

# Аналіз випадків абдомінального розродження при аномаліях пологової діяльності

Ю.П. Вдовиченко<sup>1</sup>, Н.П. Гончарук<sup>2</sup>, О.Ю. Гурженко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Київський міський пологовий будинок № 1

**Мета дослідження:** аналіз частоти кесаревих розтинів, їхньої структури за показаннями з боку матері; вивчення динаміки частоти кесаревих розтинів при аномаліях пологової діяльності (АПД) як показання до оперативного розродження на базі Київського міського пологового будинку № 1 за 2001–2011 рр. **Матеріали та методи.** Під час проведення дослідження було вивчено та проаналізовано частоту кесаревих розтинів загалом, частоту ургентних кесаревих розтинів, структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку матері, встановлено частоту кесаревих розтинів при АПД, а також вивчено динаміку частоти кесаревих розтинів при АПД як одного з основних показань з боку матері. Використовували історії пологів роділь, що завершилися абдомінальним шляхом.

**Результати.** Відзначено підвищення рівня кесаревих розтинів. Кількість ургентних кесаревих розтинів поступово знижується. Спостерігається значне зниження частоти кесаревих розтинів за аномалій пологової діяльності, що не піддаються медикаментозному лікуванню.

**Заключення.** Професійне ведення пологів, адекватне обґрунтоване застосування лікарських препаратів, використання у практиці сучасних медичних засобів, об'єктивне оцінювання акушерської ситуації, кардіотокографічний супровід, своєчасне й адекватне застосування епідуральної аналгезії позитивно вплинули на збільшення числа розроджень через природні пологові шляхи, що є пріоритетом у професійному мистецтві акушера-гінеколога.

**Ключові слова:** кесарів розтин, аномалії пологової діяльності.

Велике мистецтво акушерства завжди мало за мету народження здорової дитини. Науковці всього світу протягом багатьох століть удосконалювали методи діагностики та розродження. Класичне акушерство завжди керувалося і керується головним принципом медицини: «Не нашкодь». І хоча новітні технології, методи знеболювання, медикаментозне забезпечення, на перший погляд, повинні полегшити як ведення вагітності, так і ведення пологів, перед сучасними акушерами-гінекологами постає безліч проблем, що не були вирішені протягом десятиліть. Пологи так і залишаються таємним актом, який невідомо як і коли почнеться та невідомо чим закінчиться. Тому сучасні вчені вирішують ті самі проблеми, що й сотні років тому, – як спрогнозувати, полегшити та досягти кращих результатів без втрат [1, 5, 8, 9].

Проблема аномалій пологової діяльності існувала в усі часи. Їхня діагностика та методи лікування удосконалюються. Проте ця проблема не зникла і вимагає подальшого детального вивчення, впровадження нових методів діагностики, сучасного адекватного медикаментозного супроводу [1, 3, 6, 10–12].

Кесарів розтин не є панацеєю від усіх акушерських проблем. Пологи здоровою дитиною через природні пологові шляхи є вершиною акушерського мистецтва [2, 4].

Аномалії пологової діяльності (АПД) матки під час пологів виявляють у 7–20% жінок [7]. За даними закордонних авторів, у Канаді та США АПД є показанням до абдомінального розродження у 31% випадків [13].

Підвищення частоти кесаревих розтинів до певної міри знижує перинатальну захворюваність та смертність, але не завжди впливає на результат пологів для плода [8].

АПД, що не піддаються медикаментозній корекції, є одним з основних показань до кесарева розтину з боку матері. Тому на сьогодні не викликає сумніву, що для розроблення найбільш ефективних методів профілактики і терапії АПД потрібні фундаментальні знання про механізм скорочення міометрія на молекулярному і клітинному рівнях, а також розуміння процесів, що приводять до структурних змін у шийці матки у ході пологового акту. Проте на даному етапі розвитку акушерської науки відсутні єдині погляди на процеси розвитку АПД та методи їхньої корекції [11, 12].

**Мета дослідження:** аналіз частоти кесаревих розтинів, їхньої структури за показаннями з боку матері; вивчення динаміки частоти кесаревих розтинів при АПД як показання до оперативного розродження на базі Київського міського пологового будинку № 1 за 2001–2011 рр.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час проведення дослідження було вивчено та проаналізовано частоту кесаревих розтинів загалом, частоту ургентних кесаревих розтинів, структуру кесаревих розтинів за показаннями з боку матері, встановлено частоту кесаревих розтинів при АПД, а також вивчено динаміку частоти кесаревих розтинів при АПД як одного з основних показань з боку матері. Використовували історії пологів роділь, що завершилися абдомінальним шляхом.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Установлено частоту кесаревих розтинів за досліджуваній період (мал. 1).

