

Послеродовой эндометрит: профилактика и комплексная терапия

Ключевые слова: послеродовой период, эндометрит, иммунитет, профилактика, лечение, гипербарическая оксигенация.

Послеродовой эндометрит является одной из наиболее распространенных форм гнойно – воспалительных заболеваний в послеродовом периоде. Частота его после самопроизвольных родов составляет 2 – 5%, после кесарева сечения – 10 – 20%, по некоторым данным – до 50% [22, 23, 28]. Эта патология требует 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.

Несмотря на значительные успехи в диагностике [8, 22] и лечении послеродового эндомиометрита, учитывающих такие особенности его течения, как «стёртость» клинических проявлений и позднюю манифестацию 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 [5, 45].

Понимание пуэрперального эндомиометрита как проявление раневой инфекции [6, 34] и проведенный анализ неудач его традиционной антибактериальной парентеральной терапии [9, 22] делают вполне обоснованным дальнейшую разработку локальных методов лечения этой патологии. В клинике гнойной хирургии не вызывает сомнения тот факт, что успех курации больных с гнойно-септическими процессами целиком зависит от эффективности санации первичного очага инфекции [8, 10, 12, 34, 42].

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 «малосимптомных», 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 некровоснабжаемых некротизированных тканей, что позволяет проводить клинические параллели между полостью матки при эндомиометрите и полостью абсцесса в общехирургической практике [6].

Для того, чтобы антибактериальная терапия была эффективной и давала минимальное количество побочных явлений необходимо придерживаться правил рациональной антибиотикотерапии:

1) Правило соответствия, т.е. терапевтические возможности антибиотика должны соответствовать особенностям воспалительного процесса.

2) Правило дозирования. Антибиотик должен применяться в терапевтических дозах. Применение антибиотика в дозах ниже терапевтических («в целях профилактики») недопустимо.

3) Правило соответствия типа действия антибиотика тяжести инфекции. При тяжелых воспалительных процессах назначаются антибиотики бактерицидного действия, при среднетяжелых-бактериостатические.

4) Правило сочетания антибиотиков. Наибольший эффект имеет антибиотикотерапия, если:

а) применяется не более двух препаратов, так как с увеличением их числа побочные явления нарастают быстрее, чем терапевтический эффект.

б) сочетаются одинаковые по типу действия, но разные по механизму действия антибиотики;

5) Правило длительности антибиотикотерапии. В случае отсутствия терапевтического эффекта при использовании бактерицидных антибиотиков в течение трех дней препарат заменяется другими, при использовании бактериостатических препаратов при отсутствии эффекта в течение 5-ти дней.

Длительность успешной антибиотикотерапии определяется врачом эмпирически на основе клинической оценки заболевания, но учитывая склонность воспалительных заболеваний гениталий к хронизации и затяжному течению, как правило, составляет не менее 14 дней.

6) Правило сдержанности. В сомнительных случаях от антибиотикотерапии лучше отказаться. «Если антибиотик не показан-он противопоказан» (В.Б.Бочоришвили, 1988).

7) Правило стартовой антибиотикотерапии. Антибиотики резерва (карбопенемы, цефалоспорины IV поколения) не должны использоваться для стартовой антибиотикотерапии, однако при тяжелом течении заболевания не должно быть затягивания их применения. [9]

На современном этапе появились новые формы лекарственных средств для местного антибактериального лечения, которые оказывают меньше побочных эффектов на организм женщины, создавая большую концентрацию антибиотика в месте внедрения.

Особо необходимо отметить то, что изменился контингент беременных и родильниц – преобладают пациентки с экстрагенитальными заболеваниями, отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом, анемией, после коррекции невынашивания беременности, со смешанной вирусно-бактериальной инфекцией, осложнённым течением беременности и родов, а также высоким уровнем урогенитальных инфекций, что может привести к гнойно-септическим заболеваниям после родов.

Послеродовой эндометрит – динамический процесс, включающий инвазию патогенной флоры в организм и реакцию тканей на внедрившиеся микроорганизмы и их токсины.

