

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

На правах рукописи

УДК: 618.146-001.5-007.57:611.663:616-001.1

АКМАТБЕКОВА НАЗГУЛ РЫСБЕКОВНА

**ТРАВМЫ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ У ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Самигуллина Альфия Эльдаровна

Бишкек – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4-10
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11-42
1.1. Современные взгляды на факторы риска и причины возникновения травм шейки матки в родах	11-17
1.2. Травмы шейки матки в родах: отдаленные последствия	17-23
1.3. Травмы шейки матки в родах, как фактор развития воспалительных заболеваний и патологии гестации	23-32
1.4. Травмы шейки матки в родах: актуальные вопросы	32-42
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	43-56
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	57-119
3.1. Деформация шейки матки: частота и тенденции абдоминальных родов, как отдаленных последствий акушерской травмы	57-79
3.2. Отдаленные последствия акушерской травмы шейки матки: тенденции и прогноз	79-87
3.3. Акушерская травма шейки матки с позиции оценки и управления рисками	87-100
3.4. Акушерская травма шейки матки: частота встречаемости и объем медицинской помощи	101-111
3.5. Алгоритм профилактики и прогнозирования ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки	111-119
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	120-121
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	122
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	123-164

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
ВПЧ	- вирус папилломы человека
ГСО	- гнойно-септические осложнения
ДЭК	- диатермоэлектрокоагуляция
ИППП	- инфекции, передающиеся половым путём
КРД	- клинический родильный дом
КА	- коэффициент ассоциации
КС	- Кесарево сечение
МНК	- метод наименьших квадратов
НБ	- невынашивание беременности
НЦОМид	- Национальный Центр охраны Материнства и Детства
ПЭ	- послеродовый эндометрит
СПЭПП	- содействие повышению эффективности перинатальной помощи
УЗИ	- ультразвуковое исследование
AR	-атрибутивный (добавочный) риск (для выявления меры воздействия обусловленной изучаемым фактором на исход, которую можно предотвратить, при устранении воздействия фактора)
CIN	- цервикальная интраэпителиальная неоплазия
EF	- этиологическая доля (для определения меры причастности и степени обусловленности фактора риска)
OR	- отношение шансов (для количественного описания тесноты связи фактора риска)
RR	- относительный риск (для выявления воздействия изучаемого фактора на исход по отношению к контрольной группе)

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. Актуальность акушерского травматизма шейки матки обусловлена высокой частотой встречаемости данной патологии (до 70,0%) и его ролью в развитии патологии репродуктивной функции женщин, риском восходящей инфекции (до 69,9%) и недостаточной эффективностью существующих методов лечения [Радзинский В. Е., 2002; Бадретдинова Ф. Ф., 2016].

Полученная в процессе родов травма шейки матки приводит к анатомическому повреждению органа с вовлечением в этот процесс соединительнотканых волокон, сосудов и нервных рецепторов, в результате чего нарушается трофика тканей и развивается целый каскад патологических регенеративных процессов [Бадретдинова Ф. Ф., 2014].

Мировые тенденции, учитывающие рекомендации ВОЗ, привели к тому, что шейка матки не осматривается после родов и при выписке женщин из акушерского стационара без признаков кровотечения, что в свою очередь приводит к запоздалой диагностике и отсутствию первичной хирургической помощи родильницам [Линева О. И., 2012].

Принимая во внимание, что процесс родов в настоящее время становится все более управляемым, проблема травм шейки матки стала как никогда актуальной на фоне снижения общих показателей здоровья, тенденции к увеличению числа тяжелых травм промежности в родах и числа повторнородящих, имеющих акушерскую травму в прошлом [Трубина Т. Б., 2004; Самигуллина А. Э., 2019].

И все же самая высокая вероятность повреждения шейки возникает в процессе родов. Высокий уровень родового травматизма в странах постсоветского пространства, в частности разрывов шейки матки, несмотря на знание факторов риска, проводимые профилактические мероприятия, известную методику ушивания и качественный шовный материал, отмечается

многими исследователями [Сухих Г. Т., 2010; Аскеров А. А., 2016; Селихова М. С. 2016; Ушакова Г. А., 2016].

По данным российских авторов, у 25,0% женщин шейку матки после травмы не восстанавливают вовсе, у более 30,0% женщин заживление швов происходит вторичным натяжением, а в 40,0-60,0% случаев происходит расхождение швов после неадекватного зашивания разрывов [Сергеева Ю. А., 2017].

С 2004 года в Кыргызстане внедряется программа содействие повышению эффективности перинатальной помощи, рекомендованная Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), целью которой является снижение материнской заболеваемости и смертности. Принципы программы содействия повышению эффективности перинатальной помощи были включены в национальную стратегию охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года (Бишкек, 2006). Одним из требований этой программы является принцип невмешательства в процесс родов. Считается нецелесообразным осмотр родовых путей после родов без возникновения кровотечения. Этому принципа придерживаются родильные дома Кыргызстана с 2004 года. До внедрения программы со времен основоположников классического акушерства [Персианинов Л. С. 1964] осмотр родовых путей для своевременного выявления и оперативного лечения травм шейки матки считался обязательной процедурой даже после физиологических родов [Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 г., 2006; ВОЗ, 2018].

По мнению Ячменева Н. П. (2008), Бутовой Е. А., Кулакова В. И. (2003) и других ученых, травмы шейки матки могут служить источником ранних послеродовых кровотечений, являться входными воротами для послеродового инфицирования, а также служить причиной оперативного родоразрешения при последующих родах. Ввиду того, что разрывы шейки матки в родах не всегда сопровождаются кровотечением, при отсутствии осмотра родовых путей они

могут остаться не диагностированными и привести к вышеописанным осложнениям [Трубникова Л. И., 2018].

Сочетание рубцово-измененной шейки матки и других патологических процессов на фоне персистирующей вирусной инфекции (ВПЧ, герпес II) увеличивает вероятность трансформации цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) в предрак и рак шейки матки [Ячменев Н. П., 2008; Прилепская В. Н., 2018].

Наличие столь различных точек зрения является основанием для выявления истинных причин и частоту возникновения травм шейки матки и их последствий.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями или основными научно-исследовательским работами, проводимыми научным учреждением. Диссертационная работа выполнена в рамках комплексной темы научно-исследовательской работы Национального центра охраны материнства и детства «Улучшение качества перинатальной помощи женщинам репродуктивного возраста в Кыргызской Республике» № гос. регистрации 0007464 от 05.01.2018г.

Цель исследования. Научно обосновать и разработать программу снижения ближайших и отдаленных негативных последствий травм шейки матки у женщин в родах, основанную на комплексном анализе риск-факторов, частоты, прогнозировании ее уровня и на оценке эффективности медицинских вмешательств.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и динамику частоты абдоминальных родов у рожениц с глубокой деформацией шейки матки.
2. Выявить структуру, частоту и тенденции отдаленных последствий травм шейки матки.
3. Выявить факторы риска возникновения разрывов шейки матки в родах и роль травм шейки матки в возникновении ранних послеродовых осложнений.

4. Исследовать частоту, клинические проявления акушерской травмы шейки матки и оценить объем медицинской помощи.

5. Обосновать и разработать алгоритм профилактики и прогнозирования ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки.

Научная новизна полученных результатов:

- Впервые в КР установлена однонаправленность динамики частоты кесаревых сечений, обусловленных деформацией шейки матки, в родильных домах вторичного и третичного уровней в сторону достоверного $p < 0,001$ нарастания в 2,9 и 5,5 раза соответственно, за анализируемый период (2002-2018 гг.), среднесрочный прогноз указывает на вероятность увеличения частоты кесарева сечения к 2025 году в 7,6 раза в учреждениях третичного уровня и в 2,2 раза в родильных домах вторичного уровня при условии сохранения современной системы медицинского обеспечения женщин.

- Впервые установлено, что в КР на долю патологии шейки матки, связанной с акушерской травмой, в среднем приходится 16,1% из общего числа обращений, структура которой представлена: деформацией – 8,5%, гипертрофией – 6,2% и эктропионом – 1,5%. Ориентировочный прогноз (до 2023 года) указывает на вероятность снижения деформаций шейки матки до 3,5% в год ($p < 0,001$) и гипертрофий – 3,5% ($p < 0,05$), но возможен рост частоты эктропиона в 3,3 раза ($p < 0,05$).

- Впервые установлены и ранжированы по прогностической значимости риск-факторы в развитии акушерской травмы шейки матки, при этом доказано, что высокой степенью обладают: индукция родов окситоцином ($RR=11,8$, $EF=91,5$), амниотомия ($RR=2,3$, $EF=57,2$), длительность родов более 12 часов ($RR=2,6$, $EF=60,8$) и хориоамнионит ($RR=5,0$, $EF=80,0$), средней степенью - анемия средней и тяжелой степени ($RR=1,6$, $EF=37,3$), индукция родов препидил-гелем ($RR=1,9$, $EF=47,1$) и родостимуляция окситоцином ($RR=1,6$, $EF=37,5$).

- Впервые выявлено, что разрывы шейки матки встречаются в 20,6% случаев, в том числе с клиническими проявлениями в 5,7%, структура которых

представлена разрывами: I степени - 81,0%, II степени – 18,3% и III степени – 0,7%, которые ушиваются в 62,7% случаев, первичным натяжением заживают в 83,5% случаев, $\chi^2=25,5$, $p<0,001$.

- Впервые разработан и апробирован в клинической практике алгоритм профилактики последствий акушерской травмы шейки матки, который позволил снизить количество неущитых травм шейки матки, количество КС в среднем на 2,3% в год и частоту грубой деформацией шейки матки в 1,7 раза, что в целом является резервом снижения материнской заболеваемости.

Практическая значимость полученных результатов:

- Сведения о частоте и вероятной динамике частоты акушерской травмы и ее последствий могут быть использованы при планировании объема кадрового потенциала и организационных мероприятий по обслуживанию данного контингента женщин.

- Для практического здравоохранения разработаны:

- таблица предиктивной значимости факторов риска возникновения акушерской травмы шейки матки, позволяющая формировать группы риска с разработкой индивидуальных планов при дородовом уходе за беременными женщинами;

- таблица прогностической значимости акушерской травмы шейки матки в развитии осложненного течения раннего послеродового периода, позволяющая оптимизировать специализированную медицинскую помощь в данный период для снижения материнской заболеваемости и смертности;

- алгоритм диспансеризации женщин, направленный на профилактику заболеваний шейки матки, а также на снижение частоты невынашивания беременности и оперативной активности в родах.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Тенденции показателей деятельности родильных домов вторичного и третичного уровня на анализируемый период (2002-2018 гг.) характеризовались увеличением общего количества родов и числа КС во временном аспекте с достоверным ($p<0,001$) их преобладанием на третичном уровне, к 2025 году

прогнозируется вероятность увеличения КС из-за деформаций шейки матки в 2,2 и 7,6 раза в учреждениях разного уровня здравоохранения.

2. Современная система родовспоможения в учреждении республиканского уровня обеспечивала снижение частоты деформаций шейки матки – в 1,7 раза, гипертрофии шейки матки – в 1,9 раза, с статистически подтвержденным прогнозированием сохранения этой тенденции до 2028 года. Но в прошедшие годы и на ближайшую перспективу вероятно увеличение частоты эктропиона – в 3,3 раза.

3. Прогностически значимыми факторами риска развития акушерских травм шейки матки являются: индукция родов окситоцином, амниотомия, длительность родов более 12 часов и хориоамнионит, что подтверждено статистически. Наличие акушерской травмы следует считать фактором, потенцирующим субинволюцию матки, формирование лохиометры и гематометры в послеродовом периоде.

4. Клиническая структура акушерской травмы шейки матки характеризовалась существенным преобладанием разрывов I степени (81,0%), далее следовали родильницы со II (18,3%) и III степенью (0,7%). Родильницы с I степенью акушерской травмы шейки матки требуют особого внимания, так как, несмотря на отсутствие у 72,2% из них клинических проявлений, у 48,4% необходима хирургическая коррекция.

5. Оптимизация программы профилактики и диспансеризации женщин с акушерскими травмами основана на использовании алгоритмов прогнозирования их возникновения и последующих осложнений.

Личный вклад соискателя. Анализ литературы, определение цели, задач исследования, формулировка рабочей гипотезы, разработка методологии исследования, сбор фактического материала, выбор статистических методов для анализа данных, обработка данных, анализ полученных результатов, а также формулирование основных положений диссертации, выводов, заключения и дальнейших рекомендаций проведены лично соискателем.

Апробация результатов диссертации. Результаты проведенной работы доложены на: Международной научно-практической конференции «Современные подходы в педиатрии, детской хирургии и перинатологии» (Бает, 2014), Международной научной конференции «Инновационные медицинские технологии» (Москва, 2018), Международной научной конференции «Современные проблемы клинической медицины» (Прага, 2018).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 10 печатных работ, из них 8 – в изданиях, рекомендованных ВАК КР, 7 – в РИНЦ с ненулевым импакт-фактором.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, главы обзора литературы, главы методология и методы исследования, результатов собственных исследований, заключения, практических рекомендаций и списка использованных источников. Текст диссертации изложен на 164 страницах машинописного текста, иллюстрирована 30 таблицами и 12 рисунками. Библиографический указатель составлен в алфавитном порядке и включает 351 источник, из них 40 англоязычных.

ГЛАВА 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современные взгляды на факторы риска и причины возникновения травм шейки матки в родах

Как известно, шейка матки выполняет важные и разнообразные функции в организме женщины. Она участвует в поддержании нормальных анатомо-функциональных взаимоотношений между всеми органами малого таза. Барьерная функция шейки проявляется в защите матки и брюшной полости от инфекции. Слизь, вырабатываемая в период овуляции в шейном канале, позволяет сперматозоидам быстро и беспрепятственно попадать в матку для оплодотворения. Шейка позволяет женщине вынашивать беременность до срока и, кроме того, играет важную роль в формировании остроты сексуальных переживаний. Следовательно, заболевания шейки матки имеют весьма значительные негативные последствия для репродуктивного здоровья женщины.

В последние десятилетия в связи с изменением условий жизни, увеличением числа иммунодефицитных состояний, отмечается рост воспалительных заболеваний гениталий различной этиологии начиная с подросткового возраста, вызывающих повреждение, в частности, шейки матки [191, 209, 290]. Увеличение числа эндокринной патологии женщин, в результате которой часто возникает неполноценность шейки матки во время беременности (истмико-цервикальная недостаточность), ведет к росту частоты невынашивания [308, 309, 327].

И все же самая высокая вероятность повреждения шейки возникает в процессе родов. Высокий уровень родового травматизма в странах постсоветского пространства, в частности разрывов шейки матки, несмотря на знание факторов риска, проводимые профилактические мероприятия,

известную методику ушивания и качественный шовный материал, отмечается многими исследователями [42, 290, 346].

Известно, что разрывы шейки матки в родах классифицируются на спонтанные (аномалии родовых сил или крупный плод) и насильственные (в результате действий врача).

По степени глубины они делятся на три степени:

I степень – разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

II степень – разрывы длиной более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.

III степень – разрывы с повреждением внутреннего зева, тканей и сводов влагалища [Нагорная В. Ф., 2011].

Чаще всего встречаются разрывы I и II степени. Они могут быть как насильственные, так и спонтанные. Если разрыв не повреждает кровеносный сосуд значительного диаметра, то может он остаться не диагностированным. Деформация шейки матки, наличие старых нешитых разрывов приводит к длительно текущему воспалительному процессу, в результате которого возникают фоновые и предраковые заболевания шейки [290]. Частота таких повреждений шейки колеблется в широких пределах от 3,0% до 85,0% [37, 42, 107, 201, 254, 346]. Все вышеперечисленное подтверждает актуальность дальнейших исследований по выявлению и классификации причин и факторов риска данного осложнения.

Факторы риска, способствующие возникновению разрывов, крайне многообразны. По мнению одних авторов они формируются до беременности [42, 69, 74, 95, 112, 215, 287, 290, 310], по мнению других - во время беременности [74, 319, 326, 328, 335, 343], по мнению третьих – в родах [42, 166, 215, 273, 287, 310, 319, 326, 328, 333, 335].

По данным ретроспективного исследования, проведенного в 19 госпиталях и насчитывающего 228 000 родов, азиатская раса определена как фактор риска возникновения разрыва шейки матки [319].

В результате исследования особенностей течения беременности и родов у первородящих женщин с репродуктивными потерями в анамнезе выявлена связь между их психоэмоциональным состоянием и возникновением осложнений родового акта и, в частности, в 29,2% случаев разрывов шейки матки [77].

Почти все исследователи склоняются к тому, что разрывы шейки матки с достоверно большей степенью вероятности возникают у молодых (до 25 лет) первородящих женщин [42, 69, 77, 166, 310, 319, 326]. В то же время обнаружены исследования, в которых отрицается влияние возраста матери на возникновение разрывов шейки в родах [326].

Причины более частого осложнения родов травмами мягких тканей до конца не изучены. Возможно, это связано с наличием у них недифференцированной дисплазии соединительной ткани - патологии, изучение которой началось сравнительно недавно и еще не существует единых диагностических критериев [309]. По мнению авторов, разрывы шейки матки возникают при данной патологии в 40% случаев при истмико-цервикальной недостаточности. Шейка матки, содержащая в своем составе множество коллагеновых волокон, более подвержена разрывам в родах при низком уровне оксипролина, который имеет место при данном синдроме [74, 112]. По данным Жамлиханова С. С., Макарова М. А. и соавт. [183], разрывы влагалища и шейки матки наблюдаются в 3 раза чаще в сравнении с беременными, не имеющими патологии. В то же время, существуют исследования, по результатам которых недифференцированная дисплазия соединительной ткани не является фактором риска разрывов шейки, но является таковым при разрывах промежности [71].

К факторам риска, формирующимся до беременности, отнесены хронические воспалительные заболевания гениталий бактериальной и вирусной этиологии [69, 290, 310]. Особое значение некоторые исследователи придают папилломавирусной инфекции [287], наличие которой само по себе ведет к осложнениям в течении родового акта (преждевременное излитие

околоплодных вод, слабость родовой деятельности), а в последующем может приводить к неопластическим процессам шейки матки.

Предшествующие аборт ведут к травматизации шейки матки в родах в последующем [290]. Кроме того, ученые признают факт разрывов шейки матки при прерывании беременности во II ее триместре [305, 308, 309]. В настоящее время проводятся многочисленные исследования по сравнению эффектов медикаментозного прерывания беременности и традиционного хирургического метода [183].

Имеющаяся псевдоэрозия шейки матки также является фактором риска разрыва шейки матки в родах [42, 215, 310]. Диатермокоагуляция по поводу псевдоэрозии шейки матки вне беременности, в родах может привести к ее разрыву [310].

Во время беременности, по мнению большинства авторов, наложение швов (серкляж) на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности играет важную роль в последующем возникновении ее разрывов [74, 319, 326, 335, 343]. Напротив, по результатам ретроспективного когортного исследования, проведенного Seravalli V., Potti S. и Berghella V. (2013), серкляж не является фактором риска разрывов шейки матки в родах [343].

Что касается осложнений самого родового акта, то факторами риска считаются:

- дорсальное положение женщины в родах. Имеются результаты исследования сравнения частоты травм мягких тканей родовых путей у женщин, роды которых проходили в вертикальном положении и в дорсальном. Результаты свидетельствуют о более высокой частоте разрывов шейки матки в группе женщин, родивших в полусидячем или лежащем положении [85].

- преждевременное излитие околоплодных вод [42, 287, 310].

- роды, индуцированные окситоцином [42, 215, 273, 310, 319, 335]. По данным исследования сравнения эффективности окситоцина и простагландинов, частота разрывов шейки матки выше в группе женщин, роды которых индуцированы окситоцином [215].

- аномалии родовой деятельности (быстрые роды, стремительные), а также слабость родовой деятельности, требующая коррекции окситоцином [42, 166, 287, 310, 326].

- поворот плода при заднем виде затылочного предлежания [328].

- несоответствие костного таза матери размерам головки плода [333].

- эпизиотомия [326].

- вакуум-экстракция плода [287, 319, 326, 333].

- наложение акушерских щипцов [349].

Необходимо отметить, что исследователи подвергают детальному изучению эффекты вакуум-экстракции плода в сравнении с наложением акушерских щипцов. В то же время некоторые ученые пришли к выводу о том, что при вакуум-экстракции плода в сравнении с наложением акушерских щипцов травмы шейки происходят несколько реже [349].

Несмотря на вышеперечисленное, имеются результаты ретроспективного исследования Parikh R., Brotzman S. и Anasti J. N. [335], которые не выявили связи между разрывами шейки матки и оперативными влагалищными родами (роды наложением вакуум-экстрактора или акушерских щипцов).

В литературе также имеются единичные исследования, утверждающие, что разрывы шейки матки не влияют на последующие беременности женщин и их роды [326].

Все выявленные факторы риска складываются в единую цепь – патологические состояния до беременности ведут к осложнениям в родах и возникновению травматизации родовых путей. Можно сказать, что из них возникает порочный круг – заболевания шейки матки, возникшие до и во время беременности, ведут к ее травматизации в родах. В свою очередь разрывы шейки матки в родах являются фактором риска возникновения ее серьезной патологии в последующем.

Таким образом, высокий уровень травм шейки матки, выраженное многообразие известных факторов риска и имеющиеся противоречия в оценке их значимости позволяют считать очевидной актуальность дальнейших

исследований по выявлению наиболее важных факторов риска, их систематизации, а также изучению ближайших и отдаленных последствий разрывов шейки матки для репродуктивного здоровья женщин Кыргызской Республики.

Травмы мягких тканей родовых путей женщины, возникающие во время родов, иногда могут служить причиной серьезных осложнений как в раннем послеродовом периоде, так и в более поздние периоды жизни женщины, иногда приводя к ее инвалидизации. Первым барьером, испытывающим наибольшую нагрузку со стороны головки плода, является шейка матки, разрывы которой могут привести к разрыву самой матки (разрыв шейки матки III степени) или служить источником инфицирования и массивного кровотечения [248]. Более того, в результате возникновения рубцовой ткани в месте разрыва на фоне персистирующей вирусной инфекции (высоко онкогенные типы ВПЧ, герпес II) увеличивается вероятность трансформации CIN I - CIN II в предрак и рак шейки матки [162]. По данным разных авторов, частота разрывов шейки матки колеблется от 2 – 60% [162], но чаще в пределах 14 – 15% [248, 311]. Среди факторов риска, способствующих возникновению этого осложнения, ученые выделяют первые роды [311] или гинекологический анамнез, отягощенный воспалительными процессами различной этиологии [157, 311], роды, осложненные слабостью родовой деятельности, преждевременным излитием околоплодных вод [311], нерациональное ведение родов (необоснованные родостимуляции, пальцевое расширение шейки матки) [157]. Имеющееся разнообразие отмечаемых факторов риска подтверждает актуальность дальнейшего их изучения.

Проблема послеродовых осложнений, включающих в себя в основном кровотечения и гнойно-септические осложнения, занимает умы ученых стран всего мира. В странах с ограниченными ресурсами эти осложнения находятся на высоком уровне и не имеют тенденции к снижению. Одним из многочисленных факторов риска, вызывающих послеродовые кровотечения, явления субинволюции матки и послеродовый эндометрит (ПЭ), исследователи

отмечают разрывы шейки матки в родах, которые в некоторых случаях можно назвать даже причиной. Изучая литературные источники, мы обнаружили неоднозначный взгляд на данный вопрос, т.к. в последние годы некоторые ученые минимизируют значение этого осложнения. Исследователь Коробков Н. А. не считает травмы мягких тканей родовых путей фактором риска послеродовых гнойно-септических осложнений, а согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), без развившегося кровотечения вообще не стоит осматривать родовые пути у женщин. Таким образом, имеющиеся разночтения определили цель нашего исследования - выявить значение разрывов шейки матки в родах для дальнейшего течения послеродового периода по данным ретроспективного исследования.

1.2. Травмы шейки матки в родах: отдаленные последствия

Для современного акушерства проблема родового травматизма остается весьма актуальной из-за высокой его частоты. В ходе родового процесса, со стороны предлежащей части плода, мягкие ткани, формирующие родовой канал, подвергаются наибольшему травматизму и зачастую наибольшую нагрузку несет именно шейка матки [272].

Исследователи отмечают высокий процент (от 6,0% до 40,0%) акушерских травм шейки матки при самостоятельных родах в современном акушерстве [164].

Публикации последних лет указывают на то, что разрывы шейки матки в 17,0%-28,0% случаев приходятся на первородящих женщин и регистрируется тенденция увеличения травм в 2,0 раза у женщин старше 30 лет, связано это тем, что с возрастом в шейке матке уменьшается количество мышечных волокон, повышается активность пролиферации фибробластов, что приводит к снижению способности органа к растяжению, в результате чего шейка матки становится ригидной [218].

Важно, что до 70,0% случаев посттравматической деформации шейки матки приходится на активный фертильный возраст [89].

По данным современных публикаций, актуальность патологических состояний шейки матки, обусловленных ее травмой, выражается в высокой частоте встречаемости их среди гинекологической заболеваемости, которая, по данным разных авторов, варьирует от 10,0% до 38,5%, что в свою очередь приводит к риску восходящей инфекции (до 69,9%), негативно влияет на дальнейшую репродуктивную функцию, повышает риск малигнизации (до 9,1%), а также недостаточной эффективностью существующих методов терапии [23].

Как справедливо считают исследователи, до настоящего времени в развитии многих доброкачественных и предраковых процессов шейки матки огромную роль играет ее травма, полученная во время родов [310].

Акушерские разрывы шейки матки – это нарушение целостности шейки матки из-за повреждения ее в процессе родов [52].

До данным авторов, акушерские разрывы шейки матки относятся к числу часто встречающихся форм акушерского травматизма и в популяции составляют до 70,0% [120].

Мировые тенденции, учитывающие рекомендации ВОЗ, привели к тому, что шейка матки не осматривается ни после родов, ни при выписке женщин из акушерского стационара без признаков кровотечения, что в свою очередь приводит к запоздалой диагностике и отсутствию первичной хирургической помощи родильницам [131].

Вызванные разрывом нарушения архитектоники шейки матки сопровождаются повреждением целостности не только соединительнотканых мышечно-волоконистых структур, но и нервных окончаний и ганглиев, что нарушает трофику тканей и ведет к затруднению процесса регенерации, вызывая в свою очередь вялотекущие воспалительные процессы органа. В результате чего нарушается не только структура тканей, но и функция шейки матки как органа [34].

Проведенные исследования доказывают, что выявить разрывы шейки матки при отсутствии кровотечения возможно только при осмотре ее в

зеркала, что в РФ обязательно выполняется в первые 2 часа после родов. При наличии кровотечения осмотр краев шейки матки проводят сразу после отделения и оценки последа. Ушивание краев раны при послеродовом разрыве шейки матки в современном российском акушерстве считается общепризнанной методикой [228].

По данным российских авторов у 25,0% женщин шейку матки не восстанавливают вовсе, у более 30,0% женщин заживление швов происходит вторичным натяжением, а в 40,0-60,0% случаев происходит расхождение швов после неадекватного зашивания разрывов [23].

В своей работе Бадретдинова Ф. Ф. (2014) указывает, что негативным моментом является то, что каждая вторая женщина с деформацией шейки матки претерпевает длительную и, как правило, неэффективную терапию с применением деструктивных методов лечения, что способствует более быстрому развитию дисплазии шейки матки. Также автором отмечается, что у 50,0-66,0% женщин наблюдается травматическое повреждение шейки матки в родах, в 40,0-60,0% случаев рубцовая деформация обусловлена расхождением швов после неадекватного их наложения, которые у 25,0% женщин не восстанавливаются вовсе [35].

Своевременная ликвидация травмы шейки матки путем хирургического восстановления целостности является эффективной профилактикой ближайших и отдаленных последствий [258].

Авторы также обращают внимание на то, что в практической деятельности акушерских стационаров присутствуют технические ошибки в виде восстановления разрывов акушерками, грубого захватывания краев раны, использования несоответствующих шовных материалов, так как внимание акцентируется на гемостатическом эффекте, что в свою очередь вызывает неадекватное заживление с деформацией шейки матки в последующем [219].

Кроме того, при разрывах шейки матки менее 1 см и отсутствии кровотечения акушерскую травму не восстанавливают [245].

В результате образуется порочный круг, не восстановленные или плохо восстановленные разрывы шейки матки приводят к рубцовой деформации органа, вызывая каскад дальнейших нарушений репродуктивного здоровья женщин [90].

Принимая во внимание, что процесс родов в настоящее время становится все более управляемым, проблема травм шейки матки стала как никогда актуальной на фоне снижения общих показателей здоровья, тенденции к увеличению числа тяжелых травм промежности в родах и числа повторнородящих, имеющих акушерскую травму в прошлом [274].

Однако работами ряда авторов доказано, что родовая травма имеет огромное значение в развитии предраковых заболеваний шейки матки. На фоне длительно протекающего хронического воспаления и трофических расстройств, возникающих при иннервации травмированных участков шейки матки, создаются условия для более длительной метаплазии эпителиальных клеток, что в дальнейшем может вызвать пролиферативные изменения, атипию и рак шейки матки [246].

Данные литературы указывают, что одним из наиболее частых осложнений акушерских травм шейки матки является эктропион. При вывороте цервикального канала цилиндрический эпителий попадает в физиологически несвойственные ему условия, т.е. кислую среду влагалища, содержащего облигатную и патогенную микрофлору, что приводит к развитию цервицита, фоновых и предраковых процессов шейки матки [222].

У женщин с длительно существующими разрывами шейки матки в области эктропиона развиваются пролиферативные изменения с метаплазией клеток, стык эпителиев уходит в цервикальный канал, а возникшая зона трансформации сопровождается дисплазией с воспалительной реакцией и разрастанием соединительной ткани, что вызывает укорочение и гипертрофию органа. Дистальный отдел шейки матки уплотняется, наружный зев плохо смыкается или даже пропускает палец, что приводит к развитию фоновых и предраковых процессов [65].

В ряде работ приведены данные о тесной корреляционной связи между акушерскими травмами шейки матки и развитии отдаленных последствий, таких как фоновые и предраковые состояния шейки матки. Активная метаплазия резервных клеток, направленная на восстановление дефекта, в условиях хронического воспалительного процесса в разы повышает риск появления атипии, а учитывая неуклонный рост частоты предраковых заболеваний шейки матки в начале 21-го столетия у женщин молодого фертильного возраста, ставит перед исследователями новые задачи [114].

Ряд авторов подчеркивают высокую медико-социальную значимость рубцовой деформации шейки матки, которая у женщин фертильного возраста достигает 70,0%, а среди фоновых заболеваний шейки матки частота составляет до 54,9% [247].

У женщин сочетание рубцовой деформации и эктропиона шейки матки увеличивает более чем в 3,0 раза риск появления патологических изменений эпителия, таких как: лейкоплакия, дисплазия, преинвазивный рак, так у 79,2% женщин с диагнозом лейкоплакия и у 43,5% пациентов с дисплазией шейки матки патологическим фоном выступает именно рубцовая деформация шейки матки [126].

Схожие результаты получены Селиховой М. С. в 2011 году, автором доказано, что при деформации шейки матки за счет акушерского травматизма в 3,0 раза чаще возникает CIN различной степени выраженности, в сравнении с анатомически целой шейкой матки, а у 43,5% пациентов с CIN заболевание развивается на фоне рубцовых изменений шейки матки [234].

Кроме того, деформация шейки матки напрямую влияет на фертильную функцию женщины, вызывая несостоятельность шейки матки во время гестации, и приводит к невынашиванию беременности [180].

Рубцовая деформация шейки матки является основной причиной формирования эктропиона, при этом авторы доказывают, что у более 40,0% женщин предрак шейки матки возникает именно на фоне ее рубцовой деформации. Полученные авторами данные также подтверждают высокую роль

деформации шейки матки в развитии дисплазии и преинвазивного рака, который наблюдается в 3,0 раза чаще на фоне рубцовой деформации и эктропиона [169].

В своей работе авторы указывают, что, к сожалению, рубцовую деформацию шейки матки зачастую диагностируют запоздало и связано это с длительным отсутствием клинических проявлений и, как следствие, поздним обращением женщин к акушеру-гинекологу, выходом из создавшейся ситуации является диспансерное наблюдение женщин при беременности, когда есть возможность для выявления уже имеющейся патологии шейки матки и выработки дальнейшей тактики [249].

При этом авторы указывают на длительный процесс терапии пациенток хирургическими методами деструктивного воздействия в зоне выраженной деформации шейки матки, а учитывая коммерциализацию медицины, приводит к развитию симптомокомплекса синдрома коагулированной шейки матки, что в конечном результате снижает репродуктивный потенциал женщин [90].

В работах последних лет отмечено, что сочетание рубцовой деформации, метаплазии и персистирующей вирусной инфекции повышает риск трансформации дисплазии легкой и средней степени в преинвазивный рак шейки матки [63].

Все вышесказанное имеет огромную актуальность и для восстановительной гинекологии, требуя навыков и дифференциального подхода от врачей акушеров-гинекологов.

Научные исследования по проблеме акушерской травмы шейки матки малочисленны, нередко противоречивы, продолжение работ данного направления позволит пополнить знания и снизить негативное влияние акушерского травматизма на репродуктивный потенциал женщин.

Все вышеизложенное подчеркивает высокий интерес ученых и клиницистов к проблемам акушерского травматизма шейки матки, так как многогранность проблемы очевидна, а значение трудно оспорить в плане профилактических, ранних диагностических мероприятий с учетом возрастных

особенностей, органосохраняющих методов лечения с полноценной реабилитацией женщин.

Кроме того, многие аспекты данного направления остаются дискуссионными и требуют решения на современном уровне знаний, открытыми остаются вопросы возможности прогнозирования, своевременного выявления и рациональной терапии свежих акушерских травм шейки матки, дифференцированного подхода к выбору методики коррекции и требуют дальнейшего углубленного изучения.

В Кыргызской Республике работ данного направления нам не удалось выявить, что еще раз подчеркивает актуальность запланированного исследования.

1.3. Травмы шейки матки в родах, как фактор развития воспалительных заболеваний и патологии гестации

Актуальность акушерского травматизма шейки матки обусловлена высокой частотой встречаемости данной патологии (до 70,0%) и его ролью в развитии патологии репродуктивной функции женщин, риском восходящей инфекции (до 69,9%) и недостаточной эффективностью существующих методов лечения [23].

В работах последних лет отмечено, что огромное значение для врачей практической медицины и научных работников имеет росту числа юных первородящих и повторнородящих, имеющих в анамнезе акушерскую травму шейки матки [272].

Полученная в процессе родов травма шейки матки приводит к анатомическому повреждению органа с вовлечением в этот процесс соединительнотканых волокон, сосудов и нервных рецепторов, в результате чего нарушается трофика тканей и развивается целый каскад патологических регенеративных процессов [164].

Схожего мнения придерживаются и Михеева Ю. В. с соавт. (2016), отмечая в своей работе, что нарушение анатомии шейки матки при акушерских

разрывах неизбежно сопровождается повреждением всех анатомических слоев: соединительнотканых и мышечно-волоконистых структур, нервных окончаний и ганглиев шейки матки, что приводит к нарушениям трофики и регенерации органа, вызывая хронические вялотекущие воспалительные заболевания [148].

В своей работе Гасымзаде И. Т. (2013) подчеркивает, что своевременно не ушитая акушерская травма шейки матки заживает путем рубцевания, приводящего к деформации органа, в результате чего не формируется цервикальный канал, а передняя и задняя губы расходятся, образуя эктропион. В результате разрыва и деформации шейки матки слизистая пробка в цервикальном канале не может удержаться, что способствует нарушению барьерной функции и проникновению инфекционных агентов в полость матки [65].

Росницкая Е. Е. с соавт. (2017) подчеркивают, что отсутствие своевременной диагностики акушерской травмы или наличие погрешностей технического характера при ушивании шейки матки приводят к различного рода осложнениям. Последствием неушитых разрывов шейки матки является возникновение деформации цервикального канала в виде его расширения, стриктур, дивертикулов и внутришеечных синехий. Результатом послеродовых разрывов и деформаций шейки матки нередко становится формирование хронических воспалительных процессов в органах малого таза, приводящих к невынашиванию беременности и бесплодию [228].

Кроме того, воспалительная реакция формирует отек стромы шейки матки, что влечет за собой пролиферацию фибробластов, синтезирующих коллаген, и уменьшает количество мышечных эластических волокон, что в конечном результате нарушает цитоархитектонику органа и приводит к нарушению протекания дистрактивных и ретрактивных процессов шейки матки во время родового акта [262].

Нарушение анатомической целостности шейки матки может стать причиной бесплодия, невынашивания беременности, а также развития

инфекционно-воспалительных процессов, приводящих к неблагоприятным исходам беременности [249].

Многочисленные приводимые в литературе данные указывают на полиэтиологичность патологических процессов эктоцервикса и эндоцервикса, приводящих к бесплодию и невынашиванию беременности [27].

Возникновение и развитие вышеперечисленных патологических состояний шейки матки весьма сложный и довольно длительный процесс, многие стороны которого на сегодняшний день еще недостаточно изучены [51].

По данным исследователей отмечается, что способствует этому сочетание множества различных факторов: «состояние физиологической иммунодепрессии у беременных и рожениц, усиливающееся при наличии персистирующих возбудителей инфекции, передающихся половым путем; стрессорное влияние родового процесса; кровопотеря; наличие отека и разможения тканей; повышенная вирулентность микроорганизмов и их резистентность к применяемым в стационаре препаратам» [61].

По данным Селиховой М. С. с соавт. (2013), акушерские травмы шейки матки при неправильном сопоставлении краев и заживлении органа вторичным натяжением в 42,7% случаев приводят к истмико-цервикальной недостаточности, которая выступает фактором риска самопроизвольных абортс во II триместре гестации и преждевременных родов [258].

