

Особенности ведения пациенток с полиорганной недостаточностью после осложненных родов

Черкасская Е.Ф. — врач гинекологического отделения ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», заочный аспирант ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург
Мальгина Г.Б. — д.м.н., руководитель отделения антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

Features of conducting patients with multiorgan failure after the complicated labor

Cherkasskaya E.F., Malgina G.B.

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 182 случаев за 2000-2009г.г. У 54 пациенток (29,7%) была произведена гистерэктомия до госпитализации в СОКБ №1. Методы диагностики и лечения: в 15% случаев – лапароскопии, в 20% – гистероскопии с вакуум-аспирацией или инструментальным кюретажем. В 64% случаев за счет адекватной интенсивной терапии и своевременного применения эндоскопических методик пациенткам была сохранена репродуктивная функция. У 87,9% родильниц – исход благоприятный. Таким образом, своевременная хирургическая санация очага инфекции с использованием как малоинвазивных методик, так и радикального хирургического вмешательства, является одним из условий успешного 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.

Summary

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 182 cases from 2000 – 2007 year. 54 females (29,7%) was put to hysterectomy before hospitalization in OKB № 1. Methods of the diagnostic and treatment: 15% of cases – laparoscopy, in 20% hysteroscopy with vacuum-aspiration or instrumental curettage. In 64% cases reproductive function of patients were saved by the adequate intensive care and well-timed use of the endoscopic method. At 87,9% 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.

Введение

Материнская смертность является важнейшим критерием качества оказания акушерской помощи. В мире материнская смертность составляет 11,5 случаев на 100000 живорождений. По заключению экспертов ВОЗ, 63-80% случаев смерти, прямо связанных с беременностью и родами, и 88-98% всех случаев смерти матерей могли бы быть предотвращены с помощью соответствующих и своевременно принятых мер[1].

По данным Минздравсоцразвития России в структуре материнской смертности в РФ последние годы стабильно доминируют кровотечения, сепсис, гестоз.

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 материнской смертности на 33% состоит из управляемых причин [2]. 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»[3]

Критические состояния в акушерской практике, как

Ответственный за ведение переписки -
 Черкасская Елена Федоровна,
 г. Екатеринбург, пр. Ленина, д. 64, кв. 37;
 E-mail: cherkasskaya@e1.ru

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 [4,5]. Наиболее часто полиорганная недостаточность развивается при эклампсии и акушерских кровотечениях. По данным ряда авторов, от 0,1 до 0,9% родильниц нуждаются в пребывании в ОРИТ. Частота развития осложнений в послеродовом периоде колеблется от 2,5 до 12 на 1000 родов. По данным ряда авторов, показатель летальности в группе реанимационных больных акушерского профиля находится в пределах 2,4-39,3%:

-у больных с преэклампсией, эклампсией, находившихся в ОРИТ, составляет 6,1-21%,

-у больных с акушерскими кровотечениями – 4,2-16,6%,
-при гнойно-септических осложнениях – 5,4-18,1% [6].

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 2000г после организации гинекологического отделения в СОКБ №1 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 пациенткам 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 области пациенток в критическом состоянии, обусловленном осложнениями беременности, родов и послеродового периода. С 2000 по 2009г в ОРИТ СОКБ №1 госпитализировано 182 пациентки с тяжелой акушерской патологией и ПОН в послеродовом периоде. Все годы основной причиной в развитии ПОН является гестоз (Диаграмма 1). Нарастание количества перегоспитализированных к 2004г связано со становлением службы медицины катастроф и НС. В 2006-2009г отмечается стабилизация количества пациенток, доставленных для лечения в СОКБ №1, что обусловлено совершенствованием мониторинга на местах и отработкой алгоритмов оказания акушерско-анестезиологической помощи при тяжелой акушерской патологии.

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 вводили и методы экстракорпоральной детоксикации. У 21,1% пациенток проводился гемодиализ или низкоточная вено-венозная ультрагемодиализация (PRIZMA-технология), которая используется по принятой в клинике методике с 2006г [7].

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 адекватной терапии сепсиса [8].

