

©Л. М. Вакалюк, І. І. Гудивок, С. С. Стоцький, В. О. Любінець

ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКО-ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ*Івано-Франківський національний медичний університет*

ПРОФІЛАКТИКА АКУШЕРСЬКО-ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ. Проведено аналіз результатів пологів у 365 жінок з рубцем на матці та ретроспективний аналіз розродження 2000 жінок (1000 вагітних з повноцінним і 1000 вагітних з неповноцінним рубцем на матці) шляхом операції кесаревого розтину, розроблено об'єктивні критерії оцінки повноцінності післяопераційного рубця нижнього сегменту матки, впроваджено раціональні методи профілактики акушерсько-перинатальних ускладнень в післяпологовому і післяопераційному періодах.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКО-ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ. Проведен анализ результатов родоразрешения у 365 женщин с рубцом на матке и ретроспективный анализ родоразрешения 2000 женщин (1000 беременных с полноценным и 1000 беременных с неполноценным рубцом на матке) путем операции кесарева сечения, разработаны объективные критерии оценки полноценности послеоперационного рубца нижнего сегмента матки, внедрены рациональные методы профилактики акушерско-перинатальных осложнений в послеродовом и послеоперационном периодах.

PREVENTION OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH A SCAR ON THE UTERUS. Results of a accouchement in 365 women with a scar on the uterus and retrospective analysis of a delivery of 2000 women (1,000 pregnant women with high-grade and 1,000 pregnant women with inferior scar on the uterus) by cesarean section, developed objective criteria for evaluating the full value of postoperative scar the lower uterine segment, introduced rational methods of prevention of obstetric and perinatal complications in the postpartum and postoperative periods.

Ключові слова: профілактика, кесарський розтин.

Ключевые слова: профилактика, кесарево сечение.

Key words: prevention, cesarean section.

ВСТУП. У сучасному акушерстві та перинатології проблема ведення вагітності і родів у жінок з рубцем на матці виділяється як одна з найбільш актуальних, яка має не тільки медичне, але й соціальне значення. За останні роки саме рубець на матці виходить на перше місце серед показань до повторної планової операції, складаючи від 18 до 32,2% [1,2]. Проте саме рубець на матці є потенційною загрозою її розриву, призводить до розвитку важких ускладнень (не виношування вагітності, ФПН, відшарування плаценти, акушерські кровотечі) і стає, таким чином, серйозним фактором ризику для здоров'я і життя матері і дитини. Перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці має ряд клінічних особливостей. У них, у 5 разів частіше спостерігається передлежання плаценти, в 2 рази частіше відбувається передчасне її відшарування, а частота неправильного положення плода досягає 6-8%. Привертає увагу високий відсоток загрози передчасних пологів (до 25% і більше), затримки утробного розвитку плода (25%). Загальна захворюваність новонароджених після повторного кесаревого розтину досягає 30-35% [3,4]. Під маскою симптомів загрози передчасних пологів часто ховаються перші ознаки неповноцінності рубця на матці. Аналізуючи дані наукової літератури і клінічної практики встановлено, що на сьогоднішній день актуальним завданням одне із найважливіших завдань акушерства, яке полягає у визначенні раціонального ведення вагітності і родів у жінок з рубцем на матці, вибору методу розродження і профілактики акушерських і перинатальних ускладнень. Існуючі загальноприйняті методи клінічної діагностики не дозволяють з достатньою долею достовірності судити про функціональну спроможність рубця на матці, що утруднює складання раціонального і

клінічно обґрунтованого плану ведення вагітності і родів. Оптимізація прогнозу вагітності і розродження, безперечно, має велике медичне, соціальне і економічне значення. На сьогодні ще не достатньо в літературі висвітлені питання ранніх і віддалених ускладнень у матері і плода, немає чітких рекомендацій визначення репродуктивного майбутнього оперованих жінок. Нагромаджені дані негативних сторін (високий відсоток ускладнень з боку матері і плода) кесаревого розтину у вагітних з рубцем на матці пояснюють зростаючу увагу до їх розродження через природні родові шляхи [1,4]. Проте в більшості лікувальних закладів України повторна операція кесаревого розтину у жінок з рубцем на матці проводиться в 90-100 % випадків [5,6,8,9].

