

УДК 618.5-089.888

БЕНЮК В. О., ГИЧКА Н.М., КОТЕНОК А. С., КОВАЛЮК Т. В., БЕНЮК С. В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ В КИЇВСЬКОМУ МІСЬКОМУ ПОЛОГОВОМУ БУДИНКУ №3 ЗА 2018 РІК

Кесарський розтин в сучасному акушерстві є основною операцією в родопомочі і його частота за останні 50 років невпинно зростає. Причини для проведення цієї операції також збільшуються, зокрема, збільшується вік жінок, наявність операцій на матці в анамнезі, більшість пацієнток має екстрагенітальну патологію. В даній статті представлені результати вивчення частоти операції кесарського розтину в КМПБ №3 за 2018 рік, структура показань до абдомінального родорозрішення.

Мета дослідження: провести аналіз частоти виконання та структуру показань до операції кесарського розтину в КМПБ №3 у 2018 році.

Матеріали та методи: Нами проаналізовано історії пологів в Київському пологовому будинку №3 за 2018 рік. Оцінка проводилася за часткою від загальної кількості пологів, за критеріями ургентності, за розподілом показань до абдомінального розродження та за шкалою Робсона.

Результати дослідження та їх обговорення: За 2018 рік в Київському міському пологовому будинку №3 проведено 3539 пологів, з них 1065 (30,1%) вагітностей закінчились операцією кесарського розтину. В структурі показань до кесарського розтину за 2018 рік основне місце посідають жінки з рубцем на матці в анамнезі (30,61%), дистрес плода (16,71%). Аналіз за критеріями Робсона продемонстрував, що частота кесарського розтину по групах роділь в КМПБ №3 в 2018 році переважно знаходиться в межах значень, рекомендованих ВООЗ.

Висновки. Таким чином, планові абдомінальні родорозрішення переважають над ургентними, що вказує на більш адекватніший моніторинг вагітних в пренатальному періоді, точне визначення груп вагітних високого ризику. За показанням до операції основне місце посідають вагітні з рубцем на матці в анамнезі.

Ключові слова: кесарський розтин, рубець на матці, шкала Робсона.

В сучасному акушерстві залишається актуальним питанням розродження жінки шляхом операції кесарський розтин. Частота кесарського розтину невпинно зростає не тільки в усьому світі, а й в Україні. Так, за даними літератури за частотою кесарського розтину лідирують такі країни як: Китай (50 % пологів), Бразилія (39 %) та Куба (34 %) [1]. У Франції приблизно кожні п'яті пологи закінчуються операцією кесарський розтин [6], у США – кожні треті [10, 11]. В Україні відсоток операцій кесарів розтин за 2018 рік коливається від 19,0% до 30,8% від загальної кількості пологів в залежності від регіону. Що значно більший в порівнянні з попередніми роками (1999 – 9,58%, 2009р. – 16,1%, 2012р. – 12,1%. В той же час показник материнської смертності, асоційований з операцією кесар-

ського розтину становить приблизно 40 на 100 000 живонароджених дітей, що в 4 рази перевищує, відповідний показник при вагінальних пологах (10 на 100 000 живонароджених дітей) [7].

Причиною збільшення частоти кесарського розтину являються:

Збільшення кількості первісток, старше 30 років у поєднанні з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (аднексити, ендоміометрити, нейроендокринні розлади, реконструктивні операції на матці та додатках, міома матки, непліддя, ендометріоз і т. д.). Також ця група вагітних має високий відсоток екстрагенітальної патології, що обумовлює тяжкість протікання вагітності та пологів.

Впровадження в практику нових методів до-

слідження, що дозволяє встановити більш точний діагноз, а отже сприяє ранньому виявленню патологічних станів, що потребують абдомінального родорозрішення.

Розширення показань для кесарського розтину при тяжкому гестозі, тазовому передлежанні і передчасних пологах та в інтересах плода.

Утримання від накладання акушерських щипців.

Збільшення кількості вагітних з рубцем на матці в анамнезі [5].

