

УДК:618.1-055.2(470.26)

ЖУК С.І., ЩУРЕВСЬКА О.Д.  
Національна медична академія  
післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика,  
м.Київ

## КЕСАРІВ РОЗТИН ПРИ СТРЕС-СКОМПРОМЕТОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ

*Частота і структура патологічних пологів може бути одним з показників соціально-економічного статусу країни.*

*Метою нашого дослідження став аналіз структури кесаревих розтинів у жінок-переселенок.*

*Матеріали і методи. Проведено аналіз 107 кесаревих розтинів у даної групи жінок згідно класифікації М.Робсона. Група порівняння -873 оперативних пологів у жінок, що проживають в м.Києві.*

*Результати дослідження та висновки. Згідно отриманих результатів виділено основні групи ризику в структурі показань до операції у жінок-переселенок: дистрес плода, тазове передлежання плода і наявність рубця на матці після попереднього кесаревого розтину. Обґрунтовано можливість зниження питомої ваги кесаревих розтинів за рахунок перинатальних показань і проведення консультування щодо розродження жінок з оперованою маткою.*

**Ключові слова:** вагітність, пологи, кесарів розтин, жінки-переселенки, стрес.

Спосіб розродження визначає не тільки основні показники якості надання медичної допомоги і роботи акушерської служби в конкретному лікувальному закладі чи регіоні, але й визначає якість життя і здоров'я кількох поколінь. Згідно з даними щорічних звітів ВООЗ, частота і структура патологічних пологів може бути віддзеркаленням соціально-економічного статусу країни, який впливає на ці показники за рахунок змін демографічної характеристики популяції, стану інтегральних показників здоров'я населення репродуктивного віку і, як наслідок, частоти ускладнень гестації, рівня фінансування і якості надання медичної допомоги, а також групи немедичних факторів, які включають в себе психологічну складову [1,2].

Україна нині переживає складний етап своєї історії, пов'язаний з військовими діями, що не може залишити осторонь жодного жителя нашої держави. Найвразливішою категорією населення, що безпосередньо проживає в зоні конфлікту або тимчасово переїхали в інші регіони є жінки та

діти, і особливо вагітні жінки. Вони зіткнулися з проблемою не тільки адаптації до нового для себе психологічного і фізіологічного стану – вагітності, а й з чисельними соціальними проблемами.

Мінсоцполітики констатує, що в Україні зареєстровано більше 1,5млн внутрішніх переселенців, основна частина яких – це жінки репродуктивного віку. Протягом 2014-2017 рр. тільки на базі пологового будинку КМПБ №2 народили 734 жінки-вимушені переселенки, що дає можливість проаналізувати особливості їх розродження і фактори, які їх обумовлюють.

Дані різних країн світу щодо перебігу вагітності і пологів у жінок-мігранток абсолютно різноманітні, і відрізняються залежно від регіону проживання, расової/етнічної належності, рівня економічного розвитку приймаючої держави, доступності і якості надання медичної допомоги і ін. факторів, проте всі вони відмічають зростання частоти патологічних пологів у даної групи пацієнток, зокрема кесаревих розтинів (КР).

**МЕТОЮ НАШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ** став аналіз частоти і структури оперативного розродження жінок-вимушених переселенок.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ.

В дослідження включили 107 жінок-переселенок з Донецької та Луганської областей, розроджених шляхом операції кесарів розтин(1 група) і 873 жінки, розроджені шляхом операції кесаревого розтину, що проживають в м.Києві (2 група – контроль). Всі пологи відбулись в КМПБ №2 м.Києва протягом 2014-2017р.р. Проведено аналіз кесаревих розтинів відповідно рекомендацій ВООЗ (2015 р.) за класифікацією М.Робсона.

