

стую способствующих развитию у больных субъективного ощущения “краха жизненных позиций” нередко с выходом в суицидальный акт, как следствие психогении. Для профилактики самоубийств важное значение имеет выяснение состояния эмоционально-волевой сферы человека, его психического состояния к предстоящему суициду. В большинстве случаев суициды совершают психически больные на почве патологических переживаний, а одну третью часть совершают в состоянии социально-психологической дезадаптации, развившейся в результате различных жизненных обстоятельств.

Цель работы заключается в определении взаимосвязи между психическими заболеваниями пациентов и суицидальным поведением.

Материалы и методы исследования: Объектом клинического исследования были 40 больных, находящихся на лечении в период 2011-2012 годов, состоящие в группе риска как суицидальные. По нозологии больные распределились следующим образом: 1) Больные шизофренией составили 70% всех больных; 2) Больные с органическим поражением ЦНС – 5 %; 3) Больные с умственной отсталостью – 17%; 4) С эпилепсией – 5 %.

Результаты исследования и их обсуждение: По совершенным суицидальным попыткам больные в основных группах распределились так: 1). Высокая степень суицидального риска. К ней относятся больные, совершившие суицидальные попытки в прошлом - 26 больных. Их можно объединить по синдромально: а). депрессивный синдром - 6 больных; б). галлюцинаторный синдром - 8 больных; в). бредовый синдром - 7 больных; г). психопатоподобный синдром - совершали суициды с демонстративно шантажной целью 3 больных; д.) с дисфорией - 2 больных 2). Средняя степень суицидального риска. Наличие суицидальных мыслей в прошлом - 12 больных; 3). Минимальная степень суицидального риска. Наличие - суицидов у родственников - 2 больных.

Выводы: были проанализированы болезненные переживания, личностные и ситуационные факторы, приведшие больных к совершению суицидальных попыток, а также их механизм действия. Находящиеся в 1 и 2 группе больные повторно совершали суицидальные попытки в 20 случаях. При психических заболеваниях особо высокая степень суицидального риска обнаружена:

- При суицидальном поведении в прошлом;
- При наличии императивных истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций;
- При преобладании аффективных колебаний в период депрессивных, депрессивно-параноидных, депрессивно-ипохондрических, депрессивно-обсессивных и тревожно-депрессивных приступов;
- В периоде спонтанной и терапевтической ремиссии, когда суицидальное поведение возникает в связи с критической оценкой больным совершенного общественно опасного деяния;
- При эпилептической болезни с выраженными колебаниями настроения по типу дисфорий;
- При изменении условий жизни, нарушении микро социального климата у больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии.
2. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология.
3. Кудьярова Г. М. Зальцман Г.И. Психиатрия.

ТҮЙІН

Бұл еңбекте психикалық ауру мен суицидті мінез-құлықтың арасындағы байланыс зерттелген.

SUMMARY

In this research the connection between mental illness and suicidal behavior has been investigated.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ГИСТЕРЭКТОМИЙ – ВАЖНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

УДК 618.14-089.87

Исина Г.М., Кажигаликызы Р., Исенова С.Ш., Нурланова Г.К., Челохсаева В.В.

Алматинский институт усовершенствования врачей

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в снижении материнской смертности (МС), данная проблема до настоящего времени остается актуальной. МС является одним из медико-демографических показателей, характеризующих не только уровень развития системы здравоохранения, но и степень социально-экономического развития страны (Кулаков В.И., Серов В.Н., 1999; Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997 г., Christopoulos P, Hassiakos D, Tsi-touga A, 2011 г.).

Из статистических данных наибольшего внимания заслуживает тот факт, что материнская смертность в мире не имеет тенденции к снижению, ежегодно погибают около 500 000 женщин. Если к этой цифре добавить еще 500 000 женщин, становящихся инвалидами вследствие травматизма в родах и послеродовых осложнений, то социальная значимость проблемы и необходимость ее решения не вызывает сомнения (Радзинский В.Е., 2009 г.).

Научные основы профилактики МС разработаны недостаточно, и до сих пор у многих специалистов сохраняется представление о материнской смертности как о проблеме врачебных ошибок. Однако среди причин МС ятрогения не превышает 22%, тяжелые экстрагенитальные заболевания приводят к неблагоприятному исходу в 12% случаев, а в 66% случаев смертельные исходы обусловлены акушерскими осложнениями, возникшими вследствие нарушения при беременности адаптационных механизмов.

