

Акушерско-гинекологическая тактика в лечении рожениц с тяжелой акушерской патологией, осложнившейся развитием полиорганной недостаточности

Е. Ф. Черкасская, О. Ю. Малкова, А. Л. Левит, Г. Б. Мальгина, О. И. Мазуров

Гинекологическое отделение ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1»;
ФГУ «Уральский НИИ ОММ Росмедтехнологий», отделение антенатальной охраны плода, г. Екатеринбург

Obstetric-gynecologic tactics in treatment of the puerperant woman with severe obstetrical pathobiology which complicate by evolution multiorgan failure

E. F. Cherkasskaya, O. J. Malkova, A. L. Levit, G. B. Malgina, O. I. Mazurov

Federal Agency of High-Tech Medicine, Ural Research Institute of Maternity and Infancy Welfare, Ekaterinburg, Russia

Резюме

Цель исследования: оценить результаты лечения и исходы у акушерских больных в послеродовом периоде с полиорганной недостаточностью (ПОН), развившейся в результате гестоза, акушерских кровотечений, акушерского сепсиса. Проведен анализ 157 случаев за 2000–2007 гг. Из них 115 пациенток (73,2%) поступили с сохраненной маткой, у 42 (26,6%) — произведена гистерэктомия по месту родов. Методы диагностики и лечения: в 15% случаев — лапароскопии, в 20% — гистероскопии с вакуум-аспирацией или инструментальным кюретажем. В 71,3% случаев за счет адекватной интенсивной терапии и своевременного применения эндоскопических методик пациенткам была сохранена репродуктивная функция. У 88% рожениц — исход благоприятный.

Таким образом, своевременная хирургическая санация очага инфекции с использованием как малоинвазивных методик, так и радикального хирургического вмешательства, является одним из условий успешного проведения лечения ПОН, снижает количество тяжелых гнойно-септических осложнений и увеличивает шансы больных на благоприятный исход.

Ключевые слова: послеродовый период, полиорганная недостаточность, инфекционно-воспалительные осложнения, гистероскопия, лапароскопия.

Resume

The aim of the present study: to analyse the results of treatment and outcomes of the obstetrical patient at puerperal period with multiorgan failure which due by gestosis, obstetrical haemorrhage, obstetrical sepsis. Was analysed 157 cases from 2000–2007 year. Of the 115 treatment patients (73,2%) was with kept uterus, 42 females (26,6%) was put to hysterectomy surgery at the place of delivery. Methods of the diagnostic and treatment: 15% of cases — laparoscopy, in 20% hysteroscopy with vacuum-aspiration or instrumental curettage. In 71,3% cases reproductive function of patients were saved by the adequate intensive care and well-timed use of the endoscopic method. At 88% of the puerperants was favorable outcomes.

CONCLUSION: well-timed surgical sanitation of the infection focus with use as minimally invasive methods, in such a way radical surgical intervention, appear one of condition successful treatment of multiorgan failure, reduce quantity severe suppurative complications and enlarge chances of the patients for favorable outcome.

Key words: puerperal period, multiorgan failure, suppurative, hysteroscopy, laparoscopy.

Е. Ф. Черкасская — врач отделения гинекологии ГУЗ «СОКБ №1», заочный аспирант ФГУ «УрНИИ ОММ»;

О. Г. Малкова — к. м. н., врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «СОКБ №1»;

А. Л. Левит — д. м. н., профессор, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «СОКБ №1»;

Г. Б. Мальгина — д. м. н., с. н. с., и. о. рук. отделения антенатальной охраны плода;

О. И. Мазуров — к. м. н., зав. отделением гинекологии ГУЗ «СОКБ №1».

