

**ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ**

В.И. Бойко, д-р мед. наук, профессор;
Н.А. Иконописцева, канд. мед. наук, ассистент;
С.А. Смилян, канд. мед. наук, доцент,
Медицинский институт Сумск ого государственного университета,
г. Сумы

Как показали результаты проведенных исследований, многокомпонентное комплексное лечение обеспечило положительный результат у 95,6% больных. В процессе исследования разработан алгоритм лечебно-диагностической помощи больным с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями, оптимальной моделью которого является специализированное отделение акушерской реанимации на базе многопрофильных больниц или перинатальных центров.

Ключевые слова: перитонит, кесарево сечение, диагностика, профилактика.

Як показали результати проведених досліджень, багатоконпонентне комплексне лікування забезпечило позитивний результат у 95,6% хворих. У процесі дослідження був розроблений алгоритм лікувально-діагностичної допомоги хворим з післяпологовими гнійно-септичними захворюваннями, оптимальною моделлю якого стало спеціалізоване відділення акушерської реанімації на базі багатопрофільних лікарень та перинатальних центрів.

Ключові слова: перитоніт, кесарів розтин, діагностика, профілактика.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы перитонита после кесарева сечения (ПКС) в настоящее время не вызывает сомнений. Это обусловлено постоянно возрастающей частотой абдоминального родоразрешения, высоким уровнем материнской смертности и инвалидизации женщин при данной патологии.

В литературе последних десятилетий мало новых данных о клинике ПКС, поэтому до сих пор остается дискуссионным вопрос о причинах развития заболевания, недостаточно изучена его этиология и данные об изменении гомеостаза, слабым местом является организация лечебно-диагностической помощи таким больным. В связи с этим возникает необходимость критического анализа имеющихся данных, особенно малоизученных факторов риска, к которым относятся и технические погрешности непосредственно во время операции, и своевременность диагностики. Актуальность этих вопросов при решении проблемы ПКС очевидна, поэтому изучение некоторых из них определило направление данной работы.

Целью настоящего научного исследования является оценка малоизученных и дискуссионных факторов риска перитонита после кесарева сечения и возможностей повышения эффективности диагностики и лечения данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленной цели было изучено 180 случаев ПКС, которые имели место в Сумской области за последние 20 лет (1990-2010 гг.). При обследовании больных анамнез, осложнения беременности клиническое течение заболевания с оценкой эффективности лечения. Обследование предусматривает консультации терапевта, кардиоревматолога, пульмонолога, хирурга, невропатолога, психиатра, инфекциониста и по показаниям - других специалистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у 125 (69,4%) родильниц перитонит возник в течение 1-3 суток после КС, у 55 (30,6%) - на 4-15-е сутки. Диагноз перитонита был установлен на основании клинических и лабораторных данных, дополнительных бактериологических, иммунологических, гемостазологических и других исследований. В 33,6% случаев перитонит протекал как сепсис с развитием интоксикационного психоза (5,5%), инфекционно-токсического шока (7,2%) и острой формы синдрома ДВС (9,4%). После проведенного интенсивного лечения выздоровели 172 (95,6%) и умерли 8 (4,4%). Продолжительность стационарного лечения у выздоровевших больных была $(28,6 \pm 1,8)$ дня, а у умерших - $(8,8 \pm 1,3)$ суток.

При обследовании больных с ПЖС установлено, что большинство из них уже при беременности относились к группе высокого риска развития послеоперационных осложнений. На фоне значительного распространения соматических (75,1%) и гинекологических (35,0%) заболеваний у них отмечена высокая частота осложнений беременности (88,8%). Каждая вторая (54,4%) беременная находилась на стационарном лечении по поводу преэклампсии, каждая пятая (20,0%) - в связи с угрозой прерывания беременности или преждевременных родов. Во время беременности в 22,2% случаев родильницы перенесли острые инфекционные заболевания (грипп, ОРВИ); в 21,6% наблюдений были обострения хронического бронхита и пиелонефрита. Фактором риска послеоперационных осложнений в 66,7% случаев было выполнение КС в экстренном порядке, особенно на фоне длительного безводного промежутка (31,6%). 22,2% операций осложнились массивной кровопотерей. В целом в 93,8% случаев ПЖС развился на фоне анемии, обусловленной неадекватно замещенной кровопотерей.

Представляют интерес пока мало учитываемые факторы риска развития перитонита, к которым отнесены задержка в полости матки остатков плацентарной ткани (25,6%) и плодных оболочек (22,8%). Эти данные, свидетельствуя о плохой санации матки во время операции, показывают, что для профилактики послеоперационных осложнений особое значение приобретает качество выполнения КС. Об этом же свидетельствует значительная травматизация тканей области нижнего сегмента матки, обусловленная техническими погрешностями операции (25,0%), причину которых объясняет низкая хирургическая подготовка врачей.

