

УДК 618.3-06:616.94-036.88

СЕПСИС КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКИХ ПОТЕРЬ

© 2014 О.В. Тутьнина, А.Т. Егорова

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Поступила в редакцию 28.11.2014

Статья посвящена проблеме материнской смертности от септических осложнений. Рассматривается новая категория МКБ-Х «поздняя материнская смертность». Приводится сравнительная характеристика социально-гигиенического портрета, клинических и организационных аспектов смертности женщин от сепсиса в группах материнской и поздней материнской смертности. Исследование отображает распространенность криминальных аборт, как ведущей причины материнских потерь от септических осложнений. Даны рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов по профилактике абортов среди женщин группы высокого риска.

Ключевые слова: *материнская смертность, поздняя материнская смертность, сепсис, аборт*

Важнейшим обобщающим демографическим показателем является материнская смертность – индикатор социального благополучия и один из наиболее надежных критериев оценки качества и уровня организации охраны здоровья матери и ребенка [1, 10]. Известны случаи смерти женщин, умерших позже 42 дней после прекращения беременности от причин, непосредственно связанных с нею и особенно косвенно связанных с беременностью (гнойно-септические и осложнения после проведения реанимационных мероприятий, декомпенсация экстрагенитальной патологии) [9, 12]. В этой связи 43-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1990 г. приняла рекомендацию, в соответствии с которой страны должны рассмотреть вопрос о включении в свидетельство о смерти пунктов, касающихся текущей беременности и состояния здоровья в течение 1 года после ее прекращения, и принять термин «поздняя материнская смертность» [2, 8].

Поздняя материнская смертность (ПМС) – смерть женщины от непосредственной или косвенной акушерской причины после 42 дней, но в течение одного года после родов. В основе как материнской, так и поздней материнской смертности лежат однотипные причины, одно из лидирующих мест среди которых занимает сепсис [3, 5]. Учет случаев поздней материнской смертности дает наиболее полную картину материнских потерь [7], а изучение клинических и

организационных аспектов материнской и ПМС позволяет планировать мероприятия по снижению материнских потерь от септических осложнений.

Цель исследования: разработать мероприятия по снижению материнских потерь от септических осложнений на основании изучения социально-гигиенических, клинических и организационных аспектов материнской и ПМС.

Методика исследования. Решение задачи, связанной с изучением материнской и ПМС от всех причин, осуществлялось на совокупности 113 случаев смерти беременных, рожениц и родильниц (до 1 года после прекращения беременности) Красноярского края за период 2000-2007 гг. Данная совокупность была распределена на группы материнской смертности (МС) и ПМС и разделена по причинам смерти. От септических осложнений всего умерло 16 женщин, 9 из которых составили группу ПМС (основная), а 7 вошли в группу МС (группа сравнения).

Результаты и обсуждение. Всего от септических осложнений умерло 16 (100%) женщин, 7 (43,8%) из которых составили группу МС, 9 (56,3%) – относились к группе ПМС. Смертность от гнойно-септических осложнений наблюдалась чаще в группе женщин раннего репродуктивного возраста (81,3%). Нами установлено, что сельских жительниц в группе ПМС было достоверно больше, чем в группе МС (66,7% против 28,6% соответственно при $p < 0,05$). Как в группе МС, так и в группе ПМС большинство женщин имели среднее специальное образование (по 66,7% в обеих группах). Достоверно установлено, что в группе ПМС удельный вес безработных был выше, чем в группе МС (66,7% против 6,7% соответственно при $p < 0,05$). Среди женщин, умерших от сепсиса, большинство состояло в

Тутьнина Ольга Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования. E-mail: tutynin@mail.ru

Егорова Антонина Тимофеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Института последипломного образования

незарегистрированном браке (43,8%). Достоверно установлено, что в группе ПМС все женщины – 9 (100%) – были курящими и значительно чаще злоупотребляли алкоголем – 6 (66,7%), чем женщины группы МС ($p < 0,05$). Среди исследуемых женщин большинство было повторнородящими – 6 (42,9%) и многорожавшими – 6 (42,9%). Первородящими беременными были 2 (14,3%) женщины. Из 16 (100%) женщин, умерших от сепсиса, 12 (75,0%) имели в анамнезе аборт. Более 3 аборт было у 2 (12,5%) исследуемых.

