

Систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД соответствовало $131 \pm 12,1$ мм рт. ст. и $84 \pm 11,2$ мм рт. ст.

Перед назначением гормональной терапии пациенткам с клиническими проявлениями патологии воспалительного генеза идентифицировали инфекционный агент и проводили этиотропную терапию.

У обследованных имела место гиперэстрогения, следствием которой явились прогестерондефицитные состояния.

Эффективность гормональной терапии оценивали через 3 и 6 мес лечения с помощью ультразвуковой диагностики патологии эндометрия (рис. 1).

У 4 женщин ОГ и у 13 пациенток ГС сохранялась клиническая симптоматика (меноррагии), а толщина эндометрия составляла более 6 мм (рис. 1). Этим пациенткам проводили аспирационную биопсию эндометрия (через 6 мес после лечения), цитологический результат которой соответствовал железистой гиперплазии эндометрия.

Таким образом, эффективность проведенной терапии в ОГ составила $91,31 \pm 4,15\%$, а в ГС – $59,38 \pm 8,68\%$ ($p < 0,001$).

В ходе исследования у всех женщин проводился сравнительный анализ композиционного состава тела (ИМТ, вес) (рис. 1).

При анализе динамических показателей липидного спектра крови у пациенток наиболее выраженные изменения наблюдали в ОГ. При этом наблюдаемые изменения отражали улучшение липидного спектра крови: снижение показателей ОХС, ЛПНП, глюкозы крови (табл. 2).

На основании проведенных клинических исследований можно сделать следующие выводы.

1. У женщин с избыточной массой тела в перименопаузальном периоде возрастает частота гиперпластических процессов. Рецидивирование ГПЭ у данных пациенток составило $71,78\%$.

2. В перименопаузе происходят изменения композиционного состава тела, в частности, развивается висцеральное ожирение (в $92,30\%$ случаев), возникают нарушения углеводного обмена (в $43,58\%$ случаев), что неминуемо способствует развитию патологии эндометрия.

3. При использовании ЛНГ-ВМС "Мирена" у больных с ГПЭ через 6

мес в $91,31\%$ случаев отмечено исчезновение менометроррагий и отсутствие пролиферативных процессов в эндометрии ($p < 0,001$).

При лечении гиперпластических процессов эндометрия у женщин с избыточной массой тела следует отдавать предпочтение ЛНГ-ВМС "Мирена", нивелирующей пролиферативный эффект эстрогенов на эндометрий, не оказывающей отрицательного влияния на параметры липидного спектра крови и не способствующей увеличению массы тела.

Литература

1. Абакарова П.Р. Возможности применения внутриматочной гормональной системы "Мирена" у больных сахарным диабетом. *Гинекология*. 2001; 3 (5): 168-72.
2. Безрукова Н.И. Дифференцированный подход к ведению больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2001.
3. Давыдов А.И. Гиперпластические процессы эндометрия. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Под ред. А.Н. Стрижакова, Л.Д. Белоцерковцевой. М: Медицина, 2000; 215-7.
4. Острейкова Л.И. Терапевтические аспекты левоноргестрел-релизинг-систем. *Гинекология*. 2001; 3 (1): 4-9.
5. Пестрикова Т.Ю., Безрукова Н.И., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Современные аспекты тактики сочетанной патологии тела матки. Хабаровск, 2004; 7-36.

Применение Трифамокса ИБЛ® (амоксициллина/сульбактама) для профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении

М.А. Кучеренко

Государственное учреждение Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург

В Санкт-Петербурге просматривается отчетливая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения. Количество абдоминальных родоразрешений составляет около 5 тыс операций в год.

Оперативное родоразрешение является одним из основных факторов риска развития послеродовой инфекции [1, 2]. Эндометрит после операции планового кесарева сечения встречается у 5–10%, после экстренного – у 15–20% родильниц, получавших во время операции антибиотикопрофилактику, и у 30–35% – без антибиотикопрофилактики. Несмотря на снижение материнской смертности, гнойно-септические послеродовые осложнения занимают устойчивое лидирующее положение в ее структуре.

