

Репродуктивний анамнез жінок, розроджених кесаревим розтином

Л. М. Вакалюк

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

За клініко-статистичним аналізом операцій кесарева розтину вивчена дітородна функція 250 жінок. Оперовані пацієнтки складають групу високого перинатального ризику, підлягають особливому диспансерному спостереженню на амбулаторному і клінічному етапі акушерсько-гінекологічної служби, формують резерв поліпшення демографічної ситуації. Оптимізація репродуктивного здоров'я жінок, розроджених кесаревим розтином, вимагає організації спеціалізованих прийомів (кабінетів) для матерів, розроджених хірургічним шляхом.

Ключові слова: кесарів розтин, репродуктивна функція.

Кесарів розтин є актуальним методом хірургічного розродження, на який акушери-гінекологи надіються покласти вирішення назрілих перинатальних проблем. Заразом, враховуючи багаторічний досвід акушерської науки і практики, уже сьогодні стає очевидним, що кесарів розтин як метод хірургічного розродження не розв'яже завдання сучасної перинатології [8]. Теперішній стан соціально-економічного розвитку України супроводжується складними умовами формування здоров'я населення шляхом виховання, перш за все, відповідального відношення щодо стану здоров'я та здорового способу життя. Кризові явища в економіці, розшарування суспільства за рівнем життя населення призвели до погіршення дітородного здоров'я громадян [1, 13]. Першочергові державні заходи щодо здійснення демографічної політики спрямовані на стимулювання народжуваності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення [4]. На жаль, у наш час основним методом планування сім'ї і регуляції народжуваності, як і раніше, залишається артифіційний аборт, незважаючи на великий арсенал контрацептивних засобів. Поряд з цим, ускладнення після абортів спостерігаються у кожній третій жінки. Ведучими серед них є запальні хвороби геніталій, безпліддя, невиношування. Тому зпоміж вагомих проблем практичного акушерства одне із перших місць займає проблема абортів і невиношування [3, 5].

Мета дослідження: вивчити особливості дітородної функції у жінок, розроджених кесаревим розтином.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено клініко-статистичний аналіз 250 операцій кесарева розтину. Основна група 200 жінок (I група – 100 вагітних із повноцінним і II група – 100 пацієнток із неповноцінним рубцем на матці), контрольна – 50 вагітних вперше розроджених абдомінальним шляхом. В основній групі переважали пацієнтки віком 26–30 років (41,5%), у контрольній – від 21 до 25 років (52%). Плановий кесарів розтин проведено у 76,8% жінок (I група – 77%, II група – 84%, контрольна група – 62%), ургентний – у 23,2%. У структурі показань до першої операції переважали показання з боку матері (76,5%). Ведуче місце серед показань займали аномалії родових сил (22,5%) і утробна гіпоксія плода (20,5%). Число екстрагенітальних захворювань у розрахунку на одну жінку становило 2,02 (I група – 1,78, II група – 2,39, контрольна група – 1,76), гінекологічних хвороб – 0,74 (I група – 0,70, II група – 0,81, контрольна група – 0,7), акушерської патології – 1,11 (I група – 1,03, II група – 1,27, контрольна група – 0,94).

Застосовували клініко-функціональні і загальні клінічні методи дослідження. Повноцінність рубця на матці визначали доопераційно на основі комплексного обстеження (клінічні дані, УЗД, доплерометрія, КТГ, біопроділі та ін.), отримані результати верифікували із висновками патогістологічного дослідження біоптатів матки. У прооперованих жінок вивчені менструальна і генеративна функції, преморбідний фон, перебіг та ускладнення цієї вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті дослідження генеративного анамнезу 250 прооперованих вагітних нами встановлено, що 116 (46,4%) жінками втрачено 154 вагітності. У 60 (60%) пацієнток II групи відбулося 79 абортів, а 43 (43%) жінки I групи лишилися без 57 вагітностей. У контрольній групі 13 (26%) пацієнток мали 18 абортів. Таким чином, кількість перерваних вагітностей у II групі в 1,4 разу більша, ніж у жінок I групи, і у 4,4 разу – як у контрольній групі (таблиця). Високу частоту медичних і мимовільних абортів у жінок, розроджених абдомінальним шляхом, також відмічали ряд авторів [6, 11, 12].

