

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-36

УДК: 618.5-089.888.61:614.254

КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ УРГЕНТНОМУ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ

Місюра А.Г.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010)

Відповідальний за листування:
e-mail: angela.misiura29@gmail.com

Статтю отримано 27 грудня 2017 р.; прийнято до друку 26 лютого 2018 р.

Анотація. Акушерські проблеми, які виникають при ургентному оперативному розродженні, перинатальні наслідки, психологічна складова, репродуктивні перспективи, косметологічні моменти - незавершений перелік питань, що постають перед лікарем та пацієнтом у разі проведення термінового кесаревого розтину (КР). Мета дослідження - проаналізувати клінічні, перинатальні результати, психологічну складову ургентного оперативного розродження шляхом кесаревого розтину з позиції категорій ургентності, оптимізувати консультування пацієнтів. Проведено аналіз випадків абдомінального розродження 1, 2 та 3-ої категорій ургентності, оцінено ефективність до- та післяопераційного консультування, окреслено проблемні питання. Кесарів розтин 1-ої категорії ургентності виконано у 44 пацієнтів (45,4%), 2-ої - у 31 (31,9%), 3-ої - у 22 (22,7%). Кесарів розтин при недоношеній вагітності здійснено у 59 (60,8%) випадках, у доношеному терміні - 38 пацієнток. Ретроспективний аналіз історій пологів у разі проведення термінового кесаревого розтину підтвердив уже існуючі тенденції і проблеми оперативного акушерства, а також показав практичні можливості, а здебільшого, їх відсутність, щодо інформування та консультування пацієнтів перед операцією КР. Клінічні реалії виявилися наступними: великий відсоток операцій 1-ої категорії ургентності (45,4%), що асоціюється з більшою материнською та перинатальною захворюваністю та обмеженими можливостями консультування; певну тотожність показань до кесаревого розтину при 1-ій та 2-ій категорії - а це є часовий резерв для стабілізації (компенсації) стану пацієнтки та адекватних передопераційної підготовки та консультування. Консультування пацієнток перед операцією КР не коректно розглядати стандартно. Категорії ургентності медичних втручань передбачають диференційований підхід до конкретної акушерської ситуації, індивідуальний підбір інформації для пацієнтки та її родини, оптимальне використання часового проміжку для підготовки до операції та надання інформації. Таким чином, допомогою у ситуаціях ургентного розродження стає компетентне прогнозування акушерських ризиків щодо можливості екстреного оперативного розродження та поетапне індивідуальне консультування.

Ключові слова: ургентний кесарів розтин, категорії ургентності, консультування вагітної.

Вступ

Кесарів розтин (КР) - питання, яке стає життєво важливим для пацієнта (вагітна, роділля, плід) і залишається актуальним для лікаря та медицини в цілому. ВООЗ зазначає, що збільшення частоти КР вище, ніж 15 %, не впливає на зниження показників перинатальної захворюваності та смертності серед дітей, які народилися шляхом абдомінального оперативного розродження у порівнянні з таким серед немовлят, що народилися природним шляхом [1, 3, 6]. Кесарів розтин не перестав бути операцією високого ризику для матері і плода [2, 5]. Переважно увага приділяється інтраопераційним і найближчим наслідкам операції, тоді як обговорення гінекологічної захворюваності, репродуктивної дисфункції, соціально-психологічних проблем, стану здоров'я дітей відтермінується або розглядається поверхнево [3, 5].

Надання акушерської хірургічної допомоги в сучасних умовах дає можливість вагітним, яким проводяться КР, отримувати обґрунтовану діагностику, виважений підхід до визначення показань та оперативного втручання, післяопераційний нагляд, неонатологічну допомогу [6, 7].

Лікар має чітко розрізняти та усвідомлювати поняття "плановий КР", "КР в пологах", "ургентний (терміновий, екстрений) КР". Акушерські проблеми, які ви-

никають при ургентному оперативному розродженні, перинатальні наслідки, психологічна складова, репродуктивні перспективи, косметологічні моменти - незавершений перелік питань, що постають перед лікарем та пацієнтом у разі проведення термінового кесаревого розтину.

Мета дослідження - проаналізувати клінічні, перинатальні результати, психологічну складову ургентного оперативного розродження шляхом КР з позиції категорій ургентності. Оптимізувати консультування пацієнтів перед операцією екстреного КР.

