

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Проведен анализ развития полиорганной недостаточности у родильниц после перенесенных преэклампсии и эклампсии в зависимости от длительности течения, времени родоразрешения и объема кровопотери. Выявлена взаимосвязь между развитием полиорганной недостаточности и острой массивной кровопотерей, дисфункцией поджелудочной железы. Большое внимание уделено своевременному переводу такого контингента пациентов в специализированный стационар (отделение гравитационной терапии), что позволяет существенно снизить осложнения и летальность в послеродовом периоде.

Ключевые слова: гестоз, преэклампсия, полиорганная недостаточность, гемотрансфузия, острая массивная кровопотеря, дисфункция поджелудочной железы.

Гестоз занимает одно из ведущих мест среди проблем современного акушерства [1]. Несмотря на большое количество публикаций, содержащих новые знания, принципы лечения и профилактики гестоза, тенденции к снижению его частоты, особенно тяжелых форм, и уменьшению осложнений практически не наблюдаются [2]. В работе Т. В. Есипович [3] отмечено, что на фоне проводимого лечения женщин при стандартной схеме оценки состояния имело место утяжеление преэклампсии в 33,8 % случаев с переходом из легкой в тяжелую в 19,48 % случаев.

В структуре причин материнской смертности гестозы, стабильно занимая третье место, составляют 12–15 %, а перинатальной смертности — 18–30 % [4]. На современном этапе тяжелые формы гестоза рассматриваются как полиорганная недостаточность [5], поэтому единственным реальным путем их снижения и осложнений гестоза являются его ранняя диагностика и профилактика.

Цель исследования — улучшение результатов лечения родильниц, перенесших тяжелые формы гестоза, с помощью оптимизации лечебных мероприятий.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 28 пациенток, которые были разделены на две группы: основную (I), включавшую 21 родильницу без летальных исходов, и группу сравнения (II), включавшую 7 родильниц, которые погибли в послеродовом периоде. Группы были сопоставимы по осложнениям в период беременности и гестационным срокам. У всех женщин стандартизированными методами в динамике определяли содержание в крови лейкоцитов, эритроцитов и гемо-

глобина, в сыворотке крови — белка и билирубина, активность АлАТ и АсАТ, в крови и моче — диастазу. Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета статистических программ Biostat и Statistica 6.0. Проверке статистических гипотез предшествовало изучение характера распределения исследуемых параметров. По каждому признаку в обеих группах рассчитывали среднюю арифметическую (M) и среднее квадратичное отклонение (σ) для количественных данных, имеющих нормальное распределение. Для описания распределения, не являющегося нормальным, использовали медиану (Me) и интерквартильный размах, указанный в виде 25 и 75 % процентилей. Визуализацию распределения параметров в группах проводили с помощью соответствующих частотных гистограмм. Для качественных переменных рассчитывали абсолютные и относительные (%) величины. Мощность статистического исследования и необходимое количество наблюдений в сравниваемых группах для получения достоверных результатов, профилактики появления ошибок первого и второго рода определяли с помощью соответствующих инструментов из пакета Statistica 6.0 bkbMedcalc.

Результаты и их обсуждение. Для улучшения качества оказания медицинской помощи родильницам после перенесенных тяжелых осложнений беременности (тяжелая преэклампсия, эклампсия, массивные акушерские кровотечения) в 2004 году в г. Омске было создано отделение гравитационной терапии. На протяжении 2004–2010 годов наметилась тенденция к увеличению числа поступления таких больных в данное отделение из родильных стационаров: ежегодно с 5 до 10 пациенток. Следу-

Таблица 1

Динамика показателей крови в послеродовом периоде ($M \pm m$)

