

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ГСЗ) И ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ГРУПП РИСКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**В.Е. Радзинский, Т.П. Голикова, Т.В. Галина,
Т.В. Златовратская, Н.П. Ермолова, Ч.Г. Гагаев,
А.О. Горгидзе, Е.В. Карпова**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»
Медицинский факультет,
ул. Миклухо-Маклая, д. 8, Москва, Россия, 117198

В данной статье рассматриваются проблемы ГСЗ, развивающихся после родов. Затронуты вопросы по формированию групп риска, в которых прослеживаются пути возникновения данных осложнений, их профилактики и лечения.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных профилактике и лечению ГСЗ у рожениц, родильниц и новорожденных, многие вопросы, связанные с данной патологией, остаются нерешенными [1, 2].

Актуальность проблемы ГСЗ в современных условиях обусловлена наличием многих факторов:

- 1) изменение характера инфекта;
- 2) присутствие широкого спектра бактерий и вирусов;
- 3) увеличение экстрагенитальной и генитальной патологии;
- 4) увеличение количества патологических и оперативных родов;
- 5) ухудшение социально-экономических и экологических условий.

В последние десятилетия многие исследователи также отмечают тенденцию к изменению характера клинического течения самих послеродовых гнойно-септических осложнений [3, 5]:

1 — несоответствие между общим клиническим состоянием и тяжестью заболевания, отсутствие корреляции между клинической формой заболевания и морфологическими изменениями в органах;

2 — несоответствие клинической картины болезни и данных лабораторных исследований.

Большое внимание уделяется определению факторов риска ГСЗ [6, 7].

Традиционно выделяют две группы риска (основную и дополнительные) [4]. Для включения в основную группу риска ГСЗ учитывают следующие факторы: длительный безводный период; затяжные роды; многочисленные влагиалищные исследования в родах; использование внутриматочного датчика кардиомониторного исследования.

К дополнительным факторам риска относят: мертворождение в анамнезе; задержку развития плода; преждевременные роды и неонатальные заболевания в анамнезе.

Другие факторы риска включают в себя: низкий социально-экономический уровень; высокую колонизацию влагиалища условно-патогенной флорой при беременности; анемию.

Из сомнительных факторов риска имеют значение: многоплодная беременность; юный возраст беременной; длительная индукция родов; ожирение; меко-ниальные воды.

Большое значение приобретает изучение «фоновых», так называемых неинфекционных послеродовых заболеваний, таких как гематометра, лохиометра, которые входят в МКБ-10. Однако в клинической практике такие диагнозы часто используют как обозначение самостоятельного клинического синдрома, возможно, в ряде случаев заменяющего собой диагноз эндометрита.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с гнойно-септическими осложнениями, развившимися после родов.

Данные о послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваниях в одном из крупных родовых учреждениях представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота ГСЗ в пuerперии (%)

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Количество родов	4 736	4 761	4 201	4 645
Послеродовая заболеваемость	4,4%	3,5%	3,7%	4,7%
ГСЗ	0,3%	0,38%	0,45%	0,4%

Следует отметить, что, несмотря на некоторое увеличение послеродовой заболеваемости в 2006 г. по сравнению с предыдущими годами, количество ГСЗ имеет тенденцию к снижению (табл. 1), чему способствовало использование:

— современных перинатальных технологий в акушерстве (раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное грудное вскармливание, ранняя выписка из родильного дома);

— физиотерапии в послеродовом периоде (с 66—68,4% в 2003—2004 гг. до 77% в 2005 г. и 81% в 2006 г.);

- антибиотиков после кесарева сечения короткими курсами;
- ультразвукового исследования (УЗИ) инволюции послеродовой матки (3 суток после родов);
- при нарушении инволюции — комплексная терапия утеротониками, аспирация содержимого, аспирационно-промывное дренирование полости матки и орошение стенок раствором гипохлорида натрия.

Вместе с тем имеется тенденция к увеличению частоты эндометрита после родов. Эндометрит диагностирован у родильниц: в 2001— 9—0,2%; в 2002 — 5—0,2%; в 2003 г. — 0,1%; в 2004 г. — 0,9%; в 2005 г. — 1,2%; в 2006 г. — 1,1%.

Нами был проведен ретроспективный анализ историй родов 36 пациенток, родивших в 2006 г. с осложнениями в позднем послеродовом периоде.

В группе обследованных диагноз эндометрит был поставлен 2 родильницам (0,1%).

Из 36 обследованных в обсервационном отделении провели лечение 15 родильниц. После проведенного лечения 10 пациенток были выписаны.

Госпитализированы в другие учреждения 26 родильниц (табл. 2)

Среди родильниц первородящих было 26 (72,2%), в том числе юных — 1, старше 30 лет — 3. Средний возраст первородящих — 24,4 г. Повторнородящих было 10 (27,8%), средний возраст составил 26,6 г.

Экстрагенитальные заболевания в анамнезе у 17 (47,2%): хронический бронхит, заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, хронический пиелонефрит, патология щитовидной железы, дисплазия тазобедренных заболеваний суставов. При анализе индекса массы тела (ИМТ) до беременности ожирением страдали 4 пациентки, а дефицит массы тела имели 7.

