

**В. Лазуренко, О. Железняков,
С. Алхімов, О. Овчаренко,**

Р. Сафонов, Д. Тертишник
Харківський національний медичний університет
(Харків, Україна)

Резюме

Метою дослідження було проведення порівняльного аналізу операції кесаревого розтину в Україні та Великій Британії для покращення якості медичної допомоги та оптимізації результатів як для матері, так і для новонародженого.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети нами було проаналізовано уніфікований клінічний протокол «Кесарів розтин» МОЗ України від 5 січня 2022 року та клінічний протокол Великої Британії NICE GUIDELINE «Caesarean birth» в останній редакції від 6 вересня 2023 року.

Робота виконана згідно плану НДР кафедри акушерства та гінекології № 2 ХНМУ: «Оптимізація діагностики, лікування захворювань репродуктивної системи та ускладнень вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією» (№ державної реєстрації 0121U11923).

Результати. Порівняльне дослідження протоколів проведення кесаревого розтину в Україні та Великій Британії надало важливі уявлення про сучасний стан акушерської практики в обох країнах. Зафіксована значуща різноманітність у протоколах КР в Україні та Великій Британії. Особливо це стосується як клінічних аспектів, так і аспектів, пов'язаних з організаційними та соціокультурними чинниками. Був виявлений значущий вплив соціальних та культурних факторів в Британії на частоту КР. Відмінність української медичної системи та NHS Британії заключається переважно в питаннях контролю прийому наркотичних анальгетиків, тривалості післяопераційного періоду та врахування бажання жінки щодо методу розродження є досить дискусійним.

Висновки. Негативна статистика демонструє, що зростання частоти КР є характерним не тільки для Великої Британії, але і для України, хоча в Україні причиною цієї ситуації є підвищення частоти акушерської та екстрагенітальної патології під час вийськового стану, а в Британії – бажання жінок. Розуміння відмінностей між країнами щодо підходів до КР сприятиме покращенню якості медичної допомоги та оптимізації результатів як для матері так і для новонародженого.

Ключові слова: вагітність; пологи; кесарів розтин; екстрагенітальна патологія; цукровий діабет; ожиріння.

Вступ

Кесарів розтин (КР) – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог виконує вилучення дитини з матки через розріз передньої черевної стінки. У сучасній акушерській практиці КР визнається однією з ключових хірургічних операцій, яка дозволяє безпечно провести пологи як для матері, так і для плода, особливо у вагітної з важкою екстрагенітальною патологією або ускладненими пологами. Незважаючи на існуючі міжнародні стандарти і клінічні протоколи, показання до проведення КР та його техніка можуть варіюватися в залежності від країни та її медичної системи [1, 2, 3].

Порівняльні статистичні дані частоти КР в Україні та Великій Британії (ВБ) показали, що в 1950-х роках лише 3 % пологів в ВБ відбувалися за допомогою КР. Наприкінці 1980-х років цей показник підвищився до 10 %, а в 1990-х роках почалося стрімке зростання від 12 % у 1990 р. до 21 % у 2001 р. Протягом останніх 20 років частота кесарієвих розтинів в ВБ зростає ще, сягаючи 31 %, з них 15 % КР виконуються в ургентному порядку [4]. До причин, які сприяють зростанню кількості КР в Великій Британії відносяться медичні фактори: преференції лікарів щодо ведення ускладнених пологів; постійний відсоток плодів з тазовим передлежанням (3-4 % від загальної кількості), враховуючи те, що цей тип передлежання є показанням до проведення планового КР згідно NICE Guideline [1]; збільшення матерів віком 35 років та вище, які є більш схильними до КР; збільшення використання ДРТ, що призводить до багатоплідних ва-

гітностей, які також часто завершуються плановим КР [5]. Необхідно враховувати і той факт, що досягнення останніх років зробили кесарів розтин більше безпечним як для матері, так і для плода. До немедичних факторів можна віднести вибір матері: 28 % жінок у віці 25-34 років обирали кесарів розтин, як спосіб розродження, якщо мали вибір; культурний вплив – після вибору кількома знаменитостями КР, засоби масової інформації поширили ідею, що ці жінки «занадто важливі для того, щоб народжувати природнім шляхом», тому зростання рівня КР також можна пояснити вибором самих жінок. Велике значення в ВБ мають позови до суду: часто зростання рівня КР пов'язують із страхом медиків перед судовими справами. Між 2015 і 2021 роками 80-90 % з 2821 позовів у сфері акушерства та гінекології були пов'язані з пологовими травмами, завданими дитині при народженні, зокрема з церебральним паралічем (ДЦП). Акушерські травми, що призводять до ДЦП, є дуже витратними для Національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії, оскільки вироки по цих справах змушують забезпечувати освіту та догляд цих дітей протягом усього життя [6,7].

Щодо України, то частота КР також зростає за останні роки з 10 % до 25 %, за рахунок чого знизилася перинатальна смертність майже в 3 рази [8]. Збільшення частоти КР обумовлено зростанням кількості вагітних з екстрагенітальною патологією, зокрема цукровим діабетом, рубцем на матці після попередніх пологів або гінекологічних операцій [9,10,11].

Згідно даних робочої групи з опрацювання клінічної настанови «Кесарів розтин», за період 2015-2020 рр. відбулося зростання цього показника на 26,3 %. Якщо у 2015 р. він дорівнював 18,5 %, то вже у 2020 р. досягав 25,1 % [12].

