

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Івано-Франківська державна медична академія

Гнійно-запальні захворювання у структурі післяопераційних ускладнень зустрічаються найчастіше, є неабиякою акушерською проблемою і не мають тенденції до зниження [1]. У числовому вираженні частота післяопераційних ускладнень має чималі коливання, оскільки значною мірою показник визначають особливості обліку захворюваності. Відсоток післяопераційних захворювань досить високий і коливається від 5,2 до 40 %, а при поєднанні кількох факторів може досягти 91 % [7; 8]. Більше як у 50 % пацієнток після кесаревого розтину переважає стерта симптоматика запального процесу, що суттєво утруднює діагностику, помилки якої можуть призвести до запізнілої і неадекватної терапії [9].

Мета роботи — вивчити клінічну характеристику післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у жінок після абдомінального розродження.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-статистичний аналіз 250 операцій кесаревого розтину. Основна група складалася з 200 жінок (I група — 100 вагітних з повноцінним і II група — 100 пацієнток з неповноцінним рубцем на матці), контрольна — 50 вагітних, вперше розроджених абдомінальним шляхом. У 191 жінки основної групи (I група — 96; II група — 95) рубець на матці після попереднього кесаревого розтину, а у 9 вагітних (I група — 4; II група — 5) — внаслідок гінекологічних

операцій в анамнезі. Віковий склад обстежених: до 20 років — 21 жінка; від 21 до 25 років — 71; від 26 до 30 років — 93 і старше 31 року — 65 вагітних. У основній групі переважали пацієнтки віком 26–30 років (41,5 %) у контрольній — від 21 до 25 років (52 %). Жінок після 31 року в основній групі було на 20 % більше, ніж у контрольній. У віці після 26 років прооперовано: I група — 68 %; II група — 75 %; контрольна група — 30 %. За характером соціальної зайнятості: 82,4 % жінок займалися активною трудовою діяльністю; 4 % — навчалися у середніх і вищих навчальних закладах; 11,6 % вагітних вели домашнє господарство.

Застосовували клініко-функціональні та загальні клінічні методи дослідження. У динаміці проводили розгорнуті аналізи крові, сечі й бактеріологічне обстеження. Повноцінність рубця на матці визначали до операції на основі комплексного обстеження (клінічні дані, УЗД, доплерометрія, кардіотокографія, біопротиль та ін.), отримані результати верифікували із висновками патоморфологічного дослідження біоптатів матки. У прооперованих жінок вивчено менструальну і репродуктивну функції, преморбідний фон, перебіг та ускладнення цієї вагітності, показання до абдомінального розродження.

Результати дослідження та їх обговорення

Наші дослідження показали, що після попереднього абдомінального розродження

діагностувалися різноманітні ускладнення у перебігу післяопераційного періоду у 87 (45,5 %) жінок. З них у 38 (39,6 %) пацієнток I групи і 49 (51,6 %) — II групи. Спостерігалось поєднання кількох випадків захворювань в однієї породіллі. Кількість захворювань у розрахунку на одну жінку з усієї основної групи становила 1,54. Цей показник у пацієнток II групи у 1,7 разу більший, ніж у породілей першої (таблиця). Гнійно-запальні ускладнення виявлено у 129 випадках. У структурі захворювань найчастіше траплялися ендометрит (14,1 %), часткове вторинне загоєння рани живота (10,9 %), інфільтрат рубця на матці (9,4 %). У 19,4 % випадків післяопераційний період перебігав із субфебрильною температурою. У жінок II групи гнійно-запальні ускладнення виявлено у 80 випадках, що у 1,6 разу більше, ніж у породілей I групи. Ендометрит діагностовано у 16,8 %, інфільтрати рубця на матці і часткове вторинне загоєння рани живота — у 13,6 % випадків. У 49 жінок I групи виявлено ускладнення: ендометрит (11,5 %); інфільтрат рубця на матці і рани черевної стінки (по 5,2 %).

Серед ускладнень післяопераційного періоду значно більше випадків (166) незапального характеру. У жінок II групи такі ускладнення траплялися у 1,6 разу частіше. У структурі ускладнень в обох групах переважали: сероми рани живота (16,2 %) і субінволюція матки (15,2 %), неабиякий відсоток анемії (37,2 %). Аналіз екстрагенітальної за-



