

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ САХА
(ЯКУТИЯ)

ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите
Зам.директора по УР



Иванова М.Н.

БАРАШКОВА ЕЛИЗАВЕТА ВЛАДИМИРОВНА
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНДОМЕТРИТОМ

(на примере женской консультации

«центр охраны здоровья семьи и репродукции»)

Выпускная квалифицированная работа

по специальности 32.02.02. – «Акушерское дело»

Руководитель-

Алексеева Елена Геннадиевна

Якутск 2018г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. Эндометрит, особенности течения.....	5
1.1 Понятие и классификация эндометрита.....	5
1.2 Хронический и острый эндометрит.....	10
1.3 Послеродовой эндометрит.....	14
ГЛАВА II. Заболеваемость эндометритом по РФ, РС (Я)	
2.1 Заболеваемость эндометритом в РФ	27
2.2 Заболеваемость эндометритом в Республике Саха (Якутия).....	35
2.3 Заболеваемость эндометритом в "Центр охраны здоровья семьи и репродукции".....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
ВЫВОДЫ.....	41
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Воспалительные заболевания половых органов у женщин на протяжении многих десятилетий занимали и занимают первое место среди гинекологических болезней и часто вызывают нарушение функций органов и систем женского организма. Рост числа воспалительных заболеваний половых органов во всех странах мира является следствием изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета.

Эндометрит в современных условиях является распространенной патологией среди воспалительных заболеваний женских половых органов и приводит к развитию различных осложнений, иногда со смертельным исходом и нарушением репродуктивной функции, что имеет, безусловно, важное медико-социальное значение [3].

Довольно часто женщины после родов, сложных аборт, бесплодия, выкидышей и различных гинекологических вмешательств сталкиваются с таким диагнозом, как эндометрит.

Хроническое воспаление эндометрия — одна из наиболее острых проблем современной гинекологии. Это обусловлено не только высокой частотой данной проблемы у женщин репродуктивного возраста, но и значимостью повреждения эндометрия как причины нарушений менструальной функции, эндокринного дисбаланса, не вынашивания беременности, бесплодия и неудовлетворительных результатов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также снижения качества жизни женщин.

Это говорит о том, что до настоящего времени не решен вопрос профилактики хронического эндометрита после внутриматочных вмешательств, нет методов диагностики, позволяющих верифицировать диагноз, избегая повторных «вхождений» в полость матки.

Цель исследования: изучение заболеваемости эндометритом на примере женской консультации «Центр охраны здоровья семьи и репродукции»

Задачи исследования:

1. Изучить этиологию, патогенез, классификацию, осложнения, диагностику эндометрита.
2. Провести анализ заболеваемости эндометритом в РФ, РС(Я) женской консультации «Центр охраны здоровья семьи и репродукции»
3. Разработать практические рекомендации по профилактике эндометрита.

Гипотеза: заболеваемость эндометритом зависит от профилактической работы со школьной скамьи, профессионализма медицинских работников.

Практическая значимость: результаты исследования подтвердили частоту встречаемости заболевания среди женщин репродуктивного возраста, важность профилактической работы с населением. Результаты исследования могут быть использованы в медицине и образовании.

ГЛАВА I. ЭНДОМЕТРИТ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

1.1. Понятие и классификация эндометрита

Эндометрит - воспалительный процесс во внутреннем слизистом слое матки - эндометрии. Часто сочетается с воспалением мышечного слоя матки - эндомиометрит. Эндометрий является внутренней функциональной оболочкой матки, меняющей свое строение на протяжении менструального цикла. Каждый цикл он вырастает и созревает заново, готовясь к прикреплению оплодотворенной яйцеклетки, и отторгается, если беременность не наступает. В норме полость матки, выстланная эндометрием, надежно защищена от проникновения инфекции [2]. Но при определенных условиях инфекционные возбудители легко попадают в матку и вызывают воспалительную реакцию ее внутреннего слоя эндометрит.

По характеру течения выделяют острую и хроническую форму эндометрита.

Инфицирование матки происходит тремя путями:

1. Восходящим путем из канала шейки матки, влагалища
2. Лимфогенно
3. Гематогенно

Причины возникновения

Структура эндометрия матки является двухслойной: первый слой называется базальным, а второй - функциональным. Именно в функциональном слое может развиваться эндометрит. Происходит это в результате повреждения его структуры и проникновения через эти повреждения вирусов, приводящих к серьезным осложнениям. Этому способствует хрупкость и чувствительность данного слоя.

Самыми распространенными причинами повреждения эндометрия являются:

1. неаккуратность спринцевания,
2. роды,
3. обследование маточных труб,

4. аборты,
5. введение ВМС,
6. зондирование полости матки,
7. выскабливание полости матки.

Среди инфекций, способных привести к эндометриту, можно выделить:

1. хламидии,
2. туберкулезную бактерию,
3. кишечную палочку,
4. протей,
5. клебсиеллу,
6. дифтерийную палочку,
7. энтеробактер,
8. микоплазму,
9. стрептококки группы В.

Из других причин развития эндометрита можно выделить:

1. снижение иммунитета на фоне стресса, переутомления, авитаминоза, хронического отравления или заболеваний внутренних органов,
2. незащищенный половой акт в период менструаций,
3. несоблюдение правил личной гигиены.

Симптомы:

У пациентки появляются боли при эндометрите в нижней части живота, выделения из влагалища с неприятным запахом, болезненное мочеиспускание.

Различают две формы эндометрита:

1. острую
2. скрытую

Одно из их отличий заключается в степени проявления симптомов: скрытая форма может протекать очень вяло, и диагностировать ее может помочь лишь

тщательное и детальное обследование организма. Симптоматика же острого эндометрита более выражена, однако она во многом схожа с проявлениями при недомоганиях, характерных периоду менструаций, и других болезненных состояниях [4].

К основным симптомам эндометрита относятся:

1. болезненные ощущения внизу живота (схожие с болями при менструациях),
2. температура тела 38 - 39°C,
3. общая усталость организма,
4. озноб,
5. подавленное эмоциональное состояние,
6. низкие показатели лейкоцитов и СОЭ в анализе крови,
7. выделения из влагалища различного характера (мажущие, красные, бурые, гнойные),
8. нарушения менструаций (скудность или обильность),
9. увеличенные размеры и болезненность матки.

Повышение температуры тела является прямым указанием на наличие воспалительного процесса в организме. Если в течение 1 - 2-х дней она держится на указанном уровне, и при этом отсутствуют симптомы какого-либо заболевания, то следует обратиться к врачу. Не рекомендуется сбивать температуру с помощью таблеток. В начальной стадии эндометрита в большинстве случаев наблюдаются мажущие выделения красного цвета.

Спустя несколько дней они становятся гнойными и приобретают бурый цвет. Отсутствие лечения приводит к прогрессированию заболевания и распространению его по маточным трубам.

Длительность временного промежутка между заражением и появлением первых симптомов зависит от вида эндометрита: после естественных родов он равняется 4 - 6 дней, при кесаревом сечении - от 1,5 суток, а при хроническом

может быть довольно значительным (при этом заболевание прогрессирует в полости матки, несмотря на слабые симптомы).

Признаки:

Если вы наблюдаете признаки эндометрита после кесарева, аборта, другого подобного вмешательства, а также вышеперечисленные симптомы, не связанные с течением какого-либо заболевания, срочно обращайтесь за медицинской помощью. Своевременная диагностика острого эндометрита значительно облегчает лечение и предотвращает развитие заболевания.

Косвенные признаки эндометрита можно увидеть на ультразвуковом обследовании. Опытный врач сможет различить симптомы, как начальной стадии заболевания, так и его хронической формы. Как правило, эхо признаки эндометрита определяют по:

1. степени увеличения матки;
2. толщине эндометрия;
3. наличию спаек в полости матки.

Помимо эхо признаков эндометрита, которые показывает ультразвуковое обследование, симптомы заболевания выявляются в процессе опроса пациентки. Как правило, изучив жалобы женщины и проанализировав регулярность менструального цикла, врач сможет поставить предварительный диагноз и назначить дальнейшее обследование. [5]

Если признаки эндометрита на УЗИ не дают полной картины о степени тяжести и развитии заболевания, то биопсия эндометрия предоставляет гораздо больше информации. Поскольку биопсия является достаточно сложной и болезненной процедурой, такой анализ проводят только в тяжелых случаях.

При отсутствии лечения эндометрит принимает более тяжелую форму, а также может стать причиной бесплодия. Стоит отметить, что запущенный или не

долеченный эндометрит, приобретая хроническую форму, поражает и другие органы организма человека.

Диагностика:

Как диагностировать эндометрит? Начальным этапом диагностики эндометрита является анализ врачом анамнеза пациентки и выявленных симптомов. При наличии подозрений на развитие болезни проводится гинекологический осмотр и пальпация матки. Она не должна быть увеличена в размерах и болезненно реагировать на прикосновения.

В противном случае берется мазок и отбирается материал на посев с целью определения типа и особенностей возбудителя, а также его реакции на медикаментозные препараты. Также необходимо провести биохимические и клинические анализы крови. Подтверждением эндометрита является обнаружение лейкоцитоза, сдвиг влево лейкоцитарной формулы и ускорение СОЭ.

Эффективным диагностическим инструментом является УЗИ матки, при котором возможно выявление увеличенной толщины ее слизистой оболочки, гноя, сгустков крови, остатков плацентарной ткани, изменений ухоженности ткани (симптом метро эндометрита). Довольно часто распространение воспаления достигает яичников и маточных труб. Это также эффективно выявляется вовремя УЗИ.

