Содержание

Введение

. Цели и задачи исследования

. Результаты и обсуждения

. Характер течения беременности

. Продолжительность безводного периода, часы

Выводы

Список литературы

Введение

Проблема профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в последние годы приобрела особую значимость во многих странах мира, включая Российскую Федерацию [Г.Г. Онищенко, 2006; В.Г. Акимкин, 2007]. Общие междисциплинарные подходы к их профилактике обозначены в «Национальной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» (2011 г.), разработанной в соответствии с современными научными данными о закономерностях их распространения, принципах эпидемиологической безопасности медицинских технологий и организации медицинской помощи населению [В.И. Покровский с соавт., 2011]. Реализация основных положений данной концепции в современных условиях является актуальной задачей для ученых и специалистов практического здравоохранения [1]. В России по данным официальной статистики ежегодно регистрируется примерно 30 тысяч случаев ИСМП (0,8 на 1 000 пациентов). Истинное же их число по оценкам экспертов составляет не менее 2-2,5 млн. человек [3].

Охрана здоровья женщин и детей считается приоритетным направлением медицины любого цивилизованного государства [5]. В современных условиях низкий индекс здоровья родильниц, ухудшение социальных, экологических факторов обусловили рост осложнений пуэрперального периода, самым частым из которых является эндометрит [4]. Будучи начальным этапом развития послеродового гнойно-септического процесса, эндометрит может повлечь за собой генерализацию инфекции, являющуюся одной из самых распространенных причин материнской смертности. Так, согласно сведениям В.Н. Серова (1998 г.), септицемия более чем у 90% родильниц возникает на фоне эндометрита. Помимо этого, последний способствует возникновению хронических заболеваний женских половых органов, обусловливающих нарушение специфических функций организма. Кроме этих негативных влияний следует отметить, что пациентки с воспалительными заболеваниями нередко являются источниками инфицирования новорожденных [5]

Одной из актуальных проблем современного акушерства продолжают оставаться гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ), занимающие значительный удельный вес в структуре материнской заболеваемости и смертности. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в данной проблеме, частота послеродового эндометрита в общей популяции родильниц составляет от 3 до 20%, достигая 40% среди больных с послеродовыми воспалительными осложнениями [2].

В современных условиях отмечается рост применения таких акушерских технологий, как операция кесарева сечения, токолиз, транспортировка плода in uteri, что может повлиять на рост заболеваемости послеродовым эндометритом [2, 4].

1. Цели и задачи исследования

Цель исследования - изучить факторы риска развития эндометрита у родильниц в условиях современного перинатального центра и дать рекомендации по оптимизации системы инфекционного контроля и надзора.

Для достижения указанной цели в процессе исследования были решены следующие задачи:

. изучены особенности состояния здоровья и течения послеродового периода у родильниц перинатального центра;

. выявлены факторы, влияющие на развитие послеродового эндометрита;

. даны рекомендации по оптимизации системы инфекционного контроля и надзора.

Исследование проведено в г. Екатеринбурге в период с октября 2013 по сентябрь 2014 г. на базе перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ №1» и кафедры эпидемиологии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России.

В работе использованы данные официальной регистрации ИСМП (форма № 60/у). Изучены истории родов (форма № 096/у) 208 родильниц перинатального центра, 100 - с физиологическим течением послеродового периода (контрольная группа) и 108 - с гнойно-септическими осложнениями (основная группа). Группы были однотипны по месту, месяцу и способу родоразрешения, возрасту родильниц. В ходе анализа полученных данных из основной группы были исключены 8 родильниц, у которых диагноз «эндометрит» не был подтвержден.

Полученные данные были сформированы в несколько блоков, включающих общие сведения (фамилия, год рождения, возраст, количество родов, абортов и беременностей, срок гестации), сведения о родоразрешении (продолжительность безводного периода, инструментальные исследования, объем кровопотери), данные о наличии соматической и инфекционной патологии в период беременности и родов. Отдельно были проанализированы данные о характере клинических проявлений эндометрита в основной группе.

В работе были использованы эпидемиологический и статистический методы исследования. Исследование носило ретроспективный характер, тип исследования - «случай - контроль». Для анализа полученных данных применяли общепринятые статистические приемы, с определением средней арифметической (М), стандартной ошибки показателя (m). Для оценки связи заболеваемости с предполагаемым фактором производили расчет отношения шансов (OR), относительного риска (RR). Достоверность различий оценивали по показателю Пирсона (χ² с поправкой Йейтса). Различия считали достоверными при р <0,05.