У сучасних умовах операція штучного аборту набула значного соціального значення, оскільки поряд з контрацепцією і стерилізацією розглядається як метод регуляції народження і планування сім'ї [3]. Як показали наші дослідження, у 72 (28,8%) прооперованих жінок штучним абортом завершено 94 вагітності: у I групі – 32 вагітності у 25 жінок (25%), в II групі – 51 у 39 (39%) і в контрольній – 11 у 8 (16%) жінок. Перед першим кесаревим розтином 42 (16,8%) жінки втратили 56 вагітностей (I група – 14 (14%) пацієнток, II група – 20 (20%) жінок 27, контрольна група – 8 (16%) жінок 11 вагітностей). Перед повторним абдомінальним розтином штучно перервано 38 вагітностей у 30 (15%) жінок (I група – 14 у 11 жінок (11%), II група – 24 у 19 (19%) пацієнток). У цілому, в жінок з неповноцінним рубцем на матці штучний аборт проведено в 1,6 разу частіше, ніж у пацієнток з повноцінним рубцем, і у 4,6 разу – як у контролі. Штучне переривання вагітності часто доводить до росту гінекологічної патології, займає особливе місце в структурі материнської і перинатальної захворюваності та смертності. В анамнезі 20–25% жінок з невиношуванням мали штучні аборти [2,7].

За даними ВООЗ, частота мимовільних абортів складає 10–20%, в Україні частота невиношування становить 17% до всіх бажаних вагітностей [6]. Нами встановлено, що мимовільний викидень відбувся у 44 (17,6%) жінок і втрачено 60 вагітностей (I група – 18 (18%) жінок 25 вагітностей, II група – 21 (21%) і 28, контрольна група – 5 (10%) і 7 вагітностей). Перед першою операцією у 36 (14,4%) пацієнток відбулося 49 викиднів (I група – 15 (15%) жінок 21, II група – 16 (16%) – 21, контрольна група – у 5 (10%) – 7 вагітностей). Перед другим абдомінальним розродженням 8 (4%) жінок втратили 11 вагітностей (I група – 3 (3%) жінки 4 і II група – 5 (5%) – 7 вагітностей). У жінок з неповноцінним рубцем на матці мимовільний викидень діагностовано у 1,7 разу частіше, ніж у жінок I групи.

Генеративні втрати у жінок, розроджених кесаревим розтином

Клінічний діагноз	Кількість випадків (%)					
	Основна група			Контрольна група (n=50)	Усього (n=250)	
	Перша (n=100)	Друга (n=100)	Усього (n=200)			
Перед першою операцією	Мимовільний викидень					
	а) один	9 (9%)	11 (11%)	20 (10%)	-	20
	б) два	6 (6%)	5 (5%)	11 (5,5%)	-	11
	Усього	15 (15%)	16 (16%)	31 (15,5%)	-	31
	Штучний аборт					
	а) один	10 (10%)	13 (13%)	23 (11,5%)	-	23
	б) два	4 (4%)	7 (7%)	11 (11%)	-	11
	Усього	14 (14%)	20 (20%)	34 (17%)	-	34
	Усього: а) жінок	29 (29%)	36 (36%)	65 (32,5%)	-	65
	б) вагітностей	39	48	87	-	87
Перед теперішньою операцією	Мимовільний викидень					
	а) один	2 (2%)	3 (3%)	5(2,5%)	3 (6%)	8 (3,2%)
	б) два	1 (1%)	2 (2%)	3(1,5%)	2 (4%)	5 (2%)
	Усього	3 (3%)	5 (5%)	8(4%)	5 (10%)	13 (5,2%)
	Штучний аборт					
	а) один	8 (8%)	14 (14%)	22 (11%)	5 (10%)	27 (10,8%)
	б) два	3 (3%)	5 (5%)	8(4%)	3 (6%)	11 (4,4%)
	Усього	11 (11%)	19 (19%)	30 (15%)	8 (16%)	38 (15,2%)
	Усього: а) жінок	14 (14%)	24 (24%)	38 (18%)	13 (26%)	51 (20,4%)
	б) вагітностей	18	31	49	18	67
Усього: а) жінок	43 (43%)	60 (60%)	103(51,5%)	13 (26%)	116 (46,4%)	
б) вагітностей	57	79	136	18	154	

