

УДК: 618.5-089.888.61

МРНТИ: 76.29.48.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Х.Н. Нуржанов, А.Н. Арыстанова, А.М. Сакиева

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

С каждым годом число родоразрешения путём операции кесарева сечения имеет тенденцию увеличиваться. Существует много рисков при такой операции, и решение для проведения кесарева сечения принимается по определённым критериям, в том числе, если роды через естественные родовые пути угрожают жизни мамы или плода. Для этого существуют определённые показания, перечень которых четко оговорен и ограничен. Существуют показания со стороны матери и со стороны ребенка. В свою очередь, они делятся на показания до родов и во время родов. В статье представлены данные статистики по состоянию здоровья рожениц после операции кесарево сечение, для анализа правильности выбранного метода.

Ключевые слова: кесарево сечение, лапаротомия, гистерэктомия, перитонит, кардиомониторинг плода, ЭКО.

Введение. Кесарево сечение (КС) (caesarean section) – хирургическая операция, при которой плод и послед извлекают через разрез брюшной стенки (лапаротомия) и матки (гистеротомия), а также восстанавливают целостность матки и брюшной стенки [1].

Историческая справка. Существуют разноречивые мнения о происхождении названия операции. По одной из версий, операция получила свое название в честь Гая Юлия Цезаря, который был извлечен абдоминальным путем, за что и получил имя Caesar [2].

В современном акушерстве КС имеет огромное значение, так как при осложненном течении беременности и родов оно позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребёнка. КС как любое оперативное вмешательство может иметь неблагоприятные последствия как в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, инфицирование, тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), эмболия ОВ, перитонит), так и в отдаленные периоды жизни женщины. Несмотря на использование шовного материала высокого качества, осложнения операции у матери продолжают регистрировать. КС может оказывать влияние на дальнейшую детородную функцию женщин: возможно развитие бесплодия, привычного невынашивания беременности, нарушений менструального цикла, предлежания плаценты, истинного вращающегося плаценты при последующей беременности. КС не всегда может сохранить здоровье ребенка, особенно при глубоком невынашивании, перенашивании, инфекционном заболевании плода, выраженной гипоксии [2; 3].

Несмотря на возможные осложнения КС, частота этой операции во всем мире постоянно растет, что вызывает обоснованную тревогу акушеров-гинекологов всех стран. КС выполняется в тех случаях, когда родоразрешение через естественные родовые пути невозможно или опасно для жизни матери, либо плода.

Объективными причинами роста числа операции КС в современном акушерстве являются следующие:

- Уменьшение паритета (большинство первородящих);

- Увеличение числа первородящих старшего возраста 30-35 лет;

- КС в анамнезе;

- Стремление расширить показания к кесареву сечению в интересах плода;

- Увеличение количества беременных с многократными попытками экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);

- Рубцовыми изменениями стенки матки после миомэктомии;

- Гипердиагностика с помощью дополнительных методов исследования (кардиомониторинг плода, ультразвуковое исследование, рентгенопельвиометрия).

Классификация. Хирургический доступ при кесаревом сечении чаще всего абдоминальный, т.е. брюшно-стеночный и крайне редко при малых сроках беременности – влагалищный.

Абдоминальное кесарево сечение, как правило, применяют для родоразрешения при жизнеспособном плоде. Иногда его производят с целью прерывания беременности по медицинским показаниям в малые сроки (17-22 недели), и тогда его называют малым кесаревым сечением.

В зависимости от локализации разреза на матке в настоящее время различают:

- Корпоральное (классическое) КС – разрез по средней линии в теле матки;

- Истмико-корпоральное - разрез по средней линии матки частично в нижнем сегменте, частично в теле матки;

- Донное КС – разрез по средней линии в дне матки с переходом с передней стенки на заднюю;

- В нижнем сегменте матки поперечным разрезом со вскрытием пузырно-маточной складки;

- В нижнем сегменте матки поперечным разрезом без вскрытия пузырно-маточной складки.

Наиболее рациональным методом КС во всем мире считается операция в нижнем сегменте матки поперечным разрезом.

Многие акушер-гинекологи предлагают, что при наличии показаний к КС во время беременности предпо-

читательнее осуществлять операцию в плановом порядке, так как доказано, что число осложнений для матери и плоде при этом значительно меньше, чем у подвергшихся экстренным вмешательствам. Но плановое КС не может предотвратить негативного воздействия антенатальных факторов, приводящих к развитию гипоксии или инфекции у плода, а также нарушение хирургической техники проведения КС может привести к травматизации плода в процессе его извлечения. КС может также выполняться по совокупности показаний. К ним относятся сочетание перенесенной беременности и неподготовленности родовых путей, возраста первородящей старше 35 лет и крупных размеров плода либо предшествующего длительного бесплодия и тазового предлежания и др.

