

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 618.14-002-02:618.7-07-08

ВЕРБИЦКАЯ
Мария Сигизмундовна

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ РОДИЛЬНИЦАМ С ОЦЕНКОЙ ФАКТОРОВ
РИСКА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология

Минск 2012

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Можейко Людмила Федоровна**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты: **Воскресенский Сергей Львович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Занько Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Оппонирующая организация: ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Защита состоится 11 апреля 2012 г. в 10.00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83, e-mail: www.bsmu.by, телефон: 272-55-98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «03» марта 2012 г.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций,
кандидат медицинских наук



Н. Волкова

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших задач здравоохранения Республики Беларусь является укрепление здоровья матери и ребенка (В.И. Жарко, 2010). Современная демографическая ситуация характеризуется низкой рождаемостью, поэтому повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам является приоритетным направлением в работе акушерско-гинекологической службы (О.А. Пересада, 2010; Т.С. Дивакова, 2011).

Послеродовой эндометрит занимает ведущее место среди послеродовых осложнений, после самопроизвольных родов его частота составляет 2–5% и 10–20% – после кесарева сечения (В.В. Абрамченко, 2008; Л.Ф. Можейко, 2011).

В настоящее время накоплен обширный материал о причинах, предрасполагающих к развитию внутриматочной инфекции у родильниц. Однако среди факторов риска развития послеродового эндометрита до сих пор не учитывался психосоматический статус женщины, несмотря на то, что психологический дискомфорт женщины может привести к нарушению процессов адаптации в послеродовом периоде (S. Ferguson, 2002; K. Wisner, 2002; C. Blenning, 2005).

Высокий удельный вес стертых форм эндометрита повышает значимость дополнительных методов диагностики и указывает на необходимость совершенствования обследования беременных женщин и родильниц. До сих пор остаются малоизученными вопросы, касающиеся особенностей клинического течения и диагностики послеродового эндометрита в зависимости от метода родоразрешения женщин, отсутствуют четкие рекомендации по ведению послеродового периода у таких родильниц. В современной литературе встречаются противоречивые данные, касающиеся доплерометрии матки после родов (Е.Г. Нередько, 2005; О.Е. Шаршова, 2006), что свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики и терапии гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний, тенденции к снижению частоты послеродового эндометрита не наблюдается (Г.И. Герасимович, 2004; В.С. Горин с соавт., 2009). Доминирующими в лечении эндометрита после родов до настоящего времени являлись антибактериальные препараты, что достаточно быстро способствует селекции антибиотикорезистентных штаммов бактерий (Б.Л. Гуртовой, 2004; О.К. Кулага, 2008). Повышенный интерес к поискам новых методов профилактики гнойно-септических осложнений обуславливает и негативное воздействие антибиотиков на состояние иммунного статуса и микробиоциноз родильниц (А. Valyshev, 2002).

Отсутствие четких рекомендаций в виде усовершенствованных стандартов обследования, унифицированных схем прогнозирования и профилактики гнойно-септических послеродовых осложнений с использованием преформированных методов терапевтического воздействия требует проведения дальнейшего

изучения, чем и определяется актуальность проведенных научных исследований. Использование новых комплексных подходов к лечению и профилактике инфекционных осложнений в послеродовом периоде, с учетом психосоматического статуса родильниц и клинических особенностей течения послеродового эндометрита в зависимости от метода родоразрешения, представляет большую значимость для практического здравоохранения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с крупными научными программами. Диссертационная работа выполнена в соответствии с темами научных исследований кафедры акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»: «Профилактика и лечение патологии течения беременности, родов, послеродового периода и гинекологической заболеваемости женщин Республики Беларусь в современных условиях», утверждена Государственным Центром регистрации НИР и ОКР Республики Беларусь 16.11.2003 г., государственная регистрация № 20031742; «Совершенствование органосохраняющих хирургических вмешательств в акушерстве и гинекологии. Прегавидарная подготовка групп риска, профилактика осложнений гестации, реабилитация родильниц», утверждена Государственным Центром регистрации НИР и ОКР Республики Беларусь на 2008–2012 гг., государственная регистрация № 2008357 от 12.03.2008 г.

Тема диссертационной работы соответствует приоритетному направлению прикладных научных исследований – охране здоровья матери и плода.

Цель исследования: усовершенствовать диагностику и лечебно-профилактическую помощь родильницам с послеродовым эндометритом на основе изучения психологических особенностей личности пациенток, клинического течения эндометрита после родов и кесарева сечения, данных сонографического исследования матки, патоморфологического изучения последа и соскоба из полости матки, состояния иммунологического статуса.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода у родильниц с послеродовым эндометритом и неосложненным течением пуэрперия после родов и кесарева сечения.
2. Оценить психологические особенности личности среди беременных групп риска и родильниц с послеродовым эндометритом.
3. Провести сравнительный анализ результатов гематологических показателей и значений лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), результатов сонографии с доплерометрией, исследования кислотно-основного состояния (КОС) лохий, иммунного статуса у родильниц с послеродовым эндометритом и физиологическим течением послеродового периода.

4. Выявить патоморфологические изменения в последах и соскобах из полости матки у родильниц с послеродовым эндометритом.

5. Разработать и внедрить в практику дифференцированную комплексную схему лечебно-профилактической помощи родильницам с послеродовым эндометритом на основании выявленных факторов риска, оценить ее эффективность.

Объект исследования: 309 родильниц, из них 128 родильниц с послеродовым эндометритом (91 – после родов через естественные родовые пути и 37 – после кесарева сечения), и 181 женщина с физиологически протекающим послеродовым периодом, родоразрешенных в УЗ «1-я ГКБ», «5-я ГКБ» и «6-я ГКБ» г. Минска.

Предмет исследования: результаты патоморфологического исследования последа и соскоба из полости матки, основных гематологических показателей, ЛИИ, бактериологического и кислотно-основного состояния лохий, показателей иммунологического статуса, функциональные изменения матки и общего состояния родильниц в динамике послеродового периода с учетом особенностей психосоматического статуса, клинического течения беременности и родов.

Положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Особенности течения беременности и родов, а также, социальное положение и психологический статус женщины оказывают влияние на течение послеродового периода, обуславливая увеличение частоты послеродового эндометрита.

2. Ранняя диагностика ПЭ на основании жалоб и клинических особенностей течения ПЭ, включая исследование гематологических показателей и подсчет ЛИИ, сонографическое исследование послеродовой матки с доплерометрией, анализ КОС лохий, иммунного статуса, патоморфологическое исследование последа и соскоба из полости матки, позволяет определить степень тяжести течения ПЭ и способствует своевременному назначению адекватной лечебно-профилактической помощи.

3. Внедрение в практику дифференцированной комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий с учетом выявленных факторов риска позволяет избежать генерализации воспалительного процесса, сократить время пребывания родильниц в стационаре, сохранить репродуктивную функцию и уменьшить материальные затраты.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно определены цель и задачи, объем исследования, разработаны его этапы, направления, группы пациенток для исследований, анкетирование, клиническое и инструментальное обследование, оформление первичной документации на каждую обследованную пациентку, формирование компьютерной базы данных, статистическая обработка, интерпретация полученных результатов, расчет экономической эффек-

тивности, написание и оформление диссертационной работы с использованием компьютерных технологий. Автор лично осуществляла клиническое обследование, выполнение оперативных вмешательств, а также динамическое клиническое наблюдение за беременными, роженицами и родильницами.

