

Ващанова Ю.П.¹, Егорова А.Т.²

¹Аспирант, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования,

²Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии института последипломного образования, д.м.н., Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого

МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Аннотация

В статье отражена проблема летальности после гинекологических операций. Представлены результаты ретроспективного анализа 13 историй болезни женщин, умерших после гинекологических операций вследствие геморрагических осложнений. Выявлены главные факторы неблагоприятного исхода, установлена неадекватность проведения профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в предоперационный и послеоперационный периоды. Определены резервы и пути снижения послеоперационной летальности.

Ключевые слова: гинекологические операции, послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, послеоперационная летальность.

Key words: gynecological surgery, postoperative intra-abdominal haemorrhage, postoperative mortality.

Актуальность проблемы. Операции в области малого таза у женщины – это очень сложный раздел хирургии. Операции выполняются в условиях близкого расположения других органов, тесного переплетения кровеносных сосудов, мочеточников, нервов и фасциальных перегородок. Выполнение больших операций на матке и придатках в большинстве случаев проводится в экстренном порядке, что еще больше повышает риск оперативного вмешательства [5].

Достижения современной хирургии не обеспечили заметного снижения частоты послеоперационных осложнений, при которых повторное оперативное пособие не всегда способно предупредить летальный исход. Одним из наиболее жизнеугрожающих осложнений при вмешательствах на органах брюшной полости в ближайшем послеоперационном периоде является внутрибрюшное кровотечение [2]. Это осложнение развивается в самом раннем послеоперационном периоде, иногда даже до того, как больного сняли с операционного стола [4]. Однако, как показывает опыт, распознают его далеко не всегда своевременно, в связи с чем оно представляет весьма большую опасность для жизни больного [1].

Послеоперационные геморрагии, как причина повторных оперативных вмешательств, идут по частоте вслед за гнойно-септическими осложнениями и ранней спаечной кишечной непроходимостью. В структуре оперированных больных внутрибрюшные кровотечения составляют от 0,06% до 0,34%. Летальность после релапаротомий по поводу кровотечений в брюшную полость составляет от 27% до 75% [2].

Ни одно другое осложнение в абдоминальной хирургии в такой мере не связано с неправильными решениями и действиями хирурга, как послеоперационные внутрибрюшные кровотечения (ПВК), и в то же время оно часто является для хирурга неожиданным, этим и обусловлена актуальность данной проблемы [3,6].

При сильных кровотечениях с выделением крови из дренажей и падением артериального давления, расстройствами гемодинамики и катастрофическим снижением показателей гемоглобина и гематокрита диагноз послеоперационного внутрибрюшного кровотечения обычно не вызывает сомнений.

Весьма сложную проблему составляет своевременная диагностика поздних медленных, слабых послеоперационных внутрибрюшных кровотечений. Этот вид ПВК обычно возникает из капилляров десерозированных участков толстой и тонкой кишки, при недостаточно надежном лигировании сосудов и т.д. Трудности своевременной диагностики послеоперационного внутрибрюшного кровотечения при этом обусловлены прежде всего тем, что не всегда легко в условиях тяжелого послеоперационного периода правильно оценить изменения состояния больных, когда гемодинамические расстройства могут быть обусловлены операционной травмой, а снижение гематологических показателей может зависеть как от неучтенной операционной кровопотери, так и от гемодилуции, связанной с послеоперационной терапией [3].

Ранняя диагностика осложнений является основополагающим фактором их успешной терапии. Уменьшение интраоперационной кровопотери и ранняя диагностика послеоперационного кровотечения в последнее время приобретают все большее значение, в связи с возрастанием числа оперативных вмешательств в гинекологической практике. При кровопотере 500–700 мл (10% ОЦК) происходит компенсация за счет повышения тонуса венозных сосудов. При этом не наблюдается существенного изменения артериального тонуса, частоты сердечных сокращений, не меняется перфузия тканей. Кровопотеря, превышающая эти цифры, приводит к значительной гиповолемии. Для поддержания гемодинамики включаются компенсаторные механизмы: повышается тонус симпатической нервной системы, увеличивается выброс катехоламинов, альдостерона, АКТГ, антидиуретического гормона, глюкокортикоидов, активизируется ренин-ангиотензиновая система. За счет этих механизмов происходят учащение сердечной деятельности, задержка выделения жидкости и привлечение ее в кровеносное русло из тканей, спазм периферических сосудов.