Показатель	Послеродовой период, сутки							
	1-е		3-и		7-е		14-е	
	I, n = 21	II, n = 7	I, n = 21	II, n = 7	I, n = 21	II, n = 6	I, n = 15	II, n = 4
Гемоглобин, г/л	89,0 $\pm$ 3,00	46,0 $\pm$ 1,67*	88,0 $\pm$ 1,88	87,5 $\pm$ 3,48	89,5 $\pm$ 1,48	95,0 $\pm$ 2,34*	102,0 $\pm$ 2,02	87,0 $\pm$ 3,84*
Лейкоциты, 10^9 /л	14,9 $\pm$ 0,89	12,4 $\pm$ 0,71	11,7 $\pm$ 0,72	20,9 $\pm$ 2,08*	9,4 $\pm$ 0,33	13,0 $\pm$ 0,68*	8,6 $\pm$ 0,41	7,0 $\pm$ 1,30
Белок, г/л	62,0 $\pm$ 2,13	58,0 $\pm$ 1,69	57,0 $\pm$ 1,42	58,0 $\pm$ 1,85	39,0 $\pm$ 0,53	60,0 $\pm$ 2,05*	69,5 $\pm$ 1,83	51,0 $\pm$ 1,85*
Билирубин, мкмоль/л	8,0 $\pm$ 0,59	17,1 $\pm$ 1,65*	8,2 $\pm$ 0,38	15,3 $\pm$ 1,52*	12,3 $\pm$ 0,54	12,1 $\pm$ 1,50	10,2 $\pm$ 0,50	10,2 $\pm$ 0,30
АлАТ, U/L	38,0 $\pm$ 2,14	53,0 $\pm$ 1,85*	20,0 $\pm$ 3,52	36,0 $\pm$ 3,94*	18,5 $\pm$ 2,09	38,0 $\pm$ 2,30*	39,0 $\pm$ 2,63	47,0 $\pm$ 3,05
АсАТ, U/L	38,0 $\pm$ 2,29	78,0 $\pm$ 3,77*	24,5 $\pm$ 2,82	71,0 $\pm$ 3,17*	23,5 $\pm$ 3,41	64,5 $\pm$ 2,71*	24,0 $\pm$ 2,65	37,0 $\pm$ 2,01*
Диастаза крови, U/L	97 $\pm$ 3,5	108 $\pm$ 3,3*	150 $\pm$ 3,0	210 $\pm$ 2,4*	79 $\pm$ 2,7	222 $\pm$ 2,5*	73 $\pm$ 3,1	123 $\pm$ 3,4*
Диастаза мочи, U/L	255 $\pm$ 3,5	172 $\pm$ 3,1*	354 $\pm$ 3,4	130 $\pm$ 2,9*	125 $\pm$ 3,5	730 $\pm$ 2,1*	376 $\pm$ 3,5	171 $\pm$ 2,8*

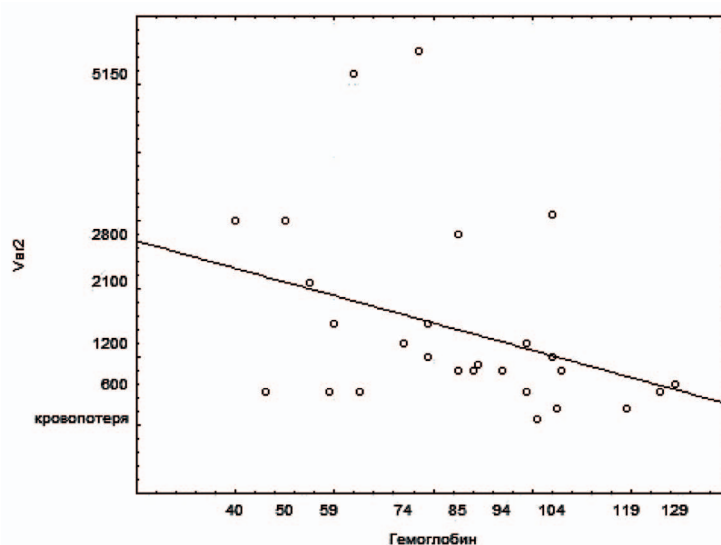
Примечание. * — $p_{I-II} < 0,05$.

