

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
28 декабря 2007 г.
Регистрационный № 046-0707

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО
ЭНДОМЕТРИТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Л.Ф. Можейко, ассистент М.С. Вербицкая,
канд. мед. наук, доц. В.С. Вербицкий

Минск 2008

Послеродовый эндометрит является наиболее распространенной формой послеродовой инфекции. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении послеродового эндометрита, учитывая такие особенности его течения, как «стертость» клинических проявлений, поздняя манифестация клинической симптоматики, преобладание в структуре эндометритов моносимптомного варианта – субинволюции матки после родов, проблема прогнозирования и поиска эффективных методов терапии остается по-прежнему актуальной.

Инструкция предназначена для врачей акушеров-гинекологов женских консультаций и акушерских стационаров различного уровня оказания медицинской помощи.

В инструкции предлагается комплексная программа профилактики и прогнозирования гнойно-септических осложнений после родов или операции кесарева сечения с учетом индивидуальной оценки группы риска в каждом конкретном случае. Оценка группы риска проводится с помощью специально разработанной прогностической карты, которая применяется с самых ранних сроков беременности.

С помощью специального психологического опросника (приложение 1) нами проводилась оценка особенностей общего состояния беременных с учетом их психосоматического статуса.

Нами предложен диагностический алгоритм (рис. 1), позволяющий прогнозировать вероятность развития послеродовых эндометритов на различных этапах наблюдения беременной, роженицы и родильницы, что явилось основанием для разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий и способствовало значительному снижению частоты развития тяжелых форм послеродовой инфекции.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Индивидуальная карта беременной, история родов, психологический опросник «Отношение к беременности».
2. Разработанная индивидуальная прогностическая карта оценки риска возникновения послеродового эндометрита.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Инструкция показана для профилактики послеродового эндометрита и предназначена для врачей акушеров-гинекологов женских консультаций и акушерских стационаров различного уровня оказания медицинской помощи.



Рис. 1. Алгоритм диагностики послеродового эндометрита с учетом факторов риска во время беременности, в родах и послеродовом периоде

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Данный способ прогнозирования развития послеродового эндометрита разработан с целью раннего выявления родильниц группы высокого риска для своевременного проведения им профилактических мероприятий, что позволит снизить количество послеродовых гнойно-септических осложнений.

Для прогнозирования развития послеродового эндометрита нами разработаны на этапе наблюдения беременной в женской консультации специальные карты для врачей акушеров-гинекологов (табл. 1) и на этапе наблюдения роженицы и родильницы в акушерском стационаре (табл. 2).

Оценка психосоматического статуса проводилась с определением типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД), используя опросник «Отношение к беременности», разработанный И.В. Добряковым, согласно которому беременных можно разделить на пять групп в зависимости от типа ПКГД: оптимального (О), гипогестогнозического (Г), эйфорического (Э), тревожного (Т) и депрессивного (Д).

Таблица 1

Прогностическая карта оценки риска возникновения послеродового эндометрита при наблюдении беременной в женской консультации

Наименование признака	Наименование	Диагностический коэффициент
1. Осложнения беременности	Без осложнений	-15
	Два и более осложнения	+1
	Угроза прерывания беременности	+1
	Гестационный пиелонефрит	+1
	Кольпит	+2
	Анемия	+3
	Гестоз	+2
	Хроническая гипоксия плода	+12
	Многоводие	+12
2. Сопутствующие экстрагенитальные заболевания	Нет патологии	-3
	Два и более сопутствующих экстрагенитальных заболевания	+7
	Болезни почек и мочевыводящих путей	+4
	Болезни системы кровообращения	+4
	Болезни эндокринной системы	+3

	Отягощенный аллергологический анамнез	+6
	Заболевания органов дыхания	+2
3. Сопутствующие генитальные заболевания	Нет патологии	-5
	Два и более сопутствующих генитальных заболевания	+4
	Эрозия шейки матки	+1
	Инфекции, передающиеся половым путем	+2
	Миома матки	+1
4. Возраст женщины	До 19 лет	+2
	20-24 года	0
	25-29 лет	-2
	30 лет и старше	+2
5. Образование	Высшее	-2
	Незаконченное высшее	0
	Среднее специальное	+2
	Среднее или незаконченное среднее	+5
6. Семейное положение	Замужем	0
	Не замужем	+4
7. Возраст начала половой жизни	До 17 лет	+4
	18 лет и старше	-2
8. Аборты в анамнезе	Не было	-1
	Один	+3
	Два и более	+7
9. Психосоматический статус	Оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты	-3
	Другие типы ПКГД	+1
10. Срок взятия на учет по беременности	До 11 нед.	0
	От 12 до 21 нед.	+1
	22 нед. и более	+12
11. Паритет беременностей	Первая	-1
	Вторая	0
	Третья и более	+2
12. Паритет родов	Первые	0
	Вторые	-1
	Третьи и более	-2
13. Срок родов	Срочные	0
	Преждевременные	+12
	Запоздалые	+12

