

УДК: 618.5-089.888.61

Набиева Диёра Юлдаш кизи.,

Мухитдинова Тухтахон Кодировна.,

Абдурахмонова Дилрабо Баходировна.,

Саматова Сайёра Кудратжон кизи

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЙ

Аннотация: Одним из методов родоразрешения с древних времен и по сегодняшний день является оперативный, то есть путем чревосечения или кесарева сечения. В настоящее время акушеры стали все чаще прибегать к данной операции, что связано не только с развитием медицины, но и значительным ухудшением состояния здоровья населения, в частности, женщин. Кесарево сечение, как и любая другая операция, имеет свои последствия и, в некоторых случаях, возможно возникновение осложнений.

Ключевые слова: кесарева сечения, повторная операция, осложнения.

Nabieva Diyora Yuldash kizi.,

Mukhitdinova Tukhtakhon Kodirovna.,

Abdurakhmonova Dilrabo Bakhodirovna.,

Samatova Sayora Kudratjon Kizi

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

COMPLICATIONS AFTER REPEATED CESARIAN SECTIONS

Abstract: One of the methods of delivery from ancient times to the present day is operational, that is, by celiac or caesarean section. Currently, obstetricians have begun to increasingly resort to this operation, which is associated not only with the development of medicine, but also with a significant deterioration in the

health of the population, in particular, women. Caesarean section, like any other operation, has its consequences and, in some cases, complications may arise.

Key words: caesarean section, reoperation, complications.

Актуальность. Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и особенно после операции кесарева сечения [6,9]. Важная роль матки в качестве входных ворот инфекции определяется наличием в ней сгустков крови и остатков плодного яйца, являющихся прекрасной средой для роста микроорганизмов [3,7].

После кесарева сечения высок риск развития гнойно-септических осложнений с формированием несостоятельности рубца на матке, который в раннем послеоперационном периоде является причиной развития эндометрита и перитонита [2,6]. Многочисленными исследованиями установлено, что рост инфекционных осложнений в акушерстве в значительной мере обусловлен увеличением частоты кесарева сечения [1,4, 5, 9]. Увеличение частоты абдоминального родоразрешения объясняют ростом тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии, высокой частотой повторных операций, увеличением возраста первородящих в сочетании с другими факторами акушерского и гинекологического анамнеза [5,11].

По данным зарубежных исследователей, в структуре показаний к абдоминальному родоразрешению, рубец на матке составляет 15–38 %, гестоз 16 %, слабость родовой деятельности 13,4–42 %, дистресс плода 10–19 %; т.е. интересы плода являются ведущими почти в 80 % всех случаев оперативного родоразрешения.

Расширение показаний к кесареву сечению со стороны плода являются одним из наиболее важных моментов, определяющих рост частоты кесарева сечения в современном акушерстве. В то же время по литературным данным выделено малое число критериев или особенностей

течения послеоперационного периода у больных с несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения.

Ведущее место среди причин акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу желудочно-кишечного тракта [10].

В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидиновой кислоты: тромбоксан, простаглицлин и простаглицдин, которые выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, вызывают гемодинамические и вентиляционные нарушения.

Основой диагностики является динамическое наблюдение в сочетании с активным ведением послеоперационного периода. Если на 3-е сутки после кесарева сечения на фоне адекватной инфузионной и антибактериальной терапии сохраняется или прогрессирует тахикардия, одышка и парез кишечника, следует исключить перитонит [2,8]. Лечение перитонита – это релапаротомия, ревизия брюшной полости и экстирпация матки с трубами.

Цель исследования. Сохранение репродуктивной функции у больных с перитонитом после кесарева сечения путем проведения органосохраняющей операции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 17 больных с диагнозом: перитонит после кесарева сечения, которым производились органосохраняющие операции (основная группа) и 34 пациентки с диагнозом: перитонит после кесарева сечения, которым производились радикальные операции (ампутация и экстирпация матки с трубами) – контрольная группа.

Результаты исследования. Пациентам основной группы проводилась лимфотропная терапия по вышеуказанной методике и дополнительно

антибактериальная, инфузионная и общеукрепляющая терапия. Больным контрольной группы комплексная терапия (антибактериальная, инфузионная и общеукрепляющая терапия) без лимфотропной терапии. Пациентам контрольной группы проводилась общепринятая комплексная терапия по традиционной методике, включавшая в себя инфузионную, антибактериальную терапию (внутривенно и внутримышечно), лечение ингибиторами протеаз, нестероидными противовоспалительными препаратами. Широко применялась детоксикация (инфукол, глюкоза 5 %, свежезамороженная плазма и эритроцитная масса по показаниям).

