

Повторний кесарів розтин: діагностика і профілактика перинатальної патології, відновлення репродуктивного здоров'я

Ю.П. Вдовиченко, І.М. Шлапак

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать про можливість розширення показань для самостійного розродження жінок з рубцем на матці без погіршення перинатальних результатів розродження. Комплексний, поетапний підхід з використанням клінічних і додаткових методів дослідження дозволяє виділити пацієнток для природного розродження після першого кесарева розтину, причому починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром. Широке впровадження отриманих результатів дозволяє, на нашу думку, зберегти репродуктивне здоров'я жінок при одночасному поліпшенні перинатальних результатів і постнатальної адаптації новонароджених.

Ключові слова: кесарів розтин, перинатальна патологія, репродуктивна функція.

Операція кесарева розтину (КР) останніми роками є найпоширенішою в акушерстві [1, 5]. Частота КР не має тенденції до зниження і складає, за даними різних авторів, від 11% до 29%, досягаючи 40% і більш в родопомічних закладах, що виконують функції перинатальних центрів [2].

Висока частота КР спричинила низку нових проблем: з одного боку, це зростання частоти гнійно-септичних захворювань і пошуки ефективних заходів їх профілактики і лікування, з іншого – складнощі ведення вагітності і пологів при рубці на матці після КР, особливо з точки зору зниження перинатальної патології [4].

Понад 30% жінок, що перенесли операцію КР, планують повторну вагітність і пологи, які в 60–90% випадків завершуються повторною операцією через високий ризик розриву матки по рубцю [6]. Проте повторний КР є технічно складнішою операцією. Материнська захворюваність і порушення репродуктивної функції при повторній операції в 3–4 рази вища, ніж при пологах через природні пологові шляхи [8].

Успіх мимовільних пологів після КР визначається, перш за все, наявністю рубця на матці і у зв'язку з цим усе більшої актуальності набувають питання репарації шва на матці, які багато в чому визначають перебіг раннього післяопераційного періоду, а надалі – перебіг подальшої вагітності і її результат [9].

Основними передумовами для хорошої регенерації тканин і формування повноцінного рубця служать оптимальні умови кровопостачання, що виключають розвиток ішемії і гіпоксії тканин в області шва, і мінімальну запальну реакцію, що визначається способом відновлення розірваної стінки матки і видом шовного матеріалу [3]. Є наполеглива необхідність в проведенні подальших морфологічних досліджень для виявлення особливостей рубця залежно від методу відновлення матки, шовного матеріалу і тривалості існування рубця.

Згідно з даними літератури, оптимальним часом для настання подальшої вагітності після абдомінального розро-

дження вважається термін від одного року до 2–4 років [7]. Проте на сучасному етапі немає остаточних даних про морфологічні зміни поперечного рубця в нижньому матковому сегменті залежно від давності перенесеної операції КР. У зв'язку з цим відсутні науково обгрунтовані рекомендації відносно часу настання вагітності після операції на матці.

Не дивлячись на значне число наукових публікацій з проблеми повторного КР, неможливо вважати її повністю вирішеною, особливо в плані діагностики і профілактики акушерської і перинатальної патології, а також реабілітації репродуктивної функції пацієнток.

Усе викладене вище стало підставою для проведення даного наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливу проблему сучасного акушерства і гінекології.

Мета дослідження: зниження частоти патологічних змін репродуктивного здоров'я, поліпшення перинатальних результатів розродження і постнатальної адаптації новонароджених за наявності рубця на матці після КР на основі вдосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вивчення перебігу вагітності, характеру розродження, післяпологового періоду і стану лактації у жінок з рубцем на матці проведено комплексне обстеження 300 пацієнток з рубцем на матці, яких було розподілено на дві групи: 1-у групу склали 250 жінок з рубцем на матці, яким було виконано повторний КР, до 2-ї групи ввійшли 50 жінок з рубцем на матці, розроджених через природні пологові шляхи.

Для аналізу перинатальних результатів у жінок з рубцем на матці проведено додаткове розділення новонароджених 1-ї групи на підгрупу 1.1 – 166 дітей, народжених шляхом планового КР до початку пологової діяльності; 1.2 підгрупа – 84 дитини, народжених шляхом КР з початком пологової діяльності.

Контрольну групу склали 50 першонароджуючих, розроджених через природні пологові шляхи і їх новонароджені.

На кожну пацієнтку заповнювали розроблену нами карту обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, результати об'єктивного і додаткових методів дослідження, спосіб розродження, наявність і характер ускладнень у пологах, особливості перебігу післяпологового періоду, лактаційну функцію, стан психоемоційного статусу.

