

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ.

В работе представлены результаты исследования 636 историй родов. Из них 340 – больные с послеродовыми инфекционными заболеваниями – составили основную группу, 296 женщин с физиологическим послеродовым периодом – контрольную. Степень инфицированности плаценты определялась путем ее гистологического исследования. В результате установлено, что у больных с послеродовыми инфекционными заболеваниями воспалительные изменения в плаценте встречались в 2.5 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. Дополнительно проведен анализ факторов, влияющих на инфицирование плаценты во время беременности и в родах. Полученные данные указывают, что в развитии послеродовых инфекционных заболеваний важным прогностическим критерием является наличие воспалительных изменений в плаценте. Обоснована целесообразность ее гистологического исследования.

Одно из первых мест среди причин материнской заболеваемости и смертности принадлежит послеродовым инфекционным заболеваниям. Несмотря на применение высокоэффективных антибактериальных средств, соблюдение правил асептики – и антисептики частота гнойно-септических осложнений остается высокой и не имеет тенденции к снижению [1, 2, 3, 6, 7].

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности выявления «группы риска» – возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний у родильниц по данным гистологического исследования последа, и определения факторов, влияющих на инфицирование плаценты во время беременности и в родах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения этих задач был проведен ретроспективный анализ 636 историй родов. Изучены истории 340 родильниц с гнойно-септическими заболеваниями в послеродовом периоде (основная группа) и 296 родильниц, послеродовый период которых протекал без осложнений (контрольная группа). Изучение соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, течения настоящей беременности, родов, послеродового периода и результатов гистологического исследования последа позволило выявить ряд достоверных факторов, которые могут, по нашим наблюдениям, быть использованы при выявлении «группы риска» – возникновения послеродовых гнойно-инфекцион-

ных заболеваний. В обеих исследуемых группах возраст женщин колебался от 17 до 44 лет, наибольшее число обследованных родильниц были в возрасте от 20 до 31 года (49%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Среди экстрагенитальной патологии в анамнезе у родильниц с послеродовыми инфекционными заболеваниями чаще, чем у родильниц с физиологическим течением послеродового периода отмечались хронические воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы у 69 человек (20.5%), ЛОР-органов у 66 (19.5%), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 50 (14.8%), в контрольной группе соответственно у 28 человек (9.7%) ($\chi^2-0,04$), у 22 (7.5%) ($\chi^2-0,02$) и у 15 (5.1%) ($\chi^2-0,03$). Гинекологические заболевания, причем в их структуре преобладали хронические воспалительные заболевания гениталий, наблюдались в основной группе у 269 женщин (79.2%), в контрольной группе у 76 (25.8%). При анализе структуры осложнений данной беременности обращает на себя внимание то, что гнойно-септические осложнения значительно чаще наблюдались у беременных с угрозой прерывания беременности, которая встречалась в основной группе у 181 (53.5%) родильниц, в контрольной группе у 76 (25.8%) ($\chi^2-0,001$). Кроме того, обращает на себя внимание относительно высокий процент анемий у 94 (27.8%) женщин основ-

ной группы, в контрольной группе у 89 (30,4%) ($\chi^2=0,05$); пиелонефрит во время беременности в основной группе перенесли 61 (18%) больная, в контрольной группе 20 (7%) ($\chi^2=0,02$). 75 беременных (22%) основной группы болели во время беременности острыми респираторными вирусными заболеваниями, в контрольной группе 27 (7%) беременных ($\chi^2=0,005$). Кольпитом страдали в 7 раз чаще беременные основной группы, а именно: 211 (62,2%) и 28 (9,7%) в контрольной группе ($\chi^2 \ll 0,001$). Высоким фактором риска развития послеродовых гнойно-инфекционных осложнений являются гестозы, которые выявлены в основной группе у 172 (50,8%) беременных, в контрольной группе у 89 (30,4%) ($\chi^2=0,02$). При изучении течения родов мы установили, что преждевременное отхождение околоплодных вод чаще наблюдалось у женщин с послеродовыми гнойно-септическими осложнениями – у 162 (47,4%), в контрольной группе – у 29 (24,5%) ($\chi^2=0,006$), соответственно продолжительность безводного промежутка более 6 часов отмечена у женщин основной группы в 197 случаях (58%), у женщин с физиологическим течением послеродового периода в 90 случаях (30,6%) ($\chi^2=0,001$). Более 3-х внутренних исследований в родах в основной группе зарегистрировано у 227 (67%) женщин, в контрольной группе у 96 (32,6%) ($\chi^2=0,004$). Патологическая кровопотеря в 3 раза чаще встречалась у женщин с осложненным течением послеродового периода, а именно: в основной группе у 41 (12%), в контрольной группе у 9 (3%) ($\chi^2=0,02$). Установлена зависимость послеродовой гнойно-воспалительной заболеваемости от частоты оперативных вмешательств в родах: в основной группе родильниц кесарево сечение произведено у 136 женщин (40%), в контрольной группе у 26 (8,6%) ($\chi^2=0,004$); ручное вмешательство в полость матки в 2,3 раза чаще в основной группе – у 108 (32%), в

