

Аналіз випадків абдомінального розродження за гострої гіпоксії плода

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

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

²Київський міський пологовий будинок № 1

Мета дослідження: вивчення рівня абдомінального розродження, його структури за показаннями з боку плода, впливу частоти кесаревих розтинів на перинатальні втрати за гострої гіпоксії плода.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на базі Київського міського пологового будинку №1 за період з 2001 по 2011 р. Було вивчено та проаналізовано частоту кесаревих розтинів, встановлено відсоток ургентних та планових операцій, вивчено структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку плода, встановлено частоту кесаревих розтинів за гострої гіпоксії плода, досліджено перинатальні втрати, проведено аналіз залежності перинатальних втрат від частоти кесаревих розтинів при дистресах плода. Під час аналізу використовували історії пологів роділь, які завершилися шляхом кесарева розтину.

Результати. Під час аналізу структури кесаревих розтинів за показаннями з боку плода встановлено наступні основні причини: гіпоксія плода, підтверджена об'єктивними методами, за відсутності умов для термінового розродження *per vias naturales*; тазове передлежання плода при масі більше 3700 г; запліднення *in vitro*; неправильне положення плода після вилиття навколоплідних вод.

Заключення. Відзначено підвищення частоти кесаревих розтинів. Привертає увагу позитивна тенденція зниження частоти ургентних кесаревих оперативних втручань. Очікуване зменшення числа перинатальних втрат при збільшенні рівня кесаревих розтинів через дистрес плода не було підтверджено.

Ключові слова: кесарів розтин, гостра гіпоксія плода, кардіотоккографічний моніторинг.

Питання частоти кесаревих розтинів – одне з найактуальніших серед акушерських проблем, особливо за останній час. Рівень кесаревих розтинів зростає прямо пропорційно з розвитком медичної науки, удосконаленням технологій, амеліорацією методів знеболювання та періопераційної підтримки. І причин цього достатньо, зокрема, збільшується вік жінок, що народжують, зростає кількість жінок з екстрагенітальною патологією, багато жінок мають в анамнезі операції на матці, як лапаротомічні, так і лапароскопічні. Усе це у комплексі призводить до збільшення частоти абдомінального розродження. Сучасні жінки перебувають під постійним впливом стресових ситуацій, психологічного напруження, проблем кар'єри та сімейного життя. Дані фактори призводять до небажання жінки страждати ще й під час пологів, а хвилювання за подальше інтимне життя, зважаючи на травми промежини, перебільшає шалкі терезів у бік кесарева розтину [1–4].

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я встановила максимально прийнятний рівень кесаревих розтинів – 5–15%. Можна відзначити, що цього рівня дотримуються економічно нерозвинені країни, де медична допомога знаходиться на рівні шаманів та повітук, і не у всіх жінок є можливість отримати кваліфіковану медичну допомогу за необхідності [5, 9, 13].

Отже, як не дивно це звучить, але підвищення рівня надання медичної допомоги негативно впливає на показники фізіологічної народжуваності [5, 13].

Тому одним з головних питань сучасного акушерства є зниження частоти кесаревих розтинів з мінімізацією материнських та перинатальних втрат [1–5, 8–12].

Показник частоти кесаревих розтинів у світі становить 12–27%. В Україні даний показник становить у середньому 16,2%, проте в деяких регіонах частота кесаревих розтинів перевищує 40%, особливо у перинатальних центрах, розвиток яких набуває значних обертів останнім часом з метою забезпечення виживаності недоношених дітей [1–3, 7, 8].

Для України це гостра проблема, позаяк за відносно невисокої народжуваності підвищення рівня кесаревих розтинів загрожує зниженням акушерського професіоналізму, змінами якості потомства, народженого нефізіологічним шляхом [1, 2, 8].

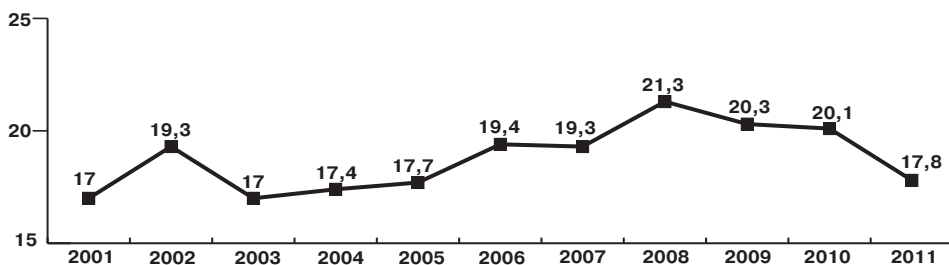
Зазвичай є абсолютні та відносні показання до проведення будь-якого оперативного лікування. Позаяк перед акушерською наукою стоїть питання збереження, як мінімум, двох життів, то показання до кесарева розтину діляться на такі з боку матері та показання з боку плода. І вже від професіонального рівня та кваліфікації акушерсько-анестезіологічної бригади (адже є стани вагітної, коли на прийняття рішення про ургентне оперативне розродження значною мірою впливає анестезіолог) залежить правильність встановлення діагнозу та обґрунтованість операції [2, 4, 6, 8, 12].

