

Результаты проведенного исследования указывают на высокую эффективность комбинированного препарата сафоцид для профилактики послеоперационных осложнений у пациенток после выполнения гистероскопии. Данные лабораторных исследований подтверждают, что эффект однократного приема препарата в день операции сопоставим с курсом антибактериальной терапии цефалоспорины 2–3 поколения. Результаты изучения экспрессии Toll-рецепторов у пациенток сравниваемых групп указывают на несомненное участие врожденного иммунитета в определении осо-

бенностей течения послеоперационного периода, однако особенности их изменений под влиянием различных медикаментозных средств требует дальнейшего изучения.

#### **Заключение**

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комбинированного препарат «Сафоцид» в профилактике инфекционных осложнений после гистероскопии. Использование его обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода при ранней выписке из стационара, что дает дополнительные экономические преимущества.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гинекология: национальное руководство / Под общ. ред. В. И. Кулакова и др. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2007.
2. Schmidt M., Raghavan B., Muller V., et al. Crucial role for human Toll-like receptor 4 in the development of contact allergy to nickel // *Nature immunology*. – 2010. – Vol. 11 (9). – P. 814–819.
3. Zhao J. Activation of Toll-like receptors 2 and 4 in *Aspergillus fumigatus* keratitis // *Innate Immunity*. – 2009. – Vol. 15 (3). – P. 155–168.
4. Banjanac M., Nujic K., Vrancic V., et al. Azithromycin distinctively modulates classical activation of human monocytes in vitro // *British Journal of Pharmacology*. – 2012. – Vol. 165 (5). – P. 1348–1360.
5. Shalhoub J., Flack-Hansen N. A., Davies A. H., et al. Innate immunity and monocyte-macrophage activation in atherosclerosis // *J Inflammation*. – 2011. – Vol. 8. – P. 9–24.

## **ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРИНЕОТОМИИ, ЭПИЗИОТОМИИ**

*Н. А. Жаркин, Н. А. Бурова, Н. В. Шатилова*

**Кафедра акушерства и гинекологии ВолгГМУ**

В современной акушерской практике частота рассечения промежности во время родов составляет до 40 % [1, 4, 6].

В развитых странах отмечают тенденцию к снижению частоты использования рассечения промежности. Основные предикторы этого оперативного вмешательства – первые роды, возраст роженицы 35 лет и старше, «высокая» промежность, ригидность тканей промежности, традиции ведения родов (лежа, стоя, на корточках и т. д.), применение эпидуральной анестезии, оперативные роды (использование акушерских щипцов и вакуумэкстрактора), макросомия плода, гипоксия плода, дистоция плечиков (ДП) [7, 9].

Рассечение промежности в родах проводят в следующих ситуациях:

- угроза разрыва промежности при крупном плоде, неправильных вставлениях головки пло-

да, высокой ригидной, рубцовоизмененной промежности, родоразрешающих влагалищных операциях (резаная рана заживает лучше, чем рваная) и др.;

- необходимость укорочения II периода родов при кровотечении, гестозе, вторичной слабости родовой деятельности, заболеваниях сердечнососудистой системы, почек, органов дыхания и др.;

- гипоксия плода;

- преждевременные роды (рассечение промежности уменьшает силу давления на головку недоношенного плода мышцами тазового дна и ускоряет рождение плода).

Некоторые исследователи полагают, что эпизиотомия – самое частое проявление акушерской агрессии [5, 10]. Ими опровергнуты такие преимущества рассечения промежности, как предотвращение несостоятельности

мышц тазового дна, а следовательно, недержания мочи, газов и кала, предотвращение разрывов промежности III и IV степени, повреждение акушерской промежности, предотвращение осложнений со стороны плода, таких, как перинатальная асфиксия, респираторный дистресс-синдром (РДС) за счет укорочения периода изгнания.

Несмотря на большое количество используемых для профилактики средств (растворы перекиси водорода, перманганата калия, фурацилина, бриллиантового зеленого), а так же УФО послеоперационной раны, частота осложнений остается достаточно стабильной и достигает 7–20 % [1, 4, 6].

Высокая частота инфекционных осложнений в послеродовом периоде обусловлена рядом факторов. Даже физиологическое течение послеродового периода сопровождается иммуносупрессией. В процессе беременности и в раннем послеродовом периоде наблюдается снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета в среднем на 3–10 %, отмечается также снижение естественной киллерной активности лимфоцитов. Эти изменения связаны с вынашиванием беременности и родами и не требуют специальной коррекции. Такое снижение иммунологической защиты, получившее название «транзиторного иммунодефицита», обуславливает повышенную восприимчивость родильницы к инфекции и сохраняется в течение первых десяти суток пуэрперия. Характерно также угнетение факторов неспецифической защиты организма, которое выражается в снижении содержания лизоцима, системы комплемента и других факторов защиты. Это приводит к замедлению процессов регенерации как травмированных, так и рассеченных тканей [2].

