

Аналіз показників кесаревих розтинів з приводу неспроможності рубця на матці за 2001–2011 роки

Ю.П. Вдовиченко¹, Н.П. Гончарук², О.Ю. Гурженко¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

² Київський міський пологовий будинок № 1

У роботі вивчено зміни частоти кесаревих розтинів, встановлено динаміку частоти планових та ургентних кесаревих розтинів, структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку матері, а також рівень кесаревих розтинів з приводу неспроможності рубця на матці в Київському міському пологовому будинку № 1 за 2001–2011 роки.

Відзначено підвищення частоти кесаревих розтинів. Привертає увагу позитивна динаміка зростання частоти планових оперативних втручань. За досліджуваній період рівень частоти кесаревих розтинів з приводу неспроможності рубця на матці зріс в 4,7 разу.

Ключові слова: кесарів розтин, неспроможність рубця на матці, оперована матка.

На сьогодні однією з найважливіших проблем сучасного акушерства у всьому світі є частота виконання кесаревих розтинів, що зростає. В Україні середній рівень абдомінального розродження коливається у межах 16–22%, найбільший відсоток, як правило, спостерігається у містах та розвинених регіонах держави. У Росії частота операції в середньому складає 17%, а в окремих родопомічних закладах досягає 40,3% [7]. У світі даний показник становить 12–27% [1, 8]. Відзначається також тенденція до підвищення рівня кесаревих розтинів саме у розвинених регіонах. Цьому сприяють багато факторів, таких, як покращання медичної, а саме акушерської допомоги, удосконалення анестезіологічної підтримки, великий вибір лікувальних засобів для знеболювання, антибактеріального фону, клініко-лабораторне та технологічне монітування перед-, інтра- та післяопераційного періоду [2, 3, 6, 8, 9].

Факт зростання рівня кесаревих розтинів привертає увагу багатьох науковців у світі. Науково-практичні з'їзди, конгреси виносять це питання на перший план. Досліджують причини, розробляють шляхи зниження частоти виконання кесаревих розтинів, аналізують результати, впроваджують новітні технології. Одним словом, усі зусилля вчених спрямовані на повернення найбільш природному процесу – народженню потомства – його природності [1, 7–9].

Підвищення частоти абдомінального розродження створює нову проблему – ведення вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці. Останній у структурі показань до кесарева розтину в багатьох країнах посідає 1-е місце. Материнська захворюваність при повторній операції в 3–4 рази вища, ніж при пологах через природні пологові шляхи. Слід відзначити, що частота інтраопераційних ускладнень при повторному кесаревому розтині перевищує даний показник під час виконання першого кесарева розтину у декілька разів [2–6].

Сучасний розвиток медичної науки і техніки дозволяє в більшості випадків оцінити стан міометрію ще до вагітності і відповідно спрогнозувати можливі ускладнення. Проте слід зазначити, що оцінка стану міометрію з використанням усіх методів дослідження, що існують у даний час: клінічних, інструментальних (УЗД, гістероскопія, МРТ) і лабораторних – не завжди дозволяє об'єктивно судити про стан міометрію, після кесарева розтину. Насамперед це пов'язано з тим, що на сьогодні не розроблені чіткі універсальні, доступні для кожного методу дослідження критерії діагностики спроможності і неспроможності рубця на матці. По-друге, окремо кожен метод дослідження часто є малоінформативним, відсутня чітка кореляція між результатами різних діагностичних методів [2–7].

Мета роботи: вивчення змін частоти виконання кесаревих розтинів, встановлення динаміки частоти планових та ургентних кесаревих розтинів, структури кесаревих розтинів за показаннями з боку матері, а також рівень кесаревих розтинів з приводу неспроможності рубця на матці на базі типового міського пологового будинку за 2001–2011 роки.

