

УДК 618.5 – 089.888.61-037+618.29

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНОГО РОЗРОДЖЕННЯ

Горбунова О.В.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м. Київ

Ключові слова: кесарів розтин, репродуктивна система, патологія.

Вступ. На сьогоднішній день гнійно-септичні ускладнення після кесарева розтину представляють серйозну акушерську проблему, тому що не мають тенденції до зниження і займають одне з перших місць у структурі материнської захворюваності й смертності [3, 4, 6]. Дуже важливим є той аспект, що на відміну від ендометриту після піхвових пологів ендометрит після кесарева розтину має свої особливості, обумовлені наявністю додаткових ушкоджених ділянок тканин (рани на матці) і стороннього для організму жінки шовного матеріалу. В умовах запалення порушуються репаративні процеси в рані, а шовний матеріал, що має “гнотовий ефект”, у ряді випадків сприяє розповсюдженню інфекції в міометрій і малий

таз [1, 2, 5]. Однак у ряді випадків гнійний процес у матці приймає затяжний, торпідний перебіг, приводить до розвитку локального або тотального панметриту, гнійно-інфільтративного параметриту, некрозу міометрія в області швів на матці з розходженням країв рани, генералізації інфекції, утворенню відмежованого перитоніту і гнійних тубоваріальних утворень, генітальних норниць, абсцесів у малому тазі [1]. Подібні ускладнення не вкладаються в поняття ендометриту і є одним з найменш вивчених питань сучасного акушерства і гінекології.

Мета дослідження – вивчити основні особливості патології репродуктивної системи після абдомінального розродження і можливі шляхи її зниження.

Матеріали і методи. Відповідно до поставленої мети нами було проведено комплексне клініко-лабораторне і функціональне обстеження 75 хворих з ендометритом після абдомінального розродження, що були розділені на такі групи: контрольна група – 30 хворих з ендометритом після кесарева розтину без ознак генералізації інфекції й основна група – 45 хворих з ендометритом після абдомінального розродження з різними відстроченими ускладненнями (вторинна неспроможність швів на матці, панметрит, генітальні нориці, абсцеси у малому тазі і черевній порожнині, тубоваріальні утворення). В залежності від характеру клінічних симптомів і ехографічних досліджень хворі основної групи були розділені на три підгрупи: I підгрупу склали 15 хворих, у яких виявлені ознаки прогресуючого ендометриту з частковим розходженням післяопераційного шва на матці, але без некрозу стінки нижнього сегмента; II підгрупу склали 15 хворих з ознаками гнійно-деструктивних змін нижнього сегмента в зоні швів з розходженням країв рани (локальний панметрит); III підгрупу склали 15 хворих з ознаками тотального панметриту і наявністю вогнищ у малому тазі і черевній порожнині.

З метою уточнення етіопатогенезу захворювання, ступеня інтоксикації і вираженості патологічного процесу, а також вироблення адекватної консервативно-хірургічної і хірургічної тактики, проведення ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів були застосовані такі методи дослідження: лабораторні, ультразвукові, мікробіологічні, морфологічні і статистичні.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз клінічних проявів відстрочених ускладнень кесаревого розтину дозволив виявити ряд ранніх симптомів, що свідчать про різні варіанти генералізованої інфекції: переходу запального процесу в стінку матки (панметрит), некроз, абсцедювання в області швів на матці (їхня неспроможність) і абсцедювання в малому тазі. До цих симптомів віднесли: тривалий субфебрилітет або підвищення температури вище 38°C після 10 доби післяопераційного періоду на фоні проведеної терапії; стійку субінволюцію матки, що не піддається утеротонічній або протизапальній терапії; патологічний характер лохий після 10 доби післяопераційного періоду; відсутність тенденції до формування шийки матки; наявність гематоми або інфільтрату в позадуміхуровому просторі; помірний, але тимчасовий парез кишечника.

Особливий інтерес представляють результати мікробіологічних даних. Так, аналіз результатів бактеріологічного дослідження показав, що ріст тієї або іншої мікрофлори спостерігався в 76,7% як в основній, так і в контрольних групах. Виділена мікрофлора була різноманітна, з перевагою патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів: в основній групі – епідермальний стафілокок (66,7%); кишкова паличка (16,7%); ентерокок (26,7%); дріжджоподібні гриби (26,7%) і асоціації мікробної флори (76,7%). Подібний мікробний пейзаж, рівно і як відсутність флори в посівах, міг бути наслідком тривалої антибактеріальної

терапії в ранньому післяопераційному періоді і труднощами ідентифікації анаеробних мікроорганізмів. Тому достовірно судити про характер збудників ендометриту на етапі відстрочених ускладнень не представлялося можливим.