контрольной группе у 47 (16%) ($\chi^2=0,02$). Травмы мягких родовых путей в основной группе встречались у 57 (23,8%), в контрольной группе у 21 (7%) ($\chi^2=0,02$). Этиологическая зависимость гнойно-воспалительных заболеваний от степени инфицированности плодных оболочек, плаценты и пуповины определялась путем гистологического исследования последних. Локализация воспалительных изменений в плаценте зависит от пути заражения [4]. При гематогенном пути распространения возбудитель инфекции проникает в плаценту через сосуды отпадающей децидуальной оболочки и вызывает воспаление последней (базальный децидуит), а также межворсинчатого пространства (интервиллизит) и ворсин хориона (виллизит). При вторичном гематогенном заражении (инфекция распространяется от плода) воспалительные изменения развиваются прежде всего в амнионе и хориальной пластине (плацентарный хориоамнионит). В этих случаях воспалительный процесс часто сочетается с субхориальным интервиллизитом и воспалением стенок ветвей сосудов пуповины. При восходящем пути заражения воспалительные инфильтраты прежде всего обнаруживаются в плодных оболочках и пуповине. Возникают париетальный амнионит, париетальный хориоамнионит (поражение гладкого хориона), париетальный децидуит [8,9]. В зависимости от характера воспалительных изменений в последе (серозный или гнойный) и распространенности процесса (очаговый или обширный) различают высокий, умеренный и слабый риск развития эндометрита. При отсутствии вышеуказанных изменений, факторы риска развития эндометрита по гистологическому исследованию плаценты отсутствуют.

В настоящее время во многих учреждениях родовспоможения обязательным является гистологическое исследование последа.

Обычно результаты исследования известны на 3-й день. В нашем исследовании, анализируя результаты гистологического обследования последа, были получены следующие данные: у 210 (61,7%) женщин основной группы в гистологии выявлен высокий и умеренный фактор риска развития эндометрита, слабый и отсутствует – у 130 больных (38,3%). Из 296 женщин контрольной группы – высокий и умеренный фактор риска по гистологическому исследованию плаценты наблюдался у 83 женщин (28,2%) ($\chi^2 \ll 0,001$) и слабый и отсутствует – у 213 (71,8%) ($\chi^2=0,001$). По результатам проведенного исследования установлено, что у больных послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями выраженные морфологические изменения последа воспалительного характера встречаются в 2,5 раза чаще, чем у женщин, послеродовый период которых протекал без осложнений. Отсутствуют или слабо выражены воспалительные изменения в последе у женщин с физиологически протекающим послеродовым периодом в 2 раза чаще, чем у женщин, больных послеродовыми инфекционными заболеваниями. Эти данные свидетельствуют о том, что послеродовые инфекционные осложнения возникают чаще там, где при гистологическом исследовании плаценты обнаруживаются изменения инфекционного характера. Следовательно, в развитии послеродовых инфекционных заболеваний важным прогностическим критерием является наличие умеренной и высокой степени инфицирования плодных оболочек и плаценты. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности обязательного гистологического исследования плаценты.

Для выявления факторов, влияющих на инфицирование плаценты, мы сопоставили данные анамнеза (наличие соматической патологии), клинического течения беременности и родов с результатами гистологического исследова-

