



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО СЕПСИСА ПРИ НЕКОТОРЫХ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СИТУАЦИЯХ

¹Умарова Н.М., ²Нигматова Г.М.

¹Республиканский Перинатальный центр, ²Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

✓ Резюме

Изучение факторов риска развития акушерских состояний «near miss» позволяет оценить качество и уровень организации работы лечебных учреждений, оказывающих специализированную акушерско-гинекологическую помощь.

Ключевые слова: несостоятельность рубца на матке, кесарево сечение, генитальный сепсис

AYRIM AKUSHERLIK HOLATLARIDA GENITAL SEPSIS RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI

¹Umarova N.M., ²Nigmatova G.M.

¹Respublika Perinatal Markazi, ²Toshkent Tibbiyot Akademiyasi, O'zbekiston

✓ Rezyume

Akusherlik sharoitlarining rivojlanishi uchun xavf omillarini o'rganish, ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologik yordam ko'rsatadigan tibbiyot muassasalari ishining sifati va tashkiliy darajasini baholash imkonini beradi.

Калит сўзлар: бачадон чандигининг етишмовчилиги, кесарча кесии, genital sepsis

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF GENITAL SEPSIS IN SOME CRITICAL OBSTETRIC SITUATIONS

¹Umarova N.M., ²Nigmatova G.M.

¹Republican Perinatal Center, ²Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

✓ Resume

The study of risk factors for the development of obstetric conditions "near miss" makes it possible to assess the quality and level of organization of the work of medical institutions providing specialized obstetric and gynecological care.

Key words: uterine scar inconsistency, cesarean section, genital sepsis

Актуальность

В представлении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мир после 2015 года - это мир, в котором «каждая беременная женщина и новорожденный получают качественную медицинскую помощь на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода». Безопасность оказания медицинской помощи таким образом, чтобы свести к минимуму риски и вред для потребителей услуг, в том числе, не допустить предотвратимые травмы и повреждения и сократить число врачебных ошибок, а эффективность - это оказание медицинской помощи таким образом, чтобы максимально увеличить использование ресурсов и не допускать материнской смертности. Общее определение женщины, перенесшей критический случай таково: женщина «near miss» (NM) – это беременная или родильница в критическом состоянии, которая была близка к смерти, но выжила (около потери, near miss maternal morbidity) после осложнения во время беременности, родов или в течение 42 дней (6 недель) после прекращения беременности».

Ведение акушерских пациенток, оказавшихся на грани жизни и смерти («near miss»), всегда представляет большие трудности, требует мультидисциплинарного подхода, привлечения

современных методов диагностики и лечения, значительных материальных вложений. Анализ акушерских состояний «near miss» является предметом систематического изучения, который позволяет оценить качество и уровень организации работы лечебных учреждений, оказывающих специализированную акушерско-гинекологическую помощь.

Анализ критических состояний показал, что резервы в снижении этих патологических состояний лежат в качественном наблюдении беременных, своевременном выявлении соматических заболеваний и недопущения беременности при абсолютных противопоказаниях на уровне первичного звена, женских консультаций. Как известно, любое хирургическое вмешательство, в том числе кесарево сечение также сопряжено с различного рода осложнениями, среди которых преобладают воспалительные процессы. Несмотря на совершенствование техники операции, использование современных шовных материалов и антибактериальных препаратов, кесарево сечение остается сложной операцией и создает дополнительный риск для возникновения послеродовых послеоперационных осложнений [1, 2].

Поэтому риск развития гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения в 20 раз выше, чем при естественных родах [1]. Известно, что увеличение доли абдоминального родоразрешения на 1% повышает частоту развития послеродовых гнойно-септических осложнений в 2 раза. Материнская смертность после кесарева сечения, особенно повторного, в 4 раза выше, чем после родов per vias naturales [1, 3]. Причин формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения достаточно много: интраоперационные кровотечения, ранение соседних органов, неправильно выбранный метод операции, послеоперационные осложнения (гематолохиометра, эндометриты другие) [2, 3].

