

Дискусійні питання оперативної активності в сучасному акушерстві (клінічна лекція)

Л.Г. Назаренко, Л.Ю. Дуброва, К.М. Недорезова

Харківська медична академія післядипломної освіти

Акушерські операції є невід'ємною частиною родопомочі в Аусі часи. Проте, в сучасній акушерській клініці оперативна активність ототожнюється тільки з кесаревим розтинном (КР) як найпоширенішою операцією. Сталим трендом останніх 50 років півстоліття є неконтрольоване поступове і безупинне зростання рівня КР, що проектується на еволюцію підходів до розродження, зміни уявлень про місце цієї операції в акушерській клініці. Тому оновлення знань сучасного лікаря з цієї проблематики, усвідомлення логіки дискусійних, на теперішній час, питань і результатів оперативної активності в акушерстві є доцільним і актуальним.

Частота КР на рівні 5% в сорокові-п'ятдесяті роки ХХ століття утримувалася незмінною протягом 10–15 років. У пізні сімдесяті роки рівень КР підвищився до 15%, залишаючись стабільним наступні 10 років. Останні десятиліття частота КР в усьому світі зросла майже вдвічі, до 30% і вище в окремих регіонах, зокрема у США і більшості європейських країн. Розродження абдомінальним шляхом прийшло на зміну тривалим травматичним пологам, сприяючи одночасно зменшенню частоти таких операцій, як екстракція плода за тазовий кінець, вакуум-екстракція, накладання акушерських щипців. Ймовірно, останні роки має місце і продовжується не стільки свідоме розширення рівня КР, скільки уточнення й визначення нових показань в інтересах матері та плода. У результаті питома вага КР сягає 40% і вище у стаціонарах, в яких концентруються вагітні з високим ризиком акушерської і перинатальної патології [1]. Певний внесок у збільшення частоти КР робить і розродження абдомінальним шляхом за бажанням або на вимогу жінки, що сприймається в деяких регіонах як шлях до забезпечення максимального задоволення пацієнтки медичною допомогою.

Вважається, що збільшення частоти операцій КР зумовлено зростанням середнього віку вагітних у розвинених країнах [2].

На сьогодні КР є не тільки акушерською операцією, а складною акушерською проблемою, з особливими класифікаційними підходами до визначення показань, дискусійними положеннями щодо оптимальної частоти з позицій впливу на цільовий результат акушерської і перинатальної допомоги, суперечливими поглядами щодо перспектив і наслідків зростання питомих ваги оперативних розроджень у суспільному вимірі.

У сучасних умовах найбільш частими медичними показаннями є рубець на матці, дистрес плода, дискоординація скоротливої діяльності матки і дистоція шийки, тазове передлежання плода [3].

До недавнього часу основним класифікаційним підходом до визначення показань для КР було розділення їх на абсолютні та відносні. За абсолютні показання вважалося й до тепер клінічні ситуації, за яких розродження природним шляхом або неможливе, або становить смертельну небезпеку для матері, тобто є протипоказаним. Це, передусім, повне передлежання плаценти, передчасне її відшарування при непідготовлених пологових шляхах, ознаки початкового розриву матки, а також абсолютно вузький таз, пухлини і руб-

цеві звуження, що перешкоджають народженню плода. Відносні показання до КР окреслюють клінічні ситуації, при яких не виключена можливість розродження через природні пологові шляхи, але з високим ризиком несприятливого виходу для матері та дитини. Проте, тенденцією останнього часу є уникнення формулювань «відносні» показання, оскільки при ускладненнях операції чи летальному виході, у разі дисциплінарних або кримінальних переслідувань, завжди можна поставити під сумнів обґрунтованість втручання за відсутністю безумовних підстав.

Інша класифікація передбачає три групи операцій: 1) КР за абсолютними показаннями при клінічно вузькому тазі, передлежанні плаценти, поперечному положенні; 2) профілактичний КР за наявності рубця на матці, тазового передлежання, дистресу плода; 3) за екстремими показаннями в пологах [4].

