

УДК 618.714-007.16-07

**Е.В. Шульженко¹, Э.Н. Зарицкая¹,
Е.М. Мирлас¹, М.Н. Борзунов²,
Т.А. Мостовая², Е.Д. Болгова²,
С.Н. Петров²****ГБОУ ВПО «Амурская ГМА»
Минздрава России¹
г. Благовещенск
ГБУЗ АО «Благовещенская
городская клиническая больница»
(городской родильный дом)²
г. Благовещенск****СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ И
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ**

Частота послеродового эндометрита после самопроизвольных родов составляет 4–5%, после операции кесарева сечения – 10–15% [2, 5, 6, 13]. Послеродовый эндометрит занимает ведущее место среди послеродовых осложнений. Рост эндометрита в послеродовом периоде обусловлен множеством социальных, экономических, медицинских причин [7, 8, 10, 12, 15].

Важным прогностическим признаком в манифестации послеродового эндометрита является субинволюция матки, которая характеризуется нарушением процессов ее обратного развития на фоне перерастяжения или инфицирования. Субинволюция матки по данным эхографии и гистероскопии встречается в 10–31% случаев после родов, а в 15–86,7% случаев манифестируется в развернутую клиническую картину эндометрита [1, 6, 7, 8, 10].

Быстрота инволюции зависит от индивидуальных особенностей, перенесенных оперативных

вмешательств, эндокринных влияний, количества аборт, продолжительности родов, кормления грудью и т.д. Факторами риска также являются хронические соматические заболевания, анемия, использование антибактериальных препаратов и кортикостероидов, половые контакты накануне родов, перерастяжение миометрия (крупный плод, многоводие, многоплодие, у много рожавших женщин), нарушение гемоциркуляторных процессов (преэклампсия, возрастная первородящая, несвоевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника) [2, 5, 8, 10, 14]. Послеродовая субинволюция матки (О90.8) клинически существует в виде двух форм: истинная и инфицированная [1]. Истинная субинволюция матки диагностируется вследствие родов крупным плодом, при многоплодной беременности, у много рожавших. В то время как инфицированная субинволюция формируется при длительном безводном периоде, многоводии и хориоамнионите. Послеродовая субинволюция матки является фактором риска реализации послеродового эндометрита, требует своевременной диагностики и лечения [1, 6, 10, 12].

Цель исследования: оценка факторов риска развития субинволюции матки для выбора рациональной тактики ведения родильниц и профилактики послеродового эндометрита.

Материалы и методы исследования

Обследовано 58 женщин с диагностированной субинволюцией матки в послеродовом периоде на базе акушерско-обсервационного отделения ГБУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (городской родильный дом) г. Благовещенска. Диагноз «послеродовая субинволюция матки» выставлен на 4–5 сутки и основывался на клинических данных, эхографии матки (увеличение размеров матки, расширение

РЕЗЮМЕ

При выборе тактики ведения женщин с субинволюцией матки для профилактики послеродового эндометрита имеет значение течение беременности и родов. Среди осложнений родов преобладают длительный безводный период, крупный плод, нарушения родовой деятельности. Послеродовый эндометрит реализовался только у 2 (3,4%) женщин из 58.

Ключевые слова: послеродовый эндометрит, субинволюция матки, факторы риска.

SUBINVOLUTION OF UTERUS AND PUERPERAL ENDOMETRITIS

E.V. Shuljenko, E.N. Zaritskaya, E.M. Mirlas, M.N. Borzunov, E.D. Bolgova, S.N. Petrov

ABSTRACT

For prophylaxis of puerperal endometritis assessment of risk factors of subinvolution of uterus development during pregnancy and childbirth allows to select the adequate tactics in the postpartum period to prevent complications and endometritis. In assessing the causes of subinvolution of uterus occurrence of inflammatory complications during pregnancy, large fetus, long waterless period, birth activity abnormalities should be noted. Puerperal endometritis was revealed only in 2 (3,4%) from 58 women.

Key words: postpartum endometritis, subinvolution of uterus, factors of risk.

