

тивного ефекту гістероскопічної абляції ендометрія, застосували терапію агоністами гонадотропін-релізинг гормону (золадекс, диферелін).

У 18 (33,9 %) пацієнток гістеректомії виконували лапароскопічним шляхом, у 31 (58,5 %) — вагінальним, а у 4 (7,5 %) пацієнток було виконано лапаротомію.

За результатами наших досліджень доведено, що гістероскопічна абляція ендометрія у пацієнток із постгеморагічною анемією, пов'язаною з мено-, метрорагіями, — це в багатьох випадках прийнятна альтернатива медикаментозній терапії із використанням агоністів гонадотропін-релізинг-гормону або гемотрансфузії. Вона дозволяє покращити показники «червоної крові» та провести гістеректомію з меншим ризиком ускладнень.

Висновки

Використання гістероскопічної абляції ендометрія у жінок із постгеморагічною анемією, зумовленою матковими кровотечами, є ефективним методом підготовки хворих до планової гістеректомії за умови, що показники ДПМ не перевищують 12 см.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Ткаченко Э. Р. Применение современных малоинвазивных технологий и методов визуализации (СКТ) в диагностике и хирургическом лечении гиперпластических процессов эндометрия и сочетанной гинекологической патологии // Журн. акушерства и женских болезней. — 2001. — Т. XLX, Вып. 1. — С. 23-26.
2. Запорожан В. М., Цегельський М. Р. Акушерство і гінекологія. — К.: Здоров'я, 1996. — 240 с.
3. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Петрова В. Д. Золадекс в комплексном лечении больных с миомой матки (многоцентровое исследование) // Вестн. рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 3. — С. 52-60.
4. Капушева Л. М. Оперативная гистероскопия // Акушерство и гинекология. — 2000. — № 3. — С. 53-59.
5. Майдан С. Б., Коноплянко В. В., Дудка С. В. До питання про техніку гістерорезектоскопії // Одес. мед. журнал. — 2001. — № 2. — С. 72-73.

УДК 618.177-089.888.11:618.145-07

О. М. Юзько, Л. М. Рак, Т. А. Юзько, С. П. Польова

МОРФОЛОГІЧНЕ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕНДОМЕТРІЯ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ХВОРИХ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Буковинська державна медична академія

Вступ

Активне впровадження в клінічну практику допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) робить актуальним підвищення їх ефективності та безпечності для здоров'я пацієнтки і майбутньої дитини. Одним із основних факторів успішної імплантації ембріонів є стан ендометрія та адекватність його підготовки до імплантації та прогресування вагітності [1]. На важливість функціонального стану ендометрія вказували Klentzeriz D. і співавт. [2], які довели, що при його нормальному функціональному стані в природному менструальному циклі вагітність настає в 50 % випадків, а при відставанні у розвитку — лише в 9 %, різноманітні патологічні стани (неповноцінна секреторна трансформація, запалення) можуть призвести до дефектів імплантації, повторних абортів [1; 3; 4]. Серед випадків із самовільними абортами в анамнезі частота безсимптомного морфологічно верифікованого ендометриу сягає 64 %, незалежно від клінічної картини переривання вагітності [5].

Найбільш повну інформацію про стан ендометрія можна отримати лише за допомогою інвазивних методів дослідження — вишкрібання порожнини матки або біопсії ендометрія, які не позбавлені певного ризику та можливості розвитку ускладнень. Тому до-

цільність їх застосування на етапі підготовки до ДРТ потребує уточнення.