Зокрема, за даними Москвяк-Лесняк Д. С., у 2018 р. метод розродження шляхом кесаревого розтину у КНП «Пологовий клінічний будинок № 1 м. Львова» був обраний у 25,7 % з 4579 пологів, що зросло в 1,2 рази порівняно з 2017 р. – 20,8 % операцій з 4832 пологів [13]. У дослідженні О. В. Грищенко, з 550 породіль, які протягом 2018-2019 рр. народжували у КНП «Харківській міській перинатальний центр» Харківської міської ради, 129 (23,4 %) жінкам був виконаний кесарів розтин [14]. У Полтавській області, за даними Ващенко В. Л., у 2022 р. частота розродження шляхом КР досягла рекордного за всі роки показника – 28,7 % [15].

На думку Моцок Ю. Б., сучасний стан проблеми КР балансує між прагненням до зниження його частоти та світовою тенденцією до зростання його частоти. Прагнення до зниження зумовлене значною кількістю ускладнень, ймовірність яких зростає з повторними операціями, тенденція до зростання – соціально-демографічними чинниками, відмінностями фінансування системи охорони здоров'я [16].

Отже актуальність дослідження обумовлена необхідністю пошуку оптимальних показань та технічних аспектів проведення кесаревого розтину, адаптованих під конкретні умови кожної країни.

Метою дослідження було проведення порівняльного аналізу операції кесаревого розтину в Україні та Великій Британії для покращення якості медичної допомоги та оптимізації результатів як для матері так і для новонародженого.

Матеріали та методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань був проведений аналіз сучасних наукових досліджень, статистичних даних, наказів та клінічних протоколів операцій кесаревого розтину в Україні та Великій Британії. Крім того, були вивчені медична документація та статистичні звіти, які стосуються проведення цієї хірургічної операції в Харківській обласній клінічній лікарні за останні роки та їх зміни під час військового стану.

Робота виконана згідно плану НДР кафедри акушерства та гінекології № 2 ХНМУ: «Оптимізація діагностики, лікування захворювань репродуктивної системи та ускладнень вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією» (№ державної реєстрації 0121U11923).

Результати дослідження та їх обговорення.

Для досягнення мети нами було проаналізовано уніфікований клінічний протокол «Кесарів розтин» МОЗ України від 5 січня 2022 року та клінічний протокол Великобританії NICE GUIDELINE «Caesarean birth» в останній редакції від 6 вересня 2023 року [1,2].

В першу чергу було вирішено порівняти український та англійські протоколи кесарева розтину за часом проведення. В залежності від проміжка часу з моменту прийняття рішення про розродження методом КР до початку операції розрізняють ургентний та плановий кесарів розтин. Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки. В Україні та Великобританії розрізняють наступні категорії ургентності (табл. 1). Як видно з таблиці категорії ургентності майже співпадають за кількістю та часом, але мають різну назву, а час планового КР у Великій Британії визначається за бажанням жінки або лікаря.

Таблиця 1

Порівняння категорій ургентності кесаревого розтину

Категорія ургентності КР (згідно українському протоколу)	Категорія ургентності КР (згідно протоколу Великобританії)
I категорія – існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 30 хвилин від визначення показань;	Категорія 1 (ЕКСТРЕНА) – безпосередня загроза життю матері або плода (підозра на розрив матки, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, випадіння петель пуповини, гіпоксія плоду або стійка фетальна брадикардія). Пологи повинні бути завершені протягом 30 хвилин після прийняття рішення.
II категорія – стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) – операцію має бути розпочато не пізніше 75 хвилин від визначення показань;	Категорія 2 (ТЕРМІНОВА) – Патологія матері або плода, що не є безпосередньо небезпечною. Народження повинно виконатися протягом 75 хвилин з моменту прийняття рішення.
III категорія – стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове злиття вод в разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпрометованого стану матері чи плода) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин, але якомога скоріше;	Категорія 3 (ЗАПЛАНОВАНА) – Відсутні ускладнення у матері чи плоду, але потрібно раннє народження.
IV категорія – за попереднім планом у запланований день та час.	Категорія 4 (ПЛАНОВА) – Час народження обирається відповідно до бажань жінки або медичного працівника.

Показання до *ургентного* кесаревого розтину в Україні та Великій Британії майже не розрізняються, що обумовлено загальними принципами надання невідкладної допомоги в акушерській практиці. До них відносяться: 1) передчасне відшарування нормально розташованої плаценти до початку пологів або під час пологів за відсутності умов для швидкого розродження; 2) кровотеча

зі статевих шляхів нез'ясованої етіології у пізньому терміні вагітності чи під час пологів; 3) розрив матки загрозливий або що розпочався; 4) дистрес плода (за даними інструментальних методів дослідження) у першому періоді пологів; 5) випадіння петель пуповини, що пульсують; 6) обструктивні пологи (задній асинклітизм, неправильне положення плода після відходження

навколоплідних вод, розгинальне передлежання або вставлення голівки, клінічно вузький таз); 7) порушення пологової діяльності, що не коригуються медикаментозно; 8) невдала спроба індукції пологів; 9) критичний

стан, смерть мозку вагітної, смерть вагітної при життєздатному плоді.

