

Зміни репродуктивного здоров'я жінок залежно від методу кесарева розтину та категорії ургентності

Б.М. Венцківський, Д.В. Вітренко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

У статті представлені відомості про зміни репродуктивного здоров'я жінок залежно від методу кесарева розтину та від категорії ургентності, оцінені результати. Відчуття депресії відзначає кожна п'ята жінка, якій проведений кесарів розтин. Процес лактації збережений в 82,07% матерів.

Зміни в сексуальному житті відзначають 59,43% пацієнок. Після операції за Старком патологія зареєстрована у 53,62% жінок, за Русаковим – у 66,67%, а за Дерфлером – у 92,31%. Після первинного кесарева розтину сексуальні порушення виявлені в 50,63% випадків, а при повторному – частіше – у 85,18%.

Ключові слова: кесарів розтин, категорія ургентності, репродуктивне здоров'я.

Основним завданням акушерсько-гінекологічної служби є зниження материнської та малюкової захворюваності та смертності. Важливу роль у вирішенні цього завдання відіграє своєчасний і правильний вибір методу розродження. Протягом років відзначають чітку тенденцію до значного розширення показань до абдомінальному розродження [1, 3–6, 9, 13].

Кесарів розтин на сьогодні залишається найпоширенішим абдомінальним методом розродження. Висока оперативна активність призводить до збільшення числа жінок репродуктивного віку з рубцем на матці. Збереження репродуктивної функції, ведення наступної вагітності та пологів у даного контингенту жінок представляє для лікарів великі труднощі. Повторний кесарів розтин є далеко не оптимальним методом розродження ні для матері, ні для плода, що вимагає подальшого дослідження даної проблеми науковцями та проведення безперервного аналізу власної практики кожного акушера-гінеколога [3].

Високий рівень абдомінального розродження зумовлений ростом екстрагенітальної (з 43,0% до 70,0%) і гінекологічної патології (з 55,0% до 70,0%), збільшенням пацієнок з рубцем на матці (з 14,2% до 20,5%), аномаліями пологової діяльності (з 18,3% до 28,2%), розвитком ЕКЗ (2,3%) [12].

На XVIII Всесвітньому конгресі Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (FIGO) обговорювали необхідність максимальної відмови від кесарева розтину під час перших пологів [8, 14].

Основними клінічними симптомами патології репродуктивної системи у жінок після кесарева розтину є больовий синдром, порушення менструального циклу, диспаревнія, зниження сексуальної активності, порушення мікробіоценозу статевих шляхів і нейроендокринна симптоматика. При

цьому частота основних клінічних проявів зростає протягом 2 років після розродження [2].

Для зниження частоти патології репродуктивної системи у жінок з оперованою маткою необхідний комплексний підхід з урахуванням усіх виявлених етіопатогенетичних особливостей [2].

Істотною недугою, що затьмарює життя пацієнок, є больові симптоми різної локалізації. Однією з причин формування даного симптомокомплексу є анатомічне зміщення матки за рахунок спайкового процесу. Це залежить від методики та техніки оперативного втручання, кваліфікації хірурга, якості використаного шовного матеріалу, правильності й раціональності ведення післяопераційного періоду [11].

Частіше даний стан супроводжує повторний кесарів розтин і при більш складному й великому обсязі оперативного втручання (консервативна міомектомія, виражений спайковий процес в області нижнього маткового сегмента, варикозне розширення вен передміхурової клітковини). Біль у нижніх відділах живота спостерігається у 5% жінок [11].

Зміщення оперованої матки догори, тобто формування важкого симптомокомплексу – «первіко-фундального синдрому» – за рахунок розвитку спайкового процесу спостерігається в 6,6%. В основному причинами є повторне оперативне розродження, виконання консервативної міомектомії, операції на придатках матки, ускладнення післяопераційного перебігу (ендометрит, інфільтрація швів на матці, гематома ретровезикальної клітковини, розташована під міхурово-матковою складкою). Дану патологію діагностують на підставі ультразвукового та дворучного гінекологічного дослідження [11].

