

© Польова С.П., Григоренко П.П., Польовий В.П.

УДК 618.5-089.888.61-06:616-002.3]-072.1

## КЕСАРІВ РОЗТИН ТА ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ

С.П.Польова\*, П.П.Григоренко\*\*, В.П.Польовий\*

*Кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько) \*Буковинської державної медичної академії, акушерства та гінекології факультету післядипломної освіти (Хмельницький філіал) (зав. – проф. П.П.Григоренко) \*\*Вінницького державного медичного університету ім. М.І.Пирогова*

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства залишається гнійно-септична інфекція [5, 7]. У структурі післяпологових інфекційних ускладнень провідне місце належить ендометриту, частота якого становить від 10 до 45% [1, 3, 8]. Важливість проблеми післяпологового ендометриту (ПЕ) обумовлена його можливими ускладненнями (перитоніт, інфекційно-токсичний шок, сепсис) [1, 2, 7]. Особливо зростає ймовірність розвитку ПЕ після кесаревого розтину, незважаючи на наявність значної кількості засобів його лікування та профілактики [4, 8]. Тому застосування відеогістероскопії та активне ведення ПЕ є важливим методом запобігання генералізованих форм інфекції в акушерстві [6, 8].

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність та безпеку оперативного розродження породіль з метою профілактики післяпологової гнійно-септичної інфекції.

**Матеріал і методи.** Обстежено 19 породіль з ПЕ та підозрою на ендометрит після кесаревого розтину. У 9 породіль (контрольна група) кесарів розтин проводили за традиційною методикою: лапаротомія способом Пфаненштиля з поперечним розтином матки в її нижньому сегменті. Розріз зашивали дворядним вузловим кетгуттовим швом. У 10 породіль (основна група) кесарів розтин проводили лапаротомією Кохена-Старка, де розріз на матці виконували по контракційному кільцю, на рівні прикріплення міхурово-маткової складки. Правий кут рани прошивали вузловим швом, знизу стінку матки прошивали без захоплення маткової фасції, а зверху – обвивним кушнірським швом. Маткову фасцію та міхурово-маткову складку зашивали залишком нитки обвивним швом від обох кутів рани, а кінець нитки зв'язували з її початком, фіксованим на затискачі (патент України № 36075А).

Для накладання швів використовували полірований кетгут №3/7 та фторест. Планові оперативні втручання виконувалися переважно за показаннями з боку плода.

Діагностика ПЕ проводилася загальноприйнятими клінічними, лабораторними та інструментальними методами дослідження. Для оцінки стану матки і вмісту її порожнини використовували ехографію апаратом "Aloka SSD-1100" (Японія), а гістероскопію – гістероскопом фірми "Karl Storz" (Німеччина) за загальноприйнятою методикою. Бактеріологічне дослідження проводилось з визначенням видового і кількісного складу мікрофлори. Вміст порожнини матки досліджували гістологічно.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клініко-статистичний аналіз результатів дослідження показав, що ПЕ частіше виникає у породіль, де використовувався дворядний кетгуттовий шов за способом Єльцова-Стрелкова. У 6 породіль контрольної групи гістероскопічно спостерігали неспроможний рубець на матці, який візуально був схожий до борозни, шириною 1,0-1,5 см і довжиною 6,0-7,0 см. Відрізки кетгуттових ниток у місці неспроможності звисали в порожнину матки. У 3-х породіль контрольної групи гістероскопічно рубець мав вигляд поперечного валу довжиною 5,0-6,0 см з дефектом післяопераційного шва (ніша). Прилеглі тканини сірого кольору. Розміри дефекту коливались від 2,0 до 3,0 см. Однак точні розміри дефекту гістероскопічно визначити складно, бо дно ніші нерівне, а дефект шва формується в результаті поступового введення в рану гістероскопа.

Морфологічне дослідження рубця на матці показало, що у породіль контрольної групи, де застосовувався дворядний вузловий

вий кетгутувий шов Єльцова-Стрелкова, виникла його неспроможність, яка проявлялася значною дезорганізацією шарів стінки матки з порушенням їх диференціації. Групи м'язових волокон різноспрямовані, з утворенням концентричних структур. Дезорганізація м'язових пучків визначалася вrostанням у них сполучної тканини у вигляді колагенових волокон. Спостерігалось посилення розвитку колагенових волокон навколо пучків м'язових волокон. При частковій неспроможності рубця морфологічні зміни проявлялися розростанням грануляційної тканини з переходом її у фіброзну тканину, з явищами вогнищевої помірної інфільтрації лімфоцитами та гістіоцитами. З'являлася проліферативна реакція навколо залишків шовного матеріалу у вигляді великих багатоядерних клітин.

