

В.В. Маляр, В.А. Маляр, Вол.В. Маляр

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ВІДСТРОЧЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ РОЗРОДЖЕННЯ АБДОМІНАЛЬНИМ КЕСАРЕВИМ РОЗТИНОМ

*Ужгородський національний університет*

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ВІДСТРОЧЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ РОЗРОДЖЕННЯ АБДОМІНАЛЬНИМ КЕСАРЕВИМ РОЗТИНОМ. Операція кесаревого розтину заслуговує ретельно уваги як на етапі раннього, так і на всьому післяпологовому періоді, оскільки є серйозним фактором ризику гнійно-септичних ускладнень.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ РОДРАЗРЕШЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫМ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ. Операція кесарева сечення заслуговує пристального внимания как на этапе раннего, так и на протяжении всего послеродового периода и есть серйозным фактором риска гнойно-септических осложнений.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE DEFERRED COMPLICATIONS OF BIRTH BY THE ABDOMINAL CAESARIAN SECTION. Operation the caesarian section deserves careful attention both on the stage of early and on all post-natal period, as is the serious factor of risk of festering-septic complications.

**Ключові слова:** кесаревий розтин, гнійно-септичні ускладнення.

**Ключевые слова:** кесарево сечения, гнойно-септические осложнения.

**Key words:** caesarian section, festering-septic complications.

**ВСТУП.** У даний час проблема оперативного розродження абдомінальним кесаревим розтином є однією з найбільш актуальних у сучасному перинатальному акушерстві [1,6,7,8]. Це обумовлено зростанням дистресу плода, а також кількості повторновагітних жінок з рубцем на матці та розвитком гнійно-септичних ускладнень [2,4,6,7]. На сьогоднішній день гнійно-септичні ускладнення після абдомінального кесаревого розтину представляють серйозну проблему в сучасному акушерстві [4,6,7]. Дуже важливий є той факт, що гнійно – септичні захворювання після кесаревого розтину мають свої особливості, які обумовлені як раною на матці, так наявністю стороннього для організму жінки шовного матеріалу.

В умовах розвитку асептичного запалення в рані порушуються репаративні процеси, а наявність шовного матеріалу, завдячують „гнотовому ефекту”, що сприяє розповсюдженню інфекцій в міометрі [4]. У ряді випадків запальний процес у матці може мати затяжний торпідний перебіг, який сприяє розвитку некрозу міометрія в ділянці швів на матці з наступним розходженням кра в рани та розвитком відмежованого перитоніту або генералізації інфекції [2,4,6]. Наведені вище ускладнення не завжди вписуються в поняття ендометриту і є одним з найменш вивчених гнійно-септичних ускладнень. Дуже важливим є той факт, що на відміну від ендометриту після пологів через природні родові шляхи, ендометрит після кесаревого розтину має ряд своїх особливостей.

Мета дослідження – вивчити основні діагностичні критерії неповноцінності рубця на матці та особливості гнійно-септичної інфекції після абдомінального розродження кесаревого розтину.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Відповідно до поставленої мети проаналізовано 70 випадків кесаревого розтину та проведено поглиблене клініко-лабораторне, мікробіологічне і інструментальне обстеження 30 випадків, ускладнених розвитком гнійно-септичної інфекції після оперативного розродження. Хворі були розподілені, залежно від перебігу гнійно-септичної інфекції, на дві підгрупи: I – підгрупа (15 хворих) з ознаками ендометриту; II – підгрупа (15 хворих) з ознаками прогресуючого ендометриту і проявами гнійно-деструктивних змін в ділянці швів на матці (локальний панметрит). Контрольну групу склали 40 жінок з неускладненим перебігом післяопераційного і післяпологового періоду.

За віковими критеріями, соматичною і акушерською патологією групи були репрезентативними.

Для вироблення адекватно консервативно – хірургічно і хірургічно тактики проведені клініко-лабораторні, ультразвукові, мікробіологічні, морфологічні і статистичні дослідження.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ.** Середній вік пацієнток склав  $24,3 \pm 4,8$  року. Серед показань до операції переважали обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, патологія скоротливо активності матки, несвоєчасне відходження навколоплідних вод, неефективність родоактивації, дистрес плода, рубець на матці.

Різні форми екстрагенітальної патології виявлені у 58% пацієнток, гінекологічні захворювання відповідно у 68,6% жінок. У кожній другій вагітній була діагностована урогенітальна інфекція. Практично у всіх жінок при вагітності були відхилення від нормального перебігу.

Серед пацієнток основної групи найбільш часто зустрічались: хронічні захворювання сечостатевої системи (76,8%), анемія (73,3%), пієлонефрит (56,7%), тироїдна патологія (36,7%), нейроциркуляторна астенія (33,3%) та хронічний тонзиліт (23,3%). В основній клінічній групі переважали також перенесені інфекційні захворювання як в дитячому віці, так в дорослому віці. Слід відмітити загострення деяких хронічних інфекційних захворювань і під час гестаційного процесу.

