
ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

УДК 618.39-06:618.14-002]-085.246.2

Н. П. Бгатова, А. В. Шаклеин, В. М. Кулешов, И. О. Маринкин, Н. Н. Дубинина**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПОЗИТНОГО СОРБЦИОННОГО ПРЕПАРАТА
В ВОССТАНОВЛЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК
С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В ПОСЛЕАБОРТНОМ ПЕРИОДЕ**

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Новосибирск
Новосибирский Муниципальный центр планирования семьи и репродукции
Новосибирская государственная медицинская академия МЗ РФ

Женщины с неразвивающейся беременностью в первом триместре относятся к группе высокого инфекционного риска реализации гнойно-септических осложнений в послеабортном периоде. Послеабортные осложнения встречаются у 58% женщин. Частота эндометрита достигает 30%. С целью снижения эндометритов в послеабортном периоде и раннего восстановления менструальной и репродуктивной функции применена местная терапия комбинированного сорбционного препарата. Предложенный метод способствует более быстрому восстановлению менструальной функции, предотвращает развитие гнойно-воспалительных заболеваний матки у пациенток с неразвивающейся беременностью в послеабортном периоде.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, профилактика послеабортного эндометрита, лечение

Одной из важнейших проблем невынашивания беременности является неразвивающаяся беременность, составляющая 45–86,6% всех случаев самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [7, 9, 12]. Неразвивающаяся беременность встречается значительно чаще у инфицированных женщин, чем у женщин с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом [7, 9]. Наряду с этим, у 10–58% женщин имеют место послеабортные осложнения, среди которых ведущее место занимает эндометрит. Своевременно проведенная терапия эффективно снижает частоту реализации эндометритов в послеабортном периоде у пациенток с неразвивающейся беременностью, что впоследствии приводит к значительному улучшению менструальной и репродуктивной функций. Неуклонный рост воспалительных заболеваний женской половой сферы определяет актуальность исследований, посвященных разработке методов профилактики и лечения данной патологии, и значимость этой проблемы для практического здравоохранения [2, 3, 5, 6, 10]. В то же время эффективная профилактика гнойно-септических осложнений в гинекологии невозможна без непосредственного активного воздействия на раневую поверхность матки и бактериальную микрофлору [4, 5, 6].

Целью исследования явилась морфологическая оценка эффективности использования комбинированного сорбционного препарата (энтеросгель с диоксидином) для восстановления циклических

структурных преобразований в эндометрии пациенток с неразвивающейся беременностью через два месяца после инструментального опорожнения матки.

Методика. Под нашим наблюдением находилось 149 пациенток с неразвивающейся беременностью в первом триместре, которым по медицинским показаниям было произведено инструментальное выскабливание стенок полости матки. В составе контрольной группы обследовались 11 практически здоровых женщин детородного возраста, которым была произведена биопсия эндометрия на 23-й день менструального цикла.

Всем пациенткам проводились общеклиническое, клинико-лабораторное, бактериологическое, патоморфологическое, биохимическое и ультразвуковое обследования, а также исследовались метрoаспираты из полости матки. Для оценки отдаленных результатов восстановления менструальной функции производили патоморфологическое исследование цугов эндометрия на 23-й день цикла.

В зависимости от метода лечения все пациентки были разделены на три клинические группы:

- контрольную – 11 практически здоровых пациенток детородного возраста, готовящихся к искусственному оплодотворению спермой донора;
- основную – 68 пациенток с неразвивающейся беременностью в первом триместре, которым после инструментального выскабливания сте-

нок полости матки, наряду с традиционным ведением послеабортного периода, проводилось внутриматочное введение композитного сорбционного препарата (энтеросгель с адсорбированным на нем диоксидином);

- группу сравнения – 70 пациенток с неразвивающейся беременностью, которым проводилось комплексное, традиционное ведение послеабортного периода с применением антибактериальной, противовоспалительной, утеротонической терапии и физиолечения, включающего в себя амплипульс и магнитотерапию.

С момента диагностирования неразвивающейся беременности назначалась стандартная антибактериальная и противовоспалительная терапия, включающая тетрациклины или аминогликозиды в сочетании с обязательным применением препаратов производных нитроимидазола. После получения результата первого бактериологического исследования назначали антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов.