Мета роботи. На основі комплексних клініко-лабораторних, функціональних, морфологічних, параклінічних та статистичних методів дослідження розробити раціональні методи профілактики і лікування акушерсько-перинатальних ускладнень у вагітних з рубцем на матці для зменшення захворюваності вагітних, породіль та їх новонароджених.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. Для вирішення поставлених завдань в роботі проведено клініко-ретроспективний аналіз результатів розродження жінок шляхом операції кесаревого розтину (1000 жінок з повноцінним і 1000 жінок з неповноцінним рубцем на матці). Основну групу обстежених склали 365 вагітних (100 вагітних з повноцінним, 100 – з неповноцінним рубцем на матці і 50 вагітних – контрольна група, яким проведено абдомінальне розродження вперше та 115 вагітних (100 з повноцінним і 15 з умовно повноцінним рубцем на матці), які планувалися на розродження природним шляхом.

Всім вагітним і породіллям проводили повний об'єм клініко-лабораторного обстеження (склад крові, біохімічні, гемореологічні показники, проводили бактеріологічне дослідження виділень з статевих шляхів, досліджували функціональний стан нирок, печінки, серцево-судинної системи, дихання). Широко використовували фізикальні методи дослідження: УЗД сканування стінок матки, швидкостей кровоплину (доплерометрію) в маткових артеріях, аорті і сонній артерії плода, артерії пуповини на апараті «ESAOTE Biomedica AU 4 IDEА». У всіх новонароджених аналізували перебіг періоду ранньої неонатальної адаптації, визначали біофізичний профіль плода за шкалою Фішера. Оцінку стану новонароджених проводили за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилині після народження, оцінювали важкість дихальних розладів за шкалою Сільвермана, аналізували перебіг ранньої неонатальної адаптації. Ехографічні дослідження проводили на третю, шосту і дев'яту добу після операції кесаревого розтину, визначали довжину тіла матки, ширину, об'єм тіла матки за методом, запропонованим А.Н. Стрижаковим та співавт. [8, 12].

Для вивчення морфологічних особливостей післяопераційного рубця та матки проводили дослідження міометрію взятого під час кесаревого розтину у 250 жінок. Дослідження внутріорганного геморуслу проводили на 30 матках, 20 із них отримані у жінок при екстирпації матки з додатками, 10 – після аутопсії.

Для об'єктивного судження про ступінь достовірності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих результатів за допомогою персонального комп'ютера «Atlon 2000+», використовували методику парної статистики з використанням t-критерію Ст'юдента, кореляційного та дисперсного аналізу за допомогою пакету «Statistika».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Аналіз результатів дослідження 2365 історій пологів у жінок розроджених операцією кесаревого розтину показали, що вагомим шляхом збереження здоров'я матері і дитини є своєчасна діагностика екстрагенітальної та генітальної патології, проведення профілактичних та лікувальних заходів при плануванні та виношуванні вагітності. Відомо, що поєднання соматичних і генітальних захворювань суттєво знижує загальний індекс здоров'я вагітних, є неблагоприятним підґрунтям для розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень кесаревого розтину, перекожливо впливає на формування повноцінності рубця на матці. Отримані нами дані свідчать, що у вагітних з рубцем на матці діагностується підвищена кількість екстрагенітальних захворювань, які суттєво впливають на адаптацію хворих жінок до вагітності, сприяють розвитку акушерської патології, збільшують чисельність репродуктивних втрат, слугують формуванню неповноцінного рубця на матці. Гнійно-запальні захворювання в структурі післяопераційних ускладнень зустрічаються найчастіше, являють собою значну акушерську проблему і не мають тенденції до зниження. Відсоток післяопераційних захворювань досить високий і коливається від 5,2 % до 40 %, а при поєднанні декількох факторів може досягнути 91% [4, 11]. Більше як у 50 % пацієнток після кесаревого розтину переважає стерта симптоматика запального процесу. Через це жінки після абдомінального розродження, особливо повторного, складають групу високого ризику з розвитку гнійно-запальних ускладнень. Ґрунтуючись на аналізі отрима-