Дані про порушення сексуальної функції суперечливі й стосуються в основному жінок, які народили природним шляхом (за даними літератури, кількість жінок коливається в широких межах – 25–45%) [11].

Після виписки з пологового стаціонару всі жінки з рубцем на матці вимагають диспансерного спостереження, що дозволить зберегти їхню репродуктивну функцію, поліпшити якість життя і створити позитивний настрій на наступні вагітності і пологи [10].

Третій кесарів розтин є достатньо важливим науковим завданням, особливо у зв'язку з постійно зростаючою частотою абдомінального розродження [7].

Мета дослідження: вивчити зміни репродуктивного здоров'я жінок залежно від методу кесарева розтину та від категорії ургентності, оцінити їх результати.

Таблиця 1

Розподіл вагітних за віком

Вік (років)	18–20	21–25	26–30	31–35	36–40	Понад 40
Абсолютна кількість	6	27	36	23	11	3
%	5,66	25,47	33,97	21,69	10,38	2,83

Таблиця 2

Кесарів розтин

Кесарів розтин		Усього	За Старком	За Русаковим	За Дерфлером
Первинний		79	69	5	5
Повторний	Усього	27	3	16	8
	2	26	3	16	7
	3	1	0	0	1
Усього		106	72	21	13

Таблиця 3

Термін вагітності

Термін вагітності	Усього	Кесарів розтин за Старком	Кесарів розтин за Русаковим	Кесарів розтин за Дерфлером
До 37 тиж	2	1	1	0
37–40 тиж	89	57	20	12
40 тиж 1 день – 42 тиж	15	14	0	1
Усього	106	72	21	13

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вивчення репродуктивного здоров'я жінок проведено клініко-статистичний аналіз за 2012–2013 рр. методом випадкового відбору статистичної вибірки у 106 жінок з акушерською та екстрагенітальною патологією при операції кесарева розтину, яка проведена у плановому та ургентному порядку у лікувально-профілактичних закладах Черкаської області та проведено обстеження пацієнток через 3 міс після операції шляхом анкетування.

Розподіл вагітних за віком, яким виконано кесарів розтин, наведений у табл. 1.

Як видно з наведених даних, переважна кількість жінок, яким виконано кесарів розтин, були в віці 21–30 років (59,44%). Середній вік вагітних 28,61 року.

При вивченні менструальної функції в 78,31% обстежених вагітних встановлено своєчасний початок менархе. Середній вік початку менархе 13,07 року.

У 55,66% жінок, які розроджені шляхом операції кесаревого розтину, відзначають початок статевого життя у віці 18–22 роки. Середній вік початку статевого життя 17,91 року.

Вивчення гінекологічного анамнезу показало, що здебільшого у жінок (54,72%) відзначаються патологічні зміни, у 29% вагітних переважно інфекційно-запальної етіології з хронічним перебігом.

У 15 жінок (14,15%) попередні вагітності закінчилися перериванням на ранніх термінах, причинами яких були медичні, соціальні фактори та суб'єктивні бажання жінок. Вивчення акушерського анамнезу свідчить, що у переважній більшості жінок в анамнезі є посилення на штучні аборти.

97,17% вагітних (103 жінки), ведуть здоровий спосіб життя, решта вагітних – 3 (2,83%) палять.

Серед усіх жінок уперше вагітних було 49 (46,23%), яким в 42 випадках проведений кесарів розтин за методом Старка,

в 4 – за методом Русакова та в 3 випадках кесарів розтин за Дерфлером. Повторно вагітних було 57 (53,77%) жінок, яких прооперовано методом Старка 30, 17 – методом Русакова та 10 випадків кесарів розтин проведений за методом Дерфлера.

Серед 64 (60,38%) першонароджуючих пацієнток, яким переважно виконували кесарів розтин, за методом Старка – 56 випадків (87,49%). Повторнонароджуючих було 42 пацієнтки, які в 17 випадках (40,48%) прооперовані за методом Русакова, в 16 (38,09%) – за методом Старка, а в решти – кесарів розтин за методом Дерфлера.