Рис. 1. Взаимосвязь между уровнем гемоглобина и кровопотерей в родах

ет отметить, что в структуре осложнений беременности ($n=28$) первое место занимали тяжелая преэклампсия и эклампсия ($n=20$), второе — массивное маточное кровотечение ($n=8$), причиной возникновения которого в 14,6 % случаев был аспирационный синдром, в 7,2 % случаев — мультигенная тромбофилия и в 7,0 % случаев — гипотоническое кровотечение. Наиболее часто эти осложнения встречались в возрасте от 25 до 30 лет и старше. В 46,4 % случаев были первородящие, в 53,6 % случаев — повторно-родящие.

В связи с тем что ведущим патогенетическим фактором развития полиорганной недостаточности в послеродовом периоде явилась преэклампсия, был проведен анализ начала развития и длительности этого осложнения по гестационным срокам. У большинства (57 %) наблюдаемых дебют преэклампсии был отмечен с 34-недельного срока беременности, в 26 % случаев — с 32–34 недель, в 13 % случаев — с 28–32 недель и в 4 % случаев — с 26–28 недель беременности. Таким образом, в большинстве случаев имело место раннее начало преэклампсии.

Определенный интерес представляет анализ сопутствующей соматической патологии у данного контингента больных, поскольку она особенно утяжеляет течение акушерского осложнения. В ее структуре ведущее место занимали различные фор-

мы тромбофилий (47 %). Большое значение в риске развития гнойно-септических заболеваний у данного контингента больных имеют хронические инфекции. Так, в 16 % случаев были выявлены хронические очаги инфекции — хронический пиелонефрит и хронический тонзиллит. Заболевания сердечно-сосудистой системы составили 14 %. Таким образом, у большинства пациенток имелись предпосылки к развитию тяжелых осложнений беременности: раннее начало гестоза, сопутствующие тромбофилии и хронические инфекционные заболевания.

В 85,7 % случаев беременным было проведено кесарево сечение. В 57,2 % случаев имели место различные интраоперационные осложнения, которые потребовали расширения объема операции. Девяти пациенткам выполнили релапаротомию по поводу прогрессирующего ДВС-синдрома, в том числе у шести перевязали внутренние подвздошные артерии. При поступлении в специализированное отделение у больных отмечали анемический синдром. Об этом свидетельствовало снижение почти в два раза содержания гемоглобина во II группе (табл. 1), что было связано с большой кровопотерей и требовало проведения гемотрансфузий. Кровопотеря при родоразрешении составила до 1,5 литров у 19 (67,8 %) пациенток, от 1,5 до 2 литров у 3 (10,7 %) женщин и свыше 2 литров у 6 (21,4 %) женщин.

Объем плазмотрансфузии и гемотрансфузии до одного литра был у 4 (14,2 %) пациенток, до 3 литров — у 2 (7,1 %), до 4 литров — у 3 (10,7 %) и более 6 литров — у 14 женщин (50,0 %). Объем гемотрансфузии достигал одного литра у 8 (28,5 %) пациенток, до 2 литров — у 6 (21,4 %), до 3 литров — у 5 (17,8 %) и до 4 литров — у 4 (14,2 %) женщин. Между уровнем гемоглобина у пациенток в первые сутки и объемом кровопотери в родах выявлялась статистически значимая ($p < 0,01$) средней силы отрицательная корреляционная зависимость: $r_s = -0,45$ (рис. 1).

В первые сутки у больных обеих групп температура тела была в пределах нормы, а на 3–7-е сутки повышалась до $37,4–37,6^\circ\text{C}$ в I группе и до $38,2^\circ\text{C}$ на 3-и сутки — во II группе. Как правило, лихорадка возникала в связи с присоединением респираторного дистресс-синдрома (РДС) и синдрома системной воспалительной реакции. Так, в 11 % случаев с большой кровопотерей в родах (более 1500–2000 мл) отмечали повышение температуры тела до фебрильных цифр, а рентгенологически на 2-е сутки выявляли изменения в легких, характерные для РДС, что, возможно, было связано с большим объемом плазмо- и гемотрансфузии. У всех женщин наблюдали тахикардию: до 110 мин^{-1} у 22 пациенток и свыше 110 мин^{-1} у шести. Повышение артериального давления в первые сутки было отмечено в I группе у 7 женщин (свыше $140/90\text{ мм рт. ст.}$), а во II группе у одной пациентки. На 3-и сутки повышение артериального давления свыше $140/90\text{ мм рт. ст.}$ в основной группе было у 14 пациенток, в группе сравнения — у двух. На 7-е сутки в группе сравнения только у одной пациентки наблюдали повышение артериального давления, а в основной группе — у 12. Через 14 суток в основной группе давления нормализовалось у 9 пациенток.

