

Особливості перебігу післяопераційного періоду у жінок залежно від методу абдомінального розродження

Б.М. Венцківський, Д.В. Вітренко

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

У статті представлені дані про особливості перебігу післяопераційного періоду залежно від методу абдомінального розродження, категорії ургентності, наявності супутньої патології.

1. За крововтратою: найменша крововтрата відзначена при проведенні планової операції за методом Дерфлера та за методом Старка.

2. За тривалістю операції: за методом Старка незалежно від категорії ургентності найнижча тривалість операції (41–44 хв).

3. За тривалістю перебування породіллі в стаціонарі у післяопераційний період: найменша тривалість перебування в стаціонарі при проведенні планової операції (категорія ургентності 4) незалежно від методу кесарева розтину ($4,1 \pm 0,3$ доби).

4. За характеристикою ускладнень з боку матері: не було ускладнень при проведенні операції за Дерфлером, але результат малоінформативний, оскільки проведено 26 (8,7%) операцій даним методом від загальної кількості операцій.

5. За станом новонародженого: при планових операціях незалежно від методу кесарева розтину не зареєстровано випадки переведення дітей у відділення реанімації новонароджених. При проведенні клініко-лабораторного обстеження у жінок через 3 міс після оперативного розродження анемію частіше виявляли у жінок, яких прооперовано повторно (35,8%), в ургентному порядку (26,3%), за методом Дерфлера (46,1%). Патологічна цитологічна картина переважно супроводжувалась клінічними ознаками запалення слизової оболонки піхви. II ступінь чистоти вагінального вмісту діагностовано в 94 жінок (31,4%), а III – в 34 жінок (11,3%). Це переважно пацієнтки, які прооперовані повторно в ургентному порядку, незалежно від методу операції кесарева розтину.

Ключові слова: розродження, кесарів розтин, категорія ургентності, лапаротомія, післяопераційний період.

Кесарів розтин в даний час 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].

Кесарів розтин це велике хірургічне втручання, яке може бути дуже ефективним, але також приховує в собі і суттєву небезпеку як для матері, так і для дитини [12].

На XVIII Всесвітньому конгресі Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (FIGO) обговорювалась необхідність у максимальній відмові від кесарева розтину при перших пологах [7].

Одна з причин прихильності кесарева розтину – це нездатність медичного персоналу прийняти складне рішення [7].

Щохвилини в світі виконується 50 операцій кесарева розтину. За той самий час гинуть семеро новонароджених [7].

Частота кесаревих розтинів за останні 20 років зростає практично втричі, а перинатальні втрати не знизились навіть у 2 рази [7].

Високий відсоток кесаревих розтинів призводить до підвищеного ризику материнських і дитячих ускладнень і підвищеної смертності новонароджених [11].

Операція кесарева розтину при ускладненому перебігу вагітності сприяє збереженню здоров'я і життя матері та дитини. Однак кожне оперативне втручання може супроводжуватися для матері серйозними ускладненнями, такими, як кровотеча, інфікування, рубцеві зміни матки, які в подальшому у більшості пацієнток є показаннями до повторної операції [10].

Після кесарева розтину жінки помирають майже в 3 рази частіше, ніж при звичайних вагінальних пологах [7].

На сьогоднішній день існує багато різновидів кесарева розтину, але досі немає єдиної думки про те, яка методика і в яких випадках є найбільш оптимальною [4].

Одним з найбільш важливих факторів, що визначають перебіг післяопераційного періоду і результату оперативного втручання в цілому, є хірургічна техніка [2].

У даний час в нашій країні і за кордоном є багато прихильників проведення операції кесарева розтину за методикою М. Stark. Перевага методу, за їхніми даними, полягає у швидкості виконання операції, меншій крововтраті і більш легкому вилученні плода, меншій захворюваності після операції, у меншому ризику розвитку тромбозу та інфекції, у зниженні ліжко-днів [2].

Вимагають доопрацювання показання до операції кесарева розтину з урахуванням терміну вагітності, маси плода, акушерської ситуації [9]. Оптимізація абдомінального розродження при гестозах, тазовому передлежанні плода, багатоплідній вагітності, рубці на матці і інших станах сприятиме поліпшенню результатів передчасних пологів, зниженню дитячої смертності і захворюваності [9].

