

# Оптимізація профілактики септичних ускладнень у роділь з високим інфекційним ризиком

Ю.Р. Фейта, В.І. Пирогова

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Незважаючи на впровадження в акушерську практику сучасних діагностичних технологій, методів профілактики та лікування, частота післяпологових гнійно-септичних ускладнень залишається доволі високою і є важливою медико-соціальною проблемою, оскільки вони посідають одне із провідних місць у структурі материнської захворюваності та смертності.

**Мета дослідження:** удосконалення менеджменту роділь із пологовою травмою промежини в анамнезі як складової ефективної превенції гнійно-септичних ускладнень у пуерперальний період.

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені 77 роділь. Основну групу та групу порівняння сформувавши із жінок з порушенням цілісності промежини у попередніх пологах та високим ризиком розвитку інфекційних ускладнень у пуерперальний період. Жінкам із основної групи (n=24) під час кожного вагінального дослідження під час пологів (з додатковим введенням через 15–30 хв після розриву плодового міхура) та 2 рази на день по 5 мл протягом 5 днів післяпологового періоду застосовували антисептичний засіб у формі вагінального гелю, до складу якого входять: 0,02% декаметоксин (антисептичний компонент), 0,5% гіалуронова кислота (регенерувальний компонент) та лактатний буфер (регулювальний компонент). У групу порівняння увійшли 27 жінок – без використання вагінального гелю під час пологів, із застосуванням традиційних методів оброблення швів у післяпологовий період. У контрольну групу – 26 жінок з неускладненим соматичним статусом, фізіологічним перебігом вагітності та пологів. Оцінювання ефективності призначеного лікування проводили на підставі суб'єктивних симптомів (біль, дискомфорт, печіння у ділянці швів промежини), клінічних даних (набряк, гіперемія, характер загоєння швів), загальноприйнятих показників у динаміці (бактеріоскопія мазків піхвового вмісту, визначення рН вагінального вмісту). **Результати.** На тлі застосування трикомпонентного вагінального гелю в основній групі рівень травматизму м'яких тканин пологових шляхів під час даних пологів був нижчий на 19,9%, ніж у групі порівняння, – переважали розриви промежини 1-го ступеня, зменшилась необхідність проведення повторних епізіо- та перинеотомій. Це дозволило скоротити тривалість перебування у стаціонарі та покращило післяпологову реабілітацію на відміну від груп порівняння. На 3-ю добу пуерперального періоду гіперемія та набряк у ділянці рани у жінок основної групи спостерігались майже у три рази рідше, ніж у групі порівняння. На 5-у добу післяпологового періоду жінки основної групи скаржилися у середньому у 5 разів рідше, ніж жінки групи порівняння, загоєння у них відбувалось первинним натягом без інфекційних ускладнень. Використання вагінального гелю знижувало число лейкоцитів у рановому секреті та скорочувало терміни епітелізації рани (в 1,5 разу швидше, ніж у породіль групи порівняння). На тлі застосування вагінального гелю до 5-ї доби післяпологової терапії у 2/3 пацієнток спостерігалась нормалізація мікрофлори, відбувалось відновлення рН. Отримані результати свідчать на користь раннього початку профілактичних заходів та про високу ефективність топічної антисептичної терапії у жінок з високим інфекційним ризиком.

**Заключення.** Тактика профілактики післяпологових гнійно-септичних ускладнень у групі роділь з високим ризиком їхнього розвитку з метою запобігання антибіотикорезистентності передбачає одним із елементів комплексного підходу застосування місцевих антисептиків. Включення останніх у комплекс профілактично-лікувальних заходів під час ведення роділь із високим ризиком реалізації інфекції у пуерперальний період сприяє зниженню травматичних та інфекційних ускладнень та забезпечує більш сприятливий перебіг пологів та післяпологового періоду.

**Ключові слова:** пологовий травматизм, післяпологові гнійно-септичні ускладнення, локальний антисептик.

Незважаючи на впровадження в акушерську практику сучасних діагностичних технологій, методів профілактики та лікування, частота післяпологових гнійно-септичних ускладнень (ПГСУ) залишається доволі високою і є важливою медико-соціальною проблемою, оскільки вони посідають одне з провідних місць у структурі материнської захворюваності та смертності по всьому світі [8], становлячи 1/10 всіх материнських смертей [10, 11, 13, 14].

