

## Гистероскопия в диагностике и лечении послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний

Т. А. Обоскалова, Ю. В. Игнатова, Н. В. Щербакова  
МУ ЦГБ №7, г. Екатеринбург

### Резюме

*Проблема инфекционно-воспалительных заболеваний в акушерстве сохраняет свою актуальность и требует поиска и внедрения новых методов, направленных на излечение острого процесса и профилактики нарушений репродуктивной функции женщин в будущем. Цель исследования: определить место и роль гистероскопии в диагностике и лечении пупэрперального метрорэндометрита.*

*Материалы и методы: проведен анализ историй болезни 1583 родильниц с осложненным течением послеродового периода, проходивших лечение в акушерском наблюдательном отделении МУ ЦГБ №7 г. Екатеринбург в 2005-2007 гг.*

*Результат и обсуждение: несмотря на увеличение общего числа родов, а также оперативного родоразрешения частота инфекционно-воспалительных заболеваний в городе сократилась, благодаря организационной структуре и выработке рациональной тактики лечения пациенток.*

*За 3 года проведено 367 гистероскопических исследований. Гистероскопия позволяет выявить разнообразную патологию полости матки. Так, картина эндометрита с некрозом плацентарной ткани обнаружена в 8,5% случаев, с некрозом децидуальной ткани — в 32,1%. Воспалительный процесс в матке без патологического субстрата — в 60,5%.*

*Внедрение гистероскопии позволило не только улучшить клинические исходы заболеваний, но и оптимизировать работу акушерской службы стационара в виде достоверного сокращения пребывания больной на койке. Средняя продолжительность лечения в период 2002-2004гг. составляет  $16,1 \pm 0,3$  дня, а в период 2005-2007 гг. —  $14,7 \pm 0,2$  дня ( $p=0,03$ ).*

*Выводы: гистероскопия, будучи объективным методом диагностики послеродового эндометрита, является и эффективным лечебным мероприятием, позволяющим активно санировать полость матки. Применение гистероскопии повышает эффективность использования коечного фонда лечебно-профилактического учреждения.*

**Ключевые слова:** послеродовый эндометрит, гистероскопия.

### Введение

Проблема инфекционно-воспалительных заболеваний в акушерстве, в том числе при выполнении инвазивных методов диагностики и лечения не только сохраняет свою актуальность, но становится более острой в связи с расширением инвазивных вмешательств в подразделениях акушерской службы [1, 2].

Особенностями хирургических вмешательств в акушерстве являются следующие обстоятельства:

1) изменение контингента беременных и родильниц — значительное число женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, индуцированной беременностью, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания беременности, применение гормональных препаратов во время беременности, в том числе и кортикостероидов, что обуславливает иммуносупрессию;

2) близость операционной зоны к очагу инфекции;

3) иммунодефицитные состояния больных;

4) высокая частота анемии у пациенток;

5) нарушение микроциркуляции в операционной зоне за счет фоновой патологии, имеющейся у больной;

6) высокая частота экстренных вмешательств;

Т. А. Обоскалова — д. м. н., главный акушер-гинеколог  
Управления здравоохранения Администрации  
Екатеринбурга.

Н. В. Щербакова — акушер-гинеколог высшей категории,  
заведующая Акушерским наблюдательным  
отделением МУ ЦГБ №7.

Ю. В. Игнатова — акушер-гинеколог 1 категории АОО  
МУ ЦГБ №7.

7) большая вероятность острых кровопотерь во время операции [2].

Высокая клиническая и социальная значимость послеродовых заболеваний требует поиска и внедрения оптимальных методов, направленных на излечение острого процесса и профилактику нарушений репродуктивной функции женщин в будущем [3,4].

**Цель исследования.** На основе изучения структуры и этиологических факторов послеродовых заболеваний определить место и роль инвазивных методов диагностики и лечения (гистероскопия и лапароскопия).

## Материалы и методы

Работа осуществлялась в Акушерском observationalном отделении (АОО) МУ ЦГБ№7 г. Екатеринбурга, которое является частью организационной структуры службы родовспоможения в городе и предназначено для госпитализации всех заболевших родильниц в течение 45 дней после родов, включая жительниц Свердловской области.

Проведен анализ историй болезни 1583 родильниц с осложненным течением послеродового периода, в том числе — 488 после операции кесарева сечения, проходивших лечение в АОО в 2005-2007 гг.

Изучены результаты использования гистероскопической методики для диагностики и лечения пуэрперального метроэндометрита. Исследование проводилось по общепринятой методике с помощью гистероскопической стойки фирмы K. Storz, Германия. Оптика 4,5 мм, 30°. В качестве сред использовали постоянную перфузию стерильных прозрачных растворов (400-1200 мл изотонического раствора натрия хлорида или раствора фурациллина).

Статистическая обработка материала производилась с помощью лицензионной программной системы Microsoft Excel 2003 SP1. Вычислялись основные статистические показатели —  $M \pm m$  (где  $M$  — средняя величина, а  $m$  — стандартная ошибка средней величины). Достоверность полученных результатов определялась по парному критерию Стьюдента. Статистически достоверным считался коэффициент, уровень значимости которого был меньше 0,05.

