

Г.І. Іщенко, Н.К. Деменіна

Динаміка оперативного розродження в сучасному акушерстві (огляд літератури)

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGIYA AND PEDIATRIYA.2019.2(78):54-57; doi 10.15574/PP.2019.78.54

Кесарів розтин — хірургічна процедура, яка може призвести до численних ускладнень як з боку матері, так і дитини. ВОЗ вважає, що коефіцієнт кесаревого розтину на рівні 5–15% є оптимальним для цілеспрямованого виконання кесарева розтину за медичної необхідності.

Останніми роками частота кесаревого розтину у світі зростає, як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються (з 16 млн, або 12,1% усіх пологів, у 2000 р. до 29,7 млн, або 21,1% усіх пологів, у 2015 р.). Причини цього зростання різноманітні. Раніше це робилося для здоров'я матері, але зараз відіграє важливу роль плід.

У статті проведено систематичний огляд літератури для визначення частоти та материнських ускладнень, пов'язаних із кесаревим розтином, без медичного показання порівняно з вагінальним розродженням.

Кесарів розтин належить до складних оперативних втручань із високою частотою інтра- і післяопераційних ускладнень. Ризик ускладнень у матері під час абдомінального розродження зростає у понад 10 разів, а ризик материнської смертності — у 5 разів. Серед післяопераційних ускладнень найчастіше зустрічаються ендометрит, нагноєння післяопераційного шва, інфільтрати параметрію, інфільтрати передміхурової клітковини, гематоми різної локалізації, провисання лігатур, а також перитоніт, сепсис. Інфекційні ускладнення у світі входять до числа перших 5 причин материнської захворюваності та смертності. Післяпологовий період після кесаревого розтину характеризується розвитком больового синдрому, прояви якого значно погіршують загальне самопочуття, рухову активність та якість життя пацієнток.

Першочерговим завданням акушерства є вдосконалення методів зменшення частоти кесаревого розтину з урахуванням абсолютних показань до оперативного розродження.

Ключові слова: кесарів розтин, частота, материнська захворюваність, фактори ризику, післяопераційні ускладнення, показання.

Dynamics of Operative Delivery in Modern Obstetrics (literature review)

A.I. Ishchenko, N.K. Demenina

SI Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O. Lukyanova of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

A cesarean section is a surgical procedure which can lead to numerous complications in both mother and child. The World Health Organization considers Cesarean section rates of 5-15% to be the optimal range for targeted provision of this life saving intervention.

In recent years, the cesarean section rate has increased in different parts of the world, both in developed and developing countries (from 16 million, or 12.1% of all births, in 2000 to 29.7 million, or 21.1% of all births in 2015). The reasons for the increase are multifaceted.

Earlier it used to be done for health of the mother but now fetal interest has played a major role.

This study aimed to perform a systematic review to determine the risks of rates, maternal complications associated with cesarean section without medical indication compared to vaginal delivery.

Caesarean section is a complex surgical intervention with a high incidence of intra- and postoperative complications. The risk of maternal complications during abdominal delivery increases by more than 10 times, and the risk of maternal mortality - by 5 times. Among postoperative complications, endometritis, postoperative suture suppuration, parametrium infiltrates, prostate tissue infiltrates, hematomas of various localization, sagging of ligatures, as well as peritonitis, sepsis are most common. Infectious complications are among the top 5 causes of maternal morbidity and mortality around the globe. Postpartum period after cesarean section is characterized by development of pain syndrome, manifestations of which significantly worsen general well-being, physical activity and quality of life of patients. The primary task of obstetrics is to improve methods for reducing the frequency of cesarean section, taking into account absolute indications for operative delivery.

Key words: Cesarean delivery, cesarean rate, maternal morbidity, risk factors, perioperative complications birth, Indications.

Динамика оперативного родоразрешения в современном акушерстве (обзор литературы)

Г.И. Іщенко, Н.К. Деменіна

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев

Кесарево сечение — хирургическая процедура, которая может привести к многочисленным осложнениям, как со стороны матери, так и ребенка. ВОЗ считает, что коэффициент кесарева сечения на уровне 5–15% является оптимальным для целенаправленного выполнения кесарева сечения при медицинской необходимости.

В последние годы уровень кесарева сечения увеличился в мире, как в развитых, так и в развивающихся странах (с 16 млн, или 12,1% всех родов, в 2000 г. до 29,7 млн, или 21,1% всех родов, в 2015 г.). Причины этого роста разнообразны. Раньше это делалось для здоровья матери, но сейчас играет важную роль плод.