Основные научные результаты, представленные в диссертации, получены лично автором и изложены в статьях. Анализ особенностей течения и основных факторов риска ПЭ изложены в статьях [2, 9, 11] и материалах VIII съезда акушеров-гинекологов [17] – вклад диссертанта 95%. Обоснование необходимости исследования психологического статуса в прогнозировании послеродовых осложнений отражены в статьях [4, 5, 7, 14] и в материалах Всероссийского форума «Мать и дитя» [19] – вклад диссертанта 85%. Усовершенствованию методов диагностики и дифференцированному оказанию лечебно-профилактической помощи родильницам с ПЭ с использованием гипербарической оксигенации (ГБО) и низкочастотной импульсной магнитотерапии (МТ) посвящены статьи [1, 3, 6, 8, 10, 12, 13] и материалы конференций и сборника научных работ [15, 16, 18, 20], учебно-методическое пособие [21] – вклад диссертанта 85%. По теме диссертации утверждена инструкция МЗ РБ [22] и 2 патента на изобретение [23, 24].

Разработанная методика дифференцированной лечебно-профилактической помощи родильницам с ПЭ внедрена в УЗ женских консультаций № 6 и № 21 г. Минска и в родильных домах УЗ «1-я ГКБ», «5-я ГКБ» «6-я ГКБ» г. Минска, Минской и Брестской областей, что подтверждено актами внедрения.

Апробация результатов диссертации. Основные научные положения диссертационной работы доложены и обсуждены: на VIII съезде акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь «Безопасное материнство в XXI веке» (г. Витебск, 2007); научных сессиях УО «БГМУ» (г. Минск, 2006, 2008, 2009, 2011); республиканской научно-практической конференции «Роль современных медицинских технологий в решении проблем демографической безопасности» (ГУ РНПЦ «Мать и дитя», г. Минск, 2009); международной научно-практической конференции «Инфекции в акушерстве и гинекологии» (г. Витебск, 2009); республиканской конференции «Роль современных медицинских технологий в решении проблем демографической безопасности» (БГМУ, г. Минск, 2010); XVIII международной научно-практической конференции «Экология человека в постчернобыльский период» (г. Минск, 2010); международной научно-практической конференции «БГМУ: 90 лет в авангарде науки и практики» (БГМУ, г. Минск, 2011).

Опубликованность результатов диссертации. По материалам диссертации опубликовано 24 научных работ, из которых 14 статей в научных рецензируемых журналах, 6 тезисов в сборниках научных конференций, съездов, 1 инструкция на метод, утверждена МЗ РБ, 2 патента на изобретения, зарегистриро-

ванные в государственном реестре изобретений РБ, 1 учебно-методическое пособие. В авторских листах: общий объем опубликованных материалов – 7,28 авторских листа (291302 знаков), без соавторов опубликовано 12 научных работ – 3,63 (145327 знаков). Публикаций, соответствующих пункту 18 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь, – 5,05 (202214 знаков), других публикаций – 2,23 авторских листа (89088).

Структура и объем диссертации. Материалы диссертации изложены на 136 страницах компьютерного текста. Работа состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из 7 глав (аналитического обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 5 глав собственных исследований), заключения, а также библиографического списка (163 русскоязычных и 121 зарубежного источника информации), включающего 24 собственных публикаций автора, приложения. Диссертация иллюстрирована 41 рисунками и 24 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Нами обследованы 309 родильниц, родоразрешенных УЗ «1-я ГКБ», «5-я ГКБ» и «6-я ГКБ» г. Минска за период с 2003 по 2010 гг. Основную группу составили 128 родильниц с послеродовым эндометритом (ПЭ), которые в зависимости от метода родоразрешения были разделены на 2 подгруппы: ПЭ ЕРП – 91 женщина, родоразрешенные через естественные родовые пути и ПЭ КС – 37 после кесарева сечения. Контрольную группу составили 181 женщина с неосложненным послеродовым периодом (НПП), из которых 133 родильницы после родов через естественные родовые пути (НПП ЕРП) и 48 – после кесарева сечения (НПП КС). Исследовали данные общего и гинекологического анамнезов, социальный статус, особенности клинического течения послеродового периода, клиничко-лабораторных и специальных методов обследования при различных методах родоразрешения. Для оценки психологического статуса использовали: тест отношений беременной (ТОБ) (И.В. Добряков, 1996), «Самооценки психических состояний» (Г. Айзенк, 1963) и «Личностный опросник Айзенка» для определения типа личности (Eysenck Personality Questionnaire или EPQ, 1969). С целью оценки инволютивных процессов матки в послеродовом периоде (на 3-е, 5-е и 7-е сутки) выполняли сонографические исследования на аппарате «Siemens sonoline G 60S» (Германия) с помощью продольного и поперечного сканирования с использованием трансабдоминального датчика 3,5 МГц. После биометрии матки осуществляли цветовое доплеровское картирование, которое позволяло выявить ветви маточных артерий и изучить внутриматочное артериальное русло, затем последовательно проводили импульсную доплеро-

метрию правой и левой маточных артерий. Определение рН лохий осуществляли с использованием прибора ABL-330 «Radimeter Copenhagen» (Дания) в лаборатории УЗ «5-я ГКБ». Для бактериологического исследования у родильниц брались мазки из полости матки непосредственно после родоразрешения через ЕРП, либо во время операции кесарева сечения. Бактериологическое исследование включало выделение и идентификацию микроорганизмов в количестве 10^4 КОЕ/мл и более. Нами оценивались масса и размеры плаценты, проводилось патоморфологическое исследование препаратов плаценты, оболочек, остатка пуповины и содержимого полости матки, полученного на $4,5 \pm 0,2$ после родов через ЕРП (91) и на $6,3 \pm 0,6$ сутки после КС (37). Иммунный статус оценивали путем определения общих сывороточных Ig A, M и G методом иммуноферментного анализа, а также путем определения процентного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (CD3+) и В-лимфоцитов (CD19+), субпопуляций Т-хелперов (CD4+) и Т-супрессоров (CD8+), иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8). Иммунологические исследования сыворотки крови проводились в иммунологической лаборатории УЗ «10-я ГКБ». Для проведения МТ нами использовался переносной аппарат «СЕТА-Д» (Минск, РБ, 2004). ГБО родильницам проводилась на базе Республиканского центра гипербарической оксигенации в УЗ «5-я ГКБ» г. Минска. Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета программ «Статистика 6.0» и средств статистического анализа MS Excel. Критерием достоверности различий сравниваемых величин принят доверительный интервал менее 5%.

