

Холило» У.С.,
Курбанов Д.Д.,
Курбанова М. Т.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

ТашПМИ (кафедра Акушерства и гинекологии, с детской гинекологией)

Одним из направлений деятельности учреждений репродуктивного здравоохранения является решение вопросов, связанных с бесплодием. Несмотря на многочисленные исследования по проблеме бесплодия, частота этой патологии остается высокой, составляя 15-25%, и на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению [2].

Несомненное значение имеет функциональное и анатомическое состояние эндометрия, так как фундаментом имплантации является взаимодействие эмбриона и рецепторного аппарата эндометрия [3]. Различные патологические изменения эндометрия (в частности, его неполноценная секреторная трансформация) могут привести к дефектам имплантации и повторным абортam на ранних сроках беременности [2, 6]. Известно, что в 15-54% случаев при бесплодии выявляются изменения в эндометрии в виде несоответствия аистологической картины и дня менструального цикла, отсутствия децидуоподобного метаморфоза стромы и слабого образования спиральных артерий в лютеиновой фазе [5, 7]. В связи с чем, изучение особенностей эндометрия при наличии воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) позволит оптимизировать предгравидарную подготовку женщин к желанной беременности. В связи с этим представляет интерес изучение состояния эндометрия и разработка лечебно-профилактических мероприятий.

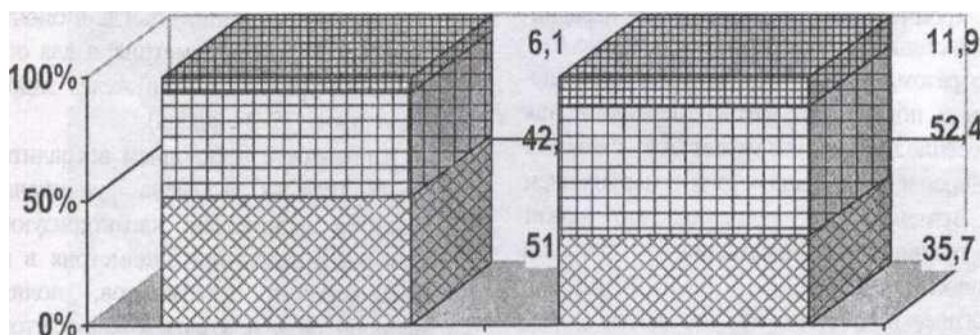
Цель исследования: Изучить морфологическую картину состояния эндометрия у женщин и разработать этиопатогенетическую терапию бесплодия воспалительного генеза.

Материал и методы: В данное исследование было включено 79 женщин (основная группа) с бесплодием воспалительного генеза в возрасте от 23 до 35 лет (средний возраст $30,2 \pm 0,32$ года). Диагноз бесплодия

был выставлен на основании данных анамнеза, обследования и инструментальных исследований. Длительность бесплодия в среднем составила $7,5 \pm 1,4$ года. Все пациентки имели регулярный менструальный овуляторный цикл, подтвержденный тестами функциональной диагностики, базальной термометрией и данными ультразвукового мониторинга, о проходимости маточных труб, фертильности спермы мужа, положительного посткоитального теста. У этих больных при лапароскопии исключена патология органов малого таза. Контрольную группу составили 33 фертильных женщины.

Результаты и их обсуждение: С целью оценки состояния эндометрия всем пациенткам в амбулаторных условиях атравматичными пластиковыми кюретками (Пайпель) произведен вакуум-кюретаж эндометрия на 20-22 день (5-7 день после овуляции) менструального цикла с последующим его гистологическим исследованием.

Данные Пайпель-биопсии эндометрия показывают (рис. 1), что только у трети обследуемых пациенток основной группы функциональное состояние эндометрия соответствовало средней стадии фазы секреции (35,4%), в то время как у женщин контрольной группы - у 51,5% соответственно. Неполноценная секреторная трансформация эндометрия выявлена у 51,9% женщин основной группы и у 42,4% женщин контрольной группы. Эндометрий в 11,4% случаях у женщин основной группы и в 6,1% - у женщин контрольной группы вообще соответствовал поздней стадии фазы пролиферации, что свидетельствовало о глубоком поражении базального и функционального слоев эндометрия.



Контрольная группа Основная группа

й Поздняя стадия фазы пролиферации

□ Неполноценная секреторная трансформация

И Средняя стадия фазы секреции

Рис. 1. Результаты Пайпель-биопсии эндометрия у женщин

с бесплодием воспалительного генеза на 20-22 день цикла

На этом основании можно предположить, что причиной отставания или вовсе отсутствия секреторных преобразований в эндометрии является не снижение функции желтого тела, а нарушение рецепции в эндометрии вследствие перенесенного воспалительного процесса.

