

ної патології, що впливатиме на рівні АТ до МА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Насонов Е. Л. Современные направления иммунологических исследований при хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваниях человека // Тер. архив. — № 8. — 2001. — С. 43-46.

2. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2003. — 604 с.

3. Петунина Н. А. Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Пробл. эндокринологии. — 2002. — № 6. — С. 16-21.

4. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А., Герасимов Г. А. Аутоиммунный тиреоидит. Первый шаг к консенсусу // Пробл. эндокринологии. — 2001. — № 4. — С. 7-13.

5. Паньків В. І. Захворювання щитовидної залози: Навч. посібник. — Чернівці: БДМА, 2003. — 258 с.

6. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы: 2-е изд. — СПб.: Питер, 2001. — 416 с.

7. Болезни щитовидной железы: Пер. с англ. / Под ред. Л. И. Бравермана. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.

8. Гончарова О. А., Караченцев Ю. И., Ильина И. М. Возрастно-половые особенности взаимоотношения антитиреоидных антител при аутоиммунной тиреоидной патологии // Иммунология та алергологія. — 2003. — № 1. — С. 24.

9. Druckmann R. Review: Female sex hormones, autoimmune diseases and immune response // Gynecol. Endocrinol. — 2001. — Vol. 15 (supl. 6). — P. 69-76.

УДК 618.36:618.14-003.92

О. В. Горбунова

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Вступ

Кесарів розтин, про який йтиметься у роботі, є одним із найбільш важливих питань проблеми абдомінального розродження. Так, за даними досліджень [1], 10 років тому з приводу рубця на матці оперовано тільки 5 % жінок, а зараз цей показник у структурі всіх показань становить 30–35 %. Перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці супроводжується рядом серйозних ускладнень: загроза переривання, неправильне положення плода, низьке розташування плаценти тощо [1–4]. Крім того, одним із серйозних перинатальних ускладнень у жінок з рубцем на матці є поява синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода [2]. Виникає дуже несприятлива ситуація — оперативно розроджують жінок з рубцем на матці гіпотрофічними плодами з низькою адаптаційною можливістю. Безумовно, головною причиною розвитку цього ускладнення є фетоплацентарна недостатність.

Незважаючи на значну кількість публікацій з цієї проблеми, питання фетоплацентарної недостатності у жінок з рубцем на матці вивчені недостатньо і не в повному обсязі, хоча не викликає сумнівів той факт, що рубцеві трофічні зміни передньої стінки матки призводять до порушення матково-плацентарного кровообігу.

Все вищевикладене свідчить про необхідність проведення наукових досліджень, присвячених вивченню стану фетоплацентарного комплексу та розробці лікувально-профілактичних заходів у вагітних з рубцем на матці.

Мета роботи: з'ясувати особливості перебігу вагітності та пологів, післяпологового періоду, а також особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у вагітних з рубцем на матці.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань ми обстежили в динаміці вагітності

та післяпологового періоду 60 жінок, які були розроджені шляхом операції кесарева розтину і розподілені на дві групи:

I група — 30 первородящих, які розроджені абдомінальним шляхом через фетоплацентарну недостатність у поєднанні з іншими відносними показаннями: вік більше 30 років, великий плід, тазове передлежання, косе або поперечне положення, неплідність чи невиношування в анамнезі та ін.;

II група — 30 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з факторами ризику фетоплацентарної недостатності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні та ендокринологічні методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Як свідчать отримані дані, в I половині вагітності ми не відмічали суттєвих відмінностей залежно від наявності рубця на матці. При цьому слід відмітити той факт, що частота загрози переривання була незначно



вищою, ніж у загальній популяції (по 16,7 %). Порівняно з цим в II половині вагітності найчастішим ускладненням була анемія (46,7 % і 50,0 %), хоча за групами цей показник не зазнавав вірогідних відмінностей. Прояви фетоплацентарної недостатності у жінок з рубцем на матці були на порядок вище порівняно з I групою: багатоводдя — 20,0 %; маловоддя — 16,7 % і затримка внутрішньоутробного розвитку плода — 20,0 %. Ці клінічні особливості перебігу вагітності, особливо в II її половині, свідчать про суттєвий ризик розвитку фетоплацентарної недостатності у вагітних з рубцем на матці.

Розглядаючи питання розродження обстежених жінок, необхідно відмітити той факт, що основна частина пацієнток була прооперована при доношній вагітності: I група — 93,3 % і II — 90,0 %. Серед причин передчасного розродження можна виділити розрив плодових оболонок та загрозу неспроможності рубця на матці.

