Мордовский ордена Дружбы народов государственный университет им. Н.П. Огарева

Факультет: медицинский

Кафедра акушерства и гинекологии

«Утверждаю»

Заведующий кафедрой,

академик РЛАН

доктор медицинских наук,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.П. Пешев

Дипломная работа

«использование метрогила в комплексном лечении послеродового эндометрита»

Автор дипломной работы: Солонина Наталья Викторовна

Обозначение дипломной работы: ДР 02069964–040110

Специальность: «Лечебное дело»

Руководитель работы: кандидат медицинских наук

Парамонова Татьяна Константиновна

Рецензент: академик РЛАН, доктор медицинских наук, Пешев Лев Павлович

Саранск

2000

## **Реферат**

Дипломная работа содержит … страниц, 6 рисунков, 11 таблиц, … использованных источника.

Перечень ключевых слов: послеродовый эндометрит.

Объект исследования: родильницы с послеродовым эндометритом.

Цель работы – оценить эффективность антибиотикотерапии послеродового эндометрита и антибиотикотерапии в комбинации с метрогилом.

Методы исследования: клинико-анамнестический, лабораторный, статистический.

Полученные результаты показали, что группу риска в развитии послеродового эндометрита составляют женщины:

а) первородящие молодого возраста;

б) страдающие хроническими гинекологическими воспалительными заболеваниями;

в) имеющие осложнения в течение беременности (анемия, кольпит, угроза прерывания беременности) и родов (дородовое излитие околоплодных вод, эпизиотомия).

У больных послеродовым эндометритом после проведенной антибиотикотерапии и антибиотикотерапии в комплексе с метрогилом отличается более ранее стихание симптомов заболевания, нормализация лейкоцитной формулы и сокращение койко-дней в ответ на комплексное лечение. То есть использование метрогила в традиционной антибиотикотерапии послеродового эндометрита позволяет более быстрому улучшению состояния больных и сокращению койко-дней.

Степень внедрения: частичная.

Область применения: практическое здравоохранение.

## **Введение**

Гнойно-воспалительные заболевания, в том числе послеродовый эндометрит являются актуальными в акушерской практике.

Решение этих проблем во много раз увеличит вероятность, что репродуктивная функция женщины будет сокращена.

В настоящее время послеродовые инфекционные осложнения занимают ведущее место в структуре материнской смертности [21, 32, 40, 58, 60, 84, 85, 87]. В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению послеродовых инфекционных заболеваний [32, 33, 48], в том числе и послеродового эндометрита. Истинную распространенность этого заболевания установить весьма сложно в связи с ограниченным набором объективных, специфических методов его диагностики. Поздно диагностируемый, неправильно или недостаточно активно леченый может привести к инвалидизации больных и нарушению функций половых органов, поэтому поиск методов ранней диагностики и новых, высокоэффективных способов его лечения является одной из важнейших задач в акушерской практике.

Согласно современным данным, основными причинами роста частоты послеродового эндометрита является изменение видового состава микробной флоры, возникновение агрессивных форм бактериальной инфекции, нередко как проявление госпитальной инфекции [17, 83], перераспределение значимости предрасполагающих факторов в связи с увеличением числа оперативных вмешательств в родах [61, 75], широкое внедрение антибиотиков и нередко их нерациональное использование [76], снижение иммунологической реактивности женского организма во время беременности [29, 68]. Изменилось и клиническое течение послеродовых и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений [32, 59], с появлением стертых форм представляющих все большие трудности для диагностики, контроля за проводимым лечением и самой терапией.

Многие авторы указывают, что у женщин во время беременности и в ранние сроки послеродового периода наблюдается транзиторный частичный иммунодефицит [25]. Для успешного разрешения практических и теоретических вопросов необходимо хорошо представить все современные методы лечения послеродового эндометрита.

Так как послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, в том числе и послеродовый эндометрит, определяют структуру материнской смертности и репродуктивную функцию женщины, следовательно, адекватное лечение решает часть проблемы, улучшая прогноз, сокращая койко-дни.

Цель нашей работы – оценить эффективность антибиотикотерапии послеродового эндометрита (ПЭ) и антибиотикотерапии в комбинации с метрогилом.

Исходя из вышеизложенного были поставлены следующие задачи:

1. выявить факторы риска в развитии ПЭ;
2. оценить эффективность традиционной антибиотикотерапии ПЭ и антибиотикотерапии в комплексе с метрогилом;
3. обосновать необходимость использования комплексного лечения ПЭ.

Для решения вышепоставленных задач были использованы клинико-анамнестический метод, лабораторный. Полученные данные были обработаны статистически. На основании проведенной работы сделаны соответствующие выводы.

1. **Обзор литературы**
	1. **Послеродовый эндометрит, этиология, факторы риска, клиника**

Послеродовый эндометрит (родовая лихорадка) – самая частая форма послеродовой инфекции. В первую очередь в процесс вовлекаются эндометрит и прилегающие легеометрии.

Данные о частоте возникновения ПЭ в настоящее время разноречивы. Он развивается у 0,5-8% родильниц, а среди родильниц с послеродовой инфекционной патологией больные ПЭ составляют по разным данным от 0,6 до 49% [26, 32, 79]. В настоящее время в структуре смертности беременных, рожениц и родильниц гнойно-воспалительные заболевания занимают 4-5 место [55].