Взятие материала для цитологического исследования проводили непосредственно из полости матки у каждой больной от одного до трех раз с 3-х по 12-е сут послеабортного периода с использованием стерильного пупочного катетера. Интерпретация результатов исследования аспирационных биоптатов из полости матки основывалась на классификации раневого процесса, описанной М.Ф. Камаевым [1].

Для светооптического исследования образцы органа фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, обезживали в серии спиртов возрастающей концентрации и заключали в парафин. Срезы толщиной 5–6 мкм, окрашивали гематоксилином Майера, эозином и заключали в канадский бальзам. Для изучения образцов органа в просвечивающем режиме электронного микроскопа их фиксировали в 1% растворе OsO_4 на фосфатном буфере, дегидратировали в этиловом спирте возрастающей концентрации и заключали в эпон. Из полученных блоков готовили полутонкие срезы толщиной 1 мкм; окрашивали толудиновым голубым; изучали под световым микроскопом и выбирали необходимые участки тканей для исследования в электронном микроскопе. Из отобранного материала получали ультратонкие срезы толщиной 35–45 нм на ультратоме LKB-8800, контрастировали насыщенным водным раствором уранилацетата, цитратом свинца и изучали в электронном микроскопе JEM 1010.

Результаты. Морфологическая картина мазков-аспирагов на 3-и сут послеоперационного периода у пациенток основной группы соответствовала регенеративному периоду (1-я фаза), а у пациенток группы сравнения – дегенеративно-воспалительному типу. В процессе лечения, на 5-е сут послеабортного периода, у больных основной

группы произошли достоверные изменения в численности нейтрофилов, полибластов, макрофагов (с $66,3 \pm 1,2$ (%) до $48,1 \pm 1,5$ (%); с $15,1 \pm 1,1$ (%) до $33,4 \pm 1,4$ (%); с $2,5 \pm 1,2$ (%) до $10,2 \pm 1,3$ (%)) соответственно; $p < 0,05$) и появление фибробластов ($2,1 \pm 0,2$ (%); $p < 0,01$), что наиболее характерно для 2-й фазы регенеративного периода и указывает на благоприятное течение репаративных процессов. У больных группы сравнения на 5-е сут послеоперационного периода мазок соответствовал дегенеративно-воспалительному типу и только к 7-м сут послеоперационного периода происходило достоверное снижение числа нейтрофилов (с $74,3 \pm 1,2$ до $62,1 \pm 1,8$; $p < 0,01$), повышение лимфоцитов, полибластов и эозинофилов (с $12,7 \pm 0,7$ до $19,7 \pm 1,6$; с $8,7 \pm 0,9$ до $11,9 \pm 1,06$; с $0,6 \pm 0,2$ до $1,3 \pm 0,3$ соответственно; $p < 0,05$). Тип мазка при этом соответствовал регенеративному периоду (1-я фаза) и не отличался от цитологического состава метроаспирата у женщин основной группы на 3-и сут послеабортного периода ($p > 0,05$).

Клиническое выздоровление (полное выздоровление и значительное улучшение) при применении аппликационно-сорбционного дренирования полости матки с использованием энтеросгеля и диоксидина наступало в 100% случаев; в группе сравнения – в 85%.

У женщин основной группы ни в одном случае не развился эндомиометрит. В группе сравнения, несмотря на проводимую терапию, у 20 пациенток (28,6%) на 3-и – 5-е сут после операции отмечали острый неспецифический эндомиометрит.

При патоморфологическом исследовании цугов эндометрия на 23-й день цикла у пациенток контрольной и основной групп было выявлено, что поверхностные эпителиоциты слизистой оболочки матки имели цилиндрическую форму с ровной, практически лишенной микроворсинок, слегка выпуклой апикальной поверхностью. Отмечали признаки апокриновой секреции. В цитоплазме эпителиоцитов наблюдали большое количество митохондрий и хорошо развитый белок синтетический аппарат. В апикальной части клеток отмечали умеренное накопление гликогена (рис. 1а). Эпителиоциты, выстилающие слизистую оболочку матки у женщин группы сравнения, на апикальной поверхности имели микроворсинки и реснички (рис. 1б). Известно, что образование ресничек и микроворсинок у эпителиоцитов эндометрия происходит под влиянием эстрадиола и является препятствием для процесса миграции яйцеклетки. Наличие микроворсинок и ресничек на апикальной поверхности эпителиоцитов свидетельствует о неполноценности секреторных преобразований эндометрия [8].