Порівняння показань до *планового* КР представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Порівняння показань до планового кесаревого розтину

Показання для планового КР (згідно українському протоколу)	Показання для планового КР (згідно англійському протоколу)
Передлежання плаценти (за даними УЗД у терміні 36+тиж. нижній край плаценти розташований на < 2см від внутрішнього вічка)	Часткове або повне передлежання плаценти. Вростання плаценти в рубець на матці (підтверджене УЗД в терміні від 32 до 34 тижнів)
Тазове передлежання плода (після невдалої спроби зовнішнього повороту плода у 36 тижнів; за наявності протипоказань до зовнішнього повороту за наполяганням вагітної)	Сідничне передлежання плода (В випадку невдачного зовнішнього акушерського повороту плода після 36 тижнів, або відмови матері від цієї процедури) Передчасні пологи (від 26 до 36+6 тижнів) в випадку сідничного передлежання плода.
Поперечне положення плода.	-
Тазове передлежання або неправильне положення першого плода за багатоплідної вагітності	Дихоріальна діамніотична двійня в випадку, якщо перший плід не в головному передлежанні.(Після 32 тижнів) Передчасні пологи при вагітності двійнею (від 26 до 32 тижнів) в випадку, якщо перший плід не в головному передлежанні. Вагітність трійнею (після 35 тижнів в випадку відсутності ускладнень)
Моноамніотична двійня.	Монохоріальна моноамніотична двійня (від 32 до 33+6 тижнів)
Синдром затримки росту одного з плодів за багатоплідної вагітності.	
Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів (попередній корпоральний кесарів розтин, Т- або J-подібний розріз матки за попередньої операції, розрив матки в анамнезі, понад один кесарів розтин в анамнезі, стан після гінекологічних втручань з проникненням у порожнину матки, відмова жінки від спроби вагінальних пологів).	Рубець на матці після попереднього КР або міомектомії.
Первинний генітальний герпес менше ніж 6 тижнів до пологів.	Первинна інфекція матері вірусом просто герпесу.
Екстрагенітальні захворювання та синдроми: система кровообігу: висока легенева гіпертензія, дилатація висхідної аорти > 45 мм, тяжкий аортальний стеноз, прийом вагітною оральних антикоагулянтів (антагоністів вітаміну К), інфаркт міокарда за даної вагітності, тяжка серцева недостатність (функціональний клас III або IV за NYHA); дихальна система: захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча, що мала місце менш ніж за 4 тижні до розродження; нервова система; внутрішньомозкові пухлини, гіпертензивно-лікворний синдром, аневризми церебральних судин, артеріо-венозні мальформації, стан після геморагічного інсульту; орган зору: геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, гострий приступ глаукоми. (NB! Будь-яка інша офтальмологічна патологія, окрім вищезазначеної, не є показанням до кесаревого розтину); цукровий діабет: передбачувана маса плода > 4500 г; гепатит С у поєднанні з ВІЛ-інфекцією;	Важка екстрагенітальна патологія матері.
ВІЛ-інфекція: вірусне навантаження > 50 копій/мкл	Інфекції, що можуть передаватися від матері: ВІЛ.
Пухлини або кісткові деформації малого тазу, що перешкоджають народженню дитини.	Деформації тазу матері та/або диспропорція розмірів плода та тазу матері.
Рак шийки матки.	
Розрив промежини III ступеня в анамнезі, стан після пластичних операцій на промежині	
Стан після хірургічного лікування сечостатевих або кишково- статевих нориць.	

Продовження таблиці 2

Показання для планового КР (згідно українському протоколу)	Показання для планового КР (згідно англійському протоколу)
Вади розвитку плода, що підлягають хірургічній корекції у ранньому неонатальному періоді: діафрагмальна кіла, спінальні дизрафії, гастрошизис, тератоми (за рішенням перинатального консиліуму з залученням профільного хірурга).	
Зрошені близнюки.	
Дострокове розродження після повторних гемотрансфузій при імунних конфліктах.	
	Бажання жінки. (За відсутності показань – після детального обговорення ризиків для матері та плода та консультації психолога з приводу токофобії з записом цього обговорення та внесенням згоди в історію хвороби).

Як видно з таблиці 2 протоколи України та Великої Британії щодо показань до планового КР мають ряд відмінностей, головним з яких є бажання жінки. В Великій Британії при відсутності показань до КР його можна виконати за бажанням вагітної після детального обговорення ризиків для матері та плода, консультації психолога з приводу токофобії, внесенням інформованої згоди в історію хвороби.

Велика увага як в Україні, так і в Великій Британії приділяється анестезії при проведенні КР, але в протоколах Великої Британії її особливості представлені більш детально. Всім жінкам рекомендована спінальна анестезія, що виконується в операційній. Профілактика гіпотонії матері – нахил на лівий бік до 15°, якщо жінка знаходиться у положенні лежачи на операційному столі, введення фенилефрину одразу після спінальної анестезії. Дача протиблювотних засобів та препаратів, що знижують кислотність шлункового соку (антациди та інгібітори протонної помпи). Профілактика гіпотермії: прогрівати всі рідини для в/в введення до 38-40°, препарати крові – до 37°. Введення антибіотиків перед розрізом на шкірі.

