

УДК 618.56:616\_089.816

© Колектив авторів, 2011.

## РУЧНА ВАКУУМ-АСПИРАЦІЯ У ЛІКУВАННІ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕНЬ

**В. О. Рудь, Ю. В. Шинкарук, Л. В. Шинкарук, А. В. Вознюк**

*Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. кафедри – д.мед.н., доц. О. В. Булавенко),  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця.*

### MANUAL VACUUM ASPIRATION IN POSTPARTUM COMPLICATIONS MANAGEMENT

V. A. Rud, Yu. V. Shynkaruk, L. V. Shynkaruk, A. V. Vozniuk

#### SUMMARY

Based on a comparison of methods of treatment of 200 women with postpartum complications proved the effectiveness of the inclusion of manual vacuum aspiration versus curettage of the cavity walls of the uterus and conservative treatment, in terms of influence on the involution of the uterus, women condition and timing recovery.

### РУЧНАЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В. А. Рудь, Ю. В. Шинкарук, Л. В. Шинкарук, А. В. Вознюк

#### РЕЗЮМЕ

На основе сравнения методов лечения 200 женщин с послеродовыми осложнениями доказана эффективность включения мануальной вакуум аспирации в сравнении с кюретажем стенок полости матки и консервативным лечением с точки зрения влияния на инволюцию матки, состояние женщины и сроки выздоровления.

**Ключові слова:** мануальна вакуум-аспірація, післяпологова інфекція.

Уповільнення процесів зворотного розвитку матки є одним із основних патогенетичних механізмів виникнення післяпологових септичних захворювань [1]. Тому своєчасна діагностика і лікування цих порушень має велике практичне значення [2-4]. Необхідно дотримуватися принципу термінового і раціонального хірургічного видалення інфікованих тканин із порожнини матки та проведення раціональної антибактеріальної терапії. У останні роки зростає зацікавленість відносно використання активної хірургічної тактики ведення післяпологового періоду. При лікуванні післяпологового ендометриту можливо використовувати різні варіанти видалення інфікованих тканин – кюретаж, промивне дренажування порожнини матки, санацію порожнини матки. У даний час відсутній протокол по веденню цих хворих. Між тим відомо, що найбільш безпечним для видалення тканин із порожнини матки є застосування мануальної вакуум-аспірації (МВА) [5]. Згідно рекомендаціям програми ALARM, протягом трьох років як альтернатива кюретажу та електровакуум-аспірації використовувалась мануальна вакуум-аспірація.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність мануальної вакуум-аспірації (МВА) для лікування післяпологових ускладнень в умовах гінекологічного відділення.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження було включено 200 жінок з післяпологовими ускладненнями, які були проліковані у

гінекологічному відділенні Вінницького міського клінічного пологового будинку (ВМК ПБ) №2 з 2006 по 2010 рр. Були використані наступні методи: клініко-анамнестичний, лабораторні, ультразвукове дослідження матки, бактеріологічне та гістологічне дослідження метроаспірату та вишкрібку зі стінок порожнини матки, статистичні. Мануальна вакуум-аспірація проводилась з використанням шприца-аспіратора Iras MVA Plus™. При МВА вакуум створюється шляхом використання пластикового шприца ємкістю 60 мл, який активується вручну. Усіх жінок було розділено на три групи: I група – 136 жінок, яким проводили мануальну вакуум-аспірацію; II група – 28 жінок, яким проводили вишкрібання стінок порожнини матки; III група – 36 жінок, яким призначалось консервативне лікування без мануальної вакуум-аспірації та вишкрібання стінок порожнини матки.

При проведенні МВА лише у 20 пацієнток (14,7%) використовували загальне знеболення Каліпсолом, Пропрофолом, а у 116 (85,3%) пацієнток знеболення не використовували. При проведенні вишкрібання стінок порожнини матки у всіх жінок (100,0%) використовували внутрішньовенний наркоз.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік пацієнток обстежених груп коливався від 16 до 40 років та не мав статистичних розбіжностей (табл. 1).