Ускладнення післяопераційного періоду у жінок після кесаревого розтину

Характер захворювань		Кількість випадків (%)				
		основна група			контрольна група	всього
		перша	друга	всього		
I. А	Ендометрит	11 (11,5 %)	16 (16,8 %)	27 (14,1 %)	3 (6 %)	30 (12,5 %)
	Інфільтрат рубця на матці	5 (5,2 %)	13 (13,6 %)	18 (9,4 %)	2 (4 %)	20 (8,3 %)
	Тромбофлебіт вен нижніх кінцівок	1 (1,4 %)	2 (2,1 %)	3 (1,5 %)	—	3 (1,3 %)
	Інфільтрат рани черевної стінки	5 (5,2 %)	11 (11,6 %)	16 (8,4 %)	1 (2 %)	17 (7,1 %)
	Вторинне загоєння рани живота	8 (8,3 %)	13 (13,6 %)	21 (10,9 %)	—	21 (8,7 %)
	Цистит	3 (3,1 %)	4 (4,2 %)	7 (3,6 %)	1 (2 %)	8 (3,3 %)
	Тривалий субфебрилітет	16 (16,6 %)	21 (22,1 %)	37 (19,4 %)	3 (6 %)	40 (16,6 %)
	Усього	49	80	129	10	139
II. А	Субінволюція матки	10 (10,4 %)	19 (20 %)	29 (15,2 %)	4 (8 %)	33 (13,7 %)
	Лохіометра	7 (7,3 %)	13 (13,7 %)	20 (10,5 %)	2 (4 %)	22 (9,1 %)
	Анемія (гемоглобін <100 г/л)	29 (30,2 %)	42 (44,2 %)	71 (37,2 %)	11 (22 %)	82 (34,0 %)
	Гематома рубця на матці	4 (4,2 %)	7 (7,4 %)	11 (5,8 %)	—	11 (4,6 %)
	Підапоневротична гематома	1 (1,0 %)	3 (3,2 %)	4 (2,1 %)	—	4 (1,7 %)
	Серома рани живота	12 (12,5 %)	19 (20,0 %)	31 (16,2 %)	5 (10 %)	36 (14,9 %)
	Усього	63	103	166	22	188
	Усього	112	183	295	32	327
Кількість захворювань у розрахунку на одну жінку		1,17	1,93	1,54	0,64	1,36
I. Б	Ендометрит	9 (9 %)	14 (14 %)	23 (11,5 %)	3 (6 %)	26 (10,4 %)
	Інфільтрат рубця на матці	4 (4 %)	9 (9 %)	13 (6,5 %)	2 (4 %)	15 (6 %)
	Тромбофлебіт вен нижніх кінцівок	2 (2 %)	5 (5 %)	7 (3,5 %)	—	7 (2,8 %)
	Інфільтрат рани черевної стінки	6 (6 %)	13 (13 %)	19 (9,5 %)	1 (2 %)	20 (8 %)
	Вторинне загоєння рани живота	5 (5 %)	9 (9 %)	14 (7 %)	—	14 (5,6 %)
	Цистит	1 (1 %)	3 (3 %)	4 (2 %)	1 (2 %)	5 (2 %)
	Тривалий субфебрилітет	13 (13 %)	25 (25 %)	38 (19 %)	3 (6 %)	41 (16,4 %)
	Усього	40	78	118	10	128
II. Б	Субінволюція матки	12 (12 %)	23 (23 %)	35 (17,5 %)	4 (8 %)	39 (15,6 %)
	Лохіометра	9 (9 %)	17 (17 %)	26 (13 %)	2 (4 %)	28 (11,2 %)
	Анемія (гемоглобін <100 г/л)	28 (28 %)	39 (39 %)	67 (33,5 %)	11 (22 %)	78 (31,2 %)
	Гематома рубця на матці	1 (1 %)	3 (3 %)	4 (2 %)	—	4 (1,6 %)
	Серома рани живота	9 (9 %)	20 (20 %)	22 (14,5 %)	5 (10 %)	34 (13,6 %)
	Усього	59	102	161	22	183
	Усього	99	180	279	32	311
Кількість захворювань у розрахунку на одну жінку		0,99	1,80	1,39	0,64	1,24

Примітка. А — перша операція (I група — n=96, II група — n=95); Б — повторна операція (I і II групи, n=100); контрольна група — n=50.

хворюваності показує, що кількість перенесеної патології у розрахунку на одну жінку становила 2,04 (I група — 1,85; II група — 2,49), у вагітних I групи в 1,4 разу менше, ніж у пацієнок другої. Щодо нозологічних одиниць, то в усіх обстежених пацієнок найчастіше діагностувалися: застудні захворювання (53,2 %); хвороби нирок і сечовидільної системи (20,4 %); серцево-судинна патологія (14,8 %).

Отримані нами дані знаходять підтвердження у робо-

тах багатьох авторів [2; 3; 7].

Після повторного кесаревого розтину післяопераційний період перебігав із ускладненнями у 76 (30,4 %) жінок. З них у 65 (32,5 %) породілей основної (I група — 27 (27 %); II група — 38 (38 %)) і у 11 (22 %) пацієнок контрольної групи. Гнійно-запальні ускладнення трапилися у 128 випадках (I група — 40; II група — 78; контрольна група — 10). У породілей з неповноцінним рубцем на матці кількість ускладнень майже удвічі більша, ніж

у пацієнок першої групи і у 7,8 разу — ніж у контролі. У структурі захворювань в основній групі частіше діагностувалися: ендометрит (11,5 %); інфільтрат рани черевної стінки (9,5 %); часткове вторинне загоєння рани живота (7 %). У 19 % випадків зафіксовано тривалий субфебрилітет. Значно рідше ці ускладнення відмічались у жінок контрольної групи: ендометрит (6 %); інфільтрат рани черевної стінки (2 %); субфебрилітет (6 %). Ускладнення незапального



характеру в обстежених жінок виявлялися в 1,4 разу частіше, ніж гнійно-запальні. З 250 породілей вони діагностовані у 183 випадках, у жінок II групи в 1,7 разу частіше, ніж у пацієнток першої, і в 4,6 разу — ніж у контролі. В усіх групах найчастіше виявлялися: субінволюція матки (15,6 %); серомари живота (13,6 %); лохіометра (11,2 %). Багато породілей мали анемію (31,2 %).