Исследователи последних лет едины во мнении, что нарушения архитектоники шейки матки вызывают функциональную патологию, способствующую хронизации воспалительного процесса, в результате чего возникает компенсаторное разрастание соединительной ткани и формируется гипертрофия шейки матки. Разрывы шейки матки с рубцовой деформацией разрушают физиологический барьер, приводят к отсутствию закрытого наружного зева, при этом не происходит сужение в области внутреннего зева и образование слизистой пробки, выступающей барьером для проникновения микробов, что создает условия для развития восходящей инфекции малого таза [158].

Данного мнения придерживаются Грибова С. Н. с соавт. (2015), которые в своей работе подчеркивают, что цилиндрический эпителий шейки матки с его криптами является основным и идеальным местом для внедрения микробов и вирусов. Цервикальная слизь цилиндрического эпителия шейки матки в норме «обладает высокой протеолитической, иммунологической и бактерицидной активностью за счет содержащихся в ней иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM), компонентов комплемента, лизоцима и лактоферрина» [261].

Акушерская травма шейки матки приводит к нарушению запирающей и барьерной функций органа, что способствует контаминации микробов в полость матки и развитию хронического воспаления органов малого таза [219, 310].

Раневая поверхность травмированной шейки матки является благоприятным фоном для внедрения и развития микроорганизмов, а возникающая местная воспалительная реакция приводит к цервициту и способствует развитию воспалительных заболеваний малого таза. Сама по себе родовая травма шейки матки, вне зависимости от степени заживления, вызывает нарушения, как анатомии, так и функции органа, которые создают риски для репродуктивного здоровья [176].

В современной литературе также приводятся данные, что у 30% женщин акушерская травма шейки матки после коррекции заживает вторичным натяжением. Травмированная шейка матки, особенно зажившая вторичным натяжением, является фактором риска развития впоследствии деформации шейки матки и формирования эктропиона, а отсутствие слизистой пробки в эндоцервиксе способствует развитию эндометритов. Кроме того, длительно существующий воспалительный процесс шейки и полости матки является неблагоприятным фоном развития атипической метаплазии в эктоцервиксе [120].

При этом еще в 2009 году Кижанов Ю. Е. с соавт. пришли к выводу, что основным этиологическим ко-фактором все же является длительно

существующая персистирующая инфекция, которая многосторонне воздействуя на органы малого таза, приводит к акушерской травме шейки матки [114].

По данным Юсуповой М. А. с соавт. (2017), у 91,2% женщин с рубцовой деформацией и эктропионом шейки матки присутствуют воспалительные заболевания, хронические цервициты довольно часто сочетаются с эндометритами и сальпингоофоритами. По данным исследователей, именно инфекции, передающиеся половым путем, являются одним из основных факторов риска формирования рубцовой деформации шейки матки. Именно урогенитальная инфекция повышает риск развития цервицитов и дисплазий у женщин с деформированной в родах шейкой матки [306].

С позиций сохранения репродуктивного потенциала при акушерских травмах своевременное восстановление анатомо-функционального строения шейки матки является важным моментом для профилактики неблагоприятных ближайших и отдаленных последствий травмированного органа и ИППП. С указанных позиций проблема прогнозирования, профилактики, а также рациональной методики коррекции свежих разрывов шейки матки у женщин после родов, выработка стандартов и дифференцированного подхода к дальнейшей тактике ведения данного контингента, позволяющих избежать отдаленные негативные последствия акушерских травм, требует от исследователей дальнейшего углубленного изучения [34].

Именно поэтому исследователями постоянно изучается значимость актуальной для современной медицины и практикующих врачей акушеров-гинекологов проблемы взаимоотношения анатомии и функции шейки матки как органа, ведь нарушенная структура влечет за собой нарушение функции. Многие женщины с родовыми травмами шейки матки после выписки из родильного дома акушерами-гинекологами не наблюдаются. Таким образом, коррекция и терапия акушерских травм шейки матки происходит запоздало не ранее чем через 1 год после родов, а отсутствие диспансерного наблюдения женщин в условиях женской консультации снижает качество лечебно-реабилитационных мероприятий и ухудшает качество жизни пациенток [299].

Бадретдинова Ф. Ф. с соавт. в 2014 году доказали, что рубцовая деформация шейки матки, является фактором риска развития нарушений архитектоники цервикального канала и формирования слизистой пробки, что негативно сказывается на защитную функцию органа – барьерную, в результате чего создаются условия для проникновения и роста уропатогенов, потенцирующих развитие острых и хронических процессов в органах малого таза. Данный факт играет огромную роль в патогенезе внутриутробного инфицирования плода, с одной стороны, и клинически утяжеляет течение гестации при повторной беременности, при этом исход зависит от степени деформации органа и от глубины коррекции посттравматического эктропиона. Авторами проведена сравнительная оценка влияния рубцовой деформации шейки матки на фертильность женщин и доказана роль данной патологии в развитии осложнений гестации и невынашивания беременности [35].

Кроме того, полученные исследователями в последние годы данные указывают, что наличие эктопии шейки матки, несмотря на принятую терминологию «нормальное состояние шейки матки», далеко не всегда протекает доброкачественно, неся в себе потенциальный риск инфицирования ВПЧ и перерождения в атипию. Важным моментом являются доказательства увеличения риска осложнений гестации и родов в виде самопроизвольных выкидышей желанных беременностей, преждевременных родов и акушерских кровотечений у женщин с наличием эктопии деформированной шейки матки во время беременности [149].

Михеева Ю. В. с соавт. (2016) акцентируют внимание, что у 30,0 % женщин цервикальная слизь, продуцируемая эктопией, имеет патологически изменённые физико-биологические свойства слизистой пробки. При этом авторами подчеркнуто, что отсутствие четкой пошаговой системы профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий особенно для первородящих женщин, с травмами шейки матки в анамнезе, потенцирует проведение научных исследований в этом направлении, так как многие аспекты

остаются недостаточно изученным, что и определяет актуальность данной проблемы на ближайшие годы [187].

Рубцовая деформации является основной причиной возникновения эктропиона, при котором нарушается формирование и удерживание слизистой пробки в цервикальном канале, а именно цервикальная слизистая пробка является надежным естественным заслоном для восходящей инфекции и препятствует инфицированию полости матки. Работы ученых, посвященные изучению нежелательных последствий рубцовой деформации шейки матки, указывают на патологическое течение повторной беременности, разнообразие микробного пейзажа и нежелательные исходы родов для матери и новорожденного, при этом акцентируется, что их тяжесть зависит от степени деформации, наличия патологических проявлений на шейке матки и вида медицинского вмешательства при коррекции шейки матки [284].

В мировой литературе приведены данные, что у женщин с рубцовой деформацией шейки матки и наличием цервицитов частота встречаемости хламидийной и вирусной инфекции выше, чем в общей популяции [79, 155].

Общепринятыми методами хирургической коррекции патологических проявлений шейки матки на фоне рубцовой деформации являются эксцизные и деструктивные процедуры [262].

По данным современных исследователей, доказано, что широко применяемые хирургические методы лечения патологии шейки матки имеют незначительное влияние на течение последующей беременности, однако подчеркивается прямая корреляционная зависимость фертильности женщин от вида и глубины вмешательства. Наличие в анамнезе процедуры конизации шейки матки, по данным отдельных исследователей, статистически достоверно чаще потенцирует развитие истмико-цервикальной недостаточности и, как следствие, угрозы невынашивания у женщин на различных сроках гестации независимо от хирургического метода коррекции [63, 283].

При проведении диатермоэлектрокоагуляции или эксцизии шейки матки нарушается анатомическая целостность органа в виде травмы циркулярных

мышц, влекущей за собой сокращение продольных мышц шейки и зияние наружного зева, результатом такой ятрогенной травмы становится потеря барьерной функции шейки матки. В результате чего цервикальный канал теряет обычную веретенообразную форму, происходит расширение наружного зева, цервикальная слизь не удерживается в канале, возникает риск инфицирования, и развития восходящей инфекции. Деструктивные методы коррекции, направленные на профилактику осложнений, в свою очередь сами выступают основной причиной развития патологии репродуктивной функции пациенток [243].

Полученные данные указывают, что даже поверхностные деструктивные вмешательства, направленные на лечение патологии шейки матки хирургическим путем (вапоризация и эксцизия), имеют неблагоприятные последствия для сохранения и реализации детородной функции женщин в будущем [211].

В современной литературе работы, изучающие репродуктивное здоровье женщин после хирургических методов воздействия на шейку матки, немногочисленны, а порой даже и противоречивы. В большей своей массе исследовательские работы ретроспективного дизайна, без соответствующей рандомизации, что увеличивает вероятность систематических ошибок при планировании выводов. Именно поэтому важным моментом для исследователей является накопление любого опыта негативного влияния акушерских травм на качество жизни и фертильный потенциал женщин, что позволит пополнить знания и послужит обоснованием разработки концепции оценки и управления рисками негативных последствий для женщин с деструктивными манипуляциями на шейке матки [147].

Представленные Аветисяном Т. Г. в своей работе (2008) сравнительные данные при оценке фертильной функции женщин, имеющих в анамнезе различные варианты терапии эктропиона, указывают, что в группе без коррекции шейки матки процент зачатия оказался статистически значимо выше, чем у пациенток после деструктивных методов лечения. Резюмируя,

автор указывает, что наличие эктропиона не является абсолютным показанием для активного хирургического вмешательства, а главное, что неосложненный эктропион мало влияет на фертильность и репродуктивный потенциал [9].

В литературе последних лет отмечается, что высокую доказательную значимость в развитии онкологического процесса имеет наличие вируса папилломы человека при дисплазиях шейки матки, а рубцовая деформация органа выступает неблагоприятным фоном развития метаплазии [177].

При этом большим недостатком в работе лечебных учреждений является отсутствие должной преемственности между родильными отделениями и участковыми акушерами-гинекологами. Вследствие этого, многие женщины, имеющие акушерские травмы шейки матки, на значительное время выпадают из поля зрения врачей [307].

По данным Алиевой А. Я. (2014), в структуре показаний при плановом проведении абдоминального родоразрешения на рубцовую деформацию шейки матки приходится 5,9%, что диктует необходимость активизации работы женских консультаций по профилактике акушерских осложнений [25].

Таким образом, обзор данных современной литературы указывает на актуальность поиска ответов на вопрос возможности родов после старых разрывов шейки матки. В одном мнении ученых совпадает - старый разрыв шейки матки после акушерской травмы не является противопоказанием к последующим родам через естественные родовые пути. Важность планирования беременности в таких случаях несомненна, консультирование о тактике дородового наблюдения и методе родоразрешения позволяет избежать или минимизировать возможные риски перинатальных потерь, а при необходимости на этапе прегравидарной подготовки получить необходимый объем специализированной медицинской помощи, что нивелирует возможный травматизм шейки матки [225].

Если же деформация шейки матки выявляется при беременности и выступает этиологическим фактором угрожающего выкидыша, то с целью воспроизводства утраченной функции шейки накладывают специальный

круговой шов, который снимают перед родами, что позволяет снизить репродуктивные потери [245].

Подчеркивая высокую актуальность исследований, посвященных деформации шейки матки после акушерских травм, авторы акцентируют внимание на длительность процесса и негативные последствия старых разрывов в развитии и поддержании хронического воспалительного процесса, который в свою очередь выступает фоном развития дисплазии шейки матки [172].

Устранение патологических процессов на шейке матки только агрессивной хирургической тактикой с деструкцией шейки без устранения самой деформации дает только временный эффект. Поэтому неперенным условием при выборе тактики лечения заболеваний покровного эпителия шейки матки является устранение именно ее деформации, иначе все вмешательства дают лишь временное улучшение [289].

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что в своем большинстве травму шейки матки и в последующем ее последствия можно отнести к разряду сходных с ятрогенными повреждениями, которых можно было избежать или предупредить путем выбора адекватной акушерской и хирургической тактики [32, 247].

Отсутствие в Кыргызской Республике работ данного направления объясняет высокий интерес клиницистов к ряду актуальных нерешенных разделов проблемы и подчеркивает необходимость дальнейшего изучения.

1.4. Травмы шейки матки в родах: актуальные вопросы

Основной проблемой и актуальной задачей современного акушерства остается снижение материнской заболеваемости и смертности, усилия акушерской науки и практического здравоохранения направлены в первую очередь именно на изыскание путей выполнения данной задачи.

Все чаще в литературных данных последних лет авторы указывают на «агрессивное акушерство», когда акушеры-гинекологи пытаются вмешиваться в родовой процесс. Однако, несмотря на стремление объяснить причины

наступления родов, сегодня мы понимаем, что знаний о биомеханизме родовой схватки крайне недостаточно для того, чтобы мы могли управлять родовым процессом [282].

О сложном механизме, влекущем за собой при доношенной беременности наступление родов, в своей работе указывает Аршавский И. А (1982), перечисляя происходящие изменения во всех системах глобальной системы мать–матка–плацента–плод, обеспечивающей сократительную деятельность матки для плодизгнания [30].

При этом авторы подчеркивают, что физиологию и патологию сократительной деятельности матки необходимо рассматривать с позиций законов физики (механики, гидродинамики, акустики и т.д.). Интересна с научной точки зрения гемодинамическая концепция раскрытия шейки матки, предложенная Савицким Г. А. еще в 1983 году: автором выделяются два в функциональном отношении сегмента – моторный и выходной, моторный сегмент представлен венозным синусом тела и дна матки, а выходной шейкой матки [237].

В настоящее время внимание исследователей направлено к продолжению изучения «гормона родов» - релаксина, который лизирует хрящ лонного сочленения, расслабляет связки малого таза и участвует в раскрытии шейки матки [29].

Клиническим показателем готовности к родам является состояние шейки матки. Однако в научной литературе, несмотря на накопленный достаточный опыт, который позволяет рассматривать родовой процесс с различных позиций и роли, как отдельных составляющих (цитокинов, эндотелиальной сосудистой системы, плаценты и т.д.), так и системы мать-плацента-плод в целом, сведения о концепции «родовой доминанты» продолжают оставаться одной из неразгаданных актуальных тайн современного акушерства. В своей работе Ушакова Г. А. (2016) подчеркивает, что «трудно предположить, что «родовая доминанта» обусловлена каким-то одним фактором, целесообразно вернуться к

определению «материнская доминанта», предложенная почти сто лет назад Аршавским И. А. [282].

По мнению ряда авторов, актуальной проблемой в современном акушерстве являются аномалии родовой деятельности, которые в среднем составляют 16,0% случаев. В структуре которых немалая доля приходится на быстрые и стремительные роды, носящие штурмовой характер, когда резистентность шейки матки преодолевается за счет гиперергического варианта маточных сокращений, подобная родовая деятельность приводит к травмам шейки матки. По данным Железновой М. Е. с соавт. (2016), результатом быстрых родов были травматические повреждения мягких тканей рожениц в 53,8% случаев, травмы шейки матки составили - 17,8% [86].

Одним из факторов, приводящих к росту материнской заболеваемости по данным Аскерова А. А. с соавт. (2016), следует считать замершую беременность, в генезе которой доказана роль патологии эндометрия за счет аномалий, опухолей и воспалительных заболеваний матки, а также гормональных нарушений, на долю маточного фактора приходится 36,6% патологии [31].

Учитывая высокую оперативную активность в родах, наблюдающуюся в последние годы в современном перинатальном акушерстве, которая растет за счет абдоминальных родов по относительным показателям, увеличивается число женщин, планирующих беременность с рубцом на матке [238].

Из-за опасности разрыва матки по рубцу самостоятельные роды через естественные родовые пути остаются редким явлением, хотя последние научные данные подтверждают безопасную альтернативу самостоятельных родов повторному оперативному родоразрешению. В своей работе Петрова Л. Е. (2010) представила данные об оценке мягких родовых путей по классификации Хечинашвили Г. Г. (незрелая, созревающая, не полностью созревшая и зрелая шейка матки), анализ данных показал, что абдоминальные роды произведены при «незрелой» и «созревающей» шейке матки, рубцовая деформация шейки матки стала показанием для оперативных родов в 1,6% случаях. Наличие

«зрелой» шейки матки указывала на реальную перспективу самостоятельных родов, при родах через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке частота встречаемости разрывов шейки матки составила 12,4%, в 85,5% разрывы были первой степени [197].

Несмотря на многочисленные исследовательские научные работы, направленные на снижение родового травматизма, данная проблема остается актуальной в современном акушерстве. Наиболее частой акушерской травмой является повреждения шейки матки. Важным моментом при разрывах шейки матки является своевременное восстановление нормального анатомо-функционального строения послеродовой шейки матки, что необходимо для предотвращения неблагоприятных ближайших и отдаленных последствий родовых травм, для профилактики восходящей инфекции и восстановления репродуктивной функции [34].

По данным литературы отмечается, что вторичное заживление швов на шейке матки наблюдается более чем в 30,0% случаев. Перенесенные при первых родах акушерские травмы шейки матки, зажившие вторичным натяжением, впоследствии приводят к рубцовой деформации, образованию эктропиона, а в дальнейшем – к возникновению предраковых заболеваний шейки матки [123].

Возникновение и развитие патологических процессов шейки матки малоизученный и довольно сложный вопрос, а учитывая, что рак шейки матки относится к наружной локализации и является наиболее часто встречающейся патологией, травмы шейки матки остаются актуальной проблемой практического здравоохранения, требующей дальнейшего научного изучения. В данной ситуации улучшение оказания медицинской помощи при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки путем разработки и реализации концепции профилактических и реабилитационных мероприятий не вызывают сомнения. Выделение в группы риска женщин с перенесенной акушерской травмой и формирование групп риска по возможности возникновения разрывов шейки матки в родах у беременных должно основываться на научно-

доказательной базе, так как дальнейшие мероприятия по оздоровлению женщин будут разниться от наличия факторов риска с индивидуально разработанной поэтапной медицинской помощью на протяжении длительного времени [152].

Заслуживают внимания работы, посвященные изучению патологии шейки матки у беременных. По данным Волошиной Н. Н. с соавт. (2007), при обследовании 136 беременных, направленных в онкологический диспансер с дисплазиями шейки матки, одним из факторов риска у которых была акушерская травма шейки матки, у 28,7% - выявлены фоновые заболевания, у 55,1% - слабая и умеренная дисплазия, у 11,0% - тяжелая дисплазия и cancer in situ и у 5,1% беременных – рак шейки матки 1 степени, в выводах авторы указывают, что данная патология должна быть излечена до планируемой беременности [33].

Шейка матки в силу своих структурно-функциональных особенностей занимает особое место в системе репродуктивных органов женского организма, во многом определяя перспективы полноценного оплодотворения, вынашивания и своевременных родов. Относительная доступность шейки матки для гинекологического, ультразвукового, гистологического и цитологического исследований открывает универсальные возможности для своевременной диагностики, профилактики и полноценного лечения цервикальной патологии. Подобным образом могут быть в значительной мере решены проблемы невынашивания беременности, перинатальной заболеваемости и смертности [257].

Шейка матки представляет собой экологическую нишу, анатомическое строение и функции которой способствуют поддержанию нормального биоценоза, что защищает половую систему от внедрения специфических и неспецифических патогенных возбудителей. Главной характеристикой неизменной шейки матки являются: закрытый наружный и внутренний зев, узость и веретенообразная форма цервикального канала, складчатость его слизистой оболочки и, главное, наличие слизистого секрета, содержащего большое количество факторов местного иммунитета – секреторного

иммуноглобулина AsIgA и лизоцима, вследствие чего слизистая «пробка» оказывает бактерицидное действие [210].

Еще одной из актуальных проблем акушерства является невынашивание беременности, так как недоношенные дети составляют основную причину смертности среди новорожденных. Внимания заслуживают женщины, перенесшие радикальное органосохраняющее лечение по поводу предраковых заболеваний и рака шейки матки, создающее возможности женщинам реализовать репродуктивную функцию. Данная категория женщин пополняет ряды женщин с истмико-цервикальной недостаточностью, которая зачастую требует хирургической и нехирургической коррекции во время беременности. Таким образом, порочный круг от акушерской травмы до коррекции шейки матки в последующие беременности повышает риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [293].

До настоящего времени в литературе отсутствует единый взгляд на терминологию рубцовых деформаций шейки матки. Термин «эктропион» часто отождествляют с понятиями «псевдоэрозия» и «эндоцервикоз», что нередко приводит к ошибочному выбору метода лечения данной патологии. Эктропион, или выворот слизистой оболочки цервикального канала, является следствием боковых разрывов шейки матки с последующим формированием рубцовой деформации. В свою очередь, термины «псевдоэрозия» и «эндоцервикоз» являются синонимами «эктопии», которая представляет собой локализацию стыка двух эпителиев за пределами наружного зева неизменной шейки матки и распространение цилиндрического эпителия более чем на 5 мм по периферии анатомического наружного зева [101].

Этиология преждевременных родов многогранна и включает в себя материнские и плодовые осложнения, однако одним из анатомических компонентов данного синдрома выступает шейка матки, играя огромную роль в формировании истмико-цервикальной недостаточности посттравматического генеза, обусловленного разрывами шейки матки при родах. Перед врачами практического здравоохранения стоит сложная задача своевременной

диагностики, выбора метода коррекции, сроков наложения и удаления серкляжа в ходе дородового ухода за беременной женщиной, поэтому актуальность своевременной коррекции акушерских травм шейки матки не вызывает сомнения в снижении патологии шейки матки при последующих беременностях [40].

Самостоятельно термин «рубцовая деформация» не представлен в Международной классификации болезней X пересмотра, но данная патология может быть описана как: N88.1 – старый разрыв шейки матки, спайки шейки матки и/или N88.4 – гипертрофическая элонгация шейки матки.

В Российской литературе предложена следующая классификация рубцовой деформации шейки матки: I степень – рубцовая деформация, не достигающая сводов влагалища. II степень – рубцовая деформация, достигающая сводов влагалища. III степень – рубцовая деформация, переходящая на своды влагалища, рубцовая деформация множественными разрывами, а также в сочетании с гипертрофией и другими патологическими изменениями [84].

Учитывая, что истмико-цервикальная недостаточность представляет собой бессимптомное укорочения шейки матки и расширение внутреннего зева, данная патология в популяции составляет 9,0% и является результатом преждевременных родов и поздних выкидышей, требует коррекции и значительных усилий по вынашиванию беременности, научный интерес к изысканию путей снижения данной патологии не вызывает сомнения. В классификации важной составляющей приобретенной истмико-цервикальной недостаточности является органическая патология, т.е. посттравматическая истмико-цервикальная недостаточность вследствие травматичных родов с глубокими разрывами шейки матки и формированием в последующем рубцовой деформации шейки матки. Резервом снижения данной патологии является своевременное выявление и коррекция акушерских травм шейки матки, которая позволяет значительно снизить затраты и усилия по вынашиванию последующих беременностей [300].

В зависимости от степени и локализации старых разрывов возможно формирование выраженной и умеренно выраженной рубцовой деформации шейки матки, при этом часто наблюдается вытягивание передней или задней губы в виде языка, что может быть расценено как элонгация шейки матки. Однако случаи нерезко выраженной рубцовой деформации с неглубокими разрывами представляют значительные диагностические трудности и в 70-90% случаев расцениваются как эктопия [48].

По мнению Борисюк С. В. с соавт. (2015), показания к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности основываются на клинических и функциональных методах исследования, а выявление по данным гинекологического исследования рубцовой деформации шейки матки является не редким явлением [292].

Барьерами, обеспечивающими защиту внутренней среды женщины, являются слизистая «пробка» и веретенообразная форма цервикального канала. Кроме этого, шейка матки обладает автономной иммунной системой, которая включает такие клеточные факторы, как лимфоидные структуры и макрофаги стромы, а также гуморальные факторы, иммуноглобулины (Ig) классов А, М, G и местно секретируемый IgA. Изменения анатомо-физиологических особенностей шейки матки, выражающихся в нарушении целостности канала и отсутствии слизистой «пробки», приводят к тому, что местная защитная система не способствует разрешению острого воспаления, и в дальнейшем возникает хронический воспалительный процесс. По данным авторов, выраженность травматического повреждения шейки матки коррелирует с уменьшением количества лактобацилл и преобладанием патогенной и условно патогенной микрофлоры. Нарушения в системе иммунной защиты выражаются в снижении синтеза sIgA, за счет чего повышается вероятность инвазии в эпителиальные клетки бактерий и вирусов, и в уменьшении выработки лизоцима, снижении фагоцитарной активности макрофагов, вследствие чего не происходит элиминации чужеродного антигенного материала. Кроме того, снижается интерфероновая активность, которая призвана защищать клетки

эпителия от цитопатического действия вирусов, в частности ВПЧ, персистирующего в базальном слое переходной зоны [121].

Проведенные исследования однозначно подчеркивают, что женщины, перенесшие акушерские травмы шейки матки при первых родах, становятся группой риска по возникновению патологии шейки матки в отдаленном периоде.

Основными клиническими критериями рубцовой деформации являются:

- гипертрофия шейки матки с расширенной или кратерообразной формой ее дистальной части (т.е. несостоятельность наружного маточного зева);
- глубокие множественные и боковые разрывы, занимающие более половины длины экзоцервикса;
- неоднородная консистенция шейки матки, определяемая при влагалищном исследовании;
- при УЗИ исследовании определяются анэхогенные образования в строме шейки матки с элементами смещения цервикального канала, прерывистым М-эхо, а также с множественными кистами эндоцервикса и признаками фиброза стромы, увеличение переднее заднего размера [101].

В результате прогрессирования воспалительного процесса в многослойном плоском эпителии развиваются морфологические изменения в виде дистрофии, отека покровного эпителия, неравномерного его утолщения с акантозом, гипер- и паракератозом, базальноклеточной гиперплазией и лимфолейкоцитарной инфильтрацией стромы, нарушением дифференцировки клеток в процессе метаплазии. Многообразие клинических проявлений рубцовой деформации, отсутствие единой терминологии и критериев диагностики приводит к ошибкам и как следствие – у каждой второй обследованной – к длительному, малоэффективному лечению (с применением химической коагуляции, ДЭК, криодеструкции, лазеровапоризации), что в свою очередь усугубляет течение основного процесса. Основным и обоснованным методом терапии при рубцовых деформациях является оперативное лечение. Отсутствие хирургической коррекции предопределяет невозможность восстановления

нормобиоциноза. К хирургическим методам лечения этих состояний относятся конизация шейки матки по Шредеру, Штурмдорфу, операция Эммета, операция расслоения по Ельцову–Стрелкову. Однако к вопросу о необходимости хирургического лечения рубцовой деформации нужно подходить индивидуально, с учетом степени деформации, локализации разрывов, возраста женщины, реализации ее репродуктивных планов, наличия диспластических изменений эпителия. Динамическое наблюдение без применения хирургического лечения возможно лишь у женщин, имеющих эктропион на фоне нерезко выраженной рубцовой деформации, при отсутствии цервицита и аномальной кольпоскопической картины и при наличии адекватной цитологии [233].

По данным Баскакова П. Н. с соавт. (2011), клинически грубая рубцовая деформация наблюдалась в 34 (70,8%) случаях, преимущественно у женщин, которые имели в анамнезе от 2 до 4 родов, от 1 до 4 аборт и хирургические вмешательства на шейке матки. Большинство старых разрывов были боковыми, локализовались на 14–15 и 20–22 часах условного циферблата и достигали боковых сводов, в 3 (8,8%) случаях разрывы были множественные. В 14 (29,16%) случаях выявлена не резко выраженная рубцовая деформация с наличием одного бокового разрыва, не достигающего свода влагалища. Данная картина в основном наблюдалась у женщин, имевших одни роды в анамнезе и отсутствием какого-либо хирургического вмешательства на шейке матки [79].

Ключевую роль в диагностике рубцовых деформаций шейки матки играет определение ее клинических критериев (гипертрофия шейки, кратерообразная форма наружного зева, наличие одного или нескольких разрывов, неоднородная консистенция шейки при влагалищном исследовании, УЗИ признаки) и поэтапное комплексное обследование больных (цитология, кольпоскопия, гистология, наличие ИППП, вирусная нагрузка ВПЧ) [230].

Ошибки в диагностике рубцовой деформации приводят к применению неадекватных методов лечения (ДЭК, лазероапоризация, химическая коагуляция), что влечет за собой нарушение процессов метаплазии и

созревания многослойного плоского эпителия с последующим развитием дистрофии покровного эпителия, акантоза, гипер- и паракератоза, CIN. В 85% случаев рубцовые деформации сочетаются с хроническим воспалительным процессом, который более чем в 60% случаев является неспецифическим. В трети случаев рубцовая деформация сопровождается наличием различной степени CIN. Рубцовая деформация способствует ослаблению местного противоопухолевого иммунитета, длительной персистенции ПВЧ инфекции и последующей интеграции вируса в геном. Оптимальным методом лечения рубцовой деформации в сочетании с ПВЧ является конусовидная эксцизия шейки матки и пластика шейки матки по Ельцову–Стрелкову.

Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что в своем большинстве травму шейки матки можно отнести к разряду сходных с ятрогенными повреждениями, которых можно было избежать или предупредить путем выбора адекватной акушерской тактики [32, 247].

Отсутствие в Кыргызской Республике работ данного направления объясняет высокий интерес клиницистов к ряду актуальных нерешенных разделов проблемы и подчеркивает необходимость дальнейшего изучения.

ГЛАВА 2.

МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач на базе КРД НЦОМид было проведено квазиэкспериментальное исследование.

Исследование соответствовало Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1964) и получило одобрение этического комитета Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (Протокол №16 от 17.07.2013 г).

Для решения первой задачи было проведено ретроспективное когортное исследование за период 2002-2018 гг. Сплошным методом произведена выкопировка данных о количестве родов из годовых отчетов КРД НЦОМид и КРД №2 г. Бишкек. Изучены 26275 историй родов женщин, родоразрешенных абдоминальным путем, где показанием к операции был старый глубокий разрыв шейки матки (табл. 2.1).

Для решения второй задачи проведено проспективное когортное исследование за период 2011-2019 гг. Объектом исследования были - 25417 женщин, обратившихся в кабинет патологии шейки матки Центра планирования семьи «Брак и семья» КРД НЦОМид. Из общего числа обратившихся у 4020 женщин были выявлены последствия акушерской травмы шейки матки в виде: деформации шейки матки – 2108 женщин, гипертрофии шейки матки – 1531 женщин и эктропиона шейки матки – 381 женщин.

Для решения третьей задачи выборочная совокупность была отобрана серийно-гнездовым методом, по сплошному методу отбор единиц наблюдения проводился механически, в исследование были включены все женщины, поступившие на роды в первые два месяца каждого квартала, длительность периода исследования составила 1 год с 01.02.12 года по 01.02.13 года, необходимый объем выборки был рассчитан по Е. Н. Шигану (1987) ($t=3,2$, $P<0,001$, 99,9%).

Таблица 2.1 – Материал и методы исследования

Задачи исследования	Объем выборки	Методы исследования	Статистика
Определить частоту и динамику частоты абдоминальных родов у рожениц с глубокой деформацией шейки матки	26275 историй родов	Клинико-анамнестические, общие лабораторные, бактериологические, УЗИ, морфологические, базовое исследование шейки матки, расширенная кольпоскопия, мазки на флору и ИППП, цитологическое, гистологические.	Вычисление: относительных показателей, t , χ^2 , Q , OR , RR , AR , EF , динамического ряда, среднесрочного прогноза, критерия Фишера (F -статистика), коэффициента детерминации, гетероскедастичности, теста Спирмена и Голдфелда-Квандта.
Выявить структуру, частоту и тенденции отдаленных последствий травм шейки матки	25417 женщин		
Выявить факторы риска возникновения разрывов шейки матки в родах и Роль травм шейки матки в возникновении ранних послеродовых осложнений	345 женщин		
Исследовать частоту, клинические проявления акушерской травмы шейки матки и оценить объем медицинской помощи	612 рожениц		

Критерии включения: роженицы и родильницы в активном репродуктивном возрасте (от 18 до 40 лет), роды которых произошли через естественные родовые пути.

Критерии исключения: роженицы и родильницы в активном репродуктивном возрасте (от 18 до 40 лет), роды которых закончились оперативным путем и родильницы, отказавшиеся от осмотра родовых путей в послеродовом периоде.

Объектом исследования для выявления факторов риска разрывов шейки матки в родах и для выявления факторов риска развития осложнений в послеродовом периоде у женщин с разрывами шейки матки в родах были 345 родильницы, которые были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – 129 женщин с разрывами шейки матки в родах и 2-я группа (контрольная) – 216 женщин без разрывов шейки матки в родах.

По специально разработанной карте, состоящей из 30 вопросов, оценивались: соматический и гинекологический анамнез родильниц, течение предыдущих беременностей и их исходы, течение данной беременности, особенности родов, осложнения и оперативные вмешательства в раннем послеродовом периоде и течение послеродового периода до выписки из стационара. Кроме этого, осуществлялся повторный осмотр родильниц с выявленными повреждениями шейки матки в родах через 3 месяца и через 1 год после родов.

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, средний возраст основной группы составил $23,8 \pm 0,5$ лет и контрольной группы - $23,8 \pm 0,4$ лет.

В ходе исследования проведена оценка наличия в послеродовом периоде у женщин таких осложнений, как раннее послеродовое кровотечение, гипотония матки, гематометра и субинволюция матки, подтвержденная данными ультразвукового исследования (УЗИ), и послеродовый эндометрит.

Для решения четвертой задачи проведено проспективное когортное исследование на базе Кыргызского научного центра репродукции человека Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики в 2018 году.

Объект исследования – 612 рожениц, из них с разрывами I степени – 102 женщины, II степени – 23 женщины и III степени – 1 женщина.

В эксперименте приняли участие 79 женщин, из них I группа сравнения - 66 женщин (заживление разрывов шейки матки происходило первичным натяжением) и II группа сравнения – 13 женщин (заживление разрывов шейки матки происходило вторичным натяжением).

Для установления диагноза проводился осмотр шейки матки в зеркалах в послеродовом периоде, а при наличии кровотечения - сразу после отделения последа.

Оценка степени разрыва шейки матки в родах произведена согласно общепринятой классификации:

I степень – разрыв шейки матки с 1 или 2 сторон длиной не более 2 см.

II степень – разрыв шейки матки с 1 или 2 сторон длиной более 2 см, но на 1 см не доходит до свода влагалища.

III степень – разрыв шейки матки с 1 или 2 сторон, достигающий до свода влагалища или переходит на него.

Диагноз был выставлен согласно МКБ-10 – O71.3 Акушерский разрыв шейки матки.

Оценка клинических симптомов проводилась согласно национальным клиническим протоколам (2010), рекомендованным ВОЗ, по наличию кровотечения различной интенсивности. При этом при повреждении нисходящей шейной ветви маточной артерии кровотечение, как правило, бывает обильным, кровь вытекает постоянной струйкой при хорошо сократившейся матке. Разрыв шейки матки III степени был показанием к ручному обследованию стенок полости матки для исключения разрыва нижнего сегмента матки.

При обнаружении акушерской травмы шейки матки проведено хирургическое восстановление краев раны путем ушивания разрыва однорядным непрерывным швом. Для зашивания разрывов шейки матки проведена подготовка, влагалищная часть шейки матки была обнажена в

зеркала, обработана антисептиком и осторожно захвачены окончатыми зажимами передняя и задняя губа шейки матки. С помощью ассистента-акушера от верхнего края разрыва несколько выше 0,5 см накладывались непрерывный кетгутовый шов по направлению к наружному зеву.

При небольших разрывах (менее 1 см) и отсутствии активного кровотечения шейка матки не ушивалась.

Оценка эффективности хирургической коррекции акушерской травмы проведена на 7 сутки после родов, для этого перед выпиской с роженицами проведена беседа о необходимости контрольного осмотра шейки матки и выявления признаков несостоятельности швов.

Контроль включал осмотр шейки матки в зеркалах с оценкой плотности соприкосновения краев раны, наличие выраженной отечности и инфильтрации прилегающей к разрыву ткани и наличие остатков шовного материала в ране.

Полученные в исследовании данные легли в основу решения пятой задачи – разработке алгоритма профилактики и прогнозирования ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы.

При проведении работы использовались следующие **методы исследования**: клинико-anamnestические, общие лабораторные, бактериологические, ультразвуковые, кольпоскопические, цитологические, морфологические и статистические.

При *клинико-anamnestическом* методе обследования проводился сбор анамнеза, общий осмотр и специальный осмотр родовых путей, включающий осмотр в зеркалах и бимануальный осмотр с целью диагностики послеродовых осложнений.

Лабораторное исследование включало: анализ периферической крови – для исследования использовался гематологический анализатор SISMYX – 500. Подсчет лейкоцитарной формулы производился с помощью иммерсионной системы микроскопа с увеличением Ч630, для регистрации клеток при подсчете лейкоцитарной формулы использовался счетчик лабораторный СЛ-1.

Основным этапом выполнения общего анализа крови были: взятие материала; приготовление мазков крови; проведение анализов на гематологическом анализаторе; фиксация мазков крови; окраска мазков крови; подсчет лейкоцитарной формулы.

Ультразвуковое исследование проводилось по показаниям, разработанным во внутренних клинических протоколах, на Японском аппарате AlokaSSD 3500 с доплером фирмы CO. LTD. Послеродовую инволюцию матки оценивали путем измерения: ширины, длины и передне-заднего размера матки и характера содержимого ее полости.

Всего в исследование было включено 336 ультразвуковых исследований.

Бактериологическое исследование содержимого цервикального канала - исследование проводилось в бактериологической лаборатории НЦОМиД. Забор материала производился стерильным ватным тупфером из цервикального канала, который помещали в стерильную транспортную среду и в течение 30 минут отправляли в бактериологическую лабораторию. Посев проводили на наборе стандартных питательных сред, позволяющих выявить максимально возможный спектр микроорганизмов. Использовалась общепринятая методика с использованием элективных и дифференциально-диагностических сред, таких как 5% кровяной агар, среда Эндо, среда Сабуро, желточно-солевой агар, сахарный бульон, среда Блоурока.

