© 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 таза виникають клінічні прояви спайкового процесу. Частота утворення перитонеальних злук після першої лапаротомії варіює від 10,4 до 67%, а після повторних лапаротомних операцій на органах малого таза 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 кафедри 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, аргоноплазмової 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 карбетоцину. 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 тазу за даними ультразвукового дослідження; тривалість перебування в стаціонарі після оперативного втручання.

Результати. Обговорення

У I групі тривалість операції становила 35,0±3,0 хв., в II групі - 48,0±5,0 хв. ($p<0,05$). Середній об'єм крововтрати під час операції в I групі склав 420,0±40,0 мл, а у II - 570,0±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 очеревиною, 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±1,0 дні, у II - 5±1,6 днів.

Наявність спайкового процесу органів малого тазу 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. Венцковский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения: зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України / Б. Венцковский. - Ялта, 2010. - С. 40-43.
2. Гойда Н. Г. Стан репродуктивного здоров'я населення України на межі тисячолітъ / 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. Cesarean Section. Clinical guideline, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clin. Excellence. 2011.
10. WHO Statementon 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