Таблиця 1

## Розподіл обстежених пацієнток з післяпологовими ускладненнями по віку

Вік, роки	I група	II група	III група
16-20	8 (5,9%)	4 (14,2%)	4 (11,1%)
21-25	64 (47,0%)	12 (42,9%)	20 (55,6%)
26-30	48 (35,3%)	12 (42,9%)	8 (22,2%)
31-35	16 (11,8%)	–	–
36-40	–	–	4 (11,1%)

Більшість пацієнток направлені до гінекологічного відділення лікарем швидкої медичної допомоги. 24,0% жінок першої групи були скеровані у відділення лікарями жіночих консультацій. Від 22,0% до 35,0% жінок самостійно звернулись за допомогою. Приблизно 4,0% жінок третьої групи були переведені з пологового відділення. Від 57,0 до 97,0% жінок були

виписані після пологів на 2-5 добу. Серед жінок II та III груп 22,0-28,0% жінок були виписані на 6-10 добу, та близько 10,0% – після 11 доби.

За медичною допомогою від моменту виникнення скарг пацієнтки звернулись в різні терміни (табл. 2). Більшість пацієнток звернулись за допомогою на 2 добу від моменту виникнення скарг.

Таблиця 2

## Термін звернення за медичною допомогою обстежуваних пацієнток

Доба звернення за медичною допомогою	I група	II група	III група
В день виникнення скарг	44 (32,4%)	12 (42,9%)	12 (33,4%)
На 2 добу	56 (41,2%)	16 (57,1%)	16 (44,4%)
На 3 добу	32 (23,5%)	–	4 (11,1%)
На 4 добу і пізніше	4 (2,9%)	–	4 (11,1%)

Всіх пацієнток було госпіталізовано до гінекологічного відділення ВМК ПБ №2, де вони знаходились на стаціонарному лікуванні.

Вивчення акушерського анамнезу показало, що більшість жінок, що поступили до стаціонару з ускладненнями, мали перші пологи: I група – 96 (70,6%), II група – 24 (85,7%), III група – 32 (88,9%) жінки. Повторні пологи спостерігалися: другі пологи – I група – у 28 (20,6%), II група – у 4 (14,3%), III група – у 4 (11,1%) жінок; треті пологи – в I групі у 12 (8,8%) жінок, II, III групи – 0%.

При надходженні до стаціонару у хворих трьох груп при бімануальному обстеженні визначалася збільшена і недостатньо щільна по консистенції матка зі зниженим темпом формування внутрішнього вічка і цервікального каналу. При бактеріологічному дослідженні вмісту порожнини матки у обстежених пацієнток встановлено широкий спектр умовно патогенної мікрофлори. Найбільш часто виявляли не-

кlostридіальні облігатно анаеробні мікроорганізми. Найчастіше виявляли грампозитивні анаеробні палички (*Eubacterium* spp. і *Lactobacillus* spp.) – у I групі – у 100 (73,5%), у II – у 19 (67,9%), у III – у 24 (66,7%) пацієнтів, а також грамнегативні палички роду *Fuzobacterium* spp. – у I групі – у 34 (23,5%), у II – у 5 (17,9%), у III – у 10 (27,0%) жінок. В інших випадках виявили *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Prevotella* spp. Серед аеробів і факультативних анаеробів у більшості випадків висівалися умовно патогенні види родини ентеробактерій і різні види ентерококів. Співвідношення анаеробів до аеробів було приблизно 4:1.

При УЗ-дослідженні органів малого тазу у всіх хворих визначали об'єм матки та розмір порожнини матки. Розмір порожнини матки у пацієнток I та II групи становив 15-25 мм, у пацієнток III групи – 10-15 мм. Дані щодо об'єму матки представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

## Середній об'єм матки у пацієнток з післяпологовими ускладненнями

Групи жінок	Об'єм матки до початку лікування	Об'єм матки після лікування
I група	350-450 см <sup>3</sup>	100-150 см <sup>3</sup>
II група	350-450 см <sup>3</sup>	200-250 см <sup>3</sup>
III група	200-250 см <sup>3</sup>	100-150 см <sup>3</sup>

Після МВА у всіх пацієнток спостерігалось значне зменшення об'єму матки.

У хворих трьох груп при ехографічному дослідженні матки було виявлено патологічні включення (затримка виділень, залишки децидуальної тканини, амніотичних оболонок та інше). В цих випадках хірургічне видалення морфологічного субстрату, як правило, сприяє зникненню запального процесу, який виник в порожнині матки при порушенні її дренажної функції. Так, у 132 (97,1%) пацієнток I групи вже на наступний день після МВА нормалізувався характер виділень із статевих шляхів, значно прискорилися процеси інволюції матки, тоді як у хворих II – 20 (71,4%) та III – 28 (77,8%) груп дані ознаки досягалися на 3-4 добу лікування.