Пуерперія є періодом високого ризику розвитку інфекційних ускладнень, що зумовлено певними особливостями: зміна анатомічного і функціонального стану статевих органів та інших систем організму під час вагітності та пологів; зміна характеру та вірулентності мікроорганізмів на тлі зниженого імунологічного статусу, що супроводжує стан вагітності (транзиторий частковий імунодефіцит) [6, 7, 9, 11, 12]. Специфіка перебігу запального процесу багато в чому визначається імунним гомеостазом, на тлі якого сповільнюється регенерація поверхні рани як плацентарної ділянки матки, так і пологових шляхів. Пошкодження м'яких тканин пологового каналу є найчастішим ускладненням пологів. Число травм промежини не має тенденції до зниження та спостерігається у більше ніж половини роділь. Число розривів промежини 1–2-го ступеня коливається від 18% до 78%, частота перинеотомії – 10–73% [4]. У разі потиличного передлежання плода порушення цілісності промежини виникають у кожній 3–4-й роділлі, а саме – у 10–12% випадків спостерігаються розриви промежини, у 12–15% – розриви стінок піхви, частота розсічення промежини під час пологів становить 21–22%, розрив шийки матки – 60% [1]. Ушивання розривів піхви виявляють після кожних других-третьох пологів, відновлення цілісності промежини – після кожних четвертих [1]. Рубці промежини, що залишилися після попередніх пологів, зумовлюють зменшення еластичності тканин та збільшення вірогідності розривів у наступних пологах [4].

Такі хірургічні втручання, як епізіотомія/перинеотомія найчастіше спричинюють розвиток інфекційно-запальних ускладнень, що значною мірою пов'язано із травматизацією тканин і кровотратомою, а це зумовлює розвиток післяопераційної ранової інфекції. У 19,3% випадків імунодефіцит у пуерперії призводить до запалення швів та загоєння рани вторинним натягом [1]. Порушення клітинного та гуморального імунітету зумовлює підвищену чутливість до інфекції і створює передумови для активації мікрофлори. Серед збудників ПГСУ домінують умовно-патогенні мікроорганізми, про що свідчать дані останніх наукових пу-

блікацій, які виділяють бактеріальний вагіноз (БВ) як суттєвий фактор ризику розвитку післяпологових ускладнень [2].

Діагностика БВ, особливо у випадках безсимптомних форм (до 50%), як правило, є запізнілою. Під час вагітності слід ретельно підходити до вибору методу лікування БВ. За результатами систематичного огляду (2012 р.) щодо оцінки ефективності антисептиків у лікуванні БВ порівняно із плацебо та стандартною антибактеріальною терапією метронідазолом та кліндамицином (PubMed (1966–2010), CINAHL (1982–2010), IPA (1970–2010), Cochrane CENTRAL) отримано зіставні дані відносно ефективності антибактеріальної терапії та застосування антисептиків [3].

Необґрунтоване (у 75% випадків) призначення антибіотиків призвело до формування «супербактерій» (клебсієла, кишкова паличка, стафілокок) [5]. Відповідно до результатів останніх досліджень, значно зріс ризик смертності, пов'язаний із множинною стійкістю бактерій до антибіотиків. У 2009 р. уперше була прийнята концепція «менеджменту антибіотиків» для досягнення подвійної мети – забезпечення ефективного лікування пацієнтів з інфекцією та мінімізації супутньої шкоди від застосування протимікробних препаратів [3, 5]. Оскільки післяпологовий період є найбільш небезпечним з точки зору інфекційних ускладнень, особливо у вагітних групи високого ризику, надзвичайно важливе значення має профілактика цих ускладнень.

Проте сьогодні у наукових дослідженнях, як і на практиці, головна увага приділяється профілактиці даних ускладнень за допомогою антибіотиків, застосування яких призводить до подальшого росту антибіотикорезистентних штамів і пригнічення природних мікробіоценозів. У зв'язку з цим надзвичайно актуальним є вивчення можливості застосування в післяпологовий період препаратів місцевої дії (антисептиків), що сприяють швидшому загоєнню травм пологового каналу, як засобів ефективної профілактики септичних ускладнень у пуерперальний період, які не проявляють системної дії на макроорганізм та не зумовлюють появу антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів.

На жаль, традиційні методи оброблення швів не забезпечують повноцінного загоєння ран, що зумовлює необхідність пошуку нових підходів, спрямованих на запобігання пологового травматизму та профілактику запальних ускладнень у пуерперальний період.

**Мета дослідження:** удосконалення менеджменту роділь із пологовою травмою промежини як складової ефективної превенції гнійно-септичних ускладнень у пуерперальний період.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 77 роділь, що були розподілені на три групи. Основну групу та групу порівняння сформували із жінок з порушенням цілісності промежини під час попередніх пологів (розриви промежини 1–2-го ступеня, епізіо-, перинеотомії) та високим ризиком розвитку інфекційних ускладнень у післяпологовий період.