Під час аналізу випадків кесаревих розтинів за 10 років визначено середній рівень частоти, що становить 18,8%.

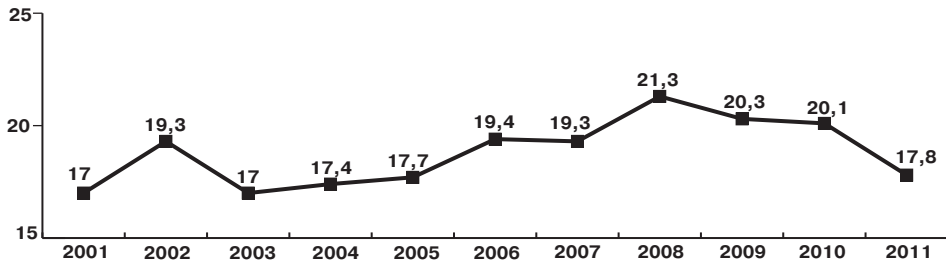
Аналіз продемонстрував достатньо стабільний показник частоти кесаревих розтинів, не відзначено ні піків, ні знижень. Коливання досить незначні – приблизно 2% від середнього рівня, як у бік підвищення, так і зниження.

Найменший рівень – 17% зареєстрований у 2001 р. та 2003 р. Протягом п'яти років відзначається тенденція до підвищення частоти абдомінального розродження – до 21,3% у 2008 р. Надалі частота кесаревих розтинів поступово знижується. Проте не можна констатувати, що ця тенденція збережеться, адже ретроспективно відомо, що зі змінами у протоколах надання медичної допомоги даний показник знову зростатиме.

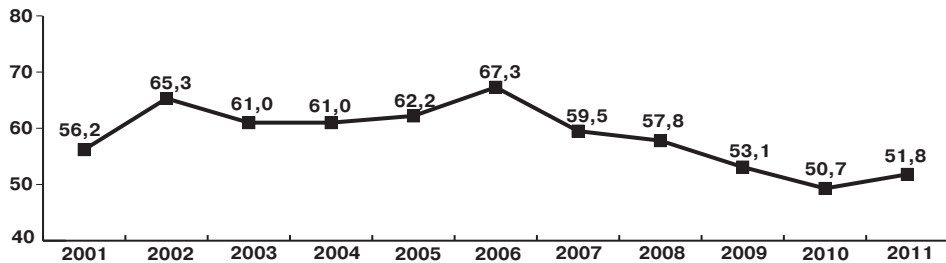
Вивчено рівень кесаревих розтинів в ургентному порядку у Київському міському пологовому будинку № 1 за 2001–2011 рр. (мал. 2).

Визначено середню частоту ургентних кесаревих розтинів, що становила 58,6%. За першу половину досліджуваного періоду даний показник не є стабільним, увесь час коливається у межах 2,4–8,7% у бік збільшення. Проте друга половина проаналізованого періоду демонструє позитивну тенденцію до підвищення частоти планових кесаревих роз-

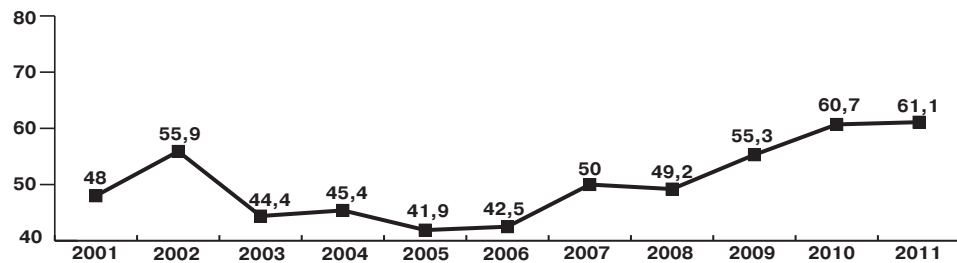
## А К У Ш Е Р С Т В О



**Мал. 1. Частота кесаревих розтинів у Київському міському пологовому будинку №1 за 2001–2011 рр., %**



**Мал. 2. Рівень кесаревих розтинів в ургентному порядку у Київському міському пологовому будинку №1 за 2001–2011 рр., %**



**Мал. 3. Частота випадків абдомінального розрізнення за показаннями з боку матері у Київському міському пологовому будинку №1 за 2001–2011 рр., %**

тинів. Результати наших досліджень відображають ситуацію, що склалась у світі, – очікувальна тактика ведення пологів, адекватне використання медичних засобів, адекватне своєчасне знеболювання.

