

¹Михнина Е. А., ²Эллиниди В. Н.,
²Давыдова Н. И., ¹Доброворцева О. А.,
²Калинина Н. М.

¹НИИ акушерства и гинекологии им. Д.И. Отта РАМН;

²Всероссийский центр экстренной и радиационной
медицины МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Необъяснимое бесплодие, когда не ясны причины отсутствия зачатия или поддержания беременности, составляет 37 % случаев (Kim H. N. et al., 1997) и в большей степени определяется дефектами имплантации и нарушением маточной рецепции.

Задача данной работы состояла в изучении и сопоставлении данных эндоскопического обследования, морфологических, иммуногистохимических особенностей эндометрия и содержания рецепторов эстрогенов и прогестерона в строме и в железах, субпопуляций NK-клеток CD16+, CD56+, B- и HLA-DR+ — лимфоцитов у 598 женщин с нарушением репродуктивной функции и 30 женщин группы сравнения.

Методы обследования: лапаро-, гистероскопия, гистеросальпингография (ГСГ), гистологический, иммуногистохимический. Выполнено 426 лапароскопий и 453 ГСГ. Трубное бесплодие было установлено в 16,1 % случаев, затрудненная проходимость труб выявлена у 13,5 % женщин, проходимость трубы были у 70,4 % женщин. По поводу лейомиомы прооперировано 12 женщин. С целью выявления внутриматочной патологии в обследуемой группе было выполнено 393 гистероскопии. При этом у каждой 6-й (17,6 %) женщины диагностирована внутриматочная патология: у 20 (5,1 %) — аденомиоз, у 19 (4,8 %) — полипы эндометрия, в 12 (3,1 %) случаях — синехии полости матки, в 10 (2,5 %) — внутриматочные перегородки, по 3 (0,8 %) случая — субмукозная форма миомы и двурогая матка, в 2-х (0,5 %) — рубцовые изменения слизистой полости матки. При гистологическом исследовании обследованных женщин у 230 (58,5 %) выявлен хронический эндометрит (ХЭ), у 112 (28,5 %) — полипы эндометрия (в том числе у 21 — 5,3 % железисто-фиброзные (ЖФП), у 48 (12,2 %) — железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ), у 14 (3,6 %) — базальная гиперплазия эндометрия (БГЭ). При иммуногистохимическом исследовании эндометрия выделенных групп были выявлены следующие особенности. В эндометрии при наличии синехий нарушений со стороны гормоно-рецепторного аппарата не выявлено, тогда как показатели местного иммунитета указывали на наличие ХЭ с повышенной экспрессией в строме эндомет-

рия В-лимфоцитов, NK-клеток с маркером CD16+ и HLA-DR лимфоцитов. Группа больных с аденомиозом характеризовалась нарушением экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестерона, что сочеталось с повышенным содержанием NK-клеток CD56+, CD16+. Эти данные не исключали наличие воспаления на фоне аденомиоза. В группе женщин с ЖГЭ, БГЭ и функциональными полипами отмечено нарушение гормоно-рецепторного аппарата, выраженность инфильтрации стромы NK-клетками характеризовалась от слабой до умеренной, однако при ЖГЭ выявлены признаки более выраженного воспалительного процесса с аутоиммунным компонентом, а при функциональных полипах эндометрия количество лимфоцитов, экспрессирующих HLA-II превышало референтные значения, хотя достоверно не отличалось от количества активированных лимфоцитов женщин с ЖГЭ и БГЭ. При ЖФП нарушенная рецепция половых стероидов сочеталась с показателями, свидетельствующими о наличии активного ХЭ с аутоиммунным компонентом, т.е., увеличением количества NK-клеток CD56+, CD16+, B- и HLA-II — лимфоцитов в обеих фазах менструального цикла. Полученные данные свидетельствуют о формировании ЖФП на фоне ХЭ. В группе женщин с лейомиомой по данным гистологии эндометрия соответствовал фазам менструального цикла. При иммуногистохимическом исследовании выявлено нарушение рецепции половых стероидов как в пролиферативном, так и в секреторном эндометрии, повышение экспрессии NK-клеток CD16+ и CD56+ и лимфоцитов HLA-DR, что указывает на наличие ХЭ с аутоиммунным компонентом. При иммуногистохимическом исследовании женщин с гистологически верифицированным диагнозом ХЭ в 89,5 % были выявлены топические признаки воспаления (высокая экспрессия CD56+, CD16+, CD20+, HLA II+ лимфоцитов) и в 10,5 % случаев был выявлен выраженный фиброз стромы, который характеризовался соответствующими нормативным показателям количествами этих клеток.

