

# Шляхи зниження частоти кесарева розтину в умовах типового міського пологового будинку

Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида

Київський міський пологовий будинок №1

**Мета дослідження:** вивчення шляхів зниження частоти кесаревого розтину (КР) в умовах типового міського пологового будинку.

**Матеріали та методи.** У процесі проведення дослідження було вивчено та проаналізовано історії пологів роділей типового міського пологового будинку, пологи у яких були завершено шляхом проведення КР, за період з 2001 до 2014 р.

**Результати.** За даними аналізу, кількість пологів неухильно зростала з кожним роком: з 2082 у 2001 р. до 4655 – у 2014 р. Однак під час ретельного оцінювання структури пологів за досліджуваний період встановлено хвилюподібне підвищення відсотка КР з 17% у 2001 р. до 21,25% у 2008 р. з подальшою позитивною динамікою його зниження – до 17,8% у 2014 р. В умовах проведеного дослідження була встановлена структура найбільш поширених показань з боку матері та дитини до проведення операцій КР. Провідне місце серед показань з боку матері посідав рубець на матці. Даний показник підвищився від 6,6% у 2001 р. до 36,3% у 2014 р., тобто практично у 5 разів. Отже, у сучасному акушерстві залишається важливою проблемою пошук шляхів зменшення кількості рубців на матці як основного показання до операції КР.

**Заключення.** 1. Розродження жінок з рубцем на матці вагінальним шляхом є резервом зниження відсотка кесарева розтину (КР), зменшення крововтрати, більш фізіологічного перебігу пологів, швидкої післяпологової адаптації новонароджених та відновлення породіллі у післяпологовий період. 2. Жінки з патологічним прелімінарним періодом становлять групу високого ризику щодо розвитку аномалій пологової діяльності. Тому є необхідність у створенні та впровадженні алгоритмів ведення жінок із патологічним прелімінарним періодом. 3. За наявності багатоводдя чи маловоддя необхідно проводити ретельніший нагляд за роділею та своєчасно і негайно реагувати на зміни характеру пологової діяльності. 4. Для зниження кількості аномалій пологової діяльності не-

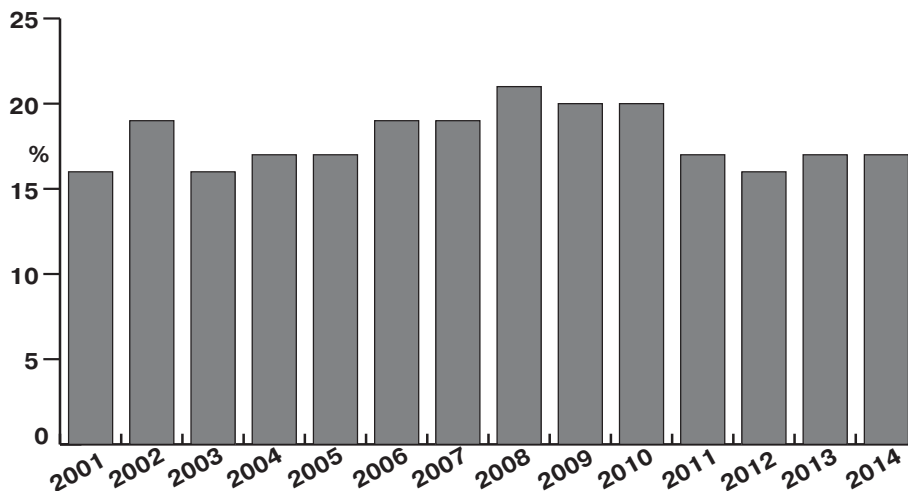
обхідне розроблення нових критеріїв відбору кандидатур щодо пологостимуляції та впровадження комплексних підходів до оцінювання «зрілості» шийки матки. 5. Резервом зниження частоти застосування КР після ДРТ, безумовно, є група пацієнок, у яких причиною безплідності є чоловічий фактор та соматичний анамнез у яких не обтяжений і вагітність характеризується сприятливим перебігом, а також пацієнтки молодше 30 років з трубно-перитонеальною безплідністю в анамнезі при неускладненому перебігу вагітності.

