

ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЭНДОМИОМЕТРИТА ПОСЛЕ РОДОВ

Изучены факторы риска развития эндометрита после родов. Для сравнения значимости различных факторов риска в исследуемой и сравниваемой группах представили их в баллах на основе шкалы прогноза гнойно-септических заболеваний у беременных и рожениц, что позволило подтвердить значимость профилактических мероприятий, проводимых при беременности, в снижении эндометритов после родов. Установлено, что эндометрит после родов чаще развивается у женщин раннего репродуктивного возраста. Подтверждена ведущая прогностическая значимость факторов риска, связанных с родоразрешением. При беременности ведущая роль принадлежит очагам инфекции как в экстрагенитальных органах, так и в нижнем отделе генитального тракта. Кроме этого значимыми факторами риска являются угроза прерывания в различные сроки беременности и сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний у одной женщины.

Одной из актуальных проблем современного акушерства остается послеродовая гнойно-воспалительная инфекция. Несмотря на значительное число научных исследований, посвященных этой проблеме, имеющиеся успехи в ее профилактике и терапии, частота этой патологии в последние годы не снижается [2,3,10].

В структуре послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний первое место занимает эндометрит, частота которого составляет от 2,5% до 45% после родов и от 20% до 90% после кесарева сечения [4,5,6,7,8,9].

Поэтому для проведения своевременной и полноценной профилактики эндометрита после родов необходимо дальнейшее изучение факторов риска их развития.

Материал и методы

С целью изучения факторов риска развития эндометрита после родов нами изучены истории родов 185 женщин, из них 150 женщин (исследуемая группа) с послеродовым эндометритом и 35 (группа сравнения) женщин группы высокого риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний после родов, но не заболевших в послеродовом периоде. В эту группу были включены истории родов женщин с различными очагами инфекции в половых органах и экстрагенитальной патологией при беременности и в родах. Возраст женщин обеих групп представлен в табл. 1.

Как следует из этой таблицы, возраст женщин в сравниваемых группах практически идентичен. Эндометрит наиболее часто (68%) развивался у женщин раннего (до 25 лет) репро-

дуктивного возраста.

Результаты исследования

При изучении паритета родов у женщин исследуемой группы, выявлено, что первородящих было 80 (53,3%) женщин, из них повторнородящих - 45 (56,3%) и повторнородящих - 70 (46,7%). Среди заболевших родильниц только 125 (83,3%) состояли в браке, тогда как в группе сравнения все женщины были замужем.

Нами выявлено, что из 150 родильниц с послеродовым эндометритом у 95 (63,3%) до беременности имелись очаги хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, гайморит, бронхит, холецистит, а также гастрит). При настоящей беременности 43 (28,7%) женщины перенесли различные инфекционные заболевания (грипп, ОРЗ, ангина). Обращает на себя внимание, что в большинстве случаев (75,4%) у женщин исследуемой группы при беременности имеющиеся различные очаги хронической инфекции сочетались либо с акушерскими осложнениями, либо с различными экстрагенитальными заболеваниями (табл. 2,3).

Так, беременность протекала на фоне сочетания анемии с гипертонической болезнью у 20 (21%), с хроническим пиелонефритом у 28 (29,4%) женщин. Из них обострение хронического пиелонефрита при беременности выявлено у 10 (35,7%) пациенток. Обострение назофарингеальной инфекции отмечено только у 15 (10%) женщин. Очаги инфекции в половой сфере (вагинит, цервицит, сальпингит, эндометрит, бартолинит) выявлены у 61 (40,6%) женщины. Из них заболевания, бывшие до беременности, зарегистрированы у 20 (32,8%),

Возраст, лет	Группы больных			
	группа сравнения		исследуемая группа	
	n	%	n	%
до 20	15	42,9	56	37,3
20-25	10	28,6	46	30,7
26-30	8	22,8	33	22,0
31-40	2	5,7	15	10,0
Всего	35	100	150	100

а во время беременности - у 41 (67,2%) женщины.

Бактериальные вагиниты выявлены у 9 (14,8%), трихомонадные - у 4 (6,6%), кандидозные - у 12 (19,7%) и у 10 (16,4%) - вагиниты, вызванные урогенитальной инфекцией (уреаплазмы, микоплазмы). Поскольку нередко встречается сочетание двух и более очагов инфекции, количество нозологических форм оказалось больше, чем количество заболевших родильниц.