них результатів, ми згодні з думкою Ю.П. Вдовиченка і співав. [11] про те, що висока частота діагнозів «субінволюція матки», «лохіометра», «тривалий субфебрилітет» – в основному свідчать про клінічну гіподіагностику. З метою профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень необхідно застосувати комплексні заходи: 1) патогенетично обґрунтоване лікування екстрагенітальної та акушерської патології; 2) вагітним з хронічними запальними захворюваннями геніталій і носіям патогенного стафілококу за 3-5 днів до операції призначали санацію піхви розчинами йодобаку, дімексиду або діоксидину; 3) операцію проводили за технологією атравматичного ставлення до тканин операційного поля і витягнення плода [4], обробляли порожнину матки антисептичними розчинами; а за показаннями ставили і проводили ретроградний матковий дренаж, а при гістерорафії у другому ряді використовували вузлуваті ввертаючи сагітально-горизонтальні шви; після пересічення пуповини довенно вводили цефалоспорины третього покоління, мератин чи метрогіл; 4) у післяопераційному періоді продовжували антибактеріальну і дезінтоксикаційну терапію в поєднанні з місцевим лікуванням (метод аспіраційно-промивного дренивання матки) та імунокоректорами. Співставляючи отримані дані з частотою післяопераційних ускладнень нами встановлено, що кількість захворювань у породіль розроджених із зрілою шийкою матки у 2,3 раза менша від подібного показника у жінок з незрілою шийкою. У жінок проперованих на тлі родової діяльності при згладженій шийці матки і відкриттю зовнішнього зіву більше 4 см, частота лохіометри та субінволюції матки діагностована у 1,8 раза менше, тобто при достатній дилатації шийки і активній скоротливій діяльності матки у породіль достовірно рідше спостерігаються гнійно-запальні захворювання. Поряд з цим суттєве значення має тривалість безводного періоду більше 6-12 годин, особливо в поєднанні з ускладненим перебігом вагітності та екстрагенітальною патологією, часто з анемією. Профілактичні заходи проводити потрібно поетапно, своєчасно, бо тільки рання діагностика і активна комплексна і індивідуальна терапія дозволяє попередити генералізацію гнійно-септичного процесу, що суттєво впливає на формування повноцінності рубця на матці, вагомо покращує ранні і віддалені наслідки кесаревого розтину і сприяє збереженню репродуктивної функції.

Важливим аспектом оптимізації ведення вагітності і вибору методу розродження у жінок з рубцем на матці є оцінка стану рубця з урахуванням даних про попередні операції, перебіг минулої і теперішньої вагітності, результатів клінічного обстеження, вивчення анамнезу, оцінка показань до операції, тривалість безводного періоду, відкриття шийки матки, методику операції, використання шовного матеріалу, ускладнення під час операції і в післяопераційному періоді, становлення менструальної функції, віддалені наслідки операції, наявність симптомів «хвороби оперованої матки». Клінічне обстеження вагітної з рубцем на матці включає повний об'єм акушерського обстеження, передбачуваної маси плода, пальпаторне обстеження рубця на передній черевній стінці та «нижнього сегменту» матки. Про неповноцінність рубця на матці свідчать такі ознаки: періодичні болі, які виникають в ділянці рубця, особливо якщо вони пов'язані з пальпацією цієї ділянки або рухами плода, фізичним навантаженням. Іноді пальпаторно