Зниження перинатальної смертності відбувається при частоті кесарева розтину 13–14% [8]. Подальше підвищення частоти абдомінального розродження не приводить до значної зміни показників перинатальної захворюваності та смертності [7].

Ріст частоти абдомінального розродження вище 15–17% збільшує ймовірність післяопераційних ускладнень при незмінній частоті перинатальної смертності [11]. Оптимальна частота кесарева розтину в неспеціалізованих акушерських стаціонарах становить 16–18% [8].

Серед факторів, що впливають на збільшення частоти оперативного розродження, на перше місце виходять показання в інтересах плода. Розширення цих показань до кесарева розтину зумовлено інтенсивним розвитком клінічної перинатології в останні два десятиліття [1, 8].

Середня крововтрата при кесаревому розтині, мл ($\bar{X} \pm \sigma$)

Вид оперативного втручання	За Старком	За Гусаковим	За Дерфлером	Усього	p
	n=185	n=89	n=26	n=300	
Ургентний	587,4±55,3	612,5±47,7	571,6±43,2	593,0±54,1	0,011
Ургентний первинний	607,1±58,9*	618,5±44,5	563,3±41,6*	606,5±55,4*	0,023
Ургентний повторний	505,1±45,7*	608,6±48,6	596,7±44,8*	543,4±54,9*	0,001
Плановий	521,9±42,3	528,5±35,5	496,6±34,4	521,8±44,0	0,025
Плановий первинний	530,0±44,5*	565,3±37,3*	472,8±28,7*	535,3±43,9*	0,001
Плановий повторний	474,4±38,3*	515,6±28,6*	514,6±38,0*	489,6±39,2*	0,004
Усього	577,6±48,5	554,7±41,2	518,5±42,7	565,7±45,3	0,001

Примітки: p – оцінка значущості різниці між групами за кесаревим розтином за Старком, Гусаковим, Дерфлером (дисперсійний аналіз – ANOVA);

* – оцінка значущості різниці між групами при первинних та повторних втручаннях (t-test).

Безперервний контроль серцебиття плода через гіпердіагностику підвищує ймовірність кесарева розтину, але не знижує перинатальні захворюваність та смертність і не має переваги перед періодичною аускультатією [13].

Доцільно знижувати частоту операцій кесарева розтину в звичайних невисокоспеціалізованих розроджувальних закладах до рекомендованих ВООЗ 10–15% у зв'язку з тим, що більша частота операцій не знижує рівень перинатальної смертності, підвищуючи частоту ускладнень [5].

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу післяопераційного періоду залежно від методу абдомінального розродження, категорії ургентності, наявності супутньої патології та оцінити їхні результати.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для оцінювання перебігу вагітності та пологів, післяопераційного періоду, стану новонароджених проведено клініко-статистичний аналіз за 2010–2013 рр. методом випадкового відбору статистичної вибірки у 300 жінок з акушерської патологією (пізні гестози, анемія вагітних, слабкість пологової діяльності, кровотеча, загроза переривання вагітності, передчасний розрив плодових оболонок, синдром плацентарної дисфункції) та екстрагенітальною патологією (захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, нирок, гепатобіліарної системи, системні та ендокринні захворювання, нервової та опорно-рухової системи, захворювання очей) при операції кесарева розтину, проведеного у плановому та ургентному порядку в лікувальних закладах Черкаської області.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Переважає кількість жінок 110 (36,7%), яким був проведений кесарів розтин, були у віці 26–30 років. Середній вік вагітних 28,9±1,6 року.

При вивченні менструальної функції в 230 обстежених вагітних (76,6%) встановлено своєчасний початок менархе. Середній вік початку менархе 13,2±1,1 року.

Початок статевого життя більшість жінок (161 пацієнтка, 53,7%) відзначають в віці 18–22 роки. Середній вік початку статевого життя 18,7±1,9 року.

Під час вивчення гінекологічного анамнезу встановлено, що в 154 жінок (51,2%) відзначають патологічні зміни у вигляді вроджених вад розвитку статевих органів, дисгормональні стани, лейоміоми матки, кісти ячників, неплідність. У кожної п'ятої вагітної захворювання переважно інфекційно-запальної етіології з хронічним перебігом.