У жінок основної групи (n=24) під час пологів та у післяпологовий період застосовували трикомпонентний вагінальний гель. У жінок групи порівняння (n=27) не застосовували вагінальний гель під час пологів, а післяпологовий період вели із застосуванням традиційних методів оброблення швів. У контрольну групу увійшли 26 жінок з неускладненим соматичним статусом, фізіологічним перебігом вагітності та пологів.

Сформовані клінічні групи були однорідними за віком, місцем проживання, соціально-економічним статусом та терміном гестації.

Як препарат вибору для запобігання травматизму пологових шляхів та з метою покращання регенерації тканин у разі порушення їхньої цілісності було обрано трикомпонентний антисептичний засіб у формі вагінального гелю (по 5 мл в одноразовому полімерному контейнері), до складу якого входять: 0,02% декаметоксин (антисептичний компонент), 0,5% гіалуронова кислота (регенерувальний компонент) та лактатний буфер (регулювальний компонент).

Декаметоксин концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробної клітини, з'єднується із фосфатидними групами ліпідів мембран, порушуючи проникність мембран мікроорганізмів. Декаметоксин чинить виражену бактерицидну, фунгіцидну, протозоїдну та вірусцидну дію, проявляє високу активність щодо мікроорганізмів, стійких до антибіотиків, не всмоктується слизовими оболонками, неушкодженою шкірою та рановою поверхнею. Гіалуронова кислота проявляє регенерувальні та ранозагоювальні властивості, має властивість зв'язувати воду, чим забезпечує підтримку вологості у слизовій оболонці піхви та робить стінки піхви більш еластичними (протитравматична дія), сприяє відновленню слизової оболонки піхви. Лактатний буфер виступає природним регулятором, що відновлює фізіологічний баланс рН, підтримує нормальний склад мікрофлори піхви, а також сприяє зменшенню таких симптомів порушень кислотно-лужного балансу, як подразнення, печіння та свербіж.

Даний препарат рекомендований до застосування при станах, що супроводжуються змінами слизової оболонки піхви (вагітність, післяпологовий та лактаційний період, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози), а також з метою профілактики та лікування інфекційно-запальних захворювань статевих органів.

Оцінювання ефективності призначеного лікування проводили на підставі вивчення суб'єктивних симптомів (біль, дискомфорт, печіння у ділянці швів промежини), клінічних (набряк, гіперемія, характер загоєння швів) та лабораторних даних у динаміці (бактеріоскопія мазків піхвового вмісту, визначення рН вагінального вмісту).

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили за допомогою Statistica 10 (Statsoft, USA) з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності середніх величин вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% (p<0,05).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік роділь в основній групі становив 28,2±1,9 року; 27,9±1,7 року – у групі порівняння та 26,4±1,6 року – у контрольній групі. Серед пацієнок усіх груп переважали жінки, які народжували повторно: одні пологи в анамнезі були у 83,3% жінок основної групи, у 88,9% – у групі порівняння, у 65,4% – у контрольній групі; двоє та більше пологів були в анамнезі відповідно у 16,7%, 11,1% та 3,8% жінок. В анамнезі у 41,7% роділь основної групи та у 33,3% роділь групи порівняння відзначені безплідність, артіфіційні аборти та репродуктивні втрати (мимовільні викидні, завмерлі вагітності, антенатальна загибель плода, позаматкова вагітність).

До вагітності у жінок з основної групи та групи порівняння спостерігались інфекційні вульвовагінальні захворювання: бактеріальний вагіноз, вагініт, кандидоз (87,5% та 81,5% відповідно); захворювання шийки матки (ектопія шийки матки, цервіцит – 37,5% та 29,6% відповідно); запальні захворювання органів малого таза – ЗЗОМТ (у 29,2% та 18,5% відповідно). У більшій частині роділь основної групи та групи порівняння виявлені екстрагенітальні захворювання (58,3% та 51,9% відповідно).

Структура екстрагенітальних захворювань в обстежених жінок була представлена хворобами серцево-судинної системи (ССС), сечовидільної системи, органів дихання, травного тракту (ТТ), варикозною хворобою нижніх кінцівок (табл. 1).

У 62,5% пацієнок основної групи та 51,9% – групи порівняння були зафіксовані ті чи інші ускладнення перебігу вагітності: загроза переривання на різних термінах, багатоводдя, преєклампсія, безсимптомна бактеріурія (ББ), загострення хронічного пієлонефриту під час вагітності. Виявлена висока частота захворювання ГРВІ під час вагітності у жінок основної групи та групи порівняння (33,3% – в основній групі, 25,9% – у групі порівняння).