Інтерпретація отриманих даних свідчить, що до першого кесарева розтину 78 (31,2%) жінок внаслідок артіфіційного абортів і мимовільного викидня втратили 105 вагітностей (І група – 29 (29%) пацієнок 39 вагітностей, ІІ група – 36 (36%) – 48, контрольна група – 13 (26%)–18). У проміжку від першої до другої абдомінальної операції 38 (19%) потенційних матерів залишились без 49 вагітностей (І група – 14 (14%) жінок без 18 вагітностей, ІІ група – 24 (24%) пацієнок без 31 вагітності). Наші дані знаходять підтвердження у роботах ряду авторів [9,10], які відмічають, що через поєднані соціально-побутові та медичні фактори у 10–22,9% жінок, розроджених кесаревим розтином, вагітність переривається штучним або мимовільним абортном.

Нами встановлено, що у 250 обстежених жінок репродуктивні втрати (штучний і мимовільний аборт, мертвонародження, малюкова смертність) становлять 221 випадок: перед першим кесаревим розтином – 152, перед повторним – 194. У розрізі досліджуваних груп: до попередньої операції – І група – 56, ІІ група – 69, контрольна група – 27, перед повторним розтином – І група – 27, ІІ група – 42. Підсумок дітородного анамнезу прооперованих жінок свідчить про те, що із усіх діагностованих 625 вагітностей доношено і народжено, залишились живими – 404 (64,6%) дітей.

Серед обстежених вагітних число перенесених гінекологічних захворювань у розрахунку на одну жінку складало 0,74 (І група – 0,7, ІІ група – 0,81, контрольна група – 0,7). У пацієнок основної групи цей показник на 0,8 більший, ніж у контролі. Гінекологічна захворюваність у жінок І і контрольної групи рівнозначна. У той же час захворюваність пацієнок ІІ групи в числовому значенні на 0,1 вища від попередніх груп. У розрізі нозологічних одиниць найчастіше

діагностувався хронічний аднексит (22%) (І група – 22%, ІІ – 24 %, контрольна – 18%) і безпліддя (9,2%) (І група – 7%, ІІ група – 12%, контрольна – 8%). Слід відмітити, що гінекологічні захворювання зустрічалися нерідко в поєднанні і створювали несприятливий преморбідний фон для розвитку ускладнень у післяопераційний період. Отримані дані знаходять підтвердження в роботах ряду авторів [2, 8, 13].

ВИСНОВКИ

Жінки, розроджені кесаревим розтином, мають обтяжений дітородний анамнез і складають групу високого перинатально-го ризику. У пацієнок з неповноцінним рубцем на матці репродуктивні втрати (заплановані і неочікувані) високі і значно переважають над успішним виношуванням та народженням живих малюків. Медичні, навіть необхідні і показані, втручання створюють несприятливе підґрунтя для формування рубця на матці. Матері, які розроджені абдомінальним шляхом, підлягають винятковому диспансерному нагляду на амбулаторному етапі акушерсько-гінекологічної служби. Тільки активне систематичне і кваліфіковане лікарське спостереження на селі і в місті, широка інформаційно-просвітницька робота з питань генеративного здоров'я, планування сім'ї і підготовка до пологів дозволять покращити проблему демографічної ситуації і щасливого материнства. У жіночих консультаціях слід організувати спеціалізовані прийоми (кабінети) для жінок, розроджених кесаревим розтином.

У перспективі подальші дослідження дозволять оптимізувати кваліфіковану акушерсько-гінекологічну амбулаторну і клінічну курацію жінок з рубцем на матці. Стануть підґрунтям для покращання демографічної ситуації. Слугуватимуть збереженню дітородного здоров'я населення.