При анализе течения беременности у женщин исследуемой группы выявлено, что гестоз имел место у 34 (22,7%), причем у 23 из них (67,6%) диагностирован гестоз с тяжелым течением. В этой

группе фетоплацентарная недостаточность выявлена у 26 (17,3%), угроза прерывания беременности в различные сроки - у 50 (33,3%), многоводие инфекционной этиологии - у 5 (3,3%) беременных. Сочетание гестоза и анемии беременных выявлено у 41 (27,3%) заболевшей женщины.

Изучая факторы риска, связанные с родоразрешением, нами выявлены следующие особенности течения родов у женщин исследуемой группы. Аномалии сократительной деятельности матки были у 48 (32%), ручное отделение и выделение последа - у 6 (4%), безводный период свыше 12 часов - у 59 (39,3%), затяжные роды свыше 15 часов - у

12 (8%), влагалищных исследований более трех - у 83 (55,5%) рожениц.

В группе сравнения лидирующее место занимает хронический пиелонефрит, выявленный у 8 (22,8%), из них с обострением при беременности - у 2 (5,7%) женщин. Назофарингеальная инфекция отмечена у 10 (28,6%) женщин. Анемия и ожирение встречались с одинаковой частотой у каждой пятой, а вагиниты - у каждой третьей беременной.

Всем беременным женщинам своевременно и рационально проведено лечение вагинита в ранние сроки беременности и санация влагалища перед родами.

У женщин группы сравнения

Факторы риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний после родов

Таблица 2

	Процент больных
I. Анамнез (до настоящей беременности)	
1. Сочетание хронических очагов инфекции либо с акушерской, либо с экстрагенитальной патологией	75,4
2. Очаги хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, гайморит, бронхит и др.)	63,3
3. Очаги хронической инфекции в половой системе (вагинит, цервицит, сальпингооофорит, эндомиометрит)	32,8
II. Течение настоящей беременности	
1. Хронические инфекции в нижнем отделе гениталий	40,6
2. Угроза прерывания в различные сроки беременности	33,3
3. Сочетание анемии и пиелонефрита	29,7
4. Сочетание анемии и гестоза	27,3
5. Сочетание анемии и гипертонической болезни	21,3
III. Течение родов	
1. Влагалищные исследования свыше трех	55,5
2. Безводный период свыше 12 часов	39,3
3. Аномалии сократительной деятельности матки	32

Оцениваемый фактор	Кол-во баллов	Группа сравнен.	Исслед. группа	Средний балл на одну женщину	
				исслед. группа	группа сравнен.
I. Анамнез (до настоящей беременности)					
1. Медицинские аборт (1 и более)	1	70	15	0,46	0,43
2. Инфицированные аборты	2	22	6	0,15	0,17
3. Короткий интергенетический интервал	2	42	4	0,28	0,14
4. Операции на матке (кесарево сечение, миомэктомии)	3	12	–	0,08	–
5. Экстрагенитальная патология (анемия, ожирение, диабет и др.)	4	320	84	2,13	2,4
6. Гнойно-воспалительные заболевания при предыдущих родах	5	40	5	0,26	0,14
7. Трубно бесплодие	3	6	–	0,04	–
8. Хронические инфекционные заболевания (пиелонефрит, тонзиллит, гайморит и др.)	5	475	115	3,16	3,29
Общий балл п.п.1 - 8		987	229	6,58	6,54
Средний балл п.п.1 - 8		123,4	28,6	0,82	0,82
II. Течение настоящей беременности					
9. Гестоз легкой и средней степени	4	44	36	0,29	1,02
10. Гестоз тяжелой степени	8	40	32	0,26	0,9
11. Угроза прерывания беременности	3	150	45	3,0	1,28
12. Острая (обострение) генитальная инфекция (вагинит, цервицит и др.)	10	410	110	2,7	3,14
13. Острая (обострение) экстрагенитальная инфекция (пиелонефрит и др.)	10	360	40	2,4	1,14
14. Хирургическое вмешательство по поводу истмико-цервикальной недостаточности	3	12	3	0,08	0,08
Общий балл п.п.9 - 14		1016	266	6,8	7,6
Средний балл п.п.9 - 14		169,3	44,3	1,1	1,26
III. Течение родов					
15. Крупный плод (двойня)	3	39	6	0,26	0,17
16. Экстренное кесарево сечение	5	35	10	0,23	0,28
17. Влагалищные исследования более трех	7	581	70	3,87	2,0
18. Длительные роды (более 15 часов)	9	108	9	0,72	0,25
19. Длительный безводный период (более 12 часов)	8	472	16	3,15	0,45
Общий балл п.п.15 - 19		1235	111	8,23	3,15
Средний балл п.п.15 - 19		247	22,2	1,64	0,62
Общий балл п.п.1 - 19		3238	606	21,5	17,29
Средний балл п.п.1 - 19		170,4	31,8	1,13	0,91

среди факторов риска, связанных с родоразрешением, были реализованы: безводный период свыше 12 часов - у 2 (5,7%), влагалитические исследования более трех - у 10 (28,6%) и затяжные роды - у 1 (2,8%) женщины. На основании полученных данных нами выделены факторы риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний после родов, которые представлены в табл. 2.