Згідно українському клінічному протоколу «Кесарів розтин» [2] специфіка проведення кесарева розтину в Україні представлена наступною технікою операції. Спочатку визначте середину розрізу та зробіть три відмітки на шкірі: одну по середній лінії та по одній – по боках. Злегка натягніть шкіру в напрямку складки, це дає меншу деформацію та забезпечує прямий розріз. Зробіть розріз шкіри довжиною приблизно 15 см. Він не повинен заходити у підшкірну клітковину. Цей неглибокий розріз має бути майже безкровним. Заглибте розріз скальпелем на 2-3 см посередині розрізу в поперечному напрямку крізь підшкірну клітковину до апоневрозу. Не намагайтесь відсепарувати підшкірну клітковину. Кровоносні судини та нерви залишаються при цьому інтактними оскільки зона підшкірної клітковини по середній лінії є найбільш безкровною. Зробіть невеликий поперечний розріз апоневрозу скальпелем. Подовжте поперечний розріз апоневрозу в обидва боки під підшкірною клітковиною, не порушуючи при цьому її цілості: розташуйте кінчики частково відкритих ножиць таким чином, щоб одне лезо було розташовано над, а інше – під апоневрозом (підтримуйте ножиці знизу вказівним пальцем лівої руки). Просувайте ножиці латерально спочатку від себе, а потім на себе. На цьому рівні прямі м'язи не потребують відокремлення від апоневрозу, тому що знаходяться вище рівня прикріплення пірамідальних м'язів.

М'яко відділіть апоневроз від м'язів, вказівними пальцями розведіть прямі м'язи краніально та каудально, готуючись до наступного кроку. Розведіть прямі м'язи. Для цього хірург та асистент розташовують вказівний та середній пальці правої руки по середній лінії між прямими м'язами, захоплюючи при цьому м'яз, а потім одночасно розводять їх шляхом тракцій зі збалансованою та зростаючою силою. Цей рух треба проводити з легкою зовнішньою ротацією, що дозволяє розвести верхню частину розрізу більше, ніж нижню. Не бійтесь прикладати велику силу. Цей маневр дозволяє змістити всі судини та нерви вбік, не пошкоджуючи їх, і здійснити доступ до очеревини. Вказівними пальцями розтягуйте в поперечному напрямку парієтальну очеревину у верхньому куті рани поки не утвориться невеличкий отвір. Розширте отвір вказівними пальцями в каудальному та краніальному напрямках. Якщо очеревину розтягують у краніальному та каудальному напрямках, вона рветься поперек, що запобігає травмуванню сечового міхура. Використання пальців при входженні в черевну порожнину запобігає травмуванню кишечника. Ідентифікуйте нижній сегмент матки та сечовий міхур. Зробіть скальпелем поперечний поверхневий розріз вісцеральної очеревини довжиною 1 см над сечовим міхуром. Уникаючи кровоносних судин просувайте вправо та вліво (загалом на 10-12 см), щоб через цей отвір можна було б народити дитину. Застосовуйте дзеркала для того, щоб бачити рух інструменту. Намагайтесь не опускати рівень розрізу, оскільки це може обмежити можливості розведення країв розрізу матки. Опустіть вісцеральну очеревину із сечовим міхуром донизу, використовуючи 2 пальці. Використання пальців запобігає травматизму сечового міхура у порівнянні із використанням тампону. Зробіть невеличкий поперечний розріз в нижньому сегменті матки скальпелем, або використовуйте вказівний палець правої руки для формування отвору в матці. Пальцями розтягніть край отвору на матці у поперечному напрямку. Великий палець правої руки використовуйте переважно для фіксації удалньому куті рани, а вказівний палець лівої руки – для розведення в ближньому куті рани. Великий палець товще вказівного, що знижує ризик травмування судин на віддаленому боці матки. Продовжуйте отвір більше вправо ніж вліво тому що наприкінці вагітності матка здебільше повернута вправо. Підведіть два пальця під голівку плода та виведіть її з рани. Асистент натискає на дно матки, щоб допомогти вилучити дитину.