По данным проф. М.А. Репиной, в Санкт-Петербурге в 1991–2004 гг. показатель материнской смертности от сепсиса составил 12,4 на 100 тыс. живорожденных детей.

Большое значение для предупреждения послеоперационных инфекционных осложнений имеет антибиотикопрофилактика.

Суть антибиотикопрофилактики заключается в достижении необходимой концентрации антибиотика в тканях до момента возможной микробной контаминации и поддержании этого уровня в течение всей операции и нескольких часов после оперативного вмешательства. Другими словами – это профилактика возможной инфекции, а потому она всегда является «эмпирической».

Многочисленные клинические данные убедительно доказывают, что рациональное проведение антибиотикопрофилактики при операции кесарева сечения уменьшает число послеоперационных осложнений до 1,5–5%.

В зависимости от степени микробной обсемененности и последующей опасности инфекции как местного, так и общего характера выделяют 4 типа оперативных вмешательств – «чистые», «чисто-контаминированные», «контаминированные» и «инфицированные». Операция кесарева сечения традиционно относится к «чистым» и «условно-чистым» оперативным вмешательствам. «Чистыми» считают раны при плановых операциях, выполненных при отсутствии местной или сис-

Таблица 1. Схемы введения антибактериальных препаратов

Группа	Препарат	I введение	II введение
1 (n=30)	Амоксициллин/ сульбактам (Трифамокс ИБЛ®)	Однократное внутривенное введение 1,5 г препарата, после пересечения пуповины	
2 (n=25)	Цефуроксим (Кетоцеф)	1,5 г одномоментное введение, после пересечения пуповины	0,75 г внутримышечное введение, через 8 ч после операции
3 (n=25)	Цефотаксим, Ампициллин+ Гентамицин	Пролонгированный внутримышечный курс	

темной инфекции. В этих условиях, при соблюдении норм асептики и антисептики (если пациент не входит в группу особого риска), считается возможным вообще антибиотикопрофилактику не проводить. Риск возникновения инфекций при таких операциях составляет менее 2%. Использование периоперационной профилактики достоверно снижает риск развития инфекции до 0,8%.

Важное значение имеют факторы риска послеоперационных инфекционных осложнений, которые можно разделить на 4 группы.

Так, в первую группу выделяют факторы риска, связанные непосредственно с состоянием здоровья женщины, или экстрагенитальные факторы (возраст беременной, обменные нарушения, инфекции другой локализации, анемии, сопутствующие заболевания и др.). Вторая группа обусловлена потенциальным возбудителем (микроорганизмом). К третьей группе относятся интраоперационные факторы, связанные с условиями проведения операции и ее течением (длительность операции, объем кровопотери, качество шовного материала, квалификация хирурга), а акушерам дополнительно необходимо учитывать и «акушерские» факторы риска (плановое или экстренное кесарево сечение, длительность безводного

промежутка, осложнения беременности и родов и т.д.).

Сегодня в литературе уже не дискутируется вопрос о том, следует ли назначать антибиотикопрофилактику и какой конкретно препарат должен применяться с учетом клинической и фармакологической эффективности, безопасности для матери и новорожденного и его экономичности.

Традиционно для периоперационной профилактики при кесаревом сечении используются цефалоспорины I (цефазолин) и II (цефуроксим) поколений или ингибиторзащищенные аминопенициллины [3, 4].

До сих пор нет единой схемы антибиотикопрофилактики, даже в рамках одного вида хирургического вмешательства. Тем не менее, установлены критерии выбора антибактериальных средств, соблюдение которых является обязательным [3].

- Антибиотик должен быть эффективным в отношении основных возбудителей послеоперационной инфекции.