Матеріали та методи

Проведено аналіз випадків абдомінального розродження 1, 2 та 3-ої категорій ургентності за перше півріччя 2017 року у відділенні патології вагітності Львівської обласної клінічної лікарні. Згідно з класифікацією за МКХ-Х, О82.0 - код стану та захворювання, що відповідає проведенню елективного кесаревого розтину, О82.1 - код стану та захворювання, що визначає терміновий кесарів розтин. Для оптимізації роботи лікаря акушер-гінеколога при наданні допомоги у разі оперативного розродження впроваджено класифікацію операцій залежно від категорії ургентності за Lukas et al. (2000). Перша категорія ургентності -

існує значна загроза життю матері та/або плода - операцію має бути розпочато не пізніше ніж 15 хвилин від визначення показань. Друга категорія - стан матері та/або плода порушені, безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає - операцію має бути розпочато не пізніше ніж 30 хвилин від визначення показань. 3-тя категорія ургентності - стан матері та/або плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження - операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин. 4 категорія - за попереднім планом у запланований день та час [1]. До розгляду та аналізу представлено 97 історій пологів, розродження проведено ургентно.

Результати. Обговорення

Вік породіль коливався від 18 до 36 років. КР при недоношеній вагітності здійснено у 59 (60,8%) випадках, у доношеному терміні - у 38 пацієнток. Кесарів розтин 1-ої категорії ургентності виконано у 44 пацієнтів (45,4%), 2-ої - у 31 (31,9%), 3-ої - у 22 (22,7%). Показаннями до кесаревого розтину 1-ої категорії ургентності виявилися: дистрес плода в пологах - 13 (29,5%) випадків, маткова кровотеча - 9 (20,5%), передчасне відшарування плаценти - 12 (27,3%), випадіння петель пуповини - 2 (4,5%), прееклампсія тяжкого ступеня - 6 (13,6%), клінічно-вузький таз - 2 (4,5%). Привертає увагу відсоток недоношених вагітностей у цій категорії пацієнтів, який становив 65,9%; частота нозологій, що стали показаннями до КР була ідентичною вищевказаній. Загальна крововтрата в середньому склала 870 ± 215 мл, оцінка за шкалою Апгар - $6,2 \pm 1,5$ бали, післяопераційні ускладнення (анемія тяжкого ступеня, лохіометра, гематометра, серома післяопераційної рани) діагностовано у третини породіль 13 (29,5%), виписка із стаціонару відбулася на $6,3 \pm 0,8$ день, на II етап переведено 18 дітей (40,9%). Лапаротомія нижньосередина проведена у 18,2% пацієнток, за Пфанненштилем - у 35 (79,5%), за Джоел-Коханом - у 1 випадку. Анестезіологічне забезпечення - 100% показник загальної анестезії.

Показаннями до кесаревого розтину 2-ої категорії ургентності були: дистрес плода під час вагітності - 9 (29,1%), тяжка прееклампсія - 7 (22,6%), обструктивні пологи - 10 (32,3%), аномалії пологової діяльності - 5 (16,1%). Передчасні пологи констатовано у 17 пацієнток (54,8%). Загальна крововтрата під час операції склала 725 ± 130 мл, оцінка за шкалою Апгар - $6,6 \pm 1,9$ бали, післяопераційні ускладнення (анемія тяжкого ступеня, лохіометра) діагностовано у 4 породіль (12,9%), виписка із стаціонару відбулася на $5,8 \pm 0,9$ день, на II етап переведено 9 дітей (29,1%). Поперечний абдомінальний розтин здійснено у 90,3% операцій, нижньосерединну лапаротомію - у трьох (9,7%). У всіх випадках КР проведено під загальною анестезією.

