

<sup>1</sup>О.В. Линькова, <sup>1</sup>Г.Г. Хубулава,  
<sup>2</sup>Б.Н. Новиков

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия,  
кафедра и клиника сердечно-  
сосудистой хирургии  
им. П.А. Куприянова;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский  
государственный медицинский  
университет им. акад. И.П. Павлова,  
кафедра акушерства и гинекологии;  
Санкт-Петербург

## ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ КАК РЕЗУЛЬТАТ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СЕПСИСА

■ В статье приводятся анализ результатов проводимого обследования и лечения больных женщины с инфекционным эндокардитом в пуэрперальном периоде. Исследования показали, что инфекционный эндокардит (ИЭ) пуэрперального периода имеет свои отличительные особенности: первичный эндокардит с частой локализацией инфекции в правом отделе сердца; основным возбудителем ИЭ является золотистый стафилококк, занимающий также ведущее место в этиологии гнойно-септических инфекций в акушерско-гинекологической практике; длительное и подострое течение заболевания до момента постановки окончательного диагноза, и позднее начало адекватного лечения и как следствие высокая летальность. Вопросы развития ИЭ после родов и абортотребуют дальнейшего изучения с целью профилактики, ранней диагностики и выбора раннего адекватного, комплексного как хирургического лечения, так и терапевтического.

На протяжении последних десятилетий значительное внимание уделяется изучению вопросов, связанных с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой инфекционного эндокардита (ИЭ). Особое место отводится проблеме инфекционного поражения внутрисердечных структур в акушерско-гинекологической практике.

Изучение мировой литературы, посвященной наблюдаемым в пуэрперальном периоде (в периоде после родов и абортот) эндокардитам, позволяет различать три этапа в понимании этого заболевания. Первый этап — период сбора разрозненных случаев и установления самого факта возможности поражения внутренней выстилки сердца после родов. Второй этап — период выделения эндокардита, наблюдаемого после родов и аборта, в особую нозологическую единицу, так называемый идиопатический (первичный) пуэрперальный эндокардит. Третий этап характеризуется взглядами на обнаруживаемый в пуэрперальном периоде эндокардит как на особый вид септического метастаза, локализацию пуэрперального сепсиса в эндокарде. И четвертый этап — период активного поиска и совершенствование методов профилактики, ранней диагностики и адекватного консервативного и хирургического лечения, позволяющих сохранить качество жизни молодым женщинам.

Обращает на себя и тот факт, что вопрос развития эндокардита у женщин в период после родов и абортот как в отечественной, так и зарубежной литературе освещается не в полной мере и сводится к описанию отдельных случаев возникновения заболевания или находок пораженного эндокарда при вскрытии женщин, погибших от сепсиса.

Однако изучение материалов исследования показало, что вопрос развития эндокардита, его особенностей после родов и абортот стоит достаточно остро и требует тщательного изучения. Прежде всего это связано с особенностями клинической картины, формами, течением, видами возбудителей ИЭ, возникшим, вследствие акушерско-гинекологического сепсиса.

К развитию акушерско-гинекологического сепсиса, как правило, приводят различные осложнения в послеоперационном, послеродовом и послеабортотном периодах при локализации первичного очага инфекции в матке [2, 5].

Таковыми осложнениями являются: эндометрит, частота которого составляет порядка 32% всех послеродовых инфекций; параметрит — 7%; перитонит после акушерско-гинекологических операций и родов — 10%; послеродовые язвы (травмы родовых путей) — 11%, лохиометра — 13%; послеоперационные и после-

Таблица 1

Частота проявлений расстройство мочеиспускания в зависимости от распространенности эндометриоза

№ п/п	Виды осложнений	Количество, %
1.	Эндометрит	32,0 ± 2,3
2.	Параметрит	7,0 ± 1,2
3.	Перитонит после гинекологических операций, родов и кесарева сечения	10,0 ± 1,5
4.	Послеродовые язвы (травмы родовых путей)	11,0 ± 1,6
5.	Лохиометра	13,0 ± 1,7
6.	Кровотечения (нарушение свертывающей системы крови)	3,0 ± 0,1
7.	Поздние гестозы	22,0 ± 2,1
8.	Другие осложнения	2,0 ± 0,05

родовые кровотечения — 3%, поздние гестозы — 22%, другие осложнения — 2% (табл. 1).

