

УДК 618.7-002.3:618.714-007.16

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИНВОЛЮЦИЮ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**Н.В. Устюжанина, В.П. Черемискин, Б.Е. Гребёнкин,**

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава»

Устюжанина Наталья Владимировна – e-mail: x71400@mail.ru

В данной работе проведена оценка влияния факторов риска развития послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на инволюцию матки в послеродовом периоде у женщин, родивших через естественные родовые пути, и у женщин после кесарева сечения. Выявлены наиболее существенные факторы, замедляющие процесс инволюции матки. Показана значимость проведения УЗИ матки дважды – на 1-е и 3–4-е сутки послеродового периода. Даны рекомендации о необходимости проведения профилактики ГВЗ при инволюции матки менее чем на 30% к 4-м суткам послеродового периода.

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

The investigation presents an association between risk factors postdelivery purulent-inflammation diseases and involution of uterus in postdelivery period. The most important factors that slow down the involution of uterus were revealed. The importance figures out used ultrasound examination of uterus twice – on 1 and 3-4 days postdelivery period. The authors recommends to carry out preventive measures of purulent-inflammation disease when involution of uterus less 30% on 4 day postdelivery period.

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

Введение

Замедление процесса инволюции матки после родов способствует развитию гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ), которые, в свою очередь, представляют важную медицинскую и социальную проблему, так как по настоящее время являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности (МС). Их частота находится в пределах 5–26%, а в структуре причин МС в РФ они занимают 2–4-е место, при этом на долю МС от септических осложнений приходится 13–15%, показатель ее составляет 2,0 на 100 000 живорождённых [1]. Субинволюция матки является фактором риска развития и прогрессирования воспалительного процесса и одновременно одним из ранних клинических признаков патологического течения послеродового периода [2,5]. Н.Ф. Маевская считает, что критерием нормальной инволюции матки в послеродовом периоде является уменьшение ее объема на 45% к 7-м суткам [4]. В прогнозировании ГВЗ после родов существенное значение имеет выявление факторов риска среди беременных, рожениц и родильниц, угрожаемых по развитию послеродовых инфекционных осложнений. Факторами риска являются: заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, нейроэндокринные нарушения, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА – бесплодие, аднексит, аборт, внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность, угроза прерывания), осложнения беременности (угрожающие пре-

ждевременные роды, гестоз, ВУИ, многоводие, ФПН). В послеродовом периоде из осложнений чаще встречаются: лохиометра, субинволюция матки, эндометрит, раневая инфекция, расхождение швов на промежности [6].

В настоящее время появились дополнительные факторы риска послеродовых ГВЗ: длительное применение во время беременности антибиотиков и глюкокортикоидов; использование инвазивных методов исследования; тяжёлая экстрагенитальная патология; длительное (более 12 дней) пребывание беременной или родильницы в стационаре; осложнения и оперативные вмешательства в родах (длительный безводный промежуток, затяжные роды, патологическая кровопотеря, ручное обследование послеродовой матки, хориоамнионит, частые влагалищные исследования, акушерские щипцы, обширные разрывы мягких тканей родовых путей, технические трудности при кесаревом сечении (КС) [6]. Частота КС в современных условиях достигает 10–20% и не имеет тенденции к снижению [1]. Согласно исследованиям О.В. Баева, объём матки после КС достоверно превышает таковой у женщин после родов per vias naturalis. Оценка состояния полости матки после КС показала отсутствие характерного для родильниц с родами через per vias naturalis расширения ее в нижней трети (уровень шва на матке). После КС отток лохий затруднён вследствие изменения анатомической целостности матки с нарушением сократительной и ретракционной способности волокон миометрия. Для оценки инволюции матки в послеродовом периоде используется метод

ультразвукового исследования, так как применяемый ранее метод пальпаторного определения высоты дна матки не может дать истинного представления о динамике её обратного развития [5]. Метод ультразвуковой эхографии позволяет не только осуществлять контроль за инволюцией матки, но и визуализировать эхоструктуры в её полости (фибриновые наложения, остатки децидуальной ткани, сгустки крови и др.) [2]. Трансабдоминальное сканирование даёт возможность оценить инволюцию по изменениям объёма матки, трансвагинальное сканирование более информативно для оценки состояния ее полости и области шва [3]. Для субинволюции матки характерно увеличение ее размеров и полости, визуализация в полости включений средней плотности, чередующиеся с эхонегативными участками [5]. У больных родильниц (субинволюция матки) скорость инволюции замедлена в 2 раза по сравнению со здоровыми родильницами [4]. Вопросы прогнозирования, профилактики и лечения послеродовых ГВЗ остаются одной из актуальных проблем современного акушерства.

