



О. М. Слинко<sup>1</sup>, М. І. Павлюченко<sup>1</sup>, І. П. Міхисор<sup>1</sup>, В. І. Шалімов<sup>2</sup>, О. А. Сапронов<sup>2</sup>

## Сучасна тактика ведення післяпологових гнійно-септичних ускладнень

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>Запорізька обласна клінічна лікарня

**Ключові слова:** післяпологові гнійно-септичні ускладнення, діагностика, лікування, гінекологічне відділення Запорізької обласної клінічної лікарні.

Описано результати використання сучасних методів діагностики та ведення пацієток із післяпологовими гнійно-септичними ускладненнями. Дані отримали при лікуванні породіль у гінекологічному відділенні Запорізької обласної клінічної лікарні.

### Современная тактика ведения послеродовых гнойно-септических осложнений

О. М. Слинко, М. И. Павлюченко, И. П. Михисор, В. И. Шалимов, О. А. Сапронов

Описаны результаты применения современных методов диагностики и ведения пациенток с послеродовыми гнойно-септическими осложнениями. Данные получены при лечении родильниц в гинекологическом отделении Запорожской областной клинической больницы.

**Ключевые слова:** послеродовые гнойно-септические осложнения, диагностика, лечение, гинекологическое отделение Запорожской областной клинической больницы.

Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №2 (83). – С. 69–71

### Modern tactics of observation the postpartum purulent-septic complications

O. M. Slinko, M. I. Pavliuchenko, I. P. Mikhisor, V. I. Shalimov, O. A. Sapronov

The application results of modern diagnostic methods and observing the patients with postpartum purulent-septic complications have been described. The results have been got during the treatment of postpartum women in the gynecological department of Zaporozhye Regional Clinical Hospital.

**Key words:** postpartum purulent-septic complications, diagnosis, treatment, gynecological department of Zaporozhye Regional Clinical Hospital.

Zaporozhye medical journal 2014; №2 (83): 69–71

Післяпологові гнійно-септичні захворювання залишаються актуальною проблемою сучасного акушерства та є однією із вагомих причин материнської смертності. Наявність летальних випадків у зв'язку із септичними ускладненнями у післяпологовому періоді передусім зумовлена пізньою діагностикою, несвоєчасним ухваленням рішення про необхідність та обсяг хірургічного втручання, неадекватним обсягом посиндромної інтенсивної терапії.

Розвиток післяпологових інфекційних ускладнень має певні особливості, котрі й зумовлюють наявність проблем, що пов'язані з діагностикою та з'ясуванням тактики лікування. Серед цих особливостей слід відзначити: зміни анатомічного і функціонального стану як жіночих статевих органів, так і інших систем організму в період вагітності та пологів; поєднання не тільки бактеріальної, але й вірусної, хламідійної, мікоплазменної, грибової та інших інфекцій; зміна вірулентності мікроорганізмів на тлі багатоступеневого зниження імунологічного статусу, що супроводжує стан вагітності, а також маніфестація акушерсько-гінекологічної патології під час вагітності (гестоз, хронічні запальні захворювання нижніх відділів статевих шляхів, патологія шийки матки), пологів (акушерські оперативні втручання, патологія розвитку пологової діяльності, травми родових шляхів, патологічна крововтрата) і екстрагенітальної патології (анемія, пієлонефрит, захворювання бронхо-легеневої системи) [1–4].

### Мета роботи

Аналіз даних ефективності методів діагностики та лікування пацієток із післяпологовими гнійно-септичними ускладненнями. Дані отримали в період із січня 2011 до червня 2013 р. за результатами роботи гінекологічного відділення Запорізької обласної клінічної лікарні (ЗОКЛ).

### Матеріали і методи дослідження

За період із січня 2011 до червня 2013 р. у гінекологічному відділенні ЗОКЛ надано спеціалізовану медичну допомогу 30 хворим із гнійно-септичними ускладненнями в післяпологовому періоді; із них 5 породіль (16,67%) переведені з родопомічних установ міста Запоріжжя, 25 (83,33%) – із різних районів області. Середній вік хворих становив 27 років. 13 (43,33%) пацієток народжували вперше, 17 (56,67%) жінок мали повторні пологи.

З анамнезу відомо, що більшість жінок перенесли застудні захворювання, 4 пацієнтки (13,33%) до вагітності перебували на диспансерному обліку з приводу хронічного пієлонефриту, у 7 (23,33%) хворих до і під час вагітності діагностували фонову патологію шийки матки, 4 жінки (13,33%) в анамнезі мали дані про хронічний сальпінгоофорит, у 1 (3,33%) – в анамнезі оперативне лікування з приводу доброякісної пухлини середостіння, ще у 1 пацієнтки (3,33%) діагностували остеомієліт нижньої щелепи.

