

УДК 618.14-002-07-08

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ В СРЕЗЕ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Олейник В.Ю.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону,
e-mail: fortis.fortis@inbox.ru

Освещены вопросы изучения хронического эндометрита (ХЭ) в контексте первопричины ранних репродуктивных потерь (самопроизвольных выкидышей, неразвивающейся беременности, неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий) с позиций ежегодных демографических и экономических утрат. Подведение патогенетической цепочки под иммунодефицитную направленность ХЭ объясняет потребность в информации о функциональной состоятельности компонентов клеточного и гуморального звеньев иммунитета, вариативности иммунореактивности при различных патогенетических вариантах ХЭ. Темпы клеточного обновления слизистой матки при ХЭ детектированы активностью персистирующих в эндометрии инфектов: при эндометриальной дистрофии – диагностически значимых титров условно-патогенных микроорганизмов (кишечной палочки, энтерококка, анаэробов и бактероидов), при «мозаицизме» слизистой – микоплазм, их ассоциаций с вирусом простого герпеса и условно-патогенными микроорганизмами, при гиперпластическом макротипе – хламидий, вируса простого герпеса и их сочетанием.

Ключевые слова: хронический эндометрит, ранние репродуктивные потери, макротипы, искусственный аборт, патогенез

CHRONIC ENDOMETRITIS IN SECTIONS EARLY REPRODUCTIVE LOSSES (LITERATURE REVIEW)

Oleinik V.Y.

Rostov State Medical University Ministry of Health, Nakhichevan, e-mail: fortis.fortis@inbox.ru

The questions of the study of chronic endometritis (CE) in the context of the root causes of early reproductive losses (spontaneous miscarriages, developing pregnancy, failed attempts of assisted reproductive technologies) from the standpoint of annual demographic and economic losses. Leading pathogenetic chain under the direction of HE immunodeficiency explains the need for information about the functional viability of the components of cellular and humoral immunity, variability of immunoreactivity with different pathogenic variants ChE tempi cell renewal endometrium when ChE activity detected in the endometrium persestiruyuschih infekta: the degeneration of endometrial – diagnostically significant titers opportunistic pathogens (Escherichia coli, enterococci, anaerobes and bacteroides) at «mosaicism» mucosa – mycoplasma, their association with the herpes simplex virus and opportunistic microorganisms patogennnymi, hyperplastic makrotipe – chlamydia, herpes simplex virus and a combination thereof.

Keywords: chronic endometritis, early reproductive losses, makrotipy, artificial abortion, pathogenesis

Хронический эндометрит (ХЭ), несмотря на многочисленность научных исследований и сведения о его значительной распространенности (60-65%) продолжает привлекать внимание современных ученых [9, 13, 17, 18].

Работы, посвященные изучению проблемы ХЭ в контексте первопричины ранних репродуктивных потерь [11] (самопроизвольных выкидышей (СВ), неразвивающейся беременности (НБ), неудачных попыток вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)) с позиций ежегодных демографических и экономических утрат социума немногочисленны, и едва ли позволяют создать полноценную картину эндометриальных расстройств в заданном ракурсе [1, 2, 23,25,26,27]. Частота ХЭ в когортах с ранними репродуктивными потерями в анамнезе составляет: при самопроизвольном выкидыше – у 90%, 91,7% – с неразвивающейся беременностью, 83,3% – с несостоятельными попытками ЭКО, 85,7% женщин с искусственным абортом. Констатация ХЭ

на фоне остатков плацентарной ткани после искусственного аборта достигает 35,8%, самопроизвольного аборта – 28,3% [3,8].

Другие авторы считают, что роль ХЭ в ранних репродуктивных потерях является спорной [30]. В исследовании Е.В. Johnston-MacAnanny (2010) [32], женщины с диагнозом ХЭ имели более низкие частоты имплантации (11,5%) после цикла ЭКО. Напротив, в своей статье, J.C. Kasius и соавт. (2011) [33] сообщили, что ХЭ не влияет негативно на репродуктивный исход после ЭКО/ИКСИ и его клиническое значение является минимальным.