При биохимическом исследовании крови выявляли гипопроотеинемию на 3-и и 7-е сутки в обеих группах, а также дисфункцию поджелудочной железы, судя по уровню диастазы в сыворотке крови (табл. 1). Так, в основной группе было отмечено восстановление диастазы крови на 7-е сутки, а в группе сравнения, наоборот, увеличение в два раза по сравнению с первыми сутками.

Критическими сутками стали 3-и сутки, что подтверждалось увеличением нейтрофильного лейкоцитоза до $20,9 \times 10^9/\text{л}$, повышением температуры тела до $38,2^\circ\text{C}$ и выраженной тахикардией.

С целью уменьшения эндотоксикоза проводили эфферентную терапию: в основной группе у 10 больных, в группе сравнения у 7 пациенток. На 3-и сутки повышалась температура и нарастала клиника РДС у 7 женщин в основной группе и у 6 в группе сравнения. На 3-и сутки присоединялись септические осложнения. Сепсис был диагностирован у 7 (у 3 женщин из I группы и у 4 — из II группы) больных, из них у 2 пациенток — на первые сутки, у 4 — на 7–10-е сутки и у одной пациентки — на 13-е сутки.

Общее количество койко-дней, проведенных в стационаре, в основной группе составило более 14 дней у 17 пациенток, а до 14 дней — у 4 пациенток. В группе сравнения более 14 дней в стационаре находились 2 женщины, до 14 дней — одна женщина и менее 7 дней — 4 женщины. В отделении реанимации и интенсивной терапии более 13 койко-дней находились 14 пациенток из основной группы и 3 из группы сравнения. На искусственной вентиляции легких более 14 дней провели 10 пациенток из основной группы и 2 из группы сравнения.

Всем женщинам проводили интенсивную и антибактериальную терапию, плазмо- и гемотрансфузии. Тем не менее в основной группе ($n = 11$) присоединилась внутрибольничная пневмония, требовавшая проведения эфферентных методов лечения. Так, в основной группе адекватная интенсивная терапия способствовала улучшению общего состояния пациенток и нормализации клинко-лабораторных показателей. Септические осложнения, нараставшие в группе сравнения, проявились в прогрессировании ДВС-синдрома и присоединении внутрибольничной пневмонии, которые в дальнейшем привели к прогрессированию полиорганной недостаточности и летальности ($n = 7$).

На аутопсии обнаруживали отчетливо выраженные симптомы ДВС-синдрома: стазы; сладжи эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла, слизистых и серозных оболочек, внутренних органов; кровоизлияния в серозные оболочки; эритроцитарные и фибриновые тромбы в мелких ветвях легочной артерии; двухсторонняя пневмония; тяжелые дистрофические изменения в паренхиматозных органах; очаговый смешанный панкреонекроз; отек легких и головного мозга.

Таким образом, проведение организационных мероприятий, перевод больных из родовспомогательных учреждений в отделение гравитационной терапии и отделение реанимации интенсивной терапии позволили улучшить показатели выживаемости.

Заключение. Риск развития полиорганной недостаточности у родильниц после перенесенных преэклампсии и эклампсии определяется длительностью течения, временем родоразрешения и объемом кровопотери. У большинства пациенток полиорганную недостаточность вызывают острая массивная кровопотеря и дисфункция поджелудочной железы. Своевременный перевод такого контингента пациенток в специализированный стационар (отделение гравитационной терапии) позволяет существенно снизить осложнения и летальность в послеродовом периоде.

