

М. С. Вербицкая

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РОДИЛЬНИЦ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Аннотация: Статья посвящена изучению факторов риска развития ПЭ после родов через естественные родовые пути и после кесарева сечения. Выявление факторов риска ПЭ с применением их комплексного математического анализа, позволит выявить закономерности развития патологических состояний у родильниц, что позволит предвидеть развитие послеродовых гнойно-воспалительных осложнений и составит основу профилактики септического процесса у родильниц.

Ключевые слова: послеродовой эндометрит, кесарево сечение, роды через естественные родовые пути, факторы риска.

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, профилактики и терапии гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний, отчётливой тенденции к снижению их частоты не наблюдается [1, 2, 3].

Среди гнойно-воспалительных послеродовых осложнений ведущее место занимают послеродовые эндометриты (ПЭ), нередко приводящие к материнской инвалидизации и смертности.

Успех лечения инфекционных послеродовых осложнений во многом определяется своевременной диагностикой. Выявление факторов риска ПЭ с применением их комплексного математического анализа, позволит выявить закономерности развития патологических состояний у родильниц, что позволит предвидеть развитие послеродовых гнойно-воспалительных осложнений и составит основу профилактики септического процесса у родильниц [4, 5, 6, 7].

Материалы и методы: Нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 309 женщин, которые были разделены на две группы.

В I группу вошли 128 пациенток с осложненным пуэрперием (ПЭ), II группу (группу сравнения) составили 181 родильница с неосложненным течением послеродового периода (НПП). В зависимости от метода родоразрешения – через естественные родовые пути (ЕРП) или кесарево сечение (КС) женщины в каждой из групп были распределены на две подгруппы.

Все обследованные женщины находились в возрасте от 18 до 43 лет. Средний возраст родильниц с осложненным пуэрперием составил $26,3 \pm 0,4$ лет, в группе сравнения – $26,4 \pm 0,4$ лет. Через ЕРП чаще родоразрешались женщины в возрасте от 21 до 25 лет, а путем КС – от 21 до 25 лет, и также в возрасте 31 года и старше.

Анализируя социальный статус, следует отметить, что большинство родильниц с осложненным послеродовым периодом (65,7%) имели среднее и среднее специальное образование, в то время как среди здоровых преобладали женщины с высшим и неоконченным высшим образованием (55,5%).

Оценивая семейное положение родильниц (рисунок 1) нами выявлено, что в I группе незамужние женщины отмечались в 3 раза чаще (16,4%) в сравнении со II группой (5,5%).

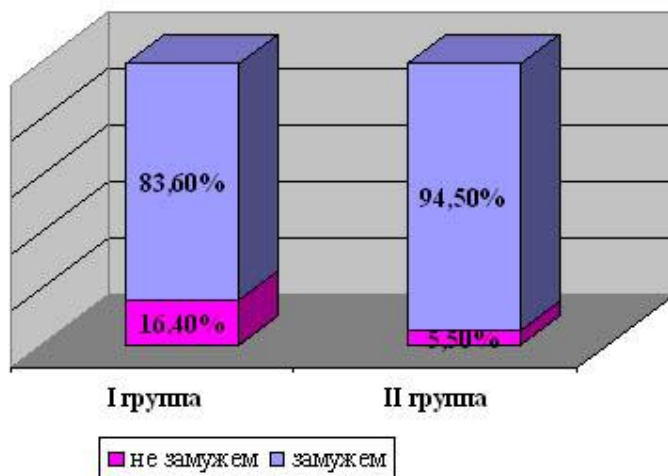


Рисунок 1. Семейное положение обследованных женщин

Возраст начала половой жизни среди обследованных женщин I группы отмечался несколько раньше. Так, если в группе женщин с НПП в половые связи до 18 летнего возраста вступали 24,3% пациенток, то в группе с ПЭ на половые контакты до 18 лет указали 33,6% женщин, в том числе 4,7% из них – до 15-летнего возраста (табл. 1).