Тривалість пологів у жінок досліджуваних груп достовірно не відрізнялась, проте у жінок із основної групи було відзначено скорочення тривалості другого періоду пологів

Клініко-анамнестична характеристика обстежених жінок, абс. число (%)

Чинник ризику	Група пацієнток			P (достовірність відмінностей між групами)		
	Основна, n=24	Порівняння, n=27	Контрольна, n=26	О-К	П-К	О-П
Порушення МЦ	7 (29,2)	5 (18,5)	2 (7,7)	0,046*	0,239	0,373
Ранній початок статевого життя	8 (33,3)	7 (25,9)	5 (19,2)	0,255	0,558	0,563
Два і >статевих партнерів	6 (25,0)	6 (22,2)	3 (11,5)	0,215	0,296	0,814
Артифіційний аборт	5 (20,8)	4 (14,8)	3 (11,5)	0,374	0,723	0,577
Репродуктивні втрати	7 (29,2)	6 (22,2)	2 (7,7)	0,046*	0,132	0,570
Бактеріальний вагіноз	21 (87,5)	22 (81,5)	5 (19,2)	< 0,001*	< 0,001*	0,555
Патологія шийки матки	9 (37,5)	8 (29,6)	4 (15,4)	0,073	0,212	0,552
ЗЗОМТ (в анамнезі)	7 (29,2)	5 (18,5)	1 (3,8)	0,013*	0,083	0,373
Пологи в анамнезі:						
- 1	20 (83,3)	24 (88,9)	17 (65,4)	0,139	0,136	0,564
- 2 і більше	4 (16,7)	3 (11,1)	1 (3,8)	0,132	0,306	0,564
Хвороби сечовидільної системи	4 (16,7)	4 (14,8)	-	-	-	
Хвороби ССС	3 (12,5)	2 (7,4)	-	-	-	
Хвороби органів дихання	3 (12,5)	3 (11,1)	-	-	-	
Хвороби ТТ	3 (12,5)	5 (18,5)	1 (3,8)	0,267	0,083	0,555
Дисфункція ЩЗ	5 (20,8)	6 (22,2)	3 (11,5)	0,374	0,296	0,904
Ожиріння	8 (33,3)	7 (25,9)	-	-	-	0,563
Цукровий діабет	1 (4,2)	1 (3,7)	-	-	-	0,927
Варикозна хвороба	4 (16,7)	5 (18,5)	-	-	-	0,866

Примітка. \* – Відмінності достовірні.

Таблиця 2

Особливості перебігу вагітності та пологів, n (%)

Чинник ризику	Група пацієнток			p*	p**	p***
	Основна, n=24	Порівняння, n=27	Контрольна, n=26			
Загроза переривання	7 (29,2)	10 (37,0)**	3 (11,5)	0,118	0,025	0,555
Прееклампсія	4 (16,7)	3 (11,1)	-	-	-	0,564
Пієлонефрит, ББ	7 (29,2)*	6 (22,2)**	1 (3,8)	0,013	0,040	0,570
Анемія	9 (37,5)*	8 (29,6)	3 (11,5)	0,029	0,098	0,552
Бактеріальний вагіноз, вагініт, кандидоз	11 (45,8)*	9 (33,3)**	2 (7,7)	0,001	0,016	0,363
ПРПО	4 (16,7)	4 (14,8)	-	-	-	0,853
Аномалії пологової діяльності	6 (25,0)	5 (18,5)	-	-	-	0,575
Розриви промежини 1–2-го ст.	5 (20,8)	8 (29,6)	3 (11,5)	0,374	0,098	0,490
Перинео-/епізіотомія	8 (33,3)	12 (44,4)**	3 (11,5)	0,061	0,005	0,416
Партнерські пологи	17 (70,8)	18 (66,7)	22 (84,6)	0,241	0,124	0,753

Примітки. \* – достовірність відмінностей між основною та контрольною групами;

\*\* – достовірність відмінностей між групою порівняння та контрольною групою; \*\*\* – достовірність відмінностей між основною групою та групою порівняння.

по відношенню до групи порівняння (на 9,3%). Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) діагностовано у 16,7% роділь із основної групи та 14,8% – групи порівняння. У 25,0% роділь із основної групи та 18,5% – із групи порівняння перебіг пологів ускладнився аномаліями пологової діяльності. У 21,6% жінок із основної групи та групи порівняння проводили корекцію пологової діяльності. Відповідно до критеріїв відбору всі обстежені роділлі мали травми м'яких тканин пологових шляхів в анамнезі, що за ступенем тяжкості були зіставними в основній групі та групі порівняння (табл. 2).

Отже, за соціальними характеристиками, екстрагенітальною патологією, особливостями перебігу вагітності та пологів і ступенем інфекційного ризику у післяпологовий період основна група та група порівняння є однорідними та зіставними.

