством физической близости. Имеющийся опыт «бархатного» кесарева сечения в мире свидетельствует о его востребованности, возможности предоставления максимального комфорта супружеской паре при родоразрешении.

Ключевые слова: мягкие роды, традиционное или «бархатное» кесарево сечение

T.Yu. Pestrikova, T.I. Yurasova

The Prospects of Caesarean Section: The “Velvet” Option or the Traditional Method

State Medical University, Khabarovsk

Summary

The article presents the data of an analytical review on the medical and social significance of caesarean section. Slow caesarean section allows for the maximum realization of the awareness of motherhood, the realization of the connection between mother and child through physical intimacy. The existing experience of "velvet" caesarean section in the world indicates its demand, the possibility of providing maximum comfort to the married couple during childbirth.

Key words: soft birth, traditional or "velvet" caesarean section

Введение

Одним из наиболее важных аспектов современного акушерства и перинатологии является комплекс вопросов, связанных с операцией кесарева сечения (КС). Глобальные перспективы КС неоптимистичны [2]. Частота КС в мире составляет 21,1% (более 1 из 5) всех родов и

неуклонно растет [11, 12]. Предоставление пациентке свободы выбора метода родоразрешения [7, 8] способствовало чрезмерному внедрению в мире практики КС исключительно по причине требования матери.

Согласно первому систематическому обзору и метарегрессии по данному вопросу [10], глобальная абсолютная доля КС по требова-

нию матери варьирует от 0,2 до 42,0% в странах с уровнем дохода выше среднего (Upper middle income countries), что в 11 раз выше, чем в странах с высоким уровнем дохода (Higher income countries).

КС — самая распространённая в мире операция, и в течение последних десятилетий отмечается неуклонная общемировая тенденция к росту. Согласно последним данным, каждая пятая женщина рождает посредством КС [11,12]. Ожидаемая частота КС к 2030 г. — 28,5% (почти треть всех родов) [3]. Снижению частоты необоснованного КС отчасти препятствуют современные противоречия со стороны существующих прав женщины на безопасное родоразрешение.

В 2020 г. группа родителей написала Президенту В.В. Путину открытое письмо, сообщив о [проблемах в службе родо-вспоможения](#), связанных с политикой поддержки естественных родов в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В обращении указывалось, что из-за необоснованного применения агрессивной акушерской тактики количество детей с детским церебральным параличом и неврологическими нарушениями, а также уровень асфиксии в родах в России на порядок выше, чем в развитых странах.

Пациенты подчеркивают, что чрезмерная медикализация родоразрешения, его «дегуманизация», чрезмерная перегруженность современной модели есте-

ственных родов нормативными ожиданиями и запретами для обоих родителей. Предпочтения выбора пациенткой метода родоразрешения крайне противоречивы и усугубляют проблему.

Одни женщины воспринимают КС как «неспособность» родить естественным путем, приобретают чувство вины и разочарования. Другие требуют предоставления КС без каких-либо акушерских показаний по причине токофобии (страха перед родами), предшествующего травматического опыта вагинальных родов. Третьи добиваются предоставления попытки вагинальных родов после ранее выполненного КС.

КС укрепило право женщины на выбор метода родоразрешения [6].

В последнее время все активнее происходит обсуждение методики подхода к проведению «медленного/бархатного» КС.

Цель исследования - ознакомить врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов, организаторов здравоохранения с современными аспектами КС (медленное/бархатное) и необходимостью проведения анализа по результатам использования данной методики.

Материалы и методы

Для написания данного обзора был осуществлен поиск отечественных и зарубежных публикаций в российских и международных системах поиска (PubMed, eLibrary и проч.) за последние 15 лет.

