

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудков П. А. Методы сравнительного анализа: Учебное пособие / П. А. Гудков; под ред. А. М. Бершадского. – Пенза, 2008. – 72 с.
2. Доклад Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации 2008 года. О состоянии законодательства в Российской Федерации: мониторинг правового обеспечения основных направлений внутренней и внешней политики / Под общ. ред. С. М. Миронова и др. – М., 2009. – 511 с.
3. Жижин К. С. Медицинская статистика: Учебное пособие. – Ростов н/Д, 2007. – 160 с.

4. Круглов В. В. Экспертное оценивание в прикладных задачах / В. В. Круглов, С. П. Курилин. – Москва, Смоленск, 2008. – 131 с.
5. Медик В. А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В. А. Медик, М. С. Токмачев. – М.: Медицина, 2006. – С. 242–246.
6. Сидоров П. И. Наркологическая превентология: Руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2006. – 719 с.
7. Тимошилов В. И. Наркопредрасположенность и ее профилактика / В. И. Тимошилов, Г. А. Сидоров, А. А. Чертова. – Курск, 2010. – 128 с.

Поступила 22.03.2010

О. К. ФЕДОРОВИЧ², А. Н. ГРИГОРОВА¹, Н. В. МИНГАЛЕВА^{1,2}, Т. В. ГАЛДИНА¹

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РОДИЛЬНИЦ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С УЧЕТОМ СОБЛЮЖДЕНИЯ ЭТАПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹Гинекологическое отделение Краевой клинической больницы № 1, Россия, 350901, г. Краснодар, ул. Черкасская, 197;

²кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС Краевого перинатального центра, МУЗ «Городская больница № 2» КМЛДО, Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6. E-mail: gt03@mail.ru, тел. 8 (861) 2576036

Для изучения исходов лечения родильниц с осложненными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний разработаны и внедрены оптимизированные стандартизированные схемы обследования и лечения на каждом этапе оказания медицинской помощи, показания и схема эвакуации в стационар более высокого уровня. При использовании данных схем обследования и лечения исходы заболевания родильниц в тяжелом и крайне тяжелом состоянии гораздо лучше, чем у родильниц, которым данные схемы не применялись. Это свидетельствует о необходимости стандартизированного и оптимизированного подхода к лечению таких больных.

Ключевые слова: исходы лечения, эвакуация, послеродовые гнойно-септические заболевания, этапность, тяжесть состояния.

O. K. FEDOROVICH, A. N. GRIGOROVA, N. V. MINGALYEVA, T. V. GALDINA

THE OUTCOMES OF TREATMENT OF PUERPERANT WITH THE COMPLICATED FORMS OF POSTNATAL PURULENT-SEPTIC DISEASES TAKING INTO CONSIDERATION THE STAGES OF RENDERING MEDICAL AID

¹Gynecological section of regional clinical hospital № 1, Russia, 350901, Krasnodar, Cherkasskaya street, 197;

²the department of regional perinatal center, municipal hospital № 2, Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh Partizan street, 6. E-mail: gt03@mail.ru, tel. 8 (861) 2576036

For studying outcomes of treatment of puerperant with the complicated forms of postnatal is purulent-septic diseases, the optimized standardized schemes of inspection and treatment at each stage of rendering of medical aid, the indication and the scheme of evacuation in a hospital of higher level are developed and introduced. At use of the given schemes of inspection and treatment, outcomes of disease of the given patients in heavy and extremely a grave condition, much better, than at puerperant by which the given schemes were not applied. It testifies to necessity of the standardized and optimized approach to treatment of such patients.

Key words: outcomes of treatment, evacuation, postnatal is purulent-septic diseases, weight of a condition, level.

Введение

Послеродовые гнойно-септические заболевания представляют серьезную проблему и являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности [3].

Послеродовые гнойно-септические осложнения после операции кесарева сечения встречаются наиболее часто и не имеют тенденции к снижению, занимая одно из ведущих мест в структуре материнской заболеваемости и смертности [5].

Послеродовой эндомиометрит является основной причиной формирования неполноценного рубца на матке и генерализации инфекции. Формирование всех последующих гнойных осложнений у акушерских больных (клетчатка, придатки матки, смежные органы) является следствием прогрессирующего эндомиометрита [4].