. Результаты и обсуждения

Популяция, в которой проводилось исследование, представляет собой ГБУЗ СО «ОДКБ № 1» - крупный многопрофильный больничный комплекс для оказания высокоспециализированной медицинской помощи женщинам и детям, в котором функционируют 28 специализированных отделений.

В этих отделениях оказывается квалифицированная медицинская помощь женщинам высокого акушерского риска при беременности, во время и после родов, проводится обследование и лечение детей с заболеваниями различного соматического и хирургического профиля, начиная с периода новорожденности.

Мощность ОПЦ - 265 коек, в том числе 160 коек для женщин и 105 - для новорожденных; функционирует 2 реанимационных отделения - на 11 коек для женщин, плановая мощность реанимационного отделения для детей - 26 коек. За 2 года работы Перинатального Центра принято более 8 000 родов. В течение анализируемого периода зарегистрировано 212 случаев ВБИ (14,5‰): из них 65 - инфекции родильниц (19,0‰). В структуре инфекций родильниц преобладают локализованные формы инфекций: эндометрит после оперативных родов (23,9%), эндометрит после физиологических родов 15,9 (%). За период с октября 2013 года по сентябрь 2014 года было принято 5596 родов, из них кесарево сечение составляют 2345 родов 41,9±4,93%, через естественные родовые пути - 3251 родов 58,09±4,93%

В анализируемый период инцидентность эндометритов в перинатальном центре составила 17,9±0,02%, в том числе послеоперационных - 21,3±0,06%, после родов через естественные родовые пути - 15,4±0,04%. Максимальные уровни заболеваемости эндометритом зарегистрированы в марте (28,1%), июне (36,5%) и августе (25,2%), когда средне годовой показатель был превышен в 1,4-2,0 раза.



Рисунок 1

акушерство беременность эндометрит материнский

Подобранные в ходе исследования опытная и контрольная группы родильниц были репрезентативны по возрасту, количеству беременностей, родов и абортов, срокам и видам родоразрешения. Так, средний возраст в основной группе составил 28,6 лет (18÷44 года), количество предыдущих беременностей на 1 родильницу - 2,4 (1÷8), количество абортов - 0,75 (0÷5). В контрольной группе средний возраст составил 28,7 лет (17÷43 года), количество предыдущих беременностей на 1 родильницу - 2,7 (1÷13), количество абортов - 0,87 (0÷10). В опытной и контрольной группах основную долю составили родильницы, родоразрешившиеся в 39-40 недель гестации (71,0±4,5% и 72,0±4,5% соответственно), доля родов в 35-38 недель составила 21,0±4,1%, в 22-34 недели - 8,0±2,5%. Половина родильниц в обеих группах была родоразрешена путем операции кесарева сечения, остальные - путем родов через естественные родовые пути.

Таблица 1



Развитие эндометрита у женщин опытной группы в 42,0% случаев было отмечено в период пребывания в перинатальном центре на 1-16 сутки после родов (М - 6,7 суток). Более половины родильниц поступили в стационар с эндометритом после выписки из перинатального центра в период с 1-х по 20 сутки. Клинические проявления эндометрита у всех заболевших были типичны: болезненность матки (31%), повышение температуры тела выше 38 ºС (25%), патологические выделения из матки (7%). У 9% родильниц опытной группы помимо эндометрита была выявлена инфекция акушерской раны, у 1% - инфекция молочных желез. В контрольной группе родильниц в период пребывания в перинатальном центре был отмечен только 1 случай однократного подъема температуры тела выше 38 ºС.

Клинические проявления эндометрита (%).



Рисунок 2



Рисунок 3

В процессе беременности 34,5% родильниц перенесли острые респираторные инфекции, 25,5% - обострение пиелинефрита, у 17,5% выявлены инфекции, передающие преимущественно половым путей (трихомониаз, хламидиоз, ЦМВ, вирус папилломы человека и пр.). Каждая 10-я женщина страдала ожирением, у 13% была диагностирована преэклампсия, у 10,5% - маловодие. Однако значимых различий в опытной и контрольной группах выявлено не было, за исключением факта заболевания респираторной инфекцией. Нами установлено, что заболевание ОРВИ в период беременности увеличивает относительный риск развития эндометрита в послеродовом периоде в 1,4 раза (OR - 2,14, RR - 1,43, χ² - 9,95).