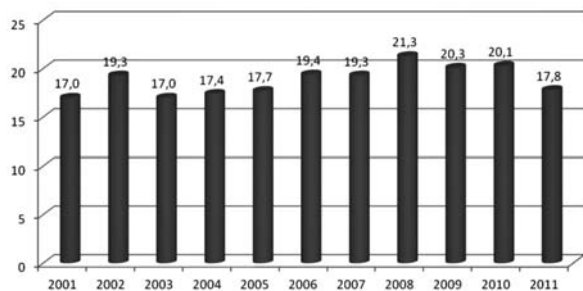
МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За час дослідження було вивчено та проаналізовано частоту кесаревих розтинів, визначено відсоток планових операцій, вивчено структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку матері, встановлено частоту кесаревих розтинів при неспроможності рубця на матці. При аналізі використовували історії пологів роділей, пологи яких завершилися шляхом кесарева розтину, що відбулися у Київському міському пологовому будинку № 1 за 10 років (2001–2011 роки).

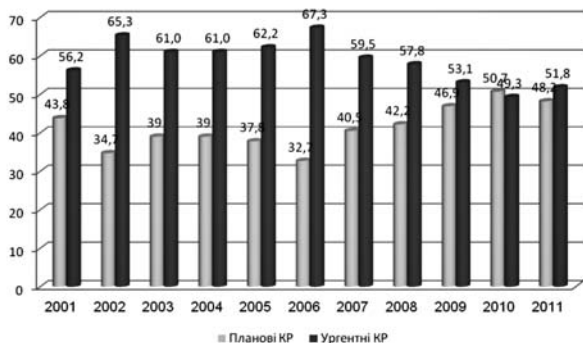
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час вивчення історій пологів, які закінчилися кесаревим розтином, за 10 років встановлено, що середній показник частоти кесаревих розтинів становив 18,8%. Не можна сказати, що даний показник був досить варіабельним. Максимальний рівень частоти кесаревих розтинів був на 2,5% вищим, ніж середній, становив 21,3% у 2008 році. Мінімальний же рівень складав 17,0% у 2001 та 2003 роках, що на 1,8% менше за середній (мал. 1).

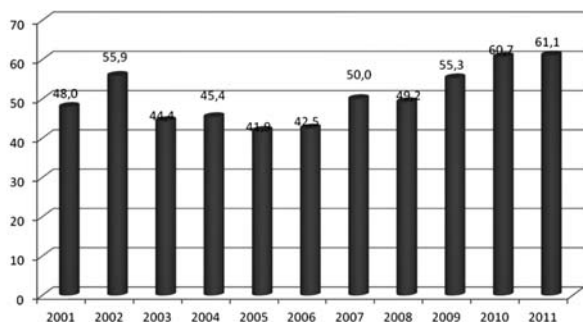
Під час аналізу даного показника не вдалося встановити чіткої тенденції щодо зменшення чи збільшення частоти кесаревих розтинів. Проте можна зазначити, що до 2008 року частота абдомінального розродження зростала, пік припав саме на 2008 рік. Потім даний рівень почав поступово знижуватися – з 21,3% у 2008 році до 17,8% у 2011. Але період трьох останніх років не є показовим і стовідсотково достовірним, щоб стверджувати чітке вста-



Мал. 1. Частота кесаревих розтинів за 2001–2011 роки (%)



Мал. 2. Структура кесаревих розтинів за 2001–2011 роки (%)

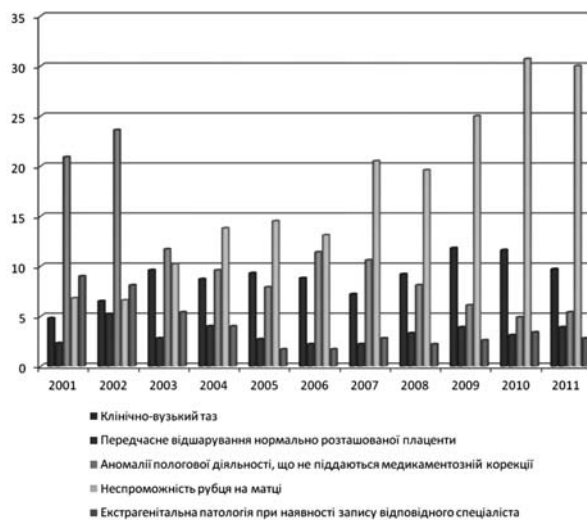


Мал. 3. Частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері за 2001–2011 роки (%)

