

ЭТИОТРОПНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОГО ВЛАГАЛИЩНОГО ДИСБИОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ КАК ЗВЕНО ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

ВОРОНИН К.В., АЛАЛЕ А.М., АЛАЛЕ И.И., ГАРАГУЛЯ И.С., ДЕМЧЕНКО Т.В.

г. Днепрпетровск

Инфекционные осложнения после абдоминального родоразрешения остаются в центре внимания исследователей и практических врачей. Послеродовой эндометрит и раневая инфекция после кесарева сечения развиваются в 6-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов, причем после планового кесарева сечения - у 5-6% родильниц, экстренного - у 10-12% [3].

Имеются убедительные доказательства того, что влагалищный дисбиоз является значительным фактором риска развития не только акушерской патологии при беременности (угроза самопроизвольного аборта, преждевременное отхождение околоплодных вод, хориоамнионит, инфицирование плода и др.), но и послеоперационных гнойно-септических осложнений [4, 7].

Ведущая этиологическая роль в развитии послеродовых осложнений принадлежит полимикробной ассоциации строго анаэробных микроорганизмов [1, 8]. Вследствие этого очень важно проводить изучение микрофлоры влагалищного биотопа с целью выявления критериев прогнозирования и профилактики послеоперационного эндометрита у беременных с планируемым кесаревым сечением.

Частота послеродового эндометрита составляет 3-5% случаев, тогда как после кесарева сечения возрастает до 10-20% [6]. Необходимо учесть, что эндометрит является начальным локализованным проявлением ранней стадии развивающегося септического процесса.

Тщательное обследование беременных с высоким риском оперативного родоразрешения с обязательной оценкой состояния микробного спектра влагалищных выделений и этиотропная его коррекция представляют актуальную задачу профилактики гнойно-септических осложнений после абдоминального родоразрешения, что и явилось целью нашего исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведено обследование беременных женщин с влагалищным дисбиозом при планировании кесарева сечения, согласно клиническому протоколу №977 от 27.12.2011 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

С учетом поставленной цели отбор беременных перед операцией осуществлялся по количественной и качественной ДНК-диагностике микробного спектра влагалищного содержимого тест-системой «Фемофлор-16», согласно классификации М. Н. Болдыревой (2010) [2].

Программа подготовки беременных к плановому кесареву сечению дополнялась бактериологическим посевом влагалищного содержимого, околоплодных вод и плацентарной ткани, цитологическим исследованием аспирата из полости матки с классификацией по М. А. Куперту (2003), ультразвуковым исследованием матки и придатков на 4-5 сутки послеоперационного периода с классификацией по А. П. Милованову (2006) [5].

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

Основную группу составили 60 беременных с выраженным анаэробным влагалищным дисбиозом, которым в сроке 36-38 недель проводилась этиотропная коррекция дисбиоза с помощью влагалищных свечей, содержащих клиндамицин - 3 дня, с последующим назначением пробиотика (вагисан) в течение 10 дней. При обнаружении дрожжеподобных грибов рода *Candida* spp. $lg > 10$ КОЕ/мл назначался однократно перорально флуконазол в дозе 0,15 мг, а в послеоперационном периоде - свечи гексикон местно в течение 7 дней однократно на ночь.

Контрольную группу составили 20 беременных с выраженным влагалищным дисбиозом, которые были экстренно родоразрешены с помощью операции кесарево сечение. Их ведение соответствует основным положениям клинического протокола №977 от 27.12.2011 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст беременных основной группы составил $29,40 \pm 0,48$ лет, в контрольной группе - $30,30 \pm 0,78$ ($p > 0,05$).

Отягощенный гинекологический анамнез был выявлен у беременных основной группы в 40 (66,6%) случаев, в контрольной группе - в 12 (60,0%) случаях ($p > 0,05$). У каждой третьей беременной в обеих группах в анамнезе проводилась диатермокоагуляция шейки матки.

Отягощенный акушерский анамнез у беременных основной группы был выявлен в 40 (66,6%) случаях, а в группе контроля - в 5 (25,0%) ($p < 0,05$).

Анализ осложнений беременности показал, что группы были репрезентативными по частоте осложнений во время беременности, и с точки зрения риска для развития послеоперационных гнойно-септических осложнений - высокого риска.

Показаниями для планового абдоминального родоразрешения путем операции кесарева сечения в основной группе были: рубец на матке в 42 (70,0%), тазовое предлежание плода - 6 (10,0%), поперечное положение плода - 2 (3,3%).

