
ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ

Ю.А. Петров

Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Нахичеванский пер., 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344029

В статье представлен анализ информативности гистероскопической визуализации ХЭ в когортах с ранними репродуктивными потерями (гистероскопия и эндометриальная биопсия выполнены у 550 женщин). Выделены эндоскопические макротипы: гипопластический, гиперпластический, смешанный. Приведены наиболее часто регистрируемые гистероскопические находки, маскирующие воспалительный процесс в эндометрии.

Ключевые слова: хронический эндометрит, гистероскопия, макротип.

Хронический эндометрит (ХЭ), несмотря на сведения о его высокой распространенности (60–65%) и многочисленности научных изысканий, продолжает оставаться *terra incognita* современной гинекологии.

Оптимизация диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в условиях переживаемого Россией демографического кризиса выступает важным вектором в решении проблемы улучшения репродуктивного здоровья женщин. С этих позиций сопряженность хронического эндометрита (ХЭ) с ранними репродуктивными потерями делает проблему воспалительного процесса в матке актуальной во всем мире, как с медицинской, так и с социальной стороны.

Неблагоприятный прогноз течения ХЭ во многом объясняет сложность диагностики и лечения, что обусловлено ограниченными возможностями микробиологической диагностики, нередким отсутствием микробного агента или персистенцией условно-патогенной флоры в пораженных органах, недостаточной коррекцией иммунорезистентности вне установленных нарушений, отсутствием данных о гистероскопических и патоморфологических вариантах и своевременных действий, направленных на его предупреждение.

Несмотря на утверждения о высокой информативности гистероскопической визуализации в диагностике ХЭ [1–4], ряд методологических дефектов может исказить реальную картину, отрицательно влияя и на патоморфологическое заключение. Концепция сведения макроскопических признаков к

визуально доминирующему типу позволит усовершенствовать стратегию ведения подобных больных.

Цель исследования: улучшить методы профилактики, диагностики и лечения ХЭ у женщин репродуктивного возраста. Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе гинекологического отделения ГБ № 8 г. Ростов-на-Дону.

Контингент исследования составили две группы: в первую (ретроспективный анализ) вошло 160 женщин с наличием в анамнезе неразвивающейся беременности (НБ), самопроизвольного выкидыша (СВ), искусственного аборта (А), неудачи ЭКО патоморфологически верифицированным ХЭ; во вторую (проспективный анализ) (390 женщин) – аналогичные когорты пациенток с ранними репродуктивными потерями, с различной частотой морфологического подтверждения ХЭ. Критерии включения в исследование: наличие в анамнезе ранних репродуктивных потерь сроком до 6 месяцев после внутриматочного вмешательства.

Методы исследования: клинико-статистический анализ, гистероскопическое, патоморфологическое исследования (аспираты и биоптаты из цервикального канала и полости матки). Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программ Statistica v.6.0 и программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты и их обсуждение. При анализе гистероскопических «находок» в когорте с гистологически подтвержденным хроническим эндометриозом все многообразие вариантов сводилось к трем макротипам, позволяя, в дальнейшем, с учетом морфологической верификации, избегать диагностических погрешностей. Наиболее часто среди всех эндоскопических вариантов встречался смешанный – у трети женщин (46,9%), гиперпластический фигурировал у трети (31,2%), реже прочих визуализировался гипопластический – только у каждой пятой (21,9%). Основанием для выделения эндоскопических вариантов ХЭ являлся ряд макроскопических признаков: при смешанном типе слизистая бледно-розовая, неравномерной окраски (49,4%) и толщины (77,3%), с чередованием неизменных участков эндометрия с участками истонченного, выраженным сосудистым рисунком эндометрия. Очаговая или диффузная гиперемия слизистой определялась практически у двух третей (61,3%), в равной степени с полиповидными разрастаниями эндометрия (62,7%), однако комбинация микрополипов с отеком стромы и гиперемией слизистой фигурировала несколько чаще (74,7%).

При гиперпластическом варианте – слизистая бледно-розовая, равномерной окраски, но неравномерно гипертрофированная (62%), сосудистый рисунок не выражен. Отек стромы визуализировался в наибольшей степени в сравнении с остальными эндоскопическими вариантами – у трети (32%), что в два раза чаще, чем при смешанном макротипе и в три раза – при гипопластическом (14,3%).

Очаговая или диффузная гиперемия диагностировалась несколько реже – в 1,5 раза в сравнении со смешанным вариантом (46 и 61,3% соответственно), тогда как ее комбинация с отеком стромы позволяла диагностировать ХЭ практически у каждой второй (54%) с гиперпластическим макротипом. Наиболее диагностически значимым оказалось сочетание отека стромы, гиперемии слизистой и микрополипов – у подавляющего большинства (82%), выступающее своеобразной «визитной карточкой» данного эндоскопического варианта.

При гипопластическом варианте эндоскопическая визуализация являла наиболее однозначную в сравнении с остальными макротипами картину: бледная, тусклого белесоватого цвета слизистая определялась практически у каждой второй женщины с ХЭ (45,7%), неравномерная толщина с преобладанием истонченного эндометрия – более чем у половины (57,1%).