Послеродовые гнойно-септические заболевания часто приводят к развитию тяжелых локальных и генерализованных осложнений (панметрит, сальпингооофорит, параметрит, перитонит, сепсис), когда приходится производить радикальные оперативные вмешательства, приводящие к инвалидизации женщин, лишая их менструальной и детородной функций.

Стационарное лечение больных с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями весьма продолжительно, что отражается на ритмичности работы многих предприятий, невозможности активного участия женщин в производственной деятельности, порождает семейные проблемы и требует больших экономических затрат в стационарах [1].

Основным принципом организации акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности является этапность оказания квалифицированной и высококвалифицированной помощи, заключающаяся в различном объеме и уровне медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы [6].

Цель – изучить исходы лечения родильниц с осложненными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний в зависимости от тяжести состояния при поступлении в стационар и соблюдения этапности оказания помощи на каждом уровне.

Материалы и методы исследования

Изучены исходы лечения родильниц с осложненными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний (ПГСЗ), прошедших лечение в гинекологическом отделении Краевой клинической больницы № 1 за 7 лет (2002–2008 гг.). Всего за 7 лет в гинекологическом отделении пролечено 333 родильницы с осложненными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний. Из них у 206 родильниц (61,9%) послеродовые гнойно-септические заболевания возникли после оперативного родоразрешения, а у 127 родильниц (38,1%) – после консервативного родоразрешения.

Все родильницы с осложненными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний были разделены на две группы.

В 1-ю группу (ретроспективная группа) были включены 174 родильницы, проходившие лечение с 2002 по 2005 год. Изучена и проанализирована первичная медицинская документация (карты стационарных больных, амбулаторные карты, карты выбывших из стационара).

Во 2-ю группу (проспективная группа) были включены 159 родильниц, проходивших лечение с 2006 по 2008 год.

С 2006 года все родильницы с осложненными формами ПГСЗ госпитализировались в стационар 4-го уровня – Краевую клиническую больницу № 1.

В 1-й группе среди поступивших родильниц преобладал возраст 20–25 лет (35,06%), 26–30 лет (21,84%); во 2-й группе – до 20 лет (28,93%) и 20–25 лет (26,42%). При сравнении двух групп отмечена тенденция к увеличению родильниц с осложненными формами ПГСЗ в возрасте до 20 лет, в 1-й группе – 19,54%, во 2-й группе – 28,93% ($p < 0,05$).

Из анамнеза выяснено, что у 44,25% родильниц 1-й группы и 37,74% родильниц 2-й группы беременность была первая по счету. Наличие трех и более беременностей было достоверно выше у родильниц 2-й группы ($p < 0,05$).

52% родильниц указали в анамнезе на проведенные аборт, у 30% из них было по 2 и более аборта, что является фактором риска развития ПГСЗ, многие из этих женщин страдали воспалительными гинекологическими заболеваниями.

Родильницы 1-й группы (2002–2005 гг.) были обследованы на этапах центральных районных больниц, городских больниц края в недостаточном объеме с учетом отсутствия стандартов обследования и необходимого оборудования. Это не позволяло своевременно выявлять осложненные формы ПГСЗ и оказывать необходимую помощь, что, в свою очередь, приводило к несвоевременной транспортировке в ККБ № 1. В связи с этим частота неблагоприятных исходов была высокой.

Согласно приказу департамента здравоохранения Краснодарского края от 20 июля 2004 года № 378-00 в целях совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и новорожденным в Краснодарском крае был утвержд-

Таблица 1

Количество беременностей у родильниц с ПГСЗ, проходивших лечение в гинекологическом отделении ККБ № 1 с 2002 по 2008 г.

