

© Коллектив авторов, 2013
УДК 614.21

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А.В. Чернов, В.Ю. Бригадирова, И.Н. Коротких

ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко

На основе ретроспективного исследования выявлены факторы риска, наиболее часто встречающиеся у женщин с послеродовыми гнойно-септическими осложнениями, и с использованием непараметрических критериев проведен анализ их значимости.

Ключевые слова: *гнойно-септические осложнения, факторы риска, анализ значимости.*

Проблема профилактики и лечения воспалительных послеродовых осложнений является устойчиво актуальной, несмотря на широкие возможности современного акушерства [1, 2]. Это обусловлено неуклонно изменяющимися социально-экономическими и медико-биологическими условиями, создающими предпосылки для реализации осложнений у конкретного больного. В настоящее время хорошо известно, что клинические проявления послеродовой инфекции утратили свою информативность в связи с формированием стертых и латентных форм заболеваний, из которых основное место, несомненно, занимает эндометрит. Частота эндометрита, по литературным данным, широко варьирует от 3-5% до 51%.

Материалы и методы

За три года исследования в акушерско-гинекологической клинике на базе областного родильного дома г. Воронежа зарегистрировано 69 случаев гнойно-септических осложнений на 7594 родов, что составило 0,9 % или 9 случаев на каждую тысячу родов. В указанное число осложнений мы вполне обоснованно включили и такие осложнения, как лохиометра и субинволюция матки, так как в ходе анализа были выявлены некоторые трудности и ошибки в постановке окончательного диагноза.

С целью анализа факторов риска и условий реализации гнойно-септических осложнений у родильниц, ошибок и трудностей их диагностики и лечения было изучено 54 истории родов (из 69) пациенток, родоразрешенных в областном клиническом роддоме г. Воронежа. Проведен анализ анамнестических данных, особенностей течения настоящей беременности, особенностей родов (самостоятельных и путем кесарева сечения) и осложнений послеродового периода; оценены клиничко-лабораторные показатели, данные бактериологического исследования мочи, содержимого цервикального канала и лохий по стандартным методикам. Средний возраст родильниц составил $25,7 \pm 5,4$ года. Более половины (56%) больных принадлежали к возрастной группе от 21 до 30 лет. В исследуемой группе преобладали первородящие (63,0 %).

Результаты и их обсуждение

Более половины пациенток (54,8%) страдали различными гинекологическими заболеваниями, из которых эрозия шейки матки была выявлена у 24,0 %, воспалительные заболевания гениталий – у 16,7 %, бесплодие – у 5,6 %. Операции на гениталиях перенесли 13,0 %. Нарушения менструального цикла были выявлены у 13,0 %, медицинские аборт – у 51,9 %, самопроизвольные выкидыши – у 25,9 %.

Общесоматический анамнез был отягощен патологией сердечно-сосудистой системы у каждой пятой пациентки, пиелонефритом – у 18,5%, эндокринопатией – у 7,4%. Хронический вирусный гепатит В и С диагностирован у 7,4% женщин. 63,0% больных страдали различной степени тяжести железодефицитной анемией.

Настоящая беременность у обследуемых родильниц осложнилась: токсикозом первой половины беременности – у 7 женщин (13,0 %), угрозой прерывания беременности – у 26 (48,2%), обострением хронического пиелонефрита – у 5 (9,3 %), анемией – у 43 (79,6 %), острыми респираторными заболеваниями вирусной и бактериальной этиологии – у 8 (14,8 %), гестозом второй половины беременности – у 43 женщин (79,6 %), хронической фетоплацентарной недостаточностью – у 26 (48,2 %), у 8 (14,8 %) – на фоне кольпита. У 56,0 % беременных при обследовании была выявлена 3-4-я степень чистоты влагалища, и лишь у 8,0 % в ходе рододовой санации удалось улучшить ситуацию.

Роды в срок произошли у 72,0 % (39 случаев), преждевременно – у 19,0 % (10 случаев), с опозданием – у 9,0 % женщин (5 случаев). 34 (63,0 %) пациентки родоразрешены путем планового (8 случаев) и экстренного (26 случаев) кесарева сечения; 20 (37,0 %) – через естественные родовые пути (у 15 больных роды были осложненными или патологическими).

