



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЕ У ПЕРВО И МНОГОРОЖАВШИХ

Наркулова С.У

Кафедра Акушерства и гинекологии №3

Самаркандской Медицинской Университета

Узбекистан

Аннотация: Послеродовые гноино-воспалительные заболевания (ГВЗ) продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства, их частота по данным литературы, колеблется в широких пределах от 13,3 до 54,3%, достигая 80,4% у женщин с высоким инфекционным риском. Кроме того, они занимают 2-4 место среди причин материнской смертности. Одной из наиболее распространенных форм ГВЗ пуэрперия является послеродовой эндометрит (ПЭ). Его частота после самопроизвольных родов составляет 3–5%, после кесарева сечения – свыше 10–20%. По данным различных авторов, развитие послеродового эндометрита при вагинальных родах составляет 6-12%, а после операции кесарево сечения этот показатель достигает 20-30%. Основными возбудителями гноино-септических заболеваний у рожениц и родильниц являются анаэробы, энтерококки, кишечная палочка, стрептококки, стафилакокки. Очень часто наблюдается смешанная инфекция. В последнее время все большую роль играют анаэробные неспорообразующие бактерии. Одним из факторов риска развития акушерских осложнений является наличие в анамнезе 3 и больше родов. Осложнения, связанный с паритетом, включают гипертензию, анемию, гестационный диабет, предлежание



плаценты, ретроплацентарные гематомы во время беременности, аномалии родовой деятельности, субинволюция матки и кровотечения в послеродовой период. В первые две недели после родов происходит быстрая инволюция матки, затем процесс замедляется до конца послеродового периода. Сразу после родов дно матки находится на уровне пупка, шейка матки «вялая» с зияющим зевом. К концу первой недели дно матки находится между пупком и симфизом, шейки матки восстанавливает свою цилиндрической формы и плотную консистенцию, но часто остается проходимой. К концу второй недели дно матки уже не пальпируется наружными методами, а канал шейки матки становится ннепроходи. При субинволюции происходит замедление процессов восстановления первоначальных параметров.

Ключевые слова: Септическое осложнение, лечение, гинекология, послеродовые осложнения.

Резюме: В статье приведена встречаемость послеродовых гнойно-септических осложнений требующих стационарного лечения и методы их профилактики. Так у много рожавших женщин в послеродовом периоде наиболее частым осложнением явилась субинволюция матки, которая способствует развитию послеродового эндометрита, что в свою очередь возможно предотвратить при своевременной диагностике еще в условиях послеродового отделения контролируя скорость сокращения объема полости и матки в целом.

Цель исследования. Изучить причины развития и встречаемость послеродовых гнойно-септических заболеваний и провести профилактику возможных осложнений.



Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 70 историй родов. Все женщины были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 многорожавших женщин, вторую(контрольную)-20 первородящих и 20 повторнородящих. Для оценки поставленных задач использовали: клиническое обследование, включая анамнез, УЗИ, методы биохимического исследования, метод Ли-Уайта определение спонтанной коагуляции, количество тромбоцитов, определение пульса, кровопотерю и эффективность от проводимой антибактериальной терапии. В результате медико-статического анализа определен средний возраст пациенток: $23 \pm 2,2$ года у первородящих, $27 \pm 2,3$ года у повторнородящих, и $33 \pm 3,5$ года у многорожавших. В I триместре беременности 29(72,5%) многорожавших женщин встали на учет. Это значительно ниже, чем в контрольной группе-55(91,6%). Кроме того, эти анализы показали, что течение беременности осложнилось анемией в 58 (83,3%), угрозой прерывания беременности у 19 (26,6%), субинволюция матки - 44 (62,5%), послеродовый эндометрит 18 (25%), эндометрит после кесарева сечения 9 (12,5%). В 4 случаях (5,71%) наличие гнойно-септических осложнений потребовало оперативного вмешательства – тотальной гистерэктомии и с придатками. Детальное изучение анамнеза позволило выявить воспалительные заболевания органов малого таза (75%), наличие хронических очагов инфекции (65%), осложненное течение беременности (68%), осложненное течение родового акта (50%), оперативное пособие было проведено (43%). Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводили через 2 и 24 часов после родов, на 3-и, 8-10-е и 38-42 сутки послеродового периода. Мы определили 15 (50%) случаев с субинволюцией матки у многорожавших женщин против (12%) случаев в контрольной группе. Пребывания в стационаре было больше 3 суток у (32,5%) женщин в основной группе и у (15%)- в контрольной группе.



Вывод. По нашим данным наиболее часто диагностирована субинволюция матки. В случае перехода субинволюции матки в эндометрит, частота объемных операций составила 66,6%. Субинволюция матки у многорожавших женщин встречается в 4,2 раза чаще, чем у перво- и повторнорожавших. УЗИ-контроль рекомендуется проводить в течение первых 3 суток после родов как скрининговый метод для выявления ранних осложнений послеродового периода, а также для прогнозирования и проведения своевременных профилактических мероприятий с целью предотвращения поздних послеродовых осложнений. Для оценки инволюции матки в послеродовом периоде критерием достоверности и практически значимым является определение скорости сокращения объема полости и матки в целом.

