

© Т. А. Густоварова,
А. Н. Иванян, Е. В. Болвачева,
О. Л. Щербакова

Смоленская государственная
медицинская академия

ВОПРОСЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

■ Проанализированы отдаленные осложнения и заболевания после кесарева сечения. Доказана эффективность диспансерного наблюдения в сохранении репродуктивной функции у женщин после абдоминального родоразрешения.

■ **Ключевые слова:** кесарево сечение, репродуктивная функция, диспансерное наблюдение

Введение

Проблема сохранения репродуктивной функции женщин после хирургических вмешательств в акушерстве и гинекологии приобрела в настоящее время большую социальную и медицинскую значимость [7, 8, 10, 11, 13, 15].

Увеличение частоты кесарева сечения (КС) значительно повышает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, что в последующем может оказывать неблагоприятное влияние на восстановление репродуктивной функции. По данным отечественных и зарубежных авторов, от 30 до 60 % женщин после КС планируют в будущем беременность [1, 4, 6, 9, 16, 18]. Поэтому выполнение операции, ведение послеоперационного периода должны рассматриваться врачом с позиции сохранения генеративной и репродуктивной функции женщины, а не ограничиваться конкретной акушерской ситуацией.

Большая роль в проведении полноценной реабилитации после операции КС отводится поликлиническому звену. Однако в настоящее время остается нерешенным целый ряд вопросов, связанных с эффективностью и безопасностью послеродовой контрацепции, полноценной реабилитацией, особенностями функционирования репродуктивной системы у женщин с оперированной маткой [2, 3, 5, 8, 12, 14, 15, 17].

Материал и методы исследования

За период с 1998 по 2002 год в родильном отделении МЛПУ «Клиническая больница № 1» путем операции КС произведено родоразрешение 1833 пациенток, из них 1586 наблюдались в женской консультации данного лечебного учреждения. Нами проведен ретроспективный анализ 486 амбулаторных карт женщин, у которых в течение первого года после оперативных родов были диагностированы осложнения и гинекологические заболевания, что составило 30,6 %.

На 2 этапе исследования было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и наблюдение в течение года за 199 пациентками после абдоминальных родов в условиях женской консультации, которые были разделены на 2 группы.

В основную группу вошли 105 женщин после КС, которые были взяты на диспансерный учет в женскую консультацию сразу после выписки из родильного дома. Выборка проводилась слепым рандомизированным методом.

Контрольную группу составили 94 пациентки после абдоминального родоразрешения, которые самостоятельно обратились в женскую консультацию.

В исследование были включены только первородящие женщины. При подборе контрольной группы был сделан ориентир

на то, чтобы по ряду социально-гигиенических и медицинских параметров эта группа не отличалась от основной.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на ПЭВМ при помощи пакета статистических программ методом вариационной статистики с определением критериев достоверности по Стьюденту–Фишеру.

Результаты исследования и их обсуждение

Ретроспективный анализ 486 амбулаторных карт пациенток показал, что характер жалоб и выявленная патология изменялись в зависимости от времени, прошедшего после операции.

В течение 2–8 недель после родов в женскую консультацию обратилось 126 (25,9 %) пациенток. Гнойно-воспалительные заболевания были диагностированы у 15 % женщин, кровотечение у 8 (1,6 %), что потребовало повторной госпитализации в гинекологический стационар.

Жалобы на боли в животе различной локализации и интенсивности предъявляли 32 (6,6 %) пациентки. При анализе чаще всего болевой синдром у них был обусловлен интраоперационными осложнениями, наличием спаек в малом тазу, нарушениями процессов заживления в послеоперационном периоде. Заболевания молочной железы были выявлены в 27 % случаев.

У 43 % пациенток восстановление менструальной функции происходило через 6 месяцев после абдоминального родоразрешения. Регулярная половая жизнь, восстановление менструального цикла оказывает влияние на структуру осложнений и заболеваний спустя полгода после оперативных родов. На первый план вышли воспалительные заболевания гениталий, нарушения менструальной и сексуальной функции, патология шейки матки, нежеланная беременность.

У каждой третьей пациентки нарушения менструального цикла были обусловлены формированием лигатурных свищей и очаговым гиперпластическим процессом в полости матки.

Нарушение сексуальной функции проявлялось снижением полового влечения, болями во время полового акта, отсутствием оргазма.

У 16 % женщин в течение первого года после операции наступила нежеланная беременность, связанная, как правило, с недостаточной информированностью о методах контрацепции. В течение 1–2 лет после родов 57 % женщин указывали на применение методов контрацепции, которые не всегда можно считать эффективными. Только 3 % использовали оральные контрацептивы и 15,6 % внутриматочные контрацептивы.