Показаниями к оперативному родоразрешению послужили: рубец на матке – в 10 случаях (29,4 %), клинически узкий таз – в 4 (11,8 %), сочетанные показания – в 3 (8,8 %), нефропатия 2-3-й степени – в 3 (8,8 %), преэклампсия – в 2 (5,9 %), аномалии родовой деятельности – в 2 (5,9 %), общеравномерносуженный таз 1-2-й степени в сочетании с симфизиопатией – в 1 (2,9 %), тазовое предлежание в сочетании с крупным плодом – в 4 (11,8 %), острая гипоксия плода – в 3 (8,8 %).

Анализируя особенности кесарева сечения, отмечено, что большинство операций (94,0 %) выполнено в нижнематочном сегменте, использовался только синтетический шовный материал. Дополни-

тельные вмешательства по ходу операции были выполнены у 5 (14,7 %) пациенток (цистэктомия, миомэктомия, адгезиолизис). Всем больным проводилась стандартная антибиотикопрофилактика (интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде).

При количественной оценке степени инфекционного риска в случае кесарева сечения установлена высокая степень у 19 (55,9 %); средняя – у 13 (38,2 %); низкая – у 2 пациенток (5,8 %), причем при экстренном родоразрешении частота встречаемости высокого риска в 3,2 раза выше, чем при плановой операции. Следует отметить, что оценивая течение и исход самостоятельных родов, их продолжительность только у трети пациенток превышала 12 часов. Безводный период свыше 12 часов в равной степени и дородовое излитие вод отмечались только у 5,6 % родильниц. У 6 (30,0 %) пациенток роды осложнились частичным плотным прикреплением последа и гипотоническим кровотечением, по поводу которых выполнялось ручное обследование полости матки. Слабость родовой деятельности диагностировали у 1 (1,9 %) больной. В послеродовом периоде на 3-5-е сутки сохранялась анемия у 33 родильниц (61,0 %), после экстренного кесарева сечения у 16 родильниц (30,0 %), после планового кесарева сечения – у 4 (7,0 %), после самопроизвольных родов – у 13 родильниц (24,0 %).

Анализируя структуру гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде следует отметить более частое их развитие после кесарева сечения (62,9 %) по сравнению с 37,1 % после самостоятельных родов, причем в случае экстренного родоразрешения частота развития осложнений возрастает в 3,3 раза. Что касается самостоятельных родов, то их осложненное и патологическое течение также в 3 раза увеличивает риск развития осложнений.

В нашем исследовании наиболее частым осложнением после кесарева сечения (планового и экстренного) была лохиометра – 17 случаев (31,5 %), после самостоятельных родов – эндометрит, 10 случаев (18,5 %). На втором месте после кесарева сечения по частоте развития мы обнаружили субин-

волюцию матки – 10 случаев (18,5 %), после родов – лохиометру – 6 случаев (11,1 %). И третье место после оперативного родоразрешения, по нашим данным, занял эндометрит – 7 случаев (12,9 %), а после самостоятельных родов – субинволюция матки – 4 случая (7,4 %). Подобное распределение вполне объяснимо преобладанием после кесарева сечения нарушений дренажной функции матки, отеком тканей и широко используемой антибиотикопрофилактикой. В целом в исследуемой группе чаще всего развивалась лохиометра (42,6 %); эндометрит диагностирован у 31,5 % больных, а субинволюция – у 25,9 %.

Нами предпринят анализ частоты встречаемости различных факторов риска в основной и контрольной группах, которые, на наш взгляд, могли значительно повлиять на возможность развития воспалительных заболеваний у родильниц (табл. 1). Анализ значимости различий оценивался по критерию χ^2 [3]. Результаты расчетов представлены в таблице 2.

При этом следует отметить, что практически у каждой больной отмечалось сочетание 2-4 или 5-ти факторов. Подобное сочетание в условиях полиорганной патологии носит взаимоотношающийся характер даже при субклиническом течении заболеваний и создает условия для реализации послеродовых осложнений.