Количество беременностей	Группы обследования				P
	I группа n=174		II группа n=159		
	abs	%	abs	%	
1-я	77	44,25	60	37,74	P > 0,05
2-я	36	20,69	23	14,47	P > 0,05
3-я	20	11,49	32	20,13	P < 0,05
4-я	17	9,77	17	10,69	P > 0,05
5-я	14	8,05	13	8,18	P > 0,05
Более 5	10	5,75	14	8,81	P > 0,05

Уровни оказания акушерско-гинекологической помощи

Уровни		Учреждения
1-й уровень	Амбулаторная помощь	ФАП. Сельские амбулатории
	Стационарная помощь	Участковые больницы
2-й уровень	Амбулаторная помощь	Помощь оказывается в женских консультациях, ЦГБ и ЦРБ
	Стационарная помощь	ЦГБ, ЦРБ. Городские больницы городов края
3-й уровень	Амбулаторная помощь	Базовые женские консультации межрайонных перинатальных центров. Ряд женских консультаций краевого центра
	Стационарная помощь	Гинекологические отделения межрайонных перинатальных центров
4-й уровень	Амбулаторная помощь	Краевая поликлиника. Базовая женская консультация Краевого перинатального центра, женские консультации краевого центра, имеющие соответствующие оснащение, оборудование, специализированные приемы, кадры и являющиеся базами кафедр акушерства и гинекологии
	Стационарная помощь	Гинекологическое отделение Краевой клинической больницы № 1. Высотехнологичные муниципальные гинекологические отделения Краевого перинатального центра, оснащенные и укомплектованные соответствующим оборудованием и высокопрофессиональными кадрами, являющиеся базами кафедр акушерства и гинекологии

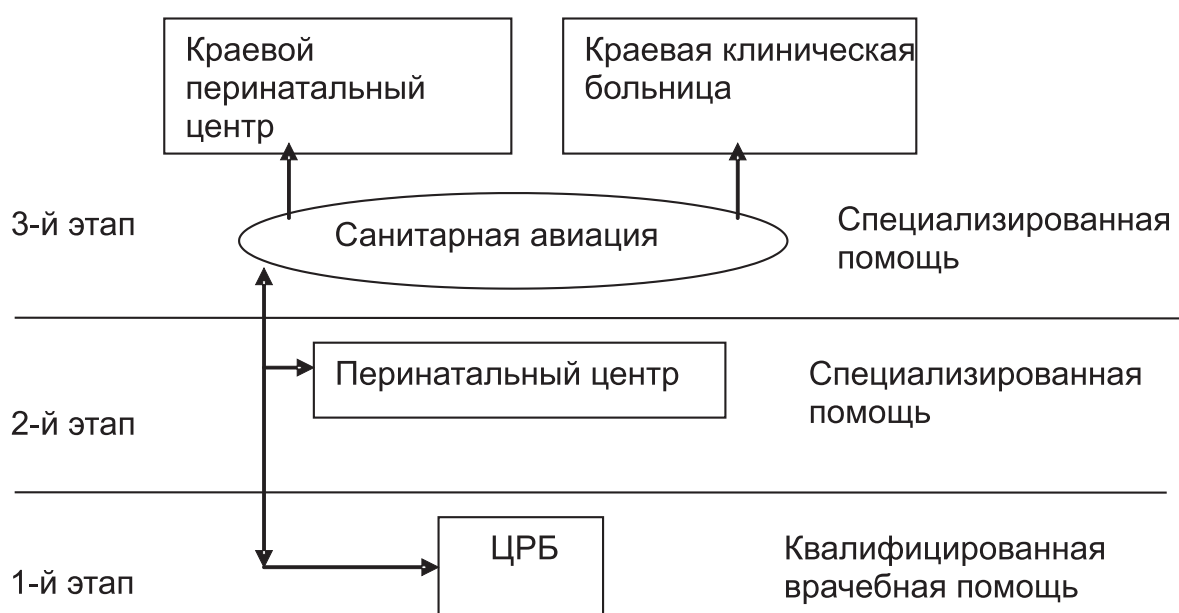
ден перечень межтерриториальных перинатальных центров. С 2005 года на территории Краснодарского края функционируют 10 перинатальных центров. В это же время определены уровни оказания медицинской помощи и ЛПУ края (табл. 2).

Для обследования и лечения 2-й группы родильниц с 2006 года была разработана и внедрена оптимизированная схема обследования, выявления всех возможных факторов риска возникновения ПГСЗ, лечения родильниц с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями на каждом этапе. При невозможности оказания квалифицированной медицинской помощи и

отсутствии эффекта – немедленная эвакуация в стационар 4-го уровня или вызов специалистов на место.

Составлены схема эвакуации, показания для транспортировки больных с ПГСЗ в вышестоящие по уровню оказания квалифицированной медицинской помощи медицинские учреждения (рисунок).