Таблица 1. Клинические и гистологические признаки субинволюции матки

Признаки	Истинная субинволюция матки (n=32)		Инфицированная субинволюция матки (n=26)	
Субфебрилитет после родов, человек/%	–	–	3	11,5
Симптомы интоксикации на 4–5 сутки после родов (слабость, недомогание, головные боли, тошнота), человек/%	–	–	1	3,8
Лейкоциты крови, 10 ⁹ /л	10,6±0,8		16,2±0,4*	
СОЭ, мм/ч	28±8		45±12*	
УЗИ признаки субинволюции матки на 4-5 сутки после родов:				
– размеры матки:	9,1±0,26		14,4±0,8*	
• переднее-задний размер матки, см	17,1±0,3		18,4±0,6	
• длина, см	12,4±0,4		14,2±0,5	
• ширина, см				
– расширение полости матки, мм	16±0,4		23±0,9*	
– V матки см ³	610±21		622±32*	
– содержимое полости матки, человек/%				
✓ жидкостное	14	43,8	11	42,3
✓ неоднородное				
✓ патологический субстрат	5	15,6	9	34,6*
– расширение сосудов матки, человек/%	–	–	–	–
	2	6,2	9	34,6*
Гистологическое исследование последов, человек/%:				
– дистрофические изменения в плаценте	29	90,6	24	92,3
– базальный децидуит	2	6,3	21	80,8*
– лимфо-лейкоцитарная инфильтрация	2	6,3	18	69,2*
– интервиллизит	1	3,1	6	23,1*
– хориоамнионит	–	–	4	15,4

Примечание: * – достоверные различия между группами, $p \geq 0,05$.

полости матки более 13–14 мм), лабораторных показателях (клинический анализ крови, микроскопия мазка на флору из цервикального канала и уретры). Все исследуемые были условно разделены на две группы с учетом выявленных факторов риска: I группа – истинная субинволюция матки (n=32), II группа – инфицированная субинволюция матки (n=26). По группам проведен анализ клинико-диагностических критериев, гистологического исследования последов и тактики ведения послеродового периода, а также эффективности проведенной терапии. Ведение послеродового периода осуществлялось в соответствии с клиническими протоколами (3, 4, 9, 11). Все средние значения представлены со стандартным отклонением (M±SD). Различия между сравниваемыми величинами признавались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст рожениц составил 23,9±2,1

лет, из них 6 (10,3%) были юными (16–17 лет). Чаще субинволюция матки была диагностирована у повторнородящих женщин – 44 (75,9%), реже у первородящих – 14 (24,1%). По группам различия статистически были не значимы: 24 (75%) и 20 (76,9%) соответственно ($p < 0,05$).

К моменту наступления беременности регулярный менструальный цикл установился у большинства – 50 (86,2%) женщин, нарушения ритма менструации отметили 8 (13,8%) рожениц, чаще нарушения ритма менструации выявлены в I группе – 6 (18,8%), чем во II группе – 2 (7,7%) ($p < 0,05$). При оценке гинекологического анамнеза выявлены воспалительные болезни женских тазовых органов у 44 (75,9%) обследованных: в I группе – 20 (62,5%) женщин, во II группе – 24 (92,3%) ($p < 0,05$). У каждой второй роженицы до беременности отмечались воспалительные заболевания шейки матки и влагалища, у каждой третьей – воспалительные болезни матки, сальпингит и оофорит.

рит.

Во всех случаях беременность наступила спонтанно, у 48 женщин (82,8%) – без прегравидарной подготовки. В первой половине беременности наиболее часто осложнялась угрозой аборт – у 12 (20,7%), обострением хронических инфекций – у 10 (17,2%), анемией легкой степени тяжести – у 8 (13,8%) обследованных. У 4 женщин во время беременности выявлены половые инфекции (хламидийная). У обследуемых рожениц I группы чаще преобладали угрожающий аборт – 9 (28,1%) и анемия легкой степени тяжести – 6 (18,8%). Обострение хронических экстрагенитальных заболеваний отмечено в I группе в 2 (6,3%), во II группе в 8 (30,8%) случаях ($p < 0,05$).

