

©О.В. Сорокін, Л.Є.Туманова

## ЧАСТОТА ТА ПОКАЗАННЯ ОПЕРАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РІЗНИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ*

ЧАСТОТА ТА ПОКАЗАННЯ ОПЕРАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РІЗНИМ ІНТЕРГЕНЕТИЧНИМ ІНТЕРВАЛОМ. У статті приведений порівняльний аналіз частоти оперативного розродження у жінок з великим інтергенетичним інтервалом (10 і більше років) та жінок з перервою між пологами від двох до п'яти років. Відмічено високу частоту кесарева розтину у жінок з великим інтергенетичним інтервалом (18,8 %), зумовлених низкою акушерсько-гінекологічних та соматичних факторів.

Основними показаннями до кесаревого розтину у жінок з великим інтергенетичним інтервалом були: дистрес плода (26,7 %), рубець на матці (20,0 %), тяжка ступень преєклампсії (15,6 %), аномалії пологової діяльності (8,3 %), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (6,7 %).

Основним показанням до кесаревого розтину у жінок з інтергенетичним інтервалом 3–5 років були неспроможність рубця на матці – 73,5 %, неправильне положення плода – 11,8 %, дистрес плода – 2,9 %.

ЧАСТОТА И ПОКАЗАНИЯ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ. В статье приведен сравнительный анализ частоты оперативного родоразрешения у женщин с большим интергенетическим интервалом (10 и более лет) и женщин с перерывом между родами от двух до пяти лет. Отмечено высокую частоту кесарева сечения у женщин с большим интергенетическим интервалом (18,8 %), обусловленных рядом акушерско-гинекологических и соматических факторов.

Основными показаниями к кесареву сечению у женщин с большим интергенетическим интервалом были: дистресс плода (26,7 %), рубец на матке (20,0 %), тяжелая степень преэклампсии (15,6 %), аномалии родовой деятельности (8,3 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (6,7 %).

Основным показанием к кесареву сечению у женщин с интергенетическим интервалом 3–5 лет были несостоятельность рубца на матке – 73,5 %, неправильные положения плода – 11,8 %, дистресс плода – 2,9 %.

RATE AND INDICATIONS FOR OPERATIVE DELIVERY IN WOMEN WITH DIFFERENT INTERGENETIC INTERVALS. The article presents a comparative analysis of the rate of operative delivery of women with prolonged intergenetic interval (10 or more years) and women with an interval between labor of two to five years. High rate of cesarean section in women with prolonged intergenetic interval (18,8 %) was observed, caused by a number of obstetric, gynecological and somatic factors.

The main indications for cesarean section in women with prolonged intergenetic interval were: fetal distress (26,7 %), scar on the uterus (20,0 %), severe preeclampsia (15,6 %), anomaly of labor activity (8,3 %), placental abruption (6,7 %).

The main indication for cesarean section in women with an interval of 3-5 years were the failure scar on the uterus – 73,5 %, breech presentation – 11,8 %, fetal distress – 2,9 %.

**Ключові слова:** вагітність, пологи, кесарів розтин, великий інтергенетичний інтервал.

**Ключевые слова:** беременность, роды, кесарево сечение, большой интергенетический интервал.

**Key words:** pregnancy, childbirth, Caesarean section, prolonged intergenetic interval.

**ВСТУП.** На сьогоднішній день кесарів розтин вважається найбільш розповсюдженою операцією, частота якої не має тенденцію до зниження. Однак збільшення частоти кесарева розтину суттєво не впливає на зниження материнської і перинатальної захворюваності і смертності. Спроби розв'язати всі акушерські проблеми за рахунок розширення показів до кесарева розтину є хибними, оскільки збільшення частоти кесарева розтину спричинить збільшення гнійно-септичних ускладнень, патологічних крововтрат, формування неповноцінних рубців на матці, утворення спайок, порушення адаптаційних можливостей новонародженого та ін. Відомо, що частота ітроопераційних ускладнень під час повторного оперативного розродження в п'ять разів перевищує аналогічну при першому кесаревому розтині.

В Україні частота кесаревого розтину постійно зростає – з 9,5 % у 1999 році до 16,1 % у 2009 році, Росії – з 10,2 % у 1995 році до 17,9 % в 2005 році, а в Москві ці показники відповідно дорівнювали 15,4 % і 19,2.

