

О.А. Пересада, М.Н. Соколовская,  
И.А. Верес, Т.С. Лукьянова, Марзуги  
Файсал, Н.А. Одинцова

Белорусская медицинская академия последипломного образования

3-я городская клиническая больница им. Е.В.

Клумова, г.Минск

## Клинические и лечебные особенности хронического эндометрита

*В статье рассмотрены вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения эндометрита.*

*Ключевые слова: эндометрит, патогенная микрофлора, морфологическая верификация, апоптоз, иммунитет.*

Эндометрит - начальное локализованное проявление динамически развивающегося септического процесса. В структуре ГВЗ послеродовой эндометрит сохраняет свое лидирующее положение, возрастая до 20% при патологических родах. По данным отделения послеродовых осложнений ЗГКБ г. Минска, за последние 5 лет наблюдается тенденция к возрастанию количества послеродовых осложнений, в том числе эндометритов - в 1,5 раза (в 1,2 раза - эндометритов после кесарева сечения).

Современные принципы ведения женщин с применением высокоинформативных средств диагностики и высокотехнологичных лечебных факторов могут предупредить переход локализованных форм гнойно-воспалительных осложнений в генерализованный процесс, сохраняя репродуктивную функцию женщин и в дальнейшем служить профилактикой развития хронического эндометрита (ХЭ).

Трудности диагностики, клинической и морфологической верификации ХЭ не позволяют достоверно судить о частоте данной патологии (по данным разных авторов - от 2,3 % до 19,2 %). Наиболее высокая частота заболевания отмечается при бесплодии и привычном невынашивании беременности. В структуре воспалительных заболеваний половых органов, 80 % ХЭ встречается в репродуктивном возрасте, впоследствии отражаясь на заболеваемости женщин пременопаузального периода.

Тенденция к увеличению частоты ХЭ в последнее десятилетие связана с широким использованием ВМС, абортми, применением «агрессивных» методов в гинекологии (различные внутриматочные манипуляции, активные хирургические методики лечения патологии шейки матки и др.), бессимптомным течением некоторых ИППП.

Эндометрий – многокомпонентная система, клеточные элементы которой находятся в сложной взаимосвязи. Это одна из самых динамичных тканей организма, для которой характерна постоянная и быстрая смена процессов пролиферации, дифференцировки и гибели клеток. Вероятно, основу многих проблем репродуктивного здоровья (меноррагия, эндометриоз, бесплодие) составляет дисрегуляция процесса ангиогенеза в эндометрии и нарушение рецепторного ответа.

Немаловажная роль принадлежит эволюции микробного фактора, вызывающего ХЭ. Как правило, это смешанная флора. Этиология эндометрита разнообразна: гонококки, хламидии, стрептококки, стафилококки, микоплазмы, кишечная палочка, энтерококки, протей, бактероиды, кандиды, трихомонады, генитальный герпес, ЦМВ, ВПЧ. Имеются убедительные данные об этиологической роли в развитии эндометрита микробных ассоциаций, включающих анаэробную, неклострициальную аэробную и факультативно-анаэробную микрофлору, составляющих нормальную индигенную микрофлору влагалища. Частота выделения анаэробов из полости матки при эндометрите достигает 80-96%. При участии анаэробной флоры может развиваться некротическая деструкция миометрия. Доказана возможность существования хронического эндометрита (14%) в связи с вовлечением в процесс не только функционального, но и базального слоя эндометрия.

В патогенезе хронического эндометрита играют роль процессы пролиферации эндометрия, усиление апоптоза, дисбаланс между пролиферацией и апоптозом, цитокиновый каскад. Патологическая регенерация эндометрия вызывает полипоз, гиперплазию, атрофию и, что наиболее существенно, ведет к нарушению рецептивности эндометрия, которая проявляется бесплодием, неудачами попыток ЭКО и ПЭ, неразвивающейся беременностью и привычным невынашиванием.