Клиническая характеристика пациенток. Анализируя социальный статус обследованных женщин, было отмечено, что большинство родильниц с ПЭ имели среднее и среднее специальное образование (55,5%), в то время как среди родильниц с НПП преобладали женщины с высшим и незаконченным высшим образованием (65,7%). Пациентки с ПЭ в 1,4 раза чаще, чем женщины с НПП, указывали на первые половые контакты до 18 летнего возраста. Среди пациенток с ПЭ повторнوبرеменные первородящие женщины встречались в 4 раза чаще, в сравнении с родильницами с физиологическим течением пуэрперия (16,4% против 3,9%). Женщины с ПЭ в 3 раза чаще, чем родильницы с НПП, не состояли в браке (16,4% и 5,5% соответственно). Среди экстрагенитальной патологии у обследованных женщин с ПЭ в 2–3 раза чаще, чем у родильниц с НПП, выявлялись заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а также заболевания почек и мочевыводящих путей. В то же время, миопия высокой степени в 3,7 раза чаще отмечалась у родильниц с физиологическим течением послеродового периода. Такие гинекологические заболевания как кольпит, бактериальный вагиноз и эрозия шейки матки выявлялись у обследованных родильниц с ПЭ в 2–2,5 раза чаще, чем у женщин с НПП.

Среди осложнений беременности у рожениц с ПЭ в 4,7 раза чаще выявлялся поздний гестоз, в 3 раза – гипоксия плода, анемия и угроза невынашивания – в 2 раза чаще, в сравнении со здоровыми женщинами. Все роды у рожениц с НПП произошли в срок, в то время как у пациенток с ПЭ отмечено 5 преждевременных, 1 запоздалые роды, а также 6 многоплодных беременностей. Индукция родовой деятельности проводилась в 3,8 раза чаще у женщин с ПЭ (14,3%), в сравнении с пациентками II группы (3,8%). У рожениц с ПЭ быстрые, стремительные и затяжные роды отмечались в 2 раза чаще, чем у здоровых. Роды без осложнений наблюдались лишь у 3,3% рожениц с ПЭ и у в 20,3% женщин с неосложненным пуэрпериом после родов через естественные родовые пути. Наиболее частыми осложнениями родов являлись безводный промежуток свыше 6 часов (38,5% в группе женщин с ПЭ и 16,5% – в группе с НПП), аномалии родовой деятельности (27,5% и 15%, соответственно) и травмы мягких тканей родовых путей (94,5% и 78,9%, соответственно). У 69,2% женщин с ПЭ отмечалось сразу два и более осложнений родов, в то время как в группе с НПП – у 35,3% женщин. Средний объем кровопотери в родах у женщин с ПЭ был больше, чем в группе сравнения и составил при абдоминальном родоразрешении $670,3 \pm 17,7$ мл, а при родоразрешении через ЕРП – $266,5 \pm 9,0$ мл. У женщин с неосложненным течением пуэрперия средняя кровопотеря при родоразрешении методом КС составила $591,7 \pm 7,8$ мл и $227,0 \pm 4,2$ мл – через ЕРП. В группе пациенток с ПЭ в 2,5 раза чаще операция выполнялась в экстренном порядке (62,2%), в сравнении с НПП (25%). У рожениц основной группы в 5,2% отмечалось рождение маловесных детей ($2248,6 \pm 61,6$ г), в 17,2% наблюдалась крупная масса новорожденных ($4275,2 \pm 49,7$ г), в 3,3% случаях отмечалось рождение детей в состоянии асфиксии тяжелой степени, что требовало проведения реанимационных мероприятий с ИВЛ. В то же время у женщин с НПП не отмечалось рождения маловесных детей и новорожденных, нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий, рождение крупных детей ($4077,5 \pm 20,2$ г) отмечено в 2 раза реже.

При оценке **психологических особенностей личности** было выявлено, что большинство женщин (71,4%) испытывали психологический дискомфорт, связанный с беременностью и родами, который проявлялся у 9,6% женщин смешанными типами реакций без выраженности определенного психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), а у 61,9% выявлялись различные типы психопатологических реакций. В группе женщин с ПЭ выявленные показатели высокой тревожности (52,9%), низкой способности к преодолению трудностей (29,4%), ригидности (17,7%) и агрессивности (11,8%) указывают на психосоматический компонент послеродовых осложнений. Среди женщин с НПП, в 2,7 раза чаще выявлялся оптимальный тип (ОТ) ПКГД в сравнении с женщинами, у которых развивался ПЭ. У 88,2% женщин с ПЭ были выявлены различные типы психопатологи-

ческих реакций в виде преобладания депрессивных, тревожных, гипогестогностических, эйфорических проявлений, либо отсутствовал ярко выраженный компонент гестационной доминанты. Тест «Самооценка психических состояний» (по Г. Айзенку) выявил, что большинство женщин с НПП имели низкий и средний уровень тревожности, тогда как у 52,9% женщин с ПЭ отмечалась тревожность выраженной степени. Женщины с НПП были достаточно устойчивы к неудачам, в то время как у пациенток с ПЭ в 6,4 раза чаще отмечалась выраженная степень фрустрации (неспособность к преодолению трудностей). Среди женщин с ПЭ в 2,6 раза чаще отмечались выраженный уровень раздражительности и агрессивности, в сравнении со здоровыми родильницами. Число пациенток с высоким уровнем ригидности среди пациенток с ПЭ в 5,2 раза превышало число таковых в группе родильниц с НПП. Оценивая принадлежность к определенному типу личности по методике ЕРQ, выявлено, что в типах личности у женщин с ПЭ преобладали холерический (11,8% против 6,8% в контрольной группе) и холерически-сангвинический тип (52,9% против 20,5%).

Анализ **сонографических показателей** свидетельствует, что в динамике послеродового периода у пациенток с ПЭ, независимо от метода родоразрешения, начиная с ранних суток послеродового периода, отмечается увеличение продольного ($p < 0,05$), поперечного ($p < 0,05$), переднезаднего ($p < 0,05$) размеров матки и объема матки ($p < 0,01$), в сравнении с аналогичными показателями у пациенток контрольной группы, с максимальной выраженностью на 5-е сутки после КС и на 7-е сутки после родов через ЕРП. При ПЭ у 75% женщин, родоразрешенных через ЕРП, на 5-е сутки пуэрперия наблюдалось расширение полости матки ($22,29 \pm 1,72$ мм), скопление в ней неоднородных структур, включений повышенной эхогенности, а у 25% родильниц отмечалось незначительное расширение полости матки ($12,86 \pm 0,46$ мм), в сравнении с аналогичными данными у женщин с НПП ($7,73 \pm 1,46$ мм). При эндометрите после КС у 71% родильниц наблюдалось расширение полости матки ($15,00 \pm 1,06$ мм). Показатели маточного кровотока у родильниц с ПЭ после родоразрешения через ЕРП характеризовались снижением СДО с достоверными изменениями в левой маточной артерии ($p < 0,01$) и ПИ с достоверными изменениями в правой маточной артерии ($p < 0,01$), в сравнении со здоровыми родильницами, начиная с 3-х суток пуэрперия. Изменения основных доплерометрических показателей у родильниц с ПЭ после родов через ЕРП сохранялись и на 7-е сутки с достоверным снижением ПИ слева ($p < 0,05$) и ИР справа ($p < 0,05$). У родильниц после КС при доплерометрии сосудов матки с 3-х суток после родоразрешения наблюдалось снижение ПИ в правой маточной артерии ($p < 0,05$), в сравнении с родильницами контрольной группы, которое сохранялось до 7-х суток после операции.

