

Долгушина В.Ф., Надвикова Т.В., Трошина Н.А., Летягина Н.П.

Клиническая характеристика хронического эндометрита

Кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Челябинск

Dolgushina V.F., Nadvikova T.V., Troshina N.A., Letyagina N.P.

Clinical characteristics of a chronic endometritis

Резюме

Изучены особенности клинического течения хронического эндометрита у 152 пациенток репродуктивного возраста в зависимости от степени активности воспалительного процесса в слизистой оболочке матки, выявленной при морфологическом исследовании. Установлено, что большая частота бессимптомного течения хронического эндометрита, даже при воспалительных изменениях в слизистой матки, выявленных при морфологическом исследовании, свидетельствует о том, что нельзя в полной мере полагаться только на клинические проявления заболевания как критерий для назначения антибактериальной терапии.

Ключевые слова: хронический эндометрит, степень активности, клиническая картина

Summary

There were studied clinical features of a chronic endometritis in 152 patients of a childbearing age depending on activity degree of inflammation in a mucosa of the uterus revealed at morphological study. It was established the high frequency of an asymptomatic current of a chronic endometritis, with the presence of inflammatory changes in the mucous uterus by morphological study. Consequently clinical features of chronic endometritis do not serve as a criterion for prescription of antibacterial therapy.

Keywords: chronic endometritis, activity degree, clinical features

Введение

Проблема диагностики и лечения хронического эндометрита является одной из самых актуальных в современной гинекологии. Распространенность этого заболевания среди гинекологической патологии, по данным разных авторов, варьирует в широких пределах – от 0,2 до 66,3%, составляя в среднем 14 %. Воспалительный процесс в слизистой оболочке матки нередко приводит к нарушению генеративной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения, привычного невынашивания, осложненного течения беременности и родов [1, 2, 3, 4]. Имеются сведения о том, что хронический эндометрит может рассматриваться в качестве предрасполагающего фактора для развития гиперпластических процессов эндометрия, миомы матки, аденомиоза [5, 6, 7]. Хронический эндометрит определяют как клинко-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению нормальной циклической трансформации и рецептивности ткани [2, 3, 8]. Данное заболевание характеризуется длительным, стертым, часто первично хроническим течением, развитием патологических аутоиммунных реакций на местном и системном уровнях,

несоответствием структурных изменений в эндометрии клинической картине, что создает определенные трудности в решении вопроса о целесообразности назначения антибактериальной терапии. Одним из ведущих критериев для применения антибиотиков могут служить результаты морфологического исследования эндометрия, которые позволяют выявить различные степени активности воспалительного процесса в слизистой оболочке матки на основании гранулоцитарной инфильтрации в биопсийном материале: неактивная, низкая, умеренная, высокая степени активности хронического эндометрита [9].

Цель – определить особенности клинического течения хронического эндометрита в зависимости от степени активности воспалительного процесса в слизистой оболочке матки, выявленной при морфологическом исследовании.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели на базе женской консультации и гинекологического отделения муниципального учреждения здравоохранения городской клинической больницы № 8 г. Челябинска было проведено комплексное обследование 152 па-

циенток репродуктивного возраста с хроническим эндометритом. Диагноз ставился на основании жалоб больных, данных анамнеза, результатов гинекологического обследования, УЗИ органов малого таза, морфологического исследования эндометрия путем пайпель-биопсии на 7-9 день менструального цикла. Для верификации этиологии воспалительного процесса гениталий проводилось бактериоскопическое, бактериологическое обследование, ПЦР-диагностика из цервикального канала и полости матки. На основании результатов гистологического исследования в зависимости от степени активности морфофункционального состояния эндометрия все женщины были разделены на четыре группы: I группу составили 34 (22,37%) пациентки с неактивным эндометритом, II группу – 73 (48,03%) больных с низкой степенью активности, III группу – 25 (16,45%) женщин с умеренной, IV группу – 20 (13,16%) пациенток с высокой степенью активности.

