

**ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ
ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ**
Базарбаева Д.А.¹, Юсупова М.А.² Email: Bazarbaeva17153@scientifictext.ru

¹Базарбаева Дилафруз Аллабергановна – студент,
медико-педагогический факультет;

²Юсупова Мехрибон Атахановна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой,
кафедра подготовки врача общей практики,
Ургенчский филиал
Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: на сегодняшний день актуальность проблемы хронического эндометрита (ХЭ) имеет не только медицинское, но и социальное значение, поскольку он приводит к нарушению репродуктивной функции женщины. В обзорной статье обобщены результаты опубликованных научных работ последних лет, описывающих современную точку зрения по вопросам этиологии, патогенеза, клинических критерий и диагностики хронического эндометрита. Выделяются и описываются характерные особенности классификации ЭХ, комплекс методов диагностики и клинко-морфологические критерии.

Ключевые слова: хронический эндометрит, привычное невынашивание беременности, эндометрий, бесплодие, фиброз, атрофия, кальциноз.

**CHRONIC ENDOMETRITIS: MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND
CLINICAL CRITERIA**

Bazarbaeva D.A.¹, Yusupova M.A.²

¹Bazarbaeva Dilafruz Allaberganovna - Student,
FACULTY OF MEDICINE;

²Yusupova Mekhribon Atakhanovna – Head of the Department,
DEPARTMENT OF GENERAL DOCTOR TRAINING,
URGENCH BRANCH
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: to date, the urgency of the problem of chronic endometritis (CE) has not only medical, but also social significance, since it leads to a violation of the reproductive function of a woman. The review article summarizes the results of recent published scientific works describing the current point of view on etiology, pathogenesis, clinical criteria and diagnosis of chronic endometritis. The characteristic features of the EC classification, a set of diagnostic methods; clinical and morphological criteria are highlighted and described.

Keywords: chronic endometritis, recurrent miscarriage, endometrium, infertility, fibrosis, atrophy, calcification.

УДК 618.14-002.2

Хронический эндометрит (ХЭ) остается актуальной проблемой современной гинекологии, так как частота этой патологии в последние годы возрастает. ХЭ - это клинко-морфологический синдром; роль инфекции в поддержании воспаления крайне сомнительна, но вместе с тем имеются, морфологические признаки, свидетельствующие о ХЭ, фиброз стромы, лимфоидные инфильтраты, присутствие плазматических клеток, атрофия желез или гиперплазия слизистой оболочки с наличием синехий и кист.

Впервые в 1975 году в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра класс XIV. N071.1 ХЭ закрепил свое положение как самостоятельная нозологическая форма.

Пределные показатели ХЭ выделены у пациенток с привычным невынашиванием беременности, к тому же показатели варьируются в значительных пределах от 45 до 70% случаев и выше [1]. Хронический эндометрит устанавливается у женщин репродуктивного возраста (средний возраст пациенток — 36 лет) и является причиной сбоя в менструальном цикле и нарушений репродуктивной функции, что в конечном итоге приводит к развитию бесплодия, невынашиванию беременности и безуспешным попыткам в программах экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов [3].

Хронический эндометрит как правило, возникает вследствие несоответствующего лечения острого эндометрита, чему могут способствовать инвазивные манипуляции в полости матки – к примеру, диагностическое выскабливание, экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), внутриматочная инсеминация, гистероскопия, биопсия эндометрия, длительное использование внутриматочной контрацепции (ВМК). ХЭ - это клинко-морфологический синдром; роль инфекции в поддержании

воспаления крайне сомнительна, но вместе с тем имеются морфологические признаки, свидетельствующие о ХЭ, фиброз стромы, лимфоидные инфильтраты, присутствие плазматических клеток, атрофия желез или гиперплазия слизистой оболочки с наличием синехий и кист.

Хронический эндометрит классифицируют по морфологическому и этиологическому фактору.

Выделяют следующие морфологические виды ХЭ:

— атрофический — выявляются атрофия желез, фиброз и инфильтрация стромы лимфоидными элементами;

— кистозный — наблюдается сдавливание протоков желез фиброзной тканью, что приводит к сгущению их содержимого и образованию кист;

— гипертрофический — под действием воспалительной реакции слизистая оболочка подвергается гиперплазии [4].