Переважає проведення первинного кесаревого розтину – 74,53%, який проведений в ургентному порядку – 57 випадків.

Первинний кесарів розтин проведений у 79 жінок (74,53%), з них за методом Старка – в 69 пацієнток (87,34%). А при повторному кесаревому розтині переважала методика за Русаковим – 16 операцій з 27 (59,26%) (табл. 2).

Показаннями для проведення кесаревого розтину при терміні вагітності до 37 тиж був передчасний розрив плодових оболонок при двійні (за методом Русакова) та при ножному положенні плода (за методом Старка). У решти жінок (98,11%) кесарів розтин проведений при доношеній вагітності (табл. 3).

У 98,13% випадків положення плода при розродженні було повздовжнє: головне – в 79,44%, а в 18,69% – тазове, поперечне положення – в 1,87%.

При повздовжньому головному передлежанні плода в 61 випадку (71,76%) операція проведена за методом Старка, в 15 випадках (17,65%) – за Русаковим та 9 жінок (10,59%) прооперовані за методом Дерфлера з 85 пацієнток. При тазовому передлежанні плода кесарів розтин проводили переважно за методом Старка в 11 з 19 випадків (57,89%). У двох випадках поперечного положення плодів кесарів розтин виконаний за методом Русакова.

Таблиця 4

Тривалість операцій залежно від методу кесарева розтину

Метод кесарева розтину	Тривалість операції, хв	Категорія ургентності	Середня тривалість операції, хв
Старка	50,21	Ургентний	50,45
		Плановий	49,37
Русакова	55,95	Ургентний	53,01
		Плановий	56,87
Дерфлера	45,01	Ургентний	45,01
		Плановий	45,01

Таблиця 5

Кесарів розтин за Старком

Кесарів розтин	Категорія	Кількість	%	Тривалість, хв	Крововтрата, мл	Ускладнення	Перебування в стаціонарі	Діти переведені
Первинний	1	21	19,81	50,71	673,8	0	5,28	3 у ВПН*
	2	14	13,21	54,28	700,0	1	5,5	0
	3	20	18,86	47	615,0	1	5Д	1 у ВПН
	4	14	13,21	48,21	550,9	0	4,78	0
	Усього	69	65,09	49,85	636,96	2	5,17	4
Повторний	1	1	0,94	60	700	0	5	0
	2	–	–	–	–	–	–	–
	3	–	–	–	–	–	–	–
	4	2	1,89	53,33	533,33	0	4,5	0
	Усього	3	2,83	50,26	606,77	0	5,05	0
Разом		72	67,92	50,21	635,42	4	5,15	4

Примітка.* ВПН – відділення патології новонароджених.

Таблиця 6

Кесарів розтин за Гусаковим

Кесарів розтин	Категорія	Кількість	%	Тривалість, хв	Крововтрата, мл	Ускладнення	Перебування в стаціонарі	Діти переведені
Первинний	1	–	–	–	–	–	–	–
	2	–	–	–	–	–	–	–
	3	2	1,89	55	500	–	4,5	2 у реанімацію
	4	3	2,84	52,78	633,33	–	5,22	0
	Усього	5	4,73	54,29	617,86	0	5,14	2
Повторний	1	2	1,89	50	600	–	5	0
	2	–	–	–	–	–	–	–
	3	1	0,94	55	500	–	6	1 у ВПН
	4	13	12,26	57,69	569,23	–	5	1 у ВПН
	Усього	16	15,09	56,56	568,75	0	5,06	2
Разом		21	19,82	55,95	564,28	–	5,05	4

Тільки в 13,27% вагітність перебігала без ускладнень. Самими частими ускладненнями при вагітності виявлені загроза переривання вагітності (загроза передчасних пологів) та анемія вагітних, зустрічалися вони в 26,41% та 25,47% випадків відповідно. Передчасний розрив плодових оболонок діагностований в 8,49%. Пізні гестози ускладнювали перебіг вагітності в 5,66%, а кровотечі виникали в 3,77%. Виявлений гестаційний пієлонефрит або синдром плацентарної дисфункції в 2,83% жінок. При поєднанні декількох патологічних станів перебіг вагітності ще більше ускладнюється, і це було в 11,27% випадків.