Здоровий спосіб життя ведуть 238 вагітних (79,31%), решта – 20,69% – палять.

Перша вагітність була у 137 пацієнток (45,7%), повторна – у 163 (54,3%).

Переважає більшість жінок – 178 (59,2%) – народжують уперше.

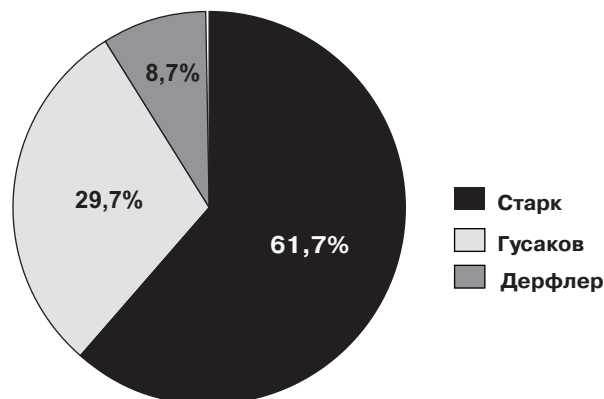
Попередні вагітності закінчилися перериванням на ранніх термінах у 50 жінок (16,8%), причинами яких були медичні, соціальні фактори та бажання жінок. Вивчення акушерського анамнезу показало, що у переважної більшості жінок даної групи мали місце штучні аборти.

Первинний кесарів розтин, який проведений в ургентному порядку, складає 138 з 212 випадків (70,7%). Повторний кесарів розтин здійснений 88 вагітним, з них 79 мали один рубець на матці та 9 – два рубці на матці від попередніх оперативних розроджень.

Показаннями для проведення кесарева розтину при терміні вагітності до 37 тиж були: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода, прееклампсія важкого ступеня, ножне передлежання при передчасному розриві плодових оболонок та інші.

Повздовжнє положення плода при розродженні було в 289 (96,3%) випадків: головне – в 82,8%, а в 13,5% – тазове, поперечне положення – у 3,7%.

Менше 30% вагітних здорові, решта мали екстрагенітальні захворювання. Основним патологічним станом було малокров'я 115 (38,3%), яке спостерігалось як окрема нозологія, так і в поєднанні з іншими екстрагенітальними змінами. Більше 16% вагітних мали ожиріння. Захворювання сечовидільної системи виявлялися у 29 (9,7%) вагітних переважно у вигляді хронічного пієлонефриту, а кожна дев'ята вагітна мала захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ревматизм, вади серця, вегетосудинна дистонія). У 20 вагітних (6,7%) виявлені ендокринні захворювання, в тому числі цукровий діабет та дифузний зоб. Патологію органа зору виявлено у 18 вагітних (6%). Захворювання травного трак-



Частота використання методів кесарева розтину (%)

Ускладнення в післяопераційний період залежно від виду, ургентності та первинності кесарева розтину

Вид оперативного втручання		Ускладнення	% від виду кесарева розтину	
За Старком	Ургентний	Первинний	5	2,7
		Повторний	3	1,6
	Плановий	Первинний	2	1,1
		Повторний	-	
	Усього		10	5,4
За Гусаковим	Ургентний	Первинний	-	
		Повторний	4	4,5
	Плановий	Первинний	-	
		Повторний	1	1,1
	Усього		5	5,6
За Дерфлером	Ургентний	Первинний	-	
		Повторний	2	7,7
	Плановий	Первинний	-	
		Повторний	-	
	Усього		2	7,7

ту та гепатобіліарної системи спостерігались у 21 пацієнтки (7%). Порушення роботи опорно-рухової системи – в 12 жінок (4%). У декількох жінок виявлені захворювання дихальної (3 пацієнтки) та нервової систем (3 пацієнтки). Також виявлялися системні та інші захворювання.

Основними ускладненнями вагітності та пологів були дистрес плода, неспроможний рубець на матці, тазове передлежання, тяжкі форми гестозів, аномалії пологової діяльності, кровотечі, що визначило показання до операції кесарева розтину.

Основними показаннями були:

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

Операцію кесарева розтину проводили в ургентному порядку в 159 (52,9%) випадків, а в плановому – 141 (47,1%).

