

УДК 618.5-016.94:618.7

© С. Б. Ходаковский, 2012.

МЕТОД КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА

С. Б. Ходаковский

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав. – профессор Ю. П. Вдовиченко), Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев.

CESAREAN SECTION WITH RISK OF SEPTIC COMPLICATIONS

S. B. Hodakovsky

SUMMARY

Cesarean section – the most claiming operation in obstetrics, which raises risk of festering-septic complications, capable to bring about development of the conditions, united notion "disease of the handled womb". Cesarean section quite often execute in infections condition and risk of infection. The measures of the preventive maintenance is herewith limited antibiotics, but possibility of the influence on wound surface of the womb is removed at time. Rational drainage of womb qualitative perfects the condition and defogging and currents healing process.

МЕТОД КЕСАРЕВА РОЗТИНУ В УМОВАХ ІНФЕКЦІЙНОГО РИЗИКУ

С. Б. Ходаківський

РЕЗЮМЕ

Кесарів розтин є найпоширенішою розроджувальною операцією з вагомим ризиком запальних ускладнень, що можуть привести до розвитку патологічних станів – «хвороби оперованої матки». Кесарів розтин нерідко виконують в умовах контамінації та ризику інфікування. Профілактика обмежена антибактеріальною терапією, а можливість впливу на ранову поверхню матки відстрочена в часі. Рациональне дренивання та використання сорбентів покращує умови санації рани та перебігу ранового процесу.

Ключевые слова: кесарево сечение, эндомиометрит, мелкодисперсный кремнезем, приточно-промывное дренирование, послеродовый период.

Последние годы отмечены ростом частоты кесарева сечения (КС), которая удвоилась и в среднем колеблется в пределах 7,0-17,0% в зависимости от уровня родовспомогательного учреждения. В 1999 г. частота КС в Украине составила 9,6%, а 2009 г. – 16,1%. В 2006 г. при уровне КС 14,0% отмечен рост материнской летальности, обусловленный КС. Оптимальным, по данным ВОЗ, считается показатель в пределах 13,0%, выше которого вмешательство не приводит к желаемому снижению перинатальных потерь, а заболеваемость родильниц резко возрастает [1, 6, 12]. В частности, известно, что повышение частоты КС на 1,0% приводит к удвоению числа осложнений воспалительного характера в послеоперационном периоде [9]. В сложившихся условиях решение проблемы заболеваемости послеродового периода обычно сводится к формированию групп риска, оптимизации условий оперирования, профилактике осложнений родового акта, рациональному ведению родов согласно нормативным протоколам. В свою очередь, рациональная антибактериальная терапия, оптимизация и простота выполняемого вмешательства, активная тактика ведения послеоперационного периода, внедрение новых техноло-

гических приемов сводят к минимуму реализацию факторов риска [2, 3, 8].

Многие профилактические мероприятия проводятся с опозданием или уже на фоне реализованного воспалительного процесса, а для некоторых методик существуют веские противопоказания [8].

