

ГИПОТОНИЧЕСКИЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ: ОБОСНОВАНИЕ, ДИАГНОСТИКА

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В сравнительном аспекте проанализированы частота встречаемости в процентах диагностических клинико-лабораторных критериев гипотонического патогенетического варианта ПЭ и инфекционного. Проведено обследование 84 родильниц с ПЭ в клинике Белорусской медицинской академии последипломного образования. Основную группу ($n = 41$; средний возраст $25,3 \pm 7,5$ лет) составили родильницы, у которых ПЭ развился вследствие гипотонии матки в родах и послеродовом периоде. В группу сравнения ($n = 43$; средний возраст $24,3 \pm 8,2$ лет) включены женщины с инфекционным вариантом ПЭ. В этой группе исключили пациенток с наличием гипотонии матки в родах и послеродовом периоде.

В результате проведенных сравнительных исследований и выявления наиболее значимых диагностических критериев обоснован новый патогенетический вариант — гипотонический послеродовый эндометрит, обусловленный гипотонией матки в родах и субинволюцией в послеродовом периоде. Выделены 7 патогномоничных диагностических признаков гипотонического эндометрита. Обоснованы 2 патогенетические стадии развития гипотонического послеродового эндометрита в зависимости от преобладания клинических признаков (гипотонически-застойная и гипотонически-воспалительная).

Ключевые слова: послеродовый эндометрит, гипотонический, инфекционный, диагностика, стадии.

I. A. Veres

HYPOTONIC POSTPARTUM ENDOMETRITIS: JUSTIFICATION, DIAGNOSTICS

In a comparative aspect, the frequency of occurrence in percent of diagnostic clinical and laboratory criteria of the hypotonic pathogenetic variant of PE and infectious is analyzed. 84 puerperas with PE were examined in the clinic of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education. The main group ($n = 41$, mean age 25.3 ± 7.5 years) was the parturient mother, in whom the PE developed due to uterine hypotension in childbirth and the postpartum period. The comparison group ($n = 43$; mean age 24.3 ± 8.2 years) included women with an infectious variant of PE. In this group excluded patients with the presence of uterine hypotension in childbirth and the postpartum period.

As a result of the comparative studies and the most significant diagnostic criteria, a new pathogenetic variant is substantiated: hypotonic postpartum endometritis due to uterine hypotension in childbirth and subinvolution in the postpartum period. Seven pathognomonic diagnostic signs

of hypotonic endometritis were identified. Two pathogenetic stages of development of hypotonic postpartum endometritis are substantiated depending on the prevalence of clinical signs (hypotonic-stagnant and hypotonic-inflammatory).

Key words: *postpartum endometritis, hypotonic, infectious, diagnostics, stages*

Повышение эффективности лечения той или иной патологии во многом зависит от выделения патогенетических вариантов заболевания и проведения соответствующей патогенетической терапии и профилактики [1–5].

Наш клинический опыт показывает, что течение послеродового эндометрита (ПЭ) значительно зависит от особенностей клиники заболевания и от причин ее формирующих. Отличаются не только по особенностям течения заболевания, но и курабельностью ПЭ, развивающийся вследствие сопутствующей инфекционно-воспалительной урогенитальной патологии – инфекционный послеродовой эндометрит (ИПЭ) и ПЭ, обусловленный гипотонией матки в родах и послеродовом периоде – гипотонический послеродовой эндометрит (ГПЭ). Эти варианты отличаются также по диагностическим критериям и, особенно, по патогенетическим подходам к лечению и профилактике. Учитывая достаточно большую частоту встречаемости эндометрита вследствие гипотонии матки в настоящее время в клинике назрела необходимость обоснования и выделения этого патогенетического варианта ПЭ.

Целью исследования явилось обоснование диагностических признаков гипотонического послеродового эндометрита, обусловленного гипотонией матки в родах и послеродовом периоде.

Материалы и методы. В сравнительном аспекте проанализированы частота встречаемости в процентах диагностических клинико-лабораторных критериев гипотонического патогенетического варианта ПЭ и инфекционного. Проведено обследование 84 родильниц с ПЭ в клинике Белорусской медицинской академии последипломного образования. Основную группу ($n = 41$; средний возраст $25,3 \pm 7,5$ лет) составили родильницы, у которых ПЭ развился вследствие гипотонии матки в родах и послеродовом периоде. В группу сравнения ($n = 43$; средний возраст $24,3 \pm 8,2$ лет) включены женщины с инфекционным вариантом ПЭ. В этой группе исключили пациенток с наличием гипотонии матки в родах и послеродовом периоде.