При морфологическом исследовании соскоба эндометрия у женщин основной группы определялись гипопластические и нефункционирующие железы с неравномерным расположением их в строме. В строме имели место явления фиброза, диффузная лимфоидная инфильтрация, диффузное расположение сосудов капиллярного типа (рис. 2).

В строме выявлен фиброз и хроническая воспалительная инфильтрация, локализующаяся вокруг сосудов и желез.

Наблюдалось диффузное расположение сосудов капиллярного типа с единичными спиральными артериями (рис. 3). В просвете практически половины желез, наряду с секретом имела место лейкоцитарная инфильтрация (рис. 4).

Строма рыхлая с признаками прецидуального метаморфоза, очажками кровоизлияний. Вокруг сосудов располагались соединительные клетки округлой и полигональной формы. Спиральные артерии извитые, образуют «клубки». В спонгиозном слое, на границе с базальным слоем, отмечалась смешанная воспалительная инфильтрация и очаги некрозов, по периферии которых располагались гигантские клетки Пирогова-Лангханса (рис. 5).

В 36,4% случаях у женщин с вторичным бесплодием определяются признаки хронического воспаления эндометрия в виде лимфо-лейко-плазмоцитарной инфильтрации, расположенной периваскулярно, вокруг желез и диффузно, в строме отмечаются фиброз и склероз. При этом в 78% случаях изменения желез эндометрия соответствуют фазе менструального цикла. В 25% случаях определяется эндометрий фазы пролиферации с обострением хронического эндометрита с неравномерно развитой стенкой спиральных артерий (рис. 6).

Таким образом, выше изложенные морфологические данные, показывают, что как первичное, так и вторичное бесплодие женщин может быть связано с хроническим воспалением эндометрия и нарушением циклических изменений в яичниках, что может являться причиной нарушения пидации оплодотворенной яйцеклетки.

Морфологически хронический эндометрит может протекать как гиперпластический процесс (гиперплазия или полипоз эндометрия) с высокой степенью микробного обсеменения условно-патогенной микрофлорой. При этом необходимо учитывать, что активность воспалительного процесса в эндометрии связана в

большей степени со специфическими возбудителями - грибами *Candida*, хламидии, уреаплазма. Вероятно, эти различия в течение хронического эндометрита следует учитывать при реабилитации больных с нарушением репродуктивной функции.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что причиной отрицательных исходов лечения пациенток с бесплодием воспалительного генеза более чем в 76,9% случаев является функциональная неполноценность эндометрия, характеризующаяся воспалительным поражением эндометрия в виде диффузной инфильтрации лимфоцитов, полиморфно-ядерных лейкоцитов и плазматических клеток. Эти процессы в эндометрии сопровождается воспалительными изменениями стенок артерий вплоть до развития тотального артериита и гибели фрагментов их стенок, тяжелой дистрофией клеток, что может явиться причиной нарушения цитотрофобластической инвазии.

Таким образом, основной причиной бесплодие у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, а также неблагоприятным исходом предыдущей беременности является морфофункциональная неполноценность эндометрия. Поэтому у всех пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, обратившихся по поводу бесплодия или невынашивания беременности, в комплексное обследование должно входить гистологическое исследование биоптата эндометрия на 5-7-й дни цикла.

Выводы. Для выявления воспалительной реакции наиболее информативно исследование стромы эндометрия. Биопсию производят с помощью аспирационной вакуумной кюретки «Pipelle de Cornier» («Pharma Med. Inc.», Франция) в ранней фазе пролиферации (5-7-й день менструации), когда в биоптате оказывается базальный слой эндометрия, а для определения адекватности трансформации желез эндометрия - во 2-й фазе цикла (22-24-й день).

У пациенток с бесплодием воспалительного генеза в 76,9% случаях выявлена функциональная неполноценность эндометрия, характеризующаяся морфологически поражением эндометрия в виде диффузной инфильтрации лимфоцитов, полиморфно-ядерных лейкоцитов и плазматических клеток, а также артериитом с гибелью фрагментов их стенок, что может явиться причиной нарушения цитотрофобластической инвазии.