Оказание медицинской помощи родильницам начинается со 2-го уровня. На 2, 3-м уровнях (ЦРБ, ГБ, перинатальные центры) проводится лечение неосложненных форм ПГСЗ. Родильницы с осложненными формами ПГСЗ без явлений генерализации и угрозы перфорации отправляются специализированным транспортом ЦРБ



Порядок эвакуации родильниц с ПГСЗ

или санитарной авиацией на вышестоящий уровень (ККБ № 1, Краевой перинатальный центр).

При генерализованных формах ПГСЗ интенсивное лечение и реанимационную помощь начинают в ЦРБ с последующей транспортировкой больных в краевой центр. При нетранспортабельности родильницы осуществляют срочный вызов санитарной авиации для оказания помощи на месте.

Результаты исследования и обсуждение

Родильницы доставлялись в ККБ № 1 транспортом санитарной авиации в 1-й группе – в 46,55%, во 2-й группе – в 50,94% случаев; специальным транспортом ЦРБ – в 13,79% и 23,9% соответственно; машиной скорой медицинской помощи в 1-й группе – 12,07% родильниц и во 2-й группе – 7,55% родильниц. Остается высоким процент госпитализации родильниц с ПГСЗ, которые самостоятельно обращались за медицинской помощью в ККБ № 1: из 1-й группы – в 27,59% и из 2-й группы – в 17,61%. В отличие от родильниц 1-й группы родильницы 2-й группы самостоятельно обращались за медицинской помощью в ККБ № 1 в два раза реже, что свидетельствует об улучшении работы в стационарах второго и третьего уровней.

Родильниц 2-й группы с 2006 года стали доставлять гораздо оперативнее, чем родильниц 1-й группы. 36,48% родильниц 2-й группы и 23,56% родильниц 1-й группы ($p < 0,05$) доставлены в первые трое суток после родоразрешения, спустя 16–20 дней после родоразрешения – 6,29% родильниц 2-й группы и 18,39% 1-й группы ($p < 0,05$), более 20 дней после родоразрешения – 6,92% родильниц 2-й группы и 13,79% родильниц 1-й группы ($p < 0,05$).

Родильницы с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями доставлялись в ККБ № 1 в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью, на аппаратах искусственной вентиляции легких (табл. 3).

шением сознания, чем родильницы 1-й группы. Только 47,17% родильниц 2-й группы были в сознании, когда в 1-й группе в сознании было 79,31% ($p < 0,05$). В коме родильниц 2-й группы было 22,64%, когда родильниц 1-й группы в коме – 7,46% ($p < 0,05$). Таким образом, частота поступления родильниц 2-й группы в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, с нарушениями сознания увеличилась, что позволило своевременно оказать им квалифицированную помощь.

Больные в удовлетворительном состоянии и состоянии средней степени тяжести госпитализировались в гинекологическое отделение: 68,97% родильниц 1-й группы, 34,59% родильниц 2-й группы ($p < 0,05$). Родильницы в тяжелом состоянии госпитализированы в реанимационные отделения: общая реанимация, нефрореанимация, реанимация гнойной хирургии, нейро-реанимация.

38,99% родильниц 2-й группы и 12,07% родильниц 1-й группы ($p < 0,05$) находились в общей реанимации (АРО № 6); 13,21% родильниц 2-й группы и 8,62% 1-й группы с печеночно-почечной недостаточностью – в нефрореанимации (АРО № 7), где проводились эффективные методы лечения; 9,43% родильниц 2-й группы и 5,17% родильниц 1-й группы с явлениями генерализации процесса – в реанимации гнойной хирургии (АРО № 5), также 4,02% родильниц 1-й группы и 0,63% родильниц 2-й группы – в нейрореанимации, с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Все больные, поступившие в гинекологическое отделение ККБ с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями, прошли полное обследование, включающее клинические, биохимические, микробиологические, функциональные, морфологические и специальные методы исследования.