Продолжающееся кровотечение с потерей 1800–2500 мл крови (более 35% ОЦК) ведет к истощению компенсаторных механизмов и углублению микроциркуляторных расстройств за счет выхода жидкой части крови в интерстициальное пространство, сгущения крови, резкого замедления кровотока, что способствует стазу крови в системе микроциркуляции и нарушению процессов свертывания с образованием тромбов [7,8,9].

Цель исследования. Определить место геморрагических осложнений в структуре послеоперационной летальности. На основании анализа причин летальных исходов, изучения социальных и медико-организационных факторов риска разработать систему мероприятий по профилактике и уменьшения частоты их возникновения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-экспертный анализ 13 случаев послеоперационной летальности, вследствие развития внутрибрюшного кровотечения. По данным первичной медицинской документации: история болезни, медицинская карта стационарного больного, протокол судебно-медицинского исследования, свидетельство о смерти, на основании базы данных пролеченных больных в медицинских учреждениях города Красноярск за 1999-2009 гг.

Результаты и обсуждение.

Проведен анализ 81 истории болезни женщин, умерших после гинекологических операций за 10 лет (1999–2009 гг.) в МУЗ (краевая клиническая больница №1, городская больница №4, городская больница №6 им. Н.С. Карповича). На основании проведенного нами анализа структуры летальности в оперативной гинекологии, послеоперационные геморрагические осложнения занимают 3 место среди причин летальных исходов после тромбоэмболических и гнойно-септических и составляют 16 % (13) случаев из 81.

По возрастному составу женщины этой группы распределялись следующим образом: 20, 25 и 39 лет было 3 (23,1%) женщины; 40-49 лет – 7 (53,8%); 50-59 лет – 3 (23,1%) женщины. Средний возраст составил $43,15 \pm 9,8$ года.

Социально-гигиенический портрет женщин исследуемой группы выглядел следующим образом: сельские жительницы, с материально-бытовыми условиями ниже среднего составили - 5 (38,5%), против городских жительниц, которых было - 8 (61,5%).

Работающими было 9 женщин (69,2%), безработными – 4 (30,8%), двое из которых имели инвалидность.

Анализ репродуктивного анамнеза выявил, что у 8 (61,5%) женщин в исследуемой группе отмечалось нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи, одна (7,7%) женщина находилась в течение двух лет в периоде менопаузы и у 4 (30,8%) женщин нарушений менструального цикла не было. В анамнезе одни роды выявлены в 23,1% (3) случаев, двое родов – в 46,2% (6) и в 15,4% (2) имели трое и более родов. Только у двух женщин (15,4%) в анамнезе не было беременностей. Большинство женщин в исследуемой группе в анамнезе имели искусственные аборты. Более 2 абортов было у 7 (53,9%) из них.

В исследуемой группе при анализе соматического статуса выявлено, что наиболее частой соматической патологией является гипертоническая болезнь и составляет 53,9% (7) случаев. Заболевания эндокринной системы в виде ожирения II-III ст. наблюдались в 30,8% (4) и в виде сахарного диабета 2 типа в 15,4% (2) случаев. Заболеваниями печени и желчевыводящих путей страдали 2 (15,4%) женщины. Патология мочевыделительной системы наблюдалась в анамнезе у 15,4% больных. В одном случае у женщины встретился не коррегируемый врожденный порок сердца (ДМПП, синдром Эйзенменгера).

Анализ показал, что чаще — у 7 (53,7%) больных — первичная операция выполнялась по ургентным показаниям, а у 6 (46,3%) больных операция была плановой.

ПВК в отличие от других внутрибрюшных осложнений развивались обычно в ранние сроки после первичной операции. У 7 (53,8%) женщин ПВК диагностировано в первые 24 ч после операции, у 2 (15,4%) — в поздние сроки. В 15,4% (2) случаев женщины умерли на операционном столе вследствие неэффективного кровообращения на фоне острой постгеморрагической анемии и две (15,4%) погибли на 1 и 3 сутки послеоперационного периода в результате развития синдрома полиорганной недостаточности и острой сердечно-сосудистой недостаточности после массивного маточного кровотечения до операции.

Характер заболевания, предшествующий оперативному лечению был следующим: миома матки с показаниями для оперативного лечения – у 6 (46,2%) женщин, неполное выпадение матки было - у 1 (7,7%), маточное кровотечение на фоне токсического гепатита – у 1 (7,7%), травма органов малого таза – у 1 (7,7%), острый двухсторонний аднексит с образованием двухсторонних tuboовариальных опухолей с их перфорацией в брюшную полость, диффузный фибринозно-гнойный перитонит - у 1 (7,7%), железистокистозная гиперплазия эндометрия с нарушением менструального цикла по типу метроррагии - 1 (7,7%), у 2 (15,4%) пациенток были диагностированы онкологические заболевания (инвазивный пузырный занос и рак тела матки).