В современных условиях ХЭ характеризуется рядом особенностей: изменением этиологической структуры с увеличением значимости вирусной и условно-патогенной флоры, ростом резистентности флоры к фармакотерапии, стертой клинической картиной (61,8%) и атипичным течением, длительными сроками терапии и высокой ее стоимостью. ХЭ возникает вследствие не вылеченного до конца острого послеродового или послеабортного эндометрита. Возможно возникновение ХЭ без острой стадии воспаления. Протекает обычно латентно, без ярких клинических проявлений.

Диагностика хронического эндометрита опирается на клинические симптомы, данные анамнеза, данные УЗИ, доплерометрию сосудов матки, морфологическое исследование эндометрия. Комплексный метод включает ультразвуковое исследование, гистероскопию с прицельной биопсией и морфологическое исследование эндометрия. Гистероскопия улучшает верификацию хрони-

ческого эндометрита в сравнении с методом кюретажа матки, показана всем акушерским больным с эндометритом с диагностической или лечебно-диагностической целью в раннем периоде (улучшает репродуктивный прогноз). Традиционные показания (наличие клинических и УЗ признаков эндометрита) являются запоздалыми. Для реальной профилактики необходима экспресс-диагностика последа. При инфекционных изменениях последа показана ГС на 2 сутки после родов с аспирационно-промывным дренированием матки в комплексе стандартной терапии.

Морфологические признаки хронического эндометрита: воспалительная инфильтрация стромы эндометрия (лимфоциты и макрофаги, плазматические клетки), очаговый фиброз стромы, склероз и нередко гиалиноз спиральных артерий эндометрия, очаговые кровоизлияния с отложениями гемосидерина, эозинофилия поверхностного эпителия.

Хронический эндометрит после кесарева сечения (КС) относится к группе тяжелых эндометритов. Первоначальное развитие эндометрита после кесарева сечения является одним из факторов риска развития хронического воспалительного процесса в слизистой полости матки. Клиническая симптоматика проявляется выраженным болевым синдромом, метроррагией, полиаллергией, изменением в сексуальной и выделительной функции. Наиболее выраженная симптоматика наблюдается через 2-2,5 года после перенесенной операции. У 32% рожениц развитие эндометрита после кесарева сечения происходит на фоне супрессии Т-клеточного иммунитета с дисбалансом иммунорегуляторных механизмов и выраженной интоксикацией.

Ведущим и иногда единственным клиническим признаком септических послеродовых осложнений является прогрессирующий эндомиометрит, не купирующийся даже при адекватно проводимой терапии. Для него характерно наличие стертой картины данных лабораторных исследований (более характерным является повышение СОЭ и наличие интоксикационной анемии), присоединение аутоиммунного компонента воспаления с выходом в кровь циркулирующих АТ к собственным клеткам. Возможны тяжелые гемостазиологические нарушения с наличием тромбоза вен матки и магистральных сосудов таза. Происходит быстрое прогрессирование и появление тяжелых осложнений, короткая острая фаза манифестации заболевания с дальнейшим стертым клиническим течением (массивная антибактериальная терапия, местная санация матки - выскабливание, лаваж). Повышение частоты послеродовых заболеваний, вызванных условно-патогенной флорой и внутриклеточными атипичными возбудителями, часто с множественной устойчивостью к антибиотикам. Преобладание инфильтративных некротических форм воспаления при отсутствии типичных кли-

нических и лабораторных признаков гнойной инфекции и превалирования астенических жалоб.

Хроническая инфекция во влагалище приводит к возникновению эндометрита, инфицированию оболочек плодного яйца, преждевременному излитию околоплодных вод, преждевременным родам, внутриутробной инфекции у плода. В случае выявления кольпита все пациентки подлежат санации до беременности с учетом этиологического фактора и последующим восстановлением микрофлоры эубиотиками. Кольпиты различной этиологии чрезвычайно распространены как среди небеременных с репродуктивными потерями в анамнезе, так и во время беременности.

Рекомендуется следующая последовательность лечения кольпитов с восстановлением микробного пейзажа:

1. Лечение бактериального вагиноза (определение pH влагалищного содержимого) - метронидазол
2. Лечение вульвовагинита – гинофорт
3. Восстановление кислой флоры, необходимого количества лактобацилл - вагинорм С.