Преимущественной формой поражения матки у гинекологических больных с послеродовыми гнойно-

Таблица 3

Состояние больных с ПГСЗ при поступлении в ККБ

Состояние родильниц при поступлении	Группы обследования				P
	I группа n=174		II группа n=159		
	abs	%	abs	%	
Удовлетворительное состояние	77	44,25	44	27,67	P < 0,05
Состояние средней степени тяжести	61	35,06	31	19,50	P < 0,05
Тяжелое состояние	21	12,07	41	25,79	P < 0,05
Крайне тяжелое состояние	15	8,62	43	27,04	P < 0,05

Из таблицы 3 видно, что родильницы 2-й группы в тяжелом состоянии доставлялись в ККБ № 1 в два раза чаще (25,79%) по сравнению с пациентками в таком же состоянии из 1-й группы (12,07%) ($p < 0,05$). В крайне тяжелом состоянии пациентки 2-й группы доставлялись в три раза чаще (27,04%), чем пациентки 1-й группы (8,62%) ($p < 0,05$). При поступлении в ККБ № 1 на аппарате искусственной вентиляции легких находилось 35,22% родильниц 2-й группы и 14,37% родильниц 1-й группы ($p < 0,05$). Достоверное отличие между группами в зависимости от тяжести состояния больных, поступавших в ККБ № 1, связано с внедрением порядка эвакуации родильниц с ПГСЗ.

При сравнении двух групп в большем проценте родильницы 2-й группы доставлялись в ККБ № 1 с нару-

септическими осложнениями был гнойно-некротический метроэндометрит (диагностирован в 75,98% случаев – 253 родильницы), что обусловлено исключительными пластическими и регенеративными свойствами эндо- и миометрия. У 75,86% родильниц 1-й группы и у 76,10% родильниц 2-й группы диагностирован метроэндометрит. Гематометра и остатки плацентарной ткани диагностированы в большем проценте у родильниц 1-й группы, чем у родильниц 2-й группы. Гематометра диагностирована у 7,47% родильниц 1-й группы и 2,52% 2-й группы, остатки плацентарной ткани – у 48,28% родильниц 1-й группы и у 30,82% 2-й группы ($p < 0,05$).

Среди всех родильниц, доставленных в гинекологическое отделение ККБ № 1 с ПГСЗ с 2002 по 2008 г., несостоятельность швов на матке диагностирована

у 15,92% (53). В два раза чаще диагностирована несостоятельность швов на матке среди рожениц 2-й группы (20,13%), чем у рожениц 1-й группы (12,07%), что является достоверным – $p < 0,05$. У послеродовых пациенток преобладавало поражение паравезикальной клетчатки: панцеллюлит диагностирован у 12,07% рожениц 1-й группы и у 15,09% рожениц 2-й группы.

Зарегистрировано высокое процентное соотношение генерализованных форм ПГСЗ: перитонит в 6,31% (21 больная), сепсис в 12,61% случаев (42 больные), что в очередной раз подчеркивает актуальность проблемы послеродовых гнойно-септических заболеваний. При анализе двух групп сепсис у рожениц 1-й группы развился в 8,05%, когда во 2-й группе в два раза больше – 17,61% ($p < 0,05$). Перитонит – в 5,17% в 1-й группе и в 7,55% во 2-й группе.

У 21,32% (71) рожениц с ПГСЗ, проходивших лечение в ККБ № 1 с 2002 по 2008 г., диагностирована полиорганная недостаточность, у рожениц 2-й группы диагностирована полиорганная недостаточность гораздо чаще – в 30,82%, чем у рожениц 1-й группы: в 12,64% случаев ($p < 0,05$).

После дообследования определялась тактика лечения больных. Консервативно-хирургическое лечение произведено у 63,4% (211) рожениц, оперативное лечение проведено у 36,6% (122) рожениц.

Консервативно-хирургическое лечение включало в себя гистероскопию, выскабливание полости матки и медикаментозное лечение.

У 56,76% поступивших рожениц с ПГСЗ (333) была произведена гистероскопия с выскабливанием матки у 189 пациенток. У 33,94% (133) рожениц диагноз – «остатки плацентарной ткани» был подтвержден, в остальных случаях гистологически обнаруживались некротизированная децидуальная ткань, кровь, гнойный метрозондометрит.

Одновременно с гистероскопией и последующим аспирационно-промывным дренированием полости матки проводилась медикаментозная терапия. Ее составляющими являются: антибактериальная терапия; инфузионная терапия, включающая кристаллоиды, плазмозамещающие коллоиды, белковые препараты; дезагреганты; утеротоники; антигистаминные препараты; седативные средства; иммуномодуляторы; НПВП; препараты, ускоряющие репаративные процессы; общеукрепляющая терапия; витаминотерапия; ФТЛ; по показаниям – экстракорпоральная детоксикация.

