



Безпека життя та охорона здоров'я - головні завдання сучасного суспільства

**Збірник доповідей студентської
регіональної наукової конференції**

Аналіз причин оперативного розродження жінок шляхом кесаревого розтину

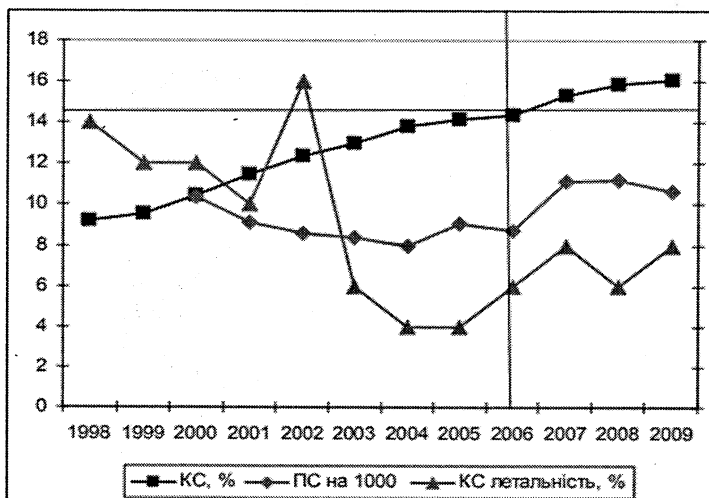
Устьянцева Дарія, студентка Луцького базового медичного коледжу, III курс, спеціальність Медсестринство Акушерська справа

Науковий керівник: Гащишин Т.К., викладач акушерства та гінекології

Протягом останніх десятиріч частота кесаревого розтину постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,10% у 2009). Дослідження, проведене ВООЗ, показало, що збільшення кількості КР підвищує ризик материнської та перинатальної захворюваності і смертності.

З 2006 року в Україні спостерігається підвищення перинатальної смертності одночасно із підвищенням частоти розродження шляхом кесарського розтину вище 14% та збільшення летальності серед жінок, яких було розроджено оперативним шляхом.

Кесарський розтин збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Виникає проблема ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до оперативного розродження в 15-23%, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР у 5 разів перевищує аналогічну при першому.



Метою дослідження було:

- Провести аналіз причин оперативного розродження жінок шляхом кесарського розтину в плановому та ургентному порядку.
- Визначити роль акушерки у збільшенні безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти необгрунтованого оперативного втручання.

Ми використали такі матеріали: історії пологів жінок, які народили шляхом кесарського розтину на базі Луцького клінічного пологового будинку за 2018-2019 роки (всього 100 пацієнтів) та результати анкетування серед студентів Луцького базового медичного коледжу.

Кесарів розтин (sectio caesarea) – метод оперативного розродження, при якому народження дитини і послиду відбувається через розріз передньої черевної стінки та матки.

Згідно наказу МОЗ України №977, при проведенні операції передню черевну стінку розтинають пошарово:

- за методом Пфанненштиля поперечним надлобковим розрізом,
- за методом Джоел - Кохен (Joel-Cohen) на 3 см нижче лінії, що з'єднує передні верхні ості клубових кісток.

Усі абдомінальні розродження поділяються на планові та ургентні.

Категорії ургентності:

I категорія - існує значна загроза життю матері та/або плода (операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 15 хвилин);

II категорія - безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (не пізніше 30 хвилин);

III категорія - стан матері та плода не порушені, (потребують абдомінального розродження впродовж 75 хвилин);

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

Для проведення планового КР оптимальною є госпіталізація за добу до втручання. Його виконують після повних 39 тижнів вагітності. У разі багатоплідної вагітності плановий КР виконують після 38 тижнів. У випадку моноамніотичної двійні операція КР

повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у 303 III рівня. З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.

