

© О.О. Корчинська, Вол.В. Маляр, А.М. Маштепа, 2013

УДК: 618.2:618.4-089.61

О.О. КОРЧИНСЬКА, Вол.В. МАЛЯР, А.М. МАШТЕПА

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород

ОПЕРАТИВНЕ РОЗРОДЖЕННЯ ТА ЙОГО РОЛЬ У СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

Досліджено сучасні підходи до вибору тактики оперативного розродження (кесарів розтин) в умовах перинатального центру та його роль у сучасному акушерстві. Проведено аналіз показів до планового кесаревого розтину та ургентного кесаревого розтину, їх частоти і ускладнень в пологах та післяпологовому періоді. Проведено клініко-статистичний аналіз 1288 історій пологів та індивідуальних карток вагітних та породіль. Всього кесаревих розтинів виконано 208 за період з вересня 2012 по квітень 2013 року. Встановлено, що на сьогоднішній день є велика проблема збільшення частоти кесаревих розтинів, ускладнень при ургентних кесаревих розтинах (13,9%) та переважання в структурі показань неспроможності рубця на матці.

Ключові слова: кесарів розтин, покази, протипокази, ускладнення

Вступ. Однією із проблем сучасного акушерства є постійне зростання частоти кесаревого розтину, водночас зниження перинатальної смертності не відзначається. У минулому кесарів розтин виконували лише матерям, які помирили, для того, щоб врятувати малюка. В наш час кесарів розтин проводиться тільки за показаннями, які спрямовані на зниження відсотка перинатальної смертності. Більшість науковців вважають, що частота операції, яка перевищує 16%, істотно не впливає на перинатальні показники, але разом з тим веде до збільшення материнської захворюваності та смертності. Хоча технічно операція є нескладною, однак пов'язана із низкою ускладнень як під час операції, так і в післяопераційному періоді [1].

Проблема кесаревого розтину завжди була в центрі уваги акушер-гінекологів і лікарів інших спеціальностей. Якщо раніше питання, пов'язані з цією операцією, включали в себе розробку показів і протипоказів, оптимізацію інтраопераційної техніки, профілактику післяопераційних ускладнень, то протягом останніх 10-15 років обговорюється практично одне питання: яка оптимальна частота абдомінального розродження [2, 3].

Частота кесаревого розтину в різних країнах постійно зростає: Австралія – 24,4%; Данія – 21,4%; Іспанія – 26,0%; Польща – 20,6%; Франція – 20,8%; Чехія – 19,6%; Росія – 21,0 % [4]. В Україні цей показник зріс з 9,58% у 1999 до 16,1% у 2009 році і продовжує зростати [1].

Мета дослідження. Вивчити структуру показань до планового та ургентного кесаревого розтину, частоту його проведення та відсоток виникнення ускладнень.

Матеріали та методи. Нами проведено клініко-статистичний аналіз 1288 історій пологів та індивідуальних карт вагітних та породіль, які лікувались в Ужгородському міському перинатальному центрі з вересня 2012 по квітень 2013 року. У 208 випадках вагітним жінкам проведено плановий та ургентний кесарів розтин за наявності показань та інформованої згоди пацієнток.

Результати досліджень та їх обговорення. За нашими даними частота кесаревого розтину в міському перинатальному центрі (м.Ужгород) становить 16,2% (208 випадків) від загальної кількості пологів (1288). Плановий кесарів розтин проведено в 49,5% (103 жінок), а ургентний – 50,5% (105 жінок). Плановою вважалася операція, необхідність якої затверджена консилиумом і виконана в будь-який час доби. Плановим також вважався кесарів розтин, який виконувався з початком пологової діяльності та у випадку передбачуваних можливих ускладнень в пологах. Оптимальним співвідношенням планових та ургентних операцій вважається 60% до 40%. Обов'язковою є наявність інформованої згоди вагітної на операцію, яка повинна бути підтверджена заявою та записом в історії пологів [5]. Середній вік жінок становив $28 \pm 1,1$ року. мешканки міста склали 41,8% (87 жінок), а села 58,2% (121 жінка). Найчастішими показами до проведення кесаревого розтину були акушерські та гінекологічні захворювання 86,5 % (180 жінок), соматичні захворювання склали 13,5 % (28 жінок).

