

УДК 616-089.888.61+616-036.86

Л.М. ВАКАЛЮК, д. мед. н., професор

/ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»/

## Чинники ризику розвитку гнійно-запальних ускладнень після кесаревого розтину

### Резюме

Вивчено та проведено аналіз 250 операцій кесаревого розтину. Визначена залежність розвитку післяопераційних ускладнень від преморбідного фону та акушерських чинників.

**Ключові слова:** кесарів розтин, чинники ризику

У сучасному акушерстві кесарів розтин є поширеним хірургічним втручанням з метою успішного розродження при патологічному перебігу вагітності та родів. Зростання показань до цієї операції сприяють розвитку і удосконаленню акушерської науки, анестезіології, реаніматології, неонатології, фармакології, застосуванню нових антибіотиків, шовного матеріалу тощо [1, 6, 11]. Проте зі збільшенням частоти абдомінального розродження виникають нові проблеми. По-перше – це ріст кількості гнійно-запальних захворювань та пошук нових ефективних способів їх профілактики і лікування, по-друге – ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці [7, 9, 10].

**Мета дослідження:** вивчити клінічні чинники, які суттєво впливають на частоту післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у жінок після кесаревого розтину.

### Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-статистичний аналіз 250 операцій кесаревого розтину. Основна група 200 жінок (I група – 100 вагітних з повноцінним рубцем та II група – 100 пацієнок з неповноцінним рубцем на матці), контрольна – 50 вагітних, вперше розроджених абдомінальним шляхом. Віковий склад обстежених: до 20 років – 21 жінка, від 21 до 25 років – 71, від 26 до 30 років – 93, старше 31 року – 65 вагітних. В основній групі переважали пацієнтки віком 26–30 років (41,5%), у контрольній – від 21 до 25 років (52%). Жінок після 31 року в основній групі було на 20% більше, ніж у контрольній. У віці старше 26 років було оперовано: I група – 68%, II група – 75%, контрольна група – 30%. За характером соціальної зайнятості: 82,4% жінок займалися активною трудовою діяльністю, 4% – навчалися в середніх і вищих навчальних закладах, 11,6% вагітних були домогосподарками.

В ході дослідження використовували клініко-функціональні та загальні клінічні методи. В динаміці проводили розгорнутий аналіз крові, сечі і бактеріологічне обстеження. Повноцінність рубця на матці визначали до операції на основі комплексного обстеження (клінічні дані, ультразвукове дослідження, доплеро-

метрія, кардіотокографія, біопробіра тощо), отримані результати були верифіковані з висновками комплексного патоморфологічного дослідження біопатів матки. Жінкам, в анамнезі яких була проведена операція, визначали менструальну і репродуктивну функції, преморбідний фон, перебіг та ускладнення даної вагітності, показання до операції кесаревого розтину.

### Результати та їх обговорення

Планово було розроджено: 76,8% жінок (I група – 77%, II група – 84%, контрольна група – 62%), ургентно – 23,2%. Показання до операції: з боку матері – 76,5%, з боку плоду – 23,5%. З усіх породіль, які мали післяопераційні ускладнення, на долю ургентного розродження припадало 59,2%. Число екстрагенітальних захворювань у розрахунку на одну жінку становило 2,02 (I група – 1,78; II група – 2,39; контрольна група – 1,76), акушерської патології – 1,11 (I група – 1,03; II група – 1,27; контрольна група – 0,94). З метою профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень та попередження прогресування патологічного процесу застосовували комплексні заходи:

- 1) патогенетично обґрунтоване лікування виявленої екстрагенітальної та акушерської патології;
- 2) вагітним з хронічними запальними захворюваннями геніталій і носіям патогенного стафілококу за 3–5 днів до операції призначали санацію піхви із застосуванням антисептичних розчинів;
- 3) операцію проводили за розробленою авторами технологією атравматичного підходу щодо тканин операційного поля і витягнення плоду; обробляли порожнину матки антисептичними розчинами; за показаннями застосовували ретроградний матковий дренаж; при гістерографії у другому ряді використовували вузлуваті ввертаючі сагітально-горизонтальні шви; після пересічення пуповини внутрішньо-венно вводили цефалоспорины третього покоління, препарати метронідазолу;

4) у післяопераційний період поєднували профілактичні заходи з антибактеріальною і дезінтоксикаційною терапією, місцевим лікуванням (метод аспіраційно-промивного дренивання матки тощо), ретельною корекцією інфузійно-трансфузійних призначень, застосовували імунокоригуючі та антиоксидантні препарати.