Введение

В настоящее время в России одним из приоритетных направлений является улучшение демографических показателей, в связи с чем проблемы акушерства воспринимаются с особым вниманием из-за более высокой материнской и младенческой заболеваемости и смертности по сравнению с развитыми странами Европы. Структура причин материнской смертности с 28 недель беременности в УрФО по

данным 2006 г: кровотечение — 22%, гестоз — 17%, сепсис — 12,4% [1]. Структура материнской смертности на 33% состоит из управляемых причин [2]. Эти показатели остаются относительно стабильными последние годы. Современные достижения медицинской науки, новейшие технологии вполне достаточны для того, чтобы не допустить ни одного случая смерти женщин от класса причин «Осложнения беременности, родов и послеродового периода». Учитывая экологическую и медико-социальную обстановку, низкий индекс здоровья населения, можно предположить, что количество беременных и рожениц с осложненным течением беременности и родов в ближайшее время существенно не сократится. Критические состояния в акушерской практике, как правило, сопровождаются развитием полиорганной недостаточности и клинической манифестацией синдрома системной воспалительной реакции, что чаще всего обусловлено развитием послеродовых септических осложнений, основным источником которых является матка [3,5]. Таким образом, цель исследования: оценить результаты лечения и исходы у акушерских больных в послеродовом периоде с полиорганной недостаточностью (ПОН), развившейся в результате гестоза, акушерских кровотечений, акушерского сепсиса.

Материалы и методы

В Свердловской области с 2000 г. разработана система организации медицинской помощи больным акушерского профиля. Служба медицины катастроф и неотложных состояний ведет постоянный мониторинг беременных высокого риска в районах области. Бригады в составе акушера-гинеколога и анестезиолога выезжают в ЛПУ области для оказания помощи пациентам акушерского профиля при развитии критических состояний. Специалистами службы медицины катастроф производится эвакуация женщин после родоразрешения с тяжелой акушерской патологией и развитием полиорганной недостаточности в ОРИТ СОКБ №1 г. Екатеринбурга для оказания высокотехнологичной помощи.

Нами проведен анализ случаев госпитализации в ОРИТ СОКБ №1 из стационаров Свердловской обл. пациенток в критическом состоянии, обусловленном осложнениями беременности, родов и послеродового периода. С 2000 по 2007 г. в ОРИТ СОКБ №1 госпитализировано 157 пациенток с тяжелой акушерской патологией и ПОН в послеродовом периоде.

Методы исследования: общеклинические лабораторные исследования, методы лучевой

диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, доплерометрия сосудов головного мозга). Для эндоскопических методов диагностики и лечения использовалось оборудование фирмы «Storz». Вычисления и статистическая обработка результатов выполнены с помощью программного пакета Microsoft Excel 2002 для Windows XP.

При наличии ПОН с преобладанием церебральной (отек мозга), почечной и дыхательной (отек легких) недостаточности в комплекс лечения входили и методы экстракорпоральной детоксикации. У 21,1% пациенток проводился гемодиализ или низкопоточная вено-венозная ультрагемодиализация (PRIZMA-технология), которая используется по принятой в клинике методике с 2006 г. [6].

Интенсивная терапия гнойно-септических осложнений полностью отвечала современным представлениям и рекомендациям РАСХИ и включала проведение антибактериальной терапии с микробиологическим контролем, инфузионной терапии, респираторной и ранней нутритивной поддержки, современной адьювантной терапии сепсиса [4].

Результаты исследования

Средний возраст пациенток $26,5 \pm 1,76$ лет. Средние сроки пребывания пациенток в ЛПУ Свердловской области до перегоспитализации в СОКБ №1 составили $2,04 \pm 0,36$ суток. Исходная тяжесть состояния у этих больных оценивалась по шкале APACHE II и шкале SOFA и составляла $17,5 \pm 4,5$ балла и $9,5 \pm 3,8$ балла соответственно.

Структура ПОН выглядела следующим образом: ОЦН (острая церебральная недостаточность) — 53,5%; ОССН (острая сердечно-сосудистая недостаточность) — 22,4%; ОДН (острая дыхательная недостаточность) — 65,5%; ОПН (острая почечная недостаточность) — 32,8%; ОПечН (острая печеночная недостаточность) — 13,8%; ДВС-синдром — 34,5%.

Средние сроки пребывания в ОРИТ у данной категории больных $13,8 \pm 2,3$ дня, самая длительная госпитализация — 42 суток. ИВЛ в ОРИТ СОКБ №1 проводилось в среднем $10,8 \pm 2,1$ суток. Дальнейшее лечение в гинекологической клинике — $15,6 \pm 3,2$ суток.

