

Г. Э. Мартиросян, С. Г. Кочинян, А. С. Мирзоян

ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Увеличение частоты кесарева сечения с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности диктует необходимость усиления профилактики гнойно-септических заболеваний.

В последние годы в связи с аллергизацией населения, обилием побочных эффектов лекарственной терапии в профилактике и терапии послеродовых и послеоперационных осложнений возрастает роль немедикаментозных методов лечения, среди которых одно из ведущих мест занимает иглорефлексотерапия (ИРТ).

Данные литературы указывают на выраженное возбуждающее и стимулирующее влияние ИРТ на сократительную деятельность матки в родах и послеродовом периоде [3, 6, 8, 9].

Динамика инволюции матки при физиологическом течении послеродового периода у здоровых родильниц, а также при субинволюции матки и эндометрите изучена достаточно полно [1, 4, 5, 10, 12], однако инволюция матки после кесарева сечения изучена крайне недостаточно [2, 7, 11].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей обратного развития матки у родильниц, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, после стимуляции сократительной деятельности матки применением ИРТ.

Обследованы 53 родильницы после операции кесарева сечения, которые в зависимости от методов, примененных для сокращения матки, разделены на две группы: 29 родильниц получали в послеоперационном периоде с профилактической целью ИРТ (основная группа); контрольную группу составили 24 родильницы после операции кесарева сечения, которые с первых же дней после операции с профилактической целью получали внутримышечные инъекции окситоцина по 1,0 раствора два раза в день. Родильницы обеих групп получали антибактериальную терапию.

Для обследования подобраны группы родильниц с высокой степенью риска возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных заболеваний. Факторами риска считались отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, хроническая экстрагенитальная патология, осложненное течение беременности и родов (рубцы на матке, затяжные роды в сочетании с длительным безводным периодом и т. д.).

В большинстве случаев операция кесарева сечения была произведена в экстренном порядке.

Сеансы ИРТ проводились ежедневно вторым возбуждающим методом в точках J-4; R-10; R-12; Rp-6; V-23; V-40 с оставлением игл до 5—7 минут в течение первых трех-четырех дней после операции.

Во всех случаях применения ИРТ сокращение матки наступало сразу же или через 20—30 минут от начала иглоукалывания. Чаще всего было достаточно 2—3 сеансов для улучшения сократительной деятельности матки и клинического течения послеоперационного периода.

Для объективного контроля за эффективностью комплексной профилактики с применением ИРТ использовано УЗ-сканирование с помощью ультразвукового аппарата Toshiba SAL—77 с использованием конвексного датчика 35 МГц. Исследования проводились на 3—4, 5—6, 7—8, 9—10-е сутки послеоперационного периода (табл. 1, 2).

Таблица 1

Инволюция матки после кесарева сечения при применении медикаментозных сокращающих средств (см) (контрольная группа)

Размеры матки	Сутки после операции			
	3—4	5—6	7—8	9—10
ДГМ	$12,3 \pm 0,27$	$12,3 \pm 0,32$	$11,5 \pm 0,42$	$11,4 \pm 0,37$
ШГМ	$10,7 \pm 0,12$	$10,3 \pm 0,40$	$10,2 \pm 0,49$	$9,3 \pm 0,25$
ПЗРМ	$8,3 \pm 0,24$	$8,0 \pm 0,40$	$7,6 \pm 0,37$	$7,3 \pm 0,23$
ПЗРПМ	$1,1 \pm 0,12$	$1,2 \pm 0,19$	$0,9 \pm 0,12$	$0,9 \pm 0,14$
ТПСМ	$3,8 \pm 0,14$	$3,7 \pm 0,14$	$3,5 \pm 0,09$	$3,4 \pm 0,17$
ТЗСМ	$3,4 \pm 0,14$	$3,2 \pm 0,09$	$3,1 \pm 0,07$	$3,0 \pm 0,14$

Таблица 2

Инволюция матки после кесарева сечения при применении ИРТ (см) (основная группа)

Размеры матки	Сутки после операции			
	3—4	5—6	7—8	9—10
ДГМ	$12,0 \pm 0,25$	$*10,9 \pm 0,30$ $P < 0,001$	$10,8 \pm 0,26$	$10,7 \pm 0,38$
ШГМ	$10,7 \pm 0,30$	$10,4 \pm 0,24$	$9,8 \pm 0,27$	$9,0 \pm 0,31$
ПЗРМ	$*7,6 \pm 0,21$ $P < 0,02$	$*6,9 \pm 0,19$ $P < 0,02$	$6,8 \pm 0,35$	$*6,4 \pm 0,33$ $P < 0,02$
ПЗРПМ	$*0,7 \pm 0,12$ $P < 0,02$	$*0,7 \pm 0,10$ $P < 0,02$	$*0,5 \pm 0,09$ $P < 0,01$	$*0,4 \pm 0,13$ $P < 0,02$
ТПСМ	$3,6 \pm 0,12$	$*3,3 \pm 0,16$ $P < 0,05$	$3,3 \pm 0,18$	$3,3 \pm 0,21$
ТЗСМ	$*3,0 \pm 0,08$ $P < 0,02$	$*2,9 \pm 0,14$ $P < 0,05$	$2,9 \pm 0,17$	$2,7 \pm 0,11$

Примечание. *—достоверность различий по сравнению с соответствующими днями послеоперационного периода при медикаментозной стимуляции матки.

Размеры матки определяли путем продольного и поперечного сканирования. Измеряли длину, ширину, переднезадний размеры матки

(ДТМ, ШТМ, ПЗРМ), переднезадний размер полости матки (ПЗРПМ) и толщину передней и задней стенок матки (ТПСМ, ТЗСМ). Одновременно изучали положение, форму матки и состояние ее полости. Для лучшей визуализации матки УЗ-исследование проводили при хорошо наполненном мочевом пузыре.