Обследование больных с хроническим эндометритом выявляет не только неравномерность и утолщение эндометрия, но и спайки в полости матки. Их опасность заключается в возможном бесплодии. Основная трудность в диагностике хронического эндометрита заключается в сходности его симптомов с проявлениями других заболеваний женской половой сферы. Наибольшей достоверностью результатов обладает постоянный вялотекущий воспалительный процесс и постоянное высмеивание одной и той же флоры.

При неправильном диагнозе и последующем неправильном лечении возможны следующие осложнения:

1. спаечные процессы,
2. эндометриоз,
3. инфицирование новорожденного,
4. осложнения при протекании беременности и родов,
5. мертворожденность,
6. не вынашивание беременности,
7. внематочная беременность,
8. заражение ВИЧ,
9. бесплодие,
10. эрозия шейки матки,
11. полипы шейки матки,
12. миома матки,
13. нарушение менструального цикла

1.2. Хронический и острый эндометрит

Острый эндометрит представляет собой острое воспаление эндометрия. Эндометрий - это внутренний слизистый слой, выстилающий матку. [10]. В течение менструального цикла эндометрий меняет свое строение. Он растет и зреет каждый цикл заново, подготавливаясь к закреплению оплодотворенной яйцеклетки. Если беременность не наступает, он отторгается. Полость матки, устланная эндометрием, в норме надежно защищена от попадания возбудителей заболевания, но при некоторых условиях инфекция без труда попадает в орган и начинает развиваться воспалительный процесс.

Появлению острого эндометрита зачастую предшествуют манипуляции внутри матки. Это могут быть роды, аборты, выскабливание органа с целью диагностики и др. В случае наличия остатков плаценты, плодного яйца,

сгустков крови создается благоприятная среда для развития острого воспалительного процесса внутри матки.

Причины заболевания, следующие:

1. Травмы роженицы при родах. В полость матки может проникнуть инфекция при разрывах влагалища, промежности и шейки матки.
2. Повреждение слизистой влагалища. Чрезмерные спринцевания, несоблюдение норм гигиены, использование вагинальных противозачаточных средств изменяют нормальную микрофлору и нарушают защитные свойства.
3. Месячные, роды, аборты. При кровяных выделениях происходит ощелачивание кислой среды во влагалище, снижаются его противовоспалительные свойства, и болезнетворные микроорганизмы начинают активно размножаться.
4. Внутриматочные спирали. При длительном нахождении в полости матки спираль становится потенциальным источником инфицирования.
5. Применение тампонов. Эти средства гигиены являются оптимальной средой для роста болезнетворных организмов.
6. Постоянный стресс. Снижает общий иммунитет организма, делает его уязвимым для инфекций.

Симптомы острого эндометрита

- а. Заболевание обычно начинает развиваться на 4 сутки после заражения.

Признаки болезни, следующие:

2. повышение температуры тела;
 - а. болевые ощущения в нижней части живота;
3. обильные выделения с неприятным запахом;
4. маточные кровотечения;
5. общая слабость и головные боли, вызванные интоксикацией;
 1. учащение сердцебиения;
 2. озноб;

3. болезненность мочеиспускания.

Лечение острого эндометрита

Острый эндометрит лечится стационарно, так как присутствует риск возникновения септических осложнений (перитонита, параметрита, пельвиоперитонита).

Больная должна соблюдать постельный режим. Ей необходимо обеспечить физический и психологический покой. Рацион должен состоять из легких, полезных продуктов, важно придерживаться питьевого режима. [14]

Лечение острого эндометрита заключается в антибактериальной терапии, учитывая чувствительность возбудителя заболевания к антибиотикам. Так как результаты бактериологических анализов невозможно получить раньше, чем через неделю после взятия мазка, а лечение нужно начинать безотлагательно, вначале назначают антибиотики широкого спектра действия. При наличии различных микроорганизмов прописывают сочетание нескольких препаратов.

Для ликвидации последствий интоксикации организма внутривенно вводят физиологический и белковый раствор до 2,5 л в сутки. Также в схему лечения включают поливитаминные, иммуномодулирующие, антигистаминные, противогрибковые препараты и пробиотики.

На область живота кладут холод с кровоостанавливающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью по схеме: два часа - холод, полчаса - перерыв.

При уменьшении острых симптомов с целью избежать появления спаек врач назначает физиотерапевтические процедуры и медицинские пиявки.

Хронический эндометрит - это хроническое воспаление внутреннего слоя матки (эндометрия), которое может быть вызвано различными бактериями или вирусами.

При хроническом эндометрите нарушаются процессы роста и отторжения эндометрия, что может привести к нарушениям менструального цикла,

маточным кровотечениям, к бесплодию или привычному не вынашиванию беременности.

Причины хронического эндометрита

В норме полость матки должна быть стерильной, то есть, в матке не должно быть никаких бактерий или вирусов. В отличие от матки, влагалище, наоборот, в норме обладает целой микрофлорой различных бактерий. Шейка матки, расположенная между этими двумя органами, не дает бактериям из влагалища попасть в полость матки.

Если по какой-либо причине бактерии или вирусы попадают в полость матки, то развивается острое или хроническое воспаление эндометрия (острый или хронический эндометрит). [15]

Симптомы и признаки хронического эндометрита

Хронический эндометрит может длительное время протекать, не вызывая вообще никаких симптомов. В некоторых случаях симптомы выражены настолько слабо, что могут оставаться незамеченными.

Основные проявления хронического эндометрита это:

- ноющие боли внизу живота, которые появляются после физических нагрузок или в покое
- боли во время секса
- выделения с неприятным запахом из влагалища (выделения могут быть прозрачными, белыми, желто-зелеными или коричневыми)
- нарушения менструального цикла: отсутствие месячных, частые задержки, нерегулярный менструальный цикл, маточные кровотечения (длительные и обильные месячные), либо кровянистые выделения в середине цикла, незадолго до месячных или вместо месячных.

Лечение хронического эндометрита

Лечение хронического эндометрита зависит от результатов обследования. Как правило, схема лечения включает антибиотики или противовирусные

лекарства, протеолитики, витамины и средства, улучшающие микроциркуляцию, физиотерапевтические процедуры и иногда гормональное лечение.

Профилактика осложнений хронического эндометрита

При хроническом эндометрите в полости матки могут образовываться спайки (синехии). Синехии это перегородки из соединительной ткани, которые могут стать одной их основных причин бесплодия.

Для того чтобы предотвратить образование синехии и разрушить уже имеющиеся синехии, врач может рекомендовать протеолитическую терапию (препараты Вобэнзим, Лонгидаза и т.д.)

Для восстановления микроциркуляции в матке и улучшения местного обмена веществ также назначаются витамины и физиотерапевтические процедуры (электрофорез, лазеротерапия и др.)

Антибиотики и противовирусные лекарства

При наличии бактериальной инфекции обязательно назначается антибактериальное лечение (антибиотики). Так как разные бактерии чувствительны к разным видам антибиотиков, не существует универсальной схемы лечения для всех женщин, страдающих хроническим эндометритом. Схема лечения будет зависеть от причины эндометрита в каждом конкретном случае. Если в полости матки был обнаружен вирус генитального герпеса, то назначается специфическое противовирусное лечение (обычно, Ацикловир) и лекарства, повышающие иммунитет (иммуномодуляторы).

1.3 Послеродовой эндометрит

В течение всего цикла матка готовится принять оплодотворенную яйцеклетку. Если беременность не наступила, функциональный слой матки отторгается (проходит менструация). [11] Если после родов в матке возникает воспаление, то это может приводить к различным осложнениям - от бесплодия до невынашивания беременности и различных нарушений в течение беременности.

Частота эндометрита после самопроизвольных родов составляет 2- 5%, после кесарева сечения 10-20%. Предлежание плаценты иногда приводит к кровотечению и создает условия для возникновения и развития инфекции во время родов и послеродовом периоде, что также с большой вероятностью может привести к развитию эндометрита. Обычно эндометрит начинается на 2-3 день после родов.

Симптомы послеродового эндометрита

Классическая легкая форма послеродового эндометрита начинается относительно поздно, на 5-12 сутки

послеродового периода. Температура тела повышается до 38° - 39° С. Иногда имеет место озноб при первом

повышении температуры. Пульс учащается до 80-100 уд/мин. В крови увеличивается количество лейкоцитов и увеличение СОЭ. Общее самочувствие у рожениц существенно не страдает. У пациенток отмечается болезненность матки, которая сохраняется в течение 3-7 суток. Размеры матки несколько увеличены, а выделения из матки длительное время остаются кровянистыми. Тяжелый послеродовой эндометрит начинается, как правило, более рано, на 2-4 сутки после родов. При этом почти в $\frac{1}{4}$ наблюдений это осложнение развивается на фоне хориоамнионита, после осложненных родов или оперативного вмешательства. При динамическом наблюдении у пациенток с тяжелой формой улучшения за сутки не происходит, и в ряде наблюдений даже имеет место ухудшение течения осложнения. Пациентку беспокоят головные боли, слабость, боли внизу живота. Отмечается нарушение сна, аппетита, частота сердцебиений увеличивается до тахикардия до 90-120 уд/мин. Температура тела нередко повышается до 39° С и выше, сопровождается ознобами. Происходит увеличение количества лейкоцитов и СОЭ в крови. При осмотре выявляется болезненность и увеличенные размеры

матки. Выделения из матки с 3-4 суток становятся бурыми и в дальнейшем приобретают гнойный характер. [14]

После начала лечения температура тела, как правило, нормализуется в течение 2-4 суток. Исчезновение болезненности и нормализация характера выделений из матки происходит к 5-7 суткам лечения. Картина крови улучшается к 6-9 суткам. Однако чаще всего на практике клиническая картина заболевания не отражает степени тяжести состояния больной. Послеродовой эндометрит при этом имеет стертый характер, и его выявление представляет определенные трудности. Стертая форма послеродового эндометрита может иметь место как после самопроизвольных, так и после оперативных родов. Заболевание часто начинается на 3-4 сутки. У отдельных больных оно может начать проявляться как на 1-е сутки, так и на 5-7 сутки после родов. У большинства больных температура тела вначале не превышает 38°C , а озноб наблюдается редко. У большинства больных выделения из матки в начале бурые, переходят в сукровичные и в ряде наблюдений в гнойные со специфическим ихорозным запахом. Болезненность матки сохраняется в течение 3-8 суток, а иногда продолжается до 14-16 дня заболевания. На фоне проводимого лечения температура нормализуется в течение 5-10 суток. Однако у некоторых больных субфебрильная температура может сохраняться до 12-16 суток. Инволюция матки замедлена. Нормализация картины крови чаще всего наступает на 6-15 сутки болезни. Нередко после нормализации температуры и улучшения картины крови заболевание рецидивирует с теми же клиническими проявлениями, что и в начале, и продолжается от 2 до 8 дней. Стертая форма послеродового эндометрита может также приводить и к генерализации инфекции на фоне недооценки тяжести больной и неадекватного лечения.

