

Н.К. Никифоровский,
Е.А. Степанькова,
Г.А. Беденкова

Смоленская государственная
медицинская академия,
г. Смоленск

Современный подход к диагностике и лечению острых эндометритов

Воспалительные заболевания органов малого таза остаются одной из важнейших медицинских проблем в связи с существенным отрицательным влиянием на репродуктивное здоровье женщин. Стертость клинической картины острого эндометрита затрудняет его объективную диагностику и адекватное лечение. Для определения тяжести и прогноза заболевания нами обследовано 110 больных острым эндометритом после родов и аборта. Проведены общеклинические, клинико-лабораторные и гинекологические исследования, динамическое ультразвуковое сканирование, определение стадии эндогенной интоксикации (ЭИ) по проницаемости и сорбционной способности эритроцитарных мембран, гистероскопия, гистологическое исследование соскоба слизистой матки.

Острый эндометрит в большинстве наблюдений сопровождался выраженной ЭИ и характерными ультразвуковыми изменениями внутренних гениталий. Отмечена определенная корреляция между тяжестью и длительностью ЭИ и выраженностью эхографических признаков воспаления. Традиционные показатели интоксикации: лихорадка, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ не всегда отражали степень истинного эндотоксикоза. Дополнение традиционного лечения энтеросорбцией полифепаном способствовало более быстрому снижению степени ЭИ и клиническому выздоровлению.

Введение

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов на протяжении многих лет остается одной из наиболее актуальных в клинической практике в связи с их высокой частотой и существенным неблагоприятным влиянием на физическое и психическое здоровье женщин репродуктивного возраста. Целенаправленные научные исследования, совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики в последние годы значительно снизили вероятность развития тяжелых клинических форм инфекционно-воспалительных заболеваний, но,

к сожалению, уменьшения частоты эндометрита после родов и аборта не отмечается [4, 7].

Современное течение острого эндометрита со свойственной ему стертой клинической картиной создает трудности для объективной диагностики и адекватного лечения воспалительного процесса в матке [2, 8, 16].

Важным направлением в ранней диагностике острого эндометрита является научная разработка и внедрение в практику новых технологий. Объективная оценка тяжести заболевания и динамики в процессе лечения возможна при определении эндогенной интоксикации (ЭИ), развивающейся при воспалительных процессах органов малого таза [14, 5, 12].

Одним из скрининговых аппаратных методов диагностики эндометрита на сегодняшний день справедливо признано ультразвуковое сканирование, являющееся неинвазивным, высокоинформативным, абсолютно безвредным и не имеющим противопоказаний даже у больных с генерализованной инфекцией [15, 9].

Сомнительные эхографические данные, отсутствие убедительных клинических проявлений эндометрита могут служить показанием для выполнения гистероскопии, которая дает возможность верифицировать диагноз практически в 100% случаев. Однако мнения исследователей о возможности проведения инвазивных диагностических мероприятий при наличии острого воспалительного процесса в матке неоднозначны [13, 6, 17, 18].

В литературе немало внимания уделяется лечению острых эндометритов, однако многие вопросы терапии остаются до конца нерешенными. Традиционные схемы не позволяют добиться полной реабилитации больных, поэтому актуальным остается поиск новых эффективных методов лечения, дополнение традиционной терапии методами детоксикации, в частности энтеросорбцией [3, 10].

Материалы и методы исследования

Обследовано 110 больных острым эндометритом в возрасте от 15 до 45 лет: 24 (21,8%) после родов и 86 (78,2%) после аборта.

Проведены общеклинические, клинико-лабораторные и гинекологические обследования, трансабдоминальное и трансвагинальное динамическое ультразвуковое сканирование на аппарате Соноэйс 1500, гистероскопия с исполь-

зованием аппаратуры фирмы «Карл Шторц», гистологическое исследование эндометрия, определение стадии эндогенной интоксикации.