Показаннями до операції ургентного кесаревого розтину 3-ої категорії визначено: передчасний розрив плодових оболонок у разі запланованого кесаревого розтину - 8 (36,4%) обструктивні пологи - 5 (22,7%), ано-

малії пологової діяльності - 4 (18,2%), невдала спроба індукції пологів - 3 (13,6%), тяжка прееклампсія - 2 (9,1%). Частка недоношених вагітностей у цій категорії виявилася найменшою - 36,4%. Загальна крововтрата становила 680 ± 155 мл, оцінка за шкалою Апгар - $7,2 \pm 1,6$ бали, післяопераційні ускладнення (анемія тяжкого ступеня) діагностовано у 2 породіль (9,1%), виписка із стаціонару відбулася на $5,2 \pm 0,8$ день, на II етап переведено 4 дітей (22,5%). Нижньосерединний лапаротомний доступ застосовано у 5 (22,7%) пацієнток, за Пфанненштилем - у 77,3%. Анестезіологічне забезпечення: у 90,9% випадків - загальна анестезія, у двох пацієнток - регіонарна анестезія, як продовження епідуральної аналгезії в пологах.

Ретроспективний аналіз історій пологів у разі проведення термінового КР підтвердив уже існуючі тенденції і проблеми оперативного акушерства, а також показав практичні можливості, а здебільшого, їх відсутність щодо інформування та консультування пацієнтів перед операцією КР. Отже, клінічні реалії виявилися наступними:

а) великий відсоток операцій 1-ої категорії ургентності (45,4%), що асоціюється з більшою материнською та перинатальною захворюваністю;

б) певну тотожність показань до кесаревого розтину при 1-ій та 2-ій категорії - а це є часовий резерв для стабілізації (компенсації) стану пацієнтки та адекватної передопераційної підготовки та адекватного консультування;

в) перегляду показань до кесаревого розтину в операційній не відбулося у жодному випадку (в медичній документації не зазначено);

г) анестезіологічне забезпечення КР - 97,7% операцій проведено із застосуванням загальної анестезії;

д) у всіх клінічних ситуаціях ургентний кесарів розтин виконано за умови інформованої згоди пацієнтки на медичне втручання;

е) прийняття рішення щодо кесаревого розтину консиліумом задокументовано у 100%.

Консультування вагітної перед операцією КР здійснює акушер-гінеколог, анестезіолог, неонатолог. Пацієнтка ознайомлюється та дає письмову поінформовану згоду на медичне втручання, підписуючи два документи у акушер-гінеколога, один - у анестезіолога - і це мінімальний пакет медичної документації з точки зору правових норм. Акушер-гінеколог доступно повідомляє пацієнтці про виявлені ускладнення, необхідність термінового розродження, можливі хірургічні доступи, додаткові ризики. Лікар, згідно з наказом МОЗ України №977 інформує про ризики для матері, ризики для наступних вагітностей, можливі ускладнення з боку матері і плода, відповідає на запитання, надає додаткову інформацію. Після завершення консультування пацієнтка підписує поінформовану згоду на медичне втручання. Реальний час для ознайомлення вагітної (родини) з інформацією коливається

ся від 5 до 15 хвилин. Необхідно враховувати і психологічний стан жінки: усвідомлення загрозового стану для себе чи дитини; пологовий стрес, больові відчуття, емоційне напруження, фізичне виснаження. На такому фоні консультування вагітної повинно бути стислим, коректним, впевненим, раціональним. Особливо це стосується операцій I-ої та II-ої категорії ургентності.

Наступний етап - консультування анестезіолога: передопераційний огляд жінки; свідомий вибір пацієнкою анестезії; ризики, переваги, можливі ускладнення обраного методу; визначення ступеню анестезіологічного ризику - реальний час поінформування - 5-10 хвилин мінімум. Консультування неонатолога - особливо при недоношеній вагітності, ранніх передчасних пологах, високих перинатальних ризиках, питання догляду за дитиною, яка народилася шляхом операції кесаревого розтину; можливість переведення дитини на другий етап - роз'яснення та відповіді на запитання матері відбуваються в інтервалі від 5 до 10 хвилин і більше.