Приблизно 30% вагітних здорові, решта мають екстрагенітальні захворювання. Більше 16% вагітних мають ожиріння. Захворювання сечовидільної системи спостерігаються в 4,72% вагітних переважно у вигляді хронічного пієлонефриту, а 30,19% вагітних має захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ревматизм, вади серця, вегетосудинна дистонія). У 3 вагітних виявлені ендокринні захворювання, в тому числі цукровий діабет та дифузний зоб. Патологію органа зору виявлено у 3 вагітних. Захворювання травного тракту та гепатобіліарної системи спостерігалось у 5 пацієнток. Порушення роботи опорно-рухової системи – у 2 жінок. У декількох жінок виявлені захворювання нервової системи (3 пацієнтки). Також виявляли системні та поєднані захворювання.

Партограму використовувалась в 46 випадках (43,39%). Партнерські пологи становлять 75 (70,75%). Індукованих пологів 7 (6,61%).

З початком пологової діяльності кесарів розтин проведений в 46 жінок (43,39%), у всіх випадках операцію проводили за методом Старка. До початку пологів прооперовано 60 пацієнток (56,61%), з них за методом Старка – 26 осіб (43,33%), за методом Русакова – 21 особа (35%) та за методом Дерфлера – 13 осіб (21,67%).

Операцію кесарева розтину проводили в ургентному порядку в 59,43% випадків та в плановому – 40,57%.

Розподіл показань для ургентного кесарева розтину є таким: кожна шоста вагітна прооперована з приводу дистресу плода; в 15,09% випадків причиною операції була слабкість пологової діяльності; обструктивні пологи спостерігались в 11,32%; стани, які поєднані з передчасним розривом плодових оболонок – 5,66%; загроза розриву матки по рубцю та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 3,77% випадків. Важкий пізній гестоз, невдала індукція пологів були показаннями до ургентного кесарева розтину менше ніж у 2% вагітних по кожній окремій нозології.

По першій категорії ургентності прооперовано 24,52% жінок, по другій – 13,21%, по третій категорії кесарів розтин проведений в 21,70% випадків, а по четвертій (в плановому порядку) – в 40,57%.

При першій категорії ургентності в 69,24% жінок показанням до операції був дистрес плода, а загроза розриву матки та кровотечі були причинами операцій по 15,38% випадків кожна.

Кесарів розтин за Дерфлером

Кесарів розтин	Категорія	Кількість	%	Тривалість, хв	Крововтрата, мл	Ускладнення	Перебування в стаціонарі	Діти переведені
Первинний	1	–	–	–	–	–	–	–
	2	–	–	–	–	–	–	–
	3	–	–	–	–	–	–	–
	4	5	4,73	43	510	–	4,4	–
Усього		5	4,73	43	510	–	4,4	–
Повторний	1	2	1,89	45	550	–	5	–
	2	–	–	–	–	–	–	–
	3	–	–	–	–	–	–	–
	4	6	5,64	46,67	483,33	–	4,5	–
	Усього	8	7,53	46,25	500	–	4,62	–
Разом		13	12,26	45	503,83	–	4,54	0

При другій категорії ургентності обструктивні пологи складають 85,71% причин операції, а решта – слабкість пологової діяльності.

При третій категорії ургентності в 14 випадках (60,86%) роділлі, прооперовані з приводу аномалій пологової діяльності, поєднані стани з передчасним розривом плодових оболонок були причиною операцій в 26,09%, невдала індукція – в 8,70%, а тяжка прееклампсія – 4,35% випадків.

