

# Комплексный подход к профилактике и лечению инфекционно-воспалительных заболеваний в акушерстве

Обоскалова Т.А.<sup>1</sup>, Глухов Е.Ю.<sup>2</sup>, Щербакова Н.В.<sup>2</sup>, А.Н.Харитонов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Управление здравоохранением Администрации г. Екатеринбурга

<sup>2</sup>МУ ЦГБ№7 г. Екатеринбурга

<sup>3</sup>Городской центр медицинской профилактики

Проблема инфекционно-воспалительной заболеваемости в акушерстве, в том числе при выполнении инвазивных методов диагностики и лечения не только сохраняет свою актуальность, но становится более острой в связи с увеличением количества инвазивных вмешательств в подразделениях акушерской службы [1, 8]. Важным аспектом проблемы является широкое применение антибиотиков, которое привело к снижению чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам, сенсибилизации и аллергии больных, росту кандидозных инфекций [1, 7, 8]. Большое значение в предупреждении развития гнойных осложнений имеет и техника выполнения операций и манипуляций, особенности шовного материала [4, 6, 9]. Кесарево сечение (КС) в акушерской практике во всем мире стало использоваться значительно чаще, чем 10-15 лет назад [2, 4]

## Цель исследования

Выявление клинических, микробиологических, технологических и организационных факторов, способных позитивно повлиять на частоту инфекционно-воспалительных осложнений (ИВО) в акушерстве и обеспечить их эффективное лечение.

## Материалы и методы

Ретроспективный анализ исходов родов в крупном промышленном городе по данным годовых отчетов Управления здравоохранения г. Екатеринбурга за 1996-2003г.г., анализ историй болезни 539 родильниц с осложненным течением послеродового периода, в том числе 171 - после операции кесарева сечения, проходивших лечение в ЦГБ№7 г. Екатеринбурга в 2003г.

## Результаты исследования и обсуждение

Особенностями хирургических вмеша-

тельств в акушерстве являются следующие обстоятельства: 1) в ряде случаев операционное поле находится в заведомо инфицированной зоне, 2) близость операционной зоны к очагу инфекции, 3) иммунодефицитные состояния пациенток, 4) высокая частота анемии беременных и рожениц у пациенток, 5) нарушение микроциркуляции в операционной зоне за счет фоновой патологии, имеющейся у больной, 6) высокая частота экстренных вмешательств, 7) большая вероятность острых кровопотерь во время операции [3, 7].

Генитальные инфекции всегда находились в поле зрения акушеров-гинекологов. Их выявление и ликвидация являются необходимыми звеньями диагностико-тактического алгоритма действий в период беременности или подготовки к хирургическому лечению генитальной сферы.

По данным женских консультаций г. Екатеринбурга выявляемость разнообразных воспалительных заболеваний, передающихся половым путем (ЗПП) у беременных составляет 70-75%. Структура патологии представлена широким спектром: хламидиоз - 10,3%, уреа-и микоплазмоз - 19,6%, кандидоз - 23,5%, бактериальный вагиноз - 15,6%, трихомоноз - 2,2%, неспецифические вагиниты - 10,0%, ассоциации микробов - 22,7%.

При обнаружении инфекций половых путей (ИПП) проводится их санация в различные сроки беременности с учетом характера микрофлоры и особенностей гестационного процесса, тем не менее, явные клинические и лабораторные признаки ИПП обнаруживаются у 35-40% рожениц и родильниц.

По нашим данным 35-40% беременных имеют в анамнезе самопроизвольное или искусственное прерывание беременности, что предполагает вероятность инфицирования во время аборта и персистенцию внутриматочной

инфекции. Кроме того, 30% рожениц поступают на роды с преждевременным излитием околоплодных вод. 65-70% беременных имеют хронические и острые соматические заболевания. Из числа закончивших беременность 35% женщин страдают анемией.

Перечисленные выше факторы риска свойственны инфекционно-воспалительной патологии в акушерстве вообще, независимо от наличия мануальных воздействий. Хирургическое вмешательство, приводящее к нарушению целостности биологических барьеров, способствует распространению инфекции в глубокие ткани. Поэтому, помимо факторов, обусловленных физиологией и патологией гестационного процесса, следует выделять и технологические причины инфекционно-воспалительных осложнений.