На сьогодні сталою традицією є розрізнення показань до КР на дві категорії: з боку матері або з боку плода. До першої відносять слабкість пологової діяльності у разі неефективності її лікування, диспропорцію таза матері й голівки плода, загрозливий розрив матки, в тому числі прогнозовану неспроможність рубця на матці після попередніх операцій, тяжку прееклампсію за відсутності ефекту від лікування, її ускладнення відшаруванням сітківки, загрозою крововиливу в мозок, гострою печінковою недостатністю тощо, кровотечу при неповному передлежанні плаценти і непідготовлених пологових шляхах, перенесені в минулому операції з приводу сечостатевої і кишково-статевої норичь, тяжкі екстрагенітальні захворювання тощо. Другу категорію формують так звані перинатальні показання: дистрес плода, синдром затримки розвитку плода внаслідок плацентарної дисфункції, тазове передлежання, поперечне положення плода. Найбільш дискусійними перинатальними показаннями, які все частіше не враховують як окремі підстави для операції, є недоношеність і переносеність вагітності, анамнез, обтяжений безпліддям, повторними втратами плода. До 10,6% операцій сьогодні виконують за показаннями «індукована вагітність», «вагітність після екстракорпорального запліднення» [5]. Але ці фактори, з акушерських позицій, не означають прямої нездатності жінки до здійснення пологів, тому не мають вважатися самостійними показаннями.

В останні роки у спектрі проблемних питань, пов'язаних з КР, значне місце посідає зв'язок частоти операції, з одного боку, і рівня перинатальної смертності (ПС), вплив на стан здоров'я новонародженої дитини й навіть віддалені наслідки, з іншого. Слід констатувати, що причини зростання рівня КР за останні роки містяться саме в розширенні «перинатальних показань», адже, за численними даними, існує зворотний зв'язок між частотою КР і ПС. Проте, міра зв'язку зверх певної межі не є достовірною та сильною. Про відсутність бажаного й очікуваного впливу зростання частоти КР на рівень ПС свідчать дані про те, що при збільшенні питомих ваги абдомінального розродження в 2–3,5 разу в 2002 р. порівняно з 1985 р. паралельно лише означилася тенденція до зниження ПС – з 15,8% до 12,8%, тобто в 1,2 разу [5]. Цей факт засвідчує, що в пе-

реліку факторів впливу на перинатальну статистику КР є лише верхівкою айсбергу.

Категорія «оптимальний рівень КР» на сьогодні не має доказової бази, і цифри 10%, 15%, 20%, 25%, 30% відображують не результати цільового аудиту, а лише уявлення впливових експертів. І це є доволі пояснюваним навіть з соціально-демографічних позицій. Установлено пряму залежність з паралельним зростанням частоти КР від економічного стану жінки (вище добробут – вище рівень КР), від госпітального фактора (двократна частота КР в приватних відділеннях в порівнянні з комунальними). Показана суттєва відмінність частоти КР в різних регіонах світу, державах [6]. Неоднорідність контингентів вагітних і роділей в медичному сенсі, ймовірно, є основною перешкодою для отримання «оптимального рівня КР» без запровадження спеціальних достовірних критеріїв порівняння. «Кроком вперед» має стати впровадження класифікаційної системи Michael Robson, використання якої сприятиме адекватності співставлення рівня КР та показань до операції в межах місцевого, регіонального, національного аудиту з метою визначення можливостей редукції загального рівня КР за рахунок окремих контингентів жінок [7]. «Критерії М. Robson» складаються з десяти груп, кожна з яких має самостійний вплив на загальний рівень КР, для окремого визначення оптимального рівня КР в кожній із них.

Зважаючи на перспективу впровадження такого підходу як методології адекватного порівняння рівня КР, значно поширеної у Великій Британії, Канаді, Скандинавських країнах, але такій, що не використовується дотепер у вітчизняних медичних закладах, вважаємо за доцільне навести останню надруковану модифікацію розподілу клінічних параметрів, підлягаючих розгляду, для практичного використання (таблиця).

У свідомості сучасного лікаря, а також пацієнта позитивними моментами щодо обрання КР вважають відносну безпеку операції, зниження ризику травматизації плода, відсутність травм м'язів тазового дна, відповідність методу розродження бажанню жінки, зручність для акушера стосовно тривалості пологів.