Обсуждение результатов

Много лет назад французский акушер-гинеколог Мишель Оден разработал принципы естественных родов: женщина рождает так, как ей удобно, в воде или в кровати, лежа или стоя; она может петь или читать стихи – в общем, делать все, что ей вздумается. При этом врачи и акушерки только следят за процессом и вмешиваются в него лишь в случае крайней необходимости. По мнению Мишеля Одена, в родах женщине надо слушать свое тело, не бороться с ним, не сопротивляться, а подчиниться ему и родить естественно, как заложено природой [13].

Популярность мягких родов набирает обороты в развитых странах мира. В России с каждым годом растет количество беременных, которые хотят родить максимально естественно, без страха и агрессивных медицинских манипуляций.

Принято считать, что мягкие роды — это максимально естественные роды, которые протекают без каких-либо медицинских вмешательств в родовой процесс. Но на самом деле такое узкое определение не совсем точно раскрывает суть мягких родов. Основная цель родильного стационара, где практикуют мягкие роды, — это обеспечить бытовой комфорт и создать условия, в которых главный физиологический регулятор родов — гормон окситоцин — будет самостоятельно вырабатываться в нужном количестве.

Женщина должна чувствовать себя безопасно и уверенно, а персонал прислушиваться к ее желаниям и потребностям. Мягкие роды возможны только тогда, когда у мамы и врачебной бригады происходит не только физический, но и психоэмоциональный контакт [14].

При проведении мягких родов возможно присутствие доула. Если говорить просто, то доула — это персональный тренер для будущей мамы. Она помогает женщине до и во время родов, оказывая эмоциональную и практическую поддержку, объясняя, что происходит с ее телом и, что нужно делать для здоровой и комфортной беременности/родов.

В процессе родов доула помогает роженице расслабиться, подсказывает, как нужно дышать, как правильно проживать каждую схватку и т.д.

Доула может очень серьезно помочь будущей маме, особенно если та испытывает страх и неуверенность перед родами. Однако важно понимать, что доула это не врач и не акушерка. Она поддерживает женщину и выступает проводником на пути к мягким родам, но не может назначать лекарства, проводить осмотры или ставить диагнозы.

Если с формированием условий для создания естественной среды при проведении родов в родильных стационарах врачи акушеры-гинекологи согласны, то как быть в тех ситуациях, когда необходимо проводить КС.

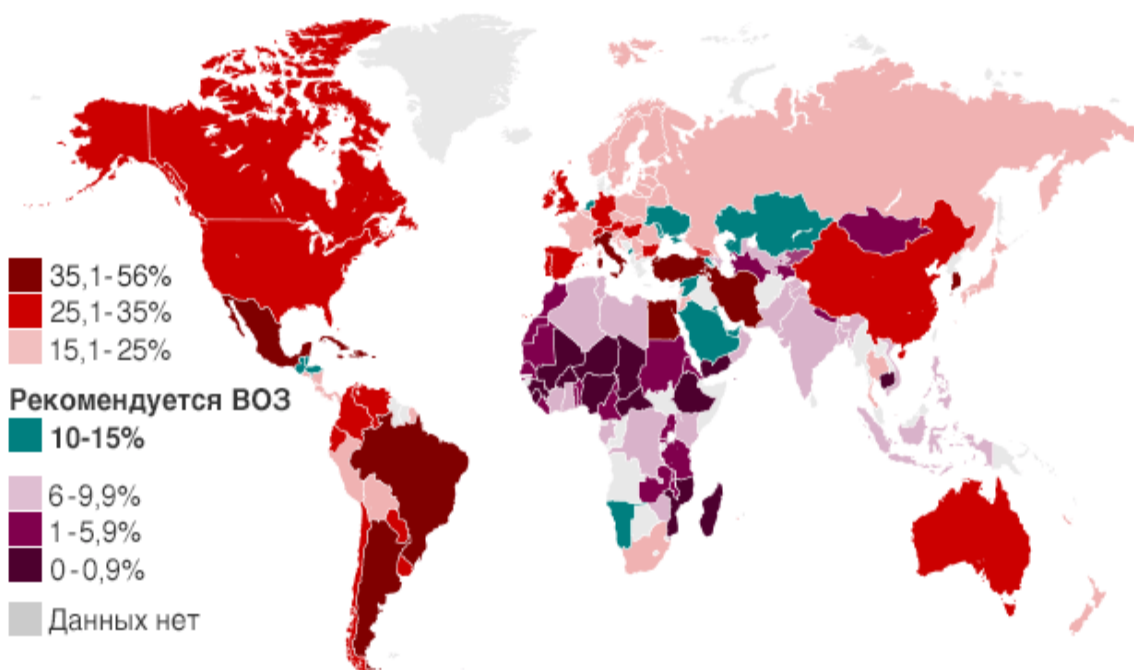
Современные реалии обозначили глобальный курс на профилактику и лечение соматических и эмоциональных расстройств,