Розподіл показань для ургентного кесарева розтину виглядає так: кожна п'ята вагітна прооперована з приводу дистресу плода; в 12,7% випадків – обструктивні пологи; загроза розриву матки по рубцю спостерігалась в 6,1%; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – у 5,3% випадків. Слабкість пологової діяльності, важкий пізній гестоз, невдала індукція пологів були показаннями до ургентного кесарева розтину менше ніж у 5% вагітних по кожній окремій нозології.

При проведенні кесарева розтину в плановому порядку 22,1% всіх вагітних прооперовано з приводу наявності рубця на матці після кесарева розтину. Тазове передлежання було показанням до планового оперативного розродження в 13,3%. З приводу екстрагенітальної патології кесарів розтин проведений в 3,1% пацієнток. Переношена вагітність, передлежання плаценти, поперечне положення плода, травми таза та хребта, ЕКЗ, двійня, рак шийки матки були показаннями до операції разом у 8% випадків.

Кесарів розтин проводили під загальним інкубаційним наркозом в 47,3% випадків. Під спінальною анестезією проведено 52,7% операцій.

Лапаротомію за методом Джоел–Кохена проводили у 211 (70,3%) випадків, переважно у жінок, яким виконували кесарів розтин вперше. Лапаротомію за методом Пфаненштільта та нижньосередню лапаротомію проводили під

час 89 (29,7%) операцій, переважно у жінок, яким виконували повторний кесарів розтин.

У всіх випадках кесарева розтину розріз на матці проводили в нижньому матковому сегменті. У переважній більшості проводили кесарів розтин за методом Старка – 185 операцій (61,7%), з них 126 операції проведено в ургентному порядку. Середня крововтрата становила $577,6 \pm 58,5$ мл, тривалість операції – $42,4 \pm 6,5$ хв. Антибіотикотерапію проводили в 96 випадках (76,2%), у 5 породілей мали місце післяопераційні ускладнення, середній час перебування пацієнток в стаціонарі становив $4,6 \pm 0,6$ дня. Первинно кесарів розтин за Старком проводили в 172 випадках (57,3%).

Кесарів розтин за Гусаковим проводили в плановому порядку – 62 випадки (20,7%). Середня крововтрата становила $554,7 \pm 51,2$ мл, тривалість операції становила $42,7 \pm 5,8$ хв. Антибіотикопрофілактику проводили в 42 випадках (67,7%). У 1 породіллі мало місце післяопераційне ускладнення. Середній час перебування пацієнток в стаціонарі становив $4,1 \pm 0,5$ дня. Повторний кесарів розтин за Гусаковим проводили в 59 випадках (19,7%).

Кесарів розтин за Дерфлером переважно проводили повторно в плановому порядку – 13 випадків (4,3%). Середня крововтрата становила $518,5 \pm 48,7$ мл, тривалість операції становила $46,8 \pm 5,1$ хв. У 8 випадках (61,5%) проводили антибіотикотерапію. Середній час перебування пацієнток в стаціонарі становив $5,1 \pm 0,4$ дня (малюнок).

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

Антибіотикопрофілактику проводили в 130 випадках (43,3%), переважно для жінок, яким вперше виконували кесарів розтин, а також в плановому порядку.

Дренування черевної порожнини проводили в 29 випадках (9,7%), серед яких у 18 випадках операцію проводили в ургентному порядку, переважно це були жінки, які вперше народжували (17 випадків), всі вони мали екстрагенітальні захворювання або ускладнений перебіг даної вагітності, або поєднану патологію. Також у 14 вагітних відзначали передчасний розрив плодових оболонок, середня тривалість операції склала $55,0 \pm 6,4$ хв. Середня крововтрата при цих операціях складала $736,4 \pm 88,2$ мл. У 26 випадках проводили антибіотикотерапію, а середня тривалість перебування породіллі у стаціонарі становила $5,6 \pm 0,5$ доби.

Під час оцінювання об'єму крововтрати отримані такі ре-

зультати: в 185 операціях (61,7%) крововтрата становила 600 мл та менше, переважно ці операції проведені в плановому порядку, а в разі виконання двох ургентних операцій (0,7%) крововтрата становила більше 1000 мл.