Полученные результаты исследования были обработаны методами вариационной статистики и представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$). При анализе количественных признаков оценка достоверности различий между группами производилась с использованием непараметрического критерия Манна – Уитни. Оценка качественных показателей осуществлялась с помощью точного критерия Фишера. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка полученных результатов исследования осуществлялась с использованием программного статистического пакета Statistica 8.0 (StatSoft, USA)

Результаты и обсуждение

Все обследованные были в возрасте от 16 до 45 лет. Средний возраст женщин составил: в I группе больных с неактивным эндометритом – $34,29 \pm 6,48$ года; во II группе сравнения с низкой степенью активности – $34,18 \pm 6,85$; у пациенток из III группы – $33,72 \pm 7,09$, а в IV – $31,39 \pm 8,5$. Статистически значимой разницы в возрасте исследуемых женщин выявлено не было. При этом пациентки до 18 лет были только в группе больных с хроническим эндометритом высокой степени активности и составили 20%.

При анализе особенностей сексуальной функции у изучаемой категории женщин установлено, что более ранний дебют половой жизни был у пациенток с высокоактивным эндометритом ($17,39 \pm 1,54$) по сравнению с I, II и III группами обследованных больных ($18,79 \pm 1,84$; $18,41 \pm 1,84$; $18,6 \pm 3,25$ лет соответственно).

Практически все обследованные больные в анамнезе имели 2 и более половых партнера. Необходимо отметить, что 25% женщин с хроническим эндометритом высокой степени активности имели двух и более половых партнеров в течение последнего года, что достоверно чаще по сравнению со II (5,48%; $p=0,02$) и несколько чаще, чем в I и III группах сравнения (5,88% и 12% соответственно).

Выявлено, что 135 (88,82%) пациенток с хроническим эндометритом использовали различные методы контрацепции. При этом внутриматочную спираль с целью предупреждения нежелательной беременности применяли достоверно чаще больные с хроническим эндометритом умеренной степени активности (16%), по сравнению с пациентками из группы с низкой степенью (2,74%, $p=0,035$) и несколько чаще, чем женщины с неактивным (2,94%) и высокоактивным эндометритом (10%). При этом необходимо отметить, что на фоне использования внутриматочной спирали отмечался болевой синдром и нарушение менструального цикла в виде ациклического маточного кровотечения по типу метроррагии, несколько чаще в III (12%) и IV группах (10%) по сравнению с I (2,94%) и II (1,37%).

Средний возраст наступления менархе был практически одинаковым у всех обследуемых женщин и составил $13,41 \pm 1,09$ лет. У 87 (57,2%) пациенток в анамнезе имело место нарушение менструального цикла, при этом у больных с хроническим эндометритом низкой степени активности (69,86%) достоверно чаще по сравнению с пациентками с неактивным хроническим эндометритом (44,12%) и высокоактивным (35%), ($p=0,018$, $p=0,008$ соответственно) и несколько чаще, чем у больных хроническим эндометритом умеренной степени (56%).

Среди различных вариантов нарушения менструальной функции преобладала меноррагия (26,31%), реже встречалась дисменорея (23,03%). Меноррагия несколько чаще встречалась у женщин III группы исследования (32%) по сравнению с больными I, II и IV (23,53%, 26,03% и 25% соответственно).

Акушерский анамнез был отягощен у обследованных женщин с хроническим эндометритом практически в одинаковом проценте случаев во всех исследованных группах (52,94%, 64,38%, 68% и 65% соответственно).

В анамнезе у 53,94% обследованных пациенток были аборты. Два и более абортов отмечались достоверно чаще у женщин III группы (44%) по сравнению с больными IV группы исследования (10%, $p=0,0197$). При этом осложнение послерабортного периода в виде постабортного эндометрита несколько чаще встречалось также среди больных с умеренноактивным воспалительным процессом слизистой оболочки матки (12%).

