

На правах рукописи

УСТЮЖАНИНА НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ
ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

14.01.01 - акушерство и гинекология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Пермь – 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук, доцент

Скрябина Валерия Владиславовна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский
государственный медицинский университет»
Минздрава России (г. Екатеринбург)

Ковалев Владислав Викторович

доктор медицинских наук,
ФБУН «Федеральный научный центр
медико-профилактических технологий
управления рисками здоровью
населения» (г. Пермь)

Алексеев Вадим Борисович

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «__» _____ 2014 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.04 при ГБОУ ВПО ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26).

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26) и на сайтах www.psm.ru и www.vak.ed.gov.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Сандакова Елена Анатольевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современного акушерства являются послеродовые гнойно-септические осложнения (ГСО). Несмотря на постоянный поиск новых методов лечения и профилактики этих осложнений, заболеваемость и смертность при них до настоящего времени остается достаточно высокой [Кулаков В.И., 2004; Абрамченко В.В., 2005; Суханова Л.П., 2006].

Частота ГСО после родов в целом составляет от 2 до 10%, в группах высокого риска - 25–85% [Абрамченко В.В., 2005; Анохова Л.И., 2000; Селихова М.С., 2008; Хохлова Ш.И., 2004]. Запоздалая диагностика и неадекватное лечение послеродовых ГСО имеет место у 79% родильниц [Селихова М.С., 2008; Фролова О.Г., 2007]. Объясняют это в частности и современными особенностями течения послеродового эндометрита - малосимптомными формами с развитием молниеносного сепсиса [Э.К. Айламазян, 1995].

Исследования эпидемиологов уточнили факторы риска развития послеродовых ГСО у пациенток акушерского стационара III группы, а так же показали, что распространенность этих осложнений по результатам активного поиска в 87,3 раза превышает уровень заболеваемости по данным официальной статистики [Захарова Ю.В., 2009; Деменко С.Г., 2013]. Все это делает актуальными попытки совершенствования подходов к их прогнозированию и выявлению малосимптомных форм.

Ведущее место в структуре послеродовых ГСО занимает эндометрит, на долю которого приходится более 40%. После родов через естественные родовые пути он развивается у 3–8% женщин, после оперативного родоразрешения – у 10–54,3%, в среднем – у 30% [Гуртовой Б.Л., 2006; Краснопольский В.И., 2007]. На сегодняшний день не имеют однозначного определения нарушения инволютивных процессов матки после родов. Многие исследователи отмечают связь между субинволюцией матки и эндометритом [Стрижова Н.В. и соавт., 2005; Чернуха Е.А., 2006; Шевелева Т.В., 2008]. Часть авторов считает субинволюцию предстадией эндометрита [Никонов А.П., 1993; Усанов В.Д., 1995; Чернуха Е.А. и соавт., 1996; Стрижова Н.В. и соавт., 2005; Абрамченко В.В. и соавт., 2000, 2005]. Другие - обязательным симптомом уже развившегося послеродового эндометрита. Есть мнение, что субинволюция является не столько симптомом эндометрита, сколько одним из предрасполагающих факторов в его формировании [Кузнецова О.А., 2000; Атилла С., Степанькова Е.А., Сичинава Л.Г., 2002]. Однако, общепринятым является мнение, что нормальная инволюция препятствует формированию воспалительных процессов в матке. Поэтому, в раннем выявлении нарушений инволюции матки и ее коррекции видят неотъемлемую часть профилактики ГСО у родильниц. Доказано, что ранняя выписка (на 2-4 сутки после родов) снижает риск обсеменения женщин штаммами внутрибольничных микробов и способствует снижению заболеваемости внутрибольничными инфекциями.

Таким образом в настоящее время, с одной стороны, актуальными проблемами остаются прогнозирование, совершенствование технологий оценки инволюции матки в послеродовом периоде, повышение эффективности профилактических мероприятий и ранняя диагностика послеродовых ГСО, особенно у рожениц с малосимптомным их течением, а с другой стороны – сокращение сроков пребывания женщин в акушерском стационаре, следовательно - совершенствование критериев безопасной ранней выписки.

Цель исследования

Усовершенствовать систему прогнозирования и профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений у пациенток акушерского стационара третьей группы.

Задачи исследования

1. Провести сравнительный анализ данных соматического и гинекологического анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток акушерских стационаров II и III групп. Уточнить для пациенток акушерского стационара III группы значимость факторов риска в прогнозировании послеродовых гнойно-септических осложнений.
2. Проанализировать особенности течения послеродового периода и воспалительных реакций после родов, оценить тяжесть воспалительных поражений матки у родильниц акушерского стационара III группы, имеющих разную степень риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений.
3. Проанализировать взаимосвязь между нарушениями инволютивных процессов матки и развитием послеродовых гнойно-септических осложнений.
4. Дать рекомендации по повышению эффективности использования ультразвукового исследования органов малого таза в послеродовом периоде.
5. Усовершенствовать систему профилактических мероприятий после родов для родильниц акушерского стационара III группы, дифференцированно в зависимости от степени риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

Научная новизна исследования

На основании проведенного сравнительного анализа анамнестических данных, течения беременности, родов, послеродового периода и рисков развития послеродовых ГСО у пациенток акушерских стационаров II и III группы показано, что у родильниц акушерского стационара III группы при беременности чаще выявляют урогенитальные инфекции, для этой категории пациенток характерно малосимптомное течение послеродового эндометрита, риск развития которого прогнозируют неспецифический вульвовагинит в анамнезе, ручное обследование полости матки после родов и высокая балльная оценка рисков развития послеродовых ГСО. Описаны особенности

течения беременности, родов, послеродового периода, воспалительных реакций и тяжести воспалительных поражений матки у пациенток акушерского стационара III группы в зависимости от балльной оценки степени риска развития послеродовых ГСО (проф. М.С. Селихова, 2008 г.). Названы факторы, увеличивающие и снижающие риск развития послеродовых ГСО у пациенток из разных групп риска. Описаны особенности данных УЗИ органов малого таза после родов у пациенток в зависимости от степени риска развития послеродовых ГСО. Предложен способ вычисления коэффициента инволюции (Кин) матки, позволяющий уже на 3 сутки после родов выявлять нарушения ее инволютивных процессов. Установлено, что у пациенток с высоким риском развития послеродовых ГСО сохраняется риск развития данных осложнений после выписки из акушерского стационара, чем обоснована необходимость продолжения профилактических мероприятий для этой категории родильниц в амбулаторных условиях.

Практическая значимость

Результаты исследования показывают, что балльная оценка рисков развития послеродовых ГСО у пациенток акушерского стационара III группы позволяет достоверно прогнозировать особенности течения послеродового периода - выраженность воспалительных реакций, риск развития послеродового эндометрита, долю пациенток, с выявляемой при проведении УЗИ, патологией органов малого таза; обоснованно планировать профилактические мероприятия - раннее динамическое УЗИ органов малого таза в группах высокого и среднего риска развития послеродовых ГСО; для женщин группы высокого риска обосновывают необходимость продолжения профилактических мероприятий после выписки их из акушерского стационара.

