

ИСХОДЫ ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРИТОНИТА В АНАМНЕЗЕ

Дабузov А.Ш.¹, Абдурахманова Р.А.¹, Меджидова Д.Р.¹

¹Перинатальный центр Республиканской клинической больницы, Махачкала, Россия, e-mail: brain1974@mail.ru

Малооправданная тенденция к увеличению частоты абдоминального родоразрешения при осложнениях беременности и родов или тяжелой экстрагенитальной патологии представляет опасность вторичной или поздней несостоятельности швов на матке. В статье даны исходы гестации после органосохраняющих операций у беременных, оперированных по поводу перитонита в анамнезе. Кровопотеря при кесаревом сечении в среднем составила 700-800 мл, без существенных различий между группами. Представлены данные УЗИ, состояние рубца, доплерометрии и клинические анализы. Результаты исследования у пациенток фертильного возраста после органосохраняющих операций в анамнезе и родоразрешенных в условиях Перинатального центра свидетельствуют о том, что проведение органосохраняющих операций при акушерском перитоните после операции кесарево сечение перитоните способствует сохранению здоровья и репродуктивной функции женщин.

Ключевые слова: доплерометрия, УЗИ матки, состояние рубца, гестация.

OUTCOMES OF GESTATION AFTER SURGERY OPERATIONS FOR THE CONSERVATION AUTHORITIES SPENT ABOUT PERITONITIS HISTORY

Dabuzov A.Sh.¹, Abdurakhmanova R.A.¹, Medzhidova D.R.¹

¹ Perinatal Center of the Republican Clinical Hospital (Makhachkala), Makhachkala, Russia, e-mail: brain1974@mail.ru

Not justified tendency to increase the frequency of abdominal delivery with complications of pregnancy and childbirth or severe extragenital pathology poses a risk of secondary or late insolvency seams on a uterus. The article presents outcomes of gestation after conserving surgery in pregnant women operated on for peritonitis in history. Blood loss at caesarean section to an average of 700-800 ml, with no significant differences between the groups. The data of ultrasound, rumen health, doplerometrii and clinical analyzes. Results of the study patients of childbearing age after conserving surgery history and delivery in a Perinatal Center show that the conduct of organ operations with the obstetrical peritonitis after cesarean section peritonitis contributes to the preservation of health and women's reproductive function.

Keywords: dopplerometry, ultrasound of the uterus, rumen health, gestation.

Инфекционно-воспалительные заболевания в послеродовом периоде, в частности после операции кесарево сечение, представляют собой важную медицинскую и социальную проблему, так как в настоящее время являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности [1, 2, 3, 7].

Малооправданная тенденция к увеличению частоты абдоминального родоразрешения при осложнениях беременности и родов или тяжелой экстрагенитальной патологии представляет опасность вторичной или поздней несостоятельности швов на матке.

Гнойно-воспалительные осложнения после операции кесарево сечение встречаются в 8-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов и занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Частота перитонита после КС колеблется от 0,2 до 1-1,5% [4, 5, 6, 8].

Многочисленными исследованиями установлено, что рост инфекционных осложнений в акушерстве в значительной мере обусловлен возрастанием частоты кесарева сечения [2, 3, 4]. Учащение же абдоминального родоразрешения объясняют ростом тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии, нередкими повторными операциями, увеличением возраста первородящих в сочетании с другими факторами акушерского и гинекологического анамнеза [6, 7].

За последние годы в России частота кесарева сечения возросла в 3–3,5 раза [3, 4, 7], причем рассчитывать на снижение этого показателя в ближайшем будущем не приходится. При проведении этой операции нельзя не учитывать риск гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, таких как несостоятельность швов на матке.

В лечении послеоперационного периода отмечены существенные недостатки при проведении комплексной инфузионной и антибактериальной терапии [1, 6].

В настоящее время структура показаний к операции кесарева сечения значительно изменилась. На первый план выходят относительные показания, которые в большой степени учитывают интересы плода [4, 6, 7]. В последние годы в России показаниями для кесарева сечения выступают возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с различной акушерской патологией.

По данным отечественных исследователей, в структуре показаний к абдоминальному родоразрешению рубец на матке составляет 15-38%, гестоз 16%, дистоция (отсутствие прогресса в родах) – 13,4-42%, дистресс плода 10,9-19%; то есть интересы плода являются ведущими почти в 80% всех случаев оперативного родоразрешения.

Расширение показаний к кесареву сечению со стороны плода является одним из наиболее важных моментов, определяющих рост его частоты 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.

Цель исследования: изучение исходов беременности у пациенток, перенесших органосохраняющие операции в анамнезе после перитонита, оперированных путем кесарева сечения.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением было 20 беременных с диагнозом рубец на матке после органосохраняющей операции по поводу перитонита после КС (первая группа).