На сегодняшний день наиболее приемлемой является классификация по этиологическому фактору, согласно которой выделяют неспецифический и специфический ХЭ. В первом случае специфическая микрофлора в клетках слизистой оболочки тела матки не обнаруживается. К специфическому хроническому эндометриту относятся хламидийные, вирусные (вирус простого герпеса ВПГ, цитомегаловирус ЦМВ, вирус иммунодефицита человека ВИЧ), бактериальные, микоплазменные, грибковые, протозойной и паразитарной этиологии. Спектр генитальной инфекции, выявленной при полимеразной цепной реакции диагностике отделяемого из цервикального канала и полости матки у больных ХЭ, отмечает: уреаплазмоз — в 37,9%, генитальный герпес — в 33,7%, ЦМВ — в 18,8%, хламидиоз — в 15,1%, микоплазмоз — в 11,7% случаев [5]. Причиной возникновения ХЭ могут служить множеством инфекционных агентов. Данные исследований затрагивающие вопросы о роли инфекционных агентов в развитии болезни спорны. Предполагают авторы, что именно неспецифический хронический эндометрит является причиной возникновения бесплодия.

На данное время в литературе отсутствует единое мнение в отношении клинической картины ХЭ. По данным исследований одних авторов, для ХЭ свойственно нарушение МЦ по типу гиперполименореи и гипоменореи, перименструальные кровянистые выделения в 53,3% случаев и болевой синдром в 29,6% случаев, а также отмечаются серозные или серозно-гноевидные бели [5-9]. Однако, по мнению других авторов, ХЭ — понятие морфологическое, и морфологический компонент этой структуры играет наиболее «активную» роль, а клиническая картина ХЭ чаще всего бывает весьма стертой. Зачастую большинство пациенток не имеют каких-либо вышеперечисленных жалоб и обращаются к врачу в связи с бесплодием, неудачами в программах ЭКО и ПЭ [4, 10, 11]. По мнению некоторых авторов, ведущим клиническим симптомом ХЭ служит обильные межменструальные маточные кровотечения, определяемые в 53-95% случаев [9, 16]. В 50-56% случаев отмечается высокая частота стойкого болевого синдрома. Ряд авторов отмечают диагностирование бесплодия в 60,4% случаев, а также неудачные попытки ЭКО и ПЭ – в 37% [14].

Диагностика хронического эндометрита затруднена в связи со слабо выраженной клинической картины. Тем не менее, пользуясь современными возможностями медицины поставить диагноз вполне возможно основываясь на анамнезе следующих: клинических симптомов (при их наличии), микроскопии мазков из уретры, шейки матки и влагалища, результатов посевов на условно-патогенную флору и ПЦР-диагностики отделяемого цервикального канала и полости матки, трансвагинального УЗИ органов малого таза с трехмерной реконструкцией и трехмерной энергетической доплерографией на 5—7-й и 22—25-й дни МЦ, пайпель-биопсии и/или офисной гистероскопии на 7—11-й день МЦ, гистологического исследования биоптата эндометрия [13, 15, 17].

Эхографические критерии ХЭ впервые разработаны в 1993 году В.Н. Демидовым. Наиболее частыми признаками выступают изменения структуры эндометрия, куда можно отнести:

— Образование в зоне срединного М-эхо участков повышенной эхогенности разной степени. Внутри участков наблюдаются отдельные зоны неправильной формы и сниженной эхогенности.

— В полости матки могут наблюдаться газообразные пузырьки (иногда с характерным акустическим эффектом «хвоста кометы»).

— В проекции базального слоя эндометрия часто визуализируют четкие гиперэхогенные включения диаметром до 0,1-0,2 см, представляющие собой очаги фиброза и кальциноза.

— В 1/3 случаев выявляют неравномерное расширение полости матки (0,3-0,7 см) в пролиферативную фазу за счет нарушения проницаемости сосудов. Допплерометрия сосудов матки имеет особое значение при динамическом наблюдении с целью оценки эффективности лечения заболевания. В 2006 г., по данным исследования Ю.П. Титченко, был рассчитан индекс васкуляризации эндометрия (VI), который отражает процентное содержание сосудистых элементов в интересующем объеме мышечной ткани. Следовательно, с помощью трехмерной эхографии и трехмерной энергетической доплерографии можно судить о васкуляризации матки [12].

Гистероскопические критерии диагностики ХЭ:

—Выявляются очаги гиперемии с наличием белой центральной точкой, которые локализованы либо рассеяны по полости эндометрия (симптом клубники) [18].

—Наличие бляшек (рыхлые, белесоватые и легко кровоточащие) [19].

— Неравномерная толщина эндометрия (34%), неравномерная окраска слизистой оболочки (26,8%), гиперемия слизистой оболочки (25,3%), полиповидные образования (17,6%), очаговая гипертрофия слизистой оболочки (12%), точечные кровоизлияния (6,8%) [9].

В последнее время вопросы, касающиеся диагностики ХЭ остаются противоречивыми, но несмотря на это традиционным образом диагностики ХЭ является морфологическое исследование. Морфологические критерии хронического эндометрита включают в себя:

1. Легкая фаза воспалительной реакции при наличии плазматических клеток отек и фокальный воспалительный инфильтрат. Умеренная или тяжелая фаза воспалительной реакции инфильтраты или агрегаты, структурированные в фолликулы, а также разрушение желез.[20].

