

УДК 618.5-089.888.61-089.168.1:618.4

Л.М. ВАКАЛЮК, д. мед. н., професор
/ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»/

Клінічно непрогнозовані результати кесаревого розтину

Резюме

Проведено аналіз клінічних підсумків операцій кесаревого розтину у 200 жінок. Отримані результати про непрогнозовану фактивність захворюваність жінок, яким було проведено операцію, характеризують віддалені наслідки акушерського хірургічного втручання. За сукупністю нозологічних одиниць число захворювань у розрахунку на одну жінку становило 3,06.

Ключові слова: кесарів розтин, непрогнозовані клінічні наслідки операції

Незважаючи на вдосконалення техніки оперативного втручання – кесаревого розтину та запровадження новітніх медичних технологій профілактики та лікування, дотепер відзначається висока частота ускладнень у жінок у післяопераційний період і становить від 10 до 65% [3, 7, 8].

Гінекологічні та екстрагенітальні захворювання і ускладнення у жінок з рубцем на матці діагностуються впродовж тривалого часу, зазвичай мають персистуючий перебіг. Це пояснюється наявністю поєднаних поліорганичних вогнищ хронічного запалення; обтяженим акушерським і екстрагенітальним фоном; патологічними взаємозв'язками, які встановились в ендокринній системі; порушеннями імунітологічного захисту і обмінних процесів; невротичними розладами тощо [1, 4, 9, 10].

Тепер поміж численних наукових публікацій з проблеми кесаревого розтину, одним з найбільш невивчених питань є віддалені наслідки операції [1, 2, 5, 6, 11].

Мета роботи. Вивчити клінічно непрогнозовані наслідки кесаревого розтину у жінок, яким було проведено дану операцію.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-статистичний аналіз 200 операцій повторного кесаревого розтину (I група – 100 вагітних з повноцінними і II група – 100 жінок з неповноцінним рубцем на матці). В ході обстеження проводились клініко-функціональні та загальні клінічні методи обстеження в динаміці, бактеріологічні дослідження. До операції повноцінність рубця діагностували на основі комплексного обстеження (УЗД, доплерометрія, кардіотокографія, біопрофіль тощо), отримані дані були верифікованими з результатами комплексного патоморфологічного дослідження біоптатів матки.

Результати та їх обговорення

Віковий склад обстежених жінок становив: до 20 років – у I і II групі по 6%; 21–25 років у I – 26%, II – 19%; 26–30 років – I гр. – 36%, II гр. – 47%; старше 31 року – I гр. – 32%, II гр. – 28%. Більша кількість вагітних у віці старше 26 років зумовлена тим, що першу операцію їм було проведено в раніше – в молодому віці. Аналіз соматичної захворюваності в анамнезі показує, що число перенесених екстрагенітальних захворювань у розрахунку на одну жінку склало 2,17 (I гр. – 1,85, II гр. – 2,49). Серед всіх вагітних у минулому число

гінекологічної патології в розрахунку на одну пацієнтку становило 1,51 (I гр. – 0,7, II гр. – 0,81), найчастіше діагностувались: хронічний аднексит (23%), ерозія шийки матки (21%), кольпіт (12,5%). Дані репродуктивного анамнезу свідчать, що у 46,4% жінок перервано 24,6% вагітностей. У пацієнток II групи відбулося 79 абортів, 43% жінок I групи втратили 57 вагітностей (кількість перерваних вагітностей у другій групі в 1,4 разу більша, ніж у пацієнток першої групи). У структурі показань до абдомінального розродження переважали з боку матері (76,5%): аномалії родових сил (22,5%); патологія плаценти (6%); прееклампсія (5%); вузький таз та екстрагенітальні захворювання (по 4%), а також поєднана патологія (30,5%). Планово розроджено 80,5% жінок.

За вивченням віддалених результатів кесаревого розтину встановлено, що перша менструація після припинення лактації наставала через 1–3 місяці у 75,8%, через 4–6 місяців у 16,8% і більше 7 місяців у 7,3% обстежених жінок. Помітна різниця в термінах початку першої менструації між пацієнтками I і II груп: через 1–3 місяці вона з'явилася у 90,6% жінок I гр. і 61,0% – другої; після 4 місяців – у 9,4% першої і 39,0% пацієнток II гр., більше 7 місяців – у 3,1% I гр. і 11,6% II групи. Таким чином, у жінок з неповноцінним рубцем на матці є тенденція до подовження постлактаційної аменореї.