Выводы. Таким образом, выявленная вариабельность экспрессии рецепторов половых стероидов в эндометрии определяется как гормональной недостаточностью яичников, так и местными

нарушениями, обусловленными хроническим воспалением и активацией местного иммунитета, а именно измененным уровнем продукции цитокинов — медиаторов межклеточного взаимодействия или исходом в фиброз имевшего место воспаления. Значимость метода гистероскопии обусловлена не только возможностью выявления

и устранения маточной патологии, но в сочетании с гистологическим и иммуногистохимическим обследованием позволяет уточнить характер и выраженность патологического процесса, индивидуализировать комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление нарушенной репродуктивной функции.

**Попов А.А., Мананникова Т.Н., Чечнева М.А.,
Чаусова Н.А., Барина И.В.**

Московский Областной Научно-исследовательский
Институт акушерства и гинекологии Минздравсоцразвития
РФ, Россия

АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПО ТЕХНОЛОГИИ THERMACHOICE В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Актуальность проблемы. Гиперплазией эндометрия (ГЭ) страдают до 50 % женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Традиционная тактика лечения больных с ГЭ эффективна в 60,5 % случаев, при отсутствии клинического и/или морфологического эффекта консервативного лечения у 20 % больных выполняется хирургическое вмешательство. Традиционная тактика лечения больных с гиперплазией эндометрия предусматривает проведение гормональной терапии в течение трех месяцев с последующим гистологическим исследованием полного соскоба слизистой, а при отсутствии клинического и/или морфологического эффекта консервативного лечения — хирургическое вмешательство — гистерэктомия. Эндохирургические методы оказывают воздействие на слизистую тела матки, что позволило пересмотреть традиционные подходы к лечению данной патологии. Термическая абляция эндометрия с помощью аппарата «Thermachoice» (Johnson & Johnson, USA) отвечает современным требованиям миниинвазивной хирургии, основана на дозированном температурном воздействии (87 град.) на эндометрий.

Материал и методы. Методика предусматривала перед термической аблацией эндометрия выполнение гистероскопии с раздельным выскабливанием цервикального канала и полости матки и последующей контрольной гистероскопией для исключения деформации полости матки, признаков распространенного аденомиоза. Далее в течение 8 минут производилась абляция эндомет-

рия по технологии «Thermachoice». За период с 2004г. в эндоскопическом отделении МОНИИАГ по поводу патологии эндометрия по технологии «Thermachoice» было пролечено 25 больных с рецидивными формами гиперплазии эндометрия. У всех пациенток при УЗИ выявлена гиперплазия эндометрия, что подтверждено при проведении гистероскопии и морфологическом исследовании соскоба эндометрия.

Результаты исследования. Пациенткам проводилось УЗИ через 7 дней, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. В течение 30–40 дней послеоперационного периода наблюдались выделения из половых путей, которые вначале носили кровянистый, затем серозный характер. Ультразвуковое исследование показало расширение полости матки, инфильтрацию миометрия на глубину 5 мм–1 см в течение 7 дней после операции. Через 3 мес ультразвуковая картина была представлена линейной полостью матки, изменений со стороны придатков матки не обнаружено. У всех 25 больных получены удовлетворительные результаты лечения (сроки наблюдения 1 год): у 3 пациенток восстановился нормальный менструальный цикл через 3 мес, у 17 сохраняется аменорея.

Выводы. Таким образом, абляция эндометрия по технологии «Thermachoice» может быть использована для лечения рецидивных форм гиперпластических процессов эндометрия. Это метод выбора для лечения рецидивных форм ГЭ, а также может служить альтернативой резекции эндометрия при гистероскопии ввиду меньшей инвазивности процедуры.