Причиной смерти 15 (93,8%) женщин явился сепсис в результате аборта: 13 (86,7%) из них были криминальными, и 2 случая – в результате септического шока после самопроизвольного и медицинского аборта. И лишь в 1 (6,3%) случае беременная была родоразрешена в 36 недель по жизненным показаниям оперативным путем при диагностированной пневмонии и умерла от сепсиса с развитием СПОН. Таким образом, в обеих исследуемых группах главной причиной септических осложнений явился криминальный аборт.

Ни одна из 15 (100%) женщин на диспансерном учете по беременности не состояла. В ходе исследования выявлено, что в группе МС удельный вес криминальных аборт в структуре всех причин составил 5 (15,2%) случаев, а в группе ПМС – 8 (27,6%), что в 1,8 раз выше. В результате криминального вмешательства у 4 (80%) женщин группы МС и у 6 (75%) – из группы ПМС выкидыш произошел дома. При поступлении 5 (38,5%) женщин скрыли факт криминального вмешательства, что замедляло диагностику осложнений. Большинство женщин – 11 (84,6%) – поступили в лечебные учреждения в состоянии септического шока, у 8 (53,3%) из них помимо этого было кровотечение.

При экспертном анализе документации выявлено, что в группе МС имела место недооценка тяжести состояния женщины в 4 (57,1%) случаях, в группе ПМС – в 2 (22,2%). Данное обстоятельство приводило к неадекватному объему лечебных мероприятий. В частности, в 4 (26,7%) случаях неоправданно проводилось выскабливание полости матки на фоне септического шока. В 3 (20,0%) случаях недооценка степени кровопотери стала причиной недостаточного объема инфузионной терапии. Всем женщинам была показана гистерэктомия, однако 25,0% женщин она не проведена вследствие тяжелого состояния на момент поступления и скорой смерти. В 5 (41,7%) случаях оперативное вмешательство было запоздалым.

У 3 (25%) женщин в послеоперационном периоде была проведена релапаротомия, причинами которой послужили: обильное кровотечение

из не ушитого сосуда (гемостаз), ушивание экстензии кишечника, а также релапаротомия с целью санации брюшной полости. Как известно, каждое оперативное вмешательство снижает компенсаторные возможности организма и усугубляет состояние женщины. Все осложнения, повлекшие за собой неизбежность повторного оперативного вмешательства, наблюдались в группе ПМС, что достоверно отличало течение послеоперационного периода у женщин этой группы от женщин, вошедших в группу МС. Нами достоверно установлено, что частота оперативного лечения в послеабортном периоде была значительно выше в группе ПМС – 8 (100%) против 3 (42,9%) при $p < 0,05$. Данное обстоятельство объясняется тем, что при поступлении женщинам группы МС до оперативного вмешательства требовалось время для проведения интенсивной терапии с целью стабилизации гемодинамики. Компенсаторные возможности организма женщины были исчерпаны, вследствие чего наступал летальный исход. Примером вышесказанного является следующий клинический случай.

Пациентка В.А.А., 32 года, безработная, замужем, жительница села. Соматический статус не отягощен, гинекологических заболеваний нет, в анамнезе – 1 медицинский аборт. Данная беременность третья. На «Д» учете по беременности не состояла. Из анамнеза известно, что в 22 недели произошел выкидыш, после чего отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр и периодическое кровотечение из половых путей. На пятые сутки произошел выкидыш вторым плодом. Несмотря на вышеуказанные жалобы, за медицинской помощью обратилась только через две недели. В участковой больнице по жизненным показаниям акушеркой проведено инструментальное удаление последа и минимальная инфузионная терапия, после чего пациентка доставлена в ЦРБ. При поступлении сознание спутанное, t тела $35,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы резко бледные, холодные. Сердечные тоны глухие, ритмичные, 100 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. ЧДД 44 в минуту. Проводилась респираторная и инотропная поддержка, инфузионная терапия, антибиотикотерапия. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной ухудшалось, и через 5,5 часов от момента поступления наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не эффективны.

