

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСТАНА

Рыскельдиева В.Т.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства Кыргызстана

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены основные причины смерти от послеродовых септических осложнений (после абдоминального родоразрешения) и выявленные недостатки ведения больных, приводящие их к летальному исходу.

Ключевые слова: кесарево сечение, послеродовый эндометрит, гнойно-септические осложнения, материнская смертность.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ СЕПТИКАЛЫК ЫРБООДОН АБДОМИНАЛЫК ТӨРӨТТӨН КИЙИН ӨЛГӨН АЯЛДАРДЫН НЕГИЗГИ СЕБЕБТЕРИ

Рыскельдиева В.Т.

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: булл статьяда төрөттөн кийин септикалык ырбоодон (курсакты союп баланы алып чыккандан кийин) аялдардын өлгөнүнүн себептери жана байкоо убагында өлгөн аялдар жөнүндө табылган кемчилдиктер.

Негизги сөздөр: курсакты союп баланы алып чылуу, төрөттөк кийинки эндометрит, ирин септикалык ырбоо, төрөчү аялдардын өлүмү.

THE MAIN REASONS FOR MATERNAL MORTALITY FROM SEPTIC COMPLICATIONS AFTER ABDOMINAL DELIVERY FOR KYRGYSTAN WOMEN

Ryskeldieva V.T.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article reflects upon the main causes of death from postnatal septic complications (after abdominal delivery) and the detected short comings during patient observation bringing to a fatal outcome.

Key words: cesarean section, puerperal endometritis, after birth septic complications, maternal mortality.

Актуальность: В Кыргызстане материнская смертность (МС) по причине гнойно-септических осложнений (ГСО) в течение 2010-2011 г.г. занимает лидирующее третье место в структуре после кровотечений и экстрагенитальной патологии [1]. Из 71 умершей в 2011 году женщины – 13 (18,3%) погибли по причине септических осложнений. Из них после оперативного родоразрешения – 7 (53,8%). Таким образом, выявление недостатков ведения и причин МС от послеродовых ГСО является актуальной задачей для здравоохранения Кыргызстана, т.к. направлено на изыскание путей предупреждения и снижения смертности.

Цель: Определить ошибки ведения и основные причины смерти родильниц от септических осложнений после абдоминального

родоразрешения в Кыргызстане.

Материалы и методы исследования: Проанализированы истории родов и карты стационарного больного 7 женщин, умерших после абдоминального родоразрешения по причине септических осложнений в 2011 году в Кыргызстане (основная группа), а также истории родов и карты стационарного больного 11 излеченных женщин, перенесших генерализованные септические осложнения после абдоминального родоразрешения в 2011 году (контрольная группа).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью вычисления однорядного точного критерия Фишера (Р) по таблице сопряженности 2×2. Нулевая гипотеза (данный признак не влияет на исход)

Представление данных с помощью точных 2x2 таблиц вероятностей Фишера

	Положительных	Отрицательных	Итого
Группа 1	A	B	A+B
Группа 2	C	D	C+D
Итого	A+C	B+D	A+B+C+D=N

отвергалась при критическом уровне значимости 5%, если вычисленное значение вероятности было меньше, чем 0,05 ($P < 0,05$) [2]. Расчет производился с помощью гипергеометрической формулы.

Для определения P , характеризующей взаимозависимость равную или более сильную, чем та, которая существует между двумя случайными величинами, для каждой ячейки вычисляется факториал, находящегося в ней значения:

$$P = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)!}{N!A!B!C!D!}$$

Факториал числа – это произведение этого числа на последовательность чисел, каждое из которых на 1 меньше предыдущего.

Результаты исследования: Средний возраст женщин основной группы составил $28,0 \pm 3,7$, и женщин контрольной группы - $23,4 \pm 1,6$; $p > 0,05$. Таким образом, в возрастном аспекте группы достоверно не отличались. Женщины обеих групп не отличались и по паритету родов (в основной группе – первородящих

– 3, повторнородящих – 4 и в контрольной – первородящих 8, повторнородящих – 3). Всем беременным кесарево сечение проведено по экстренным показаниям. Важно отметить, что микробный пейзаж всех обследованных женщин представлен ассоциациями условно-патогенной флоры.

