

Литература:

1. Айламазян Э.К. Акушерство : нац. рук. / Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского // АСМОК, Российское о-во акушеров-гинекологов. - крат. изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 608 с.
2. Ведищев С.И. Современные представления о причинах невынашивания беременности / С.И. Ведищев, А.Ю. Прокопов, У.В. Жабина // Вестник Тамбовского университета, 2013. № 4-1 с.1310-1311
3. Меньшенина Т.А. Патогенетические аспекты и причины неразвивающейся беременности (обзор литературы) / Т.А. Меньшенина // Уральский медицинский журнал. - 2012. - № 6. - С. 15-20. - Библиогр.: с. 19-20
4. Радзинский В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майсова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 200 с.
5. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих // М.: ООО « Медицинское информационное агенство», 2010. - 536 с.

УДК 618.7-002

**К.Г. Тихолаз, Л.А. Витебская, О.В. Прохорова
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО
ЭНДОМЕТРИТА**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**K.G. Tiholaz, L.A. Vitebskaya, O.V. Prokhorova
ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR POSTPARTUM
ENDOMETRITIS**

Department of obstetrics and gynecology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: tiholazkristina@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнеза родильниц с послеродовым эндометритом. Проанализированы и оценены факторы риска развития заболевания. Выявлены наиболее значимые причинные факторы возникновения патологического процесса у женщин со стремительным и стертым вариантом течения послеродового эндометрита.

Annotation. The article deals with special characteristics of physical and obsetric-gynecologic anamnesis of maternity patients with puerperal endometritis.

Risk factors and the development of the disease have been analyzed. We have revealed the most significant causative factors of the pathologic process of the contraction of the disease progression of the puerperal endometritis.

Ключевые слова: послеродовой период, эндометрит, кесарево сечение, атипичное течение заболевания.

Keywords: postpartum endometritis, lohiometra, cesarean section, atypical course of the disease.

В настоящее время послеродовые заболевания остаются важным разделом акушерства. Наиболее распространенным проявлением послеродовых инфекционных заболеваний является эндометрит, средняя частота которого в общей популяции родильниц достигает около 8 % [5]. Частота тяжелых осложнений, среди которых сепсис, перитонит, тазовые абсцессы – невелика (около 2%), однако, является достаточной, чтобы достичь одну из лидирующих позиций в структуре материнской смертности [1,4,5]. Учитывая многообразие методов, средств профилактики и лечения данной патологии, становится интересным, почему заболеваемость не имеет тенденции к снижению[5], а стабильно охватывает достаточно большое число родильниц. Данное несоответствие можно связать с рядом факторов, включая высокий удельный вес абдоминальных родов, широкое использование инвазивных методов диагностики и лечения, а также нерациональное применение антибактериальных препаратов [2,3,6].

В современных условиях инфекционно-воспалительные процессы у родильниц имеют ряд особенностей. Ряд исследователей указывают, что частота встречаемости Грам (+) и Грам(-) микроорганизмов при послеродовых заболеваниях сравнимы, при этом отмечается рост антибиотикорезистентности условно патогенной микрофлоры. Трансформация клинической симптоматики в сторону стертых форм и нередко атипичное течение заболевания лежат в основе несоответствия клиники заболевания глубине патоморфологических изменений в матке [1,4].

Цель исследования – выявление и ранжирование наиболее значимых факторов риска возникновения послеродового эндометрита у пациенток с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы 90 историй болезни родильниц, перенесших послеродовый эндометрит. Работа была проведена на базе ГБУЗ СО ОДКБ №1, МБУ ЦГБ №7 г. Екатеринбурга.

Критерии включения пациенток в исследование:

1. Поздний послеродовый период;
2. Патологическое течение послеродового периода (подъем температуры, лейкоцитоз в общем анализе крови, лохиометра);

Критерии исключения:

1. Ранний послеродовый период;

2. Физиологическое течение послеродового периода.