Эпизоды отека стромы визуализировались в наименьшей степени – лишь у каждой седьмой (14,3%), его комбинация с гиперемией слизистой – у каждой шестой (17,1%), однако, в целом, сосудистый рисунок был не выражен, вплоть до отсутствия его местами – у четверти (22,8%). Внутриматочные синехии диагностировались практически у двух третей (62,9%) пациенток, в два раза чаще, чем при смешанном макротипе (26,7%) и в шесть (10%) – гиперпластическом, определяя принадлежность к гипопластическому варианту ХЭ.

Экстраполяция макротипов на проспективно исследуемую когорту с ранними репродуктивными потерями показала, что эндоскопические варианты ХЭ оказались представлены с равной частотой: 34,9; 32,8 и 32,3%. Верификация неизмененного эндометрия фазы пролиферации фигурировала у каждой девятой со смешанным макротипом (10,3%), тогда как при гипопластическом варианте – в 2 раза чаще, чем при гиперпластическом (13,3 и 7,1% соответственно). Частота внутриматочных синехий оказалась наибольшей при гипопластическом варианте ХЭ – у четверти (28,9%), тогда как при остальных эндоскопических вариантах – в 3 раза реже (в среднем, 8,3%). Практически у каждой второй фигурировал диагноз ХЭ (в среднем, 56,1%), несколько чаще диагностируемый гистероскопически при гиперпластическом макротипе (61,9%). Частота ХЭ на фоне остатков плацентарной ткани оказалась значительно меньшей – практически у каждой шестой женщины (17,6%) со смешанным макротипом, каждой девятой (11,1%) – с гиперпластическим. Полип эндометрия (или очаговая гиперплазия эндометрия) фигурировал в эндоскопических отчетах только при смешанном и гиперпластическом вариантах, однако лишь в каждом десятом случае (в среднем, 10,3%). Детализация гистероскопических «находок» в зависимости от варианта ранних репродуктивных потерь показала, что ХЭ наиболее часто регистрировался в когорте с искусственными абортами – у двух третей (69%), тогда как при неудачах после ЭКО – в полтора раза реже (51,5%), при НБ и

СВ – у каждой второй (в среднем, 55,8%). Вариант ХЭ на фоне остатков плацентарной ткани фигурировал практически с одинаковой частотой во всех группах – в среднем, у каждой десятой (9,8%). Визуализация внутриматочных синехий преобладала в когортах с абортами и неудачами после ЭКО – у четверти женщин (в среднем, 26,1%), что практически в три раза чаще, чем при остальных вариантах репродуктивных потерь (в среднем 8,3%). Нередко гистероскопической особенностью при ранних репродуктивных потерях выступал полип эндометрия (очаговая гиперплазия эндометрия), однако частота такового оказалась наименьшей при НБ (5,8%), в остальных ситуациях – не превосходила 7,4% в среднем. Эндометрий фазы пролиферации оказался диагностирован в наибольшей степени в когорте с неудачами ЭКО – у каждой седьмой (13,6%), тогда как в остальных группах – у каждой десятой (9,5%).

Анализируя диагностическую ценность гистероскопических и морфологических характеристик, обозначим ряд несоответствий, убеждающих в необходимости коррекции традиционной интерпретации эндоскопической картины, соответственно, коррекции традиционных при диагностике ХЭ подходов. Диагностическая ценность изолированной гистероскопической оценки оказалась сомнительной для всех эндоскопических вариантов ХЭ, причем при гипопластическом типе выявляемость такового оказалась наименьшей – практически в полтора раза в сравнении с остальными (57,8% против 72,1 и 73%, соответственно).

Вывод: идентификация гистероскопических вариантов и сопутствующих масок ХЭ позволит практиковать патогенетически обоснованную стратегию ведения данного контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Boudhraa K., Jellouli M.A., Kassaoui O. et al.* Role of the hysteroscopy and laparoscopy in management of the female infertility: about 200 cases // *Tunis Med.* – 2009. – V. 87 (1). – P. 55–60.
2. *Cicinelli E., Parisi C., Galantino P., Pinto V. et al.* Reliability, feasibility, and safety of minihysteroscopy with a vaginoscopic approach: experience with 6,000 cases // *Fertil. Steril.* – 2003. – V. 80. – P. 199–202.
3. *Cicinelli E., Tinelli R., Colafiglio G. et al.* Reliability of narrow-band imaging (NBI) hysteroscopy: A comparative study // *Fertil. Steril.* – 2008. – V. 90. – № 4. – P. 1191–1196.
4. *Indman P.D.* Instrumentation and distention media for the hysteroscopic treatment of abnormal uterine bleeding // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 2000. – V. 27. – P. 305–315.

HYSTEROSCOPIC CHARACTERISTICS OF ENDOMETRII FOR WOMEN WITH EARLY-TERM PREGNANCY LOSSES

Yu.A. Petrov

Rostov state medical university
Department of obstetrics and gynecology no.1
Nakhichevanskij Str., 29, Rostov-on-Don, Russia, 344022

The article analyses self-descriptiveness of hysteroscopic visualization of chronic endometritis for women with early-term pregnancy losses. 550 women underwent hysteroscopy and endometrial biopsy. Endoscopic macrotypes are allocated: hypoplastic, hyperplastic, admixed. The most often registered hysteroscopic findings, masking inflammatory endometrii process are provided.

Keywords: chronic endometritis, hysteroscopy, macrotype.