Из доставленных пациенток с ПОН в послеродовом периоде 42-м женщинам (26,6%) была произведена гистерэктомия в ЛПУ области в связи с отслойкой плаценты, гипотоническим кровотечением, антенатальной гибелью плода. 115 пациенток (73,2%) поступили в ОРИТ после родоразрешения через естественные родовые пути или после операции кесарево сечение по поводу преэклампсии, эклампсии или геморрагического шока.

Таблица Структура летальности больных в послеродовом периоде с полиорганной недостаточностью за 2000-2007 гг.

Нозология летальности	Пациентки после гистерэктомии по месту родов.	Пациентки, перенесшие гистерэктомию в СОКБ №1.	Пациентки без гистерэктомии.
Кровотечение	5	-	-
Сепсис	4	3	-
Эклампсия	1	5	-
Постгипоксическая энцефаломалация	-	-	1
Всего	10	8	1

В группе пациенток, доставленных с сохраненной маткой, каждой 5-й производились гистероскопия, инструментальный кюретаж или вакуум-аспирация содержимого полости матки, которые выполнялись на 2-5 сутки послеродового периода. Манипуляция выполнялось без расширения цервикального канала с помощью гистерорезектоскопа под непрерывным током физиологического раствора с последующим добавлением раствора хлоргексидина[5]. В 5% случаев применялась повторная, динамическая гистероскопия.

Показаниями к данным манипуляциям являлись:

1. Нарушение инволюции матки (24%).
2. Задержка лохий (24%).
3. Гематометра (12%).
4. Остатки плацентарной ткани (12%).
5. Признаки эндометрита по данным УЗИ, КТ или МРТ (16%).
6. Необходимость оценки состояния швов на матке (12%).

При гистологическом исследовании материала из полости матки в 100% случаев был зарегистрирован воспалительный процесс разной степени выраженности: 82% — децидуальная ткань с некрозом и гнойным воспалением, 12% — остатки плацентарной ткани с некрозом и гнойным или серозно-гнойным воспалением.

Радикальная хирургическая тактика (гистерэктомия с трубами) предпринята у 28,7% (33 пациенткам из 115), из них 28 родильниц (84,8%) были родоразрешены операцией кесарево сечение и 5 (15,2%) имели роды через естественные родовые пути. Все эти больные находились в коме и на продленной ИВЛ, имели признаки тяжелой септической инфекции уже на 3-4 сутки послеродового периода.

Гистерэктомия выполнялась в среднем на $4,8 \pm 1,2$ сутки после родов.

Показания к гистерэктомии в данной группе:

1. Гнойно-некротический эндометрит (30,3%).

2. Несостоятельность швов на матке (18,2%).

3. Матка Кювелера (15,2%).

4. Неполный разрыв матки (3%)

5. Прогрессирование СВР и ПОН и отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии при наличии признаков воспалительного поражения матки (33%).

Для всех групп родильниц характерна полимикробная этиология воспалительного процесса матки и малого таза. В 82% случаев регистрировалась ассоциация аэробных и анаэробных микроорганизмов: *Enterococcus faecalis* — 30%, *Enterococcus faecium* — 30%, *Escherichia coli* — 30%, *Klebsiella pneumoniae* 18-20%, *Pseudomonas aeruginosa* 18-20%, *Staphylococcus aureus* 6-7%. В 8-10% случаев роста микрофлоры не выявлено.

В 15% случаев использовались лапароскопии с целью верификации диагноза, эвакуации гематом из брюшной полости, удаления маточных труб, санации брюшной полости и малого таза.

В ряде случаев (9,3%), после гистерэктомии не отмечалась положительная клиническая динамика, вследствие развития вторичного перитонита и прогрессирования септического процесса. В случаях развития перитонита предпринимались санационные лапароскопии и релaparотомии совместно с хирургами.

Из 115 пациенток, прошедших лечение в ОРИТ по поводу тяжелой акушерской патологии с ПОН, в 71,3% случаев была сохранена репродуктивная функция.

За 2000-2007 гг. из 157 пациенток с полиорганной недостаточностью в послеродовом периоде умерло 19 больных (12%).

