

**Комплексная терапия послеродового эндомиометрита**М.Е.Шляпников<sup>1</sup>, О.В.Понедельникова<sup>2</sup>, О.И.Линева<sup>1</sup>, Н.Ф.Давыдкин<sup>1</sup>, Л.И.Калакутский<sup>3</sup><sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет; <sup>2</sup>ГорОАСкая клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова, Самара; <sup>3</sup>Самарский государственный аэрокосмический университет им. С.П.Королева

Статья посвящена изучению факторов риска и комплексной терапии послеродового эндомиометрита. Разработана прогностическая таблица риска развития настоящего осложнения с использованием неоднородной последовательной статистической процедуры распознавания Вальда. Обоснована и внедрена в клиническую практику комплексная saniрующая программа, включающая в себя системную антибактериальную терапию, лаваж полости матки раствором высокодисперсного металлического серебра, стабилизированного поливинилпирролидоном и проведение внутримо лостной электростимуляции матки. Оценка результатов проводимой программы с использованием ультразвуковых методов диагностики, цитологической картины аспиратов из полости матки и расчета лейкоцитарного индекса интоксикации показала ее высокую эффективность по сравнению с традиционными методами лечения послеродового эндомиометрита. *Ключевые слова:* послеродовой эндомиометрит, факторы риска, внутримолостная электростимуляция матки

**Complex therapy of postpartum endometritis**М.Е.Shlyapnfkov<sup>1</sup>, O.V.Ponedel'nikova<sup>2</sup>, O.i.Lineva<sup>1</sup>, N.F.Oavydkin<sup>1</sup>, L.I.Kalakutskiy<sup>3</sup><sup>1</sup>Samara State Medical University; \*N.I.Pirogov Municipal Hospital No 1, Samara; <sup>3</sup>S.P.Korolev Samara State Aerocosmic University

The article presents a study of risk factors and complex therapy of postpartum endometritis. The authors worked out a prognostic table for the risk of developing this complication on the basis of Wald's non-uniform sequential statistical identification procedure. A comprehensive sanation program that included systemic antibacterial therapy, intrauterine lavage with a solution of high-dispersion metal silver, stabilized with polyvinylpyrrolidone, and intracavitary electrostimulation of the uterus had been developed and introduced into clinical practice. An evaluation of the effects of the program using ultrasonic diagnostic methods, cytological features of aspirates from the uterine cavity, and calculation of the leukocytic intoxication index demonstrated its higher efficacy in comparison with traditional methods of treating postpartum endometritis. *Key words:* postpartum endometritis, risk factors, intracavitary electrostimulation of the uterus

нфекционно-воспалительные послеродовые заболевания занимают лидирующее положение в структуре пуэрперальных осложнений и являются наиболее частой причиной госпитализации родильниц [5, 19]. Среди прочих послеродовой эндомиометрит на протяжении многих десятилетий остается наиболее встречаемой патологией [3, 10, 12, 13, 15, 26], требующей не только стационарного лечения, но и проведения комплекса лечебно-диагностических мероприятий, направленных на ликвидацию септического очага в организме родильницы и профилактику дальнейшей манифестации пуэрперальной инфекции.

д н я к о — е с н о —

Шляпников Гми^Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ило Самарского государственного медицинского университета

Несмотря на значительные успехи в диагностике [3, 20] и лечении послеродового эндомиометрита, учитывающих как особенности «современного» течения - «стертость» и поздняя манифестация клинической симптоматики, обусловленные сменой микробного пейзажа пуэрперальной инфекции, так и преобладание в структуре эндомиометритов моносимптомного варианта - субинволюции матки после родов, проблема поиска эффективных и приемлемых методов терапии настоящего заболевания остается достаточно актуальной [15-17].