У числі факторів, які мотивують до обрання КР як методу розродження у проблемних і сумнівних (але не безвихідних) ситуаціях, зазначають низьку частоту внутрішньочерепних крововиливів у новонароджених: при плановому КР 1:1760 пологів проти 1:907 при ургентному, яка є порівнянною з такою при неускладнених спонтанних пологах – 1:1900 [8].

Натомість, негативні фактори, асоційовані з операцією, доволі часто не враховуються і не обговорюються належним чином з пацієнтом при обранні КР як «профілактичного» (на вимогу вагітної при головному передлежанні доношеного плода) або за «відносними» показаннями [9]. Серед них – наявність щонайменше подвоєного ризику через небезпеку крововтрати, анестезії, поранення суміжних органів, ускладнення оперативного втручання тромбоемболією, кровотечею, інфекцією, віддалені наслідки у вигляді більшого синдрому, порушення менструальної функції, неплідності, рубця на матці, що часто стає причиною ускладненого перебігу наступних вагітностей, пологів, обмежень дітородної активності.

Можливість ускладнень КР для дитини при обговоренні показань для операції із суб'єктивних міркувань частіше замовчується, що пов'язано з домінуванням «перинатальних показань», традиційним розглядом даної операції як найобережнішої для плода, узвичаєним сприйняттям уражень плода при операції за лікарську помилку. Проте, такі ускладнення й непередбачувані утруднення в реальній практиці, на жаль, мають місце. Так, поранення передлеглої частини плода, навіть до потреби накладання швів, спостерігається в

Критерії Робсона в модифікації D.Farine, D.Shepherd [7]

Група	Опис клінічних параметрів
1	Уперше народжуючі жінки, одноплідна вагітність, головне передлежання, ≥ 37 тиж, спонтанні пологи
2	Уперше народжуючі жінки, одноплідна вагітність, головне передлежання, ≥ 37 тиж А. Індуковані пологи В. КР до початку пологів
3	Повторно народжуючі, одноплідна вагітність, головне передлежання, ≥ 37 тиж, спонтанні пологи
4	Повторно народжуючі, одноплідна вагітність, головне передлежання, ≥ 37 тиж А. Індуковані пологи В. КР до початку пологів
5	Попередній КР, одноплідна вагітність, головне передлежання, ≥ 37 тиж А. Спонтанні пологи В. Індуковані пологи С. КР до початку пологів
6	Усі вперше народжуючі, в тазовому передлежанні А. Спонтанні пологи В. Індуковані пологи С. КР до початку пологів
7	Усі повторно народжуючі, в тазовому передлежанні (включаючи попередній КР) А. Спонтанні пологи В. Індуковані пологи С. КР до початку пологів
8	Усі багатоплідні вагітності (включаючи попередній КР) А. Спонтанні пологи В. Індуковані пологи С. КР до початку пологів
9	Усі аномальні передлежання (виключаючи тазові, включаючи попередній КР) А. Спонтанні пологи В. Індуковані пологи С. КР до початку пологів
10	Усі одноплідні вагітності, головне передлежання, ≤ 36 тиж А. Спонтанні пологи В. Індуковані пологи С. КР до початку пологів

1,04% випадків, що є причиною косметичних дефектів при травмуванні шкіри голівки, лица, може стати приводом для судових позовів. У переліку причин цього є порушення техніки операції, що осідає не першу строчку, оскільки частіше передумовами стають витончення нижнього сегмента матки і відсутність навколоплідних вод, наявність кровотечі внаслідок передлежання плаценти в рану, спайки після попередніх втручань [9]. КР не гарантує відсутності й інших ускладнень для дитини травматичного характеру, адже утруднення при виведенні плода з матки можливі навіть при планових операціях – при високому розташуванні голівки над входом малого таза, при крупному її розмірі [10].