На долю ПЭ приходится от 20 до 50% всех инфекционных осложнений пуэрпия [47, 51]. Заболеваемость эндометритом после самопроизвольных родов составляет в среднем 2-10% [26, 32, 66], после патологически протекающих родов 10-20% [17], после операции кесарева сечения от 5 до 95% [28].

Выделяют три достаточно достоверных фактора риска развития ПЭ [65, 69]. В первую очередь – это кесарево сечение, которое дает до 80% всех послеродовых эндометритов. Следующий фактор риска включает в себя продолжительность родов, длительность безводного промежутка, травматизация родовых путей в ходе родов и так далее. Третий фактор – низкий социально-экономический статус пациенток [69].

Этиология эндометрита, как и другие гнойно-воспалительных заболеваний, отличается динамичностью, изменяется в разные периоды в зависимости от ряда факторов, из которых в настоящее время на первом месте стоит антибактериальная терапия [17]. Это диктует необходимость наблюдения за изменением возбудителей эндометрита. Получаемые при этом результаты определяют направленность антибактериальной терапии, выбор адекватного препарата и рациональной схемы его использования.

Следует отметить, что в литературе имеются противоречивые мнения в отношении возбудителей ПЭ. Так в последние два десятилетия чрезвычайно широкое и не всегда оправданное использование в акушерской практике ценолоспоринов и аминогликазидов привело к резкому увеличению этиологических значения энтерококков, как известно нечувствительных к указанным антибиотикам [1].

В последние годы большинство исследователей практически единодушно отводят ведущую роль в этиологии ПЭ условно-патогенным микроорганизмам, составляющим нормальную флору половых путей женщины [64, 65, 67]. В большинстве случаев речь идет о полимикробной инфекции, включающей факультативных анаэробов и облигатной неклостридальной анаэробной микрофлоры. Такие ассоциации при послеродовом эндометрите выявляются в 80 – 90% случаев [67, 82].

Среди грамоотрицательных факультативных анаэробов доминирует E. coli, частота выделения которой при ПЭ колеблется от 17 до 37% [2, 19], Klesiella – 2,7% случаев [65], Энтерококк – 24% [2].

Также, часто выделяются при ПЭ граммположительные кокки, практически за счет стрептококков группы D, которые обнаруживаются в 37 – 52% случаев. Чаще всего стафилококк выделяется одновременно с кишечной палочкой или энтерококком [2].

Частота выделения из полости матки облигатных неспорообразующих анаэробов по некоторым данным достигает 73 – 96% [12, 45].

В последнее время в литературе появились сведения о возможной роли в возникновении ПЭ генитальных микроплазм. Частота их обнаружения в содержимом полости матки при ПЭ чрезвычайно высока и достигает 26% для Mycoplasma homihis, 76% - для Ureaplasma urealiticum [8]. Однако этот вопрос остается спорным и единого мнения по этому поводу нет.

Chlamydia trachomatis выделяется достаточно редко – 2-3% случаев и ее роль в возникновении ПЭ большинством авторов ставится под сомнение [45].

Таким образом, определение истинной этиологической роли того или иного возбудителя крайне необходимо для выбора дальнейшей тактики лечения.

В подавляющем большинстве случаев попадание в полость матки условно-патогенной микрофлоры нижних отделов генитального тракта происходит восходящим путем в процессе родов или в ближайшем послеродовом периоде [64, 65, 82]. Во время кесаревого сечения возможна также прямая бактериальная инвазия в кровеносную и лимфатическую системы матки [65]. Однако, для того, чтобы развился ПЭ, кроме наличия возбудителя необходимо наличие благоприятных условий, обеспечивающих рост и размножение микроорганизмов. К таким условия относятся находящиеся в полости матки сразу после родов лохии, сгустки крови, остатки некротизированной децидуальной ткани гравидарной слизистой [64, 65, 67]. При кесаревом сечении к этим предрасполагающим факторам присоединяются и некоторые другие серьезные локальные изменения, связанные с дополнительной травматизацией тканей матки во время хирургического вмешательства: отек и ишемия тканей в области шва, наличие микрогематом, большое количество инородного шовного материала [64, 65, 67, 82].

Другим условием развития эндометрита является количественная обсемененность микрофлорой полости матки. Сторонники данной идеи разработали критерии количественной оценки обсемененности полости матки и установили, что она достоверно выше, чем у здоровых родильниц. При неосложненном течении послеродового периода показатель 10 – 103 КОЕ/мл соответствует низкой степени обсемененности, показатели в пределах 103 - 9⋅103 КОЕ/мл – являются пограничными между нормой и инфекционным процессом. Содержание 104 - 9⋅104 КОЕ/мл – средняя степень обсемененности и свидетельствует о развитии инфекционного процесса. При тяжелом течении эндометрита чаще отмечается показатель обсемененности полости матки – 105 – 108 КОЕ/мл. другие ученые [4] пришли к такому же мнению, у женщин больных эндометритом имелось исходное инфицирование матки. Данное положение было подтверждено результатами гистологического исследования, обнаружившего в биопсийном материале, полученном из стенки матки при кесаревом сечении бактериальную инвазию и признаки острого воспаления. Следует отметить, что микроорганизмы в мышечном слое выявлялись также в группе женщин, у которых эндометрит не развился, однако обсемененность была меньшей.

 Значительная роль в развитии эндометрита после родов и особенно после кесарева сечения отводится нарушениям контрольной активности матки и нарушение оттока ее содержимого ведет к увеличению уровня бактериальной обсемененности эндометрия [10, 18].

