

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)  
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ»**

**г.ХАРЬКОВ  
4 октября 2013 г.**

**МИНИСТЕРСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ УКРАИНЫ  
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ (УКРАИНА)  
БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОССИЯ)  
АССОЦИАЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**



**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ»**



**г.ХАРЬКОВ  
4 октября 2013 г.**

<i>М. В. Макаренко</i> Біохімічні критерії синдрому затримки розвитку плода.....	108
<i>В.С. Овчарова</i> Генетический полиморфизм матриксных металлопротеиназ ММР-2, ММР-3 и преэклампсия.....	113
<i>В. С. Орлова, О.В. Моцная, И.В. Калашишникова</i> Первичная дисменорея в подростковом возрасте.....	121
<i>Ю. С. Паращук, А. А. Коновал</i> Оценка иммунного и цитокинового статуса при хроническом сальпингоофорите у женщин с бесплодием.....	127
<i>С. П. Пахомов, С.А. Кулакова</i> Влияние препаратов метаболической терапии на показатели антиоксидантной способности крови при тяжёлом гестозе после родоразрешения.....	132
<i>С. П. Пахомов, С. А. Кулакова</i> Клиническая эффективность антиоксидантной терапии с использованием сукцината натрия при тяжёлом гестозе .....	135
<i>А. В. Салтовский, Н. П. Сухина</i> Выбор техники операции кесарева сечения в зависимости от акушерской ситуации .....	137
<i>Д. В. Стрюков, О. Б. Овчаренко, О. А. Лященко, В. Ю. Паращук, І. В. Афанасьєв, Т. Б. Тютюнник</i> Стан системи гемостазу у вагітних і породіль хворих на туберкульоз легенів.....	143
<i>Д. Ш. Таравнех, Т. Л. Весич</i> Особенности прегравидарной подготовки женщин с тромбофилиями к программам ЭКО.....	148
<i>І. О. Тучкіна, В. В. Паламарчук, О. Д. Деміденко, Т. В. Рубінська</i> Діагностика гіперпроліферативних процесів ендометрія у жінок в постменопаузі.....	155
<i>И.А. Тучкина, В.А. Феськов, О.В. Пионтковская, Е.В.Благовещенский, О.В. Гнатенко</i> Тактика ведения пациенток с рецидивирующими эндометриодными кистами перед проведением программы ЭКО.....	158

## Литература

1. Оболенский, С. В. Реамберин – новое средство для инфузионной терапии в практике медицины критических состояний : метод. рекомендации / С. В. Оболенский. – СПб., 2002. – 19 с.
2. Окислительный стресс в плаценте при физиологической и патологически протекающей беременности / Ю. Э. Доброхотова, Т. А. Иванова, Н. В. Гуляева [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8, № 6. – С. 33-36.
3. Савельева, Г. М. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина // Акушерство и гинекология. – 1998. – № 5. – С. 6-9.
4. Серов, В. Н. Критические состояния в акушерстве: руководство для врачей / В. Н. Серов, С. А. Маркин. – М. : Медиздат, 2003. – 702 с. : ил.
5. Сидорова, И.С. Гестоз и материнская смертность / И. С. Сидорова, О. В. Зайратьянц, Н. А. Никитина // Акушерство и гинекология. – 2008. - №2. – С. 13-15.
6. Стрижаков, А. Н. Этиопатогенетические особенности гестоза и плацентарной недостаточности у беременных с артериальной гипертензией / А. Н. Стрижаков, И. В. Добровольская, И. В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10, № 1. – С. 56-66.
7. Токова, З.З. Гестоз и материнская летальность / О. Г. Фролова, З. З. Токова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. - №3. – С. 52-55.
8. Яковлев, А.Ю. Коррекция метаболизма больных перитонитом - к вопросу о средствах и тактике применения антигипоксантов/ А. Ю. Яковлев // Вестник интенсивной терапии. – 2007. - №1. – С.91-94.

УДК: 618.5- 089.888.61

## ВЫБОР ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОЙ СИТУАЦИИ

А. В. Салтовский, Н. П. Сухина, г. Харьков

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты исследования по определению оптимальной методики проведения операции кесарева сечения при досрочном родоразрешении.

*Ключевые слова:* кесарево сечение, досрочное родоразрешение, недоношенность.

Не смотря на современный уровень развития медицины в целом и на совершенствование методов диагностики и лечения в частности, периодически возникает необходимость оперативного родоразрешения. К основным методам оперативного родоразрешения относятся операции

кесарева сечения (КС), наложения акушерских щипцов и применение вакуумэкстрактора.