Учитывая сложившуюся ситуацию в регионе, возникла необходимость проведения анализа случаев «околопотерь» - критических состояний, приведших к органонуносящим операциям.

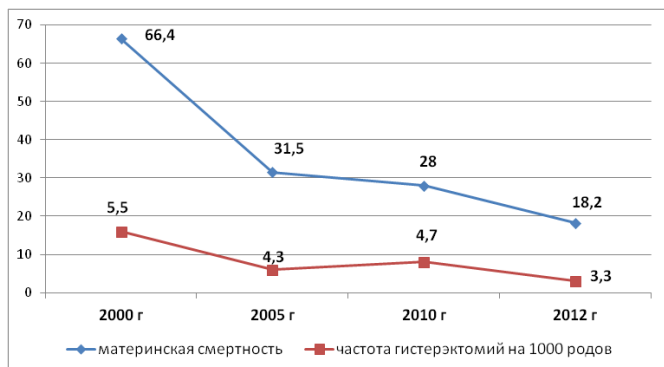
Нами проведен ретроспективный анализ 120 историй родов, пациенток которых по различным причинам проведена операция гистерэктомия в родах или интраоперационно, а также в послеродовом или послеоперационном периоде

(peripartum hysterectomy, obstetric hysterectomy) - наиболее тяжелой формы акушерского травматизма, являющейся в то же время критерием качества акушерской помощи.

Частота гистерэктомий в изучаемом регионе составила 3,3 на 1000 родов (в России данный показатель составил по данным различных авторов от 1,24 до 1,52 на 1000 родов (Суханова Л.П. 2007 год).

Динамика показателя материнской смертности и случаев гистерэктомий с 2000 года представлена на диаграмме 1

Диаграмма 1. Динамика МС и случаев гистерэктомий



Характеризуя данные показатели, надо сказать, что за последнее десятилетие существенно снизился риск смерти женщины в родах, при этом снизился и процент операций по удалению репродуктивных органов, что свидетельствует о стабильном внедрении Безопасного материнства, об эффективности активно применяемых в последние годы лечебно-диагностических и организационных технологий в родовспоможении – внедрение и постоянный мониторинг принципов регионализации, алгоритмов и протоколов по основным акушерским осложнениям, являющихся потенциальной причиной МС, проведение обучающих тренингов, в том числе с привлечением специалистов ближнего и дальнего зарубежья.

Следует отметить, что в 98,1% (118 случаев), несмотря на потерю репродуктивной функции, сохранена жизнь женщины, во многом благодаря своевременной и адекватной медицинской помощи сотрудников родовспомогательных учреждений. Летальность при данной операции составила 1,6%, при этом среди анализируемых историй не зарегистрировано ни одного случая материнской смертности от акушерских кровотечений. В РФ показатель летальности при этих операциях составлял в 2007 году 2,36% (Суханова Л.П., Огрызко Е.В., Соколовская Т.А.)

Большинство (77,6%) женщин были коренной национальности. По возрастному составу наибольшее количество беременных были в возрасте 25-39 лет – 76,4%. 68,5% женщин были повторнородящими, каждая третья женщина - 31,4% - первородящими, из них 13,1% - первородящими старшего возраста.

Подавляющее большинство женщин (70), которым проведены органонуносящие операции, поступили в родильные дома в экстренном порядке, что составило

57,9%, в исходно тяжелом состоянии поступили 31 беременная – 25,6%, что свидетельствует о недостаточной работе амбулаторного звена акушерской службы. В 42,1% имела место плановая госпитализация (51 женщина)

Из осложнений беременности почти у половины (47,9%) пациенток отмечена преэклампсия, из них у каждой второй – преэклампсия тяжелой степени - у 22,3% беременных. На втором месте среди осложнений встречалась ПОНРП 19,8%, причем в 6,6% - тотальная или субтотальная отслойка плаценты, сопровождавшаяся маточно-плацентарной апоплексией (матка Кювелера). На третьем месте 13,2% беременных, поступивших в стационар с антенатальной гибелью плода; в 1 случае произошла интранатальная гибель плода (0,8%); рождение детей в тяжелом состоянии, с низкой массой по шкале Апгар составило 19,8% (24).

Почти каждая третья пациентка (25,6%) имела рубец на матке после предшествующих операций, из них 5,7% - перенесла более 3 операций на матке.