Для прогнозирования развития эндометрита на этапе наблюдения рожениц и родильниц, необходимо использовать специально разработанные карты для акушерских стационаров (табл. 2).

Таблица 2

Прогностическая карта оценки риска возникновения послеродового эндометрита при наблюдении рожениц и родильниц в акушерском стационаре

Наименование признака	Наименование	Диагностический коэффициент
1. Осложнения в родах	Без осложнений	-9
	Два и более осложнения	+8
	Аномалии родовой деятельности	+6
	Острая гипоксия плода	+4
	Преждевременное или раннее излитие околоплодных вод	+4
	Аномалии расположения и отделения последа	+12
	Индукцированные роды	+6
2. Сопутствующие экстрагенитальные заболевания	Нет патологии	-3
	Два и более сопутствующих экстрагенитальных заболевания	+7
	Болезни мочевыводящих путей	+4
	Болезни системы кровообращения	+4
	Болезни эндокринной системы	+3
	Отягощенный аллергический анамнез	+6
	Заболевания органов дыхания	+2
3. Кратность влагалищных исследований	Три и менее	-1
	Четыре и более	+12
4. Длительность безводного промежутка	До 6 часов	-2
	Семь часов и более	+9
5. Срок родов	Срочные	0
	Преждевременные	+12
	Запоздалые	+12
6. Продолжительность	Нормальные	-1

родов	Быстрые	+8
	Стремительные	+12
	Затяжные	+12
7. Оперативные вмешательства в родах и в раннем послеродовом периоде	Без оперативных вмешательств	-1
	Ручное или инструментальное обследование полости матки	+12
	Экстренное кесарево сечение	+10
8. Объем кровопотери в родах	До 500 мл	-1
	501 мл и больше	+3
9. Повреждения тканей мягких родовых путей	Без повреждений мягких родовых путей	-2
	Разрыв шейки матки	+10
	Разрыв влагалища	+1
	Разрыв промежности	+5
10. Сопутствующие генитальные заболевания	Нет патологии	-5
	Два и более заболевания	+4
	Эрозия шейки матки	+1
	Инфекции, передающиеся половым путем	+2
	Миома матки	+1
11. Возраст женщины	До 19 лет	+2
	20-24 года	0
	25-29 лет	-2
	30 лет и более	+2
12. Образование	Высшее	-2
	Незаконченное высшее	0
	Среднее специальное	+2
	Среднее или незаконченное среднее	+5
13. Семейное положение	Замужем	0
	Не замужем	+4
14. Возраст начала половой жизни	До 17 лет	+4
	18 лет и старше	-2
15. Аборты в анамнезе	Не было	-1
	Один	+3
	Два и более	+7
16. Срок взятия на учет по беременности	До 11 нед.	0
	От 12-21 нед.	+1
	22 нед. и более	+12

17. Паритет беременностей	Первая	-1
	Вторая	0
	Третья и более	+2
18. Паритет родов	Первые	0
	Вторые	-1
	Третьи и более	-2
19. Осложнения беременности	Без осложнений	-15
	Два и более осложнения беременности	+1
	Угроза прерывания беременности	+1
	Гестационный пиелонефрит	+1
	Кольпит	+2
	Анемия	+3
	Гестоз	+2
	Хроническая гипоксия плода	+12
	Многоводие	+12
20. Расположение плаценты в матке	На передней стенке матки	+1
	На задней стенке матки	-1
21. Площадь поверхности плаценты	До 359 см ²	-5
	360-389 см ²	+3
	390 см ² и более	+6
22. Психосоматический статус	Оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (ОТПКГД)	-3
	Другие типы ПКГД	+1
23. Масса плода, количество плодов	До 3000 г	+2
	3001-4000 г	-1
	4001 г и больше	+4
	Многоплодная беременность	+12
24. Заболеваемость новорожденных	Да	+5
	Нет	-1
25. Совместное	Да	0