виявляється витончення, забуленість та деформації передньої стінки матки, а при бімануальному дослідженні виявлені різні зміщення матки вгору і вбік, фіксація до передньої черевної стінки. Найбільш інформативним методом дослідження оцінки рубця на матці є ультразвукове на фоні «наповненого сечового міхура» в терміні вагітності 28-36 тижнів. При дослідженні звертають увагу на товщину нижнього сегменту матки, його рівномірність, наявність або відсутність акустичних ущільнень, їхню гетерогенність, фрагментарність, розміщення плаценти на передній стінці матки. Для оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу необхідно використовувати дані кардіотокографії, біопрофілю плода, плацентографію, гормональний профіль, доплерографію. Вони цінні при їх проведенні в динаміці і обґрунтовані з 20 тижнів вагітності. При вагітності, що нормально протікає у жінок з рубцем на матці необхідно проводити комплексне клінічне обстеження в терміні 24-28 і 34-37 тижнів. Задовільний стан матері і внутрішньоутробного плода, повноцінний рубець на матці дозволяють розродження через природні родові шляхи.

У сучасному акушерстві існує два визначення: повноцінний і неповноцінний рубець на матці. За результатами морфологічних (світлооптичних та ультраструктурних) та ехографічних досліджень нам вдалось встановити, що за морфофункціональною характеристикою стінка матки в ділянці гістерорафії може регенерувати за трьома варіантами з утворенням повноцінного, умовно повноцінного та неповноцінного рубця. Морфологічно повноцінний рубець характеризується ознаками завершеної репаративної регенерації лейоміоцитів, пластичності сполучнотканинних компонентів та міонейроваскулярних взаємовідносин, що забезпечує фізіологічні та біомеханічні властивості оперованої матки; умовно повноцінний рубець – розрізненими пучками гіпертрофованих і частково вакуолізованих лейоміоцитів, неоформленою сполучнотканиною основою із зниженою кількістю еластичних пластин і пониженою щільністю мікрогемосудин; неповноцінний рубець – вираженими дистрофічно-деструктивними змінами лейоміоцитів на тлі фіброзу, відсутності еластичних пластин і редукції компонентів гемомікроциркуляторного руслу.

Результати якісного і кількісного аналізу, статистичної обробки та верифікації клініко-ехографічних критеріїв із морфологічними даними дозволили нам виділити три варіанти ехосонографічної характеристики ділянки попередньої гістерорафії на вагітній матці.

При повноцінному рубці ехографічно нижній сегмент матки має: трьохшарову ехоструктуру; нормальну V-подібну форму; товщину більше 5-6 мм; однорідну акустичну щільність на всьому протязі.

Умовно повноцінний рубець характеризується: рівномірною товщиною стінки нижнього сегменту, в межах 4-5 мм; безперервним переднім контуром; помірною неоднорідністю ехоструктури, з наявністю зон підвищеної і пониженої ехоцильності.

Неповноцінний рубець на матці має наступні ознаки: стінка нижнього сегменту з нерівномірними контурами; товщиною менше 3-4 мм або з локальними витонченнями до 2-3 мм; лійко- або балоноподібну форму; мозаїчність патологічних ехосигналів – гетерогенність ехоструктури із ділянками підвищеної та пониженої акустичної щільності, вузлуватої ехогенності у вигляді трикутних тіней, клиновидних дефектів,

узур, химерних ехоструктур; розташування плаценти в ділянці рубця.

Прогнозовано програмовані пологи природнім шляхом можливі у 68% жінок з оперованою маткою, за умови: повноцінний рубець, задовільний клінічний стан матері, нормальні розміри тазу, готовність організму вагітної до пологів, середні розміри та задовільний стан плода, гладкий перебіг післяопераційного періоду. При розродженні жінок з повноцінним рубцем необхідний моніторинг за станом матері і плода. Стан рубця під час пологів оцінювати: клінічно (за скаргами роділлі, за даними пальпації нижнього сегменту); за характером родової дії (кардіотокографія); за даними ультразвукового дослідження нижнього сегменту матки. Віддавати перевагу спонтанному початку пологів.

