

УДК 618.14-089.85-085

А.Б. ТУСУПКАЛИЕВ, Б.Ж. КАРИМОВА, С.Ю. ШИКАНОВА, Ж.Ж. ДАРИБАЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова, г. Актобе

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Статья посвящена органосохраняющим операциям в лечении больных с несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения. Приведены результаты лечения четырех родильниц с несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения, которые развились в течение 3-4 суток после операции. Во всех случаях проведено органосохраняющее лечение, для улучшения результатов которого использована комбинированная озонотерапия.

Ключевые слова: кесарево сечение, несостоятельность швов на матке, озонотерапия.

Частота кесарева сечения в Европе, США и Канаде варьирует от 5-5,5% до 18,7-28,6%. В России и Казахстане в среднем частота оперативного родоразрешения составляет 10% [1]. По данным ОПЦ г. Актобе показатель ее колеблется в пределах от 8,7% в 2009 году до 11,7% в 2010 году. Рост частоты операции кесарева сечения закономерно влечет повышение частоты послеоперационных инфекционных осложнений. По данным различных авторов, частота гнойно-септических заболеваний после кесарева сечения колеблется от 13,3 до 54,3%, а у женщин с высоким инфекционным риском она достигает 91% [2, 3]. Несмотря на то, что такое грозное осложнение, как перитонит после операции кесарева сечения, в настоящее время встречается относительно редко (0,2-0,8%) (Соболев В.Б. и соавт., 1989; Мирон И.М., 1991), в структуре причин материнской смертности больные перитонитом и сепсисом составляют от 36,7-37,9% до 45,5-49,8% (Серов В.Н. и соавт., 1987; Старостина Т.А. и соавт., 1989) [4].

В настоящее время в акушерско-гинекологической практике при возникновении гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения, таких как несостоятельность швов на матке на фоне эндометрита, абсцедирование миометрия, абсцесса позадипузырной клетчатки, параметрия или абсцессов, сформировавшихся при участии смежных с маткой органов, гнойного поражения придатков, перитонита, выполняется травмирующая для женщины операция – экстирпация послеродовой матки с маточными трубами [5, 6]. Поэтому необходима разработка новых хирургических методов лечения несостоятельности швов на матке, которые позволили бы сохранить матку как детородный орган у женщин фертильного возраста (Стрижаков А.Н. и соавт., 1996; Краснопольский В.И. и соавт., 2001). Современные новые технологии имеют широкие возможности в лечении гнойно-септических осложнений в акушерской практике и позволяют улучшить их результаты, что открывает новые перспективы в разработке органосберегающего направления в акушерстве [6, 7, 8].

В работе приведены результаты лечения семерых женщин (за период с августа 2010 г. по январь 2012 года), родоразрешенных путем операции кесарева сечения, послеоперационный период у которых осложнился несостоятельностью швов на матке и перитонитом, которым было проведено органосохраняющее хирургическое лечение. Возраст обследуемых женщин колебался от 20 до 25 лет. Четыре пациентки были повторнобеременными, первородящими (исходы первой беременности: внематочная беременность – у двух женщин; самопроизвольный выкидыш – у одной); данная беременность у них была второй. Трое – повторнородящие. Анализ индивидуальных карт беременных

показал, что у всех женщин беременность протекала на фоне умеренной анемии.

Все женщины родоразрешены в доношенном сроке. Показаниями к оперативному родоразрешению в 100% случаев была тазово-головная диспропорция, возникшая во втором периоде родов. Кесарево сечение выполнено поперечным разрезом в нижнем сегменте матки, с последующим восстановлением разреза на матке двухрядным викриловым швом по Ревердену. На кожу у двух пациенток наложены швы по Донати, внутрикожный косметический шов – у 5. Продолжительность операции варьировала от 33 до 39 минут. В одном наблюдении (у пациентки с внематочной беременностью в анамнезе) имелись интраоперационные трудности, обусловленные спаечным процессом брюшной полости. Кровопотеря в среднем составила 500 мл, у одной женщины – 700 мл. Антибактериальная профилактика проведена трем родильницам интраоперационно препаратами цефалоспоринового ряда III-IV поколения в дозе 2,0 грамма; не проведена у одной женщины с указанием на отягощенный аллергологический анамнез.

Состояние рожденных детей удовлетворительное, вес их колебался от 3940,0 до 4200,0 г, оценка по шкале Апгар 7 и более баллов.