Ранее при выявлении факторов риска развития послеродового эндометрита [6] нами была установлена тесная корреляционная связь между развитием ПЭ с гестационной анемией, преэклампсией, мертворождениями, повышенной кровопотерей в родах. Однако, по результатам настоящего исследования, представленным в таблице №1, эти факторы риска теряют свое значение при летальном исходе у матери ($P > 0,05$).

При проведении сравнительной оценки выявленных при анализе недостатков в ведении больных получены следующие результаты: Важное значение при летальном исходе имеют запоздалая диагностика послеродового эндометрита (ПЭ) ($P = 0,0000013$) и уже развившегося генерализованного септического

Таблица №1

Сравнительная оценка предполагаемых факторов риска летального исхода при ГСО после абдоминального родоразрешения

Признак	Умершие Основная группа 7	Выжившие Контрольная группа 11	P
Наличие антенатального наблюдения	5	7	0,4
Анемия во время беременности	6	8	0,4
Мертворождение	2	-	0,1
Кровопотеря более 500,0	7	11	1,0
Преэклампсия	3	3	0,3
Дородовое излитие околоплодных вод	1	3	0,4
Симптомы интоксикации при поступлении в родовспомогательное учреждение	2	-	0,1

Сравнительная оценка выявленных недостатков в ведении родильниц с послеродовыми ГСО

	Умершие Основная группа 7	Выжившие Контрольная группа 11	P
Недооценка кровопотери	3	2	0,22
Несвоевременная диагностика послеродового эндометрита	7	11	0,0000013
Неадекватная диагностика генерализации процесса	7	6	0,008
Неадекватная инфузионная терапия	4	1	0,04
Неадекватная антибактериальная терапия	5	4	0,14
Задержка подключения к аппарату ИВЛ	1	1	0,04
Задержка оперативного лечения	7	7	0,009

процесса (перитонит, сепсис) ($P = 0,008$); отсутствие или задержка оперативного лечения (релапаротомия) ($P = 0,009$). Особого внимания заслуживает значение неадекватной инфузионной терапии и задержки подключения больных к аппарату искусственной вентиляции легких при наличии у них явлений острой дыхательной недостаточности ($P = 0,04$). Из 7 случаев МС, лишь в 2-х был выставлен диагноз послеродового эндометрита (ПЭ) на 21-е и 26-е сутки послеоперационного периода и затем произведена релапаротомия. В этих случаях ПЭ перешел уже в генерализованный процесс – тяжелый сепсис. Таким образом, повторное оперативное вмешательство было запоздалым и проводилось уже в терминальном состоянии. Что касается остальных 5 случаев МС, то диагноз ПЭ не был установлен вообще и больные погибли без оперативного лечения, т.е. без оказания необходимой помощи. Из 7 случаев МС лишь в 4-х произведено патологоанатомическое вскрытие. Ни в одном из них нет описания шва на матке после кесарева сечения. После 2-х проведенных релапаротомий в основной группе также нет описания макропрепарата (матки), не проведено гистологическое исследование удаленного органа. Состояние шва на матке в основной группе не описано ни в одном случае.

У 11 женщин группы контроля ПЭ был диагностирован на 3-13 сутки послеоперационного периода и проводилось адекватное медикаментозное лечение

без эффекта в течение 2-х – 5-ти суток. Неэффективность медикаментозной консервативной терапии явилась показанием к производству релапаротомии, во время которой при визуальном интраоперационном осмотре и последующем гистологическом исследовании во всех случаях подтверждена частичная или полная несостоятельность шва на матке. Исходя из вышеизложенного, считаем возможным предположить, что триггерной точкой генерализации септического процесса после кесарева сечения является именно дефект матки, допущенный при ее ушивании. Наши результаты перекликаются с результатами исследования Бойко В.И. [3] и Лалаян Р.С. [4], которые в своих многочисленных фундаментальных исследованиях придают особое значение герметичности шва на матке и ее роли в развитии послеоперационных септических осложнений. Нами не выявлена положительная связь между недооценкой кровопотери в родах, так как она восполняется ($P = 0,22$). Неадекватная антибактериальная терапия имела место в 5-ти случаях из 7-ми при летальном исходе и в 4-х случаях из 11-ти у женщин, оставшихся живыми $P = 0,14$ (таблица №2). Данный факт свидетельствует о неэффективности антибактериальной терапии при наличии сохраненной матки с гнойно-септическим процессом. Таким образом, лечебные мероприятия при развитии ПЭ после кесарева сечения (у женщин контрольной