Пацієнткам першої та другої груп проводили гістологічне дослідження аспірату та вишкрібку з стінок порожнини матки. При гістологічному дослідженні виявлено: залишки децидуальної тканини: I група – 92 (67,6%), II група – 28 (100,0%); ендометрій зворотного розвитку після минулих пологів: I група – 36 (26,5%); післяпологовий гнійний ендометрит: I група – 8 (5,9%).

На основі аналізу скарг пацієнток, анамнезу захворювання, об'єктивного обстеження, даних додат-

кових методів дослідження було встановлено заключні діагнози у обстежуваних пацієнток: Residua post partum – I група – 68 (50,0%), II – 12 (42,9%), III – 4 (11,1%); післяпологовий ендометрит – I група – 28 (20,6%), II – 12 (42,9%), III – 0%; лохіометра, лактостаз – I група – 20 (14,7%), II – 0%, III – 32 (88,9%); субінволюція матки – I група – 20 (14,7%), II – 4 (14,2%), III – 0%.

Всі пацієнтки отримували медикаментозну терапію, яка включала: антибактеріальну терапію (цефалоспорины 3-го покоління (Медаксон, Цефтріаксон, Лораксон, Цефограм, Цефтазидин, Цефотаксим); аміноглікозиди (Амікацин, Аміцил); нітроїмідазоли (Метрогіл)); скорочуючу терапію (Метилергобревін, Окситоцин); нестероїдні протизапальні засоби (Диклофенак натрію, Алмірал); пробіотики (Лінекс, Лактовіт форте).

Серед досліджуваних 200 пацієнток цефалоспорины отримували 168 (84,0%) жінок, аміноглікозиди – 16 (8,0%) жінок та не отримували антибіотиків 16 (8,0%) жінок.

Усі хворі надійшли до стаціонару з підвищенням температури. Після проведення мануальної вакуум-аспірації, вишкрібання стінок порожнини матки, медикаментозного лікування у пацієнток трьох груп у різні терміни нормалізувалась температура тіла (табл. 4).

Таблиця 4

**Доба нормалізації температури тіла після проведеного лікування у пацієнток з післяпологовими ускладненнями**

Доба нормалізації температури тіла	I група	II група	III група
На 1 добу	112 (82,3%)	16 (57,1%)	8 (22,2%)
На 2 добу	20 (14,7%)	4 (14,3%)	20 (55,6%)
На 3 і > добу	4 (3,0%)	8 (28,6%)	8 (22,2%)

У основної кількості хворих I групи (82,3%) після МВА температура тіла нормалізувалась на 1 добу, тоді як у жінок II групи (після вишкрібання порожнини матки) на першу добу температура нормалізувалась лише у 57,1% жінок, а у жінок III групи у 55,6% хворих нормалізації температури

вдалося досягнути лише на другу добу лікування.

В динаміці надання допомоги нами була оцінена кількість лейкоцитів у жінок обстежених груп. Підвищена кількість лейкоцитів при надходженні до стаціонару спостерігалась у 29,0-47,0% жінок (табл. 5).

Таблиця 5

**Кількість лейкоцитів при надходженні у пацієнток з післяпологовими ускладненнями**

Кількість лейкоцитів	I група	II група	III група
$4-9 \times 10^9$	72 (52,9%)	20 (71,4%)	20 (55,6%)
$9 \times 10^9$ і більше	64 (47,1%)	8 (28,6%)	16 (44,4%)

Через 1 добу після проведення мануальної вакуум-аспірації, вишкрібання порожнини матки та по-

чатку медикаментозного лікування всім жінкам повторно визначали кількість лейкоцитів (табл. 6).

Таблиця 6

**Кількість лейкоцитів через 1 добу після початку лікування у пацієнток з післяпологовими ускладненнями**

Кількість лейкоцитів	I група	II група	III група
$4-9 \times 10^9$	96 (70,6%)	8 (28,5%)	12 (33,3%)
$9 \times 10^9$ і більше	40 (29,4%)	20 (71,5%)	24 (66,7%)

Після мануальної вакуум-аспірації (I група) у 70,6% випадків спостерігалась нормалізація кількості лейкоцитів, тоді як після вишкрібання стінок порожнини матки (II група) та в разі медикаментозного лікування збільшувалась кількість жінок з підвищеним лейкоцитозом.