Проводимая антибиотикопрофилактика во время операции кесарева сечения должна предупреждать развитие двух типов инфекционных осложнений: во-первых, раневую инфекцию, в основном обусловленную возбудителем грамположительной

флоры кожных покровов (преимущественно золотистый и эпидермальный стафилококк); во-вторых, инфекцию с локализацией бактериального воспаления в других органах и тканях, непосредственно связанных и не связанных с местом оперативного вмешательства. В этом случае антибактериальный препарат должен быть эффективен в отношении грамотрицательных бактерий и анаэробных микроорганизмов.

- Выбранный антибиотик следует вводить своевременно и в течение определенного периода времени.

Терапевтическую концентрацию антибиотика необходимо поддерживать в тканях в течение всего периода операции, так как критический период развития инфекции – это первый час хирургического вмешательства. Если антибиотик вводят через час после начала операции, он не оказывает превентивного действия на инфекцию.

Короткое по времени назначение антибиотиков предпочтительнее, поскольку оно замедляет селекцию нозокомиальных резистентных штаммов микроорганизмов и предотвращает нежелательные последствия введения лекарств как у матери, так и у новорожденного. Основным методом введения препарата является внутривенный способ.

- Антибиотик, используемый для профилактики, должен иметь соответствующие фармакологические характеристики.

С точки зрения принципа разумной достаточности антибиотик для профилактики должен иметь узкий спектр активности, достаточный для охвата основных возбудителей послеоперационных осложнений. Если для профилактики использовать антибиотики широкого спектра, не остается антибиотиков резерва для лечения.

Таблица 2. Общие сведения о роженицах

Показатель	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=25)	Группа 3 (n=25)
Средний возраст (M±m), лет	29,8±1,2	28,4±2,7	28,5±0,8
Первородящие	18 (60%)	16 (64%)	10 (40%)
Повторнородящие	12 (40%)	9 (34%)	15 (60%)
Количество срочных родов	28	24	20
Многоплодная беременность	2 (6,7%)	-	1 (4%)
Сахарный диабет	1 (3,3)	-	4 (16%)
Крупный плод	6 (20%)	3 (12%)	5 (20%)
Многоводие	2 (6,7%)	5 (20%)	5 (20%)
Пиелонефрит беременных	2 (6,7%)	3 (12%)	1 (4%)
Инфекция в период настоящей беременности	8 (26,7%)	6 (24%)	7 (28%)
Рубец на матке	4 (13,3%)	3 (12%)	5 (20%)
Беременность после ЭКО	1 (3,3%)	1 (4%)	-
Анемия беременных (Hb<90 г/л)	8 (26,7%)	6 (24%)	8 (32%)
Аномалия развития матки	2 (6,7%)	3 (12%)	1 (4%)
Миома матки	6 (20%)	5 (20%)	3 (12%)
Ожирение	5 (16,7%)	2 (8%)	7 (28%)
Несвоевременное излитие вод	4 (13,3%)	6 (24%)	8 (32%)
Слабость родовой деятельности	3 (10%)	4 (16%)	6 (24%)
Преждевременная отслойка плаценты	1 (3,3%)	-	2 (8%)
Кровотеря в родах >1000 л	-	-	3 (12%)
Рубцово-спаечный процесс брюшной полости	-	-	1 (4%)
Консервативная миомэктомия при операции	-	-	1 (4%)
Надвлагалищная ампутация матки	1 (3,3%)	-	-
Хориоамнионит в родах	-	-	2 (8%)

ТРИФАМОКС ИБЛ®

амоксциллин + сульбактам (ингибитор бета-лактамаз: ИБЛ)

Практически всем этим требованиям отвечает β-лактамный антибиотик Трифамокс ИБЛ® («БАГО», Аргентина), представляющий из себя комбинацию амоксицилина (1000 мг) и сульбактама (500 мг), которая обеспечивает широкий спектр противомикробного действия, охватывающий многочисленные клинически значимые грамположительные и грамотрицательные аэробные и анаэробные микроорганизмы.