Для количественной оценки обсемененности исходный материал разводили стерильным фосфатно-буферным физиологическим раствором (10^2 , 10^3 , 10^6), после чего в каждом из разведений подсчитывали выросшие колонии. Выделенные микроорганизмы идентифицировали до рода и вида, и количественно определяли их соотношения в исходном материале. Чувствительность культур к антибиотикам определяли методом стандартных бумажных дисков. Бактериологическое исследование содержимого из цервикального канала проводилось роженицам с эндометритом. Было проведено 41 бактериологических посевов.

Морфологическое исследование метроасpirата - аспират из полости матки, полученный вовремя вакуум-асpirации отправлялся в Республиканское патологоанатомическое бюро для проведения морфологического исследования.

Процедура ручной вакуум-асpirации (РВА) в послеродовом периоде проводилась по определенной методике, разработанной во внутренних клинических протоколах. Использовался вакуумный отсос, произведенный в Тайване-USA Ipras MVA Plus. РВА при послеродовом эндометрите – однократное вхождение канюли №10-12 шприца в полость матки с последующими вращательными и одновременно поступательными движениями кнаружи.

Биопсийный материал фиксировали в забуференном (рН6,8) формалине, заливали в парафин, гистологические срезы толщиной 3-5 нм окрашивали гематоксилином и эозином. Гистологические срезы изучали с помощью светоптического микроскопа «ЛЮМО» с применением системы анализа изображения ИБАС – 2 фирмы «Оптон».

Оценка полученных результатов:

1. Остатки плацентарной ткани с воспалением;
2. Децидуальная ткань с некрозом;
3. Децидуальная ткань с некрозом и воспалением;
4. Децидуальная ткань с воспалением;
5. Сгустки крови с воспалением;
6. Эндометрит.

Морфологическое исследование метроасpirата проведено у 41 родильниц.

Базовое исследование шейки матки для выявления структуры, частоты и тенденций отдаленных последствий травм шейки матки включало:

1. Осмотр шейки матки в зеркалах, который был проведен с помощью одноразового двухстворчатого зеркала, внимание обращалось на цвет слизистой влагалища, характер выделений, наличие патологических процессов, шейка матки оценена: цветом, формой, наличием патологических процессов, формой и состоянием наружного зева.

2. Мазок на флору - для определения чистоты влагалища и типа возбудителя.

3. ПЦР исследование (полимеразная цепная реакция) для выявления скрытых инфекций и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Определение возбудителей ИППП проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), материал для ПЦР забирали из цервикального канала.

4. Расширенную кольпоскопию с применением специальных тестов - 3% уксусной кислоты и пробой Шиллера, была проведена оценка адекватности картины, границы стыка двух эпителиев, зоны трансформации, локализации, размера и степени поражения, согласно международной классификации кольпоскопических терминов (IFCPC, Рио де Жанейро, 2011) (табл. 2.2).

Таблица 2.2 – Международная классификация кольпоскопических терминов (IFCPC, Рио де Жанейро, 2011)

Общие положения	<ul style="list-style-type: none">• Адекватная/неадекватная картина (с указанием причины, например, объективная оценка цервикса затруднена из-за воспаления, кровотечения, рубцовых изменений и т.д.)• Граница (стык) между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием: визуализируется полностью; частично; не визуализируется• Зона трансформации: тип I, II, III.
Нормальные кольпоскопические картины	<ul style="list-style-type: none">• Многослойный плоский эпителий (оригинальный):<ul style="list-style-type: none">▪ Зрелый▪ Атрофический• Цилиндрический эпителий:<ul style="list-style-type: none">▪ Эктопия• Метапластический эпителий:<ul style="list-style-type: none">▪ Наботовы кисты▪ Открытые железы (крипты)• Децидуоз (при беременности)

Продолжение таблицы 2.2

Аномальные кольпоскопические картины	Общие принципы	Локализация поражения: в пределах или вне зоны трансформации; соответствие с циферблатом Размеры области поражения: в процентном соотношении с цервиксом	
	Степень I (слабо выраженное поражение)	Тонкий ацетобелый эпителий с неровными нечеткими краями	<ul style="list-style-type: none">• Нежная мозаика• Нежная пунктация
	Степень II (выраженное поражение)	<ul style="list-style-type: none">•Плотный ацетобелый эпителий с четкими контурами•Быстрое побеление•Ацетобелый плотный ободок вокруг открытых желез (крипт)	<ul style="list-style-type: none">• Грубая мозаика• Грубая пунктация• Внутри поражения - контуры более плотного ацетобелого участка ((внутренние границы) •Признак бугристости (гребня)
	Неспецифические признаки	<ul style="list-style-type: none">•Лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз)•Эрозия•Окрашивание раствором Люголя (проба Шиллера): йодрозитивное/ йоднегативное.	
	Подозрение на инвазию	Атипические сосуды Дополнительные признаки: "ломкие" сосуды; неровная поверхность; экзофитное поражение; области некроза, изъязвления.	
Другие кольпоскопические картины	<ul style="list-style-type: none">•Врожденная зона трансформации•Стеноз•Полипы•Кондиломы•Врожденные аномалии•Эндометриоз•Последствия раннее проведенного лечения•Воспаление		

5. Цитологическое исследование (тест Папаниколау) – эпителий из эндоцервикса и экзоцервикса был взят с помощью специальных цитощеток на два предметных стекла, касаясь всеми поверхностями цитощетки, биоматериал нанесен на предметное стекло и получен мазок-отпечаток. Подсушенный на воздухе мазок фиксирован 96% этиловым спиртом в течение 5 минут, после чего направлен в лабораторию. Интерпретация результатов проведена по цитологической классификации по Папаниколау (табл. 2.3).

Таблица 2.3 - Цитологическая классификация по Папаниколау

Тип мазка	Класс	Характеристика
Нормальный	1-й	нормальный клеточный состав
Воспалительный	2-й	эпителиальные клетки с небольшим увеличением ядра и появление клеток метаплазированного эпителия
Сомнительный	3-й	клетки с более выраженными морфологическими изменениями ядер, обозначенными как «дискариоз»
Сомнительный	3-й	клетки с более выраженными морфологическими изменениями ядер, обозначенными как «дискариоз»
Подозрительный	4-й	обнаруживаются клетки с чертами атипии, подозрительный в отношении злокачественного процесса
Явный рак	5-й	положительный в отношении рака

Статистическая обработка материала включала:

Для обработки полученных данных были рассчитаны абсолютные и относительные величины, при расчете относительных величин за основание было взято - 100 (%), для оценки достоверности относительных показателей были вычислены их средние ошибки.

Для оценки достоверности разности числовых значений (статистической значимости) относительных показателей произведено вычисление критерия достоверности (доверительного коэффициента t-критерий Стьюдента), рекомендуемого Черновой Н. Е. (2006) при проведении медико-социальных исследований по формуле $t = \frac{P_2 - P_1}{m \text{ разн}}$, при $t=3,2$ вероятность различий равна 99,9% или достоверность различий равна $<0,001$.

Для измерения силы связи между явлениями определялся коэффициент ассоциации (КА), высчитанный методом четырех полей. КА высчитывался по

формуле: $Q = \frac{ad-bc}{ad+bc}$, где Q - коэффициент ассоциации; буквы a, b, c, d - обозначают числовые выражения каждого из четырех полей.

Для оценки прогностической значимости факторов риска и их степени обусловленности в развитии разрывов шейки матки и осложнений раннего послеродового периода были изучены причинно-следственные связи и истинное влияние фактора риска на развитие исхода.

Методика оценки проводилась путем расчета показателей:

- OR – отношение шансов – для количественного описания тесноты связи фактора риска, статистически значимо достоверным считался $OR > 1$.

- RR – относительный риск – для выявления воздействия изучаемого фактора на исход по отношению к контрольной группе, статистически значимым являлся $RR > 1$.

- AR – атрибутивный (добавочный) риск – для выявления меры воздействия, обусловленной изучаемым фактором на исход, которую можно предотвратить, при устранении воздействия фактора (%).

- EF - этиологическая доля – для определения меры причастности и степени обусловленности фактора риска (%) (табл. 2.4).

Таблица 2.4 – Степени обусловленности фактора риска

Степень	RR	EF, %	p
Нулевая (отсутствует)	$0 < RR \leq 1$	-	$> 0,05$
Малая	$1 < RR \leq 1,5$	менее 33	$< 0,05$
Средняя	$1,5 < RR \leq 2$	33-50	$< 0,05$
Высокая	$2 < RR \leq 3,2$	51-66	$< 0,01$
Очень высокая	$3,2 < RR \leq 5$	67-80	$< 0,001$
Почти полная	$RR > 5$	81-100	$< 0,001$

Для анализа динамического ряда, отражающего изменение частоты и динамику родов, был выбран цикл развития 16 лет.

В целях оценки частоты и тенденций во времени был проведен анализ данных с помощью интервального динамического ряда. Для анализа скорости и

характера изменений в динамике были рассчитаны цепные показатели (абсолютный прирост, темп прироста, темп роста, коэффициент наглядности, значение 1% (роста), сглаживание динамического ряда методом укрупнения интервала и скользящей средней) и коэффициент КС. Абсолютный прирост – разность между последующим и предыдущим уровнями (абс. прирост = $Y_n - Y_{n-1}$). Темп прироста (убыли) – отношение абсолютного прироста (снижения) каждого последующего уровня к предыдущему уровню, принятому за 100% (темп прироста = показатель роста (убыли) – 100%). Показатель роста (убыли) – отношение каждого последующего уровня ряда к предыдущему, принятому за 100% (показатель роста = $(Y_n / Y_{n-1}) \cdot 100\%$). Коэффициент наглядности – отношение каждого уровня ряда к одному из них, принятому за 100% (показатель наглядности = $(Y_n / Y_1) \cdot 100\%$). Значение 1% - какая величина прироста приходится на 1% (Значение 1% прироста = $(АП_n / ТП_n) \cdot 1\%$, где АП_n – абсолютный прирост каждого последующего ряда, ТП_n – темп прироста). Для выявления основной тенденции развития явления использованы метод укрупнения интервалов и расчет скользящей средней (по формуле средней арифметической за 3 года).

Среднесрочный прогноз до 2025 года был рассчитан с помощью уравнения парной линейной регрессии, параметры уравнения вычислены с помощью метода наименьших квадратов, по формуле: $y=at+b$. Для создания модели ориентировочного прогноза была использована компьютерная система до 2000 года, с помощью которой на основе оценки тенденции и цикличности найдены коэффициенты линейной зависимости, при которых функция двух

переменных a и b $F(a,b) = \sum_{i=1}^n (y_i - (ax_i + b))^2$ принимает наименьшее значение. То есть, при данных a и b сумма квадратов отклонений экспериментальных данных от найденной прямой будет наименьшей. Таким образом, решение примера сводилось к нахождению экстремума функции двух переменных. Для вывода формул нахождения коэффициентов была составлена и решена система из двух уравнений с двумя неизвестными. Найдены частные производные

функции $F(a, b) = \sum_{i=1}^n (y_i - (ax_i + b))^2$ по переменным a и b , которые приравнены к нулю.

$$\begin{cases} \frac{\partial F(a, b)}{\partial a} = 0 \\ \frac{\partial F(a, b)}{\partial b} = 0 \end{cases} \Leftrightarrow \begin{cases} -2 \sum_{i=1}^n (y_i - (ax_i + b))x_i = 0 \\ -2 \sum_{i=1}^n (y_i - (ax_i + b)) = 0 \end{cases} \Leftrightarrow \begin{cases} a \sum_{i=1}^n x_i^2 + b \sum_{i=1}^n x_i = \sum_{i=1}^n x_i y_i \\ a \sum_{i=1}^n x_i + nb = \sum_{i=1}^n y_i \end{cases}$$

Полученная система уравнений была решена методом Крамера и получены формулы для нахождения коэффициентов по методу наименьших квадратов (МНК).

$$\begin{cases} a = \frac{n \sum_{i=1}^n x_i y_i - \sum_{i=1}^n x_i \sum_{i=1}^n y_i}{n \sum_{i=1}^n x_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n x_i \right)^2} \\ b = \frac{\sum_{i=1}^n y_i - a \sum_{i=1}^n x_i}{n} \end{cases}$$

При данных a и b функция $F(a, b) = \sum_{i=1}^n (y_i - (ax_i + b))^2$ принимала наименьшее значение. Формула для нахождения параметра a содержит суммы $\sum_{i=1}^n x_i$, $\sum_{i=1}^n y_i$, $\sum_{i=1}^n x_i y_i$, $\sum_{i=1}^n x_i^2$ и параметр n - количество экспериментальных лет. Значения этих сумм рекомендуется вычислять отдельно. Коэффициент b находился после вычисления a .

Качество полученного уравнения проверено: значимостью коэффициентов a и b критерием Стьюдента, значимость уравнения в целом критерием Фишера (F-статистика), эмпирическим корреляционным отношением, коэффициентом детерминации. Оценка качества построенной модели проверена гетероскедастичностью, тестом Спирмена и Голдфелда-Квандта.

Эмпирическое корреляционное отношение (η) оценивалось по шкале Чеддока:

$0,1 < \eta < 0,3$ – слабая;

$0,3 < \eta < 0,5$ – умеренная;

$0,5 < \eta < 0,7$ – заметная;

$0,7 < \eta < 0,9$ – высокая;

$0,9 < \eta < 1,0$ – весьма высокая

Ранговая значимость вычислялась коэффициентом ранговой корреляции

Спирмена по формуле:
$$p = 1 - \frac{\sum 6d^2 + A + B}{n^3 - n}.$$

Частота встречаемости, структура и тенденции отдаленных последствий акушерских травм шейки матки были проанализированы путем сглаживания динамического ряда с помощью метода укрупнения ряда и скользящей средней.

Среднесрочный прогноз до 2023 года рассчитан путем изучения зависимости Y от X , на этапе спецификации выбрана парная линейная регрессия, параметры регрессии оценены методом наименьших квадратов. Статистическая значимость уравнения проверена с помощью коэффициента детерминации и критерия Фишера. Параметры уравнения вычислены с помощью метода наименьших квадратов. Качество полученного уравнения проверено: значимостью коэффициентов и критерием Стьюдента, значимость уравнения в целом коэффициентов критерием Фишера (F-статистика), эмпирическим корреляционным отношением, коэффициентом детерминации. Оценка качества построенной модели проверена гетероскедастичностью, тестом Спирмена и Голдфелда-Квандта.

Статистическую обработку цифровых показателей проводили после предварительного анализа всех параметров, полученных в процессе исследования. Все количественные характеристики изученных показателей были обработаны методами статистического анализа на компьютере IBM-P166 с использованием стандартного пакета программ.

ГЛАВА 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Деформация шейки матки: частота и тенденции абдоминальных родов, как отдаленных последствий акушерской травмы

В настоящем разделе представлены результаты анализа частоты и тенденций абдоминальных родов, произошедших за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате акушерской травмы.

В ходе исследования установлено, что за анализируемый 16-ти летний период родами закончилась беременность у 161350 женщин, в среднем в год роды происходят у 10084,4 женщин (табл. 3.1). Нами выявлена положительная динамика рождаемости, так в 2002 году было зарегистрировано 6333 родов, а к 2017 году – 13323 родов, отмечается статистически значимый рост количества родов в 2,1 раза, $p < 0,001$. При этом положительная динамика родов имеет волнообразный характер с периодами снижения числа родов в отдельные года. Такими были 2003 год (6326 родов), 2009 год (10042 родов), 2010 год (9949 родов) и 2016 год (12587 родов), при этом только в 2003 году количество родов было ниже базового 2002 года.

За анализируемый период роды путем операции Кесарево сечения закончились у 26999 женщин, в среднем в год были у 1687,4 беременных женщин. За 16 лет количество абдоминальных родов увеличилось в 4,8 раз ($p < 0,001$), в 2002 году КС закончилась беременность у 689 женщин. а уже к 2017 году – у 3325 женщин. Рост частоты абдоминальных родов также имеет волнообразный характер со снижением их количества в 2004 году (824 женщины), 2009 году (1179 женщины) и 2011 году (1790 женщин), однако показатели этих лет выше базового 2002 года. При этом снижение частоты КС совпадает со снижением количества родов только в 2004 и 2009 годах.

Таблица 3.1 – Динамика плановых КС по поводу старой глубокой деформации шейки матки в КРД НЦОМид за период 2002-2017 гг.

Годы	Роды (абс.)	КС (абс.)	Доля КС (%)	КС по поводу деформации шейки матки (абс.)	% от числа КС	% от числа родов
2002	6333	689	10,9	19	2,8	0,3
2003	6326	855	13,5	30	3,5	0,5
2004	7043	824	11,7	18	2,2	0,3
2005	7382	1025	13,9	24	2,3	0,3
2006	7811	1182	15,1	41	3,5	0,5
2007	9400	1260	13,4	34	2,7	0,4
2008	10795	1514	14,0	30	2,0	0,3
2009	10042	1179	11,7	52	4,4	0,5
2010	9949	1804	18,1	25	1,4	0,3
2011	10161	1790	17,6	24	1,3	0,2
2012	11751	1883	16,0	43	2,3	0,4
2013	12409	2176	17,5	41	1,9	0,3
2014	13140	2236	17,0	37	1,7	0,3
2015	12898	2604	20,2	61	2,3	0,5
2016	12587	2653	21,1	31	1,2	0,3
2017	13323	3325	25,0	66	2,0	0,5
\bar{X}	10084,4	1687,4	16,0	36	2,3	0,4
Всего	161350	26999	256,7	576	37,5	5,9

Коэффициент КС в среднем за год составил 16,0%, изначально в базовый 2002 год он был равен 10,9%, но уже к 2017 году возрос до 25,0%, т.е. каждая четвертая беременная женщина родоразreshалась в 2017 году путем операции Кесарево сечение. Рост числа оперативных родов путем Кесарева сечения также имеет волнообразный характер, выявлено 6 лет, когда показатель ниже предыдущего года, однако выше базового 2002 года. Такими стали 2004 год (11,7%), 2007 год (13,4%), 2009 год (11,7%), 2011 год (17,6%), 2012 год (16,0%) и 2014 год (17,0%).

Рост числа КС по данным Выборных В. А. (2018) является необоснованным, так как при расчете коэффициента эффективности КС по г. Бишкек он был равен менее 0,5, что по шкале оценки является очень низким показателем. Учитывая полученные в нашем исследовании данные, следует отметить, что переход к анализу проводимых абдоминальных родов с помощью

таблицы Робсона позволит выявить слабые стороны в философии акушерского стационара и направить усилия врачей на снижение количества оперативных родов, что в конечном результате послужит резервом снижения материнской заболеваемости и смертности в целом.

Анализ частоты проводимых абдоминальных родов по поводу старой глубокой деформации шейки матки в результате акушерской травмы выявил, что за период 2002-2017 гг. было проведено 576 абдоминальных родов, в среднем в год таковых проводилось – 36 КС. При этом также выявлен рост числа КС с 19 абдоминальных родов в 2002 году до 66 КС к 2017 году, статистически значимый рост в 3,5 раз, $p < 0,001$. Данный рост также имел волнообразный характер и сопровождался периодами снижения частоты КС по поводу старой деформации шейки матки, кроме того, выявлен двухгодичный цикл, всплески и снижение показателя отмечалось восемь раз в течение 16-ти лет. Такими стали 2004 год (18 женщин), 2007 год (34 женщины), 2010 год (25 женщин), 2011 год (24 женщины), 2013 год (41 женщина), 2014 год (37 женщин) и 2016 год (31 женщина), однако ниже базового 2002 года был только 2004 год, в остальные годы показатель превышал данный базовый год.

Кроме того, нами выявлено, что только 2004 год сопровождался снижением количества общего числа родов, абдоминальных родов, коэффициента КС и абдоминальных родов по поводу старой глубокой деформации шейки матки в результате акушерской травмы.

При оценке доли абдоминальных родоразрешений по поводу старой глубокой деформации шейки матки после акушерской травмы из общего числа Кесаревых сечений выявлено, что показатель имеет неоднозначную тенденцию, за анализируемый период он составил 37,5%, в среднем в год он равен 2,3%.

Тенденция доли КС по поводу старой деформации шейки матки за счет акушерской травмы в анамнезе имеет 3-х годичный цикл развития. Каждый цикл характеризуется низким показателем в первый год с ростом числа КС во второй год и снижением к третьему году, всего выявлено за анализируемый период 5 циклов, такими были 2002-2004 годы, 2005-2007 годы, 2008-2010

годы, 2011-2013 годы и 2014-2016 годы. Для примера можно рассмотреть первый цикл (2002-2004 годы) – в 2002 году процент КС по поводу глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы от общего количества абдоминальных родов составил 2,8%, к 2003 году он статистически значимо вырос в 1,3 раза и составил 3,5% ($p < 0,001$), однако также статистически значимо произошло снижение данного показателя к 2004 году в 1,6 раз (2,2%), $p < 0,001$. Последующие циклы повторяют тенденцию первого цикла.

Анализ доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы из общего количества родов выявил, что в среднем в год он равен 0,4%. В базовый 2002 год данный показатель был равен 0,3% с последующим волнообразным ростом до 2010 года. Выявлен только 2011 год, когда доля родов путем КС за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы из общего количества родов составила 0,2%, что ниже базового 2002 года. Далее повторяется тенденция предыдущих лет, данный показатель возрастает к 2012 году до 0,4%. Кроме того, выявлена тенденция цикличности данного показателя и цикл развития также составляет 3 года, для примера можно привести первый цикл – 2002-2004 годы. В 2002 году показатель был равен – 0,3%, со статистически значимым увеличением в 1,7 раз в 2003 году до 0,5% ($p < 0,001$) и таким же статистически значимым снижением показателя в 1,7 раз до 0,3% в 2004 году, $p < 0,001$.

Полученные данные указывают на то, что несмотря на внедрение в 2004 году рекомендаций ВОЗ по тактике ведения родов у здоровых рожениц с осмотром родовых путей в ранний послеродовый период только при наличии кровотечений, не может быть отнесен к общей популяции женщин. Для снижения количества абдоминальных родов за счет старой глубокой деформации шейки матки, вследствие старой акушерской травмы, необходимо проводить оценку рисков и прогнозирование возможного разрыва путем включения женщин группы риска по таблице прогностической значимости в

механизм управления рисками. Для этого необходим обязательный осмотр родовых путей у женщин группы риска даже при отсутствии кровотечения в родах, что позволит своевременно ушивать акушерские травмы шейки матки.

При расчете показателей динамического ряда частоты КС за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы в абсолютных числах наглядно выявлен статистически значимый рост количества женщин, родоразрешенных путем операции КС (табл. 3.2). Метод укрупнения интервала позволил выявить трехгодичный цикл развития данного процесса, который представлен высоким первым годом цикла с последующим снижением во второй год цикла и ростом к третьему году. Выявлено за весь период два цикла развития процесса – 2002-2007 годы и 2008-2013 годы, цикл 2014-2017 годы является незаконченным, но также повторяет тенденцию предыдущих циклов.

С помощью метода скользящей средней было установлено, что тенденция волнообразного роста количества женщин, родоразрешенных операцией КС за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы, имеет четкую картину, выделяется только 2003 год, в который произошло снижение показателя до 22,3 женщин, что ниже базового уровня (24,1).

Абсолютный прирост позволил выделить годы с абсолютной убылью показателя, однако данный процесс имеет хаотичный характер.

Показатель наглядности выделяет 2004 год, когда данные ниже базового 2002 года.

Таким образом, анализ динамического ряда подтвердил рост количества абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы.

Таблица 3.2 – Анализ динамического ряда абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы

Годы	(абс.)	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней	Абсолютный прирост	Показатель наглядности, %	Показатель роста, %	Темп роста, %	Значение 1% прироста
2002	19	24,5	24,1	-	100,0	-	-	-
2003	30		22,3	11,0	157,9	157,9	57,9	0,2
2004	18	21,0	24,0	-12,0	94,7	60,0	-40,0	0,3
2005	24		27,7	6,0	126,3	133,3	33,3	0,2
2006	41	37,5	33,0	17,0	215,8	170,8	70,8	0,2
2007	34		35,0	-7,0	178,9	82,9	-17,1	0,4
2008	30	41,0	38,7	-4,0	157,9	88,2	-11,8	0,3
2009	52		35,7	22,0	273,7	173,3	73,3	0,3
2010	25	24,5	33,7	-27,0	131,6	48,1	-51,9	0,5
2011	24		30,7	-1,0	126,3	96,0	-4,0	0,3
2012	43	42,0	36,0	19,0	226,3	179,2	79,2	0,2
2013	41		40,3	-2,0	215,8	95,3	-4,7	0,4
2014	37	49,0	46,3	-4,0	194,7	90,2	-9,8	0,4
2015	61		43,0	24,0	321,1	164,9	64,9	0,4
2016	31	48,5	52,7	-30,0	163,2	50,8	-49,2	0,6
2017	66		51,6	35,0	347,4	212,9	112,9	0,3

На рисунке 3.1. наглядно представлена динамика абдоминальных родов в абсолютных цифрах за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы, полученная путем расчета скользящей средней.

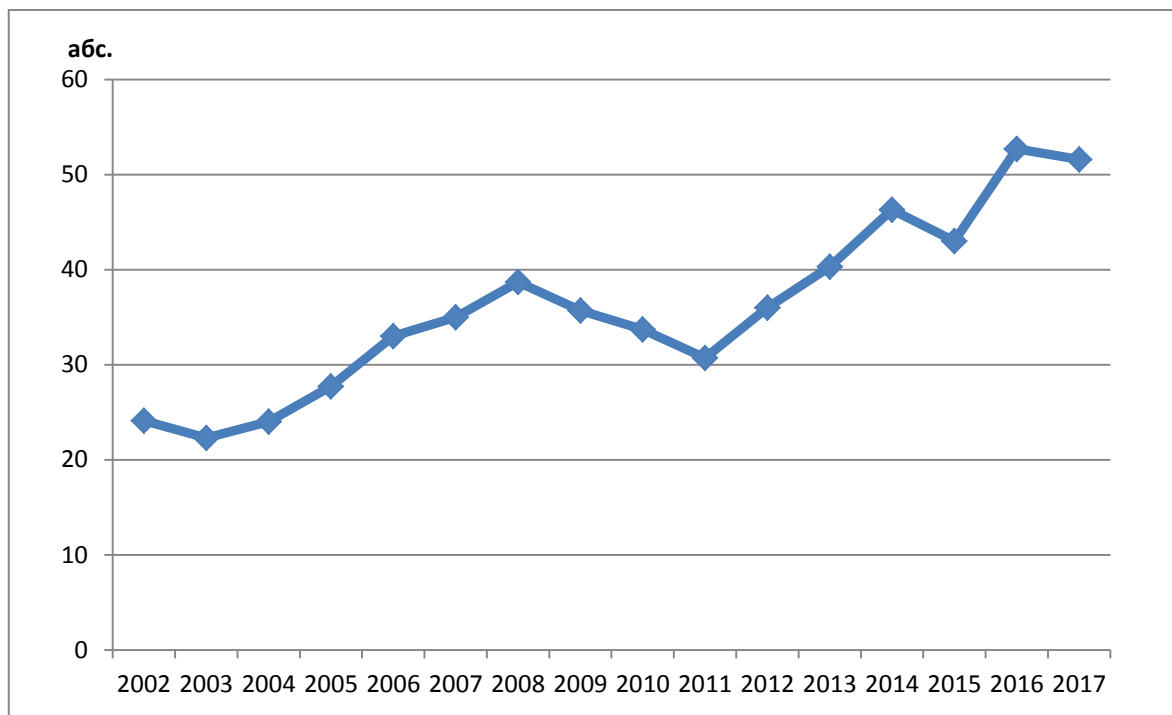


Рисунок 3.1. Абдоминальные роды за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы (абс., скользящая средняя).

Иначе выглядит картина, если анализировать изучаемый интервал времени (2002-2017 гг.) путем расчета динамического ряда доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы в общей структуре абдоминальных родов (табл. 3.3).

Путем метода укрупнения интервала выявлена также тенденция трехгодичного цикла всплесков, однако, второй цикл, пришедший на 2008-2013 годы, имея в первый год показатель – 3,2%, что выше базового 2002 года (3,1%), в последующем характеризуется снижением доли КС за счет глубокой деформации шейки матки. Последний незаконченный цикл (2014-2017 гг.) имеет показатели ниже первого базового и второго циклов, что указывает на положительную динамику снижения в процентном соотношении оперативных родоразрешений путем операции КС в общей структуре абдоминальных родов.

Таблица 3.3 – Анализ динамического ряда доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы в общей структуре КС

Годы	% от числа КС	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней	Абсолютный прирост	Показатель наглядности, %	Показатель роста, %	Темп роста, %	Значение 1% прироста
2002	2,8	3,1	3,2	-	100,0	-	-	-
2003	3,5		2,8	0,7	125,0	125,0	25,0	0,0
2004	2,2	2,3	2,7	-1,3	78,6	62,9	-37,1	0,0
2005	2,3		2,7	0,1	82,1	104,5	4,5	0,0
2006	3,5	3,1	2,8	1,2	125,0	152,2	52,2	0,0
2007	2,7		2,7	-0,8	96,4	77,1	-22,9	0,0
2008	2,0	3,2	3,0	-0,7	71,4	74,1	-25,9	0,0
2009	4,4		2,6	2,4	157,1	220,0	120,0	0,0
2010	1,4	1,4	2,4	-3,0	50,0	31,8	-68,2	0,0
2011	1,3		1,7	-0,1	46,4	92,9	-7,1	0,0
2012	2,3	2,1	1,8	1,0	82,1	176,9	76,9	0,0
2013	1,9		2,0	-0,4	67,9	82,6	-17,4	0,0
2014	1,7	2,0	2,0	-0,2	60,7	89,5	-10,5	0,0
2015	2,3		1,7	0,6	82,1	135,3	35,3	0,0
2016	1,2	1,6	1,8	-1,1	42,9	52,2	-47,8	0,0
2017	2,0		1,6	0,8	71,4	166,7	66,7	0,0

Методом скользящей средней выявлена общая положительная динамика плавного снижения доли КС по поводу глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы в анамнезе. Выявлено статистически значимое снижение показателя в 2,0 раза за изучаемый период, $p < 0,001$. В 2002 году на долю абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки приходилось 3,2%, а уже к 2017 году показатель был равен – 1,6%, $p < 0,001$.

При расчете абсолютного прироста выявлено, что тенденция снижения показателя имеет неоднозначную динамику, с периодами прироста и убыли показателя.

Показатель наглядности позволил определить 2003 год, 2006 год и 2009 год, когда отмечается повышение уровня КС по поводу глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы выше базового 2002 года.

При этом расчет показателей роста и темпа роста подтверждает волнообразную динамику снижения показателя.

Полученные данные указывают на неоднородность происходящего процесса, однако, волнообразную тенденцию снижения данного показателя можно считать положительным моментом.

На рисунке 3.2. наглядно представлена динамика доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы из общего количества КС.

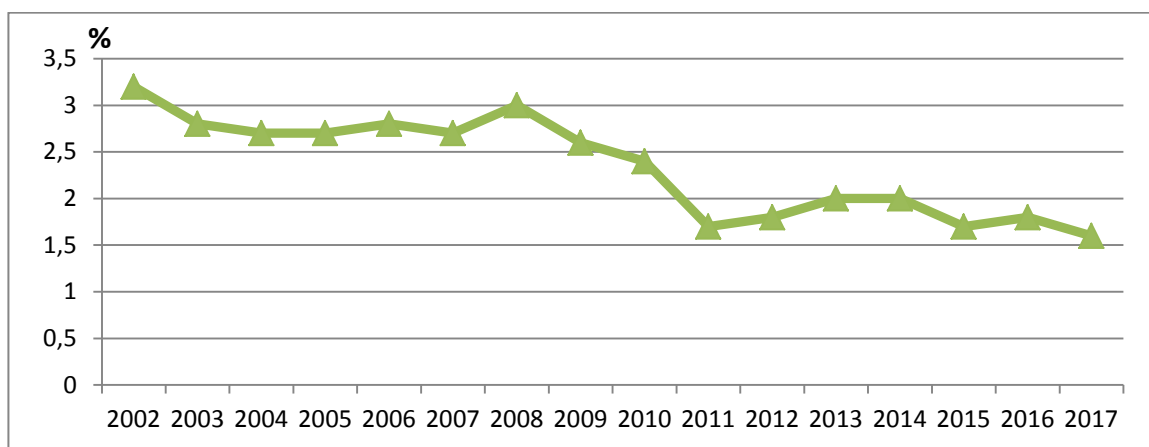


Рисунок 3.2. Динамика доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы из общего количества КС.

Анализ динамического ряда тенденций доли абдоминальных родов по поводу глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы из общего количества родов представлен в таблице 3.4.

Методом укрупнения интервала выявлена стабильная динамика удерживания показателя на одном уровне. Метод скользящей средней позволяет выделить период с 2010 года по 2013 год, когда показатель уменьшился в 1,3 раза, с последующим ростом до цифры базового 2002 года. Цифры абсолютного прироста колеблются от -0,2 до 0,2 в течение всего изучаемого периода. Показатель наглядности выделяет 2011 год, когда отмечается снижение доли КС в сравнении с базовым 2002 годом.

Полученные данные указывают на стабильность в доле общих родов количества абдоминальных родов вследствие глубокой деформации шейки матки за счет старой акушерской травмы, что подтверждает полученные ранее данные о необходимости управления рисками для снижения материнской заболеваемости.

Несмотря на внедрение рекомендаций ВОЗ о необходимости осмотра шейки матки в родах при наличии кровотечения, глубокие разрывы остаются серьезной проблемой для акушеров-гинекологов, так как вносят существенный вклад в развитие ближайших и отдаленных последствий, увеличивая тем самым заболеваемость женского населения Кыргызской Республики.

Глубокие разрывы шейки матки в родах, ушитые или особенно не ушитые, в последующем приводят к необходимости планирования абдоминальных родов у данной категории женщин, что увеличивает риски материнской заболеваемости и смертности и требует дополнительного увеличения материальных затрат на здравоохранение.

Таблица 3.4 – Анализ динамического ряда доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы в общей структуре родов

Годы	% от числа родов	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней	Абсолютный прирост	Показатель наглядности, %	Показатель роста, %	Темп роста, %	Значение 1% прироста
2002	0,3	0,4	0,4	-	100,0	-	-	-
2003	0,5		0,4	0,2	166,7	166,7	66,7	0,0
2004	0,3	0,3	0,4	-0,2	100,0	60,0	-40,0	0,0
2005	0,3		0,4	0,0	100,0	100,0	0,0	-
2006	0,5	0,5	0,4	0,2	166,7	166,7	66,7	0,0
2007	0,4		0,4	-0,1	133,3	80,0	-20,0	0,0
2008	0,3	0,4	0,4	-0,1	100,0	75,0	-25,0	0,0
2009	0,5		0,4	0,2	166,7	166,7	66,7	0,0
2010	0,3	0,3	0,3	-0,2	100,0	60,0	-40,0	0,0
2011	0,2		0,3	-0,1	66,7	66,7	-33,3	0,0
2012	0,4	0,3	0,3	0,2	133,3	200,0	100,0	0,0
2013	0,3		0,3	-0,1	100,0	75,0	-25,0	0,0
2014	0,3	0,4	0,4	0,0	100,0	100,0	0,0	-
2015	0,5		0,4	0,2	166,7	166,7	66,7	0,0
2016	0,3	0,4	0,4	-0,2	100,0	60,0	-40,0	0,0
2017	0,5		0,4	0,2	166,7	166,7	66,7	0,0

На рисунке 3.3. представлена динамика доли абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы в общей структуре родов.

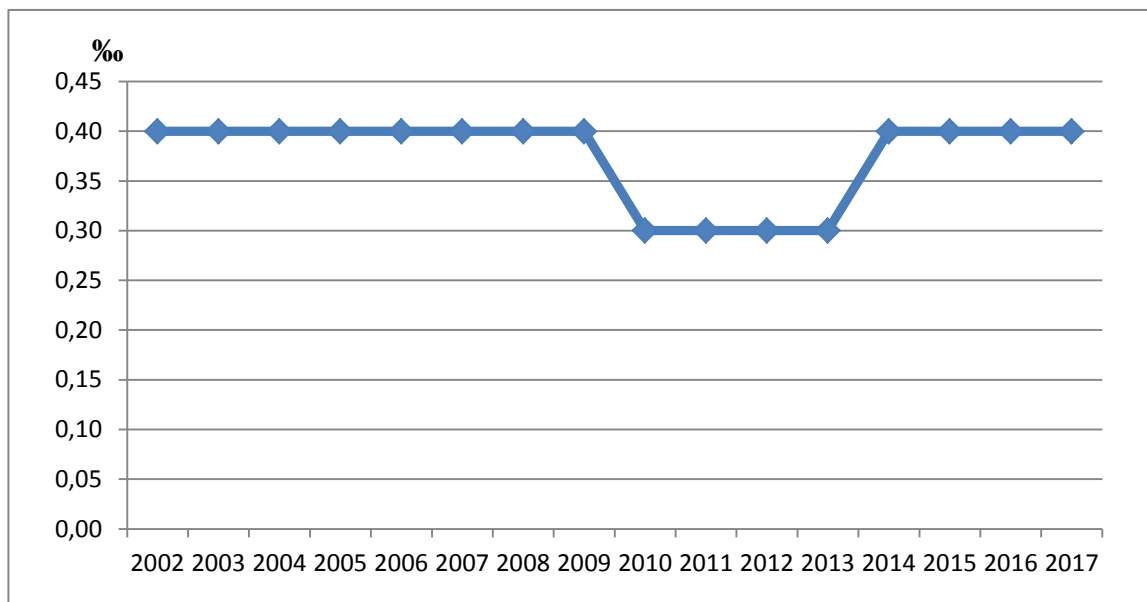


Рисунок 3.3. Доля абдоминальных родов за счет глубокой деформации шейки матки вследствие старой акушерской травмы в общей структуре родов.