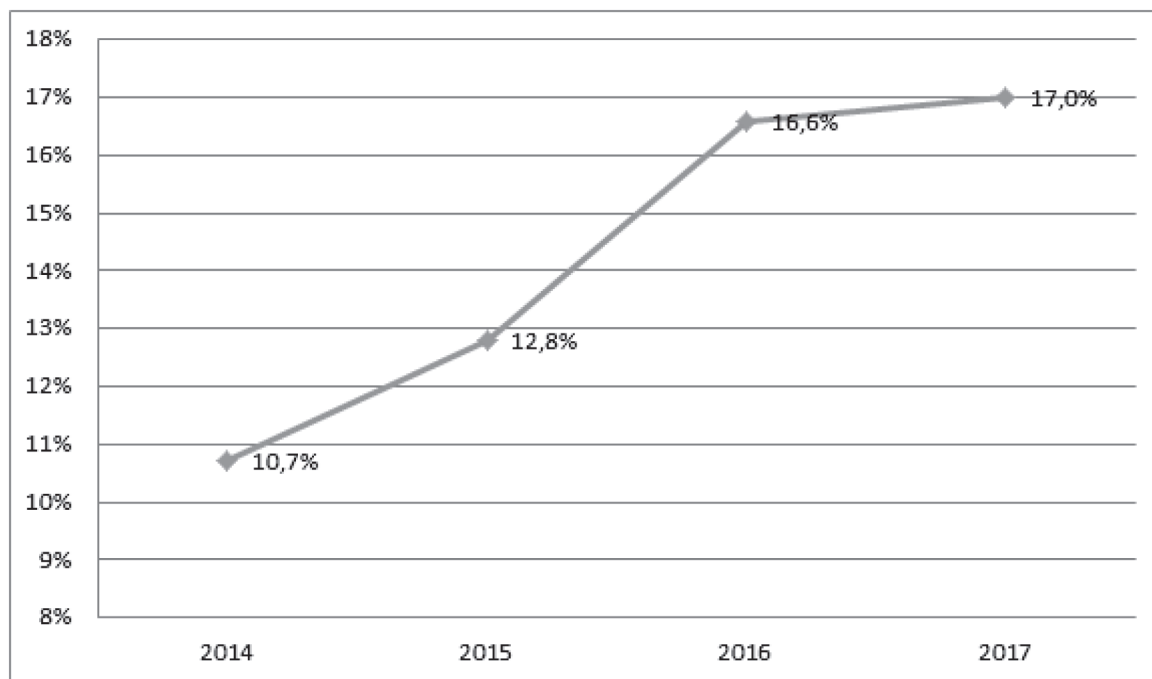
### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Кесарів розтин - це одне з найбільш поши-

рених оперативних втручань у всьому світі, яке з одного боку спрямоване на збереження життя жінки і дитини, а з іншого може мати серйозні ускладнення з непрогнозованими наслідками.

Більше 30 років назад було введено поняття оптимальної частоти операції КР, яке знаходиться в межах 10-15% всіх пологів. При таких показниках покращуються показники материнської і неонатальної смертності, їх перевищення не веде до покращення результатів і є небажаним [1].

Загальна кількість кесаревих розтинів серед жінок-переселенок за 4 роки в КМПБ №2 склала 107 випадків, що становило 14,6% від усіх пологів, що відповідає рекомендованим ВООЗ показникам, і навіть дещо нижчим, ніж в контрольній групі - 15,3%. Проте загальна динаміка частоти операцій у жінок-переселенок по рокам має сталу тенденцію до зростання їх частоти (рисунок 1).



**Рисунок 1.** Частота проведення операції кесарів розтин серед жінок-переселенок за даними КМПБ №2

Випадків материнської смертності, пов'язаних з операцією, та перинатальних втрат (крім 1 випадку антенатальної загибелі плода на тлі тотального відшарування нормально розташованої плаценти і масивної кровотечі) у жінок-переселенок не було, що свідчить як про відсутність впливу у них на ці показники частоти оперативного розродження, так і про якість роботи нашого стаціонару. Залежності перинатальної захворюваності новонароджених від рівня оперативних розроджень в даній групі в динаміці теж не було

виявлено, проте загальна захворюваність немовлят у жінок-переселенок вища, ніж в цілому по КМПБ №2.

При проведенні аналізу кесаревих розтинів є загальноприйнятим сфокусованість виключно на кількох загальних короткострокових показниках стану здоров'я матері і дитини, що не може створити цілісну картину проблеми. При цьому випадають з поля зору багато суміжних аспектів, зокрема матеріальні затрати стаціонару на опе-

ративне втручання і ведення післяопераційного періоду, тривала госпіталізація, стан здоров'я породіль з більшою ймовірністю анемії внаслідок більшої крововтрати, больового синдрому, зниженням їх активності, розвитку злукового процесу, і ін. Є й віддалені наслідки абдомінального розродження, що включають в себе особливий психологічний статус жінки з відчуттям власної неспроможності, вини протягом всього життя, соматичного дискомфорту у вигляді хронічного тазового болю і сексуальної дисфункції. Рубець на матці стає основною проблемою при наступних вагітностях, оскільки ця обставина робить їх групою високого ризику щодо безпліддя, позаматкової вагітності, невиношування і інших серйозних ускладнень перебігу гестації і, як правило, стає

показанням для повторного, більш травматичного оперативного розродження[3].