Сложно было связать с проведенным КС заболевания, возникающие в более отдаленные сроки (после года). Тем не менее у этих пациенток диагностировалась высокая частота таких заболеваний, как сальпингоофорит, вульвовагинит, эктопия шейки матки, нарушения менструального цикла, эндометриоз различной локализации, оперативные вмешательства на органах малого таза.

Анализ изученной медицинской документации показал, что:

- 70 % пациенток, родоразрешенных путем операции КС, имеют отягощенный соматический и гинекологический анамнез;
- у каждой третьей роженицы показанием для оперативного родоразрешения являются аномалии родовой деятельности;
- в 60 % случаев абдоминальное родоразрешение проводится в экстренном порядке, что значительно повышает риск развития интра- и послеоперационных осложнений;
- в течение 1,5–2,0 месяцев после родов наиболее часто возникают осложнения, обусловленные нарушением сократительной способности матки за счет инфицирования и патологии молочных желез;
- спустя 6 месяцев и до года преобладают воспалительные заболевания гениталий, нарушения менструального цикла, патология шейки матки, нежеланная беременность, нарушение сексуальной функции;
- каждая третья пациентка в течение первого года после операции имеет осложнения и гинекологические заболевания, оказывающие неблагоприятное влияние на состояние репродуктивной функции и позитивный настрой женщины на рождение детей в будущем.

Учитывая полученные результаты, было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и наблюдение в течение года за 199 пациентками после абдоминальных родов, разделенных на 2 группы.

По возрасту, основным социально-гигиеническим параметрам, состоянию менструальной функции, сексуальному поведению, гинекологическому и соматическому анамнезу обе группы были сопоставимы.

Проведенный анализ показал, что почти каждая третья пациентка обеих исследуемых групп имела нарушения менструального цикла с момента его становления и до родов, 68 % женщин указывали в анамнезе на экстрагенитальные и гинекологические заболевания.

Репродуктивное поведение женщин, независимо от социально-гигиенических параметров, характеризовалось позитивным настроем на рождение детей и желанием отсрочить повторную бе-

Таблица 1

Показания к операции кесарево сечение

Показания	Основная группа		Контрольная группа	
	n = 105	M ± m %	n = 94	M ± m %
Предлежание плаценты	2	1,9 ± 1,3	3	3,2 ± 1,8
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и отсутствие условий для немедленного родоразрешения	5	4,8 ± 2,1	3	3,2 ± 1,8
Первородящие старшего возраста	27	25,7 ± 4,3 *	15	16,0 ± 3,8
Клинически узкий таз	5	4,8 ± 2,1	7	7,4 ± 2,7
Аномалии родовой деятельности	30	28,6 ± 4,4	26	27,7 ± 4,6
Экстрагенитальные заболевания:				
• заболевания сердечно-сосудистой системы	5	4,8 ± 2,1	3	3,2 ± 1,8
• миопия высокой степени	13	12,4 ± 3,2	16	17,0 ± 3,9
Гестоз тяжелой степени	3	2,9 ± 1,6	3	3,2 ± 1,8
Бесплодие	4	3,8 ± 1,9	2	2,1 ± 1,5
Крупный плод, тазовое предлежание	6	5,7 ± 2,3	2	2,1 ± 1,5
Поперечное положение плода	2	1,9 ± 1,3	—	—
Острая гипоксия плода	8	7,6 ± 2,6	8	8,5 ± 2,9
Разгибательные вставления головки плода (лобное, лицевое)	1	1,0 ± 0,9	2	2,1 ± 1,5
ЗВУР II–III ст.	6	5,7 ± 2,3	2	2,1 ± 1,5
Симфизиопатия	4	3,8 ± 1,9	3	3,2 ± 1,8
* — p < 0,05				

ременность на ближайшие 2–3 года. 68 % пациенток основной и 75 % контрольной группы имели осложнения беременности. В структуре преобладали: угроза прерывания, плацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития плода, анемия беременных, гестоз.