Аналіз репродуктивного анамнезу свідчить, що у основній групі обстежуваних породіль достовірно частіше, ніж у контрольній, попередні вагітності завершилися 2-3 артіфіційними абортами у ранні та пізні терміни (26,7% і 16,7%).

При вивченні клінічного перебігу вагітності необхідно відзначити у основній групі високий рівень преєклампсій (76,7%) і, зокрема, середнього (26,7%) і важкого ступеня (16,7%). Загроза передчасних пологів склала 30,0%.

Відмічено в основній групі зростання також супутньо генітальної патології: патологія шийки матки зустрічалась у 23,3%, запальні процеси геніталій – у 20,0%, істміко-цервікальна недостатність – у 6,7%.

Рівень соматичної патології і акушерських ускладнень вплинув на зростання частоти фетоплацентарної недостатності, яка склала 66,7%, при цьому показник маловоддя суттєво переважав багатоводдя (46,7% і 23,3%). Рівень затримки внутрішньоутробного розвитку плода був на порядок вище при маловодді ніж при багатоводді. В основній групі відмічено також зростання питомої ваги несвоєчасного злиття навколоплідних вод (73,3%), а також зростання дистресу плода (33,3%), що вимагало абдомінального розродження в невідкладному порядку. На додаток до цього істотно високою була питома вага розродження абдомінальним кесаревим розтином як в основній, такі в контрольній групах при великому плоді, тазовому передлежанні. Найбільш часто операція кесаревого розтину виконувалась при чистому і змішаному ніжному передлежанні (60,0% і 50,0%).

Аналізуючи варіант розродження жінок з рубцем на матці нами відмічено, що у 46,7% операція повторного кесаревого розтину була виконана в ургентному порядку з початком родової діяльності.

Оцінка стану рубця на матці від попереднього кесаревого розтину (30 випадків) показала, що клінічні ознаки неповноцінності (неприємні відчуття в епігастрі, нудота, рвота, болі в ділянці нижнього сегмента, локальна болючість під час рухів плода та при пальпації) зустрічались у 20,0% вагітних. У 80,0% клінічні ознаки неспроможності рубця були відсутні.

За даними УЗД неспроможність рубця на матці у даної групи вагітних виявлена у 69,0%, що співпадає з даними інших авторів [3]. Співпадання клінічної картини, даних УЗД і макроскопічних

даних неспроможності рубця виявлено лише у 10,0%. У 2 (6,7%) випадках були відсутні клінічні і ультразвукові ознаки, неспроможність виявлена лише під час операції.

Характерною особливістю біоптатів (10 випадків) при неспроможності рубця було порушення регенерації міоцитів в ділянці рубцевої зони. Про це свідчить розширення зони фіброзної тканини серед пучків м'язових волокон.

Особливий інтерес представляє I і II клінічні підгрупи з проявами відстрочених ускладнень кесаревого розтину. Аналіз клінічного перебігу післяопераційного періоду після операції кесаревого розтину дозволив виявити специфічну симптоматику розвитку інфекції після 10 доби. До даної симптоматики входить тривалий субфібрилітет 70,0% або підвищення, особливо у вечірній час температури вище 38,0°C; відмічалась стійка субінволюція матки, яка не піддавалась корекції утеротонічними середниками і проведенням протизапальної терапії; спостерігалась патологічний характер лохий навіть після 10 доби післяродового і післяопераційного періоду; не спостерігалось тенденції до формування шийки матки. В окремих випадках діагностувалась гематома або інфільтрат в позаміхуровому просторі. Інколи зустрічався помірний або тимчасовий парез кишечника.

На підставі проведених мікробіологічних досліджень у 23,3% не знайдено росту мікрофлори у культурі, що можна пояснити наслідком тривалої антибактеріальної терапії в ранньому післяопераційному періоді. Найбільш часто в культурах зустрічалась мікрофлора в асоціаціях (76,7%). У 66,7% висівався епідермальний стафілокок, у 26,7% відмічався ріст дріжджоподібних грибів, у 23,3% висівався ентерокок та 16,7% відмічався ріст кишковопалички. Наші дані свідчать, що для відстрочених ускладнень після кесаревого розтину характерною ознакою є перевага патогенно та умовно-патогенно мікрофлори і високий відсоток дріжджоподібних грибів, що свідчить про розвиток імунної дисфункції при даній патології на що вказує і збільшення в крові юних паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів [5].

Особливістю проведено повторного релапаротомії була наявність множинних абсцесів, виражені деструктивні зміни матки, передміхурово та параметральної клітковини. Цим хворим зроблена екстирпація матки з трубами, спорожнення абсцесів, санація й активно-промивне дренирування черевної порожнини і малого таза. Морфологічна картина видаленої матки характеризувалась вогнищами нагноєння із деструктивним розпадом тканин матки. Некротичні вогнища захоплювали як ендометрій, так і міометрій.