## Результаты исследования и обсуждение

В анализируемый промежуток времени в г. Екатеринбурге отмечается увеличение числа родов ежегодно на 3-5%, частота кесарева сечения стабилизировалась на показателях  $21,5 \pm 0,1\%$ , что достоверно выше периода 2002-2004 гг., когда показатели составляли  $18,7 \pm 0,4\%$  ( $p=0,01$ ).

Несмотря на увеличение оперативного родоразрешения, частота послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний (ИВЗ) не возросла и составила за 2005-2007г.г.  $22,8 \pm 0,6$  на 1000 родильниц; в 2002-2004 гг. —  $26,2 \pm 1,3$  ( $p=0,1$ ).

В АОО пациентки поступают по направлению женской консультации или доставляются «Скорой медицинской помощью» в 79,4% случаях; 20,6% пациенток переводится из родильных домов. До 30 дней после родов поступают  $86,6 \pm 1,7\%$  женщин, свыше 30 дней —  $13,4 \pm 1,7\%$ .

Для оптимизации диагностики и лечения послеродовых заболеваний в отделении разработан и применяется в течение многих лет следующий алгоритм:

1. Сбор анамнеза, в котором особое внимание уделяется наличию инфекций половых путей во время беременности, особенностям течения родов и послеродового периода.

2. Влагалищное исследование, при котором важна оценка состояния шейки матки, консистенции и величин тела матки, болезненности, наличия патологических образований в малом тазу, состояния вен малого таза.

3. Лабораторные исследования:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи,
- прокальцитониновый тест (количественный и качественный),
- бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и полости матки,

- посев мочи, посев крови и посев из раны,

- коагулограмма,
- иммунограмма.

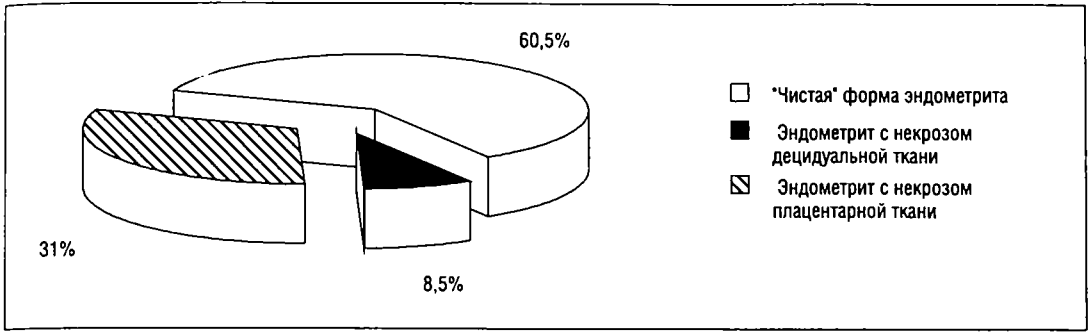
4. Лучевая диагностика включает обязательное ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза и брюшной полости, а также рентгенологическое исследование органов грудной клетки по показаниям.

5. Инструментальные методы исследования, которые стали применяться в последние годы значительно шире:

- гистероскопия в динамике,
- лапароскопия по показаниям,
- цистоскопия по показаниям,
- ректороманоскопия по показаниям.

В структуре выявленных заболеваний преобладают метроэндометриты — 94,5%. Послеоперационный перитонит и сепсис в течение последних лет регистрируются все реже. Так, в 1996 г. эти осложнения составили 0,5% от числа всех операций кесарева сечения, в 2005 г. — 0,026%, в 2006-07 гг. случаев генерализованной инфекции после операции кесарево сечение не было. В структуре ИВЗ их доля в 1996 г. была

Рисунок Формы пуэрперального эндометрита.



7,0%, в 2005 г. — 0,6%, в 2006 и 2007 году — 0%. Материнской смертности от послеродового перитонита и сепсиса не было с 1997 г.

За 3 года проведено 367 гистероскопических исследований: в 2005 г. — 104, в 2006 г. — 110, в 2007 г. — 153. У больных с эндометритом после спонтанных родов гистероскопия использовалась в 279 случаях, что составляет 76,02%, у больных с эндометритом после операции кесарева сечения — 88, что составляет 23,97%.

Показаниями для проведения гистероскопии были:

1. Субинволюция матки.
2. «Не формирующийся» внутренний зев шейки матки.
3. Подозрение на травму матки.
4. Необходимость визуальной оценки состояния швов на матке.
5. Данные ультразвукового исследования матки (наличие материального субстрата в полости матки).

На основании оценки результатов многочисленных гистероскопических манипуляций нами определены особенности проведения гистероскопии в послеродовом периоде.

Мы установили, что:

1. Гистероскопию целесообразно осуществлять не ранее 8-х суток после спонтанных родов и не ранее 10-х суток после операции кесарева сечения. Это обусловлено тем, что в первые сутки после родов цервикальный канал открыт, и отток жидкости из канала шейки матки, пропускающего 1-2 пальца, значительно превышает ее поступление, что не позволяет полноценно визуализировать всю внутреннюю поверхность матки и провести ее оценку. Принудительное инструментальное сужение шейки матки является дополнительной травмой для воспаленных тканей матки.

