

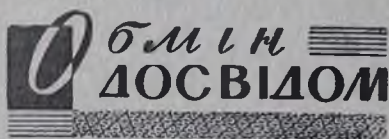
почати 24 дитини. Маса тіла до першого року життя у 32 дітей коливалася від 10 до 14 кг.

Вивчення захворюваності дітей показало, що протягом перших років життя у 9 з них періоді спостерігалися гострі респіраторні захворювання.

Наведені дані свідчать, що проведення перинатальної респіраторної реанімації дітям, народженим у стані асфіксії, сприятливо впливає на становлення легеневого дихання, перебіг періоду новонародженості, дальший нервово-психічний і фізичний розвиток.

ЛІТЕРАТУРА 1. Єсипова І. К., Кауфман О. Я. Постнатальна перебудова малого кола кровообігу і ателектаз новонароджених. Л., 1968. — 2. Маркін Л. Б. Вплив галіодору і ритмічної абдомінальної декомпресії на постнатальну перебудову легень новонароджених, які перенесли асфіксію. — Акуш. и гин., 1975, № 4, с. 65. — 3. Персіанінов Л. С. Про проблему асфіксії плода і новонародженого. — В кн.: Літнатальна охоропа плода. М., 1968, с. 13. — 4. Савельєва Г. М. Реанімація новонароджених. М., 1973.

Надійшла 19.11.81



УДК 618.5-089.888.61

ЩЕ РАЗ ПРО МОЖЛИВОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО ШЛЯХУ ЗАКІНЧЕННЯ РОДІВ

А. П. ГОЛУБЄВ, А. І. ВЕЛЬМА, В. П. ЖИТНИК

Кафедра акушерства і гінекології (зав. — проф. А. П. Голубєв) Полтавського медичного стоматологічного інституту

Число операцій кесарського розтину збільшується з кожним роком, незважаючи на значний процент післяопераційних ускладнень, але питання про показання до закінчення родів шляхом цієї операції остаточно не вирішене.

Наводимо власний досвід, що включає 358 операцій кесарського розтину. Серед обслідуваних віком до 18 років було 8 роділь, 19—25 років—124, 26—30 років—94, 31—35 років—67, 36—40 років—46 і понад 40 років—19. Операція була проведена при першій вагітності у 127 (35,5%) жінок, при другій—у 82 (22,7%), при третій—у 149 (41,6%). Роди були першими у 157 (43,9%) роділь, другими—у 145 (40,5%), третіми і більше—у 56 (15,6%). Із наведених даних видно, що абдомінальне закінчення родів часто застосовується у роділь молодого віку при першій вагітності, тобто коли репродуктивна функція тільки починається. Це обумовлено тим, що в 57% спостережень операція проводилась в інтересах плода і свідчила про відмовлення від так званих пробних родів. Такий підхід безсумнівно сприяє зниженню перинатальної смертності, але і збільшує число операцій кесарського розтину у зв'язку з наявністю рубця на матці, визначити повноцінність якого важко і нині. Тому за нашими даними повторні операції склали 16,7% відносно загального числа операцій.

При обслідуванні роділь, у яких надалі проводилась операція кесарського розтину, у 105 (29,3%) виявлено різні екстрагенітальні захворювання, 40% із яких припадало на захворювання серцево-судинної системи. У 19 (5,3%) роділь спостерігалися

такі захворювання жіночої статевої сфери, як тривала неплідність, аномалії розвитку статевих органів, пухлини тощо. Отже, 34,6% роділь мали різну генітальну і екстрагенітальну патологію, яка визначила вибір методу закінчення родів. На зростання ролі екстрагенітальної патології при виборі методу закінчення родів вказують і інші автори (С. Д. Воропаєва і співавт.).

При вирішенні питання про застосування операції кесарського розтину ми брали до уваги перебіг попередніх вагітностей і родів, а також перебіг даної вагітності. Ускладнений перебіг попередніх вагітностей відмічено у 147 (41,1%) роділь, попередні роди супроводжувалися різними ускладненнями і оперативними втручаннями—у 166 (46,4%). Перинатальна смертність у роділь цієї групи при попередніх родах становила 8,7%. Перебіг даної вагітності супроводжувався різними ускладненнями (токсикози вагітних, загроза передчасного переривання вагітності, неправильне положення і передлежання плода, анемія, пієлонефрит тощо) у 189 (52,9%) жінок. Отже, всі роділі, роди у яких закінчено операцією кесарського розтину, відносились до групи підвищеного ризику. З урахуванням стану здоров'я, особливостей акушерського анамнезу і перебігу даної вагітності 183 (51%) вагітні були направлені до стаціонара завчасно, у 85 (46,4%) із них операція проводилась у плановому порядку за такими показаннями: неспроможний рубець на матці, анатомічно вузький таз, пухлини матки і придатків, що перешкоджали народженню плода

через природні родові шляхи, аномалії статевих органів, конфлікт за системою АВ0 і резус-фактором, тяжкі токсикози вагітних, що не піддавалися лікуванню. В решті випадках ми вважаємо доцільнішим питання про закінчення родів шляхом операції кесарського розтину вирішувати в процесі родів. Цієї точки зору ми додержуємося тому, що в родах остаточно вирішується питання про необхідність операції, при наявності розкриття шийки матки перед операцією рідше спостерігається субінволюція матки в післяопераційному періоді, що впливає на частоту виникнення після-родових гнійно-запальних захворювань (А. В. Хоніна, Т. Г. Богущ).