Антибиотики пациентам контрольной группы назначались по результатам посева на чувствительность и флору и комбинацией препаратов, действующих на анаэробные бактерии (метронидазол 1,0–1,5 г в сутки внутривенно, линкомицин 1,8–2,4 г внутривенно и внутримышечно) в сочетании с полусинтетическими пенициллинами, в частности с ампициллином в дозе 6,0–8,0 г в сутки внутривенно, внутримышечно или цефалоспорины III–IV поколения (в частности, клафораном, лонгацефом и др.) 4,0–6,0 г в сутки внутривенно, внутримышечно, а также с аминогликозидами (гентамицин 240 мг в сутки внутривенно). Обычно применялась комбинация из 2-х или 3-х антибиотиков. Нередко использовалась и монотерапия в зависимости от посева на чувствительность.

Дозировка антибиотиков и других препаратов, а также их выбор зависит от тяжести воспалительного процесса, массы тела больной, индивидуальной переносимости лекарственных препаратов и данных бактериологического исследования. Важно отметить, что если пациентам контрольной группы проводилась системная антибактериальная терапия, состоящая чаще всего из 2-х и 3-х препаратов, то в основной группе (дозировка была только терапевтическая) предпочтение при этом

отдавалось антибиотикам цефалоспоринового ряда III и IV поколения, в частности, клафорану, лонгацефу и тиенаму.

Для лимфотропной терапии использовались также и аминогликозиды: гентамицин в дозе 40 мг 1 раз в сутки и бруламицин 60 мг 1 раз в сутки. Кроме того, больным основной группы назначались другие препараты, такие как инфукол, глюкоза, свежезамороженная плазма и ингибиторы протеаз.

При неэффективности комплексной интенсивной терапии больным в обеих группах в течение 24–48 часов применялось оперативное лечение.

Регионарная лимфотропная терапия в комплексном лечении перитонитов после кесарева сечения позволяет при введении меньших доз медикаментов создать в лимфатических сосудах очага воспаления достаточную их концентрацию. Лимфотропный метод введения медикаментов способствует улучшению регионарной микроциркуляции, рассасыванию интерстициального отека вследствие улучшения дренажной функции лимфатической системы. В результате проведенного лечения, пульс снизился в обеих группах, однако, необходимо отметить, что данный показатель в основной группе стабилизировался более существенно, чем в контрольной группе. В основной группе пульс 100 ударов в 1 минуту зафиксирован у 10 больных и соответственно у 7 больных в контрольной группе. После проведенного лечения лимфотропно с лазерным облучением (через 3 суток) у 15 больных в основной группе сохранилась тахикардия менее 90 ударов в 1 минуту, в контрольной группе у 20 больных.

Одним из важных показателей уровня интоксикации считается лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), являющийся отношением различных форм нейтрофилов к остальным формам лейкоцитов. Исходные величины лабораторных показателей в обеих группах были повышены до уровня, характеризующего высокую степень интоксикации, причем, в

основной группе они были достоверно выше в сравнении с группой контроля.

В результате проведенной комплексной терапии (лимфотропной с лазерным облучением паховых лимфатических узлов) лейкоцитарный индекс интоксикации снижался в обеих группах: однако, следует отметить, что более выраженное снижение ЛИИ происходило именно в основной группе, чем в контрольной. Этот факт свидетельствует об ускорении регресса гнойного процесса у больных основной группы, которые получали лимфотропную терапию с лазерным облучением.

В ходе интенсивной терапии показатели СОЭ уменьшились как в основной, так и в контрольной, однако, более достоверное снижение было в основной группе.

При анализе исходного уровня лейкоцитоза можно отметить повышенный уровень у пациенток основной группы – $12,2 \pm 14$, а в контрольной $11,6 \pm 43$ ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении, на фоне проводимой терапии также выявлено достоверное снижение лейкоцитоза до $8,4 \pm 0,26$ – на 3-е сутки в основной группе и $9,4 \pm 42$ в контрольной группе, а на 7-е сутки в основной группе снижение лейкоцитоза отмечено до $5,6 \pm 22$ (тыс.), в контрольной группе до $8,2 \pm 33$ (тыс.) ($p < 0,05$). Исходные величины фибриногена были повышены в обеих группах, причем в основной группе ($6,72 \pm 0,18$ г/л) он был достоверно выше, чем в контрольной группе ($6,3 \pm 0,28$ г/л), ($p < 0,05$).