Показання до планового КР:

- Передлежання плаценти, підтверджене при ультразвуковому дослідженні після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка);
- Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів;
- Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки;
- Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності;
- Моноамніотична двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС);
- Поперечне положення плода;
- Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності;
- Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів;
- Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом);
- Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини;
- Рак шийки матки;
- ВІЛ-інфіковані;
- Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині;
- Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць;
- Гастрошизис, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків;
- Показання до ургентного КР;

- Кровотеча до пологів або в першому періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи;
- Розрив матки, що загрожує або почався;
- Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстренного розродження через природні пологові шляхи
- Дистрес плода, за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи;
- Випадіння пульсуючих петель пуповини
- Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медичній корекції
- Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді
- Невдала спроба індукції пологів
- Обструктивні пологи:

-Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)

-Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод

-Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)

-Клінічно вузький таз

Ризики, пов'язані з операцією кесарського розтину для матері:

- Гістеректомія (7-8 на 1000)
- Повторні хірургічні втручання (5 на 1000)
- Перебування у відділенні інтенсивного спостереження (залежить від причини операції) (9 на 1000)
- Тромбоемболічні ускладнення (4-16 на 10 000)
- Пошкодження сечового міхура (1 на 1000)
- Пошкодження сечоводу (3 на 10 000)
- Смерть (1 на 12000)

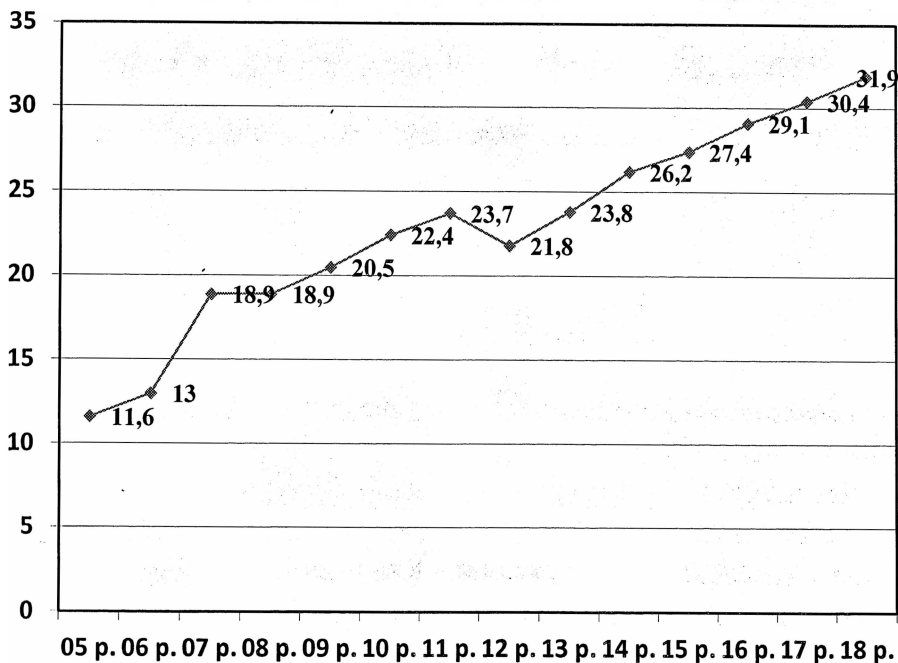
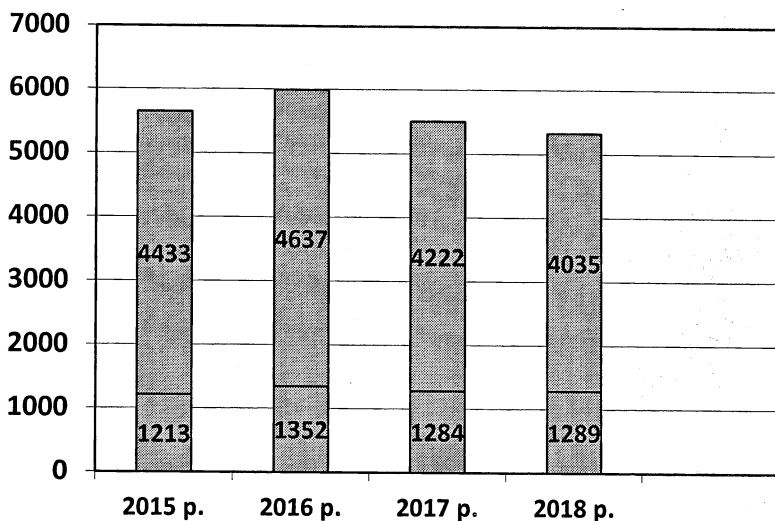
Існують ризики, пов'язані з операцією кесарського розтину для наступних вагітностей. Це розрив матки під час наступних пологів (2-7 на 1000), ризик антенатальної загибелі плода (4 на 1000), передлеження та прирощення плаценти (4-8 на 1000).