Тому основною загальносвітовою тенденцією є аналіз саме причин кесаревих розтинів і розробка стратегії можливого зниження їх частоти.

Для кращого розуміння основних закономірностей в даному питанні, стандартизації оцінки структури показань, уніфікації результатів в різних регіонах і країнах світу ВООЗ в 2015 році запропонувала використовувати класифікацію М.Робсона (2001р.) як міжнародну систему класифікації кесаревого розтину. Вона передбачає розподіл пацієнток на 10 груп залежно від паритету, передлежання, гестаційного віку, наявності попередніх кесаревих розтинів, ознак початку пологів [1].

Таблиця 1

Структура КР у жінок-переселенок по М.С.Робсон (за даними КМПБ №2)

Характеристика групи	1 група, %	2 група (контроль), %
Жінки, що народжують вперше, з гестаційним терміном $\geq 37$ тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання, спонтанні пологи	28	23,7
Жінки, що народжують вперше, з гестаційним терміном $\geq 37$ тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання, індуковані пологи або плановий кесарів розтин	10,2	17,4
Жінки, що народжують повторно, без рубця на матці, з гестаційним терміном $\geq 37$ тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання, спонтанні пологи	2,9	3,1
Жінки, що народжують повторно, без рубця на матці, з гестаційним терміном $\geq 37$ тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання, індуковані пологи чи плановий кр	0,9	3,5
Жінки, що народжують повторно з рубцем на матці, з гестаційним терміном $\geq 37$ тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання	17,8	28,6
Жінки, що народжують вперше, одноплідна вагітність, тазове передлежання	26,2	15
Жінки, що народжують повторно, одноплідна вагітність, тазове передлежання, в тому числі з рубцем на матці	7,4	2,3
Всі жінки з багатоплідною вагітністю, в тому числі з рубцем на матці	2,8	1,1
Всі жінки з одноплідною вагітністю при поперечному чи косому положенні плода, включаючи жінок з рубцем на матці	1,8	3,0
Всі жінки з одноплідною вагітністю, головне передлежання, з гестаційним терміном $\leq 36$ тиж., включи жінок з рубцем на матці	1,8	2,3

За 3 роки застосування даної класифікації вже напрацьовано певний матеріал, який є практично однотипним в різних країнах. Відповідно даних літератури, чільне місце в структурі займає оперативне розродження в зв'язку з рубцем на матці після попереднього абдомінального розродження чи інших оперативних втручань на матці (5 пункт), 2 місце займають операції у впершонароджуючих з індукованими пологами при доношеній вагітності (2 пункт), в зв'язку з неефективністю індукції чи погіршенням стану плода і 3 місце займають оперативні пологи у жінок з тазовим передлежанням (ТП) (6 пункт) [3].

Але структура показань у обстежених нами жінок показала дещо відмінні результати, особливо у жінок-переселенок.

1 місце серед показань у жінок-переселенок зайняла 1 група (впершовагітні з доношеною вагітністю і спонтанним початком пологової діяльності) – 28%. Основним показанням до КР у цих жінок стало ургентне показання з боку плода, зокрема дистрес плода, зафіксований кардіотокографічно і верифікований після народження біохімічно (кислотно-лужний стан пуповинної крові при народженні), що надалі потребувало проведення первинної реанімації новонароджених і подальшого спостереження/терапії у відділенні дитячої реанімації.

Проаналізувавши анамнестичні дані жінок-переселенок, особливості перебігу їх вагітності, ми змогли виділити чинники, які могли цьому сприяти: переважання саме впершонароджуючих, причому «зрілого віку» (середній вік  $32,5 \pm 5,3$  років проти  $25,6 \pm 3,5$  років у жінок контрольної групи), з серйозним багажем соматичної і гінекологічної патології, яка могла потенціюватись соціальними факторами. Це закономірно реалізувалось в ускладненому перебігу вагітності і пологів.