Объем выполненных операций во всех случаях соответствовал патологии и представлен: в 76,9% (10) случаях – гистерэктомиями (из них 9 лапаротомий и 1 влагалищная), в 15,4% (2) случаях – выскабливанием полости матки, в 7,7% (1) случаях – лапаротомией, удалением придатков с обеих сторон, санацией, дренированием брюшной полости, наложением лапаростомы.

При внутрибрюшных кровотечениях II—III степени релапаротомия показана абсолютно и является единственным методом лечения и спасения жизни больного. При внутрибрюшных кровотечениях I степени в зависимости от хирургической ситуации осуществляется динамический контроль за дренажами с последующим их промыванием, наблюдение за гемодинамическими (пульс, АД) и гематологическими (гемоглобин, гематокрит, эритроциты) показателями. В исследуемой нами группе релапаротомия проводилась у 7 (53,9%) женщин, из них у двоих релапаротомия проводилась двух- и трехкратно, несмотря на это у всех больных наступил летальный исход.

Объем кровопотери при послеоперационном внутрибрюшном кровотечении по данным протоколов релапаротомий и протоколов судебно-медицинского исследования составлял от 800 до 2000 мл крови.

Таким образом, как причина смертельных исходов, кровотечения возникают urgently, требуют высокой профессиональной подготовки персонала к оказанию адекватной экстренной помощи. При многократных длительных маточных кровотечениях часто имеет место позднее обращение женщины за медицинской помощью, вследствие чего происходит несвоевременная госпитализация в медицинское учреждение и отсроченное оперативное лечение в условиях хронической постгеморрагической анемии, гемической гипоксии и абсолютной и относительной гиповолемии. Промедление с хирургической остановкой кровотечения сочетается с дефектами лечения геморрагического шока и коррекции системы гемостаза.

Объективными причинами, затрудняющими своевременную диагностику ранних послеоперационных внутрибрюшных кровотечений, являются: тяжелое состояние больных, обусловленное основной и сопутствующей патологией; возникшие внебрюшные осложнения, а также пожилой и старческий возраст пациентов. Главным условием своевременной диагностики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений является рациональное использование методов инструментальной диагностики, основанное на информативности метода при предполагаемом осложнении и затратах времени на его выполнение. Релапаротомия, выполняемая по поводу ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, как травматичное оперативное вмешательство сопровождается высокой летальностью, что является основанием для выполнения повторных вмешательств с использованием миниинвазивных методик.

Оказание помощи женщинам с такой патологией как геморрагический шок служит проверкой организации работы в медицинских учреждениях. Обеспеченность необходимым набором инфузионных сред, консервированной кровью и ее компонентами, лекарственными препаратами, готовность инструментария и аппаратуры, а также высокая квалификация персонала – основные слагаемые успеха проводимой терапии.

Литература

1. Батян Н.П. Клинические вопросы релапаротомии /Н.П. Батян. – Минск, 1982. – 123 с.
2. Бельмач В.П. Лапароскопическая диагностика и лечение послеоперационных кровотечений и гематом брюшной полости: автореф.: дис. ...канд. мед. наук. – Хабаровск, 2009. – 16 с.
3. Гулов М.К. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения / М.К. Гулов, К.М. Курбонов // Хирургия. – 2004. - № 10. – с. 24-26.
4. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990.- 555 с.
5. Пугачева М.А. Профилактика интраоперационных осложнений при хирургическом лечении заболеваний органов малого таза у женщин: автореф.: дис. ...канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2007. – 21 с.
6. Радзиховский А.П. Релапаротомия / А.П. Радзиховский, О.В. Бабров и др. – Киев, 2001. – 320 с.
7. Серов В.Н. Современные подходы и новые технологии при профилактике и лечении кровопотери в акушерстве / В.Н. Серов, А.М. Абубакирова, И.И. Баранов //Акушерство и гинекология. – 1998. – № 4. – с. 44-48.
8. Серов В.Н. Растворы гидроксипропилированного крахмала в акушерско-гинекологической практике / В.Н. Серов, И.И. Баранов // Русский Медицинский Журнал. – 2006.– том 14 – №1.
9. Тихомиров А.Л. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы матки / А.Л. Тихомиров, В.Н. Серов // Русский Медицинский Журнал. – 2000. – №11.– с.473–476.