ЛІТЕРАТУРА

1. *Коломийцева А.Г., Віденко Л.В.* Полемічні зміни у вагітних з пре еклампсією // Збірник наукових праць.- Київ, 2002.- С. 51-55
2. *Шифман Е. М.* Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 432с.
3. *Дашкевич В.Є., Янюта С.М., Коломійченко Т.В., Двуліт М.П.* Плацентарна недостатність: сучасні аспекти патогенезу, діагностики, профілактики та лікування // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4 (010). – С. 22 – 25.
4. *Янюта С.М., Присяжнюк В.П., Янюта О.С.* Діагностика критичного стану плода. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України.– Київ «Інтермед», 2005. – С.456 – 462.
5. *Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.* Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 440с.
6. *Сидорова И.С., Макаров И.О.* Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание-М, 2000. – 127с.
7. *Владимирова Н.Ю., Баглай И.А.* Опыт комплексной диагностики и лечения плацентарной недостаточности // Клиническая медицина. – 2004.– № 5. – С. 27 – 30.
8. *Нагорна В.Ф., Мухтожова М.З.* Показники фетоплацентарного комплексу у вагітних із плацентарною недостатністю при гестозі на фоні озонотерапії // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 2. – С. 31 – 33.
9. *Воскресенский С.Л.* Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль.– Мн.: Книжный Дом, 2004. – 304с.

ЗМІНИ ПІДХОДІВ ДО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ЗА 25 РОКІВ

Громова А.М., Ліхачов В.К., Добровольська Л.М., Ляховська Т.Ю., Макаров О.Г.

Полтава

Кесарів розтин (КР) є найпоширенішою розроджуючою операцією в сучасному акушерстві. Частота цієї операції з кінця XIX століття до 50-60 років XX століття не перевищувала 1%. В 1960-1980 роках в нашій державі цей показник сягав 2-3%, а в деяких іноземних країнах – 10-15% [3]. Згідно рекомендацій ВООЗ частота КР не повинна перевищувати 15,0%. В Росії приріст КР щороку складає 1% (в 1995 році – 10,1%, в 2005 році – 18,0%), а в стаціонарах високого акушерського та перинатального ризику – 28-30% [5].

Друга науково-практична конференція Асоціації акушерів-гінекологів України (Євпаторія, 1998) з нових позицій розглянула питання визначення місця операції КР в сучасному акушерстві, чим надала значну

допомогу практичним лікарям у виборі шляхів раціонального ведення пологів, визначенні показань для абдомінального розродження, диференційованому підході до технологій розродження вагітних з оперованою маткою. Наукові дослідження відносно місця операції КР в сучасному акушерстві проводяться в трьох напрямках: визначення показань та протипоказань до операції, вдосконалення методів анестезії та техніки оперативного втручання, профілактика можливих ускладнень для матері та плода під час операції [1, 4].

Погіршення демографічних показників в Україні в останні десятиліття, зменшення народжуваності підштовхує акушерів-гінекологів з метою зменшення перинатального ризику віддавати перевагу абдомінальному розродженню. Збільшення частоти КР складає нову проблему ведення вагітності і пологів у жінок з оперованою маткою. Частота повторних операцій в останні роки зросла практично втричі, сягаючи в різних клініках від 47 до 90%. Разом з тим успішне ведення пологів через природні статеві шляхи після одного КР можливе у 37-72% жінок [1].

Розширення показань для оперативного розродження сприяє, з одного боку, покращенню показників материнської та перинатальної смертності, а з другого боку, майже в 12 разів підвищує ризик для життя та здоров'я матері та плода в порівнянні з пологами через природні статеві шляхи [4,5].

Метою нашого дослідження було вивчення сучасних тенденцій щодо розродження шляхом КР в порівнянні з підходами до операції 25 років тому.

Був проведений порівняльний аналіз 1995 випадків розродження жінок шляхом КР, яке відбулося в Полтавському міському клінічному пологовому будинку протягом 2003-2007 років з 1000 випадками оперативного родорозрішення, що мали місце в нашій клініці наприкінці 70-х – початку 80-х років минулого століття [2].

Звертає на себе увагу значне збільшення за 25 років частоти КР. Так, якщо за даними 1983 року цей показник коливався в межах 3,6-4,0%, то протягом останніх 5 років – від 13,5 до 18,0% ($p<0,001$). При цьому показник перинатальної смертності при абдомінальному розродженні збільшився від 3,4‰ в1983 році до 5,4‰ в 2007 році ($p<0,05$).

25 років тому КР виконувався переважно за ургентними показаннями (66,2%). Сьогодні співвідношення планових та ургентних операцій протилежне: частота планових оперативних втручань коливається від 59,3% до 63,3%. За даними 1983 року 58% операцій проведені за плодовими показаннями (в останні роки – 51-57%). З 17% до 5,3-8,0% ($p<0,05$) знизилась частота КР по причині анатомічно та клінічно вузького тазу, з 6,0% до 1,0 – 1,9% зменшилась кількість операцій, проведених з приводу передлежання плаценти.

Досягнення в області перинатології в останні десятиліття надали акушерам можливість проводити сучасний моніторинг стану внутрішньоутробного плода, на підставі чого з'явилась можливість своєчасно

ставити питання про необхідність термінового розродження за плодовими показаннями. Найпоширенішим показанням до КР сьогодні є дистрес плоду (12,0-23,3%).