пребывание матери и ребенка после родов	Нет	+6
26. Расширение полости матки (УЗИ на 3-4 сутки после родов)	До 8 мм	-12
	9 мм и более	+3
27. Содержание гемоглобина (г/л)	До 90	+12
	91-100	+6
	101-110	+4
	111 и более	-1

Оценка результатов прогностической таблицы проводится по сумме диагностических коэффициентов факторов риска, выявленных в каждом конкретном случае. При отсутствии возможности оценить какой-либо фактор риска возникновения послеродового эндометрита, он может не включаться в общую сумму баллов.

Суммирование выполняется в порядке перечисления признаков. Так, сумма баллов от -10 до +9 указывает на отсутствие риска возникновения эндометрита после родов, при сумме значений от +10 до +14 – риск возникновения послеродового эндометрита низкий, диапазон от +15 до +19 соответствует среднему риску развития послеродового эндометрита, +20 и более баллов свидетельствует о высоком риске послеродового эндометрита.

Профилактика гнойно-воспалительных послеродовых осложнений должна начинаться с первых недель беременности. В женской консультации необходимо выявлять беременных в соответствии с группой риска развития послеродовых осложнений с целью своевременного проведения им лечебно-профилактических мероприятий.

С учетом проведенных исследований нами разработана комплексная программа профилактики гнойно-септических осложнений после родов или операции кесарева сечения, включающая 3 этапа:

1 этап – выделение беременных с учетом групп риска развития послеродового эндометрита с целью проведения им адекватных лечебно-профилактических мероприятий;

2 этап – прогнозирование и обеспечение минимальной вероятности инфицирования во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

3 этап – ранняя диагностика и своевременное лечение локализованных форм гнойно-септических осложнений с целью профилактики генерализации процесса.

КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

I. Этап оказания амбулаторной помощи:

1) *до гестации* – прегравидарная подготовка женщин групп риска;

2) *во время гестации* – в сроке до 12 недель беременности комплексное обследование женщин для выявления имеющихся нарушений с учетом общеклинических, иммунологических, бактериологических показателей с целью проведения 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 с последующей психологической коррекцией риска.

II. Этап оказания стационарной акушерской помощи:

1. Общие профилактические мероприятия:

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;

- при абдоминальном родоразрешении разрез на матке в нижнем сегменте по Дерфлеру;

- ушивание разреза на матке отдельными или непрерывным швами с использованием синтетических рассасывающихся шовных нитей;

- тщательная обработка полости матки антисептиком (спирт 70°);

3) *после родов (операции)* – соблюдение принципа цикличности заполнения палат;

- измерение температуры тела дважды в сутки: утром с 6 до 8 часов, вечером с 17 до 19 часов;

- проведение адекватной инфузионной терапии в течение 1-2 суток после операции и патологических родов;

- восполнение объема кровопотери;

- стимуляция кишечника на 2-й день после операции;

- профилактика тромбоэмболических осложнений;

- профилактика субинволюции матки (стимуляция лактации, регуляция функции мочевого пузыря и кишечника, раннее вставание, ЛФК и др.);

- профилактика раневой инфекции путем обработки послеоперационного шва антисептиком (1% йодонат, 5% перманганат калия), со 2 суток фототерапия на область послеоперационного шва;
- проведение антибактериальной терапии;
- активное ведение родильниц после оперативного родоразрешения (раннее вставание, ЛФК, ФТЛ);
- своевременная немедикаментозная коррекция психовегетативных расстройств.

2. Индивидуальные меры профилактики:

1) *до родов* – выявление и лечение генитальной и экстрагенитальной патологии;

- санация очагов хронической инфекции;
- неспецифическая стимуляция факторов иммунной защиты;

2) *во время родов (операции)* – интраоперационная антибиотикопрофилактика для беременных группы низкого риска рекомендуется в виде однократного введения цефалоспоринов I-II поколения (цефазолин внутривенно 2 г), для беременных групп среднего и высокого риска следует назначать цефалоспорины III-IV поколения (цефуроксим внутривенно 1,5 г) в сочетании с метронидазолом после рождения (извлечения) плода и пережатия пуповины;