Результаты лечения оценивались по характеру лохий, данным УЗИ и контрольной гистероскопии.

У 36,6% рожениц (122) было применено оперативное лечение.

Роженицам с диагностированными осложненными формами послеродовых гнойно-септических заболеваний с явлениями генерализации процесса, угрозы перфорации гнойного процесса и внутрибрюшным кровотечением оперативное лечение проводилось немедленно. Среди рожениц 2-й группы немедленное оперативное лечение проведено в 22,81%, тогда как в 1-й группе только в 13,85%.

При осложненном течении гнойного воспаления: при отсутствии явлений генерализации и угрозе перфорации – предоперационная подготовка проводилась в течение 1–3 дней, при явлениях генерализации (перитонит, сепсис) или угрозы перфорации – в течение 1,5–2 часов.

Предоперационная подготовка в таких случаях была направлена на коррекцию нарушений белкового и водно-электролитного обмена, иммунного статуса, купирование экссудативных и инфильтративных проявлений воспаления, улучшение микроциркуляции и предупреждение бактериального шока. Длительность предоперационной подготовки – 3–5 дней, если нет показаний для экстренной операции (разлитой гнойный перитонит, септический шок, угроза перфорации тазовых абсцессов в мочевого пузыря).

Оптимальным объемом операции являлась экстирпация матки с трубами, адекватное дренирование брюшной полости боковыми двухпросветными дренажами и через культю влагалища. Представляется неадекватным выполнение надвлагалищной ампутации матки в условиях распространенного гнойного процесса, поскольку гнойно-некротические изменения в перешейке матки, ишемия тканей и сохраняющийся септический тромбоз сосудов в шейке ниже уровня ампутации продолжают оставаться главным источником активизации гнойного процесса и высокого риска развития абсцессов культи и полости малого таза, перитонита и сепсиса.

Одним из важных условий успешного лечения острого распространенного акушерского перитонита являлся отказ от традиционного при экстирпации матки даже частичного ушивания культи влагалища и от перитонизирующих швов. Только при этом условии возможны беспрепятственная некрэктомия и быстрое разрешение местного воспаления [2]. В послеоперационном периоде применялось аспирационно-промывное дренирование полости малого таза и зон деструкции с использованием трансвагинального метода введения дренажей через открытый купол влагалища при экстирпации матки. Трансвагинальный метод позволяет проводить длительное дренирование, без угрозы формирования фистул, развития абсцессов и флегмон передней брюшной стенки.

В случае расположения абсцессов в подпеченочных и поддиафрагмальных пространствах дополнительно вводились дренажи через контрапертуры в мезо- и эпигастриальных областях.

В комплексном лечении перитонита применялись повторные санации брюшной полости. Повторные санации представляют собой оперативное вмешательство, с помощью которого ежедневно или через день (3–5 сеансов) производят ревизию брюшной полости, эвакуируют экссудат, разъединяют спайки, удаляют фибрин и некротические ткани, вскрывают абсцессы, оценивают состояние анастомозов, одновременно промывают брюшную полость (фурациллин, хлоргексидин, физраствор) до чистых промывных вод. Подобные операции способствуют снижению интоксикации, восстановлению моторной функции кишечника и снижению послеоперационных осложнений, что совпадает с мнением авторов Н. Б. Ломидзе, А. М. Савина.

Радикальное хирургическое лечение предпринималось у пациенток в случаях позднего поступления больных, с уже генерализованной инфекцией, а также при отсутствии эффекта от консервативного лечения (4–5 дней) и выявлении неблагоприятных клинических, эхографических и гистероскопических признаков, свидетельствующих о прогрессировании инфекции.