Серед жительок м.Києва впершонароджуючі з доношеною вагітністю і спонтанним початком пологової діяльності, у яких пологи були завершені шляхом кесаревого розтину частота була меншою, що відповідало 2 позиції в структурі оперативних втручань за М. Robson. Крім дистресу плода, серед ускладнень таких пологів, досить велику питому вагу мали аномалії пологової діяльності (10,7%) і обструктивні пологи (8,9%).

2 місце в структурі показань за М. Robson теж стосується перинатального аспекту - та-

зове передлежання плода у впершонароджуючих. Питання способу розродження при тазовому передлежанні, так як і причини його виникнення залишаються одним з самих дискутабельних питань акушерства в усьому світі. Незважаючи на його стабільну частоту – близько 3,4% всіх пологів в КМПБ №2, серед жінок-переселенок, частота тазового передлежання дещо більша, і становить 3,7%. Вища частота ТП у даної категорії пацієнток може мати різні причини, які включають крім загальноприйнятих, і психологічні фактори. В наших роботах ми виявили високий рівень тривожності і стресу у жінок – переселенок [4], що узгоджується з роботами Г.І.Брехмана (2015р.), який зазначає, що «положення тіла дитини в матці не тільки генетично обумовлено, але й може змінюватись під дією емоційного стресу і реакції на цей стан плода; високий рівень тривоги матері може сприяти реалізації генетичної схильності плода до зміни передлежання і зберігатись до самих пологів» [5].

Відношення до способу розродження при тазовому передлежанні також залишається спірним питанням. Пологи при ТП супроводжуються вищою частотою ускладнень і в 2-5 раз вищою перинатальною смертністю [6]. Тому тазове передлежання, як показання до КР, відноситься до так званих «перинатальних показань», при якому розширений перелік можливих протипоказань до вагінальних пологів, і, зокрема, включає в себе небажання жінки народжувати *per vias naturales*.

Відповідно наших даних, всі жінки-переселенки, які мали тазове передлежання, були розродженні оперативним шляхом, в порівнянні з 83,7% жінок контрольної групи. Жодна з жінок-переселенок не виявила бажання здійснити спробу вагінальних пологів, незважаючи на відсутність абсолютних протипоказань і масу дитини в кожному другому випадку нижче 3000г. Це, на нашу думку, обумовлено переважанням впершонароджуючих віком старше 30 років, особливістю їхнього психологічного статусу, відсутності консультування і корекційної роботи на етапі жіночої консультації.

Жінки – переселенки ще під час спостереження вагітності повинні бути виділені в групу високого перинатального ризику, з бажаною консультацією психологом, розробкою індивідуальної програми ведення вагітності і

обов'язковим обговоренням можливих варіантів розродження.

В першій групі (за M. Robson) нашого спостереження, кесарів розтин здійснювався за ургентних показань з боку матері чи плода, і тому ризик ускладнень від оперативного втручання нівелювався ризиком щодо їхнього життя. Оперативні пологи при тазовому передлежанні, були практично всі в плановому порядку, не завжди обґрунтовані, створюючи при цьому передумови для повторного оперативного розродження, хоча могли стати резервом для зниження даного показника.

Сучасні докази свідчать, що вагінальні пологи у жінок з КР в анамнезі мають певні ризики, однак, більшість жінок, яким було зроблено КР у нижньому сегменті матки, можуть бути кандидатами для спроби вагінальних пологів, з частотою успішних результатів до 80[7]. Наш пологовий будинок має достатній досвід ведення таких пологів при правильному відборі кандидатів – 82,5%. Проте, жодна жінка-переселенка з рубцем на матці, яка не мала протипоказань до природних пологів, не виявила бажання до їх спроби. Це також могло стати резервом для зниження кількості оперативних втручань і є спільним недопрацюванням амбулаторної і стаціонарної служб.

Решта показань до операції кесарів розтин у жінок – переселенок мала низьку питому вагу і сумарно склала 28%.

