Кесарів розтин в умовах типового міського пологового будинку

Н.П. Гончарук
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ
Київський міський пологовий будинок № 1

У статті представлені результати аналізу структури показань до операції кесарева розтину, частоти її виконання, післяопераційних ускладнень, рівень перинатальних втрат за останні 10 років в Київському міському пологовому будинку № 1.
Підтверджено що при загальному зростанні частоти операцій кесарева розтину залишається досить високий рівень перинатальної смертності, післяопераційних ускладнень з боку породілей і назріла необхідність розроблення оптимальних шляхів зниження частоти операцій кесарева розтину в умовах типового міського пологового будинку.
Ключові слова: *кесарів розтин, післяопераційні ускладнення, перинатальні втрати.*

Кесарів розтин впевнено і досить тривалий час утримує лідерство серед акушерських операцій [2, 11].

Статистичні дані різних країн світу свідчать про стрімку тенденцію до збільшення відсотка розродження шляхом кесарева розтину [3, 9, 11].

В Україні за даними різних акушерських стаціонарів, залежно від рівня надання акушерської допомоги та частоти екстрагенітальної патології, частота розродження шляхом операції кесарева розтину коливається від 11% до 30% [3, 8, 10].

Враховуючи сучасний підхід до ведення пологів як кінцевого результату фізіологічного перебігу вагітності залишається необґрунтованим спрощений підхід до самої операції кесарева розтину як альтернативного шляху розродження та хибною є думка частини пацієнтів і медичного персоналу про можливість таким чином страхування акушерських ризиків [1, 4–7].

Однак аналіз частоти виконання кесарева розтину, ускладнень під час та після операції, перинатальні втрати, віддалені наслідки свідчать про інше.

Метою нашої роботи був аналіз частоти виконання операцій кесарева розтину, структура показань до операції, перинатальні втрати та частота виникнення ускладнень після операції на базі типового міського пологового будинку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами були проаналізовані історії пологів роділлей, пологи у яких було закінчено шляхом кесарева розтину у Київському міському пологовому будинку № 1 за 10 років (мал. 1). Вивчено зміни структури показань до операції кесарева розтину за цей період, було проаналізовано співвідношення між плановими та ургентними операціями, перинатальні втрати та їхні причини, а також післяопераційні ускладнення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За останні 10 років у Київському міському пологовому будинку № 1 частота кесарева розтину коливається від 17% (2001 рік) до 21,3% (2008 рік).

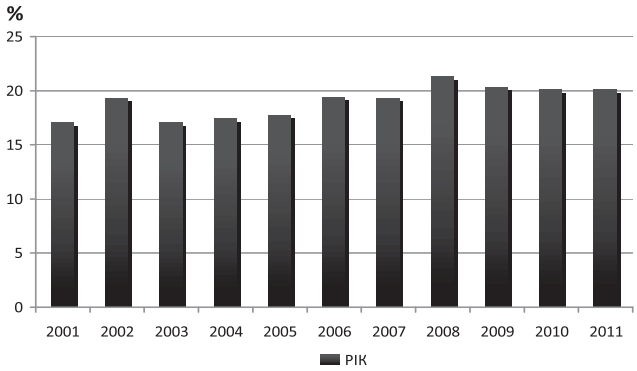
У структурі показань до операції з боку матері за проаналізований період спостерігають чітку тенденцію до зниження кількості операції кесарева розтину у зв'язку з аномаліями пологової діяльності (з 23,4% до 4,9%) та збільшенням повторних операцій кесарева розтину (з 6,6–7,8% до 30,7%) у співвідношенні показань до операції (таблиця).

При цьому співвідношення планових та ургентних операцій залишається приблизно однаковими (мал. 2).