Таблица 1. Возраст начала половой жизни среди обследованных женщин

Возраст, лет	ПЭ (n=128)	НПП (n=181)	Всего (n=309)
До 16	6 (4,7%)	-	6 (1,9%)
16–17	37 (28,9%)	44 (24,3%)	81 (26,2%)
18 и старше	85 (66,4%)	137 (75,7%)	222 (71,9%)

Средние сроки взятия на учет по беременности в женской консультации у пациенток с осложненным послеродовым периодом составили $10,4 \pm 0,4$ недель, с физиологическим течением пуэрперия – $9,0 \pm 0,2$ недель. При этом следует отметить, что 17,2% женщин I группы обратились в женскую консультацию по беременности в 12 недель и позже, в то время, как в группе сравнения таких беременных было в 2 раза меньше (8,3%).

Анализируя детородную функцию, нами отмечено, что большинство обследованных женщин в обеих группах были первобеременными и первородящими. Однако среди родильниц I группы повторнобеременные и первородящие женщины встречались в 4 раза чаще в сравнении со II группой (16,4% и 3,9% соответственно).

В таблице 2 представлена структура гинекологической патологии среди обследованных родильниц, из которой следует, что в основной группе женщин в 2 – 2,5 раза чаще встречались такие гинекологические заболевания как кольпит, бактериальный вагиноз и эрозия шейки матки, в сравнении со II-ой группой.

Таблица 2. Структура гинекологической заболеваемости в группах обследованных женщин

Гинекологические заболевания	ПЭ (n=128)	НПП (n=181)
Кольпит	86 (67,2%)	68 (37,6%)
Бактериальный вагиноз	56 (43,7%)	38 (21%)
Эрозия шейки матки	52 (40,6%)	27 (14,9%)
Хронический сальпингоофорит	21 (16,4%)	19 (10,5%)
Миома матки	8 (6,3%)	5 (2,8%)

В структуре экстрагенитальной патологии (табл. 3) наиболее часто у обследованных женщин выявлялись заболевания органов дыхания (ОРВИ, тонзиллит, бронхит, трахеит), заболевания сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония, артериальная гипертензия, пороки сердца, варикозное расширение вен нижних конечностей), заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), заболевания почек и мочевыводящих путей, заболевания желудочно-кишечного тракта (холецистит, гастрит), лекарственная аллергия и патология органов зрения (миопия).

Таблица 3. Экстрагенитальная патология в группах обследованных женщин

Экстрагенитальная патология	ПЭ (n=128)		НПП (n=181)	
	ЕРП (n=91)	КС (n=37)	ЕРП (n=133)	КС (n=48)
Заболевания органов дыхания, в том числе: - тонзиллит - трахеит - бронхит - ОРВИ	7 (7,7%) 3 (3,3%) 5 (5,5%) 30 (33%)	7 (18,9%) 2 (5,4%) 2 (5,4%) 12 (32,4%)	7 (5,3%) 2 (1,5%) 3 (2,3%) 28 (21,4%)	1 (2,1%) 1 (2,1%) - 5 (10,4%)
Заболевания сердечно-сосудистой системы в том числе: - нейроциркуляторная дистония - артериальная гипертензия - пороки сердца - варикозное расширение вен нижних конечностей	8 (8,8%) 5 (5,5%) 4 (4,4%) 3 (3,3%)	4 (10,8%) 2 (5,4%) 3 (8,1%) 2 (5,4%)	6 (4,5%) 1 (0,8%) 2 (1,5%) 6 (4,5%)	4 (8,3%) 1 (2,1%) 2 (4,2%) -
Заболевания эндокринной системы, в том числе: - сахарный диабет - заболевания щитовидной железы	4 (4,4%) 15 (16,5%)	3 (8,1%) 5 (13,5%)	3 (2,3%) 10 (7,5%)	- 2 (4,2%)