Исследования большинства авторов указывают, что в настоящее время среди возбудителей послеродовых инфекционных заболеваний ведущее значение приобрели микробные ассоциации, в которых наиболее часто преобладают неспорообразующие анаэробы [2, 9]. Необходимо подчеркнуть, что высевая микроорганизмы из очага воспаления мы получаем только «микробный пейзаж», то есть представление о существующей флоре, и далеко не всегда можно определить кто же является основным возбудителем патологического процесса. Поэтому, в практической работе наиболее час-

то для обработки швов используются противовоспалительные препараты широкого спектра действия.

Возникновение инфекционных осложнений увеличивает сроки пребывания в акушерском стационаре, повышает стоимость лечения, повышает риск развития тяжелых послеродовых осложнений и инфекционных осложнений у детей [2, 4, 5].

При отеке тканей промежности на область швов в первые сутки назначают пузырь со льдом. Отек шва является неблагоприятным фактором не только с позиции формирования пуэрперальной язвы, но и даже при заживлении тканей первичным натяжением в связи с формированием грубого рубца, снижающего дальнейший тонус промежности [3].

При заживлении швов вторичным натяжением нередко возникают нарушение анатомической целостности и рубцовая деформация промежности, несостоятельность мышц тазового дна, что в дальнейшем способствует опущению половых органов, появлению диспареунии, воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта, т. е. существенно ухудшает качество жизни [3, 8].

Для профилактики инфекционных осложнений после восстановления целостности промежности традиционно используют различные антисептики (растворы перекиси водорода, перманганата калия, фурацилина, бриллиантового зеленого и др.) К физиотерапевтическим методам, успешно применяющимся при осложнениях заживления раны промежности в послеродовом периоде, относят ультразвуковую терапию, лазеротерапию, СВЧ-терапию дециметровыми волнами, магнитно-инфракрасное облучение, облучение послеоперационной раны УФ-лучами. [1, 3].

Несмотря на большое количество используемых для профилактики средств, частота осложнений остается стабильной [2, 4]. Во многом это объясняется наличием у ряда женщин преморбидного фона, невысокого общего уровня здоровья, низкой напряженностью иммунитета, сниженной общей реактивностью организма, наличием конкретных факторов риска (персистенция очагов инфекции различной локализации: отит, гайморит, хронический тонзиллит, хронический холецистит, хронический пиелонефрит, тромбофлебит и др.). Особое значение имеют воспалительные заболевания по-

ловой сферы (хронический аднексит, хронический пиелонефрит) и особенно нижнего отдела полового тракта (кольпит, цервицит, бартолинит, вульвит).

Это обуславливает необходимость дальнейшего поиска усовершенствованных методов профилактики осложнений послеоперационных ран промежности.

Одним из возможных, на наш взгляд, методов профилактики инфекционно-септических осложнений после рассечения промежности может быть комбинированный метод обработки швов с использованием бальнеологического средства «Эльтон»-гель.

Бальнеологическое средство «Эльтон» (водная основа) представляет собой липидный комплекс из лечебной грязи озера Эльтон, и содержит глицериды, насыщенные и ненасыщенные органические кислоты, фосфолипиды (лецитины, кефалины), каратиноиды, ксантофилы, хлорофиллы, стерины. Для повышения биодоступности липидов наиболее рациональной лекарственной формой представляется структурированный гель с использованием аэрозоля, что позволяет увеличить зону проникновения и биодоступность препарата, легко его дозировать. Выпуск средства «Эльтон» осуществляется с 1998 г. в соответствии с ТУ 13-01-03-44-98 (заключение ГСЭС РФ № 34.12.01.936.П.000882.09.04 от 24.09.2004).

Бальнеологическое средство «Эльтон»-гель оказывает обезболивающее, противовоспалительное, биостимулирующее (улучшает обменные процессы в органах и тканях), ранозаживляющее и кератопластическое (ускоряет процессы клеточной регенерации при вяло гранулирующих и медленно эпителизирующих ранах), антиоксидантное (за счет активации ферментов тканевого дыхания и связывания продуктов перекисного окисления липидов в органах и тканях), мембраностабилизирующее и иммуномодулирующее действие.