В настоящее время накоплен обширный материал о факторах, предрасполагающих к развитию локальной внутриматочной инфекции. Некоторые авторы условно выделяют группы факторов: связанные состоянием организма матери до и во время беременности и связанные с родами [22, 42]. К 1-й группе относятся: низкий социальный статус; иммуносупрессия, обусловленная беременностью; хронические воспалительные заболевания женских половых органов и

экстрагенитальная инфекционно-воспалительная патология, заболевания сердечно-сосудистой системы и щитовидной железы, сахарный диабет и другая эндокринная и иммунная патология. К факторам риска, связанным с течением данной беременности можно отнести такие, как: гестоз различной степени тяжести, угроза прерывания беременности, острая (обострение) генитальная и экстрагенитальная инфекция, анемия. Но основное значение имеют факторы риска, связанным с родоразрешением: продолжительность родов более 12 часов, длительность безводного промежутка более 6 часов, аномалии родовой деятельности, многократные влагалищные исследования, патологическая кровопотеря, травма мягких тканей родовых путей, оперативные вмешательства (кесарево сечение, акушерские щипцы, ручные внутриматочные вмешательства). Эти особенности течения родов оцениваются в качестве наиболее важных предрасполагающих факторов развития гнойно-септических заболеваний у рожениц [12, 22, 26, 28].

Характерной особенностью современного послеродового эндометрита является его полиэтиологичность [6, 11, 22, 41]. Эндометрит может быть вызван условно-патогенными бактериями, микоплазмами, хламидиями, вирусами и т.д. В подавляющем большинстве это ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов: стрептококки группы В, *Staphylococcus* spp., *E. Coli*, *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *G. Vaginalis*, *C. trachomatis* [17, 22]. Большое разнообразие возбудителей, главным образом условно-патогенных и их ассоциаций, лишает его нозологической специфичности, а в случаях, когда инфекцию вызывают несколько видов возбудителей, взаимно усиливается их рост и вирулентность [40].

В последнее время этиологическая картина инфекционных послеродовых осложнений становится всё более подвижной. Причиной этого явления считается частое и не всегда достаточно обоснованное назначение антибиотиков. Среди возбудителей преобладают микст-инфекция и комбинация условно патогенных возбудителей, составляющих нормальную флору человека. Это аэробно-анаэробные ассоциации. Гораздо чаще сегодня встречаются энтерококк [6, 25, 33, 44, 45]. В настоящее время это характерно не только для акушерства и гинекологии, но и для педиатрии, и абдоминальной хирургии.

Основными путями распространения инфекции при послеродовом эндометрите являются: а) восходящий, что связано с повышающейся ролью в этиологии гнойно-воспалительных заболеваний условно-патогенных микроорганизмов, обитающих во влагалище беременной женщины. Особенно это свойственно неспецифическим микробам – стафилококкам, стрептококкам;

б) гематогенный (диссеминация бактерий из первичного экстрагенитального очага);

в) лимфогенный (через систему региональных сосудов, чему способствуют обширные дефекты эндометрия и травмы половых органов);

г) интраамниональный, связанный с внедрением в акушерскую практику инвазивных методов исследования (амниоскопия, амниоцентез, кордоцентез, инвазивный фетальный мониторинг и т.д.)

Важная роль в возникновении и течении инфекционного процесса в послеродовом периоде принадлежит защитным механизмам и, особенно, состоянию иммунитета. Установлено, что даже у здоровых женщин во время беременности и после родов наблюдается транзиторный частичный иммунодефицит. Отмечается

угнетение Т-клеточного (Т-лимфоцитопения и снижение пролиферативной активности лимфоцитов, повышение активности Т-супрессоров) и гуморальных звеньев иммунитета. При отсутствии надлежащего иммунного ответа, сила которого запрограммирована ещё и генетически, возникает инфекционный процесс. Большое значение имеют также процессы инволюции матки, резкое падение содержания половых стероидов, перестройка системы кровообращения, появление новой функции – лактации, ведь на лактирующие молочные железы приходится 25% сердечного выброса [17].