Отже, консультування пацієнток перед операцією КР не можна розглядати стандартно. Категорії ургентності медичних втручань передбачають диференційований підхід до конкретної акушерської ситуації, індивідуальний підбір інформації для пацієнтки та її родини, оптимальне використання часового проміжку для підготовки до операції та надання інформації.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Градація оперативного розродження за ступенем ургентності спрямована на оптимізацію акушерської допомоги, удосконалення ургентної хірургічної тактики, організацію периопераційного супроводу пацієнток, чіткого обґрунтування кесаревого розтину. Термінове розродження створює не тільки медичні, а й психологічні проблеми для родиллі та її сім'ї, пов'язані з відсутністю часу для повноцінного кваліфікованого консультування перед операцією. Допомогою у таких ситуаціях стає компетентне прогнозування акушерських ризиків щодо можливості екстреного оперативного розродження, наприклад, на етапі початку пологів, стаціонарного спостереження; залучення до обговорення партнера, родини, якщо дозволяє час, ознайомлення з медичною документацією (поінформованими згодами) завчасно. З метою підвищення безпеки, зниження материнської та перинатальної захворюваності більш широко важливо застосовувати методи регіонарної анестезії.

Перспективним напрямком роботи акушерської служби стає збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти необґрунтованого оперативного втручання. Показання до КР повинні бути строго аргументовані, а безпосередньо операція належним чином організована та забезпечена.

Список посилань

1. Гойда, Н. Г. (2012). Стан репродуктивного здоров'я населення на межі тисячоліть. *Журнал практичного лікаря*, 5, 2-6.
2. Зелинский, А. А., Венцовский, Б. М., Шаповал, Н. В., Голота, В. Я. & Попов, А. Г. (2002). *Кесарево сечение. Последствия операции*. Том II. Одесса: ОКФА.
3. Михальченко, Г. Г. (2012). Вплив демографічної ситуації на відтворення та розвиток населення України. *Наукові праці ДонНТУ*, 41, 239-251.
4. Нагорная, В. Ф. (2008). *Патологическое акушерство*. Нежин: Гидромакс.
5. Назаренко, Л. Г., Дуброва, Л. Ю. & Недорезова, К. М. (2015). Дискусійні питання оперативної активності в сучасному акушерстві. *Здоровье женщины*, 9, 10-14.
6. Наказ МОЗ України № 977 (2011). Кесарів розтин. Київ.
7. Farine, D. & Shepherd, D. (2012). Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria. *J. Obstet. Gynecol. Can.*, 34 (10), 976-979. Retrieved from [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35412-3/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35412-3/pdf).

References

1. Goida, N. G. (2012). Stan reproduktyvnogo zdorovya naseleennia na mezhi tysyacholit [The State of Reproductive Health of the Population on the Verge of Millenniums]. *Zhurnal*

praktynogo likaria - The Journal of a Practical Doctor, 5, 2-6.

2. Zelinskyi, A. A., Ventskovskiy, B. M., Shapoval, N. B., Holota, V. Y. & Popov, A.G. (2002). *Kesarevo secheniye. Posledstviya operatsii [Caesarean Section. Consequences of the surgery]*. Odessa: OKFA.
3. Mikhalchenko, G. G. (2012). Vplyv demografichnoi sytuatsii na vidtvorennya ta rozvytok naseleennia v Ukraini [Demographic Situation Influence on the Reproduction and Development of the Ukraine's Population]. *Naukovi pratsi DonNTU - Scientific Studies DonNTU*, 41, 239-251.
4. Nagornaya, V. F. (2008). *Patologicheskoe akusherstvo [Pathologic Obstetrics]*. Nezhyn: Gydromax.
5. Nazarenko, L. G., Dubrova, L. Y. & Nedorezova, K. M. (2015). Diskusiini pytannia operatyvnoi aktyvnosti v suchasnomu akusherstvi [Controversial Questions of Surgical Activity within Modern Obstetrics]. *Zdorovye zhenshchiny - The Health of a Woman*, 9, 10-14.
6. Nakaz MOZ Ukrainy № 977. (2011). *Kesariv roztyyn [Caesarean Section]*. Kyiv.
7. Farine, D. & Shepherd, D. (2012). Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria. *J. Obstet. Gynecol. Can.*, 34 (10), 976-979. Retrieved from [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)35412-3/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)35412-3/pdf).