При проведенні кесарева розтину в плановому порядку майже в 20% вагітних прооперовано з приводу наявності рубця на матці після кесарева розтину. Тазове передлежання було показанням до планового оперативного розродження в 10,38%. У 2,83% проведена операція через настання вагітності після застосування допоміжних репродуктивних технологій. З приводу екстрагенітальної патології кесарів розтин проведений у 1,89% пацієнток. Переношена вагітність, поперечне положення плода були показаннями до операції разом в 2% випадків.

Наведені дані свідчать про те, що основними ускладненнями вагітності та пологів були рубець на матці, дистрес плода, слабкість пологової діяльності, тазове передлежання, тяжкі форми гестозів, кровотечі, переношена вагітність, стани, які поєднані з передчасним розривом плодових оболонок, що визначило показання до операції кесарева розтину.

Основними були показання:

- з боку матері: рубець на матці, важкі форми гестозів, обструктивні пологи та кровотечі;
- з боку плода: дистрес плода, неправильні положення плода;
- сумісні: поєднання акушерської та екстрагенітальної патології з дистресом плода.

Кесарів розтин проводили під загальним інкубаційним наркозом в 88 (83,02%) випадках. Спінальну анестезію виконували під час 18 (16,98%) операцій.

Середня тривалість операції кесарева розтину, проведеного в ургентному порядку становить 50,48 хв, а планової операції – 51,05 хв.

Тривалість операції залежно від методу кесарева розтину наведена в табл. 4.

Лапаротомію за Джоел-Кохеном проводили в 83,96% операцій, переважно у жінок, яким виконували кесарів розтин уперше. Лапаротомію за Пфаненштілем та нижньосерединну лапаротомію проводили в 16,04% операцій, переважно у жінок, яким виконували повторний кесарів розтин.

У всіх випадках кесарева розтину розріз на матці виконували в нижньому матковому сегменті. Кесарів розтин за методом Старка здійснений в 67,92%, операція за методом Ру-

сакова – в 19,82%, за методом Дерфлера – в 12,26% випадків. Як видно з наведених даних, здебільшого виконували кесарів розтин за Старком – 72 операції (67,92%), з них 56 операцій проведено в ургентному порядку, середня крововтрата становила 659,82 мл, тривалість операції – 50,4 хв, в 39 випадках (36,79%) застосовували антибіотикотерапію, у 2 породілей виникали ускладнення в післяопераційний період, середній час перебування пацієнток в стаціонарі становив 5,27 дня. Первинний кесарів розтин за Старком проводили в 69 випадках (табл. 5).

Кесарів розтин за Русаковим переважно проводили в плановому порядку – 16 разів (15,09%) із 21, середня крововтрата становила 564,28 мл, тривалість операції становила 55,9 хв, в 15 випадках (14,15%) проводили антибіотикопрофілактику, середній час перебування пацієнток у стаціонарі становив 5,05 дня. Повторний кесарів розтин за Русаковим проводили в 16 випадках (табл. 6).

Кесарів розтин за Дерфлером переважно проводили в плановому порядку – 11 разів (10,38%), середня крововтрата становила 503,85 мл, тривалість операції становила 45 хв, в 11 випадках (10,38%) проводили антибіотикопрофілактику, середній час перебування пацієнток в стаціонарі становив 4,54 дня (табл. 7).

Ушивання розтину матки проводили дворядним безперервним синтиловим швом в усіх операціях.

Антибіотикопрофілактику проводили в 57 випадках (53,77%), переважно це були жінки, яким вперше виконували кесарів розтин також у плановому порядку, а антибіотикотерапію застосовували в решті випадків – 49 (46,23%).

Дренування черевної порожнини проводили в 20 випадках (18,87%), переважно це були жінки, які мали екстрагенітальні захворювання, спайкову хворобу органів черевної порожнини, у них відзначали передчасний розрив плодових оболонок, середня тривалість операції склала 54 хв. Середня крововтрата при цих операціях складала 695 мл, в 17 випадках застосовували антибіотикотерапію, а середня тривалість перебування породіллі в стаціонарі становила 5,2 доби.