Усім жінкам із основної групи відповідно до дизайну дослідження під час кожного вагінального обстеження під час

пологів (плюс додаткове введення через 15–30 хв після розриву плодового міхура) та 2 рази на день по 5 мл (у полімерному контейнері) протягом 5 днів післяпологового періоду застосовували антисептичний препарат у формі вагінального гелю. Перевагами такої локальної терапії були мінімальний ризик побічних ефектів, простота та зручність використання, відсутність протипоказань (окрім індивідуальної непереносимості компонентів препарату), можливість використання при екстрагенітальній патології, швидке проникнення у вогнище запалення, а також те, що даний препарат не всмоктується слизовими оболонками, непошкодженою шкірою та рановою поверхнею, не потрапляє у системний кровотік. У зв'язку із тим, що у жодної жінки із основної групи не було виявлено непереносимості даного препарату, це дозволило провести призначений курс лікування у повній мірі для усіх, включених у дослідження.

Динаміка суб'єктивної та об'єктивної симптоматики у клінічних групах породіль, n (%)

Симптом	Група пацієнток			p*	p**	p***
	Основна, n=24	Порівняння, n=27	Контрольна, n=26			
<i>3-я доба післяпологового періоду</i>						
Біль, дискомфорт	8 (33,3)**	17 (63,0)*	4 (15,4)	< 0,001	0,029	0,137
Гіперемія, набряк	6 (25,0)**	16 (59,3)*	3 (11,5)	< 0,001	0,009	0,215
<i>5-а доба післяпологового періоду</i>						
Біль, дискомфорт	3 (12,5)**	11 (40,7)*	1 (3,8)	0,001	0,018	0,267
Гіперемія, набряк	1 (4,2)**	8 (29,6)*	1 (3,8)	0,008	0,010	0,943

Примітки. \* – достовірність відмінностей між групою порівняння та контрольною групою;

\*\* – достовірність відмінностей між основною групою та групою порівняння; \*\*\* – достовірність відмінностей між основною групою та контрольною групою.

Травми м'яких тканин пологових шляхів діагностували під час даних пологів як у жінок групи порівняння, так і у жінок основної групи. Однак у групі, де застосовували вагінальний гель, рівень цих ускладнень був нижчий (54,2%), ніж у жінок із групи порівняння (74,1%). Причому у групі порівняння переважали розриви 2-го ступеня, що потребувало більш тривалого лікування. В основній групі, де при кожному вагінальному обстеженні під час пологів застосовували трикомпонентний вагінальний гель, переважали розриви промежини 1-го ступеня та була меншою необхідність проведення повторних епізодів та перинеотомій, що дозволило скоротити тривалість перебування у стаціонарі та покращило післяпологову реабілітацію.

Як продемонстрували результати дослідження, протягом перших двох діб післяпологового періоду не було суттєвих відмінностей у клінічних даних, отриманих під час огляду, та скаргах, які висловлювали породіллі основної групи та групи порівняння, оскільки на даному етапі метод оброблення швів істотного впливу на ці дані не здійснював.

У 1-у добу після пологів породіллі висловлювали скарги на біль легкого/помірного ступеня або дискомфорт у ділянці піхви, відчуття печіння. Виразеність больових відчуттів корелювала із наявністю факторів ризику виникнення інфекційних ускладнень (особливо генітальних інфекцій в анамнезі) та ступенем травматичного пошкодження. У переважній більшості породіль під час огляду зовнішніх статевих органів та піхви відзначали гіперемію та набряк тканин, вираженість яких перебувала у прямо пропорційній залежності від ступеня травми пологових шляхів.

Під час огляду на 3-ю добу пуерперального періоду гіперемія та набряк у ділянці рани відзначали у жінок із групи порівняння майже у три рази частіше, ніж в основній групі. Проте при загальній позитивній динаміці об'єктивної та суб'єктивної симптоматики у всіх групах нами було зафіксовано, що інтенсивність больових відчуттів та вираженість суб'єктивних симптомів (набряк, гіперемія) були більш значущими у групі порівняння. На 5-у добу післяпологового періоду в основній та контрольній групах жінки скаржилися в основному на дискомфорт; набряк був відсутній, а гіперемія – незначною – дані симптоми проявлялися у середньому у 5 разів рідше в обох групах. Водночас у групі порівняння у середньому у 50% породіль із травмами промежини спостерігалися ті інші симптоми (табл. 3).

До пологів у жінок основної групи та групи порівняння рН піхви була лужною (6,4±0,3). На тлі застосування вагінального гелю в основній групі до 5-ї доби терапії нормалізація мікрофлори піхви спостерігалась у 2/3 пацієнток. У ході терапії зазначеним антисептичним препаратом відновлення рН до 5,0±0,2 од. відбувалося до 5-ї доби. Отримані результати свідчать на користь раннього початку профілактичних заходів та про високу ефективність топічної антисептичної терапії у жінок з високим інфекційним ризиком.