Препарат использовали однократно в дозе 1,5 г во время операции кесарева сечения сразу после пережата пуповины (табл. 1).

В качестве групп сравнения выбраны роженицы, родоразрешенные путем операции кесарева сечения, получавшие в качестве профилактического средства цефалоспориновый антибиотик II поколения цефуроксим (Кетоцеф) 1,5 г одновременно во время операции и повторно 0,75 г кетоцефа через 8 ч после окончания операции (группа 2) и не получавшие антибиотикопрофилактику (группа 3).

Исходно группы обследованных достоверно не различались ни по одному показателю, что позволило провести корректную сравнительную оценку различных режимов введения антибактериальных препаратов. Возраст обследованных родильниц колебался от 20 до 44 лет и в среднем составил $29,9 \pm 3,9$ года. По паритету, перенесенным соматическим заболеваниям, особенностям течения беременности основная и контрольная группы практически не различались (табл. 2).

Оценку эффективности антибиотикопрофилактики оценивали в баллах на основании таких клинических признаков (табл. 3), как данные общего состояния, показатели гемодинамики и температуры тела, динамики сокращения матки, состояние послеоперационной раны, характер лохий и результаты посева из цервикального канала.

Указанные признаки оценивали на 1, 2, 3, 4–5 и 7–10-е сутки после операции. Сумма баллов представлена в виде общего клинического счета.

По динамике ОКС судили об эффективности антибиотикопрофилактики. Дополнительно оценивали динамику сокращения матки по данным ультразвукового исследования (УЗИ) на 4–5-й день послеоперационного периода, а также результаты клинического анализа крови и регистрацию побочных эффектов.

Клиническую эффективность считали хорошей, если в течение периода госпитализации не возникло проявлений бактериальных инфекций любой локализации. Отсутствие эффекта регистрировали в том случае, если возникали инфекционные осложнения, потребовавшие назначения другого антибиотика.

Проведенные исследования убедительно показали, что периоперационная профилактика Трифамоксом ИБЛ® оказалась столь же эффективной и надежной, как и стандартные схемы антибиотикопрофилактики (табл. 4).

Эффективность применения Трифамокса ИБЛ® составила 98%, что было сопоставимо с результатами, полученными в группах сравнения.

Из 30 родильниц, получавших периоперационную профилактику Трифамоксом ИБЛ®, у 27 родильниц послеоперационный период протекал без осложнений, у 1 – наблюдали неинфекционное осложнение, и только у 2 – в послеродовом периоде отмечены явления субинволюции матки, потребовавшие назначения антибактериальной терапии.

В процессе наблюдения не отмечено нагноения послеоперационных ран, длительной гипертермии или других симптомов, которые могли бы свидетельствовать о наличии инфекции после операции. Ни в одном случае не зарегистрировано признаков эндометрита. Заживление ран прошло первичным натяжением в обычные сроки. Анализ гемограмм и результаты посевов из цервикального канала подтверждают от-



Вершина мастерства в единстве партнеров



Препарат выбора для лечения:

- инфекций верхних и нижних дыхательных путей
- инфекций ЛОР органов
- инфекций кожи и мягких тканей
- госпитальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии
- и профилактики инфекционных осложнений при хирургических вмешательствах

Представительство АО «Лабораториос Баго»
Москва, 119571, ул. 26-ти Бакинских Комиссаров, д. 9, офисы 22.23.
Тел/факс (многоканальный): +7 (495) 980-66-03.
e-mail: info@bago.ru

