

Особливості гомеостазу у жінок, які багато народжують, до і після абдомінального розродження

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Особливості гомеостазу у жінок, які багато народжують, до і після абдомінального розродження – Проведено вивчення основних показників гомеостазу у 50 жінок, які багато народжують, розроджених шляхом операції кесаревого розтину. Встановлені зміни гемодинамічних і реологічних властивостей крові, обумовлені переважно підсиленням агрегації еритроцитів, схильністю до тромбоутворення і метаболічного ацидозу найбільш виражені у жінок, які багато народжують, понад 30 років, а також при наявності екстрагенітальної і акушерської патології. це дозволяє віднести їх до групи ризику щодо розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень, а також необхідність розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Особенности гомеостаза многорожавших женщин до и после абдоминального родоразрешения – Проведено изучение основных показателей гомеостаза у 50 многорожавших женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения. Установлены изменения гемодинамических и реологических свойств крови, обусловленные преимущественно усилением агрегации эритроцитов, склонностью к тромбообразованию и метаболіческому ацидозу наиболее выражены у многорожавших женщин старше 30 лет, а также при наличии экстрагенитальной и акушерской патологии. Это позволяет отнести их к группе риска по развитию интра- и послеоперационных осложнений, а также необходимость разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Distinctive features of homeostasis in multiparous women before and after abdominal delivery – The main homeostasis indices in 50 multiparous women delivered by means of cesarean section were studied. The established changes of hemodynamic and rheologic properties of blood caused mainly by increasing erythrocytes aggregation, predisposition to the formation of thrombi and metabolic acidosis are most pronounced in multiparous women over 30 years as well as in the presence of extragenital and obstetric pathology. It permits to include them into the group of risk in respect of the development of intra- and postoperative complications as well as indicates the necessity of working out the complex of treatment-and-prophylactic measures.

Ключові слова: жінки, які багато народжують, кесарів розтин, ускладнення, гомеостаз.

Ключевые слова: многорожавшие женщины, кесарево сечение, осложнения, гомеостаз.

Key words: multiparous women, cesarean section, complications, homeostasis.

Вступ Проблема кесаревого розтину є однією з найбільше актуальних у сучасному акушерстві. Це обумовлено постійно зростаючою частотою цього методу розродження, а також високим рівнем інтра- і післяопераційних ускладнень.

В даний час виділяється достатньо багато різноманітних груп високого ризику при абдомінальному розродженні. На нашу думку, одним із найменш вивчених питань даної проблеми є операція кесаревого розтину в жінок, що багато народжували. Відповідно до сучасних даних (1, 2, 3, 4, 5) ця група є однією з найбільш невивчених у даному

науковому напрямку, особливо в плані можливого прогнозування і профілактики основних порушень гомеостазу.

Все вищевикладене свідчить про актуальність обраної наукової тематики, особливо для країн медичного світу.

Метою дійсного наукового дослідження було вивчення основних особливостей гомеостазу в жінок, що багато народжували, розроджених шляхом операції кесаревого розтину, а також можливість розробки нового комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали і методи Для вирішення поставленої мети були вивчені основні особливості гомеостазу в 50 жінок, що багато народжували (трьох і більше пологів), розроджених абдомінальним шляхом до операції, під час і в ранньому післяопераційному періоді.

У якості контролю використовувалися аналогічні дані у жінок, що повторно народжують, розроджених таким же засобом.

Серед показників червоної крові визначали утримання гемоглобіну, число еритроцитів, гематокриту і кольоровий показник. З показників гемостазу – утримання фібриногену, фібринолітичну активність, протромбіновий індекс, ретракцію кров'яного згустка і толерантність плазми до гепарину.

Показники кислотно-основного стану крові містили в собі р, парціальний тиск ($p\text{CO}_2$); тиск кисню ($p\text{O}_2$); актуальні бікарбонати (АВ); стандартні бікарбонати (У); буферні підстави (ВВ); HCO_2 і FCO_2 .

Крім основних значень протеїнограми, визначали утримання в сироватці крові калію і натрію. З показників центральної гемодинаміки вивчали об'єм крові, що циркулює, (ОЦК); обсяг еритроцитів, що циркулюють, (ОЦЭ); обсяг плазми, що циркулює, (ОЦП) і центральний венозний тиск (ЦВД).