Воспалительные изменения в последах при **патоморфологическом исследовании** отмечались в 3,2 раза чаще среди родильниц с ПЭ, в сравнении со

здоровыми женщинами. Компенсаторно-приспособительные изменения ворсин в виде ангиоматоза ворсин, облитеративной ангиопатии, фиброза стромы ворсин и выраженного кальциноза ворсинчатого хориона в 2 раза чаще встречались при исследовании последов у родильниц с ПЭ, в сравнении с родильницами с физиологически протекающим послеродовым периодом. Площадь плаценты у пациенток с ПЭ достоверно превышала таковую у родильниц с НПП ($p < 0,01$). Послеродовый эндометрит у 84,6% родильниц, родоразрешенных через ЕРП, и у 67,6% женщин родоразрешенных путем КС, характеризовался поражением только децидуально измененного эндометрия. Распространение воспаления на миометрий отмечено у 32,4% родильниц после КС, а после родоразрешения через ЕРП – у 15,4% женщин.

Клинические симптомы послеродового эндометрита у большинства родильниц (53,8% после родов через ЕРП и 46% – после КС) проявлялись на 5 сутки пуэрперия. Стертые формы ПЭ в 1,5 раза чаще наблюдались у родильниц после КС (35,1%), в сравнении с пациентками, родоразрешенными через ЕРП (23,1%). Результаты гематологических показателей у родильниц с ПЭ, независимо от метода родоразрешения, характеризуются повышенным содержанием лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов, ускорением СОЭ, при сниженном уровне лимфоцитов и гемоглобина, в сравнении со здоровыми родильницами с 3-х суток послеродового периода. Показатели ЛИИ на 3-и сутки после родов у всех обследованных женщин были выше нормы, постепенно снижаясь к 7-м суткам у пациенток с ПЭ после родов через ЕРП до $2,31 \pm 0,10$ ($p < 0,001$) и до $2,50 \pm 0,25$ ($p < 0,001$) – у женщин после КС. У здоровых родильниц, независимо от метода родоразрешения, значения ЛИИ в динамике послеродового периода были в пределах нормы.

При **бактериологическом исследовании** содержимого полости матки у родильниц с ПЭ значительно чаще выявлялась патогенная микрофлора в сравнении со здоровыми родильницами. Снижение **рН лохий** ($p < 0,05$), парциального давления кислорода (pO_2) ($p < 0,01$) и дефицита буферных оснований (АВЕ) ($p < 0,05$), наиболее выраженные в период проявлений клинических симптомов, на фоне повышения значений парциального давления углекислого газа (pCO_2) ($p < 0,001$) лохий у родильниц с ПЭ на 3-е, 5-е и 7-е сутки, в сравнении с НПП, свидетельствует, что ПЭ способствует развитию местной гипоксии и ацидоза. По мере прогрессирования ПЭ, независимо от метода родоразрешения, выявлены изменения в показателях **иммунного статуса**, проявляющиеся снижением относительного содержания Т-лимфоцитов (CD3-клеток) ($p < 0,05$) и Т-хелперов (CD4) ($p < 0,05$) на 5-е и 7-е сутки пуэрперия, в сравнении со здоровыми родильницами. Кроме того, у родильниц с ПЭ после КС, в сравнении со здоровыми, к 7-м суткам выявлено снижение иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) ($p < 0,05$). Изменение гуморального иммунитета у пациенток с ПЭ после родов

проявлялось снижением содержания IgA ($p < 0,05$) и относительного количества В-лимфоцитов (CD 19) ($p < 0,05$), а у женщин после КС – снижением значений IgA ($p < 0,01$) и IgG ($p < 0,01$), в сравнении со здоровыми роженицами.

Для раннего выявления риска развития ПЭ с целью своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий, нами определены факторы риска (рисунок 1) и предложена прогностическая таблица, позволяющая выявить риск заболевания, начиная с амбулаторного этапа наблюдения.

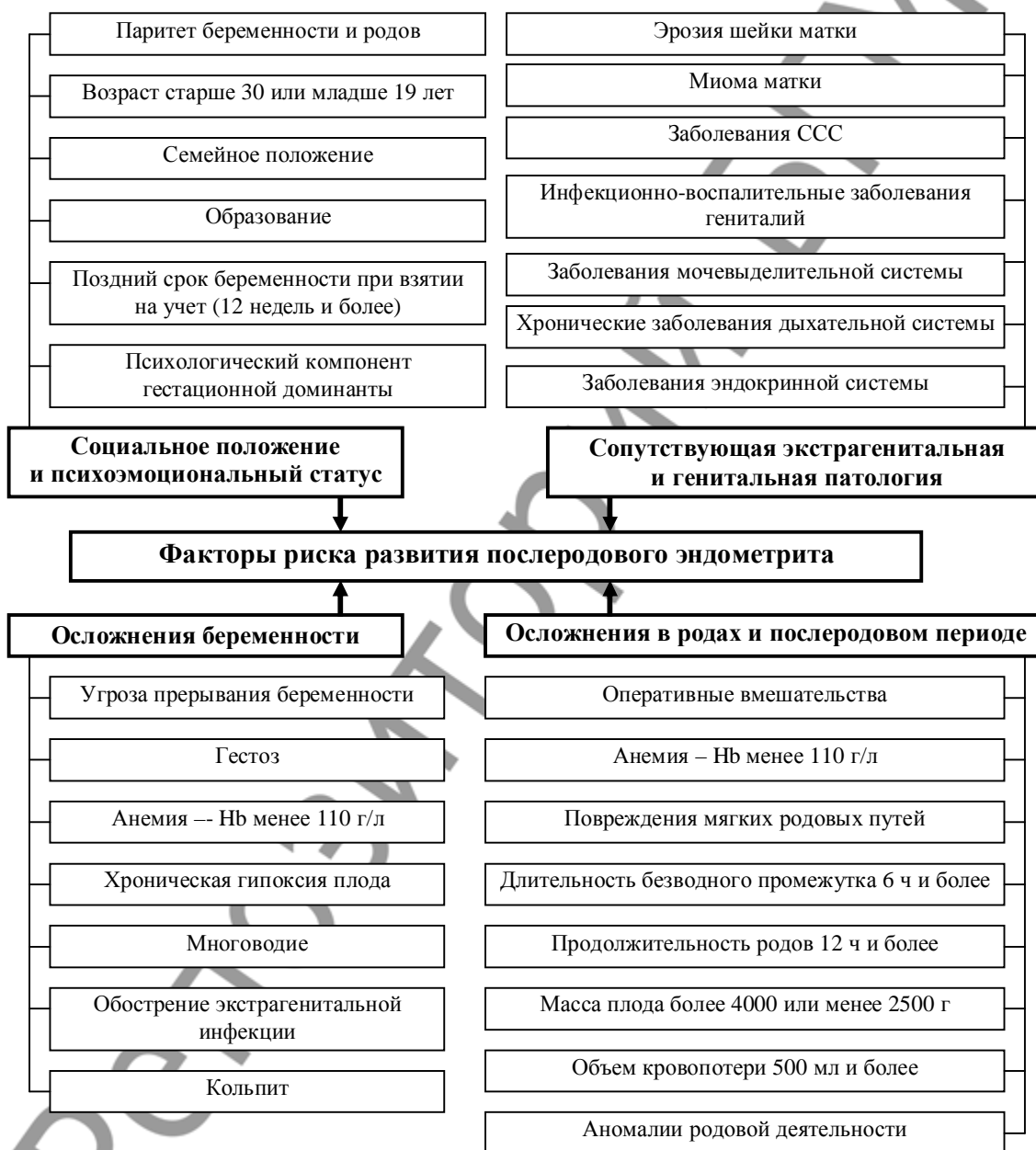


Рисунок 1 – Основные факторы риска послеродового эндометрита

Изучив факторы риска и возможности прогнозирования послеродового эндометрита с учетом психологического статуса, совершенствуя методы диагностики у рожениц, родоразрешенных путем кесарева сечения и через естественные родовые пути, разработан новый комплексный метод лечебно-профилактических мероприятий, включающий дифференцированное назначение антибиотиков и импульсную низкочастотную магнитотерапию (аппаратом «Сета-Д») или гипербарическую оксигенацию с первых суток послеродового периода (рисунок 2).