Операция КС, применяемая со времен зарождения медицины и до сегодняшнего времени, не имеет и в обозримом будущем не будет иметь альтернативы при необходимости родоразрешения во время беременности или в первом периоде родов. Данная акушерская операция уверенно занимает ведущее место среди прочих методов оперативного родоразрешения. Показания к проведению данной операции могут возникать как со стороны матери, так и со стороны плода. Определение подходов к проведению КС в конкретных случаях наряду с совершенствованием методик позволяет снизить количество послеоперационных осложнений со стороны матери и плода. Особую актуальность данный вопрос приобретает в случаях патологического течения беременности, осложнений со стороны плода, часто возникающей необходимости досрочного родоразрешения. Общеизвестно, что количество и тяжесть послеродовых осложнений у плода обратно пропорциональны сроку беременности, определяющему зрелость плода, состояние его компенсаторных возможностей. Прибегая к КС врач стремится максимально бережно в первую очередь для плода провести родоразрешение, тем самым минимизировать риск перинатальных осложнений с его стороны.

Не смотря на кажущуюся простоту, КС относится к сложным вмешательствам. Сложность начинается с момента выбора оптимальной методики проведения операции в зависимости от конкретной акушерской ситуации. Кроме того, играют роль анатомические и анамнестические особенностей каждой пациентки, степень оперативной техники хирурга. Все это влияет на проведение и исход операции, травматичность вмешательства и, как следствие, количество, виды и степень тяжести возможных осложнений со стороны матери и плода.

**Целью** нашей работы явилось определение оптимальной методики проведения операции КС при недоношенной беременности, что позволит

минимизировать негативное влияние оперативного родоразрешения и, как результат, уменьшить количество перинатальных осложнений.

**Материалы и методы.** В работе проведено исследование 138 случаев досрочного путем проведения операции КС родоразрешения беременных в сроках гестации от 23 до 36 недель по различным показаниям. При проведении КС использовались нижнесрединная лапаротомия или поперечный разрез по Пфанненштилю, разрезы на матке применялись поперечные в нижнем сегменте, продольные истмико-цервикальные или в теле матки. В работе анализировались показания для досрочного родоразрешения, состояние плода и матери, акушерская ситуация, клиничко-анамнестические данные. Результаты проведения КС различными методиками оценивались по состоянию матери и ребенка в послеоперационном периоде, наличию каких-либо осложнений, степени их выраженности, времени восстановительного периода, на основании чего делались выводы и разрабатывались практические рекомендации.

Показаниями к досрочному родоразрешению послужили: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 27 (19,7%) случаях, кровотечение вследствие предлежания плаценты – в 5 (3,6%), преэклампсия тяжелой степени – в 53 (38,4%), неправильное положение плода после преждевременного разрыва плодных оболочек – в 15 (10,9%), тазовое предлежание первого плода при многоплодной беременности – в 9 (6,5%), развитие дистресса плода во время беременности или в первом периоде родов – в 29 (21%).

Из клиничко-анамнестических данных при выборе методики КС учитывались вид и срочность показаний к оперативному родоразрешению, срок беременности, положение и вид плода, локализация плаценты, наличие и вид предыдущих операций на органах брюшной полости, пожелание беременной о проведении стерилизации.

## Результаты и их обсуждение

Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от методики проведения КС. Состав групп был относительно одинаковым по срокам гестации, показаниям для досрочного родоразрешения. I группу составили 57 беременных, которым после лапоротомии по Пфанненштилю проводилось досрочное родоразрешение путем кесарева сечения поперечным разрезом в нижнем сегменте матки по Гусакову или дугообразным по Дерфлеру с последующим извлечением плода за головку, II группу составили 48 беременных которым после лапоротомии по Пфанненштилю проводилось истмико-корпоральное кесарево сечение с последующим извлечением плода за головку, III группу составили 33 беременные, которым после нижне-срединной лапаротомии проводилось корпоральное кесарево сечение с последующим извлечением плода за тазовый конец.

Во всех 3 группах у новорожденных частым явлением были проявления респираторного дистресс синдрома (РДС) в виде транзиторного тахипноэ, недостаточности системы сурфактанта, синдрома задержки фетальной жидкости, что является характерным для недоношенных детей. Выраженность данных проявлений была в прямой зависимости от степени недоношенности ребенка. Следует отметить, что существенной разницы в частоте встречаемости и тяжести РДС среди новорожденных в разных группах не наблюдалось.