Перспектива кесарева сечения: «бархатный» вариант, либо традиционная методика спровоцированных хирургическим родоразрешением. Если в 1950-е годы было сформировано, актуальное до настоящего времени движение за естественные роды, т.е. сохранялось «сакральной» направление на естественное родоразрешение, то в наши дни приоритетным остается перинатально ориентированное акушерство, включающее выхаживание маловесных младенцев, использование методов фе-

тальной хирургии, позволяющей проводить коррекцию различных врождённых дефектов у плода во время беременности и спасти жизнь плоду, оказавшемуся в критическом состоянии, что в определенной степени влечёт за собой увеличение частоты КС [4,5].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) частота КС неуклонно растет (Рис.1).

Процент случаев кесарева сечения от общего числа родов



Источник: Всемирная организация здравоохранения

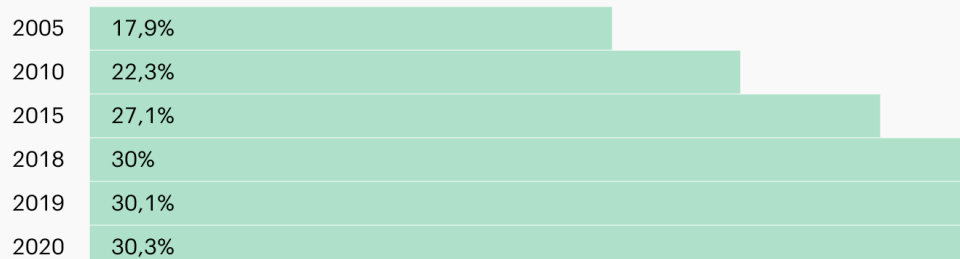
В В С

Рис. 1. Частота КС по данным ВОЗ

По данным официальной статистики (2024 г.), доля операций КС, от общего количества родов, в России составляет

свыше 30%, большая часть этих операций – экстренная (Рис.2).

Доля родов с кесаревым сечением в России



Сколько кесаревых сечений делают в России, тысячи случаев

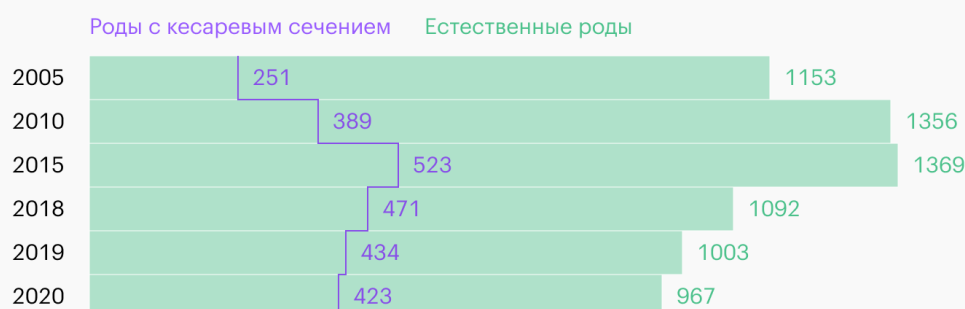


Рис.2. Частота КС в Российской Федерации (рис. взят из данных интернет- ресурса)

В отечественном Минздраве отмечают, что КС — это «эффективный инструмент снижения материнской и перинатальной смертности». Тем не менее,

ВОЗ продолжает рекомендовать оптимальные параметры КС, как 10-15% от общего количества родов (Рис.3).