Суттєво при цьому підкреслити важливість комплексного підходу до оцінки стану внутрішньоутробного плоду, у зв'язку з тим, що на підставі окремих функціональних ознак дистресу (меконіальні води, запис КТГ) у здорової вагітної або роділлі можуть бути необґрунтовано розширені показання до абдомінального розродження.

За даними 1983 року високий перинатальний ризик у жінок старшої вікової групи з ускладненим перебігом вагітності був причиною КР у 5%. За останні 5 років частота таких показань зросла майже втричі і коливалась від 9 до 18,7% ($p<0,005$).

Майже вдвічі за 25 років збільшилась кількість абдомінального розродження з приводу рубця на матці після КР, аномалій пологової діяльності та відсутності ефекту від родозбудження при передчасному вилитті навколоплідних вод.

За останні роки з'явились нові показання до абдомінального розродження - це ВІЛ-інфіковані вагітні при вірусному навантаженні понад 1000 копій та вагітні після виконання лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій. Такі показання в 2003-2007 рр. мали місце відповідно в 1,5% та 2% проведених операцій.

У 2003-2007 рр. в 55 випадках абдомінального розродження (2,8%) відбулося розширення об'єму операції. У 28 жінок проведені надпіхвова ампутація або екстирпація матки з приводу: наявності матки Кювелера при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти (6 випадків), гіпотонії матки (6 випадків), неспроможності рубця на матці після КР (8 випадків), прирощення плаценти (3 випадки), фіброміоми матки великих розмірів (5). У 16 жінок разом з КР проведена консервативна міомектомія, у 11 – видалення кісти яєчника.

Таким чином, проведений аналіз продемонстрував зміни поглядів на абдомінальне розродження протягом останніх 25 років. Незважаючи на збільшення частоти КР перинатальна смертність при оперативному розродженні суттєво не знижується. Підвищилась питома вага планових оперативних втручань, що свідчить про адекватність прогнозування можливих ускладнень при складанні плану ведення пологів. Ми не схильні до думки, що сьогодні зменшення відсотка абдомінального розродження з приводу вузького тазу пов'язані зі змінами кісткового тазу у жінок. Вірогідно, відбулося деяке зменшення кількості народжених дітей з великою вагою. Підвищення кількості оперативних втручань з приводу аномалій пологової діяльності та відсутності ефекту від родозбудження відбулося внаслідок необхідності вирішення лікарями питання про абдомінальне розродження в обмежений 12 годинами безводного проміжку час (до впровадження Наказу МОЗ України № 782 від 29.12.2005). Дистрес плоду як показання до КР можна розглядати як перспективний резерв для зниження частоти КР при умові диференційованого підходу до моніторингу стану плода в пологах відповідно вимог доказової медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ананьев В.А., Побединский Н.М.* Повторное кесарево сечение в современном акушерстве // Акушерство и гинекология.-2003.-№3.- С. 61-63.
2. *Голубев А.П.* и соавт. Место операции кесарева сечения в проблеме снижения перинатальной смертности / актуальные проблемы перинатологии, диагностика и лечение женского бесплодия // XIV Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов.- Кишенев, 1983.- С. 147.
3. *Дуда В.И., Дуда Вл.И., Дуда И.В.* Оперативное акушерство. Мн.: Интерпрессервис, Книжный Дом, 2002.-512с.
4. Неотложное акушерство. Под ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцковского.- Киев: Здоров'я, 1994.
5. *Чернуха Е.А.* Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве // Акушерство и гинекология.-2005.-№5.- С. 8-12.

ПРО ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ВТРАТИ ПЛОДА

Дудченко А.А., Мітюніна Н.І., Удовицька Н.О.
Ляховська Т.Ю., Алтуєв Г.М.

Полтава

За останні роки серед репродуктивних втрат зростає роль внутрішньоматкової втрати плода (ВВП), яка становить біля 30% перинатальних втрат та 20-40% у стуктурі невиношування [1]. До неї відносять вагітність, що не розвивається, антенатальну та інтранатальну загибель, не обумовлену акушерськими травмами.

Найбільш частими причинами ВВП у ранні терміни є враження спадкового апарату, що частіше усього відбувається під впливом персистуючих вірусно-бактеріальних інфекцій [2,3]. Останні негативно впливають також на процеси нідації плідного яйця, у зв'язку із втратою трофобластом ферментативної здатності, що викликає ранні дегенеративні зміни із порушенням усіх ланок гемостазу з формуванням хронічного ДВЗ-синдрому навіть у ранні терміни вагітності [4]. Поряд з цим, ініційовані хронічною інфекцією, аутоімунні процеси у вигляді антифосфоліпідного синдрому поглиблюють тромботичні ускладнення [5], що в свою чергу приводить до відмирання вагітності, передчасного відшарування плаценти, тяжкої дисфункції плаценти [6] і загибелі плода.

На сьогодні немає тенденції до зменшення ВВП, тому пошуки шляхів до її зниження є дуже актуальними.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз 220 втрат плода, що відбулися у міському пологовому будинку м. Полтави протягом 2007 року. З них 190 було втрачено до 22 тижнів: 68 вагітностей, що завмерли; 66 – пере-