Структура захворювань, які були показом до проведення кесаревого розтину, показана у таблиці 1. Як видно із даних таблиці 1, у структурі акушерської патології найчастішим показом до проведення планового кесаревого розтину є рубець на матці (після попереднього кесаревого розтину) – 27,4 % (57 жінок). Також слід відзначити досить високий відсоток клінічно вузького тазу – 5,3 % (11 жінок). При гінекологічній патології найбільш частим показом було безпліддя (екстракорпоральне запліднення) – 7,7% (16 жінок) та фіброміома матки – 1,9 % (4 жінки). У структурі соматичної патології перше місце займає ожиріння різного ступеня – 3,4 % (7 жінок), друге – цукровий діабет 2,9 % (6 жінок), інші захворювання склали від 0,5 % до 1,4 %.

Структура поєднаної патології, при якій проведено плановий та ургентний кесарів розтин, представлена у таблиці 2.

Таблиця 1

Структура захворювань вагітних жінок, у яких проведено кесарів розтин

Патологія	Захворювання	Кількість жінок	
		Абс.	Відсоток
Акушерська	Рубець на матці (попередній кесарів розтин)	57	27,4 %
	Клінічно вузький таз	11	5,3 %
	Вікова першородяча	8	3,8 %
	Попередні перинатальні смертності	6	2,9 %
Гінекологічна	Безпліддя (екстракорпоральне запліднення)	16	7,7 %
	Фіброміома матки	4	1,9 %
	Кіста яєчника	2	1,0 %
	Вроджена вада матки	2	1,0 %
Соматична	Ожиріння	7	3,4 %
	Цукровий діабет	6	2,9 %
	Гіпертонічна хвороба	3	1,4 %
	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	3	1,4 %
	Серцева недостатність	2	1 %
	Хронічний геморой	1	0,5 %
	Захворювання очей	1	0,5 %
	Одна нирка	1	0,5 %
	Хронічні обструктивні захворювання легень	1	0,5 %
	Гострі респіраторні вірусні захворювання, гострий бронхіт	1	0,5 %
	Холестатичний гепатоз	1	0,5 %
	Хронічний активний гепатит	1	0,5 %

Таблиця 2

Структура поєднаної патології при кесаревому розтині

Захворювання	Кесарів розтин			
	Плановий		Ургентний	
	Кількість жінок	Відсоток	Кількість жінок	Відсоток
Дородовий розрив плідних оболонок	29	14,0 %	23	11,0 %
Дистрес плода	19	9,2 %	15	7,2 %
Великий плід	18	8,7 %	10	4,8 %
Прееклапсія	18	8,7 %	2	1,0 %
Сідничне передлежання	12	5,8 %	10	4,8 %
Слабка пологова діяльність при неефективності медикаментозної корекції	10	4,8 %	15	7,2 %
ЗВУР плода	9	4,3 %	7	3,4 %
Багатократне обвиття пуповиною плода	8	3,8 %	11	5,3 %
Маловоддя	7	3,4 %	–	–
Двійня	5	2,4 %	8	3,8 %
Незрілість пологових шляхів при переношеній вагітності	5	2,4 %	6	2,9 %
Багатоводдя	4	1,9 %	2	1,0 %
Нижнє передлежання плода	3	1,4 %	6	2,9 %
Поперечне положення плода	2	1,0 %	7	3,4 %
Неспроможність рубця на матці	–	–	10	4,8 %
Субкомпенсована плацентарна дисфункція	–	–	8	3,8 %

Як видно із даних таблиці 2, найчастішою поєднаною патологією при проведенні планового та ургентного кесаревого розтину є дородовий розрив плідних оболонок – 14,0 % (29 жінок) та 11,0 % (23 жінки) відповідно.