Основними показаннями до операції кесарського розтину в наших спостереженнях були: неспроможність рубця на матці після попередніх операцій — у 16,7%, клінічно вузький таз — у 16,7, передлежання плаценти — у 12,5, анатомічно вузький таз — у 9,3, аномалії родової діяльності — у 9,0, вік первородящої понад 30 років у поєднанні з тривалою неплідністю та іншими ускладненнями — у 7,2, передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти — у 5,0, неправильні положення плода — у 3,7, несприятливе закінчення для плода при попередніх родах у поєднанні з ускладненнями даної вагітності або родів — у 1,6%. В решті (11,8%) спостережень показанням до операції були різні поєднання ускладнень вагітності і родів, які рідко зустрічаються.

Приймаючи рішення про абдомінальний метод закінчення родів, ми ураховували не тільки протипоказання, а й умови, за яких може бути виконана операція. У більшості випадків умови для операції були сприятливими: тривалість безродного періоду до 12 год, нормальна температура тіла, показники крові у межах фізіологічної норми, I—II ступінь чистоти вагіни. Однак, в частині випадків, коли операції проводились за життєвими для матері показаннями (передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти, наявність неспроможного рубця на матці), умови для операції були гірші, ніж тоді, коли від операції можна було відмовитись або відкласти її на деякий час. Так, у 19 родів операція кесарського розтину проводилась при підвищеній температурі тіла до 37,5°, у 84 — при ШОЕ понад 30 мм/год, у 57 — при наявності III, а у 2 — IV ступеня чистоти вагіни, у 73 жінок перед операцією не проводився аналіз вагінального вмісту, 3—4 вагінальних дослідження до операції було проведено в 64 спостереженнях, 5 — в двох. З метою зниження впливу цих несприятливих умов після кожного вагінального дослідження і перед кожною операцією проводилась саняція вагіни шляхом обробки її розчином йодонату.

В 313 (87,4%) спостереженнях застосовувався ретровезикальний поперечний роз-

різ матки в ділянці нижнього сегмента, в 37 (10,3%) — корпоральний кесарський розтин, в 8 (2,2%) — за методом Морозова. Корпоральний кесарський розтин проводився при вираженому варикозному розширенні вен, спайкових і рубцевих змінах в ділянці нижнього сегмента. Повторний корпоральний кесарський розтин у зв'язку з наявністю неспроможного рубця на матці після попередньої операції проводився у молодих жінок, які планували народжувати у майбутньому. Стінки матки при операціях у нижньому сегменті матки ушивалися за методикою В. І. Ельцова-Стрелкова, при корпоральному — у класичному виконанні. Всі операції виконувалися під ендотрахеальним наркозом у поєднанні з нейролептаналгезією.

Різні ускладнення в післяопераційному періоді виникли у 60 (16,7%) жінок. У 14 хворих з гнійно-септичними ускладненнями відмічався несприятливий фон перед операцією: підвищення температури тіла до 37,5° — у 3, ШОЕ понад 30 мм/год — у 10, IV ступінь чистоти вагіни — у 2, III ступінь — у 6, відсутність аналізу вагінального вмісту — у 3 породіль. В усіх цих випадках до операції було проведено 3—4 вагінальних дослідження.

Наведені дані доводять велике значення умов, за яких проводиться операція кесарського розтину, і роль жіночої консультації у профілактиці гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді (виявлення вагітних з наявністю кольвіту або іншої локальної інфекції і проведення саняції). Із 358 роділь, у яких проводилось абдомінальне закінчення родів, померло дві внаслідок розвитку тромбгеморагічного синдрому.

У обслідуваних жінок з оцінкою за шкалою Апгар 10—7 балів народився 291 новонароджений, 6—5 балів — 45, 4—1 бал — 13; мертвими народилися 9 дітей. Протягом перших 7 днів новонародженості померло 3 дітей. Перинатальна смертність у роділь цієї групи становила 3,3%. Якщо при попередніх родах перинатальна смертність у них складала 8,7%, то при ретельному веденні родів і своєчасному виконанні операції кесарського розтину вона знизилась в 2,6 раза.

Висновки

1. Операція кесарського розтину при суворому додержанні протипоказань і всіх необхідних умов дає можливість значно знизити перинатальну смертність, але залишається операцією високого ризику відносно виникнення тяжких ускладнень в післяопераційному періоді.

2. Жіночій консультації належить важлива роль у профілактиці гнійно-септичних ускладнень до і після операції.

ЛІТЕРАТУРА. 1. Воропаєва С. Д., Іванов І. П., Анкірська А. С. та ін. Антибіотикопрофілактика при кесарському розтині. — Акуш. и гин., 1980, № 11, с. 38—41. — 2. Хоніна А. В., Богущ Т. Г. Особливості скоротливої діяльності матки після операції кесарського розтину. — Там же, с. 43—45.

Надійшла 04.11.81.