В статье проведен систематический обзор литературы для определения частоты и материнских осложнений, связанных с кесаревым сечением, без медицинского показания по сравнению с вагинальным родоразрешением.

Кесарево сечение относится к числу сложных оперативных вмешательств с высокой частотой интра- и послеоперационных осложнений. Риск осложнений у матери во время абдомінального родоразрешения возрастает более чем в 10 раз, а риск материнской смертности — в 5 раз. Среди послеоперационных осложнений чаще всего встречаются эндометрит, нагноение послеоперационного шва, инфильтраты параметрия, инфильтраты предстательной клетчатки, гематомы различной локализации, провисание лигатур, а также перитонит, сепсис. Инфекционные осложнения в мире входят в число первых 5 причин материнской заболеваемости и смертности. Послеродовой период после кесарева сечения характеризуется развитием болевого синдрома, проявления которого значительно ухудшают общее самочувствие, двигательную активность и качество жизни пациенток.

Первоочередной задачей акушерства является совершенствование методов уменьшения частоты кесарева сечения с учетом абсолютных показаний к оперативному родоразрешению.

Ключевые слова: кесарево сечение, частота, материнская заболеваемость, факторы риска, послеоперационные осложнения, показания.

Кесарів розтин є найбільш поширеною операцією в багатьох країнах світу. Як правило, його виконують для збереження життя жінки та плода в разі виникнення ускладнень під час вагітності або пологів. Сьогодні у країнах із середнім та високим рівнем доходу відмічається тенденція до застосування непотрібних дороговартісних процедур та оперативних тактик, при цьому у країнах із низьким рівнем доходу, навпаки, спостерігається істотно недостатнє виконання дороговартісних процедур та оперативних втручань, навіть за необхідності. Однак використання кесаревого розтину з немедичних причин викликає занепокоєння, оскільки це пов'язано зі значними віддаленими наслідками та суттєвими витратами на медичне обслуговування [11]. Кількість новонароджених шляхом кесаревого розтину постійно зростає — приблизно з 16 млн (12,1% усіх пологів) у 2000 р. до 29,7 млн (21,1% усіх пологів) у 2015 р. (дані дослідження, опублікованого в журналі «The Lancet»). У багатьох випадках оперативна тактика не виправдана. Це підтверджують дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), за якими, лише 10–15% усіх пологів потребують проведення кесаревого розтину, а необґрунтоване підвищення його частоти призводить до збільшення кількості післяпологових ускладнень та порушення адаптаційних можливостей новонародженої дитини.

Серія з трьох статей, опублікованих у журналі «The Lancet», показує, що у 106 із 169 країн питома вага кесаревого розтину становить близько 10–15% усіх пологів, що вважається оптимальним (рис. 1). Щонайменше у 15 країнах рівень кесаревого розтину перевищує 40%, зокрема, у Домініканській Республіці (58,1%), Бразилії (55,5%), Єгипті (55,5%) і Туреччині (53,1%). У Великій Британії частота кесаревого розтину зросла з 19,7% у 2000 р. до 26,2% у 2015 р. [15].

За даними МОЗ України від 2017 р., частота кесаревого розтину в різних регіонах країни коливається в межах 18–25% від загальної кількості пологів та не має тенденції до зниження.

На підставі класифікації МКХ-10 (рис. 2), найпоширенішою причиною (24,1%) для виконання цієї операції є наявність кесаревого розтину в анамнезі. Інші показання включають: дистрес плода — 20,6%; тривалі і ускладнені пологи — 15,9%; патологію амніотичної рідини — 14,3%; перенесену вагітність — 13,1%; материнські причини, пов'язані з вагітністю — 4,5%; неправильне положення плода — 3,5%; гіпертонічний розлад у вагітних — 2,5%; плаценту Превіа — 0,78%; тяжкі соматичні захворювання, що ускладнюють вагітність — 0,7% [4].

З 2014 р. ВООЗ запропонувала інструмент для моніторингу частоти кесаревого розтину на рівні медичних закладів, за основу якого взято класифікацію Робсона [5, 16, 20].