Таким образом, проведенный анализ частоты и тенденций абдоминальных родов за период 2002-2017 гг. позволил сделать следующие выводы:

1. За анализируемый период выявлена положительная тенденция увеличения количества родов в 2,1 раз (2002 г. – 6333 родов, 2017 г. – 13323 родов), $p < 0,001$.

2. За 16-ти летний период отмечается неблагоприятная тенденция роста абдоминальных родов в 4,8 раз (2002 г. – 689 КС, 2017 г. – 3325 КС), коэффициент КС за этот период возрос в 2,3 раза (2002 г. – 10,9%, 2017 г. – 25,0%), т.е. каждая четвертая беременность в 2017 году заканчивается абдоминальными родами, $p < 0,001$.

3. Абдоминальные роды за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы в абсолютных цифрах имеют тенденцию роста в 3,5 раз (2002 г. – 19 женщин, 2017 г. – 66 женщин), $p < 0,001$, выявлен трехгодичный цикл развития показателя.

4. Доля абдоминальных родов за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы из общего числа КС за анализируемый период уменьшилась в 0,7 раз (2002 г. – 2,8%, 2017 г. – 2,0%), $p > 0,05$.

5. Доля абдоминальных родов за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы из общего числа родов за анализируемый период имеет стабильную динамику удерживания показателя на одном уровне, в среднем составляющем 0,4% в год.

Полученные в ходе исследования данные диктуют необходимость прогнозирования и оценки у женщин группы риска вероятности разрывов шейки матки в родах для своевременного управления рисками, что позволит снизить в дальнейшем материнскую заболеваемость и смертность.

Далее в исследовании изучены частота и тенденции абдоминальных родов, произошедших за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы в зависимости от уровня оказания акушерской помощи (вторичный и третичный).

В ходе исследования установлено, что за анализируемый 16-ти летний период (2002-2017 гг.) количество родов в КРД НЦОМид возросло в 2,4 раза, в 2002 году было 2250 родов в год, а уже к 2017 году – 5323 родов, $p < 0,001$ (табл. 3.5). Также выросло количество абдоминальных родов в 8,5 раз, с 199 случаев в 2002 году до 1699 КС в 2017 году, $p < 0,001$. Положительная динамика рождаемости улучшает демографические показатели страны, однако увеличивающееся количество абдоминальных родов влечет за собой риски материнской смертности и снижает репродуктивный потенциал женщин.

Коэффициент КС за анализируемый период также имеет тенденцию роста в 3,6 раз, $p < 0,001$, в 2002 году он был равен 8,8%, но уже к 2017 году составил 31,9%. При этом, как было отмечено выше по данным Выборных В. А., показатель эффективности абдоминальных родов по г. Бишкек очень низкий, а, к сожалению, рост необоснованных КС увеличивает риски повторных абдоминальных родов у женщин.

Таблица 3.5 – Динамика плановых КС по поводу старой глубокой деформации шейки матки в КРД НЦОМид за период 2002-2017 гг.

Годы	Роды (абс.)	КС (абс.)	Доля КС (%)	КС по поводу деформации шейки матки (абс.)	% от числа КС	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2002	2250	199	8,8	4	2,0	5,0	4,2
2003	1972	253	12,8	6	2,4		5,7
2004	2364	202	8,5	7	3,5	7,5	7,0
2005	2521	399	15,8	8	2,0		13,3
2006	2981	548	18,4	25	4,6	23,0	18,0
2007	3367	465	13,8	21	4,5		18,0
2008	3601	614	17,1	8	1,3	11,0	14,3
2009	3645	272	7,5	14	5,1		11,7
2010	3594	724	20,1	13	1,8	11,0	12,0
2011	3431	740	21,6	9	1,2		12,7
2012	3897	854	21,9	16	1,9	17,0	14,3
2013	4079	937	23,0	18	1,9		18,7
2014	4308	1028	23,9	22	2,1	22,0	20,7
2015	4602	1225	26,6	22	1,9		21,7
2016	4765	1325	27,8	21	1,6	21,5	21,7
2017	5323	1699	31,9	22	1,3		21,6
Х	3543,8	717,8	18,7	14,8	2,4	14,8	14,8

В структуре КС одним из показаний является старая глубокая деформация шейки матки после акушерской травмы, которую возможно было бы избежать при своевременной диагностики и правильном ушивании раны в раннем послеродовом периоде. В абсолютных цифрах родоразрешены абдоминальным путем с данным диагнозом в 2002 году 4 женщины, но уже в 2017 году таких женщин было 22, рост за 16-ти летний период составил в 5,5 раз. В среднем в год родоразрешаются оперативным путем 14,8 женщин с данным диагнозом. В структуре КС на долю женщин со старой глубокой деформацией шейки матки в 2002 году приходится 2,0%, однако к 2017 году происходит снижение до 1,3% КС, таким образом, отмечается снижение доли КС с данной патологией в 1,5 раза. В среднем за анализируемый период приходится 2,4% на долю абдоминальных родов с данным диагнозом в год.

Метод укрупнения интервала наглядно выделяет 2006-2007 годы, когда отмечается первый статистически значимый рост показателей, количество КС в эти годы составило 23,0%, т.е. рост показателя в 4,6 раза, $p < 0,001$. Повторный рост с сохранением динамики до 2017 года наблюдается с 2012 года (17 женщин). С помощью метода скользящей средней удалось установить статистически значимую динамику роста показателя до 2017 года в 5,1 раз, $p < 0,001$.

На рисунке 3.4. наглядно представлена динамика абдоминальных родов в абсолютных числах и доли в процентном соотношении к общему числу КС за анализируемый 16-ти летний период. При этом выявлен рост родоразрешений путем операции КС с 2002 года с пиком в 2006 году (25 женщин), после чего происходит волнообразный период снижения показателя до 2011 года (9 женщин), с последующим достоверным ростом вплоть до 2017 года (22 женщины), $p < 0,001$. Внедренный клинический протокол в 2008 году, где было рекомендовано осматривать шейки матки в родах при наличии кровотечений, не привел к снижению количества отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки и в принципе не снизил количество деформаций шейки матки, за счет своевременной ее коррекции.

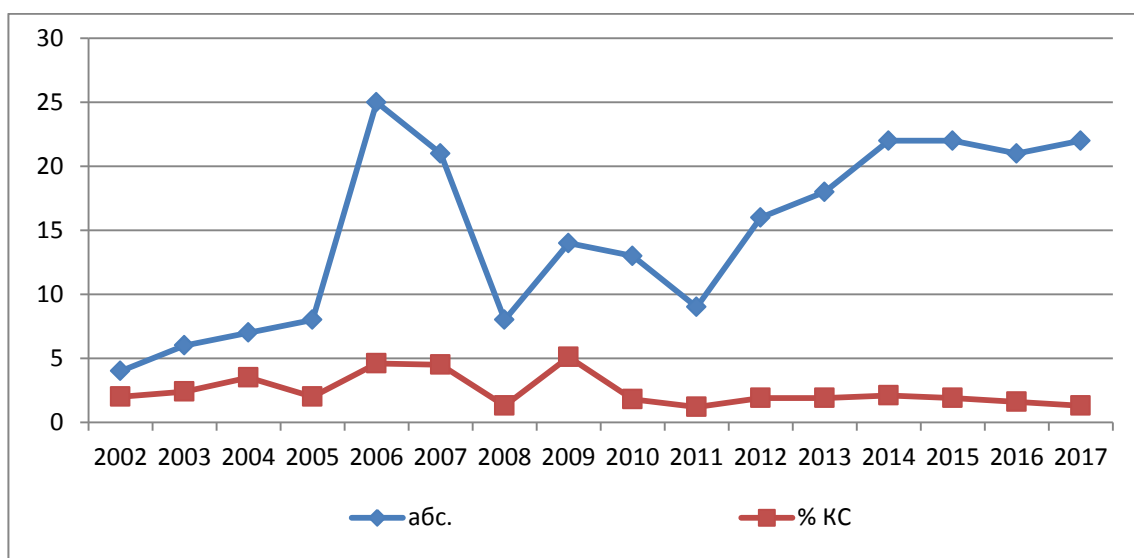


Рисунок 3.4. Тенденции КС за счет старой глубокой деформации шейки матки в КРД НЦОМид за период 2002-2017 гг. (абс. и %).

Учитывая, что КРД НЦОМид является медицинским учреждением третичного уровня здравоохранения, представляется интересным в научном плане проанализировать частоту, динамику и тенденции абдоминальных родов за счет деформации шейки матки в медицинском учреждении вторичного уровня здравоохранения, таким в нашем исследовании стал КРД №2 г. Бишкек. Как видно из табл. 3.6, за анализируемый период количество родов в КРД №2 г. Бишкек выросло в 2,0 раза, в 2002 году было родоразрешено 4083 женщин, к 2017 году количество родов выросло до 8000 в год, $p < 0,001$. В среднем за анализируемый период в год родоразрешается в КРД №2 г. Бишкек 6340,6 женщин.

Таблица 3.6 – Динамика плановых КС по поводу старой глубокой деформации шейки матки в КРД №2 г. Бишкек за период 2002-2017 гг.

Годы	Роды (абс.)	КС (абс.)	Доля КС (%)	КС по поводу деформации шейки матки (абс.)	% от числа КС	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2002	4083	490	12,0	15	3,1	19,5	19,9
2003	4354	602	13,8	24	4,0		16,7
2004	4679	622	13,3	11	1,8	13,5	17,0
2005	4861	626	12,9	16	2,6		14,3
2006	4830	634	13,1	16	2,5	14,5	15,0
2007	6033	795	13,2	13	1,6		17,0
2008	7194	900	12,5	22	2,4	20,5	18,0
2009	6397	907	14,2	19	2,1		17,7
2010	6355	1080	17,0	12	1,1	13,5	15,3
2011	6730	1050	15,6	15	1,4		18,0
2012	7854	1029	13,1	27	2,6	25,0	21,7
2013	8330	1239	14,9	23	1,9		21,7
2014	8832	1208	13,7	15	1,2	27,0	25,7
2015	8296	1379	16,6	39	2,8		21,3
2016	7822	1328	17,0	10	0,8	27,0	31,0
2017	8000	1626	20,3	44	2,7		30,0
\bar{X}	6340,6	969,7	14,6	20,1	2,2	20,1	20,1

При этом отмечается рост оперативных родов путем операции КС в 3,3 раза, с 490 КС в 2002 году до 1626 КС в 2017 году, $p < 0,001$. Коэффициент КС в 2002 году составил 12,0%, а к 2017 году стал равен 20,3%, отмечается рост в 1,7 раз, $p < 0,001$.

Количество женщин, родоразрешенных абдоминальным путем с диагнозом старая глубокая деформация шейки матки, в 2002 году составило 15 женщин, но уже к 2017 году таковых было 44 женщины, за анализируемый период отмечается рост в 2,9 раза, $p < 0,001$.

В доле Кесаревых сечений на данную патологию приходится 3,1% в 2002 году, и к 20017 году – 2,7%, т.е. отмечается снижение показателя в 1,2 раза. При этом метод укрупнение ряда позволил выявить тенденцию снижения количества КС в период с 2004-2006 годы (13,5%-14,5%) с последующим ростом в 2008-2009 годах (20,5%) и снижением в период 2010-2011 годы (13,5%) и уже постоянным ростом до 2017 года (25,0%-27,0%), $p < 0,001$. Метод скользящей средней подтверждает данную тенденцию волнообразных спадов и подъемов с последующим ростом КС с диагнозом старая глубокая деформация шейки матки.

Из рисунка 3.5. наглядно видна волнообразная тенденция увеличения числа женщин, родоразрешенных путем операции КС, вплоть до 2017 года. При этом следует обратить внимание на 2012 год (27 женщин), после которого статистически значимо выявлен последующий рост вплоть до 2017 года (44 женщины), $p < 0,001$.

Полученные данные также подтверждают тот факт, что после внедрения клинического протокола и в медицинском учреждении вторичного уровня здравоохранения растет число женщин с неушитыми шейками матки при акушерской травме, что диктует необходимость пересмотра тактики ведения раннего послеродового периода с обязательным осмотром шейки матки.

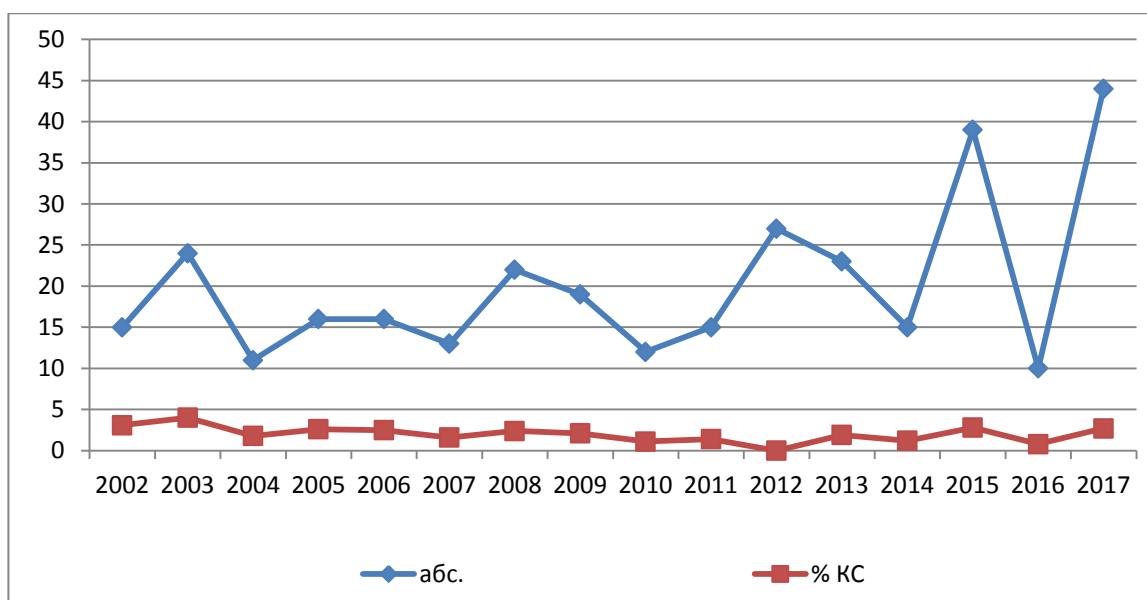


Рисунок 3.5. Тенденции КС за счет старой глубокой деформации шейки матки в КРД №2 г. Бишкек за период 2002-2017 гг. (абс. и %).

Полученные методом скользящей средней данные легли в основу расчета среднесрочного прогноза тенденций КС по поводу старой глубокой деформации шейки матки до 2025 года. Как видно из данных, представленных на рисунке 3.6., выявлена динамика дальнейшего статистически значимого роста числа абдоминальных родов за счет деформации шейки матки.

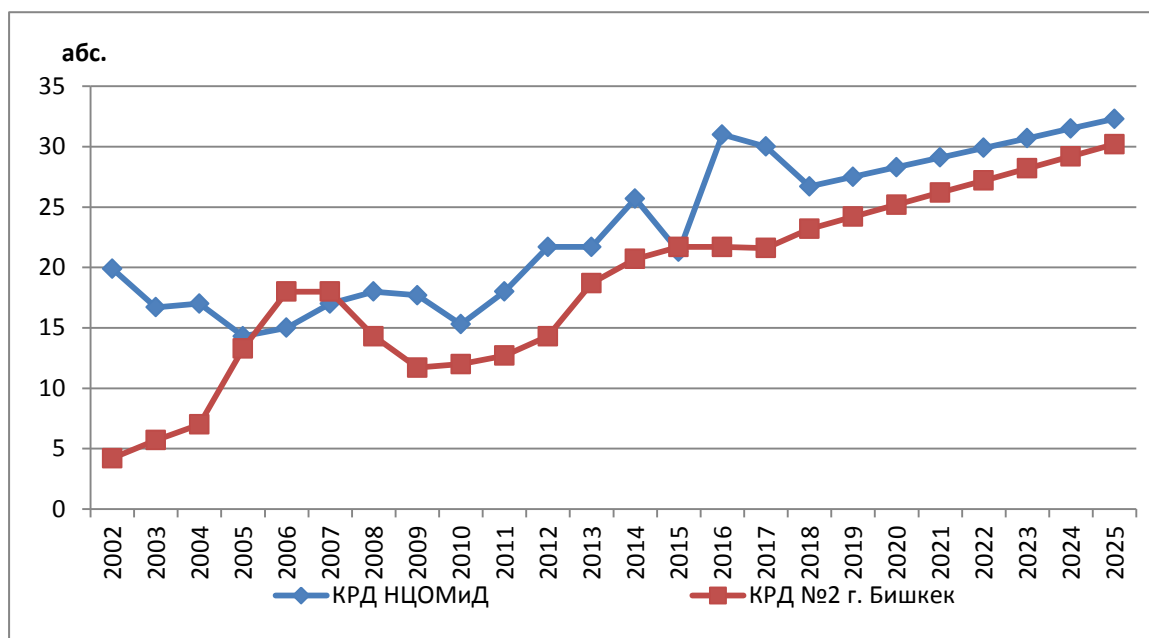


Рисунок 3.6. Среднесрочный прогноз тенденций КС за счет старой глубокой деформации шейки матки в КРД НЦОМид и КРД №2 г. Бишкек за период 2002-2025 гг. (абс.).

В КРД НЦОМид за 24-х летний период число КС возрастет в 7,6 раз и составит 30,2 женщины в год к 2025 году ($r=0,8$; $t=5,6$; $R^2=0,7$, $p<0,001$).

В КРД №2 г. Бишкек за этот же период число КС по поводу деформации шейки матки увеличится в 2,2 раза, до 32,3 женщины в 2025 году ($r=0,8$; $t=4,5$; $R^2=0,6$, $p<0,001$).

Таким образом, проведенный анализ частоты и тенденций абдоминальных родов за период 2002-2017 гг. позволил сделать следующие выводы:

1. В КРД НЦОМид за анализируемый период количество родов увеличилось в 2,4 раза (2002 г. – 2250, 2017 г. - 5323), $p<0,001$, число КС - в 8,5 раз (2002 г. – 199, 2017 г. - 1699), $p<0,001$, коэффициента КС - в 3,6 раз (2002 г. – 8,8%, 2017 г. – 31,9%), $p<0,001$.

2. Количество КС в КРД НЦОМид по поводу старой глубокой деформации шейки матки выросло в 5,5 раз (2002 г. – 4, 2017 г. - 22), $p<0,001$.

3. В КРД №2 г. Бишкек за анализируемый период количество родов увеличилось в 2,0 раза (2002 г. – 4083, 2017 г. - 8000), $p<0,001$, число КС - в 3,3 раз (2002 г. – 490, 2017 г. - 1626), $p<0,001$, коэффициента КС - в 1,7 раз (2002 г. – 12,0%, 2017 г. – 20,3%), $p<0,001$.

4. Количество КС в КРД №2 г. Бишкек по поводу старой глубокой деформации шейки матки увеличилось в 2,9 раз (2002 г. – 15, 2017 г. - 44), $p<0,001$.

5. Среднесрочный прогноз выявил, что в КРД НЦОМид за 24-х летний период число КС возрастет в 7,6 раз и составит 30,2 женщины в год к 2025 году ($r=0,8$; $t=5,6$; $R^2=0,7$, $p<0,001$), для КРД №2 г. Бишкек число КС по поводу деформации шейки матки увеличится в 2,2 раза, до 32,3 женщины в 2025 году ($r=0,8$; $t=4,5$; $R^2=0,6$, $p<0,001$).

Полученные в исследовании данные стали научным обоснованием необходимости разработки и внедрения в практическое здравоохранение в виде рекомендаций о необходимости обязательного осмотра шейки матки в раннем послеродовом периоде для своевременной коррекции акушерской травмы и профилактики отдаленных последствий. Внедрение данных рекомендаций

позволит снизить количество абдоминальных родов в среднем на 2,3% в год, что в свою очередь снизит материнскую заболеваемость и смертность.

Далее в исследовании проведена сравнительная оценка частоты встречаемости абдоминальных родов за счет старой глубокой деформации шейки матки в следствии акушерской травмы для выявления различий между третичным и вторичным уровнями оказания акушерской помощи.

На рисунке 3.7. представлена сравнительная динамика проводимых КС за счет старой глубокой деформации шейки матки вследствие акушерской травмы за период 2002-2017 гг. на 1 тыс. родов между КРД НЦОМид (третичный уровень акушерской помощи) и КРД №2 г. Бишкек (вторичный уровень). Полученные данные указывают на неоднозначность данного явления с периодами всплеска и снижения показателя в различные годы. Для акушерского стационара третичного уровня характерна динамика роста показателя за анализируемый период в 2,3 раза, $p < 0,001$. Для родильного дома вторичного уровня характерна стабильная динамика удерживания показателя на одном уровне.

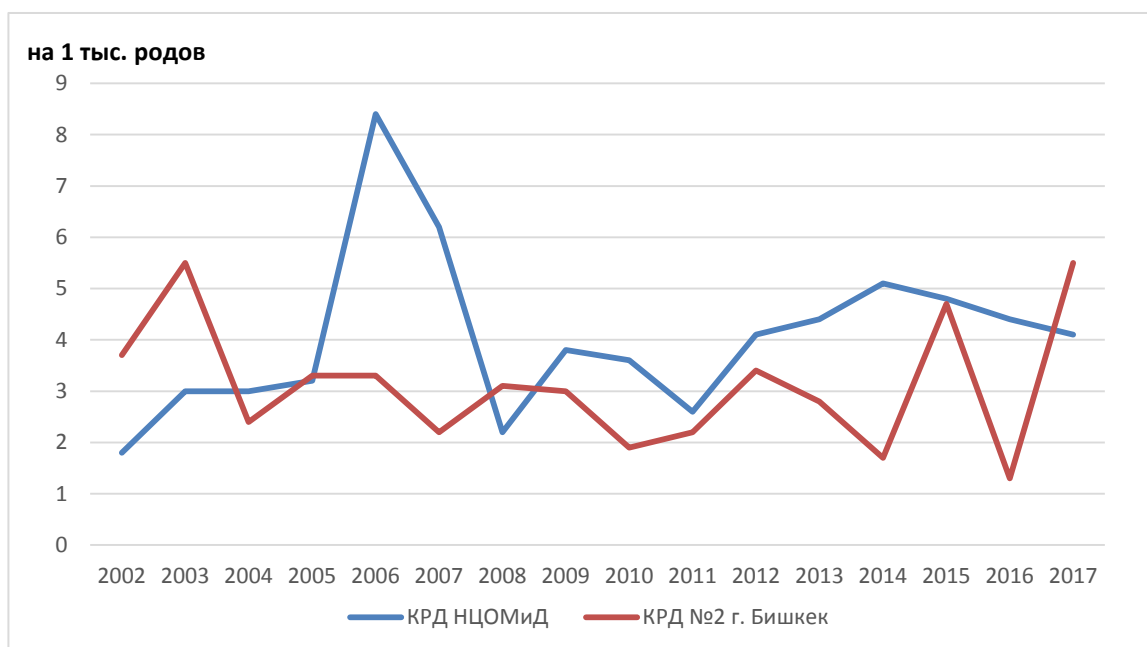


Рисунок 3.7. Динамика КС за счет старой глубокой деформации шейки матки вследствие акушерской травмы (2002-2017 гг., на 1 тыс. родов).

Сравнительная оценка данной динамики между родильными домами установила статистически значимую разницу между показателями в 2006 году (КРД НЦОМид – $8,4 \pm 1,7$ на 1 тыс. родов и КРД №2 г. Бишкек – $3,3 \pm 0,8$ соответственно), $t=2,7$, $p=0,009$, в 2007 году (КРД НЦОМид – $6,2 \pm 1,4$ на 1 тыс. родов и КРД №2 г. Бишкек – $2,2 \pm 0,6$ соответственно), $t=2,6$, $p=0,01$, в 2014 году (КРД НЦОМид – $5,1 \pm 1,1$ на 1 тыс. родов и КРД №2 г. Бишкек – $1,7 \pm 0,4$ соответственно), $t=2,9$, $p=0,006$ и в 2016 году (КРД НЦОМид – $4,4 \pm 1,0$ на 1 тыс. родов и КРД №2 г. Бишкек – $1,3 \pm 0,4$ соответственно), $t=2,9$, $p=0,008$, остальные годы не имели статистически достоверных различий (табл. 3.7).

Таблица 3.7 – Динамика КС за счет старой глубокой деформации шейки матки вследствие акушерской травмы (2002-2017 гг., на 1 тыс. родов)

Годы	КС по поводу глубокой деформации шейки матки		t	p
	КРД НЦОМид	КРД №2 г. Бишкек		
	$P \pm m_p$	$P \pm m_p$		
2002	$1,8 \pm 0,9$	$3,7 \pm 1,0$	1,4	0,18
2003	$3,0 \pm 1,2$	$5,5 \pm 1,1$	1,5	0,14
2004	$3,0 \pm 1,1$	$2,4 \pm 0,7$	0,5	0,65
2005	$3,2 \pm 1,1$	$3,3 \pm 0,8$	0,1	0,94
2006	$8,4 \pm 1,7$	$3,3 \pm 0,8$	2,7	0,009
2007	$6,2 \pm 1,4$	$2,2 \pm 0,6$	2,6	0,01
2008	$2,2 \pm 0,8$	$3,1 \pm 0,7$	0,9	0,40
2009	$3,8 \pm 1,0$	$3,0 \pm 0,7$	0,7	0,52
2010	$3,6 \pm 1,0$	$1,9 \pm 0,5$	1,5	0,14
2011	$2,6 \pm 0,9$	$2,2 \pm 0,6$	0,4	0,72
2012	$4,1 \pm 1,0$	$3,4 \pm 0,7$	0,6	0,57
2013	$4,4 \pm 1,0$	$2,8 \pm 0,6$	1,4	0,18
2014	$5,1 \pm 1,1$	$1,7 \pm 0,4$	2,9	0,006
2015	$4,8 \pm 1,0$	$4,7 \pm 0,8$	0,1	0,94
2016	$4,4 \pm 1,0$	$1,3 \pm 0,4$	2,9	0,008
2017	$4,1 \pm 0,9$	$5,5 \pm 0,8$	1,2	0,25

Таким образом, полученные данные указывают на отсутствие различий при обращении женщин на роды с глубокой деформацией шейки матки за счет акушерской травмы по уровням оказания акушерской помощи.

Более наглядно отсутствие различий в динамике КС за счет глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы в зависимости от уровня оказания акушерской помощи видна при стандартизации показателей (табл. 3.8). Стандартизация показателей позволила выделить четыре года, когда показатель имеет различия от уровня оказания акушерской помощи женщинам в родах, такими стали: 2006 год, 2007 год, 2014 год и 2016 год.

Таблица 3.8 – Стандартизированные показатели динамики КС за счет старой глубокой деформации шейки матки вследствие акушерской травмы (2002-2017 гг., на 1 тыс. родов)

Годы	Роды	КС по поводу деформации шейки матки (на 1 тыс. родов)	
		КРД НЦОМид	КРД №2 г. Бишкек
2002	6333	11,3	23,3
2003	6326	19,2	34,9
2004	7043	20,9	16,6
2005	7382	23,4	24,3
2006	7811	65,5	25,9
2007	9400	58,6	20,3
2008	10795	24,0	33,0
2009	10042	38,6	29,8
2010	9949	36,0	18,8
2011	10161	26,7	22,6
2012	11751	48,2	40,4
2013	12409	54,8	34,3
2014	13140	67,1	22,3
2015	12898	61,7	60,6
2016	12587	55,5	16,1
2017	13323	55,1	73,3

Таким образом, многогранный анализ частоты и тенденций абдоминальных родов, произошедших за счет глубокой деформации шейки матки в результате акушерской травмы, выявил, что данный показатель вносит существенный вклад в структуру самостоятельных и оперативных родов (Кесарево сечение), при этом выявлена отрицательная тенденция среднесрочного прогноза, который указывает на дальнейший рост показателя при сохраняющемся объеме оказания медицинской помощи.

Данная ситуация диктует необходимость внедрения научно доказанных с оценкой риска мероприятий управления рисками, поэтому полученная в исследовании таблица прогностической значимости, позволяющая своевременно сформировать группы риска и разработать индивидуально ориентированную тактику ведения для женщин данных групп, в конечном результате позволит снизить материнскую заболеваемость и смертность.

3.2. Отдаленные последствия акушерской травмы шейки матки: тенденции и прогноз

В ходе исследования нами установлено, что за 8-ми летний период 2011-2018 гг. число женщин, обратившихся на прием к врачу по поводу патологии шейки матки, выросло в 1,4 раза. Из общего числа обращений в кабинет патологии шейки матки Центра планирования семьи «Брак и семья» клинического родильного дома Национального центра охраны материнства и детства на долю отдаленных последствий акушерской травмы приходится в среднем 16,1%, число женщин с данной патологией в среднем составило 502,5 в год (табл. 3.9).

Акушерская травма стала причиной формирования эктропиона, деформации и гипертрофии шейки матки. Среди выявленной патологии лидирующее место приходится на деформацию шейки матки (в среднем 263,3 женщин в год и 8,5% в структуре обращений), на следующем месте - гипертрофия шейки матки (в среднем 191,4 женщин в год и 6,2% в структуре

обращений) и на последнем - эктропион шейки матки (в среднем 47,6 женщин в год и 1,5% в структуре обращений).

Таблица 3.9 – Доля отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки в структуре обращений в кабинет патологии шейки матки КРД НЦОМиД за период 2011-2018 гг.

Годы	Всего обращений (абс.)	Последствия акушерской травмы		Эктропион		Деформация		Гипертрофия	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2011	2675	452	16,9	19	0,7	306	11,4	127	4,7
2012	2899	493	17,0	35	1,2	265	9,1	193	6,7
2013	2892	533	18,4	40	1,4	273	9,4	220	7,6
2014	2888	563	19,5	59	2,0	266	9,2	238	8,2
2015	2801	464	16,6	38	1,4	225	8,0	201	7,2
2016	3652	572	15,7	68	1,9	268	7,3	236	6,5
2017	3802	500	13,2	64	1,7	251	6,6	185	4,9
2018	3808	443	11,6	58	1,5	254	6,7	131	3,4
\bar{X}	3177,1	502,5	16,1	47,6	1,5	263,5	8,5	191,4	6,2

Обращает на себя внимание тот факт, что в % соотношении в структуре обращений по поводу акушерской травмы отмечается снижение показателя в 1,5 раза, однако в абсолютных числах число женщин имеет стабильную динамику без тенденции к снижению.

На рисунке 3.8. нами наглядно представлена 8-ми летняя тенденция доли встречаемости патологии шейки матки, связанной с последствиями акушерской травмы. При этом деформация шейки матки, занимая первое ранговое место и наиболее часто встречающаяся патология, на долю которой в 2011 году

приходится 11,4%, имеет тенденцию к снижению до 6,7% к 2018 году, показатель снизился в 1,7 раз.

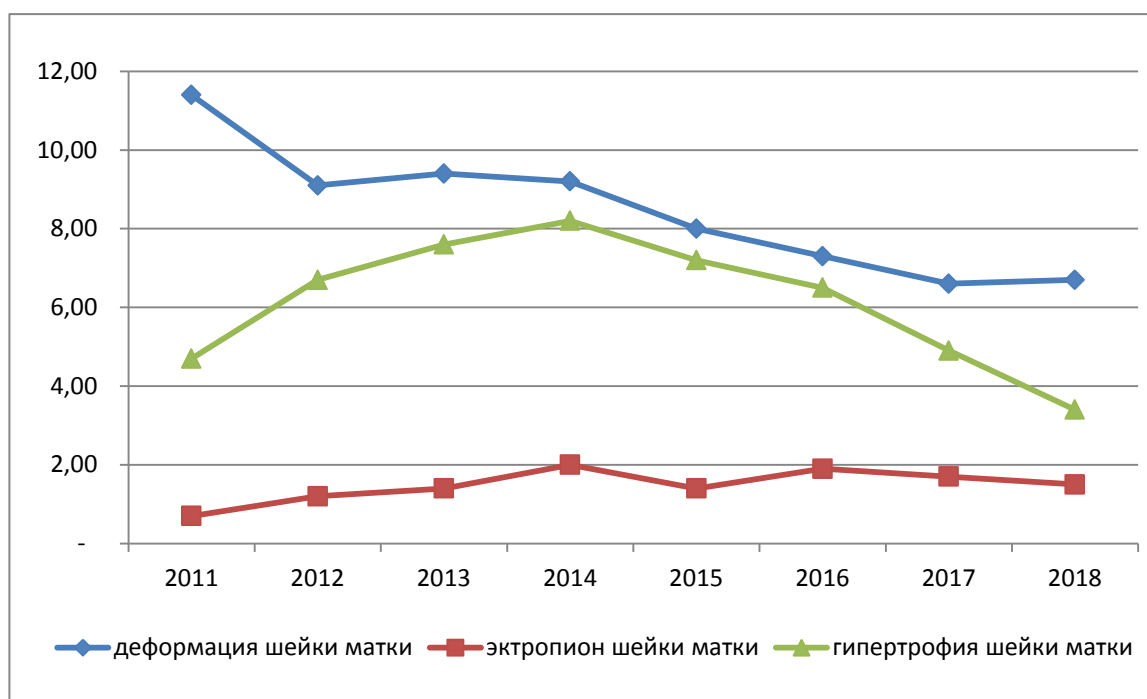


Рисунок 3.8. Доля патологии шейки матки, связанной с акушерской травмой за период 2011-2018 гг.

Для гипертрофии шейки матки характерен рост показателя до 2014 года в 1,8 раз (в 2011 году – 4,7%, к 2014 году – 8,2%) с последующим снижением в 2,4 раза до 2018 года (2018 год – 3,4%), общая тенденция снижения за 8-ми летний период составили 1,4 раза, $p < 0,001$.

Эктропион шейки матки в структуре патологии шейки матки встречается статистически значимо реже деформации и гипертрофии шейки матки, однако за анализируемый период имеет тенденцию роста в 2,1 раза. На долю данной патологии в 2011 году приходится 0,7%, а к 2018 году отмечается рост до 1,5%, $p < 0,001$.

В абсолютных цифрах (рисунок 3.9.) динамика и тенденции встречаемости патологии шейки матки имеют несколько другую картину. Для всех 3-х показателей в 2015 году характерно снижение числа обращений, при этом на этот год приходится снижение и общего числа обращений в кабинет патологии шейки матки с последующим ростом обращений в 2016 году. Для деформации

шейки матки характерно снижение числа обращений до 2015 года, тогда как для остальных нозологий отмечается рост данных показателей.

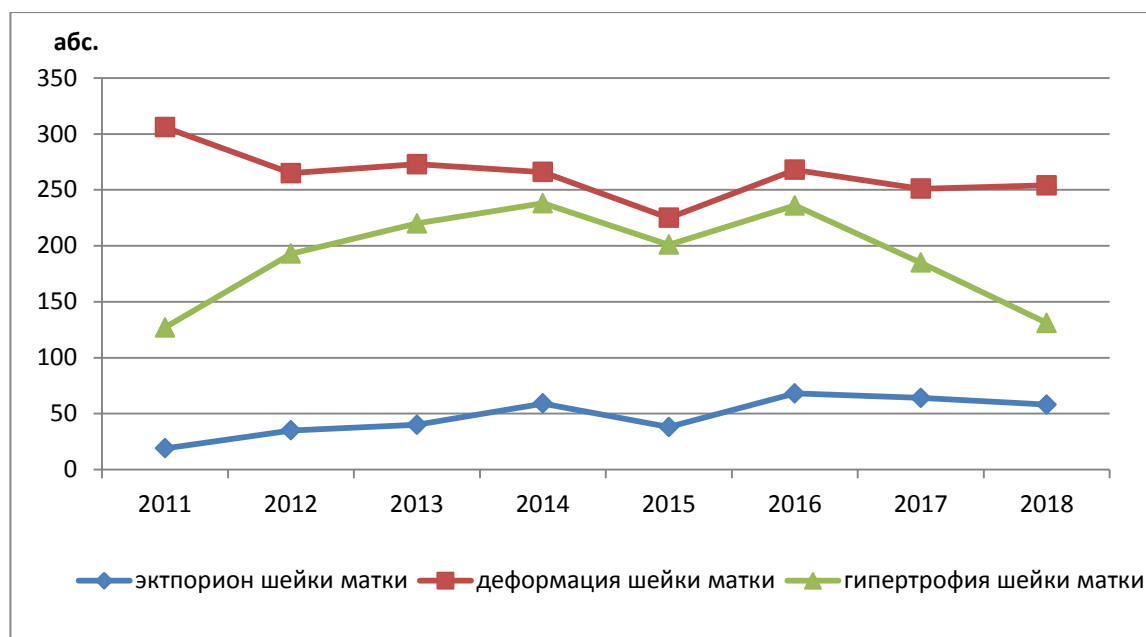


Рисунок 3.9. Частота встречаемости патологии шейки матки обусловленной акушерской травмой за период 2011-2018 гг. (абс.).

Обращает на себя внимание рост обращений по поводу эктропиона шейки матки в 3,1 раз за наблюдаемый период (2011 год - 19 женщин, 2018 год - 58 женщин), $p < 0,001$.

На следующем этапе исследования нами произведено укрупнение интервального ряда, для выявления общей динамики тенденций обращаемости по поводу отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки.

