

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив.....	5
Список сокращений.....	6
Предисловие.....	7
Введение.....	11
Глава 1. Актуальные вопросы современного акушерства. Профилактика материнской и перинатальной заболеваемости и смертности (Шувалова М.П., Тютюнник Н.В.).....	16
Глава 2. Гнойно-воспалительные осложнения в акушерстве: нормативные документы, классификация, факторы риска (Хачатрян З.В.).....	31
Глава 3. Послеродовой мастит (Леонова А.А.)	43
Глава 4. Раневая инфекция	58
Глава 5. Послеродовой эндометрит.....	66
Глава 6. Тромбофлебит в послеродовом периоде.....	82
Глава 7. Перитонит.....	96
Глава 8. Синдром системного воспалительного ответа.....	112
Глава 9. Сепсис	123
Глава 10. Септический шок	147
Глава 11. Синдром полиорганной недостаточности	175
Заключение	184
Рекомендуемая литература	187

ГЛАВА 1

Актуальные вопросы современного акушерства. Профилактика материнской и перинатальной заболеваемости и смертности

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), материнская смерть — это обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Показатель материнской смертности (МС) принято рассчитывать, как отношение числа случаев материнской смерти (от прямых и косвенных причин) к числу на 100 000 родившихся живыми.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

- смерти, непосредственно связанные с акушерскими причинами, то есть вследствие акушерских осложнений беременности, родов, послеродового периода, а также в результате неправильной лечебной тактики;
- смерти, косвенно связанные с акушерской причиной, в результате существовавшей ранее болезни, но прямым образом не связанной с беременностью или другими акушерскими причинами, но проявления которой усугубились вследствие беременности.

Показатель материнской смертности позволяет оценить все потери от аборт, внематочной беременности, акушерской и экстрагенитальной патологии в течение беременности и 42 дней после ее окончания.

Материнская смертность находится в прямой зависимости от социально-экономических факторов. В настоящее время

уровень материнской смертности в ряде стран мира остается недопустимо высоким. Ежедневно от осложнений, связанных с беременностью или родами, умирает около 830 женщин в мире. Так, на долю развивающихся стран приходится 86% от общего числа родов во всем мире, при этом МС составляет 99% от всех материнских смертей в мире.

В разных частях света показатель материнской смертности резко различается: в Северной Америке она составляет 12–14, в Европе — 16–18, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна — 200–250, в Азии (за исключением Японии) — 400–500, Океании (за исключением Австралии и Новой Зеландии) — 600. В большинстве экономически развитых стран показатель материнской смертности составляет ниже 10. Наиболее низкая МС в странах, где высокий уровень экономики сочетается с решением социальных проблем, высоким качеством медицинской помощи, санитарной культурой населения. К таким странам относятся Канада, Швеция, Бельгия, Исландия, Дания, Швейцария, Израиль (показатель МС в пределах 1–3). В Европе (Франция, Германия, Великобритания, Италия, Испания, Финляндия) этот показатель составляет 4–8.

Следует отметить, что значительное улучшение показателя материнской смертности во всех экономически развитых странах началось с 30-х годов прошлого столетия (в то время показатель МС был равен около 500). Помимо экономических, социальных и гигиенических факторов, основную роль в его снижении почти в 100 раз сыграли успехи в профилактике и терапии инфекционных заболеваний, в разработке методов интенсивной терапии и анестезиологии-реаниматологии. Была предложена модель регионализации медицинской помощи, создание трехуровневой системы во главе с перинатальными центрами, существенно улучшилась дородовая диагностика. В ряде стран этому способствовало развитие семейной медицины, одной из важнейших задач которой являлось улучшение дородового наблюдения беременных. Важное значение имело

также совершенствование служб переливания крови: возможность ее фракционирования и использования компонентов для трансфузии.

В развивающихся странах МС очень высока и достигает в некоторых регионах 1500–1700 на 100 000 живорожденных (центральноафриканские страны, Южная Азия). Низкий социально-экономический уровень жизни населения сочетается с отсутствием квалифицированной медицинской помощи в сельской местности. За исключением центральных городов, беременные, роженицы и родильницы не могут получить специализированную врачебную помощь.

К главным медицинским факторам, определяющим высокую МС в развивающихся странах, относят частые беременности с короткими интервалами между родами, плохие санитарно-эпидемиологические условия при проведении родов и прерываний беременности, отсутствие адекватной дородовой диагностики, плохое медицинское просвещение населения, недостаток лекарственных средств и оборудования, высокая общая заболеваемость населения, плохое питание, низкий уровень образования и др.