Данные анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований заносились в специально разработанные формализованные карты обследования. Статистическая обработка полученных результатов произведена с использованием программы Statistica 12.6. Сравнение частотных распределений признаков в группах осуществляли с помощью критерия χ^2 Пирсона. Достоверными считались различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. В группах проанализирована частота встречаемости 28 клинических признаков, включая субъективные, объективные, гематологические и результаты инструментальных исследований. Определена процентная частота встречаемости признаков. Среди них отобраны 16 наиболее существенных.

Для обоснования клинически значимых диагностических признаков ГПЭ в таблице представлены сравнительная частота встречаемости признаков в группах с двумя патогенетическими вариантами заболевания. Выделение отличительных особенностей течения ГПЭ про-

ведено также посредством характеристики различных стадий заболевания: начальной и стадии развернутых клинических проявлений.

Из представленных результатов исследований видно, что по степени выраженности большинства клинических признаков на обеих стадиях заболевания ГПЭ отличается от инфекционного ПЭ. Если общими признаками двух вариантов вначале заболевания являются боли внизу живота, повышение температуры тела, воспалительные изменения со стороны крови, то уже на начальной гипотонически-застойной стадии ГПЭ симптоматика отличается. Преобладают симптомы гипотонии матки: у всех родильниц отмечаются кровянистые выделения, увеличение размеров матки и ее полости, длительное раскрытие шейки матки; значительно выраженное и умеренно выраженное снижение тонуса матки (97,6 %). Нередко на этой стадии при выскабливании матки обнаруживаются остатки плацентарной ткани (65,8 %) – свидетельство очаговых прикреплений плаценты с маткой, которые наряду с гипотонией матки могут быть одной из причин маточных кровотечений и затяжного характера субинволюции матки. Длительная гипотония матки, расширение ее полости на фоне нарушенной сократимости миометрия способствуют формированию застойных процессов в полости матки с последующим их воспалением. Однако частота сопутствующих инфекционно-воспалительных урогенитальных заболеваний при ГПЭ составляет лишь 22,0–38,4 %, в то время как при инфекционном патогенетическом варианте она возрастает до 88,4 % [1, 2, 5]. По-видимому, воспаление застойного содержимого в полости матки при ГЭ происходит в большей мере за счет активации условно-патогенной микрофлоры нижних половых путей, т. е. первостепенное значение здесь приобретают застойные процессы в полости матки вследствие ее гипотонии. Поэтому 1-я стадия начальных клинических проявлений называется гипотонически-застойной стадией. Наличие застойно-воспалительных процессов в полости матки способствует более выраженным и затяжным воспалительным симптомам на 2-й стадии – стадии гипотонически-воспалительных клинических проявлений при ГПЭ. Это влечет за собой поражение не только эндометрия, но и миометрия. При гипотоническом варианте заболевания более выражены нарушения параметров лейкоцитарного и эритроцитарного роста крови с формированием не только затяжного воспалительного, но и анемического синдромов. Последний обусловлен перенесенными маточными кровотечениями в послеродовом периоде и значительно выраженным воспалительным процессом в эндомиометрии. Затяжной характер течения заболевания подтверждают длительно сохраняющиеся спустя 7–9 суток заболевания воспалительные изменения со стороны крови и УЗИ в 41,5 % случаев с присоединением анемического синдрома у 39,0 % родильниц с ГПЭ. При этом также большая частота клинически значимых изменений лейкоцитарного индекса интоксикации. Описанная симптоматика в значительной мере отличает ГПЭ от ИПЭ, течение которого легче поддается противовоспалительной терапии.