Результати досліджень та їх обговорення Середній вік обстежених жінок склав ($32,3 \pm 3,1$) років, а середнє число попередніх пологів – ($3,5 \pm 0,3$) відповідно.

У структурі показань до операції кесаревого розтину переважали передчасне відшарування плаценти (32 %); важкі форми ОПГ-гестозів (30 %); аномалії пологової діяльності (20 %); клінічно вузький таз (10 %) і передлежання плаценти (8 %). У плановому порядку було прооперовано тільки 20 %, а при доношеній вагітності – 76 % відповідно. Середня крововтрата при розродженні склала ($835,4 \pm 71,2$) моль.

При аналізі динамічних змін показників червоної крові можна виділити на другу добу після операції достовірне зниження утримання гемоглобіну (до ($102,3 \pm 6,3$) р/л; $p < 0,05$) і число еритроцитів (до ($2,7 \pm 0,2$) $\times 10^{12}$; $p < 0,05$), а дані гематокриту і кольорового показника були без достовірних розходжень ($p > 0,05$).

Розглядаючи основну динаміку показників гемостазу можна відзначити, що до цього ж терміну мало місце достовірне підвищення фібриногену (до ($5,2 \pm 0,2$) р/л; $p < 0,05$) і фібринолітичної активності (до ($10,2 \pm 1,0$) %; $p < 0,05$) на фоні одночасного зниження протромбінового індексу (до ($81,9 \pm 2,3$) %; $p < 0,05$) і незмінних ($p > 0,05$) інших показників (ретракція кров'яного згустка і толерантність плазми до гепарину).

З показників кислотно-основного стану крові на 2 добу після абдомінального розродження в ЖБН можна було відзначити достовірне збільшення тиску кисню (до $(77,2 \pm 1,34)$ кПа; $p < 0,01$), при одночасному зниженні розміру буферних основ (до $(44,8 \pm 1,2)$ ммоль/л; $p < 0,05$) і вірогідно незмінних всіх інших значень. Зіставляючи основні значення протеїнограми варто зазначити тільки на достовірне зниження утримання альбуміну (до $(51,8 \pm 1,2)$ р/л; $p < 0,05$) до цього ж терміну. З показників електролітів мало місце достовірне зменшення тільки калію сироватки крові (до $(3,6 \pm 0,1)$ ммоль/л; $p < 0,05$).

Особливої уваги заслуговують дані про зміну показників гемодинаміки. Так, ще до операції необхідно відзначити достовірне зниження обсягу еритроцитів, що циркулюють, (до $1,1(0,1)$ мл/л; $p < 0,05$) і центрального венозного тиску (до $112,0(1,5)$ мм. рт. ст.; $p < 0,05$). Безпосередньо під час операції мало місце достовірне зменшення обсягу крові, що циркулює, (до $70,5(1,2)$ мл/кг; $p < 0,05$) і обсягу еритроцитів, що циркулюють, (до $1,5-0,1$ мл/кг; $p < 0,05$). На відміну від цього, у ранньому післяопераційному періоді достовірні розходження відсутні ($p > 0,05$), що можна пояснити адекватною інфузійною терапією.

Висновок Узагальнюючи отримані результати можна відзначити, що ЖБН, які розроджені абдомінальним шляхом, складають групу високого ризику з розвитку геморагічних і тромботичних ускладнень. Це диктує необхідність розробки специфічного лікувально-профілактичного комплексу для цієї групи хворих.

1. Закиров И.З., Кенжаев Ш.О. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин // Акушерство и гинекология. – 1994. – №3. – С.31-34.
2. Радко В.И., Родина К.А., Стекольников Г.Г. Причины акушерских кровотечений у многорожавших женщин //Здравоохранение Казахстана. – 1992. – №10. – С.62-64.
3. Хамидов М.Х. Исход беременности и родов для плода и новорожденного у перво-, повторно- и многорожавших женщин //Акушерство и гинекология. – 1994. – №7. – С.44-46.
4. Boulahger J.C., Vitse M., Vermoest P. Hes complications metternelles des cesariennes resultats une etude multicentrique // J.Ginecol.J.Biol.Reprod. – 1996. - №3. – 3.327-332.
5. Leveno K.J., Cunningham F.G., Pritchard J.A. Cesarean section. An auswer to the house of horne //Amer.J.Obstet.Gynecol. – 1995. – № 8. – P.838-844.