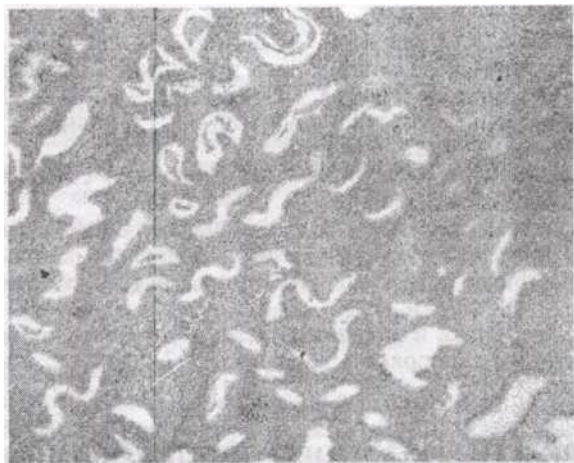


Рис. 2. Б-я,33. и/б №623 Гипопластические и нефункционирующие железы эндометрия. Окраска гематоксилином и эозином (40x15)

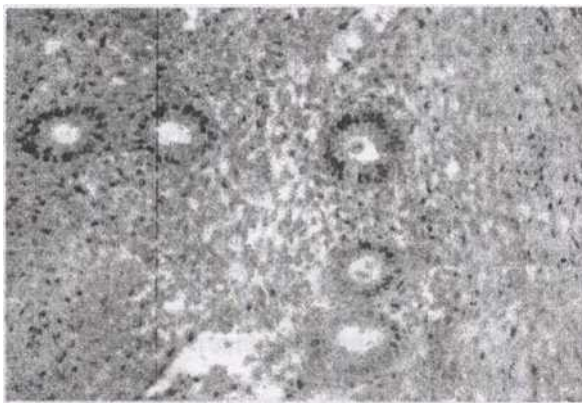


Рис. 4. С-я, Н.З и/б №446 Лимфоидная инфильтрация вокруг желез эндометрия. Окраска гематоксилином и эозином (40x15)

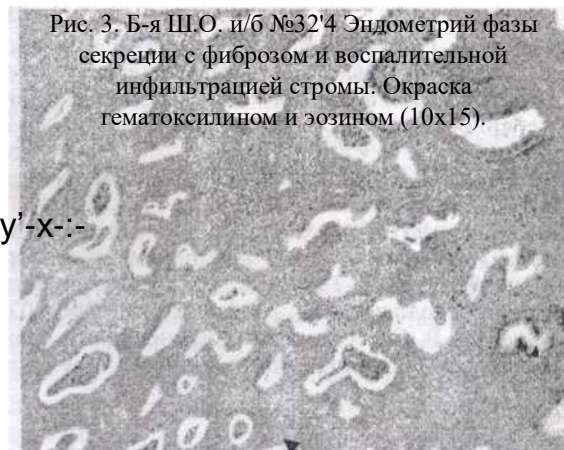


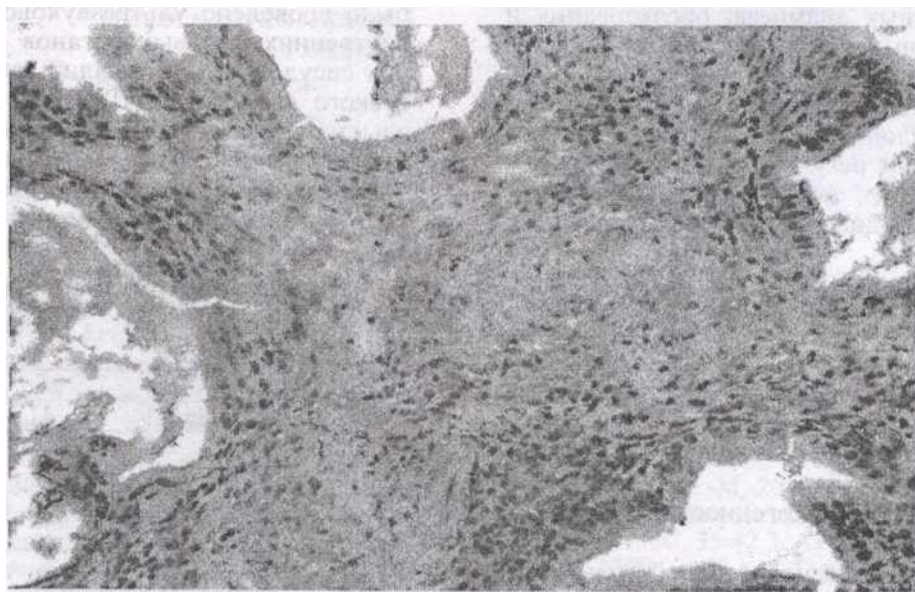
Рис. 3. Б-я Ш.О. и/б №32'4 Эндометрий фазы секрции с фиброзом и воспалительной инфильтрацией стромы. Окраска гематоксилином и эозином (10x15).

'ou'-x:-

Рис. 6. Б-я В.Д. и/б №594 Железы эндометрия в фазе секрции у женщин с вторичным бесплодием. Стенка спиральных артерий развита неравномерно. Окраска гематоксилином и эозином (40x15)



Рис. 5. Б-я Ж.У. и/б №718 Эндометрий фазы секрции с диффузной воспалительной инфильтрацией у женщин с первичным бесплодием. Окраска гематоксилином и эозином (10x15).