Поэтому востребованность в подобной информации более чем наглядна: при рецидивирующей неудаче имплантации и переносе эмбрионов хорошего качества ХЭ идентифицирован у 30,3% женщин, при привычном невынашивании беременности (ПНБ) – варьирует в пределах 60,5%–86,7% [32]. Сочетание ХЭ с гиперпластическими процессами эндометрия (ГППЭ) достигает 71,7%, при трубно-перитонеальном

бесплодии – идентифицировано у 35 % женщин [7, 28].

Акцентным стал вывод, постулирующий уход от одностороннего восприятия заболевания исключительно как классического гнойно-воспалительного процесса, осложняющего, согласно статистике, каждый 4-5 хирургический аборт [22]. Заключение секции FIGO (Барселона, 2007), обязующее считать ХЭ причиной неразвивающейся беременности, обусловило новый всплеск интереса к проблеме хронического воспалительного процесса в матке, сделав первостепенным вопрос «кого» и «как лечить» [22]. Игнорирование реабилитации в когортах, перенесших репродуктивные потери [4, 12], формирует «артефактную» политику ведения женщин с невынашиванием беременности, более того, вне поля зрения гинекологов оказывается целая когорта с невыявленным ХЭ.

С учетом частоты искусственных абортов – прерывается более 40 % первых беременностей [29] – статистика неучтенных и нелеченных случаев ХЭ определяет устойчивую тенденцию будущих демографических потерь [22]. Данное утверждение демонстрирует уместность переосмысления подходов к завуалированной первопрочине ранних репродуктивных потерь – ХЭ, провоцирующего прерывание имплантации эмбриона, инвазию цитотрофобласта, васкуляризацию ворсин и формирование плаценты на ранних ее этапах [32].

Низкая эффективность лечебно-профилактических мероприятий на современном этапе объясняется отсутствием их этиологической направленности вследствие недостаточного представления о ключевых аспектах генеза ХЭ [35]. Представляют интерес данные о механизмах хронизации воспалительного процесса в слизистой матки, с учетом полиморфной картина ХЭ, дифференцированная тактика ведения контингента в зависимости от характера иммунологической перестройки – системной и локальной, иммунореактивности, адаптационных реакций организма [1].

Деструктивный характер изменений архитектоники слизистой, хронизацию воспалительного процесса и неполноценность регенерации определяет аутоиммунная агрессия эндометрия у 67,8 % женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе [21]. Есть основание полагать, что углубленное многостороннее изучение заболевания с учетом молекулярно-биологических открытий последнего десятилетия [9], раскрытие иммуноморфологических особенностей ХЭ [14] может помочь в понимании тонких механизмов его пато- и морфогенеза, в частности, эпителиально-стромальных отношений

в эндометрии, нарушение которых способствует хронизации воспалительного процесса. Подведение патогенетической цепочки под иммунодефицитную направленность ХЭ объясняет потребность в информации о функциональной состоятельности компонентов клеточного и гуморального звеньев иммунитета, вариативности иммунореактивности при различных патогенетических вариантах ХЭ [21].

Морфологической основой гипопластического макротипа ХЭ выступают дистрофически-атрофические изменения эндометрия, смешанного – чередование участков дистрофии и фиброза, гиперпластического – индукция микрополиповидных разрастаний на фоне единой для всех лимфоцитарной инфильтрации слизистой [15].

Темпы клеточного обновления слизистой матки при ХЭ детектированы активностью персистирующих в эндометрии инфектов: при эндометриальной дистрофии – диагностически значимых титров условно-патогенных микроорганизмов (кишечной палочки, энтерококка, анаэробов и бактероидов), при «мозаицизме» слизистой – микоплазм, их ассоциаций с вирусом простого герпеса и условно-патогенными микроорганизмами, при гиперпластическом макротипе – хламидий, вируса простого герпеса и их сочетанием.