У всіх країнах світу також спостерігається підвищення частоти оперативного розродження. В США в 2003 р. кесарів розтин був проведений в 27,6 % (в 2004 – 29,1 %), в Канаді в 2003 р. – 24 %, в Італії – 32,9 %, у Франції – 18 % [1]. Все це створює нову проблему, а саме, ведення вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці.

Пошук шляхів зниження рівня оперативного розродження, безумовно, є вкрай актуальним та життєво необхідним. Водночас, на нашу думку, є певні групи вагітних високого акушерського ризику, в яких вплинути на високий відсоток кесарева розтину вкрай важко або неможливо [2, 3, 4, 5].

Такою групою, зокрема, є вагітні з великим інтергенетичним інтервалом – жінки, які вирішили народити другу дитину з перервою в 10 років і більше [6]. Ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез, наявні соматичні патології, перенесені інфекції, складний психоемоційний портрет – це неповний перелік факторів, які впливають на вибір методу розродження, нерідко не залишаючи лікарю іншого шляху як кесарів розтин.

Метою нашої роботи є аналіз показань і частоти виконання кесарського розтину у жінок з різним інтергенетичним інтервалом.

**МЕТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Порівняльний аналіз проводили на підставі даних історій пологів, які відбулися протягом 2009 року в пологовому будинку № 1 м. Кіровограда.

240 жінок, які народжували з великим інтергенетичним інтервалом (10 років та більше) склали I групу; II групу склали 259 жінок з інтергенетичним інтервалом 3–5 років.

Вибір групи порівняння (II) зумовлений тим, що переважна більшість світових досліджень вказує на те, що даний проміжок між пологами є оптимальним та найбільш сприятливим [7, 8].

За нашими даними частота кесаревого розтину в I групі склала 18,8 %, в II групі – 13,1 %.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Середній вік жінок I групи становив 33,3 роки (наймолодшій – 28, найстаршій – 40), II групі – 26,8 років (22 і 35 відповідно) ( $p < 0,05$ ).

Проведений аналіз отриманих даних щодо соціального статусу жінок свідчать що переважна кількість жінок I групи були службовцями, II-ї – домогосподарками (рис. 1).

Як відомо, факторами, що зумовлюють високу частоту кесарева розтину є екстрагенітальна патологія, ускладнений перебіг вагітності та пологів, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез.

Ми проаналізували розповсюдженість хронічної гінекологічної і екстрагенітальної патології у жінок з різним інтергенетичним інтервалом. Як видно з табл. 1, різноманітні гінекологічні захворювання значно частіше зустрічалися в літніх жінок, які переважали в I групі. Загалом 65 % жінок з великим інтергенетичним інтервалом мали одну-дві чи, навіть, три гінекологічні хвороби і лише у 17 % тих, що народжували вдруге через 3–5 років. Особливо значну частоту хронічних запальних процесів матки та її придатків встановлено нами у жінок старшого віку, що відбивалося не тільки на перебігу вагітності, а й на стані плода.

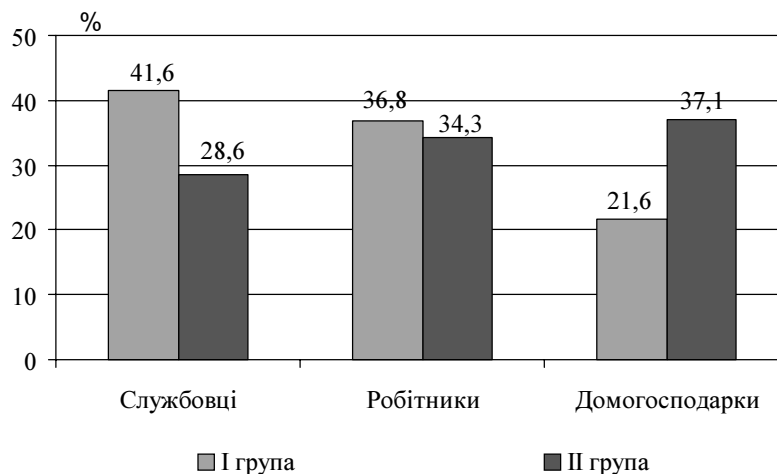


Рис. 1. Розподіл жінок за соціальним статусом.