Наведені дані свідчать про те, що середня крововтрата у разі виконання кесарева розтину – $565,7 \pm 45,3$ мл, в тому числі кесарева розтину в плановому порядку середня крововтрата становить $521,8 \pm 44,0$ мл, при ургентному – $593,0 \pm 54,1$ ($p < 0,05$). Статистично значуща різниця виявлена між групами за кесаревим розтином за Старком, Гусаковим, Дерфлером ($p < 0,05$), за первинними та повторними втручаннями в більшості груп ($p < 0,05$), за ургентними та плановими операціями ($p < 0,05$). Виявлена різниця дозволяє зробити висновок про залежність об'єму крововтрати від усіх зазначених параметрів (табл. 1).

Переливання свіжозамороженої плазми та еритроцитів проводили під час операції або в ранній післяопераційний період в 20 випадках (6,7%), в 17 випадках операцію проводили в ургентному порядку, переважно це були жінки, які вперше народжували (12 випадки), але всі вони мали або екстрагенітальні захворювання, або ускладнений перебіг даної вагітності, або поєднану патологію. Середня крововтрата при цих операціях складала $780,0 \pm 65,6$ мл, а середня тривалість перебування породіллі становила $5,6 \pm 0,6$ доби.

Ускладнення в періопераційний період спостерігалися в 17 (5,7%) випадках: кровотечі – 5, ендометрити – 4, розходження швів – 3, гістеректомія – 2, непрохідність кишечника – 2, травма сечового міхура – 1, переважно коли операцію проводили в ургентному порядку (13 випадків), а середня тривалість операції складала $68,2 \pm 7,1$ хв. У більшості випадків виконували повторний кесарів розтин (9 випадків). Середня крововтрата при цих операціях складала $865,2 \pm 68,4$ мл, а середня тривалість перебування породіллі у стаціонарі становила $8,4 \pm 1,05$ доби (табл. 2).

Не виявлено статистично значущої різниці за частотою ускладнень залежно від виду, ургентності та первинності кесаревого розтину ($p > 0,05$).

Середній час перебування породілей у стаціонарі за всіма групами складає $4,3 \pm 0,5$ днів. У тому числі при кесаревому розтині за групами: за Старком – $4,4 \pm 0,6$ днів, за Гусаковим – $4,3 \pm 0,4$ днів, за Дерфлером – $4,3 \pm 0,4$ днів. Спостерігається певна варіабельність даного показника, яка у більшості випадків не перевищує 10% відносно середнього рівня. Статистично значущої різниці між групами не виявлено ($p > 0,05$), що свідчить про незалежність тривалості госпіталізації від виду та інших характеристик кесарева розтину.

Всього народилися 306 дітей. Усі діти народжені живими, доношені – 283 (92,5%), недоношені – 19 (6,2%), перенесені – 4 (1,3%).

Первинну реанімацію проводили 25 дітям (8,2%), з них 13 дітей (52%) переведено на спільне перебування матері та дитини.

На цілодобовому спільному перебуванні матері та дитини та виключно на грудному вигодовуванні знаходилися 289 дітей (94,4%).

Шестеро дітей народилися в асфіксії (1,9%), всім проводили первинну реанімацію; четверо з них доношені, а решта – недоношені; одна дитина виписана додому, двоє переведені у відділення патології новонароджених, одна – у відділення реанімації, а двоє – померли; кесарів розтин проведений в ургентному порядку.

З дихальними розладами народилися 5 дітей (1,6%).

Пологових травм, вроджених вад, геморагічних розладів, перинатальної інфекції у новонароджених не виявлено.

Виписано додому 264 дитини (83,7%).

Переведена у відділення патології новонароджених 31 дитина (10,1%).

Переведені у відділення реанімації новонароджених 7 дітей (2,3%).

Померли 4 дітей (13%), 3 з яких недоношені.

При проведенні клініко-лабораторного обстеження у жінок через 3 міс після оперативного розродження нами отримані результати, за зміною яких можна думати про їхню залежність від методу кесарева розтину та категорії ургентності.