З боку матері можливі наступні ускладнення: повторний кесарський розтин при наступній вагітності (1 з 4), повторна госпіталізація з різних причин (5 на 100), підвищена крововтрата

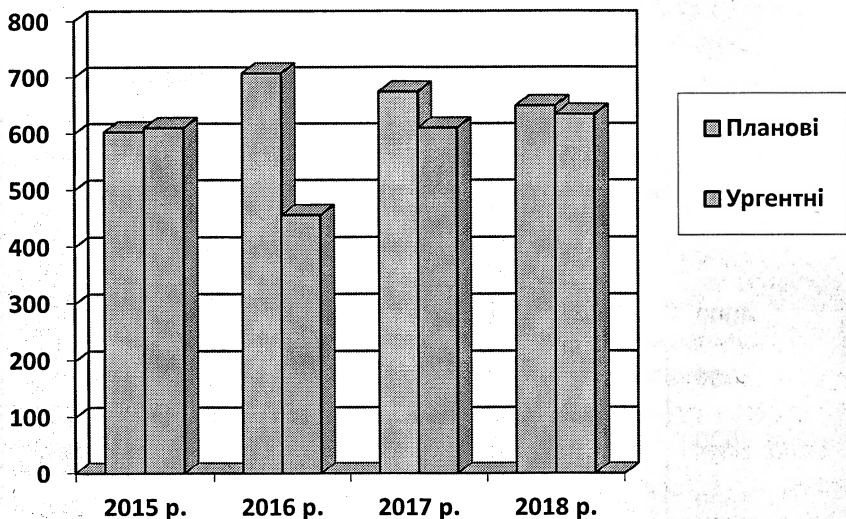
у порівнянні з вагінальними пологами (кровотеча – 5 на 1000), приблизно 12 з 1000 жінок можуть потребувати переливання крові, інфекція (6 на 100).

З боку плода: пошкодження шкіри (2 на 100), дихальні розлади (35 на 1000).

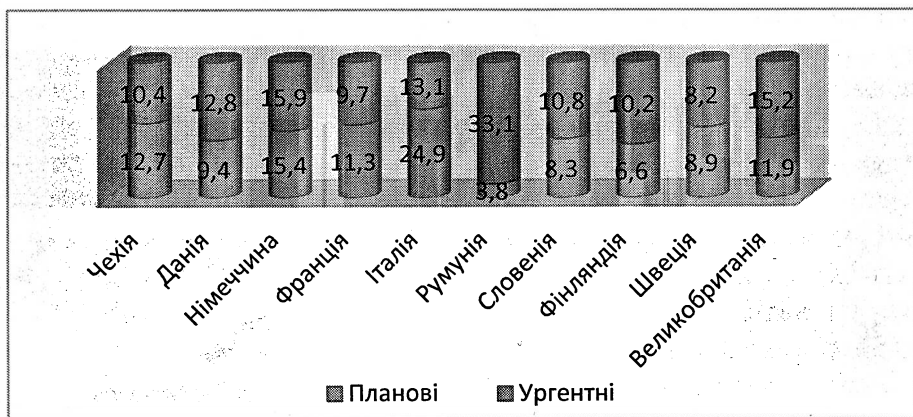
Порівняння кількості всіх пологів до кількості кесаревого розтину в Луцькому пологовому будинку