Під час оцінювання об'єму крововтрати отримані такі результати: під час 67 операцій (63,21%) крововтрата становила 600 мл та менше, переважно ці операції виконані в плановому порядку.

Наведені дані свідчать про те, що під час виконання кесарева розтину в плановому порядку середня крововтрата становила 544,18 мл, при ургентному – 646,82 мл, а середня крововтрата при кесаревому розтині – 605,19 мл.

Переливання свіжозамороженої плазми, еритроцитів та накладання на матку шва за Бі-Лінчом під час операції вико-

нували в 1 випадку (0,88%) з приводу гіпотонії матки, кровотечі (об'єм кровотечі дорівнював 1200 мл). Показанням до операції в першонароджуючій були обструктивні пологи, загроза розриву матки, великий плід. На шосту добу породилля з дитиною в задовільному стані виписані додому.

Середній час перебування породіллі в стаціонарі становив 5,05 днів.

Народилося 107 дітей. Усі народжені живими, доношені – 104 (97,19%), недоношені – 3 (2,81%).

Хлопчиків народилось 49,53%, дівчаток – 50,47%.

Маса тіла новонароджених в 93 випадках (86,92%) становила 2500,0 – 3999,0, а довжина тіла – в межах 48–58 см у 99 дітей (92,52%).

Оцінка малюків за шкалою Апгар на першій хвилині була нижче за 7 балів у 4 хлопчиків (3,74%). Двоє дітей з двійні гестаційного віку 34 тиж з масою тіла при народженні 2130,0 та 1900,0, операцію з приводу передчасного розриву плодних оболонок при тазовому передлежанні першого плода проводили під загальним знеболюванням за методом Русакова, плоди вилучені на 6-й та 7-й хвилинах від початку операції. Переведені в відділення інтенсивної терапії новонароджених дитячої лікарні. Ще 2 випадки дистресу плода в пологах при доношеній вагітності, маса тіла плодів становила 3100,0 та 2400,0. Операції проводили під загальним знеболюванням за методом Старка, новонароджені вилучені на 5-й хвилині. Знаходились на спільному перебуванні матері та дитини, з помірними дихальними розладами переведені у відділення патології новонароджених дитячої лікарні.

Усі діти народилися без асфіксії. Пологових травм, геморагічних розладів та вроджених вад під час народження не виявлено.

На цілодобовому спільному перебуванні матері та дитини та виключно на грудному вигодовуванні знаходилась 101 дитина (94,39%). З дихальними розладами народилась 1 дитина (0,93%).

Виписано додому 97 дітей (83,7%). Переведено в відділення патології новонароджених 6 дітей (5,61%). Переведено в відділення реанімації новонароджених 2 недоношених дітей з двійні (1,87%).

При обстеженні жінок через 3 міс після оперативного розродження виявлені такі результати.

Ускладнень в післяопераційний період у всіх жінок не відзначено.

Кров'янисті виділення в 71,69% випадків тривали 4–8 тиж після операції. З них після кесарева розтину за методом Старка дана тривалість лохий відзначалась в 76,39% прооперованих, за методом Русакова – в 66,67% опитаних та в 53,85% – за Дерфлером. Помірну кількість лохий відзначали 55,66% жінок.

Лактація наявна у 87 матерів (82,07%). У 86,11% жінок, яких прооперовано за методом Старка, відзначена наявність повноцінного грудного вигодовування. 9,72% повідомляють про наявність гіпогалактії та у 4,17% пацієнток лактація відсутня. У жінок, яким проведений кесарів розтин за методом Русакова, лактація продовжується в 66,67% випадків, гіпогалактія – 28,57% та 4,76% пацієнток годують грудьми. Пацієнтки після кесаревого розтину за Дерфлером відзначають наявність лактації в 84,02% випадків, порушення вироблення молока – в 7,09% жінок, а 7,09% – зазначають відсутність лактації.

Відсутність відновлення менструацій в післяопераційний період відзначає 86,11% жінок, яким проведений кесарів розтин за Старком, 95,24% пацієнток після операції за Русаковим та всі жінки, які прооперовані за методом Дерфлера.