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток 26,5±1,76 лет. Срок пребывания пациенток в ЛПУ Свердловской области до перегоспитализации в СОКБ №1 составил 2,04±0,36 суток. Исходная тяжесть состояния у этих больных оценивалась по шкале APACHE II и шкале SOFA и составляла 17,5±4,5 балла и 9,5±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% (Диаграмма 2). Средний срок пребывания в ОРИТ у данной категории больных 13,8±2,3 дня, самая длительная госпитализация – 42 суток. ИВЛ в ОРИТ СОКБ №1 проводилось в среднем 10,8±2,1 суток. Дальнейшее лечение в гинекологической клинике – 15,6±3,2 суток.

Из доставленных пациенток с ПОН в послеродовом периоде 54-м женщинам (29,7%) была произведена гистерэктомия в ЛПУ области в связи с отслойкой плаценты, гипотоническим кровотечением, антенатальной гибелью плода (Диаграмма 3). 128 пациенток (70,3%) поступили в ОРИТ после родоразрешения через естественные родовые пути или операции кесарево сечение по поводу преэклампсии, эклампсии или геморрагического шока, у которых на момент перевода не было показаний к гистерэктомии.

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 выполнялась без расширения цервикального канала с помощью гистерорезектоскопа под непрерывным током физиологического раствора с последующим добавлением раствора хлорексидина. 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

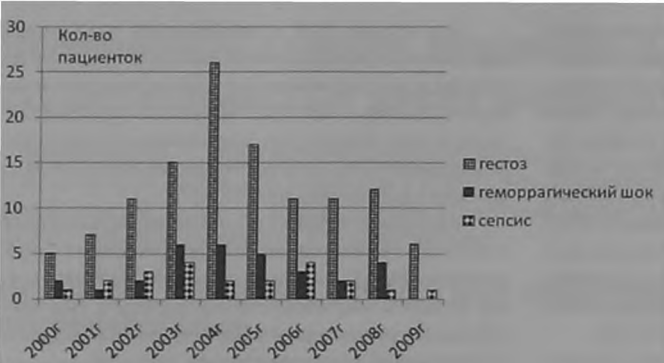


Диаграмма 1. Структура акушерской патологии при ПОН

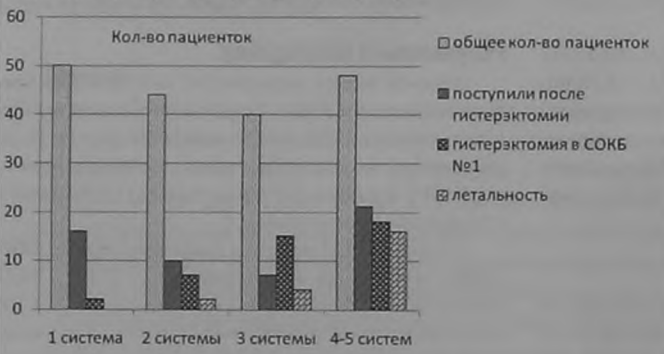


Диаграмма 2. Распределение по количеству системных дисфункций

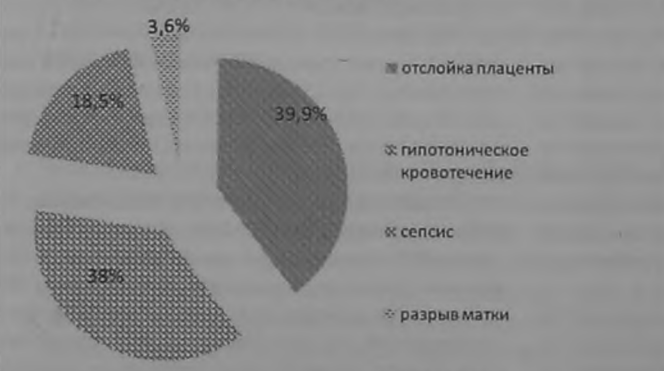


Диаграмма 3. Показания к гистерэктомии в ЛПУ (54 пациентки - 29,7%)