У шестерых родильниц в течение первых суток наблюдались субфебрильное повышение температуры тела 37,5-37,8°C, снижение перистальтики кишечника. Одна женщина не имела отклонения от нормального течения пuerперия. Только лишь УЗИ, проведенное квалифицированным специалистом, позволило диагностировать несостоятельность швов на матке в ранние сроки (3-4 сутки), даже при отсутствии или невыраженности клинической картины развивающегося осложнения, что, конечно же, повлияло на результаты их лечения.

Учитывая ограниченный характер воспалительных изменений, молодой возраст женщин и желание сохранить репродуктивный орган, нами проведено органосохраняющее хирургическое лечение. Объем хирургического вмешательства включал релапаротомию, иссечение некротических тканей брюшной стенки и матки, выскабливание стенок матки, озоносанацию полости матки (АС № 18746 от 13.02.2006 г.), наложение вторичных швов на матку, озоносанацию и дренирование брюшной полости, восстановление целостности брюшной стенки.

Приводим клинические примеры:

1) Повторнобеременная, **первородящая К., 1985 года рождения**, история родов №614, с нормальными размерами таза и беременностью 40 недель поступила в ОПЦ г. Актобе 24.01.2011 г. через 30 минут от начала регулярной родовой деятельности с целыми околоплодными водами.

Из анамнеза: 1-я беременность – 1 год назад – внематочная беременность слева, тубэктомия. 2-я беременность – данная.

В родах отмечалось раннее излитие вод. В экстренном порядке во II периоде родов по поводу тазово-головной диспропорции – взята на операцию кесарева сечения.

24.01.2011 г. 23.26-24.05 – операция. Продолжительность операции – 39 минут. На 3 минуте извлечен живой доношенный мальчик массой 4000,0 г, длиной 57 см, оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. На матку наложен 2-рядный викриловый шов, с перитонизацией пузырно-маточной складкой. Интраоперационно введено 2,0 грамма цеф-3.

Лабораторно: Нв 90 г/л, тромб. – 235 x10⁶/л, гематокрит – 30%, общий белок – 67,5 г/л.

После операции: на 2-е сутки перистальтика кишечника вялая, стула не было.

На 4-е сутки произведено УЗИ: матка 135-65-130 мм. В области швов на матке слева имеются гиперэхогенные включения в виде пузырьков газа. Полость матки сомкнута, без патологических включений. Свободной жидкости за маткой нет. Заключение: 4-е сутки после КС. Несостоятельность швов на матке?

Общее состояние удовлетворительное, пульс 86 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Матке плотная, на уровне пупка, чувствительная при пальпации.

Вагинально: матка увеличена до 17 недель, болезненная при пальпации слева, выделения – кровянистые, без признаков инфицирования.

Лабораторные данные: лейкоциты – 15 x10⁹/л, Нв – 70 г/л, гематокрит – 21%, СОЭ – 67 мм/час, белок – 71,0 г/л.

Решено произвести релапаротомию по поводу несостоятельности швов на матке.

Операция: 28.01.2011 г. 13.55 (продолжительность 1 час 20 минут). Релапаротомия. Иссечение краев раны на матке. Наложение вторичных швов. Выскабливание полости матки, санация и дренирование брюшной полости. Иссечение краев раны на коже.

На операции: брюшная полость сухая, признаков распространенного перитонита нет. Матка увеличена до 17-18 недель, мягкой консистенции. При осмотре швов на матке в левом углу отмечается дефект размером 1x2 см, глубина 2 см. Здесь же имеется около 8-10 мл геморрагического экссудата, который ограничен окружающими тканями. Произведено выскабливание полости матки – удалены сгустки крови в количестве 150 мл. Края раны на матке иссечены в пределах здоровых тканей шириной 1,3-1,5 см, наложен 2-рядный викриловый шов по Ревердену с перитонизацией пузырно-маточной складкой. Дренирование брюшной полости.

В послеоперационном периоде получала антибактериальную (цеф-4, метрогил, дифлюкан) и антианемическую терапию.

Послеоперационный период протекал гладко. Показаний для контрольно-санационной лапароскопии тазовой полости не было.

Гистологически: обрывки фиброзной и децидуальной ткани с кровоизлиянием и очаги воспалительной инфильтрации (иссеченные кусочки); соскоб – кровь, децидуальная ткань с нарушением кровообращения, с воспалительной инфильтрацией и очаги некроза, единичные эндометриальные железы.

На 10-е сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой с ребенком.

2) Повторнобеременная, **первородящая М., 1989 года рождения**, история родов №808, поступила в ОПЦ 02.02.2011 г. в сроке 38 недель беременности без родовой деятельности. Диагноз: Беременность

38 недель. Вызванная беременностью артериальная гипертензия.