Таблиця 1. Частота гінекологічної патології у досліджуваних жінок, %

Захворювання	Досліджувана група	
	I	II
Хронічний аднексит	21,7*	5,0
Хронічний ендометрит	11,3*	0
Ерозія шийки матки	12,9	5,8
Лейоміома матки	7,9*	1,2
Операція на додатках	11,3*	3,1

Примітка. \* –  $P < 0,05$  відносно II групи.

Дані акушерсько-гінекологічного анамнезу (рис. 2) свідчать про те, що найбільша частота абортів була в I групі. Так, один штучний аборт в анамнезі мали 32,5 % жінок I групи, два і більше штучних абортів – 25,5 %, що було достовірно більше аналогічних показників II групи. Самовільні аборти в анамнезі також були достовірно вище в I групі відносно II групи.

Екстрагенітальна патологія найбільш поширена серед жінок I групи (рис. 3), що частково обумовлено більш старшим їх віком.

Так, в I групі частота екстрагенітальної патології коливалась в межах 80 % проти 24 % II-ї групи.

Помітно виділяється відсоток хронічних захворювань нирок, органів травлення, анемії, ожиріння та варикозної хвороби. Дифузний зоб складає помітний відсоток в зв'язку з тим, що Кіровоградська область є ендемічною з даної патології. Важливо також відзначити, що значна частка екстрагенітальних захворювань набуті жінками I групи упродовж останніх десяти і більше років, що склали той-таки інтергенетичний

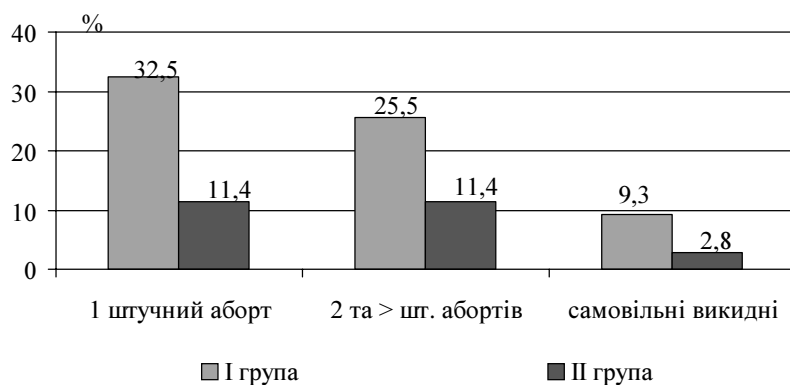


Рис. 2. Акушерсько-гінекологічний анамнез.

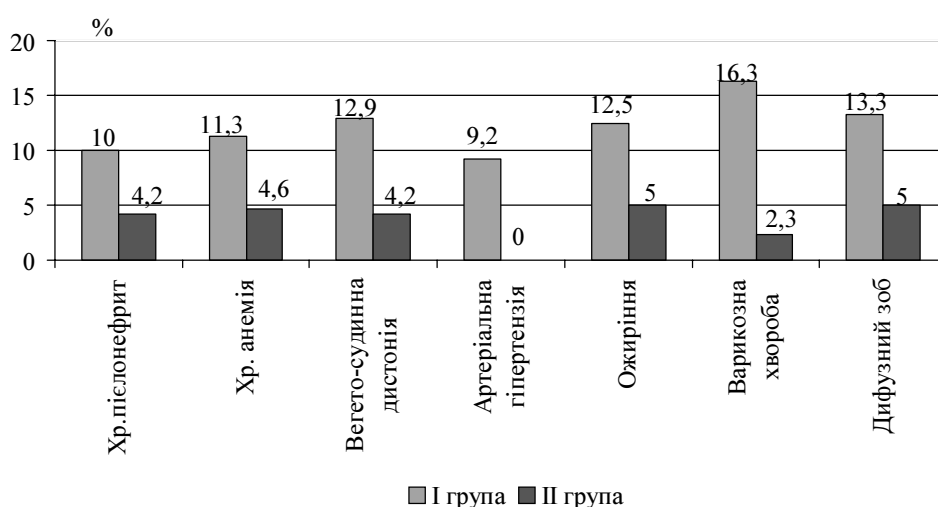


Рис. 3. Частота екстрагенітальної патології у досліджуваних жінок.

інтервал. Це є додатковим аргументом на користь народження другої дитини за 2–5 років після першої, а не за десять.