Понимание пуэрперального эндомиометрита как проявление раневой инфекции [11, 16] и проведенный анализ неудач его традиционной антибактериальной парентеральной терапии [5, 9] делают вполне обоснованным дальнейшую разработку ЛОКЭЛЬНЫХ МЕТОДОВ лечения ЭТОЙ патологии. В клинике гнойной хирургии не вызывает сомнения ТОТ Ф^ 4ТQ успех курации 60Л^НЫХ С ГНОЙНО-СБПТИ-

ЛЧгвгвзвзвз 8Э

ческими процесса

Статья поступила 03.08.2004 г., принята к печати 29.11.2004 г. СаНЭЦИИ ПврВИЧНОГО ОЧЭГа ИнфвКЦИИ [4, 10, 16, 20, 22, 26].

## Комплексная терапия послеродового эндомиометрита

Современные успехи антибиотикотерапии, казалось, приближают решение проблемы хирургической инфекции, однако на фоне широкого использования антимикробных препаратов с лечебной и профилактической целью отмечается неуклонное увеличение частоты как традиционных послеродовых заболеваний, так и клинически «малосимп-томных», но неблагоприятных с патогенетической точки зрения послеоперационных осложнений, обладающих высокой потенциальностью к генерализации инфекционного процесса. Причиной тому и отрицательное влияние антибиотиков на иммунный статус родильниц - иммуносупрессия с развитием вторичного транзиторного частичного иммунодефицита с преобладанием Т-клеточного компонента, и вероятность суперинфекции, и выраженная перифокальная воспалительная реакция с наличием в матке некрово-снабжаемых некротизированных тканей, что позволяет проводить клинические параллели между полостью матки при эндомиометрите и полостью абсцесса в общехирургической практике [11].

Среди факторов, инициирующих необходимость и перспективность настоящего направления исследований, следует отметить следующие:

- рост резистентности микроорганизмов к традиционно применяемым антибиотикам при условии фармакоэкономической неэффективности использования и, следовательно, отсутствие в рамках формулярной системы меди каментозного обеспечения акушерско-гинекологической службы, вновь генерируемых мощных антимикробных препаратов на фоне необходимости максимально широкого внедрения принципов «деэскалационной» антимикробной терапии [9, 24];

- невысокая эффективность традиционно применяемых вариантов преформированных физических факторов, воздействующих на наиболее значимое звено патогенеза послеродового эндомиометрита - нарушение сократительной способности мышцы матки, в то время как использование медикаментозной утеротонической терапии не только не оправдано и нецелесообразно, но и неправильно с патогенетической точки зрения [18, 28].

Кроме того, массивная медикаментозная нагрузка на организм родильницы на фоне транзиторного частичного иммунодефицита после физиологической иммунодепрессии [5,19] и нарастающей лактационной функции не приемлема. Последнее положение диктует необходимость переноса максимальной лечебной нагрузки с организменного на системный (репродуктивная система) и органнй (матка) уровни. Использование именно такого подхода к терапии пуэрперального эндомиометрита, позволило многим исследователям добиться желаемого результата [4,10,11, 13, 15,20,22,27].

Целью настоящего исследования является повышение эффективности терапии послеродового эндомиометрита.

Для реализации намеченной цели перед работой были поставлены следующие задачи:

- выявить ведущие факторы риска развития пуэрперального эндомиометрита;
- обосновать возможность и перспективность использования раствора высокодисперсного металлического серебра, стабилизированного низкомолекулярным поливинил-

пирролидоном для санации полости матки при пуэрперальном эндомиометрите;

- разработать и внедрить в клиническую практику способ внутриматочной электростимуляции матки;
- оценить эффективность комплексной санирующей программы в терапии послеродового эндомиометрита.

## Пациенты и методы

Для выявления факторов риска развития пуэрперального эндомиометрита нами предпринято выборочным методом отбора ретро- и проспективное клинико-статистическое исследование 180 историй родов, из них 120 - родильницы с физиологическим течением послеродового периода и 60 - с эндомиометритом. При разработке прогностической таблицы риска развития эндомиометрита после самопроизвольных и оперативных родов использована неоднородная последовательная статистическая процедура распознавания Вальда, причем вычисление порогов диагностического решения проводилось по методике К.А.Буштуевой и И.С.Случанко [15].