Як показали наші дослідження, загалом кількість ускладнень у розрахунку на одну жінку становила 1,24 (у II групі в 1,8 разу більше, ніж у першій, і у 5,6 — ніж у контролі). Породіллі I групи в 3,1 разу частіше хворіли порівняно з пацієнтками контрольної. Наші дані про значну поширеність післяопераційних гнійно-запальних ускладнень дістали підтвердження у дослідженнях інших авторів [4–6]. Грунтуючись на аналізі отриманих результатів, ми пристаємо на думку Ю. П. Вдовиченка і співавторів [4] про те, що висока частота діагнозів: «субінволюція матки», «лохіометра», «тривалий субфебрилітет» — в основному свідчить про клінічну гіподіагностику.

Загалом, плановий кесарів розтин нами проведено у 76,8 % жінок (I група — 77 %; II група — 84; контрольна група — 62 %), ургентний — у 23,2 %. З усіх породілей, які мали післяопераційні ускладнення, частка ургентного розродження становила 59,2 %. У структурі показань до операції переважали показання з боку матері (76,5 %). Провідне місце серед показань посідали аномалії пологових сил (22,5 %) і утробна гіпоксія плода (20,5 %). Значної різниці між цими показниками в межах основної групи не встановлено. З метою профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень і запобігання прогресуванню патологічного процесу

вжито таких комплексних заходів:

1) патогенетично обгрунтоване лікування виявленої екстрагенітальної та акушерської патології;

2) вагітним із хронічними запальними захворюваннями геніталій і носіям патогенного стафілокока за 3–5 днів до операції призначали санацію піхви розчинами йодобаку, димексиду або діоксидину;

3) операцію проводили за розробленою нами технологією атравматичного ставлення до тканин операційного поля і витягнення плода; обробляли порожнину матки антисептичними розчинами; за показаннями встановлювали ретроградний матковий дренаж; при гістерорафії у другому ряді використовували вузлувати вкручуючі сагітально-горизонтальні шви; після пересічення пуповини внутрішньовенно вводили цефалоспорины третього покоління, метрогіль;

4) у післяопераційному періоді поєднували профілактичні заходи з антибактеріальною і дезінтоксикаційною терапією, місцевим лікуванням (метод аспіраційно-промивного дренивання матки та ін.), ретельною корекцією інфузійно-трансфузійних призначень, застосовували імунокоректори й антиоксиданти.

Висновки

Жінки після абдомінального розродження, особливо повторного, становлять групу високого ризику з розвитку гнійно-запальних ускладнень. На частоту післяопераційної захворюваності впливають поєднані загальноклінічні та індивідуальні фактори. Обтяжує клінічну ситуацію збільшення кількості жінок зі зниженим індексом здоров'я, вагітних із сукупністю екстрагенітальної і акушерської патології та тривалим застосуванням медика-

ментозних засобів. Для запобігання гнійно-запальним ускладненням, в першу чергу, необхідно: формувати групи жінок високого ризику з метою проведення профілактичних заходів і санації на етапах до і під час вагітності; домагатися якнайменшої ймовірності інфікування при вагітності, пологах і під час операції; застосовувати комплексні новітні методи ранньої діагностики й лікування, особливо латентних і локалізованих форм захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Актуальные вопросы акушерства* / Под ред. Е. В. Коханевич. — К.: ТМК, 2001. — 152 с.
2. *Амброзійчук Я. Я., Задорожна О. Б.* Щодо питання ведення жінок, які розроджені за допомогою кесаревого розтину // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Фенікс, 2001. — С. 25-28.
3. *Анализ операции кесарева сечения по материалам клинического родильного дома № 1 г. Одессы* / И. В. Бордюжевич, И. П. Вдовенко, С. Р. Галич, М. Ю. Голубенко // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. — Сімферополь, 1998. — С. 32-34.
4. *Особенности абдоминального розродження у жінок, які мешкають в зоні аварії ЧАЕС* / Ю. П. Вдовиченко, Т. Г. Романенко, В. П. Петрусенко та ін. // Там же. — С. 38-40.
5. *Запорожан В. М.* Акушерство і гінекологія. Кн. 1. Акушерство: Підручник. — К.: Здоров'я; Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2000. — 432 с.
6. *Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения у беременных с гестозом* / Н. С. Золотухин и др. // Зб. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Абрис, 2000. — С. 53-57.
7. *Кесарево сечение* / Под ред. В. И. Краснопольского. — М.: ТОО ТЕХЛИТ, 1997. — 285 с.
8. *Клинические лекции по акушерству и гинекологии* / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. — М.: Медицина, 2000. — 380 с.
9. *Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М.* Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1998. — 192 с.