У 12 пацієток гнійно-септичні ускладнення розвинулись після розродження шляхом операції кесарів розтин (4



пацієнтки – повторний кесарів розтин). При надходженні жінок до гінекологічного відділення ЗОКЛ звернули увагу: після виконання повторного кесаревого розтину в районах Запорізької області жодній пацієнтці не робили дренажу черевної порожнини, що надалі призводило до виникнення певних труднощів у своєчасній діагностиці гнійно-септичного ускладнення. У 18 пацієнток гнійно-септичні ускладнення розвинулись після пологів через природні родові шляхи.

Під час переведення в гінекологічне відділення ЗОКЛ у 27 породіль відзначено анемію: у 5 пацієнток – важкого ступеня, у 12 – середнього, а у 10 – легкого ступеня тяжкості. У відсотковому відношенні випадків важкої анемії у групі породіль після операції кесаревого розтину – 33,33%, а середнього ступеня тяжкості – 58,33%, що вірогідно вище, ніж відповідні показники у групі пацієнток, які мали пологи через природні пологові шляхи (5,56% і 27,78% відповідно).

За даними медичної документації, яку подали інші лікувальні установи, середня крововтрата після кесаревого розтину становила  $521 \pm 43$  мл, а після розродження через природні пологові шляхи –  $147 \pm 36$  мл. Зазначене дає змогу припустити, що не завжди адекватно оцінюють крововтрату як після вагінального розродження, так і після кесаревого розтину.

#### Результати та їх обговорення

24 пацієнтки (80%) переведені з районів області та родопомічних закладів міста на 5–6 добу післяпологового періоду, 2 (6,67%) – на 3 добу, 4 породіллі (13,33%) – на 7–8 добу.

При надходженні в гінекологічне відділення ЗОКЛ у 8 породіль загальний стан за даними клінічного та лабораторного обстеження оцінили як важкий, у 22 – як середнього ступеня тяжкості.

Середні терміни здійснення оперативного лікування в гінекологічному відділенні ЗОКЛ – 2–3 доби, що зумовлено необхідністю повного клініко-лабораторного обстеження, верифікацією діагнозу і курсом антибактеріальної терапії.

У результаті повного клініко-лабораторного обстеження у 21 хворої (70%) діагностовано післяпологовий ендоміометрит. При цьому у 7 породіль (23%) на момент надходження в гінекологічне відділення ЗОКЛ встановлено діагноз пельвіоперитоніт, який розвинувся на фоні післяпологового ендоміометриту.

Усім породіллям (21 пацієнтка) із верифікованим діагнозом післяпологовий ендоміометрит призначено курс масивної інфузійної, антибактеріальної (левофлоксацин (ципрофлоксацин) або карбапенеми в комбінації з метронідазолом або орнідазолом, при наявності метицилін-резистентної флори – ванкоміцин або лінезолід парентерально з адекватним дозуванням протягом 10–14 днів), посиндромної терапії [3]. Із них 10 пацієнткам обсяг лікування обмежили адекватною комплексною консервативною терапією; у 11 пацієнток за даними клінічного та параклінічного дослідження (УЗД органів малого тазу, комп'ютерна томографія) на тлі ендоміометриту відзначено субінволютивне скорочення матки, наявність патологічних виділень зі статевих

шляхів, ультразвукові ознаки залишків у порожнині матки плацентарної тканини і гематометра. При контрольному ультразвуковому обстеженні у 8 пацієнток із даними про залишки плацентарної тканини на тлі післяпологового ендометриту, у 7 (87,5%) – після курсу адекватної інфузійної, антибактеріальної терапії та вакуум-аспірації вмісту порожнини матки діагноз підтверджено гістологічно (у 2 випадках – гнійний ендоміометрит), а у 1 пацієнтки елементи плацентарної тканини не виявлено. У 3 пацієнток із діагнозом ендоміометрит отримали клінічні та ультразвукові дані про гематометра (лохіометра). Однак після протокового виконання вакуум-аспірації вмісту порожнини матки гістологічно в усіх випадках підтверджено наявність елементів плацентарної тканини.

Під час надходження в гінекологічне відділення після обстеження пацієнток в ургентному порядку у 4 породіль діагностували синдром системної запальної відповіді. При цьому за результатами бактеріологічного дослідження тільки у однієї хворої підтверджено діагноз септичний шок, що стало причиною радикального оперативного лікування (гістеректомія з матковими трубами). 3 пацієнткам цієї групи призначено консервативне лікування, що мало позитивний ефект.

У 3 породіль у результаті повного клініко-лабораторного обстеження діагностували неспроможність швів на матці після операції кесаревого розтину. У всіх цих випадках на тлі адекватної посиндромної терапії протягом перших 24 годин виконано оперативне лікування в обсязі гістеректомії з матковими трубами. У однієї пацієнтки з цієї групи неспроможність швів на матці діагностовано на тлі клініки післяпологового ендоміометриту та нагноєння післяопераційної рани, а в однієї пацієнтки, яка надійшла до відділення з діагнозом ендометрит, верифікована неспроможність швів на матці, розвинувся розлитий перитоніт, зумовивши необхідність подальшого оперативного лікування.