Серед головних показань до абдомінального розродження переважали хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода (63,3 %) та передчасний розрив плодових оболонок (36,7 %). Крім того, в I групі жінок серед показань можна виділити: великий плід (56,7 %) та тазове передлежання (33,3 %). В поодиноких випадках траплялося поперечне і косе положення плода (9,5 %), а також екстрагенітальна патологія (6,6 %). Встановлені відмінності серед головних показань до абдомінального розродження пов'язані, безумовно, з наявністю рубця на матці у жінок II групи.

Всі випадки розродження були виконані під ендотрахеальним наркозом з використанням міорелаксантів. У I групі хворих технічних труднощів під час операції ми не відмічали. На відміну від цього при повторному абдомінальному розродженні в 10,0 % випадків виникали технічні труднощі у зв'яз-

ку зі спайковим процесом і в 6,7 % — утруднення при витяганні плода. Дренування черевної порожнини проведено в 33,3 % випадків. Кесарів розтин проводили за методикою Гусакова в 96,7 % і лише в 3,3 % — корпоральне з приводу загрози неспроможності попереднього корпорального рубця. Операційна крововтрата була ідентичною в усіх групах: I — (573,2±41,4) мл і II — (612,8±57,3) мл ($P>0,05$). Тривалість операції становила (57,2±5,1) хв у I групі та (67,3±5,2) хв у II. Вірогідних відмінностей між групами не спостерігали.

Отримані дані свідчать про те, що в контрольній групі маса новонароджених, яка найчастіше зустрічається, становила «від 3001 до 3200 г» — 33,3 %. В I групі обстежених частіше інших мали місце два показники: «від 2801 до 3000 г» — 20,0 % і «від 3001 до 3200 г» — 20,0 %. У вагітних жінок з рубцем на матці в 26,7 % випадків була відмічена маса новонароджених «від 2801 до 3200 г». Поодинокі випадки дітей з малою масою (від 2000 до 2400 г), що зустрічаються, пов'язані з необхідністю передчасного розродження жінок з рубцем на матці у зв'язку з розривом плодових оболонок або загрозою неспроможності рубця на матці.

При оцінці стану новонароджених у контрольній групі жінок асфіксія середнього ступеня була в 6,7 %, а показник за шкалою Апгар «7–9 балів» — у 93,3 % спостережень. Під час першого абдомінального розродження з приводу фетоплацентарної недостатності в тяжкому ступені асфіксії було витягнуто 6,7 % новонароджених, у середньому — 33,3 %, а в легкому — 60,0 % дітей. Порівнюючи між собою дані показники у вагітних з рубцем на матці, слід вказати на той факт, що частота тяжкого ступеня асфіксії була на порядок вищою (16,7 % проти 6,7 %). На відміну від цього показник се-

реднього ступеня не мав вірогідних відмінностей (33,3 % і 40,0 %), а легкого — був меншим у II групі (60,0 % порівняно з 43,3 %). Надалі, через 1, 5 і 30 хв, усі новонароджені в контрольній групі знаходились у задовільному стані. В ці ж терміни, в I групі також не відмічали випадків тяжкої асфіксії, а показник частоти середнього ступеня асфіксії прогресивно знижувався з 33,3 % до 16,7 %, до 10,0 % і до 6,7 % відповідно.

Зіставляючи величини, що вивчаємо, у жінок після повторного кесаревого розтину, необхідно відмітити, що рівень тяжкого і середнього ступеня асфіксії знижувався менш виражено: 10,0, 6,7 %, а також 33,5, 26,7 і 23,3 %. Ці дані наочно свідчать про виражену різницю стану новонароджених у випадку наявності рубця на матці.

Захворюваність новонароджених у контрольній групі була лише в поодиноких випадках (3,3 %) — кон'юнктивіт. Серед особливостей неонатальної патології у дітей з I групи можна виділити суттєвий рівень постгіпоксичної енцефалопатії (13,3 %) і кон'юнктивіту (10,0 %). Решта нозологічних форм виявлялася в поодиноких випадках (від 3,3 % до 6,7 %). Порівнюючи між собою захворюваність новонароджених після першого і повторного кесаревого розтину, слід вказати на суттєву різницю таких показників, як постгіпоксична енцефалопатія (13,3 % проти 26,7 %); геморагічний синдром (6,7 % проти 20,0 %) та жовтяниця (6,7 % проти 20,0 %). Дані відмінності, безумовно, пов'язуємо з суттєвими відмінностями стану фетоплацентарного комплексу при першому і повторному абдомінальному розродженні.