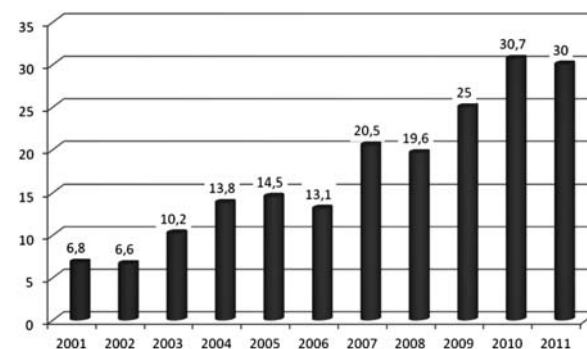
новлення тенденції щодо зниження частоти кесаревих розтинів. Хочеться сподіватися, що дана тенденція все ж буде стабілізована, що приведе до подальшого зростання кількості пологів через природні пологові шляхи та зменшення кількості операцій, що відповідає світовим стандартам. Саме з цією метою були впроваджені та затверджені локальні протоколи з ведення пологів у Київському міському пологовому будинку №1, що базуються на протоколах Міністерства охорони здоров'я з надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.

Вивчено та проаналізовано розподіл кесаревих розтинів на планові та ургентні (мал. 2). Слід зазначити, що за період з 2002 по 2006 рік рівень планових кесаревих розтинів був нижчим за рівень ургентних майже вдвічі. Так, максимальна різниця спостерігалася у 2006 році і становила 34,6%. Тобто приблизно третина вагітних були прооперовані в плановому порядку, а дві третини – за ургентними показаннями.

Але в подальшому поступово частота планових кесаревих розтинів збільшувалась, а у 2010 році навіть перевищила частоту ургентних на 1,5%.



Мал. 4. Структура кесаревих розтинів за показаннями з боку матері за 2001–2011 роки (%)



Мал. 5. Частота кесаревих розтинів при неспроможності рубця на матці за 2001–2011 роки (%)

З нашої точки зору, дана тенденція пов'язана з менш агресивною та більш очікувальною тактикою ведення пологів, зі зменшенням використання пологозбуджувальних та пологостимулювальних препаратів в останні роки, що відповідає загальносвітовим показникам.

Було проаналізовано частоту кесаревих розтинів за показаннями з боку матері (мал. 3). З мал. 3 видно, що даний показник знаходиться на досить високому рівні. Проте рівень нестабільний, особливо на початку досліджуваного періоду. Середня частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері за досліджуваний період становила 50,4%. Мінімальний показник спостерігався у 2005 році і склав 41,9%, а максимальний – у 2011 році – 61,1%. Протягом 6 років частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері знаходилась нижче позначки у 50%. Але, починаючи з 2005 року, даний показник поступово зростає, відсоток зростання склав 19,2%.

Проаналізовано структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку матері (мал. 4). Основними показаннями для розродження абдомінальним шляхом з боку матері є:

1. Клінічно вузький таз.
2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
3. Аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції.
4. Неспроможність рубця на матці.
5. Екстрагенітальна патологія за наявності запису відповідного спеціаліста.

З них перші три показання відносяться до ургентних, а останні два – до планових показань до кесарева розтину.

З даних мал. 4 видно, що спектр показань досить варіабельний. Не встановлено загальної для всіх показань тенденції змін. Тому необхідно розглядати кожне показання окремо.