Часом спостерігаються утруднення при виведенні голівки у випадках її, напроти, низького розташування у порожнині таза, а також труднощі при виведенні голівки через розтин черевної стінки у разі її недостатньої релаксації або невідповідного за розміром розрізу. Частота утруднень при виведенні голівки при КР в нижньому сегменті поперечним розрізом коливається в межах 0,3–6,7%. Садна й синці

зустрічаються частіше, проте, зазвичай, не фіксуються. Утруднення при виведенні голівки несе особливу небезпеку для недоношених плодів або при внутрішньоутробній гіпоксії, доволі часто сприяє внутрішньочерепним крововиливом [10].

При виведенні плода в тазовому передлежанні можливі такі ускладнення, як перелом стегна, пошкодження шийного відділу хребта, головного мозку при утрудненні виведення наступної голівки.

Ускладнення КР для дитини залежать від тривалості операції до народження: при ≥ 8 хв від її початку до народження дитини і/або ≥ 3 хв від розрізу матки до вилучення дитини збільшується ризик народження з низькою оцінкою за шкалою Апгар, з ацидозом, надмірною концентрацією норадреналіну в артерії пупкового канатика [11].

Натепер не викликає сумніву існування особливих проблем здоров'я дітей, народжених шляхом КР. Частота респіраторних розладів у доношених новонароджених, вилучених шляхом планового КР, коливається в широкому діапазоні – 1,8–30%, значно рідше при проведенні КР в пологах – 1,2–11,2%, що суттєво вище, ніж у дітей, народжених природним шляхом [10, 11]. Нижча частота респіраторних розладів у новонароджених, які зазнали пологової діяльності, пояснюється впливом катехоламінів, що продукуються плодом, їхнім стимулювальним впливом щодо реабсорбції фетальної легеневої рідини, синтезу і виділення сурфактанту. Через те, що діти, народжені шляхом планового КР, продукують менше катехоламінів і відрізняються незрілістю легеневої тканини в порівнянні з тими, яких було вилучено, КР на фоні скоротливої діяльності, особливо при виконанні планового КР раніше 39 тиж, в подальшому існує реальний ризик підвищеної захворюваності та смертності.

Дискусійним питанням є КР при недоношеній вагітності. За найбільш поширеною думкою, при терміні вагітності до 34 тиж КР слід виконувати лише за наявності екстрених показань з боку матері [10]. Важливо, що у ці терміни вагітності має місце недостатнє розгортання нижнього сегмента матки, невисока еластичність маткової стінки, що сприяє утрудненому виведенню голівки. Тому для плода при термінах вагітності 26–32 тиж та масі тіла менше 1500 г має особливе значення розмір розрізу на матці. Пропонується вилучати плід «в оболонках», аби мінімізувати вплив «рук акушера» на шийно-головний кінець, для того, щоб задіяти амортизаційні механізми цілих навколоплідних вод в інтактних оболонках [11].

Протягом останніх десятиліть еволюції зазнали не тільки показання до КР, погляди на ускладнення, а й техніка його виконання, передусім, найбільш відповідальні моменти операції – розріз і зашивання рани на матці.

Існують різні модифікації операції КР, які відрізняються способом доступу до матки, особливостями розрізу і ушивання рани. На сьогодні при виконанні КР найбільш поширеною є техніка з поперечним розтинном передньої черевної стінки. Частіше використовують розріз за Pfannenstiel або за Joel-Cohen, рідше – ніжньосерединний.

Існує думка, що при лапаротомії слід враховувати не тільки розмір та місце хірургічного доступу, а й фактор часу. І оскільки лапаротомія за Joel-Cohen, на відміну від Pfannenstiel, передбачає частково тупе входження в черевну порожнину, що призводить до певного скорочення тривалості операції та зменшення часу до вилучення плода, то багатьма сучасними акушерськими школами у світі саме їй віддають перевагу [12].

Резервом скорочення тривалості операції є також відмова від розтину міхурово-маткової складки та від її відшарування, як це проводили нещодавно, адже, як показано в сучасних дослідженнях, виключення цих етапів не тільки не

призводить до зростання частоти інфікування та спайкового процесу, а й зменшує потребу в анальгетиках після операції.