Цель исследования: оценка влияния факторов риска послеродовых ГВЗ на уменьшение объёма матки на 1-и и 3–4-е сутки у женщин, родивших *per vias naturalis* и женщин после КС.

Материалы и методы

Мы обследовали 100 женщин в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст – 28 лет). Все пациентки были разделены на 4 группы. Основная группа – женщины, имеющие фактор риска послеродовых ГВЗ: А – женщины, родившие *per vias naturalis* (n=36); В – женщины после КС (n=39). Контрольная группа – женщины без факторов риска послеродовых ГВЗ: А – здоровые женщины, родившие *per vias naturalis* (n=18); В – здоровые женщины после кесарева сечения (n=7). Факторы риска, которые чаще всего встречались в исследуемых группах: крупный плод, многоводие, ОАГА (аборт 2 и более, хронический аднексит), слабость родовой деятельности, пиелонефрит. Всем женщинам проводилась профилактика окситоцином (5 ЕД в/м 2 раза в сутки 3 дня). Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Hitachi EUB C 525 на 1-е и 4-е сутки послеродового периода. Объём матки рассчитывался по формуле А.Н. Стрижакова: $V = 0,5236 \times A \times B \times C$ (А – длина, В – ширина, С – переднезадний размер матки). По рекомендациям многих авторов для своевременной постановки диагноза УЗИ целесообразно проводить на 4-й день послеродового периода, когда практически у 2/3 родильниц диагноз субинволюции матки устанавливается только на основании данных УЗИ во время пребывания в акушерском стационаре [3, 4, 5, 6].

Результаты и обсуждение

После проведённых исследований сделан анализ изменения объёма матки в послеродовом периоде на 1-е и 4-е сутки в основных и контрольных группах, определен процент его уменьшения (объёма). Выявлено, что при использовании для профилактики субинволюции матки 5ЕД окситоцина внутримышечно 2 р/сут., объём послеродовой матки умень-

шался у женщин контрольной группы А на 32,14%, а у женщин контрольной группы В – на 30,5%, что свидетельствует об отсутствии достоверной разницы в инволюции матки у здоровых женщин после родов через естественные родовые пути и женщин после КС, не имевших факторов риска послеродовых ГВЗ. Данные анализа изменения объёма матки в послеродовом периоде у женщин, имевших факторы риска ГСЗ, и здоровых родильниц приведены на рисунке 1.

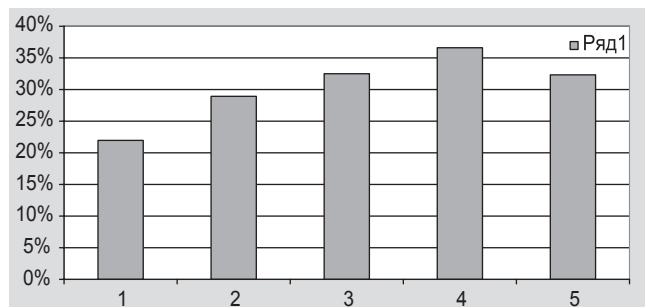


РИС. 1.

Динамика уменьшения объёма матки с 1-х по 3–4-е сутки послеродового периода в основной группе А (n=36) и контрольной группе А (n=18).

Примечания: 1 – основная группа А (пиелонефрит) – 22%; 2 – основная группа А (крупный плод 29%); 3 – основная группа А (слабость родовой деятельности) – 32,5%; 4 – основная группа А (ОАГА) – 36,6%; 5 – контрольная группа А (32,14%).

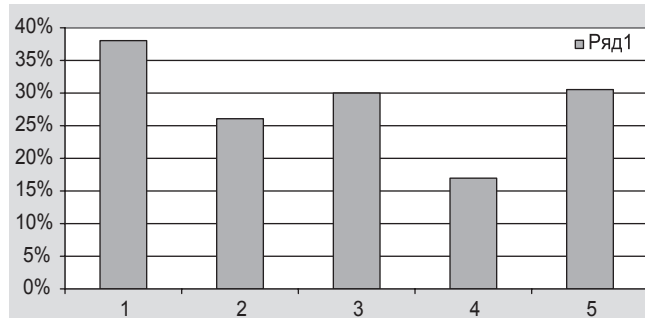


РИС. 2.

Динамика уменьшения объёма матки с 1-х по 3–4-е сутки послеродового периода в основной группе В (n=39) и контрольной группе В (n=7).