Ведущими причинами материнской смертности за указанный период явились сепсис — 36,8%, эклампсия — 31,6%, кровотечения — 26,3% (таблица).

Обсуждение

Все пациентки с критическими состояниями в послеродовом периоде, связанными с акушерскими причинами, должны быть гос-

питализированы в многопрофильный стационар, что связано со сложностями диагностики, интенсивной терапии, которая во многом зависит от смежных специалистов [2]. По результатам нашего исследования у всех пациенток с ПОН имелись симптомы синдрома системной воспалительной реакции и развивались гнойно-септические осложнения, которые проявлялись в различных воспалительных изменениях матки и органов малого таза. Наиболее частое осложнение операции кесарево сечение — эндометрит, при развившейся полиорганной недостаточности имеет более раннее и тяжелое течение. Для всех рожениц характерна полимикробная флора при бактериологическом исследовании половых путей, которая с длительным течением ПОН приобретает резистентность к антибактериальной терапии. В связи с чем, необходимо применение активной и профилактической акушерско-гинекологической тактики лечения пациенток с ПОН:

1. Раннее и профилактическое применение эндоскопических методик позволяет адекватно оценить состояние матки, выраженность воспалительных изменений матки и органов малого таза, а так же провести санацию полости матки; брюшной полости, малого таза, и предупредить генерализацию процесса.

2. Своевременная хирургическая санация очага инфекции с использованием как малоинвазивных методик (гистероскопия, лапароскопия), так и радикального хирургического вмешательства, является одним из условий успешного проведения лечения ПОН, снижает количество тяжелых гнойно-септических осложнений и увеличивает шансы больных на благоприятный исход.

Литература

1. Материалы форума «Мать и дитя» 2007, с. 625.
2. Серов В. Н. Профилактика материнской смертности. Русский медицинский журнал: том 16, №1, 2008, том 16, № 1: 1-4.
3. Абрамченко В. В., Костючек Д. Ф., Хаджиева Э. Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Санкт-Петербург; 2005.
4. Сепсис в начале XXI века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия. Методические рекомендации РАСХИ. Калуга 2004 г.
5. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. М., МЕДпресс-; 2001, с. 195-257.
6. Серов В. Н., Маркин С. А., Лубнин А. Ю. Эклампсия. М., Медицинское информационное агентство; 2002, с. 402-404.
7. Лапароскопия в гинекологии. Под ред. Савельевой Г. М., Федоровой И. В. М., ГЭОТАР Медицина; 2000.
8. Никонов А. П., Асцатурова О. Р., Чилова Р. А., Ищенко А. И. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия. Пособие для врачей. М., 2006.

Принципы организации и технология проведения партнерских родов в перинатальном центре

И. Ф. Жукова, Г. Б. Мальгина

Отделение антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Principles of organization and technology of management of partner labor in the perinatal center

I. F. Zhukova, G. B. Malgina

Federal Agency of High-Tech Medicine, Ural Research Institute of Maternity and Infancy Welfare, Ekaterinburg, Russia

Резюме

Цель работы: Разработать оптимальные принципы организации и технологию партнерских родов в перинатальном центре.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ течения и исходов 50 партнерских родов и 50 родов без участия партнера (подбор методом «случай-контроль»), микробиологическое исследование 192 супружеских пар и их новорожденных, 30 женщин и их новорожденных, рожденных без участия отца в тот же период; анкетирование акушеров (69 анкет), принимавших партнерские роды, анкетирование 20 супружеских пар через 6–12 месяцев после партнерских родов.

Результаты и обсуждение: присутствие партнера на родах уменьшает частоту инвазивных манипуляций и медицинских воздействий. Своевременное выявление носительства условно-патогенной микрофлоры и санация родителей до родоразрешения способствует адекватной колонизации кишечника новорожденных (постнатальная патологическая колонизация условно-

И. Ф. Жукова — врач акушер-гинеколог второго акушерского отделения патологии беременности, заочный аспирант;
Г. Б. Мальгина — д. м. н., с. н. с., и. о. рук. отделения антенатальной охраны плода.