

К.мед.н. Рак Л.М.

Кафедра акушерства та гінекології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ГІПЕРПЛАЗОВАНОГО ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНОГО ГЕНЕЗУ

Останні погляди на лікування гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) вказують на доцільність включення в комплекс лікувальних заходів при даній патології етіопатогенетичної протизапальної терапії. Вже давно доведено неефективність лише гормональної терапії ГЕ у жінок із зміненим рецепторним профілем запального походження. Виключно гормональне лікування у пацієнток з проліферативною патологією ендометрія буде не етіопатогенетичним, а лише паліативним.

Обов'язковою умовою включення пацієнток до програми ДРТ є відсутність уrogenітальної інфекції у статевих шляхах жінки, про що орієнтуються за результатами мікробіологічного дослідження мікрофлори цервікального каналу і піхви. Водночас, дослідження останніх років показали, що мікробіологічне дослідження матеріалу вищевказаних структур та відсутність в них мікроорганізмів не дозволяє виключити можливого інфекційного ураження інших відділів репродуктивної системи жінки, зокрема ендометрія [1]. Тому дослідження мікробіоценозу ендометрія набуває важливого значення при лікуванні безпліддя, зокрема, гіперпластичних процесів у даної категорії жінок.

Проаналізовано результати проспективного обстеження 101 жінки з безплідністю трубного генезу на етапі підготовки їх до ДРТ. Вивчено частку та структуру ГПЕ та особливості мікробної контамінації гіперплазованого ендометрія у цих жінок. Основними критеріями відбору пацієнток для обстеження були: 1) вік пацієнток від 20 до 39 років; 2) відсутність явищ запалення на момент обстеження, умовно-патогенної та патогенної мікрофлори

при мікробіологічному дослідженні виділень цервікального каналу. Обстеження проводили за допомогою рідинної гістероскопії з біопсією ендометрія, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів. Морфологічна оцінка біоптатів ендометрія проведена у 92 пацієнток (в решті випадків біоптати виявились неінформативними для гістологічного дослідження через їх мізерну кількість у жінок із фіброзними змінами ендометрія). Мікробіологічне дослідження біоптатів проводили за допомогою традиційного культурального методу, полімеразної ланцюгової реакції.

В цілому, патологічні зміни функціонального стану ендометрія у обстежених жінок гістероскопічно виявлено в 61 пацієнтки, що склало 62,4%. ГПЕ (поліпи та гіперплазія ендометрія) гістероскопічно діагностовано у 33 (32,7%) жінок і серед виявленої різноманітної внутрішньоматкової патології склали найбільшу частку. Зокрема, ГЕ гістероскопічно верифікована в 17 жінок (16,8%). Зустрічалась гістероскопічна картина звичайної та поліповидної ГЕ. Поліпи ендометрія виявлені в 16 (15,8%) жінок. Переважна їх кількість (87,5%) була представлена типовими залозистими поліпами (14 випадків); у решти жінок (12,50%) зустрічались залозисто-фіброзні поліпи ендометрія.

При формуванні підходів щодо корекції ГПЕ на етапі підготовки до ДРТ, ми порівняли частоту зустрічання проліферативної патології в двох групах обстежених жінок: у 18 пацієнток, які в анамнезі вже мали від 1 до 6 безрезультатних спроб екстракорпорального запліднення з переносом ембріонів у порожнину матки (І група обстежених жінок) та в групі 83 пацієнток, в яких ДРТ були заплановані вперше (ІІ група). Нами встановлено, що в пацієнток І групи достовірно частіше, ніж у жінок ІІ групи, зустрічаються функціональні зміни слизової оболонки матки (в основному, за рахунок гіперпластичних процесів) – 50,0% проти 28,9%, $p < 0,02$; при цьому поліпи ендометрія виявлені у 33,3% у І групі проти 9,6 % у пацієнток, яким ДРТ плануються вперше – $p < 0,05$. Виникнення такої значної кількості проліферативної патології у жінок з безрезультатними спробами ЕКЗ цілком може бути пов'язано з негативним впливом стимуляторів суперовуляції на стан ендометрія [1]. При проведенні

повторних спроб ДРТ можливе усугублення стану патологічно зміненого ендометрія. Корекцію ГПЕ, в тому числі, і поліпів слизової оболонки, ми проводили в усіх випадках.