Проведено аналіз частоти випадків абдомінального розрізнення за показаннями з боку матері у Київському міському пологовому будинку №1 (мал. 3).

З 2002 р. до 2005 р. відзначається зниження частоти кесаревих розтинів за показаннями з боку матері з 55,9% у 2002 р. до 41,9% у 2005 р. Проте надалі рівень кесаревих розтинів поступово збільшується майже на 20% – до 61,1% у 2011 р. Висновки щодо причин такого зростання можна буде зробити після аналізу структури кесаревих розтинів за показаннями з боку матері.

Був проведений аналіз структури кесаревих розтинів за показаннями з боку матері у Київському міському пологовому будинку №1 за період з 2001 до 2011 р.

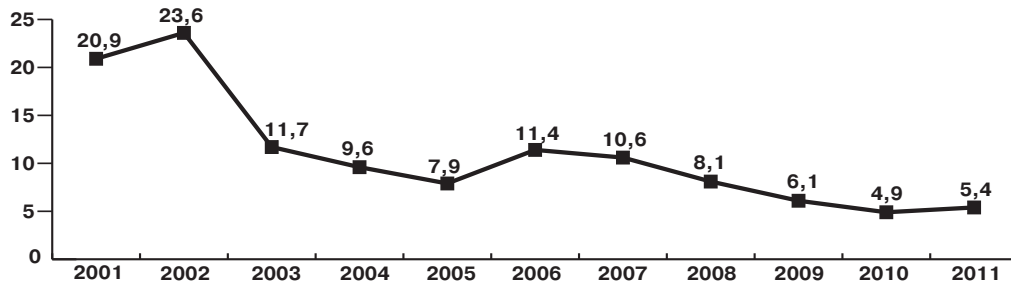
Установлено наступні основні показання до кесарева розтину з боку матері:

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

Частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері відображена у таблиці.

**Частота кесаревих розтинів за показаннями з боку матері у Київському міському пологовому будинку №1 за період з 2001 до 2011 рр., %**

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



**Мал. 4.** Частота кесаревих розтинів при аномаліях пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній терапії, у Київському міському пологовому будинку № 1 за період з 2001 до 2011 рр., %

Аналіз частоти кесаревих розтинів за показаннями з боку матері продемонстрував, що різні показання мають різну тенденцію. Так, частота абдомінального розродження при клінічно вузькому тазі поступово підвищується з 4,6% у 2001 р. (мінімальне значення за досліджуваний період) до 9,7–11,6% у 2010–2011 рр. Даний факт пояснюється підвищенням частоти народження дітей з великою масою тіла, що має як генетичне, так і сучасне набуте підґрунтя. Так, генетично середні антропометричні дані дітей, народжених у наших широтах, перевищують азіатські та південноєвропейські. До того ж жінки, у тому числі і вагітні, не дотримуються принципів здорового харчування, фаст-фуду тільки погіршують ситуацію.

Показник передчасного відшарування нормально розташованої плаценти не має значних коливань, його середнє значення знаходиться на рівні 3,2%.

Показник кесаревих розтинів при екстрагенітальній патології за наявності висновку спеціаліста поступово знижується за досліджуваний період. Його максимальний рівень 9% на початку – у 2001 р., потім даний показник поступово знижувався до мінімального рівня 1,7% у 2005 та 2006 рр., проте надалі спостерігається зовсім незначна тенденція до його зростання. Даний факт можна пояснити більш ретельним обстеженням жінок, що готуються до вагітності, та вагітних, проведенням більш прискіпливого та комплексного спостереження та консультування із суміжними спеціалістами, адекватного встановлення діагнозу.