Течение послеродового периода сегодня рассматривается с точки зрения учения о ране, а послеродовый эндометрит – как проявление раневой инфекции. Внутренняя поверхность матки после отделения последа представляет собой обширную раневую поверхность, заживление которой протекает согласно общебиологическим законам заживления любой раны. При этом на первом этапе происходит очищение внутренней поверхности матки через воспаление (1 фаза раневого процесса) с последующей эпителизацией и регенерацией эндометрия (2-я фаза раневого процесса). Если нормальный послеродовый период рассматривать как физиологическое завершение процесса репродукции, то в идеале не должно быть патологической воспалительной реакции в эндометрии. В физиологических условиях так и происходит. Раневая поверхность инфильтрируется большим количеством лейкоцитов, и рана быстро заживает без воспалительного инфильтрата и некроза.[18, 19]. В патологических условиях, когда ослаблены защитные силы организма или местный иммунитет (затяжные роды, травмы мягких тканей родовых путей, отрицательные эмоции, связанные с родами, отягощённый анамнез), включается «аварийный» вариант функционирования «физиологической системы соединительной ткани» и начинается экссудативно-деструктивное воспаление. В защитную реакцию включаются клетки с пониженными функциональными возможностями [29].

Заслуживает внимания состояние психоэмоционального статуса женщины во время беременности и родов. Родовой стресс сопровождается значительным напряжением и определённой физиологической дисфункцией нейроэндокринной системы, нарушением процессов адаптации, что может приводить к развитию неадекватных реакций во время родов, а также при перестройке организма женщины в послеродовом периоде и процессе лактации [8,18].

Систематическое клиническое и экспериментальное исследование взаимодействия между душой и телом – одно из новейших направлений в медицине, но его потенциальная ценность огромна, поскольку эмоциональные факторы задействованы в любом заболевании. Точное знание о психосоматических взаимоотношениях будет означать, что наряду с общим терапевтическим лечением пациента удастся оказывать и более прямую и активную психотерапевтическую помощь, правильно скоординированную с основным лечением. Основы психического здоровья закладываются еще в период внутриутробного развития, именно поэтому в последнее время начало уделяться серьезное внимание валеологическим аспектам перинатальной психологии.

Многие отечественные и зарубежные авторы обращали внимание на необходимость во время посещения беременной врача акушера-гинеколога, получить также данные о состоянии ее эмоциональной сферы [1,2,7,43]. При помощи специальных психологических опросников и шкал можно оценить особенности общего состояния беременной, выявить жалобы со стороны различных органов и

систем. Ряд шкал помогает изучить нервно-психическое состояние, соматическое здоровье, социальное положение и отношение беременной женщины к предстоящим родам и материнству, что позволяет рассматривать жалобы беременной под психосоматическим аспектом. Например, исследовав тип психологический компонент гестационной доминанты беременной можно прогнозировать вероятные осложнения в течении беременности, родов и послеродового периода, а следовательно, произвести их профилактику и своевременно начать лечение.

Одним из основным механизмов патогенеза развития воспалительного заболевания половых органов является состояние эндогенной интоксикации, проявляющееся нарушением микро-и макроциркуляции крови, водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия, структурных и ультраструктурных изменений в клетках органов и тканей при гнойно-септических заболеваниях. Первичной причиной возникновения синдрома эндогенной интоксикации являются возбудители. Их эндо-и экзотоксины, а также другие продукты жизнедеятельности угнетают функцию ретикулоэндотелиальной системы, снижают активность фагоцитов, титр комплемента и других факторов неспецифической резистентности организма, нарушают микроциркуляцию в органах и тканях.

Различают три клинические формы эндометрита (лёгкую, средней тяжести и тяжёлую), отличающиеся друг от друга выраженностью отдельных симптомов (боли внизу живота, повышение температуры тела, патологический характер лохий, субинволюция матки, интоксикация) изменениями лабораторных показателей, продолжительностью заболевания. Сроки появления первых симптомов послеродового эндометрита зависят от характера течения заболевания. Так, при тяжёлых и среднетяжёлых формах первые симптомы заболевания появляются чаще на 2-3 сутки. У рожениц с лёгким течением послеродового эндометрита их можно увидеть на 2-4 сутки. Поздняя манифестация клинических симптомов (на 4-6 сутки) выявляется у пациенток со стёртым течением. В настоящее время клиническая картина характеризуется поздней манифестацией симптомов, наличием атипичных, стёртых форм, для которых нередко свойственно несоответствие общей реакции организма и тяжести местного патологического процесса. Вероятность развития эндометрита после абдоминального родоразрешения возрастает в 5-10 раз по сравнению с самопроизвольными родами [12, 23].