Під час аналізу результатів бактеріоскопічного дослідження мазків було виявлено, що у 1-у добу після пологів у породіль усіх груп спостерігалась найменша кількість лейкоцитів; на 3-ю добу у жінок основної та контрольної груп кіль-

кість лейкоцитів збільшувалася, із наступним зменшенням до 5-ї доби. У групі порівняння кількість лейкоцитів у мазку утримувалася на високому рівні, починаючи із 3-ї доби.

У жінок контрольної групи у мазках до пологів переважала, в основному, паличкова флора (73,1%), в той час як у жінок з високим інфекційним ризиком – змішана (70,8% – основна група, 63,0% – група порівняння). На 5-у добу післяпологового періоду у породіль контрольної групи, як і раніше, переважала паличкова флора. У групі порівняння було зареєстровано незначне підвищення частоти виявлення змішаної флори (до 70,4%), у той час коли в основній групі, у якій застосовували запропонований препарат, відбулася зміна флори у бік паличкової (до 66,7%).

Оцінювання характеру загоєння швів на промежині здійснювали на 4–5-у добу післяпологового періоду. У всіх породіль основної та контрольної груп із травмами пологових шляхів загоєння відбувалося первинним натягом без інфекційних ускладнень. Водночас у трьох жінок (11,1%) із групи порівняння діагностовано інфікування швів промежини з наступним розходженням країв рани в одній з них (3,7%) і відповідно подальшим видаленням інфікованих тканин та накладанням швів повторно.

Використання вагінального гелю суттєво знижувало число лейкоцитів у рановому секреті та скорочувало терміни епітелізації рани. Епітелізація рани промежини в основній групі відбувалась в 1,5 разу швидше, ніж у породіль із групи порівняння. Імовірно, це зумовлено ефективною антибактеріальною та регенерувальною дією даного препарату, що призводить до меншої потреби у лейкоцитах у вогнищі запалення для погашення запального процесу. Тобто забезпечувало оптимізацію запальної відповіді організму на травматичне пошкодження промежини та відповідно зменшувало передумови для розвитку пуерперальної інфекції в ділянці рани.

У породіль із групи порівняння під час перебування у пологовому стаціонарі була більш виражена температурна реакція порівняно із жінками основної групи (37,6±0,2 °C та 37,1±0,1 °C відповідно; p<0,05). Тривалість перебування у стаціонарі після пологів у групі порівняння перевищувала таку у породіль із основної та контрольної груп.

Отже, з огляду на отримані результати можна вважати, що використання локальних антисептиків у формі вагінального гелю дозволяє покращити перебіг пологів та попередити пологовий травматизм у жінок із травматичним пошкодженням промежини в анамнезі, а також знижує ризик розвитку інфекційних ускладнень у пуерперальний період.

## ВИСНОВКИ

1. Шляхами зниження частоти акушерських травм промежини є своєчасна профілактика, діагностика та лікування ускладнень вагітності, у тому числі порушень мікробіоценозу піхви, грамотний неагресивний підхід до ведення пологів, виконання розсічення промежини лише за показаннями та правильний післяпологовий догляд. Наявність інфекцій статевих шляхів, дисбіотичних порушень мікробіоценозу піхви у вагітних (навіть

за бессимптомного перебігу) є показання до проведення санації перед пологами, під час пологів та у післяпологовий період.

2. Тактика профілактики післяпологових гнійно-септичних ускладнень у групі роділь з високим ризиком розвитку септичних ускладнень, урахувавши запобігання антибіотикорезистентності, передбачає одним з елементів комплексного підходу топічне застосування антисептичних засобів. Включення таких у комплекс профілактично-лікувальних заходів під час ведення роділь із високим ризиком реалізації інфекції в пuerперальний період сприяє зниженню частоти травма-

тичних та інфекційних ускладнень та забезпечує більш сприятливий перебіг пологів та післяпологового періоду.

3. Використання трикомпонентного вагінального гелю (0,02% декаметоксин – антисептичний компонент, 0,5% гіалуронова кислота – регенерувальний компонент та лактатний буфер – регулювальний компонент) дозволяє нормалізувати стан мікробіоти піхви у жінок групи високого інфекційного ризику, забезпечує редукцію інтенсивності больових відчуттів, оптимізацію локальної запальної відповіді організму та сприяє повноцінній регенерації тканин промежини.