В развивающихся странах в структуре МС доминируют сепсис, акушерские кровотечения, преэклампсия. В большинстве экономически развитых стран структура МС схожа, главными ее причинами являются эмболические осложнения (тромбоэмболия легочной артерии, эмболия околоплодными водами), гипертензивные расстройства у беременных, внематочная беременность. На долю же кровотечений и сепсиса приходится в среднем 14% от общей МС.

В России за последние годы показатели материнской смертности существенно снизились с 16,2 на 100 000 родившихся живыми в 2011 году до 9,0 в 2019 году. В 2020 году — год начала пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 — материнская смертность составила 11,2 на 100 000 родившихся живыми. Ведущее место в структуре материнской смертности

в 2019 году принадлежало экстрагенитальным заболеваниям (45%), кровотечениям (16%), сепсису и эмболии околоплодными водами (по 15%). В 2020 году причиной материнской смертности в половине случаев (51%) явился COVID-19, в 15% — экстрагенитальные заболевания, в 11% — сепсис и в 9% — тромбоэмболия легочной артерии.

Несмотря на незначительный вес материнской смертности в структуре общей смертности населения — 0,01% (данные Росстата, 2020), данный показатель — интегрированный, отражает состояние акушерско-гинекологической помощи и системы здравоохранения страны, а также социально-экономическое благополучие населения.

Важной составляющей в снижении материнской и перинатальной смертности является развитие сети перинатальных центров, оснащенных современным оборудованием и позволяющих решать задачи сохранения жизни и здоровья беременным с риском развития осложнений, выхаживания новорожденных.

Информация о материнской смертности собирается и ежегодно публикуется Федеральной службой государственной статистики (Росстатом), куда предоставляется информация региональными органами государственной статистики. На основании медицинских свидетельств о смерти может быть получена информация о числе материнских смертей и их причинах, о числе случаев смертей, связанных с беременностью, о числе случаев поздней материнской смертности.

В 2006 году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ № 500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации». Данным приказом утверждены учетная форма № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти» и инструкция по ее заполнению.

С 2021 года приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. № 1130н «Об утверж-

дении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» введена новая форма карты донесения о случае материнской смерти (форма № 003/у-МС-20).

Таким образом, начиная с 2006 года в Российской Федерации существуют две параллельные системы сбора информации — две учетные формы учета материнской смертности — данные Росстата и Минздрава России.

Исходя из вышеизложенного, в таблице 3 приведены данные Росстата и Минздрава России о числе случаев материнской смерти и показателях материнской смертности в Российской Федерации за последние 5 лет.

Таблица 3. Данные Росстата и Минздрава России о числе случаев материнской смерти и показателях материнской смертности в Российской Федерации за 2016–2020 гг.

Год	Росстат		Минздрав России	
	абс.	на 100 000 родившихся живыми	абс.	на 100 000 родившихся живыми
2016	188	10,0	199	10,5
2017	149	8,8	163	9,6
2018	146	9,1	161	10,0
2019	134	9,0	145	9,8
2020	161	11,2	234	16,3

Как видно из данных, представленных в таблице, показатель материнской смертности (МС) в Российской Федерации имеет тенденцию к снижению и находится в пределах ниже 10 на 100 000 родившихся живыми (за исключением 2020 года — пандемия, вызванная COVID-19) и соответствует уровню данного показателя в экономически развитых странах.

Профилактика материнской смертности зависит от следующих лечебно-организационных моментов.

- Дородовая диагностика для выявления беременных с тяжелыми формами экстрагенитальной патологии, тромбофи-

лией (наследственной или приобретенной), нарушениями адаптации к беременности (гипо- или изокоагуляция перед родами, выраженная гиповолемия, тромбоцитопения и лимфопения), лечение выявленных нарушений и разработка акушерской тактики.

- Этапность в оказании медицинской помощи, заключающаяся в обследовании и лечении женщин с высоким риском развития акушерских осложнений в региональных перинатальных центрах.
- Обеспечение родоразрешения женщин с риском развития акушерских осложнений в перинатальных центрах или акушерских отделениях областных, краевых, республиканских и окружных многопрофильных больниц.

Следует особо подчеркнуть, что снижение МС возможно лишь при высокой квалификации врачей — акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и хорошей материальной оснащенности акушерских стационаров. Дальнейшее снижение МС — государственная задача, поэтому крайне важно выделить управляемые (предотвратимые) причины материнских потерь.

Углубленный анализ позволяет разработать систему лечебно-профилактических мер, в том числе организационных и управленческих, по профилактике и снижению материнской смертности.