За время с 2002 по 2008 г. исходы лечения следующие: выздоровление наступило у 298 рожениц (89,49%); инвалидность получили 23 роженицы,

Таблица 4

**Исходы лечения тяжелых больных с ПГСЗ,
находившихся на лечении в ККБ № 1 с 2002 по 2008 г.**

Исходы лечения	Группы обследования				P
	I группа		II группа		
	n=21		n=41		
	abs	%	abs	%	
Выздоровление	14	66,67	38	92,68	P < 0,05
Инвалидность	7	33,33	3	7,32	P < 0,05
Летальный исход	0	0,00	0	0,00	0

Таблица 5

**Исходы лечения крайне тяжелых больных с ПГСЗ,
находившихся на лечении в ККБ № 1**

Исходы лечения	Группы обследования				P
	I группа		II группа		
	n=15		n=43		
	abs	%	abs	%	
Выздоровление	4	26,67	29	67,44	P < 0,05
Инвалидность	7	46,67	6	13,95	P < 0,05
Летальный исход	4	26,67	8	18,60	P > 0,05

что составило 6,9%; летальность составила 3,6% (12 родильниц). Это связано с тем, что большое количество больных поступали в тяжелом состоянии, на ИВЛ, в коме 3, с полиорганной недостаточностью. При патолого-анатомическом исследовании морфологические изменения были необратимы.

Исход заболевания находился в прямой зависимости от тяжести состояния каждой больной.

При сравнении двух групп пациенток с ПГСЗ, находившихся в ККБ № 1 в тяжелом состоянии, достоверно, что выздоровление в большем проценте наступило среди родильниц 2-й группы (92,68%), чем среди родильниц 1-й группы (66,67%) – $p < 0,05$. Инвалидность составила среди родильниц 1-й группы 33,33%, среди родильниц 2-й группы только 7,32% ($p < 0,05$) (табл. 4).

При сравнении двух групп пациенток с ПГСЗ, находившихся в ККБ № 1 в крайне тяжелом состоянии, достоверно, что выздоровление в большем проценте наступило среди родильниц 2-й группы (67,44%), чем среди родильниц 1-й группы (26,67%) $p < 0,05$. Инвалидность составила среди родильниц 2-й группы 13,95%, среди родильниц 1-й группы – 46,67% ($p < 0,05$). Летальный исход наступил у родильниц 2-й группы в 18,60%, тогда как среди родильниц 1-й группы – в 26,67% (табл. 5).

Учитывая тяжесть больных с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями, сроки пребывания больных в стационаре продолжительные.

Но, несмотря на это, пациентки 2-й группы (27,67%) чаще, чем пациентки 1-й группы (15,52%), находились в стационаре до 10 дней – $p < 0,05$. В два раза меньше родильниц 2-й группы (16,98%) в отличие от 1-й группы (31,61%) находились в ККБ № 1 более 20 дней ($p < 0,05$). При оптимизировании этапности оказания медицинской помощи женщинам

Краснодарского края с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями сроки пребывания в стационаре четвертого уровня сократились в 2 раза, что является экономически выгодным для бюджета как больницы, так и края.

Таким образом, применение оптимизированной схемы обследования и лечения больных с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями на каждом уровне оказания медицинской помощи, а также оперативная эвакуация больных с осложненными формами ПГСЗ в вышестоящие по уровню оказания квалифицированной медицинской помощи медицинские учреждения позволили снизить частоту осложненных форм ПГСЗ, сохранить репродуктивное здоровье женщин, повысить процент выздоровления у крайне тяжелых больных, уменьшить сроки нетрудоспособности, повысить качество их дальнейшей жизни.

Наши наблюдения показали, что необходимо дифференцированно подходить к пациенткам с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями. Целенаправленное применение вышеуказанных методов консервативного и оперативного лечения позволяет вдвое быстрее добиться нормализации основных обменных процессов и улучшения состояния больных с ПГСЗ, что, в свою очередь, приводит к благополучному исходу заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Костючек Д. Ф., Хаджиева Э. Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – Санкт-Петербург, 2005. – 459 с.
2. Гостищев В. К., Сажин В. П., Авдовенко А. Л. Перитонит. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
3. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А. Гнойная гинекология. – М., 2006. – 304 с.

4. Краснополяский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н. А., Попов А. А. Оперативная гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 320 с.

5. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. – М.: Триада-Х, 2004 – 320 с.

6. Фролова О. Г., Гаврилова Л. В. Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению / Под ред. В. И. Кулакова. – М.: МЕДпресс, 2000. – С. 149–151.