Рисунок 2 – Алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при ПЭ

Назначение антибиотикотерапии роженицам при традиционном лечении проводилось без учета факторов риска развития ПЭ (цефазолин по 1,0 внутривенно 3 раза в день в течение 5–7 дней), для магнитотерапии использовался аппарат воздействия на организм человека импульсным магнитным полем (АВИМП) с 3-х суток пуэрперия. У рожениц, получавших традиционную терапию, было выявлено только достоверное снижение значений ЛИИ независимо от метода родоразрешения ($p < 0,05$). В процессе применения предложенной комплексной схемы лечения отмечалось повышение содержания CD3+% ($p < 0,001$), CD19+% ($p < 0,05$) и CD19+абс. ($p < 0,05$), а также значений IgA ($p < 0,01$) и IgM ($p < 0,01$) у рожениц с ПЭ после родов через ЕРП, а после проведения традиционных лечебно-профилактических мероприятий отмечено достоверное

увеличение только значений CD19+% ($p<0,05$). Об активации клеточного и гуморального иммунитета у родильниц с ПЭ после КС свидетельствует повышение значений CD3+% ($p<0,05$) и CD4+% ($p<0,01$) и иммуноглобулинов А ($p<0,05$), в то время как у родильниц, получавших традиционную схему, достоверных изменений в иммунном статусе не выявлено. При проведении сонографического исследования у родильниц с ПЭ после родов через ЕРП выявлено, что у пациенток получавших комплексную схему терапии переднезадний размер матки уменьшался в 1,3 раза, объем матки – в 1,8 раз, а размер полости матки в – 2,3 раза. В тоже время у родильниц с ПЭ, которым назначалась традиционная терапия, переднезадний размер матки уменьшался в 1,1 раза, объем матки – в 1,3 раза, а уменьшение среднего размера полости матки – $9,83\pm 0,95$ против $10,28\pm 0,89$ мм. Проведенный сравнительный анализ инволютивных процессов в матке в группах родильниц с ПЭ, родоразрешенных методом КС показал, что после проведения комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий при сонографическом исследовании наблюдалось достоверное уменьшение всех размеров матки. Так, размер полости матки уменьшался в 1,4 раза ($p<0,01$), объем матки – в 1,7 раза ($p<0,001$). У пациенток после традиционного лечения отмечено достоверное уменьшение объема матки ($p<0,01$) за счет уменьшения продольного ($p<0,01$) и, в меньшей степени, поперечного ($p<0,05$) и переднезаднего ($p<0,05$) размеров матки. При этом размер полости матки у таких родильниц после КС уменьшился незначительно ($9,0 [7,0-15,0]$ против $10,0 [8,0-15,0]$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

Послеродовой эндометрит является наиболее частым гнойно-септическим осложнением пуэрперия. Выявление факторов риска и разработка таблицы прогнозирования послеродового эндометрита, начиная с ранних сроков наблюдения беременных женщин, с учетом психологического статуса пациентки, изучение особенностей клинического течения эндометрита после родов и кесарева сечения в современных условиях позволило усовершенствовать диагностическую и лечебно-профилактическую помощь женщинам, включающую клинические, сонографические, патоморфологические и иммунологические исследования, проведение антибактериальной терапии, своевременное выскабливание полости матки с последующим аспирационно-промывным дренированием, а также импульсной низкочастотной магнитотерапии или гипербарической оксигенации, психологического консультирования. Результаты проведенных исследований указывают на необходимость использования дифференцированной комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий, начиная с этапа наблюдения в женской консультации, затем при оказании стационарной помощи в родах и послеродовом периоде, что позволило значительно улучшить кли-

нические, сонографические и иммунологические показатели у рожениц, избежать генерализации воспалительного процесса и в целом сохранить репродуктивное здоровье женщин. Представленные в работе результаты собственных исследований дают основание сделать следующие выводы:

1. Для оценки факторов риска развития послеродового эндометрита необходимо учитывать социальный статус рожениц, соматический и акушерский анамнез, а также осложнения беременности (угроза невынашивания, анемия, поздний гестоз, гипоксия плода и др.) и родов – безводный промежуток свыше 6 часов (у 38,5% женщин в основной группе и у 16,5% – в группе сравнения), аномалии родовой деятельности (у 27,5% и у 15% соответственно), травмы мягких тканей родовых путей (в 94,5% и 78,9% случаях). Экстренное родоразрешение путем кесарева сечения увеличивает риск развития ПЭ в 2,5 раза. Для раннего выявления послеродового эндометрита и своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать факторы риска развития ПЭ с ранних сроков беременности с учетом предложенной прогностической таблицы [1, 2, 3, 6, 9, 17, 21, 22].

2. Более 70% беременных женщин испытывают психологический дискомфорт, связанный с беременностью и родами и нуждаются в лечебно-консультативной помощи психолога. Любой тип психологических реакций, кроме оптимального, у беременных женщин в 2,7 раза увеличивает риск развития ПЭ ввиду нарушения формирования гестационной и родовой доминанты, что необходимо учитывать врачам для своевременной коррекции с привлечением психологов и психотерапевтов [4, 5, 7, 14, 19].

3. Воспалительные изменения в последах отмечаются в 3,2 раза чаще среди рожениц с послеродовым эндометритом, в сравнении со здоровыми женщинами. Размеры площади плаценты у пациенток с ПЭ превышают таковые у рожениц с физиологически протекающим послеродовым периодом ($p < 0,05$). Послеродовый эндометрит у 84,6% рожениц родоразрешенных через ЕРП и у 67,6% родоразрешенных КС, характеризуется поражением только децидуально измененного эндометрия, распространение воспаления на миометрий выявляется у 32,4% рожениц после КС, и у 15,4% – после родоразрешения через ЕРП [8, 10, 20].

