

**РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В
ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ****Н.Г. Грищенко***Харьковский национальный медицинский университет***Введение**

В настоящее время сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщины выходит из статуса локальных медицинских проблем и приобретает статус проблемы государственного значения. Бесплодие зачастую приводит к дисгармонии брака, являясь причиной психологической и социальной дезадаптации супругов.

Не вызывает сомнений тот факт, что подход к диагностике бесплодия должен иметь комплексный характер и охватывать все аспекты обследования обоих супругов. Но и при комплексном подходе в целом ряде случаев причина бесплодия остается не выясненной. По данным различных авторов на долю бесплодия неясной этиологии приходится до 10 % всех случаев нарушений репродуктивной функции. В такой ситуации лечебно-диагностический процесс осложняется отсутствием точки приложения терапии и невозможностью выработать клинически обоснованный план лечения.

Диагностика патологических состояний эндометрия представляет собой сложную задачу, так как, преимущественно, является визуальной и не всегда поддается морфологической верификации. Так, хронический эндометрит, фактически, не имеет четких диагностических критериев. В то же время, воспалительный процесс, как причина внутриматочной патологии, может оказывать существенное влияние на фертильность.

Материалы и методы исследования

Было проведено клиническое наблюдение и ряд исследований у 98 женщин, страдающих бесплодием. Были использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования в рамках, определенных алгоритмом обследования больных с бесплодием (Наказ №582 від 15.12.2003 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», розділ «Тактика ведення жінок з безпліддям») и инструкцией по

применению вспомогательных репродуктивных технологий (Наказ №711 від 23.12.2008р. «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій») и в обязательном порядке включало проведение гистеросальпингографии и ультразвукового исследования, определение базальной температуры, теста контакта спермы с цервикальной слизью, изучение спермограммы мужа и др. Ультразвуковое исследование проводилось по общепринятой методике с помощью ультразвукового экспертного монохромного сканера Falcon 2101 EXL B-K Medical (Дания). При этом использовался вагинальный секторальный датчик с частотой сканирования 7,5 МГц. Инструментальные методы исследования были дополнены диагностической гистероскопией по методу Bettocchi на оборудовании «Karl Storz» с использованием жесткой стекло-линзовой оптики HOPKINS II передне-бокового видения 30° с наружным диаметром 2 мм.

Полученные результаты и их обсуждение

При объективном исследовании аномалии в развитии половых органов и их взаиморасположении выявлены не были. Клиническое исследование крови, мочи, бактериологическое и микроскопическое исследование из уретры, влагалища и цервикального канала патологии не выявили. Всем исследуемым женщинам производились ультразвуковое обследование и гистеросальпингография, причём нарушения проходимости маточных труб и признаков внутриматочной патологии ни у одной из женщин выявлено не было. В результате исследования гормонального профиля, анализа меноциклограмм и ультразвуковой фолликулометрии в динамике были исключены эндокринные причины бесплодия и констатировано наличие овуляторных циклов. При исследовании спермограммы партнеров были в пределах нормы, принятой ВОЗ.

Таким образом, фактором отбора в экспериментальную группу было отсутствие явной патологии, которая могла бы объяснить причину бесплодия в супружеской паре. Женщинам данной группы была проведена диагностическая гистероскопия.

В результате диагностической гистероскопии у 34 пациенток была выявлена внутриматочная патология. Из них у 7 пациенток обнаружены синехии в полости матки, и у 7 гипоплазия эндометрия с истончением функционального слоя.

Следует отметить, что одним из важнейших факторов, приводящих к нарушениям фертильности у женщин, являются

воспалительные заболевания органов малого таза, частота которых в последние годы не имеет тенденции к снижению [2]. Резко повышается риск инфицирования эндометрия при наличии во влагалище условно-патогенной микрофлоры, а также анаэробов. Проникновению инфекции в верхние половые пути способствуют внутриматочные лечебно-диагностические манипуляции (зондирование, выскабливание, гидротубация). Воспалительным заболеваниям способствует использование женщинами внутриматочных контрацептивов. Факторами риска считаются и оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, а так же заболевания, передающиеся половым путем. У каждой женщины проникновение и распространение заболевания может происходить одновременно несколькими путями: гематогенное и лимфогенное распространение инфекции, прямое проникновение инфекции через параметральные ткани [4].