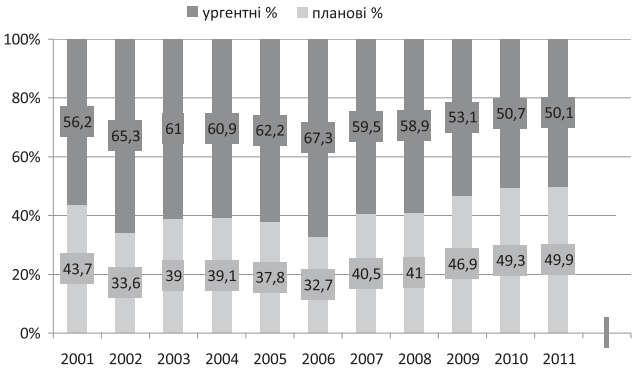
Основними показаннями з боку плода залишається: дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами дослідження, тазове передлежання плода при його масі тіла більше 3700 г. Відсоток операцій кесарева розтину

Структура показань з боку матері до кесарева розтину за 2001–2011 рр.

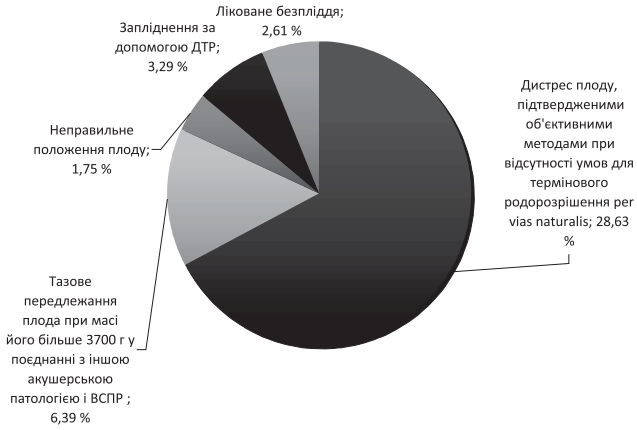
Рік	Клінічно вузький таз	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	Неспроможність рубця на матці	Аномалії пологової діяльності, які не піддаються медичній корекції	Екстрагенітальна патологія за наявності запису відповідного спеціаліста
2001	4,8 %	2,3 %	6,8 %	20,9 %	9,0 %
2002	6,6 %	5,2 %	6,6 %	23,6 %	8,1 %
2003	9,6 %	2,8 %	10,2 %	11,7 %	5,4 %
2004	8,7 %	4,0 %	13,8 %	9,6 %	4,0 %
2005	9,3 %	2,7 %	14,5%	7,9 %	1,7 %
2006	8,8 %	2,2 %	13,1 %	11,4 %	1,7 %
2007	7,2 %	2,2 %	20,5 %	10,6 %	2,8 %
2008	9,2 %	3,3 %	19,6 %	8,1 %	2,2 %
2009	11,8 %	3,9 %	25,0 %	6,1 %	2,6 %
2010	11,6 %	3,1 %	30,7 %	4,9 %	3,4 %
2011	9,7 %	3,9 %	30,0 %	5, 4 %	2,9 %



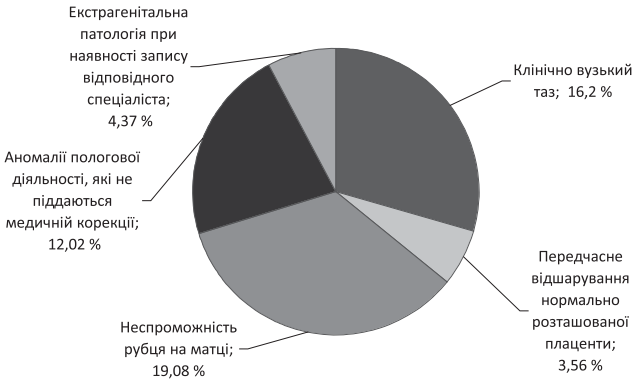
Мал. 1. Частота виконання кесарева розтину за 2001 по 2011 рр.