Большое значение играет состояние иммунологической толерантности организма. Существенное иммунодепрессивное действие оказывают эстрогены [79], выработка которых при беременности резко увеличивается. Аналогичным действием обладает и прогестерон, секреция которого при беременности значительно возрастает [81]. Предполагается, что в отношении подавления трансплантационного иммунитета действие эстрогенов и прогестерона синергично [86]. Необходимо отметить, что во время беременности повышение содержания глюкокортикоидов, АКТГ, адреналина, норадреналина, дофамина, серотонина, кортизола и других также оказывает иммунодепрессивное действие.

Можно считать, что повышенная склонность женщины в послеродовом периоде к гнойно-септическим заболеваниям частично объясняется иммунологическими перестройками, свойственными беременности.

Существует много разных классификаций ПЭ.

За последние время [15] описывают две клинические формы ПЭ: легкую и тяжелую, причем эндометрит после самопроизвольных родов протекает в легкой форме, а после операции кесарева сечения – в тяжелой.

Одни авторы [18, 39] выделяют три клинических формы заболевания – легкую, среднетяжелую и тяжелую, отличающихся друг от друга выраженностью симптоматики, изменениями лабораторных показателей, а также продолжительность течения.

Другая группа ученых [23, 32] различает уже четыре формы ПЭ: классическую, абортивную, стертую и эндометрит после кесарева сечения.

При классическом течении признаки заболевания появляются на 1–5 день послеродового периода, реже на 6–7 день.

Клиника характеризуется острым началом: температура повышается до 38-39 °С, отмечается озноб, тахикардия, субинвалюция матки, болезненность ее при пальпации, особенно возле ребер, по ходу крупных лимфатических сосудов, головная боль, общая слабость. Выделения из матки мутные, со зловонным запахом, обильные или умеренные. Возможно накопление и задержка лохий в полости матки (лохиометра), так как сократительная способность матки снижена. В крови отмечается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, ускорение СОЭ. Анемия заболевания в среднем составляет 9 суток.

Клинические симптомы абортивной формы ПЭ проявляются уже на 2-4 сутки. С началом интенсивного лечения все симптомы полностью исчезают. Средняя продолжительность абортивной формы эндометрита – 7 дней [1, 5, 35].

Эндометрит после кесарева сечения чаще всего проявляется на 1-2 сутки после операции, иногда на 4-5 сутки. Лохии с самого начала заболевания бурого цвета, мутные, затем становятся водянистыми или цвета мясных помоев. Средняя продолжительность при данной форме 18-19 суток.

В последние 15-20 лет широкое применение антибиотиков привело к значительному увеличению частоты стертых форм ПЭ, для которых характерно несоответствие между клиническими проявлениями заболевания и глубиной патоморфологических изменений в органах [1, 35].

Клиника характеризуется поздним началом, на 5-7 сутки, вялым, без четкой симптоматики, затяжным рецидивирующим течением. Частота этой ПЭ достигает у нас в стране 33-56% [44].

Практически каждое новое исследование выдвигает новые положения и новые термины в классификации ПЭ. Ф.П. Смекуна [44], основываясь на данных гистероскопии, описывает три варианта клинического течения ПЭ: эндометрит, эндометрит с некрозом децидуальной оболочки и эндометрит с остатками плацитарной ткани. В.Г. Чикин [54] по клинико-патогенетическим показателям выделяет три формы ПЭ: компенсированный, субкомпенсированный и легкокомпенсированный. Но практически ни одна из этих классификаций так и не получила широкого распространения в акушерской практике.

* 1. **Современные методы лечения послеродового эндометрита**

Терапия послеродовой инфекции должна быть комплексной и ставить перед собой следующие задачи:

1. Ослабление или уничтожение возбудителя заболевания;
2. Устранение или нейтрализация очага инфекции;
3. Укрепление сопротивляемости организма, мобилизация его защитных сил против инфекции;
4. Устранение нежелательных симптомов.

Основными компонентами в лечении ПЭ в настоящее время являются антибиотики, рациональное применение которых обеспечивает успех лечения. Учитывая полимикробную этиологию ПЭ наибольшее распространение в настоящее время получили антибиотики широкого спектра действия, или комбинации из нескольких препаратов.

ММА имени И.М. Сеченова опубликовало исследования по применению уназина – сочетающего в себе ампицилин и сульбактам, для лечения послеродового эндометрита. Эффективность уназина – 88%, линкомицина и циналоспоринов – 80 и 76,2%. По исследованию было дано заключение: монотерапия является альтернативной традиционному лечению антибиотиков. Уназин – препарат выбора для лечения острого послеродового эндометрита, т.к. появились штаммы, устойчивые к действию β-лактанных антибиотиков.