ния плаценты у группы женщин с послеродовыми септическими заболеваниями. Для этого больные послеродовыми инфекционными заболеваниями были разделены на 2 подгруппы (1-А и 1-Б). Подгруппа 1-А - это больные, имеющие высокую и умеренную степень инфицирования плаценты, всего 210 человек (61.7%); подгруппа 1-Б - это больные, не имеющие воспалительных изменений в плаценте или они слабо выражены, всего 130 человек (38.3%). При сравнительном анализе мы выяснили, что по наличию соматической патологии женщины обеих подгрупп не отличались друг от друга: в подгруппе 1-А она встречалась у 145 больных (69%), в подгруппе 1-Б - у 88 (68%). В подгруппе 1-А чаще выявлены в анамнезе хронические воспалительные заболевания гениталий - у 107 больных (51%), в подгруппе 1-Б - у 45 (34.5%) (χ^2 -0.05). Среди осложнений течения беременности в обеих подгруппах одинаково часто встречались: анемия - в 1-А у 82 (39.1%), в 1-Б у 50 (38.3%); угроза прерывания в 1-А у 82 (39.1%), в 1-Б у 52 (40%); острые респираторные вирусные заболевания в 1-А у 31 (14.8%), в 1-Б у 20 (15%). Несколько чаще встречался пиелонефрит во время беременности в 1-Б подгруппе - у 20 (15%), в 1-А у 25 (12%). Гестозом чаще страдали беременные, имеющие воспалительные изменения в плаценте - 99 (47%), в 1-Б подгруппе - 42 больные (32%). Кольпитом достоверно чаще болели женщины подгруппы 1-А - 119 (56.7%), в подгруппе 1-Б - 53 (41%) (χ^2 -0.05). Изучая течение родов, были получены следующие результаты: продолжительность родов свыше 12 часов чаще встречалась в 1-А подгруппе - у 48 (22%) больных, в 1-Б подгруппе у 7 (5%) (χ^2 -0.0005). В подгруппе больных послеродовыми инфекционными заболеваниями, имеющих воспалительные изменения в плаценте, чаще наблюдалась слабость родовой деятельности - у 82 (39%), в 1-Б - у 30 (23.3%)

(χ^2 - 0,02). Преждевременное излитие околоплодных вод одинаково часто встречалось в обеих подгруппах: в 1-А - у 85 (40.5%), в 1-Б - у 48 (36.6%), однако длительный безводный период (более 12 часов) достоверно чаще отмечен в 1-А подгруппе - у 47 (22.9%), в 1-Б - у 11 (8.2%) (χ^2 -0.002). Обращает на себя внимание число внутренних исследований в родах, так, в 1-А подгруппе значительно чаще наблюдались многократные влагалитические осмотры (от 3 до 5) - у 111 (52.7%), соответственно в 1-Б подгруппе - у 46 (35%) (χ^2 -0,05). Сопоставление полученных данных позволило достоверно установить, что на инфицирование плаценты оказывают влияние: наличие хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, кольпита во время беременности, пролонгированные роды (свыше 12 часов), безводный период свыше 12 часов, количество влагалитических исследований в родах больше 3.

ВЫВОДЫ

Таким образом, факторами риска возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний являются: хронические воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы, ЛОР-органов, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, сердечно-сосудистые заболевания; осложненное течение беременности - анемия, угроза прерывания, гестоз, острые респираторные вирусные инфекции, кольпит; осложненное течение родов - аномалии родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, продолжительность безводного промежутка более 6 часов и родов свыше 12 часов, 3 и более влагалитических исследований, патологическая кровопотеря, оперативные вмешательства в родах - кесарево сечение, ручное вхождение в полость матки. На инфицирование плаценты оказывают влияние: наличие хронических воспа-

лительных заболеваний женских половых органов, кольпит во время беременности, пролонгированные роды (свыше 12 часов), безводный промежуток больше 6 часов, количество внутренних исследований в родах больше 3.

Наличие умеренной и высокой степени инфицирования последа является важным прогностическим критерием в развитии послеродовых инфекционных заболеваний. Гистологическое исследование плаценты является целесообразным и позволяет выявить среди родильниц «группу риска» по возникновению послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Литература.

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. — СПб., 1994 — С.24-30.
2. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и профилактика врожденных заболеваний человека // Актовая речь. — СПб., 1993. — С.36.
3. Клименко С.А., Орлов В.М. Принципы современной терапии послеродовой инфекции. // Пособие для врачей. — СПб. — 1995. С.3.
4. Федорова М.В., Калашникова Е.П. Плацента и ее роль при беременности. — М., Медицина. — 1986. — С.179-180.
5. Цинзерлинг А.В., Цинзерлинг В.А. Патологическая анатомия. — СПб. — 1996. — С.327-329.
6. Fortunato S. J., Dodson M. G. Therapeutic considerations in postpartum endometritis. // J. Reprod. M. — 1988 — Vol.33. — №1 — p.101-106.
7. Gibbs R.S., Blanco J.D., Lipscomb K.A., Clair P.S. // Obstet. And Gynec. — 1989. — Vol.65 — №6. — P.825-829.