Заболевания желудочно-кишечного тракта в том числе:				
-холецистит	4		2	1
- гастрит	(4,4%)	3 (8,1%)	(1,5%)	(2,1%)
	3	3 (8,1%)	2	3
	(3,3%)		(1,5%)	(6,2%)
Заболевания почек и мочевыводящих путей	6	5	6	3
	(6,6%)	(13,5%)	(4,5%)	(6,2%)
Лекарственная аллергия	9	3 (8,1%)	4 (3%)	-
	(9,9%)			
Патология органов зрения:		4		19
- миопия высокой степени	-	(10,8%)	-	(39,6%)
Заболевания нервной системы, в том числе: ЧМТ	1	2 (5,4%)	1	4
- эпилепсия	(1,1%)	-	(0,8%)	(8,3%)
- рассеянный склероз	2	1 (2,7%)	2	1
- миастения	(2,2%)	-	(1,5%)	(2,1%)
- опухоли ЦНС	-	1 (2,7%)	-	1
(астроцитомы)	1		-	(2,1%)
	(1,1%)		-	-
	-			1
				(2,1%)

Анализируя заболевания органов дыхания среди обследованных женщин, следует отметить, что ОРВИ во время беременности перенесли более 1/3 женщин с послеродовым эндометритом. Заболеваемость тонзиллитом, трахеитом и бронхитом в основной группе также несколько превышала аналогичную патологию у женщин группы сравнения.

Среди заболеваний эндокринной системы у рожениц с ПЭ сахарный диабет встречался в 2 раза чаще, в сравнении с группой рожениц с НПП

родоразрешенных через естественные родовые пути. У рожениц родоразрешенных абдоминально в I-ой группе сахарный диабет выявлен у 8,1% рожениц, в то время как во II-ой группе таких женщин не было. Заболевания щитовидной железы у рожениц I-ой группы выявлялись в 2,2–3,2 раза чаще, чем в группе сравнения.

Следует отметить, что в I-ой группе женщин по сравнению со II-ой в 2 раза чаще отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто выявлялась нейроциркуляторная дистония, артериальная гипертензия а также пороки сердца.

Болезни почек и мочевыводящих путей в 1,7 раза чаще выявлялись в I группе рожениц после родов через ЕРП в сравнении со II группой, а после КС – в 2,2 раза.

Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта у рожениц с ПЭ холецистит встречался в 3 раза чаще, по сравнению с группой рожениц с НПП родоразрешенных через ЕРП, а у родоразрешенных абдоминально в 4 раза чаще. Гастрит у рожениц I-ой группы выявлялся в 1,3–2,2 раза чаще, чем в группе сравнения.

В то же время миопия высокой степени в 3,7 раза чаще выявлялась у рожениц с физиологическим течением послеродового периода.

Патология нервной системы у обследованных женщин преимущественно была представлена черепно-мозговыми травмами (ЧМТ). Причем, если при родах через естественные родовые пути в группах женщин с ПЭ и НПП черепно-мозговые травмы встречались с практически одинаковой частотой 1,1% и 0,8% соответственно, то среди родоразрешенных КС на ЧМТ в анамнезе в 1,5 раза чаще указывали женщины II-ой группы.

Осложнения беременности у обследованных женщин представлены в таблице 4, из которой следует, что с максимальной частотой у женщин сравниваемых групп выявлялись анемия, гестоз, невынашивание беременности и как следствие имевшихся осложнений – гипоксия плода.

Указанные осложнения беременности чаще отмечались в группе женщин с ПЭ, так, анемия и угроза невынашивания наблюдались практически у каждой второй женщины I группы и у каждой четвертой пациентки группы сравнения. Поздний гестоз в I группе обследованных женщин по сравнению с роженицами II группы встречался также значительно чаще.