Таблица 2

Структура осложнений в позднем послеродовом периоде (n)

Осложнение	Послеродовое отделение, n = 15	После выписки, n = 26	Всего
Лохиометра	10		10
Гематометра		5	5
Эндометрит	2	17	17
Плацентарный полип		2	2
Гематома + нагноение раны передней брюшной стенки	3	3	3
Нагноение раны промежности	1	1	1
Всего	16	28	

Гинекологическими заболеваниями страдали 23 (63,9%), воспалительные — отмечены у 16 (44,4%) из 36, т.е. практически у каждой второй пациентки.

Среднее количество гинекологических заболеваний на одну пациентку составило 1,1. Каждая 3-я из четырех родильниц имели в анамнезе от 1 до 4 абортов, в среднем, на 1 родильницу приходилось 1,8.

Таблица 3

Структура осложнений беременности (%)

Осложнения	Среди рожильниц	В популяции
Гестозы	36,0	24,0
Анемия	27,7	15,6
Угроза прерывания беременности	36,0	
Плацентарная недостаточность (ПН)	38,8	13,0
Хроническая гипоксия плода	19,4	14,4
Патология околоплодной среды	11,1	22,4

Осложненное течение настоящей беременности отмечено у 26 (72,2%) пациенток. Из табл. 3 следует, что среди осложнений преобладали: гестоз, анемия, угроза прерывания беременности (преимущественно во II триместре), хроническая гипоксия плода, ПН.

Поступили на роды 26 (72,2%), в ОПБ — 10 (27,8%) пациенток. Сроки пребывания в ОПБ перед родами варьировали от 2 до 17 суток, средний койко-день до родов составил 9 суток. Бактериологические посевы отделяемого от матерей (цервикальный канал, моча, влагалище) были произведены у 87% обследованных. Выявленная флора — 27,7% *Candida*, 16% — *E. coli*, 11,4% — *Staph. Aureus*, другие группы *Staph. gall., epid.* и т.д., в 16% случаев встречается клебсиелла, синегнойная палочка и т.д. Исходя из этого, повышенные требования должны быть к персоналу — личная гигиена, соблюдение всех правил санитарно-эпидемиологического режима, строгое использование одноразового материала, стерилизация инструментов, материала, лекарственных средств, соблюдение всех правил стирки белья в прачечной.

Средняя продолжительность первых родов составила 7 час. 29 мин.; повторных — 6 час. 23 мин.; длительность безводного промежутка соответственно — 6 час. 10 мин. и 3 час. 00 мин.; безводный промежуток свыше 12 часов был только у 3 (8,3%) первородящих.

Осложненное течение родов имели 28 (77,6%) пациенток, среднее количество осложнений составило 1,2.

В родах преобладали осложнения, влияющие на скорость инволюции матки и, следовательно, на возможность развития инфекционных заболеваний в послеродовом периоде (табл. 4).

Таблица 4

Структура осложнений родов (% , n)

Осложнение	У рожильниц	В популяции
Несвоевременное излитие вод (раннее — 9, родовое — 8, амниотомия — 8)	69,4 (25)	59,7
Быстрые роды	17,6 (6)	3,4
Слабость родовой деятельности	11,7 (4)	5,9
ПОНРП	2,7 (1)	0,5
Острая гипоксия плода	8,3 (3)	10,4
Патология III периода родов (дефект плаценты — 3, плотное прикрепление — 2, гипотония матки — 1)	16,6 (6)	5,9

Оперативными родами были у 7: кесарево сечение — 5 (13,8%), полостные акушерские щипцы — 2 (5,5%). Ручное обследование стенок полости матки произведено у 7 (19,3%) пациенткам (в 3 раза чаще чем в популяции).

Кровопотеря в родах у 6 (16,6%) составила 0,9—1,3% от массы тела. При этом средний объем кровопотери после родов — 218,0 мл, при абдоминальном родоразрешении — 710,0 мл. Анемия после родов установлена у 20 (55,5%) пациенток, т.е. в 2 раза чаще, чем во время беременности. Это свидетельствует о необходимости более точной оценки кровопотери в родах.

Количество влагалищных исследований, произведенных в родах, варьировало от 1 до 3 и в среднем составило 2,3 на 1 родильницу.

Родилось живыми 36 детей с оценкой по шкале Апгар на 1 мин. 7 баллов, на 5 мин. — 8—9 баллов. При этом каждый третий (11 наблюдаемых из 36) родился с оценкой 7 баллов, что можно объяснить осложнениями беременности, родов. Один мертворожденный у первородящей с антенатальной гибелью плода в 33—34 недели (до поступления в стационар). Врожденная инфекция (везикулопустулез) диагностирован у 2 новорожденных.

В позднем послеродовом периоде 28 пациенток находились в физиологическом послеродовом отделении и 8 в обсервационном отделении.