4. При сонографическом исследовании у рожениц с послеродовым эндометритом, независимо от метода родоразрешения, начиная с ранних суток послеродового периода отмечается увеличение продольного ($p < 0,05$), поперечного ($p < 0,05$), переднезаднего ($p < 0,05$) размеров матки и объема матки ($p < 0,01$), в сравнении с аналогичными показателями у пациенток контрольной группы, с максимальной выраженностью на 5-е сутки после КС и на 7-е сутки после родов через ЕРП. При послеродовом эндометрите у женщин, родоразрешенных через ЕРП на 5-е сутки пуэрперия наблюдается расширение полости матки $22,29 \pm 1,72$ мм, тогда как у рожениц после КС на 5-е сутки расширение полости

матки соответствует $15,00 \pm 1,06$ мм. Показатели маточного кровотока у рожениц с ПЭ после родоразрешения через ЕРП характеризуются снижением СДО с достоверными изменениями в левой маточной артерии ($p < 0,01$) и ПИ в правой маточной артерии ($p < 0,01$), в сравнении со здоровыми роженицами начиная с 3-х суток пуэрперия, а у пациенток с ПЭ после КС при доплерометрии сосудов матки с 3-х суток пуэрперия наблюдается лишь снижение ПИ в правой маточной артерии ($p < 0,05$), в сравнении с роженицами контрольной группы [12].

5. Клинические симптомы послеродового эндометрита у рожениц чаще проявляются на 5 сутки пуэрперия. Стертые формы ПЭ у рожениц после КС (35,1%) наблюдаются в 1,5 раза чаще, в сравнении с пациентками, родоразрешенными через ЕРП (23,1%). Результаты гематологических показателей у рожениц с ПЭ, независимо от метода родоразрешения, характеризуются повышением лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов, ускорением СОЭ, при снижении лимфоцитов и гемоглобина, в сравнении со здоровыми роженицами с 3-х суток послеродового периода. Показатели ЛИИ на 3-и сутки после родов у всех обследованных женщин основной группы были выше нормальных значений, постепенно снижаясь к 7-м суткам до $2,31 \pm 0,10$ ($p < 0,001$) у пациенток с ПЭ после родов через ЕРП и до $2,50 \pm 0,25$ ($p < 0,001$) – после КС, тогда как у здоровых рожениц, независимо от метода родоразрешения, они находились в пределах нормы [11].

6. Послеродовый эндометрит способствует развитию местной гипоксии и ацидоза, наиболее выраженным в период проявлений клинических симптомов – отмечается снижение рН лохий ($p < 0,05$), парциального давления кислорода (pO_2) ($p < 0,01$) и дефицита буферных оснований (АВЕ) ($p < 0,05$) на фоне повышения значений парциального давления углекислого газа (pCO_2) ($p < 0,001$) лохий у рожениц с ПЭ до 7-х суток наблюдения, в сравнении со здоровыми женщинами. В показателях иммунного статуса рожениц, по мере прогрессирования ПЭ, независимо от метода родоразрешения, выявляется снижение относительного содержания Т-лимфоцитов (CD3-клеток) ($p < 0,05$) и Т-хелперов (CD4) ($p < 0,05$) на 5-е и 7-е сутки пуэрперия, в сравнении со здоровыми роженицами. Изменение гуморального иммунитета у пациенток с ПЭ после родов через ЕРП проявляется снижением содержания IgA ($p < 0,05$) и относительного количества В-лимфоцитов (CD19) ($p < 0,05$), а у женщин после КС – снижением значений IgA ($p < 0,01$) и IgG ($p < 0,01$), в сравнении со здоровыми роженицами [11].

7. Использование предложенной комплексной схемы лечения у рожениц с ПЭ, независимо от метода родоразрешения, способствовало достоверному повышению содержания гемоглобина ($p < 0,01$) и лимфоцитов ($p < 0,05$), снижению количества лейкоцитов ($p < 0,05$) и значений ЛИИ ($p < 0,001$), а также снижению палочкоядерных нейтрофилов ($p < 0,01$) у рожениц после родов через ЕРП, в то время как у рожениц, получавших традиционную терапию было выявлено

лишь достоверное снижение значений ЛИИ ($p < 0,05$). У пациенток, получавших комплексную схему терапии в послеродовом периоде, независимо от метода родоразрешения, отмечено достоверное уменьшение всех сонографических размеров матки, включая и размеры полости матки ($p < 0,01$), тогда как у рожениц на фоне традиционной терапии достоверных изменений размеров полости матки не выявлено. В процессе предложенной комплексной схемы лечения отмечалась активация клеточного и гуморального иммунитета у рожениц независимо от метода родоразрешения, что проявлялось повышением клеточной иммунореактивности в виде увеличения показателей CD3+ ($p < 0,05$) и CD4+ ($p < 0,05$), а также повышением иммуноглобулинов А ($p < 0,05$) [1, 13, 15, 16, 17, 23, 24].

Рекомендации по практическому применению результатов

Лечебно-профилактическая помощь женщинам с послеродовым эндометритом должна проводиться поэтапно и начинаться с момента наблюдения женщины в женской консультации и планирования беременности.

I. Амбулаторный этап: 1) *до гестации* – комплексное обследование женщин для выявления имеющейся гинекологической и экстрагенитальной патологии, включая инфекции различной локализации, обследование супругов на заболевания передающиеся половым путем, своевременное их лечение;

2) *во время гестации* – в сроке до 12 недель беременности комплексное обследование женщин по выявлению имеющихся нарушений с учетом общеклинических, иммунологических, бактериологических показателей с целью проведения им своевременной коррекции выявленной патологии; с 16–18 недель гестации – профилактика и лечение гестоза, фетоплацентарной недостаточности, анемии, истмико-цервикальной недостаточности и др.; раннее выявление бактериальных и других инфекций различной локализации, обследование на заболевания, передающиеся половым путем, своевременное их лечение под контролем результатов бактериологических исследований; своевременное выявление нарушений формирования психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) с последующей психологической коррекцией; прогнозирование риска развития послеродового эндометрита с учетом психологического статуса с целью дифференцированного проведения лечебно-профилактических мероприятий в послеродовом периоде.

II. Этап оказания стационарной акушерской помощи: 1) *до родов* – патогенетическая и обоснованная терапия выявленной патологии;

2) *во время родов (операции)* – соблюдение лечебно-охранительного режима, правил асептики и антисептики; профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде; тщательное ушивание разрывов шейки матки, влагалища и промежности с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала; ушивание разреза на матке во время кесарева сечения отдельными или непрерывным швами с использованием синтетических

рассасывающихся шовных нитей после тщательной обработки полости матки антисептиком (спирт 70°); своевременное прогнозирование риска развития ПЭ с учетом психологического статуса, особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, сонографического исследования матки с доплерометрией, КОС лохий, патоморфологического исследования последа и соскоба из полости матки, иммунологического статуса; дифференцированное назначение антибиотиков: пациенткам группы низкого риска при родоразрешении однократно – цефазолин в дозе 2,0 внутривенно. Родильницам со средним риском ПЭ, с учетом данных шкалы прогнозирования, цефуроксим внутривенно 2,0, либо амоксициллин/клавулат внутривенно по 1,2 в сочетании с метронидазолом 100,0 после рождения (извлечения) плода и пережатия пуповины. Введение антибиотиков родильницам со средней степенью инфекционного риска необходимо повторять через 6 и 12 часов после родоразрешения. Родильницам высокого риска по развитию гнойно-септических осложнений антибиотикотерапия проводится интраоперационно с использованием амоксициллин/клавулата в дозе 1,2 внутривенно в сочетании с метронидазолом 100, 2 раза в день в течение 5–7 дней;