Актуальна значимость оценочно-прогностических предикторов расстройств универсальных адаптивных механизмов в ответ на хронический очаг воспаления определяющих эффективность патогенетической стратификации реабилитационной терапии: УФО аутокрови – при смешанном макротипе, плазмофереза – при гиперпластическом, СКЭНАРа – при гипопластическом макротипе [16, 19, 24]. Результативность предложенных авторами методов реабилитации женщин с ХЭ определяет высокую вероятность реализации репродуктивной функции – в 69,3 % [15]. Комплексная система профилактики развития ХЭ после ранних репродуктивных потерь, основанная на приоритете медикаментозного аборта [20], при невозможности – визуального контроля (УЗИ/гистероскопии) опорожнения полости матки, периабортной санации, немедленной послеабортной реабилитации, цитологическом исследовании метрострипов позволяет оздоровить женщин в два раза больше, чем традиционный курс, в 4–5 дней или его отсутствие [15, 21].

Список литературы

1. Амирова, А. Ф. Особенности повторной попытки экстракорпорального оплодотворения у пациенток с предыдущей неудачей / А. Ф. Амирова // Проблемы репродукции: научно-практический журнал. – 2010. – Т. 16. – № 4. – С. 44–46.

2. Аржанова О.Н. Этиопатогенез невынашивания беременности / О.Н. Аржанова, Н.Г. Кошелева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – 53(1) – С. 37–41.
3. Байкулова Т.Ю. Особенности фетоплацентарной системы у первородящих повторнородящих женщин / Байкулова Т.Ю., Петров Ю.А., Чеботарева Ю.Ю. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №5. – С. 223.
4. Боровкова Л.В. Влияние СКЭНАР-терапии на течение беременности, родов, состояние новорожденного и ребенка первого года жизни у женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза / Боровкова Л.В., Артифеева А.А., Колобова С.О. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 53–57.
5. Боровкова Л.В. Клиническая эффективность электромагнитной терапии в лечении хронического эндометрита / Л.В. Боровкова, Т.В. Сумина, Т.М. Мотовилова, В.П. Замыслова // Медицинский альманах. – 2015. – № 4 (39). – С. 103–104.
6. Данусевич И.Н. Основные маркеры дисрегуляции иммунной, эндокринной систем и свободнорадикального окисления липидов у женщин с репродуктивными нарушениями, ассоциированными с хроническим воспалением эндометрия: дисс. ... докт. мед. наук. – Иркутск. 2014. – 225 с.
7. Ежова Л.С. Патогенетические подходы к терапии хронического эндометрита / Л.С. Ежова, А.В. Шуршалина, Е.С. Силантьева // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 54–56.
8. Замыслова В.П. Клиническая эффективность электромагнитной терапии в предгравидарной подготовке больных с хроническим эндометритом / В.П. Замыслова, Л.В. Боровкова, Т.В. Сумина, Т.М. Мотовилова // Практическая медицина. – 2016. – Т.1. – №93. – С. 110–111.
9. Казачкова Э.А. Хронический эндометрит и рецептивность эндометрия / Э.А. Казачкова, Е.Л. Казачков, И.Г. Хелашвили, Е.Е. Воробьева. – Челябинск: изд-во Южно-уральского государственного медицинского университета, 2015. – с. 148.
10. Каткова Н.Ю. Дифференцированные подходы к лечению пациенток с разными вариантами хронического эндометрита / Каткова Н.Ю., Купцова Е.С. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т.13. – №6. – С. 25–28.
11. Каткова Н.Ю. Ведение беременности и родов при плацентарной недостаточности инфекционного генеза: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2011 – 47 с.
12. Мотовилова Т.М. Эффективность санации эндометрия с использованием бактериофагов у женщин с репродуктивными неудачами на фоне хронического неспецифического эндометрита / Т.М. Мотовилова, Т.С. Качалина, Л.В. Боровкова, Г.О. Греканев, А.Н. Зиновьев, Л.Г. Горшункова, Ю.А. Гаревская, И.В. Пономарева, М.С. Чурикова, Нефедов С.Г. // Гинекология. – 2015. – Т. 17. – № 4. – С. 59–63.
13. Петров Ю.А. Сонографические аспекты диагностики хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях // Казанский мед. журн. – 2011. – Т.92. – №4. – С.522–525.
14. Петров Ю.А. Нюансы иммунологической перестройки при хроническом эндометрите // Валеология. – 2011. – № 4. – С.44–50.
15. Петров Ю.А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика: дис... доктора мед.наук. – М., 2012. – С. 267.