Факторами риска развития ГСЗ у женщин, перенесших АКС (акушерские критические ситуации), в основном являлись, резкое снижение адаптационных иммунологических приспособительных резервов организма в ответ на критическую ситуацию, особенно в случаях с массивным акушерским кровотечением, на фоне анемии и сопутствующих соматических заболеваний, особенно бронхопневмонии, пиелонефрита, а также на фоне преэклампсии. Вследствии перенесенных АКС, пациенткам проводят как правило в 80% случаев экстренное КС, что приводит на фоне имеющихся сниженных резервов иммунного ответа на стресс, да еще присоединяется активизация условно-патогенной флоры, которая переходит в массивную бактериальную атаку и развитие системного воспалительного стресса. Как правило, развивается послеоперационный эндометрит, который в последствие приводит к развитию несостоятельности рубца на матке.

Ряд авторов, к факторам риска формирования несостоятельного рубца на матке после КС относят: инфекции, связанные с беременностью и/или связанных с беременностью хирургических процедур - хориоамнионит, послеродовый эндометрит, септический аборт, антенатальная гибель плода, послеродовые травмы и разрывы, тромбофлебит, инфекция послеоперационной раны, инфекция после эпизиотомии (перинеорафия), некротический фасциит, тазовый абсцесс, инфицирование шва на шейке матки после кольпорафии, проведение амниоцентеза и кордоцентеза.

Анализ причин их развития, а также выявление факторов риска, приведших к развитию критических состояний, явилось **целью** нашего исследования.

Материал и методы

Для определения факторов риска развития генитального сепсиса после родоразрешения нами проведено ретроспективное исследование 35 историй болезней и проспективный анализ 140 случаев генитального сепсиса.

Все пациентки, пережившие близкое к смерти состояние, относились к группе высокого акушерского и перинатального риска, но большинство из них были родоразрешены в акушерских стационарах различного уровня, более половины — операцией кесарева сечения в экстренном порядке, которые в 35% случаев осложнялись гнойно-септическими заболеваниями (ГСЗ), послеоперационными метрозендометритами, расхождением шва на матке. Как мы видим из нашей практики критические состояния в акушерстве, а также на основании результатов III конфиденциального анализа случаев материнской смертности (МС) за 2016 – 2017 гг. (КИСМИС) «Во имя спасения жизни матерей», причиной МС от генитального сепсиса (ГС) составило 14,7%.

Результат и обсуждения

Мы в ходе нашей работы дополнили и провели анализ факторов рисков развития ГСЗ у пациенток, перенесших акушерские критические ситуации:

- Тщательный сбор у пациентки «воспалительного» акушерского, гинекологического хирургические вмешательства во время беременности или послеродовом периоде анамнеза (послеродовый эндометрит, мастит, раневая инфекция после предыдущих оперативных родов, послеабортный эндометрит; эндоцервицит, острый и хронический сальпингоофорит, бесплодие, операции акушерские и гинекологические с септическими осложнениями);

- Наличие и обострение во время беременности хронических воспалительных соматических заболеваний (особенно заболеваний ЛОР, бронхолегочной и мочевыделительной системы), наличие анемии НВ < 90г/л;

- Длительный и безводный период >18 часов, хориоамнионит;

- Предлежание плаценты с вращением и без, критические акушерские ситуации, сопровождающиеся патологической кровопотерей (кровопотеря более 500мл после родов и более 1000мл после операции кесарево сечение);

- Продолжительная по времени операция >75%, экстренное кесарево сечение, особенно необходимость быстрого родоразрешения в связи с развившейся острой гипоксией плода (острый дистресс плода, неубедительные состояния плода с НМППК), в том числе у пациенток с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (в данной группе самые высокие перинатальные потери — 154%).

- Многократные необоснованные вагинальные осмотры, полипрогмазия, использование Партограммы не как инструмент прогресса родов, а постфактум, что является грубыми нарушениями ведения родов, согласно стандартам ЭПУ и национальным клиническим протоколам.

- нарушение техники наложении швов на рану матки, грубых ручных приемов выведения головки, которые зачастую приводят к тому, что угол раны рвется, вследствие чего образуются различные осложнения (разрыв угла матки, гематомы различной локализации, кровотечения и т.д), инородные тела, просроченный шовный материал.