Из анамнеза: 1-я беременность – 1 год назад – самопроизвольный выкидыш в сроке 5-6 недель, с выскабливанием полости матки. 2-я беременность – данная. При беременности – анемия легкой степени.

В стационаре получала лечение артериальной гипертензии.

На 5-е сутки пребывания в стационаре переведена в родильное отделение с началом схваток. Во втором периоде в экстренном порядке взята на операцию кесарева сечения по поводу тазово-головной диспропорции. 08.02.2011 г. – операция. На 4-й минуте извлечен живой мальчик массой 3940,0 г, длиной 57 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. На матку наложен 2-рядный викриловый шов с перитонизацией пузырно-маточной складкой. Дренирование брюшной полости справа. Кровопотеря 700,0 мл.

Лабораторно: Нв 102 г/л, лейкоциты – 13 x10⁹/л, СОЭ – 47 мм/час.

На 3-е сутки произведено УЗИ: матка 130-84-148 мм. В области швов на матке слева имеются гиперэхогенные включения в виде пузырьков воздуха. Полость матки сомкнута, без патологических включений. Свободной жидкости за маткой нет. Заключение: 3-е сутки после КС. Несостоятельность швов на матке?

Общее состояние удовлетворительное, пульс 116 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника активная, стул и газы были после клизмы и бисакодила. Матке плотная, на 1 палец ниже пупка, болезненная при пальпации по левому ребру.

Лабораторные данные: лейкоциты – 13,1 x10⁹/л, Нв – 102 г/л, гематокрит – 35%, СОЭ – 47-40 мм/час, белок – 69,0 г/л.

Решено произвести релапаротомию.

11.02.2011 г. произведена релапаротомия. Иссечение краев раны на матке. Наложение вторичных швов на матку. Выскабливание полости матки, санация и дренирование брюшной полости. Блокада корня брыжейки.

На операции: незначительная серозная жидкость в подкожно-жировой клетчатке в количестве 5-6 мл. Брюшная полость сухая, признаков распространенного перитонита нет. Матка увеличена до 18-19 недель, дряблая. При осмотре швов на матке в левом углу отмечается дефект размером 1x1,5 см, глубиной 2 см, отделяемое серозно-пенистое. Произведено выскабливание полости матки – удалены сгустки крови в количестве 100 мл. Края раны на матке иссечены в пределах здоровых тканей, наложен 2-рядный викриловый шов по Ревердену с перитонизацией пузырно-маточной складкой. Дренирование брюшной полости справа. Кровопотеря 400 мл.

После операции назначена антибактериальная (препенем, метрогил, ципрокс) терапия.

УЗИ-контроль швов на матке, брюшной и тазовой полостей патологии не выявил.

Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-е сутки, заживление первичным натяжением.

На 8-е сутки родильница в удовлетворительном состоянии выписана домой с ребенком.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проведена антибактериальная терапия. Послеоперационный период протекал гладко, степень тяжести по шкале APACHE II составляла 8-9 баллов. Проведение контрольно-санационных лапароскопий не потребовалось.

Таким образом, в данных случаях диагноз установлен своевременно, процесс локализовался в зоне дефекта в стенке матки, перитонита и синдрома системной воспалительной реакции организма не было. Общее удовлетворительное состояние организма, отсутствие перитонита, наличие условий для технического выполнения операций, использование современных технологий, способствующих уменьшению микробной обсемененности и улучшению течения репаративных процессов (озонотерапия полости матки и брюшной полости, проведение санационной лапароскопии) обеспечили благоприятный результат.

На данном уровне накопленного нами опыта для обоснования конкретных показаний к выполнению органосохраняющих операций конечно же недостаточно. В каждом конкретном случае тактика должна определяться индивидуально с учетом:

1. Состояния больной по APACHE-II, тяжести процесса и степени выраженности системной воспалительной реакции организма (SIRS);

2. Состояния матки, степени выраженности эндометрита (по клиническим данным и результатам гистероскопических исследований);

3. Возможности технического выполнения операции – иссечение краев раны на матке в пределах здоровых тканей с последующим наложением швов и герметизацией пузырно-маточной складкой брюшины.

Разумеется, у тяжелых больных с показателями APACHE-II более 10-12 баллов, с генерализацией процесса (SIRS IV и более) с выраженными клинико-эндоскопическими признаками метроэндометрита – выполнение органосохраняющих операций будет рискованным и неоправданным.