Таблица. Диагностические признаки гипотонического и инфекционного послеродового эндометрита (частота встречаемости признака, %)

№	Признак, его градации	Частота встречаемости признака (%)		P
		ГПЭ (n = 41)	ИПЭ (n = 43)	
Жалобы на боли внизу живота				
1.	1) нет	0	0	–
	2) есть	100,0	100,0	НЗ
Кровянистые выделения из полости матки позже 6-х суток после родов				
2.	1) нет	0	100,0	0,001
	2) есть, незначительно выраженные	36,6	0	0,001
	3) есть, умеренно выраженные	39,0	0	0,001
	4) есть, значительно выраженные	24,4	0	0,001
Гнойные лохии				
3.	1) нет	100,0	27,9	0,001
	2) есть	0	72,1	0,001
Температура тела				
4.	1) норма	0	0	–
	2) до 37,4	73,1	37,2	0,028
	3) 37,5-38°	22,0	39,5	0,033
	4) 38,1° и более	4,9	23,3	0,021
Количество лейкоцитов крови (x10 ⁹ /л)				
5.	1) до 9,0	0	0	–
	2) 9,0–12,0	92,7	60,5	0,037
	3) более 12,0	7,3	37,2	0,016
Палочкоядерные нейтрофилы крови (%)				
6.	1) до 5	0	0	–
	2) 5–9	77,9	44,2	0,041
	3) более 9	22,1	55,8	0,032
СОЭ (мм/час)				
7.	1) норма	0	0	–
	2) до 30	75,6	48,8	НЗ
	2) более 30	24,4	51,2	0,032
Длительное раскрытие шейки матки				
8.	1) нет	0	100	0,001
	2) есть, раскрытие больше 3-х см (позже 7-х суток после родов)	100	0	0,001
Гипотония матки (бимануально)				
9.	1) нет	0	23,3	0,001
	2) незначительно выраженная	0	76,7	0,001
	3) умеренно выраженная	26,8	0	0,001
	4) значительно выраженная	73,1	0	0,001
Размер матки (по УЗИ)				
10.	1) норма	0	21,0	0,022
	2) есть незначительное увеличение объема матки	0	79,0	0,001
	3) есть умеренное увеличение объема матки, расширение полости (10–15 мм) с неоднородным содержимым	31,7	0	0,001
	4) есть выраженное увеличение объема матки, расширение полости более 15 мм с неоднородным содержимым	68,3	0	0,001
Рост патогенной флоры из цервикального канала (КОЕ/мл)				
11.	1) нет роста	29,2	0	0,001
	1) есть, до 10 ⁴	36,6	11,5	0,042
	2) есть, 10 ⁴ -10 ⁶	22,0	23,3	НЗ
	3) есть, более 10 ⁶	12,2	65,2	0,021
Выявление остатков плацентарной ткани при выскабливании матки				
12.	1) нет	34,2	100	0,028
	2) есть	65,8	0	0,001
Гемоглобин крови (г/л)				
13.	1) выше 110	56,1	83,7	НЗ
	2) от 110 до 100	14,6	9,2	НЗ
	2) от 100 до 90	17,1	7,1	0,035
	3) менее 90	12,2	0	0,001
Лейкоцитарный индекс интоксикации				
14.	1) до 3-х единиц	53,7	76,7	НЗ
	2) более 3-х единиц	46,3	23,3	0,035

№	Признак, его градации	Частота встречаемости признака (%)		P
		ГПЭ (n = 41)	ИПЭ (n = 43)	
Анемический синдром (бледность, иктеричность кожных покровов и склер, снижение уровня гемоглобина и эритроцитов крови)				
15.	1) нет	61,0	97,7	0,037
	2) есть	39,0	2,3	0,012
Сохраняющиеся воспалительные изменения спустя 7–9 суток заболевания (анализ крови, УЗИ)				
16.	1) нет изменений	58,5	90,7	0,042
	2) есть воспалительные изменения при УЗИ матки (расширение полости, увеличение объема) и/или воспалительные изменения в анализах крови	41,5	9,3	0,015

Примечание. p – статистически значимая разница между данными основной и сравниваемой групп критерия χ^2 Пирсона; НЗ – различия между группами статистически незначимы.

Наряду с отличием клинической симптоматики ГПЭ нами также установлены отличия по факторам риска (ФР) развития заболевания. Для этого проанализирована частота встречаемости ФР возникновения ПЭ в исследуемых группах пациентов: с гипотоническим и инфекционным вариантами. Исследованы анамнестические признаки, ФР в период беременности, родов и послеродового периода. По процентной частоте встречаемости ФР отобраны наиболее значимые, имеющие диагностическую ценность у рожениц сравниваемых групп. Так, для гипотонического варианта ПЭ в это число включены затяжные роды, слабость родовой деятельности, гипотония матки в родах и послеродовом периоде, нарушение отделения последа, гипотонические кровотечения, замедленная инволюция послеродовой матки. Для ИПЭ наиболее значимыми ФР явились: инфекционно-воспалительные урогенитальные заболевания, клиника хориоамнионита, экстренное кесарево сечение, длительный безводный промежуток времени, ручное выделение последа в сочетании с гнойным кольпитом. Выделенные предикторы также отличают эти патогенетические варианты ПЭ.