Многоплодная беременность отмечалась в 7,4%, беременность после вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО), после длительного предшествующего бесплодия у 4,1% пациенток.

Предлежание плаценты отмечалось в 20,6% случаев, при этом кровотечение в антенатальном периоде явилось причиной оперативного вмешательства в 12,3%.

Таким образом, в таблице 1 представлены особенности течения родов и характер оперативных вмешательств у пациенток с гистерэктомией.

Таблица 1. Особенности течения родов и характер оперативных вмешательств

Характер патологии		Абс. число	%
Особенности течения родов и послеродового периода	Срочные роды	79	65,2
	Преждевременные роды	40	33
	Затяжные роды, в т.ч. клинически узкий таз, применение родостимуляции	2	1,6
	Атония матки	63	52
	синдром ДВС	21	17,3
	Геморрагический шок	16	13,2
	Массивное кровотечение (более 2000,0 мл)	49	40
	Истинное приращение плаценты	28	23,1
Характер оперативных вмешательств	кесарево сечение	87	71
	Наложение акушерских щипцов	1	0,8

По сроку гестации родильницы распределялись следующим образом: срочные роды произошли у 79 рожениц, что составило 65,2%, преждевременные – у 40 (33%). Аномалии родовой деятельности с применением инфузии окситоцина, по данным медицинской документации, отмечены лишь в 2 случаях (1,6%).

Известно, что одним из основных факторов риска развития акушерских осложнений является оперативное родоразрешение. По нашим данным также отмечается достоверная частота акушерских гистерэктомий после применения оперативных вмешательств. Так, после операции кесарева сечения расширение объема операции проведено в 71% (89), что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования показаний и проведения данной операции.

Показанием для расширения объема операции в половине всех случаев 63 пациентки (52%) явилось атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Кровотечение в позднем послеродовом периоде составили 5,7%. Данный показатель является важным маркером качества акушерской помощи, общеизвестна связь атонических кровотечений с эффективностью лечения преэклампсии, аномалий родовой деятельности и элементами “акушерской агрессии” - форсированием родового акта, ускорением периода изгнания, необоснованными индукциями родов, родостимуляциями и оперативными родами (Радзинский В.Е., 2009 г.), что значительно увеличивает риск гистерэктомии в родах и послеродовом периоде.

Значительная часть операций - 40% случаев проведена в условиях массивной кровопотери – более 2000,0 мл. ДВС синдромом осложнилось состояние пациентки в 17,3%, геморрагический шок отмечен в 16 случаях – 13,2%. Во всех этих случаях гистерэктомия проведена по витальным показаниям и явилась «жизнесохраняющим» оперативным вмешательством, 49 данных случаев, на наш взгляд, можно однозначно отнести к случаям предотвращения материнской смертности.

В этой связи необходимо отметить, что, несмотря на сложные клинические ситуации – геморрагический шок, ДВС синдром, массивная инфузионно-трансфузионная терапия, не отмечено ни одного случая анестезиологических и реанимационных осложнений, что свидетельствует о своевременности и высоком качестве оказания анестезиологического пособия и интенсивной терапии.

Заслуживает внимания высокая частота истинного приращения плаценты – 23,1% (28) случаев, из них в сочетании с предлежанием плаценты – 11 операций (9,0%). По данным Л.М. Комиссаровой, О.Н. Васильченко (2009 г.) случаи истинного приращения плаценты (*placenta accreta, increta, percreta*) встречаются крайне редко и составляют 5-7 случаев на 70 000 родов. На наш взгляд, высокая частота данной патологии, значительно превышающая международные статистические данные, требует дальнейшего анализа.

В таблице 2 представлены данные об объеме оперативного вмешательства и интраоперационных осложнениях, а также случаях повторного вхождения в брюшную полость.

Таблица 2. Объем оперативного вмешательства, интра- и послеоперационные осложнения

Характер операции и осложнений	Абс. число	%
Надвлагалищная ампутация матки	25	19
Экстирпация матки	96	79,3
Перевязка внутренних подвздошных артерий	18	14,8
Релапаротомия	27	22,3
Ранение соседних органов	4	3,3

По приведенным данным надвлагалищная ампутация матки произведена в 19% (25 случаев), показаниями явились в 9,9% случаев опухоли матки или шейки матки, частичное или полное приращение плаценты в 4,1% случаев.