Диагностика послеродового эндометрита основывается на данных клинического обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования, среди которых огромное значение имеют: цитологическое и микробиологическое исследование лохий, эхографическое, гистероскопическое и морфологическое исследование соскоба эндометрия [20, 21, 33, 35]. Сочетанное применение эхографии и гистероскопии позволило ряду исследователей выделить клинико-патогенетические варианты этого заболевания: эндометрит на фоне патологических включений в полости матки (задержка выделений, децидуальная ткань, сгустки крови и т.д.) и условно чистый эндометрит [12, 14, 16, 37, 39]. Для первого варианта характерно, что после удаления морфологического субстрата (путем промывания во время гистероскопии или вакуум-аспирации содержимого полости матки, бережного выскабливания) происходит быстрое купирование воспалительного процесса. Терапия так называемого чистого эндометрита, по мнению авторов, представляет более сложную задачу и требует комплексного подхода. Высокоэффективным оказалось применение местной терапии: аспирационно-промывное дренирование матки и

введение в её полость многокомпонентных мазей на гидрофильной основе (левомеколь, диоксидиновая мазь и т.д.) [30,36,39]. Весьма перспективно включение в комплексное лечение послеродовых эндометритов ферментативного кюретажа стенок матки пролонгированными протеолитическими ферментами (профезим), так как повышает эффективность лечения и снижает число осложнений. Предлагаемый «ферментативный кюретаж» стенок матки повышает эффективность лечения послеродовых эндометритов и снижает число как ближайших, так и отдаленных осложнений. Применение предложенного способа лечения предупреждает генерализацию инфекции, что исключает, по утверждению авторов, из лечения хирургическое удаление послеродовой матки. [24]

Комплексное лечение родильниц с послеродовым эндометритом включает общую и местную терапию. Основными компонентами этой терапии являются антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая, утеротоническая, при необходимости – антикоагулянтная, иммуностимулирующая, гормональная терапия, а также немедикаментозные методы. При назначении рациональной антибиотикотерапии необходимо учитывать ряд принципов: а) антибиотики должны назначаться с учётом чувствительности выделенного возбудителя; б) необходимо добиваться создания нужной концентрации в очаге инфекции; в) необходимо учитывать влияние антибиотика на мать и лактацию. Сложность адекватного выбора антибиотика для лечения больных послеродовым эндометритом обусловлена тем, что в момент постановки диагноза и начала терапии отсутствуют данные о микрофлоре-возбудителе воспалительного процесса и её чувствительности к антибактериальным средствам. Поэтому выбор антибиотика для начальной терапии осуществляется с учётом данных о наиболее часто высеваемых возбудителях [15]. Наиболее оптимальным считается сочетание аминогликозидов с линкозамидами; сочетание цефалоспоринов 2-4 поколения с метронидазолом; защищённые аминопенициллины. Лечение можно завершить через 24-48 часов после клинического улучшения [15, 17, 34]. При имеющихся таких факторах риска развития послеродового эндометрита, как: оперативное родоразрешение, большая продолжительность родов, длительный безводный период, большое количество влагалищных исследований, низкий социально-экономический уровень пациенток, целесообразно проводить антибиотикопрофилактику. Результаты длительных исследований показали, что достаточно однократного интраоперационного введения одной терапевтической дозы антибиотика широкого спектра действия, хотя существуют схемы трёхразового введения антибиотика в течение первых суток или трёхдневные курсы антибиотикопрофилактики [15, 27].

Помимо антибактериальных препаратов, терапия эндометрита включает комплекс других мероприятий: инфузионные среды, антикоагулянты, утеротонические, десенсибилизирующие средства и иммунокорректирующие препараты. Однако, необходимость применения утеротонических средств, оспаривается некоторыми исследователями, которые доказали отсутствие влияния их на сроки инволюции матки и частоту послеродовых заболеваний [18].

Всё большее значение в последнее десятилетие приобретают немедикаментозные эфферентные методы терапии и фотомодификации крови [4]. Накопленный опыт применения эфферентных методов показал, что при тяжелых формах послеродового эндометрита, протекающих с выраженной интоксикацией, показаны гемосорбция, плазмаферез в сочетании с лазерным облучением крови (ЛЮК) и (или)

гипербарической оксигенацией (ГБО). Преимуществом ГБО по сравнению с кислородной терапией при обычном давлении является компенсация практически любых форм кислородной недостаточности, создание резерва кислорода в организме, обеспечение метаболических потребностей тканей при снижении скорости кровотока, улучшение диффузии кислорода в тканях.