Таблица 4. Осложнения беременности в группах обследованных женщин

Осложнения беременности	ПЭ (n=128)		НПП (n=181)	
	ЕРП (n=91)	КС (n=37)	ЕРП (n=133)	КС (n=48)
Гестоз:				
- ранний	3 (3,3%)	1 (2,7%)	22	6
- поздний	28	12	(16,5%)	(12,5%)
	(30,8%)	(32,4%)	6	6
			(4,5%)	(12,5%)
Угроза невынашивания	44	18	34	11
	(48,4%)	(48,6%)	(26%)	(22,9%)
Истмико-цервикальная недостаточность	14	1 (2,7%)	13	1
	(15,4%)		(9,8%)	(2,1%)
Анемия	45	15	32	11
	(49,5%)	(40,5%)	(24,1%)	(22,9%)
Многоводие	10 (11%)	1 (2,7%)	4 (3%)	1
				(2,1%)
Многоплодие	1 (1,1%)	5 (5,5%)	-	-
Гипоксия плода:				
- острая	4 (4,4%)	7	1	4
- хроническая	34	(18,9%)	(0,8%)	(8,3%)
	(37,4%)	18	18	3
		(48,6%)	(13,5%)	(6,2%)

Средние сроки родоразрешения обследованных женщин, рожавших через естественные родовые пути, составили $279,4 \pm 0,7$ дней и $278,5 \pm 0,5$ дней во II-ой группе; рожавших абдоминально – $273,8 \pm 1,9$ и $276,0 \pm 0,6$ дней соответственно. В основной группе пациенток было отмечено 5 преждевременных родов в сроке гестации $251 \pm 4,5$ дней и 1 запоздалые роды в сроке 297 дней, кроме того отмечено 6 многоплодных беременностей (двоен) родоразрешенных в сроке $258,7 \pm 10,5$ дней (5 из них путем КС).

При анализе пациенток, родоразрешенных КС нами отмечено, что в группе женщин с ПЭ в 2,5 раза чаще операции выполнялись в экстренном порядке, в сравнении с женщинами, у которых течение послеродового периода было без осложнений. Плановое КС в 2 раза чаще проводилось у женщин II-ой группы в сравнении с I-ой группой обследованных пациенток (рисунок 2).

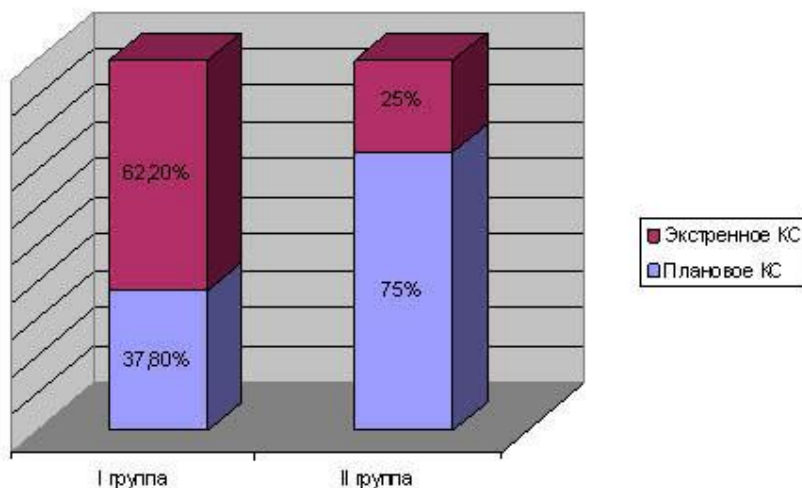


Рисунок 2. Плановое и экстренное кесарево сечение в группах обследованных женщин

Как следует из таблицы 5, наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению в группе женщин с ПЭ были гипоксия плода, несостоятельность рубца на матке, неэффективность терапии аномалий родовой деятельности, утяжеление гестоза, а также тазовое предлежание плода. В группе сравнения кесарево сечение чаще выполнялось ввиду миопии высокой степени, несостоятельности рубца на матке и тазового предлежания плода. У 5 (13,5%)

женщин I-ой группы абдоминальное родоразрешение выполнялось по сочетанным показаниям, тогда как во II группе таких женщин было 3 (6,3%).