- Обструктивные роды (затяжные роды >14 часов):

1. предикторы- затяжные латентная, 1 и 2 активная фаза родов;

2. осложнения - поздно диагностированная тазово-головная диспропорция, ассинклитизм, вклинивание головки плода. Проведение операции в условиях резкого истончения нижнего сегмента, приводящей к ишемии и гистопатической дисплазии мышц матки у пациенток с тазово-головной диспропорцией;

- Индукция родов: родовозбуждение и родостимуляция

- Нарушение асептики в операционных, не соблюдение пошагового мытья рук, несоблюдение интервала между операциями, для проведения сан.обработки;

- Среди соматических заболеваний, приводящих к ГСЗ, в первую очередь выделяют сахарный диабет, инфекции мочевыводящих путей, ожирение (ИМТ более 30 кг/м²), заболевание органов дыхания, операции на сердце, ревматические болезни, а также инфекционный анамнез (ЗППП, СПИД/ВИЧ, COVID-19, туберкулез).

Одним из наиболее важных факторов, определяющих течение послеоперационного периода и исхода оперативного вмешательства в целом, является хирургическая техника. Как известно, оптимальная техника проведения КС до сих пор является дискуссионной. Большинство акушеров-гинекологов являются сторонниками «тупого» рассечения матки после того, как сделан небольшой разрез скальпелем по методу Гусакова – Занченко и реже проводят рассечение матки с помощью ножниц по Дерфлеру.

В то же время имеются сведения о том, что определяющим фактором формирования состоятельного рубца является характер заживления раневой поверхности с преимущественным образованием мышечной или рубцовой ткани. Так, если заживление протекает по типу первичного (с преимущественным образованием мышечной ткани), то такие дополнительные факторы риска, как локализация плаценты, промежуток времени, прошедший после КС, производство медицинских абортос после КС в конечном исходе не имеют принципиального значения [3]. Р.И. Габидуллина и соавторы на основании гистохимических исследований отмечали сложность процесса заживления раны матки после операции КС [1,3]. В более поздних работах было показано, что при заживлении матки могут наблюдаться два типа регенерации:

субституция, представляющая собой неполноценную регенерацию, и реституция, при которой рубец клинически не выявляется. Естественно, замещение дефекта миометрия не инертной соединительной, а проявляющей сократительную активность гладкой мышечной тканью более адекватно [2].

Бесспорно, основным этиологическим фактором формирования неполноценного рубца на матке и генерализации инфекции является послеродовой эндометрит [1,3]. Особенности клинической картины послеродового эндометрита являются: первично-хроническое течение или короткая острая фаза манифестации заболевания, часто скрывающегося за различными «масками» (лохио- и гематометра); дальнейшее стертное клиническое течение, обусловленное, как правило, применением массивной антибактериальной терапии (в среднем два курса – 4–5 антибиотиков) и различных методов местной санации матки: вакуум-аспирации, выскабливания полости матки, лаважа (у 75,5% родильниц); скрытая или поздняя (после выписки) манифестация воспалительного процесса с волнообразным течением заболевания (ремиссия – обострение); преобладание инфильтративных и некротических форм воспаления в отсутствие типичных клинических и лабораторных признаков инфекции [2,3].

Все заболевания, в том числе послеродовые и послеоперационные, имеют специфические симптомы, отражающиеся в субъективных жалобах и данных объективного исследования.

Развитие воспалительных и послеоперационных осложнений всегда «проходит» последовательные стадии и четко выявляется при сборе информации об истории заболевания при условии знания врачом возможного течения заболевания и постановки направленных вопросов (наличие факторов риска, инициация заболевания, его развитие, длительность и кратность госпитализаций, характер и длительность лечения). При этом практически всегда, даже по истечении определенного времени можно выявить причину формирования несостоятельного рубца после КС (чаще - эндометрит, реже - явные технические погрешности проведения операции).

До настоящего времени остается нерешенным вопрос восстановления нижнематочного сегмента. Большинство акушеров придерживаются следующей тенденции - снижение рядности и непрерывность наложения шва на матку.

