

DOI: 10.56871/МТР.2023.33.30.020

УДК 618.4-06:618.145-002-071.1:615.851.859

КЛИНИЧЕСКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

© Антон Юрьевич Хаванский¹, Бюзанд Вазгенович Аракелян²,
Марина Аркадьевна Левкович³, Виктор Анатольевич Линде^{1, 2},
Диана Константиновна Гурциева¹, Анна Викторовна Сугако¹,
Анна Александровна Гайдарова⁴

¹ Городская Мариинская больница. 191014, Российская Федерация, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова. 197022, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³ Ростовский государственный медицинский университет. 344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29

⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. 191015, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Кировная, д. 41

Контактная информация: Антон Юрьевич Хаванский — заведующий 2-м гинекологическим отделением.
E-mail: a.havansky@mail.ru ORCID ID: 0000-0002-4752-4384

Для цитирования: Хаванский А.Ю., Аракелян Б.В., Левкович М.А., Линде В.А., Гурциева Д.К., Сугако А.В., Гайдарова А.А. Клиническо-анамнестические особенности возникновения послеродового эндометрита по данным многопрофильного стационара // Медицина: теория и практика. 2023. Т. 8. № 4. С. 140–146.
DOI: <https://doi.org/10.56871/МТР.2023.33.30.020>

Поступила: 11.08.2023

Одобрена: 21.09.2023

Принята к печати: 09.11.2023

РЕЗЮМЕ: Послеродовой эндометрит (ПЭ) — одно из самых грозных и, к сожалению, нередких осложнений раннего послеродового периода. Значимость различных факторов риска данного заболевания не является константной, изменяясь в зависимости от времени и места проведения исследования. Для уточнения их роли в современном мегаполисе нами были обследованы 75 родильниц. 55 родильниц были госпитализированы с диагнозом «послеродовой эндометрит». 20 женщин с физиологическим течением послеродового периода составили контрольную группу. По нашим данным, физиологический профиль пациенток, предрасположенных к ПЭ, можно представить следующим образом: молодые родильницы с относительным дефицитом массы тела, преэклампсией и отягощенным акушерским и (или) соматическим анамнезом. Кесарево сечение увеличивает риск тяжелого течения заболевания. Анемический синдром и избыточная масса тела, по нашим данным, существенно не влияют на вероятность развития послеродового эндометрита.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: послеродовой эндометрит, факторы риска, многопрофильный стационар.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF THE APPEARANCE OF POSTPARTUM ENDOMETRITIS ACCORDING TO DATA OF A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

© Anton Yu. Khavansky¹, Byuzand V. Arakelyan², Marina A. Levkovich³, Viktor A. Linde^{1, 2},
Diana K. Gurtsieva¹, Anna V. Sugako¹, Anna A. Gaidarova⁴

¹ City Mariinsky Hospital. 191014, Russian Federation, Saint Petersburg, Liteyny pr., 56

² Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, L'va Tolstogo st., 6–8

³ Rostov State Medical University. 344022, Russian Federation, Rostov-on-Don, lane. Nakhichevansky, 29

⁴ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. Kirochnaya str., 41, Saint Petersburg, Russian Federation, 191015

Contact information: Anton Yurievich Khavansky — head of the 2nd gynecological department.

E-mail: a.havansky@mail.ru ORCID ID: 0000-0002-4752-4384

For citation: Khavansky AYu, Arakelyan BV, Levkovich MA, Linde VA, Gurtsieva DK, Sugako AV, Gaidarova AA. Clinical and anamnestic features of the appearance of postpartum endometritis according to data of a multidisciplinary hospital.