За результатами дослідження перебіг післяопераційного періоду з ускладненнями мав місце у 76 (30,4%) жінок, із них – у 65 (32,5%) породіль основної групи (I група – 27%, II група – 38%) та у 11 (22%) контрольної групи. Гнійно-запальні ускладнення відмічено у 128 випадках (I група – 40; II група – 78; контрольна група – 10). У породіль з неповноцінним рубцем на матці кількість ускладнень була майже вдвічі більшою, ніж у пацієнток першої групи та у 7,8 разу – ніж у контролі. В структурі захворювань в основній групі частіше діагностували: ендометрит (11,5%), інфільтрат в ділянці післяопераційної рани (9,5%). Значно рідше ці ускладнення відмічалися у жінок контрольної групи. Ускладнення незапального характеру у обстежених жінок зустрічалися в 1,4 разу частіше, ніж гнійно-запального. Із 250 породіль даний вид ускладнень діагностовано у 183 випадках, в тому числі у жінок II групи – у 1,7 разу частіше, ніж у пацієнток I, та в 4,6 разу частіше, ніж у контролі. В усіх групах найбільш часто виявляли субінволюцію матки (15,6%), лохіометру (11,2%).

Тривалість передопераційної підготовки свідчить про те, що з усіх обстежених 76,8% жінок знаходилися перед пологами в акушерському стаціонарі. Із них 7,6% перебували до 3 діб, 19,6% – до 7 діб, 30,8% – до 14 та 18,8% – більше 15 діб. Двотижневе перебування в клініці переважало (I група – 34%; II група – 30%; контрольна – 26% вагітних). Тривалий час отримували лікування 47 пацієнток (I група – 17; II група – 22; контрольна – 8). Тривале перебування вагітної в стаціонарі може призвести до обсіменіння госпітальними штамами мікроорганізмів і погіршити перебіг післяпологового періоду [6, 7]. У жінок, яким проводили комплексну допологову підготовку, не було виявлено достовірної різниці частоти післяопераційних гнійно-запальних ускладнень залежно від тривалості планового стаціонарного лікування.

Поміж обстежених 52,4% жінкам була проведена операція до початку родової діяльності (I група – 42%; II група – 68%; контрольна група – 42%). Жінки, що перебували в період пологів: до 2 годин – 22,4% (I група – 31%; II група – 19%; контрольна – 6%); до 4 годин – 14% (I група – 16%; II група – 9%; контрольна – 20%); до 6 годин – 9,2% (I група – 11%; II група – 4%; контрольна – 16%); до 9–12 і більше годин – контрольна група (6% і 4%). В цілому на фоні пологів проведено операцію кесарева розтину у 58% породіль I та контрольної груп та у 32% пацієнток з неповноцінним рубцем на матці. Верифікація отриманих даних з результатами захворюваності породіль не виявила достовірної відмінності у показниках післяопераційних материнських ускладнень, пов'язаних з початком і тривалістю родової діяльності. Авторами констатована найменша кількість ускладнень у жінок, яким проведена операція до початку пологів.