Пальці займають менше місця ніж повна долоня, завдяки чому зменшується вірогідність травми матки при вилученні плода. Після народження дитини анестезіолог вводить 5 ОД окситоцину внутрішньовенно. Послід видаляється шляхом контрольованої тракції за пуповину. Для цього пуповину тримають у стані легкого натягування до початку спонтанного відокремлення плаценти. Обережно підтягуючи за пуповину послід видаляють з порожнини матки. Не слід тягнути за пуповину за відсутності скорочення матки та ознак відокремлення плаценти оскільки це може призвести до вивороту матки! Також в абдомінальній рані, розміщуючи всю руку позаду матки, проводьте масаж матки для стимуляції її скорочень. У разі сильної кровотечі з плацентарної площадки, стисніть матку між долонями. Даний метод дає суттєвий гемостаз. Продовжуючи масаж матки, марлевою серветкою видаліть залишки плодових оболонок та тканин з матки, стимулюючи її скорочення. Захопіть центр нижнього краю рани на матці атравматичним затискачем. Якщо необхідно, розширте цервікальний канал розширювачем Гегара і проштовхніть розширювач у піхву, для того, щоб вилучити його після операції. Цей крок може підвищувати ризик реалізації генітальної інфекції, тобто її розповсюдження з піхви у матку. Цілісність матки відновіть накладанням однорядного або дворядного безперервного шва через усю товщу стінки матки. Застосовуйте довгу (90 см) лігатуру (надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу, що розсмоктується) № 1 та велику колючу голку. Відступіть 1 см від краю розрізу зверху та знизу для забезпечення достатнього гемостазу. Будьте обережними в нижньому відділі розрізу, щоб запобігти травмуванню сечового міхура. У разі витончення нижнього сегменту може з'явитися необхідність у накладанні другого ряду швів. Контроль гемостазу. Переконайтесь, що АТ та пульс в межах норми. Якщо гемостаз недостатній, накладіть додаткові шви для впевненості у відсутності кровотечі. Видаліть згортки крові. Рідку кров видаліть з черевної порожнини відсмоктувачем. Мінімізуйте маніпуляції з кишечником – це забезпечить раннє відновлення функції кишечника. Ушивання вісцеральної очеревини: Зведіть краї вісцеральної та парієтальної очеревини, не накладаючи лігатур. За короткий проміжок часу краї рани очеревини відновляться. Відновіть цілість апоневрозу однорядним безперервним швом без перекиду. Надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу з довготривалим терміном розсмоктування. Накладіть перший шов таким чином, щоб вузол знаходився під апоневрозом. Кожний укол спрямовуйте злегка по діагоналі через розріз. Не застосовуйте безперервний шов з перекидом. Будьте обережним в краях розрізу, щоб не пошкодити судини. Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина перевищує 2 см. Ушийте шкіру, застосовуючи косметичний внутрішньо-шкірний шов або декілька окремих швів за Донаті. Затисніть краї розрізу затискачами в проміжках між швами для забезпечення правильного співставлення країв рани. За відсутності інтраопераційних ускладнень пропонуйте породіллі раннє вживання рідини. Здійсніть ранню мобілізацію пацієнтки відразу по закінченню дії анестетиків. Немає необхідності в го-

лудуванні після операції. Рання мобілізація знижує ризик тромбоемболічних ускладнень і зменшує інтенсивність й тривалість післяопераційного болю. Зменшення відчуття болю полегшує грудне вигодовування, а це в свою чергу сприяє скороченню та інволюції матки. Окремі шви зніміть на 7-у добу після операції, що знижує ризик розвитку інфекції та келоїдних рубців.

Технічні *особливості операції кесарева розтину в Великобританії* мають наступні аспекти [17]. Обробка операційного поля проводиться з використанням хлоргексидинового антисептику на спиртовій основі. У випадку відсутності хлоргексидину – можна використовувати йодо-вмісний антисептик. Обробка піхви – йодо-вмісним антисептиком на водяній основі в випадку передчасного розриву плодових оболонок для профілактики ендометриту. Рекомендовано використовувати доступ за Джоел-Кохеном або за Пфайненштилем в випадку відсутності показань до інших доступів [18]. Подальше розкриття черевної стінки рекомендовано використовувати виключно тупим методом. Рекомендовано використання тупого методу і для розширення розрізу на матці з метою зменшення крововтрати, профілактики післяпологової кровотечі та необхідності трансфузії препаратів крові під час та після операції. Вилучення плода виконується в залежності від типу передлежання плода. Видалення плаценти проводиться шляхом тракції за пуповину для профілактики ендометриту [19]. Рутинна екстєорізація матки не рекомендована оскільки пов'язана з більш сильним болем в післяопераційному періоді та нудотою/блюванням під час операції. Ушивання матки виконується шляхом накладання однорядного або дворядного шва на матку. За останніми дослідженнями прямої кореляції між методом ушивання матки та післяопераційними ускладненнями не виявлено, будь то однорядний або дворядний шов [20, 21, 22, 23, 24]. Перитонізація – не рекомендована, так як провокує больовий синдром в післяопераційному періоді. Ушивання передньої черевної стінки проводиться пошарово, при цьому ушивання підшкірно-жирової клітковини не рекомендовано, якщо її товщина менше 2 см. Ушивання шкіри здійснюється з використанням розсмоктуючого матеріалу, замість хірургічних скоб для зменшення дефіциту шкіри.

Таким чином, після детального аналізу обох протоколів було виявлено велику кількість схожих аспектів серед показань до проведення КР, хірургічної техніки та анестезіологічного супроводу операції, але мали місце й відмінності.

Відмінності клінічних протоколів стосуються насамперед показань до КР: в українському протоколі показання для проведення КР розписані більш детально, що дозволяє не звертатися до протоколів з інших патологій. Британський гайдлайн не дає чіткої відповіді на питання, які стосуються наявності екстрагенітальної патології у вагітної. Цікавим є те, що показання «Бажання матері» присутне в протоколі NICE, але відсутнє в протоколі державного видавництва. Відмінності є і в питаннях анестезії: підігрівання розчинів для інфузії, як профілактика гіпотермії профілактика печії, нудоти до операції. Відмінності знайдені і в технічних аспектах. З технічної точки зору український протокол описує процес виконання операції набагато детальніше. Кожен етап виконання оперативного втручання доповнюється схематичними ілюстраціями для кращого розуміння. Бри-

танський протокол має досить малий технічний протокол операції без чітких вказівок щодо доступу до матки, ушивання шкіри. Він більше спрямований на зменшення травматичності операції та зменшення післяопераційного больового синдрому. Знеболення в післяпологовому періоді є досить цікавим питанням, враховуючи що препаратом першої лінії в обох випадках опинився морфін інтратекально. При недостатності його ефекту рекомендовано додавання парацетамолу для зниження потреби в опіоїдах. В Британії також рекомендовано застосування оральних форм морфіну. Також можливі комбінації парацетамолу та дигідрокодеїну, що заборонено в Україні. В випадку, якщо жінка годує дитину груддю – використовуються мінімальні дози опіоїдних анальгетиків, не довше ніж 3 доби під пильним наглядом.