Чаще лечение начинают до получения антибиотико-грамм. При тяжелом течении используют комбинацию антибиотиков. Следует принимать во внимание высокий процент резистентных штаммов бактерий и назначать те препараты, устойчивость к которым не очень велика. Этим требованиям отвечают в первую очередь аминогликозиды (мономицин, канамицин, гентамицин), полусинтетические пенициллины (ампициллин, ампиокс) и цефалоспорины (цепорин, кефзол). Лечение начинают с назначения одного препарата в средней или максимальной дозе. Эффективна комбинация гентамицина с линкомицином, левомицеплином, эритромицином, рифампицином. Продолжительность 6-7 суток, при генерализации процесса – 10-14 суток. При отсутствии эффекта в течение 3 дней следует произвести смену антибиотиков. Центральные клиники г.Москвы рекомендуют смену антибиотиков через одни сутки

Дезинтоксикационная терапия

При выраженной интоксикации в качестве дезинтоксикационных растворов применяют гемодез, реополиглюкин, полиглюкин, обладающих антиагрегационными свойствами, изотонический раствор хлорида натрия, 5%, 10%, 20% раствор глюкозы с инсулином. Количество вводимой жидкости определяется в первую очередь выраженностью интоксикации, а также массой тела больной и данными клинических анализов. При ненарушенной функции почек растворы вводят 30 мг/кг за 24 часа, при повышении температуры на 1° добавляют еще 5 мг/кг. При нормальном мочеотделении (50 мл/ч) ≈ 2,5-3 литра. При тяжелых генерализованных формах ≈ 4-6 литров.

Белковые препараты

При продолжительном течении заболевания гипопротеинемия, которая особенно выражена при гнойном перитоните. В этом случае необходимы трансфузии крови по 150-200 мл, вливания плазмы по 200-250 мл, введение альбумина в виде 5, 10, 20% раствора веществ капельно в количестве 200-250 мл. соотношение коллоидов и кристаллоидов в первые сутки – 2:1, в последующие дни – 1:1.

При нарушении водного и электролитного обмена в организм следует вводить капельным способом необходимое количество воды и солей. Обычно вводится раствор KCl 10% в дозе 60-100 мл, при почечной недостаточности, т.к. гиперкалиемия, в этих в этих случаях хлорид кальция 10–15 мл/сутки. В качестве кровезаменителей используются физиологический раствор, жидкость Дарроу, раствор «Трисоль», «Хлосоль» и другие. Для профилактики и лечения коагулопатии вводят гепарин (суточная доза 20-30 тыс.ЕД) по 5 тыс.ЕД с интервалами 4-6 часов.

Учитывая наличие инфекционного процесса и применение антибиотиков, снижающих содержание витаминов, проводят активную витаминотерапию. Витамины, особенно витамин С и витамины группы В.

Десенсибилизирующая терапия

С целью снижения сенсибилизации, как правило, сопутствующей инфекционному процессу, используют димедрол и пипольфен. Димедрол по 0,05 л 2 раза в день, 1% раствор димедрола, 2% раствор супрастина по 1 мл 2 раза в день или 2% раствор пипольфина по 0,025 мл 2 раза в сутки.

Иммунокоррегирующая терапия.

Важное значение имеет иммунотерапия – специфическая (вакцины, сыворотки) и неспецифическая (введение γ-глобулина, переливание крови, аутогемотерапия и др.). Также используется иммунокоррегирующая терапия:

1. индукторы интерферрона (неовир, лейкинферрон, виферрон),
2. иммуномодуляторы широкого спектра действия (нуклеинат натрия, Т-активин).

Существует методика пассивной иммунизации гипериммунной антистафилококковой плазмой, антисинегнойной и антиколибациллярной плазмой (ежедневно по 150-200 мл, курс 5 дней), γ-глобулином по 100 МЕ в/м через день 3-10 раз. Такое лечение уже к 10-14 дню ведет к увеличению общего числа зрелых Т-лимфоцитов. Антистафилококковый γ-глобулин назначают по 5 мл в/м через день курсом 3-5 инъекций. Свежецитратная кровь по 200-250 мл через 1-2 дня. γ-глобулин или колиглобулин по 3 мл в/м через день. Левамизол по 0,05 3 раза в день с интервалом в три дня внутрь.

С целью ограничения воспаления и уменьшения содержания в матке инфицированных лохий, назначают холод на низ живота и средства, сокращающие матку (окситоцин, питуинтрин). После снижения температуры тела, стихания местных воспалительных являний и нормализации картины крови можно приступить к рассасывающей физиотерапии.

В последние годы вновь наметился интерес к разработке местных способов лечения ПЭ. Одним из вариантов местного лечения является промывание матки охлажденным раствором фурациллина.

При эндометрите, обусловленном задержкой плацентарной или некрозом децидуальной ткани, производится выскабливание стенок послеродовой матки. Некоторые авторы рекомендуют широко использовать вакуум-аспирацию полости матки [11].

В отдельных случаях хирургическому лечению послеродовой инфекции принадлежит основная роль. Это относится, прежде всего, к радикальным операциям, направленным на удаление очага инфекции при начинающемся перитоните. В настоящее время делаются попытки хирургического лечения тромбофлебита бедренной вены.

В большинстве случаев хирургическое лечение послеродовой инфекции сводится:

1. К диагностическим и лечебным пункциям (диагностические пункции при пельвиоперитонитах, перитонитах, параметритах, паранефритах);
2. К операциям по поводу гнойных скоплений в параметральной и паранефральной клетчатке (при гнойных параметритах и паранефритах), в полости малого таза (при пельвиоперитонитах).

Перспективным, при местном лечении ПЭ, является применение многокомпонентных мазей на гидрофильной основе. Одним из таких препаратов является «Диоксиноль».

Группа ученых [69] предлагает использовать для лечения послеродовых заболеваний и, в частности, ПЭ внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) гелий-неоновым лазером.

Другая группа исследователей [63] рекомендует для лечения ПЭ полупроводниковое лазерное излучение.

