

ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ

№1
2007

**Современный алгоритм
лечения миомы матки**

**Подготовка эндометрия
к беременности**

Подготовка эндометрия

С.Ю. Ншанян, *к.м.н., Клиника ЗДОРОВЬЯ*

Среди многообразия причин бесплодия и невынашивания беременности немаловажную роль современная медицина отводит состоянию эндометрия и его адекватной предгравидарной трансформации.

Эндометрий – внутренняя (слизистая) оболочка матки, которая под влиянием гормональных колебаний в течение менструального цикла женщины подвергается определенным изменениям, необходимым для успешной имплантации эмбриона и его дальнейшего развития (1). Многочисленные исследования крупных медицинских центров, занимающихся проблемами репродукции человека (Центр планирования семьи и репродукции г. Москвы, ММА им. И.М. Сеченова, НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург), в результате разносторонних исследований установили прямую зависимость частоты наступления и вынашивания беременности с благополучным состоянием слизистой оболочки матки. Различные патологические изменения эндометрия могут привести к дефектам имплантации и к повторным абортam на ранних сроках беременности в спонтанных циклах, циклах лечения, а также циклах программ вспомогательных репродуктивных технологий (2, 3). Условно все патологические изменения в эндометрии можно разделить на две большие группы: воспалительные процессы в слизистой оболочке и неадекватная секреторная трансформация эндометрия в пролиферативной фазе за счет гормональных нарушений. Наиболее часто встречаемыми причинами развития таких нарушений являются: частые внутриматочные вмешательства, общие воспалительные процессы органов малого таза, в том числе и ИППП, нарушение нормального гормонального фона в целом в организме женщины и неправильное соотношение эстрогенных и проге-

стероновых рецепторов на тканевом уровне в эндометрии (3). Следствием таких процессов становится развитие хронического эндометрита, внутриматочных синехий, гиперплазии и полипов эндометрия. При этих состояниях нарушается кровоснабжение слизистой, развивается отек и лейкоцитарная инфильтрация тканей, изменяется соотношение гормональных рецепторов в тканях, что в последующем приводит к нарушениям нормальной имплантации и развитию эмбрионов. Поэтому с целью подготовки к беременности в Клинике ЗДОРОВЬЯ применяется комплексное обследование состояния эндометрия и лечение патологических нарушений его при необходимости. Диагностика состояния слизистой включает микробиологические, гормональные, гистологические методы исследований, аспират-биопсию эндометрия, а также ультразвуковые и эндоскопические обследования, Микробиологические посевы из цервикального канала позволяют выявлять или исключать наличие

к беременности

облигатной анаэробной флоры, которая, как и другие инфекции, может провоцировать развитие вялотекущего, недиагностируемого другими методами хронического эндометрита (4). Высокая частота инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, оказывает негативное влияние на наступление беременности.

Наиболее часто выявляются хламидийная, микоплазменная и вирусная (герпесная и цитомегаловирусная) инфекции. Данные инфекции диагностируются или методом ДНК-диагностики (ПЦР-методика) или культивированием возбудителя на питательной среде («золотой стандарт») (5). По данным некоторых исследователей, частота развития хронического эндометрита у пациенток с бесплодием и неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения в анамнезе составляет более 65%, что диктует необходимость включать эти обследования в комплексную подготовку к беременности (2, 3).

Если возникает необходимость гистологического исследования состояния эндометрия без эндоскопического вмешательства, тогда производится аспират-биопсия эндометрия.

В зависимости от преследуемой цели процедура может проводиться в первую или вторую фазу менструального цикла, не требует предварительной подготовки и госпитализации в стационар. В нашей клинике аспирационная биопсия может проводиться без внутривенного обезболивания или под кратковременным наркозом (при высоком болевом пороге у пациентки).

Гистологическое исследование эндометрия позволяет достоверно

подтвердить или опровергнуть наличие хронического эндометрита, обсеменение слизистой вирусной инфекцией, развитие гиперплазии эндометрия или эндометриальных полипов. Без гистологической верификации ни один из этих диагнозов не может считаться правомочным (6).

Другой, не менее широко используемый метод – это ультразвуковое исследование органов малого таза (в т.ч. числе

эндометрия) в первую и вторую фазы менструального цикла и доплерометрия сосудов эндометрия для оценки адекватности кровоснабжения слизистой оболочки. Этот неинвазивный метод позволяет контролировать процесс роста эндометрия в циклах стимуляции овуляции, заподозрить развитие гиперпластических процессов и полипов эндометрия, предположить образование внутриматочных синехий.

В случае возникновения подозрений на наличие полипов или внутриматочных синехий производится гистросальпингокопия – исследование состояния полости матки при введении стерильного физиологического раствора в полость матки под контролем УЗИ. При обнаружении дефектов заполнения (полипов эндометрия, субмукозных миоматозных узлов или узлов с центрипитальным ростом) рекомендуется проведение гистероскопии.