Відносно клінічно вузького таза показник достатньо варіабельний. Найнижчим рівень кесаревих розтинів за цим показанням був у 2001 році (4,8%). У подальшому частота абдомінального розродження поступово зростала і максимум склав 11,8% у 2009 році. Отже за 9 років показник зріс вдвічі. За 2010–2011 роки рівень кесаревих розтинів дещо зменшився, але зовсім незначно (до 9,7% у 2011 році).

Рівень оперативного розродження при відшаруванні нормально розташованої плаценти майже константний. Варіювання незначне. В основному частота кесаревих розтинів складала 2,3–3,1%, проте відзначалися несуттєві підвищення (до 5,2% у 2002 році) та зниження (2,2% у 2006–2007 роках).

Картина рівня кесаревих розтинів за таким показанням, як аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції, дуже наочна. Установлено чітку тенденцію щодо зниження частоти оперативних втручань за роки дослідження. Найвищим показник був у 2002 році і склав 23,6%, але вже в наступному 2003 році даний показник зменшився більше ніж вдвічі і склав 11,7%. Надалі збереглась позитивна динаміка зниження частоти, проте темпи зниження не були такими значними, спостерігався навіть невеликий пік у 2006–2007 роках (максимально до 11,4%). І вже у 2011 році частота кесаревих розтинів складає четверту частину від початкової (5,4%).

Щодо екстрагенітальної патології за наявності запису відповідного спеціаліста як показання до кесарева розтину, також можна зазначити позитивну тенденцію до зниження частоти кесаревих розтинів. Максимально високим даний показник був у 2001 році і становив 9%. У подальшому він знижувався. Найнижчим рівень кесаревих розтинів був у 2005–2006 роках і склав 1,7%, що у 5,3 разу менше за початковий рівень. У подальшому даний показник дещо підвищився, але його зростання незначне (приблизно на 1%). Середня частота кесаревих розтинів за останні роки досліджуваного періоду становить 2,8%.

Особливу увагу в даній роботі приділяли показникам кесарева розтину за таким показанням з боку матері, як неспроможність рубця на матці.

Було проаналізовано частоту кесаревих розтинів при даній акушерській патології (мал. 5).

Дані мал. 5 є дуже показовими. Чітко простежується тенденція до зростання частоти кесаревих розтинів з приводу неспроможності рубця на матці. Отже, найнижчий показник спостерігався на початку досліджуваного періоду і становив 6,6–6,8%. Надалі рівень оперативного розродження зростає з року в рік. За два роки показник подвоївся, становлячи 13,8% у 2004 році, а за 5 років рівень кесаревих розтинів зріс утричі, складаючи 20,5% у 2007 році. За наступні 3 роки частота кесаревих розтинів збільшилась майже на 10%. Загалом з 2001 по 2011 рік показник абдомінального розродження зріс на 23,8%, що досить суттєво змінило статистику показань. Ті показання, що превалювали на початку досліджуваного періоду, посіли останні місця у списку показань. І, навпаки, показання, за якими найменше проводили абдомінальних розроджень, стали основними.

Статистика – річ достатньо красномовна. Основним при її аналізі є адекватні висновки, що допоможуть удос-

коналити надання акушерської допомоги вагітним під час пологів, збільшать кількість пологів, проведених через природні пологові шляхи з найменшими ризиками для жінки та її дитини.

За останній час збільшилась кількість кесаревих розтинів. Причиною цього є, з одного боку, лояльне відношення суспільства та лікарів акушерів-гінекологів до кесарева розтину як до рутинної маніпуляції, з іншого боку, небажання жінки народжувати через природні пологові шляхи через страхи, що базуються на недостовірній, некваліфікованій інформації від знайомих-непрофесіоналів, з інтернету. До речі, останнім часом у славнозвісному інтернеті з'являється багато форумів, блогів, сайтів, де надають кваліфіковану інформацію в повному обсязі фахівці задля запобігання виникненню хибних думок щодо ведення пологів, медикаментозної підтримки, показань та протипоказань до кесарева розтину, знеболювання пологів. На офіційному сайті Київського міського пологового будинку № 1 також існує форум для майбутніх та дійсних батьків, де акушери-гінекологи, анестезіологи та неонатологи дають відповіді на будь-які запитання.