Результаты исследования предлагают способ диагностики субинволюции матки, позволяющий к 3 суткам послеродового периода выявлять нарушения ее инволюции путем определения коэффициента инволюции матки (Кин). Они позволяют оптимизировать критерии безопасной ранней выписки родильниц из акушерского стационара на основании количественных характеристик этого показателя ($K_{ин} \geq 1,3$), отражающих нормальные инволютивные процессы матки; позволяют дифференцированно оценивать выявленные при УЗИ органов малого таза патологические изменения у женщин разных групп риска; показывают, что одновременный учет рисков развития послеродовых ГСО и данных УЗИ органов малого таза повышает эффективность прогнозирования данных осложнений.

Результаты исследования позволяют дифференцированно подходить к оценке состояния и ведению родильниц в зависимости от риска развития послеродовых ГСО; обоснованно планировать УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде; выбирать объемы лечебных мероприятий и

своевременно их корректировать; повысить безопасность ранней выписки из стационара.

Положения, выносимые на защиту

1. Пациентки акушерского стационара III группы имеют не только высокий пренатальный риск, но и высокий риск развития послеродовых гнойно-септических осложнений. Прогнозировать риск развития послеродовых гнойно-септических осложнений у них позволяют неспецифический вульвовагинит в анамнезе, ручное обследование полости матки после родов и высокая балльная оценка риска развития этих осложнений.

2. У пациенток акушерского стационара III группы достоверно прогнозировать особенности течения послеродового периода, выраженность воспалительных реакций, тяжесть воспалительных поражений матки и обоснованно выбирать объемы диагностических и профилактических мероприятий после родов позволяет интегративная балльная оценка рисков развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

3. Родильницам из группы высокого и среднего риска по развитию послеродовых гнойно-септических осложнений показано проведение раннего динамического ультразвукового исследования органов малого таза для своевременной диагностики осложненного течения послеродового периода и коррекции тактики ведения после родов. Повышает эффективность использования этого метода диагностики одновременный учет рисков развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

Внедрение результатов исследования в практику

Для пациенток акушерского стационара III группы усовершенствованы подходы к прогнозированию развития послеродовых ГСО; уточнены дифференцированные в зависимости от степени риска развития послеродовых ГСО, рекомендации по проведению УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде. Внедрен способ оценки инволютивных изменений матки в послеродовом периоде при проведении УЗИ органов малого таза, основанный на вычислении коэффициента инволюции матки.

Результаты исследований включены в программу чтения лекций и проведения практических занятий со студентами на кафедрах акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России, семинарских занятий с врачами-интернами и ординаторами. Основные положения исследования и практические рекомендации внедрены в работу Краевого Перинатального Центра.

По теме диссертации получен патент на изобретение № 2431445 «Способ диагностики субинволюции матки в послеродовом периоде», зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 12 апреля 2011 года.

Апробация работы

Диссертация апробирована на совместном заседании кафедр акушерства и гинекологии лечебного факультета и факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Пермской государственной медицинской академии им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России.

Основные положения работы доложены и обсуждены на: юбилейной научно-практической конференции, посвященной памяти заведующих кафедрой инфекционных болезней КГМУ «Актуальные вопросы инфекционной патологии», (Казань, 2007); Всероссийской конференции с международным участием «Молодые ученые – медицине», (Самара, 2011); научно-практической конференции «Ордена «Знак Почета» Пермской краевой клинической больницы» «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», (Пермь, 2011); научной сессии ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера (Пермь, 2014).

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, из них 5 – в рекомендуемых ВАК изданиях, получен патент на изобретение № 2431445 «Способ диагностики субинволюции матки в послеродовом периоде». Патент зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 12 апреля 2011 года.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автором самостоятельно проведен анализ литературы по теме диссертации, разработан дизайн исследования, выбран объем обследования пациенток для каждого этапа исследования, определены критерии включения и исключения. Разработан способ диагностики субинволюции матки в послеродовом периоде. У каждой пациентки автором получено информированное согласие на участие в исследовании. Общеклиническое обследование, анализ факторов риска развития ГСО, забор материала для бактериологического исследования, а также анализ статистических данных проводились автором лично.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 168 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырех глав, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический указатель включает 182 литературных источника, в том числе 119 отечественных и 63 – зарубежных авторов. Диссертация содержит 35 таблиц, 14 рисунков, 1 схему.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

С 2009 по 2013 год на кафедрах акушерства и гинекологии лечебного факультета (клиническая база - перинатальный центр ГБУЗ Пермского края «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница») и факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (клиническая база - МУЗ ГКБ №7) Государственного

бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России в два этапа проведено проспективное контролируемое в параллельных группах исследование. Случаи для исследования отбирали методом случайной выборки – анализировали все случаи родов за сутки в дни месяца, определенные с помощью таблицы случайных чисел. При сборе случаев для дальнейшего анализа учитывали критерии включения и исключения.

Критерии включения в группы наблюдений: возраст рожениц 17–40 лет; срочные роды (37–42 недели); одноплодная беременность; роды через естественные родовые пути.

Критерии исключения из исследования: экстрагенитальные воспалительные процессы в послеродовом периоде (ОРЗ, обострение пиелонефрита и др.); кесарево сечение; преждевременные роды; многоплодная беременность; миома матки.

Всего для анализа были отобраны 211 случаев, из них - 100 по родильному отделению МУЗ ГKB № 7 (акушерский стационар II группы) и 111 – по перинатальному центру ГБУЗ Пермского края «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница» (акушерский стационар III группы).

Целью первого этапа исследования было провести сравнительный анализ данных анамнеза, результатов обследования при анализируемой беременности, особенностей течения родов и послеродового периода у рожениц акушерских стационаров II и III групп и выявить у пациенток акушерского стационара III группы наличие факторов, увеличивающих риск развития послеродовых ГСО.

На втором этапе планировали научиться прогнозировать послеродовые ГСО именно у пациенток акушерского стационара III группы. Для этого всех обследованных рожениц в указанном стационаре разделили на три группы в зависимости от степени риска (низкий, средний и высокий) развития у них послеродовых ГСО и проанализировали у них особенности анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода, результаты обследования при анализируемой беременности и данные УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде. Риск развития послеродовых ГСО определяли по балльной системе проф. М.С. Селиховой (2008 г.). Согласно которой, все факторы риска разделены на 3 группы: факторы, обусловленные анамнезом, течением беременности и особенностями течения родов. Каждый фактор имеет определенное количественное выражение в баллах; по сумме баллов определяют степень риска развития послеродовых ГСО. Сумма баллов менее 7 прогнозирует низкий риск развития ГСО, 8–12 - средний, более 12 – высокий.

