

УДК 618.7-002.3-036

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Б.Е. Гребёнкин, Н.В. Устюжанина,

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

*Устюжанина Наталья Владимировна – e-mail: konda777@mail.ru*

Для своевременной диагностики субинволюции матки авторы предлагают выполнять УЗИ матки дважды – в раннем послеродовом периоде и на 3-и сутки послеродового периода. В работе показана достоверность и необходимость двухкратного ультразвукового исследования матки в послеродовом периоде с целью ранней диагностики послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) в группе риска.

**Ключевые слова:** послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, субинволюция матки, ультразвуковое исследование матки.

The authors offers to carry out ultrasound examination of uterus a twice – in early postdelivery period and on 3 day postdelivery period for well-timed diagnosis subinvolution of uterus. In the article presents reliable and necessity double-time ultrasound examination of uterus in postdelivery period for early diagnosis purulent-inflammation diseases in riskgroup.

**Key words:** postdelivery purulent-inflammation diseases, subinvolution of uterus, ultrasound examination of uterus.

### Введение

Известно, что одной из основных проблем послеродового периода являются гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ). Наиболее частым инфекционным осложнением после родов является эндометрит. Частота послеродового эндометрита в популяции составляет 3–8%, при патологических родах – 10–20%, у женщин с высоким инфекционным риском – 13,3–54,3% [1]. Многие авторы считают, что наиболее постоянным и ранним симптомом эндометрита после родов является субинволюция матки. Субинволюция матки является не только объективным показателем развития эндометрита, но и одним из предрасполагающих факторов его формирования. Нарушение инволюции матки – один из ранних признаков патологического течения послеродового периода, требующий дополнительного обследования и лечения. Частота субинволюции матки среди всех родильниц составляет 0,82–1,48%, а в структуре послеродовых осложнений на нее приходится 22,8% случаев [2]. У 2/3 родильниц диагноз субинволюции матки устанавливается только на основании ультразвукового исследования (УЗИ) [3]. Под субинволюцией матки следует подразумевать недостаточное сокращение матки в послеродовом периоде и последующую задержку обратного развития [4]. Своевременно диагностированная субинволюция матки позволяет раньше начать превентивную терапию. В то же время, адекватная инволюция матки обосновывает целесообразность назначения утеротоников и позволяет производить раннюю выписку родильниц из стационара (на 3-и сутки послеродового периода). Для оценки инволюции матки к 3-м суткам у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, мы предлагаем проводить ультразвуковое исследование матки дважды – в раннем послеродовом периоде (через 2 часа после родов) и на 3-и сутки послеродового периода. Ультразвуковое исследование

является информативным, неинвазивным методом контроля инволюции матки после родов [5].

Своевременная диагностика и лечение субинволюции матки позволяет снизить заболеваемость послеродовым эндометритом. В то же время, по данным литературы конкретные диагностические критерии субинволюции матки отсутствуют. Пальпаторное определение высоты дна матки не может дать истинного представления о динамике ее инволюции, поэтому более информативно определение объема матки с помощью УЗИ.

**Цель исследования:** предложить точный метод оценки инволюции матки в качестве прогноза ГВЗ к 3-м суткам послеродового периода у женщин после самостоятельных родов.

### Материалы и методы

Под наблюдением находились 48 женщин в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст – 27,9 лет). Исследование выполнялось на базе Перинатального центра Пермской краевой клинической больницы. Всем женщинам проводилось общеклиническое обследование, УЗИ матки через 2 часа после родов и на 3-и сутки послеродового периода. У каждой пациентки мы оценивали перинатальный риск. Для оценки перинатальных факторов риска была использована таблица балльной оценки пренатальных факторов риска, опубликованная в приложении № 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 430 от 22.04.1981 года, разработанная Фроловой О.Г. и Николаевой Е.И., модифицированная на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. Акушерский риск. М.: ЭКСМО, 2009. 284 с.). Учитывая степень перинатального риска, пациентки были разделены на 2 группы: основная группа – родильницы с высокой степенью риска (n=22), группа сравнения (n=26) – родильницы с низкой (n=6) и средней степенью риска (n=20).

