

УДК 618.15:616-002.3:616-089.888.61:618.11/12-007.41-07-084

ВОРОНИН К.В., АЛАЛЕ А.М., АЛАЛЕ И.И.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ АНАЭРОБНЫМ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДИСБИОЗОМ

РЕЗЮМЕ. Цель: обоснование необходимости изучения микробного спектра влагалищных выделений и проведения этиотропного лечения влагалищного дисбиоза, что и определяет реальные возможности профилактики гнойно-септических осложнений у беременных с планируемым кесаревым сечением.

Материалы и методы. Нами проведены комплексные исследования 55 женщин, из которых 35 составили исследуемую группу и были родоразрешены в плановом порядке, в качестве контроля обследованы 20 беременных, перенесших кесарево сечение в ургентном порядке. С учетом поставленной цели программа подготовки беременных к плановому кесареву сечению была дополнена следующими исследованиями: бак. посев влагалищного содержимого, околоплодных вод и плацентарной ткани; ДНК-диагностика микробного спектра влагалищного содержимого до и после лечения (тест-системой «Фемо-флор-16») с классификацией по Болдыревой М.Н., 2010 г.; цитологическое исследование аспирата из полости матки с классификацией по Куперт М.А., 2003 г.; УЗИ матки и придатков на 4-5 сутки послеоперационного периода с классификацией по Милованову А.П., 2006 г.

Результаты. В исследуемой группе с выраженным анаэробным влагалищным дисбиозом в сроке 36-38 недель проводилась этиотропная коррекция дисбиоза, которая значительно улучшила течение послеоперационного периода, снизила частоту субинволюции матки, частоту встречаемости хориоамнионита, как проявления восходящей инфекции по сравнению с группой контроля.

Выводы. Предварительные результаты проведенного исследования четко свидетельствуют о необходимости изучения микробного спектра влагалищных выделений и проведения этиотропного лечения влагалищного дисбиоза, что и определяет реальные возможности профилактики гнойно-септических осложнений у беременных с планируемым кесаревым сечением.

При планировании кесарева сечения необходимо изучить видовую и количественную характеристики микробного спектра влагалищных выделений и при выявлении облигатно-анаэробной инфекции обязательно провести этиотропную коррекцию влагалищного дисбиоза (клиндамицин, пробиотики) с последующей санацией влагалища антисептиком в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: вагинальный дисбиоз, плановое кесарево сечение, диагностика, медикаментозная коррекция, профилактика.

Профилактика гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде остается актуальной проблемой акушерства [1]. Возникновению гнойно-септических осложнений способствуют различные нарушения трофического и гормонального характера, а также изменения в количественно-качественных взаимоотношениях между патогенной и условно-патогенной резидентной микрофлорой половых путей у родильниц [2].

Широкое внедрение в акушерскую практику кесарева сечения (КС) способствовало снижению перинатальных потерь. Однако с расширением показаний к КС связано увеличение частоты и тяжести послеродовых гнойно-воспалительных заболева-

ний (ГВЗ) [3-6]. Несмотря на прогресс в технике операции, применение поперечного разреза в нижнем сегменте матки, совершенствование методик ушивания, профилактическое назначение антибиотиков широкого спектра действия, число ГВЗ как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после КС остается большим, достигая 3,3-54,3%, и зависит от уровня инфекционного риска [4, 7-9].

В структуре ГВЗ послеродовой эндометрит (ПЭ) сохраняет свое лидирующее положение. Удельный вес ПЭ в общей популяции родивших составляет 3-8%, после патологических родов этот показатель возрастает до 10-20%, а среди больных с послеродовыми ГВЗ — более 40% [3-4, 7, 10-

12]. Вероятность развития ПЭ после КС возрастает в 5-10 раз по сравнению с самопроизвольными родами, его частота остается стабильно высокой. Так, эндометрит после планового КС развивается в 5-6% случаев, после экстренного — в 22-85% [13-14].