Эндометрит после кесарева сечения

Определенного внимания заслуживает эндометрит после кесарева сечения, возникновение которого во многом зависит от экстренности выполнения

операции. [5] После планового кесарева сечения доля эндометрита составляет 5-6%, а после экстренного абдоминального родоразрешения от 22 до 85%. Эндометрит после кесарева сечения чаще всего протекает в тяжелой форме в связи с тем, что происходит первичное инфицирование области восстановленного разреза на матке и быстрое распространение воспалительного процесса за пределы слизистой оболочки с последующим развитием миометрита, лимфаденита и метротромбофлебита. В условиях воспаления нарушаются процессы заживления в рассеченной стенке матки. Кроме того, снижена и сократительная активность матки, что затрудняет отток выделений из матки. Заболевание нередко начинается на 1-2 сутки после операции, а в ряде случаев на 4-5 сутки. Температура тела повышается до 38°-39° С и более, сопровождается ознобом и учащенным сердцебиением. Учащение пульса, как правило, соответствует подъему температуры. Отмечаются изменения со стороны крови, указывающие на наличие выраженного инфекционного процесса. Повышение температуры тела у большинства больных сопровождается головными болями, слабостью, нарушением сна, аппетита, болями внизу живота. Выделения из матки к 4-6 суткам становятся мутными, обильными, водянистыми, иногда имеют цвет мясных помоев или принимают гноевидный характер. Выделения из матки приобретают нормальный характер к 9-11 суткам. Картина крови нормализуется только к 10-24 суткам после операции.

Послеоперационный эндометрит может осложняться парезом кишечника, особенно у больных перенесших во время операции большую кровопотерю, которая не была адекватно восполнена. При выраженном парезе кишечника нарушается его барьерная функция, что приводит к проникновению микробной флоры в брюшную полость и способствует развитию такого тяжелого и опасного осложнения как перитонит. В ряде наблюдений отмечается отек послеоперационного шва на матке, что способствует задержке кровяных

сгустков, остатков оболочек и плацентарной ткани в полости и создает условия для развития инфекции. Учитывая возможность развития стертых форм послеродового эндометрита следует проводить комплексную диагностику этого заболевания на основании оценки клинических данных, а также результатов лабораторных и инструментальных исследований, включая ультразвуковое исследование и гистероскопию.

Лечение послеродового эндометрита

Лечение послеродового эндометрита также должно носить комплексный характер и направлено на локализацию воспалительного процесса, борьбу с инфекцией, активизацию защитных сил организма, дезинтоксикацию и коррекцию гомеостаза. Перед началом лечения берут на посев материал из полости матки и влагалища для определения характера возбудителей осложнения и чувствительности их к антибиотикам. Неотъемлемыми компонентами комплексного лечения послеродового эндометрита являются антибактериальная, инфузионная и дезинтоксикационная терапия, использование сокращающих матку средств, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия. Для отграничения воспаления и активации защитных сил организма назначают лечебно-охранительный режим и седативную терапию, что способствует нормализации состояния центральной нервной системы. Пациентка должна ограждаться от отрицательных эмоций и болевых ощущений. Важным является полноценное питание с повышенным содержанием белков и витаминов.

В ряде случаев в рамках лечения послеродового эндометрита требуется хирургическая обработка полости матки, которая включает в себя проведение гистероскопии, вакуум-аспирации содержимого матки, промывания ее полости охлажденными растворами антисептиков. При задержке в матке частей плодного яйца и их дальнейшем инфицировании возникает опасность поступления в организм больной из очага токсинов и биологически активных

веществ, способствующих нарастанию интоксикации и утяжелению течения заболевания. В этом случае следует принять меры для их удаления путем выскабливания или вакуум-аспирации. Удаление частей последа целесообразно проводить у больных с ограниченным воспалительным процессом, пока инфекция находится в пределах матки. При более широкой распространенности процесса и генерализации инфекции инструментальное воздействие противопоказано. Удаление частей последа проводят под общим обезболиванием, под контролем гистероскопии, на фоне комплексного применения антибиотиков, инфузионной, дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии. При отсутствии значительного количества содержимого в полости матки можно ограничиться только расширением под наркозом цервикального канала для создания надежного оттока. [7]

При тяжелых формах послеродового эндометрита возможно применение плазмафереза. Основным механизмом его лечебного действия считается удаление патологических ингредиентов плазмы, криоглобулинов, микробов и их токсинов. Кроме того, отмечается выраженное положительное влияние на систему гемостаза, реологические свойства крови, состояние иммунной системы, что в значительной степени улучшает течение послеродового периода у женщин с ПЭМ и ускоряет репаративные процессы в матке. Наряду с применением лекарственных препаратов в рамках лечения послеродового эндометрита могут быть использованы и физиотерапевтические методы лечения: терапия интерференционными токами по Немеку; импульсные токи низкой частоты; постоянное магнитное поле низкой. Возможно также применение и иглорефлексотерапии. Применяют также наружное и внутривполостное облучение с помощью низкоинтенсивного лазера. Эффективность комплексного интенсивного лечения послеродового эндометрита следует оценивать не ранее чем через 7 суток после начала лечения. При отсутствии эффективности проводимой терапии даже на фоне

удовлетворительного самочувствия пациентки, но сохраняющихся клинико-лабораторных признаках воспаления, необходимо решать вопрос об удалении матки

Лечение и профилактика эндометрита

Лечение эндометрита

Общие принципы лечения эндометрита таковы: тяжелые послеродовые эндометриты лечатся в стационаре. Легкие и средние формы эндометрита можно лечить амбулаторно. [8] Практикуют применения антибиотиков эмпирически при острых эндометритах и по результатам чувствительности к антибиотикам или основываясь на свойствах бактериального возбудителя. Эмпирическое лечение антибиотиками - это лечение, основанное на предположении, какой именно возбудитель вызвал эндометрит. Раннее назначение антибиотиков ведет к благополучному исходу эндометрита у более, чем 90% больных. При назначении антибиотиков во время острого эндометрита нет времени на ожидание результатов посевов и антибиотик граммы. Подбирают, как правило два препарата, которые взаимно перекрывают весь потенциальный спектр микроорганизмов, способных вызывать эндометрит. В случае хронического эндометрита лечение проводят уже зная, каким микроорганизмом он вызван и к каким антибиотикам у него обнаружена чувствительность. Соответственно этому выбирают те лекарства, к которым ожидается повышенная чувствительность.

Несмотря на внедрение в акушерскую практику современных методов диагностики, профилактики и терапии послеродовых заболеваний, отчетливой тенденции к снижению их частоты не наблюдается. [9]

Это связано с рядом факторов, составляющих особенности современной медицины и расширяющих пути инфицирования беременных и родильниц: широкое использование современных инвазивных методов диагностики и терапии, значительное увеличение частоты оперативных вмешательств при род

разрешении, нерациональное применение антибактериальных препаратов, приводящее к накоплению в клиниках антибиотико-резистентных видов и штаммов микроорганизмов, применение лекарственных препаратов, в том числе кортикостероидов, обладающих иммунодепрессивным действием и т.д.

Кроме того, изменился контингент беременных и родильниц - преобладают пациентки с экстра генитальными заболеваниями, с различными формами бесплодия, после гормональной и/или хирургической коррекции не вынашивания беременности, со смешанной вирусно-бактериальной инфекцией, относящиеся к группе высокого риска инфекционных осложнений. Также отмечается высокий уровень урогенитальных инфекций, что может привести к серьезным проблемам во время беременности и в послеродовом периоде, а также внутриутробному инфицированию плода и новорожденного.

Одной из наиболее распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний пуэрперия является послеродовой эндометрит. Частота его после самопроизвольных родов составляет 3-5%, после кесарева сечения - свыше 10-20%. Из 100 послеродовых эндометритов 80 сопряжены с операцией кесарева сечения.

Изучение клинических особенностей, этиологии, патогенеза эндометрита после родов и кесарева сечения, разработка методов его диагностики и адекватной терапии имеют большое значение, так как эндометрит является начальным локализованным проявлением динамически развивающегося септического процесса. Запоздалая его диагностика и нерациональное лечение могут привести к дальнейшему распространению инфекции, вплоть до возникновения ее генерализованных форм. В ряде случаев послеродовой эндометрит имеет стертое или бессимптомное течение. В этих случаях прогрессирование воспалительного процесса в матке может наступить после выписки родильницы из стационара.