Не дивним і чітко прогнозованим є той факт, що за останні роки збільшилась кількість жінок з рубцем на матці. Підвищена оперативна активність на матці – гістероскопічні, лапароскопічні та лапаротомні консервативні міомектомії, попередні кесареві розтини, невміння та небажання лікарів проводити пологи через природні пологові шляхи у жінок з рубцем на матці, призводять до подальшого зростання частоти абдомінального розродження. Таким чином, виникає *circulus vitiosus* – з підвищенням рівня кесаревих розтинів, збільшується кількість жінок з оперованою маткою, що донедавна повторно були у плановому порядку. На даному етапі розвитку та вдосконалення акушерської допомоги діагноз «Рубець на матці» не є показанням до обов'язкового кесарева розтину.

Ще однією причиною, за якою жінки з рубцем на матці не бажають народжувати *per vias naturalis*, є страх перед болем, який супроводжує пологи. Адже раніше вважалось, що знеболювання пологів у жінок з оперованою маткою є небезпечним, а тому неможливим. На щастя, було переглянуто дане твердження. Останнім часом використовують раціональний підхід у знеболюванні пологів, особливо у жінок з оперованою маткою. Ураховують як бажання жінки, так і акушерську ситуацію. Тому своєчасна та професійно проведена епідуральна анальгезія дає можливість роділлі відпочити, зберігає її сили для другого періоду пологів, а також позитивним чином впливає на загальне враження від пологів через природні пологові шляхи.

Останніми роками все більше жінок з оперованою маткою хочуть народжувати самостійно, що можливо за наявності двох необхідних умов – професійної, висококваліфікованої допомоги медичного персоналу та бажання жінки. Коректне ведення пологів, адекватне знеболювання, впевненість та поінформованість жінки є запорукою успішного розродження. Даний постулат є достовірним для усіх вагітних. Метою всіх нововведень, досліджень, основним питанням наукових конгресів, конференцій, симпозіумів є здоров'я матері та дитини. Тому необхідно докласти максимум зусиль задля збереження його.

ВИСНОВКИ

1. Показник частоти кесаревих розтинів за останні 10 років не є стабільним. Хоча слід зазначити позитивну динаміку щодо зниження рівня абдомінального розродження за останні кілька років (приблизно на 2,5%). Середній показник частоти кесаревих розтинів становив 18,8%, що є

достатньо високим. Тому основним пріоритетом останнього часу є розроблення оптимальних шляхів зниження частоти виконання кесаревих розтинів.

2. На початку досліджуваного періоду – з 2002 по 2006 рік – рівень планових кесаревих розтинів був нижчим за рівень ургентних майже вдвічі. Але в подальшому поступово частота планових кесаревих розтинів збільшувалась, а у 2010 році навіть перевищила частоту ургентних на 1,5%. У 2011 році рівень ургентних оперативних втручань становив 51,8%, а планових – 48,2%. Даний факт найімовірніше пов'язаний з більш очікувальною тактикою ведення пологів, зі зменшенням використання пологозбуджувальних та пологостимулювальних препаратів у останні роки.

3. Середня частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері за досліджуваний період становила 50,4%. Протягом 6 років частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері знаходилась нижче позначки у 50%.

4. Проаналізувавши структуру показань до кесарева розтину з боку матері, встановлено, що основними показаннями для розродження абдомінальним шляхом з боку матері є такі ургентні показання, як клінічно вузький таз, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції; а також планові – неспроможність рубця на матці, екстрагенітальна патологія за наявності запису відповідного спеціаліста. Причому домінування одних показань на початку другого десятиріччя ХХІ століття змінюється їхньою деескалацією в кінці. Аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції, склали левову частку всіх оперативних розроджень у 2001–2002 роках (23,6%), а в 2009–2011 їхнє місце посіла неспроможність рубця на матці (30,6%). Лише в разі відшарування нормально розташованої плаценти рівень кесаревих розтинів досить стабільний.