У всьому світі активно обговорюється питання необхідності знизити частоту виконання операції кесарів розтин та обґрунтовано визначити основні показання для проведення операції. Всесвітня організація акушерів-гінекологів (FIGO) заявила про те, що дітонародження являється фізіологічним процесом, при якому зберігається здоров'я жінки та дитини, а не набуття патологічних станів, що підвищують материнську захворюваність та смертність. Тому кожне показання до оперативного розродження має бути обґрунтованим та визначати користь/шкоду як для роділлі, так і для плода.

Безпосередньо, при виборі операції кесарів розтин має місце згода жінки, яка повністю ознайомлена з можливими ризиками, ускладненнями та перевагами цієї операції як для неї, так і для новонародженого. Вагоме значення має високий професіоналізм хірурга та медичного персоналу при підготовці, та проведенні операції та в післяпологовому періоді [2].

До основних ускладнень, пов'язаних з операцією кесарів розтин належать: гістеректомія (7 - 8 на 1000), повторні хірургічні втручання (5 на 1000), тромбоемболічні ускладнення (4 - 16 на 10000), пошкодження сечового міхура (1 на 1000), пошкодження сечоводу (3 на 10000), смерть (1 на 12000). Для наступних вагітностей: розрив матки під час наступних пологів (2 - 7 на 1000), ризик антенатальної загибелі плода (4 на 1000), передлежання та прирощення плаценти (4 - 8 на 1000). З боку плода: пошкодження шкіри (2 на 100), дихальні розлади (35 на 1000) [3]. Дані літератури підтверджують негативну дію на плід засобів для знеболення оперативних пологів. Особливостями раннього періоду адаптації «кесарських дітей» є неврологічні порушення різного ступеня важкості, гіпербілірубінемія неуточної етіології (28,3%), захворювання серцево-судинної системи (17,5%) [4].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ - провести аналіз частоти виконання операції кесарів розтин та структуру показань до кесарського розтину в КМПБ №3 у 2018 році.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Для досягнення мети нами проаналізовано історії пологів в Київському пологовому будинку №3 за 2018 рік. Оцінка проводилася за часткою від загальної кількості пологів, за критеріями ургентності, за розподілом показань до абдомінального розродження та за шкалою Робсона.

Ургентність операції кесарський розтин визначалась згідно структури показань до оперативного розродження залежно від діючих нормативно-правових документів (Наказ МОЗ України 27.12.2011 № 977 Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин»). А саме:

1 категорія - існує значна загроза життю матері та/або плода, операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань.

2 категорія - стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає, операцію має бути розпочато не пізніше 30 хвилин від визначення.

3 категорія - стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження, операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин.

4 категорія – за попереднім планом у запланований день та час .

Покази до абдомінального родорозрішення оцінювалися згідно наказу МОЗ України № 977 «Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» від 27.12.2011.

ВООЗ запропонувала прийняти «класифікацію Робсона» в якості загальноприйнятої системи класифікації кесарського розтину. Відповідно до цієї класифікації, що носить ім'я ірландського лікаря Майкла Робсона, який запропонував її ще в 2001 році, кожна жінка, яка надходить до пологового відділення, може бути віднесена до однієї з 10 груп на основі характеристик, що легко визначаються, таких як число попередніх вагітностей, розташування передлежачої частини, термін гестації, кесарів розтин в анамнезі, кількість дітей і ознаки початку пологів [9]. Використання цієї системи дозволяє проводити порівняльний аналіз частоти виконання кесаревого розтину як в рамках окремо взятих установ, так і між різними установами охорони здоров'я, а також між країнами і регіонами (табл. 1).