Эндогенная интоксикация (ЭИ) определялась до и в процессе лечения по проницаемости эритроцитарных мембран и сорбционной способности эритроцитов по методике М.Я. Малаховой [11].

Результаты и обсуждение

Острый эндометрит в большинстве наших наблюдений до лечения сопровождался выраженной ЭИ. III-IV стадии ЭИ отмечены у 92 (83,6%) пациенток, II стадия ЭИ отмечена только у пятой части женщин. I стадия ЭИ не была выявлена ни у одной из обследованных при поступлении в стационар.

Традиционные показатели интоксикации: лихорадка, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, – не всегда и не в полной мере отражали тяжесть истинного эндотоксикоза, а, следовательно, и состояния больной. Проведенный анализ показал, что наиболее достоверным из общепринятых критериев интоксикации является сдвиг лейкоцитарной формулы влево ($p < 0,05$). Имеется, хотя и недостоверная, но устойчивая тенденция к возрастанию температурной реакции и степени лейкоцитоза при нарастании ЭИ. В то же время нами не найдено значимых отличий величины СОЭ при разных стадиях эндотоксикоза. Поэтому оценка исключительно изменений «белой» крови в ряде случаев может явиться причиной диагностических ошибок.

Выраженность эхографических изменений внутренних гениталий при воспалительном процессе, как правило, коррелирует со стадией ЭИ и продолжительностью ее сохранения. В случае выявления тяжелого, плохо поддающегося терапии эндотоксикоза динамика сонографических маркеров острого эндометрита также была незначительной.

Воспалительные изменения эндо-, а нередко, и миометрия, особенно связанные с предшествующими родами и абортами, как правило сопровождаются различными морфологическими изменениями тканей, связанными либо с эндометритом на фоне остатков элементов плодного яйца либо с «самостоятельным» развитием эндометрита. В связи с этим эхографическая оценка патологических изменений эндо- и миометрия является чрезвычайно важной для правильного выбора тактики лечения.

Учитывая возможность двух вариантов развития эндометрита в зависимости от морфологического субстрата отмечены различия эхографических критериев. Воспалительный процесс матки при первом варианте возникает на фоне задержки в ее полости некротических фрагментов децидуальной оболочки, элементов плодного яйца, что характеризуется выраженным разнообразием экоструктуры содержимого полости

матки в виде повышенной экзогенности неправильной формы различных размеров образований на фоне гипохогенного содержимого. При втором варианте течения (так называемая «чистая» форма) патологические экосигналы в полости отсутствуют, а на стенках матки визуализируются гиперэхогенные отложения фибрина, гипохогенный эндо- и миометрий с «размытой», нечеткой границей. Прогностически более неблагоприятный второй вариант, так как имеет более длительное клиническое течение и долго сохраняющиеся ультразвуковые признаки эндометрита.

Следует отметить, что «чистый» эндометрит чаще сопровождался (95,3%) высокой стадией ЭИ, чем эндометрит, развившийся на фоне остатков плодного яйца или плацентарной ткани (85,7%), что, безусловно, свидетельствует о его более тяжелом течении. Это подтверждается как данными литературы, так и результатами собственных исследований: при «чистом» эндометрите клинические проявления, показатели лабораторных методов исследования более выражены, чем при эндометрите на фоне остатков плодного яйца или плацентарной ткани. Купирование воспалительного процесса, динамика клинико-лабораторных показателей при «чистом» процессе происходит гораздо медленнее, чем при эндометрите, развившемся на фоне остатков плодного яйца. Вероятно, удаление патологического содержимого полости матки при выскабливании сокращает сроки регресса локальных воспалительных изменений [1].

Затруднения в интерпретации ультразвуковой картины, отсутствие убедительных клинических данных о наличии остатков плодного яйца в полости матки, отсутствие эффекта от консервативной терапии явились показанием для выполнения гистероскопии, которая дает возможность оценить состояние слизистой матки, наличие или отсутствие патологической ткани, её точную локализацию, выбрать необходимую тактику ведения.