Розроблена нами методика гістерорафії з накладанням у другому ряді вузлуватих ввертаючи сагітально-горизонтальних швів дозволяє забезпечити оптимальну репозицію країв рани нижнього сегменту матки. У послідуючому веде до заживлення рани первинним натягом.

За клініко-лабораторно-ехографічними даними у оперованих породіль пуерперальний період протікав сприятливо, а за результатами ультразвукової діагностики і динамічної оцінки біометричних параметрів матки та акустичної структури ділянки гістерорафії, прогностично формувався: повноцінний рубець у 84,2 % випадків; умовно повноцінний – у 10,5% жінок; неповноцінний – у 5,3 % породіль. При застосуванні іншої методики зашивання нижнього сегменту ми встановили, що прогностично повноцінний рубець утворювався у 60% випадків, умовно повноцінний – у 27 %, а неповноцінний – у 13 %, породіль. Хірургічне відновлення нижнього сегменту матки посідає одне з найважливіших місць у профілактиці близьких і віддалених ускладнень після абдомінального розродження. Так, число післяопераційних гнійно-септичних захворювань, у розрахунку на одну жінку, вдвічі (0,42) менше від цього показника (0,78) при застосуванні іншої методики зашивання рани нижнього сегменту матки під час кесаревого розтину.

На сьогодні чітко настав період перинатального акушерства: плід визнається повноправним пацієнтом. Розроблені спеціальні методи діагностики утробного стану плода, методи лікування при виявленні ознак дистресу на фоні плацентарної дисфункції. Біля 64% усіх операцій здійснюється переважно з урахуванням інтересів плода. Загально признано, що оперативне розродження не можна вважати фізіологічним, тому, що для малюків, народжених абдомінальним шляхом, характерна велика вірогідність розвитку пограничних та патологічних станів у ранньому неонатальному періоді. Неонатальна захворюваність у них втричі вища, ніж у народжених через природні родові шляхи.

Результати проведених досліджень свідчать, що більшість (73-78 %) немовлят народжених абдомінальним шляхом не потребували інтенсивного нагляду або лікування крім санації ротової порожнини, тактильної стимуляції. Проте загальний стан 22-27 % новонароджених з ознаками дистресу плода під час вагітності найчастіше виявлявся у вагітних з екстрагенітальною патологією, після ургентного розродження операцією кесаревого розтину. Нами підтверджують-

ся факти зростання показника дистресу плоду у вагітних розроджених до початку родової діяльності в 2-3 рази частіше. Очевидно, швидкий перехід плода до позаутробного життя створює неблагоприємний вплив на його загальний стан, порушує адаптаційні механізми. У немовлят розвивається дезадаптаційний синдром у вигляді нестійких фізіологічних рефлексів, зниження тону м'язів, порушення мозкового кровообігу, синдрому дихальних розладів. Під час родів плід зазнає впливу механічних, метаболічних факторів і відповідає потужним викидом гормонів стресу, завдяки яким немовля здатне перенести адаптацію до позаутробного життя. Гормони стресу сприяють активації сурфактантної системи легень, забезпечують багате кровопостачання серця та головного мозку. Як показали наші дослідження, число захворювань у розрахунку на одного малюка у жінок з рубцем на матці в 1,3 рази вище від захворюваності немовлят народжених шляхом першого кесаревого розтину. Поряд з цим захворюваність немовлят у жінок з повноцінним рубцем у 1,5 рази вища, ніж у матерів з повноцінним рубцем та вперше оперованих. У немовлят народжених шляхом повторного кесаревого розтину, особливо при наявності у матерів неповноцінного рубця на матці, діагностуються своєрідні особливості ранньої постнатальної адаптації та властивість до переходу транзиторних станів у патологічні. Загальний стан здоров'я малюків у значній мірі обумовлений показаннями до операції, утробним біопротипом безпосередньо перед розродженням, акушерським і екстрагенітальним преморбідним фоном. Новонароджені абдомінальним шляхом складають групу високого ризику і потребують адекватного інтенсивного нагляду та допомоги.