Группу исследования составили 90 родильниц, перенесших послеродовый эндометрит. Общее количество исследуемых поделено на две группы по 60 и 30 человек. В первую группу вошли пациентки, у которых быстро сформировался воспалительный ответ, и клинические проявления манифестировали в родильном доме. Половине женщин данной группы была сделана мануальная вакуумная аспирация (МВА) на третьи сутки после родов, после того, как по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) была обнаружена лохиометра. Все пациентки данной группы поступили в АОО ЦГБ №7 не позднее, чем на 5 сутки после родоразрешения. Вторую группу исследования составили родильницы со стертым вариантом течения послеродового эндометрита. Пациентки данной группы были госпитализированы в отделение послеродовых заболеваний ЦГБ № 7 в промежуток между 6 и 30 сутками после родов. Методами исследования послужили ретро– и проспективный анализ медицинской документации, объективное общее и гинекологическое обследование, результаты лабораторных исследований, УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования и их обсуждение

Систематический анализ медицинской документации данных групп пациенток позволил прийти к следующим предположениям, выдвинутым на основе полученных данных:

При оценке отягощающих факторов соматического анамнеза в ходе исследования были отмечены следующие особенности. У 60% пациенток 1 группы и у 83,3% исследуемых 2 группы отмечалось наличие очагов хронической инфекции, преимущественно в виде кариеса. Герпесвирусная инфекция была обнаружена среди женщин с поздним развитием метроэндометрита в 76,6% случаев и лишь в 35% среди пациенток 1 группы ($p<0,05$). Хронический пиелонефрит имели лишь 6,6% женщин 1 группы и каждая четвертая пациенток 2 группы (26,6%, $p<0,05$), хронический цистит – 15% и 46,6% пациенток соответственно, $p<0,05$. Следует отметить, что порядка 30 процентов родильниц из второй группы были инфицированы вирусом иммунодефицита человека, при этом аналогичный показатель в 1 группе составил 6,6%, $p<0,05$.

Анализируя особенности акушерско-гинекологического анамнеза, необходимо обратить внимание на следующие показатели. Среди пациенток со стремительным развитием послеродового эндометрита значительно чаще было отмечено наличие абдоминального родоразрешения в анамнезе (60% случаев, что в 2 раза превышает данный параметр 2 группы женщин. Удельный вес искусственного прерывания беременности в анамнезе составил 56,6% в 1 группе и 36,6% во 2 группе родильниц. Сравнимое количество женщин – 13,3% и 10% в 1 и 2 группе соответственно имели в анамнезе хронические воспалительные заболевания органов малого таза ($p>0,05$).

Изучение особенностей течения беременности среди исследуемых обеих групп позволило выяснить, что наличие такого серьезного акушерского осложнения как умеренная или тяжелая преэклампсия имелось практически у каждой второй родильницы в обеих группах – 48,3% и 53,3% соответственно, $p > 0,05$. Гестационный процесс сравнительно высокого числа пациенток обеих групп сопровождался анемией различного генеза (45 и 33,3% в первой и второй группе соответственно), при этом содержание гемоглобина в ряде случаев достигало 60 г/л. Каждая третья пациентка 2 группы (33,3%) имела в качестве акушерского осложнения гестационный сахарный диабет, аналогичный показатель в 1 группе составил 20%. Угроза прерывания беременности осложнила гестацию у 40 % пациенток 2 группы, что почти в два раза превышает частоту аналогичного показателя среди пациенток 1 группы (25%, $p < 0,05$).

Характеризуя течение родов у женщин с послеродовым эндометритом, следует отметить, что абдоминальное родоразрешение достоверно чаще предшествовало быстрому развитию системного воспалительного ответа (56,6% в 1 группе и 36,6% во 2 группе, $p < 0,05$). Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) достоверно чаще происходило среди пациенток 2 группы (40% и 1,6% соответственно, $p < 0,05$); та же тенденция была выяснена в отношении аномалий родовых сил (40% и 18,3% соответственно, $p < 0,05$). При этом необходимость в родоусилении окситоцином возникла у 40% женщин с поздним развитием заболевания и лишь у 15% женщин с его ранней манифестацией. Оценка частоты манипуляций в родах среди родильниц исследуемых групп позволила выявить достоверно большую частоту инвазивного родовозбуждения во 2 группе женщин (80% и 43,3% соответственно, $p < 0,05$). Показатели частоты ручного обследования полости матки практически не отличались и составили 18,3% в первой группе, 20% во второй группе, $p > 0,05$.

В родильном доме часть женщин каждой из групп получала антибактериальные препараты. Число пациенток, которым была показана профилактическая доза антибактериального средства, абсолютно совпадала с числом исследуемых с абдоминальным родоразрешением. Курсовую дозу антибактериального препарата, в зависимости от показаний, получали 23,3% пациенток первой группы и 16,6% пациенток второй группы.