Своевременные роды достоверно реже были в группе пациенток с эндометритом высокой степени активности (30%) по сравнению с I (67,65%), II (57,53%) и III (72%) группами ($p=0,011$; $p=0,043$; $p=0,0072$ соответственно). Осложнение после родов в виде эндометрита достоверно чаще ($p=0,011$) выявлено в этой же группе (20%) по сравнению с больными с низкоактивным хроническим эндометритом (2,74%) и несколько чаще, чем в группах с неактивным и высокоактивным процессом (2,94%, 10%).

Невынашивание беременности (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность) регистрировалось в анамнезе у 53 (34,87%) обследованных женщин, страдающих хроническим эндометритом. В группе пациенток с высокой сте-

пенью активности данная патология составила 60%, что достоверно чаще по сравнению с неактивным (23,5%) и низкоактивным (31,5%) эндометритом ($p=0,01$; $p=0,03$ соответственно).

Среди обследованных женщин - 106 (69,74%) были пациентками женской консультации. У больных, обратившихся в женскую консультацию, показанием для проведения аспирационной биопсии эндометрия были: диспансерный учет по миоме матки (32,23%); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез на этапе прегравидарной подготовки (21,71%); нарушение менструального цикла (9,2%); либо подозрение на гиперпластический процесс эндометрия по данным УЗИ (6,6%). Следует отметить, что в I группе все пациентки (100%) являлись больными, наблюдаемыми в женской консультации, что достоверно чаще, чем в III (40%) и IV группах (25%) ($p<0,05$) и несколько чаще, чем во II группе сравнения (78,08%).

46 (30,26%) пациенток поступили в гинекологическое отделение по поводу болевого синдрома, из них у 22 женщин (47,83%) отмечалась субфебрильная температура и у 4 больных (8,6%) – нарушение менструального цикла.

Обнаружено, что впервые диагноз хронический эндометрит был поставлен чаще в группе пациенток с неактивным эндометритом (44,12%) по сравнению с больными, страдающими эндометритом низкой, умеренной и высокой степенями активности (35,62%, 20% и 25% соответственно). Обострение хронического эндометрита проявившегося клинически в анамнезе отмечали достоверно чаще в III (68%) и IV (60%) группах ($p=0,0042$; $p=0,044$ соответственно) по сравнению с I (29,4%) и несколько чаще по сравнению со II группой исследования (42,47%). На наличие эндометрита в анамнезе без эпизодов клинического обострения, подтвержденного морфологически, отмечали пациентки в каждой из изученных 4 групп сравнения (26,47%, 21,92%, 12%, 15% соответственно).

При проведении обследования были детально изучены жалобы больных.

Жалобы предъявляли только 57,24% женщин, у 42,76% обследованных пациенток отмечалось бессимптомное течение хронического эндометрита. Отсутствие жалоб наблюдалось достоверно чаще у пациенток I группы (64,71%) по сравнению с больными II (39,73%) и IV (20%) групп ($p=0,002$; $p=0,02$) и несколько чаще III группы (32%).

На момент обследования жалобы на нарушение менструального цикла предъявляли 26 пациенток (17,8%), из них несколько чаще с хроническим эндометритом низкой степени активности (20,55%) по сравнению с больными с неактивной, умеренной и высокой степенями активности (17,65%, 16%, 5%).

Ведущей жалобой у пациенток с высокой и умеренной степенями активности воспалительного процесса слизистой оболочки матки были боли (75% и 60% соответственно), что достоверно чаще по отношению к I (6,2%) и II (21,91%) группам сравнения

($p<0,05$). Боли локализовались в нижнем отделе живота, по характеру были ноющими, различной степени интенсивности, периодическими. При этом следует отметить, что в 42,83% случаев среди женщин, находящихся в гинекологическом отделении, регистрировалась субфебрильная температура, лейкоцитоз в общем анализе крови, повышение С-реактивного белка. Эти симптомы достоверно чаще регистрировались в группе с высокоактивным эндометритом (86,7%) по сравнению с пациентками с воспалительным процессом слабой степени активности (18,75%, $p<0,05$) и несколько чаще, чем среди больных с умеренноактивным (53,33%).