2. Плазматические клетки в строме и полиморфноядерные лейкоциты в поверхностном слое эндометрия [22].

3. Выявляется поверхностный отек стромы, повышенная плотность, плеоморфный стромальный воспалительный инфильтрат, в котором возвышены лимфоциты при отсутствии предменструальных изменений или каких-либо иных патологических нарушений эндометрия [23].

На вопрос о наиболее благоприятном дне для забора биопсийного материала со слоя эндометрия, который необходим для выявления хронического эндометрита нет единого ответа. В ряде нескольких исследований отмечено, что ХЭ в гистологическом исследовании выявляется с большей частотой в пролиферативную фазу цикла, поэтому считается, что наиболее благоприятным днем для забора ткани является 5-8-й день МЦ. Однако иные авторы не обнаружили различия в выявлении ХЭ в зависимости от фазы цикла. При биопсии эндометрия с захватом базального слоя плазматические клетки наблюдались с одинаковой частотой в обеих фазах цикла.

По данным литературы, методов терапии ХЭ достаточно большое количество, однако можно заметить, что единый план лечения отсутствует. На сегодняшний день принята система лечения ХЭ включающая в себя два этапа, на первом месте выступает антибактериальная терапия. Одни авторы указывают на применение антибиотиков широкого спектра действия в качестве лечения хронического эндометрита, назначаемые эмпирически, другие говорят об антибактериальной агрессии, которая усугубляет дисбиоз влагалища и образует замкнутый круг.

С позиции репродуктологии хронический эндометрит представлен клинически значимой единицей, необходимо дальнейшее изучение особенностей его этиологии и патогенеза с целью улучшения представления течения воспалительного процесса и усовершенствования методов терапии и профилактики.

Список литературы / References

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Привычное невынашивание беременности. Акушерство: Национальное руководство, 2007.
2. Унанян А.Л., Коссович Ю.М. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии. Лечащий врач, 2012. 11:35-40.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М: МИА, 2006; 582—592.
4. Краснополяский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А., Зарочинцева Н.В., Мельник Т.Н., Липовенко Л.Н., Позднякова Т.И. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин. Российский вестник акушера-гинеколога, 2004; 4:5:26-29.
5. Аракелян А.Р. Современные аспекты этиологии и лечения хронического эндометрита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ереван, 2001.
6. Кулаков В.И., Шуришалина А.В. Хронический эндометрит. Гинекология, 2005. 11: 5: 302—304.
7. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. М: МИА, 2011. 24-30.
8. Сидорова И.С., Макаров И.О., Унанян А.Л. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита (клиническая лекция). Акуш, гин и репрод., 2010. 3: 21—24.
9. Сухих Г.Т., Шуришалина А.В. Хронический эндометрит. М: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
10. Краснополяская К.В. Экстракорпоральное оплодотворение в комплексном лечении женского бесплодия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
11. Серов В.Н., Сидельникова В.М., Жаров Е.В. Привычное невынашивание беременности: Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении. В помощь практическому врачу, 2008. 28—41.
12. Шуришалина А.В. Хронический эндометрит: современные взгляды на проблему. Consilium Medicum, 2011. 13 (6): 36-9.

13. *Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И.* Неразвивающаяся беременность. М: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
14. *Сидельникова В.М.* Привычная потеря беременности. М: Триада Х, 2005. 304.
15. *Бойчук Н.В.* Особенности прегравидарной подготовки, течения беременности и родов у женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск, 2008.
16. *Heller D.S.* Pathologic basis for abnormal uterine bleeding with organic uterine pathologies. *Menopause*, 2011. 18 (4): 412-5.
17. *Sharma M., Taylor A., Di Spiezio Sardo A.* Outpatient hysteroscopy: Traditional versus the «no-touch» technique. *BJOG*, 2005. 112: 963—967.
18. *Cravello L., Porcu G., D'Ercole C. et al.* Identification and treatment of endometritis // *Contracept. Fertil. Sex.*, 1997. Vol. 25 (7-8). P. 585-586.
19. *Dotto J.E., Lerna B., Dotto J.R. et al.* Classification of micro-hysteroscopic images and their correlation with histologic findings // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.*, 2003. Vol. 10. P. 233-246.
20. *Cicinelli E., Tinelli R., Lepera A. et al.* Correspondence between hysteroscopic and histologic findings in women with chronic endometritis // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2010. Vol. 89. № 8. P. 1061-1065.
21. *Aplin J.D., Fazleabas A.T., Glasser S.R., Guidice L.C.* The endometrium. Molecular, cellular and clinical perspectives. Second edition. Informa healthcare, 2010. 882 p.
22. *Greenwood S.M., Moran J.J.* Chronic endometritis: morphologic and clinical observations // *Obstet. Gynecol.*, 1981. Vol. 58. Iss. 2. P. 176-184.