группы) не имеют эффекта в том случае, если имеется дефект ушивания матки. Своевременная диагностика ПЭ после кесарева сечения помогает избежать генерализации процесса лишь при герметичном ушивании разреза на матке при производстве кесарева сечения. Если же имеется дефект, то избежать развития перитонита невозможно. Считаем, что ранняя диагностика ПЭ и перитонита после кесарева сечения помогут проведению органосохраняющих операций [5].

Недооценка или полное отсутствие диагностики гнойно-септических осложнений (ГСО) ведут к неадекватной инфузионной и антибактериальной терапии, которые в свою очередь позволяют реализоваться генерализации процесса. В свою очередь неадекватное, хаотичное назначение антибактериальных препаратов из одного и того же ряда и длительными курсами стирает клиническую картину перитонита вследствие несостоятельности шва на матке. Итогом цепи неадекватных лечебных мероприятий является запоздалое оперативное лечение или его отсутствие в случаях материнской смертности.

Выводы:

Основными недостатками в ведении больных с ГСО в Кыргызстане на современном этапе являются несвоевременная диагностика послеродового эндометрита, задержка или отсутствие оперативного лечения, несвоевременная диагностика уже имеющегося генерализованного септического процесса, неадекватная инфузионная и антибактериальная терапия, позднее подключение больных к аппарату искусственной вентиляции легких при наличии у них явлений острой дыхательной недостаточности;

Причиной возникновения перитонита после кесарева сечения является, как правило, дефект шва на матке, приводящий к той или иной степени нарушения ее герметичности. Это в свою очередь, приводит к генерализации септического процесса.

Причиной же смерти родильниц после кесарева сечения в Кыргызстане от гнойно-септических осложнений является поздно диагностированный или не диагностированный

перитонит и сепсис, возникшие вследствие наличия дефекта шва на матке и вследствие этого, отсутствие или запоздалое оказание необходимой помощи.

Соблюдение техники ушивания разреза на матке с контролем за герметичностью наложения швов – основной путь предупреждения генерализации гнойно-септических осложнений и материнской смертности от них.

Отсутствие данных патолого-анатомического исследования в случаях МС от септических состояний, а также оценки состоятельности швов на матке и гистологического исследования миометрия в области швов на матке не позволяют вскрывать истинные причины потери матерей от септических состояний и, следовательно, скрывают возможные пути предупреждения МС.

Литература:

1. Статистический отчет НЦОМид Кыргызстана за 2010 - 2011 год.
2. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс / А. Банержи. – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
3. Бойко В.И., Иконописцева Н.А., Смиян С.А. Перитонит после кесарева сечения. // Вестник СумДУ, Серия «Медицина», №1, 2011, том 2, с.95-99
4. Лалаян Р.С. Экспериментально-клинические аспекты техники формирования шва матки и ее заживления после абдоминального родоразрешения. // Автореф. дисс. канд. мед. наук, Ростов на Дону, 2004, с. 18-19
5. Дабузов А.Ш., Омаров Н. С.-М. Органосохраняющие операции при гнойно-септических осложнениях после операции кесарева сечения // Материалы Форума «Мать и Дитя», Геленджик, 2011, с. 50-51
6. Рыскельдиева В.Т., Сапарбаев А.С. К вопросу о прогнозировании послеродового эндометрита у женщин после кесарева сечения в Кыргызстане // Российский Вестник Акушера - Гинеколога, Том 13, №1, 2013, с.59-61