При проведении общего анализ крови воспалительные сдвиги отмечены только в группах с высоко- и умеренноактивным хроническим эндометритом, где лейкоцитоз составил $12,77\pm 5,12$ и $11,44\pm 3,45$ соответственно. Статистически значимой разницы не выявлено.

При изучении структуры инфекционной патологии нижнего отдела репродуктивного тракта у обследованных пациенток установлено, что наиболее частым заболеванием у женщин с генитальной инфекцией оказался хронический цервицит, который выявлялся в 52,9% случаев и регистрировался практически у каждой второй пациентки в каждой из групп. Цервицит регистрировался с большей частотой в IV группе (75%), а в I, II и III (67, 65%, 54,79%, 60% соответственно) несколько реже. Патологическая обсемененность влагалища и бактериальный вагиноз встречались несколько чаще в группе женщин с умеренной и высокой степенями активности (25 % и 33,3%) по сравнению с пациентками с неактивным хроническим эндометритом и слабой степенью активности (15%, и 16,7% соответственно).

Заключение

Установлено, что более раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров, использование в качестве контрацепции ВМС, два и более абортов в анамнезе регистрируются чаще у больных с активным воспалительным процессом эндометрия.

У 42,76% женщин с хроническим эндометритом бессимптомное течение заболевания: при высокой степени активности в 20%, умеренноактивном у 32%, и в 39,73% - при слабоактивном воспалительном процессе слизистой оболочки матки, а неактивном - в 64,71% случаев.

Таким образом, большая частота бессимптомного течения хронического эндометрита, даже при выраженных воспалительных изменениях в слизистой матки, выявленных при морфологическом исследовании, свидетельствует о том, что нельзя в полной мере полагаться только на клинические проявления заболевания как критерий для назначения антибактериальной терапии. Необходим поиск других дополнительных диагностических тестов. Перспективным является иммунологическое исследование цервикальной слизи, которое может отражать напряженность воспалительных изменений в эндометрии. ■

Долгушина В. Ф. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск; *Надвикова Т. В.* – очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск; *Трошина Н. А.* – заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ

ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск; *Летягина Н. П.* – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку – *Надвикова Татьяна Владимировна*, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. Телефон: +79043082439, E-mail: taniuanad@mail.ru

Литература:

1. Кулаков В.И., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит. Гинекология. 2005; 7(5-6): 302-304.
2. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
3. Шуршалина А. В. Хронический эндометрит как причина нарушений репродуктивной функции. Гинекология. 2012; 14(4): 16-18.
4. Петров Ю. А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика [диссертация]. Москва: 2012; 1-289.
5. Лукач А. А. Инфекционно-воспалительная концепция развития гиперпластических процессов гениталий. Уральский медицинский журнал. 2010; 5(70): 156-159.
6. Шешукова Н. А., Макаров И. О., Овсянникова Т. В. Функциональный потенциал эндометрия у больных с гиперпластическими процессами слизистой тела матки в сочетании с хроническим эндометритом. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011; 10(6): 22-25.
7. Станоевич И. В., Землякова В. В., Фен И., Аброскова Б. С., Залетаев Д. В. Аномальное метилирование ряда генов при гиперплазии эндометрия на фоне хронического эндометрита. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2012; 11(1): 20-24.
8. Гомболевская Н. А., Муравьева В. В., Марченко А. А., Анкирская А. С. Современные возможности этиологической диагностики хронического эндометрита. Акуш. и гинекол. 2012; 8-1: 40-45.
9. Воропаева Е. Е. Самопроизвольный аборт: патоморфоз, этиология, патогенез, клинико-морфологическая характеристика, реабилитация [диссертация]. Челябинск: ЧелГМА 2011; 1-449.