Доля кесаревых сечений в некоторых странах мира

В процентах от общего количества

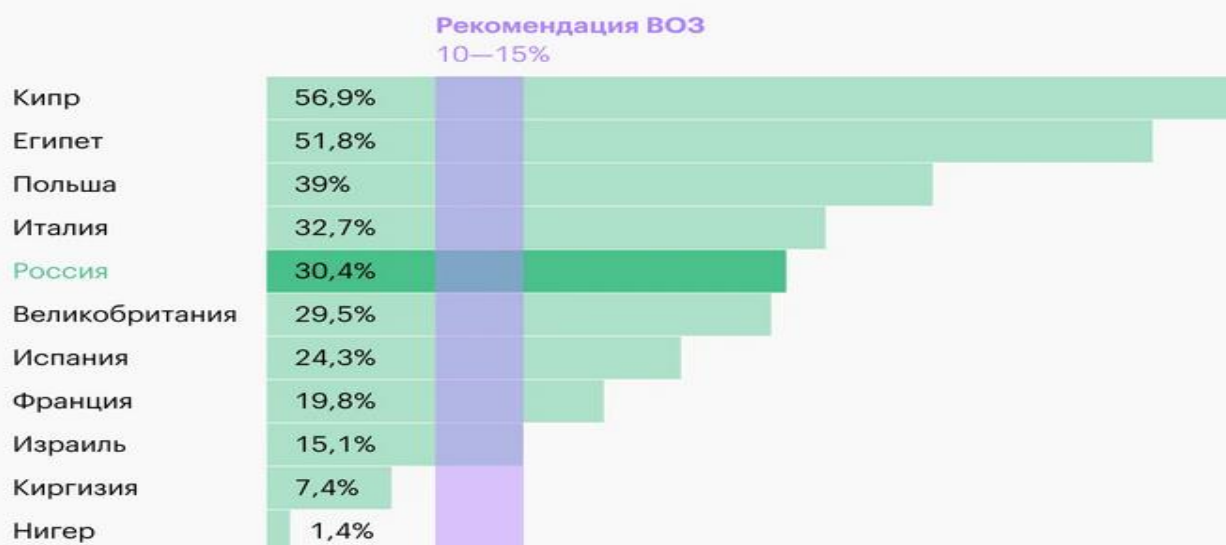


Рис.3. Сравнительный анализ частоты КС в различных странах

Может ли кесарево сечение пройти мягко и почти как естественные роды? Ряд врачей акушеров-гинекологов считают, что да. Подход, при котором врачи стараются создать комфортные условия для женщины и новорождённого, называют «бархатными» родами.

В 2008 г. британский акушер-гинеколог N. Fisk и его коллеги предложили метод «естественного» или «натурального» КС (англ. natural caesarean), направленный на имитацию условий вагинальных родов [15].

Метод подразумевает дородовую демонстрацию видеоклипов о предстоящем естественном КС, возможность встречи женщины (и ее партнера) с акушеркой и акушером-гинекологом перед операцией, осмотр операционной, выбор парой музыки для прослушивания во время КС, использование собственной одежды. Существуют некоторые особенности к подготовке к и проведению операции:

- Перед проведением КС пульсоксиметр надевают на ногу, чтобы руки пациентки были свободны;
- электрокардиографию (ЭКГ) выполняют с учетом необходимости размещения новорожденного на передней стенке грудной клетки;
- верхние конечности, необходимые для удержания ребенка, не задействуются;

- внутривенный катетер помещают в не-доминантную руку;
- используется комбинированная спинально-эпидуральная методика аналгезии;
- кардиотокографию (КТГ) продолжают до обработки операционного поля;
- КС начинается при поднятой прозрачной перегородке, как обычно;
- после разреза на матке перегородка между пациенткой и операционным полем опускается, изголовье стола поднимается так, чтобы мать могла наблюдать за рождением плода;
- после рождения головки плода операционное поле очищают от крови и приглашается партнер для наблюдения за рождением;
- далее хирург убирает руки прочь, пока новорожденный еще расположен внутриутробно и прикреплен к плаценте;
- женщине предлагают тужиться;
- после рождения ребенка сразу прикладывают к груди.

