

шло первичным натяжением. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового уролога.

В июне 1984 г. по неотложным показаниям больной вновь поступил в хирургическое отделение 6-й городской больницы с диагнозом «абсцесс послеоперационного рубца». После вскрытия абсцесса поставлен диагноз «послеоперационный поясничный свищ». Проведено длительное консервативное лечение, но улучшения не последовало.

07.01.86 г. больной был госпитализирован в плановом порядке по поводу послеоперационного поясничного лигатурного свища слева.

При поступлении жаловался на боли в области послеоперационного рубца, слабость, субфебрильную температуру, гнойные выделения из свища.

Status localis: в левой поясничной области послеоперационного рубца определяется свищевой вход с гнойным отделяемым. Зонд проходит вглубь на 7 см.

Анализ крови: СОЭ — 56 мм/ч; анализ мочи патологических изменений не выявил.

Фистулограмма: контрастируются нечеткие, неровные контуры свищевого хода глубиной до 8 см и диаметром 0,4—0,7 см.

14.01.86 г. под эндотрахеальным наркозом произведено иссечение послеоперационного лигатурного свища слева, удалена лавсановая лигатура с почечной сосудистой ножки. Послеоперационный период протекал без особенностей, заживление раны произошло первичным натяжением. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Итак, основной причиной возникновения послеоперационных лигатурных свищей является бактериальное загрязнение операционной раны. При выполнении нефрэктомии по поводу пионефроза или острого гнойного заболевания почек не следует пользоваться лавсановыми лигатурами для перевязки сосудистой ножки и культи мочеточника, так как при наличии раневой инфекции такие лигатуры способствуют формированию глубоких лигатурных свищей. С целью профилактики данных осложнений в качестве шовного материала необходимо применять только кетгут.

Наличие у больного глубокого рецидивирующего поясничного свища, возникшего после нефрэктомии, должно стать для врача основанием к направлению пациента на стационарное оперативное лечение, непреходящим условием которого является устранение этиологического фактора.

Поступила 16.03.87.

УДК 618.5—089.888.61—02:614.1:313.12:616—053.31

## АНАЛИЗ ПРИЧИН И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Э. Н. Ахмадеева, В. А. Кулавский*

*Кафедра детских болезней № 2 (зав.— доц. Р. Г. Еникеев), кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.— проф. В. А. Кулавский) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

В последние годы расширение показаний к кесареву сечению рассматривается как один из путей снижения материнской и перинатальной смертности [1, 3]. Большой клинический интерес в этом аспекте представляет изучение исходов абдоминального родоразрешения для новорожденного, анализ основных причин ранней неонатальной смертности при данном оперативном вмешательстве.

Нами выборочно проведена экспертная оценка 111 случаев летального исхода новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения. К общему количеству операций, произведенных за изучаемый отрезок времени, число умерших новорожденных, извлеченных с помощью

данного оперативного вмешательства, составило 5,8%. Частота случаев смерти детей после кесарева сечения в раннем неонатальном периоде среди всех летальных случаев новорожденных за это же время достигла 24,8%. Большой удельный вес детей, извлеченных путем кесарева сечения, в структуре ранней неонатальной смертности свидетельствует об актуальности и практической значимости изучения причин летальности новорожденных данной группы.

61 (54,9%) новорожденный был извлечен путем первого кесарева сечения (1-я группа), 50 (45,1%) — в результате повторной такой операции по послеоперационному рубцу на матке (2-я груп-

па). Из 111 новорожденных доношенными оказались 32 (28,8%) ребенка, из них 14 детей из 1-й группы и 18 — из 2-й. Недоношенных было 79 (71,2%) детей: 47 — из 1-й группы, 32 — из 2-й.