В послеродовом периоде профилактическое антибактериальное лечение и утеротонические препараты (трихопол, окситоцин и электростимуляция матки) с первых суток проводили 22 (61%) родильницам, с 3—5 суток — 9 (25%). В обсервационном отделении 9 (25%) родильницам антибиотикотерапию начали с 3—5 суток.

Всем родильницам проводили УЗИ матки на 3—4-е сутки после родов. Размеры матки у всех обследованных соответствовали суткам послеродового периода; при этом по данным УЗИ полость матки была расширена (15—28 мм) у 20 (55,5%), сомкнута — у 16 (44,5%), эхопозитивные включения в полости матки обнаружены у 6 (16,6%). Аспирационно-промывное дренирование полости матки проведено у 10 (50%) из 20 пациенток с расширенной полостью матки на 3—4-е сутки.

В обсервационном отделении 11 пациенткам (10 лохиометра, из них 6 с подозрением на остатки плацентарной ткани по данным УЗИ, 1 — эндометрит) было произведено выскабливание стенок полости матки на 4—6-е сутки послеродового периода. Объективное состояние 35 пациенток в позднем послеродовом периоде оставалось удовлетворительным, жалоб родильницы не предъявляли, температура тела у всех не превышала 37,0 °С. Только у 1-й с эндометритом отмечены подъемы температуры до 37,6 °С.

При клиническом исследовании крови: формула не изменена, количество лейкоцитов варьировало от 10 до 15 тыс., СОЭ — от 40 до 56 мм. На фоне проводимой терапии, после получения положительных результатов при повторном УЗИ матки, клиническом анализе крови, все родильницы были выписаны домой. Средний койко-день составил 7 дней.

После выписки из родильного дома 26 родильниц повторно госпитализированы. Из них: 7 — по поводу лохиометры, 16 — с диагнозом эндометрит (после выскабливания стенок полости матки), 3 — с нагноением послеоперационной раны.

Таким образом, при расширенной полости матки на 3 сутки и отсутствии эхопозитивных включений по данным УЗИ не следует сразу прибегать к внутриматочному вмешательству. Целесообразно использовать аспирационно-промывное дренирование полости матки с последующим УЗИ.

Небольшое количество исследований не позволяет сделать окончательное заключение, однако выявляет тенденцию к повышению значимости дополнительных и других факторов риска ГСЗ, в том числе и сомнительных:

— заболевания, потенциально влияющие на метаболические процессы и иммунную систему обследованных (у 86,2% — ожирение, анемия, патология щитовидной железы, воспалительные заболевания гениталий и др.);

— воспалительные заболевания гениталий, аборт и осложненное течение родов в анамнезе (эндометриты, рубцы на матке после операций и перфорации);

— угроза прерывания данной беременности, особенно рецидивирующая, гестозы, аномалия родовой деятельности, оперативные роды (совпадает с данными литературы [2]); анемия после родов; ручное вхождение в полость матки.

Родильницам из данной группы следует назначать профилактическое лечение, в том числе введение антибиотиков в первые 24 часа (короткая схема с первых суток).

Особый интерес представляет прослеживаемая связь между перенесенными ранее абортами с вероятными патологическими изменениями эндометрия (хронический эндометрит), что могло привести к нарушению инвазии первой и второй волны трофобласта, которое проявилось при данной беременности угрозой ее прерывания, гестозом, патологией околоплодной среды и ПН. В послеродовом периоде — нарушением нормальной инволюции матки. Таким образом, в группу риска целесообразно включать и данный контингент.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Справочник Калифорнийского университета / Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. — М., 1999.
- [2] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М., 2007.
- [3] *Битюкова В.В., Гуртовой Б.Л.* Функционально-иммунологические параллели в оценке качества лечения послеродового эндометрита // Материалы 36-го ежегодного конгресса международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. — 2004; май. — С. 22—23.
- [4] *Ковтун О.Г.* Современные аспекты послеродового эндометрита // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». — 2005; октябрь. — С. 98—99.
- [5] *Орджоникидзе Н.В., Данелян С.Ж.* Анализ инфекционно-воспалительных осложнений после самопроизвольных родов // Материалы 36-го ежегодного конгресса междуна-

родного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. — 2004; май. — С. 165—166.

- [6] Серов В.Н., Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Современные представления о бактериальном вагинозе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — Т. 4. — № 1. — С. 66—71.
- [7] Цхай В.Б. Перинатальное акушерство. — М.: Медицинская книга, 2003.

THE CHARACTERISTICS OF PURULENT-SEPTIC DISEASES IN POSTNATAL PERIOD. FOMATION OF RISK GROUPS IN MODERN CONDITIONS

**V.E. Raszinskiy, T.P. Golikova, T.V. Galina,
T.V. Zlatovratskaya, N.P. Ermolova, CH.G. Gagaev,
A.O. Gorgidze, T.V. Karpova**

Department of obstetric and gynecology with course of perinatology
People's Friendship University of Russia
Medical faculty
8, Miklukho-Maklaya st., Moscow, Russia, 117198

In this article we present problems of purulent-septic diseases in postnatal period. We consider questions about formation of risk groups, prophylaxis and cure.