Високий відсоток мав дистрес плода на тлі фетоплацентарної недостатності, який при плановому кесаревому розтині склав 9,2 % (19 жінок), а при ургентному – 7,2 % (15 жінок). Великий плід став причиною планового розродження у 8,7 % (18 жінок), а в ургентних випадках – 4,8 % (10 жінок). Слід відзначити також досить високий відсоток неспроможності рубця на матці – 4,8 % (10 жінок), що став причиною проведення ургентного кесаревого розтину. Серед інших патологій заслуговує на увагу слабкість пологової діяльності і неефективність медикаментозної корекції, що в кінцевому результаті привела до проведення планового кесаревого розтину 10 жінкам (4,8 %), а ургентного – 15 жінкам (7,2 %). При двійні плановий кесарів розтин проведено 5 жінкам (2,4 %), а ургентний – 8 жінкам (3,8 %).

Ускладнення при виконанні операції кесаревого розтину виникли у 23,5 % (49 жінок) від загальної кількості операцій. Із них при планових кесаревих розтинах – у 20 жінок (9,6 %), а при ургентних – 29 жінок (13,9 %). У 28 дітей (13,5 %) та 15 жінок (7,2 %) виникли ускладнення. Поєднані ускладнення спостерігались у 6 випадках (2,9 %). Якщо розглянути структуру ускладнень у немовлят, то внутрішньоматкова асфіксія та гіпоксія у пологах склала 18 випадків (8,7 %); недоношеність

та пов'язані з нею уповільнений ріст, недостатність харчування і розвитку – 7 випадків (3,4 %) та пологова травма – 3 випадки (1,4 %).

Кількість інфекційних ускладнень після кесаревого розтину незначна та має тенденцію до зниження. Серед запальних ускладнень після кесаревого розтину найчастіше трапляється ендоміометрит та ранева інфекція.

Висновки.

1. Частота виконання кесаревого розтину складає 16,2% від загальної кількості пологів. Кількість проведених планових та ургентних кесаревих розтинів є практично однаковою та складає відповідно 49,5% та 50,5%. У структурі показань до кесаревого розтину переважає акушерська патологія, зокрема рубець на матці – 22,6%; важкі соматичні захворювання склали 13,9%.

2. Найчастішим показом до проведення планового кесаревого розтину при поєднаній патології є дородовий розрив плідних оболонок 14,0% та дистрес плода 9,2%. Найчастішим показом до проведення ургентного кесаревого розтину при поєднаній патології є дородовий розрив плідних оболонок 11,0%; слабка родова діяльність при неефективній медикаментозній корекції – 7,2% та дистрес плода – 7,2%.

3. Ускладнення після проведення кесаревого розтину виникли у 23,5%, що свідчить про необхідність більш ретельного обстеження жінок з метою своєчасного виявлення факторів, які збільшують ризик ускладнень і, по можливості, їх усунення чи послаблення впливу на організм вагітної та плода.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Болотова О.В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесаревого сечения / О.В. Болотова // Акушерство и гинекология. — 2009. — № 5. — С. 7—9.
2. Краснопольский В.И. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 1. — С. 4—8.
3. Кулаков В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.К. Комиссарова — М.: Триада-Х, 2004. — 320 с.
4. Савельева Г.М. Роль кесарева сечения в современном акушерстве / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. — 2008. — № 3. — С. 10—15.
5. Стрижаков А.Н. Беременность и роды после операции кесарева сечения / Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 62 с.
6. Чернуха Е.А. Возможный травматизм плода при кесаревом сечении / Е.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 6. — С. 77—79.
7. Muthukumarappan K. Improving the standards of care for women having caesarean sections / K. Muthukumarappan [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. — 2000. — Vol. 20, № 6. — P. 584—588.

O.O. KORCHYNska, Vol.V. MALYAR, A.M. MASHTERA

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod

CURRENT APPROACHES TO OPERATIVE DELIVERY AND ITS ROLE IN MODERN OBSTETRICS

The modern approach to the choice of tactics operative delivery (cesarean section) under the Perinatal Center and its role in modern obstetrics. Analysis of indications for routine and urgent cesarean section, their frequency and complications in childbirth and the postpartum period. A clinical and statistical analysis of the 1288 birth stories and individual cards of pregnant women and woman in labor. Total cesarean section performed 208 for the period from September 2012 to April 2013. Found that today is the big problem of growth rate cesarean section, complications of urgent cesarean section (13.9 %) and the prevalence of the structure failure indications uterine scar.

Key words: cesarean section, indications, contraindications, complications

Стаття надійшла до редакції: 12.11.2013