Репродуктивный анамнез женщин, родоразрешенных кесаревым сечением
Л.М. Вакалюк

На основании клинико-статистического анализа операций кесарева сечения изучена детородная функция 250 женщин. Оперированные пациентки составляют группу высокого перинатального риска, подлежат особому диспансерному наблюдению на амбулаторном и клиническом этапе акушерско-гинекологической службы, формируют резерв улучшения демографической ситуации. Оптимизация репродуктивного здоровья женщин после кесарева сечения требует организации специализированных приёмов (кабинетов) для матерей, родоразрешенных хирургическим путем.

Ключевые слова: кесарево сечение, детородная функция.

The reproductive history of women delivered of caesarean section
L.M. Vakaluk

On the base of hospital-statistical analysis of cesarean sections cases, was studied reproductive function of 250 women. These patients form group of high perinatal risk, and must be carefully observed on hospital stage of obstetrical-gynecologic service, and they form reserve for demographic situation. Special offices for mothers (families) need to be formed for deciding reproductive health problems after cesarean section.

Key words: cesarean section, reproductive function.

Сведения об авторе

Вакалюк Любомир Мирославович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Амброзійчук Я.Я., Москаленко Т.Я. Роль женских консультаций в национальной программе «Репродуктивное здоровье» //Зб. наук. праць Асоціації акуш.-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 28–30.
2. Актуальные вопросы акушерства / Под ред. Е.В. Коханевич. – К.: ТМК, 2001. – 152 с.
3. Венцівський Б.М. Роль планування сім'ї в зниженні материнської та перинатальної захворюваності і смертності // ПАГ. – 1997, № 2. – С. 52–54.
4. Гойда Н.Г. Організація, структура і завдання служби планування сім'ї //Нова медицина. – 2002, № 4. – С. 18–20.
5. Грищенко В.І., Козуб М.І., Ілієш Є.О. і співавт. Застосування променевої аргонної коагуляції при лікуванні хворих з безпліддям // Зб. наук праць Асоціації акуш.-гінекол. України – К.: «Фенікс», 2001. – С. 175–177.
6. Деришов В.В. Реабілітація генеративної функції після искусственного прерывания беременности // Зб. Наук праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – К.: «Інтермед», 2003. – С. 99–101.
7. Іванюта Л.І. Проблеми неплідності

вУкраїні та напрямки до її вирішення // Журнал АМК України. – 1996. – Т. 2, № 3. – С. 436–444.
8. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского. – М.: ТОО «Техлит», 2001. – 285 с.
9. Клинические лекции по акушерству и гинекологии /Под ред. А.Н. Стрижак. – М.: Медицина, 2000. – 380 с.
10. Кулаков В.И., Чернуха Э.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М.: Медицина, 200. – 192 с.
11. Назаренко Л.Г., Ромадина О.В., Бабаджанян Э.Н. и соавт. Преконцепционная профилактика репродуктивных потерь как новый подход к планированию семьи // Зб. наук праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 461–463.
12. Чайка В.К. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство. – Донецк: ООО «Альматео», 2001. – 608 с.
13. Чуб В.В., Чибисова І.В., Хижняк Л.В., Когут Н.А. Основні принципи планування сім'ї у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину // Зб. наук праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – Сімферополь, 1998. – С. 381–383.

Статья поступила в редакцию 06.05.2014

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**ОБНАРОДОВАНА КОНЦЕПЦІЯ НОВОЇ СИСТЕМИ
ЗДРАВООХРАНЕННЯ УКРАЇНИ**

Министерство здравоохранения Украины таким образом предлагает обсудить концепцию новой системы здравоохранения публично. Это даст возможность каждому желающему подать свои предложения и замечания к документу.

Свои предложения желающим необходимо направлять в Министерство здравоохранения Украины на протяжении месяца со дня опубликования в письменном или электронном виде по адресу: ул. Грушевского, 7, г. Киев, 01601, или на e-mail: nka1@moz.gov.ua, pmd@moz.gov.ua.

С проектом распоряжения Кабинета министров Украины «Об одобрении Концепции новой системы здравоохранения» можно ознакомиться по адресу:

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140527_0.html