Особливу увагу привертають показання з боку плода, що є предметом багатьох світових досліджень. Найактуальнішою стала проблема гострих гіпоксій плода. Європейські вчені відзначають, що найвищий рівень кесаревих розтинів з приводу дистресу плода виявляють у перинатальних центрах. Парадоксальним є те, що перинатальні втрати при підвищенні частоти абдомінального розродження не зменшуються, як очікувалось. З цього висновок, що діагностика дистресу плода потребує більшої об'єктивізації використання сучасних технологій та можливостей [1, 3–9].

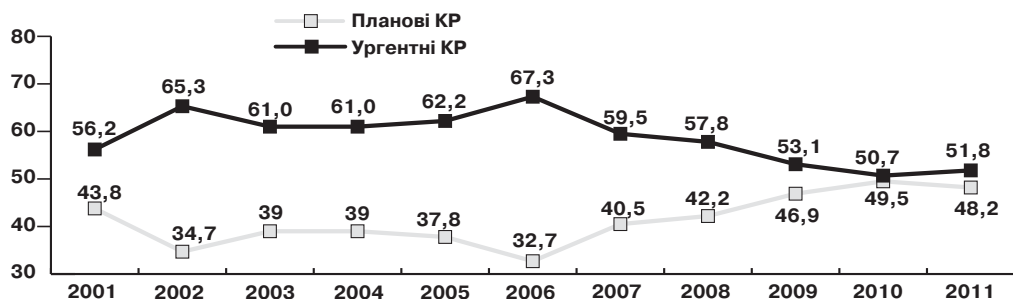
Мета дослідження: вивчення рівня абдомінального розродження, його структури за показаннями з боку плода, впливу частоти кесаревих розтинів на перинатальні втрати за гострої гіпоксії плода.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження було проведено на базі Київського міського пологового будинку №1 за період з 2001 по 2011 р. Було вивчено та проаналізовано частоту кесаревих розтинів, встановлено відсоток ургентних та планових операцій, вивчено структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку плода, встановлено частоту кесаревих розтинів за гострої гіпоксії плода, досліджено перинатальні втрати, проведено аналіз залежності перинатальних втрат від частоти кесаревих розтинів при дистресах плода. Під час аналізу використовували історії пологів роділь, які завершилися шляхом кесарева розтину.



Мал. 1. Рівень абдомінального розродження у Київському міському пологовому будинку № 1 з 2001 до 2011 р., %



Мал. 2. Частота планових та ургентних кесаревих розтинів (КР) у Київському міському пологовому будинку № 1 з 2001 до 2011 р., %

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Провівши аналіз даних, встановлено, що середній показник рівня кесаревих розтинів становив 18,8%, мінімальний рівень спостерігався у 2001 та 2003 рр – 17,0%, максимальний – 21,3% – у 2008 р. (мал. 1).

Установлено частоту планових та ургентних кесаревих розтинів (мал. 2).

Відзначено, що за чотирирічний термін на початку досліджуваного періоду рівень планових операцій був майже удвічі нижчий за рівень ургентних. У 2010 р. ці показники майже вирівнялись, а в наступний період зростала частота планових кесаревих розтинів. Даний факт пояснюється більш очікувальною та менш агресивною тактикою ведення пологів, адекватною підготовкою шийки матки, своєчасним та правильним застосуванням пологозбуджувальних та пологостимулювальних засобів. Хочеться сподіватися, що дана тенденція буде зберігатися і надалі.

На мал. 3 представлено частоту кесаревих розтинів за показаннями з боку плода.

За даними аналізу частоти кесаревих розтинів за показаннями з боку плода відзначено збільшення абдомінальних розроджень з мінімального – 34,4 у 2002 р. до максимуму – 49,1% у 2006 р. Надалі відзначається поступове плавне, проте стабільне зниження рівня кесаревих розтинів за показаннями з боку плода майже на 10% протягом п'яти років.