Применяя все указанные методы лечения, нужно помнить, что они эффективны, если не обеспечены тщательный уход за больной (после операции) и она не получает соответствующей диеты.

Раннее начало и активное проведение всего комплекса лечебных мероприятий позволяют добиться снижения материнской летальности при послеродовых инфекционных заболеваниях, более быстрого улучшения состояния больных и сокращения койко-дней.

1. **Собственные исследования**
	1. **Материалы и методы**

Для решения вышепоставленных задач было обследовано 50 родильниц с ПЭ, находящихся на лечение в гинекологическом отделении 4-й городской больницы города Саранска. При обследовании каждой больной составлялась анкета в которой отражены следующие моменты: фамилия, имя, отчество; возраст; репродуктивная функция: какая беременность на счету, какие роды по счету, медицинский аборт, самопроизвольный аборт; экстрогенитальная патология; гинекологические заболевания, осложнения в данной беременности; осложнения в родах; на какие сутки и до каких цифр повышалась температура тела; длительность безводного периода; лейкоциты крови в первые дни заболевания, микрофлора полости матки; проведенное лечение, лейкоциты крови при выписке, проведено койко-дней.

При обследовании больных использовались следующие методы:

* + 1. Лабораторные методы диагностики.
		2. Статистический метод.

Диагностику ПЭ и контроль за лечением осуществляли на основании:

клинических данных: неоднократное повышение температуры более 37°С со 2-х суток после родов, болезненность и пастозность матки при пальпации, гноевидные лохии;

лабораторных данных: лейкоциты крови более 10⋅109 /л; бактериологическое исследование матки.

* + 1. **Статистическая обработка полученных данных**

С целью решения вопроса о достоверности полученных данных об эффективности лечения ПЭ антибиотиками в комплексе с метрогилом, все результаты исследования были обработаны методом вариационной статистики.

Для определения степени рассеяния полученных величин определяли среднюю арифметическую (М) каждой величины по формуле:

где x – величина показателя,

n – число наблюдений.

Оценку критерия достоверности по таблице Стьюдента и определяли коэффициент вероятности р.

Достоверность 95% (р≤0,05) и более позволяет в исследованиях делать определенные выводы. Статистическая обработка результатов исследования проведена на машине IBM.

* 1. **Клиническая оценка обследуемых женщин**

Под нашим наблюдением находились 50 женщин с ПЭ, поступивших на лечение в гинекологическое отделение 4-ой городской больницы г.Саранска.

Все женщины по возрасту были распределены на 4 группы (рис.1).

I – до 25 лет (33 женщины) – 66%

II – от 26 до 30 дет (14 женщин) – 28%

III – от 31 до 35 лет (2 женщины) – 4%

IV – старше 35 лет (1 женщина) – 2%

Особенности репродуктивной функции женщин представлены в таблицах 2.2.1., 2.2.2. и рис.1.

Таблица 2.2.1.

Возрастная характеристика и число беременных женщин с ПЭ.

|  |  |
| --- | --- |
| Какая беременность по счету | Возрастная группа |
| I | II | III | IV |
| первая | 20 (40%) | 7 (14%) | 1 (2%) | - |
| вторая | 11 (22%) | 3 (6%) | 1 (2%) | 1 (2%) |
| третья | 2 (4%) | 2 (4%) | - | - |
| четвертая  | - | 1 (2%) | - | - |
| седьмая | - | 1 (2%) | - | - |

Из таблицы 2.2.1. следует, что повторная беременность выявлена у 44% женщин, в основном в возрасте до 25 лет.

Таблица 2.2.2.

Возрастная характеристика и число родов у женщин с ПЭ.

|  |  |
| --- | --- |
| Которые роды по счету | Возрастная группа |
| I | II | III | IV |
| первые | 30 (60%) | 9 (18%) | 2 (4%) | - |
| вторые | 2 (4%) | 4 (8%) | - | 1 (2%) |
| третьи | 1 (2%) | 1 (2%) | - | - |
| медицинский аборт | 6 (18,8%) | 3 (21,4%) | 1 (50%) | - |
| выкидыш | 1 (3%) | 3 (21,4%) | - | - |

Из таблицы 2.2.2. следует, что лишь 18% женщин в обследуемой нами группе больных наблюдались по поводу повторных родов, причем, количество родов с возрастом значительно уменьшается.

Нами установлено, что 18,8% обследуемых женщин в возрасте до 25 лет имели в анализе медицинский аборт, во второй возрастной группе – 21,4%. В третье группе – 50%, в четвертой возрастной группе наблюдалась 1 женщина, которая не обращалась за медицинской помощью по поводу прерывания беременности.

Таким образом, наибольший процент женщин (50%), обращались за медицинской помощью по поводу прерывания беременности, выявлен в третьей группе.

Изучая экстрагенитальные заболевания родильниц с ПЭ патология была выявлена у 31 женщины, что составило 62%.

Из соматических заболеваний были выявлены следующие:

а) заболевания сердечно-сосудистой системы:

 миокардиодистрофия – 2 женщины,

 вегетососудистая дистония – 4 женщины,

коррегированный порок сердца,

сочетанный аортальный порок сердца – 1 женщина,

варикозное расширение вен нижних конечностей – 1 женщина;

б) заболевания желудочно-кишечного тракта:

желчно-каменная болезнь – 1 женщина,

хронический холецистит – 6 женщин,

хронический гастрит – 2 женщины;

в) заболевания почек и мочевыводящих путей:

хронический пиелонефрит – 14 женщин,

хронический цистит – 4 женщины,

дистопия правой почки – 1 женщина;

г) заболевания эндокринной системы:

гипоплазия щитовидной железы – 1 женщина,

диффузный токсический зоб, II ст. – 1 женщина;

д) заболевания крови:

анемия – 21 женщина;

е) заболевания дыхательной системы:

хронический тонзиллит – 2 женщины,

хронический гайморит – 1 женщина;

ж) заболевание соединительной ткани:

ревматизм НФ – 1 женщина;

з) миопия – 3 женщины;

и) опухоль коры головного мозга – 1 женщина.