Психосоматичні зміни, які виявлені в пацієнток, можна розділити на декілька категорій. Відчуття депресії відзначає кожна п'ята жінка, якій виконано кесарів розтин. Виявлена

залежність між методом операції та частотою виникнення депресивних проявів, а саме – в жінок, яким проведений кесарів розтин за Старком, даний стан спостерігали в 22,22% випадків, за Русаковим – в 33,33%, а за Дерфлером – в 23,08%.

Погіршення стану життя в післяопераційний період відзначають 16,98% пацієнток. Після кесарева розтину за Старком дану скаргу пред'являють 15,27% жінок, після операції за Русаковим – 16,28%, а після оперативного розродження за методом Дерфлера – кожна третя.

Зниження працездатності, за даними анкетування, відзначають 27,36% жінок. Частота даного порушення змінюється залежно від методу кесарева розтину. Після розродження за Старком дані зміни відзначають 19,44% пацієнток, за Русаковим – 47,62%, а за Дерфлером – 38,46%.

Відновили статеве життя 65,09% жінок з 3-го по 7-й тиждень після операції, а на 8–12-й тижні – ще 32,08% жінок.

Зміни в сексуальному житті відзначають 59,43% пацієнток. Дані порушення по-різному проявлялися, залежно від методу оперативного розродження. Після операції за Старком патологію відзначали 53,62% жінок, за Русаковим – 66,67%, а за Дерфлером – 92,31%. Після первинного кесарева розтину сексуальні порушення виявлені в 50,63% випадків, а при повторному – частіше – 85,18%.

Зниження статевого потягу виявляє кожна третя жінка. Після кесарева розтину за методом Старка порушення виявлено в 27,54% пацієнток, за Русаковим – в 38,09%, а за Дерфлером – в 38,46%.

На біль під час статевого акту скаржиться кожна четверта жінка. Після кесарева розтину за методом Дерфлера диспаренія зустрічається частіше – в 69,23% випадків, а після операції за Старком – в 8,69% та після розродження за Русаковим – в 47,62%.

Відсутність оргазму відзначається в 28,15% випадків. Частіше дані порушення виникли після кесарева розтину за Дерфлером – 53,85%, а після операції за Старком зміни виявлені в 21,74%, за Русаковим – в 33,33%.

На сухість та печіння в піхві під час статевого акту скаржаться 18,45% жінок. У пацієнток, яким проведений кесарів розтин за методом Старка, частота виникнення симптомів становить 21,74%, після операції за Русаковим – в 19,05%, а після розродження шляхом операції за Дерфлером таких змін не виявлено.

Бар'єрними методами контрацепції користуються 14,56% жінок.

Загострення гінекологічних захворювань, які були до вагітності, виявлено в 13,88% жінок, переважно інфекційно-запального характеру.

У післяопераційний період у жінок вперше виявлені урогінекологічні захворювання, такі, як хронічний тазовий біль, цервіко-фундальний синдром, порушення сечовипускання, запальні зміни в 39,62%. Після первинного кесарева розтину порушення виявлені в 29,11% випадків, а при повторному – частіше – 70,37%. У решти пацієнток урогінекологічної патології не виявлено.

ВИСНОВКИ

Відчуття депресії відзначає кожна п'ята жінка, якій виконано кесарів розтин. Процес лактації збережений у 82,07% матерів. Зміни в сексуальному житті відзначають 59,43% пацієнток. Після операції за Старком патологію відзначали у 53,62% жінок, за Русаковим – у 66,67%, а за Дерфлером – у 92,31%.

Після первинного кесарева розтину сексуальні порушення виявлені в 50,63% випадків, а при повторному – частіше – 85,18%.

Після первинного кесарева розтину порушення виявлені в 29,11% випадків, а при повторному – частіше – 70,37%.

Изменения репродуктивного здоровья женщин в зависимости от метода кесарева сечения и категории ургентности

Б.М. Венцовский, Д.В. Витренко

В статье представлены сведения об изменениях репродуктивного здоровья женщин в зависимости от метода кесарева сечения и от категории ургентности, оценены результаты.