Ми проаналізували 100 історій пологів. Серед них у 62 випадках був проведений плановий КР, у 38 – ургентний.
Співвідношення планових та ургентних КР у ЛКПБ:



Співвідношення ургентних та планових КР в країнах Європи:



При аналізі історій пологів показами до планового кесарського розтину стали:

- Рубець на матці – 23 випадки
- Безпліддя – 4 випадки
- Сідничне передлежання – 8 випадків
- Поперечне та косе положення плоду – 3 випадки

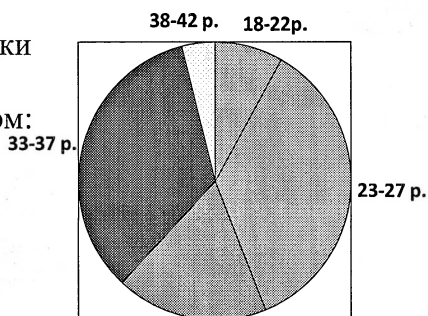
- Вузький таз, великий плід – 4 випадків
- Рубцеві зміни шийки матки - 2
- Передлежання плаценти – 3
- Багатоплідна вагітність - 11
- Z-21 – 1 випадок
- Екстрагенітальна патологія – 3 випадки

Показами до ургентного кесарського розтину були:

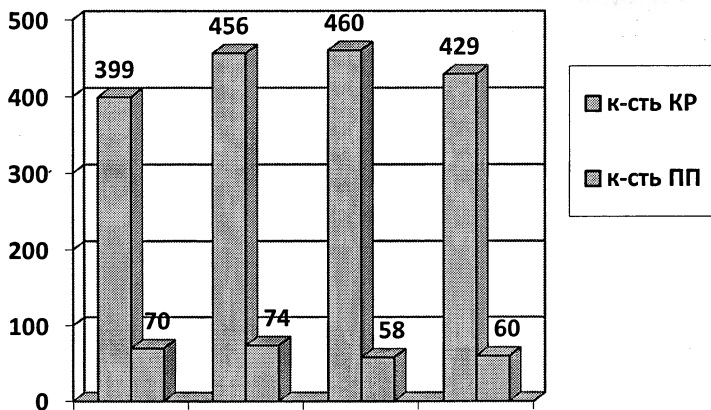
- Дистрес плоду – 16 випадків
- Тяжка прееклампсія – 7 випадків
- Слабкість пологової діяльності в I періоді, яка не піддається медичній корекції - 5
- Передчасне відшарування плаценти - 3
- Допологове вилиття вод - 5
- Клінічно вузький таз - 2 випадки

Вік жінок з кесаревим розтином:

- 18-22 р. – 8 випадків
- 23-27 р. – 36 випадків
- 28-32 р. – 18 випадків
- 33-37 р. – 34 випадків
- 38-42 р. – 4 випадків



Пологи у жінок з рубцем на матці:



При проведенні анкетування серед студентів Луцького базового медичного коледжу (90 штук) ми вияснили, що 9

студентів народилися шляхом КР. Показами до абдомінального розродження стали:

- слабкість пологової діяльності – 3 випадки
- сідничне передлежання плоду – 3
- рубець на матці – 1
- не знали – у 2-х випадках.

Висновок. Зважаючи на велику кількість можливих ризиків і ускладнень під час операції кесарського розтину, післяопераційному періоді, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів, приводять до зниження кількості абдомінальних розроджень, а відповідно, материнської та перинатальної патології.

Роль акушерки у попередженні КР:

- Вчасно діагностувати у вагітних стани, які можуть призвести до абдомінального розродження (пreekлампсії, загрози передчасних пологів)
- Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед дівчат та жінок з приводу профілактики багатоплідної вагітності: рекомендувати використання бар'єрних методів контрацепції протягом першого менструального циклу після припинення вживання оральних контрацептивів.
- Пропагувати прегравідарну підготовку, яка заключається в обстеженні, лікуванні захворювань з наступним плануванням вагітності, а також рекомендувати жінкам з рубцем на матці планувати наступну вагітність не раніше ніж через 2 роки