Эндометрит — начальное локализованное проявление динамически развивающегося септического процесса. Актуальность проблемы ПЭ определяется не только значительной распространенностью, экономическими потерями, но и его возможными осложнениями (несостоятельность швов на матке и генерализация инфекции) [4, 15].

Послеродовой период даже при физиологическом течении, а при наличии факторов риска особенно, является благоприятным для развития инфекционных осложнений. Практически все авторы выделяют КС как значимый фактор риска развития ПЭ, так как, составляя всего 10—20% от общего числа родов, КС обуславливает 80% всех ПЭ; по другим данным — 89,6% [4, 13-14].

Характерной чертой ПЭ в современных условиях является его полимикробная этиология. Возбудителями ПЭ могут быть как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы. Ведущая роль в этиологии ПЭ принадлежит условно-патогенной микрофлоре, в большинстве случаев (80-90%) ассоциациям аэробных и анаэробных неспорообразующих микроорганизмов, составляющих нормальную микрофлору половых путей у женщин [3, 16]. К потенциально патогенным возбудителям заболеваний относят грамположительные (энтерококки, золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки групп А, В и др.) и грамотрицательные (кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактерии, синегнойная палочка) аэробные бактерии. Среди облигатно-анаэробных бактерий встречаются бактероиды, пептококки, пептострептококки, атопобиум, мегасфера и др. Микробные ассоциации обладают более выраженными патогенными свойствами, чем монокультуры, за счет их синергизма [3]. Установлено, что патогенность анаэробов повышается в присутствии факультативно-аэробных микроорганизмов, в частности кишечной палочки.

По данным В.И. Кулакова и соавторов [17], в аспирате из полости матки у родиль-

ниц с эндометритом после кесарева сечения в 82,7% наблюдений преобладают неспорообразующие анаэробы и их ассоциации с аэробными микроорганизмами. Возрастает количество ПЭ, вызванных микроорганизмами, передаваемыми половым путем (хламидии, микоплазмы, вирусы и др.). Следует отметить, что микоплазмы (10%), атопобиум (31%), пептострептококки (10%) и хламидии (2%) вызывают вялотекущие формы заболевания, нередко присоединяясь к первичным возбудителям инфекции [11, 18-20].

Резюмируя все вышеизложенное можно заключить, что адекватная и своевременная коррекция нарушений биоценоза влагалища у женщин вне — и во время беременности сама по себе является реальной перспективой улучшения уровня их репродуктивного здоровья. Низкая эффективность традиционных методов лечения анаэробного бактериального дисбиоза, высокая частота рецидивов и риск преждевременных родов диктуют необходимость изыскания альтернативных методов лечения и профилактики дородовых и послеродовых осложнений.

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, профилактики и лечения, число послеродовых воспалительных осложнений остается достаточно высоким (5-26%) и не имеет отчетливой тенденции к снижению [10, 15].

Материалы и методы

Было проведено комплексное обследование 55 женщин, из которых 35 составили исследуемую группу и были родоразрешены в плановом порядке, в качестве контроля обследованы 20 беременных, перенесших кесарево сечение в ургентном порядке.

С учетом поставленной цели программа подготовки беременных к плановому кесареву сечению была дополнена следующими исследованиями: бак. посев влагалищного содержимого, околоплодных вод и плацентарной ткани; ДНК-диагностика микробного спектра влагалищного содержимого до и после лечения (тест-системой «Фемо-флор-16») с классификацией по Болдыревой М.Н., 2010г.; цитологическое исследование аспирата из полости матки с классификацией по Куперт М.А., 2003 г.; УЗИ матки и придатков на 4-5 сутки после-

операционного периода с классификацией по Милованову А.П., 2006 г.).