Вопросы технических погрешностей во время абдоминального родоразрешения являются весьма деликатными и требуют адекватного подхода к их учету, так как от этого зависят тактика ведения пациенток в послеоперационном периоде и их последующая реабилитация.

По нашим данным, к основным погрешностям оперативной техники относятся следующие:

- недиагностированный разрыв матки в родах (1,7%);
- продление типичного разреза в нижнем сегменте матки на область сосудистого пучка (0,6%), на заднюю стенку матки (1,1%), на боковую поверхность тела или вниз на шейку (6,7%);
- выполнение низкого (ниже типичного, на шейке) разреза (7,2%); частое применение Т-образного разреза (3,8%);
- выполнение косоугольного разреза в нижнем сегменте с переходом на тело и шейку матки.

Все эти моменты способствовали повышенной кровоточивости во время операции с образованием гематом в области сосудистых пучков, в параметрии, в широких связках матки, околопузырной клетчатке, создавали плохие условия для обзора операционного поля. В результате был несостоятельным гемостаз, увеличивалась вероятность оставления незащитными тканей, особенно в области атипичных разрезов в нижнем сегменте матки. На фоне повышенной кровопотери, травматизации

тканей нижнего сегмента матки и задержки в полости матки остатков плацентарной ткани и плодных оболочек значительно увеличивался риск развития метроэндометрита с формированием несостоятельности швов на матке, что является основной причиной возникновения перитонита.

Недостаточное знание клинических особенностей ПКС, отсутствие должного внимания к имеющимся симптомам способствовали высокому проценту (72,9%) диагностических ошибок при переводе больных в специализированное отделение: вместо перитонита у них были диагностированы акушерско-гинекологические (36,1%), хирургические (20,5%) и терапевтические (16,3%) заболевания. Правильная оценка клиники врачами специализированного отделения способствовала снижению частоты диагностических ошибок до 25% при поступлении больных и до 11,7% через двое суток наблюдения в этом же отделении. Именно у этих больных чаще в развитии заболевания, протекающего, как правило, без клиники пареза кишечника, возникли истинные трудности при установлении диагноза. Полученные данные позволяют изменить распространенное представление не только о частой стертости клинической картины ПКС, но и связанных с ней затруднениях диагностики.

Резюмируя результаты дополнительных методов исследований, необходимо отметить, что одним из компонентов патогенеза ПКС является пролонгированный синдром ДВС, который характеризует гиперкоагуляция с активацией или угнетением фибринолиза. Пролонгирование синдрома ДВС после исчезновения клинических признаков заболевания свидетельствует о незавершенности инфекционного процесса, высоком риске тромбоэмболических осложнений, в связи с чем возникает необходимость их своевременной профилактики. С учетом характера нарушений гемостаза патогенетически обоснованным следует считать включение в комплексное лечение больных антикоагулянтов и антиагрегантов.

Релапаротомия при ПКС позволила оценить состояние швов на матке. Значение несостоятельности швов на матке в развитии перитонита хорошо известно, тем не менее уточнены факторы, предрасполагающие к ее формированию. При ПКС во время релапаротомии обнаружена явная и скрытая несостоятельность швов на матке. При скрытой несостоятельности швов (14,7%) происходит инфицирование брюшной полости содержимым из матки путем пропитывания мышечных и перитонизационного шва гнойным отделяемым с образованием гнойно-некротического налета. При наличии явной несостоятельности (83,54%) брюшная полость инфицируется содержимым из матки через рану матки, открытую в брюшную полость.

Практический интерес представляет морфологическая характеристика при перитоните органов. Проведено гистологическое исследование матки, маточных труб, яичников, удаленных в связи с их кистозными изменениями или гнойным поражением.

В области швов на матке в 99,4% случаев обнаружены выраженные воспалительные изменения (лейкоцитарная и лимфоидная инфильтрация) гнойным расплавлением тканей по линии швов (80,0%), некрозом миометрия (67,8%) и наличием мелких абсцессов (16,7%). При гистологическом исследовании препаратов в полости матки остатки плацентарной ткани (25,6%) и остатки плодных оболочек в состоянии гнойного расплавления и некроза, воспалительные изменения маточных труб (87,4%) в виде серозного (62,8%) или гнойного (24,6%) сальпингита.