В последнее десятилетие все большее внимание клиницистов привлекают немедикаментозные, поливалентно действующие эфферентные методы гемокоррекции и фотомодификации крови. Они позволяют удалять из организма патологические элементы и корректировать клеточный, белковый, электролитный, коллоидный и водный баланс и могут быть использованы для лечения любого патологического состояния, если оно сопровождается появлением в крови веществ и продуктов, которые в здоровом организме отсутствуют. Лечебный эффект плазмафереза обусловлен удалением из кровяного русла токсических веществ, аутоантител, иммунных комплексов (антиген-антитело), продуктов метаболизма, компонентов разрушенных тканей и клеток; деплазмированием клеточных элементов “очищающих” систем и форменных элементов крови; повышением функциональной активности и изменением жизнедеятельности кроветворных, стромальных и иммунокомпетентных клеток, при наличии эффекта деблокирования естественных органов “очищения” и фагоцитарной системы, устранения феномена оптической мутности плазмы, улучшения микроциркуляции на фоне экстракорпорального воздействия на реинфузированные форменные элементы крови. Широко используемые методы квантовой терапии (лазерное и ультрафиолетовое облучение крови) активируют ферментные системы эритроцитов. Доказанный детоксикационный, иммунокорректирующий и реологический эффекты обосновывают их применение при гнойных септических заболеваниях. Под влиянием лазерного облучения крови нормализуются функции форменных элементов крови, увеличивается количество IgG и Т-хелперов.

Возможность быстрого удаления бактериальных токсинов и протеолитических ферментов делает применение ПА перспективным при гнойно-септических, хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов. Лечебный эффект гемосорбции и плазмафереза при гнойно-воспалительных осложнениях обусловлен удалением из кровяного русла токсичных веществ, аутоантител, иммунных комплексов, компонентов разрушенных тканей и клеток, повышением функциональной активности и изменением жизнедеятельности кроветворных, стромальных и иммунокомпетентных клеток. Выполнены работы, посвящённые применению квантовой гемотерапии для профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде [32]. Лечебный эффект ультрафиолетового и лазерного облучения достигается за счёт воздействия на форменные элементы крови, белковые структуры плазмы и антиоксидантную систему. В результате облучения крови отмечаются активизация ферментов в эритроцитах, улучшение реологических и снижение коагуляционных свойств крови, изменения в иммунной системе, нормализация процессов перекисного окисления липидов, энергетического баланса организма, бактерицидный эффект.

Таким образом, проведение профилактики и комплексного, своевременного лечения гнойно – воспалительных заболеваний пуэрперия способствует значительному уменьшению частоты тяжелых форм послеродовой инфекции.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
2. Абрамченко В.В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по мат. II-й Межд. Конф. по перинатальной психологии. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им.Д.О. Отта. – СПб.: Издательство Знаменитые Университеты. – 2003. – С.59-61.
3. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. – С.Пб., 1994.
4. Абубакирова А.М., Федорова Т.А., Баранов И.И. и др.// Акуш. и гинек. – 1997.- №6.-с.57-60.
5. Аль-Халаф Салах Еддин, Кутеко А.Н., Стрижова Н.В.//Акуш. и гинек. – 2002.- №1. – с.16-20.
6. Баев О.Р., Стрижаков// Акушерство и гинекология – 1997.-№6 – с.3-7.
7. Боровикова Н.В., Посохова С.Т. Психологическая помощь беременным.// РМЖ.-2000.-№3.-С.10-14.
8. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М., 1998. – с. 56-62; 104-107.
9. Вербицкий В.С. Воспалительные заболевания женских половых органов: Метод. рекомендации.-Минск,2000 г.
10. Герасимович Г.И. Акушерство: Учебное пособие. – Минск.-2004 г.
11. Герасимович Г.И. Сепсис и инфекционно-токсический шок в акушерстве.// Охрана материнства и детства.-2003 г.-Витебск №2.-с.17-24.
12. Горин В.С., Серов В.Н., Семенов Н.Н., Шин А.П. //Акуш. и гинек. – 2001.- №6. – с.10-14.
13. Горин В.С., Серов В.Н., Семенов Н.Н., Шин А.П. //Акуш. и гинек. – 2001.- №6. – с.10-14.
14. Гуртовой Б.Л.//Вестник Рос. Ассоц. акуш.-гинек. – 1994.-№1. – с.16-21.
15. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.,-1996.
16. Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария А.Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. – М.,-1991. – с.67-69.
17. Клименко С.А. Орлов В.М. Принципы современной терапии послеродовой инфекции: Пособие для врачей.-С.Пб.-1995г.
18. Кочиева С.К., и др.//Акуш. и гинек. – 2002.-№1.-с.6-8.
19. Краснопольский В.И., Мареева Л.С. Инфекция в акушерстве.-М.,-1994.-с.87-92.
20. Кузнецов А.А., Вербицкий В.С., Завьялова Н.В.// Новости хирургии. – 1998.- №2. – с.73-74.
21. Кузнецов А.А., Завьялова Н.В., Вербицкий В.С. //Новости хирургии. – 1998.- №2. – с.74-75.
22. Кулинич С.И., Трусов Ю.В., Сухина Е.В. Современные особенности послеродового эндометрита.// Вестник Рос. Ассоциации акушеров гинекологов-1999 г.-№1.-с.47-51.

