

Муминова Н.Х.

УДК - 618.2:616.94-037-084-085-07

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Ташкентский институт усовершенствование врачей

Antibiotic prophylaxis for cesarean section as the prevention of septic complications in obstetrics UDC - 618.2:616.94-037-084-085-07. Tashkent Institute of Advanced Medical. Muminova N.H.

The aim of the study was the analysis of infectious complications puerperium without antibiotic prophylaxis after cesarean section.

Conducted a retrospective study of pregnancy, childbirth and postpartum in 50 women, delivery by caesarean section at the use of antibiotics in the prevention of postpartum septic complications in the postoperative period, the analysis showed that the reasonable use of antibiotics postoperatively gave positive results in such indicators as , rapid regression of inflammation, reducing the time of involution of the uterus with the improvement in the shortest time the general condition of patients, while improving the ultrasound and laboratory parameters.

В современном акушерстве дискутабельным остается вопрос о проведении рутинной антибиотикопрофилактики после операции кесарева сечения для снижения инфекционных послеоперационных осложнений.

Анализ литературных данных показал, что в акушерстве частота гнойно-септических заболеваний возрастает в 8-10 раз при оперативных родах, в частности при кесарево сечение (1,4,7).

Своевременное комплексное ведение таких осложнений может снизить ожидаемые ГСЗ, такие как эндометриты, перитониты и тромбофлебиты до 57%. (5,6).

Целью исследования явился анализ инфекционных осложнений пuerперия без проведения антибиотикопрофилактики после операции кесарева сечения.

Проведено ретроспективное исследование течения беременности, родов и послеродового периода у 50 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, которым интраоперационно была введена профилактическая доза антибиотиков. Следует отметить, что у всех родильниц данной группы не было отмечено развития раневой инфекции, эндометрита либо тяжелых гнойно-септических осложнений. Большинство пациенток (38 %) входили в возрастную группу 31-35 лет, 34 % — 26-30 лет, 18 % женщин были старше 36 лет и 10 % — были в возрасте до 25 лет. Соотношение первородящих к повторнородящим составило 2:3, при этом повторное КС было выполнено в 44 % случаев. Плановое кесарево сечение было проведено в 24 случаях (48 %), экстренное — в 52 %. Настоящая беременность наступила самопроизвольно у 90 % женщин, в результате стимуляции овуляции клостильбегитом и заместительной гормональной терапией — у 10 %. Анализ ИМТ (индекс массы тела), что 64 % женщин имели нормальный индекс массы тела, 20 % — ожирение 1 степени., у 16 % отмечено ожирение 2 степени.

В структуре показаний к плановому кесареву сечению превалировали: рубец на матке

— 20 %, анатомический узкий таз — 16 %, тазовое предлежание плода — 12 %, другие — 10 % (рубцовая деформация шейки матки после предыдущих родов, двукратное обвитие пуповиной вокруг шеи плода, разрывы шейки матки 3-степени). Показанием к экстренной операции кесарева сечения являлись: начало родовой деятельности, либо преждевременное излитие околоплодных вод при рубце на матке — 22 %, прогрессирующая или острая гипоксия плода — 12 %, сочетанные показания — в 16 % случаев.

Также нами было выявлено, что большинство женщин имело системной и местной инфекции перед операцией (72 %), но не в стадии обострение. Только у 12 % женщин имело место обострение герпес-вирусной инфекции вовремя беременности, у 56%-вагинальные инфекции (кандидозный вагинит, бактериальный вагиноз и др). Во всех случаях была проведена адекватная санация генитального тракта. При анализе гинекологического анамнеза у 10 % женщин имели место 2 и более медицинских аборта, у 12 % — привычное невынашивание, у 18 % — бесплодие, у 24 % — оперативные вмешательства лапароскопическим доступом (миомэктомия у 4 женщин, резекция яичников у 2, удаление придатков у 2). Средняя длительность пребывания пациенток в стационаре до родоразрешения составила 4,2 дня. Учитывая, что длительное пребывание женщины в стационаре является одним из важных факторов риска развития послеоперационной инфекционной заболеваемости, беременные были госпитализированы в стационар ближе к сроку родов (при отсутствие экстренных показаний к госпитализации или возникшими осложнениями течения данной беременности). У 32 % женщин пребывание в стационаре до

родоразрешения составило менее 24 часов.

Анализ оперативного вмешательства показал, что средняя длительность операции составила 30,1±2,4 мин., объем кровопотери 550,5±44,7 мл.