У подавляющего большинства больных в различных нозологических группах встречался поздний гестоз (76,9 %), анемия (50,0 %), рубец на матке (18,0 %), аборт и выкидыши в анамнезе (33,2 %), гинекологические заболевания (44,5 %), угроза прерывания беременности (33,3 %), дородовое излитие вод (31,5 %). У родильниц с эндометритом распределение факторов оказалось следующим: поздний гестоз (64,7 %), кесарево сечение (41,2 %), угроза выкидыша (35,3 %), кольпит до родов и во II половине беременности (35,3 %), дородовое излитие вод (35,3 %), гинекологические заболевания (35,3 %), аборт и выкидыши в анамнезе (23,5 %), анемия (29,4 %) и др.

Таблица 1

Частота встречаемости факторов риска у родильниц*

Факторы	Контрольная группа (n=50)	Основная группа (n=54)			
		Эндометрит (n=17)	Лохиометра (n=23)	Субинволюция матки (n=14)	Всего (N=54)
Гестоз II половины беременности	30 (60,0 %)	11 (64,7 %)	20 (86,9 %)	12 (85,7 %)	43 (79,6 %)
Анемия беременных	9 (18,0 %)	5 (29,4 %)	15 (65,2 %)	7 (50,0 %)	27 (50,0 %)
Оперативное родоразрешение	16 (32,0 %)	7 (41,2 %)	17 (73,9 %)	10 (71,4 %)	34 (62,9 %)
Рубец на матке или дважды оперированная матка	11 (22,0 %)	1 (5,9 %)	8 (34,8 %)	1 (7,1 %)	10 (18,5 %)
Ручное обследование полости матки	0 (0 %)	1 (5,9 %)	4 (17,4 %)	0 (0 %)	5 (9,2 %)
Позднее послеродовое кровотечение	0 (0 %)	0	1 (4,3 %)	0 (0 %)	1 (1,8 %)
Аборты, выкидыши в анамнезе	9 (18,0 %)	4 (23,5 %)	9 (39,1 %)	5 (35,7 %)	18 (33,2 %)
Угроза прерывания беременности	3 (15,0 %)	6 (35,3 %)	8 (34,8 %)	4 (28,6 %)	18 (33,3 %)
Кольпит во время беременности	2 (10,0 %)	6 (35,3 %)	4 (17,4 %)	2 (14,3 %)	12 (22,2 %)
Гепатит В и С	3 (6,0 %)	0 (0 %)	5 (21,5 %)	1 (7,1 %)	6 (11,1 %)
Пиелонефрит хронический и гестационный	4 (8,0 %)	1 (5,9 %)	7 (30,4 %)	2 (14,3 %)	10 (18,5 %)
ОГА	17 (34,0 %)	6 (35,3 %)	12 (52,2 %)	6 (42,9 %)	24 (44,5 %)
Крупный плод/двойня	4 (8,0 %)	2 (11,8 %)	7 (30,4 %)	1 (7,1 %)	10 (18,5 %)
Переносная беременность	2 (4,0 %)	2 (11,8 %)	2 (8,7 %)	1 (7,1 %)	5 (9,3 %)
Слабость родовой деятельности	1 (2,0 %)	0 (0 %)	2 (8,7 %)	1 (7,1 %)	3 (5,6 %)
Дородовое излитие вод/длительный безводный период	5 (10,0 %)	6 (35,3 %)	6 (26,1 %)	5 (35,7 %)	17 (31,5 %)

* – жирным шрифтом выделены значения показателей основной группы, достоверно отличающиеся от контрольной (по критерию хи-квадрат при $p < 0,05$)

Таблица 2

Значения критерия χ^2 при сравнении частоты встречаемости факторов риска в основной и контрольной группах*