Таблиця 1

Критерії Робсона в модифікації D.Farine, D.Shepherd [8]

Група 1	Першороділлі, >37 тиж Одноплідна вагітність в головному передлежанні Спонтанний початок пологів	Група 6	Першороділлі Одноплідна вагітність в тазовому передлежанні
Група 2	Першороділлі, >37 тиж. Одноплідна вагітність В головному передлежанні 2a – індукція пологів 2b – плановий кесарський розтин	Група 7	Повторнороділлі Одноплідна вагітність в тазовому передлежанні (включаючи рубець на матці)
Група 3	Повторнороділлі (без рубця на матці) >37 тиж Одноплідна вагітність в головному передлежанні, спонтанний початок пологів	Група 8	Багатоплідна вагітність (включаючи рубець на матці)
Група 4	Повторнороділлі(без рубця на матці) >37 тиж Одноплідна вагітність в головному передлежанні 4a – індукція пологів 4b – плановий кесарський розтин	Група 9	Одноплідна вагітність в поперец- ному або в косому передлежанні плода (включаючи рубець на матці)

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ
ОБГОВОРЕННЯ**

За 2018 рік в Київському міському пологовому будинку №3 проведено 3539 пологів, з них 1065 вагітностей закінчились операцією кесарського розтину, що складає 30,1% від загальної кількості.

В першу чергу, нами встановлено ургентність оперативних втручань: плановий кесарський розтин – 691 (64,9% від загального числа операцій) та ургентний – 374 (35,1%) випадки.

Ургентний кесарів розтин в КМПБ №3 в 2018 році проведено з наступною частотою: 1 категорія - 19,39% від загально числа кесарського розтину, 2 категорія в 11,47% випадків, 3 категорія - склала 4,25% кесарського розтину. Основними показаннями до ургентного кесарського розтину 3 категорії стало передчасне вилиття навколоплідних вод поєднане з одним з показань до планового абдомінального родорозрішення (рис.1).

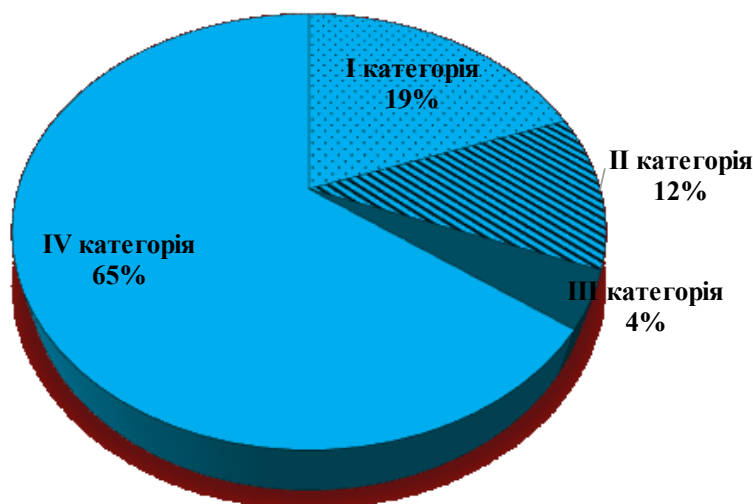


Рис. 1 Структура показань до кесарського розтину за категоріями ургентності в КМПБ №3 за 2018 рік.

Ми можемо спостерігати значно більший відсоток планових кесарських розтинів (64,9%) – 4 категорія ургентності, завдяки своєчасній диспансеризації вагітних в умовах жіночої консультації. Рання діагностика патологічних станів, обґрунто-

ване рішення про необхідність планового кесарського розтину знижує стресорний фактор для вагітної, надає можливість повноцінного обстеження та фізіопсихопрофілактики стресорної ситуації у вигляді абдомінального родорозрішення, вибору

адекватного методу знеболення і мінімально травмуючої методики проведення операції.

За показаннями до абдомінального розроджен-

ня оперативні пологи в КМПБ №3 в 2018 році розподілилися наступним чином (табл. 2).