В настоящее время во всем мире обсуждается вопрос проведения КС по желанию женщины вследствие различных мотиваций (боязнь травматизации ребенка в родах, нежелание испытывать болевые ощущения в процессе родов, изменений анатомии и функции половых органов после перенесенных самопроизвольных родов). Здесь необходимо объяснять пациенткам о целесообразности и преимуществах естественных родов, врач должен приложить максимум усилий, чтобы избежать проведения родов путем КС по желанию женщины.

Особую роль в исходе КС для матери и плода играет определение противопоказаний и условий оперативного родоразрешения [4].

Противопоказания:

1. Внутриутробная смерть плода или уродство, не совместимое с жизнью;
2. Гипоксия плода при отсутствии неотложных показаний со стороны матери, если нет уверенности в рождении живого (единичные сердцебиения) и жизнеспособного ребенка.

При жизненно важных показаниях со стороны матери перечисленные противопоказания не учитывают.

Условия для проведения КС:

1. Живой и жизнеспособный плод. В случае опасности, угрожающей жизни женщины (кровотечение при предлежании плаценты, ПОНРП, разрыв матки, запущенное поперечное положение плода и др.), КС производится и при мертвом и нежизнеспособном плоде.
2. Согласие пациентки на проведение операции. Необходимо подписать информированное согласие на операцию [5].

Техника кесарева сечения. КС производится в условиях операционной специалистом, владеющим техникой абдоминального чревосечения с соблюдением правил асептики и антисептики. Во время операции должен присутствовать неонатолог и при необходимости детский реаниматолог.

Для производства КС могут быть использованы 4 способа вскрытия передней брюшной стенки:

- Нижнесрединный разрез, (рисунок 1, линия а);
- Нижнесрединный разрез с обходом пупка;
- Разрез по Пфанненштилю, (рисунок 1, линия б);
- Разрез по Джозел-Кохену, (рисунок 1, линия в) [6].

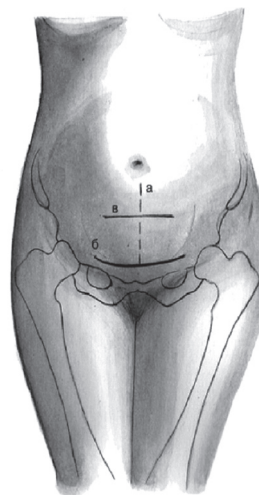


Рисунок 1. Способы вскрытия передней брюшной стенки зашивание операционной раны матки после кесарева сечения.

Очень большое значение имеет техника наложения швов на матку и шовный материал (синтетическое рассасывающиеся нити: викрил, дексон, монокрил или сафил). Правильное сопоставление краев раны – одно из условий профилактики инфекционных осложнений, прочности рубца, предотвращающего разрыва матки при последующих беременностях и родах. Используются двух или однорядные мышечные швы. Во многих клиниках предпочитают ушивать разрез на матке двухрядными мышечно-мышечными сафиловыми или викриловыми швами, при этом используют как отдельные, так и непрерывные швы [7].

Многие акушер-гинекологи предпочитают накладывать на разрез матки непрерывный однорядный шов по Ревердену. Существует мнение, что непрерывный шов вызывает ишемию миометрия, что в дальнейшем может приводить к развитию несостоятельности рубца. Поэтому накладываются отдельные швы на расстоянии не более 1 см. [8; 9].

Материалы и методы. Основная цель исследования - изучить показания и особенности проведения родоразрешения путем кесарева сечения и течение послеоперационного периода.

В 2018 году в Перинатальном центре и Детской кардиохирургии произведены операции кесарева сечения 1507 женщинам. Как видно из табл. 1 наибольшее число женщин (150-100%) прооперированы в месяце август.

Таблица 1. Операция кесарева сечение, проведенная за 2018 год.

№	Месяцы	Количество	%
1	Январь	146	9,7
2	Февраль	102	6,7
3	Март	98	6,6
4	Апрель	101	6,7
5	Май	105	6,9
6	Июнь	130	8,7
7	Июль	135	8,9
8	Август	150	10,0
9	Сентябрь	133	8,8
10	Октябрь	141	9,4
11	Ноябрь	122	8,1
12	Декабрь	144	9,5

Для более детального анализа взято 150 истории родов после операции кесарева сечения.