В данном случае позднее обращение женщины за медицинской помощью являлось одним из определяющих исход факторов. Пациентка поступила в участковую больницу в состоянии септического шока, на фоне которого было проведено выскабливание полости матки, что усугубило ее состояние. Дальнейшее лечение в ЦРБ было обоснованным, однако летальный исход был неизбежен, компенсаторные возможности организма были исчерпаны. Женщина умерла от септического шока.

Из ЦРБ в высококвалифицированный стационар были переведены 7 (43,8%) женщин, 6

(85,7%) из них относились к группе ПМС. Однако, несмотря на проводимое лечение, в позднем послеродовом периоде наступил летальный исход. Примером ПМС от сепсиса служит следующий клинический случай.

Больная С.Е.Р., 18 лет, не замужем, жительница села. Беременность первая, нежеланная. Из анамнеза известно, что в 17-18 недель беременности вводила мыльный раствор в полость матки, после чего на вторые сутки отмечалось повышение температуры тела до 40°C, появились боли в животе, сухость во рту. Больная доставлена в ЦРБ, где произошел выкидыш. Проведено инструментальное удаление плаценты, инфузионная, антибактериальная терапия, получена консультация специалистов реанимационного консультативного центра, куда санитарной авиацией женщина доставлена в те же сутки. Через час предоперационной подготовки проведено оперативное вмешательство в объеме тотальной гистерэктомии. В первые сутки послеоперационного периода имели место 4 эпизода остановки сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия эффективны. При стабилизации гемодинамики больная была переведена в гнойно-септический центр с диагнозом: криминальный аборт в 17-18 недель, гнойный панметрит, сепсис, септический шок, постреанимационная болезнь, ишемические некрозы кожи пальцев обеих стоп, передней поверхности голеней. Несмотря на полный объем лечения, состояние женщины прогрессивно ухудшалось. На 45 сутки наступил летальный исход вследствие сепсиса в стадии СПОН.

Несмотря на правильность тактики ведения больной с сепсисом, своевременность госпитализации в высококвалифицированный стационар, адекватный объем лечения, летальный исход был неизбежен в связи с поздним обращением женщины за медицинской помощью, когда уже развилось такое грозное осложнение как септический шок.

Большинство – 14 (87,5%) – исследуемых женщин поздно обращались за медицинской помощью, при поступлении скрывали факт криминального вмешательства, а на начальном этапе ведения этих пациенток были допущены ряд диагностических и лечебных упущений, приведшие к усугублению их состояния. Сепсис является одной из самых управляемых причин МС [6]. Тем не менее, учитывая тяжесть состояния женщин на момент поступления в стационар, мы пришли к выводу, что большинство летальных исходов от гнойно-септических осложнений были не предотвратимы и составили 11 (68,8%) случаев, при этом 8 (72,7%) из них – относились к группе ПМС ($p < 0,05$).

Выводы: основными клиническими и организационными аспектами материнской и поздней материнской смертности от сепсиса в нашем исследовании явились:

- криминальный аборт (86,7% случаев);
- позднее обращение за медицинской помощью (87,5% случаев);

- сокрытие факта криминального вмешательства (100% случаев);
- выскабливание полости матки на фоне септического шока (26,7% случаев);
- недооценка объема кровопотери и неадекватная инфузионная терапия (20,0% случаев);
- запоздалое оперативное вмешательство – гистерэктомия (41,7%).

Неблагоприятная социальная характеристика исследуемых женщин, распространенность среди них криминальных вмешательств, позднее обращение за медицинской помощью, а также, зачастую, врачебные упущения при ведении септических больных – факторы риска материнской смертности, в том числе поздней [4, 11]. В предотвращении летальных исходов от гнойно-септических осложнений определяющим является фактор времени. Своевременное и адекватное лечение позволяет предотвратить такое грозное осложнение как септический шок.