Medicine: theory and practice (St. Petersburg). 2023;8(4):140-146. DOI: <https://doi.org/10.56871/MTP.2023.33.30.020>

Received: 11.08.2023

Revised: 21.09.2023

Accepted: 09.11.2023

ABSTRACT: Postpartum endometritis is one of the most formidable and, unfortunately, not rare complications of the early postpartum period. The significance of various risk factors of this disease is not constant, changing depending on the time and place of the study. To clarify their role in the modern metropolis, we examined 75 maternity women. 55 maternity women were hospitalized with the diagnosis of postpartum endometritis. 20 women with physiologic course of the postpartum period constituted the control group. According to our data, the physiologic profile of patients predisposed to PE can be presented as follows: they are young women with relative weight deficit, preeclampsia, and aggravated obstetric and/or somatic history. Caesarean section increases the risk of a severe course of the disease. According to our data, anemic syndrome and overweight do not significantly affect the likelihood of postpartum endometritis.

KEY WORDS: postpartum endometritis, risk factors, multidisciplinary hospital.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ, послеродовым эндометритом (ПЭ) является воспаление эндометрия с возможным вовлечением миометрия, возникшее после родов или кесарева сечения (КС) в результате развития инфекции [1].

На протяжении столетий ПЭ и возникающий на его фоне перитонит являются одной из основных причин материнской смертности [2, 3].

В Евросоюзе и США частота данного заболевания после родов через естественные родовые пути составляет около 1–3%, после планового оперативного родоразрешения путём КС — от 5 до 15% [4, 5]. При экстренном КС, выполненном после длительного безводного периода и высокого надрыва плодных оболочек, частота послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений возрастает при отсутствии антибиотикопрофилактики до 30–35%. В России частота послеродового эндометрита в популяции составляет 3–8%, при патологических родах — 10–20%, а у женщин с высоким инфекционным риском — 13,3–54,3% [6, 7].

В качестве факторов риска ПЭ рассматривают практически все ослабляющие иммунную систему обстоятельства и источники дополнительной травматизации в родах, и в первую очередь — КС [8–10].

К значимым факторам риска ПЭ относят первые роды, ожирение, такие гинекологические

заболевания, как кольпит, патологические состояния шейки матки (эрозия, эктропион и др.), хронический эндометрит и т. д. [7, 11]. Среди экстрагенитальных заболеваний выделяют в первую очередь поражения ЛОР-органов, почек и мочевыводящих путей и сахарный диабет [12, 13].

S.L. Woodd и соавт. на основе проведённого ими метаанализа пришли к выводу, что вероятность ПЭ возрастает при наличии хориоамнионита или раневой инфекции после КС или травмы промежности [14]. На значимость хориоамнионита как фактора, существенно увеличивающего риск возникновения ПЭ, указывают и другие авторы [15, 16]. Из патологических акушерских состояний значимо увеличивают риск ПЭ анемия, преэклампсия и угроза прерывания беременности [3, 17].

Однако значимость каждого из перечисленных факторов для жительниц современного российского мегаполиса нуждается в уточнении.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования было уточнение клинико-анамнестических особенностей возникновения ПЭ в условиях современного российского мегаполиса.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка значимости отдельных факторов риска ПЭ и построение физиологического профи-

ля пациенток, предрасположенных к данному заболеванию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами на базах 2-го гинекологического отделения ГБУЗ «Городская Мариинская больница» и клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» в 2021–2023 гг. были обследованы 75 родильниц. 55 подобранных методом случайной выборки родильниц составили основную группу. Они были госпитализированы с диагнозом «послеродовой эндометрит» в ГБУЗ «Городская Мариинская больница». 20 женщин с физиологическим течением послеродового периода, подобранных методом случайной выборки в клинике акушерства и гинекологии ФГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», составили контрольную группу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Достоверная разница в сроках обследования в основной и контрольной группах была обусловлена следующим. Большинство пациенток с послеродовым эндометритом поступали в Мариинскую больницу из дома с разными сроками после выписки из акушерского стационара. В стационар пациентки с послеродовым

эндометритом поступали в среднем на $10,26 \pm 0,587$ сутки послеродового периода. Пациентки контрольной группы были выписаны из роддома в среднем на $4,19 \pm 0,534$ сутки.