Репродуктивні втрати у жінок з рубцем на матці у 7 разів ($p < 0,001$) вищі порівняно з їх кількістю у вперше оперованих, а у жінок з неповноцінним рубцем у

1,3 рази ($p < 0,05$) вище ніж у жінок з повноцінним рубцем. Через це жінки, розроджені абдомінальним шляхом, підлягають винятковому нагляду на етапі диспансерного спостереження для відновлення репродуктивної функції організму.

ВИСНОВКИ.

1. У вагітних з рубцем на матці частота соматичної і акушерсько-гінекологічної патології достовірно вища ніж у вперше оперованих жінок і їх необхідно віднести до жінок підвищеного ризику розвитку акушерських і перинатальних ускладнень як під час вагітності, пологів так і в післяопераційному періоді.

2. Прогнозовані пологи природним шляхом можливі у 30 % жінок з повноцінним та 19% з умовно повноцінним рубцем на матці, задовільному стані матері, середніх розмірах і задовільному стані плода, нормальних розмірах тазу, головному передлежанні плода, доношеній вагітності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Запропоновані раціональні методи обстеження вагітних з рубцем на матці з оцінкою повноцінності рубця нижнього сегменту матки, утробного стану плода та моніторингу перебігу післяпологового періоду необхідно ширше впроваджувати в практику роботи акушерських стаціонарів III та IV рівня акредитації для визначення можливих показань до розродження вагітних природним шляхом. Удосконалення технології операції кесаревого розтину з використанням вікрілового вузлуватого ввертаючого сагітально-горизонтального шва при гістерографії на 54 % зменшує кількість ускладнень після операції і забезпечує оптимальні умови повної регенерації тканин міометрію з утворенням повноцінного рубця у 94 % випадків, що на 24% перевищує цей показник при застосуванні інших модифікацій швів. Накопичення досвіду дасть можливість зменшити кількість акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних з рубцем на матці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы акушерства / Под.ред. Е.В. Коханевич. -К.: ТМК, 2001.-152 с.
2. Ананьев В.А., Побединский Н.М. Повторное кесарево сечение в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. - 2003. -№3. -С.61-63.
3. Бабич Т.Ю. Консервативное ведение родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения // 36.наук.праць Асоц. акушерів-гінекологів України.-К.: «Інтермед», 2004.-С.9-13.
4. Гудивок І.І., Вакалюк Л.М. Діагностика та профілактика ускладнень у вагітних жінок з рубцем на матці // Методичні рекомендації. – К. – 2006. – 22с.
5. Жилияев Н.И., Жилияев Н.Н. Оперативное акушерство. Руководство для врачей // К. «Гидромакс», 2004.-468с.
6. Іванюта С.О. Кесарський розтин – сучасний стан та подальше ведення // 36.наук.праць Асоц. акушерів-гінекологів України.-К.: «Інтермед», 2004.-С.505-508.
7. Іванова О.Г., Шалина Р.И., Керцер М.А. і соавт.

Кесарево сечение в анамнезе. Выбор метода родоразрешения // Акушерство и гинекология. -2004. -№3. -С.29-32.

8. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под.ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. -М.: Медицина, 2000. -380 с.

9. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології / За ред. Г.К. Степанківської, Б.М. Венцівського. - К.: Здоров'я, 2000. - 672 с.

10. Основы перинатологии // Под редакцией Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева, «Медпреинформ», 2002, - 267 с.

11. Вдовиченко Ю.П., Ніколайчук М.П., Романенко Т.Г. і др. Віддалені результати локалізованих та генералізованих форм гнійно-септичних ускладнень після операції кесарева розтину // X з'їзд акушерів-гінекологів України: Тез. доп. – Одеса, 1996. – С.16.

12. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. – М.: Медицина, 1990. – 231 с.

Отримано 01.12.11