Основные принципы лечения вульвовагинального кандидоза:

- при остром кандидозе: флуконазол (микосист – 150 мг) однократно или дважды с интервалом 7 дней ; гинофорт 2% вагинальный крем – однократно;
- при рецидивирующем кандидозе: локальная терапия: гинофорт 2% влагалищный крем 2-хкратно с интервалом 7 дней, или другие местные препараты в течение 14 дней, Флуконазол (микосист) внутрь трижды 1 раз в неделю по 150 мг.

### **Послеабортный эндометрит**

Наиболее часто развивается у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет в течение 3-7 суток со дня проведения аборта на фоне транзиторного иммунодефицита, снижения уровня лизоцима как в сыворотке крови, так и в содержимом полости матки. Возбудителями наиболее часто являются эшерихии и эпидермальный стафилококк. После аборта необходимо профилактическое назначение курса противовоспалительной терапии с включением антибактериальных препаратов (фромелид). Одновременно с этими мероприятиями доказан хороший результат применения КОК (Регулона) и мастодиона после искусственного аборта:

- нормализующий эффект и устранение дисфункции эндокринной системы после курса 3-6 месяцев;
- активизация процессов репарации и кровоснабжения эндометрия;
- улучшение репродуктивной функции и благополучное наступление зачатия;
- профилактика кистозных образований яичников и гиперпролактинемии.

При отсутствии послеабортной реабилитации наибо-

лее вероятно развитие у женщины ХЭ, особенно на фоне соматической патологии и сопутствующих гинекологических заболеваний, среди которых преобладает хронический сальпингоофорит. Представлен двумя вариантами : гиперпластическим (65,7%) и гипопластическим (34,3%). Возникает за счет нарушения регенерации эндометрия, что выражается нейтрофильным фагоцитозом.

### **Лечение хронического эндометрита**

Первый этап - элиминация повреждающего агента или снижение его активности в случае вирусного поражения (этиотропная терапия со сменой групп препаратов и коррекция иммунных нарушений).

Второй этап (метаболическая терапия) - восстановление и усиление тканевого обмена (коррекция метаболических нарушений и гипоксии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия).

В комплексной терапии благоприятно воздействует на рецепторную активность эндометрия электротерапия, которая способствует купированию явлений воспаления.

Хронический эндометрит при невынашивании беременности

Отличительной особенностью является бессимптомное течение (чаще всего опираются на УЗИ – признаки). Бактериологическое исследование эндометрия на 7-9 день цикла выявляет характерные признаки хронического воспаления у 64 % обследованных женщин. Происходит колонизация эндометрия условно-патогенными микроорганизмами, преимущественно анаэробами (бактероиды, клостридии, пептострептококки, мобилункус). У 12% женщин колонизация обусловлена вирулентными аэробными микроорганизмами (стафилококки, энтеробактерии-кишечная палочка). Методом ПЦР у трети больных выявляются хламидии, у половины женщин вирус простого герпеса 2 типа. Специфическая морфологическая картина хронического эндометрита с типичной инфильтрацией стромы плазматическими клетками и лимфоцитами была установлена у 40% женщин. При привычном невынашивании беременности даже при отсутствии клинических симптомов необходимо лабораторное исследование и комплексное противовоспалительное лечение бессимптомно протекающих хронических вялотекущих эндометритов.

При лечении послеродового эндометрита значительное место в лечении рожениц отводится антибактериальной терапии. Целесообразно в случае локализованной инфекции использовать комбинации антибактериальных препаратов, воздействующих на анаэробный и аэробный спектр возбудителей. С целью профилактики кандидоза как побочного эффекта антибиотикотерапии необходимо назначение антимикотиков (микосист). Выбор антибиотика затруднен, поскольку микрофлора цервикального канала не соответствует вегетирующей в матке и трубах. Целесообразно применение антибиотиков широкого спектра действия не менее 5 дней, замена

при отсутствии эффективности. Наиболее часто используются макролиды (эритромицин, ровамицин, азитромицин). При обнаружении хламидий используют макропен, фромелид.

