

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Дабузov А.Ш., Абдурахманова Р.А., Бабаева С.А.

Перинатальный центр Республиканской клинической больницы, Махачкала, e-mail: brain1974@mail.ru

В статье приведены результаты исследования возможностей сохранения репродуктивной функции у больных с гнойно-септическими осложнениями после кесарева сечения путем проведения органосохраняющей операции. Пациенткам были проведены такие органосохраняющие операции, как релапаротомия и ревизия органов малого таза и брюшной полости; мобилизация нижнего сегмента матки, отсепаровка мочевого пузыря до верхней трети влагалища; иссечение некротизированного рубца (несостоятельного) на матке в пределах здоровой ткани, обработка полости матки антисептиками с кюретажом стенок, наложение швов на матку викрилом (первый ряд отдельными узловыми, второй ряд непрерывным викрилом с захватом пузырно-маточной складки) и санация брюшной полости, введение антибиотиков широкого спектра действия в зону швов на матке и дренирование брюшной полости. Анализ результатов экспериментального исследования свидетельствует об эффективности сохранения репродуктивной функции у женщин с перитонитом после кесарева сечения.

Ключевые слова: кесарево сечение, гнойно-септические осложнения, репродуктивная функция.

PRESERVATION OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH PERITONITIS AFTER CESAREAN SECTION

Dabuzov A.Sh., Abdurakhmanova R.A., Babayeva S.A.

Perinatal Center of the Republican Clinical Hospital (Makhachkala), Makhachkala, e-mail: brain1974@mail.ru

The article describes the results of the research opportunities preservation of reproductive function in patients with septic complications after cesarean section surgery by preserving organs. Patients were conducted operations such as relaparotomy and audit of the pelvic organs and the abdominal cavity; Mobilization of the lower uterine segment, otseparovka bladder to the upper third of the vagina; excision of the necrotic scar (insolvent) to the uterus within the healthy tissue of the uterus treatment antiseptics with curettage wall suturing the uterus vikrilom (the first row of separate units, the second row of continuous vikrilom with the capture of vesico-uterine fold) and sanitation of the abdominal cavity, the introduction of antibiotics broad-spectrum seam zone in the uterine and abdominal drainage. Analysis of the results of the pilot study demonstrates the effectiveness of preservation of reproductive function in women with peritonitis after cesarean section.

Keywords: cesarean section, purulent-septic complications, reproductive function.

Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и особенно после операции кесарево сечение [3, 4]. Важная роль матки в качестве входных ворот инфекции определяется наличием в ней сгустков крови и остатков плодного яйца, являющихся прекрасной средой для роста микроорганизмов [8, 10].

После кесарева сечения высок риск развития гнойно-септических осложнений с формированием несостоятельности рубца на матке, который в раннем послеоперационном периоде является причиной развития эндометрита и перитонита [9, 11]. Многочисленными исследованиями установлено, что рост инфекционных осложнений в акушерстве в значительной мере обусловлен увеличением частоты кесарева сечения [4, 5, 9]. Увеличение частоты абдоминального родоразрешения объясняют ростом тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии, высокой частотой повторных операций, увеличением возраста первородящих в сочетании с другими факторами акушерского и гинекологического анамнеза

[1, 9, 10].

За последние годы в России частота кесарева сечения возросла в 3–3,5 раза [3, 4], причем рассчитывать на снижение этого показателя в ближайшем будущем не приходится. При проведении этой операции нельзя не учитывать возрастающий риск гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, как несостоятельность швов на матке.

В настоящее время структура показаний к операции кесарево сечение значительно изменилась. На первый план выходят относительные показания, которые в большой степени учитывают интересы плода [4, 5, 6]. В последние годы в России показаниями для кесарева сечения наиболее часто являются возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с различной акушерской патологией.