В останні роки встановлено, що найбільш інформативним з неінвазивних методів діагностики є ультразвук. На підставі проведених досліджень виявлені специфічні ультразвукові ознаки, характерні тільки для хворих з відстроченими ускладненнями кесарева розтину: субінволюція матки у всіх хворих; розширення порожнини матки в 76,7% випадків; фіброзні накладення на стінках порожнини матки в 86,7% випадків; виражена інфільтрація тканин в області швів у 66,7% випадків; неоднорідність міометрія тільки в області шва (при частковій неспроможності швів на матці) у 26,7% випадків; в області шва, передньої, задньої стінках матки (при панметриті) у 46,7% випадків; деформація як зовнішнього, так і внутрішнього контуру матки в 56,7% випадків; абсцедювання міометрія в області рубця і прилягаючих областей у 26,7% випадків; ехографічно це виявлялося у виді ехонегативних включень різних розмірів (від 0,5 до 5 см) і форми (у виді «метелика» або «конуса») у товщі міометрія. Основною ультразвуковою ознакою, властивою тільки хворим з неспроможністю швів на матці, був дефект у виді «ніші» або «ніш» в області післяопераційного шва. Крім того, у пацієнок основної групи визначали інфільтрати, гематоми в передміхуровій клітковині (56,7%), абсцеси в малому тазі і черевній порожнині (86,7%). Подібна ультразвукова картина могла побічно свідчити про розвиток некрозу в області швів на матці або абсцедювання (локальний або тотальний панметрит).

Слід зазначити, що окремим аспектом є тактика ведення хворих основної групи, що вибиралася і проводилася суворо індивідуально з обліком наявних даних клініко-лабораторного і функціонального обстеження. Так, в I підгрупі оперативне лікування було проведено тільки в одному випадку (6,7%); в II – у половині (53,3%), а в III – у всіх спостереженнях.

Особливістю проведеного оперативного лікування була наявність вираженого спайкового процесу в черевній порожнині й у малому тазі, наявність множинних абсцесів, виражені деструктивні зміни матки і суміжних органів, тазової, параметральної, передміхурової клітковини, стінки сечового міхура і кишки. Цим хворим зроблена екстирпація матки (питання про видалення додатків вирішувалося індивідуально в залежності від ступеня ушкодження яєчників), спорожнювання абсцесів, санація й активно-промивне дренування черевної порожнини і малого тазу.

Підтвердженням подібного підходу є дані морфологічного дослідження вилучених тканин і віддалені результати лікування. Морфологічна картина вилученої матки характеризувалася наявністю великого некрозу шва в післяопераційній зоні в поєднанні з вогнищами нагноєння у віддалених від операційної зони відділах матки (дно, задня стінка). Некротичні вогнища розташовувалися як у ендометрії, так і в міометрії.

Висновки. Таким чином, як показали результати проведених досліджень, операція кесарева розтину є серйозним фактором ризику розвитку патології репродуктивної системи, особливо при розвитку ендометриту в післяопераційному періоді.

Отримані результати диктують необхідність подальшого вивчення даної проблеми, а також розробки нового комплексу лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н. Современные подходы к профилактике гнойно-септических осложнений после кесарева сечения // Вестн. Росс. ассоциации акушеров - гинекологов. - 1997. - №4. - С.40-47.
2. Белоцерковцева Л.Д., Мазуркевич В.В., Стрижаков А.Н. Лечебная гистероскопия при эндометритах после кесарева сечения // Журнал акушерства и женских болезней. - 1998. - Спец. выпуск. - С.22-23.
3. Венцківський Б.М. Діагностика та лікування гнійно-септичних ускладнень в акушерській практиці і профілактика материнської смертності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1996. - №1. - С.39-42.
4. Венцківський Б.М., Куш В.М., Пащенко Г.В. Сучасні аспекти антибактеріальної терапії післяпологових гнійно-запальних захворювань // Тези пленуму правління акушерів-гінекологів України "Гнійно-запальні процеси в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці". - Запоріжжя, 1995. - С.14.
5. Галау С.І. Біохімічні зміни в організмі жінок з гнійно-септичними захворюваннями після операції кесарського розтину // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1995. - №3. - С.35-36.
6. Гойда Н.Г. Шляхи зниження материнської смертності при операції кесарева розтину у вагітних з екстрагенітальною патологією // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1999. - №5. - С.66-68.

SUMMARY

FEATURES OF A PATHOLOGY OF REPRODUCTIVE SYSTEM AFTER ABDOMINALE DELIVERIES

Gorbunova O.V.

As have shown results of the lead researches operation cesaerean sections is a serious risk factor of development of a pathology of reproductive system, it is especial at development endometrite in the postoperative period. The received results dictate necessity the further studying of the given problem, and also development of a new complex of medical - diagnostic and rehabilitation actions.

Key words: cesaerean section, reproductive system, a pathology.