Основными компонентами лечения эндометрита являются антибактериальная, инфузионная, десенсибилизирующая, утеротоническая, местная, при необходимости - антикоагулянтная, гормональная, иммуностимулирующая терапия, а также немедикаментозные методы.

Для общего лечения следует применять антибиотики или их комбинации, действующие на аэробные и анаэробные бактерии. Выбор препаратов необходимо проводить на основании определения чувствительности возбудителей, фармакокинетики антибиотиков с учетом их побочного действия на организм. Длительность терапии определяется тяжестью клинического течения заболевания и продолжается до стойкого закрепления терапевтического эффекта. Так как микробиологическое исследование содержимого полости матки продолжается 3-7 дней, то при выборе антибиотика можно руководствоваться существующими данными о возбудителях и их чувствительности к антибиотикам. [12]

Принципиальным в лечении послеродового эндометрита является применение комбинации антибактериальных препаратов, действующих на аэробную и анаэробную микрофлору. При легкой или средне-тяжелой степени антибактериальное лечение в ряде случаев может быть ограничено монотерапией. Целесообразно назначать внутривенно препараты, обладающие широким спектром действия: цефалоспорины или полусинтетические пенициллины широкого спектра действия. При тяжелой форме эндометрита, особенно после кесарева сечения, необходимо чаще всего проводить комбинированную терапию с учетом воздействия на аэробную и анаэробную микрофлору.

Наиболее рациональные комбинации препаратов:

1. Метрогил по 500 мг каждые 12 часов внутривенно +гентамицин по 1,5 мг/кг каждые 12 часов внутримышечно (так называемый «золотой стандарт»).

2. Метрогил по 500 мг каждые 12 часов внутривенно гентамицин по 1,5 мг/кг каждые 12 часов внутримышечно + цефалоспорины II—III поколений по 1-2 г через 8—12 часов внутривенно.

3. Метрогил по 500 мг каждые 12 часов внутривенно + ампициллин по 2 г через 6 часов внутримышечно + гентамицин по 1,5 мг/кг каждые 12 часов внутримышечно.

Также применяются линкомицин (по 600 мг каждые 8 часов в/м) или клиндамицин (по 600 мг каждые 8 часов внутривенно) в комбинации с гентамицином или цефалоспоридами II-III поколений.

Выбор той или иной комбинации препаратов определяется тяжестью течения заболевания и спектром возбудителей.

Указанные выше комбинации антибактериальных препаратов целесообразно применять и при других клинических формах заболевания с соответствующей коррекцией способа введения и суточной дозы. Эффективны при лечении тяжелой формы эндометрита и цефалоспорины III поколения— цефтазидим, цефтриаксон, цефоперазон и др., а также имипенем/циластатин и меропенем, обладающие сверхшироким спектром антимикробного действия. Использование этих препаратов позволяет проводить полноценную монотерапию, заменяющую комбинированное лечение.

При адекватной антибактериальной терапии эндометрита после родов или кесарева сечения примерно у 90% больных температура нормализуется в течение 48-72 часов. Длительность лечения определяется тяжестью клинического течения заболевания и продолжается до стойкого закрепления терапевтического эффекта.

С профилактической целью антибактериальные препараты целесообразно использовать у женщин с высоким риском развития гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения.

Практически все препараты, которые применяются для лечения эндометрита, могут быть рекомендованы и для профилактики инфекционных осложнений после кесарева сечения. Наиболее обоснованно применение с профилактической целью при абдоминальном род разрешении метрогила, цефалоспоринов II-III поколений, пенициллина с ингибиторами бета-лактамаз, имипенема/циластатина внутривенно трижды (после пережатия пуповины, через 12 и 24 часа после операции).

В зависимости от степени риска инфекционных осложнений после операции кесарева сечения целесообразно проводит антибиотикопрофилактику следующим образом.

I. Низкий или умеренный риск послеоперационных осложнений:

- метрогил внутривенно капельно + 1 доза цефалоспоринов I—II поколения (внутривенно после пережатия пуповины);
- 1 доза, а) амоксициллин/клавуланат; б) ампициллин/сульбактам.

II. Высокий риск инфекционных осложнений:

- метрогил внутривенно капельно + 1 доза цефалоспоринов I—II поколения;
- 1 доза амоксициллина/клавуланата, ампициллина/сульбактама, имипенема/циластатина. [16]

III. Наличие инфекции во время операции:

- метрогил внутривенно капельно + цефалоспорины II-III поколения по 1 дозе 3 раза в сутки с интервалом 8 часов;
- по 1 дозе 3 раза в сутки: амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам, имипенем/циластатин.

Выбор указанных антибактериальных препаратов для профилактики инфекционных осложнений после кесарева сечения представляется оптимальным, поскольку они эффективны против аэробных и анаэробных бактерий,

имеют бактерицидный тип действия, хорошо диффундируют в ткани, не вызывают серьезных побочных осложнений. [17]

Помимо антибактериальных препаратов, терапия эндометрита включает комплекс других лечебных мероприятий: инфузионные среды, антикоагулянты, утеротонические и десенсибилизирующие средства, иммунокорригирующие препараты. Для инфузионной терапии используются следующие жидкости: 1) плазмозаменители (реополиглюкин, полиглюкин, гемодез и др.); 2) белковые препараты (альбумин, желатиноль, протеин и др.); 3) солевые растворы (дисоль, хлосоль, трисоль, физиологический раствор и др.). Целесообразно использовать озонированные инфузионные среды (физиологический раствор).

Для улучшения сократительной активности матки показано применение утеротонических средств - окситоцин по 5 ЕД 2 раза в сутки после предварительного введения 2 мл, но-шпы. Это способствует улучшению оттока лохий, сокращению площади раневой поверхности и уменьшению всасывания продуктов распада при воспалительном процессе в полости матки. Кроме медикаментозных средств, для улучшения сократительной активности матки в послеродовом периоде могут быть использованы физические методы. Из иммунокорригирующих препаратов при смешанной вирусно-бактериальной инфекции целесообразно применять интерферонов препараты - кипферон или виферон, а также инфузии нормального человеческого иммуноглобулина по 25 мл внутривенно капельно через день 3 раза. Всем родильницам со смешанной вирусно-бактериальной инфекцией показана терапия, направленная на коррекцию энергетического обмена, путем проведения курсов метаболической терапии на протяжении стационарного лечения и в течение трех последующих месяцев. При обострении сопутствующей вирусной инфекции показана противовирусная терапия.

В комплексной терапии эндометрита одно из ведущих мест принадлежит местной терапии. По показаниям необходимо производить вакуум-аспирацию

содержимого полости матки для удаления некротических тканей. Эту манипуляцию необходимо проводить и в тех случаях, когда по данным ультразвукового исследования отсутствуют патологические включения в полости матки, но содержание продуктов деструкции тканей в лохиях превышает верхнюю границу доверительного интервала нормы. Местная терапия эндометрита значительно снижает уровень бактериальной обсемененности внутренней поверхности матки. Вследствие удаления нежизнеспособных тканей достоверно снижается уровень продуктов деструкции тканей в лохиях и крови. При цитологическом исследовании метроаспирата через 2-3 дня от начала лечения отмечается уменьшение количества нейтрофилов, увеличение числа лимфоцитов, фибробластов и макрофагов, что свидетельствует о значительном ускорении процесса очищения внутренней поверхности матки. [18]

При тяжелых формах эндометрита рекомендуется применение эфферентных методов лечения: плазмаферез, лазерное облучение крови. С помощью этих методов достигается дезоксидация, реологическая и иммунокоррекция. Происходит экстракорпоральная элиминация токсических субстанций, антигенов, снижение вязкости крови, улучшение микроциркуляции, нормализация измененного тканевого метаболизма. Дополнительные эффекты обусловлены искусственной управляемой гемодилюцией путем введения инфузионных медикаментозных средств направленного действия.

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

Профилактика

Чтобы избежать возникновения этого заболевания, необходимо исключить всякий риск развития бактерий и вирусов в микрофлоре влагалища. Соблюдать постоянную гигиену. Всевозможные инфекции, в том числе и передающиеся половым путем, необходимо лечить на ранних стадиях.

В период операбельного вмешательства, собственно, и до, и после него, женщинам должны обязательно вводить препараты, обладающие антибактериальным воздействием.

После абортм и родов, обязательно проводят ультразвуковое исследование полости матки. Это позволяет обнаружить, а при необходимости и удалить, оставшиеся там сгустки крови, плаценту или плодного яйца.

К профилактике послеродового эндометрита можно отнести и ранее прикладывание малыша к груди матери. Также, скорейшее выписывание обоих из родильного дома. [11]

Необходимо вести здоровый образ жизни, правильно питаться. Не допускать снижения иммунитета. Частая смена половых партнеров также может привести к возникновению эндометрита. Необходимо пользоваться презервативом. Как ни странно, но сегодня, он является одним из самых надежных способов контрацепции, кроме того, он не несет за собой побочных эффектов, в отличие от гормональных контрацептивов.

ГЛАВА II. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭНДОМЕТРИТОМ В РФ, Р(Я)

2.1 Заболеваемость эндометритом в РФ

Хронический эндометрит (ХЭ), несмотря на многочисленность научных исследований и сведения о его значительной распространенности (60-65%), продолжает оставаться *terra incognita* современной гинекологии (Smith ML, Nagerty K.A., Skipper B. et al, 2013). (Рис1).

