

Б. Н. НОВИКОВ

Санкт-Петербургский Государственный
медицинский Университет
им. акад. И. П. Павлова,
Кафедра акушерства и гинекологии

ПРИМЕНЕНИЕ АУГМЕНТИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО - СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Частота операции кесарева сечения составляет в Санкт-Петербурге 11,9 – 13,4 % от общего числа родов. Специфическим методом профилактики гнойно-септических осложнений после операции является введение пациенткам антибиотиков. Проведено сравнение профилактической эффективности цефалоспоринов и аугментина вводимых во время и в ближайшие сутки после хирургического вмешательства. Показано, что внутривенное введение 1,2 г аугментина во время и двукратное введение 0,6 г препарата с интервалом в 12 часов после операции снижает риск послеоперационных осложнений до 7 %, уменьшает продолжительность пребывания родильниц в стационаре.

Одним из основных показателей работы родовспомогательных учреждений является частота операции кесарева сечения. В Санкт-Петербурге на фоне относительной стабилизации количества родов (32 - 35 тыс. в год) отчетливо просматривается тенденция к увеличению частоты абдоминальных родоразрешений. С 1994 года частота применения кесарева сечения увеличилась с 11,9 до 13,4% в 1997 году. Таким образом, в 1997 году количество операций составляет около 4,5 тыс. На самом деле эта цифра несколько выше, так как не учитывает операции кесарева сечения, выполненные во втором триместре беременности по медицинским и социальным показаниям.

Широкое применение поперечного разреза матки в нижнем сегменте, зашивание раны непрерывным швом с использованием современных шовных материалов наряду с профилактическим введением антибактериальных препаратов во время или сразу после операции, к сожалению, не гарантирует от возникновения гнойно-септических осложнений. В специальной литературе отмечено, что частота осложненного течения послеоперационного периода колеблется в пределах от 6,6 до 47,2% от общего числа операций кесарева сечения [2,3].

Совокупность профилактических мер для снижения риска гнойно-воспалительных заболеваний после операции кесарева сечения принято разделять на специфические и неспецифические [1]. К неспецифическим следует отнести особенности оперативного доступа в брюшную полость, рас-

сечение стенки матки в нижнем ее сегменте, технику зашивания раны матки, выбор оптимального шовного материала.

Важным направлением профилактики гнойно-септических осложнений следует считать медикаментозную и немедикаментозную стимуляцию защитных сил организма. Хорошо известно, что беременность развивается на фоне иммунодефицита, степень которого может нарастать после родоразрешения и особенно после хирургического вмешательства и наркоза. В этом случае складываются благоприятные условия для активации условно-патогенной флоры и развивается клинически выраженный воспалительный процесс.

По данным Е.А.Чернухи и соавторов (1998) состояние вагинального микроценоза характеризуется преобладанием условно-патогенных микроорганизмов – *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus spp.* и т. д. С другой стороны, у 20% пациенток наблюдаются такие выраженные дисбиотические процессы, как вагинальный кандидоз и бактериальный вагиноз.

Таким образом, совокупность факторов способствует значительной частоте гнойно-воспалительных заболеваний после операции кесарева сечения по сравнению с естественными родами. Эндометрит, перитонит, сепсис после кесарева сечения встречаются в 8 - 10 раз чаще.

Основным методом профилактики перечисленных осложнений после операции является превентивное введение антибиотиков. Вопросы выбора препарата и способы его введения достаточно

Журнал
акушерства
и женских
болезней



подробно обсуждаются в специальной литературе. Как правило, это препараты пенициллинового ряда, цефалоспорины, метронидазол. Эффективность отдельных препаратов или их комбинаций колеблется в пределах от 54,4% при использовании ампициллина - до 96,3% в случае применения внутривенного введения метронидазола за 30 минут до начала операции (см. таблицу).

В качестве антибактериального профилактического средства в акушерской практике относительно редко использовался аугментин. Вместе с тем, это антибиотик широкого спектра действия, активный в отношении широкого спектра аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Входящая в состав препарата клавулановая кислота обеспечивает устойчивость амоксициллина к воздействию бета-лактамаз, расширяя тем самым спектр его действия.

Совокупность позитивных свойств препарата способствовала широкому его применению в

хирургии в качестве профилактического средства послеоперационных инфекций после вмешательства на органах ЖКТ, почках и т. д.

С целью изучения профилактической эффективности этого препарата в акушерстве нами проведен анализ течения послеоперационного периода после внутривенного введения 1,2 г аугментина во время операции после пересечения пуповины и последующего двукратного введения препарата по 0,6 г с 12-часовым интервалом. По указанной методике препарат вводился 57 женщинам (1-я группа). В качестве групп сравнения выбраны роженицы, родоразрешенные путем операции кесарева сечения, получавшие в качестве профилактического средства цефазолин - 1 г (50 наблюдений, 2-я группа) и не получавшие антибиотикопрофилактики (12 наблюдений, 3-я группа). Группы сопоставимы по показаниям к операции, их плановости или срочности. Методика вмешательства во всех группах была идентичной - чревосечение по методу Пфанненшти-

ля, кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте.