- у беременных группы высокого риска в случае абдоминального родоразрешения при наличии показаний возможно расширение объема оперативного вмешательства до экстирпации матки с маточными трубами;

3) *в послеродовом периоде* – антибиотикопрофилактика родильницам группы среднего риска развития гнойно-септических осложнений проводится интраоперационно и повторяется через 6 и 12 ч после родов (операции), т. е. в 3-дозовом режиме;

- назначение антибиотиков родильницам с высокой степенью инфекционного риска проводится интраоперационно и продолжается с первых суток после родов (операции) в курсовой дозе. При этом следует учитывать, что антибиотики поступают в грудное молоко, поэтому родильницам, кормящим грудью, противопоказаны антибиотики группы тетрациклина, рифампицина, левомицетина и др.;

- УЗИ показано всем родильницам групп риска на 3-4 сутки после родов (операции);

- при выявлении лохиометры производится бережное опорожнение полости матки под гистероскопическим контролем;

- показано также аспирационно-промывное дренирование полости матки растворами антисептиков с введением многокомпонентных мазей на гидрофильной основе (левомеколь, диоксидиновая мазь);

- применение иммуномодуляторов и немедикаментозных эфферентных методов терапии: магнитотерапии, гипербарической оксигенации (ГБО).

На основании выполненных научных исследований нами разработаны и предложены методы комплексной профилактики эндометрита с использованием магнитотерапии и гипербарической оксигенации.

Магнитотерапия проводилась всем обследованным женщинам с использованием аппарата «СЕТА-Д» в виде импульсного магнитного поля средней и низкой частоты, интенсивность магнитного поля – 1,0 Тл, частота импульсов в минуту – 20, интервал времени между импульсами – 30-100 мс, ежедневно, количество процедур – 3-5 с 1-3 суток послеродового или послеоперационного периода по 1-2 сеанса в день продолжительностью от 5 до 10 мин.

ГБО использовалась нами в комплексной профилактике гнойно-септических осложнений у родильниц группы среднего и высокого риска со 2-5 суток послеродового или послеоперационного периода. При этом рабочее давление в барокамере соответствовало 1,5 ата, продолжительность сеанса 30 мин, время компрессии и декомпрессии по 5 мин, на курс лечения от 3 до 5 сеансов по 1-2 сеанса в день.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ГБО: клаустрофобия и артериальная гипертензия (более 160/100 мм рт. ст.).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Не выявлены.

Приложение 1

Текст «Теста отношений беременной»
(для оценки типа психологического компонента гестационной доминанты)

Блок А		
I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна.
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна.
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении.
	4	В основном, мне приятно сознавать, что я беременна.
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни.
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать.
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни.
	4	Беременность так изменила мой образ жизни, что она стала прекрасной.
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим планам.
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах.
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь.
	3	Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно и не испытываю особого страха перед ними.
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я почти не сомневаюсь в их плохом исходе.
	5	Я думаю о родах как о предстоящем празднике.

Блок Б

I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справиться с обязанностями матери.
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью.
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве.
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью.
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью.
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним.
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю.
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать.

	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю.
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого.
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить грудью.
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью.
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью.
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением ребенка грудью.
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью.

Блок В

I	1	Я считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка.
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка.
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне.
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне.
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка.
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними.
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении.
	3	Большинство близких мне людей не одобряет то, что я беременна, отношения с ними ухудшились.
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей.
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит.
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я беременна.
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я беременна.
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я беременна.
	4	Мне совершенно безразлично, замечают окружающие или нет, что я беременна.
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я беременна.

Таблица для внесения результатов обследования по «Тесту отношений беременной»

Блоки	Разделы	Типы психологического компонента гестационной доминанты				
		О	Г	Э	Т	Д
А	І	4	2	1	3	5
	ІІ	2	3	4	1	5
	ІІІ	3	1	5	2	4
Б	І	5	3	4	1	2
	ІІ	1	4	2	3	5
	ІІІ	3	1	2	5	4
В	І	3	2	1	5	4
	ІІ	1	4	2	5	3
	ІІІ	5	4	3	2	1
	Всего					

В нижней строке таблицы – («Всего») – выставляется результат количества отмеченных цифр (а не их суммы). В случае если количество отмеченных цифр (баллов) составит 7 и более, этот тип ПКГД можно считать определяющим.