В течение последних 20 лет в городе сложилась определенная организационная структура, позволяющая предупреждать заболеваемость, своевременно выявлять патологию и обеспечивать эффективную терапию. Во всех 4х родильных домах функционируют индивидуальные родовые палаты из расчета 1,2 родов в сутки на 1 родовую, что позволяет проводить качественную текущую уборку и дезинфекцию. В каждом операционно-родовом блоке развернуто по 2 операционных для обеспечения их чередования в течение суток. 75% послеродовых коек работают по принципу "Мать и дитя". Имеются блоки или отделения интенсивной терапии и реанимации для ведения родильниц в раннем послеоперационном периоде. Особенностью организационной структуры является отсутствие вторых акушерских отделений в родильных домах и наличие городского специализированного observationalного акушерского отделения с неонатальным блоком в составе многопрофильной больницы. В это отделение заболевшие родильницы переводятся из родильных домов или поступают из дома в течение 30 дней после родов.

По данным родильных домов города в 1996г. и observationalного акушерского отделения (ОАО) при частоте кесарева сечения 14,3% инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) после операции кесарева сечения возникали у 10% женщин, что делало эту операцию весьма опасной. Нами проведен анализ факторов, обуславливающих возникновение осложнений. Технологическими причинами высокой частоты ИВО после кесарева сечения в г. Екатеринбурге до 1998-2000г. были: 1) модификация кесарева сечения по Гусакову, 2) наложение швов на матку по Ельцову-

Стрелкову, 3) применение кетгута и капрона в качестве основного шовного материала, 4) наложение двухрядного шва на матку, 5) недостаточная частота плановых операций, 6) недостаточная частота интраоперационной антибиотикопрофилактики.

На основании результатов анализа в родильных домах г. Екатеринбурга был проведен ряд организационных мероприятий по снижению ИВО после кесарева сечения: 1) массовая диагностика и лечение инфекций половых путей у беременных, включая вирусные, 2) массовая профилактика и лечение анемии беременных, 3) иммунопрофилактика в период эпидемии гриппа, 3) возрастание частоты плановых операций до 44,0%, 4) внедрение Программы инфекционного контроля в родильных домах, 5) чередование операционных в течение суток, 6) полное обеспечение одноразовыми расходными материалами, эффективными дезинфектантами, антисептиками, 7) послеоперационное наблюдение в палатах реанимации и интенсивной терапии роддома.

Помимо совершенствования организации работы акушерской службы, продолжают внедряться различные технологические разработки, способствующие улучшению исхода операции: 1) чревосечение в модификации Джозл-Кохена, 2) рассечение матки по Дерфлеру, 3) наложение однорядного шва на матку, 4) синтетический рассасывающийся шовный материал, 5) 100% интраоперационная антибиотикопрофилактика, 6) использование операций с временной изоляцией брюшной полости и экстраперитонеальным доступом (3,3%), 7) своевременность кесарева сечения при осложнениях родов (слабость родовой деятельности, узкий таз, аномалии положения и предлежания плода, длительный безводный промежуток).

Комплексные меры, применяемые в течение нескольких лет, привели к снижению частоты ИВО после кесарева сечения: в 2000г. при частоте кесарева сечения 15,2% ИВО составили 4,3%, в 2003г. на долю кесарева сечения пришлось 18,8% родов, частота ИВО - 3,9%.

В структуре заболеваемости ИВО преобладают метроэндометриты - 94,5%. Послеоперационный акушерский перитонит и сепсис в течение последних лет возникают все реже. Так в 1996г. эти осложнения составили 0,5% от числа всех операций кесарева сечения, в 2003г. - 0,1%. В структуре ИВО их доля в 1996г. была 7,0%, в 2003г. - 3,2%. Материнской смертности от послеродового сепсиса не было с 1997г.

Антибактериальная терапия проводится с учетом чувствительности микрофлоры,

выделяемой из лохий. В 31,6% обнаруживаются различные виды энтерококка, в 23,1% - эпидермальный стафилококк, в 20,5% - кишечная палочка, гемолитический и золотистый стафилококк встречаются 13,1% случаев.

Инфекционно-воспалительным заболеваниям органов малого таза сопутствовали осложнения, обусловленные дефектами хирургической техники, патологией системы гемостаза, соматическими и генитальными заболеваниями неинфекционной природы. В 5,3% случаев были выявлены не диагностированные в роддоме гематомы под прямыми мышцами живота, апоневрозом, в предпузырной и параметральной клетчатке. В 64,3% случаев встречались инфильтраты параметриев. Флебит вен таза обнаруживался у 33,3% женщин. В 1,7% случаев развилось позднее послеродовое кровотечение, потребовавшее выскабливания слизистой полости матки и проведения интенсивной гемостатической и инфузионно-трансфузионной терапии.