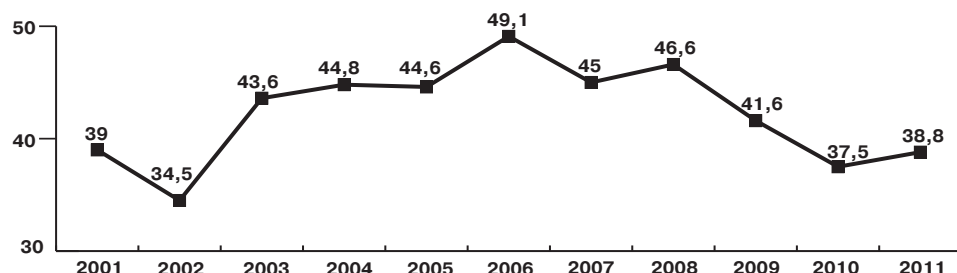
На мал. 4 представлений аналіз структури кесаревих розтинів за показаннями з боку плода.

Під час аналізу структури кесаревих розтинів за показання-

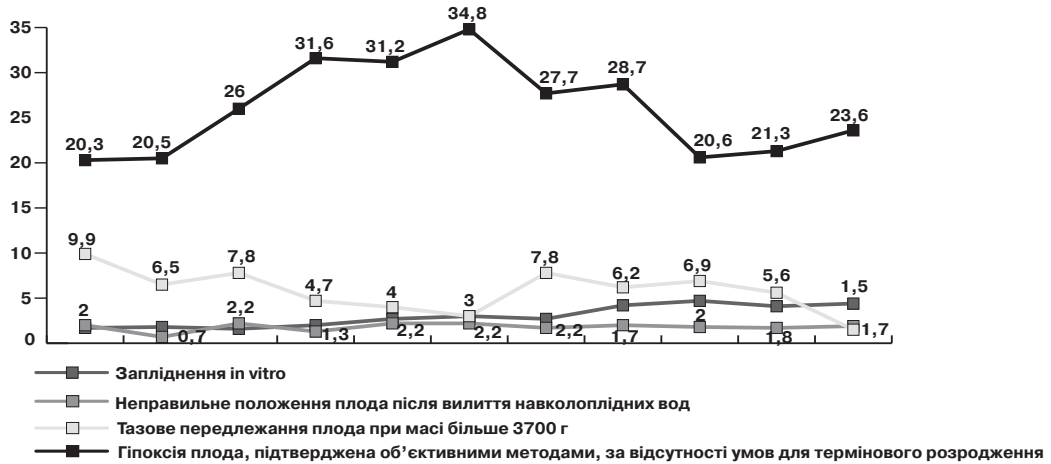
ми з боку плода встановлено наступні основні причини: гіпоксія плода, підтверджена об'єктивними методами, за відсутності умов для термінового розродження per vias naturales; тазове передлежання плода при масі більше 3700 г; запліднення in vitro; неправильне положення плода після вилиття навколоплідних вод.

Абсолютно чітко можна відзначити, що гостра гіпоксія плода посідає основне місце серед показань до кесарева розтину з боку плода. За період з 2001 до 2006 р. зафіксовано чітку тенденцію до зростання рівня абдомінального розродження. Так, частота кесарева розтину підвищилась майже на 15% – з 20,3% у 2001 р. до 34,8% – у 2006 р. Надалі констатували тенденцію до зниження даного показника. І до 2011 р. цей показник набув початкового рівня – 23,6%. Значення інших показань до кесарева розтину знаходилися приблизно на однаковому рівні без стрімких коливань – 1,8–5,8%. Лише значення показання при заплідненні in vitro збільшилось – з 1,7% у 2001 р. до 4,7% у 2009 р., що підтверджує світову тенденцію зростання використання додаткових репродуктивних технологій, їхніх різноманітних варіантів. І даний показник, якщо його не контролювати протокольно, буде весь час зростати, адже наразі збільшується кількість безплідних або нелікованих пар, яким недоброчасні центри репродукції виконують екстракорпоральне запліднення без проведення лікування та навіть повного обстеження, керуючись матеріальною зацікавленістю, а не здоров'ям жінки, чоловіка та їхньої майбутньої дитини.

Проте це дослідження було присвячено питанню кесарева розтину за показаннями з боку плода – гіпоксії плода, підтверженої об'єктивними методами, за відсутності умов для термінового



Мал. 3. Частота кесаревих розтинів за показаннями з боку плода у Київському міському пологовому будинку № 1 з 2001 до 2011 р., %



Мал. 4. Структура кесаревих розтинів за показаннями з боку плода у Київському міському пологовому будинку № 1 з 2001 до 2011 р., %

розродження через природні пологові шляхи. Проблема розродження після застосування додаткових репродуктивних технологій – це окрема тема, якій буде присвячене інше дослідження.