23. Куперт М.А., Солодун П.В., Куперт А.Ф. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики).//Российский вестник акушера-гинеколога – 2003 г.-№4-с.42-46.
24. Куперт М.А., Куперт А.Ф. // Российский вестник ак.-гинеколог.-2004.-№1.-с.33-36.
25. Кулаков В.И., Вихляева Е.М.// Акуш. и гинеколог. – 1995.-№4. – с.3-6.
26. Мельникова С.Е. Прогностическая значимость результатов гистологического исследования послеродового эндометрита в развитии послеродовых инфекционных заболеваний, применение лучей лазера в профилактике и лечении этих осложнений: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук. – С.Пб. – 1998.
27. Никонов А.П. Послеродовой эндометрит как проявление раневой инфекции (патогенез, принципы диагностики и рациональной терапии): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М.,1993.
28. Полевая С.П. Прогноз и профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений: Автореферат дис. ... канд. мед. Наук.-Винница.,2002г.
29. Потапнев М.Н.//Иммунология. – 1995.-№4 – с.34-40.
30. Потапов М.Е. Комплексная терапия и профилактика эндометрита после кесарева сечения с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения: Автореф.дис. ...канд. мед. наук. – М.,1994.
31. Ракуть В.С. и др. //Охрана материнства и детства. – 2000.-№1. – с.80-83.
32. Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. //Акуш. и гинеколог. – 1997.-№5.- с.64-67.
33. Русова М.Р. //Акуш. и гинеколог. – 2003.-№4.-с.4-7.
34. Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д. Акушерский перитонит.-М., 1997 г.
35. Современные аспекты профилактики и лечения гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии (информация для практических врачей): Ассоциация акушеров-гинекологов Украины.-Киев. – 1998.-с.3-31.
36. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. – М. – 1997.
37. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. //Акуш. и гинеколог. – 1999.-№5. – с.21-27.
38. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А., Баев О.Р., Асланов А.Г. // Акуш. и гинеколог. – 1991.-№5. – с.37-41.
39. Тютюнник В.Л., Гуртовой Б.Л. Профилактика и лечение эндометрита после родов и кесарева сечения// РМЖ, 2002 г., том 10 №18.
40. Усанов В.Д.// Акуш.и гинеколог. – 1994.-№2. – с.20-23.
41. Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф., Баскаков В.П., Кочеровец В.И.// Журн. акуш. и жен. бол. – 1998. – Спец. вып. – С.188-189.
42. Ali Y.// East. Afr. Med. J.1995. Vol. 72. №1. P.60-63.
43. Beckmann R.B., Ling F.W., Barzansky B.M. et al.//Obstetrics and gynecology: Second edition. USA: Baltimor: Williams and Wilkins, 1995. P.227-223.
44. Blenning C.E., Heartner Paladine// Am. Fam. Physician/-2005. – Vol. 72. – P.2491-2497.
45. Casey B.M., Cox S.M., //Infect. Dis. Clin N. Am. – 1997. – Vol/11, N1. – P.203 – 222.
46. Hamaden G., Dedmon C., Mozley P.D.// Am. Fam. Physician/-1995. – Vol. 52, №2. – P. 531 – 538