На відміну від попередніх показань показник неспроможності рубця на матці постійно зростає. Найменший рівень відзначено у 2001 р. – 6,8%. За час спостереження даний показник зріс у 4,4 рази – до 30% у 2011 р. Це абсолютно прогнозована ситуація, адже утворюється «порочне коло» – чим більше жінок оперують під час пологів, тим більше показник рубців на матці. А якщо додати до цього ще й оперативне лікування міом матки, як лапаротомічне, так і лапароскопічне, то кількість жінок з рубцем на матці зростає в рази. Ще років п'ять-десять тому діагноз «рубець на матці» був стовідсотковим показанням до кесарева розтину, але зараз завдяки впровадженню протоколу надання медичної допомоги при вагінальних пологах у жінок з рубцем на матці вони мають змогу народити через природні пологові шляхи. Головним у даному випадку є професійне ведення пологів, адекватний моніторинг стану роділлі та плода.

Існує безліч причин, що призводять до розвитку АПД. Серед них великі розміри плода, багатоплідна вагітність, багатоводдя, міоми матки та ін. В останні роки у світі спостерігається тенденція щодо збільшення віку жінок, що народжують. Підвищується частота багатоплідних вагітностей зважаючи на зростання застосування додаткових репродуктивних технологій. Обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез у роділлі теж може призвести до розвитку АПД.

Фактори, що наведені вище, у будь-якому випадку впливають на перебіг вагітності та пологів. Неадекватне, необґрунтоване застосування пологостимулювальних засобів, передчасна або запізнена амніотомія теж призводять до розвитку АПД.

У дослідженні було проаналізовано частоту кесаревих розтинів при АПД, що не піддаються медикаментозній корекції (мал. 4).

Вивчення графіку, що зображений на мал. 4, демонструє поступове зниження рівня абдомінального розродження при АПД, що не коригуються медикаментозно. Найвищою – 23,6% була частота у 2002 р. Надалі рівень постійно знижується. Спостерігається незначний пік у 2006–2007 рр. – 11,4%. Найменший рівень відзначено у 2010 р. – 4,9%.

Визначено декілька причин, за яких знижується частота кесаревих розтинів з причини АПД, що не піддаються медикаментозному лікуванню.

Основним принципом ведення пологів є фізіологічність та якнайменша агресивність. Суворе регламентованість застосування пологостимулювальних препаратів, використання епідуральної аналгезії при дистопії шийки матки та дискоординованій пологовій діяльності покращують результати розродження, збільшуючи шанси жінок народити через природні пологові шляхи. Використання сучасних кардіотокографів дозволяють точніше оцінити характер пологової діяльності та призначити адекватне лікування при будь-яких відхиленнях. До того ж застосовуються новітні утеротонічні медичні засоби, удосконалюються схеми індукції та преіндукції пологової діяльності. Це є основою проведення пологів через природні пологові шляхи з найменшими ризиками як для матері, так і для плода. Адекватне своєчасне знеболювання пологів не лише позитивно впливає на пологову діяльність, а й покращує враження роділлі від пологів, нівелюючи больові відчуття, даючи можливість відпочити.

Отже, арсенал професійно підібраних заходів є запорукою успішного проведення пологів через природні пологові шляхи з найменшими ризиками як для матері, так і для дитини.

## ВИСНОВКИ

1. Середній рівень кесаревих розтинів за 2002–2011 рр. становить 18,8%. В останню частину досліджуваного періоду рівень абдомінального розродження поступово знижується. Проте трирічний період не є показовим для встановлення позитивної тенденції зниження частоти абдомінального розродження.

2. Визначено середню частоту ургентних кесаревих розтинів, що становила 58,6%. За першу половину досліджуваного періоду даний показник не є стабільним, увесь час коливається у межах 2,4–8,7% у бік збільшення. Проте останніми роками відзначається превалювання планових абдомінальних розроджень, що демонструє світову тенденцію.

3. Аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції, є одним з основних показань для кесарева розтину з боку матері. Найбільшим (23,6%) рівень був у 2002 р. Надалі рівень постійно знижується. Спостерігається незначний пік у 2006–2007 рр. на рівні 11,4%. Найменший рівень відзначено у 2010 р. – 4,9%.

## Анализ случаев абдоминального родоразрешения при аномалиях родовой деятельности

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

**Цель исследования:** анализ частоты кесаревых сечений, их структуры по показаниям со стороны матери; изучение динамики частоты кесаревых сечений при аномалиях родовой деятельности (АРД) как показателя к оперативному родоразрешению на базе Киевского городского роддома № 1 за 2001–2011 гг.