Антибактериальная терапия должна быть дополнена метронидазолом, т.к. возбудителями воспалительного процесса являются неспорообразующие анаэробы. Течение хронического эндометрита отягощается развитием дисбактериоза в результате побочного действия лекарств и аутоинфекции условно-патогенными микробами. Необходимо дополнить базовую терапию препаратами, устраняющими нарушения в микробиоценозе кишечника.

Для профилактики дисбактериоза влагалища применяют гинофорт 2% влагалищный крем.

Завершают курс препараты для восстановления пейзажа влагалища – вагинорм-С.

Изменения в иммунном статусе женщины при остром и хроническом эндометрите диктуют необходимость назначения иммуномодуляторов, иммуностимуляторов, адаптогенов, протеолитических ферментов.

Для улучшения микроциркуляции и снабжения кислородом органов и тканей, купирования хронической формы ДВС-синдрома в комплекс лечения необходимо включать препараты антикоагулянтного и антиагрегантного действия. Схема восстановления локального и системного кровотока эндометрия в раннем послеоперационном периоде:

- Актовегин 400 мг 7-10 дней внутривенно;
- Клексан 40 мг 7-10 дней подкожно;
- Магнито-лазеротерапия на биологические точки кожи живота и влагалища;
- Внутривенное лазерное облучение крови, курс 5 процедур;
- КОК с содержанием эстрогенов не менее 30 мкг на 6 месяцев (регулон, линдинет 30).

Физиотерапия назначается при «маточном» факторе НБ в первые 2-24-36 часов после операции, продолжительностью от нескольких (3-4) дней до 2х недель. Отсроченная восстановительная ФТ проводится через 2-4 недели после операции, на 5-7 день очередного менструального цикла, продолжительностью от 3х до 12 месяцев. В процессе терапии производится эходопплерометрический мониторинг эндометрия.

При беременности, сопровождающейся хроническим эндометритом и невынашиванием эффективны следующие препараты:

- Дюфастон 10 мг 2 раза до 18-20 недель беременности;
- Хорионический гонадотропин 5000 ЕД 2 раза в неделю до 12 недель;
- Профилактика плацентарной недостаточности (актовегин);
- Коррекция ИЦН.

## Восполнение дефицита магния

Целесообразно проведение циклической гормональной терапии:

линдинет-20 или новинет, при выраженной патологии лучше линдинет 30 или регулон 2-3 цикла

Критерии эффективности проведенной терапии:

- нормализация параметров иммунного и интерферонового статуса;
- нормализация состояния эндометрия: отсутствие морфологических признаков хронического эндометрита, от-

сутствие персистенции бактериально-вирусной инфекции.

Профилактика инфекции должна проводиться в условиях женской консультации и акушерского стационара: женщины репродуктивного возраста должны быть санированы и соматически пролечены.

Целью всех профилактических и лечебных мероприятий при хроническом эндометрите является сохранение и восстановление репродуктивной перспективы.

## Литература

1. Горин В.С., Серов В.Н., Бирюкова А.А., Степанов В.В. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита. *Рос. вестн. акуш-гинекол.*, 2009, №1, с. 21-29.

2. Фролова И.И. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2008.- т.7, №6, с.85-89.

3. Шуриалина А.В. *Хронический эндометрит у женщин с патологией репродуктивной системы. Автореферат дисс... д.м.н.- М., 2007, 22 с.*

**I.M. Arestova, N.I. Kiseleva,  
N.P. Zhukova, N.S. Deykalo, Y.D.  
Kozhar**

Educational institution "Vitebsk  
State Medical University"

**Obstetric hemorrhages.**

**Diagnostics, methods of hemorrhage determination and hemostasis**

**(Part I)**

Clinical lecture is dedicated to the acute problem of modern obstetrics – obstetric hemorrhages. Modern data on etiology, pathogenesis and treatment of this pathology are presented.

**Keywords:** hemorrhage, pregnancy, physiological hemorrhage, pathological hemorrhage, uretonics, hemostasis.