При виконанні дослідження проводили:

- загальноклінічне обстеження;
- клініко-лабораторні методи діагностики (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові);
- функціональний стан фетоплацентарного комплексу (УЗД, доплерометрія, оцінювання ендокринологічного статусу);
- бактеріологічне дослідження вмісту порожнини матки;
- цитологічне дослідження лохій;

- УЗД органів малого таза в післяпологовий період;
- гістероскопія;
- анкетування вагітних і породілей для вивчення психоемоційного статусу;
- статистичне оброблення отриманого матеріалу.

Удосконалений нами алгоритм включав такі моменти:

- жінки з рубцем на матці після КР складають групу високого ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції, що диктує необхідність проведення специфічних діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром;

– тактика розродження жінок з рубцем на матці залежить від функціонального стану фетоплацентарного комплексу, наявності екстрагенітальної патології, розмірів і передлежання плода. Питання про метод розродження не слід вирішувати на етапі жіночої консультації, а лише в акушерському стаціонарі після комплексного клініко-лабораторного і функціонального обстеження;

– психопрофілактична робота з жінками з рубцем на матці, спрямована на позитивне відношення до самостійного розродження, необхідно починати на етапі жіночої консультації і продовжувати в акушерському стаціонарі з підключенням медичного психолога;

– при повторному абдомінальному розродженні жінок з рубцем на матці необхідно враховувати високий ризик інтраопераційних ускладнень, середньоважких форм асфіксії і післяопераційних ускладнень;

– жінки, що перенесли повторне абдомінальне розродження складають групу високого ризику щодо розвитку гіперпластичних процесів ендометрія, що диктує необхідність використання, крім УЗД, діагностичної гістероскопії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що рубець на матці після КР є однією з причин розвитку плацентарної дисфункції, що підтверджується високим рівнем затримки розвитку плода (50,4%), змінами об'єму навколоплідних вод (35,2%), посиленням кровотоку в артерії пупкового канатика і середньомозкової артерії, а також дисгормональними і дисметаболічними порушеннями.

Основними показаннями для повторного абдомінального розродження є розвиток плацентарної дисфункції (40,4%), неспроможність рубця на матці (33,2%), яка підтверджується під час операції лише в 16,4%; відмова жінок від вагінальних пологів (20,8%), екстрагенітальна патологія (17,6%), крупний плід (12,8%) і тазове передлежання (8,8%). У плановому порядку розроджено 66,4% жінок, в ургентному – 33,6%. Частота інтраопераційних ускладнень складає 17,2%.

Психоемоційні особливості у жінок з рубцем на матці залежать від методу розродження, при цьому варіант самостійних пологів є більш сприятливим, що підтверджується такими моментами:

- задоволені варіантом розродження 78,0% при природних пологах і 20,3% – при повторному КР;
- високий рівень тривожності за стан дитини відзначений у 43,2% жінок, розроджених оперативним шляхом і в 2,0% – самостійно;
- високий рівень самооцінки відзначений у 86,0% жінок після природних пологів і у в 7,4% – після повторного КР.

Стан лактації у жінок з рубцем на матці після КР залежить від методу розродження і характеризується нормальним становленням лактації у 25,7% жінок після повторного КР і в 88,0% – після самостійних пологів, при цьому частота

гіпогалактії знижується в 5,7 разу (з 68,8% до 12,0%), змішаного вигодовування – в 6,5 разу (з 73,5% до 11,3%) при одночасному поліпшенні якісних показників грудного молока (вміст білків, ліпідів, вітамінів і імуноглобулінів).

Самостійне розродження жінок з рубцем на матці не впливає на частоту субінволюції матки (16,8% і 16,0%), але дозволяє знизити рівень лохіо- і гематометри (з 16,8% до 6,0%), антибіотикопрофілактики (з 85,0% до 28,0%), перебування в стаціонарі (на 2,8±0,3 дня), а також нормалізувати мікробіологічний статус пологових шляхів і цитологічні зміни в лохіях (зниження запальної реакції на 3,1±0,3 дня).

Перинатальні результати розродження у жінок з рубцем на матці залежать від функціонального стану фетоплацентарного комплексу, а також від методу розродження, причому при самостійних пологах відбувається збільшення частоти задовільного стану новонароджених (з 73,8% до 92,0%) за рахунок зниження середньої ступеня тяжкості (з 22,5% до 8,0%) і попередження важких форм (лише після КР в 3,7%).

Розродження жінок з рубцем на матці після КР через природні пологові шляхи дозволяє поліпшити постнатальну адаптацію новонароджених, що підтверджується виявленими прямими кореляційними зв'язками між характером і тяжкістю неврологічної симптоматики в новонароджених, патологією під час вагітності, термінами і шляхом розродження. Так, немовлята, що перенесли тривалу хронічну гіпоксію, розроджені достроково і у плановому порядку в період ранньої адаптації виявляли більш значущу неврологічну симптоматику у вигляді синдрому пригнічення центральної нервової системи і внутрішньочерепної гіпертензії, а також внутрішньошлуночковий крововилів I ступеня. Діти, що народилися природним шляхом, найчастіше адаптувалися з проявами синдрому підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, який має більш легкий перебіг і швидшу позитивну динаміку.