При ретроспективном анализе анамнестических данных было установлено, что все пациентки с выявленными внутриматочными синехиями и гипоплазией эндометрия имели ранее внутриматочные вмешательства – у 8 – искусственный аборт (у 5 – в сроке 4-5 нед., у 3 – 6 – 11 нед.), у 3-х – использование внутриматочного контрацептива, у 1-й выскабливание в связи с маточным кровотечением и у 2-х – в связи с не развивающейся беременностью. При этом, только две из них отмечали, что послеоперационный период осложнился в одном случае подъемом температуры и в одном случае маточным кровотечением, потребовавшим повторного выскабливания. Остальные 12 пациенток утверждали, что внутриматочная манипуляция прошла без осложнений.

У 18 женщин были выявлены гиперпластические процессы эндометрия, причем у 8 микрополипоз, а у 10 полипы эндометрия, не визуализирующиеся ранее на УЗИ. Ретроспективный анализ анамнестических данных позволил установить, что для этой подгруппы было характерно наличие по крайней мере одного эпизода воспалительного заболевания репродуктивных органов. У 8 пациенток отмечались повторные эпизоды воспалительных заболеваний.

Известно, что длительная и часто бессимптомная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в структуре ткани, препятствуя нормальной плацентации и формируя патологический ответ на беременность, а так же

вызывает нарушение пролиферации и нормальной циклической трансформации ткани [1, 3]. На протяжении длительного времени наличие такой нозологической единицы, как хронический эндометрит оставалось спорным. Полагали, что во время циклического отторжения поврежденный функциональный слой отслаивается и регенерирует за счет не измененного базального слоя. Но некоторые исследования доказали, что в процесс вовлечен не только функциональный слой, но и базальный, в отдельных случаях и миометрий [4]. До последнего времени считалось, что полость матки является стерильной и микробному фактору в возникновении данного заболевания не уделялось большого значения [3]. В настоящее время эти взгляды пересмотрены. Существование хронического эндометрита несомненно, он выделен в самостоятельную нозологическую единицу в МКБ во время 10-го пересмотра (№71.1) [4]. Мы склонны оценивать выявленную в этой подгруппе патологию, как следствие перенесенного воспалительного процесса, а, возможно, и его персистенции.

Хронический воспалительный процесс в эндометрии является одной из важных причин бесплодия, неудачных попыток ЭКО, невынашивания беременности. Современные исследования акцентируют внимание на важном значении патологии эндометрия среди факторов, отвечающих за репродуктивное здоровье. По данным литературы, у больных с бесплодием частота хронического эндометрита составляет в среднем от 7,8% до 23,6% [1]. Значение эндометриального фактора в репродуктивной медицине трудно переоценить. Так, при изучении рецепторного аппарата эндометрия при хроническом эндометрите было выявлено снижение экспрессии рецепторов к эстрогенам в 9,6 раза, к прогестерону – в 4 раза [1, 4]. Многие авторы акцентируют внимание на роли инфекционных факторов в активации иммунопатологических процессов, которые, в свою очередь, являются препятствием для возникновения в предимплантационный период локальной иммуносупрессии, необходимой для предотвращения самопроизвольного аборта [4].

Существующее положение определяет необходимость искать новые возможности неинвазивной диагностики внутриматочной патологии, обладающих высокой чувствительностью. В нашем исследовании в результате проведенной диагностической гистероскопии, фактически, более чем у трети пациенток удалось уточ-

нить клинический диагноз и задать направление дальнейшей диагностики и терапии бесплодия.

Выводы

Диагностическая гистероскопия, как метод изучения состояния полости матки и эндометрия является перспективным и необходимым у пациенток, страдающих бесплодием неясного генеза. Особенно актуален этот метод исследования при наличии в анамнезе внутриматочных вмешательств, а также эпизодов воспалительных заболеваний репродуктивных органов. Исключение маточного фактора при диагностике бесплодия данной группы больных является необходимым и актуальным, поскольку диагностика внутриматочной патологии в ряде случаев представляет значительные сложности и невозможна другими методами.

Литература

1. Железнов Б.И. Структурные изменения слизистой оболочки матки и функции яичников при хроническом эндометрите / Б.И. Железнов, Н.Е. Логинова // *Акушерство и гинекология*. - 1977. - № 4. - С. 3-7.
2. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов / В.И. Бодяжина. - М., 1978. - 189 с.
3. Проллиферативная активность и апоптоз в гиперплазированном эндометрии / Г.Т. Сухих, Г.Е. Чернуха, В.П. Сметник [и др.] // *Акушерство и гинекология*. - 2005. - № 5. - С. 25-29.
4. Чайка В.К. Дифференцированный подход к комплексному лечению гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Ю.А. Малова, И.Г. Постолок // *Здоровье женщины*. - 2007. - № 3. - С. 79-83.

Резюме

Грищенко Н.Г. Роль диагностической гистероскопии в выявлении причин бесплодия.