Вторая группа включала 20 беременных с диагнозом рубец на матке после КС (контрольная группа).

В обеих группах срок гестации был в пределах 37-38 недель. Обе группы были сопоставимы по возрасту, наибольшее число пациенток было в возрасте 22-25 лет.

Для решения поставленной цели, контроля за состоянием основных параметров гомеостаза и динамики наблюдения за беременными с рубцами и после кесарева сечения, нами использованы клиничко-лабораторные, инструментальные, бактериологические и УЗ-исследования с доплерометрией, включающие в себя: изучение анамнеза, объективного, гинекологического обследования и лабораторно-инструментальных параметров, которые отмечались достаточной информативностью, общедоступностью для лечебных учреждений и занимали минимум времени для своевременного начала адекватной терапии, а при необходимости о оперативного родоразрешения.

В ходе лечения проводился динамический контроль количественного и качественного состава форменных элементов крови, СОЭ, белков крови и коагулограммы.

Учитывая тяжесть состояния больных в послеоперационном периоде и необходимость экстренного решения вопроса относительно дальнейшей тактики лечения, были исследованы следующие показатели контроля, которые бы несли в себе информацию о клинических проявлениях заболевания, степени изменений лабораторных параметров и инструментальные методы.

I. Клинические данные:

- температура (в градусах по Цельсию).
- пульс
- частота сердечных сокращений
- артериальное давление
- величина матки

II. Лабораторные показатели:

- лейкоцитарный индекс по Я.Я. Кальф-Калифу
- общий белок крови
- уровень фибриногена

III. Инструментальный метод:

- данные ультразвукового исследования органом малого таза (матки).

Содержание белка в сыворотке крови определяли унифицированным методом по биуретовой реакции, основанной на способности белков реагировать в щелочной среде с сульфатом меди и образовывать соединения, окрашенные в фиолетовый цвет.

Белковые фракции определяли колориметрическим методом осаждения смесью фосфатов по Олла-Маккарди, используя основной фосфатный реактив.

Определение билирубина проводили специальным набором «Диакон-Синтеко» и ферментов крови (АСТ, АЛТ) по набору производства Чехия.

Функции почек оценивали по относительной плотности мочи (проба Зимницкого), отражающей состояние концентрационной функции почек, оценка суточного диуреза.

О состоянии азотовыделительной функции почек судили по концентрации мочевины (набор «Агат»), креатинин в крови определяли методом Поппера, а Na и K определяли с помощью плазменной фотометрии.

У всех обследованных больных определяли: фибриноген А и В в сыворотке по методам Р.А. Рутберга, тромбиновое время по Э.Сирман, ретракция кровяного сгустка и фибринолитическая активность по методу М.А. Котовщиковой и Б.И. Кузнина.

Результаты обследования были закодированы и обработаны методом вариационной статистики с исследованием стандартных компьютерных программ.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из перенесенных заболеваний у беременных первой группы в сравнении со второй контрольной группой отмечалась высокая частота перенесенной хронической инфекции почек (30,2% и 19,3% соответственно). Анемия отмечена в основной группе у 70%, а в контрольной у 64% беременных. Миопия средней степени в первой группе составила 13%, в контрольной – 6%. Варикозная болезнь в основной группе составила 10%, а в контрольной 9%. Хронический бронхит у 2-х пациенток в первой группе против 1 случая в контрольной.

При изучении генеративной функции оказалось, что первородящие в основной группе составляют 60%, в контрольной группе – 65%. Роды через естественные родовые пути в основной группе у 20% (в контрольной у 22%).

Гинекологические заболевания в анамнезе: нарушения менструального цикла, самопроизвольные выкидыши, бесплодие в обеих группах были в одинаковом количестве.

Во время данной беременности – это угроза прерывания беременности (25 и 28% соответственно), гестоз (34 % против 36,3%), ранний токсикоз (19,4% против 13,2% в контрольной группе соответственно).

Все обследуемые пациентки относились к группе высокого риска на гнойно-септические осложнения, в особенности, беременные с рубцом на матке после органосохраняющей операции (основная группа).

Контрольная группа состояла из 20 беременных с рубцом на матке после органосохраняющих операций, из которых у 16 беременность наступила через два года от момента операции (в контрольной группе у 17 беременных), у 4-х кесарево сечение было три года назад (в контрольной группе у 3-х женщин), у одной пациентки основной группы

беременность наступила вследствие ЭКО через 3 года после органосохраняющей операции (женщины после ВРТ в контрольной группе отсутствовали).

Всем беременным в стационаре было произведено комплексное обследование: УЗИ плода, доплерометрия, оценка состояние рубца на матке, биохимические и клинические анализы и дополнительные обследования согласно стандартам.

При УЗ-исследовании нижнего сегмента матки в основной группе истончение рубца было в 4-х случаях и 5 случаях в контрольной группе.