На основании научных исследований определены критерии предотвратимости случаев материнской смертности. К числу предотвратимых летальных исходов относят такие случаи, когда смертельного исхода можно было избежать при условии своевременной диагностики возникшей патологии, адекватного лечения, выбора рациональной тактики родоразрешения и т. д.

К числу непредотвратимых относят летальные исходы, наступившие в результате внезапно и остро возникших ситуаций, причину которых почти невозможно предвидеть и устрани-

нить (разрыв аневризмы сосуда, тромбоэмболия, эмболия околоплодными водами, инфаркт миокарда и др.), а также осложнений экстрагенитальных заболеваний, при которых беременности и роды противопоказаны. Кроме того, случаи, обусловленные рядом объективных и организационных трудностей, таких как территориальная удаленность родовспомогательного учреждения от населенного пункта, несвоевременная госпитализация женщины, отсутствие специализированных бригад по лечению больных, находящихся в терминальном состоянии, недостаточная обеспеченность родовспомогательного учреждения санитарным транспортом, средствами коммуникации и др.

ВОЗ предлагает новый подход по изучению материнской смертности, заключающийся не только в подсчете количества смертных случаев, но и в выяснении обстоятельств смерти.

- Женщина не осознала необходимость в получении помощи.
- Отсутствуют структуры, оказывающие помощь, или они недоступны.
- Оказываемая женщине помощь является неадекватной или фактически вредной.

На основании анализа материнской смертности можно определить качество оказания медицинской помощи. К общепринятым характеристикам качества оказания медицинской помощи относят следующие показатели: результативность, эффективность, безопасность, ориентация на пациента, ответственность.

Концепция непрерывного повышения качества основана на том, что для достижения желаемого результата необходимо сосредоточить усилия не на выявлении и наказании виновных, а на качестве управления производственным процессом, а также на выявлении отклонений в процессе производства и анализе причин их возникновения. Все это позволяет управлять конечным результатом, снижать неблагоприятные исходы и повышать степень удовлетворенности пациентов.

Во время Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2015 году в Нью-Йорке Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун объявил о начале осуществления Глобальной стратегии по здоровью женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг.

Чтобы обеспечить здоровье и благополучие каждой женщины, ребенка и подростка, мы должны использовать доказавшие свою эффективность методы и применять накопленный опыт для преодоления существующих и новых проблем. Реализация Глобальной стратегии и достижение целей в области устойчивого развития потребуют новых, основанных на фактических данных и подкрепленных устойчивыми механизмами финансирования подходов, таких как Глобальный фонд финансирования в поддержку инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок». Обновленная Глобальная стратегия охватывает и подростков, поскольку они играют ключевую роль в достижении поставленных задач и в успехе повестки дня на период до 2030 года в более широком смысле. Помогая подросткам реализовать права, связанные со здоровьем, благополучием, образованием и полноценным и равноправным участием в жизни общества, мы даем им возможность в полной мере раскрыть свой потенциал во взрослом возрасте. Обновленная Глобальная стратегия преследует три основные цели: выживать, процветать, менять. Полномасштабная реализация Стратегии, подкрепленная ориентацией на страновые приоритеты и планы, а также развитием успеха инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок», позволит создать мир, в котором женщины, дети и подростки не будут сталкиваться с повышенным риском предотвратимой смертности только из-за того, где они живут или кем являются. Однако искоренение предотвратимой смертности — это только начало. Формируя благоприятную среду для охраны здоровья, Глобальная стратегия направлена на изменение общества таким образом, чтобы женщины, дети и подростки по всему миру могли реализовать свое право

на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и благополучия. Это в свою очередь принесет значительные социальные, демографические и экономические выгоды.

Концепция Глобальной стратегии по здоровью женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг. состоит в следующем: обеспечить к 2030 году для каждой женщины, каждого ребенка и подростка в любом месте в мире возможности для осуществления права на физическое и психическое здоровье, социальные и экономические возможности, а также возможность полноценно участвовать в формировании благополучного и устойчивого общества.

Цели и задачи Глобальной стратегии по здоровью женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг. следующие.

Выживать — Положить конец предотвратимой смертности.

- Снизить материнскую смертность в глобальном масштабе до менее 70 случаев на 100 000 живорождений.
- Снизить смертность новорожденных по меньшей мере до 12 случаев на 1000 живорождений в каждой стране.
- Снизить смертность детей до пяти лет по меньшей мере до 25 случаев на 1000 живорождений в каждой стране.
- Положить конец эпидемиям вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулеза, малярии, забытых тропических болезней и других инфекционных заболеваний.
- Снизить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний, укреплять психическое здоровье и содействовать благополучию.