Паритет в основной и контрольной группах статистически достоверно не различался. Число родов в основной группе составило $1,53 \pm 0,11$. В контрольной группе данный показатель соответствовал $1,85 \pm 1,97$. При этом средний возраст родильниц основной группы составил $26,84 \pm 0,75$ года, тогда как в контрольной группе — $30,75 \pm 1,30$ года. Разница статистически достоверна ($p < 0,03$).

Структура соматической заболеваемости в обследованных группах представлена в таблице 1.

Структура достоверно различалась по большинству заболеваний, что согласуется с опубликованными данными. Обращало на себя внимание, что в группе пациенток с ПЭ значительно чаще встречались поражения ЛОР-органов, мочевыделительной системы и дыхательной систем.

По нашим данным, увеличивает риск ПЭ не столько ожирение, сколько дефицит массы тела. Так, индекс массы тела в основной группе составил $25,3 \pm 0,90$, тогда как в контрольной группе — $29,1 \pm 1,41$. Разница статистически достоверна ($p < 0,03$). Наши данные частично согласуются и с результатами исследования К.Г. Томаевой и соавт. [18].

Анализ гинекологического анамнеза не выявил значимых для прогноза ПЭ заболеваний,

Таблица 1

Структура экстрагенитальной заболеваемости

Экстрагенитальные заболевания	Группа				p*
	контрольная (n=20)		основная (n=55)		
	абс. число	(P ± Sp) %	абс. число	(P ± Sp) %	
Нет	9	45,0±0,11	19	34,5±6,47	p <0,05
Заболевания сердечно-сосудистой системы	2	10,0±6,88	6	10,9±4,24	p >0,05
Заболевания дыхательной системы	1	5,0±5,00	5	9,1±3,91	p <0,05
Заболевания ЛОР-органов	2	10,0±6,88	8	14,5±4,80	p <0,05
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3	15,0±8,19	6	10,9±4,24	p <0,05
Заболевания эндокринной системы	2	10,0±6,88	4	7,3±3,53	p <0,05
Заболевания мочевыделительной системы	2	10,0±6,88	10	18,2±5,25	p <0,005
Заболевания опорно-двигательной системы	2	10,0±6,88	5	9,091±3,912	p >0,05
Варикозная болезнь	1	5,0±5,00	3	5,5±3,09	p >0,05

* Рассчитано с применением углового преобразования Фишера.

Таблица 2

Структура гинекологического анамнеза

Акушерские патологические состояния	Группа				p*
	контрольная (n=20)		основная (n=55)		
	абс. число	(P±Sp) %	абс. число	(P±Sp) %	
Отсутствуют	14	70,0±10,51	39	70,9±6,18	p >0,05
Патология шейки матки	3	15,0±8,19	8	14,5±4,80	p >0,05
Воспалительные заболевания органов малого таза	4	20,0±9,18	13	23,6±5,78	p <0,05
Кольпит	5	25,0±9,93	16	29,1±6,18	p <0,05
Миома матки	2	10,0±6,88	6	10,9±4,24	p >0,05
Эндометрионидная болезнь	3	15,0±8,19	8	14,5±4,80	p >0,05
Гиперпластические процессы в эндометрии	3	15,0±8,19	7	12,7±4,54	p <0,05

* Рассчитано с применением углового преобразования Фишера.

Таблица 3

Структура акушерского анамнеза

Акушерские патологические состояния	Группа				p*
	контрольная (n=20)		основная (n=55)		
	абс. число	(P±Sp) %	абс. число	(P±Sp) %	
Отсутствуют	11	55,0±11,41	16	29,1±6,18	p <0,05
Угроза прерывания беременности	3	15,0±8,19	10	18,2±5,25	p <0,05
Рвота беременных	6	30,0±10,51	17	30,9±6,29	p >0,05
Преэклампсия	2	10,0±6,88	26	47,3±6,79	p <0,005
HELLP-синдром	0	0	4	9,1±3,91	p <0,05
Безводный промежуток более 12 ч	1	5,0 + 5,00	8	14,5±4,80	p <0,05

* Рассчитано с применением углового преобразования Фишера.

за исключением воспалительных заболеваний органов малого таза и кольпита (табл. 2).