Нагноение операционной раны наблюдалось только в 1,7% случаев, что свидетельствует о невысокой частоте госпитальных инфекций в генезе послеродовых осложнений. Причиной возникновения послеродового инфекционного заболевания чаще всего служит эндогенная инфекция. Следует отметить, что всегда важно проанализировать наличие ятрогенных воздействий и исключить внутрибольничный характер инфицирования. Квалифицированное ультразвуковое и эндо-скопическое обследование матки позволяет выявить частичную несостоятельность швов (ЧНШ) на матке как фактор, существенно влияющий на течение воспалительного процесса. ЧНШ может быть и причиной, и следствием метроэндометрита. Среди всех заболевших женщин ЧНШ на матке обнаружена в 12,8% случаев, среди больных метроэн-дометритом - в 14,2%.

Благодаря использованию такого метода диагностики, как гистероскопия, стал выявляться симптом "провисания лигатур" в полость матки, наблюдающийся при наложении непрерывного шва по Ревердену. Причем лигатуры обнаруживались не только в течение послеродового периода, но и значительно позднее, когда пациентка обращалась в гинекологический стационар с жалобами на боли. Несостоятельности рубца при этом не обнаруживалось, но в условиях длительного воспалительного процесса вряд ли можно считать его полноценным для вынашивания следующей беременности. В этой связи особую значимость приобретает техника ушивания

матки, а также качество шовного материала.

Терапия послеоперационного метроэндометрита проводится комплексно: 1) удаление во время гистероскопии лигатур и некротических тканей, 2) вакуум-аспирация содержимого полости матки, 3) аспирационно-промывное дренирование полости матки, 4) орошения влагалища по Снегиреву с законечником Морозова, 5) введение в полость матки мазей на гидрофильной основе, 6) стартовая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра с последующим переходом на препараты с учетом чувствительности микрофлоры, 7) адекватная по объему и качеству инфузионная терапия, 8) дезагреганты и антикоагулянты.

Разумное сочетание консервативных и инвазивных методов лечения послеоперационного метроэндометрита позволяет в подавляющем большинстве случаев сохранить матку для реализации женщиной репродуктивной функции в будущем. Экстирпация матки по поводу сепсиса и перитонита выполнена за весь период наблюдения у 3,5% с осложненным течением послеоперационного периода. Еще 3,5% больным радикальная операция сделана в связи с массивным поздним послеродовым кровотечением и наличием опухолей гениталий.

Успешным в лечении параметральных гематом, нагноений клетчатки малого таза, доброкачественных опухолей придатков матки явился лапароскопический метод, позволяющий не только опорожнить гематомы и абсцессы, но и осуществлять динамическое дренирование очагов. Такая тактика обеспечила сохранение органов репродуктивной системы в условиях тяжелых воспалительных процессов в малом тазу.

## Выводы

Несмотря на возрастание частоты оперативного родоразрешения, благодаря комплексному подходу к профилактике ИВО с учетом эпидемиологических, организационных и клинических аспектов, удается управлять заболеваемостью и предотвращать возникновение осложнений. Но нерешенные проблемы остаются и к их числу можно отнести следующие: 1) выработка дифференцированного подхода к варианту рассечения матки (продольно или поперечно), 2) уточнение необходимости обработки полости матки раствором антисептика, 3) обоснованность полного курса антибактериальной терапии в условиях роддома, 4) индивидуальный подбор антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, 5) целесообразность инвазивной санации матки в роддоме с профилактической целью, 6) своевременная диагностика не-

состоятельности шва на матке, 7) рациональное сочетание инвазивных и консервативных методов лечения ИВО, 8) совершенствование антибактериальной терапии.

### Литература

1. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. - М.: "РУСФАРМАМЕД", 1996.- 141с.
2. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К.// Акуш и гин. - 2000. - №1. - С.14-16.
3. Комиссарова Л.М.// Пат. бер. - 2000. - №1. - С. 88-90.
4. Кулаков В.И. Чернуха Е.А. и др.// Акуш и гин. - 1997. - №6. - С.18-21.
5. Кулинич С.И., Трусов Ю.В., Сухина Е.В. // Вестник асс. акуш-гин. - 1999. - №1. - С.47-50.
6. Левашова И.И., Мареева Л.С. // Вестник асс. акуш-гин. - 1995. - №3. - С.23-30.
7. Манухин И.Б., Бурдули Г.М., Селиванова Г.Б. // Акуш. и гин. - 2000. - №5. - С. 34-38.
8. Никонов А.П., Волкова О.В., Размахина Н.И., Гурская Т.Ю. // Гинекология. - 2002. - т.4. - №3.
9. Фаткуллин И.Ф., Габидулина Р.И., Галимова И.Р. и др. // Росс. Вест. акуш-гин.-2001.-№1.-С.83-85.