Таблиця 2

Структура показань до абдомінального родорозрішення в КМПБ №3 в 2018 році (n=1065)

Показання до операції	Абсолютне число	Відсоток від загальної кількості операцій
Рубець на матці в анамнезі	326	30,61%
Дистрес плода	178	16,71%
Неправильне передлежання плода	177	16,61%
Слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозному лікуванню	79	7,42%
Багатоплідна вагітність	77	7,23%
Клінічно вузький таз	60	5,64%
Екстрагенітальна патологія	59	5,54%
Пізній гестоз	48	4,51%
Передчасне відшарування плаценти	26	2,44%
Передлежання плаценти	12	1,13%
Доброякісні пухлини матки	23	2,16%

Як видно з даної таблиці, у структурі показань до кесарського розтину за 2018 рік основне місце посідають жінки з рубцем на матці в анамнезі (326 роділей, 30,61%).

Однією з найчастіших причин ургентного кесарського розтину являється дистрес плода – 178 (16,71%), це можна пояснити тим, що у відділенні патології вагітних КМПБ №3 кожній жінці при поступленні проводиться запис КТГ на апараті Sonicaid, де, крім шкали Фішера, для визначення внутрішньоутробного стану плода, використовують критерії Доуза-Редмана та обраховується показник STV, що демонструє наявність (чи відсутність) ме-

таболічного ацидозу, який, в свою чергу являється прогностичним маркером антенатальної загибелі плода. Це дає змогу більш точно встановити діагноз, спрогнозувати подальший перебіг пологів та пренатальний результат, коректніше та більш адекватно прийняти рішення щодо вагінального чи абдомінального родорозрішення.

Розподіл прооперованих жінок по групах за критеріями Робсона у відсотках від загальної кількості роділей в даній групі в КМПБ №3 за 2018 рік та відповідні рекомендовані ВООЗ значення частоти кесарського розтину представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Звіт за шкалою Робсона за 2018 рік в КМПБ №3

Група	Частота кесарського розтину в групі, %	Рекомендований показник, %
1	6,7	Менше 10,0
2	24,45	20,0 – 35,0
3	1,9	3,0
4	4,4	15,0
5	89,7	50,0 – 60,0
6	72	
7	77,3	
8	68,5	60,0
9	100	
10	29,7	30,0

Результати проведеного аналізу продемонстрували, що частота кесарського розтину в КМПБ№3 в 2018 році знаходиться в межах значень, рекомендованих ВООЗ. Відхилення в групі 5 може свідчити про те, що родилі з рубцем на матці в анамнезі, обізнані про можливі ризики під час пологів, особливо при наявності супутньої акушерської патології, наприклад передлежання плаценти або неправильне положення плода, неспроможність післяопераційного рубця, свідомо відмовляються від спроби вагінальних пологів. Хоча лікарі КМПБ№3 широко практикують вагінальне розродження після попереднього кесаревого розтину, гарно обізнані з даною методикою.

В групі 8 у частоті оперативного розродження у КМПБ№3 в 2018 році відмічається незначне перевищення рекомендованих значень. На нашу думку, це можна пояснити тим, що багатоплідна вагітність у більшості жінок даної групи настала в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Ці жінки, як правило мають певний спектр гінекологічних захворювань, тривалий анамнез непліддя, відповідний психофізіологічний стан. Також у цю групу входять жінки старшого репродуктивного віку, які мають екстрагенітальну патологію, пологи (часто оперативні) в анамнезі та обтяжений перебіг даної вагітності, що вимагає оперативного розродження. Крім цього, ще одним показанням до операції кесарського розтину при багатоплідді є неправильне положення одного і/або обох плодів.

ВИСНОВКИ

Проаналізувавши частоту виконання операції кесарського розтину та структуру показань до виконання операції в Київському міському пологовому будинку №3 за 2018 рік, можна зробити висновки: планові абдомінальні родорозрішення переважають над ургентними, що вказує на більш адекватніший моніторинг вагітних в пренатальному періоді, точне визначення груп вагітних високого ризику. За показанням до операції основне місце посідають вагітні з рубцем на матці в анамнезі. Цей показник залежить від підготовки жінки до пологів у гравідарному періоді, наявності супутньої акушерської патології, страх жінки народжувати вагінальним шляхом, маючи рубець на матці. Нашою задачею на майбутнє є, в першу чергу знизити показник частоти ургентного кесарського розтину у жінок з акушерською патологією, проводити освітньо-про-