Із 10 породіль основної групи ПЕ гістероскопічно проявлявся трьома патогенетичними варіантами. У двох породіль – це був справжній ендометрит, який характеризувався пошкодженням тільки ендометрію. Чинниками ПЕ були грампозитивні коки (ентерококи, стафілококи), значно рідше виділялися ентеробактерії, гонококи і псевдомонади. У 5-ти породіль виявлено ПЕ із залишками та некрозом децидуальної тканини. У трьох породіль ендометрит супроводжувався затримкою плацентарної тканини. Бактеріологічно знайдено бактерії, превотели і пептокок. В основній групі породіль неспроможності швів на матці не виявлено.

Гістологічне дослідження рубців на матці у породіль, де використовувався однорядний безперервний кушнірський кетгутувий шов, показало, що при цьому зберігається орієнтація м'язових волокон середнього шару міометрія. Не виявлено поширених ділянок розростання сполучної тканини. У міжм'язовій сполучній тканині виявлялися поодинокі інфільтративні вали лімфоцитів та гістіоцитів.

Гістостереометричне дослідження рубців на матці з однорядним безперервним швом у порівнянні з дворядним вузловим показало, що неушкоджених м'язових волокон в 1,4 раза більше, м'язових волокон з гіпертрофією – в 1,4 раза менше, з явищами дистрофії – в 2,4 раза менше. Розростання сполучної тканини спостерігалось в 4,9 раза рідше, лімфоцитарна та гістіоцитарна інфільтрація рубця була нижчою. Однорядний шов не викликав ішемізації країв рани і великого накопичення в тканинах шовного матеріалу, що підтверджено повторною гістероскопією.

**Висновки.** 1. Запропонований спосіб кесаревого розтину з однорядним безперервним кушнірським швом сучасним якісним шовним матеріалом не викликає первинної та вторинної неспроможності рубця матки. 2. Розроблений спосіб кесаревого розтину є високоекономічним, скорочує тривалість оперативного втручання і значно знижує частоту післяпологових гнійно-септичних ускладнень.

### Література

1. Астахов В.М., Свиридова В.В., Былым Г.В. *Етиология, патогенез, клиника, лечение и профилактика послеродового эндометрита* // Вісн. асоц. акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 4 (9). – С. 27-84.
2. Бойчук А.В. *Інфекційний післяпологовий ендометрит і його місцеве лікування* // Інфекційні хвороби. – 1997. – № 4. – С. 26-28.
3. Горин В.С., Серов В.Н., Семенов Н.Н. *Диагностика и лечение послеродового эндометрита* // Акуш. и гинекол. – 2001. – № 6. – С.10-14.
4. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. *Кесарево сечение*. – М.: Медицина, 1998. – 191 с.
5. Ніколайчук М.П. *Системний підхід до проблеми гнійно-септичних захворювань у післяродовому періоді* // ПАГ. – 1993. – № 1. – С. 31-33.
6. Потапов В.О., Баштова Н.В. *Ефективність хірургічної санації порожнини матки та біорезонансної стимуляції у комплексній терапії післяпологового ендометриту* // Мед. перспективи. – 2001. – Т. 6, № 4. – С. 83-86.
7. Степанківська Г.К. *Гнійно-запальні захворювання в акушерстві та гінекології за сучасних умов* // ПАГ. – 1996. – № 1. – С. 36-39.
8. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., Баев О.Р. *и др. Современные методы диагностики и принципы терапии различных форм послеродового эндометрита* // Акуш. и гинекол. – 1991. – № 5. – С. 37-41.

## CESAREAN SECTION AND PYOO-SEPTIC COMPLICATIONS

*S.P.Poliova, P.P.Hryhorenko, V.P.Poliovy*

**Abstract.** A complex examination of parturient women with postpartum endometritis (PE) and a suspicion of endometritis has been carried out following abdominal delivery. While diagnosing PE, the authors used fluid hysteroscopy for the purpose of evaluating the condition of the postoperative cicatrix on the uterus and the content of its cavity. A trustworthy decrease of the PE incidence and cicatrix incompetence on the uterus cicatrix were detected hysteroscopically following cesarean section with laparotomy according to Cohen-Stark and applying a glove's suture in comparison with the traditional cesarean section.

**Key words:** hysteroscopy, postpartum endometritis, cesarean section.

**Резюме.** Проведено комплексне обстеження 10 породіль після абдомінального розродження з післяпологовим ендометритом (ПЕ) та підозрою на ендометрит. У діагностиці ПЕ використовували рідинну гістероскопію для оцінки стану матки. Гістероскопічно виявлено достеменне зниження частоти ПЕ та неспроможності рубця матки після кесаревого розтину з лапаротомією способом Кохена-Старка та кушнірським швом у порівнянні з традиційним кесаревим розтином.

**Ключові слова:** гістероскопія, кесарів розтин, неспроможність швів, післяпологовий ендометрит.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла 03.07.2002 р.