Таблица 5. Основные показания к кесареву сечению в группах обследованных женщин

Показания	Группы женщин	
	ПЭ (n=37)	НПП (n=48)
Внутриутробная гипоксия плода	7 (18,9%)	3 (6,25%)
Несостоятельность рубца на матке	6 (16,2%)	9 (18,75%)
Аномалии родовой деятельности	5 (13,5%)	4 (8,3%)
Гестоз средней и тяжелой степени	5 (13,5%)	1 (2,1%)
Тазовое предлежание плода	5 (13,5%)	5 (10,4%)
Миопия высокой степени	4 (10,8%)	19 (39,6%)
Симфизиопатия	2 (5,4%)	2 (4,2%)
Клинически узкий таз	2 (5,4%)	1 (2,1%)
Неврологическая патология	1 (2,7%)	4 (8,3%)

Средний объем кровопотери при абдоминальном родоразрешении в I группе составил $670,3 \pm 17,7$ мл, что было несколько выше указанного показателя у женщин группы сравнения – $591,7 \pm 7,8$ мл.

Средний объем кровопотери у женщин I группы, родоразрешенных через ЕРП составил $266,5 \pm 9,0$ мл, что также было несколько выше в сравнении с аналогичным показателем у родильниц II группы ($227,0 \pm 4,2$ мл).

Анализируя продолжительность родов через естественные родовые пути, следует отметить, что в группе родильниц с ПЭ быстрые и стремительные роды отмечены у 17 женщин (18,7%), а в группе сравнения – в 2,2 раза реже у 11 (8,3%). Затяжные роды (свыше 12 часов) протекали у 6 (6,6%) и 4 (3%) родильниц I и II групп соответственно. Индукция родовой деятельности проводилась в 3,8 раза чаще у женщин I группы (14,3%), в сравнении со II группой (3,8%). Показаниями к

индукции родов при доношенной беременности явились: утяжеление гестоза, отсутствие эффекта от лечения нарушений фетоплацентарного кровотока и экстрагенитальная патология (сахарный диабет, артериальная гипертензия, пороки сердца, анатомически узкий таз, эпилепсия).

Анализируя течение родов через естественные родовые пути, отмечено, что роды без осложнений протекали лишь у 3,3% женщин I группы, причем в 69,2% случаях имелись два и более осложнений. В то же время в группе женщин с НПП 20,3% роды протекали без осложнений, а выявление двух осложнений и более отмечалось у 35,3% женщин.

Как видно из таблицы 6 в I группе женщин следует отметить, что наиболее частыми осложнениями родов являлись безводный промежуток свыше 6 часов, аномалии родовой деятельности и травмы мягких тканей родовых путей. Следует отметить, что разрывы шейки матки наблюдались в 1,4 раза чаще в I группе женщин по сравнению со II-ой, у 4 (4,4%) родильниц с ПЭ отмечались разрывы шейки матки 2-ой степени, в то же время во II группе женщин разрывов шейки матки 2-ой степени отмечено не было.

Анализируя особенности течения родов, обращено внимание на то, что в группе женщин с ПЭ частота влагалищных исследований проведенных каждой женщине, как и продолжительность безводного промежутка значительно превышала аналогичные показатели у здоровых родильниц.

Таблица 6. Особенности течения родов у обследованных женщин

Особенности течения родов	Группы женщин	
	ПЭ (n=91)	НПП (n=133)
Длительный безводный промежуток (>6 ч)	35 (38,5%)	22 (16,5%)
Влагалищные исследования (4 и более)	28 (30,8%)	18 (13,5%)
Аномалии родовой деятельности	25 (27,5%)	20 (15%)
Острая внутриматочная гипоксия плода	4 (4,4%)	1 (0,8%)
Наложение акушерских щипцов	2 (2,2%)	-