Соматические заболевания не были выявлены лишь у 14 женщин, что свидетельствует о низком состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста.

Гинекологические заболевания в анамнезе имелись у 28 наблюдаемых нами женщин, что соответствует, что составило 56% (табл.2.2.3., рис.2).

Таблица 2.2.3.

|  |  |
| --- | --- |
| Гинекологические заболевания | Возрастная группа |
| I | II | III | IV |
| Хроническое воспаление матки и придатков | 4 | 7 | 2 | - |
| Кольпит | 9 | 4 | - | - |
| Эрозия шейки матки | 4 | 4 | - | - |
| Дисфункциональные маточные кровотечения  | 1 | 1 | - | - |
| Бартолинит | 1 | - | - | - |
| Полип цервин канала  | 1 | - | - | - |
| Хронический аднексит | 1 | 1 | - | - |
| Нет заболеваний | 16 | 4 | - | - |

При изучении анамнеза уделялось также внимание осложнениям беременности (табл.2.2.4., и рис.2).

Таблица 2.2.4.

Возрастная характеристика и осложнения беременности женщин с ПЭ.

|  |  |
| --- | --- |
| Осложнения беременности | Возрастные группы |
| I | II | III | IV |
| Токсикоз II половины | 2 | 4 | 1 | - |
| Сочетанный токсикоз II половины | 2 | 1 | - | - |
| Анемия | 12 | 7 | 1 | 1 |
| Кольпит | 9 | 4 | - | - |
| Угроза прерывания беременности | 13 | 6 | 1 | - |
| Общеравномерно сужен таз  | 7 | 2 | - | - |

Как видно из таблицы 2.2.4. и рис.2 21 (63,6%) женщины до 25 лет имели различные осложнения беременности. Среди женщин второй возрастной группы 86% женщин имели неблагоприятное течение беременности. У обеих женщин из третьей возрастной группы наблюдались различные осложнения. У женщин четвертой возрастной группы имеются осложнения в течении беременности в виде анемии.

Наиболее часто встречаемой патологией явилась анемия (42%), кольпит выявлен в 13 случаях (26%). Осложнения в течении родов были у 58%, и лишь в 42% случаев роды протекали благополучно.

Особенности течения родов у женщин в обследуемой группе отражены в таблице 2.2.5 и рис.2.

Таблица 2.2.5.

Возрастная характеристика и осложнения родов у женщин с ПЭ.

|  |  |
| --- | --- |
| Осложнения родов | Возрастные группы |
| I | II | III | IV |
| Дородовое излитие околоплодных вод | 4 | 5 | 1 | - |
| Первичная слабость родовой деятельности | 7 | 2 | - | - |
| Гипотоническое кровотечение | 1 | - | - | - |
| Стремительные роды | - | 4 | 1 | - |
| Разрыв родовых путей I и II степени | 3 | 3 | 1 | - |
| Эпизиотомия | 6 | 2 | - | - |
| Хариоамнионит | 1 | - | - | - |
| Плотное прикрепление плаценты | 1 | 1 | - | - |
| Разрыв лонного сочленения | 1 | - | - | - |

Из таблицы 2.2.5 и рисунка 2 следует, что наиболее частым осложнением в ходе родов является дородовое излитие околоплодных вод, выявленное в 10 случаях (20%). На третьем месте – эпизиотомия – 8 случаев (16%) и на втором месте – первичная слабость родовой деятельности – 9 случаев (18%).

Изучая клиническую картину течения ПЭ в обследуемой группе родильниц, мы обращали внимание на время возникновения пика ярких клинических проявлений и повышения температуры тела.

Температурная реакция у всех женщин была выражена по-разному и представлена в таблице 2.2.6.

Таблица 2.2.6.

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела, °С | На какие сутки повышалась температура тела |
| на 1е | на 2е | на 3е | на 4е | На 5е | На 6е | на 7е | на 8е | на 9е | на 12е | на 16е |
| от 37,1 до 37,9 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 |
| от 38,0 до 38,9 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| более 39,0 | 2 | 2 | 4 | 2 | - | 1 | - | 1 | 2 | - | - |

ПЭ протекал без температурной реакции у 12 женщин (24%). Эти данные свидетельствуют о вялой реакции организма на инфекцию.

Всем женщинам было произведено диагностическое выскабливание для определения возбудителя, результаты представлены в таблице 2.2.7.