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ EXCEL, STATISTICA 6,0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Исследуемую группу составили 35 беременных с выраженным анаэробным влагилищным дисбиозом, которым в сроке 36-38 недель проводилась этиотропная коррекция дисбиоза с помощью влагилищных свечей, содержащих клиндамицин, 3 дня, с последующим назначением пробиотика в течении 10 дней. При обнаружении дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. $lg > 10^3$ КОЕ/мл назначался однократно перорально флуконазол 0,15 мг, а в послеоперационном периоде свечи с антисептиком местно в течение 7 дней однократно на ночь.

Контрольную группу составили 20 беременных с выраженным влагилищным дисбиозом, которые были экстренно родоразрешены с помощью операции кесарево сечение и лечение при выявлении анаэробного дисбиоза не проводилось.

Результаты и обсуждение

Средний возраст беременных исследуемой группы составил $27,4 \pm 0,46$ (24–36) лет, в контрольной группе – $28,3 \pm 0,68$ (24–37) года ($p > 0,05$).

Отягощенный гинекологический анамнез был выявлен в анамнезе у 23 (66%) родильниц исследуемой группы, т.е. у каждой 2 (эрозия шейки матки – у 10 (28,5%), мед. аборт в анамнезе – у 11 (31%), замершая беременность – у 1 (2,9%), хронический сальпингоофорит – 4 (11,4%).

В контрольной группе беременных отягощенный гинекологический анамнез выявлен у 12 (60%) родильниц (эрозия шейки матки – у 4 (20%), мед. аборт в анамнезе – у 4 (20%), замершая беременность – у 3 (15%), самопроизвольный аборт в анамнезе – у 1 (5%).

У 10 (28,5%) беременных исследуемой группы в связи с патологией шейки матки произведена диатермокоагуляция, в контрольной группе – у 6 (33%), т.е. у каждой третьей.

Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 23 беременных (60%) исследуе-

мой группы (слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции (СРД) – у 11 (31,4%), тазовое предлежание плода – у 4 (11,4%), крупный плод – у 3 (8,5%), дистресс плода в родах – у 4 (11,4%), врожденные пороки развития у новорожденного – у 1 (2,9%).

В группе контроля отягощенный акушерский анамнез имели 5 (25%) беременных (СРД – у 2 (10%), тазовое предлежание – у 2 (10%), расхождение лонного сочленения – у 1 (5%).

Экстрагенитальная патология у беременных исследуемой группы выявлена у 19 (54%): сердечно-сосудистые заболевания – у 7 (20%), заболевания щитовидной железы – у 1 (2,9%), анемии – у 3 (8,6%), НЦД по гипотоническому типу – 2 (5,7%), миопия средней и высокой степени – у 5 (14,3%), хронический колит – у 1 (2,9%).

У беременных группы контроля выявлено: сердечно-сосудистые заболевания – у 3 (15%), заболевания щитовидной железы – у 2 (10%), анемии – у 3 (15%), НЦД по гипотоническому типу – у 2 (10%), миопия средней и высокой степени – у 2 (10%) и у 1 (5%) – хронический бронхит.

Т.о., у беременных обеих групп имела выраженная предрасположенность к развитию гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения.

Показаниями для планового абдоминального родоразрешения путем операции кесарево сечение в исследуемой группе явились: оперированная матка – у 26 (74,3%) беременных; тазовое предлежание плода – у 8 (22,9%); поперечное положение плода – у 1 (2,9%), в контрольной же группе беременных – дистресс плода – у 4 (20%); оперированная матка – у 8 (40%); тазовое предлежание плода – у 3 (15%); заболевания органов зрения – у (5%); лицевое предлежание плода – у 1 (5%); остеопороз позвоночника ср. ст. тяжести с болевым синдромом – у 1 (5%); частичная отслойка нормально расположенной плаценты – у 1 (5%); угроза разрыва рога матки – у 1 (5%).