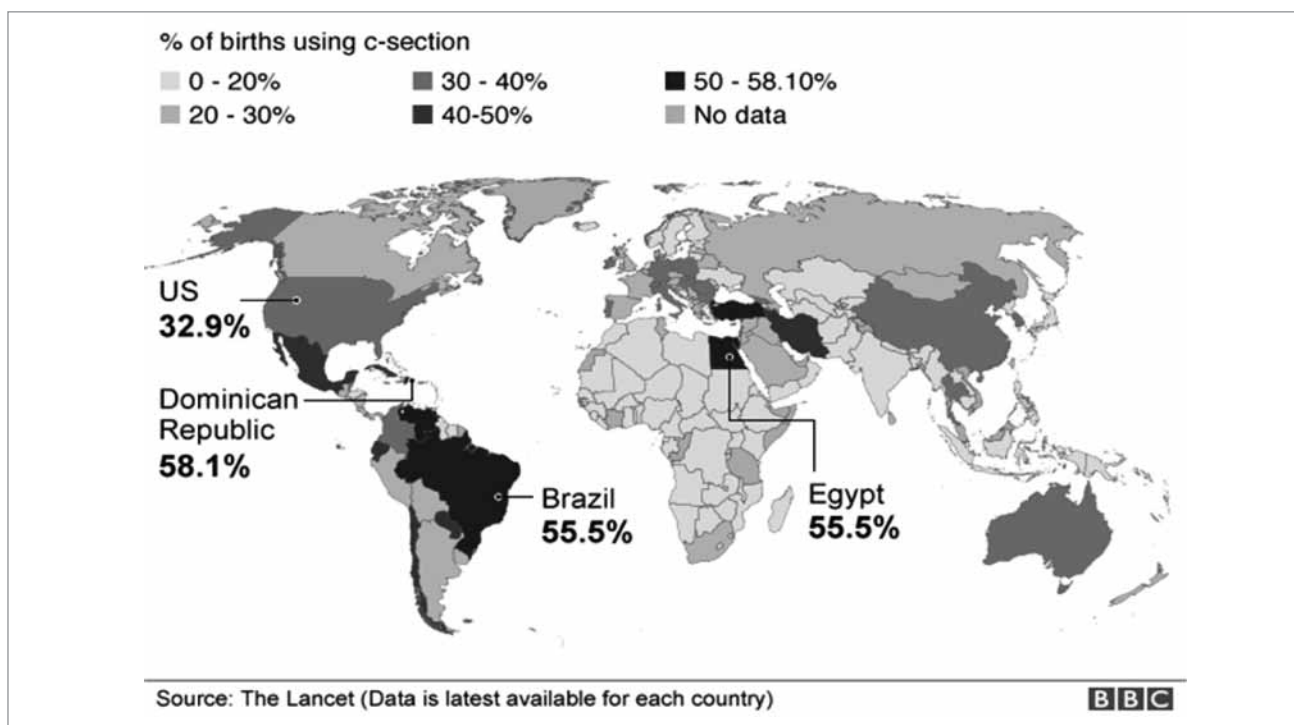


Рис. 1. Частота проведення кесаревого розтину у світі (за даними журналу «The Lancet»)

