

The Obstetric-Perinatal Aspects of Chlamidial Infection at Incompetent Pregnancy

The data about the frequency of chlamydiosis at incompetent pregnancy and peculiarities of the course of gestation are brought in the paper. A method of treatment of chlamydiosis is suggested with combined application of erythromycin and acidoflein which prolongs the pregnancy and improves the obstetric-perinatal indices.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кош М. Н., Гильберт Г. Л., Врайди Дж. В. Клиническая патология биологии новорожденных, М., 1986.
2. Маждраков Г. Инфекции, инвазии и паразитарные болезни почек. София, 1980, с. 311.
3. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности. М., 1988.
4. Bradley M. G., Robson D., Lee N. et al. *Gonorrhea*. 7^{ed.}, 1985, 61, 371.

УДК 618.5—089.881.61

Р. А. Абрамян, Э. С. Овакимян, С. А. Амаякян

РОЛЬ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ В ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Снижение материнской и детской заболеваемости и смертности определяется своевременным и правильным выбором метода родоразрешения. Абдоминальное родоразрешение преследует цель существенно улучшить исходы родов для плода и матери при некоторых формах акушерской и экстрагенитальной патологии [1—4]. В то же время увеличение частоты кесарева сечения на 1% приводит к двукратному повышению частоты послеоперационных заболеваний [4]. Поэтому продолжают поиски методов профилактики послеоперационных осложнений путем их ранней диагностики, так как успех абдоминального родоразрешения зависит не только от показаний, условий, техники и своевременного выполнения операции, обезболивания, но и от ранней диагностики, профилактики и лечения послеоперационных осложнений. В литературе имеются единичные данные о патанатомическом исследовании последа для выявления группы рожениц высокого риска развития внутриутробной инфекции [5].

В настоящей работе приводятся данные об изменениях в плаценте инфекционно-воспалительного характера при родоразрешении путем кесарева сечения для выявления групп высокого риска развития внутриутробной инфекции и профилактики осложнений инфекционного характера в послеоперационном периоде.

Работа выполнена на базе I клинического роддома г. Еревана. У 60 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения, было про-

ведено патанатомическое исследование плаценты. Все роженицы оперированы под интубационным наркозом. В 59 случаях произведен поперечный разрез матки по Пфанненштилю в нижнем сегменте, в 1 случае—корпоральное кесарево сечение в связи с корпоральным кесаревым сечением в анамнезе. Среди оперированных моложе 20 лет было 2, остальные были в возрасте 20—40 лет.

Средний возраст оперированных составлял 28 лет. Первородящих было 26 (43,3%), повторнородящих 34 (56,7%) женщины. Повторное кесарево сечение произведено в 24 случаях (40%). В 52 (86,6%) случаях кесарево сечение произведено при доношенной беременности, у 4 (6,7%)—при недоношенной в связи со срочными показаниями для родоразрешения, у 4 (6,7%) рожениц—при переношенной беременности. В 37 (61,7%) случаях кесарево сечение произведено в плановом порядке (до начала родовой деятельности), а в 23 случаях—в родах, при этом продолжительность родов до операции составляла до 10 ч у 11 женщин (18,3%), до 20 ч—у 6 (10%), свыше 20 ч—у 6 (10%) женщин.

У 40 (66,7%) женщин воды были целы. В 20 случаях (33,3%) операция произведена при отошедших водах, при этом продолжительность безводного периода была до 6 ч—у 11 женщин (18,3%), от 6 до 12 ч—у 7 (11,7%), свыше 12 ч—у 2 женщин (3,3%). У 2 (3,3%) женщин была II степень чистоты влагалища, у 48 (80%)—III степень, и у 10 (16,7%)—IV степень.

Материалом для исследования служила плацентарная ткань, взятая при кесаревом сечении. Кусочки плаценты фиксировали в течение 24 ч. в 10% нейтральном формалине, после чего заливали в парафин и готовили парафиновые срезы толщиной 7 мкм. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

Исходя из анализа результатов патанатомического исследования плаценты все оперированные разделены на 2 группы.

Первую группу составили 37 женщин, у которых при гистологическом исследовании в тканях плаценты выявлены изменения, связанные с нарушениями циркуляции в результате физиологического старения плаценты к концу беременности с процессами инволюции: умеренное очаговое полнокровие ворсин, единичные или множественные мелкие кровонизлияния в децидуальной оболочке и прилежащих к ней ворсинах, небольшие единичные участки фибриноидного некроза, очаги некробиоза децидуального слоя, хориона, незначительная отечность хориональной оболочки, различное количество мелких петрификатов, единичные склерозированные и облитерированные сосуды.

Во вторую группу вошли 23 женщины, у которых при патанатомическом исследовании плаценты выявлены изменения инфекционно-воспалительного характера: выраженный отек стромы ворсин, обширные участки склероза и гиалиноза, выраженные кровоизлияния, лейкоцитарная инфильтрация.

