

ВНЕДРЕНИЕ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Коробков Николай Александрович

канд. мед. наук, ассистент кафедры репродуктивного здоровья женщин

Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И.И. Мечникова, РФ, г. Санкт-Петербург

E-mail: nikolai_korobkov@mail.ru

THE IMPLEMENTATION OF AGGRESSIVE APPROACH AND TREATMENT OF OBSTETRIC INFECTION

Nicolay Korobkov

candidate of Medical Science, Assistant of Women's Reproductive Health Chair,

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Russia,

St. Petersburg

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты многолетнего использования жидкостной гистероскопии в работе послеродовых отделений акушерского стационара по проблеме диагностики и лечения послеродового эндометрита.

ABSTRACT

The results of long-continued use of fluid hysteroscopy in work of maternal and child health department of maternity obstetric service on the problem of puerperal endometritis diagnostics and treatment are presented.

Ключевые слова: послеродовой эндометрит; гистероскопическая оценка состояния эндометрия после родов.

Keywords: puerperal endometritis; hysteroscopic state estimation of endometrium after maternity.

Введение. Диагностика и лечение послеродовых осложнений, с появлением эндоскопии, получили новый стимул для своего развития. Если раньше гистероскопию в послеродовом периоде проводили только в гинекологических отделениях крупных многопрофильных лечебных учреждениях, то теперь эндоскопия стала все чаще применяться для обследования и лечения родильниц и в акушерских стационарах.

Частые клинические неудачи традиционной эмпирической антимикробной химиотерапии послеродового эндометрита обуславливает необходимость дальнейшей разработки локальных методов лечения, из которых наиболее перспективным является жидкостная гистероскопия с промыванием полости матки растворами раневых антисептиков и инструментальным удалением органического субстрата воспаления [1, с. 21; 2, с. 4; 3, с. 1261; 3, с. 4, с. 67; 5, с. 418].

Жидкостная гистероскопия так же является единственным методом визуального осмотра полости послеродовой матки, дает возможность сразу установить характер внутриматочной патологии, легко переносится родильницами, уменьшает продолжительность госпитализации.

Цель исследования. Изучение состояния полости матки и эндометрия у родильниц с послеродовым эндометритом.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 88 родильниц, послеродовой период которых осложнился развитием эндометрита. Всем пациенткам проводили общеклинические, лабораторные, ультразвуковые исследования, бактериологическое и морфологическое исследование метроаспирата, гистероскопию.

Гистероскопию выполняли на 4—6 сутки пуэрперия с использованием гистероскопа фирмы CIRCON (США), оптическая система которого дает прямое изображение с 5-кратным увеличением. Исследование проводили жидкостным способом по общепринятой методике.

Результаты исследования. Оценивались такие гистероскопические критерии эндометрита (в последствии гистологически верифицированного), как расширение полости различных отделов матки, снижение ее сократительной способности, характеристика плацентарной площадки, характер лохий, наличие фибрина и гнойного налета на стенках, наличие регенерирующего эпителия, сгустков крови, остатков плацентарной ткани, плодных оболочек и некротически измененной децидуальной ткани.

В ходе проведенного исследования у 75 (85,2 %) пациенток с легким и среднетяжелым течением эндометрита было установлено расширение полости матки за счет жидкостного содержимого и пристеночных и /или свободно лежащих в полости сгустков крови, а также децидуальной ткани в той или иной стадии некротической трансформации, что в ряде случаев и препятствовало нормальному оттоку содержимого полости матки.

Такой симптом, как субинволюция матки с расширением полости, заслуживает особого внимания и нередко является единственным в диагностике послеродового эндометрита. Гематолохиометра может быть истинной, а может представлять собой маску эндометрита.

Эндометрит, развившийся на фоне гематолохиометры, был диагностирован у 10,6 % родильниц. При задержке в полости матки большого количества раневого отделяемого гистероскопическая картина характеризовалась расширением полости за счет значительного количества темной крови и старых сгустков разных размеров, свободно лежащих или фиксированных к стенкам матки. Кроме того, визуализировался регенерирующий желтоватого цвета эндометрий с просвечивающимися сосудами.

В 3 случаях (2,6 %) эндометрит на фоне гематолохиометры развился на фоне спазма внутреннего зева и 2 (1,7 %) — на фоне гиперантефлексии матки, что затрудняло проведение гистероскопического исследования.

У 4 пациенток (3,5 %) эндометрит был обусловлен также задержкой большого количества амниотических оболочек.

Из 4 морфологически верифицированных остатков плацентарной ткани в полости матки при эндометрите удалось гистероскопически визуализировать только два. Плацентарная ткань при этом определялась в виде красно-фиолетового губчатого образования с неровными контурами локализовавшаяся на участках близких к дну матки. В остальных случаях трудности визуализации можно объяснить малыми размерами плацентарной ткани (группа ворсин) и обилием фибрина «замуровавшего» плацентарные частицы.

Для данного варианта эндометрита: эндометрит на фоне патологических включений в полости матки (задержка выделений, децидуальная ткань, сгустки крови) характерно то, что после удаления морфологического субстрата, как правило, происходило быстрое купирование воспалительного процесса. В одном случае (при гематометре) достаточно было для этого одного промывания полости матки во время гистероскопии. При выявлении плацентарной ткани или большого количества некротизированных остатков децидуальной оболочки осуществляли опорожнение полости матки путем бережного выскабливания большой кюреткой, во всех остальных случаях использовали вакуум-аспирацию содержимого полости. После вакуум-аспирации гистероскопическая картина практически не отличалась от таковой на соответствующие сутки неосложненного послеродового периода. В зависимости от сроков пуэрперия эндометрий имел желто-оранжевую или бледно-розовую окраску: стенки полости матки были покрыты незначительным рыхлым фибринозным налетом.

У 13 родильниц (14,8 %) с тяжелым течением эндометрита гистероскопическая картина имела ряд существенных различий. Визуализация полости матки была в значительной степени затруднена из-за большого количества мутных, плохо отмывающихся выделений. На стенках полости определялись гладкие массивные фибриноидные отложения, затрудняющие оценку внутренней поверхности матки. Плацентарную площадку не удалось обнаружить ни в одном случае. В ряде случаев (77 %) определялась гиперемированная слизистая оболочка с инъецированными, нередко кровоточащими сосудами и очагами кровоизлияний. У части обследованных больных (23 %) описанная гистероскопическая картина носила мозаичный характер. На участках, свободных от фибрина, наряду с воспалительными изменениями определялись отдельные участки эндометрия с нормальной желто-оранжевой регенерирующей слизистой.

Проведенное исследование показало, что для стертого течения послеродового эндометрита характерно в большинстве случаев наличие органического субстрата в полости матки в отличие от его манифестных форм,

особенно тяжелых, для которых чаще характерно течение по типу условно «чистого» эндометрита.

Заключение. Таким образом, гистероскопия является высокоинформативным методом, применяемым для визуальной оценки состояния эндометрия и определения характера патологических включений, позволяющим своевременно проводить лечение и предотвратить развитие и генерализацию инфекционного процесса и поздних послеродовых кровотечений.

Список литературы:

1. Горин В.С. и др. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — № 1. — С. 21—29.
2. Никонов А.П. и др. Инфекции в акушерстве и гинекологии //Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии/Гинекология. — 2006. — Т. 8. — № 2. — С. 4—8.
3. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Шульчина И.В. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания: клиника, диагностика, лечение //Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15. — № 17. — С. 1261—1265.
4. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М., 2007. — 350 с.
5. Santos F, Oraichi D, Berard A. Prevalence and predictors of anti-infective use during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2010;19(4):418—27.