Для повної характеристики фетоплацентарного комплексу були проведені ехографічні дослідження плаценти і внутрішньоутробного розвитку пло-



да, кардіотокографічні та доплерометричні дослідження, а також визначення вмісту основних ендокринологічних показників.

Динаміка фетометричних змін є дуже цінним інформативним тестом в оцінці стану фетоплацентарного комплексу. З цілої низки таких показників ми вважали за доцільне вивчити чотири: розміри голівки плода (біпаріетальний, лобно-потилічний, периметр та площу); діаметр живота, три розміри грудної клітки (поперечний, передньо-задній та серединний), а також середню довжину трубчастих кісток (стегнової, плечової, ліктьової та променевої; великої та малої гомілкової).

Резюмуючи результати динамічних біометричних досліджень, необхідно відмітити той факт, що наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку фетоплацентарної недостатності з затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, причому за асиметричним варіантом (вірогідне зниження всіх розмірів, що вивчаються). Крім того, необхідно відмітити недостатню ефективність використовуваних лікувально-профілактичних методик щодо ведення жінок з рубцем на матці, що, безумовно, вказує на необхідність їх удосконалення.

Особливий інтерес являють

доплерометричні дані, одержані в динаміці вагітності. Отже, як показали результати доплерометричних досліджень, проведених з урахуванням факторів ризику, однією з головних причин розвитку фетоплацентарної недостатності у вагітних з рубцем на матці є перенесені після першої операції гнійно-запальні ускладнення або порушення контрактильної здатності матки. Даний факт має, безумовно, велике прогностичне значення, а також вказує на необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів, які існують.

Для повної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу ми вважали за доцільне проведення ендокринологічних досліджень. Встановлені зміни ендокринологічного статусу свідчать про те, що у вагітних з рубцем на матці виявляється виражена фетоплацентарна недостатність із гіпофункцією плаценти як органа ендокринної системи. Характерною особливістю є той факт, що гіпоестрогенія проявляється вже в 28 тиж вагітності, тимчасом як ехографічні та доплерометричні зміни тільки з 32–33 тиж. Це вказує, на нашу думку, на необхідність комплексної корекції фетоплацентарної недостатності в цій групі хворих уже після 20 тиж, тобто після фор-

мування фетоплацентарного комплексу.

Висновки

Таким чином, як свідчать дані нашої наукової роботи, наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку фетоплацентарної недостатності. Особливо це виражено у випадку перенесених після першої операції гнійно-запальних ускладнень та порушень контрактильної здатності матки. Використовувані в наш час лікувально-профілактичні заходи при високому ризику розвитку фетоплацентарної недостатності у жінок з рубцем на матці є недостатньо ефективними. Це диктує необхідність удосконалення лікувально-профілактичної методики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А. Кесарево сечение. — СПб.: Всеосоюз. молодеж. кн. центр. Фил. «Васильевский остров», 1999. — 147 с.
2. Бейлин А. Л., Кретова Н. Е., Каллаева П. А. Кесарево сечение при миоме матки // Вопросы охраны материнства и детства. — 1990. — № 4. — С. 55-58.
3. Кулаков В. И., Шмаков Г. С. Миоэктомия и беременность. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 344 с.
4. Babknia A., Rock, J. A., Jones H. W. Pregnancy success following abdominal myomectomy for infertility // Fertil. and Steril. — 1998. — Vol. 30, N 6. — P. 644.

УДК 616.348/.351-089.87:616.34-089.844]-084:614.253.83

Ф. І. Гюльмамедов, О. І. Міміношвілі, П. Ф. Гюльмамедов,
О. П. Кухто, Г. К. Кухто, О. М. Нестеренко, Г. Є. Полунін

ПРОФІЛАКТИКА ЯТРОГЕННИХ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ КИШКОВОЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Проблема медичної і соціальної реабілітації хворих із колостоמוю, незважаючи на її вивчення протягом багатьох років, залишається надзвичайно

актуальною і сьогодні [1; 2]. Найважливішим аспектом цієї проблеми в сучасній колопроктології є відновлення кишкової безперервності після операцій,

що закінчуються виведенням одностовбурної колостоми.

Особливості виконання реконструктивно-відновних операцій (РВО) після операції