Таблица 1

Распределение больных по группам с учетом
соматического фона и течения беременности

Соматический фон	Всего	I группа	II группа
Ревматический порок сердца	1	1	
Ожирение	2		2
Гипотония	1	1	
Течение беременности			
Гладкое	33	24	9
Боли в области рубца	2	2	—
ОРВЗ в I половине беременности	8	4	4
ОРВЗ во II половине беременности	10	5	5
Нелышавивание	4	—	4
Анемия	1	1	—
Токсикоз I половины беременности	10	5	5
Токсикоз II половины беременности	8	2	6

Таблица 2

Распределение беременных по группам в зависимости от показаний к операции

Показания к операции	I группа	II группа	Всего
Рубец на матке	22	2	24
Анатомически узкий таз	11	2	13
Крупный плод (функционально узкий таз)	6	2	8
Неправильное вставление головки	2	1	3
Тазовое предлежание плода	3	2	5
Предлежание петель пуповины	—	1	1
Поперечное и косое положение плода	5	2	5
Угрожающий разрыв матки	—	1	2
Перенашивание беременности	4	8	12
Упорная слабость родовой деятельности	2	9	11
Внутриутробная асфиксия плода	3	1	4
Отягощенный акушерский анамнез	4	3	7
Отягощенный гинец. анамнез (бесплодие)	3	3	6
Возрастная первородящая	6	8	14
Резус-конфликт	18	13	31
Поздний токсикоз	2	5	7
Экстрагенитальные заболевания	2	—	2
Предлежание плаценты	—	2	2

Выявлено, что изменения в плаценте инфекционно-воспалительного характера чаще встречались при IV степени чистоты влагалища,

длительности безводного периода свыше 6 ч, родовой деятельности более 10 ч до операции, при наличии более трех влагалищных исследований в родах.

Анализ данных с учетом соматического фона и течения беременности (табл. 1) показал, что инфекционно-воспалительным изменениям в плаценте могут способствовать ожирение, токсикоз II половины беременности, невынашивание беременности.

При сравнении результатов исследования плаценты с показаниями для кесарева сечения (табл. 2) нами выявлено, что инфицирование плаценты чаще наблюдалось при перенашивании беременности, слабости родовой деятельности, предлежании плаценты. В остальных случаях инфицирование плаценты имело место при совокупности нескольких показаний в сочетании с неблагоприятными условиями операции.

Сравнение данных патанатомического исследования плаценты с течением послеоперационного периода (табл. 3) показало, что гладкое течение послеоперационного периода наблюдалось у 46 (76,6%) рожениц.

Таблица 3

Течение послеоперационного периода	I группа		II группа		Всего	
	число	%	число	%	число	%
Гладкое	34	91,9	12	52,1	46	76,6
Лихорадка	2	5,4	5	21,7	7	11,6
Субинволюция матки	1	2,7	4	17,4	5	8,4
Атония кишечника	—	—	1	4,4	1	1,7
Перитонит	—	—	1	4,4	1	1,7
	37	100%	23	100%	60	100%

Осложненное течение в I группе наблюдалось у 3 (8,1%) рожениц, а во II группе—у 11 (47,9%), т. е. при инфицировании плаценты частота послеоперационных осложнений оказалась достоверно выше ($P < 0,05$). Родильницы I группы выписывались в среднем на $9,1 \pm 1,7$ суток, а II группы на $15,2 \pm 2,1$ суток ($P < 0,05$).

Таким образом, течение послеоперационного периода зависит от состояния плаценты. При наличии инфекционно-воспалительных изменений в плаценте послеоперационный период часто имеет осложненное течение.

Инфекционно-воспалительным изменениям в плаценте способствуют: длительный безводный период, IV степень чистоты влагалища, длительная родовая деятельность, предлежание плаценты, перенашивание беременности, ожирение, поздний токсикоз, невынашивание беременности.

Исходя из полученных данных, роженицы II группы являются группой высокого риска для внутриутробного инфицирования и осложнения течения послеоперационного периода. Поэтому у рожениц II группы после операции кесарева сечения необходимо с первых же часов послеоперационного периода во избежание возможных осложнений соблюдать все принципы терапии послеродовых инфекций. Терапия должна быть этиотропной, комплексной, систематической и активной.

Кафедра гинекологии № 2 ЕРМИ

Поступила 2/II 1993 г.

Ռ. Ա. Աբրահամյան, Է. Ս. Հովակիմյան, Ս. Ա. Համայակյան

ԸՆԿԵՐՔԻ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԳԵՐԸ ԿԵՍԱՐԵԱՆ ՀԱՏՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ՀԵՏՎԵՐԱՀԱՏԱԿԱՆ
ՇՐՋԱՆԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ՀԱՄԱՐ

Անց է կացվել կեսարյան հատմամբ ծննդաբերած կանանց ընկերքի ախտաբանական-անատոմիական հետազոտություն: Հաստատված է, որ ընկերքում ինֆեկցիոն-բորբոքային փոփոխությունների առկայության դեպքում հետվիրահատական շրջանը հաճախ ընթանում է բարդություններով: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է հետվիրահատական շրջանում պահպանել հետ-ծննդաբերական ինֆեկցիաների թերապիայի բոլոր սկզբունքները: Բուժումը պետք է լինի կոմպլեքսային, սխեմատիկ և ակտիվ:

R. A. Abramian, E. S. Hovakimian, S. A. Hamayakian

The Role of the Placental Infection in the Course of Postoperative Period after Cesarean Section

The pathoanatomic investigation of the placenta has been conducted in women after cesarean section. On the base of the obtained data it is concluded that in case of infectious-inflammatory changes in placenta the postoperative period has a complicated course. The infectious-inflammatory changes in placenta develop due to a long unhydnous period, IV degree of the vaginal cleanness, premature labor or prolonged gestation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А. Кесарево сечение в перинатальной медицине. М., 1985.
2. Козаченко В. П. Беременность и роды после кесарева сечения. М., 1979.
3. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение. Л., 1986.
4. Степанковская Г. К., Сольский С. Я. Послеродовая инфекция. Киев, 1989.
5. Ханамова Т. А., Бабаджанова Т. В. Здравоохранение Туркменистана, 1984, 6, с. 25.