I группу составили 32 роженицы с высоким риском развития послеродовых ГСО (средняя сумма баллов - $14,7 \pm 0,5$); II группу - 44 женщины со средним риском ($9,3 \pm 0,2$ балла, $p < 0,05$ относительно I группы);

III - 35 обследованных с низким риском ($5,4 \pm 0,2$ балла; $p < 0,05$ относительно I и II группы). Учитывая, что только пациентки III группы не имели клинических проявлений эндометритов в послеродовом периоде, их приняли за контрольную группу.

Женщины всех анализируемых групп были сопоставимы по возрасту, объему проведенных исследований, кратности наблюдений и времени обследования. Средний возраст обследуемых составил $27,75 \pm 0,98$ лет. У всех проводили сбор анамнестических данных; анализировали результаты обследования, полученные на этапе амбулаторного наблюдения и особенности течения послеродового периода. На втором этапе исследования у пациенток акушерского стационара III группы анализировали результаты обследования накануне и после родов (общие анализы крови и мочи; бактериоскопическое исследование вагинального отделяемого; бактериологическое исследование содержимого цервикального канала накануне родов, а при осложненном течении послеродового периода – и полости матки; биохимический анализ крови; гемостазиограмму; у части - патоморфологическое тканей эндометрия, полученных при инструментальном опорожнении полости матки после родов, результаты бактериологического исследования метроаспирата); проводили гинекологический осмотр на 3-4 сутки послеродового периода. Для объективизации процессов послеродовой инволюции матки выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с помощью аппаратов Hitachi EUB 315, Aloka EUB 1400 трансабдоминальным датчиком с частотой звука 3,5 МГц. Всего провели 240 УЗИ органов малого таза.

С целью повышения эффективности оценки инволютивных процессов матки в послеродовом периоде был разработан «Способ диагностики субинволюции матки в послеродовом периоде», позволяющий к 3 суткам послеродового периода выявлять нарушения инволютивных процессов. Вместо трех параметров предложили оценивать два - переднезадний размер тела матки (А, а) и величину срединного маточного эха (В, в). Их оценивали дважды: через 2 часа после родов (А, В) и на 3-е сутки послеродового периода (а, в). Далее по формуле вычисляли коэффициент инволюции матки (Кин): $Кин = (A - B)/(a - b)$. При сопоставлении собственных данных с данными, полученными при использовании общепринятой методики (А.Н. Стрижаков и соавт., 2000) определили, что Кин менее 1,3 соответствует нарушениям инволютивных процессов (субинволюции) матки; Кин равный или более 1,3 – адекватной ее инволюции. Показали, что между Кин и показателями, полученными с помощью общепринятой методики, имеется сильная степень обратной связи ($r = -0,73$, $p < 0,001$). Чувствительность и специфичность предложенного способа диагностики составила 95,45 % и 77,77 % соответственно, прогностическая значимость положительного результата – 86,30 %, прогностическая значимость отрицательного результата – 7,89 %. На основании чего был сделан вывод о возможности использования предложенного способа оценки инволютивных процессов

матки в послеродовом периоде в качестве самостоятельного метода диагностики.

При обработке статистических данных использовали электронные таблицы «Microsoft Excel» и пакет прикладных программ «Statistica for Windows» v. 6.0, StatSoft Inc. (США). Использовали параметрические и непараметрические методы статистики. Достоверность различий между показателями определяли с помощью критерия Стьюдента и критерия соответствия Хи-квадрат (χ^2). Расчет относительного риска проводили по методике Р. Флетчера (2004 г.).

Результаты исследования

Проведенный на первом этапе исследования сравнительный анализ анамнестических данных отобранных для обследования женщин в акушерских стационарах II и III группы показал, что большинство из них до беременности имели соматические заболевания. Их не было выявлено всего 10 рожениц (10,00 %) акушерского стационара II группы и 3 (2,70 %) – III-ей ($p < 0,05$). Структура выявленных до беременности соматических заболеваний в обоих лечебных учреждениях была практически одинаковой: чаще всего ранее выявляли метаболические и обменные нарушения, представленные в основном анемиями (60 случаев - 60,00 % и 65 - 58,56 % соответственно, $p > 0,5$). На втором месте были хронические инфекционно-воспалительные заболевания (пиелонефриты, циститы, вирусные гепатиты, заболевания ЛОР-органов) – в сумме 40 случаев - 40,00 % и 36 - 32,43 % соответственно, $p > 0,5$. На третьем - патология сердечно-сосудистой системы (синдром вегетативной дистонии – СВД, артериальные гипертензии, варикозная болезнь) – в сумме 27 случаев - 27,00 % и 29 - 26,13 % соответственно, $p > 0,5$.

Гинекологический анамнез у пациенток обоих лечебных учреждений был представлен преимущественно инфекционно-воспалительными процессами. Однако у пациенток акушерского стационара III группы в анамнезе было больше указаний на перенесенные ранее урогенитальные инфекции (97 случаев - 87,38 % относительно 52 - 52,00 % в акушерском стационаре II уровня, $p < 0,001$), так же большая частота неспецифического вульвовагинита (42 случая - 37,84 % относительно 2 - 2,00 % среди родильниц МУЗ ГKB № 7, $p < 0,001$). Указания на выявленные хронические воспалительные гинекологические заболевания (эндометрит, сальпингит и цервицит) в целом одинаково часто (83 наблюдения - 83,00 % и 96 - 86,48 % соответственно, $p > 0,5$) имели и те, и другие пациентки, но у родильниц акушерского стационара II группы до беременности чаще диагностировали хронические эндометрит и цервицит.

Анализ результатов обследования на амбулаторном этапе ведения при анализируемой беременности (табл.1) показал, что признаки урогенитальных воспалительных процессов (неспецифический вульвовагинит, бактериурию) и возбудителей инфекционно-воспалительных процессов достоверно чаще выявляли у пациенток перинатального центра.

Таблица 1

Признаки урогенитальных воспалительных процессов и результаты обследования на инфекции при анализируемой беременности

Признаки	МУЗ ГКБ № 7 n = 100		Перинатальный центр n=111	
	Абс.	%	Абс.	%
Неспецифический вульвовагинит	5	5,00±2,7	45	40,54 ±4,56**
Бактериурия	9	9,00±2,86	17	15,32±3,41
Вагинальный кандидоз	4	4,00±1,96	19	17,11±3,57**
Хламидиоз	3	3,00±1,70	16	14,41±3,33**
Высев мико- и уреоплазм	3	3,00±1,70	5	4,51±1,96
Трихомониаз	0	0,00±0,00	5	4,51±1,96*
Всего случаев	24	24,00±4,27	107	96,40±1,76**

Прим. * - статистически достоверные (p) различия между группами < 0,05, ** - статистически достоверные (p) между группами < 0,001.