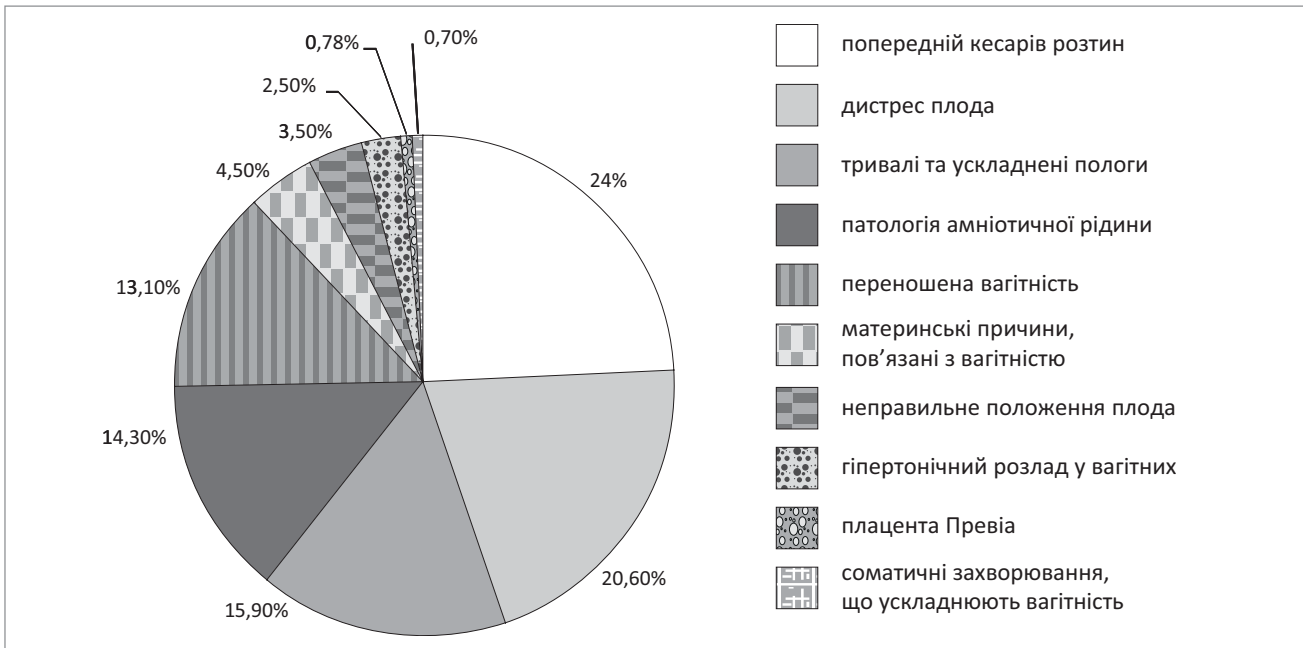


Рис. 2. Причини кесаревого розтину відповідно до класифікації МКХ-10

Згідно з цією системою, кожен жіночий анамнез, який надходить до пологового відділення, відносять до однієї з 10 груп на основі таких характеристик: кількість попередніх вагітностей; положення плода; гестаційний вік; кесарів розтин в анамнезі; кількість плодів. Використання цієї системи дає змогу проводити аналіз частоти виконання кесаревого розтину як у рамках закладу, так і між різними установами охорони здоров'я, а також між країнами і регіонами [7, 8]. Єдиного консенсусу щодо оптимальної хірургічної тактики згідно з ВООЗ ще не досягнуто. Вибір методу операції визначають за конкретною акушерською ситуацією, станом вагітної, плода, кваліфікацією хірурга. Проте під час кесаревого розтину перевагу надають методу хірургічного втручання шляхом розтину в нижньому сегменті матки поперечним розрізом [10, 13]. Гострий та хронічний біль після кесаревого розтину залежить переважно від типу шкірного розрізу і подальшого доступу в порожнину малого тазу, що, своєю чергою, пов'язано із соматичною іннервацією передньої черевної стінки [19].

Доступ за Пфанненштилем, імовірно, є найбільш частим розрізом в акушерстві та гінекології, оскільки він забезпечує адекватну експозицію органів малого тазу, відмінну післяопераційну спроможність швів і задовільні косметичні результати. Методика Місгав—Ладах — модифікована техніка кесаревого розтину з лапаротомією за Джоель—Кохан, розроблена Старком і колегами у 1995 р. Переваги

цього методу — коротший час оперативного втручання, менша кількість шовного матеріалу, менша інтраопераційна крововтрата, зменшення інтенсивності післяопераційного болю, зниження частоти гнійно-запальних ускладнень [17].

У кількох оглядах, два з яких були Кокранівськими статтями, порівнювали особливості перебігу післяопераційного періоду та реабілітацію жінок після технік за Пфанненштилем і Місгав—Ладах, де зазначили переваги останньої, зокрема зменшення частоти й тривалості післяопераційного болю [13, 18].

Незважаючи на уявну технічну простоту, кесарів розтин належить до складних оперативних втручань із високою частотою інтра- і післяопераційних ускладнень. Ризик ускладнень у матері під час абдомінального розродження зростає у понад 10 разів, а ризик материнської смертності — у 5 разів. Серед післяопераційних ускладнень найчастіше зустрічаються ендометрит, нагноєння післяопераційного шва, інфільтрати параметрію, інфільтрати передміхурової клітковини, гематоми різної локалізації, провисання лігатур, а також перитоніт, сепсис. Інфекційні ускладнення у світі входять до числа перших 5 причин материнської захворюваності та смертності [2, 3].

За деякими даними, інфекції в післяпологовому періоді виникають шляхом висхідного ураження порожнини матки мікрофлорою нижніх статевих шляхів. Неодноразово доведено, що післяпологові гнійно-запальні зах-

ворювання — це полімікробні захворювання, які можуть бути викликані хламідіями, мікоплазмами, вірусами та іншими мікроорганізмами, однак провідну роль в їх етіології відіграє умовнопатогенна мікрофлора, у більшості випадків (80–90%) асоціації аеробних та анаеробних спороутворюючих мікроорганізмів, що складають нормальну мікрофлору статевих шляхів у жінок [1, 3].