Наші дослідження свідчать, що порушення періоду лактогенезу спостерігалось у 41% породіль II гр. і 29% I групи. У більшості випадків діагностувалась гіпогалактія. Основними факторами становлення лактації були: пізніє прикладання новонародженого до грудей матері, відсутність достатнього за частотою та інтенсивністю смоктання в період лактогенезу, обтяжений акушерський анамнез і соматичний стан здоров'я породіль. Для збереження та підтримки тривалого і стійкого природнього вигодовування дитини нами запроваджено методи активного ведення вагітності і післяродового періоду: дородова індивідуальна підготовка кожної вагітної до майбутньої лактації; регулярне зцідування молозива і молока, починаючи через 8–10 годин після операції; забезпечення спільного перебування матері і дитини у післяпологовому відділенні; дотримання вільного режиму годування за вимогою немовляти; навчання породіль правильній техніці годування та інше. Достатня лактаційна функція, крім позитивного впливу на розвиток дитини, має велике значення у профілактиці післяпологових гнійно-септичних захворювань. При тривалій стимуляції дитиною грудей, активізується виділення гіпофізом окситоцину (посилюється фізіологічна скоротлива активність матки) і продукція пролактину (підвищується інтенсивність

утворення молока), відбувається пригнічення секреції фолікуло-стимулюючого гормону (ФСГ) та лютеїнізуючого гормону (ЛГ) (продовжується період лактаційної аменореї) [4, 5, 8]. Лактаційна аменорея є перспективним методом планування сім'ї, який вагомо впливає на стан репродуктивного здоров'я жінок. Всім пацієнткам після виписки із стаціонару надавали індивідуальні рекомендації щодо контрацепції. При диспансерному спостереженні пропонували враховувати час настання першої менструації, її характер; тривалість лактації; перенесені захворювання в даний період; клінічні обставини проведеного розродження та ін.

Ми з'ясували, що в анамнезі 29,8% жінок (I гр. – 19,8%, II гр. – 40%) після попередньої операції були діагностовані різні порушення менструальної функції: найчастіше визначалися ациклічні менструації – у 11,5% (I гр. – 8,3%, II гр. – 14,7%); альгоменорея – у 9,9% (I гр. – 6,3%, II гр. – 13,7%); гіперменструальний синдром – у 4,7% (I гр. – 3,1%, II гр. – 6,3%); гіпоменструальний синдром – у 3,7% (I гр. – 2,1%, II гр. – 5,3%). Таким чином, у жінок з неповноцінним рубцем на матці патологія менструальної функції виявляється майже у 2 рази частіше (альгоменорея – у 2,2, гіперменструальний синдром – у 2,5).

При вивченні віддалених результатів попереднього кесаревого розтину, були виявлені певні порушення екстрагенітального і гінекологічного характеру. Нерідко спостерігалось поєднання кількох різних випадків захворювання. В цілому число захворювань у розрахунку на одну жінку становило 3,06. Цей показник у пацієнток II групи (4,03) у 1,9 разу більший від аналогічного у жінок I групи (2,09).

За даними наших досліджень, число екстрагенітальної патології в цілому становило 1,94 (у жінок з неповноцінним рубцем на матці в 1,7 разу більше). У структурі захворювань серед обстежених вагітних найчастіше виявлялися пацієнтки з вегето-неврологічними порушеннями (51,8%) і хронічною анемією (38,2%). Порівнюючи екстрагенітальну захворюваність жінок по групах, встановлено, що патологічні зміни за кожною нозологічною формою у вагітних II групи діагностовано значно частіше: вегето-неврологічні – у 2,1 разу; хронічна анемія – у 1,4; дизурічні розлади – у 2,5; порушення функції кишечника – у 1,6; больовий синдром – у 1,7, ожиріння – у 1,4.

Число гінекологічних і пов'язаних з операцією захворювань у розрахунку на одну обстежену жінку становило 1,12. У пацієнток II групи (1,58) цей показник у 2,4 разу був вище, ніж у жінок з повноцінним рубцем на матці (0,67). У переліку захворювань найчастіше діагностувалися: високе фіксоване розміщення шийки і матки – 25,1% (I гр. – 17,7%, II гр. – 32,6%); підвищена кількість вагінальних виділень 23,0% (I гр. – 13,5%, II гр. – 32,6%); ознаки часткового вторинного загоєння рани шкіри – 22,0% (I гр. – 10,4%, II гр. – 33,7%). Значно рідше констатовано хронічний ендометрит (13,6%) і аднексит (3,7%). В обстежених групах помітна різниця у кількості виявлених жінок з післяопераційною і гінекологічною патологією. У жінок з неповноцінним рубцем на матці високе фіксоване розміщення шийки і матки діагностовано в 1,8 разу частіше, підвищена кількість піхвових виділень – у 2,4 разу.