16. Петров Ю.А. Современные аспекты лечения хронического эндометрита // Фундаментальные исследования. – 2011. – №11-3. – С. 563–565.
17. Петров Ю.А. Информативность гистероскопии в диагностике хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях // Фундаментальные исследования. – 2012. – №1-1 – С. 85–88.
18. Петров Ю.А. Эффективность сонографической диагностики хронического эндометрита // Вестник Российского университета Дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – №55. – С.248–253.
19. Петров Ю.А. Возможности таргентной терапии хронического эндометрита с учетом патоморфотипа / Ю.А. Петров, В.Е. Радзинский, Е.А. Калинина, Д.В. Широкова, М.Л. Полина // Медицинский вестник Юга России. – 2015. – №4. – С.71–75.
20. Петров Ю.А. Течение гестации у первородящих женщин с различными видами абортa в анамнезе / Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю., Чеботарева Ю.Ю. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №5. – С. 269.
21. Петров Ю.А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
22. Ранние сроки беременности (изд. 2-е, испр. и доп.) / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. – Изд.: Медиабюро Статус презенс, 2009. – 480 с.
23. Радзинский В.Е. Хронический эндометрит в современной перспективе / В.Е. Радзинский, Ю.А. Петров, М.Л. Полина // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т.93. – №1. – С. 178.
24. Радзинский В.Е. Эффективность импульсной электро-терапии в комплексном лечении больных хроническим эндометритом / В.Е. Радзинский, Ю.А. Петров, М.Л. Полина // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т.93. – №1. – С. 72–76.
25. Рудакова Е.Б., Лобода О.А., Полторака Е.В. и др. Патология гемостаза и хронический эндометрит как причина неудач и эмбрионических потерь при экстракорпоральном оплодотворении // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2008. – № 2 (20). – С. 59–60.
26. Серова О.Ф., Капустина М.В., Зароченцева Н.В. Лечение пациенток с хроническим эндометритом перед проведением экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 5. – С.80–82.
27. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 2. – С. 62–64.
28. Широкова Д.В. Морфофункциональная вариабельность эндометрия как основа дифференцированного лечения бесплодия / Д.В. Широкова, Е.А. Калинина, М.Л. Полина, Ю.А. Петров. //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6-0. – С. 270.
29. Чеботарева Ю.Ю., Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. Профилактика и коррекция плацентарной недостаточности у первородящих повторнородящих женщин // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №5. – С.240.
30. Cicinelli E., Matteo M., Tinelli R. et al. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment // Reprod Sci. – 2014. – V.21. – N 5. – P. 640–647.
31. Fatemi H.M., Popovic-Todorovic B., Ameryckx L. et al. In vitro fertilization pregnancy in a patient with proven chronic endometritis // Fertil Steril. – 2009. – V. 91. – № 4. – P. 1293.e9–11.
32. Johnston-MacAnanny E.B., Hartnett J., Engmann L.L. et al. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization // Fertil Steril. – 2010. – V. 93. – N 2. – P. 437–441.
33. Kasius J.C., Fatemi H.M., Bourgain C. et al. The impact of chronic endometritis on reproductive outcome // Fertil Steril. – 2011. – V.96. – N 6. – P.1451–1456.
34. Kashanian M., Akbarian A.R., Baradaran H. et al.: Pregnancy outcome following a previous spontaneous abortion (miscarriage) // Gynecol. Obstetric Investig. – 2006. – V. 61. – N 3. – P. 167–170
35. Kayisli U.A., Guzeloglu-Kayisli O., Arici A. Endocrine-immune interactions in human endometrium // Ann N Y Acad Sci. – 2004. – V. 1034. – P. 50–63.
36. Kitaya K., Yasuo T. Immunohistochemical and Clinicopathological Characterization of Chronic Endometritis // Am J Reprod Immunol. – 2011 Jul 12. doi: 10.1111/j.1600-0897.2011.01051.x.
37. Soper D.E. Pelvic inflammatory disease // Obstet Gynecol. 2010, Aug. – V. 116. – № 2 Pt 1. – P. 419–28.
38. Wijesiriwardana A., Bhattacharaya S., Shetty A. et al. Obstetric outcome in women with Threatened miscarriage in the First Trimester // Obstet Gynecol. – 2006. – V. 107. – № 3. – P. 557–62.