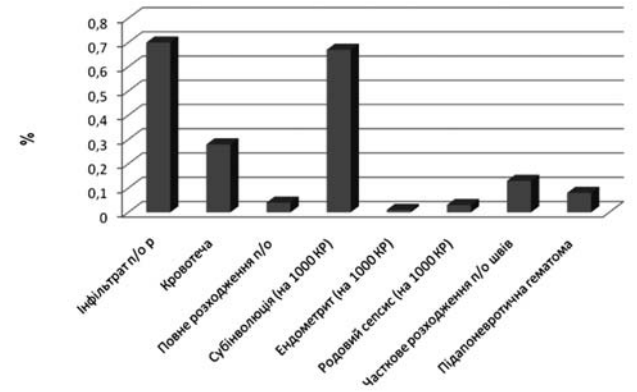
Мал. 2. Співвідношення планових та ургентних операцій кесарева розтину за 2001–2011 рр.



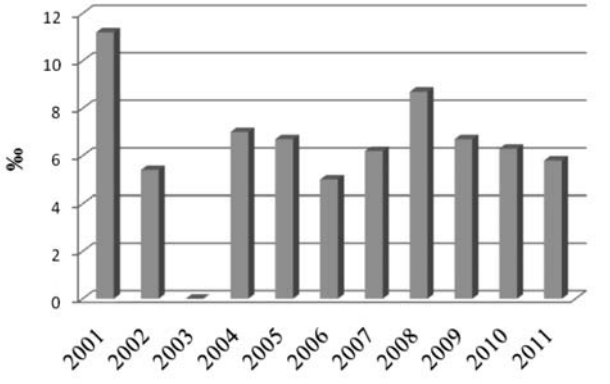
Мал. 3. Варіювання показників за 10 років до операції кесарева розтину з боку плода



Мал. 4. Варіювання показників за 10 років до операції кесарева розтину з боку матері



Мал. 5. Розподіл ускладнень за досліджуваний період



Мал. 6. Рівень перинатальних втрат при операції кесарева розтину за 2001–2011 рр.

збільшується після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

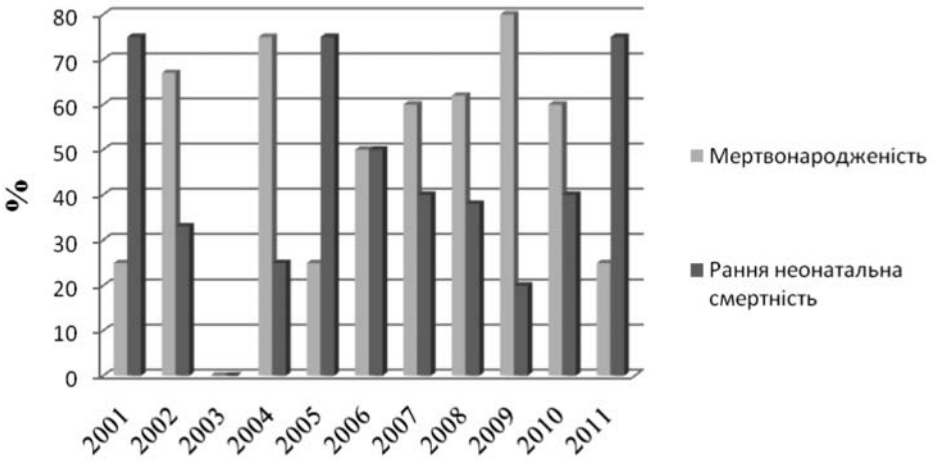
Варіювання показань до операції кесарева розтину з боку плода наведені на мал. 3.

У загальному аспекті переважають показання з боку матері, показник відношення планових операцій до ургентних практично зрівнявся останнім часом (мал. 4)

Враховуючи вдосконалення техніки проведення операції кесарева розтину, використання нових видів шовного матеріалів, залишається істотним відсоток післяопераційних ускладнень (мал. 5).

Також слід зазначити, що залишається відносно стабільним і рівень перинатальних втрат при операції кесарева розтину, що займає значну частину у загальній структурі перинатальних втрат (мал. 6).