Так обеспечивается рекомендуемый ООН и ЮНИСЕФ скорый контакт матери и новорожденного «кожа-к-коже» (англ. skin-to-skin contact), неоценимый для улучшения выживаемости новорожденного и развития ребенка, укрепления связи между матерью и ребенком [9,16].

Данный метод КС применяется и в России. Чаще при данном методе выполнения операции используется термин «медленное

КС», но имеется множество синонимов:

бережное, «бархатное», щадящее, натуральное, естественное или нежное.

За рубежом метод чаще называется естественным или натуральным (natural), медленным (slow) и нежным (gentle). Достоинством естественного КС является участие в процессе родоразрешения обоих родителей, позволяет матери тужиться во время извлечения плода, наблюдать за тем, как «рождается» ребенок [1].

По данным Вученовича Ю.Д., Новиковой В.А., Радзинского В.Е. (2023 г.), сравнение материнских и плодовых параметров женщин с традиционным и медленным КС показало их сопоставимость (рис.4) по параметрам возраста, прегестационного индекса массы тела (ИМТ), временного интервала между предшествующим КС и настоящей беременностью, срока беременности при родоразрешении при традиционном и медленном КС. Отсутствовали значимые различия в индексе амниотической жидкости (ИАЖ) и зрелости шейки матки (ШМ) по шкале Бишопа. Минимальная толщина рубца у женщин с медленным КС в среднем не достигала 2,0 мм, но отличие было статистически не значимым.

Интраоперационные параметры не продемонстрировали контраста между

традиционным и медленным КС: время от начала родов до КС, от разреза на коже до извлечения плода, контакта «кожа-к-коже», от извлечения плода до удаления последа статистически значимо не отличались.

Медленное КС характеризовалось более продолжительным временем от разреза на коже до «рождения» плода. Оправданием названия «медленное КС» является то, что при традиционном КС аналогичный временной интервал также составлял 5 мин, но нижний квартиль был более чем в 2 раза меньше – 2 мин. Различия в уровнях кровопотери при медленном и традиционном КС были сопоставимыми и выявлены в ходе оценки послеродового периода [1].

Как традиционное КС, так и «бархатное» — это плановые полостные операции. Они немного различаются технически, но существует и ощутимо различие по атмосфере и уровню вовлечённости женщины в процесс рождения (табл.1).

«Бархатное» КС — плановая операция, поэтому за 12 часов нельзя есть, а за 4 часа — пить. Утром в день операции необходимо надеть компрессионные чулки для профилактики тромбозов, а после родов носить их ещё 2–3 дня, даже в ночное время.

Материнские и плодовые параметры женщин с традиционным и медленным кесаревым сечением (КС)