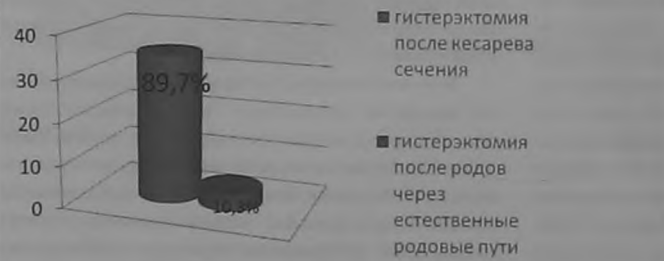


Диаграмма 4. Гистерэктомии в ГУЗ СОКБ №1

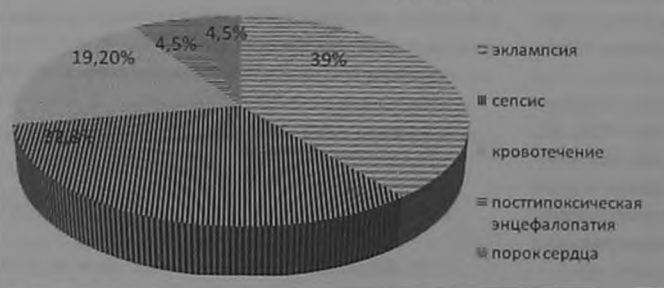


Диаграмма 5. Ведущие причины материнской летальности

(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 32,8% (42 пациентки из 128), из них 89,7% были родоразрешены операцией кесарево сечение и 10,3% 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 (Диаграмма 4).

Гистерэктомия выполнялась в среднем на $4,8 \pm 1,2$ сутки после родов. Показания к гистерэктомии в данной группе:

1. Гнойно-некротический эндометрит (39,6%).
2. Несостоятельность швов на матке (18,2%).
3. Матка Кювелера (12,8%).
4. Неполный разрыв матки (3%)

5. Прогрессирование СВР и ПОН и отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии при наличии признаков воспалительного поражения матки (26,4%).

При гистологическом исследовании удаленных маток в 100% случаев выявлен воспалительный процесс, от серозно-гнойного эндометрита до гнойного метротромбофлебита. В краях гистеротомной раны после кесарева сечения регистрировалось некротическое и гнойно-продуктивное воспаление с васкулитами.

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 септиче-

ского процесса. В случаях развития перитонита предпринимались санационные лапароскопии и релaparотомии совместно с хирургами.

Из 182 пациенток, прошедших лечение в ОРИТ по поводу тяжелой акушерской патологии с ПОН, выписаны домой 160 родильниц, в 64% случаев (82 человека) была сохранена репродуктивная функция.

За 2000-2009гг из 182 пациенток с полиорганной недостаточностью в послеродовом периоде умерло 22 родильницы (12%).

Ведущими причинами материнской летальности за указанный период явились эклампсия - 39%, сепсис - 32,8%, кровотечения - 19,2% (Диаграмма 5).

Все пациентки с критическими состояниями в послеродовом периоде, связанными с акушерскими причинами, должны быть госпитализированы в многопрофильный стационар, так как нуждаются в проведении высокотехнологичной диагностики и интенсивной терапии, которая во многом зависит от смежных специалистов. 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 родильниц 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 и 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. АНЮсупова, З.З.Токова, О.Г. Фролова Предотвратимые случаи материнской смерти. Акушерство и гинекология, 2009, №2: 53.
2. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. Русский медицинский журнал, том 16, №1, 2008, том 16, № 1: 1-4.
3. ВИ.Кулаков, О.Г. Фролова, З.З. Токова Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации. Акушерство и гинекология, 2004, №2: 3-5.
4. В.Н.Серов, Н.А.Хоняна, А.Н.Дробинская, М.А.Гухонова, О.Ю.Леглява, Е.И.Стрельцова, Н.М.Пасман, Е.Р.Черных, А.А.Остани Клинико-иммунологические особенности системной воспалительной реакции у больных с акушерской и хирургической патологией. Акушерство и гинекология, 2006, №2: 36-42.
5. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Санкт-Петербург, 2005.
6. С.В.Галушко Полиорганная недостаточность у родильниц в послеродовом периоде. Дисс... д.м.н.-Москва, 2006: 57-148.
7. О.Г.Малкова, А.Л.Левит Анализ основных ошибок в проведении интенсивной терапии у пациенток с тяжелой акушерской патологией в ОРИТ ОКБ№1. Ретроспективный анализ за 5 лет. Интенсивная терапия, 2005, №3: 4-8.
8. Сепсис в начале XXI века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия. Методические рекомендации РАСХИ Калуга 2004г.