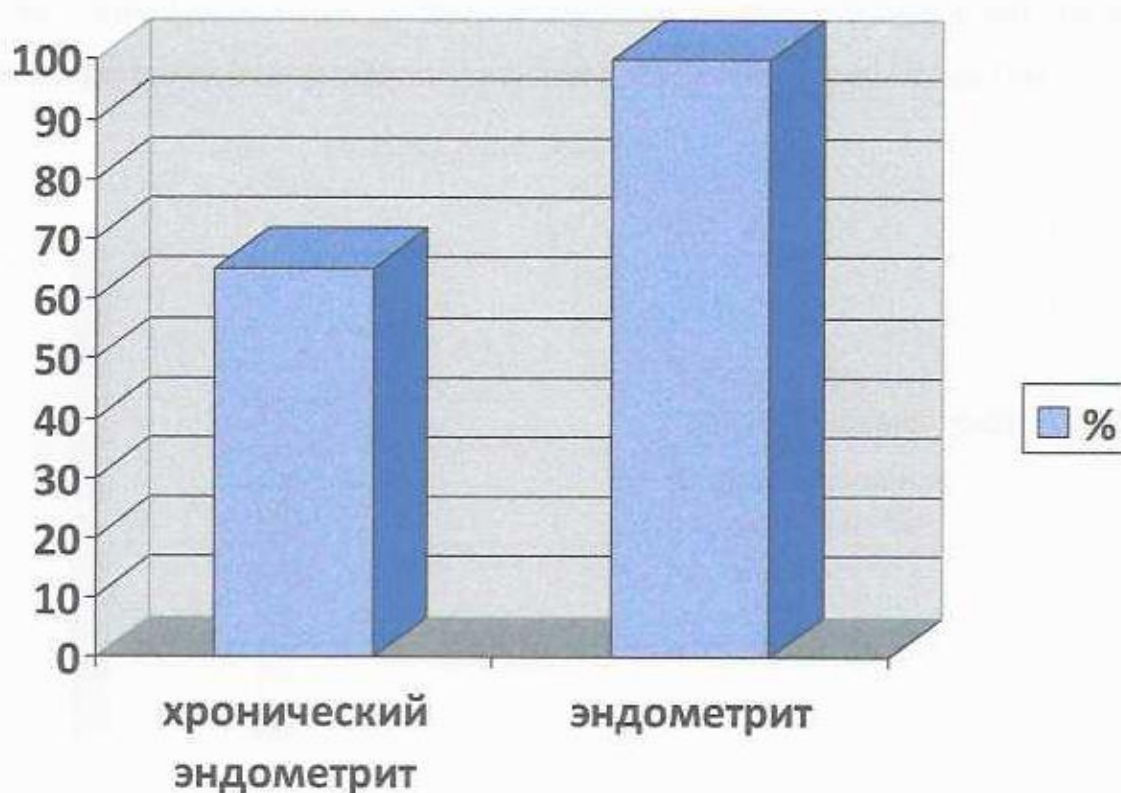


Рис.1 Заболевание хроническим эндометритом в РФ

Значимость этой нозологии определяется значительными трудностями ее распознавания, однако полагаем недостаточным внимание специалистов к необходимости оптимизации профилактики и лечения женщин с хронического эндометрита как к резерву повышения фертильности. Неизменно высокая частота хронического эндометрита опровергает причастность проблемы к разряду банальных, более того, контра версии последних лет постулируют уход от одностороннего восприятия заболевания исключительно как классического гнойно-воспалительного процесса, осложняющего, согласно статистике, каждый 4-5 хирургический аборт.

Не выявленный ХЭ в отсутствии полноценной реабилитационной терапии вызывает привычное невынашивание более чем у 70% беременных (Рис.2).

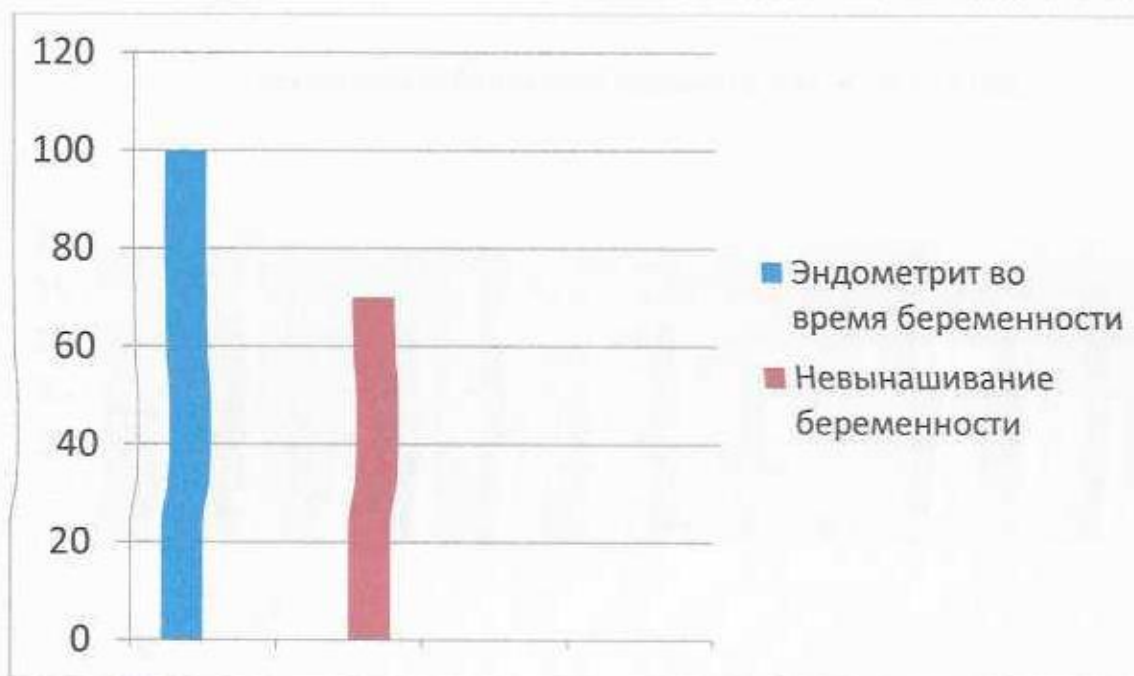


Рис. 2 Привычное невынашивание беременных в РФ

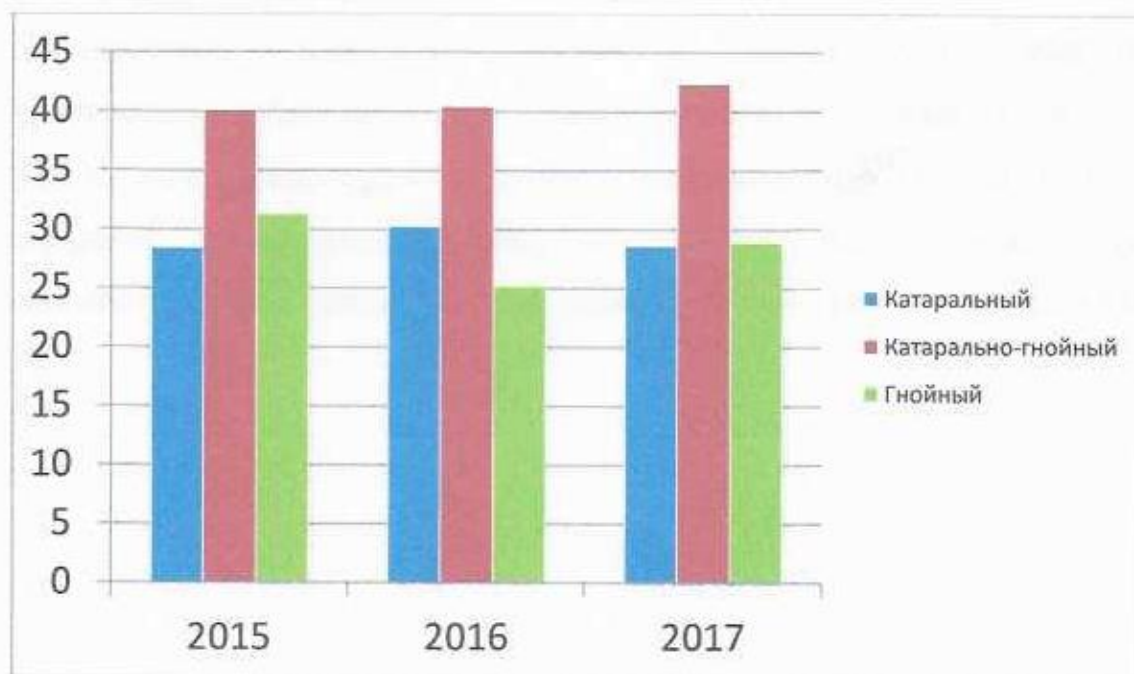


Рис.3 Три вида заболевания эндометритом

Болеют женщины репродуктивного возраста. Заболевая рано, в 16-18 лет, к 22-25 годам многие уже не могут полноценно реализовать свою репродуктивную

функцию, причиной чего становится длительно текущий хронический воспалительный процесс, подчас осложненный.

