

УДК 618.7(471.34)

К ВОПРОСУ О ПУЭРПЕРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Ю.В. Беда, ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера»

Беда Юлия Владимировна – раб. тел.: (342) 2218862, e-mail: Julia__Beda@mail.ru

В статье обсуждены особенности течения и факторы риска послеродовых осложнений и эндометрита. Освещена тактика ведения и комплексная терапия пациенток с различными формами послеродовых осложнений. Рекомендуется выделять инфекционные и неинфекционные клинические формы послеродовых заболеваний органов малого таза. Обсуждены вопросы регистрации послеродовых инфекционных осложнений в современных условиях.

Ключевые слова: послеродовый эндометрит, факторы риска, регистрация послеродовых инфекционных осложнений.

The article discusses specific features and risk factors of postpartum complications and endometritis. Management tactics and complex therapy in patients with different forms of postpartum complications. Two clinical forms of postpartum complications of the small pelvic should be identified. These are infectious and uninfected forms. Question registration postpartum infectious complications under the present conditions are discussed.

Key words: postpartum endometritis, risk factors, registration postpartum infectious complications.

Введение

В последние годы в акушерстве наметилось изменение структуры послеродовых гнойно-септических заболеваний с уменьшением доли тяжелых клинических форм (сепсис, перитонит) и связанной с ними материнской смертности. Однако эндометрит по-прежнему занимает ведущее место среди наиболее распространенных инфекционных пуэрпальных осложнений: после самопроизвольных родов его частота составляет 0,66-10,6%, после кесарева сечения – 2,6-35,3% [1, 2]. Решение проблемы неблагоприятных исходов в акушерской практике в значительной мере зависит от отношения к послеродовому эндометриту, который, по мнению ряда исследователей, является краеугольным камнем в обеспечении их профилактики [3]. Между тем многие аспекты дифференциальной диагностики, этиологии, регистрации и учета, а также критерии выбора профилактических препаратов и схем лечения пуэрпальных осложнений остаются недостаточно разработанными.

Цель исследования. Определить ведущие факторы риска осложнений послеродового периода и оценить их значимость в зависимости от времени манифестации процесса.

Материалы и методы. Исследование, проведенное на базе родильного и гинекологического отделений МУЗ МСЧ № 9 г. Перми в период 2007-2008 гг., включало общепринятые клинико-лабораторные, бактериологический и ультразвуковой методы; по показаниям с диагностической и лечебной целью выполнялось гистероскопическое исследование. Для обработки полученного материала использовались общепринятые методы статистики на основании абсолютных значений, относительных величин. Достоверность различий между группами оценивалась согласно парному и непарному t-критерию Стьюдента. Ретроспективно пациентки были разделены на две группы. I группу (n=36) составили роженицы с осложнением пуэрперии, возникшим в послеродовом периоде во время пребывания в родильном отделении, II группу (n=84) – паци-

ентки с отсроченным клиническим развитием воспалительного процесса матки.

Результаты и обсуждение. Возраст рожениц составил в среднем по группам $27,1 \pm 2,3$ и $25,2 \pm 1,5$ года. В I группе преобладали женщины (85,3%), относящиеся к юным (до 20 лет) и возрастным (после 30 лет) роженицам ($p < 0,05$). Ранние осложнения пуэрперии включали эндометрит – в 38,9% случаев, субинволюцию матки – в 44,4%, гематометру – в 16,7% наблюдений. У 11,1% рожениц послеродовые осложнения сочетались с серомой шва. Манифестация эндометрита, как часто встречающаяся и более тяжелая форма воспалительного процесса, возникала в большинстве случаев рано, на $3,8 \pm 0,4$ суток послеродового периода. При отсроченных осложнениях поступление пациенток в стационар происходило на $14,3 \pm 1,6$ сутки (5-53-и сутки). В зависимости от клинической картины в 53,7% был выставлен диагноз эндометрита, в 46,3% – субинволюции матки.

В I группе оказался большой процент женщин с первыми родами (72,2%) и первой беременностью (55,6%). Во II группе большая часть женщин (91,5%) имела отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: искусственные и самопроизвольные аборты, хронический эндометрит, аднексит, бесплодие. Вместе с тем, в обеих группах зарегистрировано относительно равное количество случаев вагинальной инфекции и ИППП (55,5% и 56,1% наблюдений), что за время беременности неоднократно требовало проведения санации. Несмотря на отсутствие «воспалительного» акушерского анамнеза, большая часть пациенток I группы имела инфекционный риск по генитальной патологии.