В практике нередки ситуации, когда КС приходится выполнять на заведомо неблагоприятном фоне: специфическое состояние транзитного иммунодефицита, обусловленное собственно беременностью, разнообразные осложнения беременности, родовой стресс, кровопотеря и пр. Возбудителями послеродовых воспалительных заболеваний [4] могут быть представители резидентной флоры, к которой относятся патогенные, условно-патогенные и сапрофитные микроорганизмы. Доказанным фактом считают наличие в норме у человека более 500 видов бактерий и 150 видов вирусов [7, 10]. При завершении родов естественным путем значительной раневой поверхностью является плацентарная площадка, а в случае КС – еще и маточная рана. Признано [5], что любая операция, сопровождающаяся вскрытием полого органа, является контаминированной, в силу чего КС можно считать операцией, выполняемой на инфекционном фоне [8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Предложен способ кесарева сечения [11], разработанный сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П. Л. Шупика (Патент Украины №31055А от 15.12.2000 г.). Сущность способа состоит в создании приточно-отточной дренажной системы с последующим орошением полости матки 0,5-1,0% суспензией высокодисперсного диоксида кремния с удельной поверхностью 270-300 м/г и размером частиц 5-20 нм в течение 15-20 мин. 1-2 раза в сутки. Таким образом, достигается возможность максимально рано воздействовать на обширную ранаевую поверхность внутри матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенным способом по неотложным показаниям родоразрешено 20 беременных с многочисленными факторами инфекционного риска, которые составили основную группу. Первородящие – 17, повторнородящие – 3. Возраст беременных: до 20 лет – 3, 20-24 – 10, 25-29 – 5, свыше 30 лет – 2. Осложненное течение беременности: анемия – у 8, гестоз – у 5, пиелонефрит – у 8, многоводие – у 4, маловодие – у 5, острая респираторная вирусная инфекция – у 5. Отягощенный соматический анамнез: метаболический синдром – у 7, легочная патология – у 3, пищеварительного тракта – у 6, эндокринная патология – у 9. Роды в срок – у 16, переношенная беременность констатирована у 4. Незрелые родовые пути, с низкой оценкой шейки матки по Бишопу, выявлены у 9 беременных. Во всех наблюдениях роды осложнились синдромом преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО). Длительность безводного периода свыше 7-9 часов отмечена у 10, 10-12 часов – у 6, свыше 12 часов – у 4. Родовызывание предпринято у 15, при этом слабость родовой деятельности или при-

соединившиеся осложнения у всех из них послужили поводом для пересмотра тактики родоразрешения. Дополнительными показаниями к КС были функционально узкий таз, крупный плод, асинклитические вставления головки плода в 9 наблюдениях; дистресс плода на фоне плацентарной дисфункции и без нее – у 8, хориоамнионит в родах – у 3.

Степень инфекционного риска оценивали по шкале. Во всех наблюдениях показатель был высоким. Интраоперационная кровопотеря у 15 женщин достигла 500 мл, у 1 – 600 мл, у 2 – 800 мл, у 1 – 900 мл. Все хирургические вмешательства выполнены одной хирургической бригадой. Течение послеоперационного периода оценивали комплексно: температура, наличие ознобов, пульс, сухость во рту, жажда, отрыжка, тошнота, рвота, начало газового периода, наличие симптомов раздражения брюшины и пр. Лабораторная диагностика включала общеклинические исследования крови и других биологических жидкостей, определение состояния клеточного, гуморального иммунитета и цитокинового статуса, проводилось динамическое ультразвуковое сканирование с целью контроля инволютивных процессов матки, определяли рН, рО₂, рСО₂ лохий в разные сутки послеродового периода.

При благоприятном течении послеоперационного периода дренажные системы отключали на 3-4 сутки.

Эффективность предлагаемой методики оценивали на основании сравнения течения послеоперационного периода и возникновения осложнений с группами: первая – 20 беременных с факторами инфекционного риска и традиционным ведением послеоперационного периода и вторая – 30 беременных без факторов инфекционного риска, родоразрешенных путем планового КС (табл. 1).

Таблица 1.

Осложнения послеоперационного периода

Нозологические формы	Группы женщин					
			Основная		II	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Субинволюция матки	3	15,0	2	10,0	2	6,7
Эндомиометрит	2	10,0	-	-	-	-
Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен	2	10,0	-	-	-	-
Инфильтрат послеоперационной раны	2	10,0	2	10,0	1	3,3
Нагноение послеоперационной раны	1	5,0	-	-	1	3,3
Общее кол-во осложнений	10	50,0	4	20,0	4	13,3

Длительность лихорадки была наименьшей в группе без факторов инфекционного риска ($1,2 \pm 0,2$ суток). Наиболее длительное лихорадочное состояние наблюдалось в первой группе ($3,2 \pm 0,2$ суток) обследуемых при проведении общепринятого лечения. В основной группе, где проводилось длительное орошение полости матки 0,01% водной суспензией мелкодисперсного кремнезема, длительность лихорадочного

периода составила $2,2 \pm 0,2$ суток. Длительность койко-дней в группе без инфекционных факторов риска составила ($10,6 \pm 0,4$) суток. У обследуемых первой группы, получавших общепринятую профилактику септических осложнений длительность пребывания в стационаре составила ($14,1 \pm 0,6$) дня.