С целью определения эффективности терапии пуэрперального эндомиометрита с использованием комплексной санирующей программы, включающей назначение потенцированных пенициллинов, санацию полости матки раствором высокодисперсного металлического серебра, стабилизированного низкомолекулярным поливинилпирроли-доном, и проведение аппаратной внутриматочной электростимуляции матки (ВПЭСМ), мы наблюдали 150 больных, пролеченных в отделении гнойной гинекологии Городской клинической больницы №1 им. Н.И.Пирогова за период с 1 996 по август 2004 года, которые независимо от метода родоразрешения и особенностей клинической манифестации эндомиометрита были разделены на группы. Первая группа - 50 пациенток с послеродовым эндомиометритом, у которых применялись традиционные схемы терапии, причем назначение антибиотиков ограничивалось полусинтетическими пенициллинами в сочетании с аминогликозидами и метронидазолом; вторая группа - 50 пациенток с послеродовым эндомиометритом, которым проводилась комплексная санирующая программа, но с использованием в качестве антисептика охлажденного 0,02% раствора фурациллина; третья группа - 50 пациенток с послеродовым эндомиометритом, у которых в полном объеме и последовательно использована разработанная нами комплексная санирующая программа.

Все больные после клинико-лабораторной верификации диагноза получали комплексное лечение, включающее в себя эмпирическую антибиотикотерапию (у пациенток 2 и 3 групп - амоксицилин/клавулановая кислота 1,2 внутривенно через 12 часов в течение 5-7 Дней (до момента получения результатов бактериологического исследования лохий) с последующей коррекцией терапии) согласно разработанной на уровне конкретного стационара формулярной системы [24] и выявленной антибиотикограммы; десенсибилизирующие препараты, инфузионные растворы, неспецифические противовоспалительные нестероидные средства. Родильницам 2 и 3 групп проводили комплексную санирующую программу, включающую лаваж полости

растворами антисептиков и проведение внутриволостной электростимуляции матки (ВПЭСМ) с помощью специального разработанного устройства (положительное решение о выдаче патента РФ по заявке №2004116976/22 (018705)). Учитывая способность импульсных токов повышать проницаемость гистогематических барьеров и увеличивать адсорбционную способность тканей [21], что в конечном счете приводит к повышению концентрации парентерально введенного антибиотика [13] в электрическом поле, каждому сеансу внутриволостной электростимуляции матки предшествовала внутривенная инфузия антибиотика в выбранной разовой дозе. Проводили три сеанса разработанной программы с интервалом 24-48 часов на фоне продолжающейся традиционной комплексной терапии послеродового эндометрита.

У пациенток 3 группы в качестве антисептика для санации полости матки впервые в клинике септического акушерства применен раствор высокодисперсного металлического серебра, стабилизированного низкомолекулярным поливинилпирролидоном. Повиаргол представляет собой металл-полимерную композицию, содержащую нуль-валентное серебро в виде нанокластеров сферической формы с частицами металла размерами 1-2 нанометра, является своеобразной депонированной формой ионного серебра, которое постоянно генерируется по мере его связывания с биологическими субстратами. В качестве полимерного стабилизатора использован низкомолекулярный медицинский поливинилпирролидон, широко известный как субстанция коллоидных плазмозаменителей, обладающий выраженной адсорбционной способностью за счет образования комплексных соединений с токсинами [1,6], хорошей коллоидно-осмотической активностью, позволяющей в результате привлечения «на себя» интерстициальной жидкости, с одной стороны, снижать выраженность отека тканей - основной саногенетический механизм купирования воспаления, с другой стороны - разбавлять концентрацию токсинов. Согласно проведенным ранее исследованиям [2, 8, 14] препарат оказывает выраженное бактерицидное действие на большинство вне- и внутрибольничных штаммов микроорганизмов и в соответствии с Международной классификацией эффективности влияния антисептиков на микроорганизмы отнесен к категории весьма эффективных антимикробных препаратов (МПК до 100 мкг/мл) [8].