Процветать — Обеспечить здоровье и благополучие.

- Положить конец всем видам неполноценного питания и удовлетворять потребности в питании детей, девочек-подростков, беременных и кормящих женщин.
- Обеспечить всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию в области сексуального и репродуктивного здоровья (в том числе к услугам планирования семьи), а также соблюдение прав в этой области.

- Обеспечить всем девочкам и мальчикам качественное раннее развитие.
- Существенно снизить смертность и заболеваемость, связанные с загрязнением окружающей среды.
- Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, включая защиту от финансовых рисков, и доступ к качественным основным услугам, лекарственным средствам и вакцинам.

Менять — Расширять благоприятную среду.

- Искоренить крайнюю нищету.
- Обеспечить получение всеми девочками и мальчиками полного начального и среднего образования.
- Устранить все вредоносные практики, дискриминацию и насилие в отношении женщин и девочек.
- Обеспечить всеобщий доступ к безопасной и недорогой питьевой воде, средствам санитарии и гигиены.
- Способствовать научным исследованиям, расширять возможности технологий и стимулировать инновации.
- Обеспечить выдачу всем удостоверений личности, в том числе свидетельств о рождении.
- Развивать глобальное партнерство за устойчивое развитие.

Предыдущая Глобальная стратегия, которая осуществлялась с 2010 по 2015 г., принесла ценные плоды. Она повысила активность политического руководства, позволила привлечь новые финансовые обязательства и сделала возможным появление инициативы «Каждая женщина, каждый ребенок», мощного многостороннего движения в пользу здоровья. Значительных успехов удалось достичь в таких областях, как расширение доступа к контрацепции и основным медико-санитарным мероприятиям, снижение материнской и детской смертности, решение проблемы неполноценного питания, а также борьба против инфекций.

К мероприятиям по охране здоровья женщин, детей и подростков относятся следующие.

При беременности, родах и в послеродовом периоде обеспечение:

- дородового ухода и помощи при родах;
- безопасных аборт и медицинской помощи после аборта;
- предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку;
- оказание медицинской помощи при выявлении акушерских и перинатальных осложнений;
- ухода в послеродовый период за матерью и новорожденным;
- дополнительного ухода за маловесными и больными детьми.

После рождения — обеспечение здоровья и полноценного развития ребенка.

- Поддержка грудного вскармливания.
- Кормление младенцев и детей младшего возраста.
- Внимательный уход и стимулирование развития.
- Вакцинация.
- Профилактика и лечение детских болезней и нарушений питания.
- Лечение и реабилитация детей с врожденными пороками развития и инвалидностью.

Учитывая тот факт, что частота гнойно-септических заболеваний в акушерстве и перинатологии не имеет достаточных темпов снижения и они остаются в числе основных причин материнской и перинатальной смертности, возникает необходимость во внедрении в практику ранних маркеров бактериальной и/или вирусной инфекции, синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) для их профилактики и своевременной диагностики.

Для снижения и профилактики материнской смертности необходима реализация комплекса мер по укреплению акушерской службы на всех уровнях.

- Повышение квалификации медицинского персонала родовспомогательных учреждений на базе региональных перинатальных центров.

- Создание учебных симуляционных центров, специалисты которого обеспечивают повышение квалификации врачей региона.
- Определение числа специалистов и профиль их подготовки в федеральных специализированных учреждениях.
- Проведение циклов обучения врачей смежных специальностей, работающих в родовспомогательных учреждениях (терапевты, кардиологи, анестезиологи-реаниматологи, сосудистые хирурги и др.).
- Укрепление анестезиологической службы, обеспечение развития реанимации и интенсивной терапии в родовспомогательных учреждениях.
- Выделение базы для повышения квалификации анестезиологов-реаниматологов, работающих в родовспомогательных учреждениях.
- Разработка информационных порталов и внедрение различных материалов для повышения качества санитарно-гигиенического просвещения различных групп населения.

В условиях низкой рождаемости особенно актуально снижение перинатальной заболеваемости и смертности (табл. 4).

Таблица 4. Перинатальная смертность и составляющие ее компоненты (мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность) в Российской Федерации

Показатели, гг.	2016	2017	2018	2019	2020
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	7,89	7,5	7,23	7,1	7,25
Мертворождаемость (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)	5,73	5,58	5,51	5,44	5,67
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	2,18	1,94	1,72	1,67	1,59

Из приведенной таблицы видно, что на протяжении 5 последних лет ранняя неонатальная смертность и мертворождаемость снизились.