Среди пациенток 1-й группы (аугментин) осложнения в течение послеоперационного периода встретились лишь у 9 пациенток, в том числе анемия, обострение хронического пиелонефрита, гематома передней брюшной стенки, гематома широкой маточной связки. Если пренебречь осложнениями, связанными с техническими погрешностями (гематома передней брюшной стенки, гематома широкой маточной связки) и анемизацией больных, имевших и до операции низкое содержание гемоглобина, частота осложненного течения послеоперационного периода составит менее 7%. Продолжительность послеоперационного пребывания пациенток в клинике составила в среднем 9,9 койко-дня.

Во 2-й группе наблюдений (цефазолин) осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 20 случаях (40%). В частности, субинволюция матки - 9 (18%), тромбофлебит вен голени - 2 (4%), анемия - 6 (12%), гематома широкой маточ-

Клиническая эффективность антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений после кесарева сечения [1]

Авторы	Препарат, схема введения	Клиническая эффективность, %
Цвелев Ю.В. и др., 1998	Метронидазол за 30 мин. до операции	96,3
Bibi M. et al., 1994	Цефепим, гентамицин, метронидазол	89,0
Cormier Ph. et al., 1989	Цефотетан однократно после пережатия пуповины	74,5
Fernandez H. et al., 1993	Аугментин однократно после родов	99,3
Gerber B. et al., 1989	Ампициллин, гентамицин после пережатия пуповины и через 8 ч.	54,4
Jacobi P. et al., 1994	Цефазолин однократно до пережатия пуповины	91,0
Neuman M. et al., 1990	Пенициллин, тетрациклин после пережатия пуповины и через 12 ч. Пенициллин, тетрациклин после пережатия пуповины и через 3 сут.	85,4 86,4
Racinet C. et al., 1990	Цефотетан однократно после пережатия пуповины	87,5
Rijhsinghoni A. et al., 1995	Ампициллин после пережатия пуповины Ампициллин/сульбактам после пережатия пуповины	64,7 91,2
Ruiz-Mareno J.A. et al., 1991	Метронидазол однократно после пережатия пуповины	84,0
Sokolowski H. et al., 1989	Метронидазол на 1 - 8-е сутки	79,0
Vin Mandach U. et al., 1993	Цефокситин в течение 1-х суток Цефтриаксон однократно	75,7 83,9

ной связки, мастит, метроэндо- метрит – по 1. При исключении из числа осложнений анемии и гематомы широкой маточной связки частота осложнений тем не менее составляет 26%, что значительно выше, чем при использовании аугментина (7%). Средняя продолжительность койко- дней составила 11,5.

Еще более высокой была частота осложнений в 3-й группе наблюдений (без профилактического введения антибиотиков). Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось в 9 случаях (75%). В основном это субинволюция матки – 42% и воспалительные изменения послеоперационной раны передней брюшной стенки.

Сравнительный анализ осложненного из-за субинволюции матки послеоперационного периода в первой группе пациенток не дал возможности объяснить осложнения ни продолжительностью родов, ни длительностью безводного промежутка, ни длительностью операции. Не представляется возможным объяснить осложнения очередностью операции в течение суток. Все осложнившиеся вмешательства были выполнены в операционном зале первыми в течение суток.

Полученные данные однозначно свидетельствуют о высокой сравнительной эффективности аугментина. Однако клиническая эффективность препарата оказалась ниже, чем в некоторых исследованиях. В частности, по некоторым данным [6], аугментин оказался эффективным в 99,3% наблюдений.

Не исключено, что различия в профилактической эффективности аугментина определяются контингентом пациенток, получавших препарат. Все наблюдавшиеся нами роженицы имели ту или иную соматическую патологию: хронические неспецифические заболевания легких, пиелонефрит, заболевания ЛОР-органов, анемию, т. е. относились к группе повышенного риска гнойно-вос-

палительных заболеваний в послеоперационном периоде.

Косвенным подтверждением этой мысли может быть сопоставление данных литературы с полученными нами результатами там, где в качестве профилактического средства использовались цефалоспорины.

Таким образом, как анализ специальной литературы, так и собственные наблюдения однозначно свидетельствуют о целесообразности проведения профилактики гнойно-воспалительных заболеваний после операции кесарева сечения аугментином.

Более того, использование аугментина при его относительно невысокой стоимости снижает продолжительность послеоперационного пребывания пациенток в стационаре, что, безусловно, экономически выгодно при работе в условиях обязательного медицинского страхования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н. // Вест. Росс. ассоц. акуш. гин., 1997, № 4, с 40 – 47.
2. Гуртовой Б.Л. // Вест. Росс. ассоц. акуш. гин., 1994 № 1, с. 16 – 21.
3. Кулаков В.И. // Акуш. и гин., 1994, №1, с. 25 – 28.
4. Серов В.Н. Профилактика и лечение перитонита после кесарева сечения. Методы гравитационной хирургии крови и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии // М., 1996, с. 23 – 36.
5. Чернуха Е.А., Ванько Л.В., Чилинтаров Р.Х. и др. // Акуш. и гин., 1994, № 6 с. 33 – 37.
6. Fernandez H., Gagnepain A., Bourget et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 1993, v. 50, 3, p. 169 – 175.
7. Watts D.H., Krohn M.A., Hiller Sh., Eshenbach D.A. // Obstet a. Gynec., 1990, v. 75, № 1, p. 52 – 58.