Мисюра А.Г.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ УРГЕНТНОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ

Анотація. Акушерские проблемы, возникающие при ургентном оперативном родоразрешении, перинатальные осложнения, психологическая составная, репродуктивные перспективы, косметические моменты - неполный перечень вопросов, которые в сжатые сроки необходимо решить доктору и пациенту при необходимости ургентного кесарева сечения (КС). Цель исследования - проанализировать клинические, перинатальные результаты, психологическую составляющую при кесаревом сечении с позиции ургентности, оптимизировать консультирование пациентов. Проведен анализ случаев

абдомінального родорозрешення першої, другої і третьої категорій ургентності, оцінена ефективність до- і післяопераційного консультування, очерчені проблемні питання. Кесарево сечення 1-ої категорії ургентності проведено у 44 пацієнтів (45,4%), 2-ої - у 31 (31,9%), 3-ї - у 22 (22,7%). Процент кесарева сечення при недоношеній вагітності склав 60,8%, в доношеному строці - 38 пацієнток. При ретроспективному аналізі історій родов і ургентному кесаревому сеченні підтверджені відомі тенденції і проблеми оперативного акушерства, а також показані практичні можливості а, скорше їх відсутність, в контексті інформирования і консультування пацієнтів перед операцією кесарева сечення. Охарактеризовані клінічні реалії: великий відсоток операцій першої категорії ургентності (45,4%), що асоціюється з більшою материнською і перинатальною захворюваністю а також з обмеженими можливостями консультування; відзначена деяка ідентичність показань к кесаревому сеченню при 1-ої і 2-ої категоріях ургентності - а це єсть часовий інтервал для стабілізації (компенсації) стану пацієнтки і адекватних доопераційної підготовки і консультування. Інформирование/консультування пацієнток перед операцією КС некоректно розглядати стандартно. Категорії ургентності медичних хірургічних втручань передбачають диференційований підхід к кожній конкретній акушерській ситуації, індивідуальний підбір інформації для пацієнтки і членів її сім'ї, оптимальне використання часового інтервалу для підготовки к операції і надання інформації. Таким чином, ефективною допомогою в ситуаціях ургентного родорозрешення стає прогнозування акушерських ризиків при можливості екстреного оперативного родорозрешення і поетапне індивідуальне консультування пацієнтів.

Ключевые слова: ургентное кесарево сечение, категории ургентности, консультирование беременных женщин.

Misiura A.G.

URGENT CAESAREAN SECTION COUNSELING. PROBLEMATIC QUESTIONS AND WAYS OF OPTIMIZATION

Annotation. *Obstetric problems that arise during urgent operational labour, perinatal consequences, psychological component, reproductive perspectives, cosmetology moments are the incomplete list of questions faced by a physician and a patient in case of an urgent caesarean section. The goal is to analyze clinical, perinatal results, psychological component of urgent operational labour by means of CS from the position of categories of urgency to optimize counseling the patients before an emergency surgery. The analysis of cases of abdominal birth of 1st, 2nd and 3rd categories of urgency during the first half of the year 2017 in the Department of Pregnancy Failure of the Lviv Regional Clinical Hospital has been carried out. 97 case histories of childbirth are presented and analyzed, and the labour has been carried out urgently. The age of women at labour ranged from 18 to 36 years. CS of the incomplete pregnancy was carried out in 59 (60.8%) cases and with 38 patients in the full-term pregnancy. Caesarean section of the first category of urgency was carried out with 44 patients (45.4%), the second one with 31 (31.9%), and the 3rd with 22 (22.7%). A retrospective analysis of childbirth histories in case of an urgent CS confirmed the already existing trends and problems of operative obstetrics, as well as showed some practical possibilities, and mostly, their lack in terms of patients being informed and counseled before the CS surgery. Consultation of a pregnant woman before surgery is carried out by an obstetrician-gynecologist, an anesthetist and a neonatologist. The patient gets acquainted with details and being informed gives a written consent to medical intervention by signing two documents for the obstetrician-gynecologist, one for an anesthetist, and this is the minimum package of medical documentation in terms of legal norms. It is also necessary to take into account the psychological state of a woman: awareness of a threatening condition for herself or the child; labour stress, pain, emotional stress, physical exhaustion. On such a ground the counseling of a pregnant woman should be concise, correct, confident, and rational. Thus, therefore, counseling the patients before the operation of the CS cannot be considered standard. The categories of urgency of medical interventions include a varied approach to a specific obstetric situation, the individual selection of information for the patient and her family, the optimal use of the time interval for preparation for the surgery and delivery of information.*

Keywords: *urgent cesarean section, categories of urgency, pregnancy counseling.*