Примечания: 1 – осн. группа В (пиелонефрит) – 38%; 2 – осн. группа В (крупный плод) – 26%; 3 – осн. группа В (многоводие) – 30%; 4 – осн. группа В (ОАГА) – 17%; 5 – контрольная группа В – 30,5%.

При оценке выше приведённых данных у здоровых женщин при родах *per vias naturalis* (контрольная группа А) и имеющих пиелонефрит в анамнезе (основная группа А) отмечалась достоверная разница в уменьшении объёма матки ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении сократительной способности матки при имеющемся пиелонефрите. Так же отмечалось более медленное сокращение матки после родов при крупном плоде (29%). При слабости родовой деятельности и ОАГА уменьшение объёма матки составило соответственно 32,5% и 36,6%, что не имело достоверной разницы с контрольной группой А.

Проведены также исследования по динамике уменьшения объёма матки у женщин, имеющих факторы риска

развития послеродовых ГЗ и здоровых родильниц, родоразрешенных операцией кесарево сечение, результаты которых приведены на рисунке 2.

После кесарева сечения у женщин основной группы В ведущим фактором риска, влияющим на инволюцию матки, явился ОАГА ($p < 0,05$), при котором объём матки с 1-х по 3–4-е сутки уменьшился всего на 17%, что имеет достоверную разницу с динамикой изменения объёма матки в контрольной группе В. При наличии крупного плода и многоводии достоверной разницы между основной группой В и контрольной группой В не было. При сравнении темпа инволюции матки у женщин основных групп А и В отмечена наибольшая разница у родильниц с ОАГА и пиелонефритом, что представлено в таблице.

ТАБЛИЦА.

Динамика уменьшения объёма матки в основных группах

Факторы риска	Основная группа А В (n=36)	Основная группа В (n=39)
Пиелонефрит	22%	38%*
Крупный плод	29%	26%
Слабость родовой деятельности	32,50%	-
Многоводие	-	30%
ОАГА	36,6%*	17%

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверная разница между группами.

При оценке данных в выше указанной таблице для женщин после кесарева сечения ведущими факторами в развитии субинволюции матки были крупный плод (26%) и ОАГА (17%), а при родах per vias naturalis – пиелонефрит (22%) и крупный плод (29%). Женщины, имеющие пиелонефрит и крупный плод при родах per vias naturalis и родоразрешённые операцией кесарево сечение с крупным плодом и ОАГА, являются группой высокого риска послеродовых ГЗ.

Выводы

1. Наиболее существенными факторами риска, замедляющими процесс инволюции матки в послеродовом периоде, явились: у женщин после кесарева сечения – ОАГА и крупный плод; у женщин, рожавших через естественные родовые пути, – пиелонефрит и крупный плод.

2. В послеродовом периоде объём матки у здоровых женщин, рожавших через естественные родовые пути, не имел достоверной разницы с объёмом матки у здоровых родильниц после кесарева сечения.

3. Для раннего выявления доклинических форм послеродовых ГЗ у родильниц необходимо проведение ультразвукового исследования, эхолюметрии матки на 1-е и 3–4-е сутки послеродового периода.

4. При замедлении инволюции матки на 30% и более к 4-м суткам необходимо проводить мероприятия, направленные на профилактику ГЗ в послеродовом периоде.



ЛИТЕРАТУРА

1. Баев О.Р. Совершенствование эхографической оценки факторов риска гнойно-септических осложнений после кесарева сечения. // Акушерство и гинекология. 1994. № 5. С. 14–18.
2. Басиладзе Е.Н. Анализ инфекционно-воспалительных осложнений у родильниц. // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». М. 2005. 728 с.
3. Горин В.С. и др. Диагностика и лечение послеродового эндометрита. // Акушерство и гинекология. 2001. № 6. С. 10–13.
4. Кочиева С.К. и др. Актуальные вопросы послеродового периода. // Акушерство и гинекология. 2002. № 1. С. 6–8.
5. Маевская Н.Ф. и др. Клинико-лабораторное изучение особенностей микрофлоры влагалища у женщин в послеродовом периоде в норме и при патологии (субинволюция матки, послеродовый эндометрит). // IV Всероссийская междисциплинарная научно-практическая конференция. Санкт-Петербург. 2006. 975 с.
6. Поженко Е.В. и др. Эхоскопическая диагностика и физиотерапия субинволюции матки в послеродовом периоде. // Актуальные вопросы лабораторной и функциональной диагностики в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Материалы научно-практической Всероссийской конференции. Иваново. 2002. С. 98–100.