Показатель	Традиционное КС, n=58		Медленное КС, n=30		p
	M/Me	SD/Q1-Q3	M/Me	SD/Q1-Q3	
Прегестационный					
Возраст, годы	32,48	3,21	31,37	2,55	0,14
ИМТ прегестационный, кг/м²	23,21	3,26	21,93	3,30	0,13
Интервал между последним КС и данной беременностью, годы	6,76	3,96	5,33	3,10	0,13
Гестационный срок при родоразрешении, нед	39	38–40	40	39–40	0,33
ИАЖ, см	10,38	5,55	11,76	7,49	0,44
Максимальная толщина рубца, мм	2,24	0,37	2,08	0,33	0,09
Минимальная толщина рубца, мм	2,09	0,47	1,88	0,40	0,08
Зрелость ШМ по Бишопу, баллы	6	3–7	6	5–7	0,54
Интраоперационный					
Время от начала родов до КС, мин	590,0	111,87	494,47	160,75	0,05
Время от разреза на коже до извлечения/«рождения» плода, мин	5	2–5	5	5–5	0,09
Контакт «кожа-к-коже», мин	1	1–1	1	1–1	0,85
Время от извлечения/«рождения» плода до удаления последа, мин	4	3–4	4	3–4	0,13
Кровопотеря, мл	545,16	85,00	556,67	67,89	0,56
Послеродовой					
М-эхо	7,67	3,34	5,71	0,49	0,15
Ширина матки, мм	135,61	8,14	130,67	7,74	0,02*
Длина матки, мм	84,13	9,45	80,07	9,79	0,10
Переднезадний размер матки, мм	115,55	9,24	101,67	35,04	0,04*
Длительность пребывания в послеродовом отделении, сут	4	4–5	4	4–5	0,68
Плодовый					
КТГ плода перед КС	8	8–8	8	8–8	0,56
Масса тела плода	3489,68	419,90	3434,00	351,37	0,58
Баллы по шкале Апгар на 1-й минуте	8	8–9	8	8–8	0,22
Баллы по шкале Апгар на 5-й минуте	9	8–10	8	9–9	0,51
Сатурация кислорода, %	96	94–98	96	94–96	0,33

Примечание. ИАЖ – индекс амниотической жидкости; ИМТ – индекс массы тела; КТГ – кардиотокография; ШМ – шейка матки; * – различия статистически значимы.

Противопоказанием к проведению «бархатного» КС являются:

- хирургические риски;
- инфекция;
- риск обильного кровотечения;
- осложнения с анестезией;
- противопоказания к проведению длительной операции;
- предлежание или вращение плаценты;
- эклампсия или преэклампсия;
- ягодичное или поперечное положение плода, которые не

позволят ребёнку родиться через разрез на матке.

В экстренной ситуации, акушеры проводят операцию по традиционной методике.

Таблица 1 Сравнительные данные методик традиционного и «бархатного» КС

Традиционная методика КС	Методика «медленного или бархатного» КС
Для проведения оперативного родоразрешения женщину укладывают на стол и фиксируют ей руки. Далее используют регионарную анестезию. После обработки передней брюшной стенки производят послойный разрез брюшной стенки, матки (в нижнематочном сегменте), извлекают младенца за предлежащую часть (головка), пересекают пуповину. Младенца кладут на грудь матери или для проведения обработки, измерения. Операция обычно занимает около получаса.	Перед проведением КС пульсоксиметр надевают на ногу, чтобы руки пациентки были свободны. внутривенный катетер помещают в недоминантную руку. КТГ) продолжают до обработки операционного поля; КС начинается при поднятой прозрачной перегородке, как обычно; после разреза на матке перегородка между пациенткой и операционным полем опускается, изголовье стола поднимается так, чтобы мать могла наблюдать за рождением плода. Врач акушер делают небольшой разрез в нижнематочном сегменте, через который появляется головка ребёнка. Младенца не сразу извлекают. Из-за задержки туловища в матке, происходит выталкивание лёгочной жидкости ребёнка — это и есть имитация естественных родов. Медленное рождение делает адаптацию ребёнка к внешней среде более мягкой и плавной. Младенец постепенно начинает дышать, пока его тело остаётся внутри матки. Благодаря этому величина кровопотери не увеличивается, поскольку ребёнок закрывает собой разрез. Плечи ребёнка расправляются, он вытаскивает ручки, а врачи помогают ему появиться на свет. Пуповину сразу не отсекают, а ждут пару минут, пока она пульсирует. Это нужно, чтобы вся кровь из плаценты возвратилась к ребёнку.
Роженица всю операцию находится на спине, с зафиксированными руками чаще под регионарным, в редких случаях под общим наркозом. Родившегося младенца кладут на грудь матери, но это до сих пор зависит от родильного стационара.	Роженица может трогать ребенка, пока он выходит из раны, поэтому ее руки должны быть стерильны. Роженица воспринимается как активная участница. С ней разговаривают, ей объясняют, что происходит. Во время операции немного приподнимают изголовье, чтобы женщина могла наблюдать за процессом. Для удобства устанавливают обычную ширму со специальным окошком, прозрачную или не устанавливают её совсем.
Зачастую партнёра в операционную не пускают. Зависит от правил от родильного стационара.	На «бархатное» КС пациентка может взять партнёра, родителя, подругу или доулу.
Операция проходит под регионарной анестезией, согласно стандартному клиническому протоколу.	По времени «бархатное» КС длится дольше обычного КС. Неторопливость процесса имитирует прохождение ребёнка через родовые пути. Это помогает ему плавно адаптироваться к новой среде — свету, звукам, температуре.
Часто операция сопровождается чувством потерянности. Это может негативно сказаться на послеродовом восстановлении.	Роженица проживает роды, чувствует связь с телом, ребёнком и партнёром. Это помогает ей мягко войти в материнство и быстрее восстановиться психологически.