Показанием к оперативному родоразрешению чаще всего являлись аномалии родовой деятельности (28,6 % и 27,7 %, соответственно). Достоверно чаще в основной группе встречались возрастные первородящие — 27 (25,7 %), в контрольной — 15 (16,0 %). Показанием к операции явилось сочетание возраста с тазовым предлежанием и крупными размерами плода, отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом, синдромом ЗВУРП, неготовностью организма к родам. Среди экстрагенитальной патологии, явившейся показанием для оперативного родоразрешения, на первое место вышла миопия тяжелой степени (12,4 % в основной и 17,0 % в контрольной группе). Частота КС по поводу таких осложнений беременности и родов, как симфизиопатия, гестоз тяжелой степени, острая гипоксия плода, разгибательные вставления головки плода, была практически одинаковой в обеих группах (табл. 1).

В структуре показаний преобладали экстренные операции, которые были выполнены у 57 (54,3 %) пациенток основной и 48 (51,1 %) контрольной групп.

В качестве шовного материала у подавляющего большинства пациенток обеих групп использовался капроаг, у остальных синтетические рассасывающиеся нити (викрил, ПГА).

Почти у каждой третьей родильницы обеих групп послеоперационный период протекал на фоне анемии. Инфекционно-воспалительные заболевания осложнили послеоперационный период у 5 (4,9 %) женщин основной и у 9 (9,6 %) контрольной группы. В структуре преобладали лохиометра и гематометра, субинволюция матки, остатки плацентарной ткани, эндометрит, инфилтрат послеоперационного шва на передней брюшной стенке. При оценке лактации у родильниц обеих групп были выявлены нормогалактия и гипогалактия. Начало нагрубания молочных желез на 2–3-и сутки послеоперационного периода наблюдалось только у 32 (30,5 %) пациенток основной и у 27 (28,7 %) контрольной групп, у остальных родильниц на 4–5 сутки. Почти у каждой пятой родильницы после абдоминального родоразрешения отмечалось выраженное нагрубание

Таблица 2

Структура осложнений в первые 2 месяца после кесарева сечения

Вид осложнения	Основная группа		Контрольная группа	
	n = 105	M ± m, %	n = 94	M ± m, %
Субинволюция матки	2	1,9 ± 1,3	6	6,4 ± 2,5
Гематометра	1	1,0 ± 0,9	4	4,3 ± 2,1
Инфильтрат послеоперационной раны	— *	— *	3	3,2 ± 1,8
Эндометрит	—	—	2	2,1 ± 1,5
Остатки плацентарной ткани	1	1,0 ± 0,9	2	2,1 ± 1,5
Анемия	11	10,5 ± 3,0 *	19	20,2 ± 4,1
Гипогалактия	12	11,4 ± 3,1 *	20	21,3 ± 4,2
Спаечный периаднексит	3	2,9 ± 1,6	7	7,4 ± 2,7
Всего	30	28,6 ± 4,4 *	63	67,0 ± 4,8

* — p < 0,05

молочных желез. Достаточная секреция молока к 5-м суткам отмечалась у 22 (20,9 %) пациенток основной и у 25 (26,6 %) контрольной группы, к 7-м соответственно у 51 (48,6 %) и у 47 (50,0 %) рожениц.

Таким образом, после абдоминального родоразрешения отмечается позднее становление лактации, у каждой третьей сопровождается выраженным нагрубанием молочных желез и к моменту выписки из стационара у 50 % женщин сохраняется гипогалактия.

Проведенный анализ показал, что почти у каждой третьей пациентки исследуемых групп имели место патология беременности, интра- или послеоперационные осложнения, которые, оказывая негативное влияние на репаративные процессы в тканях, могут способствовать формированию неполноценного рубца на матке и возникновению отдаленных осложнений и заболеваний у оперированных женщин.

Все пациентки основной группы были взяты на диспансерный учет в женской консультации в течение 10 дней после выписки из родильного дома.

Первые два месяца наблюдение проводилось 1 раз в 10–14 дней, что обусловлено высокой частотой таких грозных осложнений, как кровотечение, гнойно-септические осложнения, несостоятельность швов на матке именно в этот период. В последующем пациентки посещали женскую консультацию самостоятельно при возникновении жалоб и планово 1 раз в месяц до года.

При первом осмотре в женской консультации на основании анамнестических данных и выписки из стационара каждой пациентке с учетом особенностей течения беременности, родоразрешения и раннего послеоперационного периода назначался

индивидуальный план обследования и комплекс лечебных мероприятий.

Первые месяцы после родов терапия была направлена на повышение защитных сил организма, стимуляцию гемопоэза и лактации, предотвращение развития воспалительных процессов. Проводились беседы по режиму дня, питания, правилам грудного вскармливания.

Длительность лечения в среднем составляла 10–14 дней. Эффективность оценивали на основании клинико-лабораторных данных, УЗИ органов малого таза.