С этой целью лечебно-диагностическая гистероскопия проведена 33 пациенткам. У подавляющего большинства (28 из 33 - 84,8%) выявлены остатки плодного яйца после искусственного аборта (20 - 60,6%) или плацентарной ткани после родов (8 - 24,2%). У 5 (15,2%) пациенток при эндоскопическом исследовании в полости матки остатков плодного яйца не обнаружено, что соответствует так называемому «чистому» эндометриту.

При гистероскопии у родильниц с послеродовым эндометритом слизистая оболочка тела матки имела очаговую гиперемию, кровоизлияния, в месте локализации остатков плацентарной ткани по передней или задней стенке матки выявлялась красно-фиолетовая губчатая ткань. У этих же пациенток эхографическая картина характеризовалась расширением полости матки, заполненной анэхогенным содержимым с нали-

чием пристеночных гиперэхогенных структур, эндометрий инфильтрирован, с неровной поверхностью. Задержавшиеся части плаценты представляли собой образование с четкими контурами средней и повышенной эхогенности. Необходимо отметить, что во всех случаях задержка плацентарной ткани сопровождалась субинволюцией матки.

Гистероскопическое исследование у больных с послеабортным эндометритом на фоне остатков плодного яйца выявило очаговую или диффузную гиперемию слизистой оболочки, легко кровоточащие сосуды, фибриновые наложения, в полости матки нередко (18 – 54,5%) определялись сгустки крови. Остатки плодного яйца выглядели как выступающие над окружающей слизистой оболочкой синюшно-багровые или темно-серые участки, располагающиеся в различных отделах матки. Эхограммы у этих женщин характеризовались значительным полиморфизмом. Однако можно отметить общие характерные признаки: увеличение размеров матки, расширение полости матки до 20 мм и более, заполненной ан- или гипозоногенным содержимым с наличием хаотично расположенных гетерогенных структур разной формы и величины, нечеткая, размытая граница между эндо- и миометрием, неровный контур эндометрия (14 – 42,4%). У 6 (18,2%) пациенток эхоструктуры средней плотности, хаотично расположенные в полости матки, сочетались с пристеночными эхосигналами повышенной интенсивности. При этом у 8 (24,2%) обследованных по данным сонографии не представлялось возможным четко определить наличие или отсутствие остатков плодного яйца.

Всем пациенткам с эндометритом на фоне остатков плацентарной ткани или плодного яйца проведено прицельное хирургическое удаление патологической ткани с последующим гистологическим исследованием соскоба. Эффективность удаления патологического содержимого из всех отделов матки проверяли повторным осмотром полости матки. Наличие остатков в полости матки по данным эхографии и гистероскопии подтверждалось результатами гистологического исследования соскоба из полости матки в большинстве случаев (88,9% и 96,8% соответственно), что свидетельствует о высокой информативности аппаратных методов диагностики для выявления остатков плодного яйца или плацентарной ткани.

Данные гистероскопии у больных с «чистой» формой эндометрита характеризовались выраженной тотальной гиперемией, отеком эндометрия с очагами кровоизлияний и кровоточащими сосудами стенок полости матки, многочисленными фибринозно-гнойными наложениями с мелкими сгустками крови. При эхографическом исследовании у них выявлялись незначительно увеличенные размеры матки, расширенная до 7-10 мм полость матки, отечный эндо-

метрий с неровным контуром, размытая граница между эндо- и миометрием.