Течение анализируемой беременности (табл. 2) было неосложненным только у 8 пациенток - 8,00 % МУЗ ГКБ № 7. Все остальные обследованные имели различные осложнения гестации. Чаще прочих диагностировали осложнения, которые в большей степени связывают с инфекционно-воспалительными процессами, - признаки внутриутробного инфицирования (ВУИ), многоводие, плацентит, преждевременное излитие вод, угрозу прерывания (она, по мнению В.М. Сидельниковой, 2010, у Россиянок в 67,7% случаев обусловлена инфекционно-воспалительными факторами).

Таблица 2

Осложнения анализируемой беременности

Осложнения беременности	МУЗ ГКБ № 7 n = 100		Перинатальный центр n=111	
	Абс.	%	Абс.	%
Не имели осложнений беременности	8	8,00±2,71	0	0,00±0,00*
Осложнений беременности всего	220		280	
Осложнения преимущественно инфекционного генеза, в т.ч.:	144	144,00±1,2	138	124,32±1,05
- угроза прерывания;	29	29,00±4,53	44	39,64±4,64*
- преждевременное излитие околоплодных вод;	37	37,00±4,82	25	22,52±3,96**
- внутриутробная инфекция;	22	22,00±4,14	10	9,01±2,71*
- ОРВИ во время беременности.	35	35,00±4,77	36	32,43±4,44
Проявления ФПН	64	64,00±4,8	88	79,28±3,84*
Преэклампсия всего	3	3,00±1,70	42	37,84±4,60**
Количество осложнений на одну женщину	2,39		2,52	

Прим. * - статистически достоверные (p) различия между группами < 0,05, ** - статистически достоверные (p) между группами < 0,001.

Реже - проявления ФПН, которая так же нередко развивается на фоне хронических эндометритов; еще реже – преэклампсию. Обращали на себя внимание большая частота угрозы прерывания беременности, преэклампсии

и ФПН у пациенток перинатального центра и большая частота случаев выявленной внутриутробной инфекции и преждевременного излития околоплодных вод у родильниц МУЗ ГКБ № 7.

В родах (табл. 3) у пациенток обоих лечебных учреждений одинаково часто отмечали дородовое излитие вод с длительностью безводного периода более 12 часов, а после родов почти с одинаковой частотой (2 случая - 2,00 % и 6 случаев – 5,41 %, $p < 0,5$) описывали классические клинические симптомы послеродового эндометрита.

Таблица 3

Осложнения родов и послеродового периода

Осложнение	МУЗ ГКБ №7 n = 100		Перинатальный центр n=111	
	абс.	%	абс.	%
Безводный период более 12 ч	7	7,00±2,55	12	10,81±2,94
Ручное обследование полости матки	1	1,00±0,99	10	9,01±2,71*
Инструментальное опорожнение полости матки в послеродовом периоде по поводу гемато-, лохиометры и остатков плацентарной ткани	0	0,00±0,00	13	11,71±3,05**
Явные клинические симптомы эндометрита	2	2,00±1,4	6	5,41±2,4
Суммарно все случаи эндометрита после родов (клинические проявления, гистологическое заключение, бактериологическое исследование метрoаспирата)	2	2,00±1,4	12	10,81±2,94*
Признаки внутриутробного инфицирования у новорожденного	0	0,00±0,00	10	9,01±2,71**

Прим. * - статистически достоверные (p) различия между группами < 0,05, ** - статистически достоверные (p) между группами < 0,001.

Но пациентки перинатального центра значительно чаще нуждались в ручном обследовании полости матки по поводу дефектов последа или плотного прикрепления плаценты и инструментальном опорожнении полости матки в послеродовом периоде по поводу выявленных гемато-, лохиометры и остатков плацентарной ткани. При заключительном анализе полученных результатов обследования еще у 6 пациенток перинатального центра по результатам бактериологического и гистологических исследований выявили признаки эндометрита. На основании чего был сделан вывод, что пациентки перинатального центра имеют не только высокий пренатальный риск, но и более высокий риск развития послеродовых ГСО, в т.ч. с малосимптомным течением.

Проведенный анализ влияния традиционно анализируемых факторов риска на развитие послеродового эндометрита (табл.4), не выявил у пациенток акушерского стационара II группы влияния отдельных факторов на развитие этого осложнения. У родильниц акушерского стационара III группы значимыми оказались ручное обследование полости матки (ОР 12,15,

95 % ДИ 7,89 – 20,66) и неспецифический вульвовагинит в анамнезе (ОР 4,64, 95 % ДИ 3,03 – 7,66).

Таблица 4

Относительные риски (ОР) развития послеродового эндометрита

Факторы риска	МУЗ ГКБ № 7		Перинатальный центр			
	Явные клинические симптомы эндометрита		Явные клинические симптомы эндометрита		С учетом всех признаков эндометрита	
	X ²	p	X ²	p	X ²	P
Хронический пиелонефрит	0,47	1,00	0,27	1,00	0,58	0,71
Анемия	0,09	1,00	0,90	1,00	0,03	1,00
Ожирение	0,15	1,00	0,24	1,00	0,26	0,49
Неспецифический вульвовагинит в анамнезе	0,04	1,00	4,64	0,05	2,75	0,12
Хронические гинекологические воспалительные процессы в анамнезе	0,45	1,00	0,04	1,00	1,66	0,29
Урогенитальные инфекции в анамнезе	0,05	1,00	1,15	0,41	0,95	0,38
ОРВИ при беременности	1,10	1,00	1,06	0,41	0,01	1,0
Неспецифический вульвовагинит при анализируемой беременности	0,11	1,00	1,76	0,24	1,99	0,24
Признаки ВУИ при беременности	0,58	1,00	0,57	1,00	0,52	0,61
Обострение хронических ЭГЗ при беременности	0,11	1,00	0,05	0,59	0,83	0,40
Безводный период > 12 часов	0,15	1,00	0,01	1,00	0,44	0,45
Ручное обследование полости матки	0,02	1,00	12,85	0,01	2,95	0,12
Интегративная оценка по М.С. Селиховой, в т.ч.: - высокий риск;	0,20	1,00	4,26	0,05	1,71	0,21
- средний риск.	0,14	1,00	1,71	0,49	0,32	0,71

Попытка использования для прогнозирования послеродовых ГСО интегративной балльной системы оценки рисков М.С. Селиховой (2008 г.) показала достаточно высокую ее прогностическую ценность (ОР 4,26, 96 % ДИ 3,06 – 7,29) именно для пациенток перинатального центра.

Поэтому интересным было проанализировать особенности анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода у рожениц перинатального центра с различной балльной оценкой риска развития послеродовых ГСО.

