

Влияние локализации срединной продольной мышечной полосы на течение послеродового периода

Е. В. Колпакова, Л. И. Кох, Л. С. Липовка

Родильный дом № 2, Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Сократительная деятельность матки проявляется в течение всего половозрелого периода жизни женщины, с особой значимостью во время беременности, родов и в послеродовом периоде [1]. Особенностью беременной матки, достигающей к родам массы 1 кг, является то, что в послеродовом периоде она возвращается к исходным размерам, массе 70—80 г в среднем за полтора-два месяца. Такое преобразование матки вызвано инволютивными процессами в мышечной, соединительной тканях, нервных структурах, кровеносных сосудах. Максимальные инволютивные процессы матки отмечаются в раннем послеродовом периоде, когда уменьшение ее размеров можно определить визуально и пальпаторно. Так, после рождения последа мышца матки сокращается, матка значительно уменьшается в размерах, приобретает шаровидную форму, стенки ее утолщаются с 0,5 до 3—5 см. О степени инволюции матки судят по высоте стояния ее дна. К концу первых суток дно матки располагается на уровне пупка. В течение каждых суток оно опускается на 1-1,5 см и на 12—15-й день скрывается за лоном [2]. Однако процесс инволюции матки у женщин происходит с разной скоростью, и что лежит в его основе до настоящего времени не изучено.

Ранее проведенными клинико-морфологическими исследованиями было доказано, что в матке имеются два функцио-

нально важных мышечных пласта парамиометрий и архиомиометрий, каждый из которых состоит из двух слоев: парамиометрий — из подсерозного и надсосудистого; архиомиометрий — из сосудистого и внутреннего. Надсосудистый слой у небеременных женщин составляет 1/3 от всей толщины стенки матки (0,3—0,5 см). Особенностью его строения является наличие срединной продольной мышечной полосы (СПМП), в которой, по-видимому, переплетаются мышечные волокна, исходящие из всего связочного аппарата матки. СПМП отличается чрезвычайной вариабельностью [3]. По данным литературы, трудно оценить причины разной скорости инволюции матки после родов. Интерес представляет изучение инволютивных процессов послеродовой матки в зависимости от ее строения.

Цель исследования: изучить скорость инволюции послеродовой матки в зависимости от особенностей ее строения.

Материалы и методы

Обследована 51 родильница в возрасте от 15 до 38 лет с разным паритетом. Срединная продольная мышечная полоса определялась методом ежедневной пальпации матки с 1-х суток послеродового периода до момента выписки родильницы из стационара с измерением высоты стояния дна матки и ее ширины сантиметровой лентой, длины, ширины, толщины СПМП с отметкой ее

локализации. Кроме того, проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) матки на 4—5 сутки после родов.

Результаты исследования и обсуждение

В зависимости от выявленных особенностей срединной продольной мышечной полосы все родильницы были разделены на 5 групп: 1) родильницы, у которых СПМП пальпировалась по передней стенке продольно по центру — 19 человек (37 %); 2) родильницы, у которых СПМП локализовалась по задней стенке — 8 (16 %); 3) родильницы с СПМП переходящей с передней стенки на заднюю — 6 (11 %); 4) родильницы с поперечно расположенной срединной продольной мышечной полосой в области дна — 8 (16 %); 5) родильницы, у которых не удалось обнаружить СПМП — 10 человек (20 %).

Интересен тот факт, что в 1-й группе большинство первородящие, лишь трое (5,5 %) повторнородящие. В 4-й же группе не было ни одной первородящей женщины, все родильницы имели в анамнезе 5-6 беременностей, из них 2—4 родов. Темп инволюции матки в группах по дням отличался. Средняя скорость сокращения матки, оцененная к моменту выписки, составила: в 1-й группе — 2,15 см/сутки, во 2-й и 3-й группах — 1,9 см/сутки, в 4-й — 2,5 см/сутки, в 5-й группе — 1 см/сутки.

Выводы

Таким образом, данное исследование показало, что, во-первых, строение надсосудистого слоя миометрия в послеродовом периоде имеет свои особенности; во-вторых, особенность строения надсосудистого слоя миометрия (СПМП) оказывает влияние на темп инволюции матки. Наши предварительные данные позволяют считать, что наиболее распространенная локализация СПМП — передняя стенка матки; на втором месте две локализации: поперечное расположение ее в области дна и задняя стенка матки; на третьем месте — локализация по передней стенке с переходом на заднюю. Максимальная скорость инволюции матки наблюдается у повторнородящих с поперечно расположенной срединной полосой в области дна матки, на втором месте родильницы с локализацией СПМП продольно по передней стенке, далее равная скорость инволюции при СПМП, располагающейся как только по задней стенке, так и с переходом полосы с передней на заднюю стенку, наименьшая скорость инволюции — у родильниц, не имеющих на матке СПМП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В. В. Активное ведение родов. СПб., 1999.
2. Дуда И. В., Дуда В. И. Клиническое акушерство. Минск, 1997.
3. Кох Л. И. Функциональная хирургия матки при лейомиоме: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 1988.