Таблица 2.2.7.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возбудитель | Кол-во человек у которых выявлен данный возбудитель | % от общей группы |
| E.coli | 6 | 12% |
| St.aureus | 6 | 12% |
| St.sapuophiticus | 9 | 18% |
| St.epidermicus | 4 | 8% |
| St.haemoliticus | 1 | 2% |
| Entercoccus | 5 | 10% |
| St.viridans | 1 | 2% |
| Citrobacter amalonaticus | 1 | 2% |
| St.agglomerans | 1 | 2% |
| Не выявлен | 16 | 32% |

Из таблицы видно, что возбудитель был идентифицирован у 68% женщин больных ПЭ. Преобладали аэробные микроорганизмы: St.sapuophiticus (18%), E.coli (12%), St.aureus (12%), Entercoccus (10%). Повышение лейкоцитов крови, как результат воспалительного процесса, наблюдалось лишь у 23 (46%) женщин, у 27 больных ПЭ лейкоциты крови были в пределах нормы. Количество лейкоцитов от 10⋅109 до 15⋅109 /л было лишь у 19 женщин, и у 4 больных ПЭ лейкоцитоз был в пределах 16-19⋅109 /л.

Таким образом, ПЭ развивается чаще у женщин молодого детородного возраста (до 25 лет), первобеременных и первородных.

Факторами риска могли служить очаги хронических гинекологических заболеваний (хроническое воспаление матки и придатков, кольпит), токсикоз II половины беременности, дородовое излитие околоплодных вод, эпизиотомия, травматическое повреждение родовых путей (рис.1 и 2). Возбудителями, вызвавшими эндометрит, были:

St.saprophiticus (18%),

E.coli (12%),

St.aurius (12%),

Enterococcus (10%).

Особенностями ПЭ являлись стертая клиническая картина, умеренный лейкоцитоз, вялая температурная реакция.

* 1. **Оценка эффективности женщин с послеродовым**

**эндометритом**

При изучении эффективности антибиотикотерапии + метрогил в сравнении с традиционной антибиотикотерапией большое значение придавалось клиническим и лабораторным данным.

Результаты температурной реакции на терапию отражены в таблице 2.3.1 и на рис.3.

Таблица 2.3.1.

Динамика температурной реакции на фоне проведенной терапии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | На какие сутки нормализовалась температура тела | М, сут |
| 1 с | 2 с | 3 с | 4 с | 5 с | 6 с | 7с |
| I гр. (а/б+метрогил) | - | 9 | 3 | 5 | 1 | 2 | - | 3,2 |
| p |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II гр. (а/б-терапия) | - | 1 | 6 | 5 | 3 | 2 | 1 | 4,1 |

Примечание: р – коэффициент вероятности по сравнению с контрольной группой женщин, получающих антибиотикотерапию

Как следует из таблицы 2.3.1 и рисунка 3 ПЭ в I группе женщин сопровождали температурной реакцией у 20 женщин, причем температура тела в результате проведенной терапии нормализовалась в среднем на 4,1 сутки.

Таким образом, использования метрогила в комплексном лечении послеродового эндометрита привело к более раннему снижению температуры тела на 0,9 суток.

Динамика нормализации количества лейкоцитов крови у женщин с ПЭ на фоне проведенного лечения приводится в таблице 2.3.2 и рисунке 4.

Таблица 2.3.2.

Динамика лейкоцитов крови на фоне проведенной терапии у женщин с ПЭ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| группы | На какие сутки нормализовалось количество лейкоцитов крови | М, сут |
| 1с | 2с | 3с | 4с | 5с | 6с | 7с | 8с | 9с | 10с | 11с | 12с |
| I гр. (а/б+метро- гил) | - | - | - | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | - | - | 6,9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II гр. (а/б-терапия) | - | - | 1 | 1 | - | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 7,2 |

Примечание: р – коэффициент вероятности по сравнению с контрольной группой женщин, получающих антибиотикотерапию.

Изучение динамики нормализации количества лейкоцитов крови в результате проведенной терапии показало, что в I группе количество лейкоцитов было повышено лишь у 13 женщин больных ПЭ. Нормализация лейкоцитов в периферической крови произошло в среднем на 6,9 сутки в результате проведенной антибиотикотерапии с метрогилом (р ).

Во II группе лейкоцитоз был лишь у 10 женщин, количество лейкоцитов в периферической крови нормализовалось в результате традиционной антибиотикотерапии в среднем на 7,2 сутки. Полученные данные свидетельствуют, что антибиотикотерапия с метрогилом привела к более раннему снижению крови на 0,3 суток.

Динамика окончательной нормализации самочувствия, т.е. исчезновение всех симптомов заболевания (болей внизу живота, гноевидные лохии), включая и нормализацию температуры тела, отражены в таблице 2.3.3 и рис.5.

Таблица 2.3.3.

Динамика исчезновения всех симптомов заболевания, включая и нормализацию температуры тела у женщин с ПЭ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| группы | На какие сутки нормализовалось общее состояние | М, сут |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| I гр. (а/б+метро гил) | - | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | - | 1 | - | - | - | - | 5,5 |
| Р |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II гр. (а/б-терапия) | - | - | - | 1 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 8,8 |

Примечание: р – коэффициент вероятности по сравнению с контрольной группой женщин, получающих антибиотикотерапию.

Из таблицы 2.3.3 и рисунка 5 следует, что в I группе женщин с ПЭ, получающих антибиотикотерапию и метрогил, симптомы заболевания и жалобы больных (боли внизу живота, гноевидные лохии) исчезли в среднем на 5,5 сутки.

Во II группе симптомы заболевания исчезли в среднем на 8,8 сутки.

Таким образом, использование метрогила в традиционной антибиотикотерапии ПЭ привело к более раннему исчезновению симптомов в среднем на 3,3 суток.

Количество койко-дней, проведенных женщинами в стационаре, отражено в таблице 2.3.4 и рисунке 6.