світницьку роботу з населенням ще на прегравідарному етапі, знизити частоту кесарського розтину в перших пологах за рахунок використання сучасних підходів до менеджменту роділь.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Маркін Л. Місце оперативного розродження в сучасному акушерстві / Л. Маркін // Медична спеціальність анестезіологія та інтенсивна терапія, акушерство та гінекологія. – 2016. – № 2. – С. 8.
2. C-Sections: How to Stop the Epidemic. FIGO. Точка доступу: <https://www.figo.org/news/figo-position-paper-c-sections-how-stop-epidemic>
3. Наказ МОЗ України № 977 «Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» від 27.12.2011.
4. Починок Т.В. Кесарський розтин як фактор ризику розвитку соматичної патології у дітей / Починок Т.В., Климчук В.В. // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2014. -Т. IV, № 2(12). - с.117 – 123.
5. Руководство по акушерству/под ред. И. С. Сидорова, В. И. Кулакова. Москва: «Медицина», 2006 – 848 с.
6. Чумаченко Є. Спінальна анестезія при оперативному розродженні. Нове в профілактиці та лікуванні артеріальної гіпотензії / Є. Чумаченко // Медична спеціальність анестезіологія та інтенсивна терапія, акушерство та гінекологія. – 2016. – № 2. – С. 12.
7. Д.В. Кульчицький Комплексна профілактика інтра- та післяопераційних ускладнень при кесаревому розтині // Автореф. дис... к.м.н., Київ, 2017 – 20 с.
8. Farine D. Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria / D. Farine, D. Shepherd // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2012. – Vol. 34, № 10. – P. 976–979.
9. Венцківська І. Б. Оцінка структури абдомінального розродження в Перинатальному центрі м. Києва за шкалою Робсона./ І. Б. Венцківська, Біла В. В., О. С. Загородня // Reproductive Health. Eastern Europe.- 2019.- с/ 13-16.
10. Boyle A. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem / A. Boyle, U. M. Reddy // Semin Perinatol. – 2012. – Vol. 36, № 5. – P. 308–314.
11. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery / ACOG, Society for Maternal-Fetal Medicine / Obstet Gynecol. – 2014. – Vol. 123, № 3. – P. 693–711.

REFERENCES

1. Markin L. The place of surgical delivery in modern obstetrics. Medychna spetsialnist anesteziolohiia ta intensyvna terapiia, akusherstvo ta hinekolohiia. 2016;2:8.
2. C-Sections: How to Stop the Epidemic. FIGO. <https://www.figo.org/news/figo-position-paper-c-sections-how-stop-epidemic>
3. Ministry of Health of Ukraine Order No. 977 «Clinical protocol of obstetric care «Caesarean section» from 27.12.2011.
4. Pochynok T.V., Klymchuk V.V. Caesarean section as a risk factor for the development of somatic pathology in children. Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna. 2014; Vol. IV.2(12):117 – 123.
5. Sydorova Y.S., Kulakova V.Y. Guide to Obstetrics. Moscow: “Medicine”.2006.848.
6. Chumachenko Ye. Spinal anesthesia at operative delivery. New in the prevention and treatment of arterial hypotension. Medychna spetsialnist anesteziolohiia ta intensyvna terapiia, akusherstvo ta hinekolohiia. 2016;2:12.
7. Kulchytskyi D.V. Complex prevention of intra- and postoperative complications at caesarean section. Author’s abstract of PhD dissertation. Kyiv, 2017:20.
8. Farine D., Shepherd D. Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria. J. Obstet. Gynaecol. Can. 2012;34(10):976–979.