Структура основних показань в контрольній групі практично відповідала даним світових звітів: повторновагітні з доношеною вагітністю і рубцем на матці – 28,6%, впершовагітні з доношеною вагітністю і спонтанним початком пологової діяльності – 23,7%, впершовагітні з доношеною вагітністю і індукцією пологів/плановим кесаревим розтином – 17,4%, впершовагітні з доношеною вагітністю і тазовим передлежанням плода – 15%.

## ВИСНОВКИ

Жінки-переселенки є групою високого перинатального ризику з високою частотою оперативного розродження. Структура операцій кесаревого розтину за M. Robson в даній групі має свої особливості, які можна пов'язати як з впливом соціо-економічних факторів, так і їхнього психологічного статусу. Вони потребують комплексного психологічного і загально медичного моніторингу стану здоров'я

на прегравідарному етапі і етапі вагітності з проведенням необхідних профілактичних і корекційних заходів, особливо у першонароджуючих. Повинно бути обов'язкове консультування жінок з тазовим передлежанням і рубцем на матці щодо можливих ризиків різних способів розродження для розробки індивідуального плану ведення пологів, що може стати резервом для зниження питомої ваги кесаревих розтинів. Проте у кожному випадку потрібно враховувати інтереси пацієнта.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний [Электронный ресурс] // Пресс-релиз ВОЗ. – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.who.int/ru/news-room/detail/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary>.
2. Токарчук М. М. Пологи з рубцем на матці / М. М. Токарчук, Г. Є. Левчук, О. В. Карголь. // Медичні аспекти здоров'я жінки. – 2010. – №3. – С. 20–21.
3. Бадаева А. А. Динамика частоты кесарева сечения по Тульской области за 2000-2010г.г.: мультицентровое ретроспективное исследование // Вестник новых медицинских технологий [Электронный ресурс] / А. А. Бадаева // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: Doi:10/12737/6453.
4. Щуревська О. Д. Рівень тривожності вагітних в аспекті акушерських ускладнень / О. Д. Щуревська, С. І. Жук. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2016. – №1. – С. 117–123.
5. Радзинский В. Е. Акушерство / В. Е. Радзинский, А. М. Фукс. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с.
6. Брехман Г. И. Тазовое предлежание плода как генетико-психологический феномен / Г. И. Брехман. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – №4. – С. 26–31.
7. Вдовиченко Ю. П. Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину / Ю. П. Вдовиченко, Н. Г. Гойда, О. М. Юзько. – Київ: Україно-Швейцарська Програма «Здоров'я матері та дитини», 2011. – 248 с.

## РЕЗЮМЕ

### КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ СТРЕСС- СКОМПРОМЕТИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ЖУК С.И., ЩУРЕВСКАЯ О.Д.

Частота и структура патологических родов может быть одним из показателей социально-экономического статуса страны.

**Целью нашего исследования** стал анализ структуры кесаревых сечений у женщин-переселенков.

**Материалы и методы.** Проведено анализ 107 кесаревых сечений у данной группы женщин согласно классификации М.Робсона. Группа сравнения - 873 оперативных родов у женщин, которые проживают в г.Киеве.

**Результаты исследования и выводы.** Согласно полученных результатов выделено основные группы риска в структуре показаний к операции у женщин-переселенков: дистресс плода, тазовое предлежание плода и наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения. Обосновано возможность снижения удельного веса кесаревых сечений за счет перинатальных показаний и проведения консультирования относительно родоразрешения женщин с оперированной маткой.

**Ключевые слова:** беременность, роды, кесарево сечение, женщины – переселенки, стресс.

## SUMMARY

### CESAREAN SECTION IN STRESS- COMPROMISED PREGNANCY

ZHUK S., SHCHUREVSKA O.

The frequency and the structure of pathological births may become as the indicator of the countries socioeconomic status.

**The deal of our study** was to analyze the structure of cesarean sections in female immigrants.

**Materials and methods.** The analysis of cesarean sections according to M. Robson's classification was carried out in 107 women-immigrants (main group) and 873 operative births for women who lived in Kiev (comparison group).

**Results of the study and conclusions.** According to the results we have obtained, the main risk groups in the structure of the indications for the operation were identified: fetal distress, breech presentation and the scar after the previous cesarean section. There is possibility of decreasing the specific weight of cesarean sections by perinatal indications and conducting consultations concerning the delivery of women with operated uterus.

**Key words:** pregnancy, childbirth, cesarean section, women - immigrants, stress.