Отже, частота кесаревих розтинів при дистресі плода становить майже третину від усіх показань до абдомінального розродження. Проаналізувавши початкову тенденцію до зростання частоти кесаревих розтинів, а потім до її зниження, можна зробити висновок, що діагностика гострої гіпоксії плода стала більш об'єктивізованою. Ця тенденція взяла старт від часу впровадження кардіотокографічного контролю за перебігом пологів. А найбільш об'єктивним показником є число. Отже, правильно оцінюючи дані кардіотокографії, можна з більш значною точністю встановити діагноз, спрогнозувати подальший перебіг пологів та перинатальний результат, більш коректно та адекватно прийняти рішення щодо вагінального чи абдомінального розродження. Проте, вивчивши статистику перинатальних втрат, був зроблений висновок, що об'єктивність даного методу дещо перебільшена або під час оцінювання кардіотокограми плода приймається дещо поспішне рішення. Тому необхідно проводити тренінги як з акушерками-гінекологами, так і з середнім медичним персоналом для найбільш адекватного оцінювання даних кардіотокографії.

На мал. 5 наведений рівень перинатальних втрат після кесарева розтину.

Середнє значення перинатальних втрат за досліджуваний період (2001–2011 рр.) за підвищення частоти кесаревих розтинів за умов гострої гіпоксії плода становило 6,2%. Проте такий самий рівень спостерігається і в подальшому при зниженні частоти кесаревих розтинів майже на 15% за того самого показання. Провівши аналіз перинатальних втрат і врахувавши підвищення рівня кесаревих розтинів за показанням гострої гіпоксії плода, можна зробити висновок, що немає ніякої залежності між підвищенням частоти абдомінального розродження та зменшенням перинатальних втрат. Загалом дане дослідження свідчить, що необхідно комплексно

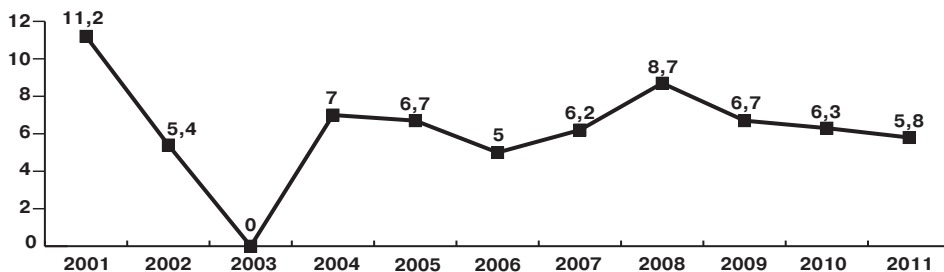
підходити до встановлення діагнозу дистресу плода. А кардіотокографічний моніторинг не є напанаєєю у встановленні даного діагнозу, адже це не стовідсотково об'єктивний метод контролю за станом плода. Тому необхідно проводити пошук нових методів оцінювання внутрішньоутробного стану плода під час пологів, як, наприклад, визначення лактату крові передлеглої частини плода, що на сьогодні не є загальнодоступним.

ВИСНОВКИ

1. Відзначається загальносвітова тенденція щодо зниження рівня кесаревих розтинів. Середня частота кесаревих розтинів становить 18,8%. Нагальною необхідністю є розроблення та впровадження оптимальних шляхів зниження частоти абдомінального розродження.

2. Наразі відзначено позитивну тенденцію до підвищення частоти планових оперативних втручань, що перевищує частоту ургентних на 1,5%. Даний факт, на нашу думку, пояснюється більш очікувальною та менш агресивною тактикою ведення пологів, адекватною підготовкою шийки матки, своєчасним та правильним застосуванням пологозбуджувальних та пологостимулювальних засобів.

3. Найбільшу частку з усіх кесаревих розтинів за показаннями з боку плода становить гостра гіпоксія плода. Максимальний рівень визначений у 2006 р. – 34,8%. Але очікуване зменшення перинатальних втрат на тлі зростання частоти абдомінального розродження з приводу дистресу плода не було підтверджене. Так, частота кесаревих розтинів у 2011 р. становила 23,6% за рівня перинатальних втрат 5,8 проміле, а при збільшенні кількості кесаревих розтинів до 34,8% перинатальні втрати становили 5 проміле. Отже, існує проблема неадекватності встановлення діагнозу дистресу плода, що потребує, по-перше, комплексного підходу, а по-друге, пошуку нових методів об'єктивізації оцінювання стану плода під час пологів.