В общей структуре хирургического сепсиса акушерско-гинекологический сепсис по нашим данным составлял 22%, по данным других авторов — 30% [3, 4, 5]. Анализ данных позволил представить структуру акушерско-гинекологического сепсиса: На долю сепсиса, развивающегося в послеродовом периоде приходится 57%, в послеабортном периоде — 33%, сепсиса, развивающегося после операций на матке и придатках — 10%. Основным предметом нашего изучения явились больные с ИЭ в послеродовом и послеабортном периодах.

Заболеваемость инфекционным эндокардитом, в среднем, 4,2 случая на 100 тыс. населения. Среди женщин ИЭ встречается в 3 раза реже, чем среди мужчин [9, 10]. За 10-летний период в клинике сердечно-сосудистой хирургии им. П.А. Куприянова на обследовании и лечении находилось 656 больных женщин с ИЭ, что составило 27% от общего числа (1780) больных с ИЭ.

У 82 женщин (13%) ИЭ развился после родов и абортотв: из них у 71% в послеродовом периоде и у 29% в послеабортном периоде. Наиболее часто встречающейся формой ИЭ в исследуемой группе женщин в послеродовом и послеабортном периодах явился первичный ИЭ — 88% и только у 12% — вторичный ИЭ.

Диагноз ИЭ у 52% пациенток был определен через 3–6 месяцев от начала заболевания и безуспешного консервативного лечения: 28% па-

циенток — через 1–3 месяца; у 20% — через 6 месяцев. На 1 месяце заболевания диагноз ИЭ не был установлен ни у одной женщины.

Из группы женщин с ИЭ, не связанным с пуэрперальным периодом, окончательный диагноз устанавливался через 1–3 месяца в 48%, через 3–6 месяцев в 36%, в течение 1 месяца у 7% и через 6 месяцев у 10% (рис. 1).

Все пациентки с ИЭ после родов и абортотв поступали в клинику из терапевтических и гинекологических стационаров и имели прогрессирование полиорганной недостаточности, а также яркую картину нарастающей инфекционно-септической интоксикации. Наиболее частыми клиническими симптомами и синдромами ИЭ у больных с первичной формой заболевания в пуэрперальном периоде являлись: постоянный субфебрилитет — 100%, плевро-легочные осложнения — 76%, эндогенная интоксикация — 73%, спленомегалия — 23%, петехии — 18%, артромиалгии — 56%, похудание — 32%, шумы над сердцем — 9%.

При первичном ИЭ чаще наблюдается острое течение заболевания, а при вторичном ИЭ — абортотвное [8]. Клиническая картина болезни под влиянием современной антибактериальной терапии нередко бывает стертой, неразвернутой, с уменьшением инфекционно-токсических проявлений болезни и более выраженным проявлением иммуновоспалительных реакций [1, 6].

Клиническая картина заболевания имела свои особенности: так у всех заболевших женщин отмечалось постоянная субфебрильная лихорадка, заболевание начиналось с недомогания, слабости, головных болей и др. Первые симптомы заболевания появлялись через 1,5–2 недели пос-

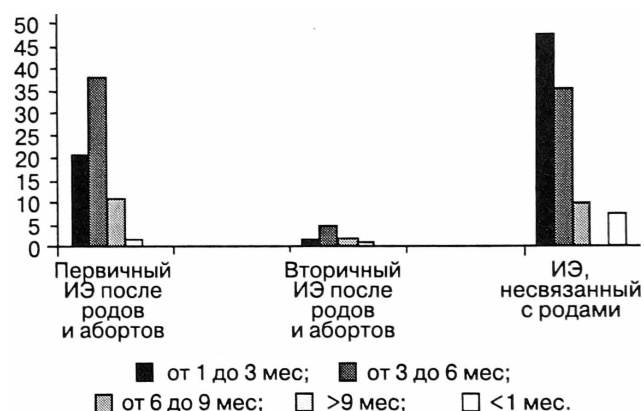


Рис. 1. Распределение больных в различные периоды от родов и абортотв или от начала заболевания до постановки окончательного диагноза

ле родов и аборт. В 34% случаев женщины самостоятельно применили противовоспалительные и антибактериальные препараты. У женщин с ИЭ, не связанным с акушерско-гинекологическими осложнениями, заболевание начиналось, как правило, остро с появлением высокой (гектической) лихорадки, выраженной общей интоксикации, ознобами. Гектическая лихорадка наблюдалась в 87%, субфебрильная с гектическими подъемами в 13%.