Лечение пациенток с острым эндометритом помимо традиционного было дополнено энтеросорбцией полифепаном учитывая высокую ЭИ у большинства при поступлении. Для объективной оценки эффективности лечения (динамика клинико-лабораторных показателей, сонографических маркеров воспаления), в анализ были включены только пациентки, имевшие при поступлении III и IV стадии ЭИ, так как при II стадии ЭИ, как правило, имела место стертая клиника, отсутствовали значительные изменения лабораторных показателей, не было убедительных ультразвуковых критериев воспалительного процесса в матке у большинства женщин (11 из 18), что затрудняло контроль эффективности терапии. Все пациентки рандомизированы на 2 группы: 1 группа – 53 пациентки, которые наряду с общепринятым комплексом лечения получали энтеросорбент полифепан. Во 2 группу вошли 39 пациенток с традиционной терапией эндометрита.

Болевой синдром у пациенток обеих групп купировался к третьим суткам у одной трети, к седьмым – у всех пациенток. Болезненность при пальпации живота также исчезла к концу первой недели лечения у всех пациенток. Однако у больных I группы уже к 3 суткам лечения болезненная пальпация не выявлялась у значительно числа пациенток (39 – 73,6%), в то время как во II группе сохранялась у 2/3.

Лихорадка достоверно раньше купировалась у пациенток I группы. К 3 суткам от начала лечения она сохранялась только у одной трети (30,2%) принимавших полифепан, и у половины (51,3%) получавших традиционную терапию. К концу недели от начала лечения лихорадка отмечена только у больных 2 группы.

Динамика острофазовых показателей периферической крови также свидетельствует о высокой эффективности полифепана в купировании синдрома ЭИ: в ходе лечения нормализация показателей лейкоформулы в I группе происходила достоверно быстрее.

Ликвидация изменений эндо- и миометрия, выявляемых при ультразвуковом исследовании, после проведенной энтеросорбции наступала значительно быстрее, чем при традиционном лечении больных. К 3 суткам эхопризнаки острого эндометрита наблюдались у пятой части пациенток I группы (12 из 53 – 22,6%) и у половины (56,4%) больных, получавших традиционную терапию ($p < 0,05$). К 7 суткам имелась аналогичная разница: в I группе эхографические маркеры сохранялись только у 1 (1,9%) пациентки, в то время как во 2 – у 3 (7,7%). На 10 сутки у больных, принимавших полифепан, острое воспаление матки купировалось во всех наблюдениях, а в группе с традиционным лечением даже к 10 суткам УЗ – признаки эндометрита еще выявлялись у 5,1% женщин ($p < 0,05$).

Основным критерием эффективности энтеральной детоксикации считали динамику маркеров повреждения эритроцитов и связанной с ними стадии ЭИ. Имелась статистически достоверная разница в сроках и степени уменьшения эндотоксикоза. На 3 день лечения значимые изменения имелись только у пациенток 1 группы: стадия ЭИ уменьшилась на 1 единицу (с IV до III и с III до II) у каждой пятой пациентки и в 2 наблюдениях (3,8%) обнаружено снижение стадии на 2 единицы. У больных, получавших традиционное лечение, наблюдалось незначительная динамика: стадия ЭИ уменьшилась на 1 единицу только у 4 (10,3%) пациенток ($p < 0,05$).

На 7 суток снижение стадии ЭИ на 2 единицы (с IV до II и с III до I) выявлено только у больных, принимавших полифепан. Достоверны различия числа больных 1 и 2 групп, у которых обнаружено уменьшение стадии на 1 единицу: 45 (84,9%) и 9 (23,1%) соответственно, ($p < 0,05$). Проведенное лечение у большинства пациенток 2 группы оказалось неэффективным в плане снижения эндотоксикоза (30 из 39 - 76,9%). Отсутствие изменения стадии ЭИ имело место лишь у 5 (9,4%) пациенток, получавших полифепан.