В контрольной же группе беременных показаниями к оперативному родоразрешению явились: дистресс плода - 4 (20,0%), рубец на матке - 8 (40,0%), тазовое предлежание плода - 3 (15,0%), заболевания органов зрения, патологическое предлежание плода, заболевание опорно-двигательного аппарата, частичная отслойка нормально расположенной плаценты и клинически узкий таз - по 1 (5,0%).

Средняя кровопотеря во время операции у женщин основной группы составила $590,00 \pm 9,05$ мл, а в группе контроля - $583,00 \pm 8,34$ мл ($p > 0,05$). Родилось 80 детей со средней массой тела $3425,00 \pm 0,15$ г. Оценка по шкале Апгар детей у женщин основной группы составила $7,88 \pm 0,02$ и $7,89 \pm 0,03$ - в группе контроля ($p > 0,05$).

Микробиологический анализ показал, что в основной группе до лечения умеренный дисбиоз встречался в 14 (23,3%) случаев, а выраженный - в 46 (76,7%). В контрольной группе умеренный дисбиоз был отмечен в 3 (15,0%) случаев и в 17 (85,0%) - выраженный дисбиоз. После предложенной санации в основной группе нормобиоз отмечался в 24 (40,0%) случаев, умеренный дисбиоз - в 25 (41,6%), а выраженный дисбиоз - в 11 (18,3%) случаев.

Микробиологический спектр влагалищного отделяемого в основной группе до лечения и после, а также в контрольной группе отражен в таблице 1.

Общая бактериальная масса микроорганизмов была высокой до лечения в основной и контрольной группе. После лечения обсемененность родовых путей достоверно снижалась. *Lactobacillus* spp. были выявлены в низких количествах в основной группе до лечения ($Lg 6,20 \pm 0,36$ КОЕ/мл) и в контрольной группе ($Lg 6,40 \pm 0,58$ КОЕ/мл), но достоверно возросло их количество у беременных после лечения ($Lg 8,10 \pm 0,09$ КОЕ/мл) ($p < 0,05$).

Среди факультативно-анаэробных микроорганизмов основной группы после лечения выраженного снижения не отмечалось среди энтеробактериальной группы, в то время как достоверно снижалась обсемененность родовых путей *Streptococcus* spp. и *Staphylococcus* spp., а также *Candida* spp.

Таблица 1

Результаты этиотропной коррекции влагалищного дисбиоза у беременных при подготовке к кесареву сечению

Микрофлора	Основная группа до лечения, n=30	Основная группа после лечения, n=30	Группа контроля, n=20
Общая бактериальная масса	$8,50 \pm 0,08$	$9,00 \pm 0,23^*$	$8,00 \pm 0,25^{**}$
<i>Lactobacillus</i> spp.	$6,20 \pm 0,36$	$8,10 \pm 0,09^*$	$6,40 \pm 0,58^{**}$

Продолжение табл. 1

Микрофлора	Основная группа до лечения, n=30	Основная группа после лечения, n=30	Группа контроля, n=20
<i>Enterobacteriaceae</i>	4,50±0,20	4,10±0,22	4,80±0,24**
<i>Streptococcus spp.</i>	4,10±0,19	3,40±0,19*	3,90±0,15**
<i>Staphylococcus spp.</i>	5,10±0,13	4,00±0,18*	5,10±0,24**
<i>Gardnarellavaginalis/Prevotellabivia</i>	5,40±0,31	4,10±0,2V*	5,30±0,44**
<i>Eubacterium spp.</i>	5,80±0,24	3,90±0,14*	5,70±0,40**
<i>Snethia spp./Fusobacterium spp.</i>	3,90±0,30	2,70±0,19*	4,60±0,49**
<i>Megasphaspp./Veilonellaspp.</i>	5,00±0,30	2,60±0,15*	5,60±0,51**
<i>Lachnobacterium spp./Clostridium spp.</i>	4,50±0,16	3,90±0,07*	4,80±0,25**
<i>Mobiluncusspp./Corynebacterium spp.</i>	4,60±0,17	4,00±0,16*	4,90±0,28**
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	4,20±0,20	3,10±0,13*	4,60±0,38**
<i>Atopobiumvaginae</i>	4,90±0,51	3,90±0,06*	6,40±0,70**
<i>Ureaplasmaspp.</i>	4,80±0,15	4,50±0,41	5,10±0,28
<i>Candida spp.</i>	4,30±0,30	3,00±0,16*	3,50±0,48

Примечание: $p < 0,05$; * - достоверные различия в основной группе до и после лечения; ** - достоверные различия между контрольной группой и основной после лечения.