Анализ соматических заболеваний в зависимости от группы риска развития послеродовых ГСО (табл. 5) показал, что женщины I группы имели наибольшее их количество. На каждую пациентку этой группы в среднем приходилось по 2,31 заболевания. У пациенток II группы соматические заболевания ранее выявляли реже, чем в I - на одну пациентку в среднем приходилось по 2,00 заболевания. В этой группе было так же много, как в I, анемий, но меньше вирусных гепатитов. Меньше всего соматических заболеваний имели обследованные III группы – по 1,88 на одну пациентку. В этой группе реже диагностировали любые заболевания и было больше соматически здоровых женщин.

Таблица 5

Соматическая патология в группах наблюдений

Заболевание	I группа n = 32		II группа n = 44		III группа n = 35	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выявлено всего случаев соматических заболеваний в анамнезе, в т.ч.	74	231,25±3,17	84	190,90±2,08	27	77,14±7,09
-железодефицитная анемия;	21	65,62±8,39**	30	68,18±7,02***	14	40,00±8,28
-хронический пиелонефрит;	9	28,12±7,94**	8	18,18±5,81	3	8,57±4,73
- СВД;	7	21,87±7,30**	4	9,09±4,33	1	2,86±2,81
- хр. вирусные гепатиты	5	15,62±6,41*	1	2,27±2,24	0	0,00±0,00
Не имели соматических заболеваний	1	3,12±3,07**	2	4,54±3,13	10	28,57±7,63
Соматических заболеваний на одну обследованную	2,31		2,00		1,88	

Прим. * - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и II группами; ** - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и III группами; ***- статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между II и III группами.

При анализе гинекологического анамнеза было установлено, что у женщин I группы было больше всего хронических воспалительных гинекологических заболеваний (15 наблюдений - 46,87%; во II группе - 11 - 25,00 %; в III - 7 - 20,00%; $p < 0,05$ для показателей II и III групп) и урогенитальных инфекций (42 случая - 131,25 %; во II группе - 34 - 77,27 %; в III - 22 - 62,85 %; $p < 0,05$ для показателей II и III групп).

Обследование на инфекции в ранние сроки беременности выявило у женщин I группы самую высокую частоту признаков урогенитальных воспалительных процессов - неспецифического вульвовагинита (18 случаев - 53,12%; во II группе - 17 - 36,36 %; в III - 10 - 25,71 %; $p < 0,05$ для показателей I и II групп), бактериурии (10 случаев - 31,25 %; во II - 6 - 13,63 %; в III - 1 - 2,8 %; $p < 0,05$ для показателей I и II групп) и случаев выявления возбудителей воспалительного процесса (18 - 56,25 %; во II - 12 - 27,27 %; III - 12 - 34,29 %; $p < 0,05$ для показателей I и II групп).

Анализ течения беременности в группах наблюдений (табл. 6) показал, что обследованные I группы чаще имели осложнения, в большей степени обусловленные инфекционно-воспалительными процессами - ВУИ, многоводие, плацентит, ФПН. У 20 человек (62,50 %) из них были показания для проведения антибактериальной терапии при беременности. У обследуемых II группы такие осложнения, обусловленные инфекционно-воспалительными процессами, как ВУИ, многоводие, плацентит наблюдали реже, но у них чаще выявляли клинические симптомы угрозы прерывания. В

III группе осложнения беременности, обусловленные инфекционно-воспалительными заболеваниями, наблюдали реже всего.

Таблица 6

Осложнения беременности

Осложнение беременности	I группа n = 32		II группа n = 44		III группа n = 35	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Случаев осложнений всего	94	293,75±3,03	83	188,63±2,06	67	191,42±2,33
Угроза прерывания	10	31,25±8,19	22	50,00±7,53	12	34,4±8,02
Многоводие	5	15,62±6,41*	1	2,27±2,24	3	8,57±4,73
Внутриутробная инфекция	7	21,87±7,30**,**	2	4,54±3,13	1	2,85±2,81
Плацентит	3	9,37±5,15**,**	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
Истмико-цервикальная недостаточность	3	9,37±5,15**	2	4,54±3,13	0	0,00±0,00
Преждевременное излитие околоплодных вод	12	37,50±8,55**	9	20,45±6,07	3	8,57±4,73
Проявления ФПН	31	96,87±3,07	29	65,90±7,14	28	80,00±6,76
Преэклампсия	15	46,87±8,82	14	31,81±7,02	13	37,14±8,16
Случаи антибактериальной терапии	20	62,50±8,55**,**	8	18,18±5,81	6	17,14±6,36
Случаи терапии иммуномодуляторами	8	25,00±7,65**,**	3	6,81±3,79	2	5,7±3,91

Прим. * - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и II группами; ** - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и III группами.

В родах (табл.7) пациентки I группы чаще имели безводный период более 12 часов и клинические проявления гипотонической дисфункции сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности и потуг, гипотонические послеродовые кровотечения), а обследованные II группы – гипертонической дисфункции (быстрые роды, дискоординация родовой деятельности).

Таблица 7

Осложнения родов и послеродового периода

Осложнение	I группа n = 32		II группа n = 44		III группа n = 35	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Безводный период более 12 ч.	8	25,00±7,65**,**	4	9,09±4,33	0	0,00±0,00
Ручное обследование полости матки	8	25,00±7,65**,**	2	4,54±3,13	0	0,00±0,00
Послеродовое кровотечение	2	6,24±4,27	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
Клинические проявления гипотонической дисфункции сократительной деятельности матки	7	21,87±7,30**	3	6,81±3,79	1	2,85±2,81
Клинические проявления гипертонической дисфункции сократительной деятельности матки	3	9,37±5,15	12	27,27±6,71 *,***	1	2,85±2,81

Прим. * - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и II группами; ** - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и III группами; *** - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между II и III группами.

В послеродовом периоде у родильниц I группы чаще проводили ручное обследование полости матки по поводу дефектов последа и плотного прикрепления плаценты. В этой группе констатировали больший объем послеродовой кровопотери при одинаковых для всех групп способах ее профилактики - средняя кровопотеря в I группе составила $246,6 \pm 32,1$ мл, во II-ой – $140,0 \pm 18,7$ мл, в III-ей – $141,7 \pm 20,1$ мл ($p < 0,05$ для показателей I относительно II и III групп).

Таким образом, у женщин группы высокого риска в родах в большем количестве случаев выявляли гипотоническую дисфункцию сократительной деятельности матки и послеродовые кровотечения, они достоверно чаще нуждались в проведении ручного обследования полости матки по поводу аномалий прикрепления плаценты и дефектов последа. В этой группе наблюдений отмечали больший объем теряемой крови. Для пациенток среднего риска в родах в большей степени оказалась характерной гипертоническая дисфункция сократительной деятельности матки, им реже проводили внутриматочные вмешательства. Пациентки низкого риска нарушения сократительной функции матки имели в единичных случаях, а показания для внутриматочных вмешательств у них отсутствовали.