Пальпаторно болезненность рубца в первой группе отмечена у 8 женщин, во второй у 4.

В плановом порядке в первой группе оперировано 17 пациенток, во второй группе плановому оперативному родоразрешению было подвергнуто 18 женщин. Остальные пациентки в обеих группах оперированы экстренно в связи с началом родовой деятельности и появлением признаков несостоятельности рубца на матке.

Данные доплерометрии в обеих группах были практически одинаковыми: в 2-х случаях в основной группе отмечалось нарушение кровотока I степени, при этом беременность была осложнена гестозом и протекала на фоне анемии; в контрольной группе у 3-х беременных при доплерометрии диагностировано нарушение гемодинамики I-II степени.

Во время операции кесарево сечения спаечный процесс в контрольной группе отмечался в 50% случаев, в контрольной группе в 40% случаев. Кровопотеря при кесаревом сечении в среднем составила 700-800 мл, существенных различий между группами не было. У 1 пациентки из первой группы было центральное предлежание плаценты с истинным приращением, которое обнаружено интраоперационно.

Объем операции в данном случае – экстирпация матки с перевязкой внутренних подвздошных сосудов. В данной ситуации кровопотеря составила 1300 мл. Плод массой 2300,0 оценен по Апгар в 6-7 б, переведен на второй этап выхаживания, родильница выписана домой с рекомендациями на 16 день.

Все остальные новорожденные в обеих группах были оценены по шкале Апгар в 7-8 б.

В основной группе количество доношенных новорожденных составило 16, недоношенных и маловесных – 4 (в контрольной группе 15 и 5 соответственно). Перинатальные потери в обеих группах по 1 ребенку. В первой группе причиной явился дистресс плода, гипоксия и недоношенность, а в контрольной группе интранатальная гипоксия, недоношенность, гемолитическая болезнь. Остальные новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

У 2-х родильниц из основной группы послеоперационный период осложнился гематометрой, на 4-е сутки была произведена вакуум-аспирация. Во второй группе у 1-й

родильницы – инфильтрация подкожной клетчатки, у 2-х – послеродовый метрит, получали антибактериальную терапию.

Пациентам обеих групп проводилась общепринятая комплексная терапия, включающая в себя инфузионную, антибактериальную терапию (внутривенно и внутримышечно), лечение ингибиторами протеаз, нестероидными препаратами, антикоагулянтами и утеротониками. Кроме того, в каждом конкретном случае применялись компоненты крови (отмытые эритроциты, тромбомассу и СЗП).

Антибиотики пациентам назначались по общепринятой методике (Б.Л. Гуртовой и соавт., 1996) комбинацией препаратов, действующих на анаэробные и аэробные бактерии (метронидазол 1,0-1,5 г в сутки внутривенно, линкомицин 1,8-2,4 г в сутки внутривенно или 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, лонгоцефом 4,0-6,0 г в сутки внутривенно или внутримышечно), а также с аминогликозидами (гентамицин 240 мг в сутки внутривенно или внутримышечно).

Обычно применялась комбинация из двух или трех антибиотиков. Нередко использовалась и монотерапия в зависимости от посева к чувствительности.

Дозировка антибиотиков и других препаратов, а также их выбор зависит от тяжести состояния больной, массы тела, индивидуальной переносимости лекарственных препаратов и данных бактериологического исследования.

Все родильницы выписаны домой на 8-9-е сутки, за исключением одной женщины из контрольной группы, выписанной на 12-е сутки послеродового периода.

Заключение.

Проведенные исследования у 20 беременных с рубцом на матке после органосохраняющих операций в анамнезе и родоразрешенных у нас, дает нам право на продолжение проведения данных органосохраняющих операций при перитоните у женщин фертильного возраста с целью сохранения здоровья и репродуктивной функции.

Список литературы

1. Гостищев В.И., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. М.: Медицина 1992. - С.224-225.
2. Краснопольский В.И. Кесарево сечение. М.: 1998.
3. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комисарова Л.М. Кесарево сечение. М.: 1998.

4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Суркина Н.А. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки. М.: 1999.
5. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Ахвидиани И.Н., Чечнева М.А., Сенчакова Т.Н., Коваленко Т.Е., Могилевская Е.В. // Тезисы докладов 2-го регионального Научного форума «Мать и Дитя». Сочи 2008. С. 51-52.
6. Слепых А.С. Абдоминальное родоразрешение. Л.: 1986.
7. Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д. Акушерский перитонит. М.: 1997.
8. Холова Д.П., Баев А.Т., Ходжибаева Р.И. Ультразвуковые показатели инволюции матки у первородящих женщин после операции кесарево сечение. М.: 2007. Материалы 9-го Всероссийского Научного форума «Мать и Дитя».

Рецензенты:

Хашаева Т.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала.

Омаров Н.С.-М., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала.