

ОПТИМИЗАЦИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С 2-3 РУБЦАМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

©2016 Ш.Н. Валиев, Б.Б. Негмаджанов, Ш.М. Фаттаева, М.Дж. Маматкулова

Кафедра Акушерства и гинекологии №2

Самаркандского Государственного медицинского института

Ключевые слова: кесарево сечение (КС), рубец на матке, абдоминальные роды.

Таянч сўзлар: кесар кесиш, бачадонда чандик, абдоминал туғруқ.

Keywords: cesarean section, the scar on the uterus, abdominal delivery.

Рубец на матке, в настоящее время, является одним из основных показаний к кесареву сечению. Более 30% женщин перенесли операцию кесарева сечения и в 60-90% случаев из них, планирование беременности и рождение ребенка заканчиваются этой же операцией.

КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИН БАЧАДОНИДА 2-3 ЧОКИ БОР ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА АБДОМИНАЛ ТУҒИЛИШНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

Ш.Н. Валиев, Б.Б. Негмаджанов, Ш.М. Фаттаева, М.Дж. Маматкулова

Хозирда бачадон чандиғи бор аёллар кесар кесиш оперцияси ўтказилишига тўғридан-тўғри кўрсатма ҳисобдинади. Аёлларнинг 30% идан кўпроғи кесар кесиш операциясини ўтказишган ва 60-90 % ҳолатларда режалаштирилган ҳомиладорлик ва боланинг туғилиши шу операция билан яқунланган.

OPTIMIZATION ABDOMINAL DELIVERY AT PREGNANT WOMEN AFTER 2-3 SCARS POST CESAREAN SECTION

Sh.N. Valiev, B.B. Negmadjanov, Sh.M. Fattaeva, M.Dj. Mamatkulova

The scar on the uterus is currently one of the main indications for cesarean section. Over 30% of women undergoing caesarean section, re-planning pregnancy and childbirth, which in 60-90% of cases being completed the same operation.

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией и его частота по России в среднем составляет 15–16%, достигая 30–40% и более в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению [1,2,3]. Ряд авторов приводят статистику, согласно которой путем кесарева сечения на свет появляется каждый четвертый ребенок в США, каждый пятый – в Англии и Канаде, более чем каждый третий ребенок – в Латинской Америке [4,5]. Одним из важных факторов роста частоты кесарева сечения в последние два десятилетия является проведение операции в интересах плода. Можно отметить некоторую корреляцию между повышением частоты кесарева сечения и снижением перинатальной смертности с 15,8% в 1985 году до 12,08% в 2002 и 11,27% в 2006 году [6]. Несмотря на широкое распространение, кесарево сечение относят к разряду сложных операций с высокой частотой послеоперационных осложнений — 3,3%-54,4%, которые связаны в том числе и с техникой вмешательства [7]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что абдоминальное родоразрешение и в настоящее время является фактором высокого риска как для матери, так и для новорожденного. В частности, при кесаревом сечении остается высокой частота асфиксии новорожденных, а перинатальная смертность в несколько раз выше, чем при рождении через естественные родовые пути, достигая 11% [18].

Не вызывает сомнения, что кесарево сечение в современном акушерстве имеет огромное значение. Операция при осложненном течении беременности и родов призвана способствовать сохранению здоровья и жизни, как матери, так и ребенка. Однако каждое оперативное вмешательство может сопровождаться для матери серьезными осложнениями, такими, как кровотечение, инфицирование и рубцовые изменения матки, которые в последующем у большинства пациенток являются одним из показаний к повторной операции [4]. Согласно данным литературы, причинами увеличения числа операций кесарева сечения являются: уменьшение паритета (большинство первородящих);

увеличение числа возрастных первородящих; динамический мониторинг плода; кесарево сечение в анамнезе; желание расширить показания к кесареву сечению в интересах плода [8]. Согласно рекомендациям ВОЗ, расширение показаний к кесареву сечению с целью сни-

жения перинатальной смертности не должно превышать 10,0-15,0%, так как повышением частоты абдоминального родоразрешения нельзя решить проблему снижения перинатальных потерь, зависящую от многих факторов. Это и своевременная диагностика, и адекватная терапия экстрагенитальной патологии, и коррекция осложнений беременности, и дородовое выявление пороков развития плода, несовместимых с жизнью, и совершенствование методов диагностики и терапии в неонатологии и акушерстве [4,8]. В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению отмечено увеличение удельного веса экстрагенитальной патологии: эндокринные и сердечнососудистые заболевания, патология почек, органов зрения и др. Ежегодно увеличивается число пациенток с трансплантированными органами (почка, печень), с протезированными клапанами сердца. Возросла доля пациенток, страдавших бесплодием, возрастных первородящих и беременных после стимуляции овуляции, искусственной инсеминации, экстракорпорального оплодотворения, а также после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза. Аномалии и пороки развития плода (гастрошизис, диафрагмальная грыжа и др.) в настоящее время также рассматриваются как показания к кесареву сечению. Кроме того, при тазовом предлежании плода и многоплодной беременности (особенно после ЭКО) тактика родоразрешения изменилась в сторону кесарева сечения (60–80%). Определенный вклад вносят современные взгляды на родоразрешение пациенток с ВИЧ-инфекцией, обострением генитального герпеса, а также по желанию (требованию) пациентки [8]. Таким образом, значение кесарева сечения в современном акушерстве продолжает возрастать, и оно по праву занимает ведущее место среди всех родоразрешающих операций для обеспечения благоприятных исходов для матери и плода при ряде тяжелых акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний. Однако, данный метод родоразрешения нужно применять строго по показаниям, своевременно, с обязательным учетом всех противопоказаний и соблюдения условий, необходимых для его выполнения [19].

Увеличение частоты абдоминального родоразрешения создает новую проблему — ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Вопросы самостоятельных родов через естественные родовые пути после кесарева сечения обсуждаются в нашей стране еще с 60-х годов. По современным данным, от 30 до 60% беременных, перенесших кесарево сечение, могут рожать самостоятельно с благоприятным исходом для матери и плода [9]. Рубец на матке в структуре показаний к кесареву сечению во многих странах занимает 1-е место, составляя 15–23%. Однако, материнская заболеваемость при повторной операции в 3–4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути [10]. Частота интраоперационных осложнений при повторном кесаревом сечении составляет 20,5%, что превышает данный показатель при выполнении первого кесарева сечения в 5 раз [17]. Показано, что ведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке, уменьшает частоту послеродовых осложнений, нарушений лактации по сравнению с повторной операцией кесарева сечения, что позволяет считать самопроизвольные роды оптимальным способом родоразрешения у данного контингента пациенток. Психологический статус у родильниц после повторной операции кесарева сечения проявляется развитием повышенного беспокойства, посттравматического стрессового расстройства, моральной неудовлетворенностью и нарушениями в эмоциональной сфере, что оказывает влияние на взаимоотношения с новорожденным, качество жизни женщины в будущем. Родоразрешение беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути позволяет экономить лечебному учреждению денежные средства и использовать их для нужд стационара [19].

В настоящее время известны различные модификации операции кесарева сечения, которые отличаются способом доступа к матке, особенностями разреза и ушивания раны.

Выбор той или иной техники определяется как объективными предпосылками, к которым относят срок беременности, особенности предлежания и размеры плода, наличие рубца и сопутствующей патологии матки (миома матки, инфекционные процессы и т.д.), так и предпочтениями хирурга, зависящими от традиционной медицинской школы и собственно-

го опыта. В настоящее время для выполнения кесарева сечения в основном используют поперечное чревосечение по Пфанненштилю, по Joel-Cohen, Cohen или нижнесрединный разрез [11,12]. Поперечные разрезы начали внедряться в акушерско-гинекологическую практику на рубеже XIX-XX веков после того, как J. Pfannenstiel (1887) доказал снижение частоты формирования послеоперационных грыж при использовании надлобкового разреза. Большинство исследователей считают целесообразным проводить лапаротомию по Пфанненштилю. При выполнении данной методики разрез делается по линии надлобковой кожной складки. [13,14].

