

качестве перспективного метода лечения эрозии шейки матки. Были обследованы двести (200) пациенток в возрасте от 20 до 46 лет, отобранных случайным образом. Критериями отбора были наличие вагинальных выделений, болезненный коитус, постиктальные кровотечения, нерегулярные вагинальные кровотечения и дизурия. Однако, после исключения злокачественных новообразований и других хронических заболеваний, у 40 пациенток была диагностирована эрозия шейки матки, из которых и была сформирована исследуемая группа. Результаты лечения 50% пациенток с применением метода инфракрасной коагуляции сравнивались с результатами лечения другой половины пациенток, для лечения которых применялась электрокоагуляция. Исследование показало, что 90% пациенток, лечившихся методом инфракрасной коагуляции, выздоровели в промежуток времени между 4-м и 6-й неделями лечения, в то время как в тот же период выздоровели только 75% пациенток, для лечения которых был применен метод электрокоагуляции.

Ключевые слова: эрозия шейки матки, инфракрасная коагуляция.

Reviewer - prof., MD Konkov D.G.

Received 8.11.2016

Hamad O. Ummul-kulthum - master of Department of Obstetrics and Gynaecology of National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, (Ukraine); +38(073)4072979; kulu26@hotmail.com

© Голяновський О.В., Слободян Ю.В.

УДК: 618.5-089.888.61-06-084

Голяновський О.В., Слободян Ю.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112)

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Резюме. У статті представлені результати дослідження ефективності застосування комплексу сучасних технічних та медикаментозних засобів профілактики інтраопераційної кровотечі, атонії матки, гнійно-запальних ускладнень та розвитку спайкової хвороби в групі жінок, яким проведено повторний кесарів розтин.

Ключові слова: рубець на матці, повторний кесарів розтин, інтраопераційні ускладнення, післяопераційні ускладнення, профілактика.

Вступ

Частота кесарева розтину стійко зростає протягом останніх десятиліть. Останні дані свідчать, що майже кожна п'ята жінка в світі народжує шляхом операції кесарів розтин [3, 10]. Дослідження, проведене ВООЗ у 2005 році, показало, що збільшення частоти кесарева розтину асоціюється зі збільшенням частоти тяжкої материнської захворюваності та смертності.

Частота кесарева розтину в Україні не має тенденції до зниження і складає, за даними різних авторів, від 11% до 29%, досягаючи 40% і більше в родопомічних закладах, що виконують функції перинатальних центрів [1, 2]. Показник материнської смертності, асоційований із кесаревим розтином (близько 40 на 100,000 живонароджених), у 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів, та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів. Частота інтраопераційних ускладнень під час повторного кесарева розтину у 5 разів перевищує аналогічну при першому [5, 7].

Рубець на матці знаходиться на першому місці серед показань до абдомінального розродження. Повторний кесарів розтин є технічно складнішою операцією. Відповідно до зростання кількості повторних кесаревих розтинів достовірно збільшується такі серйозні ризики, як - гістеректомія, повторні хірургічні втручання, тромбоемболічні ускладнення, підвищена крововтрата, пошкодження суміжних органів черевної порожнини на тлі спайкової хвороби, материнська смертність [8, 9].

Атонія матки є найбільш частою причиною виникнення тяжких геморагічних ускладнень [4]. Забезпечення ефективного гемостазу та скорочення матки за проведення повторного кесарева розтину є необхідним заходом у профілактиці ускладнень під час операції. Якість репарації шва на матці визначає перебіг раннього післяопераційного періоду, а надалі - перебіг подальшої вагітності і її результат [6]. Спайковий процес ускладнює перебіг наступних хірургічних методів розродження та збільшує тривалість операції.

За результатами роботи дослідницької групи SCAR (Surgery and Clinical Adhesions Research), у 30% пацієнтів протягом 10 років після перенесеного хірургічного втручання на органах черевної порожнини і малого тазу виникають клінічні прояви спайкового процесу. Частота утворення перитонеальних злук після першої лапаротомії варіює від 10,4 до 67%, а після повторних лапаротомічних операцій на органах малого тазу становить 96-100%.

Актуальними є дослідження, присвячені пошуку сучасних методів запобігання розвитку ускладнень, пов'язаних з повторним абдомінальним розродженням.

Метою роботи було оцінити ефективність застосування комплексу технічних засобів та медикаментозного супроводу під час операції повторного кесарева розтину з метою профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на клінічних базах кафедр акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л. Шупика. У дослідженні взяли участь 52 жінки з рубцем на матці, які були планово розроджені шляхом операції кесарів розтин з лапаротомією за Джоел-Коеном та за модифікацією M. Stark. Критеріями виключення з дослідження були наявність супутніх акушерсько-гінекологічних (аномалії матки, пухлини матки, запальні захворювання та оперативні втручання на органах черевної порожнини в анамнезі) та екстрагенітальних патологій. Групи жінок були репрезентативними за віком, соціальним статусом, станом соматичного здоров'я та паритетом.