В акушерском анамнезе обращала на себя внимание более высокая встречаемость таких показателей, как преэклампсия, HELLP-синдром и длительный безводный промежуток (табл. 3).

Отдельного обсуждения заслуживает влияние КС на риск развития ПЭ. Наши данные не позволяют утверждать, что КС существенно влияет на частоту ПЭ в целом. Так, частота КС в основной и контрольной группах статистически достоверно не различалась 22,0±5,92% и 25,0±9,93% соответственно). Возможно, это связано с тем, что мир, по сути, переживает «эпидемию» КС при практически исчерпанных «рычагах» ее сдерживания [19]. В то же время, у 100% пациенток с тяжёлым течением ПЭ (4 женщины, или 8,0% наблюдений) и у 94,1% пациенток с ПЭ средней степени тяжести (16 из

17 женщин, или 34,0% наблюдений) роды были закончены КС. Степень тяжести ПЭ оценивали в соответствии с критериями, изложенными в клинических рекомендациях МЗ РФ [1].

А вот анемический синдром, по нашим данным, нельзя рассматривать как существенный фактор риска ПЭ (табл. 4).

Из данных таблицы видно, что содержание гемоглобина и эритроцитов в крови пациенток в основной и контрольной группах статистически достоверно не различались.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

По нашим данным, создаётся впечатление, что к ПЭ более предрасположены более молодые женщины.

Фактором риска ПЭ является отягощённый соматический анамнез. В группе пациенток с ПЭ чаще встречались поражения ЛОР-органов,

Таблица 4

Содержание гемоглобина и эритроцитов в группах (M±m)

Показатель	Группа		Р
	контрольная (n=20)	основная (n=55)	
Нб, г/л	118,10±2,922	116,82±2,198	0,375
Эр., ×10 ¹² /л	3,92±0,104	3,87±0,091	0,373

мочевыделительной системы и дыхательной систем.

У родильниц с ПЭ статистически достоверно чаще встречаются отягощённый акушерский анамнез, преэклампсия и HELLP-синдром. Значимость хорионамнионита мы оценить не смогли, поскольку данный диагноз не встречался ни в одной из групп.

Несомненным фактором риска ПЭ, как по данным публикаций, так и по нашим данным, является длительность безводного промежутка. Так, в основной группе она составила 481,6±78,85 мин, а в контрольной — 242,5± 63,46 мин (p < 0,05).

КС является фактором риска более тяжёлого течения ПЭ.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в современном мегаполисе физиологический профиль пациенток, расположенных к ПЭ, можно представить следующим образом: молодые родильницы с относительным дефицитом массы тела, с отягощённым соматическим и (или) акушерским анамнезом и длительным безводным периодом в родах. Для них характерны воспалительные заболевания органов малого таза и (или) кольпит в анамнезе.

Фактором риска тяжёлого течения ПЭ является КС.

Значимость анемического синдрома и избыточной массы тела как факторов риска развития ПЭ в современных условиях нуждаются в дальнейшем изучении.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Кан Н.Е., Ломова Н.А. [и др.]. Послеродовой эндометрит : клин. реком. МЗ РФ. М., 2016. 32 с.
2. Иноевс К. Медицинский отчёт родильного приюта Голицинской больницы в Москве. М. : Городская типография, 1892. 104 с.
3. Морозова Н.А., Морозова Н.И. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания: (этиопатогенез, факторы риска, диагностика) // Медико-социальные проблемы семьи. 2016. № 2. С. 72–79.
4. Докудаева Ш. А. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике послеродового эндометрита // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2016. № 4. С. 109–115.
5. Salim R. Effect of interventions in reducing the rate of infection after cesarean delivery // Amer. J. Infect. Control. 2011. Vol. 39. P. 73–78.— DOI: 10.1016/j.ajic.2011.05.001.
6. Баулина Н.В., Усанов В.Д., Баулин А.А. и др. Острые гнойно-воспалительные заболевания в экстренной