По данным зарубежных исследователей, в структуре показаний к абдоминальному родоразрешению, рубец на матке составляет 15–38 %, гестоз 16 %, слабость родовой деятельности 13,4–42 %, дистресс плода 10–19 %; т.е. интересы плода являются ведущими почти в 80 % всех случаев оперативного родоразрешения. Расширение показаний к кесареву сечению со стороны плода являются одним из наиболее важных моментов, определяющих рост частоты кесарева сечения в современном акушерстве. В то же время по литературным данным выделено малое число критериев или особенностей течения послеоперационного периода у больных с несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения.

Ведущее место среди причин акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу желудочно-кишечного тракта [5, 6]. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидиновой кислоты: тромбоксан, простагландин и простагландин, которые выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, вызывают гемодинамические и вентиляционные нарушения. Особое место в патогенезе акушерского перитонита занимает парез кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функции кишечника, расстройству промежуточного обмена и обезвоживанию. Давление в просвете кишечника повышается, возникает его перерастяжение, ишемия стенки, прогрессирует парез. В терминальной стадии важное значение приобретает угнетение симпатических и парасимпатических нервных импульсов, нарушающее функцию жизненно важных органов [2, 8]. Диагностику акушерского перитонита проводят на основе анализа анамнестических, клинических, лабораторных данных, а также по результатам УЗИ, рентгенологического исследования, лапароскопии и компьютерной томографии (КТ).

Основой диагностики является динамическое наблюдение в сочетании с активным

ведением послеоперационного периода. Если на 3-е сутки после кесарева сечения на фоне адекватной инфузионной и антибактериальной терапии сохраняется или прогрессирует тахикардия, одышка и парез кишечника, следует исключить перитонит [4, 11]. Лечение перитонита – это релапаротомия, ревизия брюшной полости и экстирпация матки с трубами.

Цель исследования – сохранение репродуктивной функции у больных с перитонитом после кесарева сечения путем проведения органосохраняющей операции.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 17 больных с диагнозом: перитонит после кесарева сечения, которым производились органосохраняющие операции (основная группа) и 34 пациентки с диагнозом: перитонит после кесарева сечения, которым производились радикальные операции (ампутация и экстирпация матки с трубами) – контрольная группа.

По возрасту группы были сопоставимы, наибольшее число женщин в возрасте 23–35 лет. При изучении перенесенных заболеваний у больных основной и контрольной групп существенных различий не было. При изучении генеративной функции оказалось, что первородящие женщины в основной группе составили 65 %, в контрольной группе 78 %, причем у 8 больных с перитонитом было 2 родов и более. Анализ гинекологического статуса выявил в основной группе: нарушение менструального цикла 3 (17,6 %) против 7 (20,5 %) в контрольной группе, бесплодие 4 (23 %) против 3 (17 %) в контрольной группе. Искусственных аборт в первой группе было 2 (11 %), против 5 (4,7 %) в контрольной группе. Внутриматочной спирали в основной группе не было, в контрольной 4 (23 %).

У пациенток основной группы были следующие осложнения во время данной беременности: токсикоз в первой половине беременности 10 (58 %) против 24 (70,5 %) в контрольной; гестоз 5 (29 %) против 9 (26,4 %) в контрольной; анемия 14 (82,3 %) против 11 (64,7 %) в контрольной; хронический пиелонефрит 7 (41,1 %) против 11 (32,3 %) в контрольной группе. Внутриутробная инфекция во время данной беременности в основной группе 13 (76 %) против 27 (79,1 %) в контрольной.

Операции кесарево сечение в плановом порядке в первой группе выполнены 12 (70,5 %) против 23 (67,6 %) во второй группе. Экстренные операции в основной группе 23,6 %, против 32,4 % в контрольной. Длительность операции кесарево сечение составило 1–1,2 часа в исследуемых группах. Длительность безводного периода из числа экстренно оперированных больных в обследуемых группах существенно не различалась. Общая кровопотеря во время операции в основной группе составила 250–300 мл, в контрольной группе 650–750 мл.