Для потенцирования антимикробной активности высокодисперсного металлического серебра, стабилизированного низкомолекулярным поливинилпирролидоном, в качестве растворителя при приготовлении раствора *ex tem-pore* использовали стерильный 4% раствор гидрокарбоната натрия [2].

Параллельно с лаважем полости матки раствором антисептика в объеме до 1000 мл проводили ВПЭСМ по следующей методике: индифферентный электрод располагается на коже в области крестца; активный, находящийся на конце разработанного зонда-электрода, с соблюдением правил асептики, вводится через цервикальный канал в полость матки, располагается на внутренней ее стенке в проекции правого трубного угла, что, согласно проведенным ранее исследованиям [15, 17, 26], позволяет направленно воздействовать на автоматическую миогенную воз-

будимость мышцы матки и способствует достижению координированных сокращений различных отделов органа. Во время первых сеансов электростимуляции, когда необходимо достижение в первую очередь утеротонического эффекта, используются следующие параметры воздействия: длительность стимулирующего импульса 2 мс. с частотой следования - 40-80 Гц, частота заполнения 2,5 кГц. В обоих случаях амплитуда импульса подбирается индивидуально, по ощущениям пациентки, в интервале 5-40 В. Время процедуры 10-14 минут, периодичность - ежедневно, курс составляет до трех манипуляций, в зависимости от темпов инволюции матки и клинико-лабораторной регрессии пуэрперального эндометрита. Частота импульсов для электростимуляции матки, равная 40-80 Гц, была выбрана согласно постулату об ее соответствии лабильности ткани и исследованиям [7, 23], согласно которым наибольшая амплитуда сокращения миометрия отмечается при частотах порядка 20-100 Гц.

Оценку эффективности проводимого лечения проводили по следующим параметрам: динамике темпов инволюции матки на основании данных ультразвукового сканирования с расчетом индекса темпов инволюции матки (ИТИМ) [25] на пятые сутки от начала терапии, анализ показателей гемограммы с расчетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) [15], по характеру цитологических изменений аспирата из полости матки в процессе лечения, классифицированных по периодам раннего процесса на дегенеративно-некротический, дегенеративно-воспалительный, регенеративный 1 фазы и регенеративный 2 фазы типы цитоморфогамм [13].

### Результаты исследования и их обсуждение

На основании изучения 180 историй родов нами определены основные факторы риска развития послеродового эндометрита (табл. 1). Интересными представляются высокие балльные значения «неинфекционных» факторов риска, такие как среднетяжелая и тяжелая анемии и патологическая кровопотеря в родах, превышающие по значимости воспалительные заболевания репродуктивной системы, причем не только в анамнезе, но и во время настоящей беременности. Соответствует данным других исследователей [5, 19] факт достаточно высокой значимости участия экстрагенитальной патологии, в частности сердечно-сосудистых заболеваний, в развитии пуэрперальных воспалительных заболеваний. Особого, на наш взгляд, внимания заслуживают полученные высокие прогностические значения паритета беременной. Так, балльная оценка факторов риска послеродового эндометрита у первородящих и даже первобеременных женщин превышает значение искусственных и самопроизвольных абортов (причем, что интересно, без указания на их количество) в прогнозе настоящего заболевания.

Испытания прогностической таблицы проведены на исходном материале - среди родильниц с физиологическим и осложненным течением пуэрперии. Среднее количество баллов в группе родильниц с эндометритом составило  $40,75 \pm 1,02$ , в группе родильниц, послеродовый период которых протекал без особенностей -  $1,74 \pm 0,74$  ( $p < 0,001$ ).