Библиографический список

1. Айламазян, Э. К. Гестоз: теория и практика / Э. К. Айламазян, Е. В. Мозговая. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.
2. Шифман, Е. М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром / Е. М. Шифман. — М.: ИнтелТек, 2003. — 421 с.
3. Некоторые иммунологические факторы повреждения поджелудочной железы при гестозе / Т. В. Есипович [и др.] // Цитокины и воспаление. — 2009. — Т. 8, № 3. — С. 22–27.
4. Савельева, Г. М. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Г. М. Савельева, В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 868 с.
5. Черный, В. И. Современные направления в интенсивной терапии и профилактике нарушений гемостаза в медицине критических состояний: практ. рук. / В. И. Черный, А. Н. Колесников, Т. П. Кабанько. — Донецк, 2006. — 224 с.

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Омской государственной медицинской академии (ОмГМА).

ЛУКАЧ Валерий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реанимации ОмГМА.

БЛАУМАН Сергей Иванович, главный врач Клинического родильного дома № 6.

КРАСНИКОВА Елена Петровна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1 ОмГМА.

ЕСИПОВИЧ Татьяна Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ОмГМА.

САБИТОВ Руслан Шамильевич, соискатель по кафедре анестезиологии и реанимации ОмГМА.

Адрес для переписки: Krasnikova — omsk@mail.ru

Статья поступила в редакцию 24.03.2013 г.

© С. В. Баринов, В. Н. Лукач, С. И. Блауман, Е. П. Красникова, Т. В. Есипович, Р. Ш. Сабитов

УДК 616.37-002.4-036.11-06-07-089

**А. Б. РЕЙС
С. В. МОРОЗОВ
В. Л. ПОЛУЭКТОВ
Б. А. РЕЙС
В. А. САМОЙЛОВ
Н. С. ДЕГТЯРЕВА
А. В. ЕРШОВ**

Клинический медико-хирургический центр,
г. Омск

Омская государственная
медицинская академия

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Обследовано 210 больных и 20 здоровых лиц. Для диагностики постнекротических осложнений острого панкреатита использованы как общепринятые лабораторные методы, так и новые — определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови и клеток, находящихся в состоянии апоптоза, в крови и содержимом кист поджелудочной железы. Уточнены показания к пункции и дренированию кист поджелудочной железы под контролем ультразвукографии. Разработан новый способ оперативного лечения — трансгастральная цистогастротомия на наружном дренаже из мини-доступа.

Ключевые слова: постнекротические кисты и свищи, новые медицинские технологии.

Острый панкреатит остается одной из актуальных проблем urgentной хирургии: больные острым панкреатитом составляют 5–10 % от общего числа пациентов хирургического профиля [1, 2]. Тяжелое течение острого панкреатита сопровождается высокой летальностью (40–85,7 %) [1, 3–5], ведущими патогенетическими факторами которой являются полиорганная недостаточность и гнойно-септические осложнения.

Одно из наиболее частых и серьезных постнекротических осложнений острого панкреатита — образование кист и свищей поджелудочной железы. В последние годы отмечается увеличение числа таких больных, что обусловлено ростом заболеваемости острым панкреатитом и его деструктивными формами, а также улучшением диагностики за счет внедрения новых методов [3], которые, тем не менее, не раскрывают патогенеза постнекротических

осложнений панкреатита. Нужны патогенетически обоснованные методы лечения.

Цель исследования — изучение патогенетических факторов острого панкреатита, внедрение новых методов лабораторной диагностики и оперативного лечения постнекротических осложнений данного заболевания.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования 230 пациентов, которые были разделены на шесть групп. Группа I включала 20 практически здоровых лиц, группа II — 20 больных хроническим постнекротическим панкреатитом, группа III — 93 больных с несформированными постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы, группа IV — 52 больных со сформированными кистами, группа V — 19 больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными нагноением, группа VI — 26 больных