При анализе данных лабораторных исследований (табл.8) выявлены статистически достоверные отличия между группами. У родильниц I группы в общем анализе крови было изначально большим количество палочкоядерных нейтрофилов, а к 4 суткам послеродового периода отмечалось снижение уровня гемоглобина, количества тромбоцитов; увеличение общего количества лейкоцитов. При биохимическом исследовании крови у них чаще выявляли гипопроотеинемию, повышение трансаминаз, тенденцию к увеличению уровня глюкозы в крови; в коагулограммах - удлинение времени свертывания цельной крови, тенденцию к удлинению времен первой фазы свертывания (АПТВ), повышению концентрации фибриногена, укорочению Хагеман-зависимого фибринолиза (ХЗФ), больше положительных паракоагуляционных тестов, что расценивали, как гемостазиологические признаки ДВС-синдрома. При микроскопии мочевого осадка (табл.8) большее количество случаев бактериурии наблюдалось у родильниц I группы, в этой группе так же определяли незначительно большее количество лейкоцитов в полях зрения. При бактериоскопическом исследовании вагинального отделяемого отмечали повышение количества лейкоцитов у всех обследованных, более выраженное у пациенток I группы. У родильниц I и II групп преобладала кокковая флора, наличие смешанной флоры описывали только у обследованных в III группе.

Т.о., для пациенток высокого риска характерна более выраженная, не нормализующаяся к 4–5 суткам послеродового периода, местная и системная воспалительная реакция, сочетающаяся с выраженными метаболическими

нарушениями, сопровождающаяся у 16,00% женщин лабораторными признаками ДВС-синдрома. У пациенток II группы отмечали проявления только местной воспалительной реакции. Родильницы III группы имели минимальные изменения всех анализируемых параметров.

Таблица 8

Некоторые показатели лабораторных исследований после родов

Показатели	I группа n = 32		II группа n = 44		III группа n = 35	
	Общеклинический анализ крови					
	2-3 сут	4-5 сут	2-3 сут	4-5 сут	2-3 сут	4-5 сут
Гемоглобин, г/л	109,38 ± 2,7	102,25±5,1 **	113,53 ± 2,4	111,91±5,3 7	115,40±2,7	117,45 ± 5,0
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	209,6 ± 17,5 *	163,0 ±27,0 **	195,21 ± 9,01	278,0±90,5 ***	177,88±9,9	175,25±13,65
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	10,59 ± 0,64	11,16±1,05 **	10,22 ± 0,54	10,35±0,57 ***	10,31 ±0,50	9,49 ± 0,53
Нейтрофилы палочкоядерные, %	8,07 ± 1,40*	5,60 ± 1,44	3,85 ± 0,42 ***	3,63 ± 0,68	4,64 ± 0,72	5,00±1,08
СОЭ, мм/ч	40,48 ± 2,68	51,89 ±3,09	39,36±1,50	43,29±3,58	41,91±2,02	46,44±2,3
Биохимический анализ крови						
Общий белок, г/л	58,00 ± 3,00		60,0 ± 2,49		65,5 ± 0,8**	
АСТ, Е/л	41,96 ± 8,53		44,00 ± 6,07		33,6 ± 2,3**	
АЛТ, Е/л	51,68 ± 19,77*		29,62 ± 4,81		23,8 ± 2,8**	
Гемостазиограмма						
Время свертывания крови, мин	6,97 ± 0,82 *		5,48 ± 0,28		5,37 ± 0,27**	
АПТВ, сек	44,00 ± 2,16		38,25 ± 1,75		38,17 ± 2,0	
ХЗФ, мин	40,00 ± 14,42		60,00 ± 0,00***		30,3 ± 12,2	
«+» этаноловый тест	4 (12,5 %)*		1 (4,54 %)		0 (0,00)**	
«+» протаминсульфатный тест	3 (9,37 %)		1 (4,54 %)		0 (0,00)	
Общий анализ мочи						
Лейкоциты, в п/зр	6,44 ± 1,6		4,76 ± 0,6		5,24 ± 0,9	
Случаи бактериурии	10 (31,25%) **		6 (13,63%)		1 (2,8 %)	
Бактериоскопическое исследование вагинального секрета						
Лейкоциты, в п/зр	59,27 ± 9,84**		38,28 ± 3,89***		17,50 ± 4,94	
Флора	преобладает кокковая		преобладает кокковая		Смешанная	

Прим. ** - статистически достоверные (p<0,05) различия между I и III группами; *** - статистически достоверные (p < 0,05) различия между II и III группами.

При проведении УЗИ органов малого таза (табл.9) были выявлены более медленные темпы инволютивных процессов матки у рожениц I и II относительно III группы. Кроме того, у пациенток I и II групп к 4-5 суткам послеродового периода отмечали значительное увеличение количества выявляемых при УЗИ случаев образования сгустков крови в полости матки. На 4 – 5 сутки их выявляли у 18 человек - 56,25 % в I-ой, у 22 - 50,00 % во II-ой и у 7 – 20,00 % в III-ей группе ($p < 0,05$ для показателей I и II относительно III группы).

Таблица 9

Данные УЗИ матки в послеродовом периоде в исследуемых группах

Показатель	I группа n = 32		II группа n = 44		III группа n = 35	
	1 сутки	3 сутки	1 сутки	3 сутки	1 сутки	3 сутки
Длина тела, мм	135,4±1,9	121,7±2,3	134,1±2,3	118,6±1,8	136,7±3,1	121,1±2,3
Переднезадний размер тела, мм	87,1±2,7*	77,9±2,2**	77,3 ± 1,9	74,5± 1,9	80,8±3,3	70,0±2,0
Ширина тела, мм	104,3±2,3	102,6±1,9	107,6±2,6	99,8± 1,6	113,9±3,5	107,9±2,0
М-эхо, мм	11,2 ± 1,1**	9,5 ± 0,7**	8,6 ± 0,7	8,0 ± 0,6	6,7 ± 1,0	6,9 ± 0,4
Объем матки (по формуле Стрижакова А.Н.), мм ³	594539,4 ± 2805,3	489553,0 ± 38664,4	551595,1 ± 40175,22	471685,3 ± 31460,4	612230,4 ± 56206,47	441272,2 ± 42430,25
% изменения объема матки	- 13,4 ± 5,5**		- 6,1 ± 6,6***		- 23,60 ± 4,4	
Коэффициент инволюции	1,12 ± 0,05**		1,02 ± 0,04***		1,22 ± 0,06	

Прим. * - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и II группами; ** - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между I и III группами; *** - статистически достоверные ($p < 0,05$) различия между II и III группами.

Т.о., было установлено, что более половины женщин I и II групп имеет патологические изменения по данным УЗИ, которые могут потребовать изменения тактики ведения и объемов терапии в послеродовом периоде. У рожениц III группы такие изменения выявляли в 20,00 % случаев - у женщин с преэклампсией, соматическими заболеваниями и не пролеченными при беременности инфекциями.