### Оптимизация профилактики септических осложнений у рожениц с высоким инфекционным риском Ю.Р. Фейта, В.И. Пирогова

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных диагностических технологий, методов профилактики и лечения, частота послеродовых гнойно-септических осложнений остается достаточно высокой и является важной медико-социальной проблемой, поскольку они занимают одно из ведущих мест в структуре материнской заболеваемости и смертности.

**Цель исследования:** совершенствование менеджмента рожениц с родовой травмой промежности в анамнезе как составляющей эффективной профилактики гнойно-септических осложнений в пuerперальный период.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 77 рожениц. Основную группу и группу сравнения сформировали из женщин с нарушением целостности промежности в предыдущих родах и высоким риском развития инфекционных осложнений в пuerперальный период. Женщинам основной группы (n=24) при каждом вагинальном исследовании во время родов (с дополнительным введением через 15–30 мин после разрыва плодного пузыря) и 2 раза в день по 5 мл в течение 5 сут послеродового периода применяли антисептическое средство в форме вагинального геля, в состав которого входят: 0,02% декаметоксин (антисептический компонент), 0,5% гиалуроновая кислота (регенерирующий компонент) и лактатный буфер (регулирующий компонент). В группу сравнения вошли 27 женщин – без использования вагинального геля в родах, с применением традиционных методов обработки швов в послеродовой период. В контрольную группу вошли 26 женщин с неосложненным соматическим статусом, физиологическим течением беременности и родов. Оценку эффективности назначенного лечения проводили исходя из субъективных симптомов (боль, дискомфорт, жжение в области швов промежности), клинических данных (отек, гиперемия, характер заживления швов), общепринятых показателей в динамике (бактериоскопия мазков влагалищного содержимого, определение pH влагалищного содержимого).

**Результаты.** На фоне применения вагинального геля в основной группе уровень травматизма мягких тканей родовых путей в данных родах был ниже на 19,9%, чем в группе сравнения, – преобладали разрывы промежности 1-й степени, уменьшилась необходимость проведения вторичных эпизио- и перинеотомий. Это позволило сократить продолжительность пребывания в стационаре и улучшило послеродовую реабилитацию в отличие от группы сравнения. На 3-и сутки пuerперального периода гиперемия и отек в области раны у женщин основной группы наблюдались почти в три раза реже, чем в группе сравнения. На 5-е сутки послеродового периода женщины основной группы жаловались в среднем в 5 раз реже, чем женщины группы сравнения, заживление у них происходило первичным натяжением без инфекционных осложнений. Использование вагинального геля снижало число лейкоцитов в равном секрете и сокращало сроки эпителизации раны (в 1,5 раза быстрее, чем у рожениц группы сравнения). На фоне применения вагинального геля к 5-м суткам послеродовой терапии у 2/3 пациенток наблюдалась нормализация микрофлоры, происходило восстановление pH. Полученные результаты свидетельствуют в пользу раннего начала профилактических мероприятий, а также о высокой эффективности топической антисептической терапии у женщин с высоким инфекционным риском.

**Заключение.** Тактика профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений в группе рожениц с высоким риском их развития с целью предотвращения антибиотикорезистентности предусматривает одним из элементов комплексного подхода применение местных антисептиков. Включение последних в комплекс профилактико-лечебных мероприятий при ведении рожениц с высоким риском реализации инфекции в пuerперальный период способствует снижению травматических и инфекционных осложнений и обеспечивает более благоприятное течение родов и послеродового периода.

**Ключевые слова:** родовой травматизм, послеродовые гнойно-септические осложнения, локальный антисептик.

### Optimization of prevention measures of septic complications in women with high infectious risk Yu.R. Feyta, V.I. Pyrohova

Despite the introduction of modern diagnostic technologies, prophylaxis and treatment techniques in obstetrical practice, the incidence of postpartum purulent-septic complications (PPSC) remains rather high and is an important medical and social problem, as they take one of the leading places in the structure of maternal morbidity and mortality.

**The objective:** to improve the management of parturient women with a perineal birth injury in anamnesis, as part of an effective prevention of purulent-septic complications of puerperium.

**Materials and methods.** The study included 77 parturient women. Main and comparative groups were formed by women with a violation of the integrity of the perineum in the previous labor and with a high risk of developing infectious complications in puerperium. Women of the main group (n = 24) during each vaginal examination in labor (and an additional injection in 15-30 minutes after the rupture of the membranes) and twice a day at a dose of 5 ml for 5 days postpartum, an antiseptic agent in the form of a vaginal gel, which consists of: 0,02% decamethoxin (antiseptic component), 0,5% hyaluronic acid (regenerating component) and lactate buffer (regulatory component). The comparison group included 27 women, without using vaginal gel in labor and using traditional wound treatment techniques in the postpartum period. The control group consisted of 26 women with uncomplicated somatic status, physiological course of pregnancy and labor. The evaluation of the effectiveness of the prescribed treatment was based on subjective symptoms (pain, discomfort, burning in the region of the perineal sutures), clinical data (swelling, hyperemia, nature of suturing healing), generally accepted indicators in dynamics (bacterioscopy of vaginal contents, pH-metry of the vaginal environment).