Для визначення готовності організму вагітної жінки до пологів найбільш поширеними є тести: діагностика зрілості шийки матки; встановлення скоротливої активності матки; окситоцинова проба; вивчення фізичних і хімічних властивостей цервікального слизу;

кольпоцитологічне дослідження тощо. Найбільш достовірним є спосіб пальпаторного визначення зрілості шийки матки [3, 5, 6]. Запропоновану методику і класифікацію було використано в даній роботі. Слід зазначити, що 131 вагітній жінці розродження шляхом кесарева розтину проведено на фоні відсутності пологової діяльності. Незрілість шийки матки діагностовано у 14,4% випадків, дозріваюча – у 11,6%, майже зріла – у 16%, зріла – у 10,4% вагітних. Ступінь зрілості шийки матки серед досліджуваних груп розподілився таким чином: у жінок з повноцінним рубцем на матці незріла шийка матки виявлена у 7% випадків, дозріваюча – у 9%, майже зріла – у 16%, зріла – у 10% пацієнток. В цілому ступінь готовності шийки матки у жінок контрольної групи був близьким до аналогічного показника у пацієнток першої групи. Незрілу шийку матки діагностовано у 12%, дозріваючу – у 6%, майже зрілу – у 10%, зрілу – у 14% випадків. Більш підготовленою до родів була шийка матки у вагітних з неповноцінним рубцем на матці: незріла – 15%, дозріваюча – у 13%, майже зріла – у 19%, зріла – тільки у 9% випадків. При співставленні отриманих даних з частотою післяопераційних ускладнень було встановлено, що кількість захворювань у породіль, розроджених зі зрілою шийкою матки, була у 2,3 разу менше від подібного показника у жінок з незрілою шийкою. Таким чином, недостатня готовність родових шляхів до пологів зумовлює зростання частоти та тяжкості післяопераційних ускладнень. Поділяємо поширену думку [2, 3, 6], що це зумовлено низькою збудливістю і контрактильною здатністю міометрію, наявністю умов для порушення відтоку лохий внаслідок сформованої незрілої шийки матки.

Операцію проведено у період пологів 119 (47,6%) жінкам на фоні позитивної динаміки структурних змін шийки матки. Остання була зумовлена відкриттям зовнішнього вічка: до 2 см – у 23,6% породіль (I група – 28%; II група – 21%; контрольна – 20%); до 4 см – у 14% (I група – 19%; II група – 8%; контрольна – 16%); до 6 см – у 7,2% (I група – 8%; II група – 3%; контрольна – 14%); 8 см і більше – у 2,8% (I група – 3%; контрольна – 8%). Як показали дослідження у жінок, яким було проведено операцію на фоні родової діяльності при згладженій шийці матки і відкритті зовнішнього вічка більше 4 см, субінволюцію матки та частоту випадків лохіометри діагностовано в 1,8 разу менше. Одержані результати підтверджують думку авторів [3, 6] про те, що при достатній дилатації шийки та активній скоротливій діяльності матки у породіль рідше спостерігаються гнійно-запальні захворювання.

Несвоєчасне виливання навколоплідних вод констатовано у 61 (24,4%) жінки: передчасне – у 32 (12,8%), раннє – у 29 (11,6%). Частіше дана патологія виявлялась у вагітних I (29%) і контрольної (28%) груп, а у породіль II групи – в 1,6 разу менше, ніж у попередніх двох. Слід зазначити, що несвоєчасне виливання вод у 41% випадків спостерігалось в ніч перед призначеним плановим кесаревим розтином. Цю ситуацію можна пов'язати із впливом на вагітну жінку емоційно-стресових факторів, застосуванням очисної клізми та інших факторів. Безводний проміжок у 12% жінок тривав до 2 годин (I група – 15%; II група – 13%; контрольна – 4%); у 8,4% пацієнток – до 4 годин (I група – 11%; II група – 5%; контрольна – 10%); у 4% жінок – до 6 годин (I група – 3%; контрольна – 14%). Аналіз отриманих даних показав, що само по собі несвоєчасне виливання навколоплідних вод з безводним інтервалом до 6 годин істотно не впливає на частоту післяопераційних ускладнень.

Поряд з цим, ми згодні з висновками авторів [3, 4, 6, 8] про те, що найбільш суттєве значення має тривалість безводного періоду більше 6–12 годин, особливо у поєднанні з ускладненим перебігом вагітності та екстрагенітальною патологією.