Корреляционный анализ выявил, что у женщин I группы осложнения беременности (угроза прерывания, ФПН, ВУИ) в большей степени связаны с хроническим эндометритом; образование сгустков крови в полости матки зависело от выраженности воспалительной реакции в послеродовом периоде и практически не зависело от ее сократительной функции. Инволюцию матки замедляло ручное обследование ее полости после родов. Учитывая этот факт и выявленную гипотоническую дисфункцию сократительной деятельности матки в родах у обследованных I группы, был сделан вывод о более тяжелом воспалительном поражении матки у этой категории пациенток - развитии эндомиометрита. Поэтому, у пациенток группы высокого риска любые осложнения послеродового периода (наличие сгустков крови в полости

матки, нарушения ее инволютивных процессов) правильно расценивать, как проявления обострения хронического воспалительного процесса в эндо- и миометрии.

У пациенток II группы развитие осложнений беременности зависело от хронического эндометрита и выявленной при беременности урогенитальной инфекции. Хронический эндометрит и наличие возбудителей воспалительного процесса при беременности не нарушали инволютивных процессов матки после родов. Формирование сгустков крови в полости матки в значительной степени определяла выраженность воспалительных реакций в послеродовом периоде и сократительная функция миометрия.

У пациенток III группы на развитие осложнений беременности в большей степени влияли выявленные при беременности инфекции и соматические заболевания. Нарушения инволютивных процессов матки обуславливали наличие соматических заболеваний и инфекции при беременности. Образование сгустков в полости матки не было обусловлено инфекционными факторами и преимущественно зависело от скорости ее инволютивных процессов.

Сравнительный анализ чувствительности и специфичности используемых методов прогнозирования для всех случаев послеродового эндометрита (табл. 10) показал, что одновременный учет балльной оценки рисков и данных УЗИ (нарушения инволютивных процессов матки, наличие сгустков крови в ее полости) повышает специфичность прогнозирования и на 20 – 30 % прогностическую значимость положительного результата.

Таблица 10

Эффективность прогнозирования (%) послеродовых ГСО

Признаки	Ч	С	ПЗ«+»	ПЗ«-»
Балльная оценка рисков (для групп среднего и высокого риска)	50,00	32,00	8,11	8,67
Балльная оценка рисков (для группы высокого риска)	50,00	62,46	9,09	8,57
Субинволюция матки по данным УЗИ	77,78	44,44	11,29	4,34
Лохио-, гематометра по данным УЗИ	50,00	61,00	7,14	8,95
Наличие 2-х УЗ-симптомов (субинволюция матки + лохио-, гематометра)	57,14	68,08	21,05	8,51
Наличие 2-х УЗ-симптомов у рожениц группы высокого и среднего риска	64,28	76,84	39,03	6,41

После родов части женщин было проведено вакуумное удаление содержимого полости матки (у 7 женщин – 21,87 % в I, у 5 – 11,36 % - во II; у 1 – 2,85 % в III группе) на 3-4 сутки по поводу диагностированных по данным УЗИ гематометры (лохиометры), у двоих (2 случая - 6,25 % из I группы) - остатков плацентарной ткани. Назначение антибактериальных препаратов для профилактики послеродовых ГСО в соответствии с внутрибольничными протоколами оказания медицинской помощи в послеродовом периоде потребовали 29 рожениц (90,62 %) I группы; 15 (34,09 %) – II; 7 (20,00 %) – III ($p < 0,05$ для показателей I группы относительно II и III). Клинические симптомы послеродового эндометрита развились у 4 пациенток (12,50 %) в I и 2 (4,54 %) – во II группе.

Анализ данных катамнеза у всех родильниц показал, что одна из пациенток I группы на 19 сутки после родов поступила в гинекологическое отделение с поздним послеродовым эндометритом.

Учитывая сложности прогнозирования, ранней диагностики и возможные осложнения послеродовых ГСО, оправданным является выделение групп риска по развитию послеродовых ГСО и проведение в них профилактических мероприятий в зависимости от тяжести выявленных местных и системных нарушений у пациенток разных групп риска.

Учитывая большую частоту образования сгустков крови в полости матки у женщин из групп высокого и среднего риска, им обосновано проведение профилактики послеродового кровотечения путем внутривенного введения окситоцина в течение 2 часов и раннего динамического УЗИ органов малого таза для своевременной коррекции объема профилактических и терапевтических мероприятий. Достаточно высокая частота (12,50 %) развития клинических симптомов послеродового эндометрита на фоне проводимой в 90,00 % случаях антибактериальной профилактики у родильниц этой группы оправдывает обязательное назначение таким пациенткам антибиотиков после родов. Кроме этого, у родильниц из группы высокого риска клинические симптомы эндометрита могут развиваться и после выписки из акушерского стационара (ОР 2,05, $p < 0,33$), поэтому, мы считаем обоснованным амбулаторно продолжать им проведение профилактических мероприятий (возможно, назначение иммуномодуляторов).

ВЫВОДЫ

1. Пациентки акушерских стационаров II и III группы имеют практически одинаковую частоту и структуру соматических и распространенность хронических воспалительных гинекологических заболеваний. Но у родильниц акушерского стационара III группы при беременности чаще выявляют урогенитальные инфекции, среди них больше доля женщин с осложненным угрозой прерывания, гестозами и фетоплацентарной недостаточностью течением беременности. Для этой категории пациенток характерно малосимптомное течение послеродового эндометрита, риск которого повышают неспецифический вульвовагинит в анамнезе, ручное обследование полости матки после родов и высокая интегративная балльная оценка рисков развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

2. Для пациенток акушерского стационара III группы с высоким риском развития послеродовых гнойно-септических осложнений характерны более выраженные общие и местные воспалительные реакции, тяжелые воспалительные поражения матки с нарушением ее сократительной функции, достаточно высокий процент (12,50 %) развития клинических симптомов послеродовых эндометритов на фоне проводимой антибактериальной профилактики; со средним - местные воспалительные реакции и повышение сократительной функции матки на фоне

воспалительного процесса, невысокий процент (4,54 %) развития послеродовых эндометритов; с низким - минимальная выраженность местных и системных воспалительных реакций, минимальный риск развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

3. У рожениц из разных групп риска по развитию послеродовых гнойно-септических осложнений нарушения инволютивных процессов матки и образование сгустков крови в полости матки обусловлены разными причинами. У пациенток, имеющих средний и высокий риск развития послеродовых гнойно-септических осложнений, нарушение инволютивных процессов матки и наличие сгустков крови в ее полости связано с тяжестью воспалительных поражений матки. У женщин низкого риска нарушение инволютивных процессов обусловлено инфекционно-воспалительными процессами при беременности, а образование сгустков крови в полости матки преимущественно зависит от скорости ее инволютивных процессов.