3) *после родов (операции)* – обязательное соблюдение принципа цикличности заполнения палат, измерение температуры тела дважды в сутки; восполнение объема кровопотери и проведение адекватной инфузионной терапии в течение 1–2 суток после операции и патологических родов; профилактика субинволюции матки (грудное вскармливание, своевременная регуляция функции мочевого пузыря и кишечника, раннее вставание, ЛФК); профилактика раневой инфекции путем обработки послеоперационного шва антисептиком (1% йодонат, 5% перманганат калия), со 2 суток – фототерапия на область послеоперационного шва; своевременная немедикаментозная коррекция психовегетативных расстройств; сонографическое исследование с доплерометрией сосудов матки показано всем родильницам групп риска на 3–4 сутки после родов (операции); при выявлении лохиометры показано бережное инструментальное выскабливание полости матки с последующим аспирационно-промывным дренированием матки раствором антисептика (0,05% хлоргексидин – 800,0 мл) в течение 3–5 дней; профилактика тромбоэмболических осложнений (фраксипарин по 0,3 подкожно 2 раза в сутки); назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак 3,0 внутримышечно 1 раз в день); применение немедикаментозных методов терапии с использованием низкочастотной магнитотерапии аппаратом «СЕТА-Д» с интенсивностью магнитного поля 1,0 Тл, частотой 20 импульсов в минуту, интервалом между импульсами 30–100 мс, продолжительностью 10 минут, которая назначается с 1–2 суток послеродового периода ежедневно в течение 3–5 дней или гипербарической оксигенации (ГБО) со 2–3 суток после родоразрешения, с давлением в барокамере 1,5 ат, продолжительностью сеанса – 30 минут, компрессией и декомпрессией – по 5 минут, ежедневно в течение 3–5 дней.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в рецензируемых журналах

1. Вербицкая, М.С. Лечебный кюретаж в терапии патологии послеродового периода / М.С. Вербицкая // Мед. панорама. – 2004. – № 8(43). – С. 38–39.
2. Вербицкая, М.С. Современные аспекты профилактики, диагностики и лечения послеродовых эндометритов / М.С. Вербицкая // Медицинская панорама. – 2005. – № 8(54). – С. 18–20.
3. Вербицкая, М.С. Послеродовый эндометрит: профилактика и комплексная терапия / М.С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2006. – № 3. – С. 14–18.
4. Вербицкая, М.С. Течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом / М.С. Вербицкая // Медицинская панорама. – 2006. – № 4. – С. 67–69.
5. Вербицкая, М.С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом / М.С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2008. – № 4. – С. 11–14.
6. Можейко Л.Ф. Послеродовый эндометрит – современный взгляд на проблему / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая // Охрана материнства и детства – 2009. – № 2(14). – С. 105–106.
7. Захарийчук Ю.В. Влияние психосоматического статуса на течение беременности, родов и послеродового периода / Ю.В. Захарийчук, М.С. Вербицкая // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1(32). – С. 91–98.
8. Можейко, Л.Ф. Гистологическое исследование соскобов полости матки у рожениц с послеродовым эндометритом / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая, Т.А. Летковская // Мед. журнал. – 2010. – № 4. – С. 90–92.
9. Вербицкая, М.С. Особенности течения беременности и родов у рожениц с послеродовым эндометритом / М.С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2011. – № 1. – С. 135–139.
10. Вербицкая, М.С. Патоморфологическое исследование последа у рожениц с послеродовым эндометритом / М.С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2011. – № 1. – С. 36–39.
11. Вербицкая, М.С. Особенности течения, диагностики и прогнозирования послеродового эндометрита / М.С. Вербицкая // Мед. журнал. – 2011. – № 3. – С. 22–29.
12. Можейко, Л.Ф. Сонографическое исследование матки и показателей маточного кровотока в диагностике послеродового эндометрита / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая // Мед. панорама. – 2011. – № 6(123). – С. 8–12.
13. Можейко Л.Ф. Лечебно-профилактическая помощь роженицам с послеродовым эндометритом / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая, В.С. Вербицкий // Мед. журнал. – 2011. – № 4. – С. 135–140.

14. Психологические особенности женщин с риском развития послеродового эндометрита / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая, В.С. Вербицкий, Ю.В. Захарийчук // *Здравоохранение*. – 2012. – № 1. – С.66–69.

Статьи в научных сборниках, материалах конференций и съездов

15. Вербицкая М.С. Лечебный кюретаж в профилактике послеродового эндометрита // *Акт. вопросы акуш. и гинекологии: материалы юбилейной науч. конф., посвящ. 75-летию Г.И. Герасимовича* / под ред. Л.Ф. Можейко. – Минск: БГМУ, 2004. – С. 43–46.

16. Вербицкая М.С., Вербицкий В.С. ГБО в профилактике послеродовых гнойно-воспалительных осложнений / М.С. Вербицкая, В.С. Вербицкий // *Материалы VIII съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь «Безопасное материнство в XXI веке»*. – Витебск, 2007. – С. 52–54.

17. Вербицкая М.С., Вербицкий В.С. Прогнозирование послеродового эндометрита // *Материалы VIII съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь «Безопасное материнство в XXI веке»*. – Витебск, 2007. – С. 51–52.

18. Вербицкая, М.С. Патоморфология последа и соскоба из полости матки в прогнозировании и диагностике послеродового эндометрита // *БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр.* – Минск, 2011. – Т. 2. – С. 7.

19. Вербицкая, М.С. Послеродовый эндометрит / М.С. Вербицкая // *Акушерство и гинекология: справочник* / под ред. Л.Ф. Можейко. – Минск, 2009. – Алгоритмы диагностики и лечения некоторых видов акушерско-гинекологической патологии. – С. 445–446.

20. Можейко, Л.Ф. Психосоматический статус женщин с различным течением беременности, родов и послеродового периода / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая, В.С. Вербицкий // *Материалы X Юбилейного Всероссийского форума «Мать и дитя»*. – М., 2009. – С. 134–135.

Учебно-методические пособия

21. Можейко, Л.Ф. Послеродовый эндометрит: прогнозирование, диагностика, лечение, профилактика: учеб.-метод. пособие / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая, В.С. Вербицкий. – Минск: БГМУ, 2009. – 43 с.

Инструкция по применению

22. Прогнозирование и профилактика послеродового эндометрита: инструкция по применению / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая, В.С. Вербицкий; утв. Министерством Здравоохранения Респ. Беларусь 28.12.2007, рег. № 046-0707. – Минск, 2007. – 19 с.

Патенты

23. Способ профилактики гнойно-септического осложнения у родильницы группы высокого риска: пат. 11449 Респ. Беларусь, МПК А 61G 10/00 / М.С. Вербицкая, Л.Ф. Можейко, В.С. Вербицкий, Н.И. Сенякович; заявитель УО «Белорусский государственный медицинский университет». – № а 20060772; заявл. 25.07.06; опубл. 30.12.08.

24. Способ профилактики эндометрита у родильницы группы риска: пат. 11722 Респ. Беларусь, МПК А 61N 2/00 / М.С. Вербицкая, Л.Ф. Можейко, В.С. Вербицкий; заявитель УО «Белорусский государственный медицинский университет». – № а 20070579; заявл. 17.05.07; опубл. 30.04.09.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

РЭЗЬЮМЭ

Вярбіцкая Марыя Сігізмундаўна

Аптымізацыя лячэбна-дыягнастычнай дапамогі парадзіхам з ацэнкай фактараў рызыкі пасляродавага эндаметрыту

Ключавыя словы: пасляродавы эндаметрыт, парадзіха, фактары рызыкі, прагназаванне, псіхалагічныя асаблівасці асобы, кесарава сячэнне, роды праз натуральныя родавыя шляхі, імунны статус.