За даними Американської академії педіатрії та Американської колегії акушерів та гінекологів, післяпологовий ендометрит розвивається приблизно у 60% жінок, які перенесли кесарів розтин в екстреному порядку, та у 24% — у плановому [12].

Кесарів розтин — одна з найчастіших оперативних втручань на черевній порожнині, що проводять хірурги різних рівнів кваліфікації. Сучасні досягнення медичної науки та

практики (удосконалення хірургічної методики, синтетичні шовні матеріали, антибіотики та препарати для інфузійної терапії) дали змогу суттєво знизити показники материнської і неонатальної захворюваності та смертності. Проте необґрунтоване підвищення частоти абдомінального розродження провокує збільшення кількості інтра- та післяопераційних ускладнень, основними з яких є кровотечі та гнійно-запальні стани. З іншого боку, післяпологовий період після кесаревого розтину характеризується розвитком больового синдрому, прояви якого значно погіршують загальне самопочуття, рухову активність та якість життя пацієнток [3].

З огляду на вищенаведене, першочерговим завданням акушерства є вдосконалення методів зменшення частоти кесаревого розтину з урахуванням абсолютних показань до оперативного розродження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовин СВ, Ткаченко ЛВ, Селихова МС. (2012). Послеродовые инфекционные осложнения: проблемы и перспективы. Волгоград: 180.
2. Гайдай НВ, Сирина НК, Сирина ТН и др. (2010). Профилактика гнойно-септических осложнений у беременных с рубцом на матке после абдоминального родоразрешения. Здоровье женщины. 10: 93–94.
3. Кульчицкий ДВ. (2017). Комплексна профілактика інтра- та післяопераційних ускладнень при кесаревому розтині. Автореферат канд. мед. наук, спец.14.01.01 — Акушерство та гінекологія. Нац. мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика: 20.
4. Ana Pilar Betran, Marleen Temmerman, Carol Kingdon, Abdu Mohiddin, Newton Opiyo, Maria Regina Torloni, Jun Zhang, Othiniel Musana, Sikolia Z Wanyonyi, Ahmet Metin Gulmezoglu. (2018, October 13–19). Soo Downe Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*. 392; 10155: 1358–1368.
5. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436–437.
6. Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW et al. (2017). Healthcare infection control practices advisory committee: Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection. *JAMA*. 152: 784–791.
7. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. (2014). A systematic review of the Robson Classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS ONE*. 9: e97769.
8. Betran A, Torloni M, Zhang J, Gulmezoglu A. (2015). WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
9. Downe S, Simpson L, Trafford K. (2007). Expert intrapartum maternity care: a meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*. 57: 127–140.
10. Franchi M, Ghezzi F, Raio L, Di Naro E, Miglierina M et al. (2002). Joel-Cohen or Pfannenstiel incision at cesarean delivery: does it make a difference? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 81: 1040–1046.
11. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report. Background Paper*. 30.
12. Guidelines for perinatal care (2007). 6th ed. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists: 450.
13. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. (2008). Techniques for caesarean section *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD004662.
14. Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. (2013). Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 5: CD004453.
15. Ties Boerma, Carine Ronsmans, Dessalegn Y Melesse, Aluisio J D Barros, Fernando C Barros, Liang Juan, Ann-Beth Moller, Lale Say, Ahmad Reza Hosseinpoor, Mu Yi, Dacio de Lyra Rabello Neto, Marleen Temmerman. (2018, October 13–19). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 392; 10155: 1341–1348.
16. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M et al. (2011). Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 6: e14566.
17. Xavier P, Ayres-De-Campos D, Reynolds A, Guimaraes M, Costa-Santos C et al. (2005). The modified Misgav-Ladach versus the Pfannenstiel-Kerr technique for caesarean section: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 84: 878–82.
18. Walsh CA (2010). Evidence-based cesarean technique. *Curr Opin Obstet Gynecol* 22: 110–115.
19. Whiteside JL, Barber MD, Walters MD, Falcone T. (2003). Anatomy of ilioinguinal and iliohypogastric nerves in relation to trocar placement and low transverse incisions. *Am J Obstet Gynecol*. 189: 1574–1578; discussion 1578.
20. WHO Statement on caesarean section rates: Executive summary (2015).

Сведения об авторах:

Деменина Надежда Каземировна — к.мед.н., н.с. 2-го акушерского отделения ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды.

Ищенко Анна Ивановна — к.мед.н., н.с. 2-го акушерского отделения ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-82-87.

Статья поступила в редакцию 18.01.2019 г.; принята в печать 27.05.2019 г.