

# Дифференцированный подход к лечению субинволюции матки в послеродовом периоде

*Н. И. Фадеева, Е. В. Поженко, Л. П. Ананьина*

Алтайский государственный медицинский университет,  
Родильный дом № 2, Барнаул

---

Послеродовые гнойно-септические заболевания остаются одной из основных причин материнской смертности и заболеваемости. Эндометрит, самая частая нозология, составляет до 50 процентов всех случаев. Поиск новых методов профилактики и доклинической диагностики эндометритов является одной из важных задач практического акушерства [9, 10].

Одним из ранних клинических проявлений патологического течения послеродового периода является субинволюция матки [4, 12]. Субинволюция матки до настоящего времени не имеет однозначного толкования: является ли она симптомом послеродового эндометрита или это только условие для его развития [2, 4, 5, 12, 13]. Также нет единого мнения о возможностях консервативного лечения субинволюции матки и показаниях к применению хирургического метода.

Быстрая инволюция матки препятствует развитию воспалительных процессов, снижает риск развития послеродовых эндометритов [2, 4—7, 14]. Следовательно, ранняя диагностика субинволюции матки и, соответственно, своевременное ее лечение является неотъемлемой частью профилактики послеродовых эндометритов.

В доступной литературе, нами найдено несколько работ, посвящённых доплерометрическому исследованию кровотока в сосудах матки в послеродовом периоде, где определены специфические ДМ характеристики пуэрпе-

рального эндометрита [1]. При этом, следует заметить, что работ, посвящённых исследованиям по определению диагностической ценности данного метода, с целью выбора способа лечения субинволюции матки и прогноза его эффективности, нами не обнаружено.

Применение утеротонических препаратов не всегда решает задачи ликвидации нарушений сократительной способности матки в пуэрперии [4, 16, 17]. В литературных источниках представлены материалы, посвящённые использованию преформированных физических факторов в лечении субинволюции матки в послеродовом периоде [8, 11], однако сведения, касающиеся комплексного использования физических факторов, когда один физический фактор усиливает действие другого и расширяется круг воздействия на различные звенья патогенеза заболевания отсутствуют.

Также не определены клинические и параклинические критерии перехода от консервативных к хирургическим методам лечения субинволюции матки [14].

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что поиск новых методов консервативного лечения СМ и определение показаний к применению хирургического метода является оправданным и своевременным.

Цель работы: снижение количества поздних послеродовых эндометритов путём доклинической диагностики субинволюции матки, её консервативно-

го лечения с применением комплекса потенцирующих физических факторов, а при его неэффективности использования хирургических методов.

## Материалы и методы

Под наблюдением находилось 280 родильниц (основная группа), которым на третьи или четвертые сутки пуэрперия эхографическим методом диагностирована субинволюция матки без признаков воспаления. Контрольную группу составили 50 родильниц с физиологическим пуэрперием. Инволюцию матки оценивали по таким биометрическим показателям как длина, ширина и переднезадний размеры ее тела, а также учитывали ширину ее полости. Эти показатели сравнивали с общепринятыми параметрами в соответствии с теми или иными сутками послеродового периода [3]. Эхографическое исследование проводилось в сочетании доплерометрическим исследованием кровотока в маточных (радиальных) артериях на аппарате «Алока SSD-2000» трансабдоминальным трансдюсером в режиме цветного картирования с вычислением СДО и ИР на третьи сутки пуэрперия и в процессе консервативного лечения субинволюции матки.

В зависимости от метода консервативного лечения субинволюции матки в послеродовом периоде родильницы основной группы были разделены на подгруппы А и Б. В подгруппу А включены пациентки, получившие лечение субинволюции матки потенцирующими физическими факторами (ПФФ) в сочетании с медикаментозной утеротонической терапией. В подгруппу Б были включены пациентки, получившие только медикаментозную утеротоническую терапию. Родильницы в подгруппах были сопоставимы по возрасту, акушерскому и гинекологическому анамнезу, соматическим заболеваниям, течению беременности, родов и послеродового периода.

Все пациентки получали внутримышечно окситоцин по 2, 5 МЕ через 30 минут по 4 инъекции ежедневно в течение 2 суток. 230 родильницам (подгруппа А) дополнительно проводилась сочетанная физиотерапия двумя потенцирующими физическими факторами — переменным магнитным полем (ПеМП) и синусоидально — модулированными токами (СМТ) в стимулирующем режиме ежедневно два раза в день, с перерывом в 2—3 часа [15].

## Результаты исследования и обсуждение

Анализ результатов лечения показал, что консервативное лечение с применением ПФФ эффективно в 63,9 % случаев, а лечение только утеротоническими препаратами — в 16 % случаев ( $p < 0,001$ ). Эффективность консервативного лечения субинволюции матки с применением ПФФ зависит от времени его проведения. Лечение, начатое через 2 суток и длящееся 2 дня достоверно более эффективно, чем аналогичное лечение, имеющее другие временные характеристики.

При отсутствии эффекта в лечении первичной субинволюции матки консервативными методами через 4—5 суток после родов пациенткам применялись хирургические методы — вакуум-аспирация или кюретаж полости матки с последующим назначением антибактериальных препаратов.