## Комплексная терапия послеродового эндомиометрита

**Таблица 1. Факторы риска развития пуэрперального эндомиометрита**

Признаки	Баллы
Показатели периферической крови в послеродовом периоде (J = 5,39):	
палочкоядерные нейтрофилы более 10%	12
лейкоциты более 12 тыс.	9
гемоглобин менее 90 г/л	6
отсутствие оплоднений	-4
Осложнения настоящей беременности (J = 2,96):	
криминальное вмешательство	9
среднетяжелая и тяжелая анемия беременных	7
гнойный бактериальный кольпит	5,5
обострение хронического пиелонефрита	3
среднетяжелый и тяжелый гестоз	3
прочие инфекционные заболевания	2
хроническая плацентарная недостаточность	1
несложненное течение настоящей беременности	-12
Особенности течения родов (J = 2,77):	
патологическая кровопотеря	9
клиника хорисамнионита	9
слабость родовой деятельности	6
более 3 влагалищных исследований в родах после отхождения околоплодных вод	3,5
преждевременный разрыв плодных оболочек	3
экстренное кесарево сечение	3
отсутствие осложнений	-6,5
Состояние новорожденного (J = 2,1):	
внутриутробное инфицирование	9
риск реализации внутриутробной инфекции	4
патологии не выявлено	-5
Патоморфологическое исследование последа (J = 1,58):	
мембранит	8
воспалительные изменения в 2 и более отделах последа	5
сочетание воспалительных изменений последа с признаками хронической плацентарной недостаточности	3
плацентарный хорисамнионит	2
отсутствие патологических изменений в последе	-4
Особенности репродуктивной функции (J = 1,56):	
первородная	2
первородящая	2
артифициальные и самопроизвольные аборты до наступления настоящей беременности	1
неотягощенный акушерский анамнез	-3
повторнородящая	-5
Микроскопия влагалищного мазка (согласно классификации O. Jigovet et al., 1948) в послеродовом периоде (J = 0,86):	
гнойный бактериальный кольпит	2
негнойный бактериальный кольпит	-2
мазки здоровых женщин	-10
Гинекологический анамнез (J = 0,78)	
пуэрперальный/послеабортный эндомиометрит в анамнезе	8
патология шейки матки	2
хронический аднексит (без указания этиологического фактора)	2
отсутствие гинекологической патологии	-1
Экстрагенитальная патология (J = 0,78):	
отягощенный аллергологический анамнез	4
болезни сердечно-сосудистой системы	2,5
сочетанная соматическая патология	1,5
отсутствие экстрагенитальных заболеваний	-3
Особенности хирургического обеспечения операции кесарева сечения (J = 0,78):	
корпоральное кесарево сечение	8
дренирование брюшной полости	6
дренирование полости матки	6
гистероррафия в 2 и более ряда	2
продолжительность операции 60 и менее минут	-1
плановая операция	-1
интраоперационная антибиотикопрофилактика	-2

26 баллов и выше - группа высокого риска; 25 баллов и ниже - группа минимального риска.

Сравнительный анализ оперативных вмешательств в родах (табл. 2) показал отсутствие достоверных различий в группах даже в случаях параллельно выполняемых хирургических вмешательств - эпизиотомии и наложения

**Таблица 2. Частота акушерских операций в исследуемых группах рожениц (M ± m, %)\***

Оперативные вмешательства	Роженицы с метрозидометритом (n = 60)	Роженицы с физиологическим пуэрперальным периодом (n = 120)
Амниотомия	27,09 ± 4,89	38,33 ± 4,44
Экстренное кесарево сечение	17,91 ± 1,11	15,0 ± 5,83
Плановое кесарево сечение	2,09 ± 1,54	± 2,14
Эпизиотомия	40,0 ± 5,37	± 2,14
Наложение акушерских щипцов	5,84 ± 2,19	27,5 ± 4,08
Ручное обследование полости матки	5,42 ± 2,52	1,67 ± 1,17
Отсутствовали	20,84 ± 4,46	3,33 ± 1,64