Статистика заболевания эндометритом в РФ за 3 года

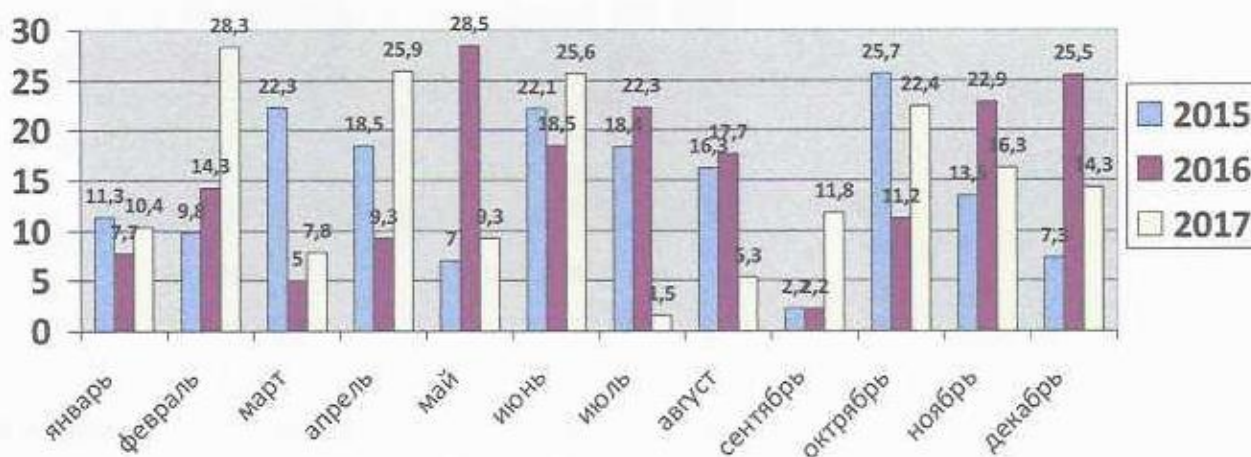


Рис. 4 Статистика заболевания эндометритом в РФ за 3 года

Послеродовой эндометрит считается самым часто встречающимся проявлением острой инфекции после родов. Это заболевание чаще развивается у женщин, которые перенесли кесарево сечение (около 45% таких молодых мам страдают эндометритом) (Рис.3,4). Кроме того, важным фактором, способствующим развитию заболевания после родов, является снижение

иммунитета женщины во время беременности.

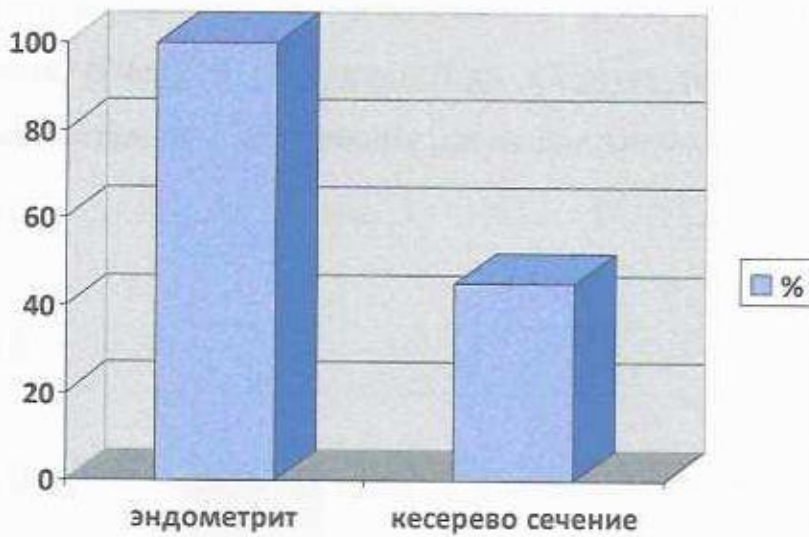


Рис.5 Частота встречаемости послеродового эндометрита в РФ

Хронический эндометрит матки преимущественно проявляется как следствие неправильной терапии острой формы болезни. Переходу болезни в хроническую стадию способствует частое проведение выскабливания слизистой матки, наличие остатков инородных материалов вследствие наложения швов после родов, введение внутриматочных контрацептивов. Как свидетельствует статистика, хроническим эндометритом страдает около 14% женщин. Хронический эндометрит часто проявляется на фоне болезней инфекционного характера, которые передаются половым путем.

Высокая заболеваемость эндометритом среди девушек-подростков встречается и в Российской Федерации [5]. При этом частота сальпингоофорита у девушек значительно повысилась с 1999 года до 2010 года и свидетельствует о негативных тенденциях в гинекологической заболеваемости рассматриваемого контингента. Сказанное происходит из-за того, что сексуальное поведение подростков изменилось в сторону повышения активности и более раннего возраста приобретения опыта первого полового контакта.

В современных условиях эндометрит претерпел определенные изменения. Частота регистрации увеличилась с 10,8% в 1991гг. до 16,1% в настоящее время. (Рис.6) В последние годы в структуре гинекологических заболеваний воспалительные заболевания придатков занимают лидирующие позиции.

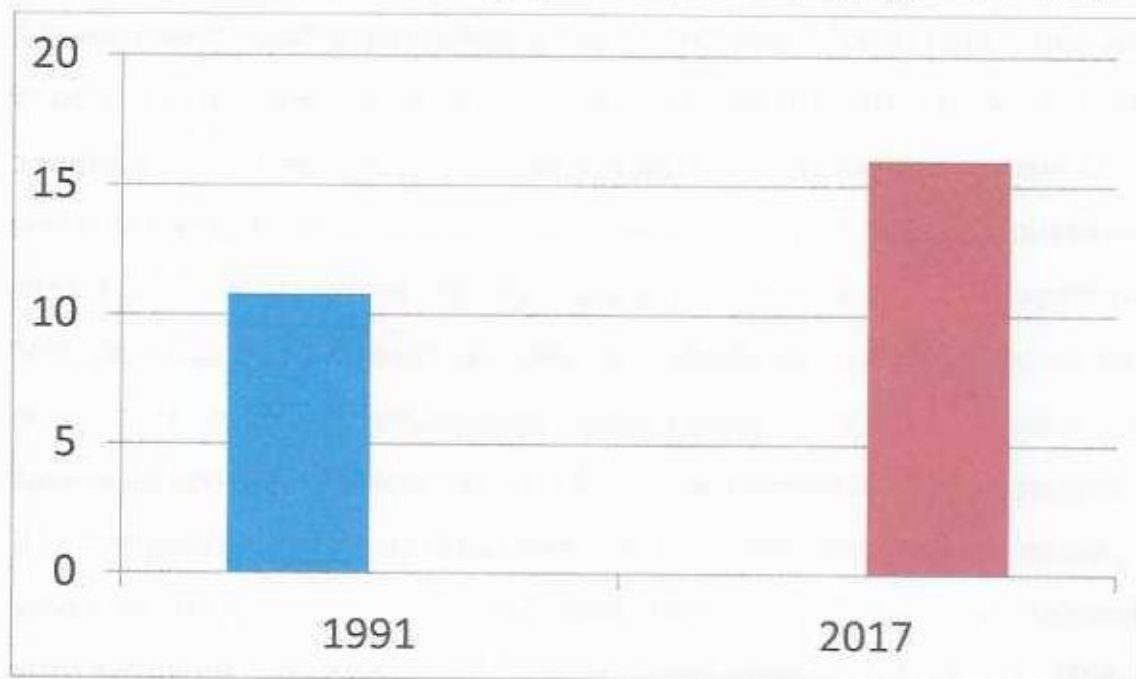


Рис.6 Частота регистрации заболеванием эндометрита с 1991 г до настоящего времени.

В Российской Федерации ВЗОМТ среди гинекологических заболеваний составляют 28-34% и не имеют тенденции к снижению [10]. В США до 1992г. ежегодно регистрировалось 800000 случаев ВЗОМТ или у 1% сексуально активных женщин.

Современное течение ВЗОМТ характеризуется тенденцией к хроническому течению, способствуя вовлечению в патологический процесс иммунной, эндокринной систем. Максимум заболеваемости ВЗОМТ наблюдается в возрасте 15-24 лет, после 30 лет их частота значительно уменьшается. Среди всех больных с хроническими ВЗОМТ пациентки в возрасте до 25 лет составляют 70%.

Именно инфекции, передающиеся половым путем (ИГПП), по мнению исследователей, являются ведущими в развитии ВЗОМТ, в том числе эндометрита. Поэтому частоту ВЗОМТ обычно связывают с уровнем распространения заболеваний, передающихся половым путем [6].

Хронический эндометрит начинается постепенно. Характеризуется латентным течением, причем больные не могут указать ни дату возникновения заболевания, ни причину, обусловившую его начало. Как правило, они жалуются на незначительные боли внизу живота, периодическое повышение температуры тела, снижение трудоспособности, эмоциональную неустойчивость; 68% больных предъявляют жалобы на нарушение менструального цикла. При гинекологическом исследовании определяются чувствительные придатки, спаечный процесс в малом тазу, в 14%- тубо овариальные образования.

В современных условиях при впервые возникающих острых воспалительных заболеваниях матки чаще встречается острое начало заболевания с выраженными общими и местными проявлениями (42,8% в 1996-1998 гг. против 30% в 1989-1991 гг.). Стёртое начало и течение регистрируются гораздо реже- 3,4% против 14,7% соответственно. При инфекционно-токсической форме хронических воспалительных заболеваний матки и придатков в настоящее время, наоборот, преобладают торпидные клинические варианты течения (23,3% против 14,9%).

Независимо от характера начала заболевания последующее течение эндометрита было рецидивирующим, с обострением воспалительного процесса 1-6 раз в год [5]. При этом возможны два клинических варианта протекания обострения эндометрита, имеющих выраженный болевой синдром. При первом варианте обострения с признаками инфекционно-токсического процесса имеются признаки, присущие подострой стадии воспалительной реакции (ухудшение общего состояния, изменения в формуле крови, протеин грамме, повышение температуры тела, положительная проба на С- реактивный белок).