Однако, несмотря на применение с целью профилактики антибиотиков широкого спектра действия, процент гнойно-септических осложнений остается достаточно высоким и не имеет тенденции к снижению.

Рациональная техника ушивания матки состоит, по мнению авторов, в следующем: наложение отдельных мышечно-мышечных швов, на расстоянии 0,7-1,0 см друг от друга, наложение непрерывного шва на собственную фасцию матки, с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала. Обязательная перитонизация шва на матке пузырно-маточной складкой [3]. Также в литературе встречаются сведения о проведении реконструктивно-пластических операций на матке, у женщин с имеющимся несостоятельным рубцом и планирующих беременность. Основные принципы операции заключаются в следующем: радикальное, но экономное иссечение рубца в пределах жизнеспособных тканей, расширение цервикального канала, для послеоперационного выделения раневого секрета, послойное зашивание раны в два ряда отдельными швами синтетическими рассасывающимися нитями.

Среди значимых факторов риска — анемия беременных. Преэклампсия выступает как самостоятельная причина критического состояния, так и фактор риска развития кровотечения. Фактором риска массивных кровотечений, по мнению многих исследователей, является увеличение числа операций кесарева сечения, при которых частота кровотечений в 3–5 раз выше, чем при самопроизвольных родах [2]. Факторами высокого риска развития разлитого перитонита и тяжелого сепсиса с полиорганной недостаточностью являлись: возраст старше 30 лет (57,7%), трое родов и более (57,7%), тяжелая анемия и ИМТ, позднее проявление симптоматики (на 15 сутки и более -57,7%) ($p<0,05$). Установлено, что основными причинами субинволюции матки и лохиометры были повторное кесарево сечение, многоплодие, многоводие, крупный плод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты/предлежание плаценты, мертворождение и отсутствие грудного вскармливания, способствовавшие снижению тонуса миометрия после кесарева сечения. Наиболее частыми причинами эндометрита были длительный безводный период, тазово-головная диспропорция, задержка частей последа, кольпит. Факторами риска несостоятельности швов на матке после кесарева сечения были:

тазово-головная диспропорция (40,7%) тяжелая преэклампсия (16,6%) и дородовые кровотечения (16,6%).

Заключение

В настоящее время не вызывает сомнений, что наиболее эффективным и безопасным в плане развития гнойно-септических осложнений методом ушивания матки после операции кесарева сечения является непрерывный однорядный шов с использованием синтетического шовного материала. Вместе с тем, высокая частота абдоминального родоразрешения на фоне ухудшения общего состояния здоровья беременных женщин, возросшей частоты осложнений гестационного периода, увеличения числа инфицированных лиц при снижении защитно-компенсаторных резервов организма, настоятельно диктуют поиск новых эффективных методов профилактики гнойно-септических осложнений.

Таким образом, анализ критических состояний показал, что резервы в снижении этих патологических состояний - работа первичного звена, так как в настоящее время растет тенденция отягощенного акушерского анамнеза (ОАА) три и более рубца на матке, а если в сочетании с соматическими и хирургическими заболеваниями в анамнезе, ЭКО, что приводит к развитию различных акушерских критических ситуаций, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода, развитию ГСЗ, а также реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, в случае развития полиорганной недостаточности, отказа органов и как следствие - МС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Внедрение цикла Анализа Критических Случаев в акушерской практике на уровне стационара Пособие и практические инструменты с-2,6 // Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.
2. АНАЛИЗ КРИТИЧЕСКИХ АКУШЕРСКИХ СОСТОЯНИЙ В МЕГАПОЛИСЕ ©Бодыков Г. Ж., Т. 7. №10. 2021 <https://doi.org/10.33619/2414-2948/71>
3. Пырегов А.В., Шмаков Р.Г., Федорова Т.А., Юрова М.В., Рогачевский О.В., Гришук К.И., Стрельникова Е. / Критические состояния «near miss» в акушерстве: трудности диагностики и терапии // Журнал Акушерство и Гинекология №3 – 2020 – С.55-58.

Поступила 20.07.2022