Усі пацієнтки були розподілені на 2 групи:

I-а група - 27 вагітних, яким проведено повторний кесарів розтин з використанням радіохвильового скальпеля, аргонплазмової коагуляції тканин у поєднанні з медикаментозною підтримкою. В кути розрізу на матці перед ушиванням вводили 0,4 мг терліпресину в 20,0 мл 0,9% розчину NaCl, одноразово внутрішньовенно вводили 100 мкг карбетацину. Для запобігання спайкоутворення інтраопераційно в черевну порожнину вводили 50 мл поліфункціонального протиспайкового розчину гіалуронової кислоти.

II-а група - 25 вагітних, яким виконано кесарів розтин за традиційною методикою за M. Stark без використання технічного та медикаментозного супроводу.

Антибіотикопрофілактика проведена всім пацієнткам одноразово, інтраопераційно.

У ході дослідження оцінювали наступні показники: тривалість операції; об'єм інтраопераційної крововтрати; стан інволюції матки; вираженість післяопераційного больового синдрому (за візуально-аналоговою шкалою); непрямі ознаки спайкового процесу органів малого таза за даними ультразвукового дослідження; тривалість перебування в стаціонарі після оперативного втручання.

Результати. Обговорення

У I групі тривалість операції становила $35,0 \pm 3,0$ хв., в II групі - $48,0 \pm 5,0$ хв. ($p < 0,05$). Середній об'єм крововтрати під час операції в I групі склав $420,0 \pm 40,0$ мл, а у II - $570,0 \pm 30,0$ мл ($p < 0,05$). У 5 (9,6%) випадках в ході повторної операції в I та II групах виконували роз'єднання злук між великим чепцем, парієнтальною очере-

виною, маткою, петлями тонкого кишечника.

У післяопераційному періоді проведено лабораторні дослідження в обох групах жінок: загальний аналіз крові із підрахунком лейкоцитарної формули, ШОЕ. Зміни запального характеру не спостерігали в обох групах жінок. Застосування знеболювальних препаратів у післяопераційному періоді пацієнтки I групи потребували лише в першу добу, пацієнтки II групи - 2-3 доби. Усім пацієнткам на третю добу післяопераційного періоду проводили трансабдомінальне ультразвукове дослідження. Темп інволюції матки у жінок I групи (розміри та форма матки, стан порожнини матки) відповідав дню післяопераційного періоду. У 3 пацієнток II групи були виявлені ознаки субінволюції матки, що потребувало додаткового призначення утеротонічних засобів. Тривалість перебування в стаціонарі після хірургічного втручання в I групі становила $3 \pm 1,0$ дні, у II - $5 \pm 1,6$ днів.

Наявність спайкового процесу органів малого таза оцінювали за даними ультразвукового дослідження через 1 місяць після хірургічного втручання. Ознаками спайкового процесу при трансвагінальному УЗД вважали гіперехогенні лінійні утворення між різними структурами малого таза, а також скупчення рідини. Згідно з результатами дослідження, в I групі через місяць після хірургічного втручання ознаки спайкового процесу виявлені не були, на відміну від 2 (8,0%) жінок II групи.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Запропонована методика проведення повторного кесарева розтину з застосуванням технічних засобів та сучасних гемостатичних, утеротонічних та протиспайкових препаратів дозволяє покращити перебіг операції та післяопераційного періоду: зменшується тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, скорочується потреба у додатковому призначенні утеротонічних та знеболювальних препаратів, зменшується вірогідність розвитку злукової хвороби органів малого таза, зменшується тривалість перебування в стаціонарі у післяопераційному періоді.

Впровадження даної методики дозволить зменшити ризик інтра- та післяопераційних ускладнень у разі проведення повторного кесарева розтину у жінок з рубцем на матці та дозволить підвищити безпеку повторного абдомінального розродження.