**Ключові слова:** кесарів розтин, рубець на матці, аномалії пологової діяльності, допоміжні репродуктивні технології.

Кесарів розтин (КР) є найпоширенішою операцією в акушерстві. Сучасні підходи до розродження значною мірою характеризуються агресивністю, до проявів якої належить ріст частоти використання КР. У середньому частота КР у популяції, за даними вітчизняних і зарубіжних авторів, коливається від 9% до 38% [3, 5]. Так, у різних регіонах нашої країни частота КР коливається від 7,0–8,0% до 21,0–22,0%. Проте періодично відзначається позитивна тенденція до зменшення рівня абдомінального розродження. Зниження частоти КР відзначено у 2008 році при пізніх пологах – з 9,0% у 2007 р. до 5,2% у 2008 році. При передчасних пологах відзначено зниження оперативної активності з 14,0% у 2007 р. до 12,7% у 2008 р.

Зафіксовано зниження частоти розродження шляхом проведення КР з нижньосерединною лапаротомією з 67,3% до 41,0% [1, 2]. При цьому зареєстровано підвищення частоти даної операції з лапаротомією поперечним розтином з 21,9% до 50%, що відповідає сучасним тенденціям.

Учені на багатьох регіональних та міжнародних форумах акушерів-гінекологів в останні роки широко обговорюють питання про необхідність зниження частоти оперативного розродження і роблять спроби визначити її оптимальний рівень. На XVIII Всесвітньому конгресі Міжнародної Феде-



Мал. 1. Частота КР за 2001–2014 рр.

рації акушерів-гінекологів (FIGO) зазначалася необхідність максимального скорочення відсотка КР при перших пологах, суворо дотримуючись показань для абдомінального розродження з обов'язковим обговоренням можливих варіантів ведення пологів із пацієнткою [4, 6]. Отже, залишається актуальним вивчення шляхів зниження частоти КР.

**Мета дослідження:** вивчення шляхів зниження частоти КР в умовах типового міського пологового будинку.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У процесі проведення дослідження було вивчено та проаналізовано історії пологів роділеї типового міського пологового будинку, пологи у яких були завершено шляхом проведення КР, за період з 2001 до 2014 р.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними аналізу, кількість пологів неухильно зростала з кожним роком: з 2082 у 2001 р. до 4655 – у 2014 р. Однак під час ретельного оцінювання структури пологів за досліджуваній період встановлено хвилюподібне підвищення відсотка КР з 17% у 2001 р. до 21,25% у 2008 р. з подальшою позитивною динамікою його зниження – до 17,8% у 2014 р. (мал. 1).

В умовах проведеного дослідження була встановлена структура найбільш поширених показань з боку матері та дитини до проведення операцій КР (мал. 2).

Провідне місце серед показань з боку матері посідав рубець на матці. Даний показник підвищився від 6,6% у 2001 р. до 36,3% у 2014 р., тобто практично у 5 разів. Отже, у сучасному акушерстві залишається важливою проблемою пошук шляхів зменшення кількості рубців на матці як основного показання до операції КР.

Для досягнення поставленої мети жінки були розподілені на дві групи: 1.1 – група жінок з рубцем на матці, яким допомогу надавали згідно із загальноприйнятим алгоритмом, і 2.1 – група жінок з рубцем на матці, допомогу яким надавали згідно із розробленим нами алгоритмом.

За даними проведеного аналізу структури показань до оперативного розродження у жінок з рубцем на матці у групі 1.1 були наступні показання: неспроможність рубця на матці, два рубця на матці та ін.; у групі 1.2 структура показань змінилася: неспроможність рубця на матці, два рубця на матці, відмова жінки від спроби вагінальних пологів, розташування плаценти у ділянці рубця, загроза розриву матки, короткий інтервал між операціями, незрілість пологових шляхів.