Патологическая кровопотеря (более 400 мл)	6 (6,6%)	1 (0,8%)
Многоплодная беременность	1 (1,1%)	-
Травмы мягких тканей родовых путей:		
- разрывы шейки матки	23 (25,3%)	24 (18%)
- разрывы влагалища	17 (18,7%)	22 (16,5%)
- разрывы промежности	8(8,8%)	10 (7,5%)
- эпизио- или перинеотомия	38 (41,8%)	49 (36,8%)
Внутриматочные вмешательства в раннем послеродовом периоде:		
- ручное отделение последа	2 (2,2%)	1 (0,8%)
- ручное обследование полости матки	3 (3,3%)	1 (0,8%)
- кюретаж полости матки	11 (12,1%)	6 (4,5%)

Следует также отметить, что осложнения в родах в виде аномалий родовой деятельности, острой гипоксии плода и патологической кровопотери в 2–2,5 раза чаще наблюдались у женщин I группы. Частота внутриматочных вмешательств, как и травматизм родовых путей в 2,5–3 раза чаще отмечались в группе рожениц с ПЭ, в сравнении с группой контроля.

Всего родилось 315 детей у обследованных рожениц обеих групп. При этом средняя масса новорожденных у женщин I группы составила $3537,6 \pm 45,1$ г, во II группе – $3463,9 \pm 25,6$ г (табл. 7).

Таблица 7– Масса новорожденных в группах обследованных женщин

Масса плода при рождении	ПЭ (n=134)	НПП (n=181)
2000 – 2500 г	7 (5,2%)	-
2501 г – 2999 г	12 (8,9%)	13 (7,2%)
3000 г –	92 (68,7%)	152 (84%)

3999 г		
4000 г и более	23(17,2%)	16 (8,8%)

Анализируя данные представленные в таблице 7, следует отметить, что у родильниц с ПЭ родилось 7 (5,2%) маловесных детей с массой тела $2248,6 \pm 61,6$ г, а в группе здоровых родильниц рождения детей с такой низкой массой отмечено не было. Крупных детей в 2 раза чаще рожали женщины I-ой группы ($4275,2 \pm 49,7$ г) в сравнении со II-ой ($4077,5 \pm 20,2$ г) 23 (17,2%) и 16 (8,8%) соответственно.

Разница в оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й мин в группах обследованных женщин не была значительной и составила $7,7 \pm 0,1$ и $8,0 \pm 0,1$ баллов в I-ой и II-ой группах соответственно. Однако, у родильниц с ПЭ, рожавших через ЕРП в 3 (3,3%) случаях отмечалось рождение детей в асфиксии тяжелой степени, что требовало проведения реанимационных мероприятий с ИВЛ.

При анализе заболеваемости новорожденных нами было отмечено превышение числа патологических состояний периода новорожденности у детей рожденных женщинами I группы, что препятствовало совместному пребыванию их с матерями и требовало их перевода в специализированные отделения РНПЦ «Мать и дитя», таких детей было 12 (8,9%). Основными показаниями для перевода являлись перинатальные поражения ЦНС гипоксического и смешанного генеза у 7 (58,3%) новорожденных и инфекции (острый ринит, острый конъюнктивит, ОРВИ, пневмония) – у 5 (41,7%). Среди новорожденных детей женщин II-ой группы было переведены 2 (1,1%) ребенка с неврологической симптоматикой.

Таким образом, по результатам проведенного клинического анализа можно сделать следующие выводы.

Выводы

1. Оценивая семейное положение и социальный статус родильниц, нами выявлено, что не состояли в браке в 3 раза чаще женщины с послеродовым эндометритом, в сравнении с физиологическим течением ПП (16,4% и 5,5% соответственно). Большинство родильниц имели среднее и среднее специальное

образование (55,5%), в то время как среди здоровых рожениц преобладали женщины с высшим и неоконченным высшим образованием (65,7%). Пациентки с ПЭ в 1,4 раза чаще указывали на первые половые контакты до 18 летнего возраста.