Суперечки стосуються способу виконання поперечного розрізу на матці: або гостре розсічення ножицями за Дерфлером, або тупе розведення м'язів за Гусаковим. Однією із переваг методики Дерфлера є дещо більший розмір розрізу і передбачливий його хід, що дозволяє уникнути пошкодження маткових судин, забезпечити кращий доступ до голівки плода, зменшуючи ризик травматизму. Проте, методика Гусакова відрізняється відносно легким, швидким безпечним виконанням.

«В інтересах плода» був запропонований «параболічний» розріз нижнього сегмента, з продовженням гострим шляхом від невеликого поперечного розрізу, здійснюваного на 1–2 см вище рівня міхурово-маткової складки, з обох боків уздовж маткових судин [13].

Гістеротомія з вертикальним розрізом як тіла матки, так й істміко-корпоральної ділянки визнана більш травматичною, асоційованою з високою частотою ускладнень кровотечею, формуванням неспроможного рубця для виношування наступної вагітності. Проте, є і прихильники даної техніки, які вважають її оптимальною, найобережнішою для народження недоношеного плода. За іншими даними, виходи для матері й дитини при КР в нижньому сегменті матки, виконаним поперечним або поздовжнім розрізом, не мають істотної різниці в частоті інтраопераційних ускладнень, ПС, розривів матки по рубцю при наступній вагітності.

При високому ризику інфекційних ускладнень було запропоновано особливі «захисні» методики КР: тимчасове відмежування черевної порожнини і екстраперитонеальний доступ [13].

Предметом дискусії є доцільність виведення матки з черевної порожнини (екстеріоризація) після вилучення плода і посліду. З одного боку, при виведенні матки з черевної порожнини полегшується зашивання рани, контролюється її скорочення, є можливість знизити крововтрату. Однозначно, ця техніка є обов'язковою у випадках кровотечі з кутів розрізу на матці при його продовженні, при проведенні консервативної міомектомії. З іншого боку, існує певна небезпека через те, що при виведенні матки в рану розріз розміщується вище рівня серця, що створює гідростатичний градієнт, який є передумовою повітряної емболії.

Методика ушивання рани на матці зазнала протягом історії КР найбільших змін, проте, дотепер залишається предметом обговорень і нових досліджень. «Оптимальним» вважають як накладання дворядного шва, так і однорядного. Погляди розходяться також в питанні, чи проколювати слизову оболонку. Немає єдиної позиції щодо того, який шов слід накладати на матку – безперервний або окремі. Проте, домінують тенденції розвитку методик ушивання матки – зниження рядності та безперервність накладання маточного шва – виходять як з медичних, так і економічних категорій.

Окремі м'язово-м'язові шви в два поверхи мають недоліком розташування вузлів першого ряду між дотичними поверхнями розрізу. Як більш гемостатичні й міцні розглядають м'язово-слизові шви при зашиванні першого ряду. Запропоновано зав'язування вузлів першого ряду вбік порожнини матки, з проходженням шва через усі шари, і накладання другого ряду окремих П-подібних швів.

Зниження частоти інфікування шва і ризику розвитку ендометріозу рубця, можливо, сприяє перший поверх м'язово-слизових швів з використанням нитки, зарядженої з двох кінців на два голкотримача.

Усе більше клінічних доказів того, що загальна частота запальних ускладнень при ушиванні однорядним швом є в 1,5–2 рази нижчою, обґрунтовує вибір саме такої техніки більшістю акушерських шкіл.

Найбільш зручним і швидко відтворюваним визнано безперервний «обвинний» або «скорняжний» м'язово-м'язовий або слизово-м'язовий шов.

Проте, чимало авторитетних клінічних шкіл не відмовляються від дворядного шва або з часом повертаються до цієї технології, пропонуючи нові модифікації, аби забезпечити на майбутнє «спроможний» рубець. Пропонується накладати шви другого ряду між швами першого. Другий ряд може бути накладено як окремими швами, так і безперервним. Прихильники накладання безперервного шва на рану матки аргументують свою позицію простотою виконання та скороченням часу операції при збереженні герметичності та надійного гемостазу, зменшенням загальної кількості шовного матеріалу, що знижує активність запальної реакції та сприяє якості процесів репаративної регенерації.