На момент виписки із стаціонару у жодної жінки I групи спостерігався лейкоцитоз, тоді як нормалізація кількості лейкоцитів відбулась у 85,7% жінок II групи, та 88,9% – III групи (табл. 7).

Таблиця 7

**Кількість лейкоцитів при виписці з гінекологічного відділення у пацієнок з післяпологовими ускладненнями**

Кількість лейкоцитів	I група	II група	III група
$4-9 \times 10^9$	136 (100,0%)	24 (85,7%)	32 (88,9%)
$9 \times 10^9$ і більше	–	4 (14,3%)	4 (11,1%)

Кількість проведених ліжко-днів представлена в таблиці 8. Отримані нами дані показали найменшу

тривалість стаціонарного лікування у жінок I групи – 1-5 днів – у 70,6% пацієнок.

Таблиця 8

**Кількість проведених ліжко-днів в гінекологічному відділенні обстежуваних пацієнок**

Кількість ліжко-днів	I група	II група	III група
1-5	96 (70,6%)	–	8 (22,2%)
6-10	40 (29,4%)	8 (28,6%)	24 (66,7%)
11-15	–	20 (71,4%)	4 (11,1%)

Протягом дослідження не було виявлено жодного ускладнення після мануальної вакуум-аспірації.

**ВИСНОВКИ**

1. Використання мануальної вакуум-аспірації для лікування післяпологових ускладнень є досить ефективним, про що свідчать результати проведеного нами дослідження: лише у 14,7% пацієнок при проведенні мануальної вакуум-аспірації використовували загальне знеболення, що дозволило значно знизити ризик виникнення ускладнень наркозу; у всіх жінок після мануальної вакуум-аспірації відбулося значне зменшення об'єму матки; у 82,3% пацієнок після проведення мануальної вакуум-аспірації температура тіла нормалізувалась на першу добу; у 100,0% пацієнок після проведення МВА на момент виписки відбулась нормалізація рівня лейкоцитів; основна кількість пацієнок після мануальної вакуум-аспірації (70,6%) знаходилися на стаціонарному лікуванні не тривалий термін – 1-5 днів.

2. Отримані нами результати вказують на доцільність використання мануальної вакуум-аспірації шприцом Iras MVA Plus™ в комплексі методів лікування післяпологових ускладнень. Чим раніше проведена мануальна вакуум-аспірація при післяпологових ускладненнях, тим вища її ефективність та менша небезпека розповсюдження інфекції на міометрій із наступною генералізацією процесу.

3. Враховуючи, що мануальна вакуум-аспірація

виключає ризик травматизації слизової оболонки матки, не потребує додаткової дилатації шийки матки та не впливає на фертильність, цей метод потрібно застосовувати в лікуванні післяпологових ускладнень.

**ЛІТЕРАТУРА**

- Абрамченко В. В. Диагностика и лечение послеродовой субинволюции матки : материалы III Всероссийской междисциплинарной науч.-практ. конф. [«Критические состояния в акушерстве и гинекологии»], (Петрозаводск, 2005 г.) / В. В. Абрамченко, Н. Ф. Маевская. – Петрозаводск, 2005. – С. 28–31.
- Современная акушерская тактика при послеродовом эндометрите : материалы VII Российского форума [«Мать и дитя»], (Москва, 11-14 октября 2005 г.) / Н. В. Орджоникидзе, Н. М. Касабулатов, Т. Е. Королева [и др.]. – М., 2005. – С. 187–188.
- Баев О. Р. Комплексная эхографическая оценка послеродовой инволюции матки. Применение ультразвука и новых видов энергии в диагностике, терапии и хирургии / Баев О. Р. – М., 1986. – С. 6–8.
- Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита / [Горин В. С., Серов В. Н., Бирюкова Л. А., Степанов В. В.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 1. – С. 21–28.
- Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review / J. Wen, Q. Y. Cai, F. Deng, Y. P. Li [et al.] // BJOG. – 2008. – Vol. 115, № 1. – P. 5–13.