Відрізняється виписка породіллі зі стаціонару: в Україні виписка породіллі після КР при наявності неускладненого перебігу післяопераційного періоду здійснюється через 3 доби після оперативного втручання. В Британії рекомендована виписка зі стаціонару через 24 годин після втручання при умові доброго самопочуття, відсутності лихоманки та ускладнень [25, 26].

Таким чином, порівняльне дослідження протоколів проведення кесарівого розрізу в Україні та Великої Британії надало важливі уявлення про сучасний стан акушерської практики в обох країнах. Зафіксована значуща різноманітність у протоколах КР в Україні та Великобританії. Особливо це стосується як клінічних аспектів, так і аспектів, пов'язаних з організаційними та соціокультурними чинниками. Був виявлений значущий вплив соціальних та культурних факторів в Британії на частоту КР. Відмінність української медичної системи та NHS Британії заключається переважно в питаннях контролю прийому наркотичних анальгетиків, тривалості післяопераційного періоду та врахування бажання жінки щодо методу розродження є досить дискусійним [27].

За даними Харківського обласного перинатального центру КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», нами було проаналізовані показання до КР, особливо під час військового стану. Було виявлено, що в довоєнний період частота КР складала 37,5 %, а співвідношення плановий КР/ургентний КР складало 74,7 %/25,3 %. Під час військового стану частота КР збільшилася до 43,8 %,

Література:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean birth. NICE guideline (NG 192) [Internet]. 2021 [updated 2024 Jan 30; cited 2024 Jun 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/recommendations>
2. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин». Наказ МОЗ України від 05.01.2022р. № 8 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2022 [цитовано 2024 Чер 25]. Доступно: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05012022-8-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoi-vtorinnoi-specializovanoi-ta-tretinnoi-visokospecializovanoi-medichnoi-dopomogi-kesariv-roztin>
3. Parliamentary Office of Science and Technology Postnote. Caesarean Sections. POST-Note [Internet]. 2002 [cited 2024 Jun 25];184. Available from: <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/post/pn184.pdf>
4. Chrissie Yu. UK C-Section Rates 2023: Stats, Perspectives and Guidance 2023 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 25]. Available from: <https://www.chrissieyu.com/c-section-rates-statistics-uk-global/>
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Twin and triplet pregnancy. NICE guideline (NG 137) [Internet]. 2019 [updated 2024 Apr 09; cited 2024 Jun 25]. 68p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng137>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline (NG 125) [Internet]. 2019 [updated 2020 Aug 19; cited 2024 Jun 25]. 30p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Preterm labour and birth. NICE guideline (NG 25) [Internet]. 2015 [updated 2022 Jun 10; cited 2024 Jun 25]. 36p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25>
8. Тарасенко КВ, Громова АМ, Шафарчук ВМ, Нестеренко ЛА. Зростання частоти кесаревого розтину як проблема сучасного акушерства. Український журнал медицини, біології та спорту. 2019;4(5):197-201. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs04.05.197>

а відповідне співвідношення – 66 %/34 %. Отримані дані вказують на підвищення частоти та ургентності КР, що може бути обумовлено як збільшенням екстрагенітальної патології (з 70,7 % до 80,6 %), так і стресовими факторами. Звертає на себе увагу, що серед ендокринної патології частота ожиріння з 19,9 % в 2020 р. підвищилася до 30,1 % в 2023 р. (в 1,5 рази), а гестаційного цукрового діабета (з 16,6 % до 27,5 %) в 1,7 рази, відповідно значно зросла частота КР через вказані причини.

Отже, необхідність пошуку оптимальних показань та удосконалення технічних аспектів проведення кесаревого розтину, адаптованих під конкретні умови кожної країни, використання напрацювань закордонних колег в питаннях показань до КР у вагітних з екстрагенітальною патологією, психологічний супровід, врахування інтересів матері, знеболення в післяпологовому періоді є досить цікавими та перспективними питаннями для української акушерської практики [28,29,30,31,32].

Висновки. Негативна статистика демонструє, що зростання частоти КР є характерним не тільки для Великої Британії, але і для України, хоча в Україні причиною цієї ситуації є підвищення частоти акушерської та екстрагенітальної патології під час військового стану, а в Британії – бажання жінки. Розуміння відмінностей між країнами щодо підходів до КР сприятиме покращенню якості медичної допомоги та оптимізації результатів як для матері так і для новонародженого.

Перспектива подальших досліджень: Наші висновки вказують на потребу в подальших дослідженнях для глибшого розуміння проблем показань до КР та вдосконалення акушерської тактики в Україні, спираючись на багатий вітчизняний та закордонний досвід, особливо в жінок з екстрагенітальною патологією.

Конфлікт інтересів. Автори не мають жодних конфліктів інтересів, про які слід було б заявити.

Джерело фінансування. Це дослідження не отримало жодного конкретного гранту від жодної фінансової установи в державному, комерційному чи некомерційному секторах.