Хулоса. Бу мақолада стационар даво ва уни профилактикасини талаб қилувчи түгруқдан кейинги йириングли-септик асоратларни учраш даражаси күрсатилган. Кўп тугувчи аёлларда түгруқдан кейинги даврда бачадон субинволюцияси билан асоратланади, бу ўз навбатида метроэндометрит ривожланишига сабаб бўлади. Буни олдини олиш мақсадида стационар шароитда ўз вақтида ташхис қўйиш учун бачадон ва бачадон бўшлигини қисқариш тезлигини назорат қилинди.

Список литературы:

1. Баев О.Р. Аномалии родовой деятельности у первородящих женщин старше 30 лет , /О.Р.Баев, В.С.Белоусова//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005.-Т.4, №1.-С.5-10
2. Бенюк В.А. Внутриматочное патология /В.А. Бенюк , Я.М.Винярский, В.Н.Гончаренко и др. /Библиотека «Здоровье Украины».-Киев -2013.
3. Ananth CV. Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding



disorders in pregnancy /CV/Ananth, AJ/ Wilcox,DA.Avitz et al.-Obstet Gynecol 1996; 88:511-6.

4. Darbois Y.Les grossesses survenant apris 40ans sont-elles a haut risqué / Y.Darbois, MC. Boulanger- Rev Fr Gynecol

5. Edge VL.Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35or older /VL. Edge , RK Laros- Am J Obstet Gynecol 1993;168:1885-5

6. Kirz DS. Advanced maternal age : the mature gravida /DS.Kirz, W Dorchester, RK . Freeman –Am J Obstet Gynecol 1985; 152:7-12.

7. Roman H. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans : etude retrospective dans la population de l'ile de la Reunion/ H Roman ,p. Robillard, C.Julien,et al.- gynecol obstet Biol Reprod 2004; 33:615-622.

8. Kataoka S, Yamada T, Chou K et al. Association between preterm birth and vaginal colonization by mycoplasmas in early pregnancy. J. Clin. Microbiol. 2006; (44): 5-55.

9. Ordzhonikidze NV, Fedorova TA, Daneljan SZh.. Endometritis and wound infection in postpartum period. Problems and ways of their solution. Obstetrics and gynecology. 2004; (5): 3-5. Russian (Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А., Данелян С.Ж. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения //Акушерство и гинекология. 2004. Т. 5. С. 3-5.)

10. Suhih GT, Shurshalina AV. Chronic endometritis: Manual. M.: GEOTAR-Media, 2010: 64. Russian (Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: Рук-во. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 64 с.)



11. Smaill FM, Gyte GM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010; 20(1).
12. Kulakov VI, Ordzhonikidze NV, Tjutjunnik VL. Placental insufficiency and infection. M: MIA, 2004; 494. Russian (Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М: МИА, 2004. Т. 494.)
13. Kozlov RS. The problem of antibiotic resistance in obstetrics and gynaecology. *Russkijmedicinskijzhurnal.* 2014; (1): 79. Russian (Козлов Р.С. Проблема антибиотикорезистентности в акушерстве и гинекологии //РМЖ. 2014. № 1. С. 79.)
14. Borovkova LV, Kolobova SO. Modern view on the problem of miscarriage of infectious genesis. *Remedium Privolzhhe.* 2016; 3(143). Russian (Боровкова Л.В., Колобова С.О. Современный взгляд на проблему невынашивания беременности инфекционного генеза //Ремедиум Приволжье. 2016. Т. 143, № 3.)
15. Clinical recommendations (treatment protocols) of the Ministry of health of the Russian Federation from 27.05.2015. N 15. 4/16/2-2469 «Pu-rulent-inflammatory diseases and sepsis in obstetrics». Russian (Клинические рекомендации (протокол лечения) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.2015. № 15. 4/16/2-2469 «Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве»)
16. Poutakidis G et al. Treatment of bacterial vaginosis in early pregnancy and its effect on spontaneous preterm delivery and preterm rupture of membranes. *Clinical Microbiology.* 2016; (5): 5.
17. Tirskaia UI. Barinov SV, Dolgih TI et al. Study of microbiology of postnatal complications at pregnant women of group of infectious risk. *Vestnik of the Novosibirsk University. Series: Biology, clinical medicine.* 2013; 11(1): 162-165. Russian (Тирская Ю.И., Баринов С.В., Долгих Т.И. и др. Микробиологическое изучение послеродовых осложнений у беременных группы инфекционного риска //Вестник Новосибирского университета. Серия: Биология, клиническая медицина. 2013. Т. 11, № 1. С. 162-165.)