В течении беременности у беременных исследуемой группы отмечены следующие осложнения: ранний гестоз – 3 (8,6%); угроза самопроизвольного аборта – 4 (11,4%); угроза преждевременных родов – 2 (5,7%); бактериальный вагиноз с час-

тими обострениями – 7 (20%); гестацонная анемия – 10 (28,6%); ОРВИ – 9 (25,7%); гестацонный пиелонефрит – 3 (8,6%); бессимптомная бактериурия – 1 (2,9%); гестацонная гипертензия – 1 (2,9%); гестацонные отеки без протеинурии – 4 (11,4%); НЦД по гипотоническому типу – 2 (5,7%); вертеброгенная люмбалгия с болевым синдромом – 1 (2,9%); острый бронхит – 2 (5,7%); острый отит – 1 (2,9%); острый геморрой – 1 (2,9%); маловодие – 1 (2,9%).

У беременных группы контроля отмечены следующие осложнения в течении беременности: ранний гестоз – 3 (15%); угроза самопроизвольного аборта – 5 (25%); бактериальный вагиноз с частыми обострениями – 2 (10%); гестацонная анемия – 6 (30%); ОРВИ – 2 (10%); гестацонная гипертензия – 1 (5%); гестацонные отеки без протеинурии – 3 (15%); тромбоцитопения – 1 (5%); остеопороз позвоночника с выраженным болевым синдромом – 1 (5%); НЦД по гипотоническому типу – 1 (5%); многоводие – 1 (5%).

У 12 (34,3%) беременных исследуемой группы отмечалось истончение послеоперационного рубца, а в группе контроля – у 4 (20%).

Во время операции у 2 (5,7%) беременных исследуемой группы произведены энуклеации лейоматозных узлов; дренирование подпапневротического пространства – у 1 (2,9%); висцеролиз – у 1 (2,9%); стерилизация маточных труб по Мадленеру – у 1 (2,9%); иссечение старого послеоперационного рубца – у 4 (11,4%).

У беременных из группы контроля во время операции произведены: энуклеация лейоматозного узла – у 1 (5%); висцеролиз – у 3 (15%); иссечение старого послеоперационного рубца – 1 (5%).

Средняя кровопотеря во время операции у женщин исследуемой группы составила $590 \pm 9,07$ мл, в группе контроля – $585 \pm 8,4$ мл ($p > 0,05$).

Родилось 55 детей со средней массой тела $3348 \pm 0,16$ г. Оценка по шкале Апгар на первой и пятой минутах составила соответственно $7,89 \pm 0,02$ и $8,05 \pm 0,03$ балла в исследуемой группе и $7,06 \pm 0,08$ и $7,9 \pm 0,03$ – в группе контроля. Шесть новорожденных (30%) родились со сниженной оценкой по шкале Апгар (6-8) баллов в группе контроля.

С учетом классификации влагалищного дисбиоза, предложенной Болдыревой М.Н. (2010), видовая и количественная характеристика микробного спектра влагалищных выделений у беременных исследуемой и контрольной групп оценена следующим образом: нормоценоз – у 5 (9%), умеренный дисбиоз – у 13 (23,6%), выраженный – у 37 (67,3%).

Проведенное лечение дисбиоза привело, практически, к снижению количества условно-патогенных облигатно-анаэробных микроорганизмов (*Gardnarella vagin.*, *Eubacterium spp.*, *Megasphera spp.*, *Atopobium vaginae*, *Ureaplasma spp.*) и изменило процентное соотношение типа биоценозов: нормоценоз выявлен у 11 (20%), умеренный влагалищный дисбаланс – у 25 (45,4%) и выраженный – у 19 (34,5%), причем с выявлением меньших характеристик показателей (рис.).

Бак. посев влагалищного содержимого дал рост у 1 беременной исследуемой группы (2,9%) и у 1 беременной из группы контроля (5%). Бак. посев околоплодных вод – микробного роста не дал в обеих группах беременных. Бак. посев плацентарной ткани дал рост у 2 (5,7%) беременных исследуемой группы (*E.Coli* $< 10^2$, *Ps.Seracia* $< 10^2$) и у 2 (10%) – в контрольной группе (*K.pneumoniae* – единственный рост, *S.Haemolyticus* $< 10^2$ КОЕ/мл, *Ps.Aeruginosa* $< 10^2$ КОЕ/мл).