Перше місце у структурі показань в обох групах посідала неспроможність рубця на матці. Також спостерігалось ди-

намічне зменшення кількості прооперованих жінок з приводу неспроможності рубця на матці: так, у групі 1.1 вона становила 91,6%, у групі 1.2 – 39,7%. Також можна відзначити збільшення кількості жінок з двома рубцями на матці у групі 1.2 – 11,9% у порівнянні з групою 1.1 – 6%. Друге місце серед показань у групі 1.2 посідала відмова жінки від спроби вагінальних пологів і становила 13,7%.

Так, за даними аналізу, жінки з групи 1.1 вагінальним шляхом не народжували, на відміну від жінок групи 1.2, які вагінальним шляхом народили у 78 випадках, що становило 6%. Проміжок часу між попереднім КР та даною вагітністю становив від 6 до 8 років у всіх жінок. Перебіг післяопераційного періоду у цих жінок був без особливостей та з відсутністю гнійно-септичних ускладнень. Однією з обов'язкових умов була наявність бажання жінки на здійснення спроби ВПКР. Усі ці анамnestичні дані входять до факторів, які підвищують імовірність успішності ВПКР, за літературними джерелами.

Пологи у 4% пацієнток закінчилися вакуум-екстракцією внаслідок дистресу плода, у 8% – ручним відділенням та видаленням посліду з причин щільного прикріплення плаценти.

Також привертає увагу високий відсоток аномалії пологової діяльності. Прослідковується позитивна динаміка даного показання до зменшення його показника з 20,9% у 2001 р. до 6,3% – у 2014 р.

Для досягнення поставленої мети жінки були розподілені на дві групи: 2.1 – група жінок з аномаліями пологової діяльності, яким надавали допомогу за загальноприйнятим алгоритмом, і група 2.2 – жінки з аномаліями пологової діяльності, яким надавали допомогу згідно з розробленим нами алгоритмом. У структурі показань до оперативного розродження найвищий відсоток становила первинна слабкість пологової діяльності, що склала 57% та 59,4% у групі 2.1 та групі 2.2 відповідно. Тенденція до незначного збільшення показника даного показання у порівняльних групах пояснюється появою поєданого показання – первинна слабкість пологової діяльності у жінок, які здійснили спробу ВПКР. Так, у групі 2.2 цей показник становив 15% від загальної структури первинної слабкості пологової діяльності.

Чільне місце також посідало показання «вторинна слабкість пологової діяльності» із динамікою до збільшення – з 24,3% до 35% у відповідних досліджуваних групах.

Був проведений детальний аналіз історій пологів у жінок з аномаліями пологової діяльності. Привертає увагу наявність великої кількості патологічного прелімінарного періоду, що у середньому становило 26% у досліджуваних групах. Несприятливу ситуацію констатували у жінок із патологічним преліминар-



Мал. 2. Структура показань з боку матері та дитини до проведення операцій КР

ним періодом у групі 2.1. У них спостерігались різноманітні порушення скорочувальної активності матки, що виявляли практично у 84% випадків. Дуже показовою є і структура порушень скорочувальної активності матки з переважанням первинної слабкості (31,0%) і високим рівнем дискоординованої пологової діяльності (22,0) і стрімких пологів (17,0) у групі 2.1. Дана ситуація змінилася після впровадження нами розробленого алгоритму. Кількість порушень скорочувальної активності матки знизилась у два рази у групі 2.2: первинна слабкість становила 22,0%, вторинна слабкість – 5,0%, дискоординована пологова діяльність – 11,0% і стрімкі пологи – 8,0%. У подальшому було виявлено, що у 38,9% пацієнток у групі 2.1 та у 40,4% – у групі 2.2 спостерігався передчасний розрив плодових оболонок, раннє видиття навколоплідних вод – у 25 % пацієнток у групі 2.1 та у 27,2% – у групі 2.2. Це можна вважати важливим прогностичним предиктором аномалій пологової діяльності.

Особливої уваги заслуговує наявність великої кількості жінок із ПРПО з незрілою та недостатньо зрілою шийкою матки в обох групах, що можна оцінювати як один з факторів розвитку аномалій скоротливої функції матки. На момент початку пологової діяльності у досліджуваних групах було оцінено «зрілість» шийки матки за шкалою Бішоп.