. Характер течения беременности

Таблица 2



В процессе исследования установлено, что при родах через естественные родовые пути частота дородового излития околоплодных вод составила 86,0±4,9% в основной группе и 100% - в контрольной группе. Однако продолжительность безводного периода у родильниц опытной группы была в 1,8 раза больше, чем таковая у родильниц контрольной группы (12,8±3,3 часа и 7,1±2,6 часа соответственно). Максимальный безводный период у родильницы основной группы составил 10,6 суток (255 часов). При оперативном родоразрешении частота дородового излития околоплодных вод составила 52,0±4,4% в основной группе и 35,0±3,7% - в контрольной. Продолжительность безводного периода в обеих группах была одинакова и составила у родильниц в опытной группе 7,7±2,7 часов, у родильниц в контрольной группе - 9,4±2,9 часа. В тоже время было установлено, что продолжительность безводного периода более 6 часов увеличивала риск развития послеоперационного эндометрита в 1,5 раза (более 6 часов RR - 1,66, более 8 часов RR - 1,58, более 10 часов RR - 1,53).

4. Продолжительность безводного периода, часы



Рисунок 4. - Средний показатель по группам

Общеизвестно, что инвазивные манипуляции во время родов и раннем послеродовом периоде влияют на развитие эндометрита. В нашем исследовании установлено, что влагалищные исследования, проведенные в дородовом периоде и в родах от 2-х до 4-х раз, увеличивают относительный риск развития эндометрита при родах через естественные родовые пути в 1,7 раза (OR - 3,3, RR - 1,67), при оперативных родах - в 1,6 раза (OR - 3,06, RR - 1,61). Проведение ручного обследования полости матки после родов увеличивает риск развития эндометрита в 1,8 раза (OR - 8,61, RR - 1,85, χ² - 5,8). Значимого влияния на риск развития эндометрита других инвазивных манипуляций (применение вауумэкстракции плода, эпизиотомии, инструментального разведения плодных оболочек, наложение швов на шейку матки, осмотр шейки матки в зеркалах) в нашем исследовании не выявлено.

Таблица 3



Выводы

. Значительная доля беременных женщин, госпитализированных в перинатальный центр, имеет сопутствующую соматическую и инфекционную патологию, влияния которой на частоту развития послеродового эндометрита не установлено.

. Факторами риска развития послеродового эндометрита являются: безводный период более 6 часов (RR - 1,66), увеличение количества влагалищных исследований до 2-4 раз (RR - 1,67), проведение ручного обследования полости матки (RR - 1,85), перенесенные во время беременности и родов ОРВИ (RR - 1,43).

. В целях оптимизации системы инфекционного надзора и контроля необходимо необходимо дифференцированно проводить эпидемиологический анализ заболеваемости родильниц с учетом факторов риска развития эндометрита.

Литература

1. Деменко С.Г. Оптимизация эпидемиологического и микробиологического мониторинга за гнойно-септическими инфекциями родильниц на основе отечественных стандартных определений случая и бактериологического исследования последа: автореф. дис. … к-та мед. наук: 14.02.02 / Деменко Светлана Григорьевна; Пермская гос. мед. акад. им. Е.А. Вагнера. - П., 2013.

. Касабулатов. Н.М. Послеродовой эндометрит: патогенез, особенности клеточного и гуморального иммунитета, диагностика и лечение: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.01 / Касабулатов Нурлан Мухамедсадыкович; Российская акад. мед. гос. - М., 2006 г.

. Рекомендации по мытью рук и антисептике рук. Перчатки в системе инфекционного контроля. / Под ред. академика РАЕН Л.П.Зуевой. - СПб: Санкт-Петербургский Учебно-методический Центр Инфекционного Контроля, 2004.-38 с.

. Цыбизова Т.И. Ранняя диагностика и активное лечение послеродового эндометрита: автореф. дис. … к-та мед. наук: 14.00.01/ Цыбизова Татьяна Григорьевна; Волгоградская мед. акад.- В., 1998.