У женщин, подвергшихся кесареву сечению впервые, наблюдалась большая частота осложнений беременности и родов: поздние токсикозы II и III степени тяжести (у 45,9%), предлежание или отслойка нормально расположенной плаценты (у 37,7%), тяжелая экстрагенитальная патология (у 9,8%). При повторном кесаревом сечении указанные осложнения возникали соответственно в 4%, 8% и 8% случаев. Беременность протекала без осложнений у матерей 6,6% новорожденных 1-й группы и 80% — 2-й группы. Таким образом, при кесаревом сечении, произведенном впервые, неблагоприятный исход для плода был обусловлен преимущественно патологией беременности и родов (83,6%) и экстрагенитальной патологией (5,6%), которые в абсолютном большинстве случаев явились показанием к преждевременному родоразрешению. При повторных таких операциях указанная патология имела место лишь у 20% женщин; показанием к операции служила преимущественно (60%) анатомо-функциональная несостоятельность рубца на матке.

Анамнестические данные у детей 2-й группы казались более благоприятными, чем в 1-й группе, однако анализ исходов повторных операций для плода показал, что послеоперационный рубец на матке даже при благоприятном течении беременности и отсутствии патологии плаценты представляет фактор риска не только для последующих родов, но и для внутриутробного развития плода, состояния новорожденного в раннем неонатальном периоде.

Самой частой причиной смерти новорожденных, извлеченных с помощью кесарева сечения, являются пневмопатии с синдромом дыхательных расстройств, которые, по нашим данным, привели к смерти 21 (65,6%) доношенного и 56 (70,9%) недоношенных детей. Среди всех причин смерти новорожденных после повторной операции синдром дыхательных расстройств устанавливался у доношенных детей чаще в 3,3 раза, у недоношенных — почти в 2 раза, чем при впервые произведенной операции. При кесаревом сечении, выполненном впервые, синдром дыхательных расстройств отмечался преимущественно при осложнениях беременности поздними токсикозами, когда к абдоминальному родоразрешению прибегали по жизненным показаниям матери при не-

дошенной беременности, а также при патологии плаценты, сопровождающейся значительными кровотечениями. При повторной операции тяжелые пневмопатии с синдромом дыхательных расстройств были констатированы и при неосложненной беременности. Выявлялась характерная особенность — исходы для плода были неблагоприятными в плане возможного развития синдрома дыхательных расстройств преимущественно при анатомо-функциональной неполноценности рубца на матке.

При впервые произведенном кесаревом сечении сравнительно часто (у 35,7% доношенных, у 27,7% недоношенных новорожденных) причиной смерти детей была асфиксия, тогда как при повторной операции частота асфиксии была значительно меньшей (соответственно у 5,6% и 3,1%;  $P < 0,05$ ).

Таким образом, анализ показал, что при кесаревом сечении показатель ранней неонатальной смертности остается сравнительно высоким. Акушерам-гинекологам, перинатологам и неонатологам следует изыскивать рациональные подходы к обоснованию показаний для абдоминального родоразрешения, к своевременности проведения операции, терапевтических мероприятий в ante- и интранатальном периодах, раннем неонатальном периоде в целях предупреждения и лечения перинатальной патологии, характерной для новорожденных анализируемой группы. Антенатальную профилактику и рациональные подходы при лечении перинатальной патологии новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, на данном этапе развития перинатологии следует рассматривать как один из важных резервов снижения неонатальной и детской смертности. Данная задача должна решаться, на наш взгляд, поэтапно в следующих направлениях.

### **1. Антенатальная профилактика перинатальной патологии.**

В женских консультациях первостепенное значение должно придаваться рациональному обследованию беременных с ранним выявлением и лечением экстрагенитальной патологии, наблюдению за женщинами групп риска по развитию токсикоза беременности, диагностике претоксикоза и использованию современного арсенала лечебно-профилактических мероприятий.