Показниками мертвонароджуваності та ранньої неонатальної смертності при операції кесарева розтину не мають тенденції до закономірності і в основному залежать від аку-



Мал. 7. Структура перинатальних втрат при операції кесарева розтину за 2001–2011 рр.

шерської ситуації, яка склалась на момент госпіталізації до стаціонару (мал. 7).

ВИСНОВКИ

На сьогодні частота операції кесарева розтину є максимальною за останні роки в умовах типового пологового будинку, що пов'язано з різними об'єктивними, а іноді – суб'єктивними факторами вирішення різноманітних акушерських ситуацій.

Ми вважаємо за необхідне зупинити зростання, а в подальшому – знизити частоту кесарева розтину та розробити оптимальні шляхи зниження частоти операції кесарева розтину.

Кесарево сечение в условиях типичного городского родильного дома
Н.П. Гончарук

В статье представлены результаты анализа показателей, структуры, операции кесарева сечения, послеоперационных осложнений, уровень перинатальных потерь за последние 10 лет в Киевском городском родильном доме № 1.

Подтверждено, что при общем росте частоты операций кесарева сечения остается достаточно высокий уровень перинатальной смертности, послеоперационных осложнений со стороны родильниц и назрела необходимость разработки оптимальных путей снижения частоты операций кесарева сечения в условиях типичного городского родильного дома.

Ключевые слова: *кесарево сечение, послеоперационные осложнения, перинатальная смертность.*

Cesarean section in a typical urban maternity hospital
N.P. Goncharuk

It is presented the analysis of performance, structure, caesarean section, postoperative complications, the level of perinatal losses at the last 10 years at the Kiev urban maternity hospital № 1 at the article.

It is confirmed that in the overall growth rate of Caesarean section is a high level of perinatal mortality, postoperative complications in women and it is needed to develop the best ways to reduce the frequency of cesarean section in a typical urban maternity hospital.

Key words: *caesarean section, postoperative complications, and perinatal mortality.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Ан А.В., Пахомова Ж.Е. Материнская летальность после кесарева сечения // Проблемы репродукции. – 2010. – № 3.– С. 83–86.
2. Лепихов С.В. Критерии родоразрешения кесаревым сечением: показания и последствия // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2010. – Том 9, № 4. – С. 53–55.
3. Сюсюка В.Г., Нерянов К.Ю., Комаров Е.В., Пейчева Е.В. Оценка эффективности специализированной акушерско-гинекологической помощи и поиск путей снижения акушерских осложнений // Запорожский медицинский журнал. – 2010. – Том 12, № 3. – С. 50–52.
4. Шлапак И.М., Перинатальные последствия повторного кесарева сечения // Здоровье женщины. – 2011. – № 1 (57). – С. 155–156.
5. Назаренко Л.Г., Дуброва Л.Ю., Соловьева Н.П. О родах после кесарево сечения: аргументы и факты // Здоровье женщины. – 2010. – № 7 (53). – С. 117–121.
6. Бондарук В.П. Прогнозування методу розродження жінок з рубцем на матці після кесарева розтину // Здоровье женщины. – 2010. – № 9 (55). – С. 66–71.
7. Голота В.Я., Ластовецькая Л.Д., Половинка В.А. Является ли кесарево сечение фактором, снижающим перинатальные потери // Здоровье женщины. – 2009. – № 5 (49). – С. 66–71.
8. Корниец Н.Г., Олешко В.Ф. Статистические аспекты в вопросах родоразрешений беременных с миопией // Перспективи медицини та біології. – 2010. – Том 1, № 2. – С. 104–106.
9. Манищенков С.Н. Методы родоразрешения беременных с крупным плодом // Перспективи медицини та біології. – 2010. – Том 1, № 2. – С. 50.
10. Шилова С.Д. Перинатальная смертность при кесаревом сечении // Здравоохранение Белоруссии. – 2007. – № 10. – С. 27–30.
11. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М., 1998.