Как видно из табл. 3.10, для деформации шейки матки характерна тенденция снижения встречаемости данной патологии среди женщин, обратившихся в КРД НЦОМид за анализируемый период. На наш взгляд, полученные цифры указывают на положительную динамику, которая указывает на улучшение качества специализированной акушерской помощи женщинам во время родов, а внедрение стандартов, рекомендованных ВОЗ, позволяет своевременно выявлять разрывы шейки матки II-III степени в раннем послеродовом периоде и качественно, а главное своевременно, ушивать раны. Проведенный анализ позволил выявить положительную динамику снижения

частоты отдаленных негативных последствий акушерской травмы в виде деформации шейки матки, что в перспективе снижает оперативную активность в виде абдоминальный родов и в свою очередь приводит к снижению материнской заболеваемости и смертности.

Таблица 3.10 – Тенденции встречаемости деформации шейки матки по обращаемости в КРД НЦОМид за период 2011-2018 гг.

Годы	Деформация (%)	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2011	11,4	10,3	10,8
2012	9,1		10,0
2013	9,4	9,3	9,2
2014	9,2		8,9
2015	8,0	7,7	8,2
2016	7,3		7,3
2017	6,6	6,7	6,9
2018	6,7		6,5

По-иному выглядит патология шейки матки, связанная с отдаленными последствиями акушерской травмы шейки матки в виде гипертрофии шейки матки (табл. 3.11). По данным литературы, своевременно не диагностируемые разрывы шейки матки во время родов I-II степени нарушают архитектуру шейки матки, вызывая функциональную патологию, которая способствует длительно существующим хроническим воспалительным процессам, приводящим к компенсаторному разрастанию соединительной ткани и формированию гипертрофии шейки матки. Отсутствие или наличие незначительных кровотечений в раннем послеродовом периоде в акушерской практике влечет за собой снижение хирургической активности, в результате чего шейка матки без клинических проявлений (кровотечение) не ушивается, что и привело в данном случае к росту частоты встречаемости гипертрофии

шейки матки. Укрупнение интервального ряда по данной патологии выявило рост частоты встречаемости гипертрофий шейки матки до 2016 года с последующим снижением показателя. В целом за анализируемый период отмечается положительная динамика незначительного снижения показателя (2011 год- 4,9%, в 2018 году – 3,4%).

Таблица 3.11 – Тенденции встречаемости гипертрофии шейки матки по обращаемости в КРД НЦОМид за период 2011-2018 гг.

Годы	Гипертрофия (%)	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2011	4,7	5,7	4,9
2012	6,7		6,3
2013	7,6	7,9	7,5
2014	8,2		7,7
2015	7,2	6,8	7,3
2016	6,5		6,2
2017	4,9	4,2	4,9
2018	3,4		3,4

Полученные цифры указывают на необходимость взвешенного подхода к устранению дефектов шейки матки при акушерских травмах, при наличии выраженного дефекта все же необходимо ушивать разрывы шейки матки в раннем послеродовом периоде, что в последующем приведет к снижению числа отдаленных последствий травм мягких тканей. В дальнейшем послеродовая активная хирургическая тактика позволит снизить число женщин с воспалительными заболеваниями шейки матки и в будущем снизить заболеваемость шейки матки.

Наиболее неблагоприятной, по нашим данным, является динамика заболеваемости эктропионом шейки матки (табл. 3.12). Укрупнение интервального ряда позволило наглядно выявить, что данная патология имеет

тенденцию роста за анализируемый период, что является отрицательным моментом, так как длительно существующая метаплазия в зоне стыка двух эпителиев при вывороте шейки матки является фактором развития неоплазии и увеличивает риски развития рака шейки матки. Отсутствие кровотечения при разрывах шейки матки до 1 см по внедренным в стране стандартам ВОЗ не требует их ушивания в раннем послеродовом периоде, что, в конечном счете, и привело к росту данной патологии.

Таблица 3.12 – Тенденции встречаемости эктропиона шейки матки по обращаемости в КРД НЦОМид за период 2011-2018 гг.

Годы	Эктропион (%)	Метод укрупнения интервала	Метод скользящей средней
2011	0,7	0,9	0,8
2012	1,2		1,1
2013	1,4	1,7	1,5
2014	2,0		1,6
2015	1,4	1,6	1,8
2016	1,9		1,7
2017	1,7	1,6	1,7
2018	1,5		1,5

Полученные данные с помощью метода скользящей средней легли в основу расчета среднесрочного прогноза выявленной патологии, обусловленной акушерской травмой шейки матки (рисунок 3.10.). Как видно из рисунка, число обращений по поводу деформации и гипертрофии шейки матки имеет тенденцию снижения до 2023 года, однако отмечается рост обращений по поводу эктропиона шейки матки. За 11-ти летний период доля обращений по поводу деформации шейки матки снизится в 3,3 раза и составит 3,5% в год ($r=0,9$; $R^2=0,9$; $t=7,2$), $p<0,001$.

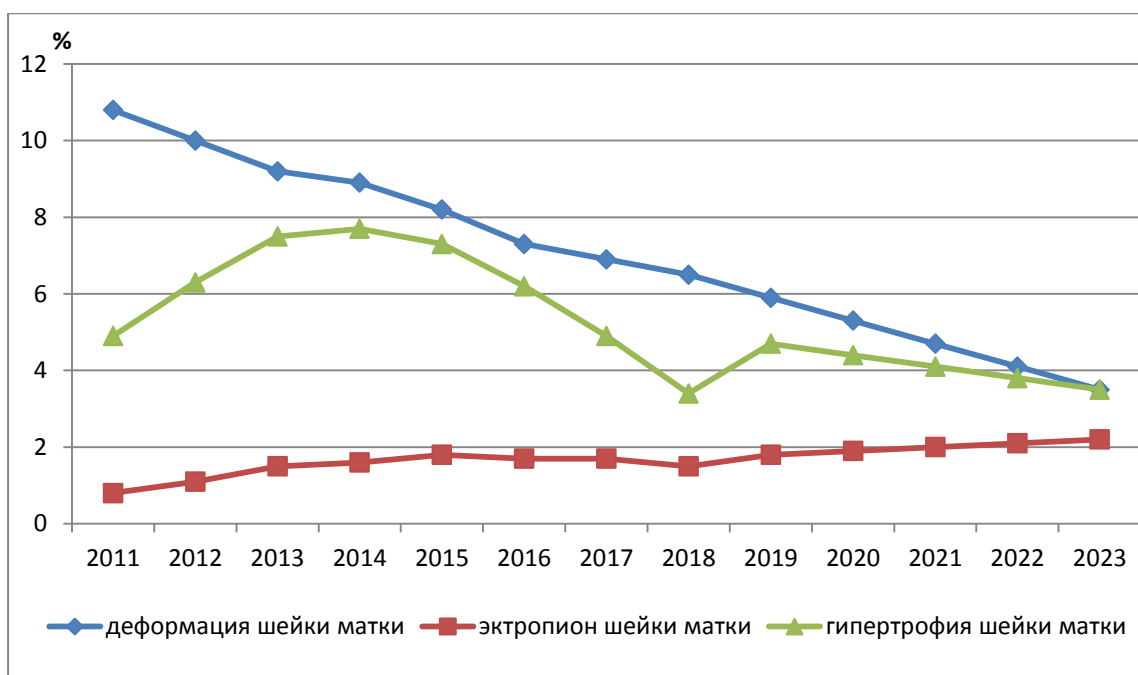


Рисунок 3.10. Среднесрочный прогноз патологии шейки матки, обусловленной акушерской травмой до 2023 года (%).

Для гипертрофии шейки матки характерно также снижение показателя до 2023 года до 3,5%, однако за анализируемый период тенденция снижения менее выраженная в 1,4 раза ($r=0,5$; $R^2=0,2$; $t=2,4$), $p<0,05$.

Среднесрочный прогноз выявил рост числа обращений по поводу эктропиона шейки матки в 3,1 раз и к 2023 году доля данной патологии составит 2,2% ($r=0,7$; $R^2=0,6$; $t=2,7$), $p<0,05$.

Таким образом, проведенный анализ частоты и тенденций встречаемости патологии шейки матки, обусловленной акушерской травмой, за период 2011-2018 гг. позволил сделать следующие выводы:

1. На долю патологии шейки матки, связанной с акушерской травмой, в среднем приходится 16,1% или 502,5 обращений в год из общего числа обращений.

2. Структура данной патологии представлена в среднем: деформацией шейки матки – 8,5% (263,5 обращений в год), гипертрофией шейки матки – 6,2% (191,4 обращений в год) и эктропионом шейки матки – 1,5% (47,6 обращений в год).

3. Установлена положительная тенденция снижения показателей за анализируемый период: деформации шейки матки - в 1,7 раз, $p < 0,001$ и гипертрофии шейки матки - в 1,4 раза, $p < 0,001$, однако для эктропиона шейки матки характерен рост в 2,1 раза, $p < 0,001$.

4. Среднесрочный прогноз подтверждает данную тенденцию до 2023 года: снижение показателя для деформации шейки матки до 3,5% в год ($r=0,9$; $R^2=0,9$; $t=7,2$), $p < 0,001$ и гипертрофии шейки матки – 3,5% в год ($r=0,5$; $R^2=0,2$; $t=2,4$), $p < 0,05$ и рост в 3,3 раза до 2,2% для эктропиона шейки матки ($r=0,7$; $R^2=0,6$; $t=2,7$), $p < 0,05$.

5. Внедрение рекомендованных ВОЗ стандартов осмотра шейки матки в раннем послеродовом периоде и ушивание раны только при наличии кровотечения имело положительный эффект для снижения числа деформаций и гипертрофий шейки матки.

6. Актуальным остаются разрывы шейки матки до 1 см без наличия кровотечения, которые служат причиной роста отдаленных последствий - эктропиона шейки матки, что в свою очередь увеличивает риски развития неоплазии шейки матки.

3.3. Акушерская травма шейки матки с позиции оценки и управления рисками

В данном разделе для выявления факторов риска проведен анализ возможных предикторов возникновения акушерских травм шейки матки.

Из полученных данных, представленных в табл. 3.13, видно, что статистически значимая разница наблюдается между первородящими женщинами основной и контрольной групп ($77,1 \pm 3,9$ на 100 женщин и $65,7 \pm 3,2$ соответственно), $p < 0,05$ и повторнородящими, у которых количество родов не превышает 4-х ($21,2 \pm 3,8$ на 100 женщин и $31,5 \pm 3,2$ соответственно), $p < 0,05$. Статистически значимая разница выявлена также между основной и контрольной группами среди беременных, страдающих анемией средней и тяжелой степени ($22,0 \pm 3,8$ на 100 обследованных и $13,8 \pm 2,3$ соответственно), $p < 0,05$.

Таблица 3.13 - Факторы риска разрывов шейки матки в родах

Факторы риска	Основная группа с разрывами шейки матки I – II - 118			Контрольная группа без разрывов - 216			P
	абс.	%	±	абс.	%	±	
Состояли на дородовом учете	58	49,1	4,6	126	58,3	3,3	p>0,05
Первые роды	91	77,1	3,9	142	65,7	3,2	p<0,05
2-4 роды	25	21,2	3,8	68	31,5	3,2	p<0,05
5 и более родов	2	1,7	1,2	6	2,7	1,1	p>0,05
Псевдоэрозия шейки матки	5	4,2	1,8	16	7,4	1,8	p>0,05
Анемия средней и тяжелой степени	26	22,0	3,8	30	13,8	2,3	p<0,05
Преэклампсия	11	9,3	2,7	17	7,9	1,8	p>0,05
Хориоамнионит	3	2,5	1,4	1	0,5	0,5	p>0,05
Ранние и преждевременные роды	8	6,7	2,3	10	4,6	1,4	p>0,05
Преждевременное излитие вод	71	60,2	4,5	88	40,7	3,3	p<0,001
Индукция родов окситоцином	7	5,9	1,5	1	0,5	0,5	p<0,001
Индукция родов препидил-гелем	6	5,1	2,0	6	2,7	1,1	p>0,05
Родостимуляция окситоцином	1	0,8	0,8	1	0,5	0,5	p>0,05
Амниотомия	5	4,2	1,8	4	1,8	0,9	p<0,05
Длительность родов до 12 часов	85	72,0	4,1	173	80,1	2,7	p>0,05
Длительность родов более 12 часов	25	21,2	3,8	18	8,3	1,9	p<0,001
Стремительные роды	4	3,4	1,7	7	3,2	1,2	p>0,05
Быстрые роды	4	3,4	1,7	18	8,3	1,8	p>0,05

С большей статистически значимой степенью достоверности различаются женщины основной и контрольной групп с преждевременным излитием околоплодных вод ($60,2 \pm 4,5$ на 100 женщин и $40,7 \pm 3,3$ соответственно, $p < 0,001$), окситоцином индуцированных родов ($5,9 \pm 1,5$ на 100 женщин и $0,5 \pm 0,5$ соответственно, $p < 0,001$) и длительностью родов, превышающей 12 часов ($21,2 \pm 3,8$ на 100 женщин и $8,3 \pm 1,9$ соответственно, $p < 0,001$).

При этом доказан низкий охват дородового наблюдения среди беременных женщин обеих групп, в основной группе он составил 49,1%, а в группе контроля был равен 58,3%, статистически значимой разницы между группами не выявлено ($49,1 \pm 4,6$ на 100 женщин и $58,3 \pm 3,3$ соответственно), $p > 0,05$, данный фактор, как фактор риска разрывов шейки матки в родах нами не доказан.

У многорожавших женщин, у которых были 5-е и более роды также не выявлено статистически значимой разницы между группами, в основной группе таких было 2 женщины ($1,7 \pm 1,2$ на 100 женщин), а в группе контроля – 6 женщин ($2,7 \pm 1,1$ соответственно), $p > 0,05$.

Также в исследовании не доказана роль эктопии шейки матки, как фактора риска разрывов шейки матки в родах, в основной группе данная патология была выявлена у 5 женщин, что составило $4,2 \pm 1,8$ на 100 женщин, в группе контроля – 16 женщин ($7,4 \pm 1,8$ соответственно), $p > 0,05$.

Обращает на себя внимание высокий уровень встречаемости такого грозного осложнения беременности, как преэклампсия, в основной группе данный диагноз был у 11 женщин ($9,3 \pm 2,7$ на 100 женщин), а в группе контроля 17 женщин ($7,9 \pm 1,8$ соответственно), однако статистически значимой разницы между группами не установлено, $p > 0,05$.

Хориоамнионит был установлен у 3-х женщин основной группы и 1-й женщины группы контроля ($2,5 \pm 1,4$ на 100 женщин и $0,5 \pm 0,5$ соответственно), но статистически значимой разницы между группами не выявлено, $p > 0,05$.

Беременность закончилась ранними и преждевременными родами у 8 женщин основной группы, что составило $6,7 \pm 2,3$ на 100 обследованных, в

группе контроля таковых было – 10 женщин ($4,6 \pm 1,4$ соответственно), статистически значимой разницы между группами не установлено, $p > 0,05$.

Кроме того, доказано, что индукция родов препидил-гелем, проведенная у 6 женщин основной группы ($5,1 \pm 2,0$ на 100 женщин) и у 6 женщин контрольной группы ($2,7 \pm 1,1$ соответственно), не имеет статистически значимой разницы между группами, $p > 0,05$, и не является фактором разрывов шейки матки в родах.

Также не установлено статистически значимой разницы между группами женщин, которым была проведена родостимуляция окситоцином, в основной группе показатель составил $0,8 \pm 0,8$ на 100 женщин, в группе контроля $0,5 \pm 0,5$ соответственно, $p > 0,05$.

Длительность родов до 12 часов была у 85 женщин основной группы ($72,0 \pm 4,1$ на 100 женщин) и у 173 женщин группы контроля ($80,1 \pm 2,7$ соответственно), статистически значимой разницы между группами не установлено.

Статистически значимой разницы нами не было установлено и при стремительных родах, в основной группе показатель составил $3,4 \pm 1,7$ на 100 женщин, в группе контроля – $3,2 \pm 1,2$ соответственно, $p > 0,05$.

Быстрые роды произошли у 4-х женщин основной группы ($3,4 \pm 1,4$ на 100 женщин) и у 18 женщин группы контроля ($8,3 \pm 1,8$ соответственно), статистически значимой разницы между группами не выявлено, $p > 0,05$.

Кроме того, установлена положительная сильная корреляционная связь между индуцированными окситоцином родами ($KA = 0,9$) и разрывами шейки матки в родах.

В остальных случаях достоверных различий определена положительная корреляционная связь средней силы ($KA = 0,3 - 0,7$).

К сожалению, выяснить воспалительный гинекологический анамнез родильниц не удалось из-за скудости информации в историях родов. Полученные нами данные приближены к результатам Ячменева Н. П. [2].

Таким образом, факторами риска разрывов шейки матки I–II степени по данным ретроспективного анализа историй родов можно считать индукцию родов окситоцином, первые роды, состояние малокровия средней и тяжелой степени, преждевременное излитие околоплодных вод, амниотомию и длительность родов более 12 часов, которая предполагает повышенное количество влагалищных исследований, а они, в свою очередь, в большинстве случаев в историях родов не отмечаются.

Таким образом, в ходе исследования установлено, что к факторам риска возникновения разрывов шейки матки в родах относятся:

1. Индукция родов окситоцином.
2. Первые роды.
3. Анемия средней и тяжелой степени.
4. Преждевременное излитие околоплодных вод.
5. Амниотомия.
6. Длительность родов, превышающая 12 часов.

Полученные в ходе исследования данные позволили выявить факторы риска, которые необходимо учитывать при родах для повышения качества акушерской помощи женщинам. Для врачей акушеров-гинекологов таблица факторов риска станет инструментом, позволяющим проводить осмотр шейки матки в ранний послеродовой период для своевременного выявления разрывов шейки матки и их коррекции, что позволит снизить материнскую заболеваемость в будущем.

Разрывы шейки матки как фактор риска возникновения послеродовых осложнений.

Далее в исследовании был проведен анализ осложнений послеродового периода для выявления причастности разрывов шейки матки, как фактора риска возникновения данных состояний.

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту - средний возраст основной группы составил $23,8 \pm 0,5$ лет и контрольной - $23,8 \pm 0,4$.

Из анализа табл. 3.14 видно, что при родах без разрывов шейки матки достоверно чаще наблюдается физиологическая кровопотеря до 300,0 ($72,1 \pm 3,9$ в основной и $87,9 \pm 2,3$ в контрольной группе; $p < 0,001$).

После родов, осложнившихся разрывами шейки матки, достоверно чаще отмечалась кровопотеря от 300,0 до 500,0 ($23,2 \pm 3,7$ в основной группе и $9,1 \pm 2,0$ в контрольной; $p < 0,001$). Между этими показателями существует сильная положительная корреляционная связь ($KA = 0,7$). Кровопотерю такого объема можно считать пограничной и у здоровой роженицы она не приведет к осложнениям. Однако, учитывая высокий процент анемии в Кыргызской Республике, считаем, что этим фактом не стоит пренебрегать.

Таблица 3.14 - Сравнительная характеристика осложнений послеродового периода

Факторы риска	Основная группа с разрывами шейки матки I-II - 129			Контрольная группа без разрывов - 207			P
	абс	%	\pm	абс	%	\pm	
Кровопотеря до 300,0	93	72,1	3,9	183	87,9	2,3	$P < 0,001$
Кровопотеря 300,0 - 500,0	30	23,2	3,7	19	9,1	2,0	$P < 0,001$
Кровопотеря 500,0 - 1000,0	4	3,1	1,5	3	1,4	0,8	$P > 0,05$
Кровопотеря 1000,0 и более	2	1,5	1,1	3	1,4	0,8	$P > 0,05$
Гипотония матки в раннем п/родовом периоде	1	0,8	0,8	3	1,4	0,8	$P > 0,05$
Гематометра в раннем п/родовом периоде	2	1,5	1,1	-	-	-	
Субинволюция матки с формированием лохиометры	17	13,2	3,0	5	2,4	1,1	$P < 0,001$
Послеродовый эндометрит	6	4,6	1,8	7	3,4	1,2	$P > 0,05$

Кроме того, изучая поздние послеродовые осложнения, мы обнаружили достоверно большую частоту развития субинволюции матки с формированием лохиометры ($13,2 \pm 3,0$ в основной и $2,4 \pm 1,1$ в контрольной группе; $p < 0,001$), по поводу которой родильницы получали соответствующее лечение. Связь между этими явлениями положительная средней силы ($KA = 0,5$).

В свою очередь, ни у кого из исследователей не вызывает сомнения факт, что субинволюция матки является или фактором риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений или самостоятельным заболеванием пуэрперия. Таким образом, препятствуя нормальным сокращениям матки, разрывы ее шейки в последующем могут приводить к инфекционным осложнениям.

Учитывая, что разрывы шейки по данным ретроспективного исследования не вызывают массивной кровопотери, но в то же время являются фактором риска послеродовых гнойно-септических осложнений (ГСО), считаем операцию осмотра родовых путей женщин обязательной в качестве метода профилактики послеродовых ГСО.

Таким образом, в ходе исследования нами установлено:

1. Травмы шейки матки в родах являются фактором риска пограничной кровопотери от 300,0 до 500,0, не вызывая массивной кровопотери более 1000,0, но учитывая большую частоту анемии среди жителей Кыргызстана, данным фактом пренебрегать не стоит.

2. Травмы шейки матки в родах задерживают нормальные сокращения матки и являются фактором риска развития ее субинволюции с формированием лохиометры, которая в свою очередь требует своевременного лечения для предупреждения послеродового эндометрита.

3. Учитывая все вышеуказанное, считаем осмотр родовых путей женщин обязательным в качестве метода профилактики послеродовых ГСО.

Акушерская травма шейки матки с позиции оценки и управления рисками.

Ранее в исследовании были рассмотрены возможные факторы риска

возникновения акушерских травм шейки матки. Установлено, что статистически значимыми факторами риска являются: индуцированные роды в доношенном сроке с длительностью, превышающей 12 часов, $p < 0,001$, первые роды, $p < 0,05$, анемия средней и тяжелой степени, $p < 0,05$ и преждевременное излитие околоплодных вод, $p < 0,001$.

Полученные данные легли в основу ранжирования прогностической значимости выявленных факторов риска. Как видно из табл. 3.15, предполагаемые факторы риска имеют различную степень обусловленности.

Таблица 3.15 – Прогностическая значимость факторов риска возникновения разрывов шейки матки в родах

Риск-фактор	R1	R2	RR	AR, %	EF, %
Отсутствие дородового ухода	50,9	41,7	1,2	9,2	18,1
Первые роды	77,1	65,7	1,2	11,4	14,8
2-4 роды	21,2	31,5	0,7	-10,3	-48,6
5 и более родов	1,7	2,7	0,6	-1,0	-58,8
Эктопия шейки матки	4,2	7,4	0,6	-3,2	-76,2
<i>Анемия средней и тяжелой степени</i>	<i>22,0</i>	<i>13,8</i>	<i>1,6</i>	<i>8,2</i>	<i>37,3</i>
Преэклампсия	9,3	7,9	1,2	1,4	15,1
Хориоамнионит	2,5	0,5	5,0	2,0	80,0
Ранние и преждевременные роды	6,7	4,6	1,5	2,1	31,3
Преждевременное излитие вод	60,2	40,7	1,5	19,5	32,4
Индукция родов окситоцином	5,9	0,5	11,8	5,4	91,5
<i>Индукция родов препидил-гелем</i>	<i>5,1</i>	<i>2,7</i>	<i>1,9</i>	<i>2,4</i>	<i>47,1</i>
<i>Родостимуляция окситоцином</i>	<i>0,8</i>	<i>0,5</i>	<i>1,6</i>	<i>0,3</i>	<i>37,5</i>
Амниотомия	4,2	1,8	2,3	2,4	57,2
Длительность родов до 12 часов	72,0	80,1	0,9	-8,1	-11,3
Длительность родов более 12 часов	21,2	8,3	2,6	12,9	60,8
Стремительные роды	3,4	3,2	1,1	0,2	5,9
Быстрые роды	3,4	8,3	0,4	-4,9	-144,1

Для выявления возможного воздействия изучаемых факторов риска на возникновение акушерской травмы шейки матки нами был рассчитан относительный риск (RR). Установлено, что полностью отсутствует предиктивная значимость таких факторов риска, как вторые и более роды ($RR=0,6-0,7$), эктопия шейки матки ($RR=0,6$), длительность родов до 12 часов ($RR=0,9$) и быстрые роды ($RR=0,4$) в развитии разрывов шейки матки.

Остальные рассматриваемые факторы риска имеют доказанную предиктивную значимость в развитии данной патологии, однако их обусловленность в развитии акушерской травмы шейки матки различна. Малой степенью обусловленности обладают: отсутствие дородового ухода за женщиной ($RR=1,2$), первые роды ($RR=1,2$), преэклампсия ($RR=1,2$) и стремительные роды ($RR=1,1$). Рассчитанный нами атрибутивный риск, для выявления меры воздействия обусловленности, данных факторов риска на развитие разрывов шейки матки во время родов, который возможно предотвратить устранением риск-фактора составил для отсутствия дородового ухода за женщиной ($AR=9,2$), первых родов ($AR=11,4$), преэклампсии ($AR=1,4$) и стремительных родов ($RR=0,2$). Мера причастности или этиологическая доля данных факторов риска в развитии разрывов шейки матки также имеет малую степень обусловленности, которая составила при: отсутствии дородового ухода за женщиной ($EF=18,1$), первых родах ($EF=14,8$), преэклампсия ($EF=15,1$) и стремительные роды ($EF=5,9$).

Кроме того, оценка рисков выявила среднюю степень количественной обусловленности ранних и преждевременных родов ($RR=1,5$) и преждевременного излития околоплодных вод ($RR=1,5$), однако неоднозначна мера причастности этих факторов, для ранних и преждевременных родов выявлена малая причастность ($AR=2,1$), а для преждевременного излития околоплодных вод она средняя ($AR=19,5$). Тем не менее, этиологическая доля, обусловленная воздействием данными факторами, имеет малую степень (ранние и преждевременные роды - $EF=31,3$, преждевременное излитие околоплодных вод $EF=32,4$).

Средней степенью обусловленности в нашем исследовании стали такие факторы риска как: анемия средней и тяжелой степени (RR=1,6, AR=8,2, EF=37,3), индукция родов препидил-гелем (RR=1,9, AR=2,4, EF=47,1) и родостимуляция окситоцином (RR=1,6, AR=0,3, EF=37,5).

Не благополучными по предиктовой значимости развития акушерской травмы шейки матки с высокой степенью обусловленности стали амниотомия (RR=2,3, AR=2,4, EF=57,2), длительность родов более 12 часов (RR=2,6, AR=12,9, EF=60,8) и хориоамнионит (RR=5,0, AR=2,0, EF=80,0).

Полной степенью обусловленности разрывов шейки матки в нашем исследовании стала индукция родов окситоцином (RR=11,8, AR=5,4, EF=91,5).

Полученные данные легли в разработку таблицы предиктовой значимости риск-факторов в развитии разрывов шейки матки в родах (табл. 3.16).

Таблица 3.16 – Степень обусловленности фактора риска в развитии разрывов шейки матки в родах

Риск-фактор	R1	R2	RR	AR, %	EF, %
Полная степень обусловленности					
Индукция родов окситоцином	5,9	0,5	11,8	5,4	91,5
Высокая степень обусловленности					
Хориоамнионит	2,5	0,5	5,0	2,0	80,0
Длительность родов более 12 часов	21,2	8,3	2,6	12,9	60,8
Амниотомия	4,2	1,8	2,3	2,4	57,2
Средняя степень обусловленности					
Индукция родов препидил-гелем	5,1	2,7	1,9	2,4	47,1
Родостимуляция окситоцином	0,8	0,5	1,6	0,3	37,5
Анемия средней и тяжелой степени	22,0	13,8	1,6	8,2	37,3
Малая степень обусловленности					
Преждевременное излитие вод	60,2	40,7	1,5	19,5	32,4
Ранние и преждевременные роды	6,7	4,6	1,5	2,1	31,3
Отсутствие дородового ухода	50,9	41,7	1,2	9,2	18,1
Преэклампсия	9,3	7,9	1,2	1,4	15,1
Первые роды	77,1	65,7	1,2	11,4	14,8
Стремительные роды	3,4	3,2	1,1	0,2	5,9

Как видно из данной таблицы, нами была выделена обуславливающая значимость факторов. Для возникновения акушерской травмы шейки матки достаточно одного фактора риска с полной или высокой степенью обусловленности или двух факторов со средней степенью или сочетание из трех факторов с малой степенью обусловленности. Данная таблица может стать инструментом прогнозирования разрывов шейки матки в родах для врачей акушеров-гинекологов практического здравоохранения, кроме того, возможно ее использование для внутреннего и внешнего аудита при оценке качества оказания специализированной медицинской помощи в акушерских стационарах.

Для врачей практического здравоохранения также интересна роль самих акушерских травм шейки матки в развитии ближайших и отдаленных осложнений, обусловленных разрывами органа, а также возможность своевременной оценки и управления рисками, что позволяет нивелировать последствия разрывов и своевременно оказывать качественную квалифицированную медицинскую помощь.

Поэтому следующим этапом исследования стала оценка рисков самой травмы шейки матки на развитие ближайших послеродовых осложнений. В проведенном ранее исследовании доказано, что разрывы шейки матки являются фактором риска пограничной кровопотери, $p < 0,001$ и задерживают нормальное сокращение матки с формированием лохиометры, $p < 0,001$.

В данном исследовании рассмотрена роль разрывов шейки матки в родах с позиции оценки рисков, в табл. 3.17 представлены данные полученных расчетов.

Нами не выявлена этиологическая значимость разрыва шейки матки только в развитии гипотонии матки в раннем послеродовом периоде ($RR=0,6$, $AR=-0,6$, $EF=-75,0$).

Малая степень обусловленности установлена для развития кровопотери 1000,0 мл и более ($RR=1,1$, $AR=0,1$, $EF=6,7$) и послеродового эндометрита

(RR=1,4, AR=1,2, EF=26,1).

Однако выявлено, что разрыв шейки матки имеет высокую степень обусловленности в развитии кровопотери 500,0-1000,0 мл (RR=2,2, AR=1,7, EF=54,8) и кровопотери 300,0-500,0 мл (RR=2,6, AR=14,1, EF=60,8).

Кроме того, доказано, что плотной степенью обусловленности акушерская травма шейки матки выступает в развитии таких грозных осложнений послеродового периода, как: субинволюция матки с формированием лохиометры (RR=5,5, AR=10,8, EF=81,8) и гематометры в раннем послеродовом периоде (RR=1,5, AR=1,5, EF=100,0).

Таблица 3.17 – Прогностическая оценка разрывов шейки матки в родах как риск развития ближайших последствий

Последствия	R1	R2	RR	AR, %	EF, %
Кровопотеря 300,0-500,0 мл	23,2	9,1	2,6	14,1	60,8
Кровопотеря 500,0-1000,0 мл	3,1	1,4	2,2	1,7	54,8
Кровопотеря 1000,0 мл и более	1,5	1,4	1,1	0,1	6,7
Гипотония матки в раннем послеродовом периоде	0,8	1,4	0,6	-0,6	-75,0
Гематометра в раннем послеродовом периоде	1,5	-	1,5	1,5	100,0
Субинволюция матки с формированием лохиометры	13,2	2,4	5,5	10,8	81,8
Послеродовый эндометрит	4,6	3,4	1,4	1,2	26,1

Полученные данные легли в разработку таблицы прогностической значимости разрывов шейки матки в развитии осложнений в послеродовом периоде (табл. 3.18). Как видно из таблицы, разрыв шейки матки выступает значимым фактором риска развития послеродовых осложнений, при этом для врачей акушеров-гинекологов наличие разрыва должно стать обоснованием для включения женщин в группу высокого риска для предупреждения гнойно-

септических осложнений.

Полученные в исследовании данные подчеркивают необходимость обязательного осмотра шейки матки после родов, особенно у женщин, включенных в группу риска по степени обусловленности выявленных факторов риска.

Таблица 3.18 – Прогностическая значимость разрывов шейки матки в развитии осложнений в послеродовом периоде

Последствия	R1	R2	RR	AR, %	EF, %
Плотная степень обусловленности					
Гематометра в раннем послеродовом периоде	1,5	-	1,5	1,5	100,0
Почти плотная степень обусловленности					
Субинволюция матки с формированием лохиометры	13,2	2,4	5,5	10,8	81,8
Высокая степень обусловленности					
Кровопотеря 300,0-500,0 мл	23,2	9,1	2,6	14,1	60,8
Кровопотеря 500,0-1000,0 мл	3,1	1,4	2,2	1,7	54,8
Малая степень обусловленности					
Послеродовый эндометрит	4,6	3,4	1,4	1,2	26,1
Кровопотеря 1000,0 мл и более	1,5	1,4	1,1	0,1	6,7

В свою очередь, своевременно выявленные разрывы шейки матки после родов являются методом прогнозирования и профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений.

Использование в практической деятельности акушерских стационаров представленных таблиц: прогностической значимости факторов риска и степени обусловленности уже случившегося разрыва шейки матки, позволит своевременно не только оценить риски, но и управлять ими с целью снижения уровня материнской заболеваемости.

Таким образом, оценка роли факторов риска и обуславливающей значимости акушерской травмы в развитии послеродовых осложнений установила, что:

1. Индукция родов окситоцином является фактором риска с полной степенью обусловленности развития акушерских травм шейки матки ($RR=11,8$, $AR=5,4$, $EF=91,5$), с высокой степенью обусловленности: амниотомия ($RR=2,3$, $AR=2,4$, $EF=57,2$), длительность родов более 12 часов ($RR=2,6$, $AR=12,9$, $EF=60,8$) и хориоамнионит ($RR=5,0$, $AR=2,0$, $EF=80,0$).

2. Средней степенью обусловленности стали: анемия средней и тяжелой степени ($RR=1,6$, $AR=8,2$, $EF=37,3$) и родостимуляция окситоцином ($RR=1,6$, $AR=0,3$, $EF=37,5$).

3. Малой степенью обусловленности обладают: ранние и преждевременные роды ($RR=1,5$, $AR=2,1$, $EF=31,3$) и преждевременное излитие околоплодных вод ($RR=1,5$, $AR=19,5$, $EF=32,4$).

4. Внедрение в практическое здравоохранение таблицы предиктовой значимости факторов риска развития разрывов шейки матки в родах позволит своевременно формировать группы риска и нивелировать возникновение данной патологии с помощью индивидуально ориентированной специализированной медицинской помощи для женщин.

5. Акушерская травма шейки матки выступает фактором риска с плотной степенью обусловленности развития: субинволюции матки с формированием лохиометры ($RR=5,5$, $AR=10,8$, $EF=81,8$) и гематометры в раннем послеродовом периоде ($RR=1,5$, $AR=1,5$, $EF=100,0$), высокой степенью обусловленности: кровопотери 500,0-1000,0 мл ($RR=2,2$, $AR=1,7$, $EF=54,8$) и кровопотери 300,0-500,0 мл ($RR=2,6$, $AR=14,1$, $EF=60,8$) и малой степенью обусловленности: кровопотери 1000,0 мл и более ($RR=1,1$, $AR=0,1$, $EF=6,7$) и послеродового эндометрита ($RR=1,4$, $AR=1,2$, $EF=26,1$).

6. Внедрение таблицы прогностической значимости разрыва шейки матки в развитии послеродовых осложнений позволит врачам акушерских стационаров снизить уровень материнской заболеваемости.

3.4. Акушерская травма шейки матки: частота встречаемости и объем медицинской помощи

За период с января по июнь 2018 года (6 месяцев) в КНЦРЧ самостоятельными родами закончилась беременность у 612 женщин. При этом акушерская травма шейки матки была выявлена у 126 женщин (20,6%) (рисунок 3.11.), т.е. у каждой 5-й женщины, из них у 35 женщин клиническими проявлениями разрывов шейки матки были кровотечения, что составило 27,8% из общего числа травмы шейки матки или 5,7% из общего числа родов.

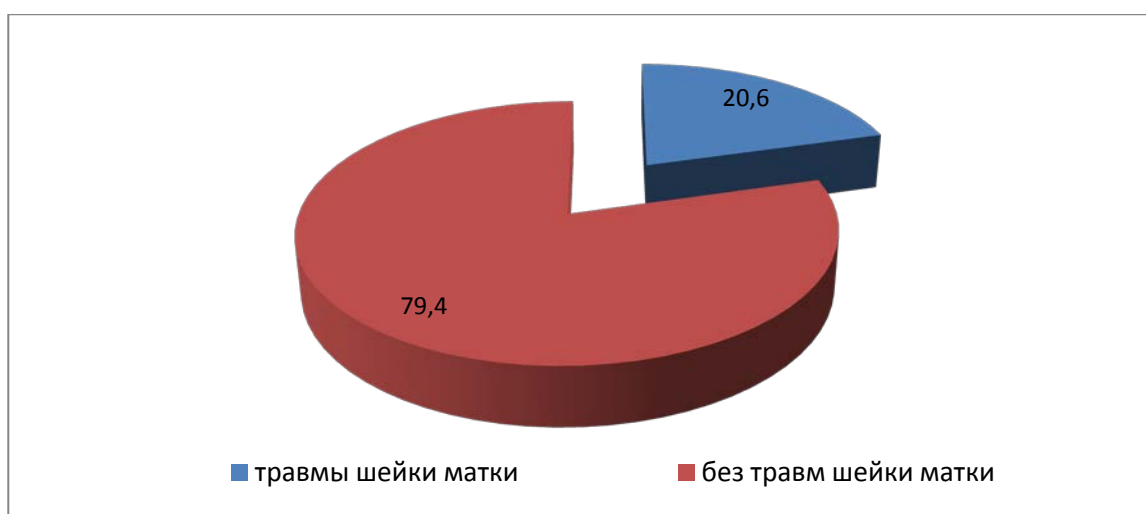


Рисунок 3.11. Доля акушерской травмы шейки матки в родах (%).