Слід відзначити, що у групі 2.1 в 11,6% випадків спостерігалась незріла шийка матки на момент початку пологової діяльності, а у групі 2.2 даний показник становив 4,7%. Ця тенденція свідчить про необхідність впровадження нових підходів до підготовки шийки матки. Також необхідно відзначити високий показник недостатньо зрілої шийки матки, що в середньому становив 36,5% у досліджуваних групах.

На сьогодні складні проблеми порушення репродуктивного здоров'я вирішуються застосуванням ДРТ. З моменту застосування у нашій державі їхня кількість зросла у 10 разів. Дану закономірність спостерігали під час аналізу показань за досліджуваний період. З 2001 р. кількість КР у жінок із застосуванням ДРТ поступово збільшувалася – з 1,7% до 4,8% у 2012 р. Прогностично, що з удосконаленням техніки ДРТ, зростанням кількості безплідних пар кількість жінок, яким було застосовано ДРТ, буде збільшуватись, тобто є перспективним вивчення питання розродження таких жінок.

Для досягнення поставленої мети жінки були розподілені на дві групи: 3.1 – група жінок із застосуванням ДРТ, яким надавали допомогу за загальноприйнятим алгоритмом, і група 3.2 – жінки із застосуванням ДРТ, яким надавали допомогу згідно із розробленим алгоритмом. Так, було проаналізовано причини безплідності у жінок, яким застосовували ДРТ. Чільне місце посідав трубно-перитонеальний фактор безплідності, що становило 46,8% у групі 3.1 та 40,1% – у групі 3.2 відповідно.

На нашу думку, особливої уваги заслуговує фактор чоловічої безплідності, показник якого у групі 3.1 становив 4%, а у групі 3.2 – був вище у 3 рази і становив 14,1%. Вважаємо, що дана ситуація відображає картину в цілому по всій Україні.

Також можна відзначити зниження гормонального фактора безплідності з 26,9% (група 3.1) до 20,2% (група 3.2), що пояснюється стрімким розвитком медицини та фармакології, розробленням ефективних схем лікування. Однак залишається стабільно високим показник безплідності нез'ясованого генезу, що становить 22,3% у групі 3.1 та 25,6% – у групі 3.2.

Під час вивчення розподілу пацієнток обстежених груп з урахуванням тривалості безплідності було встановлено, що кількість пацієнток з відносно нетривалою (менше 5 років) безплідністю у групі 3.1 становила 35%, а у групі 3.2 – 30%. У решти жінок в обох групах тривалість періоду безплідності становила від 5 до 10 років. Під час оцінювання числа виконаних процедур ДРТ, які передували даній вагітності, встановлено, що у двох групах було використано від однієї до трьох спроб застосування ДРТ. При цьому було визначено, що в обох групах

переважали пацієнтки з однією спробою ДРТ (70–75 %). Кількість жінок з двома спробами ДРТ у групах 3.1 і 3.2 практично не відрізняється та становить 12,5% і 13,3% відповідно. Кількість пацієнток з трьома і більше спробами ДРТ була приблизно рівною: 12,5% – у групі 3.1 та 11,4% – у групі 3.2.

Структура показань до оперативного розродження у жінок із застосуванням ДРТ була такою: перше місце у структурі показань до КР посідає застосування ДРТ і становить 84,9% у групі 3.1 та 64,2% – у групі 3.2, зі стійкою тенденцією до зниження.

Згідно з розробленим алгоритмом жінки з групи 3.2 вагінальним шляхом народили у 43 випадках, що становило 21% від усіх жінок із застосуванням ДРТ за досліджуваний період. Розроблений алгоритм розродження жінок із застосуванням ДРТ вагінальним шляхом базувався на урахуванні причин безплідності, паритету, результатів попередніх спроб ДРТ, віку роділлі, інформованої згоди на ведення пологів через природні пологові шляхи. Фізіологічні пологи становили 70%, патологічні пологи – 16%, ускладнені – 7%, передчасні – 7%. Патологічні пологи були зумовлені дефектом плацентарної тканини, що потребувало проведення ручної ревізії стінок порожнини матки. Ускладнені пологи були спричинені розривом стінок піхви та проведенням кольпорафії.