Особенности течения послеоперационного периода представлены в таблице 2.

Таблица 2

Течение послеоперационного периода

Показатели	Группы женщин					
	I		основная		II	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Длительность койко-дня	$14,1 \pm 0,6^*$		$11,2 \pm 0,9^{**}$		$10,6 \pm 0,4$	
Течение без лихорадки	7	35,0	11	64,7	13	43,3
Длительность лихорадки	$3,2 \pm 0,2^*$		$2,2 \pm 0,2^{**}$		$1,2 \pm 0,2$	
Общее кол-во осложнений	10	50,0	4	20,0	4	13,3

Примечание: * – $p < 0,05$ в сравнении с показателями II группы; ** – $p < 0,05$ в сравнении с показателями I группы.

У обследуемых основной группы, которым проводилась комплексная система профилактики воспалительных осложнений, длительность койко-дня составила ($11,2 \pm 0,9$) суток, что было на 2,9 суток меньше, чем в группе обследуемых, получавших общепринятое лечение, и на 0,6 дня больше, чем в группе без факторов риска.

ВЫВОДЫ

1. КС – операция инфекционного риска даже при отсутствии явных клинических признаков инфекции в родах.

2. Принятые методы профилактики и лечения воспалительных осложнений не гарантируют адекватного лечебного эффекта.

3. Предлагаемый способ КС с использованием приточно-промывного дренирования с орошением полости матки мелкодисперсным кремнеземом, позволил снизить частоту воспалительных осложнений КС и время пребывания в стационаре.

Перспективы дальнейшего исследования: применение предлагаемого метода КС в сочетании с сорбентами в послеоперационном периоде способствует снижению медикаментозной нагрузки, минимизирует риск развития воспалительных осложнений.

Предлагаемая техника КС позволяет пересмотреть тактику операции в условиях клиники эндометрита в пользу органосохраняющих методов. Способ рекомендуем для внедрения в работу акушерских клиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии / Абрамченко В. В., Костючек Д. Ф., Хаджиева С. Д. – СПб. : СпецЛит, 2005. – 459 с.

2. Абрамченко В. В. Кесарево сечение в перинатальной медицине / Абрамченко В. В., Ланцев Е. А., Шамхалова И. А. – СПб. : ЭЛБИ СПб, 2005. – 226 с.

3. Инфицированный аборт, сепсис, перитонит в акушерстве и гинекологии / В. В. Абрамченко, Д. Ф. Костючек, С. Д. Хаджиева, И. А. Шарлахова. – СПб. : «Север», 2002. – 520 с.

4. Баев О. Р. Современные подходы к профилактике гнойно-септических осложнений после кесарева сечения / О. Р. Баев, А. Н. Стрижаков // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2002. – № 4. – С. 40–47.

5. Васильева З. Ф. Иммунологические основы акушерской патологии / З. Ф. Васильева, В. Н. Шабалин. – М. : Медицина, 1994. – С. 192.

6. Венцел В. П. Внутрибольничные инфекции / В. П. Венцел. – М. : Медицина, 1990. – 656 с.

7. Григоренко П. П. Проблеми і перспективи кесарева розтину в сучасному акушерстві / П. П. Григоренко, І. А. Приймак, А. П. Григоренко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 1. – С. 68–69.

8. Инфекции в акушерстве и гинекологии : практическое руководство / под ред. проф. В. К. Чайки.

– Донецк : ООО «Альматео», 2006. – 640 с.

9. Краснопольский В. И. Кесарево сечение / В. И. Краснопольский, В. Е. Радзинский, Л. С. Логутова [и др.] / под ред. В. И. Краснопольского. – М. : Медицина, 1997. – 285 с.

10. Пат. Украина. Способ кесарева сечения / Ст. С. Леуш, С. Б. Ходаковский, В. А. Касперский. –

№31055А ; 15.12.2000 г.

11. Никонов А. П. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство. Антибактериальная терапия / Никонов А. П., Сехин А. С., Анкирская А. С. – М., 2000. – С. 127–130.

12. Чернуха Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. – М. : «Триада-Х», 2005. – 712 с.