4. Для повышения эффективности ультразвуковой диагностики в послеродовом периоде обосновано определять коэффициент инволюции матки, который на 3 сутки после родов позволяет выявлять нарушения инволютивных процессов. Этот метод имеет высокую чувствительность (95,0 %) и специфичность (77,7 %). Повышает эффективность диагностики послеродового эндометрита на 20-30 %, в том числе и с малосимптомным течением, одновременный учет данных балльной оценки рисков развития послеродовых гнойно-септических осложнений и ультрасонографии.

5. Для раннего выявления признаков осложненного течения послеродового периода всем роженицам акушерского стационара III группы с высоким и средним риском развития послеродовых гнойно-септических осложнений показано проведение раннего динамического ультразвукового исследования органов малого таза. Пациенткам группы высокого риска, учитывая наличие у них выраженных местных и системных воспалительных реакций, нарастающих по силе к 4 - 5 суткам послеродового периода, и сохраняющийся после выписки из акушерского стационара риск развития позднего послеродового эндометрита, обосновано не только обязательное проведение антибактериальной профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений после родов, но и продолжение профилактических мероприятий после выписки из акушерского стационара. У пациенток группы среднего риска показаниями к проведению антибактериальной профилактики после родов являются непролеченные при беременности урогенитальные инфекции и выраженная воспалительная реакция в послеродовом периоде; у рожениц низкого риска – соматические заболевания и урогенитальные инфекции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая преобладание малосимптомных форм послеродовых эндометритов у родильниц акушерского стационара III группы, в лечебных учреждениях этой группы оправдано внедрение систем прогнозирования и раннего активного выявления послеродовых гнойно-септических осложнений.

2. Родильницам из группы среднего и высокого риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений показано проведение УЗИ органов малого таза по окончании раннего послеродового периода. При выявлении у них сгустков крови в полости матки необходимо не только внутривенное введение окситоцина и решение вопроса об опорожнении полости матки, но и обязательное назначение антибактериальных средств.

3. Родильницам группы низкого риска УЗИ органов малого таза обосновано выполнять однократно на 3–4 сутки послеродового периода. Исключение составляют женщины, имеющие два и более аборта, генитальные инфекции при беременности и тяжелые соматические заболевания. Им показано проведение УЗИ органов малого таза дважды – через 2 часа и на 3 сутки после родов.

4. Женщинам из группы высокого риска в послеродовом периоде обосновано не только проведение антибактериальной профилактики послеродовых гнойно-септических заболеваний, но и продолжение профилактических мероприятий после выписки из акушерского стационара. Оценка их состояния амбулаторно в динамике оправдано проводить с использованием объективных диагностических критериев (УЗИ органов малого таза и оценка общего анализа крови через 7-10 дней).

5. Неосложненное течение послеродового периода, отсутствие воспалительных изменений в результатах клинических анализов и нормальные данные УЗИ органов малого таза (коэффициент инволюции матки $\geq 1,3$, отсутствие сгустков крови в полости матки) позволяют безопасно выписывать пациенток из акушерского стационара на 3–4-е сутки после родов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Влияние факторов риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на инволюцию матки в послеродовом периоде/ Н.В. Устюжанина, В.П. Черемискин, Б.Е. Гребенкин// Медицинский альманах. – 2009. – № 4. – С. 145–147.**

2. **Определение прогноза послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний/ Б.Е. Гребенкин, Н.В. Устюжанина// Медицинский альманах. – 2010. – № 4. – С. 182–184.**

3. **Прогнозирование осложненного течения послеродового периода с использованием коэффициента инволюции матки/ Н.В. Устюжанина// Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29. – № 2. – С. 77–83.**

4. **Диагностика нарушений процесса инволюции матки в послеродовом периоде/ Н.В. Устюжанина, В.В. Скрябина, М.М. Падруль// Пермский медицинский журнал. – 2013. – Т. 30. – № 6. – С. 45–51.**

5. **Особенности эндометрита в позднем послеродовом периоде/ В.П. Черемискин, Н.В. Устюжанина// Пермский медицинский журнал. – 2008. – Т. 25. – № 1. – С. 36–39.**

6. Микробный пейзаж и некоторые биологические свойства микроорганизмов, выделенных из полости матки при послеродовых эндометритах/ Э.С. Горовиц, В.П. Черемискин, Б.Е. Гребенкин, Н.В. Устюжанина// Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье и образование». – Сицилия (Палермо), 2007. – С. 41–44.

7. Современные особенности эндометрита в позднем послеродовом периоде/ Н.В. Устюжанина, В.П. Черемискин// Актуальные вопросы инфекционной патологии. Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной памяти заведующих кафедрой инфекционных болезней КГМУ. – Казань, 2007. – С. 91–92.

8. Ранняя диагностика послеродовых гнойно-воспалительных осложнений/ Н.В. Устюжанина//Аспирантские чтения – 2011. Всероссийская конференция с международным участием «Молодые ученые – медицине». – Самара, 2011. – С. 166–169.

9. К вопросу о ранней диагностике субинволюции матки в послеродовом периоде/ Н.В. Устюжанина, Б.Е. Гребенкин// Материалы VIII Международной научно-практической конференции «Научное пространство Европы – 2012». – Польша, 2012 – С. 7–10.

10. Особенности анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток акушерских стационаров II и III уровней. Возможности прогнозирования у них послеродовых гнойно-септических осложнений/ Н.В. Устюжанина, В.В. Скрябина// Материалы IX Международной научно-практической конференции «Перспективные разработки науки и техники». – Польша, 2013 – С. 13 -16.

11. Значение ультразвукового исследования органов малого таза в диагностике послеродового эндометрита у пациенток акушерского стационара III группы/ В.В. Скрябина, Н.В. Устюжанина // Материалы X Международной научно-практической конференции «Актуальные научные разработки». Том 21. Лекарство. – Болгария, 2014 – С. 3-7.

12. Особенности клинических проявлений и факторы риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений у пациенток акушерского стационара III группы/ Н.В. Устюжанина, В.В. Скрябина// Научная сессия Пермской государственной медицинской академии имени академика Е.А. Вагнера. Навстречу 100-летию высшего медицинского образования на Урале: в 3 т. Т. I. - Пермь, 2014 – С. 94-97.

13. Патент на изобретение № 2431445 от 20.10.2011. «Способ диагностики субинволюции матки в послеродовом периоде» / соавт. Гребенкин Б.Е.

Подписано в печать 22.04.2014

Формат 60×90/16.

Бумага офсетная. Печать на ризографе.

Усл. печ. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в ООО «Типография Кириллица»
614042, г. Пермь, ул. Ласьвинская, 78

тел./факс. (342) 250-42-62
e-mail: tipkiril@yandex.ru