Результаты и их обсуждение.

1. За 1 год (2018г.) в ПЦ и ДКХ подверглись родоразрешению путем кесарева сечения (КС) 1507 беременных, несколько чаще проводилось оперативное вмешательство в августе месяце, по сравнению с другими месяцами.

2. Большинство рожениц было в возрасте от 30 лет и более лет (64,7%), что свидетельствует об увеличении родов в старшем возрасте. По национальному составу преобладали казашки (77,3%). По роду деятельности большинство составляли среди родоразрешенных путем КС женщины, занимающиеся домашним хозяйством (60,6%).

3. Подавляющее число рожениц имели благоприятную наследственность (91,3%), также как и состояли в зарегистрированном браке (92,0%).

4. 1/3 (30,7%) прооперированных беременных в анамнезе перенесли инфекционные заболевания.

5. Около 2/3 (62,6%) наблюдаемых женщин в анамнезе имели соматические заболевания, из них 45% с патологией мочевыводящих путей. Кроме того, 70% подвергались различным оперативным вмешательствам. 1/3 (36,7%) прооперированных беременных перенесли различные гинекологические заболевания.

6. У 1/4 (26,6%) беременных, подвергшихся операции КС менструальная функция началась рано (с 11-12 лет) также, как и ранняя (с 15-19 лет) половая жизнь (23,3%). У большинства (80%) - менструальная функция проходила нормально.

7. Только у 1/5 (18,7%) женщин это была первая беременность, а остальные повторно беременные, среди которых имели, отягощенный акушерский анамнез 24% пациенток.

8. Подавляющее большинство (78%) беременных поступили на роды путем «самообращения», остальные – каретой скорой помощи и только 2% - по направлению женской консультации.

9. Только половине (49,4%) из прооперированных беременных было показано плановое КС, остальные же прооперированы экстренно!

10. В основном (98%) операция КС, по технике проведения, по продолжительности проводилась по обще-

принятой методике, с обезболиванием в подавляющем большинстве случаев (91,3%) – спинномозговой анестезией. В большинстве случаев (70%) на матку после разреза накладывали непрерывный однорядный шов, а остальным – двухрядный шов с викрилом, а на кожу – как правило (у 95,3%), применялся косметический внутривенный шов.

11. Осложнения операции в виде гипотонического кровотечения отмечено только у 1 прооперированной роженицы.

12. В исходе оперативного вмешательства, у 100% прооперированных швы зажили «первичным натяжением», практически у всех (93,3%) послеоперационный рубец оказался состоятельным.

13. По продолжительности нахождения родильниц, подвергшихся операции КС, в основном (81,2%) они находились в пределах от 4 до 9 дней, 7,4% женщин пролежали более 13 койко-дней, в основном из-за проблем с детьми. Все исследуемые в конечном итоге благополучно с новорожденными были выписаны под наблюдение врачей женской консультации и участковых детских педиатров поликлиники.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Санкт-Петербург, спецлит, 2007.
2. Акушерство под редакцией проф. В.Е. Радзинского. Москва, издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008.
3. Акушерство под редакцией академика РАМН Г.М. Савельева. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2011.
4. Краснопольский В.И., Савельева Г.М. Акушерство. - М.: Медицина, 2000. с. 686-705.
5. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др. Акуш. и гин. – 2007. - №2. - С. 3-8.
6. Гребенкин Б.Е., Заплата В.С., Беда Ю.В. Кесарево сечение в современных условиях// Акуш. и гин. – 2009. - №2.
7. Allen V.M., Basket T.F., O'Connell C.M. Obstet. Gynaecol. Can. 2010 Jul. Vol.32#7. - P. 633-641.
8. Clazka A., Farber M.K., Sviggum H., Camann W. / Anesth. Analg. 2013 Nov. Vol.117, №5. p.1187-1189. Doi: 10.1213/ANE.06013e3182a00aff.
9. Kellez D.S. Placenta accreta and percreta/Suzg. Pathoe. - 2013. Vol.6. - P. 181-197.

КЕСАРЬ ТІЛГІ. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢНІҢ АҒЫМЫ

Х.Н. Нуржанов, А.Н. Арыстанова, А.М. Сакиева

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Кесарь тілігі арқылы босандыру саны жылдан жылға өсіп келеді. Бірақ, бұл операцияның тәуекелділігі жоғары. Операцияның болуы кейбір критерийлердің барлығына сәйкес, соның ішінде, ана мен баланың өміріне қауіп төндіретін әр түрлі жағдайлар. Жалпы, кесарь тілігін жасауға ана және ұрық жағынан негізделген, нақтыланған көрсеткіштер бар. Ол көрсеткіштер, өз алдына, тууға дейінгі және туу барысында пайда болған деп бөлінеді. Бұл мақалада әйелдердің кесарь тілігінен кейінгі организмнің жағдайына баға беру негізінде, алынған әдістің дұрыстылығын анализдеп көрсетіңіз болады.