При оцінюванні даних загального аналізу крові в 235 жінок (78,3%) відхилень від норми не виявлено, а в 65 (21,7%) встановлено анемію. У 115 випадках (38,3%) антенатально були дані порушення. Малокров'я діагностовано в 31 пацієнтки (16,7%), яких розродження кесаревим розтином за Старком, в 21 жінки (23,7%), яким проведені кесарів розтин за Гусаковим та в 12 (46,1%) – за Дерфлером. Після первинної операції кесарева розтину анемію виявлено в 35 випадках (16,5%), а після повторної – в 32 (35,8%). Після проведення ургентного кесарева розтину малокров'я встановлено в 42 жінок (26,3%), а в пацієнток, які розроджені кесаревим розтином в плановому порядку в 28 (21,1%).

Під час оцінювання даних коагулограми та загального аналізу сечі в жінок відхилень від норми не виявлено.

Одним з основних методів діагностики фонових та передракових захворювань шийки матки є цитологічне дослідження. При проведенні скринінгу здорові епітеліальні клітини виявлені в 260 жінок (86,8%), епітелій із запальними змінами діагностований в 36 (11,9%) та в 4 (1,3%) – слабка дисплазія. Патологічна цитологічна картина переважно супроводжувалась клінічними ознаками запалення слизової оболонки піхви.

Для характеристики стану вагінальної мікрофлори визначили чотири ступеня чистоти вагінального вмісту:

I ступінь – у вмісті піхви виявляють лише палички Додерлейна та епітеліальні клітини, реакція вмісту кисла;

II ступінь – піхвових бактерій менше, з'являються поодинокі лейкоцити, реакція кисла (до 10 Le);

III ступінь – піхвових бактерій мало, переважає кокова флора, багато лейкоцитів, реакція слаболужна (до 50 Le);

IV ступінь – піхвових бактерій немає, багато патогенних мікроорганізмів (коки, трихомонади, гриби), реакція лужна (50–60 Le).

I ступінь чистоти вагінального вмісту виявлений в 172 (57,3%) жінок. Це переважно пацієнтки, які прооперовані вперше в плановому порядку, кесарів розтин проведений за методом Старка, середня крововтрата під час операції становила $515,1 \pm 47,8$ мл, а час перебування в стаціонарі в післяопераційний період становив $4,2 \pm 0,4$ доби.

II ступінь чистоти вагінального вмісту діагностовано в 94 жінок (31,4%), а III – в 34 жінок (11,3%). Це переважно пацієнтки, які прооперовані повторно в ургентному порядку, незалежно від методу операції, середня крововтрата під час операції становила $545,6 \pm 51,9$ мл, а час перебування в стаціонарі у післяопераційний період становив $4,4 \pm 0,5$ доби.

ВИСНОВКИ

Отримані нами результати дають можливість виявити залежність перебігу післяопераційного періоду від методу абдомінального розродження, категорії ургентності, наявності супутньої патології.

Частота виникнення періопераційних ускладнень, перинатальної захворюваності та смертності згідно з нашими даними вища при проведенні кесарева розтину повторно та в ургентному порядку.

При проведенні клініко-лабораторного обстеження у жінок через 3 міс після оперативного розродження в об'ємі: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, коагулограма, цитологічне дослідження, ступінь чистоти вагінального вмісту отримані результати, у зміною яких можна говорити про їхню залежність від методу кесарева розтину та категорії ургентності.

Особенности течения послеоперационного периода у женщин в зависимости от метода абдоминального родоразрешения
Б.М. Венцовский, Д.В. Витренко

В статье представлены данные об особенностях течения послеоперационного периода в зависимости от метода абдоминального родоразрешения, категории срочности, наличия сопутствующей патологии.

1. По кровопотере: наименьшая кровопотеря при проведении плановой операции по методу Дерфлера и по методу Старка.
2. По длительности операции: по методу Старка независимо от категории срочности низкая продолжительность операции (41–44 мин).
3. По продолжительности пребывания роженицы в стационаре в послеоперационный период: наименьшая продолжительность пребывания в стационаре при проведении плановой операции независимо от метода кесарева сечения ($4,1 \pm 0,3$ сут).
4. По проценту осложнений со стороны матери: не было осложнений при проведении операций по Дерфлеру, но результативно, поскольку проведено 26 (8,7%) операций данным методом от общего количества операций.
5. По состоянию новорожденного: при проведении операции в плановом порядке независимо от метода кесарева сечения не зарегистрированы случаи перевода детей в отделение реанимации новорожденных. При проведении клинико-лабораторного обследования у женщин через 3 мес после оперативного родоразрешения анемия чаще проявлялась у женщин, которых прооперировали повторно (35,8%), в срочном порядке (26,3%), по методу Дерфлера (46,1%). Патологическая цитологическая картина преимущественно сопровождалась клинически признаками воспаления слизистой влагалища. II степень чистоты влагалищного содержимого диагностирована у 94 женщин (31,4%), а III – у 34 женщин (11,3%). Это преимущественно пациентки, прооперированные повторно в срочном порядке, независимо от метода операции кесарева сечения.