У 16 (27,9%) рожениц во второй половине беременности были воспалительные болезни влагалища. У рожениц с инфицированной формой субинволюции матки они диагностированы чаще

Таблица 2. Тактика ведения родильниц в зависимости от выявленных факторов риска

Лечебные мероприятия после родов (человек/%)				
А) утеротоническая терапия				
– окситоцин 5ЕД – 1 мл внутримышечно, 2 раза в день	29	90,6	2	7,7
– окситоцин 5ЕД – 1 мл внутривенно на физиологическом растворе, 1 раз в день + окситоцин 5ЕД – 1 мл внутримышечно 1 раз в день	1	3,1	23	88,5
Б) антибиотикопрофилактика				
– цефтриаксон 2,0 на физиологическом растворе, внутривенно однократно	9	28,1	–	
В) антибиотикотерапия				
– цефтриаксон 2,0 на физиологическом растворе, внутривенно, 1 раз в день	5	15,6	17	65,4
– цефтриаксон 2,0 на физиологическом растворе, внутривенно, 2 раза в день + метрогил 100 мл, 3 раза в день, № 6	2	6,3	9	34,6
Лечебные мероприятия с диагнозом «субинволюция» (человек/%)				
А) мануальная вакуум-аспирация				
	15	46,9	22	84,6
Б) утеротоническая терапия				
– окситоцин 5ЕД – 1 мл внутривенно на физиологическом растворе, 2 раза в день	29	90,6	10	39,4
– мезопрокол 800 мг per rectum однократно + окситоцин 5ЕД – 1 мл внутривенно на физиологическом растворе 2 раза в день	3	9,4	16	61,5
В) антибиотикотерапия				
– цефтриаксон 2,0 на физиологическом растворе, внутривенно 1–2 раза в день или амоксициллин 1,2 на физиологическом растворе внутривенно 3 раза в день	12	37,5	8	30,8
Г) УФОк крови				
	4	12,5	18	69,2

– 11 (42,3%) – по сравнению с родильницами с истинной субинволюцией матки – 5 (15,6%) ($p < 0,05$). Легкая преэклампсия во время беременности диагностирована у 11 (19,0%) обследуемых, по группам соответственно 7 (21,9%) и 4 (15,4%) ($p > 0,05$). Хроническая плацентарная недостаточность выявлена у 10 (17,2%) родильниц, статистически значимых различий по группам не выявлено.

Из 58 женщин у 54 (93,1%) было самопроизвольное родоразрешение, у 4 – преждевременные роды при сроке 34–35 недель. Наиболее часто в родах отмечался преждевременный разрыв плодных оболочек – 21 (36,2%) случай, и безводный промежуток более 12 часов – 6 (10,3%) случаев. Эти осложнения чаще диагностированы у родильниц с инфицированной формой субинволюции матки – 18 (69,2%) и 5 (19,2%) случаев соответственно ($p < 0,05$). Слабость родовой деятельности диагностирована у 4 (6,9%) рожениц, чаще в группе с инфицированной субинволюцией матки – 3 (11,5%) случая ($p < 0,05$). Роды крупным плодом массой тела 4140 ± 120 грамм были у 18

(31%), в группе с истинной субинволюцией матки – у 17 (53,1%) ($p < 0,05$). Кровопотеря в родах у всех женщин физиологическая.

В позднем послеродовом периоде на 4–5 сутки проведено лабораторное обследование и эхографическое исследование матки у женщин в обеих группах, при котором отмечалось увеличение размеров матки, ее объема и расширение полости (табл. 1).

При оценке клинических данных субфебрильную температуру тела и слабость отметили родильницы с инфицированной субинволюцией матки. При оценке лабораторных показателей имеет значение увеличение лейкоцитов крови и ускорение СОЭ у родильниц с инфицированной субинволюцией матки ($p < 0,05$). При эхографическом исследовании увеличение передне-заднего размера и объема матки, неоднородное содержимое полости и расширение сосудов матки чаще выявлено у родильниц с инфицированной

субинволюцией матки ($p < 0,05$). При гистологическом исследовании последов в этой группе чаще были выявлены инфекционные поражения плаценты – интервиллизит, лимфо-лейкоцитарная инфильтрация и базальный децидуит ($p < 0,05$).

Тактика ведения родильниц основывалась на выявленных факторах риска, клинических, лабораторных и эхографических данных (табл. 2). Антибиотикопрофилактика проводилась после родов у родильниц группы низкого риска, антибиотикотерапия – у группы высокого риска по развитию послеродового эндометрита (факторы риска развития послеродового эндометрита) [1].

Из 58 женщин после проведенной комплексной терапии только у двух (3,4%) с инфицированной формой субинволюции матки она реализовалась в послеродовый эндометрит. В обоих случаях роды протекали на фоне многоводия, безводного промежутка более 12 часов и диагностированного в родах хориоамнионита.