**Материалы и методы.** Во время проведения исследования было изучено и проанализировано частоту кесаревых сечений в общем, частоту urgentных кесаревых сечений, структуру кесаревых сечений по показаниям со стороны матери, установлена частота кесаревых сечений при АРД, а также изучена динамика частоты кесаревых сечений при АРД как одного из основных показаний со стороны матери. Использовали истории родов рожениц, которые завершились абдоминальным путем.

**Результаты.** Отмечено повышение уровня кесаревых сечений. Количество urgentных кесаревых сечений постепенно снижается. Наблюдается значительное снижение частоты кесаревых сечений при аномалиях родовой деятельности, которые не поддаются медикаментозному лечению.

**Заключение.** Профессиональное ведение родов, адекватное обоснованное применение лекарственных препаратов, использование на практике современных медицинских средств, объективная оценка акушерской ситуации, кардиотокографическое сопровождение, своевременное и адекватное применение эпидуральной анальгезии положительно повлияли на увеличение числа родоразрешений через естественные родовые пути, что является приоритетом в профессиональной деятельности акушера-гинеколога.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, аномалии родовой деятельности.

## The analysis of abdominal delivery cases at labor activity anomalies

Yu.P. Vdovichenko, N.P. Goncharuk, E.Yu. Gurzhenko

**The objective:** analysis of the frequency of cesarean sections, their structure according to the indications from the mother; study of the dynamics of the frequency of cesarean sections in case of abnormalities of labor activity (ALA) as indications for operative delivery on the basis of Kyiv City Maternity Hospital No. 1 for 2001-2011.

**Patients and methods.** During the study, the frequency of cesarean sections in general, the frequency of urgent cesarean sections, the structure of cesarean sections according to the indications from the mother's side, the frequency of cesarean sections in ALA were studied and analyzed, and the dynamics of the cesarean section rate in ARP as well as one of the main indications with Mother's side. The history of the delivery of labor was used, which culminated in the abdominal route.

**Results.** An increase in the level of cesarean sections was noted. The number of urgent cesarean sections is gradually decreasing. There has been a significant reduction in the incidence of cesarean sections in anomalies of labor, which are not amenable to drug treatment.

**Conclusion.** The professional management of births, adequate justified use of medicines, the use of modern medical means in practice, an objective assessment of the obstetrical situation, cardiotocographic support, timely and adequate use of epidural analgesia positively influenced the increase in the number of deliveries through the natural birth canal, which is a priority in the professional activity of the obstetrician-gynecologist.

**Key words:** caesarian section, anomalies of labor activity.

### Сведения об авторах

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: [pror-first@nmapo.edu.ua](mailto:pror-first@nmapo.edu.ua)

**Гончарук Наталия 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 последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (050) 165-75-25

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М.: 2005. – 335 с.
2. Кир Р.М. Миф об идеальной частоте кесарева сечения: комментарий и историческая перспектива // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. – № 3 (3).
3. Курцер М.А., Пороховой В.О., Капранов С.А., Гнетецкая В.А. Высокие технологии в акушерской практике / Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2007. – С. 520–521.
4. Лепихов С.В. Критерии родоразрешения кесаревым сечением: показания и последствия // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 53–55.
5. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения. Медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 48 с.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 287 с.
7. Сидорова И.С. Современные принципы ведения родов при слабости родовой деятельности / Сидорова И.С., Макаров И.О., Овешникова Т.З. и др. // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 22–26.
8. Чернуха Е.А. Ведение родов высокого риска / Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Пучко Т.К. и др. // Росс. мед. журнал. – 2001. – № 1. – С. 26–31.
9. Фролова О.Г., Николаева Е.И., Рябинкина И.Н. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях реформирования здравоохранения / Акушерство и гинекология. – 2007. – № 3. – С. 59–60.
10. Albers L.L. The duration of labor in healthy women // J. Perinatol. – 1999. – Vol. 19, № 2. – P. 114–119.
11. Alvarez H., Caldeyro-Barcia R. The normal and abnormal contractility of the uterus during labor // Gynaecologie Basel. – 1954. – Bd. 138. – S. 198–212.
12. Hudson CA, López Bernal A. Phosphorylation of proteins during human myometrial contractions: A phosphoproteomic approach. Biochem Biophys Res Commun. 2016 Dec.; P. 84–91.
13. Salim R. Continuous compared with intermittent epidural infusion on progress of labor and patient satisfaction / R. Salim, Z. Nachum, R. Moscovici, M. Lavee, E. Shalev // Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 106. – № 2. – P. 301–306.

Статья поступила в редакцию 12.06.17