Результаты ультразвукового исследования позволили обнаружить остатки децидуальной ткани в 30% случаев во 2 группе женщин, что практически вдвое превосходит величину сходного показателя среди пациенток 1 группы исследования. Следствием данного факта, вероятно, можно считать значительное преобладание среди пациенток проведения гистероскопии на этапе стационарного лечения в ЦГБ №7 (26,6% против 10% среди пациенток со стремительным развитием заболевания). Несостоятельность шва на матке в 2,5 раза чаще отмечалась среди больных с поздним развитием заболевания (10% среди пациенток 1 группы и 26,6% среди пациенток 2 группы, $p < 0,05$).

Инфильтрат в области послеоперационного шва на матке встречался у заболевших 2 группы в 20% случаев, в то время как среди пациенток 1 группы частота данного показателя составила 6,5%, $p < 0,05$. В ходе лечения в отделении послеродовых заболеваний ревизии органов малого таза подверглись вчетверо больше пациенток с поздним развитием заболевания – 13,3%, во 2 группе данная процедуры была проведена 3,3 % больных, $p < 0,05$.

При анализе микробиологической картины заболевания было выявлено преобладание некоторых представителей условно-патогенной микрофлоры организма человека, а именно: *E.coli*, *E.faecalis*, *Strept.epidermidis*, *Staph.aureus*. Практически в равном соотношении среди пациенток обеих исследуемых групп при посеве лохий обнаруживалась *E.coli* (26,6 % и 30% соответственно). *E.faecalis* встречался с некоторым преобладанием среди пациенток 2 группы (20% случаев). *Strept.epidermidis* высевался в 8% случаев среди пациенток со стремительным развитием заболевания, в то время как в посевах лохий пациенток 2 группы данный микроорганизм обнаружен не был.

Выводы:

1. Среди особенностей соматического анамнеза среди исследуемых в группе со стремительным развитием заболевания наиболее значимыми факторами риска возникновения заболевания явились: кариес (60%), железодефицитная анемия до беременности (30%), герпесвирусная инфекция (35%). Поздняя манифестация послеродового эндометрита была ассоциирована с хроническими инфекционными процессами в ротовой полости (83,3%), хроническим циститом (46,6%), а также герпесвирусной инфекцией (76,6%). Абдоминальное родоразрешение и отягощенный искусственным абортom акушерско-гинекологический анамнез достоверно чаще сопровождали быстрое развитие воспаления матки в послеродовом периоде.

2. Наиболее частыми осложнениями родового акта среди пациенток с быстрым и клинически проявленным развитием послеродового эндометрита были: инвазивное родовозбуждение (43,3%), абдоминальное родоразрешение (56,6%), а также акушерский травматизм матери (21,6%). При стертом и более запоздалом течении воспалительного ответа достоверно чаще отмечались: ПИОВ (40%), аномалии родовых сил (40%), инвазивное родоразрешение (80%).

Таким образом, своевременное выявление факторов риска развития септических осложнений в послеродовом периоде, их диагностика, адекватные профилактические и лечебные мероприятия позволят снизить частоту возникновения гнойных осложнений, а выявленные сравнительные клинические особенности течения различных форм послеродового эндометрита позволят сформировать и применить индивидуальный подход к каждой пациентке с учетом ее соматического состояния и наличия акушерских осложнений.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский и др. // Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1200 с.
2. Курцер М.А. Оперативное акушерство Манро Керра / М.А. Курцер. Пер. с англ. П. И. Медведевой // Москва, Рид Элсивер, 2015. – 392 с.
3. Радзинский В.Е. Гинекология: Учебник / В.Е. Радзинский, А.М. Фукс // Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с.
4. Серов В.Н. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих, И.И. Баранов и др. // Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.
5. Сидорова И.С. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания / И.И. Сидорова, И.О. Макаров, С.А. Леваков // Москва, ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 128 с.
6. Faro Sebastian. Postpartum endometritis / Clinics in perinatology. — 2005. — Vol. 32. — P. 803 – 814.

УДК 618.17-008.8-02-036.1-08

**Е.Э. Тотмянина, И.А. Горбач, Ю.А. Ускова
СИНДРОМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ:
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ, ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Пермский государственный медицинский университет
Пермь, Российская Федерация

**E.E. Totmyanina, I.A. Gorbach, J.A. Uskova
PREMENSTRUAL TENSION SYNDROME: PREDICTORS OF
DEVELOPMENT, CLINICAL FEATURES, CORRECTION OPTIONS**

Department obstetrics and gynecology
Perm State University of Medicine
Perm, Russian Federation

Контактный e-mail: totmyanina.elena@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены предикторы развития предменструального синдрома, особенности личностных характеристик у пациенток с ПМС. Предложены варианты коррекции, воздействующие на саногенез. Данный метод терапии лишен побочных осложнений.