Расширение оперативного вмешательства было у 3 пациенток, производилась миомэктомия, при этом данные операции были запланированы. Длительность операции более 60 минут отмечалась только в 2 случаях. Величина кровопотери — 800 мл была у 1 пациентки, данное кесарево сечение являлось повторным, плацента располагалась по передней стенке в области разреза на матке, имело место варикозное расширение вен нижнего маточного сегмента.

С целью профилактики ГСЗ в послеоперационном периоде из 50 больных 27 назначено АБ профилактика в течение 3 суток (цефтриаксон по 1гх2 раза в сут.; Метрагил (Метрани- дазол) по 100 мл х2 раза всут; и Галавит по 100мг в виде ректальных свечей). Назначение АБ в послеоперационном периоде было обосновано наличием хронической внутриматочной инфекции, состоянием органов (матки и придатков) и тканей интраоперационно, также учитывалось характер околоплодных вод (зеленые, с запахом), расширение оперативного вмешательства при КС. Остальным 23 женщинам ограничили интраоперационным введением АБ, без продолжение в послеоперационном периоде его.

Группа женщин, где получали АБ течение послеоперационного периода протекала без эпизодов инфекционного возбуждения, сокращение матки соответствовало дню перенесенной операции, лохии имели обычную окраску и запах., физиологические отправления были в норме. Общее состояние пациенток данной группы оценивали на отлично или хорошо, спокойно кормили грудью, никакие дискомфортные явления не диагностированы.

УЗИ критерии матки и придатков совпадало с данными литературы (2), где, положительная ультразвуковая динамика ко 5-му дню лечения наблюдалась у 66,7% пациентов, получавших продленный курс антибактериальной терапии в послеродовом периоде, и лишь у 33,3% больных без АБ терапии.

Критериями улучшения УЗИ показателей

явились: уменьшение передне-заднего размера матки, уменьшение гипоэхогенности матки, сужение полости матки (в случаях ее расширения из-за анэхогенного содержимого) и исчезновение гиперэхогенных образований в области лигатур с уменьшением скопления газа, линейных гиперэхогенных образований, свидетельствующие об устранении фибриновых наложений и с резким уменьшением или исчезновением локальной эхогенности в области швов.

Также быстрее регрессировали и острофазовые показатели крови: лейкоцитоз снизился в среднем до 7,5, ЛИИ до 1-1,5, концентрация ПКТ < 0,5]

В группе больных не получавших АБ у 7 родильниц в послеоперационном периоде отмечались гнойно-септические осложнения, которые потребовали назначения антибиотиков не менее двух видов, причем широкого спектра действие: в 5 случаях послеродовый период осложнился нарушением сократительной активности матки (субинволюция матки), при этом производилась вакуум-аспирация содержимого полости матки с одновременной антибактериальной терапией.

Таким образом, проведенный анализ оперативных родов показал, что антибиотикопрофилактика при кесарево сечении без манифестных форм инфекции способствует снижению гнойно-септических осложнений. Так как после перенесенной операционной агрессии для организма матери, защитноприспособительные звенья претерпевают серьезные изменения, в сторону резкой иммуносупрессии, тем самым усугубляют процессы адаптации и восстановления.

Поэтому при правильной оценке инфекционного риска перед оперативным родоразрешением с обоснованным назначением адекватных доз антибиотиков при особых показаниях в послеоперационном периоде течение не менее 3-х суток с своевременной санацией генитальной инфекции способствует подавлению инфекционного агента с резким уменьшением гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде и, сокращает сроки пребывания в стационаре (3,5,7).

Литература

- Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии.- СПб.: Спецлит, 2005.- С.459
- Белоцерковцева Н.Д., Мазуркевич В.В. Клиническое значение трансвагинальной эхографии и гистероскопии в диагностике послеродового эндометрита// Акушерство и гинекология.- 1996.- №4.- С.37-40.
- Иванян А.И., Крюковский С.Б. Профилактика и лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний,- Смоленск, 2000.- С.47
- Ковалев М.И. Проблемы профилактики эндометрита после кесарева сечения в современном акушерстве// Росс.вестник ак.-гинеколога.- 2001.- №4.- С.20-25.
- Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения// Акушерство и гинекология.- 2004.- №5.- С. 15-7.
- Левашова Н.И., Мареева Л.С. Проблемы кесарева сечения в современном акушерстве// Акушерство и гинекология,- 2004.- №2.- с.23
- Abouzahr C, Aaahman E, Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies, eds. CJL Murray and AD Lopez WHO 1998