Ключевые слова: *родоразрешение, кесарево сечение, категория срочности, лапаротомия, послеоперационный период.*

Peculiarities postoperative period in women depending on the method abdominal delivery
B. Ventskiy, D. Vitrenko

This paper presents data on the characteristics of the course of the postoperative period, depending on the method of abdominal rodor-zhennyya, urhntnosti category, presence of comorbidity.

1. For hemorrhage: the least blood loss during elective surgery in Derfleru method and by the method of Stark.
2. For the duration of the operation: the method of Stark regardless of category urhntnosti lowest duration of surgery (41–44 min).
3. For the duration of maternity hospital in the postoperative period: lowest length of stay during routine operations, regardless of the method of cesarean section ($4,1 \pm 0,03$ days).
4. For the percentage of complications in the mother had no complications during the operation of Derfleru, but the result is little information as held 26 (8,7%) operations given by the total number of transactions.
5. In the state of the newborn: during the operation routinely regardless of the method of cesarean section one of the children is not transferred to the neonatal intensive care unit.

In conducting clinical and laboratory examination in women three months after operative delivery anemia often manifested in women who reoperated (35,8%) in urgent procedure (26,3%), the method Derfleru (46,1%). Pathological cytological picture usually accompanied by clinical signs of inflammation of the vagina. The second degree of purity of vaginal contents were diagnosed in 94 women (31,4%), and the third – in 34 women (11,3%). These are mainly patients who are operated on again in urgent order, regardless of the method of cesarean section.

Key words: *rodorozhennyye, caesarean section, category urhntnosti, laparotomy, the postoperative period.*

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., Шахмалова І.А. Кесарів розтин в перинатальній медицині. – Ст-Петербург: Елбі, 2005; 226.
2. Ананьев В.А. Кесарів розтин в зниженні материнської та перинатальної патології в сучасному акушерстві/ Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
3. Густоварова Т.А., Іванян А.Н., Самедова Н.С., Болвачева Е.В., Щербаков О.Л. Актуальні питання абдомінального розродження в сучасному акушерстві // Російський вісник акушера-гінеколога, № 3, 2006. – С. 96–99.
4. Заболотнов В.А., Лелихов С.В. Частота кесаревих розтинів та обґрунтованість вибору метода розродження/ Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, 2008. – С. 9–13.
5. Іванюта С.О., Гапоненко А.Г. Кесарів розтин – профілактика ускладнень є вимогою сьогодення/ Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України, 2009. – С. 279–283.
6. Краснополський В.І., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивні

- проблеми оперованої матки / Російський вісник акушера-гінеколога, № 1, 2009. – С. 30–35.
7. Радзинський В.Е. Акушерська агресія, 2011. – С. 400–452.
8. 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.
9. Фаткуллін І.Ф., Фаткуллін Ф.І. Кесарів розтин при недоношеній вагітності// Акуш. і гін., № 3, 2009.
10. Щербаков А.Ю., Гладкова Т.А., Щербаков В.Ю. Особливості повтор-

- ного розродження у жінок після абдомінального кесаревого розтину // Міжнародний медичний журнал, № 1, 2012. – С. 65–67.
11. Durik A.M., Hyde J.S., Clark R. Developmental Psychology 2000; 36: 251–260.
12. Murray W. Enkin et al. «Effective care in pregnancy and childbirth» (С. 369–376), 2000, Бібліотека Кокрейна, Hopkins, L. Smail.
13. Robson M.S. Best Practice a Research Clin Obstet Gynec 2001; 15: 1: 179–194.

Статья поступила в редакцию 17.03.2014