У однієї пацієнтки діагностовано нагноєння післяопераційної рани на промежині після консервативних пологів, її лікували консервативно.

Середній ліжко-день перебування породіль в умовах реанімаційних відділень і гінекологічного відділення ЗОКЛ становив 11–12 діб. 29 пацієнток виписані з гінекологічного відділення з позитивною динамікою і передані під активний патронаж лікарів-акушерів-гінекологів за місцем проживання.

Одна пацієнтка, яка надійшла з діагнозом: пологи вдома у терміні 37 тижнів; сепсис; поліорганна недостатність (РДС, ДВС, гостра серцева недостатність, гостра дихальна недостатність, гостра ниркова недостатність, двобічна септична пневмонія, двобічний піелонефрит, септичне ураження правої нирки та селезінки, абсцеси поперекової і сідничної областей, тромбози глибоких вен верхніх і нижніх кінцівок, ін'єкційна наркоманія); гнійний ендометрит, переведена до ЗОКЛ на 5 добу післяпологового періоду. Їй призначено оперативне лікування в обсязі гістеректомії з матковими трубами на 8 добу післяпологового періоду, померла на 23 добу післяпологового періоду. Смерть визнана невідворотною.



Отже, всім пацієнткам, які надійшли до гінекологічного відділення ЗОКЛ, виконали масивну антибактеріальну посиндромну терапію. 11 пацієнткам додатково здійснено вакуум-аспірацію вмісту порожнини матки, а 5 породіллям за абсолютними показаннями – операцію видалення матки з матковими трубами (2 пацієнтки із септичним станом, 3 випадки – неспроможність рубця на матці після операції кесаревого розтину).

#### Висновки

1. Розродження шляхом операції кесаревого розтину достовірно підвищує ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень. Оперативне розродження треба виконувати за чіткими показаннями з використанням сучасних шовних матеріалів, об'єктивною оцінкою інтраопераційної крововтрати (при необхідності, зі своєчасним призначенням замісної та протианемічної терапії), обов'язковим дрениванням

черевної порожнини при повторних операціях кесаревого розтину.

2. Використання всього арсеналу клінічних, лабораторних і додаткових методів (прокальцітонін) дослідження сприяють найбільш ранній діагностиці гнійно-септичних ускладнень у післяпологовому періоді.

3. При отриманні об'єктивних даних про розвиток післяпологового гнійно-септичного ускладнення породілля підлягає негайному переведенню в спеціалізовані лікувальні установи третього рівня надання медичної допомоги. Оптимальні терміни переведення – 2–3 доба післяпологового періоду.

4. Виявлення пацієнток із середнім і високим ступенем ризику розвитку гнійно-септичних ускладнень слід здійснювати на етапі жіночої консультації та спостереження у сімейного лікаря.

#### Список літератури

1. Савельєва Г.М. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / Г.М. Савельєва, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 880 с.
2. Акушерство: Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, Г.М. Савельєва, В.Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
3. Наказ МОЗ «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» від 31.12.2004 р. № 676.
4. Бартельс А.В. Послеродовые инфекционные заболевания / А.В. Бартельс. – М.: Медицина, 1973. – 126 с.

#### References

1. Saveleva, G. M., Serov, V. N. & Sukhikh, H. T. (2009) *Akusherstvo i ginekologiya. Klinicheskie rekomendacii [Obstetrics and Gynecology: Clinical guidelines]*. Moscow: GEOTAR Media. [in Russian].
2. Ajlamazyan, E. K., Kulakov, V. I., Saveljeva, G. M. & Radzinskij, B. E. (2007) *Akusherstvo: Nacional'noe rukovodstvo [Obstetrics: National Guidelines]*. Moscow, GEOTAR Media. [in Russian].
3. *Nakaz MOZ Pro zatverdzhennia klinichnykh protokoliv z akusherskoj ta hinekolohichnoi dopomohy: vid 31 hrudnia 2004 roku № 676.* [in Ukrainian].
4. Bartels, A. V. (1973) *Poslerodovye infekcionnye zabolevaniya [Postnatal infections]*. Moscow: Medirsina. [in Russian].

#### Відомості про авторів:

Слинько О.М., к. мед. н., доцент каф. акушерства і гінекології, Запорізький державний медичний університет.

Павлюченко М.И., к. мед. н., асистент каф. акушерства і гінекології, Запорізький державний медичний університет.

E-mail: mpav70@rambler.ru.

Міхисор І.П., к. мед. н., асистент каф. акушерства і гінекології, Запорізький державний медичний університет.

Шалімов В.І., зав. гінекологічним відділенням, Запорізька обласна клінічна лікарня.

Сапронов О.А., лікар гінекологічного відділення, Запорізька обласна клінічна лікарня.

Поступила в редакцію 04.02.2014 г.