Весьма существенное влияние на характер клинического течения ИЭ оказывало присущее ему осложнение — поражение легких. Септическая пневмония в группе исследуемых пациенток встретилась в 75% случаев. Наличие воспалительных очагов расценивалось как пневмония, и пациентки в течение 3–4 недель безуспешно лечились в терапевтических стационарах. Лишь тяжелое течение пневмонии, появления шумов над сердцем, прогрессирование сердечной недостаточности заставляло подумать о ИЭ. Прогрессирование сердечной недостаточности при ИЭПКС больше обусловлено септическим миокардитом, а также постэмболической легочной гипертензией [11, 12].

Среди возбудителей ИЭ ведущим у женщин после родов и абортов являлся стафилококк — 63%, тогда как у больных женщин с ИЭ, не связанным с периодом после родов и абортов стрептококк — 43% и золотистый стафилококк — 45% (табл. 2).

Поздняя диагностика ИЭ во многом определяла тяжелый прогноз у этих больных. и, как следствие, позднее адекватное лечение и прогрессирование полиорганной недостаточности.

В 54% наблюдений локализацией инфекционного процесса при ИЭ у женщин после родов, явилось изолированное поражение трикуспидального клапана (ТК), а у больных женщин с ИЭ, не связанным с периодом после родов и абортов, — в 7%. В 53% наблюдений поражался митральный клапан, в 25% — аортальный, билатеральное поражение определялось в 5%, сочетанное — в 9% (табл. 3).

Хирургическое лечение применялось у 68% женщин, 32% женщин лечились консервативно. При этом летальность в группе оперированных пациентов составила 9%, а летальность среди пациенток, лечившихся консервативно — 46%. Видами оперативных вмешательств были: протезирование ТК — 55%, пластика ТК — 34%, протезирование МК + протезирование ТК — 5%, пластика ТК + протезирование АК + протезирование МК — 4%, протезирование МК + протезирование АК — 2%.

Таким образом, акушерско-гинекологический сепсис, в частности, сепсис после родов и абортов, занимает значимое место в развитии инфекционного эндокардита. Отличительными особенностями инфекционного эндокардита после родов и абортов являются:

- первичный эндокардит с частой локализацией инфекции в правом отделе сердца;
- основным возбудителем ИЭ является золотистый стафилококк, занимающий также ведущее место в этиологии гнойно-септических инфекций в акушерско-гинекологической практике;
- длительное и подострое течение заболевания до момента постановки окончательного

Таблица 2

Микроорганизмы, выделенные из крови и операционного материала больных женщин с инфекционным эндокардитом

Возбудители ИЭ	Количество больных женщин ИЭ после родов и абортов, %	Количество больных женщин с ИЭ, несвязанным с родами и абортами, %
<i>Staphylococcus aureus</i>	63,4 ± 10,4	45,3 ± 7,9
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	19,5 ± 8,2	35,3 ± 7,6
<i>Streptococcus viridens</i>	19,5 ± 8,2	8,0 ± 4,3
<i>Escherichia coli</i>	3,7 ± 4,0	4,8 ± 3,4
<i>E. coli</i> + <i>Staphylococcus epidermidis</i>	2,4 ± 3,9	4,0 ± 3,1
<i>E. coli</i> + <i>Candida albicans</i>	1,2 ± 2,0	1,3 ± 1,8
Смешанная инфекция	1,2 ± 2,0	1,3 ± 1,8
Итого	100	100