**ВИСНОВОК.** Отримані дані свідчать, що операція кесаревого розтину є серйозним фактором ризику як у виникненні рубця на матці, так у розвитку ендометриту в післяопераційному періоді з

тяжкими наслідками для репродуктивної системи. З метою попередження даних ускладнень необхідно більш ретельно підходити до операції кесаревого розтину, особливо при визначенні показань для першого кесаревого розтину.

### Література

1. Ананьев В.А. Повторное кесарево сечение в современном акушерстве / В.А. Ананьев, Н.М. Побединский // Акушерство и гинекология. – 2003. – №3. – С. 61–63.
2. Баев О.Р. Современные подходы к профилактике гнойно-септических осложнений после кесарева сечения / О.Р. Баев, А.Н. Стрижаков // Вест. Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов. – 1997 – №4. – С. 40–47.
3. Горбачева А.В. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение / А.В. Горбачева, Л.М. Комисарова, Е.А. Чернуха [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2008. – №1. – С. 40–44.
4. Горбунова О.В. Особливості патології репродуктивної системи після абдомінального розродження / О.В.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.** Отримані результати диктують необхідність проведення досліджень з подальшим вивченням даної проблеми в напрямку лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів.

- Горбунова // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”, вип. 23, 2004. – С. 170–172.
5. Казмирчук В.Є. Клінічна імунологія і алергологія / В.Є. Казмирчук, Л.В. Ковальчук. – Вінниця: Нова книга, 2006. – 528с.
6. Кулаков В.Н. Кесарево сечение / В.Н. Кулаков, Э.А. Чернуха, Л.М. Комисарова. – М., 2004. – 342с.
7. Чернуха Э.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? / Э.А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 2005. – №5. – С. 8–11.
8. Royal College of obstetricians and Gynecologists (ACOG) / Premature rupture of membranes Guideline № 44, RCOOG Press, November 2006.

УДК 618.4-089.5

## Л.М. Маланчук, А.І. Артимович, В.П. Стрильбицький, В.В. Сокіл, В.І. Тріщук, З.М. Кучма ВИКОРИСТАННЯ СТАДОЛУ ДЛЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ

*Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського*

ВИКОРИСТАННЯ СТАДОЛУ ДЛЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ Важливим принципом сучасної акушерської анестезіології є використання комбінованих методів анестезії з використанням кількох речовин, які мають різну спрямованість дії. Для знеболення пологів використовували внутрішньовенне введення трьох препаратів: анальгетика стадолу, спазмолітика но-шпа та сібазону, який має седативну дію. Контроль ефективності знеболення проводився за шкалою Расстрігіна і Шнайдера. У 78% роділь удавалось досягти задовільного знеболювального ефекту (за шкалою Расстрігіна і Шнайдера 7-5 балів), у 20% спостерігався повний ефект (9-7 балів). У 2 роділь – ефекту досягти не вдалось (5 балів). Крім ефективності знеболення пологів оцінювали: тривалість періодів пологів, частоту застосування утеротонічних засобів, завершення пологів оперативним шляхом. Виявилось, що проведення знеболення пологів стадолом зменшує тривалість першого періоду пологів, завдяки чому зменшується загальна тривалість, та частота завершення пологів операцією кесарського розтину. Використання стадолу сприяє нормалізації скоротливої діяльності матки, зменшує необхідність використання окситоцину в пологах, його можна рекомендувати при ригідній шийці матки, у роділь з психічними і емоційними розладами. Відмічено також значне зменшення пологового травматизму.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАДОЛУ ДЛЯ ОБЕЗБОЛЕВАНИЯ РОДОВ. Важным принципом современной акушерской анестезиологии является использование комбинированных методов анестезии с использованием нескольких веществ, имеющих различную направленность действия. Для обезболивания родов использовали внутривенное введение трех препаратов: анальгетика стадола, спазмолитика но-шпа и сибазон, имеющего седативное действие. Контроль эффективности обезболивания проводился по шкале Расстригина и Шнайдера. У 78% рожениц удалось достичь удовлетворительного обезболивающего эффекта ( по шкале Расстригина и Шнайдера 7-5 баллов), у 20% наблюдался полный эффект (9-7 баллов). У 2 рожениц эффекта достичь не удалось (5 баллов). Кроме эффективности обезболивания родов оценивали продолжительность периодов родов, частоту использования утеротонических средств, завершения родов оперативным путем. Оказалось, что проведение обезболивания родов стадолом уменьшает продолжительность первого периода, благодаря чему уменьшается общая их продолжительность, а также частота завершения родов операцией кесарева сечения. Использование стадола способствует нормализации сократительной деятельности матки, уменьшает необходимость использования окситоцина в родах. Его можно рекомендовать при ригидной шейке матки, у рожениц с психическими и эмоциональными расстройствами. Отмечено также значительное уменьшение родового травматизма.