9. Грищенко ВІ, Щербина МО, редактор. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. Кн. 1. Акушерство. 4-е вид. Київ: ВСВ «Медицина»; 2020. 424 с.
10. Лазуренко ВВ, Тертишник ДЮ, Борзенко ІБ, Остапенко ВР, Тіщенко ОМ. Перебіг вагітності та пологів у жінок із цукровим діабетом та плацентарною дисфункцією. Міжнародний медичний журнал. 2022;28(1):29-3. DOI: <https://doi.org/10.37436/2308-5274-2022-1-6>
11. Thisted DLA, Mortensen LH, Hvidman L, Krebs L. Operative technique at caesarean delivery and risk of complete uterine rupture in a subsequent trial of labour 185 at term. A registry case-control study. PLoS One [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 1];12(11):e0187850. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187850> DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187850>
12. МОЗ України. Кесарів розтин. Клінічна настанова, заснована на доказах. Клінічна настанова [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2021 [цитовано 2024 Лип 10]. 66 с. Доступно: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2021_12_01_kn_kr.pdf
13. Москвяк-Лесняк ДС, Красівська АВ, Жигалюк ІТ. Вивчення факторів, які впливають на зростання рівня кесаревого розтину, за період 2017-2018 рр. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019;3:25-9. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2019.3.10587>
14. Ващенко ВЛ. Кесарів розтин – особливості сучасних підходів на третьому рівні надання перинатальної допомоги. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2023;23(2):3-8. DOI: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.2.1.3>
15. Грищенко ОВ, Коровай СМ, Мамедова СШ. Кесарів розтин в умовах перинатального центру III рівня – показання та фактори ризику. Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science». 2020;4:4-8. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.2.08987>
16. Моцюк ЮБ. Кесарів розтин у сучасному акушерстві – необхідність чи модна тенденція? (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;7-8:79-83. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7-8.2021.250839>
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean birth. Techniques to close the uterus at caesarean birth. Evidence review D. NICE Guideline, № 192 [Internet]. London: NICE; 2021 [cited 2024 May 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569606/>
18. Olyaeemanesh A, Bavandpour E, Mobinizadeh M, Ashrafinia M, Bavandpour M, Nouhi M. Comparison of the Joel-Cohen-based technique and the transverse Pfannenstiel for caesarean section for safety and effectiveness: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran. 2017;31:313-8. DOI: <https://doi.org/10.14196%2Fmjiri.31.54>
19. Kamel A, El-Mazny A, Salah E, Ramadan W, Hussein AM, Hany A. Manual removal versus spontaneous delivery of the placenta at cesarean section in developing countries: a randomized controlled trial and review of literature. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018;31(24):3308-13. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1369522>
20. Hanacek J, Vojtech J, Urbankova I, Krcmar M, Křepelka P, Feyereisl J, et al. Ultrasound cesarean scar assessment one year postpartum in relation to one- or two-layer uterine suture closure. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(1):69-78. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13714>
21. Laganà AS, Cromi A, Tozzi R, Franchi M, Lukanović D, Ghezzi F. Uterine scar healing after cesarean section: Managing an old surgery in an evidence-based environment. J Invest Surg. 2019;32(8):770-2. DOI: <https://doi.org/10.1080/08941939.2018.1465145>
22. Roberge S, Demers S, Berghella V, Chaillet N, Moore L, Bujold E. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(5):453-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.014>
23. Stegwee SI, Jordans I, van der Voet LF, van de Ven PM, Ket J, Lambalk CB, et al. Uterine caesarean closure techniques affect ultrasound findings and maternal outcomes: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2018;125(9):1097-108. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15048>
24. Vachon-Marceau C, Demers S, Bujold E, Roberge S, Gauthier RJ, Pasquier JC, et al. Single versus double-layer uterine closure at cesarean: impact on lower uterine segment thickness at next pregnancy. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [cited 2024 Jun 3];217(1):65.e1-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.042>
25. Paliulyte V, Drasutiene GS, Ramasauskaite D, Bartkeviciene D, Zakareviciene J, Kurmanavicius J. Is postpartum uterine involution impacted by instrumental or operative procedures? Ultrasound study. Open J Obstet Gynecol. 2018;8(13):1289-304. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojog.2018.813131>
26. Peker N, Yavuz M, Aydın E, Ege S, Bademkiran MH, Karacor T. Risk factors for relaparotomy after cesarean section due to hemorrhage: a tertiary center experience. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020;33(3):464-70. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1677599>
27. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Shortterm and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet. 2018;392(10155):1349-57. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)
28. Roberge S, Demers S, Girard M, Vikhareva O, Markey S, Chaillet N, et al. Impact of uterine closure on residual myometrial thickness after cesarean: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2016 [cited 2024 May 20];214(4):507.e1-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.916>
29. Lang Ben Nun E, Sela HY, Joseph J, Rudelson G, Grisaru-Granovsky S, Rottenstreich M. Prolonged operative time of cesarean is a risk marker for subsequent cesarean maternal complications. Arch Gynecol Obstet. 2023;307(3):739-46. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06575-4>
30. Лазуренко ВВ, Абдуллаєва НА. Вагітність та пологи у жінок з церебро-васкулярними порушеннями. Вісник морської медицини. 2020;4(89):62-70. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4430764>
31. Stegwee SI, Jordans IPM, van der Voet LF, Bongers MY, de Groot CJM, Lambalk CB, et al. Single- versus double-layer closure of the caesarean (uterine) scar in the prevention of gynaecological symptoms in relation to niche development – the 2Close study: a multicentre randomised controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019[cited 2024 Jun 25];19:85. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2221-y> DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2221-y>
32. van der Voet LF, Jordans IPM, Brölmann HAM, Veersema S, Huirne JAF. Changes in the uterine scar during the first year after a caesarean section: A prospective longitudinal study. Gynecol Obstet Invest. 2018;83(2):164-70. DOI: <https://doi.org/10.1159/000478046>