Из общего числа акушерской травмы в 72,2% случаев разрывы шейки матки не имели клинических проявлений и были выявлены разрывы 1-й степени, а в условиях, когда по национальным клиническим протоколам (2010), рекомендованным ВОЗ, шейка матки не осматривается в зеркалах в ранний послеродовой период без наличия клинических проявлений, именно эти разрывы остаются незамеченными.

Как видно на рисунке 3.12., чаще всего выявлены разрывы шейки матки 1-й степени - у 102 женщин (81,0%), разрывы 2-й степени были диагностированы у 23 женщин, что составило 18,3% из общего числа акушерских травм шейки матки, и у 1 женщины (0,7%) разрыв шейки матки 3-й степени.

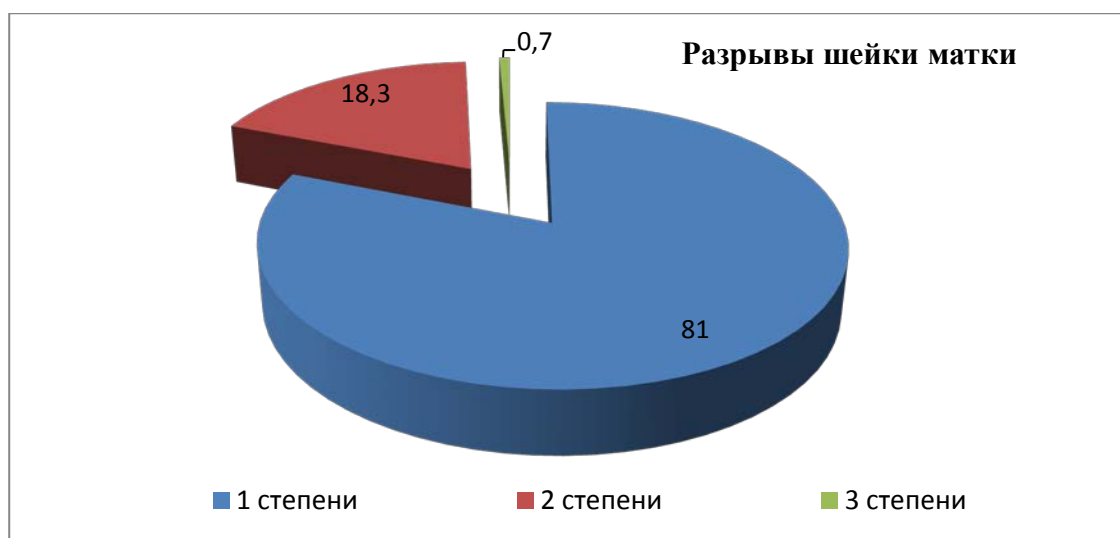


Рисунок 3.12. Структура акушерской травмы шейки матки (%).

При осмотре родовых путей в раннем послеродовом периоде у 102 женщин, с акушерской травмой шейки матки 1-й степени, только в $10,8 \pm 3,1$ на 100 осмотренных женщин было диагностировано активное кровотечение, у $89,2 \pm 3,1$ на 100 осмотренных женщин разрывы шейки матки были менее 1 см и не имели клинических проявлений в виде кровотечения (табл. 3.19).

Таблица 3.19 – Клинические проявления акушерской травмы шейки матки (на 100 обследованных женщин)

Клинические проявления	Акушерская травма шейки матки (n=126)					
	I степени (n=102)		II степени (n=23)		III степени (n=1)	
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp
Кровотечение	11	$10,8 \pm 3,1$	23	$100,0 \pm 0,0$	1	$100,0 \pm 0,0$
Без симптомов	91	$89,2 \pm 3,1$	-		-	-

Исследованием установлено, что согласно клиническим протоколам, у 91 женщины (72,2%) при наличии акушерской травмы шейки матки 1-й степени без клинических проявлений, т.е. активного кровотечения, шейка матки не осматривается ни в ранний послеродовый период, ни при выписке женщин домой. Таким образом, 14,9% женщин из общего числа рожениц не знают об акушерской травме в родах, кроме того, и семейный врач не имеет информации о произошедших разрывах шейки матки. Учитывая, что в среднем женщины

впервые приходят на прием к семейному врачу через 6 месяцев после родов, данная акушерская травма остается нераспознанной до формирования эктропиона и другой патологии шейки матки.

Восстановление разрывов шейки матки было произведено у 79 женщин (62,7%), из них у 1 женщины (1,3%) с разрывом шейки матки III степени, у 23 женщин (29,1%) - II степени и у 55 женщин (69,6%) – I степени. Акушерская травма шейки матки I степени без симптомов кровотечения в нашем исследовании была диагностирована у 91 женщины, что составило 89,2% от общего количества разрывов I степени. Однако при осмотре шейки матки в зеркалах выявлено, что у 44 женщин (48,4%) эти разрывы требовали хирургической коррекции раны. Мелкие разрывы I степени до 1 см без клинических проявлений были выявлены у 47 женщин, что составило 37,3% из общего количества акушерской травмы шейки матки, которые не нуждались в восстановлении и наложении швов на рану.

Оценка заживления и восстановления целостности разрывов шейки матки показала, что признаки первичного заживления раны отмечались у 66 женщин (83,5%), что статистически значимо чаще, чем женщин со вторичным заживлением (13 женщин – 16,5%), $\chi^2=25,5$, $p<0,001$ (табл. 3.20).

Таблица 3.20 – Оценка эффективности восстановления разрывов шейки матки (на 100 обследованных женщин)

Заживление швов	Группы сравнения (n=79)				χ^2	p
	Первичным натяжением I группа (n=66)		Вторичным натяжением II группа (n=13)			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
Плотное соприкосновение краев раны	66	100,0±0,0	4	30,8±12,8	16,3	<0,001
Отек ткани	9	13,6±4,2	12	92,3±7,4	14,7	<0,001
Инфильтрация ткани	4	6,1±2,9	13	100,0±0,0	25,5	<0,001
Остатки шовного материала	3	4,6±2,6	11	84,6±10,0	24,0	<0,001

Оценка отдельных параметров заживления акушерской травмы шейки матки выявила, что плотное соприкосновение краев раны было статистически чаще выявлено в I группе женщин (66 женщины или $100,0 \pm 0,0$ на 100 обследованных женщин) в сравнении со II группой (4 женщины - $30,8 \pm 12,8$ соответственно), $\chi^2=16,3$, $p<0,001$.

Отек прилежащих тканей был диагностирован у 9 женщин ($13,6 \pm 4,2$ на 100 обследованных) первой группы, что статистически значимо реже группы сравнения (12 женщин или $92,3 \pm 7,4$ на 100 обследованных), $\chi^2=14,7$, $p<0,001$. Кроме того, у женщин I группы выявлена инфильтрация тканей статистически значимо реже (4 женщины или $6,1 \pm 2,9$ на 100 обследованных), чем во II группе (13 женщин - $100,0 \pm 0,0$ соответственно), $\chi^2=25,5$, $p<0,001$.

Остатки шовного материала были обнаружены у 3-х женщин первой группы, что составило $4,6 \pm 2,6$ на 100 обследованных женщин, а во второй группе таких женщин оказалось 11 или $84,6 \pm 10,0$ на 100 обследованных женщин, $\chi^2=24,0$, $p<0,001$.

Полученные данные указывают, что у 16,5% женщин с акушерской травмой шейки матки после ее хирургической коррекции заживление швов происходит вторичным натяжением, что является фактором риска развития в дальнейшем патологии шейки матки в виде эктропиона, деформации и гипертрофии.

Таким образом, проведенный анализ частоты встречаемости и объема медицинской помощи при акушерской травме шейки матки за 6 месяцев (январь-июнь) 2018 г. в КНЦРЧ позволил сделать следующие выводы:

1. В КНЦРЧ за анализируемый период самостоятельные роды произошли у 612 женщин, разрывы шейки матки были выявлены у 20,6% женщин, с клиническими проявлениями (кровотечение) у 5,7% женщин.

2. В структуре акушерской травмы шейки матки разрывы I степени были выявлены у 102 женщин (81,0%), II степени – у 23 женщин (18,3%) и III степени – у 1 женщины (0,7%).

3. Без клинических проявлений разрывы I степени были выявлены у 91 женщины, что составило 72,2% из общего числа женщин с акушерской травмой и 89,2% из числа женщин с разрывами I степени, из них требовали хирургической коррекции 48,4%.

4. В 62,7% случаев (79 женщин) разрывы шейки матки были ушиты, при этом первичным натяжением зажили раны у 83,5% женщин, что статистически значимо чаще, чем вторичным натяжением (16,5%), $\chi^2=25,5$, $p<0,001$.

5. Оценка эффективности восстановления разрывов шейки матки выявила, что у женщин первой группы статистически значимо реже встречались: отек прилежащей ткани ($\chi^2=14,7$, $p<0,001$), инфильтрация краев раны ($\chi^2=25,5$, $p<0,001$), остатки шовного материала ($\chi^2=24,0$, $p<0,001$) и статистически значимо чаще плотное соприкосновение краев раны ($\chi^2=16,3$, $p<0,001$).

6. Внедрение в республике национальных протоколов позволило снизить количество нешитых травм шейки матки с наличием клинических проявлений, что снижает частоту последствий акушерской травмы шейки матки в виде грубой деформации шейки матки и является профилактикой заболеваний шейки матки в будущем.

7. Однако данная тактика не снижает последствия акушерской травмы шейки матки менее 2 см, что в дальнейшем может привести к росту эктропионов шейки матки у женщин активного репродуктивного возраста.

Полученные в исследовании данные позволяют рекомендовать для практического звена здравоохранения:

1. Обязательный осмотр шейки матки в зеркалах у женщин группы риска перед выпиской роженицы из стационара.

2. Соблюдение этапов преемственности между акушерским стационаром и врачом семейной медицины.

3. Выделять в группу риска женщин с акушерской травмой шейки матки с целью профилактики и своевременного выявления и лечения заболеваний шейки матки.

4. Проводить диспансеризацию женщин и планирование последующих беременностей с целью снижения частоты невынашивания беременности и оперативной активности в родах.

К отдаленным последствиям травм шейки матки в родах с оставшимися неушитыми разрывами шейки матки также относится невынашивание последующей беременности.

Далее в исследовании представлены результаты обследования 70 женщин, обратившихся в гинекологическое отделение КНЦРЧ с жалобами на самостоятельное прерывание беременности и продолжающееся кровотечение после него.

В ходе исследования установлено, что у женщин с неушитыми разрывами шейки матки после первых родов (I группа) последующая беременность в возрасте 25-29 лет заканчивается невынашиванием статистически значимо чаще ($43,6 \pm 7,9$ на 100 женщин), нежели у женщин этого же возраста с неушитыми разрывами шейки матки во время вторых и более родов ($12,9 \pm 6,0$ соответственно), $t=3,09$, $p<0,001$. В остальной возрастной промежуток статистически значимой разницы между группами не установлено, $p>0,05$.

Так, в исследовании женщин первой группы в возрасте до 20 лет было $7,7 \pm 4,3$ на 100 женщин, во второй группе – $3,2 \pm 3,2$ соответственно, $t=0,84$, $p=0,40$. Также не установлена статистически значимая разница между группами у женщин 21-24 лет, в первой группе таковых оказалось $10,3 \pm 4,9$ на 100 женщин, а во второй – $3,2 \pm 3,2$ соответственно, $t=1,21$, $p=0,23$. И хотя для второй группы сравнения наибольшее число женщин приходится на возраст 30-34 года (14 женщин) – $45,2 \pm 8,9$ на 100 обследованных, однако статистически значимой разницы между группами не установлено, в первой группе (9 женщин) – $23,1 \pm 6,8$ на 100 женщин, $t=1,97$, $p=0,05$. Данная картина сохраняется и для возраста 35 и более лет, в первой группе таковых было $15,4 \pm 5,8$ на 100 женщин, во второй – $35,5 \pm 8,6$ соответственно, $t=1,94$, $p=0,06$.

Кроме того доказано, что у женщин с травмами шейки матки, случившимися во время первых родов и оставшимися неушитыми разрывами

шейки матки (I группа), невынашивание отмечается после 25 лет, а для женщин с травмами шейки матки во время повторных родов (II группа) - невынашивание характерно после 30 лет.

Таблица 3.21 – Возраст женщин, принявших участие в исследовании (на 100 обследованных женщин)

Показатели	Группы сравнения				t	p
	I группа n=39		II группа n=31			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
до 20 лет	3	7,7±4,3	1	3,2±3,2	0,84	0,40
21-24 года	4	10,3±4,9	1	3,2±3,2	1,21	0,23
25-29 лет	17	43,6±7,9	4	12,9±6,0	3,09	<0,001
30-34 года	9	23,1±6,8	14	45,2±8,9	1,97	0,05
35 лет и более	6	15,4±5,8	11	35,5±8,6	1,94	0,06

Рассматривая на каком сроке была самостоятельно прервана беременность у женщин первой группы, следует отметить, что ранговые места распределены следующим образом: на первом месте беременность прерывалась на сроке 5-8 недель у 19 женщин, что составило 48,7±8,0 на 100 обследованных, второе ранговое место приходится на срок беременности до 5 недель – 16 женщин (41,0±7,9 на 100 обследованных), на третьем месте - срок беременности 9-12 недель (2 женщины – 5,1±3,5 соответственно), на четвертом месте сроки 13-16 недель и 17 недель и более по 1 женщине (2,6±2,6 на 100 обследованных). Учитывая, что для срока беременности до 5 недель этиология прерывания может быть заключена в генных и хромосомных аномалиях, критичным остается невынашивание беременности в роках 5-8 недель.

У женщин второй группы сравнения ранговые места распределены иначе: первое место приходится на сроки 9-12 недель (12 женщин – 38,7±8,8 на 100 обследованных), на втором месте сроки 13-16 недель и 17 недель и более по 6 женщин (19,4±7,1 на 100 обследованных), третье – сроки 5-8 недель (5 женщин

– $16,1 \pm 6,6$ соответственно), на четвертом месте сроки до 5 недель – у 2 женщин ($6,5 \pm 4,4$ на 100 женщин).

При этом выявлена статистически значимая разница между группами сравнения в сроках прерывания беременности до 5 недель, которая чаще выявляется у женщин первой группы и разница составляет, $t=3,82$, $p<0,001$. Также статистически значимо чаще прерывание беременности в первой группе происходит в сроках 5-8 недель в сравнении со второй группой, $t=3,14$, $p=0,002$. На сроках беременности 9-12 недель невынашивание статистически значимо чаще происходит во второй группе сравнения, $t=3,55$, $p<0,001$. И на сроках беременности 13-16 недель и 17 недель и более статистически значимо чаще прерывается беременность во второй группе сравнения, $t=2,22$, $p=0,03$.

Таблица 3.22 – Срок беременности при выкидыше (на 100 обследованных женщин)

Показатели	Группы сравнения				t	p
	I группа n=39		II группа n=31			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
до 5 недель	16	41,0±7,9	2	6,5±4,4	3,82	<0,001
5-8 недель	19	48,7±8,0	5	16,1±6,6	3,14	0,002
9-12 недель	2	5,1±3,5	12	38,7±8,8	3,55	<0,001
13-16 недель	1	2,6±2,6	6	19,4±7,1	2,22	0,03
17 недель и более	1	2,6±2,6	6	19,4±7,1	2,22	0,03

В таблице 3.23 представлены данные результатов гистологического исследования содержимого полости матки у женщин при обращении в отделение гинекологии КНЦРЧ с самопроизвольным выкидышем. Как видно из таблицы, у женщин первой группы в 66,7% случаев (у 26 женщин) остатки плодного яйца сопровождалась воспалительной картиной, во второй группе данная картина по данным гистологического заключения была выявлена в 19,4% случаев (у 6 женщин), статистически значимая разница между группами сравнения составила $t=4,55$, $p<0,001$.

Для женщин второй группы характерно добавление к воспалительной реакции еще и гормональной недостаточности, такая картина была выявлена в 54,8% случаев (17 женщин), статистически значимо реже комбинация воспалительной картины с гормональной недостаточностью была выявлена в первой группе – 10,3% случаев (4 женщины), $t=4,38$, $p<0,001$.

Также в исследовании установлено, что у 7 женщин (18,0%) первой группы гистологическое заключение установило наличие плацентарного полипа, что статистически значимо чаще нежели у женщин второй группы – 1 женщина (3,2%), $t=2,12$, $p=0,04$.

Кроме того, обращает на себя внимание наличие тромбоза и склероза сосудов хориона у 1 женщины первой группы (2,6%) и 3-х женщин второй группы (9,7%), однако статистически значимой разницы между группами сравнения не установлено, $t=1,20$, $p=0,23$.

Сочетанная картина воспалительного процесса с тромбозом и гормональной недостаточностью по данным гистологического исследования была выявлена у 1-й женщины (2,6%) первой группы и 4-х женщин второй группы (12,9%), но разница между группами сравнения также статистически не значима, $t=1,58$, $p=0,12$.

В зависимости от паритета родов данные гистологического исследования имеют свои отличительные особенности.

Так для первой группы сравнения, которую составили женщины с неушитыми разрывами шейки матки после первых родов, последующая беременность заканчивается невынашиванием в 66,7% случаев за счет воспалительного процесса, в 10,3% случаев в результате сочетания воспалительного процесса с гормональной недостаточностью и только по 2,6% случаев приходится на тромбоз и склероз сосудов хориона и сочетание воспалительного процесса с тромбозом и гормональной недостаточностью, кроме того после самопроизвольного полного аборта кровотечение было вызвано в 18,0% случаев формированием плацентарного полипа.

При этом у женщин второй группы сравнения с неушитыми разрывами шейки матки после вторых и более родов в 54,8% случаев невынашивание беременности связано сочетанием воспалительного процесса с гормональной недостаточностью, в 19,4% случаев воспалительным процессом, в 12,9% случаев сочетанием воспалительного процесса с тромбозом и гормональной недостаточностью, в 9,7% случаев тромбозом и склерозом сосудов хориона, а также в 3,2% случаев выявлен плацентарный полип.

Таблица 3.23 – Заключение гистологического исследования (на 100 обследованных женщин)

Показатели	Группы сравнения				t	p
	I группа n=39		II группа n=31			
	Абс.	P±mp	Абс.	P±mp		
Воспаление	26	66,7±7,6	6	19,4±7,1	4,55	<0,001
Тромбоз и склероз сосудов хориона	1	2,6±2,6	3	9,7±5,3	1,20	0,23
Воспаление с гормональной недостаточностью	4	10,3±4,9	17	54,8±8,9	4,38	<0,001
Воспаление с тромбозом и гормональной недостаточностью	1	2,6±2,6	4	12,9±6,0	1,58	0,12
Плацентарный полип	7	18,0±6,2	1	3,2±3,2	2,12	0,04

Полученные данные позволяют составить портрет женщин с неушитыми разрывами шейки матки.

Для женщин первой группы характеризуется следующим образом - неуштые разрывы шейки матки после первых родов, приводящие в последующей беременности к невынашиванию приходятся на возраст 25-29 лет (43,6%), происходят в сроках от 1-8 недель беременности (89,7%), причиной по данным гистологического исследования является воспалительная картина (66,7%).

Женщины второй группы сравнения, у которых произошла акушерская травма шейки матки после вторых и более родов и разрывы шейки матки остались неушитыми, представлены возрастом более 30 лет (80,7%), критичным сроком прерывания является 9-12 неделя беременности (38,7%), гистологически выявляется сочетание воспалительной картины с гормональной недостаточностью.

Таким образом, в ходе исследования был составлен портрет женщин с неушитыми разрывами шейки матки после акушерской травмы, позволяющий предположить возможные последствия неблагополучия в вынашивании последующей беременности и еще раз подтвердить необходимость индивидуально ориентированного подхода в родах с осмотром шейки матки в зеркалах после родов.

3.5. Алгоритм профилактики и прогнозирования ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки

Полученные в ходе исследования данные позволили научно обосновать необходимость разработки алгоритма профилактики и прогнозирования ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки.

Для снижения частоты акушерских травм шейки матки на всех уровнях специализированной акушерской помощи, а также на первичном уровне здравоохранения для врачей семейной медицины, необходимо внедрение таблицы предиктивной значимости факторов риска возникновения акушерской травмы шейки матки (табл. 3.24).

Данная таблица позволит планировать организационные мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи с профилактической направленностью изменений.

При этом основным инструментом повышения качества должны быть мероприятия, направленные на «интервал опережения», когда необходимо учитывать: усиление профилактической направленности, устранение выявленных дефектов в дородовом уходе и в родах у женщин групп риска и

наличие обратной связи для эффективного управления выявленными рисками. Данные мероприятия должны быть комплексными и обеспечивать преемственность всех уровней специализированной помощи.

Для акушеров-гинекологов стационаров необходимо плановое обучение с внедрением в процесс таблицы предиктивной значимости факторов риска возникновения акушерской травмы шейки матки для адекватной оценки проводимых вмешательств, придерживания тактики исключения агрессии в родах и своевременной профилактики возникновения акушерских травм шейки матки.

Таблица 3.24 – Предиктивная значимость факторов риска возникновения акушерской травмы шейки матки

Риск-фактор	R1	R2	RR	AR, %	EF, %
Полная степень обусловленности					
Индукция родов окситоцином	5,9	0,5	11,8	5,4	91,5
Высокая степень обусловленности					
Хориоамнионит	2,5	0,5	5,0	2,0	80,0
Длительность родов более 12 часов	21,2	8,3	2,6	12,9	60,8
Амниотомия	4,2	1,8	2,3	2,4	57,2
Средняя степень обусловленности					
Индукция родов препидил-гелем	5,1	2,7	1,9	2,4	47,1
Родостимуляция окситоцином	0,8	0,5	1,6	0,3	37,5
Анемия средней и тяжелой степени	22,0	13,8	1,6	8,2	37,3
Малая степень обусловленности					
Преждевременное излитие вод	60,2	40,7	1,5	19,5	32,4
Ранние и преждевременные роды	6,7	4,6	1,5	2,1	31,3
Отсутствие дородового ухода	50,9	41,7	1,2	9,2	18,1
Преэклампсия	9,3	7,9	1,2	1,4	15,1
Первые роды	77,1	65,7	1,2	11,4	14,8
Стремительные роды	3,4	3,2	1,1	0,2	5,9

Формирование женщин групп риска должно быть направлено на оценку основных характеристик специализированной помощи, учитывающих такие характеристики как: своевременность, адекватность и доступность объемов медицинской помощи, правильность выбора вмешательства и безопасность процедур, эффективность и преемственность между уровнями оказания помощи, непрерывность процесса и результативность, направленная на повышение степени достижения запланированного результата, оценку выполнения стандартов (клинических протоколов) с анализом выявленных ошибок и разработкой индикаторов оценки результата.

Система управления качеством специализированной медицинской помощи женщинам групп риска должна иметь гибкий адаптационный характер, своевременное выявление структурных дефектов и обратную связь, позволяющую устранять пробелы в работе.

Учитывая, что акушерские травмы шейки матки в свою очередь выступают фактором риска развития осложнений в послеродовом периоде, для оптимизации специализированной медицинской помощи в данный период с целью снижения материнской заболеваемости и смертности необходимо внедрение в практическое здравоохранение научных данных, полученных в ходе нашего исследования, представленных в таблице прогностической значимости разрывов шейки матки в развитии осложнений в послеродовом периоде (табл. 3.25).

Данная таблица послужит инструментом для врачей практического здравоохранения, позволяющим своевременно оценить необходимый объем акушерской помощи женщинам с разрывами шейки матки в родах.

Необходимость пересмотра тактики ведения женщин из группы риска продиктована полученными научными результатами, которые позволяют врачам практического здравоохранения обосновать свои мероприятия, направленные на повышение качества оказываемых услуг и снижение материнской заболеваемости.

Таблица 3.25 – Прогностическая значимость разрывов шейки матки в развитии осложнений в послеродовом периоде

Последствия	R1	R2	RR	AR, %	EF, %
Плотная степень обусловленности					
Гематометра в раннем послеродовом периоде	1,5	-	1,5	1,5	100,0
Почти плотная степень обусловленности					
Субинволюция матки с формированием лохиометры	13,2	2,4	5,5	10,8	81,8
Высокая степень обусловленности					
Кровопотеря 300,0-500,0 мл	23,2	9,1	2,6	14,1	60,8
Кровопотеря 500,0-1000,0 мл	3,1	1,4	2,2	1,7	54,8
Малая степень обусловленности					
Послеродовый эндометрит	4,6	3,4	1,4	1,2	26,1
Кровопотеря 1000,0 мл и более	1,5	1,4	1,1	0,1	6,7

Формирование групп риска позволит объединить в себе мероприятия, направленные на эффективность и безопасность медицинской помощи с индивидуально ориентированным подходом для конкретного пациента.

Учитывая полученные в ходе исследования данные, позволяющие констатировать, что разрывы шейки матки встречаются в 20,6% случаев, т.е. у каждой 5-й родильницы, при этом с клиническими проявлениями только в 5,7% случаев, и что чаще всего встречаются разрывы I степени без клинических проявлений (72,2%), но в 48,4% требующие хирургической коррекции, необходимо внедрение профилактических мер, направленных на своевременное выявление патологии, что возможно только при обязательном осмотре шейки матки в ранний послеродовый период у женщин групп риска.

Кроме того, необходима оценка совокупности характеристик, таких как: правильность выбора метода диагностики и терапии, реабилитации и профилактики последствий акушерских травм, а также оценка степени достижения запланированного результата.

Процесс управления рисками должен включать несколько этапов:

1. Должны быть определены четкие параметры начала оказания акушерской помощи – своевременность проводимых процедур и манипуляций, что позволит снизить частоту ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки.

2. Методы диагностики, позволяющие в 95,0% случаев обеспечить постановку диагноза – при этом осмотр шейки матки в ранний послеродовый период у женщин групп риска позволяет в 100,0% случаев поставить диагноз.

3. Алгоритм последовательного оказания специализированной помощи при акушерской травме шейки матки, который должен не только определить тактику и объем вмешательства, но и обеспечить приверженность пациентки к дальнейшим рекомендациям.

4. Наличие обученного персонала для оказания специализированной помощи при акушерской травме шейки матки с исключением элементов агрессии при медицинских вмешательствах.

5. Степень достижения запланированного результата – наличие принципов планирования результата с элементами преемственности на всех уровнях медицинской помощи и повышением ответственности самой женщины для усиления приверженности к снижению заболеваемости.

6. Критерии достижимости запланированного результата – описание, перечень, условия выполнения, меры профилактики и оценка дефектов.

7. Меры профилактики осложнений, отрицательных исходов и отдаленных последствий – для этого при выписке из стационара необходима запись с полным описанием вмешательств и осведомленность женщины о проведенных манипуляциях.

8. Рекомендации для врачей семейной медицины и самой пациентки.

Только при соблюдении всех этапов управления рисками возможно избежать ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки.

Учитывая полученные нами в исследовании данные по анализу частоты и

тенденций родов за период 2002-2017 гг., которые выявили положительную динамику роста общего количества родов в 2,1 раз (2002 г. – 6333 родов, 2017 г. – 13323 родов, $p < 0,001$) и отрицательную тенденцию роста абдоминальных родов в 4,8 раз (2002 г. – 689 КС, 2017 г. – 3325 КС), а также рост коэффициента КС в 2,3 раза (2002 г. – 10,9%, 2017 г. – 25,0%, $p < 0,001$), который указывает на то, что каждая четвертая беременность в 2017 году закончилась абдоминальными родами.

Кроме того, рост абдоминальных родов за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы в абсолютных цифрах в 3,5 раз (2002 г. – 19 женщин, 2017 г. – 66 женщин, $p < 0,001$). Доля абдоминальных родов за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы из общего числа родов за анализируемый период остается стабильной и составляет в среднем 0,4% в год. При этом выявлено, что доля абдоминальных родов за счет сформировавшейся глубокой деформации шейки матки в результате старой акушерской травмы из общего числа КС за анализируемый период уменьшилась в 0,7 раз, однако показатель статистически не значим (2002 г. – 2,8%, 2017 г. – 2,0%, $p > 0,05$).

Анализируя полученные в исследовании данные по родильному дому третичного уровня здравоохранения (КРД НЦОМид) за анализируемый период, следует отметить рост общего количества родов в 2,4 раза (2002 г. – 2250, 2017 г. – 5323, $p < 0,001$), числа абдоминальных родов в 8,5 раз (2002 г. – 199, 2017 г. – 1699, $p < 0,001$) и коэффициента КС в 3,6 раз (2002 г. – 8,8%, 2017 г. – 31,9%, $p < 0,001$), а также рост КС по поводу старой глубокой деформации шейки матки в 5,5 раз (2002 г. – 4, 2017 г. – 22, $p < 0,001$).

В родильном доме вторичного уровня здравоохранения (КРД №2 г. Бишкек) за анализируемый период общее количество родов увеличилось в 2,0 раза (2002 г. – 4083, 2017 г. – 8000, $p < 0,001$), число КС в 3,3 раз (2002 г. – 490, 2017 г. – 1626, $p < 0,001$), а коэффициента КС в 1,7 раз (2002 г. – 12,0%, 2017 г. – 20,3%, $p < 0,001$). Количество КС в КРД №2 г. Бишкек по поводу старой

глубокой деформации шейки матки увеличилось в 2,9 раз (2002 г. – 15, 2017 г. – 44, $p < 0,001$).

Полученные данные позволили смоделировать среднесрочный прогноз ожидаемой ситуации до 2025 года, при сохраняющейся тенденции оказания акушерской помощи следует ожидать, что за 24-х летний период в учреждении третичного уровня КРД НЦОМид число КС по поводу старой глубокой деформации шейки матки возрастет в 7,6 раз и составит 30,2 женщины в год к 2025 году ($r=0,8$; $t=5,6$; $R^2=0,7$, $p < 0,001$), для родильного дома вторичного уровня (КРД №2 г. Бишкек) число КС по поводу деформации шейки матки увеличится в 2,2 раза, до 32,3 женщины в 2025 году ($r=0,8$; $t=4,5$; $R^2=0,6$, $p < 0,001$).

Учитывая, что сравнительный анализ между учреждениями третичного и вторичного уровней оказания акушерской помощи не выявил статистически значимую разницу между показателями, что указывает на отсутствие различий при обращении женщин на роды с глубокой деформацией шейки матки за счет акушерской травмы по уровням оказания акушерской помощи, и в свою очередь позволяет экстраполировать полученные результаты и на другие учреждения, оказывающие акушерскую помощь женщинам нашей республики.

Необходимо на республиканском уровне обязательное планирование всех этапов управления рисками, которое позволяет разработать организационного характера мероприятия по своевременному формированию женщин групп высокого риска с полной и высокой степенью обусловленности предиктивной значимости факторов риска возникновения акушерской травмы шейки матки. Учитывая, что при индукции родов окситоцином и длительности родов более 12 часов увеличивается риск агрессии в родах, а также увеличивается частота влагалищных осмотров шейки матки на предмет степени раскрытия маточного зева, данные состояния должны быть четко регламентированы и действия медицинского персонала направлены на профилактику осложнений в ранний послеродовой период.

Кроме того, при сочетании нескольких риск-факторов должен быть более

бережный подход к женщине в процессе родов.

Таким образом, полученные данные научно обосновывают необходимость разработки и внедрения в работу практических врачей в виде рекомендаций о необходимости обязательного осмотра шейки матки у женщин группы риска в раннем послеродовом периоде, что позволит своевременно проводить коррекцию акушерской травмы и профилактику отдаленных последствий. Внедрение данных рекомендаций позволит снизить количество абдоминальных родов в среднем на 2,3% в год, что в свою очередь снизит материнскую заболеваемость.

Таблица 3.26 - Алгоритм профилактики и прогнозирования частоты, ближайших и отдаленных последствий акушерских травм шейки матки

<i>Общие принципы</i>	<i>Конкретные мероприятия</i>
1.1. Профилактика разрывов шейки матки в родах	В целях профилактики разрывов шейки матки в родах: 2.1. Внедрить таблицу предиктивной значимости факторов риска своевременного выявления женщин с факторами риска. 2.2. Формирование групп риска и индивидуальных планов дородового ухода за беременными женщинами на основе разработанной таблицы. 2.3. Обеспечение реабилитации и лечение сопутствующей патологии у женщин из групп риска.
1.2. Определение индивидуальных параметров оказания акушерской помощи	В целях профилактики ближайших и отдаленных последствий, обусловленных акушерской травмой шейки матки: 2.4. Использовать таблицу прогностической значимости разрыва шейки матки в развитии послеродовых осложнений. 2.5. Обязательный осмотр шейки матки в ранний послеродовый период и перед выпиской из стационара у женщин групп риска. 2.6. Коррекция акушерской травмы шейки матки в ранний послеродовый период.

Продолжение таблицы 3.26

<p>1.3.Наличие персонала, обученного ведению родов, исключая агрессивные приемы родов</p>	<p>2.7. Подготовка врачей и среднего медицинского персонала современным технологиям ведения родов на основе использования рекомендаций ВОЗ, путем организации симуляционных учебных кабинетов.</p>
<p>1.4.Использование принципов планирования и оценки эффективности результатов</p>	<p>2.8. Соблюдение преемственности между акушерским стационаром и врачом семейной медицины.</p> <p>2.9. Проводить диспансеризацию женщин и планирование последующих беременностей с целью снижения частоты невынашивания беременности и оперативной активности в родах.</p> <p>2.10. Ежегодно проводить анализ эффективности медицинского контроля женщин с патологией шейки матки по соответствующим критериям с последующей коррекцией и персонификацией планов дальнейшего наблюдения.</p>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В клиническом родильном доме национальном центре охраны материнства и детства (КРД НЦОМид) за анализируемый период количество родов увеличилось в 2,4 раза, число кесаревых сечений - в 8,5 раз, коэффициента кесаревых сечений - в 3,6 раз, количество кесаревых сечений по поводу старой глубокой деформации шейки матки - в 5,5 раз. В клиническом родильном доме (КРД) №2 города Бишкек за анализируемый период количество родов увеличилось в 2,0 раза, число кесаревых сечений - в 3,3 раз, коэффициента кесаревых сечений - в 1,7 раз, количество кесарева сечений по поводу старой глубокой деформации шейки матки - в 2,9 раз. Среднесрочный прогноз подтверждает дальнейший рост в КРД НЦОМид абдоминальных родов вследствие старой глубокой деформации шейки матки в 7,6 раз к 2025 году, в КРД №2 г. Бишкек - в 2,2 раза.

2. Установлена тенденция снижения частоты осложнений за анализируемый период: деформации шейки матки в 1,7 раз, гипертрофии шейки матки в 1,4 раза, но рост эктропиона шейки матки в 2,1 раза. Среднесрочный прогноз подтверждает данную тенденцию до 2023 года: снижение деформаций до 3,5%, гипертрофий – 3,5% и рост в 3,3 раза эктропиона.

3. Индукция родов окситоцином является фактором риска развития акушерских травм шейки матки (относительный риск (RR)=11,8, этиологическая доля (EF)=91,5), высокой степенью обусловленности также обладают амниотомия (RR=2,3, EF=57,2), длительность родов более 12 часов (RR=2,6, EF=60,8) и хориоамнионит (RR=5,0, EF=80,0). Акушерская травма шейки матки может быть фактором риска субинволюции матки с формированием лохиометры (RR=5,5, EF=81,8) и гематометры в раннем послеродовом периоде (RR=1,5, EF=100,0).

4. В структуре акушерской травмы шейки матки преобладали разрывы I степени (81,0%), далее следовали разрывы II степени (18,3%) и III степени

(0,7%). Без клинических проявлений разрывы I степени выявлены в 72,2% из общего числа женщин с акушерской травмой. У 89,2% из числа женщин с разрывами I степени, из них требовали хирургической коррекции 48,4%. Оценка эффективности восстановления разрывов шейки матки выявила, что у женщин экспериментальной группы статистически значимо реже встречались: отек прилежащей ткани, инфильтрация краев раны, остатки шовного материала и статистически значимо чаще было плотное соприкосновение краев раны.

5. Внедрение разработанного алгоритма профилактики ближайших и отдаленных последствий акушерской травмы шейки матки позволит снизить уровень частоты кесаревых сечений и грубых деформаций шейки матки, снижение акушерского травматизма приведет к снижению материнской заболеваемости.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях профилактики разрывов шейки матки в родах:

1.1. Внедрить таблицу предиктивной значимости факторов риска для своевременного выявления женщин с факторами риска.

1.2. Формирование групп риска и индивидуальных планов дородового ухода за беременными женщинами.

1.3. Обеспечение реабилитации и лечение сопутствующей патологии у женщин из групп риска.

2. В целях профилактики ближайших и отдаленных последствий, обусловленных акушерской травмой шейки матки:

2.1. Использовать таблицу прогностической значимости разрыва шейки матки в развитии послеродовых осложнений для снижения материнской заболеваемости и смертности.

2.2. Обязательный осмотр шейки матки в ранний послеродовый период и перед выпиской роженицы из стационара.

2.3. Коррекция акушерской травмы шейки матки.

2.4. Соблюдение этапов преемственности между акушерским стационаром и врачом семейной медицины.

2.5. Сообщать врачам семейной медицины о женщинах с разрывами шейки матки до 1 см без наличия кровотечения, которые служат причиной роста эктропиона шейки матки, что в свою очередь увеличивает риски развития неоплазии шейки матки.

2.6. Выделять в группу риска женщин с акушерской травмой шейки матки с целью профилактики и своевременного выявления и лечения заболеваний шейки матки.