Цитологический аспират характеризовался стадией процесса заживления раневой поверхности матки в физиологическом режиме (нейтрофилы – 60-80%, лимфоциты – 25%, макрофаги и моноциты – 10-15%) у 33 родильниц (94,3%) исследуемой группы и у 14 родильниц (70%) контрольной группы. Воспалительный тип мазка (лейкоциты – до 90% в п.зр., нейтрофилы – до 21%, лимфоциты – до 2-4%, моноциты – 1-2%, макрофаги – 5%) установлен у 1 родильницы исследуемой группы (2,9%) и у 6 родильниц контрольной группы (30%) ($p < 0,05$).

УЗИ на 5 сутки после кесарева сечения выявило нормальные размеры матки (продольный размер 128-146 мм, поперечный размер 95-116 мм, передне-задний размер 65-89 мм) у всех родильниц исследуемой группы, и у 3 контрольной группы (15%), т.е. у каждой 6-ой выявлена субинволюция матки ($p < 0,05$).

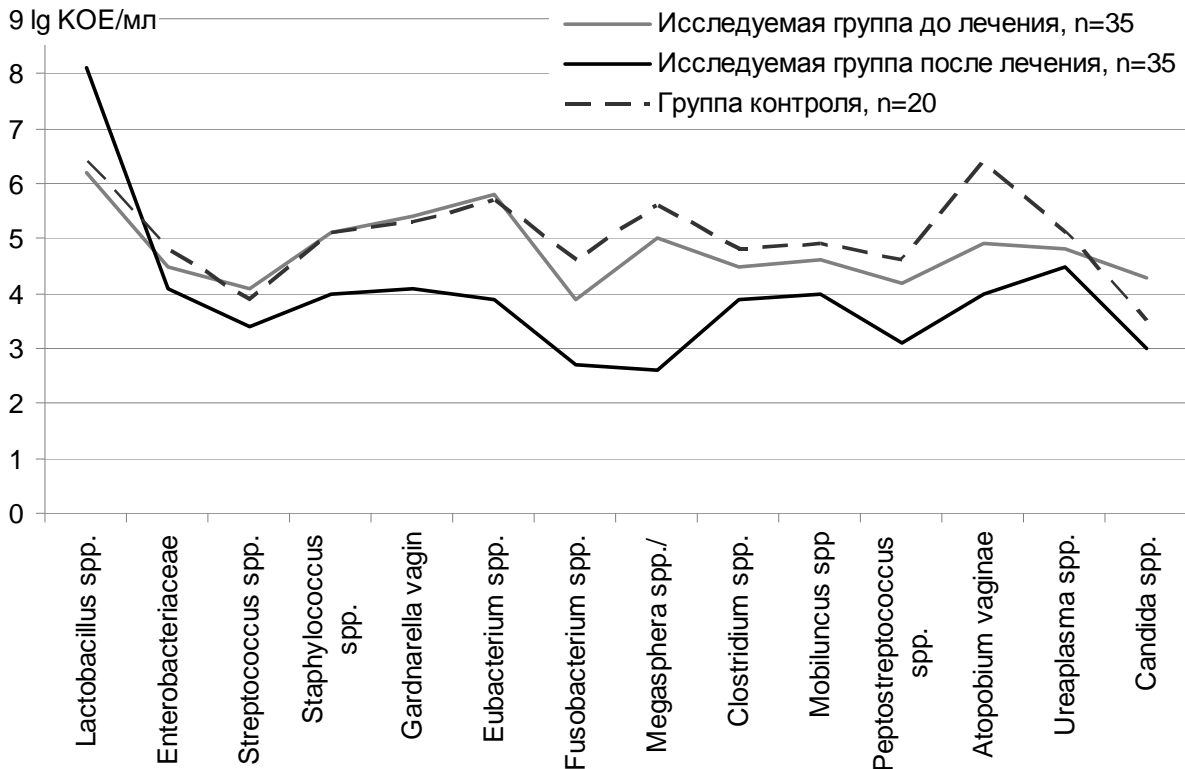


Рис. Микробный спектр влагалищного отделяемого у беременных сравниваемых групп

Патогистологическое исследование плаценты выявило хроническую компенсированную недостаточность у 5 родильниц (14,2%) исследуемой группы и у 4 (20%) – контрольной группы, хориоамнионит установлен у 1 (2,9%) родильницы исследуемой группы и у 5 (25%) контрольной группы, т.е. у каждой 4-ой ($p < 0,05$).

Изучение клиники послеродового периода у родильниц исследуемой и контрольной групп и результаты клинко-лабораторного обследования, определило четкую взаимосвязь осложнений послеродового периода у последних. Так, субинволюция матки развилась у каждой 6-ой родильницы контрольной группы, воспалительный тип аспирата маточного содержимого выявлен у каждой 3 родильницы, восходящая инфекция (хориоамнионит) выявлен у каждой 4-ой.

Выводы

Предварительные результаты проведенного исследования четко свидетельствуют о необходимости изучения микробного спектра влагалищных выделений и проведения этиотропного лечения влагалищного дисбиоза, что и определяет реальные воз-

можности профилактики гнойно-септических осложнений у беременных с планируемым кесаревым сечением.

При планировании операции кесарево сечение необходимо изучить видовую и количественную характеристики микробного спектра влагалищных выделений, и при выявлении облигатно-анаэробной инфекции обязательно провести этиотропную коррекцию влагалищного дисбиоза (клиндамицин, пробиотики) с последующей санацией влагалища антисептиком в послеоперационном периоде.

Этиотропная коррекция анаэробного влагалищного дисбиоза и санация влагалища после операции значительно улучшила течение послеоперационного периода, снизила частоту субинволюции матки, частоту встречаемости хориоамнионита, как проявления восходящей инфекции.

Список литературы

1. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortion upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled trial / Crowley T., Low N., Turner A. [et al.] // *VJOG* – 2001. – Vol. 108, N 4. – P. 396-402.
2. Мальцева Л.И. Значение хронической урогенитальной инфекции в развитии аномалий сократительной деятельности матки у женщин / Л.И.