Підставою до застосування техніки зашивання матки при КР в один шар (м'язово-м'язовими або слизово-м'язовими швами) є той факт, що, чим більше накладається швів, тим вище ймовірність утворення ділянки тканинної гіпоксії з наступним розладом функцій клітин міометрія, подальшим порушенням перебігу репаративних процесів. До того ж, при двошаровій техніці ушивання рани перший ряд швів нерідко занурюється всередину, що веде до звуження порожнини матки на цьому рівні й утруднює інволюцію через уповільнений відтік лохий, провокуючи розвиток запального процесу. Дискусійним є й використання безперервного шва із захлестом, який, з одного боку, завдяки блокуванню перешкоджає розслабленню нитки, але з іншого – сприяє більшій ішемізації, вторинному пошкодженню тканин.

Віддалені результати зашивання матки в один шар, на основі гістологічного дослідження рубця через 2–7 років після КР, оцінюються, з позицій васкуляризації та співвідношення м'язової та сполучної тканини в зоні рубця, частоти післяопераційної захворюваності, як значно кращі в порівнянні з дворядним [11]. При тому, що ці фактори є передумовами функціональної спроможності рубця, нижчої вірогідності розривів, існують вказівки на утворення «вікон» в однорядно зашитій матці.

Ефективність зашивання розрізу на матці залежить не тільки від методики, а й від використаного шовного матеріалу, який певним чином впливає на репаративні процеси в операційній рані, визначає особливості морфології рубця після КР. У даний час використовують синтетичний шовний матеріал, який є міцним, ареактивним, таким, що розсмоктується, зручний для хірурга, універсальний для всіх етапів операції.

Найбільш популярна сьогодні у світі методика – операція КР в модифікації Stark, як вважається, забезпечує мінімальну частоту й тяжкість післяопераційних ускладнень, завдяки максимальній «раціоналізації техніки». Це забезпечується зашиванням рани матки однорядним безперервним швом вікрилом (синтетичний розсмоктувальний матеріал) з інтервалами між уколами 1,5 см, захлестом за Реверденом для попередження розслаблення нитки, відмовою від перитонізації шва на матці та відновлення цілісності очеревини, накладанням на апоневроз безперервного вікрилового шва і ранньою активізацією пацієнтки в післяопераційний період. Позитивними моментами є зменшення тривалості усіх етапів операції, що є значимим при екстремому розродженні за показаннями з боку плода, для зниження частоти наркотичної депресії. Економічний ефект тільки, зокрема, однорядного шва проявляється зниженням тривалості операції на 7 хв і витрати шовного матеріалу в 2 рази. У жінок з однорядним швом на матці, за даними ультразвукового дослідження, набряк зони післяопераційного шва тривалістю більше 9 днів спостерігається в 4 рази рідше, ніж при дворядному, з чим можна пов'язати вдвічі нижчу частоту

ускладнень перебігу післяопераційного періоду (8,1% проти 19,1%) [13].

Доцільність перитонізації шва матки, яка в уявленні багатьох поколінь акушерів більше 100 років була обов'язковим елементом класичного КР, як запорука відновлення анатомії та зіставлення тканин для кращого їхнього загоєння, відновлення перитонеального бар'єра з метою зменшення ризику розходження рани, утворення спайок, в сучасному акушерстві спростовується дослідженнями, в яких доведено, що кількість спайок в місці оперативного втручання прямо корелює з кількістю і якістю шовного матеріалу, а отже, накладання шва на очеревину тільки спричиняє додаткове ускладнення її покрову, порушення васкуляризації, ішемію, що й призводить до розвитку спайкового процесу [5]. До того ж, в останні роки виявлено, що при лапароскопії вже через 6–8 год після операції виявляють виражені початкові ознаки відновлення серозного покриву матки та парієтальної очеревини, що підтверджує недоцільність зашивання парієтальної та вісцеральної очеревини при КР, відсутність впливу щодо нормального перебігу післяопераційного періоду та загоєння рани. Також при спостереженні повторних КР у жінок, яким не ушивали серозних оболонок під час першої операції, показано, що очеревина рівним шаром покриває нижній сегмент матки, без ознак спайкового процесу [9].