Всем больным в первой группе произведены органосохраняющие операции, соблюдая следующие этапности:

- 1) Релапаротомия и ревизия органов малого таза и брюшной полости.
- 2) Мобилизация нижнего сегмента матки, отсепаровка мочевого пузыря до верхней трети влагалища.
- 3) Иссечение некротизированного рубца (несостоятельного) на матке в пределах здоровой ткани, обработка полости матки антисептиков с кюретажом стенок.
- 4) Наложение швов на матку викрилом (первый ряд отдельными узловыми, второй ряд непрерывным викрилом с захватом пузырно-маточной складки).
- 5) Санация брюшной полости, введение антибиотиков широкого спектра действия в зону швов на матке и дренирование брюшной полости.

Учитывая тяжесть состояния больных с перитонитом и необходимость экстренного решения вопроса относительно тактики лечения, были исследованы следующие показатели контроля, которые несли в себе информацию о клинических проявлениях заболевания, степени изменений лабораторных параметров и инструментальные методы. Для определения интегральной количественной оценки тяжести состояния пациенток при поступлении и проспективного выбора тактики лечения использовался прогностический индекс.

В ходе лечения больных проводился динамический контроль количественного состава форменных элементов крови, СОЭ, белков крови, коагулограммы и иммунного статуса.

- Клинические данные: температура в градусах по Цельсию, артериальное давление, частота сердечных сокращений.
- Лабораторные показатели: лейкоцитарный индекс, общий белок крови и уровень фибриногена.
- Инструментальный метод: данные ультразвукового исследования.

Содержание белка в сыворотке крови определяли унифицированным методом по биуретовой реакции, основанной на способности белков реагировать в щелочной среде с сульфатом меди и образовывать соединение, окрашенное в фиолетовый цвет.

Белковые фракции определяли колориметрическим методом осаждения смесью фосфатов по Олла – Маккарди, используя основной фосфатный реактив. Определение билирубина проводили специальным набором «Диакон-Синтеко» и ферментов крови (АСТ, АЛТ) по набору производства Чехия. Функцию почек оценивали по относительной плотности мочи (проба Зимницкого), отражающей состояние концентрационной функции почек, оценке суточного диуреза. О состоянии азотовыделительной функции почек судили по концентрации мочевины (набор «Агат»), креатинин в крови определяли методом Поппера, а натрий и калий определяли с помощью плазменной фотометрии. У всех обследованных больных в обеих группах определяли: фибриноген А и В в сыворотке крови по методу Р.А. Рутберга, толерантность плазмы к гепарину по Goumgen, тромбиновое время

по Э. Сирман. У всех больных проведено УЗИ на аппарате «Alcoa FFD» (Япония).

Больным первой группы проводилась лимфотропная терапия с лазерным облучением. Лимфотропная терапия проводилась по следующей методике: на нижнюю треть бедра накладывается манжетка от тонометра, в которой создается давление 40–55 мм ртутного столба, затем подкожно в подколенную область (лимфотропно в зону медиальных лимфатических сосудов) вводится разведенный раствор лидазы с новокаином и антибиотик в разовой терапевтической дозе и в ту же иглу вводятся другие медикаменты патогенетического воздействия на очаг воспаления. Манжетка с тем же давлением оставляется на 30 минут, а затем по истечении указанного времени снимается.

Результаты исследования и обсуждение

Пациентам основной группы проводилась лимфотропная терапия по вышеуказанной методике и дополнительно антибактериальная, инфузионная и общеукрепляющая терапия. Больным контрольной группы комплексная терапия (антибактериальная, инфузионная и общеукрепляющая терапия) без лимфотропной терапии. Пациентам контрольной группы проводилась общепринятая комплексная терапия по традиционной методике, включавшая в себя инфузионную, антибактериальную терапию (внутривенно и внутримышечно), лечение ингибиторами протеаз, нестероидными противовоспалительными препаратами. Широко применялась детоксикация (инфукол, глюкоза 5 %, свежезамороженная плазма и эритроцитная масса по показаниям).