Аб'ект даследавання: парадзіхі з пасляродавым эндаметрытам і няўскладненым пуэрперыем пасля родаў праз натуральныя родавыя шляхі і кесарава сячэнне.

Мэта даследавання: удасканаліць дыягностыку і лячэбна-прафілактычную дапамогу парадзіхам з пасляродавым эндаметрытам на аснове вывучэння псіхалагічных асаблівасцяў пацыентак, клінічнага цяжэння эндаметрыту пасля родаў і кесарава сячэння, даных санаграфічнага даследавання маткі, патамарфалагічнага вывучэння паследу і саскрэбу з поласці маткі, стану імуналагічнага статусу.

Метады даследавання: клінічны, псіхалагічны, біяхімічны, бактэрыялагічны, санаграфічны з доплераметрыяй, патамарфалагічны, імуналагічны, статыстычны.

Атрыманя вынікі і іх навізна. Выяўлена, што большасць цяжарных жанчын адчуваюць псіхалагічны дыскамфорт, звязаны з цяжарнасцю і родамі, і маюць патрэбу ў лячэбна-кансультацыйнай дапамозе псіхолага. Пасляродавы эндаметрыт спрыяе развіццю мясцовай гіпаксіі і ацыдозу, найбольш выяўленым у перыяд праяў клінічных сімптомаў. Паказана вядучая роля працэсаў парушэння інвалюцыі маткі і змен імуннага статусу парадзіх пасля родаў праз натуральныя родавыя шляхі і кесарава сячэння ў развіцці пасляродавага эндаметрыту. На аснове вывучэння фактараў рызыкі і магчымасцяў прагназавання пасляродавага эндаметрыту, улічваючы псіхалагічны статус і ўдасканальваючы метады дыягностыкі ў парадзіх пасля родаў шляхам кесарава сячэння і праз натуральныя родавыя шляхі, намі распрацаваны новы комплексны эфектыўны метады лячэбна-прафілактычных мерапрыемстваў, які ўключае імпульсную нізкачастотную магнітатэрапію і гіпербарычную аксігенацыю. Вынікі праведзеных даследаванняў паказваюць на неабходнасць прымянення індывідуальнай дыферэнцыраванай комплекснай схемы лячэбна-прафілактычных мерапрыемстваў парадзіхам, пачынаючы з амбулаторнага этапу назірання цяжарных жанчын, што дазволіла пазбегнуць генералізацыі запаленчага працэса, захаваць рэпрадуктыўную функцыю і скараціць час знаходжання парадзіх у стацыянары.

Вобласць прымянення: акушэрства і гінекалогія.

РЕЗЮМЕ

Вербицкая Мария Сигизмундовна

Оптимизация лечебно-диагностической помощи родильницам с оценкой факторов риска послеродового эндометрита

Ключевые слова: послеродовый эндометрит, родильница, факторы риска, прогнозирование, психологические особенности личности, кесарево сечение, роды через естественные родовые пути, иммунный статус.

Объект исследования: родильницы с послеродовым эндометритом и неосложненным пуэрперием после родов через естественные родовые пути и кесарева сечения.

Цель исследования: усовершенствовать диагностику и лечебно-профилактическую помощь родильницам с послеродовым эндометритом на основе изучения психологических особенностей личности пациенток, клинического течения эндометрита после родов и кесарева сечения, данных сонографического исследования матки, патоморфологического изучения последа и соскоба из полости матки, состояния иммунологического статуса.

Методы исследования: клинический, психологический, биохимический, бактериологический, сонографический с доплерометрией, патоморфологический, иммунологический, статистический.

Полученные результаты и их новизна. Выявлено, что большинство беременных женщин испытывают психологический дискомфорт, связанный с беременностью и родами и нуждаются в лечебно-консультативной помощи психолога. Послеродовый эндометрит способствуют развитию местной гипоксии и ацидозу, наиболее выраженным в период проявлений клинических симптомов. Показана ведущая роль процессов нарушения инволюции матки и изменений иммунного статуса родильниц после родоразрешения через естественные родовые пути и кесарева сечения в развитии послеродового эндометрита. Изучив факторы риска и возможности прогнозирования послеродового эндометрита, учитывая психологический статус и совершенствуя методы диагностики у родильниц, родоразрешенных путем кесарева сечения и через естественные родовые пути, разработан новый комплексный эффективный метод лечебно-профилактических мероприятий, включающий импульсную низкочастотную магнитотерапию и гипербарическую оксигенацию. Результаты проведенных исследований указывают на необходимость применения индивидуальной дифференцированной комплексной схемы лечебно-профилактических мероприятий родильницам, начиная с амбулаторного этапа наблюдения беременных женщин, что позволило избежать генерализации воспалительного процесса, сохранить репродуктивную функцию и сократить время пребывания родильниц в стационаре.

Область применения: акушерство и гинекология.

SUMMARY

Verbitskaya Mariya Sigizmundovna
Optimization of treatment and diagnostic help for puerperas
with the assessment of the risk factors of postpartum endometritis

Keywords: puerperal endometritis, puerpera, risk factors, prediction, personality psychological features, cesarean section, vaginal delivery, immune status.

Object of research: woman with puerperal endometritis and uncomplicated puerperium after a vaginal delivery and cesarean section.

Aim of research: to improve the diagnostics and treatment-and-prophylactic measures at puerperas with puerperal endometritis on the basis of studying personality psychological features of the patients, clinical course of endometritis after vaginal delivery and cesarean section, data of the uterus sonographic research, pathomorphological analysis of placenta and uterine cavity scrapes, immune status condition.

Research methods: clinical, psychological, biochemical, bacteriological, sonographic with Doppler metric, pathomorphological, immunological, statistical.

The received results and their novelty. It was revealed that most pregnant women experience psychological discomfort associated with pregnancy and childbirth and in need of treatment and counselling psychologist. Puerperal endometritis promotes development of a local hypoxia and an acidosis most expressed during the period of manifestations of clinical symptoms. The leading part of uterus involution disorders and immune status changes at puerperas after vaginal delivery and Cesarean section in development of puerperal endometritis is shown. Having studied the risk factors and possibilities of forecasting of puerperal endometritis, considering the psychological status and improving methods of diagnostics at puerperas after Cesarean section and vaginal delivery, we developed a new complex effective method of treatment-and-prophylactic measures including a low-frequency pulsed magnetotherapy and hyperbaric oxygen therapy. The results of the conducted researches specify on the necessity of application of the individual differentiated complex chart of medical and preventive measures to puerperas, since the ambulatory stage of supervision of expectant mothers, that allowed to avoid distribution of inflammatory process, save a reproductive function and shorten time stay in an in-patient department.

Area of application: obstetrics and gynecology.

Репозиторий БГМУ

Подписано в печать 23.02.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».
Печать ризографическая. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 1,45. Тираж 60 экз. Заказ 145.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