При втором варианте обострения хронического эндометрита симптомы инфекционно-токсического процесса отсутствуют. В клинической симптоматике преобладают стойкий болевой синдром, нарушения психоэмоционального статуса, болезненная пальпация передней брюшной стенки в области солнечного и гипогастральных сплетений.

Изучение диагностической информативности лапароскопии при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки с вовлечением и без поражения органов брюшной полости показывает, что чувствительность диагностической лапароскопии соответственно составила 0,37 и 0,29 [1].

Ультразвуковые критерии эндометрита представлены увеличением объема яичника, отёком стенки маточной трубы, нечётким наружным контуром, расширением её просвета жидкостным содержимым, наличием «свободной» жидкости в малом тазу. При остром сальпингите ультразвуковые изменения характеризуются нечёткостью контуров, увеличенными размерами (до 4,0-4,5см) и появлением внутри яичника многочисленных структур овальной или круглой формы с высоким уровнем звукопроводимости, разделённых эхо-позитивными перегородками.

В 52,3% случаев данные ультразвукового исследования соответствуют уточнённому диагнозу хронического эндометрита. Ультразвуковое исследование органов малого таза при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки с вовлечением и без поражения других органов брюшной полости обладает соответственно диагностической чувствительностью 0,6 и 0,25.

По сравнению с ультразвуковым исследованием, магнитно-резонансная томография у больных с острым эндометритом не даёт существенной дополнительной информации в 40%) исследований.

Эндоскопический картина хронического эндометрита характеризуется рубцово-спаечными изменениями труб со склеро дистрофическими поражениями тканей.

2.2 Заболеваемость эндометритом в Республике Саха (Якутия)

Резко изменившаяся экологическая обстановка Севера, Дальнего Востока, Сибири, широкое распространение алкогольной зависимости среди коренного населения способствуют тому, что репродуктивное здоровье женщины (плодовитость, течение беременности и родов, здоровье потомства) не отличается благополучием, что проявляется высокой частотой гинекологических заболеваний и акушерской патологии.

Технический прогресс и интенсивные темпы освоения природных ресурсов республики, к сожалению, оказали отрицательное воздействие на состояние природных экосистем. В части районов Якутии «лунные ландшафты» и «зияющие на теле Земли раны» - карьеры добычи алмазов, терриконы отработанной породы, техногенные пустыни после отработки россыпных месторождений золота стали примером негативных последствий изъятия недровых ресурсов. Длительное время значительная часть территории республики служила приемником вторых ступеней ракет, загрязненных высокотоксичным топливом - диметилгидразином.

Исследования О.А.Москвиной (2007) показали, что перинатальное развитие плодов у беременных в условиях климатогеографической зоны РС (Якутия) имеет ряд популяционных отличий для коренных жительниц (якуток, эвенкиек) и женщин кавкасиоидной расы: на протяжении всей беременности отмечается достоверное уменьшение параметров плода у якуток и эвенкиек. В настоящее время отсутствуют сведения о региональных особенностях формирования и функционирования репродуктивной функции у девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста в различных клима-тогеографических зонах, в частности в РС (Якутия), а также в зависимости от этнической принадлежности женщины. Обсуждение путей выхода из демографического кризиса, улучшения здоровья населения требует учета различных условий (ресурсного обеспечения, специфики регионов, тенденций репродуктивного поведения и т.д.), а также

учета ценностных ориентации населения. Важнейшей задачей является оздоровление девочек-подростков и женщин репродуктивного возраста с участием специалистов смежных специальностей (Калиновская И.И., 2010).

Нежеланная беременность и связанные с ней аборт остаются одной из актуальных проблем, особенно в нашей стране. Наиболее печальная ситуация среди подростков — более 10% всех аборт приходится на девушек в возрасте до 19 лет (Бибнева Т.Н., 2008).

Изменения экологических условий, социального уровня жизни, безусловно, отражаются на состоянии репродуктивного здоровья девочек-подростков. Был выполнен ряд исследований по изучению репродуктивного здоровья девушек и женщин в зависимости от региональных особенностей (Семятов С.Д., 2010; Хамошина М.Б., 2007; Карахалис Л.Ю., 2008). Однако изучение вопросов, связанных с особенностями физического развития, соматического и репродуктивного здоровья девушек и женщин репродуктивного возраста, проживающих в РС (Якутия), не проводилось. Также не изучены остаются аспекты, связанные с репродуктивным здоровьем после прерывания подростковой беременности и первой беременности у женщин репродуктивного возраста коренных жительниц РС (Якутия)

Рис. 7 Заболевание полипом эндометрия в РС (Я) с 2013-2017 гг.

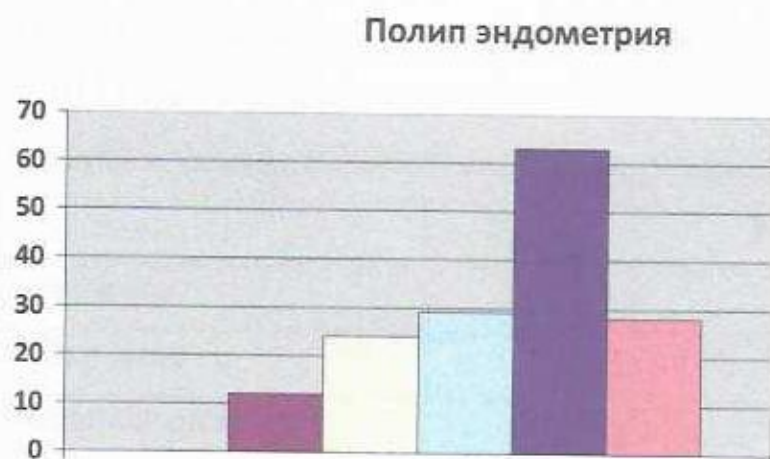
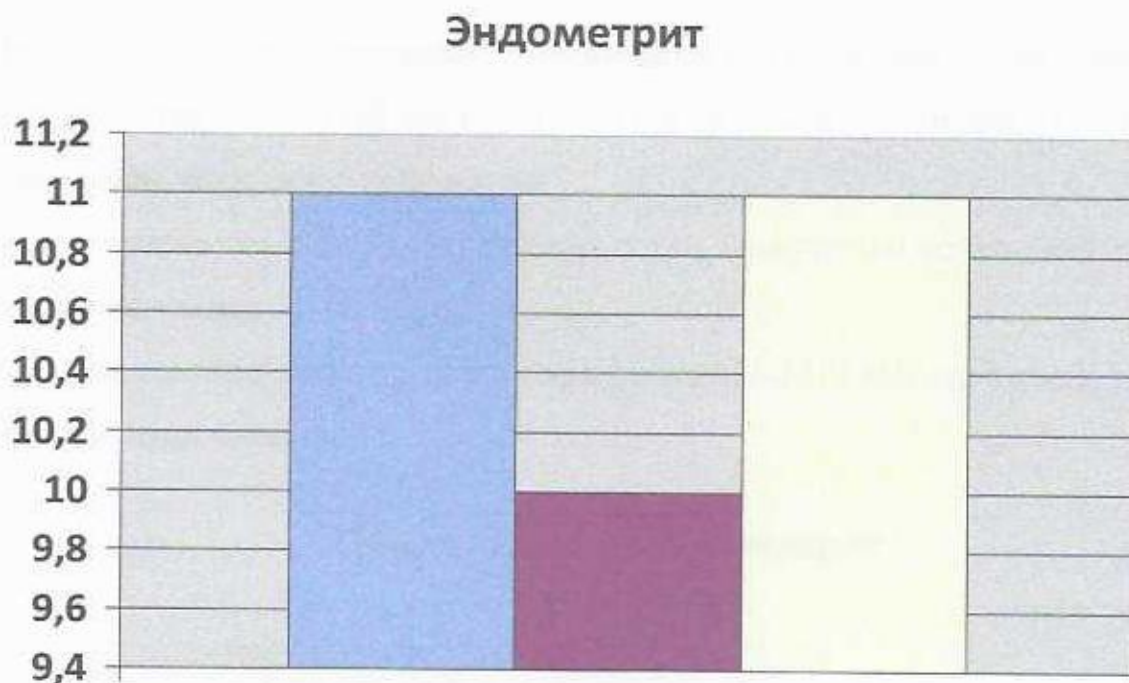


Рис. 8 Заболевание эндометритом в РС(Я) с 2015-2017



2.3 Заболеваемость эндометритом в «Центр охраны здоровья семьи и репродукции»

Исследование проводилось на базе женской консультации «Центр охраны здоровья семьи и репродукции».

Анализ заболевания эндометритом за 3 года (Таблица 1):

В 2015 г. заболевание эндометритом составило 165;

В 2016 г. заболевание эндометритом составило 118;

В 2017 г. заболевание эндометритом составило 166;

Таблица 1. Анализ заболеваемости эндометритом за 3 года

	2015 г	2016 г	2017 г
Эндометрит	165	118	166
Койко-дней	1198	857	1206
Послеродовый эндометрит	9	29	25

Койко-дней	66	1906	825
------------	----	------	-----

Результаты исследования показывают уменьшение заболеваемости эндометритом к 2016г. (Табл.1), в 2017 г. вновь пошло увеличение заболевания, увеличение количества койко-дней.

Также отмечается послеродовой эндометрит, количество койко-дней которого также увеличивается (Рис.10).

Заболевание послеродовым эндометритом с 2015-2017 «Центр охраны здоровья семьи и репродукции»

Послеродовой эндометрит



Рис. 10 Послеродовой эндометрит с 2015-2017 гг.