- Мальцева, Т.П. Зефирова // *Мать и дитя: материалы V Рос. форума, 6–10 окт. 2003 г.* – М., 2003. – С. 133-134.
3. Гуртовой Б.Л. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии / Б.Л. Гуртовой, В.И. Кулаков, С.Д. Воропаева. – М.: Триада-Х, 2004. – 127 с.
4. Краснополский В.И. Акушерский сепсис как репродуктивная проблема / В.И. Краснополский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина // *Акушерство и гинекология.* – 2007. – № 3. – С. 38-42.
5. Current debate on the use of antibiotic prophylaxis for caesarean section/ Lamont R.F., Sobel J.D., Kusanovic J.P. [et al.] // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 2011. – Vol. 118, N 2. – P. 193-201.
6. Smaill F.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section / F.M. Smaill, G.M. Gyte // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2010. – N 1. – CD007482.
7. Осложнения пупурперия в современных условиях и способы их доклинической диагностики / Новикова С.В., Тареева Т.Г., Федотова А.В. [и др.] // *Рос. вестник акушера-гинеколога.* – 2007. – № 5. – С. 56-59.
8. An outbreak of necrotizing enterocolitis associated with a novel *Clostridium* species in a neonatal intensive care unit / Alfa M.J., Robson D., Davi M. [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2002. – Vol. 35. – S.101-105.
9. Barbut F. Surgical site infections after cesarean section: results of a five-year prospective surveillance / F. Barbut, B. Carbonne, F. Truchot // *J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod.* – 2004. – Vol. 33, N 6. – P. 487-496.
10. Диагностика и лечение послеродового эндометрита / Горин В.С., Серов В.Н., Семенов Н.Н., Шин А.П. // *Акушерство и гинекология.* – 2001. – № 6. – С. 10-14.
11. Орджоникидзе Н.В. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения / Н.В. Орджоникидзе, Т.А. Федорова, С.Ж. Данелян // *Акушерство и гинекология.* – 2004. – № 5. – С. 3-5.
12. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortion upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled trial / Crowley T., Low N., Turner A. [et al.] // *BJOG* – 2001. – Vol. 108, N 4. – P. 396-402.
13. Тютюнник В.Л. Профилактика и лечение эндометрита после родов и кесарева сечения / В.Л. Тютюнник, Б.Л. Гуртовой // *Рус. мед. журнал.* – 2002. – № 18. – С. 803-805.
14. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors/ Hager R.M., Daltveit A.K., Hofoss D., Nilsen S.T. [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynec.* – 2004. – Vol. 190, N 2. – P. 428-434.
15. Faro S. Postpartum endometritis/S. Faro // *Clin. Perinatol.* – 2005. – Vol. 32, N 3. – P. 803-814.
16. Цыренова Б.Д. Определение ведущих факторов риска возникновения гнойно-воспалительных осложнений после родов / Б.Д. Цыренова // *Мать и дитя: материалы VII Российского форума.* – М., 2005. – С. 136.
17. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии / [Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г.] // *Акушерство и гинекология.* – 2004. – № 1. – С. 3-6.
18. Плахова К.И. Особенности терапии бактериального вагиноза, ассоциированного с *Atopobium vaginae*, и характеристика выделений из влагалища с использованием ДНК-чипов: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01. – акуш. и гин. / К.И. Плахова. – М., 2007. – 20 с.
19. Changes in sensitivity patterns to selected antibiotics in *Clostridium difficile* in geriatric in-patients over an 18-month period/ Drummond L.I., McCoubrey J., Smith D.G. [et al.] // *J. Med. Microbiol.* – 2003. – Vol. 52. – P. 259-263.
20. Koumfis E.H. Bacterial vaginosis / E.H. Koumfis, L.E. Markowitz, V. Hogan // *Clin. Infect. Dis.* – 2002. – Vol. 15, N 2. – P. 152-172.

Отримано 17/04/2014

Воронін К.В., Алале А.М., Алале І.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯПОЛОВОГО ЕНДОМЕТРИТУ ПРИ ПЛАНУВАННІ АБДОМІНАЛЬНОГО РОЗРОДЖЕННЯ У ВАГІТНИХ З ВИРАЖЕНИМ АНАЕРОБНИМ ВАГІНАЛЬНИМ ДИСБІОЗОМ

РЕЗЮМЕ. Мета дослідження: обґрунтування необхідності вивчення мікробного спектру вагінальних виділень і проведення етіотропного лікування вагінального дисбіозу, що і визначає реальні можливості профілактики гнійно-септичних ускладнень у вагітних з планованим кесаревим розтином.

Матеріали і методи. Нами проведено комплексні дослідження 55 жінок, з яких 35 склали досліджувану групу і були розроджені в плановому порядку, в якості контролю досліджені 20 вагітних, які перенесли кесарів розтин в ургентному порядку. З урахуванням поставленої мети програма підготовки вагітних до планового кесаревого розтину була доповнена наступними дослідженнями: бак. посів вагінального вмісту, навколоплідних вод і плацентарної тканини; ДНК-діагностика мікробного спектру вагінального вмісту до і після лікування (тест-системою «Фемо-флор-16») з класифікацією за Болдиревою М.Н., 2010р.; цитологічне дослідження аспірату з порожнини матки з класифікацією за Куперт М.А., 2003 р.; УЗД матки і придатків на 4-5 добу післяопераційного періоду з класифікацією за Миловановим А.П., 2006 р.

