

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Солеева Нигина Ботур кизи

*Клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №2 Самаркандского
государственного медицинского университета*

Эгамбердиева Шахзода Бегмурод кизи

*Клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №2 Самаркандского
государственного медицинского университета*

Абсаитов Рахматилло Алим угли

*Клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №2 Самаркандского
государственного медицинского университета*

Маматкулова Мафтуна Мансуржон кизи

*Клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии №2 Самаркандского
государственного медицинского университета*

АННОТАЦИЯ

Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания представляют важную медико-социальную проблему и являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Наиболее распространенным проявлением послеродовой инфекции считается эндометрит, частота его в общей популяции составляет 3-8%, после патологических родов достигает 18-20%, а после кесарева сечения 25-34,4% [1-7]. В последние десятилетия для оценки состояния послеродовой матки, диагностики и прогнозирования осложнений послеродового периода широко используется ультразвуковое исследование, одним из достоинств которого является абсолютная безвредность и возможность многократного применения. Эхография позволяет обнаруживать определенные изменения, характерные для послеродового эндометрита, что способствует

подтверждению клинического диагноза. Для характеристики размеров послеродовой матки в большинстве случаев используются ее линейные параметры: длина, ширина, переднезадний размер. Оценка послеродовой инволюции матки основывается на динамике уменьшения ее размеров. При этом инволюцию матки наиболее объективно отражает уменьшение ее длины. Данный параметр в течение первых семи суток изменяется в среднем на 30%, тогда как динамика других линейных показателей менее выражена (в 2-6 раз меньше). Полость матки в течение нормально протекающего послеродового периода сохраняет стабильный размер (менее 1 см) в передне-заднем направлении. Нередко в ее просвете визуализируется небольшое количество жидкости. Контур может быть ровным и отчетливо очерченным или неровным и расплывчатым [8-10]. По некоторым данным, инволюция и скорость сократительной способности матки у здоровых рожениц разных массоворостовых категорий и паритет в родах отличаются в разные сроки пуэрперия. При этом инволюция матки у перво- и повторнородящих рожениц с дефицитом массы тела и у первородящих с избыточной массой тела происходит почти одинаково, а у многорожавших, несмотря на отсутствие достоверной разницы в показателях, более замедлено. У рожениц с анемией и несвоевременным излитием околоплодных вод инволюция матки в послеродовом периоде отличается незначительно и недостоверно от таковых группы сравнения, а у рожениц, родоразрешенных операцией кесарева сечения, достоверно отличаются на всем протяжении послеродового периода [11]. Ультразвуковое исследование, обычно проводимое на 4-5-е сутки осложненного послеродового периода, позволяет выявить субинволюцию матки, которая характеризуется увеличением длины, ширины, передне-заднего размера и объема матки по сравнению с данными, характерными для физиологического течения послеродового периода. Некоторые исследователи для оценки инволюции послеродовой матки предложил использовать коэффициент инволюции матки (КИМ) и коэффициент редукции эндовольюмометрии (КРЭ). Коэффициент

инволюции матки равен отношению объема мышц матки на 2-е сутки пуэрперия к объему мышц матки на 5-е сутки послеродового периода. Коэффициент редукции эндоломометрии равен отношению относительного объема полости матки на 2-е сутки послеродового периода к относительному объему полости матки на 5-е сутки. Если КИМ $>1,5$, то процесс обратного развития послеродовой матки следует признавать адекватным. Если КИМ мать о субинволюции матки. Если КРЭ $>1,9$, процесс инволюции послеродовой матки следует признавать адекватным. Чем показатели ближе к 1. тем они более клинически значимы [13]. Проведенные некоторые исследования показали, что в течение первой недели после родов длина матки укорачивается в среднем на 27% от исходной величины, тогда как ширина и переднее-задний размер только на 17 и 6% соответственно. Наиболее выраженная и стабильная динамика обнаружена при определении объема матки, который за первые семь дней пуэрперия уменьшался в среднем на 43,8% от исходной величины [14]. При проведении трехмерного ультразвукового исследования выявили, что у рожениц после самопроизвольных родов с осложненным течением пуэрперия отмечалось достоверное увеличение объема матки по сравнению с аналогичными показателями здоровых рожениц. Наиболее выраженное увеличение объема выявлено при субинволюции матки (на 42%), менее выраженное при гематолохиометре (на 25%) и эндометрите (на 29,5%). При осложнениях после кесарева сечения также установлено увеличение объема тела матки на 54% при субинволюции, на 16% при гемато- лохиометре и на 25,5% при эндометрите. У рожениц как после самопроизвольных родов, так и после кесарева сечения при осложненном течении пуэрперия во всех подгруппах также отмечено уменьшение объема шейки матки, которое было менее выраженным при субинволюции матки (на 12%), наиболее значимое уменьшение имело место при гематолохиометре (на 16-20%) и эндометрите (на 21- 24%). У рожениц с субинволюцией матки значения объема полости матки достоверно не отличались от аналогичных показателей здоровых рожениц, в то время как при

гематолохиометре и послеродовом эндометрите этот показатель был выше нормативных значений в 3,3 и в 5,5% раза, а после кесарева сечения- в 2,3 и 2,4 раза. Таким образом, при анализе показателей трехмерной эхографии выявлено наибольшее увеличение объема тела матки у рожениц с субинволюцией, максимальное увеличение объема полости матки при гематолохиометре и эндометрите. Наименьший объем шейки матки наблюдался при послеродовом эндометрите, что было связано с ее замедленным формированием при наличии воспалительного процесса. У рожениц после кесарева сечения показатели объема тела, шейки и полости матки изменяются в зависимости от осложнений пуэрперия аналогично данным после самопроизвольных родов. Наибольшие значения объема миометрия в области шва на матке при послеродовом эндометрите были связаны с более выраженным отеком этой зоны при наличии воспалительного процесса [15]. По разным данным ультразвуковая картина при эндометрите характеризуется расширением полости матки более 15 мм за счет структур разнородной эхоплотности, с пристеночной эхонегативной зоной и морфологическим субстратом указанной эхонегативной зоны является воспалительный инфильтрат с перифокальным отеком [16]. Однако ультразвуковая картина эндометрита не всегда информативна. Нередко при выраженной клинической симптоматике эхографическая картина не имеет специфических признаков. В ряде случаев удается выявить тонкий слабоэхогенный эндометрий и незначительно (всего 2-4 мм) расширенную полость. Кроме того, определяются налет фибрина, который имеет повышенную эхогенность, тонкие гиперэхогенные полоски по стенкам матки. Отмечается снижение тонуса матки, в полости определяются жидкостное содержимое, газ в виде гиперэхогенных включений, сгустки крови более 5 мм. Жидкость в малом тазу на 6-8-е сутки - также признак эндометрита. Гипоэхогенность стенок матки обусловлена отеком прилегающих к эндометрию слоев миометрия [17]. По данным некоторых авторов развитие пуэрперального эндометрита в 54-67% наблюдений сопровождается снижением тонуса матки, в

пользу которого свидетельствует увеличение соотношения между длиной и передне-задним размером, а также длиной и шириной матки [18]. Наиболее достоверным показателем инволюции матки является ее длина и длина полости. Однако данные об информативности эхографического определения линейных параметров матки для оценки тяжести послеродового периода достаточно противоречивы [19]. В настоящее время ведущим неинвазивным методом оценки состояния матки после операции кесарева сечения является ультразвуковое сканирование, применение которого позволяет не только диагностировать отклонения в структуре срединного МЭХО, но и оценить состояние шва на матке, шва на передней брюшной стенке и близлежащих к нему тканей [20]. Темпы уменьшения матки после операции кесарева сечения значительно снижены и между 3-ми и 9-ми сутками послеоперационного периода составляют лишь 17%.

В связи с этим для оценки инволюции матки после операции кесарева сечения наиболее информативным является определение ее расчетного объема. Как показали современные исследования, с 3-х по 7-е сутки после самопроизвольных родов объем матки уменьшается в среднем с 574 до 363 см³, что составляет 38%. Уменьшение объема матки между 3-ми и 7-ми сутками после операции кесарева сечения составляет в среднем 33% (от 696 до 469 см³). При этом следует заметить, что размеры матки после абдоминального родоразрешения достоверно превышают таковые после самопроизвольных родов. Уменьшение объема матки у пациенток, родоразрешенных оперативным путем, отстает в среднем на 2 дня, достигая значений (379 см³), соответствующих 7-м суткам после самостоятельных родов, только к 9-м суткам послеоперационного периода [8]. После кесарева сечения размеры полости матки практически соответствуют размеру полости матки у женщин, родивших через естественные родовые пути. Главное отличие заключается в наличии отека и утолщении сшитых тканей передней стенки нижнего сегмента. При зашивании раны на матке двумя рядами швов образуется деформация передней стенки матки, в том числе и со стороны полости, что

уменьшает ее просвет. В течение первых 9 суток послеродового периода передне-задний размер полости матки на уровне шва остается в пределах 5-6 мм. После кесарева сечения освобождение матки от сгустков крови происходит медленнее, чем после самопроизвольных родов, что связано с нарушением сократительной способности матки, а также сужением просвета ее полости на уровне шва. В связи с изложенным гематолохиометра у пациенток после кесарева сечения встречается чаще, чем после самопроизвольных родов [10, 19]. Исследования показали, что сокращение длины матки после кесарева сечения происходит значительно медленнее, чем после родов через естественные родовые пути, что обусловлено нарушением сократительной способности мышечных волокон, пересеченных в нижнем сегменте. Выявлено, что после кесарева сечения процессы формирования передней стенки матки нарушены, а формирование задней стенки матки замедлено.

Значительное увеличение толщины миометрия передней стенки матки в нижней ее трети связано с деформацией и отеком тканей в области послеоперационного шва. Нарушение сократительной способности матки и сужение просвета ее полости на уровне шва определяют затруднение оттока лохий и предрасполагают к развитию эндометрита [21]. По некоторым данным гематомы в области шва на матке, достигающие 2 см в диаметре и более, представляют высокий риск гнойно-воспалительных осложнений, так как даже при клинически неосложненном течении послеоперационного периода такие гематомы долго не подвергаются полному регрессу, что требует клинического и ультразвукового контроля [14]. При эхографической оценке состояния шва на матке у трети женщин с эндометритом обнаруживаются мелкие гематомы под пузырно-маточной складкой, у 42% в воспалительный процесс вовлекается миометрий в области швов. У пятой части пациенток эхографические признаки воспалительного процесса в миометрии сочетаются с проявлением его анатомической несостоятельности, которая выражается в формировании дефекта стенки со стороны полости матки в виде ниши неправильной треугольной формы и выраженным истончением ее

дистальной части. По мнению и данная эхографическая картина- признак частичного расхождения шва на матке [22]. Характерные ультразвуковые признаки воспаления мышечного слоя матки: усиление сосудистого рисунка — появление резко расширенных сосудов, главным образом в области задней стенки матки; наличие в проекции шва после кесарева сечения структур с пониженной эхоплотностью; отсутствие положительной динамики при наличии гематом в проекции послеоперационного шва и симптом ниши в области нижнего сегмента матки [23]. У рожениц с гнойными осложнениями после кесарева сечения установили совокупность эхографических признаков, позволяющих прогнозировать течение заболевания [22]. Последние проведенные исследования показали, что эхографическая картина матки при послеродовом периоде эндометрита отличается большим полиморфизмом и не всегда позволяет четко дифференцировать характер внутриматочной патологии, а также определить наличие воспалительного процесса в матке. Поэтому применение доплерометрического исследования внутриматочного кровотока должно являться необходимым компонентом в комплексе диагностических мероприятий у пациенток с пuerperальными осложнениями. Наиболее значимые изменения выявляются в гемодинамике дуговых артерий матки. Эхография с применением доплерометрии позволяет выявить ранние признаки нарушения кровотока. У рожениц с неосложненным течением послеродового периода систолодиастолическое соотношение (5/0) в аркуатных артериях матки в среднем равно 2,45 и IR (индекс резистентности) составляет 0,58 [24]. Исследования маточного кровотока, показали повышение конечной диастолической скорости кровотока в аркуатных артериях тела матки при развитии эндометрита после кесарева сечения. Точность диагностики эндометрита после кесарева сечения на основании данных доплерометрии составила 45-75%. При проведении адекватной терапии эндометрита происходила частичная нормализация кровотока, и, по мнению авторов, доплерометрия может служить методом контроля

эффективности проводимого лечения. Интересно отметить, что доплерометрические показатели, полученные у пациенток, родивших путем операции кесарева сечения, совпадали со значениями, характерными для воспалительного процесса в матке после самопроизвольных родов и это может быть обусловлено травмой тканей в результате оперативного вмешательства [25]. Исследование кровотока для более точной оценки маточной гемодинамики необходимо проводить не только в аркуатных, но и в других артериях матки. Ультразвуковое сканирование с доплерометрией — наиболее информативный метод диагностики, не имеющий противопоказаний даже при наличии у больной генерализованной инфекции показатели кровотока в ветвях маточной артерии в области передней стенки матки, в дне и в области задней стенки матки и получили следующие данные. У пациенток с гнойными осложнениями после кесарева сечения, которым удалось провести консервативно-хирургическое (эндоскопическое) лечение, локальное расстройство кровообращения в области рубца выражалось в снижении объемного кровотока и повышении индексов сосудистой резистентности: увеличение показателя S/D до 3,5-4,0; IR до 0,7-0,85 (признаки локальной ишемии); при показателях S/D 2,2-2,8; IR 0,34- 0,44 в области верхней половины передней и задней стенок матки. При локальном панметрите выявлялись признаки локального расстройства кровообращения: отсутствие диастолического компонента кровотока в области рубца на матке, что свидетельствовало о резком нарушении кровоснабжения ткани, приводящем к ее очаговому некрозу. При тотальном панметрите выявлялось резкое снижение кровоснабжения передней стенки матки и увеличение кровотока в области задней стенки: S/D

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Д.М. Кесарево сечение. М.: Триада-Х, 2004, 320 с.
2. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // Акушерство и гинекология 2007, №5, с.8-12
3. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н.А. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: патогенез, диагностика и лечебная тактика // Рос. вести, акушера-гинеколога, 2007, №5, с.76-81
4. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Щукина Н.А. Акушерский сепсис как репродуктивная проблема // Акушерство и гинекология, 2007, №3, с.38-42
5. Тютюник В.Л. Профилактика и лечение эндометрита после родов и кесарева сечения // РМЖ 2002, Т18, с.23-27.