2. После операции кесарева сечения исследование не рекомен-

дуется проводить при подозрении на частичную несостоятельность швов на матке, когда по данным УЗИ дефект послеоперационного рубца составляет более 20 мм.

3. При наличии аномалий развития половых органов гистероскопию проводить только в случаях крайней необходимости.

4. При наличии патологического субстрата в полости матки проводится бережное выскабливание или вакуум-аспирация содержимого с обязательным гистологическим исследованием удаленного материала.

Гистероскопия позволяет выявить разнообразную патологию полости матки. Так, картина эндометрита с некрозом плацентарной ткани обнаружена в 8,5% случаев, с некрозом децидуальной ткани — в 32,1%. Воспалительный процесс в матке без патологического субстрата — в 60,5%. (рисунок).

Гистероскопия после кесарева сечения проводилась у  $16,5 \pm 2,5\%$  женщин, из них провисание лигатур в полость матки наблюдалось в  $6,1 \pm 1,6\%$  случаев. В 3-х случаях у больных с эндометритом после спонтанных родов при гистероскопии был обнаружен неполный разрыв матки по передней стенке глубиной 0,5–0,8 см, длиной 5–7 см.

Структура выполненных при гистероскопии манипуляций представлена в таблице.

Тактика лечения зависит от гистероскопической картины. При «чистой» форме эндометрита манипуляции, как правило, не проводят-

Таблица

Структура манипуляций, выполненных при гистероскопии в 2005–2007 гг.

Параметр	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Диагностическая гистероскопия	18	13	22
Гистероскопия + выскабливание	32	69	62
Гистероскопия + вакуумаспирация	48	21	57
Рассечение и удаление лигатур после кесарева сечения	6	7	12
Всего	104	110	153

ся, но если выявляется выраженное фибринозное воспаление, пристеночные сгустки, производится промывание полости матки растворами антисептиков с последующим введением мази на гидрофильной основе. При наличии материального субстрата в полости матки осуществляется вакуум-аспирация или бережный кюретаж.

Терапия метроэндометрита проводится комплексно:

- 1) удаление во время гистероскопии лигатур и некротических тканей при эндометрите после кесарева сечения;
- 2) вакуум-аспирация содержимого полости матки;
- 3) аспирационно-промывное дренирование полости матки;
- 4) орошения влагалища по Снегиреву с наконечником Морозова;
- 5) введение в полость матки мазей на гидрофильной основе;
- 6) стартовая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра с последующим переходом на препараты с учетом чувствительности микрофлоры;
- 7) адекватная по объему и качеству инфузионная терапия;
- 8) дезагреганты и антикоагулянты.

Разумное сочетание консервативных и инвазивных методов лечения метроэндометрита в послеродовом периоде позволяет в подавляющем большинстве случаев сохранить матку для реализации женщиной репродуктивной функции в будущем. Экстирпаций матки по поводу сепсиса и перитонита у родильниц г. Екатеринбургa по данным АОО за период наблюдения не было.

Внедрение гистероскопии позволило не только улучшить клинические исходы заболеваний, но и оптимизировать работу акушер-

ской службы стационара в виде достоверного сокращения пребывания больной на койке. Средняя продолжительность лечения в период 2002-2004 гг. составляет  $16,1 \pm 0,3$  дня, а в период 2005-2007 гг. —  $14,7 \pm 0,2$  дня ( $p=0,03$ ).

## Выводы

1. Концентрация пациенток с инфекционно-воспалительными послеродовыми заболеваниями в специализированном отделении позволяет выработать оптимальный диагностический и тактический алгоритм с использованием современных технологий.
2. Гистероскопия — это наиболее объективный метод диагностики послеродового эндометрита, так как позволяет визуально оценить состояние эндометрия и швов на матке.
3. Наряду с высоким диагностическим эффектом гистероскопия является лечебным мероприятием, позволяющим активно санировать полость матки.
4. Применение гистероскопии повышает эффективность использования коечного фонда лечебно-профилактического учреждения.

## Литература

1. Баев О. Р., Стрижаков А. Н., Давыдов А.И. Инфекционные осложнения операции кесарева сечения, современнее принцип диагностики и лечебной тактики. Материалы IX всероссийского форума «Мать и дитя», Москва; 2007. 17-18.
2. Гребенкин Б. Е., Черемискин В. П. Группа риска послеродовых гнойно-септических заболеваний в условиях стационар высокой степени риска. Материалы IX всероссийского форума «Мать и дитя», Москва; 2007. 55-56.
3. Семенов Н. Н., Горин В. С. Гистероскопия в диагностике и оптимизации ведения родильниц с поздними локализованными формами послеродовой инфекции. Эндоскопия в гинекологии. Под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. Москва; 1999. 553-554.
4. Эндоскопия в гинекологии. Под ред. Г. М. Савельевой. М.: Медицина; 1983.