С целью выявления диагностической ценности оценки перфузии матки в послеродовом периоде мы изучили доплерометрические показатели кровотока в маточной артерии (СДО и ИР) у родильниц с субинволюцией матки и физиологическим пуэрперием.

Выявленные нарушения маточного кровотока сопоставлялись с данными эхографического исследования, клиническим течением пуэрперия и результатами лечения субинволюции матки с примене-

нием потенцирующих физических факторов.

Исследование показало, что снижение численных значений СДО до  $2,04 \pm 0,08$  у. е. и ИР до  $0,50 \pm 0,02$  у. е. в маточной артерии у пациенток с субинволюцией матки и отсутствие их роста в процессе консервативного лечения может служить прогностическим маркером его неэффективности и начальным признаком воспалительного процесса в матке. Вышеизложенный факт является показанием к своевременному хирургическому лечению и назначению антибактериальных препаратов.

Исследовав частоту и структуру послеродовых осложнений по клиническому роддому № 2 г. Барнаула с 1997 по 2003 г., мы пришли к выводу, что внедрение в практику дифференцированного подхода к лечению субинволюции матки в пуэрперии и использование в консервативном её лечении комплекса потенцирующих физических факторов позволило снизить частоту послеродовых эндометритов после самопроизвольных родов в четыре раза и избежать генерализованных форм послеродовых инфекционно — воспалительных заболеваний.

Проанализировав время пребывания родильниц в послеродовом отделении мы сделали заключение, что предлагаемый нами метод консервативного лечения СМ в пуэрперии экономически выгоден, так как благодаря ему происходит уменьшение сроков пребывания женщины в родильном доме на  $2,7 \pm 1,3$  дней и сокращение расходов лекарственных препаратов.

Таким образом, цель нашей исследовательской работы, достоверное снижение частоты развития ПЭ, достигнуто за счёт:

1. Диагностики СМ, как фактора риска развития послеродового эндометрита, эхоскопическим методом на доклиническом этапе.

2. Эффективного консервативного лечения СМ с применением ПФФ.

3. Своевременного определения показаний к хирургическому лечению СМ и назначению антибактериальной терапии на основании разработанной нами прогностической карты неэффективности консервативного лечения, а также с учётом диагностики усиления кровотока в миометрии методом доплерометрии, как показателя активации воспалительного процесса.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атилла С., Степанькова Е. А., Сичинава Л. Г. Допплерометрия маточного кровотока в диагностике послеродового эндометрита. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2002. Т. 1, № 2. С. 32—35.
2. Дуда В. И., Лукашевич Г. А., Куценкова М. Н. Активная тактика в лечении и профилактике послеродовых эндометритов // Тез. докл. V съезда акушеров-гинекологов БССР. Брест, 1991.
3. Иванова И. А. Использование эхографии для изучения динамики обратного развития матки при физиологическом течении послеродового периода // Акуш. и гинек. 1983. № 3. С. 51—53.
4. Кочиева С. К., Чернуха Е. А., Короткова Н. А., Бабичева Т. В., Драгун И. Е. Актуальные вопросы послеродового периода. // Акуш. и гинек. 2002. № 1. С. 6—8.
5. Кутеко А. Н., Гавриленко А. С., Стрижова Н. В. Сходство и различие клинико-лабораторных показателей субинволюции матки и послеродового эндометрита // Мат. IV Российского форума «Мать и дитя». М., 2002. Ч. 1. С. 366—368.
6. Наумкин Н. Н., Иванян А. Н., Выборнова И. А., Майорова И. М., Буцьк И. И. Течение послеродового периода у родильниц с субинволюцией матки // Мат. IV Российского форума «Мать и дитя». М., 2002. Ч. 1. С. 428.
7. Никонов А. П. Послеродовый эндометрит как проявление раневой инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993.
8. Понедельникова О. В., Ленева О. И., Давыдкин Н. Ф. Опыт применения физиотерапии в реабилитации больных с осложненным течением послеродового периода. // Мат. II Российского форума «Мать и дитя». М., 2000. С. 125.
9. Сольский Я. П., Ивченко В. Н., Богданова Г. Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. Киев, 1990.
10. Стрижаков А. Н., Лебедев В. А., Баев О. Р., Асланов А. Г. Современные методы диагностики и принципы терапии различных форм послеродового эндометрита // Акуш. и гинек. 1991. № 5. С. 37—41.
11. Стругацкий В. М. Физические методы в акушерстве и гинекологии. Л., 1978. С. 136.
12. Чернуха Е. А., Кочиева С. Р., Короткова Н. А. Течение и ведение послеродового периода // Акуш. и гинек. 1996. № 6. С. 8—11.
13. Усанов В. Д. Комплексная диагностика и современная терапия некоторых форм патологии матки после родов в профилактике генерализованных форм

- гноино-воспалительной инфекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 1995.
14. Федорович О. К., Вержак А. А. Новый способ хирургической операции – одномоментного вакуум-аспирационного опорожнения матки с промыванием // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 2001. № 3—4. С. 23—24.
  15. Хетагурова Г. И., Перфильева Г. Н. Основы физиотерапии в акушерстве и гинекологии. Барнаул, 1998.
  16. Ament J. A. // Nurse-Midwifery. 1994. Vol. 39. P. 19—24.
  17. Hans A. // J. Obster. Gynecolog. 1986. Vol. 15, № 1. P. 49—51.