

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И НЕЛЕГАЛЬНЫЕ АБОРТЫ

Проведен анализ 32 случаев летальных исходов от нелегальных аборт. По срокам гестации наиболее высокой была частота в сроке беременности свыше 12 нед. (78,2%). Факторами, способствовавшим их летальности явились: вмешательства с целью прерывания беременности и поздняя обращаемость. При анализе документации основными ошибками были: длительная консервативная терапия, недооценка тяжести заболевания, нерациональная антибактериальная и инфузионная терапия. Высокий уровень материнской смертности от абортов требует расширения мероприятий по профилактике, совершенствования методов оперативного подхода.

Аборты как одна из основных причин материнской смертности (МС) являются в настоящее время весьма актуальной проблемой. Ежегодно в РФ производится от 2,5 до 3 миллионов абортов, осложнения которых составляют третью часть в структуре МС. При этом ведущее место занимают внебольничные аборты [2,3,6]. Удельный вес абортов в структуре МС, по данным Госкомстата РФ, за период 1992–1996 гг. составил от 24,2 до 23,2%. Наиболее неблагоприятными территориями в отношении МС от абортов и высокого уровня самих абортов являются районы Сибири и Урала [4].

В Омской области за последние 10 лет от абортов погибло 37 женщин. В структуре МС они составили 26,1%, из них 13,5% были легальными абортами, 86,5% – внебольничными и криминальными.

Проведен анализ 32 случаев МС от внебольничных абортов. По данным различных авторов, структура летальности при нелегальных абортах во II триместре значительно выше, чем в первой половине. Это обусловлено тем, что во второй половине беременности снижена неспецифическая защита организма и высока вероятность септического шока на фоне различных вмешательств. По срокам гестации умершие женщины были распределены следующим образом: до 14 нед. – 21,8%, свыше 14 нед. – 78,2%. При оценке социальных факторов выявлено, что наиболее высокой была частота абортов в возрасте 28–35 лет, домохозяйками были 50% женщин, рабочими – 43,7%, служащими – 6,3% женщин. Жительницами села были 53,1% больных, города – 46,9%. Из числа

умерших женщин от нелегальных абортов 25% уже имели в анамнезе криминальные аборты.

По мнению В. Н. Серова (1994), определенное значение имеет транспортировка женщин, у которых в результате нелегального аборта возникли септические осложнения, в специализированный стационар. При этом на благоприятный исход можно рассчитывать только в случае интенсивной и реанимационной терапии. По нашим данным, основным фактором, влияющим на летальность от абортов, является поздняя обращаемость за медицинской помощью. Из 32 случаев МС от абортов 12,5% женщин не обращались за медицинской помощью и погибли на дому. Из числа поступивших в стационар 85,7% больных госпитализированы позднее 24 часов от начала заболевания, 14,25% женщин были доставлены в лечебное учреждение в агональном состоянии.

При поступлении в стационар таких больных возникают нередко определенные трудности в дифференцировании септического аборта и сепсиса, которые обусловлены в ряде случаев полисимптоматикой, стертой клинической проявлений сепсиса на ранних этапах, одновременным поражением 2–3 органов, нередкой неврологической симптоматикой (как проявления интоксикационного синдрома) [1]. По нашим данным, 32,1% больных отрицали факт вмешательства, у 32,1% из них способом криминального вмешательства было введение мыльного раствора, у 23,1% – катетера, 10,7% – использовали медикаментозные средства.

По данным В. Н. Серова [4], в РФ лишь в 12% случаев диагноз сепсиса устанавливается своевре-

менно и лечение проводится в полном объеме. Нами у больных из числа поступивших в стационар были выявлены лечебно-диагностические ошибки, недооценка тяжести состояния, нерациональная антибактериальная и инфузионная терапия. В клинической картине преобладали следующие симптомы: боли в животе (67,8%), ознобы (60,7%), фебрильная температура (39,2%), одышка (21,4%).

У больных с септическим абортom необходимо тщательно оценивать показания к операции выскабливания полости матки, а также учитывать значительную вероятность развития септического шока после её проведения. На нашем материале у 35,7% женщин с нелегальными абортами была проведена данная операция и в течение 2-4 часов после её выполнения возникли клинические проявления инфекционно-токсического шока. В 28,6% случаев необоснованная длительная консервативная терапия, нерациональная антибактериальная и инфузионная терапия, отсутствие критической оценки клинической симптоматики и тестов лабораторной диагностики в динамике привели к прогрессированию заболевания и развитию септического шока у большинства больных.

Тяжесть состояния больных при поступлении определяла и точную летальность. Так, в первые сутки летальный исход произошел у 32,1% поступивших, в течение 3 суток - у 21,4%, на 4-7-е сутки - у 17,9%, после 8 суток - у 28,6% женщин. Ведущей причиной МС были сепсис, септический шок (61,6%), ДВС-синдром (38,4%).

Следовательно, проблема оказания помощи больным после нелегальных абортom в настоящее время остается актуальной. Полагаем, что при оказании помощи этому контингенту больных необходимо придерживаться следующих принципов:

1) оказание помощи больным с нелегальными абортами должно

проводиться в условиях специализированного многопрофильного стационара;

2) при поступлении необходимым условием является должная оценка клинических проявлений, использование современных методов лабораторной диагностики, иммунологических тестов;

3) считаем выскабливание полости у больных с септическими абортами (особенно - криминальными) ошибочной тактикой. При развитии септических осложнений у больных с нелегальными абортами должна проводиться гистерэктомия после проведения предоперационной подготовки в течение нескольких часов;

4) антибактериальная терапия должна включать антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины, карбапенемы);

5) во время операции должно быть оказано адекватное анестезиологическое пособие, проведена коррекция системы гемостаза;

6) в послеоперационный период необходима интенсивная инфузионная терапия, профилактика развития полиорганной недостаточности;

7) у больных с септическими абортами в послеоперационный период показано широкое применение индифферентных методов лечения (ГБО, плазмозферез, гемосорбция, лазеротерапия).

Таким образом, высокий уровень материнской смертности от абортom требует расширения мероприятий по профилактике непланируемой беременности, внедрение современных методов контрацепции, совершенствование методики проведения операции. Лечение больных с внебольничными абортами должно проводиться в условиях крупного специализированного стационара.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что проблема абортom и материнской смертности при них далека от окончательного решения и требует изучения акушерами-гинекологами, реаниматологами, врачами других специальностей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамченко В.В. Гнойно-септические осложнения в акушерско-гинекологической практике//С.-Петербург, 1994. - 210.с.
2. Акоюн А.С., Лисичкина Е.Г., Харченко В.И. Состояние репродуктивного здоровья и уровень материнской смертности в России// Вестн. Росс.ассоц. акушеров и гинекологов. - 1996. - N2. - С.94-101.
3. Ваганов В.Н. Обоснование программы «Безопасное материнство» // Вестн. Росс.ассоц. акушеров и гинекологов. - 1994, - N3. - С. 3-13.
4. Серов В.Н. О состоянии и мерах по снижению материнской смертности от абортom в РСФСР// Аборт и контрацепция. - М, 1990. - ч.II. - С. 191-196.
5. Серов В.Н., Бурдули Г.Ш., Мананникова О.В. Материнская смертность от абортom и пути ее профилактики // Планирование семьи. - 1994. - 3. - С.3-5.
6. Фролова О.Г., Бурдули Г.Ш. Репродуктивные потери// М, 1998. - 198с.