Выводы

Таким образом, использование современных технологий в диагностике острого эндометрита после родов и аборта позволяет с высокой достоверностью констатировать не только сам факт заболевания, но и определять распространенность и степень тяжести воспалительного процесса в матке. Для диагностики синдрома эндогенной интоксикации, сопровождающего острый эндометрит, наряду с общепринятыми критериями целесообразно использовать определение показателей повреждения эритроцитарных мембран. Гистероскопия может применяться у больных с острым эндометритом для уточнения состояния эндометрия, наличия патологических структур в матке. Применение в комплексе традиционной терапии полифепана позволяет ускорить сроки нормализации общего состояния больных, картины периферической крови, состояния внутренних гениталий, а также купировать местные проявления инфекционного процесса. Несмотря на достижение клинического эффекта проведенного лечения, сохранение эндогенной интоксикации, несомненно, требует длительной детоксикации с возможным продолжением ее в амбулаторных условиях.

Литература

1. Беденкова Г.А. Комплексная диагностика и обескровление детоксикации при остром эндометрите: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. - С., 2001. - 25 с.
2. Белоцерковцева Л.Д., Мазуркевич В.В. Клиническое значение трансвагинальной эхографии и ги-

стероскопии в диагностике послеродового эндометрита // *Акуш. и гин.* - 1997. N 8. - С. 37-40.

3. Беляков Н.А., Соломенников А.В., Журалева И.Н., Соломенникова Л.О. Энтеросорбция - механизмы лечебного воздействия // *Эфферентная терапия.* - 1997. - Т.3. - N 2. - С. 20-26.
4. Гуртовой Б.Л. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве (некоторые итоги) // *Вестн. Росс. асс. акуш.-гин.* - 1994. N 1. - С. 16-20.
5. Добронецкая Д.В. Эндотоксин грамотрицательных бактерий и гестозы // *Вестн. Росс. Асс. акуш.-гин.* - 1997. - N 1. - С. 5-8.
6. Капушева Л.М. Оперативная гистероскопия // *Акуш. и гин.* - 2000. - N 3. - С. 53-59.
7. Котельников А.В., Сторожук А.П., Зубко А.А. Применение эхографии в диагностике осложненного искусственного аборта // *Ультразвук. диагн. в акуш., гинек. и педиатрии* - 1999 - N 1. - С. 44-50.
8. Кулаков В.Н., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Федорова Т.А. Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы). - М.: Медицинское информационное агентство, 1998. - 206 С.
9. Кулинич С.И., Трусов Ю.В., Сухина Е.В. Современные особенности послеродового эндометрита // *Вестн. Росс. асс. акуш.-гин.* - 1999. - N 1. - С. 47-50.
10. Кучеренко М.А., Савичева А.М., Мартикайнен З.М., Зацюрская С.Л. Эффективность применения амоксициллин/клавуланата калия при осложненном течении послеродового периода // *Журнал женских и акушерских болезней.* - 2000. - Т 4 XLVIII - С. 39-41.
11. Малахова М.Я. Метод регистрации эндогенной интоксикации. Пособие для врачей. - Санкт-Петербург, 1995. - 36 с.
12. Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // *Эфферентная терапия.* - 2000. - Т 6. - N 4. - С. 3-14.
13. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капушева Л.М. Гистероскопия. - М.: ГОЭТАР Медицина, 1999. - 176 с.
14. Серов В.Н., Даянов Ф.В., Ильенко Л.Н., Уразаева Р.А. Системная эндотоксинемия при воспалительных заболеваниях гениталий и пельвиоперитонитах // *Вестн. Росс. асс. акуш.-гин.* - 1994. - N 1. - С. 5-9.
15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансагинальная эхография. - М.: Медицина, 1997. - 184 с.
16. Jackson N.V., Irvine L.M. The influence of maternal request on the elective caesarian section rate. *J. Obstetr. Gynecol. Bristol*, 1998. - Vol. 547-557.
17. Levis B.V. Hysteroscopy in clinical practice. // *J. Obstetr. Gynec.* - 1998. - Vol. 47. - N 9.
18. Taylor P.G., Gordon A.G. Practical Hysteroscopy. Blacwell Scientific Publication. Oxford. - 1993.