

**Первичный анализ акушерской патологии
в операционном материале**
**Стяжкина С. Н.¹, Горшкова Е. В.², Овчинникова Д. А.³,
Юсупова А. С.⁴**

¹Стяжкина Светлана Николаевна / Stjazhkina Svetlana Nikolaevna – доктор медицинских наук, профессор, кафедра факультетской хирургии;

²Горшкова Елена Валентиновна / Gorshkova Elena Valentinovna – врач-патологоанатом;

³Овчинникова Дарья Александровна / Ovchinnikova Dar'ja Aleksandrovna – студент;

⁴Юсупова Алсу Саяфовна / Jusupova Alsu Sajafovna – студент, лечебный факультет, кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Удмуртская республика

Аннотация: целью работы стало изучение встречаемой акушерской патологии в операционном гинекологическом материале, ознакомление акушеров-гинекологов с инволюцией маточно-плацентарного ложа и основных причин акушерских кровотечений для дальнейшего совершенствования акушерско-гинекологической помощи. Объективным микроскопическим маркером восходящего инфицирования плодного пузыря является диффузный гнойный хориодецидуит, который нередко сочетается с экссудативным плацентарным хориоамнионитом и сосудисто-стромальным фаникулитом. А при кесаревом сечении стенки матки в поврежденной зоне нередко влекут за собой нарушение заживления операционной раны. Также предрасполагающим к развитию эндометрита после оперативного родоразрешения является неполное удаление децидуальной ткани, персистирующие остатки которой тормозят регенераторные процессы и тем самым способствуют субинволюции матки и внутриматочному размножению бактериальной микрофлоры.

Abstract: the aim of this work was to study encountered obstetric pathology in surgical gynecological material, acquaintance of obstetricians and gynecologists with involution uterine - placental bed and the main causes of obstetric hemorrhage for further improvement of obstetric care. Objective microscopic marker of the rising fetal bladder infection is diffuse purulent choriodecidua, which is often combined with exudative placental chorioamnionitis and vascular-stromal paniculata. And for caesarean section the uterus in the damaged area often violate the healing of the wound. Also contributing to the development of endometritis after operative delivery is incomplete removal of decidual tissue, persistent residues which inhibit regenerative processes and thereby contribute to subinvolution of the uterus and intrauterine reproduction of bacterial microflora.

Ключевые слова: операционный гинекологический материал, эндометрит, восходящая инфекция, кесарево сечение, экстирпация матки, гравидарные структуры, инволюция маточно-плацентарного ложа.

Keywords: operational gynecologic material, an endometritis, the ascending infection, Cesarean section, a uterus extirpation, gravidary structures, involution of a uterine placental bed.

Работа была произведена с экстирпованными послеоперационными матками и плацентами. За первую половину 2014 года в отделение БУЗ УР «РПАБ МЗ УР» на гистологическое исследование поступило 165 экстирпованных и ампутированных маток. Доля акушерской патологии среди общего числа удаленных маток составила 7.9 % (13 наблюдений).

Данные наблюдения разделены на 4 условные группы:

- 1) экстирпация матки после естественного родовспоможения (7 женщин, возраст от 19 до 38 лет).
- 2) Экстирпация матки после операции кесарево сечение (2 случая, возраст 28 -35 лет).
- 3) Экстирпация матки после медицинского аборта (2 случая, возраст от 23 до 26 лет).
- 4) Другие: 1 наблюдение: сочетание позднего возраста женщины и наличие большого миоматозного узла диаметром до 11 см, возраст 45 лет.

1 группа: 7 наблюдений. Возраст от 19 до 38 лет. Роды срочные, естественные, при исследовании последа в наблюдениях выставлен диагноз восходящего инфицирования (пуповинная стадия, в воспалительный процесс вовлечена плацента и пуповина) и указан риск по развитию эндометрита. Несмотря на это, прогрессирование воспалительного процесса привело к необходимости экстирпации матки (от момента родов до удаления матки прошло разное количество дней в разных случаях). При гистологическом исследовании во всех случаях диагностирован метроэндометрит, разной степени выраженности и распространенности.

При гистологическом исследовании в ряде случаев диагностирована персистенция гравидарных структур (фрагментов базальной пластины плаценты, ворсинчатого хориона), наличию которых, безусловно, способствовали субинволюции маточно-плацентарного ложа и усугубляло течение послеродового воспалительного процесса в матке.

2 группа: 2 наблюдения, возраст женщин 28 и 35 лет.

Основные причины родоразрешения путем кесарева сечения - низкая плацентация в одном случае, восходящее внутриутробное инфицирование во втором. В обоих случаях поводом для экстирпации матки стала несостоятельность швов матки с развитием гнойного метроэндометрита. В одном из случаев эндометрит был прогнозируем, обусловлен восходящим внутриутробным инфицированием и подтвержден

при гистологическом исследовании последа. Несмотря на это, инфекционный процесс не купирован, спустя 9 суток выполнена экстирпация. Во втором случае, с низкой плацентацией - инфицирование матки произошло в ходе операции кесарево сечение и относится к разряду акушерской патологии.

3 группа - экстирпация матки после медицинского аборта, в ходе которого была перфорирована матка. При гистологическом исследовании в обоих случаях выявлены морфологические проявления постабортного эндометрита, в стенке матки (зоны перфоративного отверстия) описаны геморрагии в одном случае и картина миометрита – в другом. В обоих случаях диффузного воспаления в стенке матки не описывалось, временной интервал между эпизодом перфорации и экстирпации матки не установлен в виду отсутствия клинических данных.

Вывод: в 90 % удаленных маток выявлен метроэндометрит разной степени выраженности, который обусловил необходимость удаления матки. В 3-х случаях он был прогнозируем (восходящее инфицирование последа при исследовании плаценты) и выставлен риск развития эндометрита у матери, в остальных случаях инфицирование произошло в ходе родов или в послеродовом периоде и его следует рассматривать как акушерскую патологию. Часть наблюдений сопровождалась персистенцией гравидарных структур. Так как объективных причин (истинного вращения или плотного прикрепления) для неполного отторжения последа не было, персистенцию гравидарных структур следует расценивать как патологию ведения родов. В задачи данного исследования не входило получение статистических данных, а основной целью явилось изучение встречаемой акушерской патологии в операционном гинекологическом материале и, в большей мере, ознакомление акушеров-гинекологов с инволюцией маточно-плацентарного ложа и основных причин акушерских кровотечений для дальнейшего совершенствования акушерско-гинекологической помощи.

Литература

1. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Манухин И. Б. «Гинекология. Национальное руководство», ГЭОТАР - Медиа, 2007 год.
2. Славянова И. К. «Акушерство и гинекология», Феникс, 2010 год.
3. Русакевич П. С. «Гиперпластические процессы эндометрия в гинекологии», Гриф, 2012 год.
4. Жилыев Н. И., Жилыев Н. Н. «Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии», МИА, 2004 год.
5. Гемонов В. В. «Гистология, цитология и эмбриология. Атлас». ГЭОТАР-Медиа, 2013 год.
6. Юшканцева С. И., Быков В. Л. «Гистология, цитология и эмбриология. Краткий атлас». ИФ, 2006 год.
7. Стрижаков Н. А. «Патофизиология плода и плаценты», ГЭОТАР-Медиа, 2015 год.