- гинекологической практике // *Акушерство и гинекология*. 2015. № 8. С. 114–118.
7. Курбанова Д.Ф., Султанова С. Г., Гаджиева Ф.Р. Формирование этиологической структуры послеродовых осложнений // *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2022. № 4. С. 381–390. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.319>.
 8. Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия*. М. : Изд-во журнала Status Praesens, 2011. 688 с.
 9. Rouse C.E., Eckert L.O., Muñoz F.M. et al. Postpartum endometritis and infection following incomplete or complete abortion : Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data // *Vaccine*. 2019. Vol. 37. P. 7585–7595. DOI: 10.1016/j.vaccine.2019.09.101.
 10. Ветров В.В., Иванов Д.О., Ахмеджанова З.М. и др. Операция переливания донорских эритроцитов плоду как причина послеродового метроэндометрита и сепсиса у матери // *Проблемы женского здоровья*. 2014. № 4. С. 69–72.
 11. Косарева А.А., Охременко З.В. Особенности микробиомы полости матки при метроэндометрите после кесарева сечения // Тезисы VIII Общероссийского конференц-марафона «Перинатальная медицина : от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (Санкт-Петербург, 10–12.02.2022 г.). М. : Редакция журнала Status Praesens, 2022. С. 33–34.
 12. Наркулова С.У., Атаходжаева Ф.А. Анализ развития септических осложнений в послеродовом периоде, а также после операции кесарева сечения // *Биология и интегративная медицина*. 2017. № 2. С. 97–103.
 13. Al-Ostad G., Kezouh A., Spence A. R., Abenham H. A. Incidence and risk factors of sepsis mortality in labor, delivery and after birth: population-based study in the USA // *J. Obstet. Gynaecol. Res*. 2015.— Vol. 41. P. 1201–1206. DOI: 10.1111/jog.12710.
 14. Woodd S.L., Montoya A., Barreix M. et al. Incidence of maternal peripartum infection : A systematic review and meta-analysis // *PLoS Medicine*. 2019. Vol. 16. P. e1002984. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002984.
 15. Ихтиярова Г. А., Тошева И. И. Дифференцированные подходы к методам родоразрешения при хориоамнионите // *Вестник оперативной хирургии и топографической анатомии*. 2020. № 1. С. 46–50.
 16. Дударева Ю.А., Гурьева В.А., Фильчакова О.Н. Течение, исход беременности и акушерская тактика при преждевременном разрыве плодных оболочек в 24–32 недели // *Российский медицинский журнал*. 2018. № 5. С. 237–241. DOI: 10.18821/0869-2106-2018-24-5-237-241.
 17. Чернов А.В., Бригадирова В.Ю., Коротких И.Н. Медико-социальные аспекты послеродовых гнойно-септических осложнений // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*. 2013. № 2. С. 54–58.
 18. Томаева К.Г., Гайдуков С.Н., Комиссарова Е.Н. Частота встречаемости послеродового эндометрита у женщин с разными соматотипами // *Вестник новых медицинских технологий*. 2019. № 3. С. 9–13. DOI: 10.24411/1609-2163-2019-16400.
 19. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Geneva : World Health Organization, 2021.