Из контрольной группы за данный промежуток времени в женскую консультацию обратились 33 женщины.

Проведя сравнительный анализ осложнений, возникших в течение первых 2 месяцев после родов, у пациенток исследуемых групп было выявлено, что общая частота осложнений в основной группе была ниже в 2 раза (табл. 2). В структуре у женщин, состоящих на диспансерном учете, отмечалось достоверное снижение частоты анемии и гипогалактии в 1,7 раза, уменьшение болевого синдрома в 2 раза, воспалительных заболеваний матки в 4 раза (p < 0,05).

Одним из показателей репродуктивной функции является восстановление менструального цикла после родов.

У каждой третьей респондентки обеих групп восстановление менструального цикла произошло через 6 месяцев после родов (у 36,2 % и 37,2 % соответственно). У 39 % пациенток основной группы наступление менструации отмечалось только спустя 9 месяцев после родов, в контрольной группе лишь у 18 %. Это можно объяснить большей продолжительностью грудного вскармливания в группе пациенток, состоящих на диспансерном учете.

Около 30 % пациенток исследуемых групп отмечали, что менструации стали обильными и длительными. Значительно реже встречался гипоменструальный синдром. На дисменорею указывали около 40 % пациенток обеих групп, из них у половины дисменорея была до родов. Нерегулярные кровянистые выделения из половых путей у 11,4 % пациенток основной и у 14,9 % контрольной групп явились показанием для проведения гистероскопии. Были диагностированы лигатурные свищи и очаговая гиперплазия эндометрия.

При рассмотрении лактационной функции выявлено, что средняя продолжительность грудного вскармливания в основной группе составила 6,8 месяца, в контрольной — 4,3 месяца. Более длительную продолжительность грудного вскармливания у пациенток основной группы мы объясняем проведением лечебных мероприятий по профилактике и коррекции гипогалактии после выписки из родильного стационара.

У большинства пациенток основной группы спустя 6 месяцев после родов обсуждался вопрос о методах контрацепции, при этом мы рекомендовали высокоэффективные средства контрацепции. Это позволило увеличить процент применения КОК в 3 раза, ВМС в 2,5 раза, спермицидов в 1,5 раза у пациенток основной группы и свести к минимуму наступление беременности в течение первого года после операции ($p < 0,05$). В контрольной группе у 13,8 % женщин наступила нежеланная беременность, связанная с недостаточной информированностью о методах контрацепции.

Среди патологических состояний, которые были выявлены в этот период, преобладали болевой синдром и сексуальные нарушения, на них указывали 22 (21,0 %) и 33 (35,1 %) и 16 (15,2 %) и 23 (24,5 %) пациенток основной и контрольной

группы, соответственно (табл. 3). Сексуальные нарушения проявлялись снижением полового влечения, отсутствием оргазма, болью во время полового акта. Болевой синдром у 11 (10,5 %) пациенток основной и 26 (27,6 %) контрольной группы был обусловлен спаечным процессом в малом тазу, смещением матки ($p < 0,05$).

Достоверно чаще у пациенток, не состоящих на диспансерном учете, встречались: вульвовагинит, нарушения менструального цикла, патология шейки ($p < 0,05$)

Частота патологических состояний и заболеваний в этот временной период была в 1,8 раза ниже в основной группе, что указывает на целесообразность планового обследования женщин с целью профилактики и своевременной коррекции возможных осложнений. Таким образом, спустя полгода после родов основные диагностические и лечебные мероприятия у пациенток, состоящих на диспансерном учете, должны быть направлены на профилактику и лечение воспалительных заболеваний гениталий, регуляцию менструальной функции, выбор адекватной контрацепции. Правильно и своевременно подобранная контрацепция, широкое применение КОК позволило снизить количество незапланированных беременностей в 4 раза, дисменорею — в 2, гиперменструальный синдром — в 1,5 раза ($p < 0,05$).