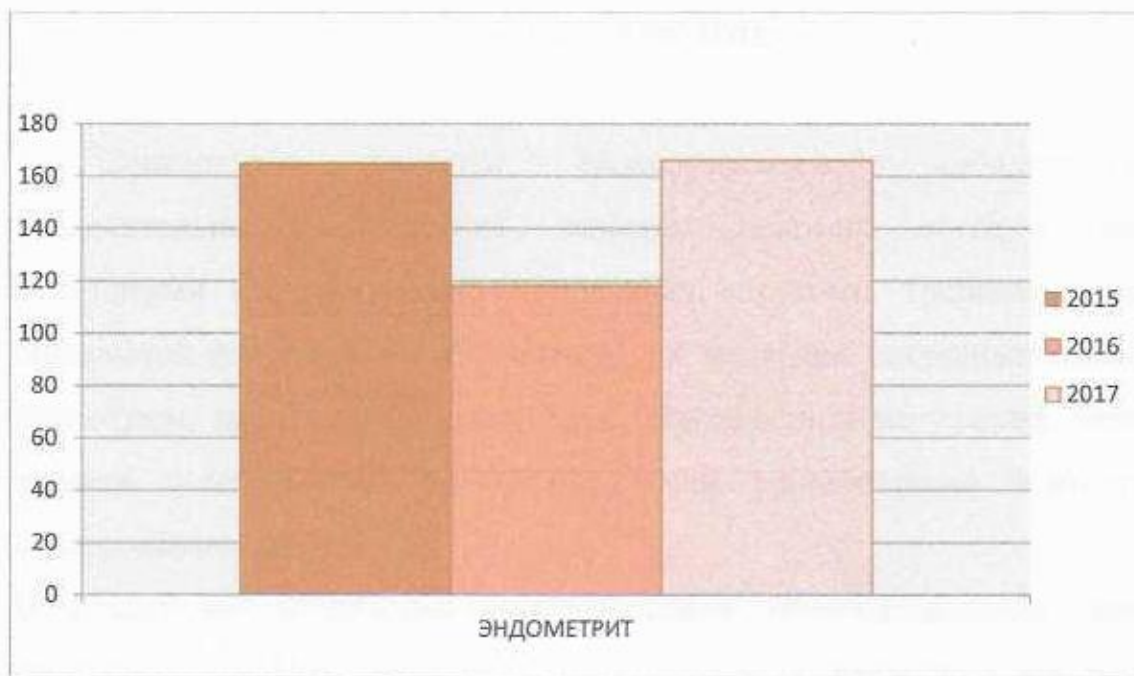


Рис.11 Заболевание эндометритом «Центр охраны здоровья семьи и репродукции» с 2015-2017 гг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндометрит является распространенной патологией среди воспалительных заболеваний женских половых органов, вызывается различными возбудителями: бактериями, вирусами, грибами, паразитами, смешанной флорой и может, приводит к развитию различных осложнений к бесплодию, тромбоз вен малого таза; гормональные нарушения, осложненное течение беременности: угрозу выкидыша, плацентарную недостаточность, послеродовые кровотечения.

В Российской Федерации ВЗОМТ среди гинекологических заболеваний составляют 28-34% и не имеют тенденции к снижению по результатам исследования заболевание эндометритом в РФ частота регистрации увеличилась с 10,8% в 1991гг. до 16,1% в настоящее время. В основном болеют девочки-подростки и женщины репродуктивного возраста. Как свидетельствует статистика, хроническим эндометритом страдает около 14% женщин. Самым часто встречающимся считаются хронический и послеродовой эндометрит.

РС (Якутия) - регион высокого медико-географического риска формирования нарушений репродуктивного здоровья.

Условия и образ жизни девушек — подростков, женщин Республики Саха (Якутия), характеризуются изменившимися в сравнении с XX веком жизненными приоритетами, ранним взрослением, высокой распространенностью вредных привычек. По данным статистики число заболеваемых женщин эндометритом чуть снизилось по сравнению с 2014г.

Чтобы избежать возникновения эндометрита, необходимо не допускать аборт, соблюдать гигиенические мероприятия, особенно в менструальный период, проводить профилактику послеродовой и после абортной инфекции, использовать барьерную контрацепцию (презервативы) с целью профилактики инфекций, передающихся половым путем. Своевременное выявление бес-

симптомных инфекций и их лечение в большинстве случаев дает благоприятный прогноз в отношении последующих беременностей и родов.

ВЫВОДЫ

1. Хроническое воспаление эндометрия — одна из наиболее острых проблем современной гинекологии. Это обусловлено не только высокой частотой данной проблемы у женщин репродуктивного возраста, но и значимостью повреждения эндометрия как причины нарушений менструальной функции, эндокринного дисбаланса, не вынашивания беременности, бесплодия и неудовлетворительных результатов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также снижения качества жизни женщин.
2. Воспалительные заболевания половых органов у женщин на протяжении многих десятилетий занимают первое место среди гинекологических болезней в РФ, РС(Я) и часто вызывают нарушение функций органов и систем женского организма. Рост числа воспалительных заболеваний половых органов во всех странах мира является следствием изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета.
3. Во избежание возникновения эндометрита, необходимо не допускать аборт, соблюдать гигиенические мероприятия, особенно в менструальный период, проводить профилактику послеродовой и после абортной инфекции, использовать барьерную контрацепцию (презервативы) с целью профилактики инфекций, передающихся половым путем.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Формирование адекватных репродуктивных установок и поведения девушек-подростков следует строить на внедрении образовательных программ, целью

которых является само охранительная концепция репродуктивного здоровья. Образовательные программы по сохранению репродуктивного здоровья целесообразно внедрить в учебные планы средних, средних специальных и высших учебных заведений.

2. Для раннего выявления риска развития репродуктивного здоровья необходимо ежегодное комплексное обследование девочек и девушек-подростков с учетом особенностей репродуктивного поведения современной молодежи.

3. Рациональной тактикой прерывания первой беременности у подростков и женщин репродуктивного возраста является отказ от хирургического метода и замена его медикаментозным с немедленной реабилитацией репродуктивного здоровья.

4. Реабилитация репродуктивного здоровья после прерывания беременности должна включать:

- комплексную противовоспалительную терапию, подразумевающую строгую обоснованность назначения антибактериальной терапии;
- гормональную контрацепцию - использование низко дозированных ОК с первого дня после бортного периода по контрацептивной схеме, не менее 6 месяцев;
- коррекцию микро биоценоза кишечника и влагалища;
- широкое использование физиотерапевтических процедур.

5. В качестве методов физиотерапевтического лечения рекомендовано применение сочетания малых доз переменного магнитного поля и синусоидальных модулированных токов с интравагинальным введением лидазы и димексида.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Гинекология». Национальное руководство. Под ред. В.И Кулакова, Г.М Савельевой, И.Б Манухина,- М: ГЭОТАР-Медиа, 2012г
2. «Гинекология». Под ред. Г.М Савельевой, В.Г.Бреусенко,- М: ГЭОТАР-Медиа, 2013г
3. И.П. Крылова. «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии»,2013г
4. И.К Славянина, «Сестринское дело в акушерстве и гинекологии»,2015г
5. Л.Н. Васильевская, В.И Грищенко, Н.А Щербина, В.П. Юровская. «Гинекология», 2012г
6. Л.М. Смирнова, Р.А. Саитова, С.Г Брагинская. «Акушерство и гинекология», 2012г
7. В.Е. Радзинский «Женская консультация», 2013г
8. И.О. Макаров, Боровкова Е.И. «Бактериальные и вирусные инфекции в акушерстве и гинекологии». 2014г
9. О.Д. Макаров «Инфекции в гинекологии», 2013г
10. Сухих Г.Т, Шуршалина А.В. «Хронический эндометрит» - М: ГЭОТАР-Медиа. 2012;
11. Д.В. Волкова, С.М Сулейманов, В.И Михалев «Послеродовый эндометрит», 2014г.
12. Э.К Айломохоян «Инфекционно - воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии», 2013
13. С.А Астахов «Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания», 2015г
14. В. К Лихачев «Гинекология», 2013г.
15. Дуглас Н.И., Борисова Е.А., Рядь Я.Г., Павлова Т.Ю. «Гинекологическая заболеваемость Республики Саха (Якутия)» // Вестник, 2013г
16. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // Гинекология. - 2013. - Т. 8. - №4. - С. 47-51.

17. Печеникова В.А. Клинико-морфологические и морфофункциональные особенности эндометриоза яичников / В.А. Печеникова, Е.Н. Дурасова, Д.Ф. Костючек // Журнал акушерства и женских болезней. - 2012. - Т. LIX. - №5.- СЛ10-117.

18. Афанасова Е.П. Математическое прогнозирование развития и моделирование диагностики острого эндометрита [Текст] / Н.М. Агарков, М.В. Фролов, Е.П. Афанасова. - Старый Оскол: ТНТ, 2014. - 297 с.

Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat
<http://www.dissercat.com/content/rezervv-optimizatsii-reproduktivnogo-zdorovya-zhenshchin-respubliki-sakha-yakutiva#ixzz4fKf2AThs>.

Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat
<http://www.dissercat.com/content/rezervy-optimizatsii-reproduktivnogo-zdorovya-zhenshchin-respubliki-sakha-vakutiya#ixzz4iKegh4ZH>.

Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat
<http://www.dissercat.com/content/rezervy-optimizatsii-reproduktivnogo-zdorovya-zhenshchin-respubliki-sakha-yakutiya#ixzz4fKdd2F09>.

<http://cyberleninka.ru/article/ri/hronicheskiy-endometrit-kak-odna-iz-aktualnyh-problem-v-sovremennoy-ginekologii#ixzz4iEgJx4em>.