Перший період пологів перебігав без особливостей та без застосування будь-яких препаратів, під постійним кардіомоніторним контролем. У 23,3% жінок він тривав до 7 год, у 55,8% – з 7 до 10 год і у 20,9% – більше 10 год.

Провівши порівняльну характеристику обох груп встановлено, що у 70% жінок з ДРТ, які народжували через природні пологові шляхи, розродження закінчилося фізіологічними пологами. Дана тенденція свідчить про те, що розродження жінок з ДРТ через природні пологові шляхи є однією з концепцій значного зниження відсотка КР у стаціонарі.

## ВИСНОВКИ

Провівши детальний аналіз, було встановлено, що:

1. Розродження жінок з рубцем на матці вагінальним шляхом є резервом зниженням відсотка кесарева розтину (КР), зменшення крововтрати, більш фізіологічного перебігу пологів, швидкої післяпологової адаптації новонароджених та відновлення породіллі у післяпологовий період. Також спостерігалися швидка інволюція матки у післяпологовий період та зменшення ризику післяпологових ускладнень; більш швидка активація лактації та зменшення вірогідності гіпогалактії у перші 3–5 діб після пологів.

2. Жінки з патологічним прелімінарним періодом становлять групу високого ризику щодо розвитку аномалій пологової діяльності. Тому є необхідність у створенні та впровадженні алгоритмів ведення жінок із патологічним прелімінарним періодом.

3. За наявності багатоводдя чи маловоддя необхідно проводити ретельніший нагляд за роділею та своєчасно і негайно реагувати на зміни характеру пологової діяльності.

4. Для зниження кількості аномалій пологової діяльності необхідно розроблення нових критеріїв відбору кандидатур щодо пологостимуляції та впровадження комплексних підходів до оцінювання «зрілості» шийки матки.

5. Установлено, що тип безплідності, вік та тривалість безплідності не впливають на можливість проведення вагінальних пологів у жінок з використанням ДРТ. Отже, дані параметри не повинні бути факторами виключення жінки після застосування ДРТ із спроби здійснення вагінальних пологів. Резервом зниження частоти застосування КР після ДРТ, безумовно, є група пацієнток, у яких причиною безплідності є чоловічий фактор та соматичний анамнез у яких не обтяжений і вагітність характеризується сприятливим перебігом, а також пацієнтки молодше 30 років з трубно-перитонеальною безплідністю в анамнезі при неускладненому перебігу вагітності.

**Пути снижения частоты кесарева сечения  
в условиях типичного городского роддома  
Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида**

**Цель исследования:** изучение путей снижения частоты кесарева сечения (КС) в условиях типичного городского родильного дома.

**Материалы и методы.** В процессе проведения исследования были изучены и проанализированы истории родов рожениц типичного городского роддома, роды у которых были завершены путем проведения КС, за период с 2001 по 2014 г.

**Результаты.** По данным анализа, количество родов неуклонно росло с каждым годом: с 2082 в 2001 г. до 4655 – в 2014 г. Однако во время тщательного изучения структуры родов за исследуемый период установлено волнообразное повышение процента КС с 17% в 2001 г. до 21,25% в 2008 г. с последующей позитивной динамикой его снижения – до 17,8% в 2014 г. В условиях проведенного исследования была установлена структура наиболее распространенных показаний со стороны матери и ребенка к проведению операции КС. Ведущее место среди показаний со стороны матери занимал рубец на матке. Данный показатель повысился от 6,6% в 2001 г. до 36,3% в 2014 г., то есть практически в 5 раз. Итак, в современном акушерстве остается важной проблемой поиск путей уменьшения количества рубцов на матке как основного показания к операции КС.