Следует отметить, что в 5,7% (7 случаев) – субтотальная гистерэктомия произведена по поводу атонического кровотечения и маточно-плацентарной апоплексии. Данный объем выбран необоснованно, что противоречит Национальным протоколам и в 3 случаях потребовало повторной операции.

Экстирпация матки произведена в большинстве случаев – 79,3%, основные показания – массивные кровотечения вследствие атонии, предлежания и приращения плаценты. Все показания обоснованы.

Обращает внимание высокий процент повторных операций – релапаротомий – 22,3%, которая была произведена 27 родильницам, из них в 40,7% (11) – по поводу метростенометрита, перитонита, в 59,2% (16) – по поводу кровотечения или его рецидива в раннем послеродовом периоде. Данный факт свидетельствует о необходимости более тщательного мониторинга в раннем послеродовом и, особенно в послеоперационном периоде, а также изменении подхода к выбору объема оперативного вмешательства интраоперационно.

Ранение соседних органов отмечено в 3,3% - 4 случая, в основном, мочевыводящих органов, что также требует совершенствования техники выполнения операций.

Перевязка внутренних подвздошных артерий произведена у 15 пациенток, при этом в 45,2% выполнены ангиохирургами, которые наравне с врачами акушерских стационаров внесли существенный вклад по предотвратимости случаев материнской смертности.

Кроме клинических аспектов, все акушерские гистерэктомии являются высокочувствительными, так в 100% потребовалось неоднократное переливание компонентов и препаратов крови, во всех случаях – продолжительная интенсивная терапия с применением дорогостоящих препаратов – НовоСэвен, анитибактериальные препараты резервного ряда и др., в 7 случаях (5,7%) применены высокотехнологичные методы - кровосберегающие технологии CellSaver.

В учреждениях второго уровня оказания акушерско-гинекологической помощи частота гистерэктомий колеблется от 2,1 до 2,8%. В учреждениях третьего уровня, как коллекторов акушерской и экстрагенитальной патологии, частота гистерэктомий значительно превышает данный показатель по родильным домам, что согласуется с принципами регионализации, обусловлено контингентом госпитализированных женщин и составляет от 5,12 до 6,2%, но все же является очень высоким.

Из особенностей следует отметить, что в подавляющем большинстве производились тотальные гистерэктомии, что соответствует интраоперационному диагнозу. Обращает внимание наличие 2-х случаев тяжелого акушерского травматизма – разрыва матки (4,4%), что также является маркером «агрессии» в работе родильного отделения.

Как отмечалось ранее, частота истинных приращений плаценты очень высока и составляет 2,92 на 1000 родов (по литературным данным – 0,08), во всех случаях имеется гистологическое подтверждение, тем не менее, данный факт заслуживает особого внимания и требует тщательного анализа. Гнойно-септические осложнения явились причиной удаления матки в 11% случаев, что также требует оптимизации послеоперационного ведения родильниц и является резервом снижения потери репродуктивной функции в молодом возрасте.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно сделать следующее заключение и предложить рекомендации для дальнейшего снижения акушерских гистерэктомий – важного показателя качества перинатальной помощи:

1. За последнее десятилетие отмечается снижение частоты гистерэктомий в родах и послеродовом периоде с 5,5 до 3,3 на 1000 родов.

2. Ускоренное снижение данного показателя представляет определенную опасность, так как все случаи гистерэктомий взаимосвязаны с показателем материнской смертности - при имеющемся высоком его уровне (3,3 на 1000 родов) летальность в этой категории пациенток достаточно низкая и составляет 1,6%.

3. Тем не менее, резервы для разумного снижения акушерских гистерэктомий имеются – к ним относятся:

- Улучшение антенатального наблюдения беременных с учетом большого процента поступлений беременных в исходно тяжелом состоянии (18,1%), с преэклампсией тяжелой степени 22,3%, преждевременной отслойкой плаценты в 19,8%, антенатальной гибелью плода в 13,2%, антенатальным кровотечением в 12,3%.

- Обеспечение постоянной готовности к оказанию экстренной помощи в акушерских стационарах, мониторинг четкого соблюдения алгоритмов, протоколов, схемы оповещения, качественное ведение медицинской документации.

- Ведение родов с учетом «интранатального прироста» факторов риска, строго соблюдая протоколы ведения возникших акушерских осложнений и методов их коррекции – инфузии окситоцина, оперативного абдоминального и вагинального родоразрешения.