В результате проведенной лимфотропной терапии уровень фибриногена снизился в основной группе, через 3-е суток выявлено статистически достоверное снижение уровня фибриногена до $4,2 \pm 0,7$ г/л ($p < 0,01$), в контрольной же группе отмечено недостоверное снижение до $5,4 \pm 0,29$ г/л ($p < 0,05$).

Уровень фибриногена через 7 суток в основной группе ($2,51 \pm 0,14$ г/л), снижался достоверно быстрее, чем в контрольной ($3,89 \pm 0,24$ г/л), ($p < 0,01$).

В целом уровень фибриногена достиг нормальных величин в основной группе у 80 % больных, в контрольной группе у 40 %.

УЗИ матки на 3–4-й день и в динамике послеоперационного периода показало, что такие параметры, как длина, ширина и объем матки значительно отставали в размерах у всех женщин в обследованных группах. Несостоятельность швов на матке при УЗИ (неполноценность) после операции кесарево сечение в основной группе было диагностировано у 6 (35 %), в контрольной у 13 (38,2 %). При гистероскопии картина несостоятельности швов на матке в основной группе была выявлена у 12 (70,5 %), а при релапаротомии у 17 (100 %), в контрольной группе 15 (44,1 %), во время релапаротомии у 11 (32,3 %).

Гистологическое исследование аспирата из полости матки у больных в обеих группах практически были идентичными (фрагменты некротизированной ткани эндометрия – пристеночные сгустки крови, в которых присутствовала диффузная или обильная лимфоцитарная инфильтрация).

При релапаротомии у больных основной группы была выраженная инфильтрация в зоне операции и расхождение швов на матке от 1–6 см, и только в одном случае было полное расхождение на всем протяжении. В первой (основной группе) всем больным выполнены органосохраняющие операции. У больных контрольной группы объем операции – ампутация или экстирпация матки с трубами. Гистозаключение операционного материала в обеих группах было одинаковым (острый некротический метрит в области нижнего сегмента матки, ишемия с гнойно-воспалительным расплавлением).

Вывод. Таким образом, абдоминальное родоразрешение в условиях «перинатального акушерства» позволило во многих странах и, прежде всего, в экономически развитых, добиться значительного снижения перинатальной смертности. Вместе с тем серьезные осложнения для

матери, равно как и респираторная заболеваемость новорожденных, связанные с оперативным вмешательством, встречаются чаще по сравнению с родами через естественные родовые пути. Следовательно, здравый смысл подсказывает, что КС должно выполняться исключительно в тех случаях, когда польза перевешивает риск.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. - 459 с.
2. Лысенков С.П., Мясникова В.В., Пономарев В.В. Неотложные состояния и анестезия в акушерстве. Клиническая патофизиология и фармакотерапия. 2-е изд. СПб.: ООО «ЭЛБИ СПб», 2004. 600с.
3. Мареева Л.С. Кесарево сечение у женщин с различной степенью инфекционного риска: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1985.
4. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности: Учеб.-метод. пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: Изд-во РУДН, 2003.-54 с.
5. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М.: Медицина. 2006.-1130.
6. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М.: Триада-Х, 2005.-712 с.
7. Cunningham F.G., MacDonald P.C., Gant N.F., Leveno K.J. et al. Williams Obstetrics, 20th Edition, Section V1 Operative Obstetrics, Cesarean Delivery and Cesarean Hysterectomy. Cesarean Delivery, Appleton & Lange, 1997.
8. Gul A., Simsek Y., Ugras S., Gul T. Transverse uterine incision non-closure versus closure: an experimental study in sheep. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79(10): 813-7.
9. Hankins G.D.V., Clark S.L., Cunningham F.G., Gilstrap 111 L.C. et al. Operative Obstetrics Chapter 18 Cesarean Section, Appleton & Lange, 1995.

10. Rayburn W.F., Schwartz W.J., i11 Refinements in Performing a Cesarean Delivery. Obstetrical & Gynecological Survey. 1996; 51(7): 445-451.

11. Tully., Gates S., Brocklehurst P., Mckenzie-McHarg K., Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 102(2): 120-6.