Гистероскопия – эндоскопическое исследование, определяющее визуальное состояние полости матки. При данном обследовании в полость матки вводится тонкий оптический инструмент – гистероскоп, снабженный минивидеокамерой, через которую содержимое полости матки проецируется на экран телемонитора. Эта процедура позволяет осмотреть всю полость матки, выявить заболевания, которые не всегда обнаруживаются при обычном, осмотре и при УЗИ (6).

После комплексного изучения состояния эндометрия и выявления источника нарушений подбирается многокомпонентная лечебная схема, направленная на нормализацию структурных и функциональных изменений эндометрия (7). При выявлении инфекционного агента

После проведения разносторонней предгравидарной подготовки эндометрия, включающей в себя многоуровневое обследование и лечение, значительно снижается вероятность неблагоприятных исходов беременностей у пациенток с бесплодием и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

подбирается индивидуальная программа лечения с учетом чувствительности к выделенному возбудителю, проводится антибактериальная, иммунокорригирующая и иммуномодулирующая терапия с последующим контролем измененных показателей.

В случае выявления нарушений кровотока при доплерометрическом исследовании назначаются

препараты, улучшающие реологические свойства крови и нормализующие метаболические процессы в эндометрии (актовегин, курантил, трентал и т.д.).

При обнаружении дисгормональных нарушений проводится подбор необходимой гормональной терапии, восстанавливающей оптимальное соотношение рецепторного аппарата на уровне слизистой оболочки и организма в целом.

Если в процессе обследования диагностируются полипы эндометрия и эндоцервикса, гиперплазия эндометрия или субмукозные миоматозные узлы, необходимо

проведение гистероскопии не столько в диагностических, сколько в лечебных целях. Вмешательство, как правило, производится в первую фазу менструального цикла (5-7-й д. м. ц.). Гистероскопия также позволяет оценить состояние слизистой визуально, выявить наличие хронического эндометрита и возможность деформации полости матки миоматозными узлами (субмукозными или узлами, имеющими тенденцию к центрипитальному росту), осмотреть трубные углы. Если при обследовании полости матки выявляется патология (гиперплазия, полипоз), производится раздельное диагностическое выскабливание и/или полипэктомия с последующим гистологическим исследованием полученного материала. При обнаружении подслизистых миоматозных узлов и крупных полипов эндоме-

трия производится резектоскопия под контролем гистероскопии. После такой операции обязательно проводится антибактериальная терапия.

Как правило, такая патология требует дальнейшего гормонального лечения направленного на нормализацию

общего и местного гормонального фона пациентки (антагонисты, агонисты гонадотропин-

релизинг гормонов в депонированных формах) (3, 7).

После проведения такой разносторонней предгравидарной подготовки эндометрия, включающей в себя многоуровневое обследование и лечение, значительно снижается вероятность неблагоприятных исходов

беременностей у пациенток с бесплодием и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Наша клиника располагает всеми необходимыми лабораторными и инструментальными методами диагностики и лечения патологии эндометрия, операционные оснащены современным и высокоточным оборудованием, все этапы обследования и лечения проводятся опытными врачами с использованием последних научных разработок ведущих центров, занимающихся вопросами бесплодия, планирования и невынашивания беременности. ●

Гистологическое исследование эндометрия позволяет достоверно подтвердить или опровергнуть наличие хронического эндометрита, обсеменение слизистой вирусной инфекцией, развитие гиперплазии эндометрия или эндометриальных полипов.

Список использованной литературы:

1. Diedrich K., Fauser B.C., Devroey P., Griesinger G.; Evian Annual Reproduction (EVAR) Workshop Group. The role of the endometrium and embryo in human implantation. Hum Reprod Update. (2007);13(4):365-77.
2. Кондриков Н.И., Адамян Л.В. Эндометриоз: за и против имплантационной концепции. Акуш. и гин. (1999); 2: 9-12.
3. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы). Руководство для врачей. Под редакцией В. И. Кулакова, Б. В. Леонова, Медицинское информационное агентство, 2004 г. 782 стр.
4. Cicinelli E., De Ziegler D., Nicoletti R., Colafoglio G., Saliani N., Resta L., Rizzi D., De Vito D. Chronic endometritis: correlation among hysteroscopic, histologic, and bacteriologic findings in a prospective trial with 2190 consecutive office hysteroscopies. Fertil Steril. (2007) (in press).
5. Hadgu A., Dendukuri N., Hilden J. Evaluation of nucleic acid amplification tests in the absence of a perfect gold-standard test: a review of the statistical and epidemiologic issues. Epidemiology (2005); 16(5):604-12.
6. Barbot J. Hysteroscopy and hystero-graphy. Obstet Gynecol Clin North Am. (1995); 22(3):591-603.
7. Crosignani P., Olive D., Bergqvist A., Luciano A. Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. Hum Reprod Update. (2006);12(2):179-89.