Матеріали та методи дослідження

У 32 пацієнток, яким було заплановано лікування безплідності методами ДРТ, в якості обов'язкового обстеження було проведено морфологічне (у 29) та мікробіологічне (у 30) дослідження біоптатів ендометрія, що їх отримували прицільно з патологічно змінених ділянок під час гістероскопії. Гістологічне дослідження біоптатів ендометрія проводилося на парафінових зрізах, забарвлених гематоксилін-еозинном із додатковим забарвленням за Ван-Гізоном. При мікробіологічному дослідженні біоптатів використовували культуральний метод для виявлення патогенної та умовно-патогенної мікрофлори, а також полімеразноланцюгову реакцію (ПЛР) на предмет виявлення збудників інфекції TORCH-комплексу. Середній вік обстежених жінок становив 32 роки, тривалість безплідності в шлюбі — в середньому 7,2 року. Трубно-перитонеальна форма безплідності спостерігалась у 76 % жінок. Первинною безплідністю страждало 64,2 % жінок, решта — вторинною. Причиною первинної безплідності були перенесені інфекційно-запальні процеси придатків матки. Вторинна безплідність виникла після ускладненого

штучного абортів у 64 % жінок, після самовільного викидня — у 30 %, після замерлої вагітності — у 6 % пацієнток. Слід зазначити, що у 14 обстежених жінок раніше уже проводили від 1 до 6 спроб ДРТ у різних центрах репродуктивної медицини, проте вони виявилися безрезультатними.

Результати дослідження та їх обговорення

Патологія ендометрія, яка могла бути однією із причин порушення імплантації ембріонів при ДРТ, була виявлена у 24 (75 %) обстежених жінок.

У результаті мікробіологічного дослідження біоптатів наявність бактеріальної флори встановлено у 22 пацієнток. У переважній більшості виявлені мікроорганізми були стафілококами (34,4 %), крім того, ми виявляли кишкову паличку, дріжджові клітини роду *S. albicans*, гонококи, а серед збудників TORCH-інфекції — хламідії, мікоплазми, уреоплазми, цитомегаловірус. При цьому наявна як моноінфекція, так і асоціації мікроорганізмів — 51,83 та 23,33 % відповідно.

Персистенція інфекційних агентів у матці супроводжувала такі патологічні стани ендометрія, діагностовані гістологічно. Морфологічна картина хронічного ендометриту спостерігалась у 36,7 % жінок, вона характеризувалась наявністю запальних інфільтратів, склеротичних змін у судинах, осередковим фіброзом стромы, що поєднувалось з осередками базальної гіперплазії, неповноцінною секреторною трансформацією, склеротичними змінами спіральних артерій із крововиливами у функціональному шарі.

В результаті хронічного запального процесу в порожнині матки ендометрій піддався фіброзним змінам і деформації у 5 (16,6 %) жінок.

Гіперпластичні процеси слизової оболонки різного ступеня вираженості були ви-

явлені у 20 % пацієнток. Атрофічні зміни — у 10 %. Значну кількість склали осередкові зміни слизової оболонки. Різна комбінація морфологічної картини ендометрія — свідчення різної чутливості ділянок ендометрія до гормонів. Зниження чутливості рецепторів ендометрія до дії статевих гормонів і неповноцінність циклічних перетворень навіть при задовільному синтезі гормонів є характерними ознаками хронічного ендометриту [5]. Тому при інтерпретації функціональної морфології незміненого і патологічно зміненого ендометрія необхідно враховувати характер кооперативної взаємодії всіх структурних компонентів ендометрія.

Біоптат ендометрія однієї жінки, взятий у пізню стадію секреторної фази, характеризувався ознаками зворотного розвитку ендометрія із секреторної фази менструального циклу.

Ділянки нефункціонуючого (індиферентного) ендометрія, які є наслідком його нечутливості до гормональної стимуляції, наявні у біоптатах 3 (10 %) жінок. Слід зазначити, що гістероскопічно у 9 жінок було виявлено поліпи в порожнині матки, які одразу інтраопераційно видаляли і піддавали гістологічному дослідженню.

В наших дослідженнях гістологічна картина біоптатів та вишкрібав ендометрія вказувала на відставання його в розвитку (порушення секреторної трансформації) у 6,6 % жінок. Неповноцінність секреторної трансформації розглядається як одна з найважливіших причин порушення імплантації, оскільки при цьому порушується так зване «імплантаційне вікно», виникає десинхронізація між необхідними для імплантації процесами в ендометрії та розвитком зародка [1].