При изучении динамики послеоперационной инволюции матки зависимости от проводимой терапии выявлены существенные различия в темпах инволюции отдельных размеров матки в разные дни после операционного периода.

При сопоставлении полученных данных, свойственных 3—4-му дню послеоперационного периода, выявлено, что средние размеры ДТМ и ШТМ в обеих группах почти одинаковы. Достоверные различия отмечаются в размерах: ПЗРМ, ПЗРПМ и ТЗСМ ($P < 0,02$). В эти сроки изменяется и положение тела матки. У большинства рожениц оно смещается резко кпереди, причем в контрольной группе это отмечается гораздо чаще, чем в основной. Такое изменение положения тела матки часто является причиной нарушения оттока лохий.

Как следует из данных табл. 1 и 2, в основной группе после 3—4-кратного тура ИРТ, к 5—6-му дню, по сравнению с соответствующим послеоперационным днем в контрольной группе, отмечается достоверное уменьшение почти всех размеров матки. В последующие сутки после операционного периода (в основной группе — с 5—6-х суток, а в контрольной группе — с 3—4-х суток) скорость инволюции матки значительно снижается. Так, если в контрольной группе на 5—6-е сутки после операции ДТМ по сравнению с 3—4-ми сутками не изменяется, а лишь к 7—8-му дню отмечается уменьшение ДТМ на 0,8 см, то у рожениц основной группы уменьшение ДТМ к 5—6-му дню составило 1,1 см, а в последующие дни отмечается незначительное уменьшение этого размера. ШТМ в обеих группах уменьшалась в меньшей степени. В последующие сутки (7—8-е) послеоперационного периода, хотя и с гораздо меньшей скоростью, но продолжается уменьшение наружных размеров матки и ее полости. Несмотря на то, что темпы послеродовой инволюции матки к 9—10-м суткам в двух группах почти одинаковы, по сравнению с 7—8-м днем, однако размеры матки и ее полости к 9—10 суткам более значительными остаются в контрольной группе. Достоверные различия отмечаются в размерах ПЗРМ ($P < 0,02$) и ПЗРПМ ($P < 0,02$).

Исходя из клинических наблюдений, можно отметить, что на фоне ИРТ наряду с интенсивным сокращением послеродовой матки одновременно отмечались снижение температуры тела, улучшение общего состояния, сокращение сроков пребывания рожениц в стационаре.

Таким образом, как показывают проведенные исследования, ИРТ является клинически эффективным средством профилактики послеродовых осложнений, способствующим усилению сократительной способности миометрия.

ԿԵՍԱՐՅԱՆ ՀԱՏՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ԱՐԳԱՆԻ ՀԵՏԱԶՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԱՍՏՂՆԱՐՈՒԹՅՈՒՆՈՒՆ ԳՐՈՅԻՆԱԿՏԻԿ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ԴԵՊՐՈՒՄ

Կեսարյան հատումից հետո արգանդի հետ զարգացումը ուսումնասիրվել է 2 խումբ ծննդկանների մոտ: Հիմնական խմբում արգանդի կրճատման նպատակով ստացել են ասեղնաբուժության կանխարգելիչ սեանսներ, որոնց ֆոնի վրա վիրահատությունից հետո 5—6-րդ օրը դիտվել է արգանդի չափերի հավաստի փոքրացում համեմատած դեղորայքային կրճատողներ ստացած խմբի հետ:

Պարզվել է, որ ասեղնաբուժությունը հետվիրահատման բարդությունների կանխարգելման արդյունավետ միջոց է:

G. Z. Martirosian, S. G. Kochinian, A. S. Mirzoyan

Peculiarities of Uterus Involution After Cesarean Section at Prophylactic use of Acureflexotherapy

The peculiarities of uterus involution in puerperas who have delivered by cesarean section, after stimulation of the contractile activity of the uterus with application of reflexotherapy were studied. It has been established that this method is rather effective for prophylaxis of post-natal complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулева Л. П., Иванова Н. А., Ярмоненко А. А. В кн.: Актуальные вопросы клин. и эксперим. медицины. М., 1980, с. 165.
2. Бакулева Л. П., Якутина М. Ф., Нестерова А. А., Эфендиева А. Г. *Вопр. охр. мат. и дет.* 1982, 8, 59.
3. Воронцова Г. М., Степанов В. С., Ундрицов М. И. *и др. Акуш. и гинек.* 1984, 8, с. 44.
4. Демидов В. Н., Иванова Н. А., Будневич Е. А. *Вопр. охр. мат. и дет.* 1987, 5, с. 66.
5. Иванова Н. А. *Акуш. и гинек.* 1983, 3, 51.
6. Кочинян С. Г., Акопян Л. А. В кн.: Тбилисская гор. конф. молодых медиков, посв. 60-летию ВЛКСМ. Тбилиси, 1978, с. 217.
7. Серов В. Н., Жаров Е. В., Тигранян З. Р., Язбурските Г. Б. *Вопр. охр. мат. и дет.* 1988, 4, с. 25.
8. Степанов В. С., Филимонова В. Г., Персианинов Л. С. *Акуш. и гинек.* 1977, 10, с. 51.
9. Степанов В. С., Филимонов В. Г., Акинъшина В. С. *Акуш. и гинек.* 1983, 3, с. 29.
10. Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Медведев М. В. *Акуш. и гинек.* 1987, 6, с. 44.
11. Lee C. Y., Mudrazo B., Drukher B. N. *Obstet. Gynec.* 1981, 58, 2, 227.
12. Demecko D. *Zbl. Gynäk.* 1989, 111, 4, 211.