*\* различия не достоверны.*

**Таблица 3. Ультразвуковые индексы темпов инволюции матки у больных с послеродовым эндомиометритом на 5 сутки от начала лечения (M ± t, см/сут)**

Показатели	1 группа (n = 50)	2 группа (n = 50)	3 группа (n = 50)
Длина матки	0,34 ± 0,03	0,74 ± 0,03**	0,70 ± 0,03**
Ширина матки	0,52 ± 0,02	0,66 ± 0,03**	0,58 ± 0,03**
Передне-задний размер	0,17 ± 0,02	-0,45 ± 0,01***	0,46 ± 0,01**

*Различия между 1, 2 и 3 группами достоверны при p < 0,001; различия между 2 и 3 группами не достоверны.*

акушерских щипцов у женщин, впоследствии перенесших эндомиометрит. Кроме того, существенных различий по частоте других акушерских операций, даже таких традиционно потенциально опасных в плане развития инфекционного процесса, как экстренное кесарево сечение и ручное обследование полости матки, в нашем исследовании не обнаружено.

Анализируя показатели, отражающие темпы инволюции матки в процессе терапии пуэрперального эндомиометрита (табл. 3), следует отметить высокую степень достоверности различий ИТИМ у больных, получавших процедуры ВПЭСМ с внутриматочным расположением активного электрода. Причем отсутствие достоверных различий изучаемого показателя у пациенток 2 и 3 групп наблюдения, отличающихся лишь физико-химическими свойствами антисептического санитизирующего препарата, позволяет говорить о выраженной клинической эффективности использования физиотерапевтических аппаратных методик лечения с максимально приближенным подведением преформированного физического фактора к очагу воспаления и учетом автоматической миогенной возбудимости миометрия.

Однако изолированное утеротоническое воздействие комплексной санитизирующей программы, даже в сочетании со стимулирующим проникновением гистогематологического барьера для антибиотиков действием импульсных токов, совершенно недостаточно для адекватной терапии послеродового эндомиометрита. Возвращаясь к точке зрения ведущих исследователей настоящей проблемы о патогенетическом единстве процессов воспаления гнойной раны и стенки послеродовой матки, следует акцентировать большее внимание на процессе локальной санации септического очага. Как показали наши исследования, на момент установления диагноза послеродового эндомиометрита в 78% случаев в аспиратах из полости матки выявлен дегенеративно-некротический тип цитоморфогамм и

Таблица 4. Частота выявления возбудителей послеродового эндометрита (n = 150)

Микроорганизмы	Частота, %
Грамотрицательные	
<i>E. coli</i>	35,1
<i>Enterobacter</i> spp.	16,2
<i>Klebsiella</i> spp.	5,4
<i>Acinetobacter</i>	5,4
<i>Serratia</i> spp.	2,7
<i>Moraxella</i> spp.	2,7
Грамположительные	
<i>Staphylococcus</i> spp.	32,4

Таблица 5. Типы аспирационных цитоморфогамм из полости матки у больных с послеродовым эндометритом на 5 сутки от начала лечения (M ± m, %)

Тип мажка	1 группа (n = 50)	2 группа (n = 50)	3 группа (n = 50)
Дегенераторно-некротический	6 ± 3,36	2 ± 1,98	
Дегенераторно-воспалительный	64 ± 6,79	54 ± 7,05	18 ± 5,43**
Регенераторный 1	28 ± 6,35	40 ± 6,93	78 ± 5,86**
Регенераторный 2	2 ± 1,98	2 ± 1,98	

Различия между 1, 2 и 3 группами достоверны при  $p < 0,001$ ; различия между 1 и 2 группами не достоверны.

Таблица 6. Динамика ЛИИ у больных с послеродовым эндометритом (M ± t, усл.ед.)