Таким образом, в результате проведенных исследований выделены диагностические признаки ГПЭ, отличающиеся от инфекционного ПЭ. Так, на стадии начальных гипотонически-застойных проявлений ГПЭ основными диагностическими признаками являются симптомы гипотонии матки в сочетании с локальными и гематологическими воспалительными явлениями. Преобладающее значение в патогенезе ГПЭ имеют гипотонически застойные процессы в полости матки. На стадии развернутых гипотонически-воспалительных клинических проявлений характерными признаками ГПЭ являются присоединившиеся выраженные воспалительные изменения со стороны матки и крови, симптомы интоксикации, анемический синдром и более тяжелое и длительное течение заболевания по сравнению с ИПЭ. Отличается ГПЭ также по характеру предикторов заболевания.

Нами выделены 7 патогномоничных диагностических признаков ГПЭ: кровянистые выделения, длительное раскрытие шейки матки, выявление остатков плацентарной ткани при выскабливании матки, снижение тонуса матки, увеличение размеров матки и расширение ее полости с наличием неоднородного содержимого по данным УЗИ, наличие анемического синдрома, тяжелое течение заболевания.

Исходя из особенностей течения ГПЭ, насущной необходимостью является разработка лечебно-профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию гипотонии матки как на стадии развернутых клинических проявлений, так и, особенно, на начальной стадии. Выявленные изменения на 2-й стадии обосновывают необходимость проведения дополнительных лечебных ме-

роприятий: дезинтоксикационной терапии (цитофлавин, диавитол и др.); антибиотиков группы резерва, другой противовоспалительной терапии (L-лизин эсцинат), антианемической терапии.

Выделение этого патогенетического варианта эндометрита позволяет также стратифицировать ФР, ведущие к формированию заболевания, определить степень риска его возникновения и проводить профилактические мероприятия дифференцированно.

Выводы

1. В результате проведенных сравнительных исследований и выявления наиболее значимых диагностических критериев обоснован новый патогенетический вариант – гипотонический послеродовый эндометрит, обусловленный гипотонией матки в родах и послеродовом периоде.

2. Выделены 7 патогномоничных диагностических признаков гипотонического эндометрита: кровянистые выделения, длительное раскрытие шейки матки, выявление остатков плацентарной ткани при выскабливании матки, снижение тонуса матки, увеличение размеров матки и расширение ее полости с наличием неоднородного содержимого по данным УЗИ, наличие анемического синдрома, тяжелое течение заболевания.

3. Обоснованы 2 патогенетические стадии развития гипотонического послеродового эндометрита в зависимости от преобладания клинических признаков: 1-я стадия – начальная гипотонически-застойная и 2-я – гипотонически воспалительная стадия развернутых клинических проявлений.

Литература

1. Наумкин, Н. Н. Особенности ведения послеродового периода у рожениц с субинволюцией матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 29 с.
2. Орджоникидзе, Н. В. Современные представления о гнойно-воспалительных осложнениях у рожениц / Н. В. Орджоникидзе, И. В. Мешалкина // Журнал Росс. общества акушеров-гинекологов. – 2006. – № 3. – С. 18–25.
3. Пересада, О. А. Клинические и лечебные особенности хронического эндометрита / О. А. Пересада, М. Н. Соколовская [и др.] // Охрана материнства и детства. – 2010. – № 1. – С. 65–68.
4. Пересада, О. А. Функционально-метаболическое состояние клеток крови при послеродовом эндометрите и возможности медикаментозной коррекции / О. А. Пересада, З. И. Кравчук [и др.] // «Репродуктивное здоровье. Восточная Европа». – 2012. – № 5. – С. 413–415.
5. Селихова, М. С. Послеродовые инфекционные осложнения: прогнозирование, профилактика, лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2008. – 35 с.

Поступила 06.02.2018 г.