С целью сравнения значимости факторов риска в обеих группах (исследуемой и сравнения) мы представили их в баллах на основе шкалы прогноза гнойно-воспалительных заболеваний у беременных и рожениц [1]. При этом с помощью математической статистики установлены ранги основных заболеваний и осложнений соответственно удельному весу инфекционно-воспалительных послеродовых заболеваний. Данные проведенного исследования представлены в табл. 3.

Из этой таблицы следует, что средний балл по комплексу факторов риска, связанных с анамнезом, составил 0,82, как в исследуемой группе, так и в группе сравнения. При сравнении факторов риска, связанных с беременностью, обращает на себя внимание, что в группе сравнения средний балл факторов риска выше, чем в исследуемой группе на 12,6% (средний балл, соответственно, 1,26 и 1,1). Несмотря на это, эндометрит у женщин данной группы не развился, так как во время беременности своевременно и рационально проводилось лечение генитальной инфекции, применялась адекватная антибактериальная и противовоспалительная терапия при обострении экстрагенитальных очагов инфекции.

Очевидно, поэтому средний балл по факторам риска, связанным с родоразрешением, по сравнению с аналогичным, связанным с течением беременности у женщин, не заболевших эндометритом после родов (группа сравнения), понизился на 0,64, в то

время как у женщин, заболевших послеродовым эндометритом (исследуемая группа), он увеличился на 0,54. Выявленный факт свидетельствует о роли профилактических мероприятий, проводимых во время беременности, в снижении послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний.

У женщин, заболевших эндометритом после родов (исследуемая группа), в сравнении с пациентками высокого риска по развитию послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний, но не заболевших (группа сравнения), подтверждена ведущая прогностическая значимость факторов риска, связанных с родоразрешением (длительный безводный период, многочисленные влагалитические исследования и др.).

Заключение

Таким образом, результатом нашей работы явилось определение доминирующих факторов риска развития эндометрита после родов. Первостепенное прогностическое значение имеют факторы, связанные с родоразрешением: длительный безводный период (более 12 часов), влагалитические исследования в родах (свыше трех). При беременности на первый план выходят очаги инфекции как в экстрагенитальных органах, так и в нижнем отделе гениталий. Кроме этого значимыми факторами риска являются угроза прерывания беременности в различные сроки и сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний у одной женщины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. - СПб., 1994. - 150 с.
2. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и профилактика врожденных заболеваний человека: Актовая речь. - СПб. - 1993. - 36 с.

3. Савельева Г.М. Пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности: Тезисы докладов XV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. - Донецк. - 1989. - С.596-598.

4. All Y. Analysis of cesarean delivery in Jirjima Hospital, south-western Ethiopia // East. Afr. Med. J. - 1995. - Vol. 72, N 1. - P. 60-63.

5. Andrews W.W., Shah S.R., Goldenberg R.L., Cliver S.P., Hauth J.C., Cassell G.H. Association of post-cesarean delivery endometritis with colonization of the chorioamnion by *Ureaplasma urealyticum* // Obstet. Gynecol. - 1995. Vol. 85, N 4. -P. 509-514.

6. Desser L, Rehberger, Kokron E., Paukovits W. Cytokine synthesis in human peripheral blood mononuclear cells by proteolytic enzymes // Oncology. - 1993. -Vol. 50. -P. 403-407.

7. Maberry M.C., Gilstrap L.S. et al Anaerobic coverage for intraamniotic infection: Maternal and perinatal impact // Am. J. Perinatol. - 1991. - Vol. 8, N 2. - P. 338-341.

8. Majeroni B.A. Chlamidial cervicitis: complications and new treatment options // Am. Fam. Phisican. -1994. - Vol. 49. - P. 1825-1829.

9. Moen M. D., Besinger R. E., Tomich P. G., Fisher S. G. Effect of amnio-infusion on the incidence of postpartum endometritis in patients undergoing cesarean section. // J. Reprod. Med. -1995. - Vol. 40, N 5. -P. 383- 386.

10. Zhang L.M., Ding H. Analysis of national maternal death surveillance: 1989-1991// Chung. Hua. Fu. Chan. Ko. Tsa. Chin. - 1994. - Vol. 29, N 9. - P. 514-517.