Bagó

Этика на службе здоровья
www.bago.ru

Таблица 3. Клинические признаки и оценка антибиотикопрофилактики

Клинические признаки	Баллы
Общее состояние	
Удовлетворительное	1
Относительно удовлетворительное	2
Средней тяжести	3
Тяжелое	4
Лихорадка	
Нет (температура тела <37,0°C)	0
37,1–37,9°C	1
38,0° C и выше	2
Ознобы	
Да	1
Нет	0
Тахикардия	
Да	1
Нет	0
Динамика сокращения матки	
Соответствует сроку послеродового периода	0
Не соответствует сроку послеродового периода	1
Состояние послеоперационной раны	
Норма	0
Воспаление слабой интенсивности	1
Интенсивное воспаление	2
Воспаление с гнойным отделяемым	3
Воспаление с расхождением швов	4
Характер выделений из влагалища	
Сукровичные	1
Кровянистые	2
Ихорозные	3
Результаты посевов из цервикального канала	
Роста патогенной флоры нет	0
Рост патогенной флоры есть	1

Таблица 4. Эффективность антибиотикопрофилактики

Показатель	Группа 1 (n=30)	Группа 2 (n=25)	Группа 3 (n=25)
Эффективность	90% (27)	92% (23)	88% (22)
Инфекционные осложнения	6,6% (2)	8% (2)	12% (3)
Неинфекционные осложнения	3,3% (1)	0	0
Средний койкодень	7,1±1,3	7,2±1,2	11,9±2,5

сутствие сколько-нибудь убедительных признаков воспаления.

Переносимость периоперационной профилактики была хорошей, побочных эффектов не зарегистрировано, а учитывая кратковременность использования препарата и создание ничтожно малых концент-

раций в материнском молоке, немаловажным положительным аспектом антибиотикопрофилактики Трифамоксом ИБЛ® является отсутствие потенциального риска для здоровья новорожденного.

Следует отметить, что сегодня ни один антибиотик или комбинация

препаратов не может рассматриваться как идеальное профилактическое средство для всех операций. Применение антибактериальных препаратов должно быть обоснованным, а показания дифференцированы и взвешены с учетом факторов риска развития инфекционных осложнений.

Однако, основываясь на предварительных клинических и фармакоэкономических данных, можно полагать, что внедрение в широкую практику Трифамокса ИБЛ® для периоперационной профилактики обеспечит снижение послеоперационных инфекционных осложнений и предупредит нежелательные реакции как у матери, так и новорожденного.

Таким образом, применение для периоперационной антибиотикопрофилактики ингибиторзащищенных аминопенициллинов (в частности, Трифамокса ИБЛ®) сможет расширить возможность выбора в лечебных учреждениях лекарственных средств, при этом реально получить существенную экономическую выгоду при надежных клинических результатах.

Литература

1. Айламазян Э.К., Карпов О.И., Кучеренко М.А. Цефетим как средство профилактики инфекционных осложнений при кесаревом сечении в группе риска. Журн. акуш. и жен. бол. 1999; 4: 34–9.
2. Newton ER, Wallace PA. Effects of prophylactic antibiotics on endometrial flora in women with postcesarean endometritis. *Obstet Gynecol* 1998; 92 (2): 262–8.
3. Шевцова Д., Дмитриева Н. Антибиотикопрофилактика в медицинской практике. М.: «Принт-Партнер», 2000.
4. Wilson APR, Sbrimpton S, Jaderberg M. A meta-analysis of the use of amoxicillin-clavulanic acid in surgical prophylaxis. *J Hospital Infection* 1992; 22 (Suppl. A): 9–21.

Микробиологическая диагностика инфекций, передаваемых половым путем

А.М.Савичева

Государственное учреждение Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург

В диагностике инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), большая роль отводится лабораторным, в частности, микробиологическим исследованиям. От точности поставленного этиологического диагноза во многом зависит успех лечения этих

инфекций. Правильное установление диагноза зависит от того, насколько адекватен материал, направленный на исследование, насколько правильно выбраны методы диагностики, а также как врач интерпретирует полученные материалы.

В настоящее время в широкую практику микробиологической диагностики, кроме традиционных методов, внедряются современные молекулярно-биологические методы, такие как полимеразно-цепная реакция (ПЦР), ПЦР в режиме реального времени, NASBA (nucleic