На основании проведенного исследования мы пришли к выводу, что диспансерное наблюдение за женщинами после КС должно осуществлять не менее 1 года после родов, в первые 2 месяца не реже 1 раза в 10–14 дней во избежание развития гнойно-септических осложнений и кровотечений. Оптимальным временем для решения вопроса о контрацепции у пациенток с оперированной

Таблица 3

Заболевания и патологические состояния после операции КС с 6 месяцев до года

Структура патологии	Основная группа		Контрольная	
	n = 105	M ± m, %	n = 94	M ± m, %
Болевой синдром	22	21,0 ± 4,0 *	33	35,1 ± 4,9
Сальпингоофорит	16	15,2 ± 3,5	20	21,3 ± 4,2
Вульвовагинит	12	11,4 ± 3,1 **	29	30,9 ± 4,8
Нарушение менструального цикла	16	15,2 ± 3,5 **	38	40,4 ± 5,1
Лигатурные свищи в полости матки	8	7,6 ± 2,6	7	7,4 ± 2,7
Патология шейки матки	5	4,8 ± 2,1 ***	15	16,0 ± 3,8
Нежеланная беременность	—	— **	8	8,5 ± 2,9
Кондиломы вульвы	4	3,8 ± 1,9	9	9,6 ± 3,0
Сексуальные нарушения	16	15,2 ± 3,5	23	24,5 ± 4,4
Гиперплазия эндометрия	3	2,9 ± 1,6	6	6,4 ± 2,5

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$

маткой следует считать 6 месяцев после родов. У женщин с нарушением менструального цикла предпочтение следует отдавать КОК. Появление нерегулярных мажущих кровянистых выделений из половых путей требует проведения УЗИ и гистероскопии для своевременного удаления гиперплазированного эндометрия и лигатур во избежание присоединения инфекции.

Таким образом, результаты нашего исследования согласуются с данными ряда ученых, считающих, что диспансерное наблюдение позволяет своевременно провести лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия по ликвидации последствий оперативной травмы, что оказывает благотворное влияние на репарацию тканей, репродуктивную функцию и общее здоровье женщины.

Литература

1. *Абрамченко В. В.* Кесарево сечение в перинатальной медицине / Абрамченко В. В., Ланцев Е. А., Шамхалова И. А. — СПб.: ЭЛБИ СПб., 2005. — 226 с.
2. *Ананьев В. А.* Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах / Ананьев В. А., Побединский Н. М., Чернуха Е. А. // Акуш. и гин. — 2005. — № 2. — С. 52–54.
3. *Введенский Д. В.* Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1990. — 19 с.
4. *Габидулина Р. И.* Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Казань, 2004.
5. Кесарево сечение. Выбор метода родоразрешения / Иванова О. Г., Шалина Р. И., Курцер М. А. [и др.] // Акуш. и гин. — 2003. — № 2. — С. 29–32.
6. *Комиссарова Л. М.* Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной патологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998.
7. *Краснопольский В. И.* Репродуктивные проблемы оперированной матки / Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Буянова С. Н. — М.: Миклош, 2005. — 160 с.
8. *Кулаков В. И.* Кесарево сечение / Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. — М.: Триада-Х, 2004. — 320 с.
9. *Логутова Л. С.* Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1996.
10. *Погорелова А. Б.* Беременность и роды у женщин, перенесших кесарево сечение в регионе высокого паритета: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Ташкент, 1990.
11. *Радзинский В. Е.* Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний / Радзинский В. Е., Духина А. О. — М.: Издательство РУДН, 2004. — 174 с.
12. *Стрижаков А. Н.* Беременность и роды после операции кесарева сечения / Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кузьмина Т. Е. — М.: МИА, 2003. — 62 с.
13. *Яглов В. В.* Особенности репродуктивного поведения и контрацепции у женщин после родов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000.
14. Cesarean section / Ed. Flamm B. L., Qulligan E. Y. — N.-Y.: Springer-Verlag, 1995. — 278 p.
15. *Chapman S. J.* One-versus two-layer closure of a low transverse caesarean: the next pregnancy / Chapman S.J., Owen J., Hauth J. C. // Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 89. — P. 16–18.
16. *Kumar M.* Improving the standards of care for women having caesarean sections / Kumar M., Johanson R., Rigby C., Jones P. W. // Journal of Obstetrics and Gynaecology. — 2000. — Vol. 20. — P. 584–588.
17. *Thorp J. A.* The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions / Thorp J. A., Porreco R. P. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 175. — P. 369–374.
18. Vaginal birth after cesarean section the patients point of view / Abitol M. M., Castillo I., Taylor U. B. [et al.] // Am. Family physician. — 1993. — Vol. 47, N 1. — P. 129–134.

Статья представлена Т. У. Кузьминых
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

THE QUESTIONS OF PRESERVATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN AFTER CESAREAN

Gustovarova T. A., Ivanyn A. N., Bolvacheva E. V,
Tsherbacova O. L.

■ **Summary:** Long-term complications and diseases in women after cesarean section were analyzed. Efficacy of ambulatory follow-up for preservation of reproductive function in women was supported after abdominal delivery.

■ **Key words:** cesarean; reproductive function; ambulatory follow-up