5. Останніми роками рівень кесаревих розтинів з приводу неспроможності рубця на матці був найвищим серед усіх показань і становив 30% у 2011 році. Найнижчий показник спостерігався на початку досліджуваного періоду і

становив 6,6–6,8%. Максимум відзначали у 2010 році, складаючи 30,7%. Загалом з 2001 по 2011 рік показник абдомінального розродження зріс на 23,8%.

Анализ показателей кесаревых сечений по поводу несостоятельности рубца на матке за 2001–2011 годы

Ю.П. Вдовиченко, Н.П. Гончарук, Е.Ю. Гурженко

В работе изучены изменения частоты кесаревых сечений, установлена динамика частоты плановых и ургентных кесаревых сечений, структура кесаревых сечений по показаниям со стороны матери, а также уровень кесаревых сечений по поводу несостоятельности рубца на матке в Киевском городском родильном доме № 1 за 2001–2011 годы.

Отмечено повышение частоты кесаревых сечений. Обращает на себя внимание положительная динамика повышения частоты плановых оперативных вмешательств. За исследуемый период уровень частоты кесаревых сечений по поводу несостоятельности рубца на матке повысился в 4,7 раза.

Ключевые слова: кесарево сечение, несостоятельность рубца на матке, оперированная матка.

Analysis of caesarian sections indexes for the reason of insolvency of uterus cicatrix during the period 2001–2011

Iu.P. Vdovichenko, N.P. Goncharuk, O.Iu. Gurzhenko

In the work there were studied the changes of caesarian sections frequency, there were set the dynamics of frequency of planned and urgent caesarian sections, structure of caesarian sections in the interests of mother, and also the level of caesarian sections for the reason of insolvency of uterus cicatrix for period of 2001–2011 years at the Kyiv municipal maternity hospital №1.

The increase of caesarian sections frequency is marked. The positive dynamics of growth of planned operative interferences frequency pays attention on itself. For the studied period the level of caesarian sections frequency for the reason of uterus cicatrix insolvency grew in 4,7 times.

Key words: caesarian section, insolvency of uterus cicatrix, operated uterus.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Национальная медицинская академия последипломного образования, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Гончарук Наталья Петровна – Киевский городской родильный дом № 1, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (044) 286-52-09

Гурженко Елена Юрьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая; тел.: (050) 165-75-25

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кир Р.М. Миф об идеальной частоте кесарева сечения: комментарий и историческая перспектива // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – № 3 (3).
2. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М., 1998.
3. Лепихов С.В. Критерии родоразрешения кесаревым сечением: показания и последствия // Актуальні

- проблеми сучасної медицини. – 2010. – Том 9, № 4. – С. 53–55.
4. Мозговая Е.В., Абрамченко В.В., Кузьминых Т.У., Крамарь Н.Л. Алгоритмы и тактика ведения патологических родов. – Санкт-Петербург. – Н-Л, 2010.
5. Павлова Т.Ю., Аргунов В.А., Филлипова Р.Д. Клинико-морфологические аспекты рубца на матке после кесарева сечения // Сибирский

- медицинский журнал. – 2007. – № 2а. – С. 16–19.
6. Пирогова В.И. Оперативное родоразрешение // Здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 18–20.
7. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинаева Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство // ГЭОТАР – Медиа. – М., 2009.
8. Zizza A, Tinelli A, Malvasi A, Barbone E, Stark M, De Donno A,

- Guido M. Caesarean section in the world: a new ecological approach. http://www.unboundmedicine.com/medline/record/22442920/full_citation/Caesarean_section_in_the_world:_a_new_ecological_approach
9. Steven W. Ainsbinder Оперативное родоразрешение// Акушерство и гинекология. Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан. – 2008. – № 1. – С. 658–672.

Статья поступила в редакцию 23.05.2013