Аналізуючи структуру показань (табл. 2) кесаревого розтину за групами безперечно увагу звертає на себе перша група як за якісними так і кількісними абсолютними показами до операції кесарів розтин: дистрес плода мав місце в 26,7 % випадків, неспроможний рубець – підтверджений в усіх випадках як

клінічно так і за допомогою УЗД – 20,0 %, відсутність ефекту від лікування тяжких форм пізнього гестозу мала місце в 13,6 % випадків. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) та аномалії пологової діяльності стали причинами оперативного розродження в 6,7 % та 8,9 % випадків відповідно. 4,4 % операцій відбулися внаслідок рубцевої деформації шийки матки та піхви. Неправильне положення плода мало місце в 8,9 % випадків.

Таблиця 2. Показання до оперативного розродження, абс.ч. (%)

Покази до операції	I група, n=45	II група, n=34
Дистрес плода	12 (26,7)*	1 (2,9)
Неспроможний рубець на матці	9 (20,0)*	25 (73,5)
Відсутність ефекту від лікування тяжких форм пізнього гестозу	7 (15,6)*	0
ПВНРП	3 (6,7)	1 (2,9)
Тазове передлежання плода	4 (8,9)	4 (11,8)
Клінічно вузький таз	2 (4,4)	1 (2,9)
Аномалії пологової діяльності	4 (8,9)*	0
Рубцеві деформації ш/м та піхви	2 (4,4)	0
ЕКЗ	1 (2,2)	0
Інші	1 (2,2)	2 (5,9)

Примітка. \* – різниця достовірна відносно показників II групи.

Порівнюючи показання жінок II-ї групи до кесаревого розтину з I групою жінок треба відмітити, що помітно високим є відсоток оперативного розродження внаслідок неспроможності рубця на матці – 73,5 %, що може бути пов'язаним з недостатньою перервою між пологами. Частота кесарева розтину внаслідок неправильного положення плоду – 11,8 % – є подібною до першої групи. Дистрес плода мав місце лише в 2,9 % випадків. Операцій внаслідок відсутності ефекту від лікування тяжких форм пізнього гестозу та в зв'язку з аномаліями пологової діяльності в другій групі не було.

**ВИСНОВКИ.** Частота кесаревого розтину у жінок з великим інтергенетичним інтервалом досягає 18,8 %, у жінок з інтергенетичним інтервалом 3–5 років – 13,1 %, що обумовлено ускладненим перебігом вагітності та пологів, обтяженим акушерсько-гінекологічним та соматичним анамнезом.

Основними показаннями до кесаревого розтину у жінок з великим інтергенетичним інтервалом були:

дистрес плода (26,7 %), рубець на матці (20,0 %), тяжка ступень прееклампсії (15,6 %), аномалії пологової діяльності (8,3 %), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (6,7 %).

Основним показанням до кесаревого розтину у жінок з інтергенетичним інтервалом 3-5 років були неспроможність рубця на матці – 73,5 %, неправильне положення плоду – 11,8 %, дистрес плода – 2,9 %.

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.**

Таким чином жінки з великим інтергенетичним інтервалом складають групу підвищеного ризику щодо оперативного розродження. Шляхами зменшення частоти кесаревого розтину цього контингенту жінок є: профілактика плацентарної дисфункції що дозволить знизити кількість випадків дистресу плода; застосуванню стандартів профілактики прееклампсії у жінок групи ризику та їх ретельне спостереження, відслідкування патології прелімінарного періода і раціональне ведення пологів.

### **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 203 с.
2. Козодой А.А. Клінічні аспекти вагітності у жінок старше 40 років // ПАГ. – 2007. – № 4. – С. 168–170.
3. Голота В.Я., Курочка В.В. Частота пологів у вікових першороділь // ПАГ. – 2005. – № 2. – С. 79–80.
4. Козодой А.В. Особливості акушерської та перинатальної патології у жінок пізнього репродуктивного віку // ПАГ. – 2006. – № 3. – С. 71–73.

5. Беседін В.М., Дорошенко-Кравчик М.В. Вплив віку на репродуктивне здоров'я жінки. Перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду у немолодих першороділь // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 3. – С. 124–127.
6. Медков В.М. Демографія. 2-е изд. (серія "Высшее образование") (ГРИФ); Инфра-М. – М., 2008 г. – 683 с.
7. New England Journal of Medicine <http://www.health-ua.com/news/768/>
8. <http://mama.passion.ru/Lphp/idealnaya-raznitsa-mezhdu-rodami.htm>

Отримано 22.01.12 р.