Результати. В досліджуваній групі з вираженим анаеробним вагінальним дисбіозом в терміні 36-38 тижнів проводилася етіотропна корекція дисбіозу, яка значно поліпшила перебіг післяопераційного періоду, знизила частоту субінволюції матки, частоту народження хоріоамніоніта, як прояви висхідної інфекції в порівнянні з групою контролю.

Висновки. Попередні результати проведеного дослідження чітко свідчать про необхідність вивчення мікробного спектру вагінальних виділень і проведення етіотропного лікування вагінального дисбіозу,

що і визначає реальні можливості профілактики гнійно-септичних ускладнень у вагітних з планованим кесаревим розтином.

При плануванні операції кесарів розтин необхідно вивчити видову і кількісну характеристики мікробного спектру вагінальних виділень і при виявленні облигатно-анаеробної інфекції обов'язково провести етіотропну корекцію вагінального дисбіозу (кліндаміцин, пробіотики) з подальшою санацією піхви антисептиком в післяопераційному періоді.

Етіотропна корекція анаеробного вагінального дисбіозу і санація піхви після операції значно поліпшила перебіг післяопераційного періоду, знизила частоту субінволюції матки, частоту хorioамніоніта, як проявів висхідної інфекції.

Ключові слова: вагінальний дисбіоз, плановий кесарів розтин, діагностика, медикаментозна корекція, профілактика.

VORONIN K.V., ALALE A.M., ALALE I.I.

SE "Dnepropetrovsk medical academy Ministry of Health of Ukraine"

STRATEGY FOR THE PREVENTION OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS IN THE PLANNING OF ABDOMINAL DELIVERY IN PREGNANT WOMEN WITH SEVERE ANAEROBIC VAGINAL DYSBIOSIS

SUMMARY. Objective. The aim of investigation to study the microbial spectrum of vaginal discharge and etiotropic treatment of vaginal dysbiosis, which determines the real possibilities of septic complications prevention in pregnant women with planned caesarean section.

Materials and methods. We carried out comprehensive studies of 55 women, 35 of which created the study group and were delivery is routinely, as a control, 20 pregnant women were studied after cesarean section in urgent order. Given the goal of pregnant training program for the planned caesarean section was supplemented with the following studies: bacteriological culture of vaginal contents, amniotic fluid and placental tissue; DNA diagnosis of microbial spectrum of vaginal contents before and after treatment (test system "Femo-floras-16"), classified by Boldyreva M.N., 2010.; cytological aspiration from the uterine cavity by Kupert M.A. classification, 2003; ultrasound of the uterus and annexes in 4-5 postoperative days classified by Milovanov A.P., 2006.

Results. In study group with severe anaerobic vaginal dysbiosis in 36-38 weeks gestation performed causal correction of dysbiosis has been performed. It significantly improved the postoperative period and reduced as incidence of uterine subinvolution and chorioamnionitis, as manifestations of ascending infection compared with the control group.

Conclusions. Preliminary results of this study clearly indicate the need to study the microbial spectrum of vaginal discharge and vaginal dysbiosis etiotropic treatment, which determines the real possibilities of prevention of septic complications in pregnant women with planned caesarean section.

When planning a caesarean section operation is necessary to study specific and quantitative characteristics of the microbial spectrum of vaginal discharge and in identifying obligate anaerobic infections definitely spend a causal correction of vaginal dysbiosis (clindamycin, probiotics) followed vaginal antiseptic in the postoperative period.

Causal correction anaerobic vaginal dysbiosis and vaginal after surgery significantly improved the postoperative period reduced the incidence of uterine subinvolution, incidence of chorioamnionitis, as manifestations of ascending infection.

Keywords: vaginal dysbiosis, planned caesarean section, diagnosis, pharmacological therapy, prevention.