Эпителиальная выстилка маточных желез у женщин контрольной и основной групп была представлена низкими призматическими клетка-

ми с ровной апикальной поверхностью. В ядрах эпителиоцитов отмечали наличие системы внутриядерных канальцев, наиболее выраженных и часто встречающихся в образцах органа у женщин основной группы (рис. 2).

В цитоплазме эпителиоцитов наблюдали гигантские митохондрии (рис. 2 б). Цистерны гранулярного эндоплазматического ретикулума и комплекса Гольджи были расширены; увеличенным было количество вторичных лизосом. Наличие системы внутриядерных канальцев и гигантских митохондрий в цитоплазме клеток железистого эпителия является одним из достоверных критериев произошедшей овуляции [11].

У женщин группы сравнения на апикальной поверхности эпителиоцитов маточных желез имелись микроворсинки и признаки апокриновой секреции (рис. 3 а). Хотя в некоторых клетках в ядрах

отмечали канальцы (рис. 3 б), в цитоплазме эпителиоцитов отсутствовали гигантские митохондрии (рис. 3).

В строме слизистой оболочки матки у женщин контрольной и основной групп отмечали явление отека и диффузное расположение соединительнотканых клеток. Близко к железам подходили артерии, просвет которых был заполнен эритроцитами. Наблюдала высокую плотность артерий близ базальной мембраны эпителия желез.

У женщин группы сравнения в эндометрии также наблюдали отечность стромы, однако соединительнотканые клетки располагались не диффузно, а группами.

Полученные нами данные о структурной организации слизистой оболочки матки женщин, которым в послеабортном периоде для профилактики эндометрита применялся композитный сор-

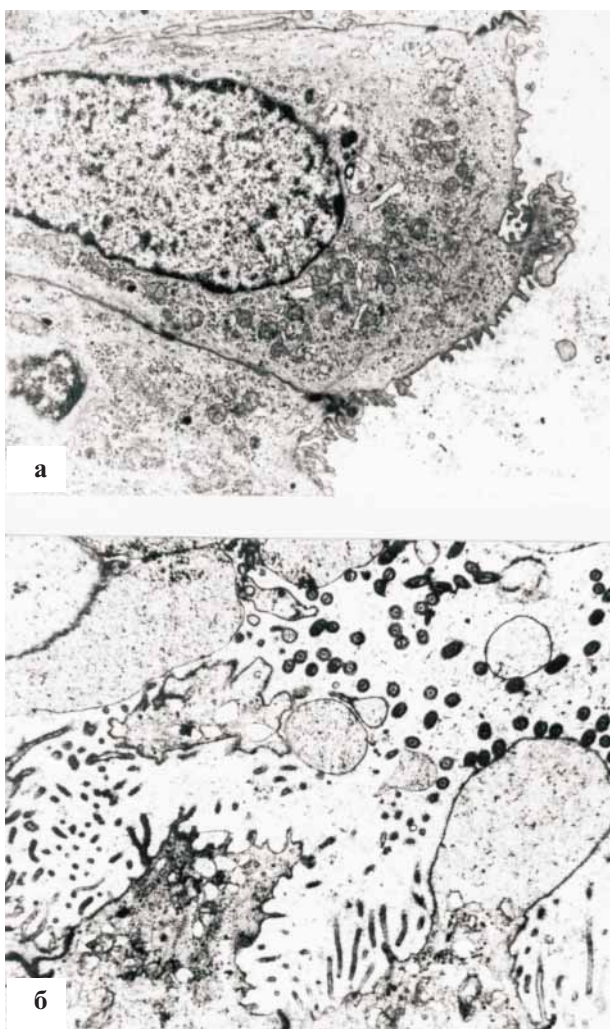


Рис. 1. Ультраструктурная организация поверхностных эпителиоцитов слизистой оболочки матки.