Таким чином, персистенція патогенної та умовно-патогенної мікрофлори супроводжува-

ла такі патологічні стани ендометрія, як гіперплазія, поліпи, атрофічні та фіброзні зміни слизової. Тому можна припустити етіопатогенетичну роль запальних процесів у ендометрії при виникненні цих патологічних станів, що підтримується дослідниками [6; 7]. Так, А. П. Кирющенко вважає, що під впливом хронічного запального процесу спостерігається проліферація окремих ділянок ендометрія з утворенням поліпів, тому поліпи можуть бути не лише гормонального, а й запального походження [7]. Виходячи з цього, мікробні ураження ендометрія слід діагностувати ще до початку ДРТ.

Проаналізувавши результати гістероскопічного та мікробіологічного досліджень, можна відмітити, що наявність морфологічної картини хронічного ендометриту та виявлення персистуючої інфекції в ендометрії супроводжувалися такою гістероскопічною картиною ендометрія: як правило, візуалізувались осередкові ділянки потовщеного у вигляді гребеня складок ендометрія, які часто поєднувались із ділянками нормального або атрофічного ендометрія, яскраво гіперемованими, з легкою кровоточивістю атрофічних ділянок при контакті з тубусом гістероскопа. При цьому характерною була картина «суничного поля» (наявність білих цяточок (протоки залоз) на загальному фоні гіперемії). Саме з цих ділянок ендометрія прицільно отримували біоптат. У 6,2 % випадків єдиним симптомом хронічного ендометриту були синехії в порожнині матки, діагностовані гістероскопічно.

Переважають більшість виявлених запальних змін становили осередкові процеси. Найчастіше вони локалізувались по передній стінці порожнини матки на рівні вічок маткових труб та в трубних кутах, причому цікаво зазначити той

факт, що частіше патологічним змінам піддавався ендометрій правої половини порожнини матки.

Таким чином, висока частота інфекційно-запальної патології ендометрія з відповідними змінами його морфологічної структури може розглядатись як один із аргументів необхідності включення даних методів обстеження до комплексу обов'язкових перед запланованою методикою ДРТ.

Під час взяття матеріалу для дослідження шляхом біопсії велика роль належить гістероскопії, яка дозволяє:

— оцінити макроскопічну картину ендометрія;

— провести біопсію ендометрія прицільно, під контролем зору із патологічно змінених ділянок;

— виключити контамінацію біоптата ендометрія мікрофлорою цервікального каналу;

— одночасно провести корекцію виявленої патології (адгезіолізис, поліпектомію, видалення запальних нашарувань та ін.).

Висновки

1. Мікробне ураження ендометрія в поєднанні з його патологічними станами та неповноцінною секреторною трансформацією є однією з можливих причин порушення імплантації зародків при ДРТ.

2. Дослідження морфологічної структури ендометрія та його мікроценозу необхідно включати до програми підготовки жінок із безплідністю до ДРТ.

3. Гістероскопія, в тому числі амбулаторна, є методом вибору у даного контингенту пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направле-

ния в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В. И. Кулакова, Б. В. Леонова. — М.: МИА, 2000. — 781 с.

2. *Endometrial morphology: a predictive factor of pregnancy rate in infertile women* / D. Klentzeris, T. Li, C. Dokery et al. // *Hum. Reprod.* — 1990. — Vol. 1. — P. 52-56.

3. Кузьмичев Л. Н. Роль TORCH-инфекции в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов // *Акушерство и гинекология.* — 1999. — № 1. — С. 4-5.

4. *The effect of endometrial infection on embryo implantation in the IVF and ET program* / P. Drbohlau, E. Halkova, J. Masata et al. // *Ceska gynecol.* — 1998. — Vol. 63, N 3. — P. 181-185.

5. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. — М.: МИА, 2000. — 591 с.

6. Иванюта Л. И., Илюк Т. А. Инфекции, передающиеся половым путем, как причина развития гиперплазий эндометрия // *Збірник наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України.* — К., 1999. — С. 290-292.

7. Кирющенко А. П. Хронический эндометрит // *Фельдшер и акушерка.* — 1991. — № 7. — С. 57-60.