Причины мертворождаемости недостаточно изучены и в большей степени зависят от множества факторов: здоровья беременных, соблюдения необходимого режима питания, производственных вредностей, экологической нагрузки, навыков здорового образа жизни, уровня образования и др.

Появившееся в последние 10–15 лет понятие синдрома потери плода заставляет по-новому рассматривать причины иммунопатологии и внутриутробной инфекции и искать более эффективные меры их профилактики.

В 2014 году Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила План действий «Каждый новорожденный» (ENAP), в котором установлена глобальная цель — сократить число случаев мертворождения до менее чем 12 детей на 1000 новорожденных во всех странах к 2030 году. К 2019 году 128 стран, среди которых преобладают страны с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего, достигли этой цели.

Перинатальная смертность в Российской Федерации за последние годы существенно уменьшилась и составляет 7,25 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. Снижение перинатальной смертности в основном обусловлено сокращением ранней неонатальной смертности, при этом мертворождаемость снизилась незначительно.

Во время беременности, протекающей как компенсированный оксидативный стресс, в результате ряда причин (инфекция, врожденная и приобретенная патология, в частности тромбофилия, экстрагенитальные заболевания, дефицит витаминов, неблагоприятные экологические факторы и др.) нарушается адаптация иммунных преобразований, свойственных беременности, и образуется повышенное количество антител к дезоксирибонуклеиновой кислоте, фосфолипидам, аннексину, хоригонину, инсулину и др., которые действуют как

эмбриотоксические факторы. В результате повреждения эндотелия, нарушения гемостаза и микроциркуляции возникают плацентарная недостаточность, задержка роста и/или внутриутробная гибель плода.

Инфекционное поражение плода обуславливает не менее 4% мертворождений. Внутриутробная инфекция проявляется нарушениями в иммунной системе матери и плода, преобладанием провоспалительных цитокинов, развитием синдрома системного воспаления у плода. Диагностика внутриутробной инфекции, особенно дифференциальная, на основании иммунологических исследований трудна по ряду причин. Как известно, беременность сопровождается развитием системной воспалительной реакции.

В настоящее время иммунопатология беременности и внутриутробная инфекция изучены недостаточно, особенно их взаимное влияние и взаимодействие. Внутриутробную инфекцию и иммунопатологию объединяет универсальная защитная реакция — синдром системного воспалительного ответа (ССВО). Согласно отечественным исследованиям, при внутриутробной инфекции необходимо динамическое наблюдение и мониторинг маркеров. Доказано, что стойкое повышение провоспалительных цитокинов в крови беременной, амниотической жидкости и крови плода характерно для инфекции. Лечение как внутриутробной инфекции, так и иммунопатологии во многом одинаково. Применение иммуноглобулинов, препаратов интерферона, низкомолекулярных гепаринов, блокаторов интерлейкина-1 эффективно как при наличии инфекции, так и при иммунопатологии.

Динамическое наблюдение и оценка состояния плода при помощи ультразвуковых методов, биохимических исследований, кардиотокографии, методов магнитно-резонансной диагностики, амнио- и кордоцентеза позволяет выявлять плацентарную недостаточность, задержку роста плода, признаки внутриутробной инфекции: маловодие, гепатоспленомегалию,

кистозные изменения головного мозга плода, признаки внутриутробной пневмонии и др.

При наличии урогенитальной инфекции (пиелонефрит, кольпит, дисбактериоз и др.), других очагов хронического воспалительного процесса (кариес, холецистит и др.) показана соответствующая терапия. В последние годы разрабатываются новые подходы к профилактике осложнений беременности — прегравидарная терапия, периконцепционная профилактика, пренатальная диагностика, внутриутробная терапия плода.

Прегравидарное лечение в первую очередь проводят с целью деконтаминации и санации при наличии хронического инфекционного процесса. Условно-патогенная флора может активизироваться при снижении противоинфекционного иммунитета. В то же время повышенная инфекционная контаминация ведет к снижению естественной защиты. Уменьшение микробной нагрузки способствует улучшению иммунной защиты.

Поиск маркеров для оценки состояния «внутриутробного пациента» активно продолжается. В ближайшее время в практику войдут новые методы оценки роста и развития плода. Прегравидарная подготовка, периконцепционная профилактика, пренатальная диагностика, комплексный мультидисциплинарный подход к своевременному выявлению и лечению пороков развития — вот неполный перечень современных методов и средств, позволяющих снизить перинатальную заболеваемость и смертность.