Факторы	Основная группа			
	Эндометриит	Лохиометра	Субинволюция матки	Всего
Гестоз II половины беременности	1,4257	72,1336	31,6406	103,8831
Анемия беременных	8,3841	221,3166	49,000	276,0710
Оперативное родоразрешение	5,4213	125,5628	74,3906	258,4675
Рубец на матке или дважды оперированная матка	16,7244	16,2199	10,5625	3,2678
Ручное обследование полости матки	2,2277	30,0244	0	23,1139
Позднее послеродовое кровотечение	0	1,8765	0	0,9246
Аборты, выкидыши в анамнезе	1,9684	44,3228	141,0156	63,3861
Угроза прерывания беременности	55,2471	82,2376	24,3789	201,4216
Кольпит во время беременности	63,0483	17,8015	5,0625	89,5207
Гепатит В и С	2,3177	24,5907	0,0625	7,0429
Пиелонефрит хронический и гестационный	0,2887	49,9636	1,8906	29,8284
ОГА	0,1078	32,7874	3,7539	29,4098
Крупный плод/двойня	0,9125	49,9636	0,0352	29,8284
Переношенная беременность	3,8815	2,1888	0,4727	7,4571
Слабость родовой деятельности	0,2575	4,4504	1,2656	3,4083
Дородовое излитие вод/длительный безводный период	41,1896	25,6896	31,6406	124,4083

* – критическое значение χ^2 при $p < 0,05$ равно 3,8415

В случае развития лохиометры, гестоз встречался у 86,9 % больных, кесарево сечение у 73,9 %, анемия у 65,2 %; гинекологические заболевания – у 52,2 %, аборты и выкидыши – у 39,1 %, угроза прерывания – у 34,8 %, рубец на матке или дважды оперированная матка – у 34,8 %, пиелонефрит – у 30,4 %, крупный плод, двойня – у 30,4 %, родовое излитие вод – у 26,1 %; гепатит В и С (21,7 %); ручное обследование полости матки – у 17,4 % и др. У больных с субинволюцией матки приоритетными факторами оказались следующие: поздний гестоз (85,7 %); кесарево сечение (71,4 %), анемия (50,0 %); отягощенный гинекологический анамнез (42,9 %), родовое излитие вод (35,7 %); аборты и выкидыши (35,7 %) и угроза прерывания беременности (28,6 %).

Выводы

Анализируя характер факторов, интересно отметить, что во всех 3-х нозологических группах значимыми являются

факторы, которые прямо или косвенно указывают на наличие явной или скрытой инфекции (родовое излитие вод, гинекологические заболевания, внутриматочные вмешательства, угроза прерывания и др.), что делает диагноз лохиометра и субинволюции весьма условным. У пациенток с субинволюцией и лохиометрой с большим разрывом преобладают факторы, в той или иной степени влияющие на тонусомоторные способности миометрия (кесарево сечение, крупный плод, рубец на матке и т.д.). И во всех группах с высокой частотой встречаются осложнения беременности (гестоз, анемия), по всей вероятности, приводящие к нейровегетативной дезадаптации и являющиеся фоном для реализации других факторов.

Литература

1. Ваганов Н.Н. Некоторые новые аспекты профилактики и лечения послеродовых и послеабортных гнойно-септических заболеваний / Н.Н. Вага-

- нов, Д.И. Зелинская, Л.В. Гаврилова // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – Т. 39, № 4. – С. 2-7.
2. Макацария А.Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве / А.Д. Макацария. – М.: Медицина, 1994. – 146 с.
3. Бугакова Е.Н. Анализ медико-социальных факторов риска развития аллергических дерматитов / Е.Н. Бугакова, Г.Я. Клименко, О.Н. Чопоров // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2009. – Т. 8, №3. – С. 795-798.

MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF POSTPARTUM PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS

A.V. Chernov, V.Y. Brigadirova, I.N. Korotkih

On the basis of retrospective study the risk factors are identified, which commonly found among women with postpartum purulent-septic complications, and with using of nonparametric measures make analysis of their significance.

***Keywords:* purulent-septic complications, risk factors, analysis of significance.**

Чернов Алексей Викторович – канд. мед. наук, гл. врач поликлиники № 15 (студенческой), г. Воронеж.

Тел.: 8 (473) 72-72-99.

Бригадирова Валерия Юрьевна – канд. мед наук, Воронежская областная клиническая больница, врач акушер-гинеколог.

Тел.: 8(4732) 69-77-35.

Коротких Ирина Николаевна – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко.

Тел.: 8 (4732) 57-96-74.