Было обследовано 98 женщин, страдающих бесплодием, которым в рамках обследования была проведена диагностическая гистероскопия по Bettocchi. Критерием отбора в экспериментальную группу было отсутствие явной патологии, влияющей на фертильность, по результатам предварительного обследования. При проведении диагностической гистероскопии у 34 пациенток была выявлена внутриматочная патология. У 18 женщин были выявлены гиперпластические процессы эндометрия, причем у 8 микрополипов, а у 10 полипов эндометрия, не диагностированные ранее при УЗИ. У 7 пациенток обнаружены си-

нехії в полости матки, и у 7 гіпоплазія ендометрія с истончением функціонального слоя. Таким образом, фактически, более чем у трети пациенток удалось уточнить клинический диагноз и задать направление дальнейшей диагностики и терапии бесплодия.

Ключевые слова: гистероскопия, эндометрий, бесплодие

Резюме

Грищенко М.Г. Роль діагностичної гістероскопії у виявленні причин безпліддя.

Було обстежено 98 жінок, що страждають безпліддям, яким в рамках обстеження була проведена діагностична гістероскопія за методом Bettocchi. Критерієм відбору в експериментальну групу була відсутність явної патології, що впливає на фертильність, за даними попереднього обстеження. При проведенні діагностичної гістероскопії у 34 пацієнток була виявлена внутрішньоматкова патологія. У 18 жінок були виявлені гіперпластичні процеси ендометрію, причому у 8 мікрополіпоз, а у 10 поліпи ендометрія, які не були діагностовані раніше при УЗД. У 7 пацієнток виявлені синехії в порожнині матки, і у 7 гіпоплазія ендометрію з витонченням функціонального шару. Таким чином, фактично, більш ніж у третини пацієнток вдалося уточнити клінічний діагноз і задати напрямок подальшої діагностики і терапії безпліддя.

Ключові слова: гістероскопія, ендометрій, безпліддя

Summary

Gryshchenko M.G. Diagnostic hysteroscopy in infertility management.

98 infertile women who underwent diagnostic hysteroscopy (by Bettocchi) in addition to the standard survey were examined. The criteria for selection to the experimental group were the lack of clear pathology that affects fertility, according to a preliminary survey. Endometrial pathology was found in 34 patients. In 18 patients endometrial hyperplastic processes have been identified. In 8 patients micropolyposis was found. In 10 cases we found endometrial polyps, not previously diagnosed by ultrasound. In 7 intrauterine adhesions were found. In 7 cases endometrial hypoplasia (thinning of the functional layer) was detected. Thus, in fact, more than a third of the patients were updated clinical diagnosis. As a result, we have determined the direction for further infertility treatment strategy for these patients.

Key words: hysteroscopy, endometrial, infertility.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В. Сімрок

УДК 617.741:617.741-77

ОСОБЕННОСТИ ОПТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ ЕСТЕСТВЕННОГО И ИСКУССТВЕННОГО ХРУСТАЛИКОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ГЛАЗА

Д.Г. Жабоедов

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (Киев)

Введение

В последние годы достаточно широко изучаются анатомические особенности структур глаза и особенно хрусталика. Интерес обусловлен повсеместным внедрением метода факоэмульсификации катаракты, важнейшим звеном которой является передняя капсулотомия с последующим использованием капсульного мешка для фиксации заднекамерной интраокулярной линзы (ИОЛ) [6, 10, 11].

Цель: изучить анатомические особенности естественного хрусталика с позиций законов оптики и причины индуцирования оптических феноменов ИОЛ.

Материал и методы исследования

Структурные особенности естественного хрусталика и оптические феномены ИОЛ нами изучались у пациентов, которые обращались по поводу травматических повреждений хрусталика, вывиха или подвывиха хрусталика и его врожденных изменений. Другой здоровый глаз с прозрачным хрусталиком служил контролем. Всего было обследовано 113 пациентов (226 глаз) в возрасте от 19 до 51 года. Всем больным проводилась факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ. Методы обследования: биомикроскопия, офтальмоскопия, гистологические исследования капсул хрусталика, полученных при проведении переднего и заднего капсулорексисов, электронная микроскопия. Исследование проводилось на клинических базах кафедры офтальмологии НМУ имени А.А. Богомольца в 2011 – 2012 годах.

Полученные результаты и их обсуждение

Согласно многочисленным морфометрическим исследованиям различных авторов и по нашему опыту оперативных вмешательств на капсуле хрусталика в ней условно можно выделить три анатомические зоны: центральную, среднюю и периферическую. Центральная зона капсулы наиболее тонкая, ее толщина не превышала 120

Экологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини