

Худойбердиева Н.Ш.,
Шукуров Ф.И.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ И ТАКТИКА ПРИ СУБИНВОЛЮЦИИ И ЭНДОМЕТРИТЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ташкентская Медицинская академия

Treatment and preventive measures and tactics in subinvolution and endometritis after cesarean section

N.Sh. Xudoyberdieva., F.I. Shukurov. Based on findings of clinical bacteriological investigation, hystero-graphy and ultra-sound investigation (USI) it was established in patients with subinvolution of the uterus and endometritis following cesarean section that management of therapeutical preventive measurements with inclusion of magnetotherapy and immunomodulating preparation T-activin allowed to reduce incidence of subinvolution after operation by 1,43 times, endometritis - 2 times and decrease a number of parturients with severe

Несмотря на внимание исследователей к инфекционно-воспалительным осложнениям после кесарева сечения (КС), достигнутые успехи в диагностике и лечении, не замечено снижения их частоты [1. 21]. Они составляют более 19% ГЗ1 и занимают одно из ведущих мест в структуре материнской смертности. Особую группу высокого инфекционного риска составляют беременные с хроническими очагами инфекции (тонзиллит, пиелонефрит, эндомиометрит, кольпит) и экстрагенитальными заболеваниями длительного течения. При перечисленных заболеваниях в периоде беременности развивается иммунодефицитное состояние, усугубляющееся в послеоперационном периоде. Создается благоприятный фон для активации любой как патогенной, так и сапрофитной бактериальной флоры. Считается, что ранним признаком эндометрита является субинволюция матки. Она может развиваться на фоне хронического эндометрита и усугубиться за счет способствующего фактора хирургической травматизации тканей после КС. С учетом роста бактерий, резистентных к антибиотикам, профилактическое лечение, зачастую, не дает желаемых результатов. Генерализация инфекции определяет направление на хирургическое лечение по удалению органа. В настоящее время нет однозначного мнения о проблеме субинволюции матки: одни авторы рассматривают субинволюцию матки как предстadium эндометрита [12], другие — как послеродовое гнойно-септическое заболевание [3], третьи подразумевают непродолжительное повышение температуры без определенных признаков инфекции, протекающее с недостаточным сокращением матки [4]. В связи с этим имеется высокая частота ошибочно установленных диагнозов и неадекватно проводимой терапии данного осложнения.

Цель исследования: разработка методов профилактики и лечения субинволюции матки, ранняя диагностика эндометрита после КС.

В последние годы резко возрос интерес врачей разных специальностей к одному из физиотерапевтических методов — низкочастотной магнитотерапии. Это объясняется тем, что данный метод является одним из наиболее физиологических, эффект которого связан с активным вовлечением больного в лечебный процесс путем мобилизации собственных ресурсов организма, освобождением биологически активных веществ с избирательной стимуляцией всей иммунной системы. Магнитотерапия улучшает микроциркуляторные процессы и местное кровообращение, способствует рассасыванию воспалительного и травматического отека и, улучшая условия для восстановления поврежденных тканей, ускоряет репаративную регенерацию. Магнитотерапия снимает риск аллергических реакций, вызванных лекарственными препаратами.

Отсутствие отрицательных побочных реакций,

доступность метода магнитотерапии создает благоприятные условия для его применения в клинической акушерской практике.

Материалы и методы: Обследовано 100 родильниц, родоразрешившихся путем кесарева сечения на базе родильного дома №9 г.Ташкента в 2012-2013 гг. Они составили две группы: I - 60 родильниц с традиционным послеоперационным ведением; II - 40 родильниц с ведением по разработанной методике, помимо традиционного лечения включающий магнитотерапию и иммуномодулирующие средства. Магнитотерапию проводили профилактически со 2-го дня послеоперационного периода в течение 5-7 дней. Характер сокращения матки после операции определяли методами УЗИ и метрическим, измеряя ширину и высоту стояния дна матки над лоном. Эффективность оценивали по исходам КС, возникновению осложнений инволютивного периода в обеих группах.

Диагноз эндометрита после КС выставляли по результатам клинического и бактериологического исследования, методом УЗИ и гистероскопии.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст родильниц составлял $27 \pm 11,5$ и $26,5 \pm 1,7$ года, соответственно группам; первородящих было 23 и 28. Частота ЭГЗ была приблизительно идентичной, анемия сопоставляла беременность у 90 (90%) женщин, пиелонефрит - у 52 (52%), сердечно-сосудистая патология - у 12 (12%), ожирение - у 12 (12%). Из акушерских осложнений ГСБ констатирован в 46 (46%) случаях, преждевременная отслойка плаценты - в 15 (15%), причем одинаково часто в обеих группах ($P < 0,01$).

Операция кесарева сечения в плановом порядке осуществлена у 70 (70%) беременных, в экстренном - у 30 (30%). Достоверной разницы по группам в показателях к КС не было. Плановая операция производилась в связи с отягощенным перинатальным анамнезом и крупным плодом (18 сл.), тазовым предлежанием и крупным плодом (22 сл.), крупным плодом при "рубце" на матке (15 сл.), анатомофункциональной несостоятельностью матки после ранее перенесенной КС (25 сл.). Экстренная операция осуществлена у беременных с родовым излитием вод при наличии "рубца" на матке (16 сл.), ПОНП (15 сл.), аномалией родовой деятельности (11 сл.) и при тяжелой форме ГСБ в родах (8 сл.). На фоне традиционного профилактического лечения задержка инволюции наблюдалась у 32 (32%) родильниц. Субинволюция матки как ранний признак послеоперационного эндометрита оценена в 21 (21%) случаях, в связи с субфебрильной

температурой, болезненностью при пальпации матки и по результатам бактериоскопического исследования лохий. При этом воспалительная реакция крови и явления общей интоксикации констатированы у 10 из 21 пациентки (21%). Лечение осуществлялось общепринятыми средствами, дезинтоксикационной терапией, антибактериальными препаратами (местное и внутривенное введение), общеукрепляющими и десенсибилизирующими средствами.

Во второй группе на фоне раннего профилактического использования магнитотерапии субинволюция матки выявилась у 26 (26%) женщин. Послеоперационный эндометрит диагностирован у 12 (12%). Сопровождался выраженной интоксикацией у 4 (4%) из них.

Лечение продолжено комплексным традиционным методом в сочетании с магнитотерапией и иммуномодулирующим препаратом - тактивиним. В обеих группах с первого дня после родоразрешения осуществлялась тактика интенсивного наблюдения с тщательным клинико-лабораторным контролем. Проводили бактериологический посев отделяемого из половых путей, УЗИ в динамике. При активном ведении и стойкой субинволюции, появившихся признаках интоксикации осуществляли аспирацию содержимого полости матки введением двухпросветной трубки и отсасыванием его шприцем. Содержимое подвергали бактериологическому контролю, параллельно производили ультразвуковое исследование. Определяли размеры матки, ее полости, характер содержимого, толщину эндо- и миометрия, ее экзогенность. При получении эхоскопической картины, подтверждающей скопление сгустков, утолщение эндометрия, полости матки выскабливали. При отсутствии вышеописанного содержимого матки производили гистероскопическое исследование.

При эндометрите с наличием черного цвета тяжистого характера, выбухающем над стенкой матки, либо при наличии неровных участков сгеники матки с синеватым оттенком удаляли все некротически измененные ткани с последующим диализом полости матки. При бактериологическом исследовании на фоне субинволюции матки в 42 (42%) случаях из 58 отмечался рост патогенной флоры, высевалась ассоциация микроорганизмов, в 16 (16%) - определялась монокультура, обнаруживалось более 15 видов микроорганизмов (*E.colli*, *St. epidermidis*, *St. aureus*, энтерококки, клебсиеллы и т.д.)

Обсемененность полости матки была не менее, чем в 10^5 КОЕ/мл при наличии общей интоксикации.

Антибактериальную терапию подбирали с учетом

выделенной микрофлоры и проверки ее на чувствительность. Использовали группу цефалоспоринов и препараты метранздазола. Инфузионно-гемотрансфузионную терапию проводили в первые сутки от начала эндометрита в количестве до 1-1,5 л. Длительность течения и лечения эндометрита составила $12,0 \pm 1,2$ дня в группе с традиционным лечением и $8,9 \pm 1,0$ дня с использованием магнитотерапии и иммуномодулирующих препаратов. Во всех наблюдениях профилактическая и поэтапная интенсивная терапия субинволюции и эндометрита после КС позволила избежать хирургического вмешательства по удалению органа, как очага инфекции, а также генерализации инфекции.

Анализ 33 случаев эндометрита после КС подтверждает, что данное осложнение возникало у родильниц, имеющих хронические очаги воспаления длительного течения (хр.пиелонефрит, хр.эндометрит), перенесших ГСБ и кровотечение в родах. Эндометрит достоверно чаще развивался после экстренного КС (23 - после экстренного и 10 случаев - после планового) и у женщины, имеющих хроническую латентную внутриматочную инфекцию.

При благоприятных условиях инфекция реализовалась и проявилась клиникой эндометрита. Подтверждением данного предположения явились полученные результаты: из 58 случаев субинволюции с выявленной патогенной флорой, эндометрит развивался в 33. В остальных (25 ел.- 25%) - проведенные профилактические мероприятия, позволили предотвратить реализацию латентной инфекции в воспалительный процесс матки после операции.

Наши данные указывают на то, что субинволюция матки является симптомом доклинической стадии послеоперационного эндометрита.

Выводы

1. Выделение родильниц в группу инфекционного риска на развитие послеоперационных осложнений, раннее профилактическое лечение субинволюции матки после КС и поэтапная тактика интенсивного ведения родильниц с эндометритом позволяют добиться эффективных результатов и избежать инвалидизации женщин.

2. Комплексная лечебно-профилактическая тактика с включением магнитотерапии и иммуномодулирующих препаратов снижает частоту субинволюции после операции в 1,43 раза, эндометрита - в 2 и уменьшает число родильниц с тяжелой формой заболевания - в 1,4 раза.

Литература

1. Абрамченко В.В., Маевская Н.Ф. Диагностика и лечение послеродовой субинволюции матки // Критические состояния в акушерстве и гинекологии: Материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конф. — Петрозаводск, 2005. — С. 28-31.
2. Б.Л.Гуртовой, В.Н.Серов, А.Д.Макацария. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. М.: Медицина, 2010 - 154 с.
3. В.И.Краснопояский. Некоторые вопросы операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. -2009,- №6, - С.39-41.
4. Ф.А.Смекуна, В.А.Туманова, И.Р.Зак. Профилактика эндометрита после кесарева сечения // Акуш. и гинекол. -2010. -№10. - С.1-3.