В то же время у детей I группы на 30%, а у детей II группы на 20% чаще, чем в III группе, наблюдались патологические состояния с неврологической симптоматикой в виде респираторных нарушений, болевого синдрома, синдромов возбуждения или угнетения, судорожного синдрома. В таком же соотношении встречались внутрижелудочковые кровоизлияния I-II степени по шкале L.Papile, что, учитывая сравнительно одинаковые условия их возникновения, обусловленные недоношенностью либо перенесенной гипоксией, можно расценивать как отягощающее негативное влияние конкретной операции. Кроме того, летальность новорожденных находящихся

в стационаре, хотя и была в прямой зависимости от срока гестации и массы детей, однако была выше в I группе – 7 детей (12,3%), во II группе – 5 (10,4%), III группе – 2 (6%).

При проведении КС у беременных I и II групп в 20% случаев отмечались затруднения при выведении предлежащей головки плода. Следует обратить внимание на то, что недоношенные дети имеют малые размеры. При предлежании головка из-за своих малых размеров начинает опускаться в малый таз раньше и быстрее, чем при доношенной беременности. В данном случае при извлечении недоношенных детей за головку могут возникать сложности при подведении руки за головку плода и ее выведении. Данные технические сложности представляют определенную травмоопасность для плода и будут усугублять его тяжелое состояние, обусловленное недоношенностью.

Кроме того, в I группе в 5 случаях (8,8%) из-за невыраженности нижнего сегмента матки поперечный разрез оказывался недостаточным для бережного выведения головки плода, что требовало проведения дополнительного продольного разреза на тело матки (в виде якоря), в 2 случаях (3,5%) разрез при извлечении продлевался на ребро матки и травмировался сосудистый пучок. Вышесказанное также следует расценивать, как негативно влияющий на здоровье родильницы фактор. Во II группе в 2 случаях (4,2%) истмико-корпоральный разрез оказывался недостаточным для бережного выведения головки плода, что требовало его продления на тело матки.

### **Выводы**

- Применение во время досрочного родоразрешения путем операции КС поперечного разреза в нижнем сегменте матки по Гусакову или дугообразного по Дерфлеру рационально проводить после 36 недель беременности, когда начинает формироваться нижний сегмент, а плод достаточно устойчив к механическим воздействиям при извлечении за головку;

- Несмотря на большую состоятельность при последующих беременностях поперечных разрезов в нижнем сегменте матки, истмико-корпоральный разрез обеспечивает больший доступ, а в случае необходимости может быть еще больше продлен на тело, что менее травматично при извлечении, а следовательно предпочтительнее для незрелых детей, может быть рекомендован нами к применению после 30 недель беременности

- Корпоральный разрез с последующим извлечением ребенка за тазовый конец целесообразно применять до 30 недель беременности, поскольку через нижнесрединный лапаротомный доступ при невыраженности нижнего сегмента имеется возможность сделать разрез в теле, позволяющий максимально бережно извлечь ребенка без нагрузки на шейный отдел позвоночника и головку, тем самым избежать спинальных и других травм.

- Применение лапаротомии по Пфанненштилю при поперечных разрезах в нижнем сегменте матки и истмико-корпоральных продольных разрезах не ограничивает пространство для работы и может быть рекомендовано с точки зрения профилактики послеоперационных грыж по белой линии живота и с точки зрения косметичности;

- Нижнесрединный лапаротомный разрез должен быть использован для обеспечения хорошего доступа к телу матки при корпоральном КС, кроме того, в случае необходимости данный разрез может быть продлен дальше к мечевидному отростку, что делает предпочтительным его применение при подозрении на возможность расширения объема вмешательства, связанного со спаечным процессом либо другой патологией органов брюшной полости.

### **Литература**

1. Грищенко В.І., Щербина М.О. “Акушерство” Київ “Медицина” 2009р. – 408 с.
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. “Неотлржные состояния в акушерстве” М: ГЭО-ТАР-Медиа, 2011 – 784с.
3. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. «Хирургическая техника операции кесарева сечения» М: Миклош, 2007 – 168с.

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11.16. Тир. 100 прим. Зам. 371-13.  
Підписано до друку 01.10.13. Папір офсетний.

Надруковано з макету замовника у СПД ФО Бровін О.В.  
61022, м. Харків, вул. Трінклера, 2, корп.1, к.19. Т. (057) 758-01-08, (066) 822-71-30  
Свідоцтво про внесення суб'єкта до Державного реєстру  
видавців та виготовників видавничої продукції серія ДК 3587 від 23.09.09 р.

---

**СТИЛЬ**  <sup>TM</sup>  
**ИЗДАТ**   
ТИПОГРАФИЯ  
[www.stil-izdat.com](http://www.stil-izdat.com)