В современных условиях становится актуальной ранняя выписка родильниц из стационара — на 3–4-е сутки послеродового периода, но она невозможна без предварительной оценки адекватности инволюции матки. Известны несколько способов диагностики субинволюции матки, но их недостатками являются сложность вычислений и поздняя диагностика — на 5–7-е сутки послеродового периода. Для своевременной диагностики замедления инволюции матки мы предлагаем выполнять УЗИ матки в раннем послеродовом периоде (через 2 часа после родов) и на 3-и сутки послеродового периода. Ввиду того, что в практике принято выделять группы высокого риска послеродовых гнойно-септических осложнений, где мы и предлагаем использовать данный метод, проведение УЗИ матки в раннем послеродовом периоде у всех родильниц не является необходимым. Мы считаем, что наиболее важными показателями в оценке адекватности инволюции матки являются переднезадний размер матки и толщина М-эхо. В связи с тем, что в послеродовом периоде граница между телом и внутренним зевом шейки матки определяется не точно, показатель длины матки является субъективным и не может быть использован как критерий диагностики субинволюции матки. Наиболее достоверными акустическими признаками субинволюции матки при послеродовом эндометрите является увеличение объема матки и ее передне-заднего размера, которые не отвечают дню послеродового периода. Мы разработали формулу, с помощью которой рассчитывается коэффициент инволюции матки. Путем УЗИ мы определяем переднезадний размер матки от наиболее удаленных точек в мм (А — через 2 часа после родов, а — на 3-и сутки послеродового периода) и величину М-эхо в мм (В — через 2 часа после родов, в — на 3-и сутки послеродового периода). Затем по формуле вычисляем коэффициент инволюции матки:  $K_{ин} = A - B / a - b$ . При  $K_{ин}$  менее 1,3 определяют субинволюцию матки, при  $K_{ин}$  более 1,3 — нормальную инволюцию матки.

**Результаты исследования.** При изучении генеративной функции выявлено, что первородящие в основной группе составили 45,5%, в контрольной — 38,4%.

Анализ гинекологического анамнеза выявил наличие большого количества перенесенных гинекологических заболеваний у родильниц основной группы: вагиниты — 63,6%, трихомоноз — 18,2%, хламидийная инфекция — 36,4%, заболевания шейки матки — 18,2%, хронический эндометрит — 9%, искусственные аборты — 36,4%. У женщин группы сравнения: вагиниты — 23%, заболевания шейки матки — 15,4%, хламидиоз — 38,4%, миома матки — 10%, искусственные аборты — 38,4%.

Анализ индивидуальных карт беременных показал достаточно высокий уровень экстрагенитальной патологии (ЭГП) у родильниц основной группы: хронический пиелонефрит имеется у 54,5% женщин (обострение во время беременности — у 27,3%), оперированный ВПС — 9%, ВСД — 9%, перенесли ОРВИ во время беременности — 63,6% родиль-

ниц, хронический ВГВ — 18,2%, Lues latens — 27,3%, туберкулез легких в анамнезе — 9%. Структура ЭГП у женщин группы сравнения: хронический пиелонефрит — 30,7% (обострение во время беременности — 7,7%), ОРВИ во время беременности — 46,5%, эпилепсия — 7,7%, миокардиодистрофия — 7,7%, полимиозит — 7,7%.

**ТАБЛИЦА 1.**  
Осложнения беременности у женщин основной и группы сравнения

Осложнения беременности	Основная группа (n=22)	Группа сравнения (n=26)
Гестоз	27,3%	46,1%
ФПН	72,7%	69,2%
ВУИ, плацентит	18,2%	
Угроза прерывания	45,5%	46,1%
ЗВУР плода	18,2%	
ИЦН (шов на шейке матки)	9%	
Крупный плод	9%	7,7%
Многоводие	27,3%	7,7%
Маловодие	27,3%	
Анемия	81,8%	53,8%

Как видно из представленной таблицы (таблица 1), у родильниц основной группы наблюдалось больше осложнений беременности, таких как ФПН, многоводие, анемия, а такие осложнения беременности, как плацентит, ВУИ, ЗВУР плода, маловодие, ИЦН, у женщин группы сравнения отсутствовали. Обращает на себя внимание высокий процент анемии беременных и ФПН в обеих группах.