Мал. 5. Рівень перинатальних втрат після кесарева розтину у Київському міському пологовому будинку № 1 з 2001 до 2011 р., ‰

Анализ случаев абдоминального родоразрешения при острой гипоксии плода
Ю.П. Вдовиченко, Н.П. Гончарук, Е.Ю. Гурженко

The analysis of cases of abdominal delivery acute fetal hypoxia
Yu.P. Vdovichenko, N.P. Goncharuk, Ye.Yu. Gurzhenko

Цель исследования: изучение уровня абдоминального родоразрешения, его структуры по показаниям со стороны плода, влияния частоты кесаревых сечений на перинатальные потери при острой гипоксии плода.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе Киевского городского роддома № 1 за период с 2001 по 2011 г. Была изучена и проанализирована частота кесаревых сечений, установлен процент urgentных и плановых операций, изучена структура кесаревых сечений по показаниям со стороны плода, установлена частота кесаревых сечений при острой гипоксии плода, исследованы перинатальные потери, проведен анализ зависимости перинатальных потерь от частоты кесаревых сечений при дистрессе плода. При анализе использовали истории родов рожениц, которые завершились путем кесарева сечения.

Результаты. При анализе структуры кесаревых сечений по показаниям со стороны плода установлены следующие основные причины: гипоксия плода, подтвержденная объективными методами, при отсутствии условий для срочного родоразрешения per vias naturales; тазовое предлежание плода при массе более 3700 г; оплодотворение in vitro; неправильное положение плода после излития околоплодных вод.

Заключение. Отмечено повышение частоты кесаревых сечений. Обращает на себя внимание положительная тенденция снижения частоты urgentных оперативных вмешательств. Ожидаемое уменьшение числа перинатальных потерь при увеличении уровня кесаревых сечений по причине дистресса плода не было подтверждено.

Ключевые слова: кесарево сечение, острая гипоксия плода, кардиотокографический мониторинг.

The objective: was to study the level of abdominal delivery, its structure according to indications from the fetus, the effect of cesarean sections on perinatal losses in acute fetal hypoxia.

Patients and methods. The study was conducted on the basis of the Kyiv City Maternity Hospital №1 for the period from 2001 to 2011. The frequency of cesarean sections was studied and analyzed, the percentage of urgent and planned operations was established, the structure of cesarean sections according to the indications from the fetus was determined, the frequency of cesarean sections in acute hypoxia Fetus, perinatal losses were studied, an analysis of the dependence of perinatal losses on the frequency of cesarean sections during fetal distress was carried out. The analysis used the history of delivery of women giving birth, which culminated in cesarean section.

Results. In analyzing the structure of cesarean sections, the fetal indications are as follows: fetal hypoxia, confirmed by objective methods, in the absence of conditions for urgent delivery per vias naturales; Pelvic presentation of the fetus at a mass of more than 3700 g; in vitro fertilization; incorrect position of the fetus after the outflow of amniotic fluid.

The conclusion. An increase in the frequency of cesarean sections was noted. Attention is drawn to the positive trend of decreasing the frequency of urgent surgical interventions. The expected decrease in the number of perinatal losses with an increase in the level of caesarean sections due to fetal distress has not been confirmed.

Key words: cesarean section, acute fetal hypoxia, cardiotocographic monitoring.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: pror-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 – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (050) 165-75-25

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

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. Комиссарова JI.M. Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной смертности: Автореф. в виде научного доклада ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 82 с.
3. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения. Медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 48 с.
4. Пирогова В.И. Оперативное родоразрешение // Здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 18–20.
5. Прилепская В.Н. Хроника / Акуш. и гин. – 2007. – № 3. – С. 78–79.
6. Серов В.Н. Современное акушерство и кесарево сечение // Рус. мед. журнал. – 2004. – Т. 12, № 13. – С. 749–751.
7. Сухих Г.Т., Адамьян JI.B. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России / Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2007. – С. 5–19.
8. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? / Акуш. и гин. – 2005. – № 5. – С. 8–12.
9. Шилова С.Д. Перинатальная смертность при кесаревом сечении // Здравоохранение Белоруссии. – 2007. – № 10. – С. 27–30.
10. Report on Maternity 2000 and 2001. Ministry of Health. New Zeland Health Information Service, 2003. – P. 3.
11. Robson M.S. Can we reduce the caesarean section rate? // Best Practice a Research Clin. Obstet. Gynecol. – 2001. – № 151. – P. 234
12. The National Sentinel Section Caesarean Audit RCOG Clinical Effectiveness Unit, Royal College of Obstetricians and Gynecologists. – London, 2001. – P.

Статья поступила в редакцию 25.05.17