Сегодня имеется много сторонников лапаротомии по Joel-Cohen, впервые описанной в 1972 г. [15]. В данной модификации лапаротомию осуществляют путем поверхностного прямолинейного поперечного разреза кожи на 2-2,5 см ниже линии, соединяющей передне-верхние ости подвздошных костей. Скальпелем производят углубление разреза по средней линии в подкожно-жировой клетчатке, надсекают апоневроз, который затем рассекают в стороны концами прямых ножниц под подкожно-жировой клетчаткой. Хирург и ассистент одновременно разводят подкожную жировую клетчатку и прямые мышцы живота путем билатеральной тракции по линии разреза кожи. Брюшину вскрывают указательным пальцем в поперечном направлении.

Разрез по J. Joel-Cohen отличается от разреза по Пфанненштилю более высоким уровнем, он прямолинеен, а не дугообразен, не производится отслоение апоневроза, брюшина вскрывается в поперечном направлении. Вследствие более высокого уровня разреза и использования техники тупого разведения тканей в углах разреза сохраняются неповрежденными ветви срамных и поверхностных надчревных сосудов и сосудов, проникающих в прямые мышцы живота из апоневроза, которые обычно повреждаются при лапаротомии по Пфанненштилю. Как показали исследования V. Stark (1994), данный доступ выполняется быстро, практически не сопровождается кровотечением и создает адекватные условия для выполнения кесарева сечения. Однако разрез по Joel-Cohen проигрывает в косметическом плане по сравнению с разрезом по Пфанненштилю [16].

Основным методом современного абдоминального доступа у беременных с рубцом на матке, является повторный доступ через тот же рубец. При этом высок риск развития послеоперационных осложнений, удлинение времени заживления раны, т.к. рубец является соединительной тканью.

Мы предлагаем, способ операционного доступа путем широкого иссечения послеоперационного рубца при множественных рубцах. При этом рубец широко иссекается вместе с окружающими тканями в пределах 2-3 см, это обеспечивает хорошее кровоснабжение места разреза и будущее ее скорейшее заживление, с минимальным развитием послеоперационных осложнений. Снятие швов мы предлагаем проводить на 12-14 сутки после операции для предотвращения преждевременного расхождения швов и других нежелательных последствий. При этом доступе минимален риск развития послеоперационных осложнений и снижается время реабилитации родильницы. Данный способ операционного доступа наиболее эффективен в отношении беременных с 2-3 кесаревыми сечениями в анамнезе.

Использованная литература:

1. Ананьев В.А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку // Акушерство и гинекология, 2000. 4. С.26-29.
2. Голота В.Я. Является ли кесарево сечение фактором, снижающим перинатальные потери // Здоровье женщины. 2009. № 5 (41). С.77-78.
3. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Самедова Н.С. [и др.] Актуальные вопросы абдоминального родоразрешения в современном акушерстве // Российский вестник акушер-гинеколога. 2006. №3. С.18-22.
4. Заболотнов В.А. Частота и показания к кесареву сечению в современном акушерстве // Таврический медико-биологический вестник. 2007. Т.10, № 4. С.256-260.
5. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. 2004.
6. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. и др. Результаты кесарева сечения в зависимости от нало-

- жения шва на матку и шовного материала // Акушерство и гинекология. 1997. №4. С.18-21.
7. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки // М., 2006.
 8. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Магилевская Е.В. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой // Журнал акушерства и женских болезней, 2003. т. III. №1. С.21-25.
 9. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А., и др. // Акушерство и гинекология. 2007. №2. С.3-8.
 10. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А., Конопляников А.Г. Некоторые актуальные вопросы акушерства // Акушерство и гинекология, 2006. №3. С.3-7.
 11. Серов В.Н. // Русский медицинский журнал. 2004. Т.12. №13. С.749-751.
 12. Чернуха Е.А. // Акушерство и гинекология. 2005. №5. С.8-12.
 13. Field Ch.S. Surgical techniques for Cesarean section // Obstetrics and Gynecology. 1988. Vol.15. №4. P.657–672.
 14. Flamm B.L. // Best Pract. Res. Clin. Obstetr. Gynecol. – 2001. – Vol. 15. – №1. – P. 81-82.
 15. Franchi M., Ghezzi F., Balestreri D. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section // American Journal of Perinatology. 1998. Vol.15. P.589-594.
 16. Roset E., Boulvain M., Irion O. Nonclosure of the peritoneum during cesarean section: long-term follow-up of a randomized controlled trial. European Journal of Obstetrics and Gynecology, Reproductology, Biology. 2003. Vol.108. P.40 – 44.