**ТАБЛИЦА 2.**  
Осложнения родов у женщин основной и группы сравнения

Осложнения родов	Основная группа (n=22)	Группа сравнения (n=26)
Преждевременное излитие околоплодных вод	18,2%	7,7%
Дискоординация родовой деятельности	18,2%	15,4%
Плотное прикрепление плаценты	27,3%	
Длительный безводный период (более 12 ч)	9%	
Дефект последа	18,2%	
Вакуум-экстракция плода	9%	

Исходя из данных таблицы 2, у женщин основной группы наблюдались такие серьезные осложнения родов, как плотное прикрепление плаценты в 27,3% случаев и дефект последа в 18,2% случаев, при которых приходилось выполнять внутриматочные вмешательства — ручное обследование полости матки, ручное отделение и выделение последа. Данные оперативные вмешательства значительно повышают риск послеродовых ГВЗ.

У женщин основной и контрольной группы мы выполняли УЗИ матки дважды — через 2 часа после родов и на 3-и сутки послеродового периода. У 45,5% женщин основной группы в раннем послеродовом периоде при УЗИ матки выявлено увеличение толщины М-эхо до 16–18 мм, и учитывая высокий

перинатальный риск, данным пациенткам была назначена антибиотикотерапия (цефтриаксон или амоксицилин) и утеротоническая терапия. При УЗИ матки на 3-и сутки М-эхо составило 11–14 мм, выявлены мелкие пристеночные свертки крови и свертки крови в цервикальном канале. Кин составил менее 1,3, то есть диагностирована субинволюция матки. Но на фоне проводимой терапии воспалительной реакции в крови не наблюдалось. Женщины выписаны на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

В группе сравнения УЗИ матки в раннем послеродовом периоде выявило увеличение толщины М-эхо до 16 мм только у 1 роженицы. Пациентка получала утеротоническую терапию. УЗИ матки на 3-и сутки выявило свертки крови в нижнем сегменте до 40 мм, в крови наблюдался лейкоцитоз ( $12 \cdot 10^9/\text{л}$ ), Кин = 0,8; на 3-и сутки произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки. Пациентка выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. У 46% рожениц группы сравнения наблюдалась субинволюция матки (Кин менее 1,3), у половины из них наблюдалась воспалительная реакция крови (лейкоцитоз  $12\text{--}14 \cdot 10^9/\text{л}$ ), но антибактериальная терапия была назначена с 3-х суток. Выписка таких пациенток была произведена на 6–7-е сутки послеродового периода. Высокий процент субинволюции матки в группе сравнения мы связываем с тем, что 77% женщин в группе сравнения имели среднюю степень перинатального риска.

Нормальная инволюция матки (Кин более 1,3) у женщин основной группы и группы сравнения наблюдалась почти в

одинаковом количестве — 44,5% и 44% случаев соответственно. Выписка таких пациенток возможна на 3-и сутки послеродового периода.

### Выводы

**1.** В группе риска исследование матки в раннем послеродовом периоде для оценки адекватности инволюции необходимо выполнять дважды — в раннем послеродовом периоде (через 2 часа после родов) и на 3-и сутки послеродового периода.

**2.** Предложенная математическая формула является вполне адекватной для ее практического использования в определении тактики ведения послеродового периода.

**3.** Предложенный алгоритм оценки обратного развития матки позволяет организовать раннюю выписку пациенток из акушерского стационара и снижает риск внутрибольничного инфицирования и экономические затраты.



### ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Гуртовой Б.Л. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. Москва. 1996.
- 2.** Стрижаков А.Н. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. Москва. 1990.
- 3.** Абрамян Р.Р. Алгоритм ведения рожениц при субинволюции матки в послеродовом периоде. Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. 2008. С. 5.
- 4.** Абрамченко В.В. Диагностика и лечение послеродовой субинволюции матки. IV Всероссийская междисциплинарная научно-практическая конференция. Санкт-Петербург. 2006. 975 с.
- 5.** Чернуха Е.А. Родовой блок. М.: Триада -Х, 2005. 705 с.