

беременности. Кроме непосредственного влияния микробного агента на фетальные органы и ткани, внутриутробное страдание плода при бактериальном вагинозе обусловлено формированием плацентарной недостаточности.

Итак, состояние фетоплацентарного комплекса при бактериальном вагинозе характеризуется снижением гормональной функции, нарушением маточно-плацентарного кровотока, воспалительными изменениями тканей плаценты и оболочек, хронической гипоксией и внутриутробной задержкой роста и развития плода. Полученные данные свидетельствуют о необходимости ранней системной антибактериальной терапии бактериального вагиноза во время беременности, даже в случае бессимптомного его течения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян Т. Э. // Акуш. и гин. — 1996. № 6. — С. 3—5.
2. Анкирская А. С. // Акуш. и гин. — 1995. — № 6. — С. 13—16.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ ОСТАЮТСЯ

В. О. Ильюк, В. Н. Прохоров

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург.

Среди важнейших проблем современной акушерской науки операция кесарево сечение занимает особое место [2, 3]. В последние годы ее актуальность определяется нарастанием удельного веса абдоминального родоразрешения, недостаточной четкостью формирования показаний к операции и неудовлетворенностью исходами вмешательства для матери и новорожденного.

Частота абдоминального родоразрешения и в Российской Федерации, и за рубежом варьирует в настоящее время в достаточно широких пределах, достигая 10—30% и продолжая расти [2, 3]. По данным Е. А. Чернухи (1997 г.) увеличение частоты операции кесарево сечение в нашей стране за последнее десятилетие обусловлено, в первую очередь, стремлением к снижению перинатальных потерь. Следует, однако, отметить, что перинатальная смертность даже при высокой хирургической активности, достигнув в среднем уровня 16—18%, в последующем не имеет тенденции к снижению даже при дальнейшем увеличении частоты оперативных родоразрешений.

Не представляется возможным однозначно определить место кесарева сечения в акушерской практике. С одной стороны, анализ историй развития детей с церебральными нарушениями и травматическими повреждениями, перенесших гипоксические состояния при беременности и в родах, свидетельствует о возможности предотвращения указанной патологии или оптимизации состояния новорожденных при своевременном родоразрешении путем операции кесарево сечение [2]. С другой стороны, не вызывает сомнения положение, что данная операция не может рассматриваться как безопасный для женщины метод родоразрешения, так как риск материнской смертности превышает таковой при самостоятельных родах в 4 раза. Кроме того, в дальнейшем возникает другая проблема — ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Известно также, что расширение показаний к операции кесарево сечение ведет к снижению профессионализма врачей в отношении ведения родов через естественные родовые пути у женщин группы высокого риска по развитию осложнений для матери и новорожденного.

Следует признать несостоятельными попытки решить большинство проблем родоразрешения женщин только путем абдоминального оперативного вмешательства, однако не оправдано и искусственное сужение показаний к операции кесарево сечение.

В настоящее время существует ряд проблем, связанных с абдоминальным родоразрешением:

- 1) достоверное прогнозирование безуспешности ведения родов через естественные родовые пути и, таким образом, повышение удельного веса плановых операций, так как известно, что наиболее часто осложнения для женщин и новорожденного в ходе операции и в послеоперационном периоде возникают при проведении экстренных вмешательств;

- 2) реалистическая оценка состояния внутриутробного плода и прогнозирование его вероятного ухудшения в процессе родового акта;

- 3) тактика ведения родов (оперативная или консервативная) при наличии кесарева сечения в анамнезе, поскольку количество женщин с послеоперационным рубцом на матке значительно увеличивается. Нередко возникают сложности при выполнении повторной операции, поскольку имеет место спаечный процесс в брюшной полости, нарушение анатомических взаимоотношений органов малого таза, серьезные деформации мышцы матки, включая дефекты послеоперационного рубца в результате нарушения процессов заживления;

4) отработка показаний к абдоминальному родоразрешению при тяжелых формах гестоза, тазовых предлежаниях, преждевременных родах, многоплодной беременности, различных формах анатомически узкого таза;

5) выбор метода анестезии, максимально щадящего для плода и обеспечивающего оптимальные возможности для технического проведения операции;

6) профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Повышение риска развития инфекционного процесса после кесарева сечения имеет особое значение, поскольку проявляется такими формами патологии как метроэндометрит (6—18%), раневая инфекция (1,6%), несостоятельность послеоперационного шва, перитонит и сепсис. У 1—7% пациенток развивается инфекция мочевыводящих путей, у 1% — паралитический илеус, его более легкие формы отмечаются у 10—20% женщин. Серьезность обсуждаемой проблемы подтверждают данные N. Gleicher (США) о повышении риска развития гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде в 2 раза при увеличении частоты кесарева сечения на 1%, несмотря на бурные успехи в антибиотикотерапии и разработке новых видов шовных материалов.