Кілт сөздер: кесарь тілігі, лапаротомия, гистеротомия, ЭКҰ, перитонит, ұрықтың кардиомониторингі.

CAESAREAN SECTION. THE COURSE OF THE POSTOPERATIVE PERIOD

H.N. Nurzhanov, A.N. Arystanova, A.M. Sakieva
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

Every year, the number of deliveries by caesarean section tends to increase. There are many risks in such an operation, and the decision to perform a caesarean section is made according to certain criteria, including if delivery through the natural birth canal threatens the life of the mother or fetus. For this purpose, there are certain indications, the list of which is clearly specified and limited. There are indications from the mother and from the child. In turn, they are divided into indications before and during childbirth. The article presents statistical data on the state of health of women in labor after cesarean section, to analyze the correctness of the chosen method.

Key words: *cesarean section, laparotomy, hysterectomy, ECF, peritonitis, cardiac monitoring of fetus.*

УДК: 616.895

МРНТИ: 76.29.52.

ПРЕВЕНЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И РИСКА СУИЦИДА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова, Н.И. Акилбеков, А.Ж. Тлесбаев,
Е.С. Нурпеисов, А. Жумабайқызы

НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В этой работе показаны результаты исследования для выявления и сравнительного анализа показателей расстройств аффективного спектра у подростков Республики Казахстан. Используются информативные параклинические методы обследования, доказывающие необходимость профилактики суицида и проведения психокоррекционной, психотерапевтической работы.

Ключевые слова. *подростки, аффективная сфера, суицид, самоубийство, факторы суицидального риска, диагностика суицида.*

Актуальность. Психоэмоциональное благополучие подростков играет ключевую роль в формировании здорового общества в целом. Высокое значение изучения аффективной сферы у лиц подросткового возраста обосновано тем, что во всем мире растет число совершенных суицидальных попыток, а показатели смертности от завершённого суицида остаются достаточно высокими. ВОЗ прогнозирует, что в 2020 году посредством суицида погибнет более 1,5 млн человек, а суицидальных попыток увеличится в 20 раз – это значит, что каждые две секунды будет происходить попытка суицида, и каждые 20 секунд одна из них будет «удачной» [1; 2; 3; 4; 5]. Предполагается так же, что уже в 2020 году суицид станет второй в мире причиной смерти, обогнав рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям [6]. Согласно статистическим данным в 2012 году в Казахстане частота суицидов составляла 24 случая на 100000 населения, что в свою очередь определяется ВОЗ как «высокий или критический» уровень частоты суицидов [7; 8]. Суицидоопасному поведению в первую очередь подвержено подростковое население страны, так как этот возраст является основополагающим в формировании зрелой личности и остается уязвимым к внешним факторам [9; 10; 11].

Целью данного исследования являлось выявление и сравнительный анализ показателей расстройств аффективного спектра у подростков, воспитанников детских

домов г. Алматы, Алматинской и Северо-Казахстанской областей для первичной профилактики психических и поведенческих расстройств.

Материалы и методы. В рамках научного внутри-вузовского гранта НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет» «Разработка и оценка донозологического контроля состояния здоровья населения на уровне ПМСП» в амбулаторных условиях на базе передвижных медицинских комплексов (ПМК) проводилось психодиагностическое обследование 235 подростков, воспитанников детских домов в возрасте от 11 до 18 лет г. Алматы, Алматинской (119 – 50,64%, средний возраст $14,6 \pm 1,7$) и Северо-Казахстанской (116 – 49,36%, средний возраст $14,8 \pm 1,7$) областях. Следовательно, первая группа (подростки, воспитанники детских домов г.Алматы и Алматинской области) и группа сравнения (подростки, воспитанники детских домов Северо-Казахстанской области) были вполне сопоставимы по такому показателю, как возраст.

С целью выявления подростков, входящих в группу риска по наличию аффективных нарушений, использовались психодиагностические методики. В частности, для определения уровня реалистической оценки своих возможностей подростков была применена «Экспресс-диагностика уровня самооценки». Для измерения выраженности негативного отношения подростка к собственному будущему – «Шкала безнадежности Бека».