Список літератури

1. Венцовский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения: сб. науч. работ Ассоциации акушеров-гинекологов Украины / Б. Венцовский. - Ялта, 2010. - С. 40-43.
2. Гойда Н. Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячоліть / Н.Г. Гойда // Журн. практ. лікаря. - 2012. - № 5. - С. 2-6.
3. Краснопольский В. И. Кесарево сечение / В.И. Краснопольский, В.Е. Радзинский. - К.: Здоров'я, 2011. - 268 с.
4. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога: навч. посібник; за ред. О.В. Голяновського. - Київ, 2013.
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 977. Клінічний протокол з акушерської допомоги "Кесарів розтин".
6. Чернуха Е. А. Кесарево сечение в современном акушерстве / Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова // Акушерство и гинекол. - 2012. - № 10. - С. 68-71.
7. Betran A. P. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies / A.P. Betran, M.R. Torloni, J. Zhang // Reprod. Health. - 2015. - Vol. 12 (1). - P. 57.
8. Caesarean section - the first cut isn't the deepest // Lancet. - 2010. - Vol. 375 (9719). - P. 956.
9. Caesarean Section. Clinical guideline, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clin. Excellence. 2011.
10. WHO Statement on Caesarean Section Rates. - Geneva: World Health Org., 2015.

Голяновский О.В., Слободян Ю.В.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Резюме. В статье представлены результаты исследования эффективности применения комплекса современных технических и медикаментозных методов профилактики интраоперационного кровотечения, атонии матки, гнойно-воспалительных осложнений и развития спаечной болезни при проведении повторного кесарева сечения.

Ключевые слова: рубец на матке, повторное кесарево сечение, интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения, профилактика.

Golyanovskyy O.V., Slobodyan Yu.V.

PREVENTION OF COMPLICATIONS OF REPEAT CESAREAN DELIVERY

Summary. The article presents the results of a study of the effectiveness of modern technical and medical prevention methods of intraoperative bleeding, uterine atony, inflammatory complications and development of adhesive disease following repeat caesarean section.

Key words: uterine scar, repeat cesarean section, intraoperative complications, postoperative complications, prevention.

Рецензент - д.мед.н., проф. Вдовиченко Ю.П.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2016 р.

Голяновський Олег Володимирович - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; +38(044)4894935; golyanovskyy@bigmir.net

Слободян Юлія Василівна - аспірант кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; +38(044)4894935; slobodyan_iulia@mail.ru

© Моцюк Ю.Б.

УДК: 618.36+616-005.1-08+616.14-007.64+617.58

Моцюк Ю.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

ОЦІНКА ФУНКЦІОНУВАННЯ ФПК ТА СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОЇ ПЕРЕДГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ

Резюме. В даний час плацентарна дисфункція є однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства, яка є предметом багаточисельних наукових досліджень у нашій країні і за кордоном. Серед різних теорій етіопатогенезу в системі мати-плацента-плід істотна роль належить несприятливому впливу екстрагенітальної патології, особливо судинного генезу, що викликає серйозні труднощі при проведенні лікувально-профілактичних заходів. Серед широкого спектру соматичної захворюваності варикозна хвороба нижніх кінцівок займає істотне місце, особливо останніми роками. Несприятливий вплив даної патології на клінічний перебіг вагітності і пологів зв'язаний, насамперед, з розвитком системних порушень гемостазу і зміною гемодинаміки у фетоплацентарному комплексі.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, вагітність, варикозна хвороба, система гемостазу, гестаційні ускладнення.

Вступ

Вагітність вважається одним з вагомих факторів ризику прояву варикозної хвороби. В останні роки було проведено ряд фундаментальних досліджень, що дозволило виявити раніше невідомі молекулярні й клітинні механізми патогенезу ВХ [1, 2]. Висока частота ВХ у вагітних і породілей (від 20 до 40%) пояснюється виникненням у період гестації факторів, що сприяють її розвитку: збільшення маси циркулюючої крові й хвилинного обсягу серця, підвищення венозного тиску, гормональна перебудова організму, зміна мікроциркуляції та гемостазу, наявність супутньої екстрагенітальної патології. Наявність ВХ у жінки під час вагітності вимагає проведення ефективної профілактики її ускладнень на передгравідарному етапі та ранніх стадіях гестації. Під цим, у першу чергу, мають на увазі використання компресійної терапії і сучасних флеботропних препаратів [3, 4].

Мета роботи - знизити частоту перинатальної пато-

логії у жінок із варикозною хворобою нижніх кінцівок на основі вивчення особливостей формування і функціонального стану фетоплацентарного комплексу, основних клініко-гемостазіологічних параметрів, а також удосконалення алгоритму лікувально-діагностичних заходів на основі розробки і впровадження диференційованого підходу щодо ведення вагітності.

Матеріали та методи

60 вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок, які отримували загальноприйнятні лікувально-профілактичні заходи, становили I групу.

60 вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок, які отримували запропоновані нами лікувально-профілактичні заходи (передгравідарна підготовка включала в себе застосування "Нормовену" 500мг двічі на добу та вітамінного комплексу "Елевіт" впродовж 3 місяців), становили II групу. У жінок з I ступенем вари-