Заключение

Таким образом, при оценке факторов риска развития послеродовой субинволюции матки имеют значение нарушения менструальной функции, воспалительные болезни женских тазовых органов в анамнезе. Среди осложнений беременности преобладал угрожающий аборт; среди осложнений родов – преждевременный разрыв плодных оболочек, безводный промежуток более 12 часов, слабость родовой деятельности. Выбор тактики ведения родильниц с послеродовой субинволюцией матки в профилактике эндометрита зависит от выявленных факторов риска. Обоснованное проведение антибиотикотерапии и применение утеротонических препаратов у родильниц с послеродовой субинволюцией матки позволяет предупредить развитие эндометрита.

Литература

1. Абрамченко В. В. Послеродовый эндометрит и субинволюция матки. С-Пб.: «ЭЛБИ-СПб», 2008. 228 с.
2. Антибиотикопрофилактика при проведении абдоминального родоразрешения (несарево сечение); (клинический протокол). / Баев О.Р., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л., Ушкалова Е.А., Шмаков Р.Г. Москва, 2011. С. 5.
3. Акушерство: национальное руководство. Гл. редакторы: Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, Г.М. Савельева и др. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. С. 298–317, 1075–1093.
4. Базовый протокол ведения родов / Баев О.Р., Комиссарова Л.М., Пучко Т.К., Васильченко О.Н., Мальбахова Е.Т., Полянчикова О.Л., Шифман Е.М. Москва. 2011. С. 20.
5. Буданов П.В., Стрижаков А.Н. Методы профилактики, лечения и подготовки женщин с нарушениями микроцироза влагалища к родоразрешению и гинекологическим операциям // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. №3. С. 39–42.
6. Горин В.С., Матвеева И.В., Шаклеин А.В. и др. Оптимизация диагностики и лечения субинволюции матки как одной из форм послеродового эндометрита // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. №3. С. 27–34.
7. Гребенкин Б.Е., Черемискин В.Г. Группы риска послеродовых гнойно-септических заболеваний в условиях стационара высокой степени риска // Материалы IX-го Российского форума «Мать и дитя». М., 2007. С. 55–56.
8. Касабулатов Н.М., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И. Диагностика, лечение и профилактика послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. 2006. №5. С. 5–8.
9. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 136–141.
10. Наумкин Н.Н., Иванян А.Н., Смирнова Т.И. Ранняя диагностика и профилактика субинволюции послеродовой матки // Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. 15. №2. С. 46–48.
11. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение. (клинический протокол) / Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е. и др. М., 2012. 18 с.
12. Ledger W. J. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: a review // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2003. Vol.29, №6. P. 364–373.
13. Monif G.R.G., Barker D.A. Infectious diseases in obstetrics and gynecology / Fifth Edition. The Parthenon Publishing Group. 2005. P.1434.
14. O,Leary J.P. Breast abscess // In: Infectious diseases in obstetrics and gynecology, The Parthenon Publishing Group. 2005. P. 497–503.
15. Su G.D., Gong S.P., Yu Y.H. et al. Intraoperative and postoperative risk factors for surgical site infunction following cesarean section // Am J Obstet Gynec 2008. Vol. 201, №1. P. 322–328.

Координаты для связи

Шульженко Екатерина Валерьевна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail:- katya_and_vitya@list.ru

Зарицкая Элеонора Николаевна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail:zarickoy@mail.ru

Мирлас Елена Михайловна, кандидат мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО АГМА МР. E-mail: misha_stepanov_92@mail.ru

Почтовый адрес ГБОУ ВПО «Амурская ГМА» Минздрава России: 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.

Борзунов Максим Николаевич, заместитель главного врача по родовспоможению ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: zamrod_gkb1@mail.ru

Мостовая Тамара Алексеевна, заведующая акушерско-обсервационным отделением ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: wnsstva@mail.ru

Болгова Елена Дмитриевна, врач родильного отделения ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: elena.bolgoва.63@mail.ru

Петров Сергей Николаевич, врач родильного отделения ГБУЗ АО БГКБ (городской родильный дом). E-mail: sn_docpetrov@mail.ru

Почтовый адрес ГБУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (городской родильный дом): 675007, г. Благовещенск, ул. Горького, 247.