Актуальними питаннями КР є запобігання та лікування його ускладнень, передусім патологічної крововтрати. У цьому контексті заслуговує на увагу інтраопераційна автогемотрансфузія і реінфузія крові. Профілактика бактеріальної інфекції після КР пов'язана з діагностикою аномальних варіантів мікробіоценозу вагіни. Зокрема, у вагітних з бактеріальним вагінозом, при виявленні умовно-патогенних мікроорганізмів у високому титрі ступінь ризику розвитку запальних ускладнень збільшується не менш ніж в 2,3–2,7 рази у порівнянні зі станом нормоценозу.

Особливою відмінністю сучасного оперативного акушерства (за офіційними даними) є зниження, в порівнянні з минулими часами, частоти перитоніту і сепсису, зареєстрованих в післяопераційний період, що зумовлено широким профілактичним використанням антибіотиків, ранньою активізацією жінок. Однак є підстави вважати, що, незважаючи на всі профілактичні заходи, не спостерігається зниження частоти ендометриту, який в сучасних умовах має торпідний перебіг з невираженою клінічною симптоматикою. При цьому саме млявий перебіг і пізня діагностика ендометриту після КР є причиною вторинної неспроможності шва на матці. Аналіз таких випадків ускладненого перебігу післяопераційного періоду дозволив аргументувати негативне ставлення до виконання розтину матки за Гусаковим під час екстреного КР при виконанні його в пологах, а також до безперервного шва, особливо за Реверденом, при його зашиванні [1].

Віддалені наслідки абдомінального розродження для матері посідають значне місце в переліку проблемних питань КР. Ще у 1961 р. А.Б. Гілерсон увів дефініцію «хвороба оперованої матки» (ХОМ), клінічний зміст і патофізіологічні основи якої найбільш повно було розкрито Л.В.Тимошенком [14]. Являючи собою специфічний варіант порушень репродуктивного здоров'я у жінок, які перенесли КР, ця «хвороба» відображає як місцеві запальні зміни в ділянці малого таза, так і розлади імунної та ендокринної систем. Основними клінічними проявами її є порушення менструального циклу (альго- і поліменорея у 8–13% жінок протягом декількох років після операції), виражений больовий синдром, нейроендокринна симптоматика, гормональні порушення. Морфологічним субстратом цих порушень за наявності рубця на матці виступають зміни гормонально-рецепторного апарату, які є визначальними факторами розбалансування

функцій вісі яєчники–гіпоталамус–гіпофіз–надниркові залози. На такому фоні у жінок з рубцем на матці, які мають наміри до наступних вагітностей, складаються передумови підвищеної вірогідності перинатальних ускладнень внаслідок порушень умов росту й розвитку фетоплацентарного комплексу, а також схильності до невиношування й недоношування, аномалій скоротливої діяльності в пологах.

Не викликає сумніву, що сполучення вагітності з післяопераційним рубцем на матці, за своєю сутністю, є вагітністю, яка настала та розвивається у хворої жінки, адже в МКХ-10 післяопераційний рубець на матці окреслено як конкретну нозологічну одиницю (O34.2), розміщену в блоці O34 («Медична допомога матері при установленій або передбачуваній аномалії органів таза»), і навіть вагінальні пологи після попереднього КР віднесено до окремих нозологічних одиниць (O75.7) в блоці O75 («Інші ускладнення пологів і розродження...»). Тому прагнення створити якомога сприятливі умови для росту й розвитку плода у жінок з КР в анамнезі мають мотивувати для з'ясування проблемних аспектів

функціонування матково-плацентарно-плодової системи на фоні оперованої, отже, такої, яка зазнала гостру травму й процес репарації та відновлення, матки.