**Results.** At the background of the use of three-component vaginal gel in the main group, the level of injury of soft tissues of the birth canal in these deliveries was lower by 19,9% than in the comparison group, prevalence of the 1st degree perineum ruptures, decreased the need for repeated episio- and perineotomy, which reduced the duration stay at hospital and improved postpartum rehabilitation in relation to the comparison group. On the third day of puerperium, hyperemia and edema of the wound area in women of the main group were observed almost three times less compared with the comparison group. On the fifth day of the puerperium in the main group the complaints were insignificant and appeared on the average 5 times less often, the healing was by the primary tension without infectious complications. The use of vaginal gel reduced the number of leukocytes in wound secretions by shortening the time of wound epithelization (1,5 times faster than in the parous from the comparison group). On the fifth day of using vaginal gel, 2/3 of the patients observed normalization of the vaginal microflora, the restoration of pH was observed. The results indicate the benefits of early onset of prophylactic measures and high effectiveness of topical antiseptic therapy in women with high infectious risk.

**Conclusions.** In order to prevent antibiotic resistance tactics of prevention of PPSC in the group of high-risk septic complications provides one of the elements of an integrated approach to use local antiseptics. Inclusion of the latter into a complex of prophylactic and treatment measures in the management of a high-risk women in puerperium contributes to the reduction of traumatic and infectious complications and provides more favorable course of labor and the postpartum period.

**Key words:** labor traumatism, postpartum purulent-septic complications, local antiseptic.

**Фейта Юлия Руслановна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО «Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого», 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел.: (063) 589-62-52. E-mail: julia.feyta@gmail.com

**Пирогова Вера Ивановна** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО «Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого», 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Малей М., Лисица В. Актуальные вопросы охраны материнства и детства в Украине. Обзор научно-практической конференции. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2015; 8 (94): 22–40.
2. Майоров М.В., Жуперкова Е.А., Жученко С.И. [и др.]. Вагинальный биоценоз. Современные представления о норме и патологии. Медицинские аспекты здоровья женщины. Специальный выпуск. Инфекційно-запальні захворювання в акушерстві та гінекології. 2017; 1: 33–40.
3. Давыдова Ю.В., Шевчук Е.В. Выбор оптимального метода лечения бактериального вагиноза. Здоров'я України. Темат. номер: Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. 2015; 2 (18): 20–21.
4. Пирогова В.И. Вопросы перинатологии в современном акушерстве. Здоров'я України. Темат. номер: Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. 2012; 1(5):16-18.
5. Карпенко Н. Репродуктивная инфектология: современный взгляд на проблему. Здоров'я України. Темат. номер: Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. 2013; 3: 22–23.
6. Acosta CD, Bhattacharya S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Maternal sepsis: a Scottish population-based case-control study. BJOG. 2012; 119 (4): 474-483. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03239.x
7. Acosta CD, Knight M, Lee HC, Kurinczuk JJ, Gould JB, Lyndon A. The Continuum of Maternal Sepsis Severity: Incidence and Risk Factors in a Population-Based Cohort Study. PLOS ONE. 2013; 8 (7):e67175. doi:10.1371/journal.pone.0067175
8. Al-Ostad G, Kezouh A, Abenhaim H. Incidence and risk factors of sepsis mortality in labor, delivery and postpartum: a population-based study on 5 million births. American J Obstetrics & Gynecology. 2015; 212 (1): 241–242.
9. Anbazhagan A, Harper A. Postpartum pyrexia. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2015; 25 (9): 249–254.
10. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017, Issue 11. Art. No.: CD012137. doi:10.1002/14651858.CD012137.pub2.
11. Chebbo A, Tan S, Kassis C, Tamura L, Carlson RW. Maternal Sepsis and Septic Shock. Critical Care Clinics. 2016; 32 (1): 119–135.
12. Logan S, Price L. Infectious disease in pregnancy. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2011; 21 (12): 331–338.
13. van Dillen J, Zwart J, Schutte J, van Roosmalen J. Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome. Current Opinion in Infectious Diseases. 2010; 23 (3): 249-254. doi: 10.1097/QCO.0b013e328339257c
14. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva, World Health Organization, 2015. Available from: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\_perinatal\_health/peripartum-infections-guidelines.

Статья поступила в редакцию 24.04.2018