По экстрагенитальной патологии ведущими факторами риска в обеих группах оказались анемия и инфекционные заболевания мочеполовой системы, в первую очередь пиелонефрит, как гестационный, так и хронический. Прослежена связь обострения процесса в третьем триместре с ранними воспалительными осложнениями пуэрперии ($p < 0,05$).

Антибактериальную терапию во время беременности получили 27,8% и 11,0% женщин соответственно.

В целом, высокий инфекционный риск к моменту родов имели 72,2% родильниц I и 41,5% II групп. Только 16,7% женщин I группы были госпитализированы накануне родов, половина из них – по поводу преждевременного излития околоплодных вод.

Осложнения, связанные с оперативным родоразрешением, чаще возникали в ближайший послеродовой период (66,7% случаев в I группе). Отсроченные осложнения пуэрперия развивались примерно в равном числе наблюдений как после кесарева сечения, так и после самопроизвольных родов. Ведущими факторами риска при естественных родах оказались: дородовое излитие околоплодных вод с длительным безводным промежутком (во всех случаях по гистологическому заключению с развитием хориоамнионита), аномалии родовой деятельности, разрывы тканей родового канала. При кесаревом сечении наибольшие риски были связаны с экстренностью операции, тяжелыми формами гестоза, дородовым излитием околоплодных вод.

Профилактическая антибактериальная терапия в родах в I группе проводилась только по показаниям – при кесаревом сечении, безводном промежутке, превышающем 12 часов. По лечебным схемам антибиотики назначались при манифестации воспалительного процесса – на 2-ой день с момента подъема и при сохранении температуры, по результатам гемограммы, после забора материала для бактериологического анализа и ультразвукового исследования. В двух случаях у пациенток этой группы с хроническим эндометритом в анамнезе назначение эмпирической терапии с момента родов не позволило избежать развития острого процесса. Таким образом, антибиотикопрофилактика не всегда бывает эффективна. С учетом того, что в большинстве случаев возбудителями инфекций являются представители собственной микрофлоры нижних половых путей женщины, беременные с высоким инфекционным риском требуют более тщательного контроля колонизирующей флоры. Для выбора эффективных схем антибактериальной терапии в подобных случаях к родам необходимо иметь информацию о спектре доминирующих по численности условно-патогенных видов и фенотипах их антибиотикорезистентности.

Во II группе антибактериальные препараты назначались сразу, с момента поступления. Их спектр, количество и путь введения определяла клиническая выраженность воспалительного процесса.

Тактика ведения при осложнениях уточнялась с помощью ультразвукового исследования: его результаты обосновывали необходимость опорожнения матки. В I группе гистероскопия на фоне противовоспалительной терапии была проведена на $3,4 \pm 0,1$ день терапии только в 11,1% случаях и в 16,7% – по поводу гематометры была выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки. Оперативное лечение в объеме экстирпации матки по поводу септического процесса потребо-

валось в одном случае, лапароскопия при подозрении на несостоятельность швов после кесарева сечения также проведена однократно. Остальным пациенткам проводилось консервативное лечение.

Во II группе по результатам УЗИ гистероскопия была выполнена в 82,9% наблюдений (в среднем на $3,8 \pm 0,27$ суток). Лечебная гистероскопия с вакуум-аспирацией содержимого полости матки была произведена в 58,9%, операционная с бережным кюретажем – в 26,5%. В остальных случаях данный метод позволил установить «чистую» форму эндометрита. Таким образом, в ранний период эндометрит чаще развивался как «чистая» форма, в более поздний развитию процесса способствовали нарушения послеродовой сократительной активности матки, остатки децидуальной оболочки и/или плацентарной ткани. По поводу комплексного лечения послеродовых осложнений есть мнение об обязательном использовании гистероскопии всем акушерским больным с эндометритом, что улучшает исход заболевания и репродуктивный прогноз [3].

Характерной особенностью послеродовых инфекций в современных условиях является преобладание микробных ассоциаций условно-патогенных, в том числе анаэробных бактерий [4, 5]. Наиболее распространенными возбудителями послеродовых инфекций в нашем исследовании оказались представители родов *Staphylococcus* (44,1% случаев) и *Enterococcus* (35,6% случаев). Однако, оценка видового спектра условно-патогенной флоры, выявляемой при пуэрперальных осложнениях в разные временные промежутки, показала некоторые отличия.