Группы исследования	До начала лечения	На 7 сутки лечения
1 группа (n = 50)	4,12 ± 0,39	3,88 ± 0,45*
2 группа (n = 50)	4,12 ± 0,42	2,85 ± 0,23**
3 группа (n = 50)	4,08 ± 0,29	2,11 ± 0,18**

\* различия между 1 и 2 группами достоверны при  $p < 0,05$ ;

\*\* различия между 1 и 3 группами при  $p < 0,001$ ;

\*\*\* различия достоверны между 2 и 3 группами при  $p < 0,01$ .

лишь в 12% препаратов отвечают характеристикам дегенераторно-воспалительных изменений.

Результаты бактериологического исследования аспиратов из полости матки представлены в табл. 4. Отметим, анализируя данные, приведенные в таблице, повышение значимости грамположительной микрофлоры в этиологии послеродового эндометрита - более трети случаев. При этом, ассоциации возбудителей выявлены в 24,3% посевов, из которых более половины - 16,3% состоят из трех постоянно встречающихся микроорганизмов - *Staph. spp.*, *E. coli*, *Candida* spp.

Изучив в динамике лечения пуэрперального эндометрита цитологические показатели аспиратов из полости матки (табл. 5), мы выявили достоверно быстрый переход дегенеративно-некротических изменений в дегенеративно-воспалительные и далее в регенераторные I типа у пациенток, получавших в качестве санирующего раствора высокодисперсное металлическое серебро, стабилизированное низкомолекулярным поливинилпирролидоном. В то же время использование в качестве антисептика охлажденного раствора фурациллина, традиционно применяемого на протяжении многих лет, не приводило к значимым различиям цитоморфогамм, даже по сравнению с группой пациенток, вообще не получавших санацию полости матки в процессе лечения послеродового эндометрита.

После расчетов ЛИИ у пациенток до начала и на 7 сут лечения обнаружены статистически значимые различия во

всех группах наблюдения (табл. 6), что свидетельствует о купировании острого воспалительного процесса.

## Заключение

Таким образом, на основании проведенного исследования необходимо отметить, что при прогнозировании манифестации послеродового эндометрита наряду с традиционными факторами риска развития следует учитывать выявленную высокую прогностическую значимость паритета настоящей беременности, гестационные осложнения и особенности хирургического обеспечения при абдоминальном родоразрешении. При выборе эмпирической антибактериальной терапии с момента поступления родильницы с эндометритом до получения антибиотикограмм нужно учесть, что наряду с лидирующей этиологической позицией грамотрицательных бактерий повышается значимость грамположительной флоры, причем как в ассоциациях, так и в монокультуре, в структуре возбудителей пуэрперального эндометрита. Разработанная и внедренная нами комплексная санирующая программа терапии послеродового эндометрита позволяет достичь оптимально хороших результатов лечения родильниц благодаря переносу акцента саногенетического воздействия лечебных факторов непосредственно к очагу воспаления, препятствуя тем самым генерализации послеродовых ин-фекционно-воспалительных осложнений.