REFERENCES

1. Adamyan L.V., Kan N.Ye., Lomova N.A. [i dr.]. Poslerodovoy endometrit : klin. rekom. MZ RF. M., 2016. 32 p. (in Russian).
2. Inoyevs K. Meditsinskiy otchot rodit'nogo priyuta Golitsinskoy bol'nitsy v Moskve. M. : Gorodskaya tipografiya, 1892. 104 p. (in Russian).
3. Morozova N.A., Morozova N.I. Poslerodovyye gnoyno-vospalitel'nyye zabolevaniya: (etiopatogenez, faktory riska, diagnostika) // *Mediko-sotsial'nyye problemy sem'i*. 2016. № 2. P. 72–79. (in Russian).
4. Dokudayeva SH. A. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii, patogeneze, klinike i diagnostike poslerodovogo endometrita // *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova*. 2016. № 4. P. 109–115. (in Russian).
5. Salim R. Effect of interventions in reducing the rate of infection after cesarean delivery // *Amer. J. Infect. Control*. 2011. Vol. 39. P. 73–78.— DOI: 10.1016/j.ajic.2011.05.001.
6. Baulina N.V., Usanov V.D., Baulin A.A. i dr. Ostryye gnoyno-vospalitel'nyye zabolevaniya v ekstremnoy ginekologicheskoy praktike // *Akusherstvo i ginekologiya*. 2015. № 8. P. 114–118. (in Russian).
7. Kurbanova D. F., Sultanova S. G., Gadzhieva F. R. Formirovaniye etiologicheskoy struktury poslerodovoykh oslozhneniy // *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiya*. 2022. № 4. P. 381–390. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.319>. (in Russian).
8. Radzinskiy V. Ye. Akusherskaya agressiya. M. : Izd-vo zhurnala Status Praesens, 2011. 688 p. (in Russian).
9. Rouse C. E., Eckert L. O., Muñoz F. M. et al. Postpartum endometritis and infection following incomplete or complete abortion : Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data // *Vaccine*. 2019. Vol. 37. P. 7585–7595. DOI: 10.1016/j.vaccine.2019.09.101.
10. Vetrov V.V., Ivanov D.O., Akhmedzhanova Z.M. i dr. Operatsiya perelivaniya donorskikh eritrotsitov plodu kak prichina poslerodovogo metroendometrita i sepsisa u materi // *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2014. № 4. P. 69–72. (in Russian).
11. Kosareva A. A., Okhremenko Z. V. Osobennosti mikrobioma polosti matki pri metroendometrite posle kesare-

- va secheniya // Tezisy VIII Obscherossiyskogo konferents-marafona «Perinatal'naya meditsina : ot pregravidarnoy podgotovki k zdorovomu materinstvu i detstvu» (Sankt-Peterburg, 10–12.02.2022 g.). M. : Redaktsiya zhurnala Status Praesens, 2022. P. 33–34. (in Russian).
12. Narkulova S.U., Atakhodzhayeva F.A. Analiz razvitiya septicheskikh oslozhneniy v poslerodovom periode, a takzhe posle operatsii kesareva secheniya // *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2017. № 2. P. 97–103. (in Russian).
13. Al-Ostad G., Kezouh A., Spence A. R., Abenhaim H. A. Incidence and risk factors of sepsis mortality in labor, delivery and after birth: population-based study in the USA // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2015.— Vol. 41. P. 1201–1206. DOI: 10.1111/jog.12710.
14. Woodd S.L., Montoya A., Barreix M. et al. Incidence of maternal peripartum infection : A systematic review and meta-analysis // *PLoS Medicine*. 2019. Vol. 16. P. e1002984. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002984.
15. Ikhtiyarova G. A., Tosheva I. I. Differentsirovannyye podkhody k metodam rodorazresheniya pri khorioamni-onite // *Vestnik operativnoy khirurgii i topograficheskoy anatomii*. 2020. № 1. P. 46–50. (in Russian).
16. Dudareva YU.A., Gur'yeva V.A., Fil'chakova O.N. Tsecheniye, iskhod beremennosti i akusherskaya taktika pri prezhdevremennom razryve plodnykh obolochek v 24–32 nedeli // *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2018. № 5. P. 237–241. DOI: 10.18821/0869-2106-2018-24-5-237-241. (in Russian).
17. Chernov A.V., Brigadirova V.YU., Korotkikh I.N. Mediko-sotsial'nyye aspekty poslerodovykh gnoyno-septicheskikh oslozhneniy // *Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I. P. Pavlova*. 2013. № 2. P. 54–58. (in Russian).
18. Tomayeva K.G., Gaydukov S.N., Komissarova Ye.N. Chastota vstrechayemosti poslerodovogo endometrita u zhenshchin s raznymi somatotipami // *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2019. № 3. P. 9–13. DOI: 10.24411/1609-2163-2019-16400. (in Russian).
19. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Geneva : World Health Organization, 2021.