В I группе при развитии эндометрита практически во всех случаях (85,7%) был зарегистрирован избыточный рост ($\geq 10^5$ КОЕ/мл) грамположительных и грамотрицательных аэробных и факультативных бактерий: *S. warneri* – в 16,7%, *S. haemolyticus* – в 16,7%, *S. aureus* – в 16,7%, *E. faecalis* – в 16,7%, *E. coli* – в 16,7%, *E. faecium* – в 8,3%, *P. mirabilis* – в 8,3% случаев. Условно-патогенные возбудители в монокультуре были выделены от 41,7% родильниц, в 58,3% выявлялся смешанный состав микроорганизмов.

Во II группе микробный пейзаж был представлен более широким спектром различных бактерий. Чаще выделялся *E. faecium* – в 38,1%, *S. epidemidis* – в 30,2%, *S. cohnii* – в 19,0%, *S. warneri* – в 16,8%, *S. haemolyticus* – в 14,0%, *Escherichia coli* – в 14,0% наблюдений. Реже выделяли *Corynebacterium spp.* – в 11,2%, *S. aureus* – в 7,2% случаев, *Streptococcus spp.* – в 5,6%, *Enterobacter aerogenes* – в 2,8%, *Acinetobacter spp.* – в 2,8%, *Klebsiella spp.* – в 2,8%, *Proteus spp.* – в 1,4% случаев. В 27,8% наблюдений имели место микробные ассоциации, в 12,2% – роста микроорганизмов обнаружено не было. Как и в предыдущей группе, преобладали представители грамположительной микрофлоры, однако в большинстве случаев изолировали монокультуры возбудителей. При количественной оценке микробной обсемененности в 86,1% случаев выявлялась низкая и умеренная степень и только в 13,9% (у больных с эндометритом) – высокая.

Таким образом, условием развития эндометрита, как ранней формы послеродового осложнения, можно считать высокую микробную обсемененность и микст-инфекцию, предрасполагающими факторами которых, наряду со снижением неспецифической резистентности беременной женщины, можно считать генитальную и экстрагенитальную инфекционные патологии и метод родоразрешения.

Сведения о частоте встречаемости патологического пуэрперия по результатам исследования разных авторов существенно отличаются. По данным ВОЗ примерно в половине случаев диагноз послеродового эндометрита ставится неправильно. Однако, по мнению ее экспертов, если диагноз поставлен правильно, то в основе его терапии должны быть антибиотики. В нашем исследовании антибактериальную терапию получали 85,3% женщин в I и 100% во II группе. По эпидпоказаниям сегодня производят регистрацию только эндометритов и более тяжелых форм послеродовых осложнений. Ведение пациенток с субинволюцией матки с обязательным назначением противомикробных препаратов по схеме лечения эндометрита косвенно может свидетельствовать о занижении числа регистрируемых послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений при статистическом учете.

К сожалению, официальная форма регистрации № 12 о числе заболеваний, введенная службой государственного федерального статистического наблюдения (утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.99 № 4), не позволяет оценивать динамику изменения ситуации не только по спектру послеродовых осложнений, но даже по их частоте. В форму отчетности под кодом по МКБ-10 введен только класс

«беременность, роды и послеродовый период», регистрирующей только общее число беременных и родильниц.

Заключение. Состояние здоровья беременных женщин, современная акушерская агрессия не позволят в ближайшей перспективе ожидать уменьшения послеродовых воспалительных осложнений. Повлиять на сложившуюся ситуацию невозможно без объективной оценки уровня инфекционной заболеваемости беременных женщин, в том числе гнойно-воспалительных послеродовых осложнений, искусственно занижаемых за счет увеличения доли донозологических форм. В связи с этим необходима разработка единых критериев оценки инфекционных осложнений пуэрперального периода, в том числе с учетом группы риска родильниц и проводимых лечебных мероприятий в послеродовый период. Эта система должна объективно отражать ситуацию, давая возможность последующей оценки хронизации воспалительного процесса матки у женщин репродуктивного возраста ввиду неблагоприятных социально-демографических последствий.



ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Костин И.Н. Безопасное акушерство. Акушерство и гинекология, 2007. № 5. С. 12-16.
2. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве. Акушерство и гинекология, 2008. № 3. С. 10-15.
3. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Акушерский сепсис как репродуктивная проблема. Акушерство и гинекология, 2007. № 3. С. 38-42.
4. Шляпников М.Е., Понедельникова О.В., Линева О.И. и др. Комплексная терапия послеродовых эндометритов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004. № 6. С. 38-43.
5. Chaim W., Bashiri A., Bar-David J. et al. Prevalence and Clinical Significance of Postpartum Endometritis and Wound Infection. Infect Dis Obstet Gynecol., 2000. 8. P. 77-82.