а – ровная апикальная поверхность эпителиоцитов эндометрия женщины контрольной группы; б – наличие микроворсинок и ресничек на апикальной поверхности эпителиоцитов эндометрия женщины из группы сравнения. Ув. 10000

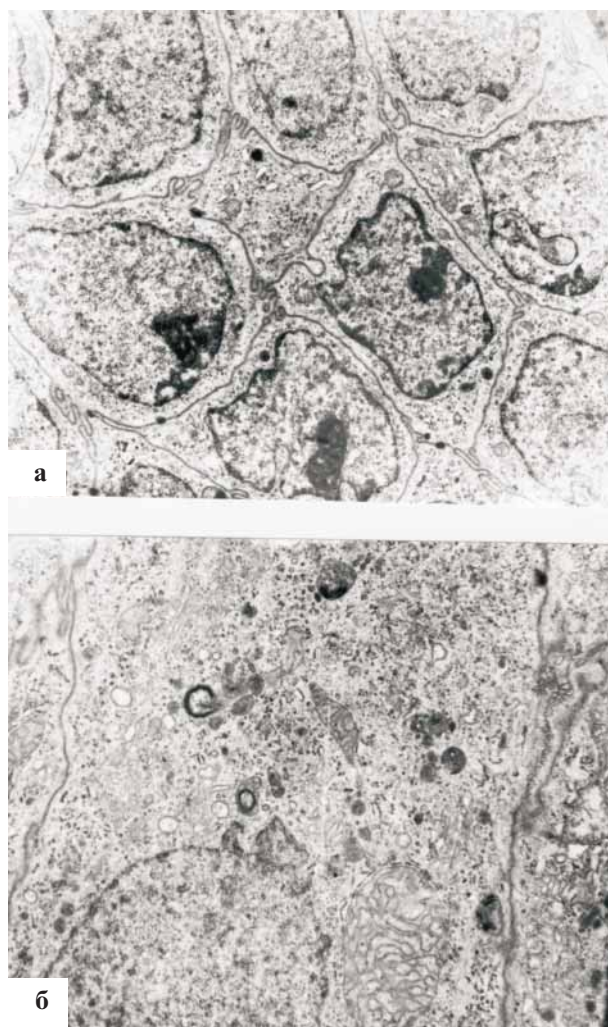


Рис. 2. Структура цитоплазмы, гигантские митохондрии и внутриядерные канальцы в железистых эпителиоцитах эндометрия женщин контрольной (а) и основной (б) групп.