9. Ventskivska I.B., Bila V.V., O.S. Zahorodnia. Assessment of the structure of the abdominal delivery in the Perinatal Center of Kyiv on the Robson scale. *Reproductive Health. Eastern Europe.* 2019;13-16.
10. Boyle A., U. M. Reddy. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. *Semin Perinatol.* 2012;36(5):308–314.
11. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. ACOG, Society for Maternal-Fetal Medicine. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3): 693–711.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В КИЕВСКОМ ГОРОДСКОМ РОДДОМЕ №3 В 2018 ГОДУ

БЕНЮК В. А., ГЫЧКА Н.М.,
КОТЕНОК А. С., КОВАЛЮК Т.В.,
БЕНЮК С. В.

Кесарево сечение в современном акушерстве является основной операцией в родовспоможения и его частота за последние 50 лет неуклонно растет. Причины для проведения этой операции также растут, в частности, увеличивается возраст женщин, наличие операций на матке в анамнезе, большинство пациенток имеет экстрагенитальную патологию. В данной статье представлены результаты изучения частоты операции кесарева сечения в КГРД №3 в 2018 году, структура показаний к абдоминальному родоразрешению.

Цель исследования: провести анализ частоты выполнения и структуру показаний к операции кесарева сечения в КГРД №3 в 2018 году.

Материалы и методы: Нами проанализированы истории родов в Киевском роддоме №3 в 2018 году. Оценка проводилась по доле от общего количества родов, по критериям срочности, по распределению показаний к абдоминальному родоразрешению и по шкале Робсона.

Результаты исследования и их обсуждение: В 2018 году в Киевском городском роддоме №3 проведено 3539 родов, из них 1065 (30,1%) беременностей закончились операцией кесарева сечения. В структуре показаний к кесареву сечению в 2018 году основное место занимают женщины с рубцом на матке в анамнезе (30,61%), дистресс плода (16,71%). Анализ по критериям Робсона продемонстрировал, что частота кесарева сечения по группам рожениц в КГРД №3 в 2018 году преимущественно находится в пределах значений, рекомендованных ВОЗ.

Выводы. Таким образом, плановые абдоминальные родоразрешения преобладают над срочными, что указывает на более адекватный мониторинг беременных

в пренатальном периоде, точное определение групп беременных высокого риска. По показаниям к операции основное место занимают беременные с рубцом на матке в анамнезе.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, шкала Робсона

SUMMARY

CLINICAL – STATISTICAL ANALYSIS OF CAESAREAN SECTION CASES IN KYIV MATERNITY HOUSE №3 IN 2018

BENYUK V.O., HYCHKA N.M.,
KOTENOK A.S., KOVALIUK T.V.,
BENIUK S.V.

Caesarean section is the main operation in modern obstetrics and its frequency is steadily increasing over the past 50 years. The reasons for this operation are also increased, in particular, the age of women increases, the presence of operations on the uterus in the history, most patients have extragenital pathology. This article presents the results of studying the frequency of the Caesarean section in the Maternity house №3 in 2018, the structure of indication for abdominal delivery.

The aim of the study was to analyze the frequency and the structure of the indications for the Caesarean section in the Maternity house №3 in 2018.

Materials and methods: We analyzed the labour case histories in the Kyiv Maternity house №3 in 2018. The assessment was based on the proportion of the total number of births, the criteria for urgency, the distribution of indications for abdominal delivery and the Robson scale.

Results of the study and their discussion: In 2018, in the Kyiv City Maternity house №3 3539 deliveries were carried out, 1065 (30.1%) of which ended with the Caesarean section. In the structure of indications for a caesarean section in 2018, women with a scar on the uterus (30.61%) and fetal distress (16.71%) occupy the main place. Robson's analysis demonstrated that the frequency of Caesarean section Kyiv City Maternity house №3 in 2018 is mostly within the values recommended by WHO.

Conclusions Thus, the planned abdominal roughness resolves over the urgent, indicating more adequate monitoring of pregnant women in the prenatal period, the precise definition of high-risk pregnant women. According to the indications for surgery, pregnant women with a history of a uterus scarring take the main place.

Key words: Caesarean section, scar on the uterus, Robson scale