За результатами обстеження всім жінкам проводився розроблений нами комплекс лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів. Його основні положення ґрунтуються, насамперед, на застосуванні заходів комбінованої та індивідуальної профілактики гнійно-септичних ускладнень на етапах до, під час та після операції; своєчасної діагностики і лікування стертих та латентних форм геніальної і соматичної інфекції, засобів відновлюваної терапії (стимулюючі, розсмоктуючі), фізіотерапії у поєднанні зі спрямованою гормональною корекцією; раціонального планування вагітності та контрацепції поза нею; поглибленого диспансерного нагляду пацієнток з рубцем на матці у жіночій консультації.

Висновки

Отримані нами дані щодо захворюваності жінок після кесаревого розтину характеризують віддалені результати операції. Сукупність наслідків даної патології формує клінічну симптоматику «захворювання оперованої матки». Жінки, які перенесли абдомінальне розродження, особливо при наявності неповноцінного рубця на матці, складають групу вкрай високого ризику щодо розвитку віддалених післяопераційних ускладнень. Це вимагає проведення комплексних лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

У перспективі подальші наукові дослідження дозволять покращити діагностику, профілактику та лікування віддалених наслідків операції, сприятимуть збереженню репродуктивного здоров'я жінок, будуть являтися підґрунтям вирішення питань проблем ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці.

Список використаної літератури

1. Баскаков П.М. Ендокринологічні аспекти «хвороби оперованої матки» // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – С. 84–86.
2. Вдовиченко Ю.П., Герасимова Т.В., Баскаков П.М. Клінічні аспекти «хвороби оперованої матки» // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1994. – С. 84–86.
3. Запорожан В.М. Акушерство. – Одеса: Здоров'я, 2000. – 301 с.
4. Кесарево сечение // Под ред. В.И. Краснопольского. – М.: ТОО «ТЕХЛИТ»; Медицина, 1997. – 285 с.
5. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М.: Медицина, 1998. – 192 с.
6. Литвинов В.В. Відновлювальне лікування жінок, які перенесли гнійно-запальні ускладнення після кесарського розтину // 36. наук. праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – Сімферополь, 1998. – С. 203–205.
7. Романенко Т.Г. Віддалені наслідки операції кесарського розтину у жінок, які мешкають в зоні аварії ЧАЕС // 36. наук. праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – Сімферополь, 1998. – С. 280–282.
8. Cesarean Section. Clinical guideline, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. – April, 2004.
9. Flood K.M., Said S., Geary M., et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – Vol. 200. – P. 632. e1–632.e6.
10. Ford A.A., Bateria B.T., Simpson L.L. Vaginal birth after cesarian delivery in twin gestations: a large, nationwide sample of deliveries // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 195. – P. 1138–42.
11. Quinones J.N., Stamilio D.M., Pare E, Peipert J.F., Stevens E, Macones G.A. The effect of prematurity on vaginal birth after cesarean delivery: success and maternal morbidity // Obstet Gynecol. – 2005. – Vol. 105. – P. 519–24.

Резюме

Клинически непрогнозируемые результаты операции кесарева сечения

Л.М.Вакалюк

Проведен анализ клинических итогов операций кесарева сечения у 200 женщин. Полученные результаты о непрогнозируемой специалистами заболеваемости женщин после кесарева сечения характеризуют отдаленные последствия акушерского хирургического вмешательства. По совокупности нозологических единиц число заболеваний в расчете на одну женщину составило 3,06.

Ключевые слова: кесарево сечение, непрогнозируемые клинические последствия операции кесарева сечения

Summary

Clinically Unpredictable Outcomes after Cesarean Section

L.M. Vakalyuk

The clinical outcomes analysis of cesarean operations in 200 women is conducted. The results obtained by specialists about unpredictable incidence in women after cesarean section, characterize long-term effects after obstetric surgery. In the aggregate number of nosologic units, the number of diseases per woman was 3.06.

Keywords: cesarean section, unpredictable outcomes after cesarean section