Заключение

Невозможность родить самостоятельно и быть первым человеком, который возьмет на руки своего новорожденного ребенка, вызывает у женщин активное сопротивление, неприятие ситуации, что еще более усугубляет необходимость проведения оперативного родоразрешения.

В настоящее время, не все родильные стационары практикуют выполнение «бархатного» КС. В этой связи важным является заранее сформировать команду, которая будет открыта к диалогу и поддерживает желание женщины сделать роды более мягкими.

Залог успеха «бархатного» КС зависит не только от усилий медицинского персонала родильных стационаров, но и подготовки самой беременной женщины.

К любым родам важно подготовиться заранее. Каждая беременная должна выбрать степень подготовки:

- подбор клиники;
- работа с телом и эмоциями;
- курсы для беременных;
- сочетание всего вышеперечисленного.

Необходимым является изучить способы расслабления:

- дыхательные техники;
- йога;
- медитации.

Всё это помогает телу и психике беременной мягче адаптироваться к предстоящей операции [17].

Поэтому совместные курсы для беременных с партнером, беседы с врачом, привлечение доулы — всё это способствует пониманию того, что происходит на родах. Многих беременных пугает незнание, что может случиться в родильной палате и на операции. В этой связи, важно обсудить с врачом каждый из этапов проведения родов.

Партнёр также может не только присутствовать, но и активно участвовать в процессе. Например, напоминать, как правильно дышать, и решать сложные вопросы с врачами.

Важно, чтобы партнёр был эмоционально готов ко всему происходящему. Если вдруг он начнёт падать в обморок, то будет отвлекать всё внимание на себя. Наличие отца в операционной подкрепляет эмоциональную связь как с женщиной, так и с ребёнком. Более того, в тот самый «золотой час» ребёнка могут положить на грудь отца, не обязательно матери.

Помимо медицинского персонала, безопасно в операционной можно находиться и посторонним людям, но нужно соблюдать правила. Посетители должны быть в стерильной одежде: халат, маска, шапочка. Находиться возле головы матери, чтобы не нарушать стерильность операционного поля около раны. Дальше многое зависит от политики родильного стационара, но, как правило, отца пускают в операционную, хотя в экстренной ситуации его, скорее всего, попросят уйти.

Беременные женщины имеют право на свои переживания. Роды могут быть стрессовым моментом, как для матери, так и для ребёнка. Многие женщины переживают, если приходится делать КС. Поэтому для таких ситуаций «бархатное» КС — прекрасный вариант, когда можно совместить одно с другим [17].