Ощущение депрессии отмечает каждая пятая женщина, которой проведен кесарево сечение. Процесс лактации сохранен у 82,07% матерей.

Изменения в сексуальной жизни отмечают 59,43% пациенток. После операции по Старку патология зарегистрирована у 53,62% женщин, по Русакову – у 66,67%, а по Дерфлеру – у 92,31%.

После первичного кесарева сечения сексуальные нарушения выявлены в 50,63% случаев, а при повторном – чаще – в 85,18%.

Ключевые слова: кесарево сечение, категория ургентности, репродуктивное здоровье.

Changes in reproductive health women depending on method of cesarean section and category urhentnosti

B. Ventskivskyy, D. Vitrenko

The article presents information on changes in women's reproductive health, depending on the method of cesarean section and the category urhentnosti evaluated their results. Feeling depressed marks every fifth woman who held a c-section. The process of lactation is stored in 82,07% women.

Changes in sexual life is celebrated 59.43% of patients. After the surgery pathology noted by Stark 53,62% of the women in Gusakova – 66,67%, while in Derfleru – 92,31%.

After primary cesarean sexual dysfunction found in 50,63% of cases, and with repeated – often – 85,18%.

After primary cesarean violations detected in 29,11% of cases, and with repeated – often – 70,37%.

Key words: cesarean section, category urhentnosti, reproductive health.

Сведения об авторах

Венцовский Борис Михайлович – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Т.Г. Шевченко, 13

Витренко Дмитрий Васильевич – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бульвар Т.Г. Шевченко, 13

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамченко В.В., Ланцов Е.А., Шахматова І.А. Кесарів розтин в перинатальній медицині. – Ст-Петербург: Елбі 2005; 226.
2. Горбунова О.В. Вагітність у жінок з рубцем на матці: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, НМАПО, Київ, 2007.
3. Густоварова Т.А., Іванян А.Н., Самедова С.Н., Болвачева Е.В., Щербак О.Л. Актуальні питання абдомінального розродження в сучасному акушерстві // Російський вісник акушер-гінеколога, 2006. – № 3. – С. 96–99.
4. Краснопольський В.І., Логута Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивні проблеми оперованої матки. – М.: Міклош, Російський вісник акушер-гінеколога, 2009. – № 1. – С. 30–35.
5. Кулаков В.Л., Чернуха Е.А., Комісарова Л.М. Кесарів розтин. – М.: Тріада-Х // Російський вісник акушер-гінеколога, 2011. – № 4. – С. 36–38.
6. Логута Л.С. Оптимізація кесаревого розтину (медичні та соціальні аспекти): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1996; 48.
7. Міхальчук О.В. Вплив третього кесарева розтину на репродуктивне здоров'я жінок // Здоров'я жінки, 2010. – № 6 (52). – С. 61–62.
8. Радзинський В.Е. Акушерська агресія, 2011. – С. 400–452.
9. Савельєва Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. та ін. Інтранатальна охорона здоров'я плода. Досягнення та перспективи // Акуш. і гін., 2005; 3: 3–7.
10. Самедова Н.С. Репродуктивна функція жінок після операції кесарів розтин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, м. Смоленськ, 2006.
11. Ходаківський С.Б., Захаренко М.В. Оптимізація умов виконання кесарського розтину при високому ризику септичних ускладнень // Жіночий лікар, № 4. – 2008. – С. 34.
12. Щербак О.Л. Акушерські і перинатальні наслідки у жінок з рубцем на матці в залежності від способу розродження: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 2009, Москва.
13. Flamm B.L., Qulligan E.Y. Cesarean section. NY: Springer-VerLag 1995; 278.
14. Murray W. Enkin et al. «Effective care in pregnancy and childbirth» (с. 369–376), 2000, Бібліотека Кохрейна, Hopkins, L.Smaill.

Статья поступила в редакцию 14.01.2014