## Висновки

Гнійно-запальні захворювання після повторного кесаревого розтину діагностуються частіше. Ускладнення вагітності і пологів, екстрагенітальна патологія, особливо інфекційної етіології, є негативним преморбідним фоном для розвитку післяопераційних ускладнень. Профілактичні заходи мають бути комплексними, проводиться поетапно, починатися ще у передопераційний період. При прогнозуванні гнійно-запальних ускладнень доцільно враховувати акушерські фактори (біологічну зрілість родових шляхів, несвоєчасне виливання навколоплідних вод, динаміку розвитку пологової діяльності і структурних змін шийки матки тощо). Рання діагностика, активна комплексна та індивідуально підібрана адекватна терапія дозволяють попередити генералізацію патологічного процесу, суттєво впливають на формування повноцінності рубця на матці, вагомо покращують близькі та віддалені наслідки операції кесаревого розтину.

## Резюме

### Факторы риска развития гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения

Л.М. Вакалюк

Изучен и проведен анализ 250 операций кесарева сечения. Определена зависимость развития послеоперационных осложнений от преморбидного фона и акушерских факторов.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, факторы риска

## Список використаної літератури

1. Архіпова Н.О. Клініко-патогенетичне обґрунтування профілактики гнійно-запальних захворювань після кесарського розтину. Автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.01.01. – держ. мед. ун-т. – Одеса, 2002. – 19 с.
2. Баскаков П.Н. Кесарево сечение как современная медико-социальная проблема // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. – 2002. – Вип. 7. – С. 5–8.
3. Бойко В.І., Саладзе Б.Г. Кесарів розтин у жінок із різними формами безпліддя в анамнезі // Сімейна медицина. – 2013. – №6. – С. 43–44.
4. Вдовиченко Ю.П., Ніколайчук М.П., Романенко Т.Г та ін. Віддалені результати локалізованих та генералізованих форм гнійно-септичних ускладнень після операції кесаревого розтину. X з'їзд акушерів-гінекологів України: Тез. доп. – Одеса, 1996. – С. 16.
5. Воронин К.В., Черненко Д.В., Котенко Е.П., Колобова О.В. Прогностическая модель естественного родоразрешения у беременных с оперированной маткой. 36. наук. праці Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2006. – С. 117–120.
6. Зелинский А.А., Венцовский Б.М., Шаповал Н.В. и др. Кесарево сечение: в 3 т. – Т. 2: Последствия операции. – Одесса: ОКФА, 2002. – 271 с.
7. Золотухин Н.С., Бутина Л.И. // Кесарево сечение у беременных с инфекционным риском. – К.: Інтерлінк, 2004. – 168 с.: ил.
8. Золотухін М.С., Бутина Л.І., Резніченко Н.О. та ін. Сучасні особливості профілактики та лікування гнійно-септичних ускладнень після кесарева розтину // 36. наук. пр. – Запоріжжя, 2003. – Вип. 64, кн. 1: Актуальні питання медичної науки та практики. – С. 232–236.
9. Иманкулова Б.Ж. Прогнозирование течения послеоперационного периода при кесаревом сечении в зависимости от адаптационных возможностей организма. Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – Алматы, 2005. – 20 с.
10. Gregory K.D., Korst L.M. et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome // Am. J. of Obstetrics and Gynecology. – 2008. – Vol. 198/ – P. 452.e1 – 452.e12.
11. Sciscione A.C., Landon M.B. Previous Preterm Cesarean Delivery and Risk of Subsequent Uterine Rupture // Obstetrics and Gynecology. – 2008. – Vol. 111 (3). – P. 648–653.

## Summary

### Risk Factors of Inflammatory Complications after Cesarean Section

L.M. Vakalyuk

Studied and analyzed 250 cesarean section. The dependence of postoperative complications from premorbid and obstetric factors is determined.

**Key words:** cesarean section, the risk factors