Для профилактики указанных осложнений проводится тщательное предоперационное обследование женщины, совершенствование методики операции и использование защитных методов оперативного вмешательства, дальнейший поиск оптимальных видов шовных материалов, интраоперационное назначение антибиотиков, разработка наиболее эффективных методов послеоперационного ведения женщин. Среди других направлений профилактики гнойно-септических осложнений, технике абдоминального родоразрешения придается весьма важное значение, поскольку от этого зависят степень и характер травматизации тканей, величина кровопотери, длительность операции, а в итоге — степень инфицирования и репаративные возможности оперируемых тканей.

Из многообразия модификаций кесарева сечения сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета наиболее широко используется следующий вариант операции. Передняя брюшная стенка вскрывается поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю, а в последнее время наиболее часто применяется методика лапаротомии, предложенная J. Joel-Cohen. При использовании данной методики выполняют поперечный разрез кожи передней брюшной стенки на 2,5—3 см ниже линии, соединяющей передне-верхние ости подвздошных ко-

стей. Затем скальпелем или указательным пальцем руки проводят углубление разреза по средней линии брюшной стенки до обнажения апоневроза. Апоневроз рассекают от центра в стороны под подкожно-жировой клетчаткой слегка раскрытыми концами прямых ножниц. Прямые мышцы живота разводят тупым путем с помощью билатеральной тракции и производят вскрытие брюшины в поперечном направлении. Таким образом, вышеописанный разрез отличается от разреза по Пфанненштилю более высоким уровнем расположения, он прямолинеен, а не дугообразен, не производится отслоения апоневроза, брюшина вскрывается в поперечном направлении. Следовательно, к преимуществам данной методики лапаротомии относится меньший травматизм вследствие исключения этапа отсепаровки апоневроза, снижение кровопотери, обусловленное меньшим числом сосудов, вовлекаемых в разрез, и использованием тупого разведения тканей, значительное сокращение времени до разреза матки (до 1—2 минут), техническая простота выполнения [1].

При рассечении нижнего сегмента матки мы отдаем предпочтение полулунному поперечному разрезу ножницами по методу Дерфлера, полагая, что именно данный способ позволяет правильно рассчитать его ход и размеры, в то время как при тупом разведении нижнего сегмента по Гусакову в углах раны образуются скопления сдвинутых мышечных волокон, которые плохо сопоставляются при ушивании, что ведет к увеличению частоты дефектов типа «ниши».

С целью уменьшения кровопотери во время операции мы всегда используем наложение зажимов на углы матки после ее рассечения.

Извлечение плода из матки — один из важнейших моментов абдоминального родоразрешения, особенно если учесть, что в настоящее время большая часть операций производится в интересах плода. Учитывая значительный процент осложнений состояния новорожденного в результате нарушений техники его извлечения, при рождении плода нами осуществляется помощь с использованием бережных, щадящих, без излишней торопливости движений, имитирующих рождение ребенка через влагалище.

Опираясь на данные литературы и анализ собственных результатов практической работы, мы полагаем, что наиболее оптимальным является зашивание матки при операции в один слой. Основанием к применению однослойной техники шва на матке является тот факт, что частое (многорядное) наложение швов создает локальную область тканевой гипоксии с расстройством дыхательной и сократительной функции гладкомышечных клеток

миометрия, что мешает естественному течению репаративных процессов и может способствовать развитию инфекции. В связи с этим мы восстанавливаем целостность стенки матки однорядным мышечно-мышечным викриловым швом. Изучив течение послеоперационного периода у 20 женщин, которым абдоминальное родоразрешение было выполнено по данной методике, мы не зафиксировали ни одного случая возникновения послеоперационного инфекционного осложнения.

При неоднократном применении в процессе выполнения операции кесарево сечение методики М. Stark, отличающейся тем, что после наложения однорядного шва на стенку матки не производится перитонизация, не ушиваются париетальная брюшина и мышцы передней брюшной стенки, нами не выявлено каких-либо серьезных различий в течение послеоперационного периода при данной технике и при послойном ушивании всех тканей. На основании этого мы полагаем, что использование данной модификации опытным оперирующим акушером-гинекологом может в ряде случаев являться альтернативой традиционным методам абдоминального родоразрешения.

Несмотря на все достижения современного акушерства, продолжают оставаться весьма актуальными многие вопросы, касающиеся операции кесарево сечение. Все это диктует насущную необходимость дальнейшего детального изучения данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баев О. Р., Рыбин М. В. Современные тенденции развития техники операции кесарево сечение. // Акуш. и гин. — 1997. — № 2. — С. 3—6.
2. Кесарево сечение / Под ред. В. И. Краснопольского, В. Е. Радзинского. — Киев, 1993.
3. Миров И. М. Кесарево сечение. — Рязань, 1991.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ В УСЛОВИЯХ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ ГИНИПРАЛОМ И ВЕРАПАМИЛОМ

О. В. Капленко, В. В. Абрамченко

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

Течение родов, состояние плода и новорожденного во многом определяются характером сократительной деятельности матки. Начало родовой деятельности при отсутствии биологической го-