Віддалені результати стану репродуктивного здоров'я у жінок з рубцем на матці після КР залежать від методу розродження, причому після повторного КР частота патологічних змін в матці складає 46,4%, з яких 36,1% – це гіперпластичні процеси ендометрія (у структурі яких 62,9% посідають поліпи ендометрія і 37,1% – ендометріальна гіперплазія); наявність рубцевої сполучної тканини (10,3%), лігатур (5,2%) і дефектів рубця у вигляді ніш – 2,1%. Після самостійного розродження жінок з рубцем на матці лише в 6,0% діагностують наявність сполучної тканини в області післяопераційного рубця на матці.

Впровадження вдосконаленого нами алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити частоту патології репродуктивного здоров'я в 7,7 разу, зменшити частоту середньоважких форм стану новонароджених в 2,8 разу, поліпшити постнатальну адаптацію новонароджених і нормалізувати психоемоційний стан жінок.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать про можливість розширення свідчень для самостійного розродження жінок з рубцем на матці без погіршення перинатальних результатів розродження. Комплексний, поетапний підхід з використанням клінічних і додаткових методів дослідження дозволяє виділити пацієнток для природного розродження після першого кесарева розтину, причому починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром. Широке впровадження отриманих результатів дозволить, на нашу думку, зберегти репродуктивне здоров'я жінок при одночасному поліпшенні перинатальних результатів і постнатальної адаптації новонароджених.

Повторное кесарево сечение: диагностика и профилактика перинатальной патологии, восстановление репродуктивного здоровья Ю.П. Вдовиченко, И.М. Шлапак

Repeated cesarean section: diagnostics and preventive maintenance perinatal pathologies, restoration of reproductive health J.P. Vdovichenko, I.M. Shlapak

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о возможности расширения показаний для самостоятельного родоразрешения женщин с рубцом на матке без ухудшения перинатальных результатов родоразрешения. Комплексный, поэтапный подход с использованием клинических и дополнительных методов исследования позволяет выделить пациенток для естественного родоразрешения после первого кесарева сечения, причем начиная с этапа женской консультации и заканчивая акушерским стационаром. Широкое внедрение полученных результатов позволит, по нашему мнению, сохранить репродуктивное здоровье женщин при одновременном улучшении перинатальных результатов и постнатальной адаптации новорожденных.

Ключевые слова: кесарево сечение, перинатальная патология, репродуктивная функция.

Results of the spent researches testify to possibility of expansion of indications for independent delivery women with hem on uterus without deterioration perinatal results of delivery. The complex, stage-by-stage approach with use of clinical and additional methods of research allows allocate patients for natural delivery after the first cesarean section, and since stage of female consultation and finishing obstetrical hospital. Wide introduction of the received results will allow, in our opinion, to keep reproductive health of women at simultaneous improvement perinatal results and postnatal adaptations of newborns.

Key words: cesarean section, perinatal pathology, reproductive function.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Шлапак Игорь Михайлович – Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцовский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения: сб. научных праць Асоціації акушерів-гінекологів України / Б. Венцовский. – Ялта. – 2010. – С. 40–43.
2. Гойда Н.Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. – 2012. – № 5. – С. 2–6.
3. Ельцов-Стрелков В.И. Кесарево сечение в современном акушерстве: Методические рекомендации / В.И. Ельцов-Стрелков, А.Я. Голдина. – М., 2009. – 27 с.
4. Запорожан В.М. Кесарів розтин / В.М. Запорожан, М.Р. Цегельський // Акушерство та гінекологія. – К.: Здоров'я, 2006. – С. 78–84.
5. Краснопольский В.И. Кесарево сечение / В.И. Краснопольский, В.Е. Радзинский. – К.: Здоров'я, 2011. – 268 с.
6. Кулаков В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова. – М.: Медицина, 2010. – 192 с.
7. Логотова Л.С. Критерии диагностики состояния рубца на матке после кесарева сечения: тез. докл. IV Российского форума «Мать и дитя» / Л.С. Логотова, Н.Д. Гаспарян, К.Н. Ахвледиани. – М., 2012. – С. 376–377.
8. Основы репродуктивной медицины: Практик. руководство / Под ред. В.К. Чайки. – Донецк: Альматео, 2011. – С. 275–321.
9. Чернуха Е.А. Кесарево сечение в современном акушерстве / Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 10. – С. 68–71.

Статья поступила в редакцию 26.01.2015