CESAREAN SECTION IN UKRAINE AND THE UNITED KINGDOM: SIMILARITIES AND DIFFERENCES

V. Lazurenko, O. Zhelezniakov, S. Alkhimov, O. Ovcharenko,

R. Safonov, D. Tertyshnyk
Kharkiv National Medical University
(Kharkiv, Ukraine)

Summary.

The aim of the study was to conduct a comparative analysis of cesarean sections in Ukraine and the United Kingdom in order to improve the quality of medical care and optimize outcomes for both mother and newborn.

Materials and methods. To achieve this goal, we analyzed the unified clinical protocol «Caesarean section» of the Ministry of Health of Ukraine dated January 5, 2022 and the UK NICE GUIDELINE «Caesarean birth» in the latest version dated September 6, 2023.

The work was performed in accordance with the research plan of the Department of Obstetrics and Gynecology #2 of KhNMU: «Optimization of diagnostics, treatment of diseases of the reproductive system and pregnancy complications in women with extragenital pathology» (state registration number 0121U11923).

Results. A comparative study of cesarean section protocols in Ukraine and the United Kingdom provided important insights into the current state of obstetric practice in both countries. Significant diversity in CS protocols in Ukraine and the UK was noted. This is particularly true for both clinical aspects and aspects related to organizational and sociocultural factors. A significant influence of social and cultural factors in the UK on the frequency of CR was found. The difference between the Ukrainian medical system and the NHS in the UK is mainly in the control of narcotic analgesics, the duration of the postoperative period, and the consideration of the woman's preference for the method of delivery is quite controversial.

Conclusions. Negative statistics reveal that the increase in the frequency of CS is typical not only for the UK, but also for Ukraine, although in Ukraine the explanation for this situation is the increase in the frequency of obstetric and extragenital pathology during martial law, and in the UK it is the woman's choice. Understanding the differences between countries in their approaches to CS will help to improve the quality of medical care and optimize outcomes for both mother and newborn.

Key words: Pregnancy; Birth; Cesarean Section; Extragenital Pathology; Diabetes Mellitus; Obesity.

Контактна інформація:

Лазуренко Вікторія Валентинівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри акушерства та гінекології № 2, Харківський національний медичний університет (Харків, Україна)
e-mail: vv.lazurenko@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7300-4868>

Researcher ID: https://www.researchgate.net/profile/Viktoriya_Lazurenko/experience

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/%20authorid/detail.uri?authorid=57194712400>

Железняков Олександр Юрійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 3, Харківський національний медичний університет (Харків, Україна)
e-mail: oy.zhelezniakov@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-4667-9191>

Алхимов Сергій Юрійович – лікар-інтерн, Харківський національний медичний університет (Харків, Україна)
e-mail: syalkhimov.po23@knmu.edu.ua

Овчаренко Ольга Борисівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 2, Харківський національний медичний університет (Харків, Україна)
e-mail: ob.ovcharenko@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1663-568X>

Сафонов Роман Анатолійович – доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології № 2, Харківський національний медичний університет (Харків, Україна)
e-mail: ra.safonov@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3876-4415>

Тертишник Денис Юрійович – доктор філософії, асистент кафедри акушерства та гінекології № 2, Харківський національний медичний університет (Харків, Україна)
e-mail: dy.tertyshnyk@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0390-7068>

Contact Information:

Viktoriya Lazurenko – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Kharkiv National Medical University, 4, Nauky Ave, Kharkiv, Ukraine, 61022
e-mail: vv.lazurenko@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7300-4868>

Researcher ID: https://www.researchgate.net/profile/Viktoriya_Lazurenko/experience

Scopus Author ID: <https://www.scopus.com/%20authorid/detail.uri?authorid=57194712400>

Oleksandr Zhelezniakov – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 3, Kharkiv National Medical University 4, Nauky Ave, Kharkiv, Ukraine, 61022
e-mail: oy.zhelezniakov@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-4667-9191>

Serhii Alkhimov – intern, Kharkiv National Medical University 4, Nauky Ave, Kharkiv, Ukraine, 61022
e-mail: syalkhimov.po23@knmu.edu.ua

Olha Ovcharenko – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Kharkiv National Medical University 4, Nauky Ave, Kharkiv, Ukraine, 61022
e-mail: ob.ovcharenko@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1663-568X>

Roman Safonov – Doctor of Medicine, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynaecology No. 2, Kharkiv National Medical University (Kharkiv, Ukraine)
e-mail: ra.safonov@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3876-4415>

Denys Tertyshnyk – PhD, Assistant Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 2, Kharkiv National Medical University, 4, Nauky Ave, Kharkiv, Ukraine, 61022
e-mail: dy.tertyshnyk@knmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0390-7068>



Надійшло до редакції 22.07.2024 р.
Підписано до друку 20.09.2024 р.