Поступила 16.04.2010

**Я. О. ФЕДЧЕНКО, А. В. ПРОТОПОПОВ, Т. А. КОЧКИНА,
Д. П. СТОЛЯРОВ, Е. П. КОНСТАНТИНОВ**

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ ПОСТЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Краевая клиническая больница,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняка, 3а, отд. РХМДЛ.
E-mail: mr.fedchenko@yandex.ru*

Эффективность лечения тромбозмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) исследована в сравнительном аспекте у 84 больных в зависимости от сроков проведения тромболитической терапии. При анализе данных выявлено, что максимальные значения давления в стволе лёгочной артерии наблюдались у пациентов с более поздними сроками госпитализации и проведения тромболитической терапии (ТЛТ). У пациентов, обратившихся в течение месяца, давление в малом круге кровообращения (МКК) находилось в пределах нормальных величин (25–30 мм рт. ст.) и оставалось таким на протяжении 6 лет наблюдения. Тогда как у больных с поздними сроками госпитализации в стационар и проведения ТЛТ (от месяца до года) давление оставалось на высоком уровне с тенденцией к росту с течением времени.

Ключевые слова: лёгочная гипертензия, давление в лёгочной артерии, тромболитическая терапия.

**Ya. O. FEDCHENKO, A. V. PROTOPOPOV, T. A. KOCHKINA,
D. P. STOLYAROV, E. P. KONSTANTINOV**

INFLUENCE OF THE TIME OF THROMBOLYTICS THERAPY TO THE PULMONARY HYPERTENSIA

*Regional clinical hospital,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, P. Zheleznyaka's street, 3a. E-mail: mr.fedchenko@yandex.ru*

Efficiency of treatment of the pulmonary embolism is investigated in comparative aspect at 84 patients depending on carrying out terms thrombolytics therapies. At the analysis of the data it is revealed that the maximum values of pressure in a trunk of a pulmonary artery were observed in patients with later terms of hospitalisation and carrying out thrombolytics therapies. At the patients who have addressed within month, pressure in pulmonary artery was in limits of normal amounts (25–30 mm Hg) also remains such throughout 6 years of supervision. Whereas at patients with late terms of hospitalisation and carrying out thrombolytics therapy (from a month about one year), pressure remains at high level with a tendency to growth eventually.

Key words: pulmonary hypertension, pressure in a pulmonary artery, thrombolytics therapy.

Тромбозмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) – одна из важнейших проблем клинической медицины. Она является одним из самых катастрофических осложнений, которое внезапно обрывает жизнь многих больных. Практическое значение проблемы ТЭЛА в настоящее время определяется, во-первых, явным нарастанием частоты легочных эмболий при самых разнообразных заболеваниях и, во-вторых, тем обстоятельством, что ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти в высокоразвитых странах после инфаркта миокарда и инсульта, которая превышает 30% без оказания своевременной медицинской помощи [4, 9].

Клиническая актуальность проблемы ТЭЛА обусловлена не только тяжестью течения заболевания и высокой летальностью, но и трудностями своевременной диагностики этого осложнения из-за полиморфизма развивающихся клинических синдромов. По данным многочисленных патолого-анатомических исследований, в 50–80% случаев ТЭЛА не диагностируется вообще, а во многих случаях ставится лишь предположительный диагноз [1, 2, 5].

В настоящее время при оценке эффективности лечения массивной ТЭЛА пользуются критерием выживаемости. По данным S. Rich [11, 12], тромбозмболия не вызывает каких-либо серьезных последствий, а хроническая лёгочная гипертензия развивается не более чем в 1% случаев. Однако, по данным В. С. Савельева с соавт. [7], несмотря на своевременно проведённое консервативное лечение, в 70% случаев возникает хроническая окклюзия (стеноз) легочного ствола или его главных ветвей с развитием тяжёлой гипертензии в малом круге кровообращения (МКК). Многоцентровое исследование ICOPER [10] продемонстрировало, что вероятность неблагоприятного исхода высока и в отдалённом периоде после эпизода острой ТЭЛА. Через три месяца после проведения лечения смертность составила 7,9%. Основной причиной смертности в отдалённом периоде после острой ТЭЛА явилась сердечная недостаточность по правожелудочковому типу вследствие развития хронической постэмболической лёгочной гипертензии (ХПЭЛГ) и формирования