Литература

- 1 Луговая А. Гистероскопия в условиях бактериального вагиноза // Врач. - М., 2010. - №1. - С. 58-60.
- 2 Осадчая Д. И., Мальцева Л. И. Особенности течения хронического эндометрита у женщин с нарушением репродуктивной функции // Мать и дитя: Материалы X Российского Форума. - Сочи, 2008. - С. 186-187. Особенности рецепторного аппарата матки при нарушении репродуктивной функции / Т. Г. Денисова, Г. М.
- 3 Воронцова, А. В. Самойлова и др. // Семья в России. - М., 2006. - №2. - С. 96-103.
- 4 Паренкова И.А. Структура заболеваний эндометрия по данным гистероскопии / Морфология. - СПб., 2006 - №5. - С. 68
- 5 Побединский Н.М., Кузнецова И.В., Томилова И.М. Развитие гиперпластических процессов эндометрия при хронической ановуляции // Акушерство и гинекология. - М., 2007. - №1. - С. 30-34
- 6 Романовский О.Ю. Гиперпластические процессы эндометрия в репродуктивном периоде: (обзор литературы) // Гинекология. - М., 2004. - №6. - С. 296-302.
- 7 Солиева А.Р. Оптимизация клинических подходов в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2007. - №3. - С. 90-91.

Халилов У.С.,
Курбанов Д.Д.,
Курбанова М. Т.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДГРАВИДАРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА**
ТашПМИ (кафедра Акушерства и гинекологии, с детской гинекологией)

Одним из направлений деятельности учреждений репродуктивного здравоохранения является решение вопросов, связанных с бесплодием. Несмотря на многочисленные исследования по проблеме бесплодия и невынашивания, частота этой патологии остается высокой составляя 15-25% желанных беременностей и на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению [1. 3, 5].

Цель исследования: Изучить маточный кровоток и разработать этиопатогенетическую терапию бесплодия воспалительного генеза.

Материал и методы. Из 237 женщин с бесплодием, прошедших обследование в филиале РСНПМИ Акушерства и гинекологии г. Джизака, было отобрано 79 (33,3%) женщин в возрасте от 23 до 35 лет (средний возраст $30,2 \pm 0,32$ года) с бесплодием воспалительного генеза. Диагноз бесплодия был выставлен на основании данных анамнеза, обследования и инструментальных исследований. Длительность бесплодия в среднем составила $7,5 \pm 1,4$ года, у большинства женщин (73,4%) было вторичное бесплодие, у 26,6% - первичное. Все пациентки имели регулярный менструальный овуляторный цикл, подтвержденный тестами функциональной диагностики, базальной температурой и данными ультразвукового мониторинга, проходимые маточные трубы, фертильную сперму мужа, положительный посткоитальный тест. У этих больных при лапароскопии исключена патология органов малого

таза. Контрольную группу составили 33 фертильных женщин.

Результаты и их обсуждение: Одним из возможных факторов бесплодия у женщин данной группы могут быть нарушения процессов nidации и имплантации бластоцисты. В связи с этим представляет интерес изучение состояния эндометрия в имплантационный период, так как от состояния эндометрия в определенной степени зависят необходимые процессы в реализации функции воспроизводства [2, 4, 5, 6].

С целью уточнения состояния эндометрия и кровотока в сосудах матки всем женщинам было проведено ультразвуковое исследование внутренних половых органов и доплерометрия сосудов матки. Анализ данных эхографического исследования на 8-10 день менструального цикла показал, что у всех обследованных женщин не отмечено статистически значимых различий ($P > 0,05$) структуры эндометрия. объемов матки и яичников (табл. 1).

Таблица 1

Ультразвуковая характеристика эндометрия на 8-10 день менструального цикла (%)

УЗИ параметры	Контрольная группа n=33		Основная группа n=79	
	абс	%	абс	%
Однородность	26	$78,8 \pm 7,1$	41	$51,9 \pm 5,6^{**}$
Наличие гиперэхогенных включений в базальном слое	7	$21,2 \pm 7,1$	38	$48,1 \pm 5,6^{**}$
Соответствие степени эхогенности фазе менструального цикла	24	$72,7 \pm 7,8$	43	$54,4 \pm 5,6$
Симметричность передней и задней стенок эндометрия	30	$90,9 \pm 5,0$	69	$87,3 \pm 3,7$
Толщина М-эхо, мм	$6,5 \pm 0,2$		$7,6 \pm 0,2^{***}$	

Примечание: * - достоверно относительно данных контрольной группы (** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)