Діагностовані гіперпластичні процеси мали нерівномірну вираженість на всіх стінках порожнини матки. Тотальна гіперплазія виявлена в 6 жінок (5,9%), у решти пацієнток ГПЕ мали вогнищевий характер, що, швидше за все, є проявом порушеного рецепторного профілю ендометрія.

При виявленні ГЕ ми проводили видалення патологічної ділянки холодною петлею – при тотальній гіперплазії – тотальне, при вогнищевій – локальне лише в необхідному місці, що дозволило уникнути травматизації сусідніх ділянок незміненого ендометрія. Проводився ретельний гістероскопічний контроль за повнотою видалення гіперплазованого ендометрія. Поодинокі поліпи невеликих розмірів видаляли за допомогою гістероскопічних щипців або мікроножиць, з повним видаленням ніжки для профілактики рецидивів. Електрохірургія у таких пацієнток строго обмежена з метою профілактики травмування ендометрію.

Гістологічно при дослідженні вишкребів та гістеробіоптатів ендометрія проліферативна патологія слизової оболонки матки (поліпи та ГЕ), в загальному (з урахуванням випадків поєднаної патології), була виявлена у 28, 3 % (26) жінок у вигляді залозистої (50,0 %), залозисто-кістозної (16,7 %) та залозистої гіперплазії за змішаним типом (41,7 %). У 12 (85,7 %) з 14 випадків гістологічно виявлених поліпів ендометрія останні мали морфологічну будову типових залозистих поліпів і в 2 (14,29 %) – залозисто-фіброзних.

Після гістероскопічної корекції внутрішньоматкової патології, пацієнткам призначали етіопатогенетичну гормональну терапію з урахуванням результатів гістологічного дослідження біоптатів та вишкребів Лікування призначали за стандартними схемами і методиками в циклічному режимі протягом 3-х – 6-ти місяців — у залежності від вираженості та клінічних проявів патологічного процесу.

При аналізі видового складу мікроорганізмів, виявлених в ендометрії обстежених пацієнток, встановлено контамінацію ендометрія патогенною та умовно-патогенною мікрофлорою у 21 пацієнтки з 26, що мали гістологічно верифіковану гіперплазію ендометрія (80,8 %). Переважна частка належала *S. aureus* та *C. albicans* (57,7 % та 38,5 % відповідно). Проміжне положення зайняла *E.coli* (26,9 %). Найменшу частку склали *S. epidermidis* та *N. gonorrhoeae* (по 11,5 % відповідно). У 2-х пацієнток (7,7%) діагностовано *Ch.Trachomatis*. Виявлені збудники інфекції перебували як у вигляді моноінфекції (у 57,1 % жінок), так і у вигляді асоціацій мікроорганізмів (у 42,9 %).

Пацієнткам, у яких в ендометрії виявляли збудники інфекції, у комплекс лікувальних заходів включали відповідну етіопатогенетичну протизапальну терапію.

Таким чином, серед порушень функціонального стану ендометрія, які можуть мати негативний вплив на ефективність лікування безпліддя методами ДРТ, гіперпластичні процеси ендометрія займають вагомую частку (28,3%) і потребують вчасної діагностики та корекції ще до початку програми ДРТ — як у пацієнток із вперше запланованими ЕКЗ з ПЕ, так і у жінок, яким планується повторна спроба ДРТ.

Література.

1. Морфологическое и микробиологическое исследования эндометрия при обследовании больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия на этапе подготовки к ЭКО / Корсак В.С., Бодюль А.С., Исакова Э.В [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. XIVIII, вып. 3. – С. 15-18.