## Литература

1. Аграненко В.А., Скачилова Н.Н. Гемотранфузионные реакции и осложнения. М.: Медицина, 1986; 34.
2. Афиногенов Г.Е., Копейкин В.В. Факторы, влияющие на бактериостатическую активность коллоидных препаратов серебра. В сб.: Применение препаратов серебра в медицине. ИКИ Сибирского отделения РАМН. Новосибирск, 1994; 51-3.
3. Белоцерковцева Л.Д. Клиническое значение трансвагинальной эхографии и гистероскопии в диагностике и лечении послеродового эндометрита. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1996; 22.
4. Битюкова В.В., Гуртовой Б.Л. Функционально-иммунологические параллели в оценке качества лечения послеродового эндометрита. Сборник материалов 36 Конгресса Международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. М., 2004; 22-3.
5. Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария А.Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. М., 1981; 255.
6. Климанский В.А., Рудаев Я.А. Трансфузионная терапия при хирургических заболеваниях. М.: Медицина, 1984; 39.
7. Козлов Л.А., Поляков И.Ф., Севостьянов В.В., Каземиров Э.К. Наружная электростимуляция матки в послеродовом периоде. Казанский медицинский журнал 1983; LXIV: 231-2.
8. Крылов К.М., Вадиков В.Д., Копейкин В.В. Клинико-бактериологическая оценка эффективности нового антисептика - повидона. В сб.: Применение препаратов серебра в медицине. ИКИ Сибирского отделения РАМН. Новосибирск, 1994; 54-55.
9. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Акушерство и гинекология 2004; (1): 3-6.
10. Кулинич С.И., Нечаев Е.В., Морозова М.С. Имобилизованные протеолитические ферменты в лечении послеабортных эндометритов. Иркутск, 1999; 25.

### Комплексная терапия послеродового эндометрита

11. Никонов А.П. Послеродовый эндометрит как проявление раневой инфекции (патогенез, принципы диагностики и рациональной терапии). Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 1993; 29.
12. Орджоникидзе Н.В., Данелян С.Ж. Анализ инфекционно-воспалительных осложнений после самопроизвольных родов. Сборник материалов 36 Конгресса Международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. М., 2004; 165-6.
13. Пекарев О.Г. Современные принципы профилактики и лечения острых неспецифических послеродовых и послеродовых метроэндометритов. Новосибирск, 2004; 27.
14. Первухина Т.В. Лечение новым антибактериальным препаратом повиваргольных осложнений в гинекологической клинике. В сб.: Серебро в медицине, биологии и технике. ИКИ Сибирского отделения РАМН. Новосибирск, 1996; 108-10.
15. Понедельникова О.В. Совершенствование методов комплексной терапии послеродового эндометрита. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Самара, 1998; 21.
16. Понедельникова О.В., Давыдкин Н.Ф., Шляпников М.Е. и др. Послеродовый и послеоперационный эндометрит. В кн.: Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщин. Самара, 1999; 72-101.
17. Понедельникова О.В., Линева О.И., Шляпников М.Е. и др. Внутриволновая электростимуляция матки в комплексном лечении послеродовых и послеоперационных метроэндометритов. В сб.: Актуальные проблемы акушерства и гинекологии. Ижевск, 2000; 118-9.
18. Репина М.А. Ошибки в акушерской практике. Л.: Медицина, 1988; 205.
19. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина, 1989; 443.
20. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Гистерорезектоскопия. М.: Медицина, 1997; 201-14.
21. Улащик В.С. Новые методы и методики физической терапии. Минск, 1986; 46-9.
22. Уткин В.М. и др. Лечение послеродового эндометрита длительным промыванием матки охлажденным фурациллином. Акушерство и гинекология 1990; (11): 9-12.
23. Хасин А.З. Электростимуляция и электрорелаксация матки. Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 1986; 32.
24. Шляпников М.Е., Сергачева Н.П., Рогачева В.С. и др. Формуляр антибиотикопрофи-лактики в акушерско-гинекологической практике. В сб.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Самара, 2003; 217-8.
25. Шляпников М.Е. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации гистероррафии при кесаревом сечении. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2004;(1): 14-9.
26. Шляпников М.Е. Оптимизация хирургического обеспечения трансабдоминального кесарева сечения и активная профилактика послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений. Материалы 1 российского форума «Мать и дитя». М., 2000; 120-2.
27. Яшук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Магафуров Р.Ф. и др. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после "абдоминального" разреза при гестозах. Сборник материалов 36 Конгресса Международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза, М., 2004; 324-5.
28. Klug P., Mayer H. Zur Wirkung von Metylergometrin auf die Uterusinvolution im frugen Wochenbett. 2 Geburtch Perinatol 1983; 187(4): 203-4.