2. Среди экстрагенитальной патологии у обследованных женщин в I группе в 2 – 3 раза чаще, в сравнении со II-ой группой выявлялись заболевания органов дыхания (ОРВИ, тонзиллит, бронхит, трахеит), заболевания сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония, артериальная гипертензия, пороки сердца, варикозное расширение вен нижних конечностей), заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, патология щитовидной железы), заболевания почек и мочевыводящих путей. В то же время миопия высокой степени в 3,7 раза чаще отмечалась у рожениц с физиологическим течением послеродового периода.

3. В структуре гинекологической патологии среди обследованных рожениц основной группы в 2–2,5 раза чаще диагностировались такие гинекологические заболевания как кольпит, бактериальный вагиноз и эрозия шейки матки, в сравнении с женщинами II-ой группы. Следует также отметить, что среди рожениц I группы первородящие женщины, имевшие прерывания беременности в анамнезе (16,4%), встречались в 4 раза чаще в сравнении с аналогичными показателями у женщин II группы (3,9%).

4. Осложнения беременности значительно чаще наблюдались у женщин основной группы. Так, поздний гестоз – в 4,7 раза чаще, гипоксия плода в 3 раза, анемия и угроза невынашивания в 2 раза чаще отмечались у рожениц с ПЭ в сравнении со здоровыми женщинами.

5. В основной группе пациенток было отмечено 5 преждевременных родов, 1 запоздалые роды, 6 многоплодных беременностей, в то время как рожениц с НПП все роды были в срок. Индукция родовой деятельности проводилась в 3,8 раза чаще у женщин I группы (14,3%), в сравнении со II группой (3,8%). Быстрые, стремительные и затяжные роды в 2 раза чаще отмечались в группе женщин с ПЭ в сравнении со здоровыми рожениц.

6. Анализируя течение родов через естественные родовые пути, отмечено, что роды без осложнений наблюдались лишь в 3,3% случаев в I-ой группе, во II-ой

группе – в 20,3%. Если в группе сравнения выявление двух осложнений и более отмечалось у 35,3% женщин, то у женщин основной – в 69,2% случаях. Наиболее частыми осложнениями родов являлись безводный промежуток свыше 6 часов (38,5% в основной группе и 16,5% – в группе сравнения), аномалии родовой деятельности (27,5% и 15%) и травмы мягких тканей родовых путей (94,5% и 78,9%).

7. Анализ оперативного родоразрешения среди родильниц показал, что в группе женщин с ПЭ в 2,5 раза чаще операции выполнялись в экстренном порядке (62,2%), в сравнении с женщинами, у которых течение послеродового периода было без осложнений (25%).

8. Средний объем кровопотери в родах у женщин с ПЭ был выше 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 составила $591,7 \pm 7,8$ мл при КС и $227,0 \pm 4,2$ мл в родах через ЕРП.

9. Среди родильниц 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 в группе сравнения не отмечалось рождения маловесных детей и новорожденных, нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий, рождение крупных детей отмечено в 2 раза реже ($4077,5 \pm 20,2$ г).

Литература

1. Герасимович, Г. И. Сепсис и инфекционно-токсический шок в акушерстве / Г. В. Герасимович // Охрана материнства и детства. Витебск, 2003. № 2. С. 17–24.
2. Горин, В. С. [и др.] // Акуш. и гинек. 2001. № 6. – С. 10–14.
3. Куперт, М. А. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики) / М. А. Куперт, П. В. Солодун, А. Ф. Куперт // Российский вестник акушера-гинеколога. 2003. № 4. С. 42–46.

4. Никонов, А. П. Послеродовой эндометрит как проявление раневой инфекции (патогенез, принципы диагностики и рациональной терапии): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. П. Никонов. М., 1993; 29.

5. Подзолкова, Н. М. Прогноз развития и ранняя диагностика послеродового эндометрита / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова, Т. В. Шевелева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2007. Т. 6; 6:29–35.

6. Полевая, С. П. Прогноз и профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. П. Полевая. Винница, 2002.

7. Тютюнник, В. Л. Профилактика и лечение эндометрита после родов и кесарева сечения / В. Л. Тютюнник, Б. Л. Гуртовой // РМЖ. 2002. Т. 10. № 18.