Следовательно, одним из важных условий для обеспечения успеха операции является оснащенность лечебного учреждения современной инновационной технологией, которая позволяет осуществить в полном объеме программу послеоперационной терапии и своевременно диагностировать возможные осложнения (УЗИ, контрольно-санационные лапароскопии и др.). Все операции завершились успешно, каких-либо осложнений, связанных с сохранением матки, не было.

Возможно, удельный вес таких органосохраняющих операций пока не так высок, чтобы считать ее узаконенной тактикой лечения перитонита после операции кесарева сечения. Но считаем вполне достаточным целенаправленно изучать и развивать это перспективное направление.

Таким образом, наш опыт свидетельствует, что развитее перитонита после операции кесарева сечения не является обязательным показанием к удалению органа, современный уровень научно-технического прогресса позволяет по дифференцированным показаниям выполнить органосохраняющие операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В. Физиология и патология послеродового периода. – М., 2004. – 120 с.

2 Сидорова И.С., Макаров И.О., Леваков С.А. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания. – М.: ООО «МИА», 2006. – 128 с.

3 Чиладзе А.З. Современные методы лечения тяжелых форм акушерских гнойно-септических заболеваний: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.01. – М., 1989. – 33 с.

4 Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459 с.

5 Айламазян Э.К., Новиков Б.Н., Павлова Л.П. и др. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 432 с.

6 Изимбергенов Н.И., Каримова Б.Ж. Диагностика и лечение перитонитов после операции кесарева сечения. Методические рекомендации, Актобе, 2010. – 28 с.

7 Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2001. – С.195-222

8 Стрижаков А.Н., Баев О.Р. и др. Органосохраняющее хирургическое лечение при несостоятельности шва на матке и перитоните после кесарева сечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Том 7, №3. – С. 5-10

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**А.Б. ТҮСІПҚАЛИЕВ, Б.Ж. КӘРІМОВА,
С.Ю. ШИҚАНОВА, Ж.Ж. ДӘРІБАЙ**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медициналық университеті, Ақтөбе қ.

КЕСАРЬ ТІЛІГІНЕН КЕЙІНГІ ЖАТЫРДАҒЫ ТІГІСТЕРДІҢ МҮШКІЛ КҮЙІ КЕЗІНДЕГІ АҒЗА САҚТАУШЫ ОПЕРАЦИЯЛАР

Жұмыста операциядан кейінгі кезең ішінде жатырдағы тігістердің мүшкіл күйі күрделенген, кесарь тілігінің операциясынан кейінгі 9 жаңа босанған әйелдерді емдеудің нәтижелері берілген. Диагностиканың замани әдістерін қолдану дамушы қиындықтарды өз уақытында диагностикалауға мүмкіндік берді, нәтижесінде ағза сақтаушы операциялар жасалды. Хирургиялық килігудің көлемі релапаротомиядан, құрсақ қабырғасы мен жатырдың кротикалық емес тканьдерін тілуден, жатыр қабырғаларын қырудан, жатыр қуысын озондық санациялаудан, жатырға екіншілікті тігістерді салудан, құрсақ қабырғасын озондық санациялау мен құрғатудан, құрсақ қабырғасының толықтығын орнына келтіруден тұрды. Барлық операциялар табысты аяқталды, жатырды сақтауға қатысты қандай да бір қиындықтар болған жоқ.

Негізгі сөздер: кесарь тілігі, жатырдағы тігістердің мүшкіл күйі, озондық терапия.

S U M M A R Y

**A.B. TUSUPKALIYEV, B. Z. KARIMOVA,
S.Y. SHIKANOVA, Z. Z. DARIBAY**

Marat Ospanov West-Kazakhstan State Medical University, Aktobe c.

CONSERVATIVE OPERATIONS IN UTERINE SUTURE FAILURE AFTER CAESAREAN SECTION

The work presents the results of treatment of 9 postpartum women after cesarean section, whose postoperative period was complicated by uterine suture failure.

The use of modern diagnostic techniques has allowed to diagnose developing complications, and as a result, conservative operations were performed.

The scope of surgical interventions included relaparotomy, the excision of necrotic tissues of the abdominal wall and uterus, the curettage of uterine cavity, the ozone sanitation of uterine cavity, the putting of secondary sutures on the uterus, the ozone sanitation and drainage of abdominal cavity, the restoration of abdominal wall integrity.

All the operations were successful, there were no complications related to the preservation of the uterus.

Key words: cesarean section, uterine suture failure, ozone therapy.