2.7. Проводить диспансеризацию женщин и планирование последующих беременностей с целью снижения частоты невынашивания беременности и оперативной активности в родах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. **Абдалкин, М. Е.** Нарушения микробной этиологии при неспецифических вульвовагинитах: роль эпидермального стафилококка и коринебактерий [Текст] / М. Е. Абдалкин, Е. Н. Абдалкина. – Самара: НОУ СМи «РЕАВИЗ», 2011. – №3. – С. 6.
2. **Абдужабарова, Ш. А.** Патологические основы развития гнойно-воспалительных осложнений у родильниц [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш. А. Абдужабарова. – Бишкек, 2008. – С. 22-23.
3. **Абдурахманова, М.** Возможности доклинической диагностики послеродового эндометрита [Текст] / М. Абдурахманова, Ф. М. Абдурахманов // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 7.
4. **Абрамченко, В. В.** Послеродовый эндометрит и субинволюция матки [Текст] / В. В. Абрамченко. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2008. – С. 32-40.
5. **Абрамченко, В. В.** Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии [Текст] / В. В. Абрамченко, Д. Ф. Костючек, Э. Д. Хаджиева. – СПб: СпецЛит, 2005. – С. 66-71.
6. **Абрамченко, В. В.** Диагностика и лечение послеродовой субинволюции матки [Текст] / В. В. Абрамченко, Н. Ф. Маевская // Материалы конференций г. Петрозаводск. – СПб, 2005. – С. 28-30.
7. **Абрамян, Р. Р.** Алгоритм ведения родильниц при субинволюции матки в послеродовом периоде [Текст] / Р. Р. Абрамян // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 5.
8. **Абрамян, Р. Р.** Ручная вакуум-аспирация при субинволюции матки в комплексной профилактике послеродового эндометрита [Текст] / Р. Р. Абрамян // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 5.
9. **Аветисян, Т. Г.** Репродуктивная функция женщин после лечения заболеваний шейки матки [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Т. Г. Аветисян. – М., 2008. – 118 с.

10. **Акматабекова, Н. Р.** Факторы риска возникновения разрывов шейки матки в родах [Текст] / Н. Р. Акматабекова // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2012. – № 3-4. – С. 12-14.
11. **Акматабекова, Н. Р.** Разрывы шейки матки как фактор риска возникновения послеродовых осложнений [Текст] / Н. Р. Акматабекова, В. Т. Рыскельдиева // Центрально-Азиатский медицинский журнал им. М. Миррахимова. – 2012. – №3. – С. 294-295.
12. **Акматабекова, Н. Р.** Современные взгляды на факторы риска и причины возникновения травм шейки матки в родах (обзор литературы) [Текст] / Н. Р. Акматабекова // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2013. – №4 (II). – С. 118-121.
13. **Акматабекова, Н. Р.** Ранняя диагностика и лечение послеродовых септических осложнений [Текст] / Н. Р. Акматабекова, В. Т. Рыскельдиева., А. Э. Самигуллина // Здоровье матери и ребенка. – 2013. – №3. – С. 94-100.
14. **Акматабекова, Н. Р.** Акушерская травма шейки матки с позиции оценки и управления рисками [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – №10-2. – С. 301-306.
15. **Акматабекова, Н. Р.** Отдаленные последствия акушерской травмы шейки матки: тенденции и прогноз [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 11. – С. 60-65.
16. **Акматабекова, Н. Р.** Травмы шейки матки в родах: отдаленные последствия (обзор литературы) [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2019. – №9. – С. 56-60.
17. **Акматабекова, Н. Р.** Травмы шейки матки в родах, как фактор развития воспалительных заболеваний и патологии гестации (обзор литературы) [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2019. – №9. – С. 65-71.

18. **Акматабекова, Н. Р.** Деформация шейки матки: частота и тенденции абдоминальных родов, как отдаленных последствий акушерской травмы [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2019. – С. 113-119.
19. **Акматабекова, Н. Р.** Акушерская травма шейки матки: частота встречаемости и объем медицинской помощи [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2019. - №6. – С. 107-112.
20. **Акматабекова, Н. Р.** Травмы шейки матки в родах: актуальные вопросы (обзор литературы) [Текст] / Н. Р. Акматабекова, А. Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2019. – №10. – С. 59-64.
21. **Активное** ведение послеродового периода как метод снижения частоты осложнений в родах [Текст] / [О. А. Гребенюк, Ю. И. Чуловский, И. А. Барбанчик, А. Р. Корфидова] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 58.
22. **Акудович, Н. В.** Профилактика послеродового эндометрита при кандидозных вагинитах беременных [Текст] / Н. В. Акудович, М. А. Куперт // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 15-16.
23. **Акушерская** травма и рубцовая деформация шейки матки: некоторые спорные вопросы проблемы (обзор литературы) [Текст] / [Ф. Ф. Бадретдинова, Н. Н. Глебова, Л. А. Короткова и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – №5. – С. 23-30.
24. **Акынбеков, К. У.** Пособие для врачей и научных работников / К. У. Акынбеков. – Бишкек, 2006. – С. 95, 106-107.
25. **Алиева, А. Я.** Структура показаний к операции кесарево сечение [Текст] / А. Я. Алиева, А. Б. Баладжанова // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2014. – Т.4. – №5. – С. 448.
26. **Анализ** послеродовых гнойно-септических осложнений в Белгородском перинатальном центре ОКБ святителя Иосафа в 2009 году [Текст] / [Н. И.

Самборская, О. П. Лебедева, С. П. Пахомов и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 217-218.

27. **Анализ** причин рецидивирования эктопии шейки матки после коагуляции [Текст] / [Н. Ф. Хворостухина, Ю. В. Михеева, Д. А. Новичков и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – №10-3. – С. 562-566.
28. **Арутюнян, К. Н.** Клинико-микробиологические особенности современного течения пуэрперального эндометрита [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / К. Н. Арутюнян. – Самара, 2008. – С. 151-152.
29. **Арутюнян, Т. Г.** Роль кортикотропин-рилизинг гормона в инициации родов [Текст] / Т. Г. Арутюнян, В. А. Линде, Ж. А. Эльжорукеева // Ростов-на-Дону. – Медицинский вестник юга России. – 2013. – №4. – С. 26-29.
30. **Аршавский, И. А.** Физиологические механизмы регуляции и особенности индивидуального развития [Текст] / И. А. Аршавский // Наука. – 1982. – С. 204-206.
31. **Аскеров, А. А.** Влияние патологии матки на репродуктивное здоровье женщин [Текст] / А. А. Аскеров, А. М. Аманова, А. А. Малдыбаева // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2016. – №1. – С. 36-39.
32. **Аскина, Л. Р.** Оптимизация хирургического лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, сочетающихся с несостоятельностью связочного аппарата и мышц тазового дна [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Л. Р. Аскина. – Уфа, 2002. – 117 с.
33. **Бадретдинова, Ф. Ф.** Вторичная профилактика рака шейки матки путем разработки и реализации системы оптимизации диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки [Текст] / Ф. Ф. Бадретдинова, Ш. Х. Ганцев, В. Б. Трубин // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. – №3-4. – С. 133-138.
34. **Бадретдинова, Ф. Ф.** Акушерские травмы шейки матки при первых родах – фактор риска развития фоновых и предраковых заболеваний шейки

- матки [Текст] / Ф. Ф. Бадретдинова, В. Б. Трубин, А. Н. Додонов // Пермский медицинский журнал. – 2013. – Т. XXX. – №1. – С. 40-45.
35. **Бадретдинова, Ф. Ф.** О некоторых аспектах классификации рубцовой деформации шейки матки [Текст] / Ф. Ф. Бадретдинова, В. Б. Трубин, А. Г. Хасанов // Акушерство, гинекология и репродуктология. – 2014. – №3. – С. 43-46.
36. **Банержи, А.** Медицинская статистика понятным языком: вводный курс [Текст] / А. Банержи. – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
37. **Басиладзе, Е. Н.** Анализ инфекционно-воспалительных осложнений у родильниц [Текст] / Е. Н. Басиладзе // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 323.
38. **Бахрех, Е.В.** Современное течение эндометрита у родильниц высокого инфекционного риска [Текст]: дис. ... канд. мед. наук. / Е. В. Бахрех. – М., 2008. – С. 104-105.
39. **Белки острой фазы** воспаления и маркеры эндотоксемии, их прогностическая значимость в гинекологической практике [Текст] / [Т. Г. Кондранина, В. С. Горин, Е. В. Григорьев и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №3. – С. 26-29.
40. **Беспалова, О. Н.** Выбор метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности [Текст] / О. Н. Беспалова, Г. С. Саргсян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. LXVI. – Вып.3. – С. 157-168.
41. **Бирюкова, Л. А.** Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита с использованием методов экстракорпоральной гемокоррекции [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Л. А. Бирюкова. – Новокузнецк, 2009. – С. 168-169.
42. **Бова, О. С.** Факторы риска разрыва шейки матки в родах [Текст] / О. С. Бова, О. Н. Новикова // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 27-28.

43. **Бойко, В. И.** Перитонит после кесарева сечения: прогнозирование, профилактика и реабилитация [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. И. Бойко. – Киев, 2008. – 43 с.
44. **Болотских, В. М.** Особенности течения послеродового периода в зависимости от тактики ведения беременности и родов при преждевременном излитии околоплодных вод [Текст] / В. М. Болотских // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2008. – С. 30.
45. **Бородашкин, В. В.** Дифференциально-диагностические нарушения обратного развития матки и эндометрита в послеродовом периоде [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / В. В. Бородашкин. – Иркутск, 2007. – С. 134-135.
46. **Бородашкин, В. В.** Дифференциально-диагностические морфологические критерии течения послеродового периода [Текст] / В. В. Бородашкин, П. М. Самчук // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 32.
47. **Бородашкин, В. В.** Морфологическое исследование миометрия в послеродовом периоде [Текст] / П. М. Самчук, Л. В. Зайцева // Сибирский медицинский журнал. – 2006. – №7. – С. 78-80.
48. **Бохман, Я. В.** Репродуктивная функция и рак [Текст] / Я. В. Бохман // проблемы репродукции. – 1995. – №3. – С.31-35.
49. **Брешневская, М. М.** О целесообразности проведения профилактики повышенной кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде с позиции доказательной медицины [Текст] / М. М. Брешневская, Ю. Г. Совяк, А. В. Котельников // Материалы Форума «Мать и Дитя», Геленджик. – 2011. – С. 35-36.
50. **Бригадирова, В. Ю.** Рационализация диагностики и профилактики осложнений у родильниц с высоким инфекционным риском на основе классификационно-прогностического моделирования [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / В. Ю. Бригадирова. – Воронеж, 2009. – С. 78.
51. **Буртушкина, Н. К.** Гормональная терапия в комплексном лечении доброкачественных заболеваний шейки матки [Текст] / Н. К. Буртушкина,

- А. Ф. Куперт, Е. Г. Кокунова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2008. – №6 (64). – С. 5-8.
52. **Бычков, В. И.** Ретроспективный анализ причин, способствующих возникновению травм шейки матки в родах [Текст] / В. И. Бычков, А. С. Калиниченко // Акушерство и гинекология. – 1990. – №8. – С. 35-37.
53. **Вакуум-аспирация** в комплексном лечении послеродовых эндометритов [Текст] / [Ю. Н. Тарасенко, И. А. Салов, В. А. Морозова, Д. В. Маршалов] // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 136.
54. **Валиуллина, Н. З.** Профилактика осложнений послеродового периода методом иглорефлексотерапии [Текст] / Н. З. Валиуллина, В. П. Шульдяшов, М. А. Мохова // Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 44.
55. **Вартанян, С. М.** Ранняя дифференциальная диагностика послеродового эндометрита и субинволюции матки в акушерском стационаре обсервационного профиля [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / С. М. Вартанян. – Краснодар, 2007. – С. 118-119.
56. **Вартанян, С. М.** Изучение лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу и рН-метрии метроасpirата и их значение в ранней диагностике послеродового эндометрита [Текст] / С. М. Вартанян, О. К. Федорович // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Казань, 2007. – С. 25.
57. **Вербицкая, М. С.** Современные аспекты профилактики, диагностики и лечения послеродовых эндометритов [Текст] / М. С. Вербицкая // Медицинская панорама. – 2005. – №8 (54) – С. 18-20.
58. **Ветров, В. В.** Профилактика гнойно-септических осложнений у родильниц с гестационным пиелонефритом после кесарева сечения [Текст] / В. В. Ветров, З. М. Ахмеджанова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 36-37.
59. **Влияние** стрептококков группы В, колонизирующих урогенитальный тракт беременных, на течение и исход беременности [Текст] / [К. А.

- Оганян, С. Л. Зациорская, О. Н. Аржанова, А. М. Савичева] // Материалы конференций, Санкт-Петербург. – 2006. – С. 47.
60. **Возможности** доклинической диагностики и коррекции послеродового эндометрита [Текст] / [С. В. Новикова, В. И. Краснопольский, В. В. Малиновская и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Сочи, 2008. – С. 63-64.
61. **Возможности** хирургической коррекции при рубцовой деформации шейки матки у беременных [Текст] / [Ю. А. Сергеева, А. Н. Иванян, Т. А. Густоварова и др. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т.16. – №1. – С. 77-82.
62. **Выборных, В.А.** Кесарево сечение: частота, структура, оптимизация ведения беременности [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. А. Выборных. – Бишкек, 2018. – С. 25.
63. **Галич, С. Р.** Профилактика акушерского травматизма и осложнений пуэрперия у женщин, страдающих рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом [Текст] / С. Р. Галич, О. М. Каланжова // Здоровье женщины. – 2013. – №7. – С. 89-95.
64. **Гаспарян, С. А.** Комплексное лечение эндометритов в послеродовом периоде [Текст] / С. А. Гаспарян, Л. В. Стариченко, М. А. Слеткова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 47.
65. **Гасымзаде, И. Т.** Клинические и гистологические параметры у женщин с разрывом шейки матки в родах [Текст] / И. Т. Гасымзаде // Світ медицина та біології. – 2013. – №3. – С. 64-67.
66. **Гладышева, Т. В.** Моделирование и алгоритмизация рационального ведения беременных с высоким риском гнойно-септических осложнений [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Гладышева. – Воронеж, 2006. – С. 17.
67. **Гладышева, Т. В.** Оптимизация профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений [Текст] / Т. В. Гладышева, Н. А. Старокожоева // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Сочи, 2008. – С. 16.

68. **Глухов, Е. Ю.** Применение лапароскопии в лечении осложнений послеродового периода [Текст] / Е. Ю. Глухов, Н. В. Щербакова, И. А. Титова // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 52-53.
69. **Глуховец, Б. И.** Значение урогенитальной инфекции в механизме разрывов шейки матки у рожениц [Текст] / Б. И. Глуховец, Р. М. Измайлов, Н. Ш. Сералиева // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 48-49.
70. **Гордеева, Г. Д.** Антибиотикотерапия в комплексе лечебных мероприятий при акушерских инфекционных осложнениях [Текст] / Г. Д. Гордеева // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – №5/2. – С. 36.
71. **Грачева, О. Н.** Осложнения родов у женщин с дисплазией соединительной ткани [Текст] / О. Н. Грачева // Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты: сб. тезисов. – М., 2010. – С. 83-84.
72. **Гребенкин, Б. Е.** Группа риска послеродовых гнойно-септических заболеваний в условиях стационара высокой степени риска [Текст] / Б. Е. Гребенкин, В. П. Черемискин // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 55.
73. **Гребенюк, О. А.** Активное ведение последового периода как метод снижения частоты осложнений в родах [Текст] / О. А. Гребенюк, Е. Б. Рудакова, В. В. Ралко // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 53-54.
74. **Гурбанова, С. Р.** Роль недифференцированной дисплазии соединительной ткани в патогенезе истмико-цервикальной недостаточности [Текст] / С. Р. Гурбанова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 63-64.
75. **Гуртовой, Б. Л.** Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии [Текст] / Б. Л. Гуртовой, В. И. Кулаков, С. Д. Воропаева. – М.: «ТРИАДА-Х», 2004. – С. 77-78.

76. **Гуртовой, Б. Л.** Профилактика и лечение эндометрита после родов и кесарева сечения [Текст] / Б. Л. Гуртовой, В. Л. Тютюнник // Русский медицинский журнал. – М., 2002. – №18. – С. 803.
77. **Гурьев, Д. А.** Особенности течения беременности, родов и психоэмоциональные нарушения у первородящих женщин с репродуктивными потерями в анамнезе [Текст] / Д. А. Гурьев, Л. В. Волевач // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2003. – С. 55.
78. **Дабузов, А. Ш.** Органосохраняющие операции при гнойно-септических осложнениях после операции кесарева сечения [Текст] / А. Ш. Дабузов, Н. С. Омаров // Материалы Форума «Мать и Дитя», Геленджик. – 2011. – С. 50-51.
79. **Диагностика** и лечение рубцовой деформации шейки матки [Текст] / [П. Н. Баскаков, Э. М. Османов, О. П. Петрова, М. В. Залинян] // Здоровье женщины. – 2011. – №2(58). – С. 217-221.
80. **Диагностическое** значение определения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в лохиях для ранней диагностики эндометрита после кесарева сечения [Текст] / [Л. Д. Белоцерковцева, В. В. Данилогорская, Е. Е. Иванников, Л. В. Коваленко] // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – Т.13. – №3. – С. 99-101.
81. **Долгошапко, О. Н.** Акушерский сепсис: диагностика, врачебная тактика, лечебно-профилактические мероприятия [Текст] / О. Н. Долгошапко // Медицинские аспекты здоровья женщин. – 2008. – №2(11).
82. **Дурасов, В. В.** Трансвлагалищная миомэктомия [Текст] / В. В. Дурасов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – М., 2007. – Т. 6. – №5. – С. 83-85.
83. **Егорова, А. Т.** Клинико-лабораторный анализ ведения послеродовых гнойно-септических осложнений [Текст] / А. Т. Егорова, Н. В. Стрижак // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Казань, 2007. – С. 47.

84. **Ермолова, Н. П.** Реконструктивно-пластическая операция шейки матки при рубцовых деформациях (методом расслоения) [Текст] / Н. П. Ермолова. – М., 1977. – С. 12.
85. **Жаркин, Н. А.** Вертикальные роды: Модерн в родовспоможении или забытая мудрость природы? [Текст] / Н. А. Жаркин, Т. В. Чернова, О. С. Анчакова // Новые методы в эксперименте и клинике: науч.-мед. журнал. – Волгоград, 2011. – С. 43-45.
86. **Железнова, М. Е.** Влияние быстрых и стремительных родов на перинатальные исходы для матери и плода [Текст] / М. Е. Железнова, Н. Е. Яговкина // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т.9. – Вып.2. – С. 133-137.
87. **Жданова, В. Ю.** Анализ гнойно-воспалительных заболеваний по акушерскому наблюдению отделению Ульяновской областной больницы [Текст] / В. Ю. Жданова, Г. М. Князева, Г. М. Цилицкий // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 89.
88. **Здоровье женщин и новорожденных детей в Чуйской области и Кыргызстане: оценка и обоснование вмешательств** [Текст]: результаты оценки системы материнской и неонатальной помощи в Кыргызстане / ЮНИСЕФ. - Бишкек, 2009. - С. 64.
89. **Зиганшин, А. М.** Способ прогнозирования травмы мягких тканей родовых путей [Текст] / А. М. Зиганшин, В. А. Кулавский // III Международный Конгресс по репродуктивной медицине. – 2009. – С. 79.
90. **Зиганшин, А. М.** Факторы риска возникновения травм промежности [Текст] / А. М. Зиганшин, В. А. Кулавский // IX Всероссийский научный форум «Мать и дитя». – 2007. – С. 84-85.
91. **Зульфикар, Б.** Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценки и обоснование вмешательств [Текст] / Б. Зульфикар, Х. Ясир // ЮНИСЕФ, Карачи, Пакистан. – 2009. – С. 9, 14, 16.
92. **Использование хитозана в комплексном лечении эндометрита после кесарева сечения** [Текст] / [О. С. Филиппов, А. Э. Островская, И. Н.

Большаков и др.] // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – №2 (48). – С. 205-209.

93. **Использование** эхографии и 3Д энергетической доплерографии в диагностике послеродового эндометрита [Текст] / [С. В. Новикова, Л. С. Логутова, Ю. П. Титченко, Е. В. Бахрех] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Саратов, 2007. – С. 176.
94. **Кан, Н. И.** Акушерские и перинатальные исходы у беременных с сочетанием ожирения и инфекции [Текст] / Н. И. Кан, Л. Н. Ванина, С. Г. Кузьмичева // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 82.
95. **Кан, Н. И.** Акушерские и перинатальные исходы у беременных с сочетанием ожирения и инфекции [Текст] / Н. И. Кан, Л. Н. Ванина, С. Г. Кузьмичева // Материалы форума «Мать и Дитя». – Саратов, 2007. – С. 234.
96. **Капизова, О. В.** Клинико-микробиологические особенности донозологических форм послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений [Текст] / О. В. Капизова, Е. А. Сандакова, И. С. Шарипова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Казань, 2007. – С. 63.
97. **Каримова, Б. Ж.** Инновационные технологии в лечении перитонитов после операции кесарева сечения [Текст] / Б. Ж. Каримова, Ж. А. Ахметова // Медицинский журнал западного Казахстана. – 2011. – 3 (31). – С. 53-54.
98. **Касабулатов, Н. М.** Послеродовый эндометрит: патогенез, особенности клеточного и гуморального иммунитета, диагностика и лечение [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / Н. М. Касабулатов. – М., 2006. – С. 248.
99. **Касабулатов, Н. М.** Профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения у родильниц с инфекционным риском [Текст] / Н. М. Касабулатов, А. И. Емельянова, Н. В. Дубровина // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 90-91.
100. **Кен-Амоа, С.** Профилактика и лечение эндометрита после операции кесарева сечения с использованием комплекса электро-лазеро-магнитной

терапии [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / С. Кен-Амоа. – Волгоград, 2007. – С. 98-99.

101. **Кижаяев, Ю. Е.** Комплексное лечение больных с рубцовой деформацией шейки матки [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Ю. Е. Кижаяев. – 2009. – С. 118.
102. **Кира, Е. Ф.** Терминология и классификация бактериальных инфекционных заболеваний женских половых органов [Текст] / Е. Ф. Кира, Ю. В. Цвелев // Вестник Росс. Ассоц. Акушеров-Гинекологов. – 1998. - №2.
103. **Киселева, Э. Я.** Место раннего опорожнения матки в профилактике послеродового эндометрита [Текст] / Э. Я. Киселева, В. И. Журавлева // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 95.
104. **Клинико-иммунологические** особенности родильниц с послеродовым эндометритом [Текст] / [Б. Л. Гуртовой, Л. В. Ванько, Н. М. Касабулатов и др.] // Акушерство и гинекология. – 2006. – №1. – С.30-34.
105. **Клинико-морфологические** сопоставления сепсиса в родах и в послеродовом периоде [Текст] / [Е. Ю. Лебедеенко, Н. А. Миханюшина, А. Ф. Михельсон и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя», Геленджик. – 2011. – С. 78-79.
106. **Клинические протоколы** по акушерству–гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения [Текст]: клинические протоколы / Министерство здравоохранения КР: Приказ МЗ КР № 539 от 21 октября 2008 года и № 625 от 3 декабря 2008 года. – Бишкек, 2010. – С. 138.
107. **Клинические проявления** дисплазии соединительной ткани у беременных с истмико-цервикальной недостаточностью [Текст] / [Л. И. Кох, Л. П. Назаренко, Ж. В. Цуканова и др.] // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 99.
108. **Ковтун, О. Г.** Современные аспекты послеродового эндометрита (ретроспективный анализ) [Текст] / О. Г. Ковтун // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 98.

109. **Коган, В. В.** Антибиотики и кесарево сечение [Текст] / В. В. Коган, Е. В. Брюхина, С. Г. Нужнов // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Казань, 2007. – С. 60-61.
110. **Козловская, И. А.** Микрофлора влагалища у женщин с родовым излитием околоплодных вод [Текст] / И. А. Козловская, П. М. Самчук // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 120-121.
111. **Колесаева, Ж. Ю.** Микробиоценоз влагалища у родильниц после естественных родов и операции кесарева сечения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ж. Ю. Колесаева. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 20-25.
112. **Комиссарова, Л. М.** Течение родов у женщин с дисплазией соединительной ткани [Текст] / Л. М. Комиссарова, А. Н. Карачаева // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 147-148.
113. **Комплексное** лечение послеродового эндометрита с использованием лазеротерапии [Текст] / [Е. А. Пальчик, Е. В. Соловьев, И. А. Сидоренко и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 192.
114. **Комплексное** обследование и лечение больных с рубцовой деформацией шейки матки [Текст] / [Ю. Е. Кижаяев, Ю. Д. Ландеховский, Н. М. Подзолкова и др.] // Проблемы репродукции. – 2009. – Т.15. - №1. – С. 39.
115. **Комплексный** подход к лечению осложнений после кесарева сечения [Текст] / [Е. Ю. Глухов, Т. А. Обоскалова, Ю. В. Игнатова и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 51.
116. **Комплексный** подход к снижению уровня ГСИ среди родильниц [Текст] / [Н. Е. Державина, С. В. Лопатина, Л. А. Кувшинова и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С.60.
117. **Коноводова, Е. Н.** Обоснование применения метода ручной вакуум-аспирации у родильниц [Текст] / Е. Н. Коноводова, Н. В. Орджоникидзе, В. А. Бурлев // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 104-105.

118. **Коробков, Н. А.** Диагностика морфофункционального состояния матки при послеродовой субинволюции [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Коробков. – Санкт-Петербург, 2006. – С. 17-23.
119. **Коротких, И. Н.** Алгоритмизация подхода к определению факторов риска развития гнойно-септических осложнений [Текст] / И. Н. Коротких, Т. В. Гладышева // Естествознание и гуманизм: сб. науч. тр. – 2007. – Т. 4. – №1.
120. **Короткова, Л. А.** Реабилитация женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах [Текст]: дис. ... канд. мед. наук. / Л. А. Короткова. – Уфа, 2003. – С. 11-26.
121. **Коханевич, Е. В.** Патология шейки и тела матки [Текст] / Е. В. Коханевич. – Нежин, 2009. – С. 352.
122. **Краснопольский, В. И.** Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: патогенез, диагностика и лечебная тактика [Текст] / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2007. – №5. – С. 76-81.
123. **Краснопольский, В. И.** Патологические изменения шейки матки при беременности [Текст] / В. И. Краснопольский, О. Ф. Серова // Акушерство и гинекология. – 2006. – №4. – С. 35-40.
124. **Краткий обзор** ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008-2009гг. – С.56-58.
125. **Крюченкова, Н. В.** Применение низкоинтенсивных электро и электромагнитных воздействий в профилактике эндометрита у женщин с субинволюцией матки после родов [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Крюченкова. – М., 2008. – С. 155-156.
126. **Кулаков, В. И.** Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей [Текст] / В. И. Кулаков, Е. А. Бутова. – М.: МИА, 2009. – 240 с.
127. **Куперт, М. А.** Новый подход к лечению эндометритов после родов [Текст] / М. А. Куперт, А. Ф. Куперт // Российский вестник акушера-гинеколога. – М., 2004. – №1. – С. 33-36.

128. **Куперт, М. А.** Эндометрит после родов в современном акушерстве [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / М. А. Куперт. – Иркутск, 2006. – С. 202.
129. **Лалаян, Р. С.** Экспериментально-клинические аспекты техники формирования шва матки и ее заживления после абдоминального родоразрешения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. С. Лалаян. – Ростов-на-Дону, 2004. – С. 23-25.
130. **Лебедюк, В. В.** Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве, патогенетические подходы к диагностике и лечению [Текст] / В. В. Лебедюк, Г. Д. Мариноха, Я. А. Плетень // Украинский химиотерапевтический журнал. – 2008. – №1. – 2(22). – С. 212-213.
131. **Линева, О. И.** От агрессии к безопасному материнству [Текст] / О. И. Линева // Status Praesens. – 2012. – №3. – С. 28-31.
132. **Лисичкина, Ю. А.** Клинико-морфологические критерии гиперпластических заболеваний шейки матки [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Ю. А. Лисичкина. – 2005. – 160 с.
133. **Ломикин, О. П.** Послеродовой эндометрит: диагностика и лечение [Текст] / О. П. Ломикин // Жіночий лікар. – 2007. – №2. – С. 10.
134. **Маевская, Н. Ф.** Клиника, диагностика, профилактика и лечение эндометрита [Текст] / Н. Ф. Маевская, В. В. Абрамченко // Материалы конференций, г. Санкт-Петербург. – 2005.
135. **Макацария, А. Д.** Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве [Текст] / А. Д. Макацария, В. О. Бицадзе, С. В. Акиньшина // Медицинское информационное агентство. – М., 2006. – С. 17-35.
136. **Мальцева, Л. И.** Использование медицинского озона для профилактики эндометрита после кесарева сечения [Текст] / Л. И. Мальцева, Н. Е. Драгунова // Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 160-161.
137. **Мальцева, Л. И.** Особенности инфицирования эндометрия в раннем послеродовом периоде у женщин из группы риска по пуэрперальным

- инфекционным осложнениям [Текст] / Л. И. Мальцева, Я. Э. Коган // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 153-154.
138. **Материнская смертность** в 2005 году. По оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и всемирного банка [Текст] // Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований, ВОЗ. – Женева, 2008.
139. **Материнская смертность** [Текст] // Информационный бюллетень ВОЗ. – 2012, май. – №348.
140. **Меджидова, Д. Р.** Прогнозирование, совершенствование диагностики и лечения послеродового эндометрита [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Д. Р. Меджидова. – Ростов-на-Дону, 2007. – С. 118.
141. **Медицинская статистика** [Текст]: пособие для врачей и научных работников / [под ред. К. У. Акынбеков, Н. Е. Чернова, Ч. А. Ишеналиева и др.]. – Бишкек, 2006. – С. 95, 106-108.
142. **Методические рекомендации** для врачей акушеров-гинекологов «система поэтапного наблюдения и лечения родильниц с послеродовым эндометритом в условиях акушерского стационара» [Текст]. – Бишкек, 2013. – 23 с.
143. **Мешалкина, И. В.** Экстракорпоральные методы терапии в лечении послеродовых инфекционных осложнений [Текст] / И. В. Мешалкина, Т. А. Федорова, Н. В. Орджоникидзе // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 165.
144. **Мешалкина, И. В.** Применение плазмафереза в составе комплексной терапии послеродовых инфекционных осложнений [Текст] / И. В. Мешалкина, Т. А. Федорова, Н. В. Орджоникидзе // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 163.
145. **Мещеряков, В. Ю.** Регионарный саногенез в комплексе мероприятий профилактики гнойно-септических осложнений абдоминального родоразрешения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. Ю. Мещеряков. – Бишкек, 2006. – С. 19-20.

146. **Микробиологический** мониторинг и рациональная антибактериальная терапия у критических акушерских больных группы риска материнской летальности [Текст] / [И. Э. Андреева, Э. С. Горовиц, Н. В. Сарапулова, М. Л. Мельникова] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2008. – С. 9-10.
147. **Михеева, Ю. В.** Провоспалительные цитокины в диагностике эктопии шейки матки [Текст] / Ю. В. Михеева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6. – № 6. – С. 1126.
148. **Михеева, Ю. В.** Современный подход к лечению осложненной эктопии шейки матки [Текст] / Ю. В. Михеева, Н. Ф. Хворостухина, Д. А. Новичков // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – Т.10. – № 2. – С. 24-31.
149. **Михеева, Ю. В.** Дифференцированная тактика ведения пациенток с эктропионом шейки матки [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Михеева. – Саратов, 2017. – С. 26.
150. **Можейко, Л. Ф.** Прогнозирование и профилактика послеродового эндометрита [Текст] / Л. Ф. Можейко, М. С. Вербицкая, В. С. Вербицкий // Инструкция по применению. – Минск, 2008. – С. 2-15.
151. **Можейко, Л. Ф.** Сонографическое исследование матки и показателей маточного кровотока в диагностике послеродового эндометрита [Текст] / Л. Ф. Можейко, М.С. Вербицкая // Медицинская панорама. – 2011. – №6. – С. 8-12.
152. **Мониторинг** патологии шейки матки у беременных [Текст] / [Н. Н. Волошина, О. Ю. Петрова, Т. П. Кузнецова и др.] // Здоровье женщины. – 2007. - №2 (30). – С. 63-66.
153. **Морфологические** аспекты применения имунофана и гипохлорита натрия в профилактике послеродового эндометрита у родильниц высокого риска развития послеродовых осложнений [Текст] / [Д. А. Мунтян, И. Фуйор, Л. А. Ецко и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 157-158.

154. **Муравина, Е. Л.** Акушерская тактика при осложнениях пуэрперия [Текст] / Е. Л. Муравина // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 153.
155. **Мураков, С. В.** Оптимизация лечения рецидивирующего хламидийного цервицита на фоне деформации шейки матки [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. В. Мураков. – М., 2011. – С. 26.
156. **Мхитарян, А. С.** Прогнозирование и ранняя диагностика гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения [Текст] / А. С. Мхитарян, Н. А. Татарова // Гинекология. – 2005. – Т. 6 (декабрь). – С. 760-762.
157. **Нагорная, В. Ф.** Акушерский травматизм [Текст] / В. Ф. Нагорная // Здоровье Украины: тематический номер. – 2011. – С. 37.
158. **Насырова, С. Ф.** О методах диагностики состояния шейки матки у больных с посттравматическими нарушениями [Текст] / С. Ф. Насырова, А. М. Зиганшин, Т. Р. Вдовина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6.
159. **Наумкин, Н. Н.** Ранняя диагностика и профилактика субинволюции послеродовой матки [Текст] / Н. Н. Наумкин, А. Н. Иванян, Т. И. Смирнова // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. XV. – №2. – С. 46-48.
160. **Наумкин, Н. Н.** Особенности ведения послеродового периода у родильниц с субинволюцией матки [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Н. Н. Наумкин. – М., 2009. – С. 12-22.
161. **Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года.** - Бишкек, 2006. – С. 5, 14, 20, 21, 28.
162. **Национальное руководство «Акушерство».** – М., 2009. – С. 703-704.
163. **Негматуллаева, М. Н.** Клиническая эффективность профилактики септических осложнений после кесарева сечения [Текст] / М. Н. Негматуллаева, Г. А. Ихтиярова, Н. Н. Каримова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – №2. – С. 38-39.

164. **Некоторые** аспекты профилактики и лечения последствий акушерской травмы шейки матки [Текст] / [Ф. Ф. Бадретдинова, Т. Б. Трубина, А. Г. Хасанов, Р. Ф. Магафуров] // Лечение и профилактика. – 2014. – Т.10. – №2. – С. 5-10.
165. **Нередько, Е. Г.** Профилактика распространенных форм гнойно-септических осложнений у родильниц [Текст] / Е. Г. Нередько, Н. В. Зубенко, С. А. Нередько // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 140-141.
166. **Николаева, Л. Б.** Частота и структура акушерских осложнений у первородящих женщин [Текст] / Л. Б. Николаева, А. Г. Тришкин // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2008. – С. 181.
167. **Никонов, А. П.** Инфекции в акушерстве и гинекологии: практическое руководство по диагностике и антимикробной терапии [Текст] / А. П. Никонов, О. Р. Асцатурова // Инфекционная и антимикробная терапия. – 2004. – Т. 6. – №3.
168. **Никонов, А. П.** Послеродовый эндометрит: практические рекомендации по диагностике и антимикробной химиотерапии [Текст] / А. П. Никонов, О. Р. Асцатурова // Гинекология. – 2008. – Т. 10. – №1.
169. **Новиков, А. И.** Инфекции, передаваемые половым путем, и экзоцервикс [Текст] / А. И. Новиков, А. В. Кононов, И. Г. Ваганова. – М., 2010. – 200 с.
170. **Новиков, Б. Н.** Ручная вакуум-аспирация содержимого полости матки в профилактике послеродового эндометрита [Текст] / Б. Н. Новиков, Н. Т. Рябцева, Н. А. Коробков // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 176-177.
171. **Новые технологии** в лечении патологии шейки матки, ассоциированной с вирусом папилломы человека высокого онкогенного риска [Текст] / [В. В. Ежов, В. П. Дымковец, С. В. Белов и др.]. – М., 2011.
172. **Новый** подход к лечению патологии шейки матки [Текст] / [С. В. Мураков, А. В. Вередченко, О. А. Майков и др.] // Вестник РУДН. – 2012. – №4. – С. 94-97.

173. **О факторах риска** развития осложнений в послеродовом периоде [Текст] / [Н. И. Морозова, В. П. Квашенко, Т. И. Холодняк и др.] // Актуальные проблемы акушерства и гинекологии, клинических исследований и медицинской генетики. – Донецк, Украина, 2011. – (22). – С. 39-41.
174. Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке (архив) [Электронный ресурс]. – Lancet, 2007. – 370: 1311-19. – Режим доступа: www.medmir.com/content/view/1802/1/. – Материнская смертность снижается разными темпами в разных странах и регионах мира.
175. **Овсяник, М. А.** Современные представления об особенностях послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний (обзор литературы) [Текст] / М. А. Овсяник // Газета «Новости медицины и фармации», гинекология (253) (тематический номер) / Инфекции в акушерстве и гинекологии. – 2008.
176. **Овсянникова, Т. В.** Заболевания шейки матки. Современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / Т. В. Овсянникова, И. А. Куликов, С. В. Павлович. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 120 с.
177. **Овчинникова, Н. В.** Хирургическое лечение больных с доброкачественными сочетанными заболеваниями шейки матки [Текст] / Н. В. Овчинникова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – №6. – С. 41-46.
178. **Оганян, К. А.** Течение и исход беременности при колонизации мочеполювого тракта женщины стрептококками группы В и Д [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / К. А. Оганян. – СПб, 2008. – С. 126-127.
179. **Операция вакуум-экстракции** плода в современном акушерстве: показания и исходы [Текст] / [Ф.М. Шогенова, З.Х. Узденова, А.Р. Абрегова и др.] // Тезисы VI Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии». – М: Изд-во журнала StatusPraesens. – 2013. – С. 73 – 74.