Антибиотики пациентам контрольной группы назначались по результатам посева на чувствительность и флору и комбинацией препаратов, действующих на анаэробные бактерии (метронидазол 1,0–1,5 г в сутки внутривенно, линкомицин 1,8–2,4 г внутривенно и внутримышечно) в сочетании с полусинтетическими пенициллинами, в частности с ампициллином в дозе 6,0–8,0 г в сутки внутривенно, внутримышечно или цефалоспорины III–IV поколения (в частности, клафораном, лонгацефом и др.) 4,0–6,0 г в сутки внутривенно, внутримышечно, а также с аминогликозидами (гентамицин 240 мг в сутки внутривенно). Обычно применялась комбинация из 2-х или 3-х антибиотиков. Нередко использовалась и монотерапия в зависимости от посева на чувствительность.

Дозировка антибиотиков и других препаратов, а также их выбор зависит от тяжести воспалительного процесса, массы тела больной, индивидуальной переносимости лекарственных препаратов и данных бактериологического исследования. Важно отметить, что если пациентам контрольной группы проводилась системная антибактериальная терапия, состоящая чаще всего из 2-х и 3-х препаратов, то в основной группе (дозировка была только терапевтическая) предпочтение при этом отдавалось антибиотикам цефалоспоринового ряда III и IV поколения, в частности, клафорану, лонгацефу и тиенаму.

Для лимфотропной терапии использовались также и аминогликозиды: гентамицин в дозе 40 мг 1 раз в сутки и бруламицин 60 мг 1 раз в сутки. Кроме того, больным основной группы назначались другие препараты, такие как инфукол, глюкоза, свежемороженая плазма и ингибиторы протеаз.

При неэффективности комплексной интенсивной терапии больным в обеих группах в течение 24–48 часов применялось оперативное лечение.

Регионарная лимфотропная терапия в комплексном лечении перитонитов после кесарева сечения позволяет при введении меньших доз медикаментов создать в лимфатических сосудах очага воспаления достаточную их концентрацию. Лимфотропный метод введения медикаментов способствует улучшению регионарной микроциркуляции, рассасыванию интерстициального отека вследствие улучшения дренажной функции лимфатической системы. В результате проведенного лечения, пульс снизился в обеих группах, однако, необходимо отметить, что данный показатель в основной группе стабилизировался более существенно, чем в контрольной группе. В основной группе пульс 100 ударов в 1 минуту зафиксирован у 10 больных и соответственно у 7 больных в контрольной группе. После проведенного лечения лимфотропно с лазерным облучением (через 3 суток) у 15 больных в основной группе сохранилась тахикардия менее 90 ударов в 1 минуту, в контрольной группе у 20 больных.

Одним из важных показателей уровня интоксикации считается лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), являющийся отношением различных форм нейтрофилов к остальным формам лейкоцитов. Исходные величины лабораторных показателей в обеих группах были повышены до уровня, характеризующего высокую степень интоксикации, причем, в основной группе они были достоверно выше в сравнении с группой контроля.

В результате проведенной комплексной терапии (лимфотропной с лазерным облучением паховых лимфатических узлов) лейкоцитарный индекс интоксикации снижался в обеих группах: однако, следует отметить, что более выраженное снижение ЛИИ происходило именно в основной группе, чем в контрольной. Этот факт свидетельствует об ускорении регресса гнойного процесса у больных основной группы, которые получали лимфотропную терапию с лазерным облучением.

В ходе интенсивной терапии показатели СОЭ уменьшились как в основной, так и в контрольной, однако, более достоверное снижение было в основной группе.