Медленное КС отличается от традиционного КС незначительными нюансами техники операции, но не материнскими и плодовыми исходами, поэтому является безопасной альтернативой традиционному. Получено подтверждение тому, что основу естественного КС формирует реинтеграция хирургических манипуляций в материнские усилия. Медленное КС позволяет максимально воплотить осознание материнства, реализовать связь между матерью и ребенком посредством физической близости. Имеющийся опыт «бархатного» КС в мире свидетельствует о его востребованности, возможности предоставления максимального комфорта супружеской паре при родоразрешении. Возможность заблаговременного ознакомления с процедурой предстоящего КС, адаптация множества параметров к предпочтениям матери и отца обещают предотвратить травматический опыт родоразрешения [1].

Список литературы

1. Вученович Ю.Д., Новикова В.А., Радзинский В.Е. Медленное кесарево сечение как альтернатива традиционному // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 11. Спецвыпуск. С. 42–48. DOI: <https://doi.org/10.33029/2303-9698-2023-11-suppl-42-4>
2. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: руководство для врачей / В.И. Краснопольский и др.; под общ. ред. В.И. Краснопольского. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: СИМК, 2018. 224 с. (Школа академика РАН Краснопольского В.И.)
3. Кудряшова К.В., Ящук А.Г., Мусин И.И. Возможные осложнения во время повторного кесарева сечения и их профилактика // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение". 2023. Т. 11, № 1. С. 28–32.
4. Пестрикова Т.Ю. Операция кесарева сечения: общие проблемы и региональные особенности // «Новые технологии в акушерстве и гинекологии» Сборник научных трудов Дальневосточной региональной научно-практической конференции (25–26 мая 2023 г). С.7–22.
5. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В., Блощинская И.А., Князева Т.П. Перинатальные потери: проблемы, приоритеты, потенциал // Дальневосточный медицинский журнал. - 2020.- №3.- С. 114 – 119.

6. Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ). 2021. 40 с.
7. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o> (дата обращения: 12.12.2022)
8. ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean delivery on maternal request //Obstet. Gynecol. 2019. Vol. 133, N 1. P. e73–e77. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003006>
9. Ali N.B., Priyanka S.S., Bhui B.R., Herrera S., Azad M.R., Karim A. et al. Prevalence and factors associated with skin-to-skin contact (SSC) practice: findings from a population-based cross-sectional survey in 10 selected districts of Bangladesh // BMC Pregnancy Childbirth. 2021. Vol. 21, N 1. P. 709. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04189-3>
10. Begum T., Saif-Ur-Rahman K.M., Yaqoot F., Stekelenburg J., Anuradha S., Biswas T. et al. Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression // BJOG. 2021. Vol. 128. P. 798–806.
11. 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):e97769. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>
12. Betran A.P., Ye J., Moller A.B., Souza J.P., Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates // BMJ Glob. Health. 2021. Vol. 6, N 6. Article ID e005671. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
13. Bricker L., Millar H. A. D. "Methods to Achieve a Soft Birth: A Review of Evidence-Based Practice." British Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol. 114, no. 5, 2007, pp. 523-529. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01312.x.
14. Fraser W. D., & E. M. K. Thomas. "The Soft Birth Concept: Historical Perspectives and Modern-Day Applications." Obstetrics & Gynecology Clinics of North America, vol. 42, no. 4, 2015, pp. 563-573. doi:10.1016/j.ogc.2015.07.006.

15. Smith J., Plaat F., Fisk N. The natural caesarean: a woman-centred technique //BJOG. 2008. Vol. 115. P. 1037–1042.
16. Stevens J., Schmied V., Burns E., Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature // Matern. Child Nutr. 2014. Vol. 10, N 4. P. 456–473. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12128>
17. Walsh, D., & M. A. Allard. "Understanding and Implementing Soft Birth Techniques: Implications for Modern Obstetrics." American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 210, no. 3, 2014, pp. 241.e1-241.e7.
doi:10.1016/j.ajog.2013.11.034.