Таблица 2.3.4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | Количество койко-дней проведенных в стационаре | М, койко-день |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| I гр. (а/б+метрогил) | - | - | - | - | 1 | 5 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 1 | - | 2 | 1 | - | - | - | 1 | 9,3 |
| р |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II гр. (а/б-терапия) | - | - | - | 1 | - | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | - | - | - | - | 10,2 |

Примечание: р – коэффициент вероятности по сравнению с контрольной группой женщин, получающих антибиотикотерапию.

Из таблицы 2.3.4 и рисунка 6 следует, что I группа женщин, которые получали антибиотикотерапию и метрогил провели в среднем 9,3 койко-дней (р……). II группа женщин провели в среднем 10,2 койко-дней.

То есть для выздоровления I группе женщин понадобилось на 0,9 койко-дней меньше, следовательно комплексная терапия с метрогилом является альтернативной традиционному лечению антибиотиками.

**Заключение.**

Послеродовый эндометрит – самая частая форма послеродовой инфекции. Актуальность развития ПЭ неоспорима.

Несмотря на совершенствование методов диагностики, проведения лечебно-профилактических мероприятий, в последнее десятилетие отмечается рост частоты послеродовых и послеоперационных гнойно-воспалительных заболеваний [32, 33, 48]. Эти заболевания занимают ведущее место в структуре материнской смертности [21, 32, 40, 58, 60, 84, 85, 87]. На долю ПЭ приходится от 20 до50% всех инфекционных осложнений пуэрперия [47, 51]. Во все увеличивающемся потоке публикаций по данной проблеме предлагается все новые классификации, новые методы диагностики, профилактики и лечения. Отчасти это обусловлено объективными причинами (изменение клиники и этиологической структуры, как результат нерационального применения антибактериальных препаратов, влияние неблагоприятных экологических, социально-экономических, профилактических факторов). Попытки, на основании комплексных исследований, объективно сравнить данные различных авторов, чрезвычайно редки. А это резко затрудняет возможность внедрения научных разработок в практику. В итоге, в клинике наблюдается далеко не радостная картина: диагностика эндометрита основывается на общеклинических показателях (измерение температуры тела, подсчета лейкоцитов в анализе крови и визуальной оценки лохий). При этом отсутствует оценка всех патофизиологических изменений, происходящих в организме родильницы.

Так как гнойно-воспалительные заболевания, в том числе и послеродовый эндометрит, определяют структуру материнской смертности и репродуктивную функцию женщины, следовательно, адекватное лечение решает часть проблем, улучшая прогноз, сокращая койко-дни.

Исходя из выше изложенного, целью нашей работы явилось – оценить эффективность антибиотикотерапии послеродового эндометрита и антибиотикотерапии в комплексе с метрогилом.

Задачами наших исследований были:

1 – выявить факторы риска в развитии ПЭ,

2 – изучить современные методы лечения ПЭ,

3 – оценить эффективность традиционной антибиотикотерапии ПЭ и антибиотикотерапии в комплексе с метрогилом,

4 – обосновать необходимость использования комплексного лечения ПЭ.

Для решения вышепоставленных задач было обследовано 50 родильниц с ПЭ, находящихся на лечении в гинекологическом отделении 4-ой городской больницы г.Саранска.

При обследовании больных были использованы следующие методы:

1. клинико-аналитический метод (сбор анамнеза, оценка общего статуса, изучение динамики клинических проявлений заболевания);
2. лабораторный метод (определение общего количества лейкоцитов, бактериологическое исследование матки);
3. метод вариационной статистики. Определяли среднее значение показателя – М, коэффициент вероятности – р. Статистическая обработка результатов исследования проведена на машине IBM.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ПЭ развивается чаще у женщин молодого возраста до 25 лет, в 66% случаев в обследуемой нами группе родильниц, 28% болеющих составили женщины в возрасте от 26 до 30 лет. Обращают на себя внимание первобеременные женщины 56% от всех обследованных. Женщины, имеющие вторую беременность и болеющие ПЭ, были выявлены в 32% случаев. Несомненно, к группе повышенного риска по развитию ПЭ необходимо отнести первородящих.

Предрасполагающими факторами к развитию ПЭ у обследованных больных могут служить хронические гинекологические заболевания, выявленные у 60% родильниц. Наиболее распространенными из них (26%) явился кольпит и хроническое воспаление матки и придатков. Факторами риска явились и осложнения в течении беременности. Они имели место у 58% родильниц и лишь в 42% случаев роды протекали благоприятно, а также осложнения в течении родов, которые имели место в 59% случаев. Наиболее частым осложнением в ходе родов явилось дородовое излияние околоплодных вод, выявленное в 10 случаях (20%). На 2 месте – эпизиотомия – 8 случаев (16%), и на третьем месте – первичная слабость родовой деятельности – 9 случаев (18%) ПЭ протекал без температурной реакции у 12 женщин (24%). Эти данные свидетельствуют о вялой реакции организма на инфекцию. Возбудитель ПЭ был идентифицирован у 68% женщин.

Преобладали: St.saprophiticus (18%),

E.coli (12%),

St.aureus (12%),

Enterococcus (10%).

Повышение лейкоцитов крови как результат воспалительного процесса наблюдалось лишь у 23 (46%) женщин. Особенностями ПЭ явились стертая клиническая картина, умеренный лейкоцитоз, вялая температурная реакция.