- Продолжать работу по планомерному снижению количества атонических кровотечений, как основного маркера качества оказания акушерской помощи. В этом вопросе одним из возможных путей улучшения качества акушерской службы может явиться работа по внедрению «Единой Стратегии и процедуры контроля при акушерских кровотечениях».

- Необходимо со всей ответственностью подходить к выбору объема оперативного вмешательства во время операции, по возможности решать этот вопрос комиссионно (консилиумом) для избежания расширения или наоборот занижения объема оперативного вмешательства.

- Продолжать мероприятия по совершенствованию техники выполнения объемных операций для исключения технических ошибок – гематом малого таза и передней брюшной стенки, ранений соседних органов; По возможности шире внедрять обучение технике гистерэктомии среди врачей акушерских стационаров путем специализации на рабочем месте в гинекологических или онкологических отделениях. Врачам амбулаторного звена – шире направлять пациенток на оперативное лечение в гинекологические отделения акушерских стационаров.

- Усилить мониторинг наблюдения за общим состоянием и состоянием матки в раннем послеродовом, и особенно в раннем послеоперационном периоде, исключить случаи формального заполнения листа наблюдения в первые 24 часа после родов.

- Для профилактики гнойно-септических осложнений применять рациональную антибиотикопрофилактику и антибиотикотерапию с учетом чувствительности микробов к антибиотикам. Рассмотреть возможность оснащения бак-

териологической лаборатории для бесперебойного проведения бактериологического исследования биологических сред матери и новорожденного для улучшения перинатальных исходов. Своевременно проводить раннюю диагностику и лечение пареза кишечника, субинволюции матки; инструментальный кюретаж применять строго по показаниям, согласно международным рекомендациям ВОЗ.

- Учитывая ежегодно возрастающий уровень кесаревых сечений в стационарах как второго, так и третьего уровня, необходимо строго подходить к показаниям для абдоминального родоразрешения, стремиться к снижению частоты кесаревых сечений, так как любое кесарево сечение, в том числе и в анамнезе значительно увеличивает риск послеродовых осложнений и возможность гистерэктомии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акушерские кровотечения. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. в кн. «Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии» 2010 г.

2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. // М: Триада-Х, 1997.- 188 с.

3. Гаврилова Л.В., Фролова О.Г., Токова З.З. и др. Критерии оценки качества акушерской помощи. // Вест. Рос. ассоц. акушеров гинекологов - 1997.-№2.-С.111-114.

4. Л.М. Комиссарова О.Н. Васильченко 2009 г. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты. Российский вестник акушера-гинеколога, 2009 г.- № 6.- С. 25-27

5. В. Е. Радзинский, С. А. Князев, И. Н. Костин. «Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца», 2010 г.

6. Суханова Л.П., Огрызко Е.В., Соколовская Т.А., Кравченко Н.Ф. Статистические репродуктивные показатели в оценке качества акушерской помощи в России //Проблемы беременности. 2007 - №13 – С.13-18.)

7. Фролова О.Г., Токова З.З., Бурдули Г.М., Рябинкина И.Н. Резервы снижения материнской смертности в послеродовом периоде. // Вестник акушера -гинеколога. 1997. - № 2. - С.28-30.

8. Christopoulos P, Hassiakos D, Tsitoura A, Panoulis K, Papadias K, Vitoratos N. Obstetric hysterectomy. A review of cases over 16 years. J Obstet Gynecol. 2011;31 (2):139–141.

9. Kwee A, Boto ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;124 (2):187–192.

ТҮЙІН

Бізбен 120 босану тарихының әртүрлі себептерге байланысты босану кезінде гистерэктомия операциялары немесе интраоперация, сонымен қатар босанудан кейінгі және операциядан кейінгі кезеңдегі (peripartum hysterectomy, obstetric hysterectomy), акушерлік жаракаттанудың ең ауыр түрі, сонымен бірге акушерлік көмектің сапасының критерий болатын ретроспективті талдауы жүргізілді.

Ключевые слова: акушерская гистерэктомия, послеродовое кровотечение, приращение плаценты, атония матки

RESUME

We conducted a retrospective analysis of 120 stories of patients of which, for various reasons, had an operation of hysterectomy at labor or intraoperatively and in the postpartum or postoperative - the most severe form of obstetric injury, which is at the same time, the measure of the quality of obstetric assistance. Antenatal anticipation of the risk factors, involvement of an experienced obstetrician at an early stage of management and a prompt hysterectomy.