Гистологическое исследование шейки матки при экстирпации матки показало наличие воспалительного процесса только в пяти (10,2%) из 49 препаратов в виде острого серозного эндоцервицита в четырех и гнойного эндоцервицита в одном. Если учесть, что экстирпация матки в основном произведена у больных с наличием визуальных признаков

воспалительного процесса шейки, то этот процент можно считать низким. При гистологическом исследовании матки обнаружены изменения по типу острого серозного (24,7%) или гнойного (75,3%) метроэндометрита и метротромбофлебита. Остатки децидуальной ткани, формирующий эндометрий и гемоциркуляторное русло миометрия реагируют в ответ на инфекцию как единая система, в которой выявляются качественно однотипные, но различные по выраженности изменения воспалительного характера. Фактически у всех больных (98,2%) несостоятельность швов на матке сформировалась на фоне метроэндометрита и метротромбофлебита. Как известно, метроэндометрит довольно часто осложняет КС, но при этом далеко не всегда формируется несостоятельность швов на матке. Поэтому возникает необходимость выявления факторов, предрасполагающих к формированию несостоятельности швов при развитии метроэндометрита после КС. По нашим данным, к факторам, определяющим развитие метроэндометрита с несостоятельностью швов на матке, относятся вирулентные возбудители (чаще анаэробы), массивная кровопотеря (22,2%), плохая санация матки во время операции с оставлением в ее полости остатков плацентарной ткани (9,6%) и плодных оболочек (22,8%) и погрешности оперативной техники (25,0%).

В настоящее время общепризнанным методом хирургического лечения ПКС является экстирпация матки с трубами, а вопрос о яичниках решается индивидуально. Релапаротомия выполнена у 180 больных: у 125 (69,4%) — экстирпация матки, а у 55 (30,6%) - суправагинальная ампутация. Неполный объем оперативного вмешательства был обусловлен отсутствием воспалительных изменений шейки матки или техническими сложностями при удалении шейки и недостаточной квалификацией оперирующей бригады. Осложнения наблюдали у 5 (2,8%) больных: формирование пузырно-влагалищного и прямокишечно-влагалищного свищей, внутрибрюшные кровотечения в связи с несостоятельностью культи придатков и сосудистого пучка.

Осложнения ПКС миокардиодистрофией (68,9%), септической пневмонией (24,7%), инфекционно-токсическим миокардитом (7,2%), дыхательной (35,9%) и печеночно-почечной (22,6%) недостаточностью с развитием на этом фоне сепсиса (33,6%) с интоксикационным психозом (5,5%), инфекционно токсическим шоком (7,2%), острой формой синдрома ДВС (9,4%), а также осложнения со стороны брюшной полости (9,4%) определили объем и продолжительность комплексного интенсивного лечения, длительность которого определяли строго индивидуально.

ВЫВОДЫ

Как показали результаты проведенных исследований, многокомпонентное комплексное лечение обеспечило положительный результат у 172 (95,6%) больных. Благоприятный исход лечения зависит от своевременности постановки диагноза и начала интенсивного лечения, проводимого с учетом особенностей клинических проявлений ПКС. Неудачи лечения наблюдали при генерализации инфекции, о чем свидетельствовала прогрессирующая полиорганная недостаточность. Летальный исход имел место в 8 случаях (4,4%), при поступлении пациентов в реанимационное отделение в терминальной стадии заболевания с наличием интоксикационного психоза, инфекционно-токсического шока с острой формой синдрома ДВС. На всех этапах наблюдения у этих больных были допущены ошибки, многие из которых определили развитие перитонита с неблагоприятным исходом. В процессе исследования разработан алгоритм лечебно-диагностической помощи больным с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями, оптимальной моделью которого является специализированное отделение акушерской реанимации на базе многопрофильных больниц или перинатальных центров. Это способствует

получению новой информации, совершенствованию профилактики и диагностики генерализованных форм послеродовых заболеваний, что и приводит к снижению летальности от ПКС.

Перспектива дальнейших исследований. Учитывая актуальность гнойно-септических осложнений после кесарева сечения, алгоритм лечебно-диагностических мероприятий требует дальнейшего изучения и совершенствования.

SUMMARY

PERITONITIS AFTER CAESAREAN SECTION. THE PARTICULARITIES OF THE CURRENT, DIAGNOSTICSES, PREVENTION

V.I. Boyko, N.A. Ikonovsceva, S.A. Smiyan

Medical Institute of Sumy State University, Sumy

What have shown the results of the called on studies, complex treatment has provided the positive result beside 95,6% sick. The favorable upshot of the treatment depends on timeliness of the stating the diagnosis and begin intensive treatment, conducted with provision for particularities of the clinical manifestations of the peritonitis. Algorithm medical-diagnostic help sick is designed in process of the treatment with postnatal festering-septic diseases, which optimum model is specialized branch to obstetric reanimation on the base hospitals or perinatal centres.

Key words: *peritonitis, caesarean section, prevention.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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.
2. Баскаков П.М. Особливості перитоніту після кесарева розтину / П.М. Баскаков // Одеський медичний журнал. - 1999. - №5. - С. 46-47.
3. 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.
4. Серов В.Н. Акушерский перитонит / В.Н. Серов, В.Е. Жаров, А.Д. Макацария. - М.: КРОН-ПРЕСС, 2003. - 256 с.

Поступила в редакцию 24 ноября 2010 г.