180. **Оптимизация** ведения родильниц с родовым травматизмом [Текст] / [М. С. Селихова, Э. Б. Белан, М. В. Котовская, А. А. Кадыков] // Акушерство и гинекология. – 2011. – №7-2. – С. 56-59.
181. **Оптимизация** диагностики и лечения послеродового эндометрита [Текст] / [В. С. Горин, В. Н. Серов, Л. А. Бирюкова, В. В. Степанов] // Российский Вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №1. – С. 21-27.
182. **Оптимизация** этапности оказания квалифицированной медицинской помощи родильницам с послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями в Краснодарском крае [Текст] / [О. К. Федорович, Т. В. Галдина, Е. Ю. Бороденко и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 147-148.
183. **Осложнения** беременности и родов у женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани [Текст] / [С. С. Жамлиханова, М. А. Макарова, А. В. Николаева и др.] // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2012. – С. 145.
184. **Особенности** изменений цитокинового профиля при гнойно-септических осложнениях послеродового периода [Текст] / [Н. А. Чунихина, И. А. Салов, Ю. Н. Тарасенко и др.] // V региональный научный форум «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 158-159.
185. **Особенности** лечения синдрома интоксикации у больных с послеродовым эндометритом [Текст] / [А. В. Романовская, И. А. Салов, Н. Ф. Хворостухина и др.] // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 220.
186. **Особенности** микробиоценоза половых путей у беременных, угрожаемых по развитию послеродового эндометрита [Текст] / [Н. И. Самборская, О. П. Лебедева, С. П. Пахомов и др.] // Медицина и образование в Сибири (электронное издание). – 2012. – №2.
187. **Особенности** синтеза цитокинов при различных формах эктопии шейки матки [Текст] / [Ю. В. Михеева, Н. Ф. Хворостухина, Н. Б. Захарова и др.]

// Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 9-1. – С. 73-74.

188. **Особенности** течения послеродового периода в зависимости от степени инфекционного риска и метода профилактики [Текст] / [Н. В. Омарова, С. Б. Крюковский, И. М. Майорова, И. И. Буцик] // Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 203-204.
189. **Особенности** течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с анемией [Текст] / [Е. С. Пугачева, И. И. Никифорович, А. Н. Иванян, А. В. Литвинов] // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 209.
190. **Остроменский, В. В.** Прогнозирование и профилактика гнойно-воспалительных осложнений у пациенток, родоразрешенных путем кесарева сечения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Остроменский. – СПб, 2009. – С. 20-22.
191. **Оценка** состояния шейки матки у женщин с генитальным пролапсом [Текст] / [А. Н. Додонов, Т. Б. Трубина, В. Б. Трубин, Н. Н. Глебова] // Материалы III регион. научн. форума «Мать и дитя». – 2009. – С. 91.
192. **Оценка** эффективности активной тактики ведения в послеродовом периоде [Текст] / [А. Г. Судаков, Т. А. Мостовая, Н. А. Кривощекова, Е. Д. Болгова] // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 245.
193. **Павлов, О. Г.** Системообразующие факторы развития ранних послеродовых инфекций [Текст] / О. Г. Павлов, Д. В. Мартыанов // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. XVIII. – №1. – С. 23-24.
194. **Парада, Н. С.** Активное ведение третьего периода родов [Текст] / Н. С. Парада, В. И. Орлов, Ю. В. Ганиковская // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 187-188.
195. **Пенжоян, Г. А.** Хирургическое лечение послеродовых гнойно-септических осложнений [Текст] / Г. А. Пенжоян, В. В. Пономарев, И. В.

- Черникова // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 102-103.
196. **Петров С. В.** Общая хирургия [Текст]: учебник / С. В. Петров. – СПб: Изд. «Лань», 1999. – Гл. 4: Учение о ране. – С. 117, 128, 129.
197. **Петрова, Л. Е.** Опыт работы по ведению беременности и родов с рубцом на матке в родильном доме №6 Санкт-Петербурга (с 1997 по 2006год) [Текст] / Л. Е. Петрова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т. LIX. – Вып. 3. – С. 33-43.
198. **Подзолкова, Н. М.** Тяжелые бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии [Текст]: методические рекомендации / Н. М. Подзолкова, Т. И. Никитина // Инфекции и антимикробная терапия. – 2004. – Т. 06. – №3. – С. 89-93.
199. **Поженко, Е. В.** Роль диагностики и лечения субинволюции матки в профилактике послеродовых эндометритов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. В. Поженко. – Барнаул, 2004. – С. 19-22.
200. **Полирезистентные** микроорганизмы – возбудители пуэрперального эндометрита и раневой акушерской инфекции [Текст] / [М. Е. Шляпников, А. В. Жестков, К. Н. Арутюнян, В. П. Решетникова] // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 291.
201. **Полторацкая, Л. П.** Гнойно-септическая заболеваемость родильниц по данным РД № 1 г. Кемерово [Текст] / Л. П. Полторацкая, О. Н. Новикова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 207-208.
202. **Послеродовые** гнойно-воспалительные заболевания [Текст]: клинические протоколы / Департамент охраны здоровья населения Кемеровской обл.: Клинические протоколы рассмотрены и утверждены Советом Кемеровской Региональной общественной организацией «Ассоциация врачей акушеров - гинекологов». – Кемерово, 2011.
203. **Послеродовые** инфекции и внутриутробное инфицирование плода у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями [Текст] / [Т. И. Огий, Д. А. Сиднев, А. Ш. Левашева, А. А. Бирюков] // Материалы 5-го Российского

- научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 194-195.
204. Послеродовый эндометрит [Электронный ресурс]. – Гинекология болезни, 2006. – Режим доступа: <http://medvisnik.com.ua/2006>.
205. **Послеродовый эндометрит**, факторы риска возникновения, комплексное лечение, профилактика [Текст] / [И. А. Салов, Т. И. Турлупова, Л. Ю. Киреева, Е. М. Киреева] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 223.
206. **Послеродовый эндометрит** как репродуктивная проблема [Текст] / [В. Я. Наумова, Т. Л. Кравчук, О. Н. Долгова и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Сочи, 2008. – С. 59.
207. **Потапова, М. В.** Особенности течения послеоперационного периода после кесарева сечения [Текст] / М. В. Потапова, М. Н. Мироненко // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 108-109.
208. **Преимущества** активного ведения родов по системе РОУС [Текст] / [Ю. Н. Глызина, М. Я. Домрачева, И. Я. Ростовцева, В. Н. Коновалов] // Материалы Форума «Мать и Дитя», Геленджик. – 2011. – С. 45-46.
209. **Прилепская, В. Н.** Эктопии и эрозии шейки матки [Текст] / В. Н. Прилепская, Е. Б. Рудакова, А. В. Кононова. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 22.
210. **Прилепская, В. Н.** Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: клинические лекции [Текст] / В. Н. Прилепская. – М.: МЕДпресс-информ. – 2003. – С. 432.
211. **Прилепская, В. Н.** Заболевания шейки матки и генитальные инфекции [Текст] / В. Н. Прилепская. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 300-384.
212. **Протопопова, Н. В.** Диагностические критерии субинволюции матки в послеродовом периоде [Текст] / Н. В. Протопопова, П. М. Самчук, В. В. Бородашкин // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2008. – С. 207.
213. **Профилактика** гнойно-септических осложнений у женщин, экстренно родоразрешенных операцией кесарева сечения [Текст] / [Д. А. Сиднев, Т.

- И. Огий, А. А. Бирюков, А. Ш. Левашева] // Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 257-258.
214. **Профилактика** гнойно-септических осложнений послеродового периода [Текст] / [Ю. Н. Тарасенко, И. А. Салов, В. А. Морозова и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 135-136.
215. **Профилактика** осложнений при родовозбуждении и дискоординации родовой деятельности [Текст] / [Ф. Ш. Казибекова, Е. В. Рыбалка, В. А. Новикова и др.] // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2011. – С. 82-83.
216. **Профилактика** послеродового эндометрита у родильниц с анемией местным применением комплекса естественных цитокинов [Текст] / [Ф. М. Абдурахманов, Т. Д. Исмоилова, Н. Г. Умарова, М. Д. Кадамалиева] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 7-8.
217. **Пути профилактики** гнойно-септических осложнений послеродового периода [Текст] / [И. А. Салов, Ю. Н. Тарасенко, Н. Ф. Хворостухина и др.] // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 215-216.
218. **Радзинский, В. Е.** Акушерская агрессия [Текст] / В. Е. Радзинский // Status Praesens. – 2011. – 688 с.
219. **Ранние и отдаленные** последствия акушерской травмы шейки матки [Текст] / [Н. П. Ячменев, А. Н. Иванян, Г. Д. Бельская, Т. Г. Аветисян] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2007. – №4. – С. 1-5.
220. **Рациональное применение** антимикробных препаратов в период родов и в послеродовом периоде [Текст]: Информационное письмо. – СПб, 2006. – С. 8-11.
221. **Репина, М. А.** Преэклампсия и материнская смертность [Текст] / М. А. Репина. – СПб: Изд-во «МАПО», 2005. – С. 24-25.

222. **Роговская, С. И.** Шейка матки, влагалище, вульва: физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция [Текст] / С. И. Роговская, Е. В. Липова. – М.: Status Praesens Promedia, 2014. – 850 с.
223. **Роды у женщин** с рубцом на матке после операции кесарева сечения в условиях предшествующей профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений [Текст] / [Т. А. Густоварова, А. Н. Иванян, Е. В. Болвачева и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 60-61.
224. **Роль иммунной** системы в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний пуэрперия [Текст] / [В. С. Горин, И. В. Матвеева, И. В. Дремова и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т.108. – №1. – С. 5-8.
225. **Роль инфекции** в генезе невынашивания беременности [Текст] / [В. И. Краснопольский, О. Ф. Серова, Н. В. Зароченцева и др.] // Материалы Международной научно-практической конференции «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее». – М., 2008. – С. 77-79.
226. **Романовская, А. В.** Клинико-лабораторные критерии тяжести послеродового эндометрита [Текст] / А. В. Романовская, И. А. Салов // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 679.
227. **Романовская, А. В.** Послеродовый эндометрит: особенности клинического течения, синдром эндотоксикоза, реологические нарушения и методы их коррекции [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / А. В. Романовская. – Саратов, 2006. – С. 105.
228. **Росницкая, Е. Е.** Разрывы шейки матки [Текст] / Е. Е. Росницкая, А. П. Марусов // Научный альманах. – 2017. – №1-3(27). – С. 230-233.
229. **Россейкина, М. Г.** Применение бегущего магнитного поля низкой частоты в профилактике и лечении послеродового эндометрита после абдоминального родоразрешения [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Г. Россейкина. – М., 2012. – С. 18-23.

230. **Рубцовая** деформация шейки матки. Современный взгляд на проблему [Текст] / [С. Н. Буянова, Н. А. Щукина, Е. Н. Петросян и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2019. – №19 (40). – С. 29-36.
231. **Руденко, М. Г.** Доклиническая диагностика стертых форм послеродового эндометрита [Текст] / М. Г. Руденко, Н. В. Слепуха, О. С. Слепуха // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 208-209.
232. **Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения** [Текст] / под ред. Лисицына Ю.П. – М: Медицина, 1987. – Т. 1. – С. 234-235.
233. **Русакевич, П. С.** Заболевания шейки матки у беременных: диагностика, лечение, мониторинг, профилактика [Текст] / П. С. Русакевич, Т. М. Литвинова // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 144.
234. **Русакевич, П. С.** Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение, профилактика [Текст] / П. С. Русакевич. – Минск: Высшая школа, 2010. – V.196. – №5. – С. 7-8.
235. **Саадех, И. А.** Профилактика субинволюции матки и эндометрита после самопроизвольного родоразрешения с применением синтетического аналога простагландина E_1 - мизопростола [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. А. Саадех. – Томск, 2003. – С. 15.
236. **Савельева, В. С.** Сепсис в начале 21 века: Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика [Текст]: практическое руководство / В. С Савельева, Б. Р. Гельфанд. – М.: Литтерра, 2006. – С. 16, 25-27.
237. **Савицкий, Г. А.** Родовая схватка человека: клинко-биомеханические аспекты [Текст] / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий // Спб: ЭЛБИ-СПБ, 2010. – С. 240.
238. **Самигуллина, А. Э.** Показания к операции кесарево сечение в современном акушерстве [Текст] / А. Э. Самигуллина, В. А. Выборных //

Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. – №2. – С. 44-47.

239. **Самигуллина, А. Э.** Показания к абдоминальным родам у женщин КР [Текст] / А. Э. Самигуллина, В. А. Выборных // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. – №7. – С. 102-107.
240. **Самчук, П. М.** Комплексная диагностика несостоятельности шва на матке после операции кесарева сечения в раннем послеоперационном периоде [Текст] / П. М. Самчук, Н. В. Протопопова, М. А. Шарифулин // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2001-2002. – Т.1. – №1. – С. 240-253.
241. **Сармосян, М. А.** Прогнозирование и профилактика осложнений раннего пуэрперия в зависимости от степени перинатального риска [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Сармосян. – М., 2009. – С. 14-21.
242. **Сарыбаева, К. А.** Эктопия шейки матки: тенденции и прогноз [Текст] / К. А. Сарыбаева, А. Э. Самигуллина, А. А. Бообекова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 6.
243. **Связь** сексуально-трансмиссивных инфекций и рецидива эктопии шейки матки после коагуляции [Текст] / [Ю. В. Михеева, Н. Ф. Хворостухина, Д. А. Новичков, А. В. Романовская] // Мать и дитя: материалы XV Всероссийского научного форума (г. Москва, 23-26 сентября, 2014 г.): под ред. Г.Т. Сухих. – М.: МЕДИ Экспо, 2014. – С. 296-297.
244. **Селихова, М. С.** Послеродовые инфекционные осложнения: Прогнозирование, профилактика и лечение [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / М. С. Селихова. – Волгоград, 2008. – С. 208-210.
245. **Селихова, М. С.** Ведение послеродового периода у женщин с травмами тканей родовых путей [Текст] / М. С. Селихова, М. В. Котовская // Акушерство и гинекология. – 2009. – №6. – С. 48-49.
246. **Селихова, М. С.** Родовой травматизм и репродуктивное здоровье женщины [Текст] / М. С. Селихова, М. В. Котовская, Л. Н. Кугутова // Акушерство и гинекология. – 2010. – №5. – С.55-58.

247. **Селихова, М. С.** Возможности снижения родового травматизма у женщин из группы высокого риска по возникновению травм мягких родовых путей [Текст] / М. С. Селихова, С. В. Вдовин, Н. В. Абабекян // Акушерство и гинекология. – 2016. – №11. – С. 24-30.
248. **Селихова, М. С.** Отчет о проведении клинического исследования на тему: «Изучение эффективности и безопасности различных схем применения препарата «Депантол» для ведения послеродового периода у женщин с травмами мягких родовых путей» [Текст] / М. С. Селихова. – Волгоград, 2009. – С. 1-2.
249. **Сергеева, Ю. А.** Рубцовая деформация шейки матки: факторы риска, отдаленные результаты пластической операции в раннем послеродовом периоде [Текст] / Ю. А. Сергеева, Т. А. Густоварова, В. В. Кузьминых // Смоленский медицинский альманах. – 2017. – №4. – С. 5.
250. **Серов, В. Н.** Рациональная терапия влагалищной инфекции [Текст] / В. Н. Серов // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2005. – Т. 7. – №2.
251. **Серов, В. Н.** Акушерская патология и синдром системного воспалительного ответа [Текст] / В. Н. Серов // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 229.
252. **Серов, В. Н.** Профилактика материнской смертности [Текст] / В. Н. Серов // Русский медицинский журнал. – 2009. – №1.
253. **Скворцова, М. Ю.** Значение дополнительных методов исследования в диагностике субинволюции матки [Текст] / М. Ю. Скворцова, Т. В. Шевелева // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 236.
254. **Слабинская, Т. В.** Кровотечения в последовом и послеродовом периоде у пациенток перинатального центра [Текст] / Т. В. Слабинская, Д. М. Ларькин // Материалы форума «Мать и Дитя». – М., 2009. – С. 188.
255. **Состояние** интерферонового статуса и оценка профилактической интенсивности кипферона у родильниц с высоким риском послеродовых

- инфекций [Текст] / [Е. Н. Басиладзе, Н. В. Орджоникидзе, Н. С. Логинова, Т. Е. Королева] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2007. – С. 20.
256. **Современная** акушерская тактика при послеродовом эндометрите [Текст] / [Н. В. Орджоникидзе, Н. М. Касабулатов, Т. М. Королева и др.] // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 187-188.
257. **Современные** методики коррекции истмико-цервикальной недостаточности [Текст] / [С. В. Ушакова, Н. В. Зароченцева, А. А. Попов и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – №5. – С. 117-123.
258. **Современные** подходы к ведению родильниц с родовым травматизмом [Текст] / [М. С. Селихова, С. В. Вдовин, М. В. Котовская, Н. В. Абабекян] // Акушерство и гинекология. – 2013. – №5. – С. 70-75.
259. **Современные** технологии в комплексной интенсивной терапии акушерского сепсиса и полиорганной недостаточности [Текст] / [Д. Л. Шукевич, Л. Е. Шукевич, В. В. Власова и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2006. – №2. – С. 89-92.
260. **Современный** взгляд на субинволюцию матки (научный обзор) [Текст] / [Н. А. Морозова, Т. И. Холодняк, М. А. Овсяник и др.] // Газета «Новости медицины и фармации» / Акушерство, гинекология, репродуктология (296): (тематический номер). – 2009.
261. **Состояние** локальной иммунной системы шейки матки при хроническом неспецифическом цервиците у женщин репродуктивного возраста [Текст] / [С. Н. Грибова, Н. Б. Захарова, Н. Ф. Хворостухина, Ю. В. Михеева] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 362.
262. **Сравнительная** вазуальная характеристика методов лечения посттравматической деформации шейки матки [Текст] / [А. В. Чурилов, С. В. Кушнир, Е. В. Третьякова и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т.15. – №2. – ч.1(58). – С. 328-330.
263. **Сравнительное** действие тималина, тимогена и ронколейкина на состояние иммунитета и гемостаза при развитии эндометрита после кесарева

- сечения [Текст] / [Л. И. Анохова, А. В. Патеюк, Б. И. Кузник, Э. Д. Загородняя] // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – №1. – С. 48-51.
264. **Старцева, Н. В.** Активное ведение третьего периода родов [Текст]: доклад / Н. В. Старцева // Конференция «Естественные роды – роды 21 века». – Ярославль, 2009.
265. **Тарасенко, Ю. Н.** Значение локальной антимикробной терапии в комплексном лечении острого послеродового эндометрита [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. Н. Тарасенко. – Волгоград, 2011. – С. 11-23.
266. **Тарасова, Л. П.** Факторы риска и причины материнской смертности [Текст] / Л. П. Тарасова, Р. Н. Степанова // Материалы Российского научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 278-279.
267. **Тарасова, Л. П.** Материнская заболеваемость и смертность в Орловской области: причины, факторы риска, прогноз, профилактика [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Л. П. Тарасова. – Орел, 2008. – С. 129-130.
268. **Течение послеродового** периода в зависимости от методики кесарева сечения и способа профилактики воспалительных осложнений [Текст] / [И. Н. Коротких, Л. Н. Мазуренко, Н. В. Гаранина, Л. И. Садова] // Материалы 5-го Российского научного форума «Охрана Здоровья матери и ребенка 2003». – М., 2003. – С. 139-140.
269. **Титченко, Ю. П.** Клиническое значение новых ультразвуковых диагностических технологий в послеродовом периоде [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю. П. Титченко. – М., 2006. – С. 20-22.
270. **Ткаченко, Л. В.** Интраоперационная профилактика гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарево сечение [Текст] / Л. В. Ткаченко, Т. К. Пугачева // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Казань, 2007. – 2007. – С. 156-157.

271. **Токова, З. З.** Предотвратимые случаи материнской смертности [Текст] / З. Токова, О. Г. Фролова // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 255.
272. **Травмы** промежности в родах, клинический анализ структуры, причин и отдаленных последствий [Текст] / [В. Е. Радзинский, Ю. М. Дурандин, Т. П. Голикова и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2002. – №1. – С. 91-96.
273. **Третьякова, М. В.** Механические методы подготовки шейки матки при доношенной беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Третьякова. – М., 2011.
274. **Трубина, Т. Б.** Акушерские травмы шейки матки – факторы риска фоновых и предраковых заболеваний [Текст] / Т. Б. Трубина, В. Б. Трубин, Н. Н. Глебова // Материалы 1 Российского Конгресса «Генитальные инфекции и патология шейки матки». – М., 2004. – С. 80-81.
275. **Тютюнник, В. Л.** Роль санации генитального тракта в снижении инфекционных осложнений пуэрперия [Текст] / В. Л. Тютюнник, С. Ф. Торубаров, М. И. Кесова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2008. – С. 260.
276. **Тютюнник, В. Л.** Оптимизация антибиотикопрофилактики при абдоминальном родоразрешении [Текст] / В. Л. Тютюнник, А. А. Балушкина, Е. М. Шифман // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Геленджик, 2011. – 2011. – С. 143-144.
277. **Узденова, З. Х.** Пути снижения материнской смертности в республике Ингушетия [Текст] / З. Х. Узденова, М. С. Евлоева // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 260-261.
278. **Умарова, Н. Г.** Эндометрит после кесарева сечения у женщин с анемией [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Г. Умарова. – Душанбе, 2009. – С. 22.

279. **Ургентные** состояния в пуэрперии и возможные пути их решения [Текст] / [С. В. Новикова, И. О. Шугинин, А. А. Федоров и др.] // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 168-169.
280. **Усанов, В. Д.** Профилактика инфекционных осложнений после кесарева сечения с использованием различных схем введения антибиотиков [Текст] / В. Д. Усанов, Т. В. Архипова // Материалы Форума «Мать и Дитя»: Казань, 2007. – 2007. – С. 163-164.
281. **Устюжанина, Н. В.** Влияние факторов риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на инволюцию матки в послеродовом периоде [Текст] / Н. В. Устюжанина, В. П. Черемискин, Б. Е. Гребенкин // Медицинский альманах. – 2009. – №4 (9). – С. 145-147.
282. **Ушакова, Г. А.** Современные представления о механизмах развития родовой деятельности [Текст] / Г. А. Ушакова, Л. Н. Петрич // Материалы форума «Мать и Дитя»: Кузбасс, 2016. – №2 (65). – С. 4-9.
283. **Ушакова, С. В.** Особенности заболеваний шейки матки у женщин с привычным невынашиванием беременности [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / С. В. Ушакова. – М., 2019. – 152 с.
284. **Факторы** риска рецидива эктопии шейки матки [Текст] / [Ю. В. Михеева, Н. Ф. Хворостухина, Д. А. Новичков, У. В. Столярова] // Приоритетные задачи охраны репродуктивного здоровья и пути их решения: материалы региональной научно-практической конференции (Ростов-на-Дону, 24-25 апреля 2014 г.): отв. ред. С.В. Шлык. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2014. – С. 86-87.
285. Факторы, способствующие возникновению эндометрита [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://www.art-med.ru>.
286. **Флетчер, Р.** Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины [Текст] / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера, 1998. – С. 127, 206.

287. **Фомичев, В. В.** Особенности течения беременности и родов у пациенток с папилломавирусными поражениями гениталий [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / В. В. Фомичев. – Смоленск, 2006. – С. 105.
288. **Фролова, О. Г.** Материнская смертность, региональные аспекты [Текст] / О. Г. Фролова, З. З. Токова, Н. А. Дурасова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Сочи, 2008. – С. 262.
289. **Хакимов, В. М.** Оптимизация методов лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки при гипертрофии и посттравматической деформации [Текст]: дис. ... канд. мед. наук. / В. М. Хакимов. – Уфа. - 2005. – С. 127.
290. **Хакимова, Ф. М.** Оптимизация методов хирургического лечения посттравматической деформации шейки матки [Текст] / Ф. М. Хакимова, В. А. Кулавский // Материалы форума «Мать и Дитя». – Москва, 2009. – С. 527.
291. **Хачак, С. Н.** Эффективность применения ручной вакуум-аспирации в профилактике послеродовой заболеваемости [Текст] / С. Н. Хачак, Е. С. Лебеденко, С. Л. Гребешкова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – Сочи, 2008. – С. 100-101.
292. **Хирургическая** коррекция истмико-цервикальной недостаточности [Текст] / [С. В. Борисюк, А. А. Симонов, Н. Е. Федорова и др.] // Оренбургский медицинский вестник. – Т. III. – №2 (10). – С. 67-71.
293. **Хирургические** методики предотвращения и коррекции невынашивания беременности [Текст] / [А. А. Попов, А. А. Федоров, В. С. Вроцкая и др.] // Акушерство и гинекология. – Санкт-Петербург, 2017. - №2. – С. 80-81.
294. **Цыренова, Б. Д.** Определение ведущих факторов риска возникновения гнойно-воспалительных осложнений после родов [Текст] / Б. Д. Цыренова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2005. – С. 290.
295. **Чайка, В. К.** Инфекции в акушерстве и гинекологии [Текст]: практическое руководство / В. К. Чайка. – Донецк: ООО «Альматео», 2006. – С. 347-356.

296. **Черемискин, В. П.** Особенности течения послеродовых гнойно-септических заболеваний у пациенток с тяжелым гестозом [Текст] / В. П. Черемискин, Б. Е. Гребенкин // Естествознание и гуманизм: сб. науч. тр. – 2007. – Т. 4. – №3. – С. 50.
297. **Черемискин, В. П.** Гнойно-септические заболевания послеродового периода: комплексная диагностика, лечение и профилактика [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. П. Черемискин. – Челябинск, 2012. – С. 39-42.
298. **Чернуха, Е. А.** Нормальный и патологический послеродовый период [Текст] / Е. А. Чернуха. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 206-209.
299. **Чернышева, Ю. С.** Рационализация процесса подготовки к родам пациенток, перенесших хирургическое лечение шейки матки, на основе информационных технологий [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Ю. С. Чернышева. – Воронеж, 2009. – С. 131.
300. **Шалина, Р. И.** Коррекция истмико-цервикальной недостаточности [Текст] / Р. И. Шалина // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2015. – №2. – С. 40-43.
301. **Шевелева, Т. В.** Прогноз развития и ранняя диагностика послеродового эндометрита [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Шевелева. – М., 2009. – С. 126-127.
302. **Шестакова, О. И.** Возможности использования НМГ в профилактике воспалительных и тромботических осложнений после оперативного родоразрешения [Текст] / О. И. Шестакова, Т. К. Пучко // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С. 277-278.
303. **Шляпников, М. Е.** Системный подход к лечению послеродового эндометрита и оптимизации абдоминального родоразрешения [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. Е. Шляпников. – М., 2009. – С. 43.
304. **Щукина, Н. А.** Современные особенности течения гнойно-септических послеродовых заболеваний. Диагностика и лечение [Текст] / Н. А. Щукина,

- С. Н. Буянова // Материалы Форума «Мать и Дитя». – М., 2010. – С.282-283.
305. **Эгамбердиева, Л. Д.** Возможности диагностики и исходы беременности при анатомической и функциональной недостаточности шейки матки [Текст] / Л. Д. Эгамбердиева. – 2013. – С. 283-284.
306. **Юсупова, М. А.** Алгоритм ведения беременных с патологией шейки матки [Текст] / М. А. Юсупова, Д. У. Исмаилова, С. О. Матмуратова // Интерактивная наука. – 2017. – №2(12). – С. 84-88.
307. **Юсупова, М. А.** Распространенность заболеваний шейки матки у беременных женщин в Узбекистане [Текст] / М. А. Юсупова, Ш. К. Бекметова, Ж. А. Хайтбоев // Universum: медицина и фармакология. – 2017. – №3(37).
308. **Яковлева, О. В.** Уточнение показаний для коррекции несостоятельности шейки матки [Текст] / О. В. Яковлева, Л. В. Музурова // Материалы форума «Мать и Дитя». – Екатеринбург, 2010. – С. 347.
309. **Яковлева, О. В.** Возможность проспективного прогнозирования преждевременного прерывания беременности при несостоятельности шейки матки во втором триместре беременности [Текст] / О. В. Яковлева, Л. В. Музурова // Материалы форума «Мать и Дитя». – Екатеринбург, 2010. – С. 348.
310. **Ячменев, Н. П.** Состояние шейки матки после ее разрыва в родах [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. П. Ячменев. – М., 2008. – С.149.
311. **Ячменев, Н. П.** Состояние шейки матки после ее разрыва в родах [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Н. П. Ячменев. – М., 2008. – С. 4, 45-46.
312. **A comparison** of vaginally administered misoprostol with extra- amniotic saline solution infusion for cervical ripening and labor induction [Text] / [P. M. Mullin, M. House, R. H. Paul, D. A. Wing] // Am. J. of Obstet. Gynecol. – Oct 2002. – 187(4). – P. 847-52.

313. **Abalos, E.** Активное ведение третьего периода родов: Комментарии БРЗ (последняя редакция: 14 сентября 2007г.) [Текст] / E. Abalos // Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 2007.
314. **Abalos, E.** Активное ведение третьего периода родов в сравнении с тактикой выжидания: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 2 марта 2009г.) [Текст] / E. Abalos // Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 2009.
315. **Abalos, E.** Выбор утеротоников для активного ведения третьего периода родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция 2 марта 2009г.) [Текст] / E. Abalos // Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 2009.
316. **Anorlu, Rose I.** Methods of delivering the placenta at caesarean section [Text] / Rose I. Anorlu, Babalwa Maholwana, G. Justus Hofmeyr // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2008. – Issue 3. – John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858. CD004737. pub2.
317. **Antibiotic** prophylaxis for operative vaginal delivery [Text] / [T. Liabsuetrakul, T. Choobun, K. Peeyananjarassri, M. Islam] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2004. – Issue 3. – John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858. CD004455. pub2.
318. **Carroli, C.** Выписка из роддома здоровых матерей и доношенных детей на ранних сроках: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 28 октября 2003г.) [Текст] / C. Carroli, D. Duarte // Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ. – Женева: ВОЗ, 2003.
319. **Characteristics** associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery [Text] / [H. J. Landy, S. K. Laughon, J. L. Bailit et al.] // Journal PubMed, Obstetrics & Gynecology, Israel. – 2011. – 117(3). – P. 627-35. – Doi: 10.1097//AOG.ObO13e31820afaf2.
320. **Decreasing** incidence of postcesarean endometritis with extended – spectrum antibiotic prophylaxis [Text] / [A. T. Tita, Jc Hauih, A. Grimes et al.] // Obstet. Gynecol. – Jan 2008. – 111 (1). – P. 51-6.

321. **Does service** accessibility reduce socioeconomic differentials in maternity care seeking? Evidence from rural Bangladesh [Text] / [M. H. Rahman, W. H. Mosley, S. Ahmed, H. H. Akhter] // J. Biosoc. Sci. – 2008. – 40 (1). – P. 19-33. – Epub 2007.
322. **French, Linda.** Antibiotic regimens for endometritis after delivery [Text] / Linda French, Fiona M. Smaill //Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2004. – Issue 4. – John Wiley and Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.cd001067. pub2.
323. **Haas, David M.** Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections [Text] / David M. Haas, Sarah Morgan, Karenrose Contreras // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – Issue 3. – John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002 /*14651858.CD007892. pub2.
324. **Hofmeyr, G. J.** Antibiotic prophylaxis for cesarean section [Text] / G. J. Hofmeyr, F. M. Smaill // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2002. – Issue 3. – John Wiley&Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD00933, 2010.
325. **Hopkins, L.** Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarian section [Text] / L. Hopkins, F. Smaill // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 4. – Art. No.:CD001136. DOI: 10. 1002/14651858.CD001136.
326. **Intrapartum** cervical lacerations: characteristics, risk factors, and effects on subsequent pregnancies [Text] / [N. Melamed, A. Ben-Haroush, R. Chen et al.] // Amer. J. PabMed Obstet. Gynecol. – 2009. – 200(4). – P. 388: e 1-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
327. **Thompson K. Beth** Cervical Incompetence Update [Text] / K. Beth Thompson, J. Keehbauch // The female patient. – Nov 2009. – Vol. 34.
328. **Le Ray, C.** Manual rotation of occiput posterior presentation [Text] / C. Le Ray, F. Goffine // Gynecology Obstetrics Fertil. – Oct 2011. – 39(10). – P. 575-8.
329. **Lonkhuijzen Luc.** Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries [Text] / Luc Van Lonkhuijzen, Jelle

- Stekelenburg, Jos Van Roosmalen // Cochrane Database of Systematic Reviews.
– 2009. – Issue 3. – John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI:
10.1002/14651858.cd06759.pub2.
330. **Make every mother and every child count** [Text] // The World Health Report.
– Geneva: World Health Organization, 2005. - P. 62.
331. **Maharaj, D.** Puerperal pyrexia: a review. Part 1. [Text] / D. Maharaj // Obstet.
Gynecol. Surv. – Jun 2007. – 62(6). – P. 393-9. – PMID: 17511893.
332. **Maternal infection** rates after cesarean delivery by Pfannenstiel or Joel –
Cohen incision: a multicenter surveillance study [Text] / [A. M. Dumas, R.
Girard, L. Ayzac et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – Dec 2009. –
147 (2). – P. 139-43. – Epub 2009 Oct 27. PMID: 19864051.
333. Perineal Trauma & Episiotomy [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим
доступа: www.slideserve.com/yazid/perineal-trauma-epsiotomy. – Perineal
Trauma & Epsiotomy - PowerPoint PPT Presentation by Mr's Raheegh Awni.
334. **Oyelese, Y.** Cervical laceration associated with misoprostol induction [Text] /
Y. Oyelese, H. J. Landy, J. V. Collea // International J. Gynecol. Obstet. – 2001.
– N73. – P. 161-162.
335. **Parikh, R.** Cervical Lacerations: some surprising facts [Text] / R. Parikh, S.
Brotzman, James N. Anasti // Amer. J. of Obstet. Gynecol. – 2007. – T. 196. –
N5. – P. 17-18.
336. **Peca-Marth Guiomar, E.** Fundal pressure versus controlled cord traction as
part of the active management of the third stage of labour [Text] / E. Peca-Marth
Guiomar, Gabriella Comunian-Carrasco // Cochrane Database of Systematic
Reviews. – 2007. – Issue 4. – John Wiley& Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.
1002\14651858.cd005462.pub2.
337. **Prendiville, Walter J. P.** Active versus expectant management in the third stage
of labour [Text] / Walter J. P. Prendiville, Diana Elbourne, Susan J. McDonald //
Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2009. – Issue 3. – John Wiley, Ltd
Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD000007.pub2.

338. **Proportion of birth attended by a skilled health worker – 2008 updates** [Text] // Department of Reproductive Health and Research. – Geneva: WHO, 2008.
339. **Prophylactic oxytocin for the third stage of labour** [Text] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 4. – Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858. CD001808.
340. **Racial/ethnic differences** in perineal, vaginal and cervical lacerations [Text] / [L. M. Hopkins, A. B. Caughey, D. V. Glidden, R. K. Laros] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – 193. – P. 455-9.
341. **Risk factors** for endometritis after low trasverse cesarean delivery [Text] / [M. A. Olsen, A. M. Butler, D. M. Willers et al.] // Infect. Control Hosp. Epidemiol. – Jan 2010. – 31(1). – P. 69-77. – PMID: 19951198.
342. **Bacterial Sepsis** following Pregnancy [Text]: Green-top Guideline No. 64b, 1 st. edition // Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. – April 2012.
343. **Seravalli, V.** Risk of intrapartum cervical lacerations in women with cerclage [Text] / V. Seravalli, S. Potti, V. Berghella // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – Feb. 2013. – Epub 2012; Oct 29. – 26(3). – P. 294-8. – DOI:10.3109/14767058.2012.733755.
344. **Soltani, H.** Uterine massage for preventing postpartum hemorrhage: RHL commentary (last revised: 1 April 2010) [Text] / H. Soltani // The WHO Reproductive Health Library. – Geneva: WHO, 2010.
345. **Surviving Sepsis Campaign:** International Guidelines for Management of Severe Sepsis and septic Shock, 2012 [Text] / [R. P. Dellinger, Mitchell M. Levy, Andrew Rhodes et al.] // Intensive Care Medicine. – Jan 2013. – Vol. 39. – P. 165–228.
346. **Tears and Hematomas** [Text] / Fernandez Hospital PVT. LTD // Health Care for Women & the Newborn. – 2003.
347. **The use of thromboelastography** for the peripartum management of a patient with platelet storage pool disorder [Text] / [G. Rajpal, J. M. Pomerantz, M. V.

Ragni et al.] // Int. J. Obstet. Anesth. – Apr. 2011. – Epub 2010. – 20(2). – P. 173-7.

348. **Thinkamrop, J.** Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV) [Text] / J. Thinkamrop, B. Thinkamrop, J. E. Tolosa // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 4. – Art. No.: CD004070. DOI: 10.1002/14651858.CD004070.pub2.
349. **Weerasekera, D. S.** Randomized prospective trial of the obstetric forceps versus vacuum extraction using defined criteria [Text] / D. S. Weerasekera, S. A. Premaratne // J. Obstet. Gynecol– 2002. – V. 22. – N 4. – P. 344-5. - 10.1080/ 01443610220141227. – <http://onlinelibrary.wiley.com/>.
350. **Wilkinson, Christopher S.** Manual removal of placenta at caesarean section [Text] / Christopher S. Wilkinson, Murray W. Enkin // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2006. – Issue 3. – John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD000130. pub2.
351. **Mother-baby package:** implementing safe motherhood in countries: practical guide [Text] // World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Health. – Geneva: WHO, 1994. – 89 p. - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63268>.