Особое внимание в плане диспансерного наблюдения требуют женщины с рубцом на матке, которые должны быть включены в группу высокого риска не только в связи с возможным возникновением осложнений в родах, но и из-за

опасности развития перинатальной патологии (преимущественно синдрома дыхательных расстройств). Поэтому за беременными с послеоперационным рубцом на матке следует наблюдать по индивидуальному плану, включающему современные методы профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности, хронической гипоксии и гипотрофии плода, профилактику недонашивания беременности и антенатальную профилактику пневмопатии новорожденных с синдромом дыхательных расстройств (в последнем случае предпочтение следует отдавать применению эуфиллина внутримышечно по 240 мг с интервалом 12 ч в течение 3 дней до родоразрешения).

## 2. Интранатальная профилактика.

Показания к кесареву сечению в каждом случае должны быть строго обоснованы; при относительных показаниях к операции целесообразно квалифицированно решать вопрос о жизнеспособности плода. Дальнейшего совершенствования требуют вопросы рациональных подходов к срокам и методам родоразрешения при поздних токсикозах беременных. Несмотря на успехи перинатальной медицины, следует признать, что возможности успешного выхаживания недоношенных новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, при поздних токсикозах предельно ограничены. В данном аспекте возрастает роль и значение строго дифференцированного подхода к обоснованию показаний для кесарева сечения при недоношенной беременности, осложненной поздним токсикозом, если последняя не представляет угрозы для жизни матери. При абдоминальном родоразрешении на фоне нефропатий II—III степени целесообразно проводить интранатальную профилактику пневмопатии и наркотической депрессии плода путем введения матери 4,5—6 мг этимизола за 6—8 мин до извлечения плода.

В интранатальном периоде у детей данной группы, особенно при недоношенной беременности, следует также помнить о возможности фетоплацентарных кровопотерь. Во избежание последних предпочтительнее пользоваться методом ДАНА [2], который является одним из методов профилактики пневмопатий недоношенных новорожденных.

## 3. Реанимация и организация ухода в отделении новорожденных.

Для проведения реанимационных мероприятий к новорожденному необ-

ходимо приглашать врача-неонатолога. В условиях общего согревания ребенка выполняют адекватную дыхательную реанимацию, избегая выраженной гипероксии. Трансфузию лекарственных средств в сосуды пуповины производят с учетом ряда особенностей метаболизма в организме детей, извлеченных путем кесарева сечения. Следует помнить, что быстрое введение раствора гидрокарбоната натрия резко повышает осмолярность крови, способствует развитию отека мозга и возникновению кровоизлияний. Поскольку дети, извлеченные путем кесарева сечения, склонны к асфиксии и пневмопатиям, данный препарат следует использовать лишь при выраженном угнетении жизнеспособности плода. В других случаях целесообразно применять медикаментозные средства, улучшающие процессы метаболизма и гемодинамику (кокарбоксилаза, глютаминовая кислота, аскорбиновая кислота).

В отделении новорожденных ребенок должен быть помещен в кувез в положении на боку или на животе. В первые 6—8 ч необходимо мониторинговое наблюдение за функцией дыхательной и сердечно-сосудистой систем с целью своевременного выявления признаков синдрома дыхательных расстройств. В это же время исследуют кислотно-щелочное состояние крови, делают общий анализ крови, определяют показатель гематокрита и содержание глюкозы. Указанный объем обследования новорожденных в первые часы жизни позволит своевременно решить вопрос о необходимости и объеме инфузионной терапии.

Выделение новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения в группу риска, этапное проведение перечисленных лечебно-профилактических мероприятий позволяют добиться повышения жизнеспособности детей данной группы и снижения перинатальной смертности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В., Ланцев Е. А.* // Кесарево сечение.— М., Медицина, 1985.
2. *Савельева Г. М., Серов В. Н., Старостина Т. А.* // Акушерский стационар.— М., Медицина, 1984.
3. *Сотникова К. А.* // Вопр. охр. мат.— 1982.— № 12.— С. 34—37.

Поступила 04.12.86.