Рекомендации: высокий уровень абортов, в частности криминальных, свидетельствует о необходимости социально-просветительной работы врачей акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала по предотвращению абортов среди женщин группы высокого риска (женщины, попавшие в трудную жизненную ситуацию, жительницы села, девушки-подростки, многорожавшие). Доступность средств контрацепции и их эффективность – необходимое условие профилактики абортов среди женщин данной категории. Бесплатные контрацептивы среди подростков, низкая стоимость контрацептивов для сельских жительниц и их наличие в сельских аптеках, а также применение внутриматочной контрацепции и хирургической стерилизации у многорожавших женщин – пути профилактики абортов и снижения материнских потерь от септических осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2013 году». – Красноярск, 2008. 278 с.
2. *Егорова, А.Т.* Клинические и социально-гигиенические аспекты материнской смертности в Красноярском крае. Монография. – Красноярск: КрасГМА, 2002. 240 с.
3. *Краснопольский, В.Н.* Акушерский сепсис как репродуктивная проблема / *В.Н. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Жукина* // Акушерство и гинекология. 2007. № 5. С. 8-12.
4. *Походенько, И.В.* Причины искусственных репродуктивных потерь и пути их снижения у неработающих сельских женщин / *И.В. Походенько, М.Г. Магомедов, Е.А. Жукова* // Здравоохранение Рос. Федерации. 2006. № 5. С. 49-50.

5. *Ретина, М.А.* Сепсис: размышления в связи с материнской смертностью // Журн. акушерства и женских болезней. 2005. № 3. С. 74-82.
6. *Токова, З.З.* Факторы риска материнских потерь / *З.З. Токова, О.Г. Фролова* // Здоровоохранение Рос. Федерации. 2008. № 2. С. 19-23.
7. *Etard, J.F.* Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in Bamako, Mali / *J.F. Etard, B. Kodio, S. Traore* // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1999. Vol. 106, № 1. P. 60-65.
8. *Laurenti, R.* Indicators of maternal and infant health: implications of the 10th revision of the International Classification of Diseases / *R. Laurenti, C.M. Buchalla* // Rev. Panam. Salud. Publica. 1997. Vol. 1, № 1. P. 18-22.
9. *Hoj, L.* Maternal mortality: only 42 days? / *L. Hoj, P. Hedegaard, P. Aaby et al.* // Br. J. Obstet. Gynaecol. 2003. Vol. 110, № 11. P. 995-1000.
10. *Pollock, L.* WHO bid to reduce maternal mortality // RCM Midwives. 2005. Vol. 8, № 5. P. 188.
11. *Gissler, M.* Pregnancy-associated mortality after birth, spontaneous abortion, or induced abortion in Finland, 1987-2000 / *M. Gissler, C. Berg, M.H. Bouvier-Colle et al.* // Am. J. Obstet. Gynecol. 2004. V. 190, № 2. P. 422-427.
12. Why mothers die – Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994-1996. Chapter 14: Late Deaths (Department of Health). – London: Stationary Office, 1998. 81 p.

SEPSIS AS A CASE OF MATERNAL LOSSES

© 2014 O.V. Tutynina, A.T. Egorova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetskiy

Article is devoted to a problem of maternal mortality from septic complications. The new category ICD-X "late maternal mortality" is considered. The comparative characteristic of social and hygienic portrait, clinical and organizational aspects of women mortality from sepsis is provided in groups of maternal and late maternal mortality. Research displays abundance of criminal abortions, as leading reason of maternal losses from septic complications. Recommendations for organizers of health care, doctors of obstetricians-gynecologists about prophylaxis of abortions among women of high risk group are made.

Key words: *maternal mortality, late maternal mortality, sepsis, abortion*

Olga Tutynina, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology at the Institute of Postgraduate Education. E-mail: tutynin@mail.ru
Antonina Egorova, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology at the Institute of Postgraduate Education