Наиболее существенные изменения в обсемененности родовых путей у беременных основной группы были отмечены среди облигатноанаэробных микроорганизмов. Отмечено выраженное снижение количества таких бактерий, как *Gardnarellavaginalis*, *Prevotellabivia*, *Eubacterium spp.*, *Snethiaspp.*, *Fusobacterium spp.*, *Megasphaspp.*, *Veilonellaspp.*, *Lachnobacterium spp.*, *Clostridium spp.*, *Mobiluncusspp.*, *Corynebacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Atopobiumvaginae*, при отсутствии динамики обсемененности *Ureaplasmaspp.*, что объясняется спектром предложенных лекарственных препаратов для коррекции влагалищного дисбиоза.

Бактериальный посев околоплодных вод микробного роста не дал в обеих группах беременных.

В послеродовом периоде из последа высевалась энтеробактериальная микрофлора. В основной группе это было в 2 (3,3%) случаев *Eherichia coli*, *Pseudomonasspp.*), в контрольной группе - в 4 (20,0%) (*Klebsiellaspp.*, *Pseudomonasspp.*).

Цитологический аспират, который отражал стадию процесса заживления раневой поверхности матки в физиологическом режиме, был установлен у 58 (96,6%) родильниц основной группы и в 14 (70,0%) случаев в контрольной группе. Воспалительный тип мазка был выявлен у 2 (3,3) родильниц основной группы и у 6 (30,0%) родильниц контрольной группы ($p < 0,05$).

При ультразвуковом исследовании родильниц на 4-5 сутки послеродового периода после кесарева сечения размеры матки в пределах нормы были отмечены в 56 (93,3%) случаев в основной группе, тогда как в контрольной группе - только в 3 (15,0%) случаев ($p < 0,05$).

Патогистологическое исследование плаценты выявило патогистологическую картину хориоамнионита у 2 (3,3%) родильниц основной группы и у 5 (25,0%) родильниц контрольной группы ($p < 0,05$).

ВИВОДИ

1. Плановая дооперационная коррекция влагалищного дисбиоза улучшает течение послеоперационного периода и регенерацию эндометрия.
2. Для более адекватной дооперационной коррекции влагалищного дисбиоза необходимо изучать микробный спектр влагалищных выделений перед началом коррекции, что определяет реальные возможности профилактики гнойно-септических осложнений у беременных с планируемым кесаревым сечением.
3. Экстренное оперативное родоразрешение на фоне выраженного влагалищного дисбиоза является фактором риска развития послеродовых воспалительных заболеваний (воспалительная реакция эндометрия, субинволюция матки).

ЛІТЕРАТУРА

1. Бен СаадаНахла. Этиологическая диагностика влагалищного дисбаланса и прогнозирование инфекционных и перинатальных осложнений у беременных с бактериальным вагинозом : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / СаадаНахла Бен ; МОЗ України, Харк. нац. мед. ун-т. - Х., 2013. - 18 с. - Бібліогр.: с. 13-14.
2. Болдырева М. Н. «Фемофлор»-исследования биоциноза урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени : Методическое пособие для врачей. / М. Н. Болдырева. - М., 2010. - 14 с.
3. Кулаков В. И. Кесарево сечение / Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. - М., 2004. - 320 с.
4. Куперт М. А. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики) / М. А. Куперт, П. В. Солодун, А. Ф. Куперт // Рос.вестник акушера-гинеколога. - 2003. - № 4. - С. 42-46.
5. Милованов А. П. Внутриутробное развитие человека / А. П. Милованов. - М., 2006. - 384 с.
6. 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.
7. V. Barbut F. Surgical site infections after cesarean section: results of a five-year prospective surveillance / F. Barbut, B. Carbonne, F. Trachot // J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod. - 2004. - Vol. 33, № 6. - P. 48V-496.
8. Current debate on the use of antibiotic prophylaxis for caesarean section / R. F. Lamont, J. D. Sobel, J. P. Kasanovic[et al.] // Br. J. Obstet. Gynaecol. - Vol. 118, № 2. - P. 193-201.