**Заключение.** 1. Родоразрешение женщин с рубцом на матке вагинальным путем является резервом снижения процента кесарева сечения (КС), уменьшением кровопотери, более физиологического течения родов, скорой послеродовой адаптации новорожденных и восстановление роженицы в послеродовой период. 2. Женщины с патологическим прелиминарным периодом составляют группу высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности. Поэтому существует необходимость в создании и внедрении алгоритмов ведения женщин с патологическим прелиминарным периодом. 3. При наличии многоводия или маловодия необходимо проводить тщательный контроль за роженицами, своевременно и немедленно реагировать на изменения характера родовой деятельности. 4. Для снижения количества аномалий родовой деятельности необходима разработка новых критериев отбора кандидатур по родостимуляции и внедрение комплексных подходов к оценке «зрелости» шейки матки. 5. Резервом снижения частоты применения КС после ВРТ, безусловно, является группа пациенток, у которых причиной бесплодия является мужской фактор и соматический анамнез у которых не обременен и беременность характеризуется благоприятным течением, а также пациентки моложе 30 лет с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе при неосложненном течении беременности.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, рубец на матке, аномалии родовой деятельности, вспомогательные репродуктивные технологии.

**Ways to reduce cesarean section  
under conditions typical urban maternity hospital  
N.P. Goncharuk, N.R. Kovida**

**The objective:** Study ways to reduce the frequency of cesarean section (CS) in a typical urban maternity hospital.

**Patients and methods.** In the course of the study, the history of the delivery of women of a typical urban maternity home was studied and analyzed, the birth of which was completed by holding a COP for the period from 2001 to 2014.

**Results.** According to the analysis, the number of births has steadily increased every year: from 2,082 in 2001 to 4,655 in 2014. However, during a careful study of the structure of labor during the study period, a wave-like increase in the percentage of CS was noted from 17% in 2001 to 21, 25% in 2008, followed by a positive trend of its decline - to 17.8% in 2014. In the conditions of the study, the structure of the most common indications from the mother and the child for conducting operations of the COP was established. The leading place among the testimony from the mother was the scar on the uterus. This indicator increased from 6.6% in 2001 to 36.3% in 2014, that is, almost 5 times. So, in modern obstetrics, it remains an important problem to find ways to reduce the number of scars on the uterus as the main indication for CS operation.

**Conclusion.** 1. The delivery of women with a vaginal scars on the uterus is a reserve for reducing the percentage of Caesarean section (CS), reducing blood loss, more physiological delivery, rapid postnatal adaptation of newborns, and restoring the woman in labor after the delivery. 2. Women with a pathological preliminar period constitute a high-risk group for the development of abnormalities of labor. Therefore, there is a need to create and implement algorithms for managing women with a pathological preliminar period. 3. In the presence of polyhydramnios or lack of water it is necessary to carry out careful monitoring of women in labor, to react promptly and immediately to changes in the nature of labor. 4. To reduce the number of abnormalities of labor, it is necessary to develop new criteria for the selection of candidates for rhodostimulation and the introduction of integrated approaches to assessing the «maturity» of the cervix. 5. The reserve for reducing the frequency of CS after ART is, of course, a group of patients whose cause of infertility is the male factor and the somatic anamnesis is not burdened and pregnancy is characterized by a favorable course, as well as patients younger than 30 with tubal peritoneal infertility in the history of Uncomplicated pregnancy.

**Key words:** c-section, scar on the uterus, abnormal labor, assisted reproductive technologies.

**Сведения об авторах**

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

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

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Ботоева Е.А., Иванова И.В., Дамбаева А.Р. и соавт. Кесарево сечение в современном акушерстве // Вестник Бурятского государственного университета. – 2009. – № 12. – С. 72–74.  
2. Вагітність та пологи у жінок з рубцем

на матці після кесарського розтину / Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.М. Юзько [та ін.]. – К., 2011. – 328 с.  
3. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М., 2004. – С. 56–68.

4. Прилепская В.Н. Хроника / Акуш. и гин. – 2007. – № 3. – С. 78–79.  
5. Серов В.Н., Суших Г.Т., ред. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1024 с.

6. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin. #54. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2004; 104, 303–12.

Статья поступила в редакцию 19.04.17