Насамкінець, слід підкреслити, що операція КР, незважаючи на свою привабливість через уявлявану технічну простоту, має бути віднесеною до розряду складних оперативних втручань і навіть є, за сучасною дефініцією, найбільш «агресивним» методом розродження. При її проведенні можливі утруднення, ускладнення і навіть помилки, а після неї залишаються наслідки, які несуть відбиток на фізичне, психічне та репродуктивне здоров'я. Популяційна характеристика сучасних українських жінок репродуктивного віку – це висока питома вага таких, хто має рубець на матці. Тому для вирішення проблем демографічної перспективи держави необхідно дбати не тільки за благополучне завершення кожної вагітності для плода, для здоров'я матері, а й передбачувати можливість наступної безпечної вагітності, для чого неодмінною умовою є зниження числа вперше виконуваних КР і покращання результатів пологів у жінок, які мали КР в минулому.

Сведения об авторах

Назаренко Лариса Григорьевна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58. E-mail: Kh_6_pologovy@ukr.net;

Дуброва Лилия Юрьевна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58

Недорезова Карина Михайловна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н., Чечнева М.А., Ахведиани К.Н. / Результаты оперативной активности в современном акушерстве // Журнал акушерства и женских болезней, Т. LXIV, вып. 2/2015.
2. Increased rate of cesarean section in primiparous women aged 40 years or more: a single-center study in Japan / H. Takahashi, N. Watanabe, R. Sugibayashi [et al.] // Archives Of Gynecology And Obstetrics. – 2012. – Vol. 285, № 4. – P. 937–941.
3. Михальченко Г.Г. Вплив демографічної ситуації на відтворення та розвиток населення України / Г.Г. Михальченко // Наукові праці ДонНТУ. – 2012. – № 41. – С. 239–251.
4. Previous preterm cesarean delivery and risk of subsequent uterine rupture / A.C. Sciscione, M.B. Landon, K.J. Leveno [et al.] // Obstetrics And Gynecology. – 2008. – Vol. 111, № 3. – P. 648–653.
5. Оценка влияния на выбор метода родоразрешения при индуцированной беременности факторов, связанных с причиной и длительностью бесплодия, возрастом пациенток и количеством выполненных процедур экстракорпорального оплодотворения / В.И. Краснопольский, М.В. Капустина, Л.И. Федосенко, Л.У. Долгиева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 44–48.
6. Karlström A. A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth / A. Karlström, A. Nystedt, I. Hildingsson // Sexual & Reproductive Healthcare. – Sexual & Reproductive Healthcare. – 2011. – Vol. 2, № 3. – P. 93–99.
7. Farine D. Classification of caesarean sections in Canada: the modified robson criteria / D. Farine, D. Shepherd // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2012. – Vol. 34, № 10. – P. 976–979.
8. Maternal goals for childbirth associated with planned vaginal and planned cesarean birth / L.H. Quiroz, J.L. Blomquist, D. Macmillan [et al.] // Maternal goals for childbirth associated with planned vaginal and planned cesarean birth. – American Journal of Perinatology. – 2011. – Vol. 28, № 9. – P. 695–702.
9. Morbidity associated with cesarean delivery in the United States: is placenta accrete an increasingly important contributor? Andreea A. Creanga, Brian T. Bateman, et al. American Journal of Obstetrics Gynecology. – V. 213, Is. 3, Pages 384.e1-384.e11.
10. Ologunde R, Vogel JP, Cherian MN, et al. Assessment of cesarean delivery availability in 26 low- and middle-income countries: a cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol 2014;211:504.e1-12.
11. Кесарево сечение при недоношенной беременности / И.Ф. Фаткуллин, И. Р. Галимова, С.В. Федотов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 46–48.
12. The timing of antibiotics at cesarean: a randomized controlled trial / G.A. Macones, K.L. Cleary, S. Parry [et al.] // American Journal Of Perinatology. – 2012. – Vol. 29, № 4. – P. 273–276.
13. Гайдуков С. Особенности заживления раны матки при повторном кесаревом сечении / С. Гайдуков, С. Иванова, В. Резник // Врач. – 2012. – № 1. – С. 69–72.
14. Тимошенко Л.В. Роль иммунной системы в патогенезе и лечении гнойно-воспалительных заболеваний после операции кесарева сечения / Л.В. Тимошенко, Ю.П. Вдовиченко // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 11. – С. 9–11.

Статья поступила в редакцию 19.11.2015