Таблица 3

Распределение больных с ИЭ после родов в зависимости от локализации вегетаций\*

Локализация вегетаций	Инфекционный эндокардит после родов и аборт, %	ИЭ у женщин, несвязанный с периодом после родов и абортов, %
ТК	53,7 ± 12,1	7,3 ± 4,1
МК	19,6 ± 8,2	53,3 ± 7,8
АК	10,9 ± 6,7	25,3 ± 6,6
МК + ТК	4,9 ± 4,5	5,4 ± 3,6
МК + АК	4,8 ± 4,4	8,7 ± 4,2
МК + ТК + АК	3,7 ± 4,0	0,0
ТК + эндокард ПЖ	1,2 ± 2,0	0,0
ТК + легочная артерия	1,2 ± 2,0	0,0
Итого	100	100

\* — значения во всех таблицах статьи рассчитывались для пороговой значимости  $p = 0,05$ .

диагноза и позднее начало адекватного лечения и как следствие высокая летальность.

Вопросы развития ИЭ после родов и абортов требуют дальнейшего изучения в целях профилактики, ранней диагностики и выбора раннего адекватного хирургического лечения.

#### Литература

1. Демин А. А., Демин Ал. А. Бактериальные эндокардиты. М.: Медицина. 1978. — 166 с.
2. Дуда И. В., Дуда В. И. Клиническое акушерство. — Мн.: Выш. шк., 1997. — 604 с.
3. Кира Е. Ф. и др. / Тез. Всесоюз. конф. «Актуальные вопросы сепсисологии». — Тбилиси. 1990. — Т. 2. — С. 198–200.
4. Савельева Г. М., Антонова Л. В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. — М.: Медицина, 1986. — 221 с.
5. Серов В. Н., Макацария А. Д. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. — М.: Медицина. 1987. — 288 с.
6. Симоненко В. Б. Клинические варианты инфекционного эндокардита // Клин. мед. 1992. — Т. 70, № 3–4. — С. 71–74.
7. Сухинин П. Л. Эндокардиты пuerперального периода: клиника, диагностика, терапия и профилактика. — М.: Медгиз. — 1956. — 195 с.
8. Тюрин В. Л. Вопросы диагностики и профилактики подострого септического эндокардита // Клин. мед. — 1983. — Т. 61, № 3. — С. 104–108.
9. Шевченко Ю. Л., Шихвердиев Н. Н. и др. // Вест. хирург. — 1990. — Т. 144, № 6 — С. 42–44.

10. Шевченко Ю. Л., Хубулава Г. Г. Инфекционный эндокардит правых камер сердца. — СПб.: Наука, 1996. — С. 170.
11. Gibson D. G. Value and limitation of echocardiography in the diagnosis of myocarditis // Europ. Heart J. — 1987. — Vol. 8, Suppl. J. — P. 85–88.
12. Gahl K., Mugge A., Nonnast-Daniel B. et al. Infective endocarditis: Changing clinical features in a changing time // Europ. Heart J. — 1987. — Vol. 8, Suppl. J. — P. 279–282.

■ **Summary:** The special place taken the problem of infectious failure of endocardial structures in obstetric-gynecologic practice. In this article given the analyses of the results of leading research and treatment of women patients with infectious endocarditic in puerperal period. The actuality of this problem is determined by the increasing of women with infectious endocarditic, being developed in the period of after childbirth and abortion, because of the late diagnostic and consequence, high mortality. The question of developing endocarditic at women in the period after childbirth and abortion, as in our, so in modern literature is partly shown and there are only descriptions of some cases of appearing the disease or findings failed endocarditic at autopsy of women, died because of sepsis. The researches shown, that infectious endocarditic of puerperal period has its own distinctive features: the first endocarditic with often localization of infection in the right heart section; the leading among the stimulyses IE is golden staphylococcus, taking the first place in etiology of pus-septic infections in obstetric-gynecologic practice; long and sub acute course of disease till the moment of stating the final diagnoses, and late beginning of adequate treatment and consequence, high mortality. The questions of developing IE after childbirth and abortion demand the further researching with the aim of prophylaxis, early diagnostic and choice of early adequate complex treatment as surgical, so therapeutic.