Ув. а – 8000; б – 12000

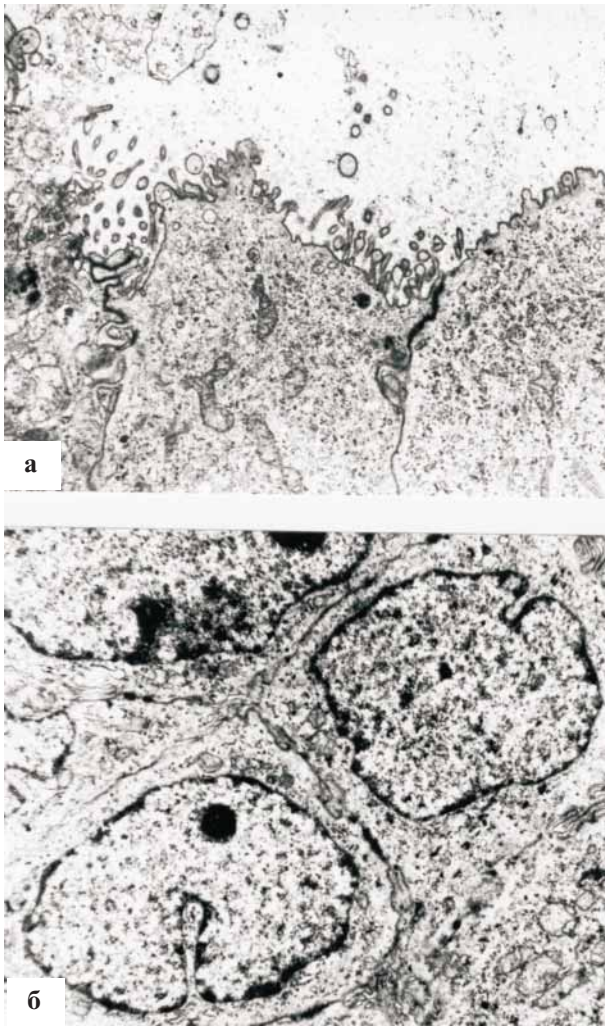


Рис. 3. Структура эпителиоцита (а) и внутриадерные каналы (б) в железистом эпителии эндометрия женщины из группы сравнения. Ув. 10000

бционный препарат, свидетельствуют, что состояние эндометрия соответствовало описанным в литературе признакам средней стадии фазы секреции менструального цикла [11] и значительно не отличалось от структуры, наблюдаемой у практически здоровых женщин контрольной группы. В то же время при традиционном методе ведения послеабортного периода не происходило полноценного развития циклических изменений эндометрия.

Заключение. Женщины с неразвивающейся беременностью в первом триместре относятся к группе высокого инфекционного риска реализации гнойно-септических осложнений в послеабортном периоде. Применение в послеабортном периоде для профилактики эндометрита комбинированного сорбционного препарата приводит к более быстрому и эффективному восстановлению менструальной функции по сравнению с традиционным

методом ведения послеабортного периода, а также предотвращает развитие гнойно-воспалительных заболеваний матки у пациенток с неразвивающейся беременностью в послеабортном периоде.

EFFECTIVENESS OF THE COMPOSITE SORPTION PREPARATION INTO THE REHABILITATION OF MENSTRUAL FUNCTION OF THE PATIENTS WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY WITHIN POST-ABORTAL PERIOD

N.P. Bgatova, A.V. Shaklein, V.M. Kuleshov, I.O. Marinkin, N.N. Dubinina

Women with the non-developing pregnancy in the first trimester belong to the group of high infectious risk of occurrence of pyoseptic complications during the postabortal period. Postabortal complications occur at 58% of such women. Endomyometritis takes up to 30%. With the aim to reduce the frequency of endomyometritis in the postabortal period and early restore of menstrual and reproductive functions, the local therapy of composite absorptive medical preparation has been used. The proposed methods improve the restoring of the menstrual function more quickly, help to avoid the purulent inflammatory uterus diseases among the patients with non-developing pregnancy within the postabortal period.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камаев М.Ф. Инфицированная рана и ее лечение. М., 1970. 158 с.
2. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. М., 1987. 157 с.
3. Кулинич С.И., Каурова Е.А., Очирова Н.А., Кузнецова Л.Л. Пути профилактики гнойно-септических осложнений медицинского аборта // Журн. акушерства и женских болезней. Спец. вып. 1998. 165 с.
4. Любарский М.С. Местное лечение сорбционными углеродминеральными препаратами гнойно-септических заболеваний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 1989. 25 с.
5. Маринкин И.О., Пекарев О.Г., Любарский М.С. Применение сорбционной терапии в акушерско-гинекологической клинике. Новосибирск, 1998. 172 с.
6. Пекарев О.Г. Воспалительные процессы органов малого таза у женщин в условиях сорбционной и ферментной терапии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск, 1997. 62 с.
7. Подзолкова Н.М., Истратов В.Г., Мукова Б.Б. и др. Инфекционные аспекты неразвивающейся беременности // Материалы 3-го Российского форума "Мать и дитя" (22–26 октября). М., 2001. С. 151–152.
8. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб., 2000. 236 с.
9. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности. М., 1999. 138 с.
10. Трубина Т.Б., Трубин В.Б. Инфекционные осложнения медицинского аборта // Журн. акушерства и женских болезней. Спец. вып. 1998. С. 38–39.
11. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. СПб., 1994. 480 с.
12. Negishi H., Matsuda T., Okuyama K. et al. // J. Reprod. Med. 1998. Vol. 43. № 4. P. 397–400.