При анализе исходного уровня лейкоцитоза можно отметить повышенный уровень у пациенток основной группы – $12,2 \pm 14$, а в контрольной $11,6 \pm 43$ ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении, на фоне проводимой терапии также выявлено достоверное снижение лейкоцитоза до $8,4 \pm 0,26$ – на 3-е сутки в основной группе и $9,4 \pm 42$ в контрольной группе, а

на 7-е сутки в основной группе снижение лейкоцитоза отмечено до $5,6 \pm 22$ (тыс.), в контрольной группе до $8,2 \pm 33$ (тыс.) ($p < 0,05$). Исходные величины фибриногена были повышены в обеих группах, причем в основной группе ($6,72 \pm 0,18$ г/л) он был достоверно выше, чем в контрольной группе ($6,3 \pm 0,28$ г/л), ($p < 0,05$).

В результате проведенной лимфотропной терапии уровень фибриногена снизился в основной группе, через 3-е суток выявлено статистически достоверное снижение уровня фибриногена до $4,2 \pm 0,7$ г/л ($p < 0,01$), в контрольной же группе отмечено недостоверное снижение до $5,4 \pm 0,29$ г/л ($p < 0,05$).

Уровень фибриногена через 7 суток в основной группе ($2,51 \pm 0,14$ г/л), снижался достоверно быстрее, чем в контрольной ($3,89 \pm 0,24$ г/л), ($p < 0,01$). В целом уровень фибриногена достиг нормальных величин в основной группе у 80 % больных, в контрольной группе у 40 %.

УЗИ матки на 3–4-й день и в динамике послеоперационного периода показало, что такие параметры, как длина, ширина и объем матки значительно отставали в размерах у всех женщин в обследованных группах. Несостоятельность швов на матке при УЗИ (неполноценность) после операции кесарево сечение в основной группе было диагностировано у 6 (35 %), в контрольной у 13 (38,2 %). При гистероскопии картина несостоятельности швов на матке в основной группе была выявлена у 12 (70,5 %), а при релапаротомии у 17 (100 %), в контрольной группе 15 (44,1 %), во время релапаротомии у 11 (32,3 %).

Гистологическое исследование аспирата из полости матки у больных в обеих группах практически были идентичными (фрагменты некротизированной ткани эндометрия – пристеночные сгустки крови, в которых присутствовала диффузная или обильная лимфоцитарная инфильтрация).

При релапаротомии у больных основной группы была выраженная инфильтрация в зоне операции и расхождение швов на матке от 1–6 см, и только в одном случае было полное расхождение на всем протяжении. В первой (основной группе) всем больным выполнены органосохраняющие операции. У больных контрольной группы объем операции – ампутация или экстирпация матки с трубами. Гистозаключение операционного материала в обеих группах было одинаковым (острый некротический метрит в области нижнего сегмента матки, ишемия с гнойно-воспалительным расплавлением).

Заключение

Проведенное нами исследование у больных с гнойно-септическими осложнениями (как перитонит) после кесарева сечения и проведение органосохраняющих операций с лимфотропной терапией и лазерным облучением, способствует сохранению репродуктивной

функции и здоровья женщин.

Список литературы

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Тезисы докладов 9-го Всероссийского Научного форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 17-18.
2. Гостищев В. Распространенный гнойный перитонит: комплексный подход к лечению. – 2001. – С. 32-33.
3. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М., 1998. – С. 140.
4. Краснопольский В.И. Кесарево сечение. – М.: Медицина, 1997. – С. 285.
5. Колпакова Е.В., Кох Л.И. Тезисы докладов VI Российского форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 102.
6. Кулаков В.И. Клинические рекомендации // Акушерство и гинекология. Вып. 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 560.
7. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Могилевская Е.В. // Тезисы докладов 2-го регионального Научного форума «Мать и Дитя». – Сочи, 2008. – С. 51-52.
8. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Акинъшина С.В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. – М.: МИА, 2006. – С. 448.
9. Мусаев З.М., Пицхелаури Е.Г. Гестоз: Актуальные проблемы ранней диагностики и акушерской тактики. // Вопросы акушерства-гинекологии. – 2002. – Т.1. – № 1. – С. 60-63.
10. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки: автореферат дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – С. 130-133.
11. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндуков И.А. Органосохраняющие операции на матке при осложнениях послеродового периода. Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 253-254.