Для оценки эффективности профилактики осложнений с помощью бальнеологического средства «Эльтон»-гель было обследовано 111 родильниц, которым во время родов были произведены операции перинеотомии и эпизиотомии. Группу сравнения составили 63 пациентки, которым лечение ран осуществлялось традиционными методами (двукратная ежедневная обработка швов антисептиками: обрабатывали 3%-й перекисью водорода, 0,02%-м ра-

створом фурацилина и  $\text{KMnO}_4$  или 0,05%-м раствором Хлоргексидина). Родильницам основной группы (48 пациенток) наряду с традиционной терапией с профилактической целью производили обработку послеоперационной раны бальнеологическим средством «Эльтон»-гель. Обрабатываемую поверхность перед процедурой очищали от выделений, обрабатывали 3%-й перекисью водорода и 0,02%-м раствором фурацилина, просушивали стерильным тампоном. Бальнеологическое средство «Эльтон»-гель наносили на швы промежности с первых суток после родов, 2 раза в день в течение 5 дней.

При сравнительном анализе установлено, что группы достоверно не различались по возрастному составу, по паритету, по показаниям к операциям, по технике выполнения операций на промежности. Применение бальнеологического средства «Эльтон»-гель привело к исчезновению отека и гиперемии в области послеоперационной раны к  $(3 \pm 1,03)$  суткам послеоперационного периода, против  $6 \pm 3,1$  в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Через  $(7 \pm 1,2)$  часов после начала обработки родильницы отмечали снижение боли, уменьшении ощущения напряженности тканей и чувства дискомфорта в области швов, что в 6,8 раз быстрее, чем в группе сравнения [ $(48 \pm 1,2)$  часа]. Из 18 женщин основной группы частичное расхождение швов на промежности произошло у 1 (1,6 %). Из 63 пациенток группы сравнения расхождение швов отмечено у 8 (12,9 %), причем частичное расхождение – у 7 (11,1 %), полное – у 1 (1,58 %).

Исследование локального цитокинового статуса (II-1, II-4, II-6, II-10, II-17a,  $\text{IFN}\gamma$ ,  $\text{FNO}\alpha$ ) выявило, что уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у большинства пациенток группы сравнения сохранялся на стабильно высоком уровне и в 2,5 раза превышал показатели в основной группе. Параметры цитокинового статуса у всех пациенток основной группы были стабильно низкими и свидетельствовали о сохраненной локальной иммунорегуляции.

Анализ полученных результатов выявил снижение количества инфекционных осложнений при профилактической обработке послеоперационного шва бальнеологическим средством «Эльтон»-гель в 3,2 раза.

Таким образом, применение бальнеологического средства «Эльтон»-гель в комплексной профилактике инфекционных осложнений

после операций на промежности способствовало активации процессов репарации и регенерации, что привело к более быстрому и полноценному заживлению ран. Использование гид-

рофильного «Эльтон»-геля снижает риск развития тяжелых послеродовых инфекционных осложнений, что способствует повышению качества жизни родильниц.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чернуха В. Г. Нормальный и патологический послеродовый период. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 272 с.
2. Ковалев М. И., Зуев В. Н. Низкоинтенсивное и высокоэнергетическое лазерное излучение в акушерстве и гинекологии. – М.: Изд. «Техника», 2007. – 170 с.
3. Мальцева Л. И., Коган Я. Э. Особенности инфицирования в раннем послеродовом периоде у женщин из группы риска по пуэрперальным инфекционным осложнениям // Матер. Всерос. форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 153.
4. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / Под ред. В. Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 336 с.
5. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. – М.: StatusPraesens, 2011. – 688 с.
6. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия: от инфектологии к родовому травматизму // Status Praesens. – 2012. – С. 5.
7. Aytan H., Tapisiz O. L., Tuncay G., et al. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2005. – Vol. 121 (1). – P. 46–50.
8. de Oliveira S. M., Miquilini E. C. Frequency and criteria for indication of episiotomy // Rev. Esc. Enferm. USP. – 2005. – Vol. 39 (3). – P. 288–295.
9. Ogunyemi D., Manigat B., Marquis J., et al. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery // J. Nat. Med. Assoc. – 2006. – Vol. 98 (11). – P. 1874–1881.
10. Riethmuller D., Courtois L., Maillet R. Liberal versus restrictive practice of episiotomy: do there exist specific obstetrical indications for episiotomy? // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 2006. – Vol. 35 (1 Suppl). – P. 32–39.