

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ СИНЕХІЇ

Доц. І. М. Сикал, канд. мед. наук В. М. Ольховська

Харківська медична академія післядипломної освіти

Внутрішньоматкові синехії (синдром Ашермана) — це патологічний стан матки, при якому вражається ендометрій, внутрішній (функціональний) шар матки. Ущільнення ендометрію може мати дифузний або тотальний характер. Залежно від ступеня ураження ендометрію розрізняють 5 ступенів тяжкості синдрому Ашермана (СА). Частіше ця патологія виникає після внутрішньоматкових втручань, після ускладнених пологів, абортів, операцій на шийці матки, особливо при неуточненій генітальній інфекції. Основним клінічним проявом СА є порушення менструальної функції у вигляді мізерних хворобливих місячних, аж до повної їх відсутності. Частіше внаслідок утворення розвивається безпліддя. Діагностика синдрому Ашермана полягає в ультразвуковій діагностиці, рентгеносальпінгографії. Гістероскопія — надійний метод діагностики та лікування СА. Після виконаної гістероскопії показано лікування гормональними препаратами з урахуванням форм менструального циклу жінки. Поширені комбіновані контрацептивні форми гормонів не можна застосовувати, оскільки вони викликають гіпотрофію ендометрію.

У разі виникнення вагітності після успішного лікування внутрішньоматкових синехій, ці вагітні знаходяться в групі ризику з невиношування. Важливо проводити профілактику виникнення внутрішньоматкових синехій.

Ключові слова: внутрішньоматкові синехії, аменорея, безпліддя, гістероскопія.

Внутрішньоматкові синехії, або синдром Ашермана (СА) — це такий патологічний стан матки, що характеризується утворенням спайок і виростів ендометрію, в якому виникає склероз і фіброз. Назва даної патології — синдром Ашермана — на честь гінеколога, який детально описав дане ускладнення та запропонував його класифікацію та лікування.

Внутрішньоматкові спайки (синехії) — сполучні зрощення, що стягують стінки матки, при цьому спостерігається деформація порожнини матки. Нормальний же ендометрій у разі утворення на деяких ділянках синехій піддається атрофічній трансформації.

Поняття СА дуже широке та включає в собі порушення менструальної функції (гіпоменорея, аменорея), а також і дітородної функції в разі утворення внутрішньоматкових синехій. Клінічно ця патологія виявляється альгодисменореєю (болючі), гіпоменореєю (скудні), у тяжких випадках — аменорея (відсутність менструації); гематометра, або гематосальпінкс; звичне невиношування вагітності, повторні викидні, вторинне безпліддя.

СА може супроводжувати адеміоз (запальні зміни міометрія) різного ступеня вираженості.

З усіх симптомів найчастіше СА характеризується безпліддям і гіпоменореєю.

Найчастішою причиною СА служать механічні травми базального шару ендометрію (внутрішнього шару ендометрію). Травмування ендометрію виникає внаслідок хірургічного переривання вагітності, використання внутрішньоматкових контрацептивів, діагностичні вишкрібання порожнини матки при маткових кровотечах, при гіперплазії і поліпах ендометрію. Іноді після гістероскопії при видаленні субмукозних міоматозних вузлів теж виникає СА. Причиною також може бути оперативне лікування запальних захворювань шийки матки (конізація, кріодеструкція), особливо при неправильно обраному часі для операції або виконанні даної операції в умовах недостатньої санації. Іншими словами, пошкодження ендометрію може посилюватися внаслідок приєднання інфекції під час ранової фази з наступним розвитком ендометриту.

Тривала затримка плодових оболонок після пологів або викидень (переривання вагітності в ранні терміни) теж може призводити до розвитку СА. Має значення і кількість вишкрібань під час лікування ускладнень пологів та абортів: чим більше внутрішньоматкових втручань, тим більше ймовірність виникнення СА.

Розвитку внутрішньоматкових синехій може сприяти генітальний туберкульоз, діагноз якого підтверджується при біопсії ендометрію або при бактеріологічному дослідженні менструальних виділень. Також негативний вплив на ендометрій надають променева терапія з приводу пухлин матки та яєчників. Внутрішньоматкові синехії можуть виникати на тлі попередньої вагітності, що завмерла, оскільки залишки тканин плаценти стимулюють активність фібробластів і ранне формування колагену до регенерації ендометрію.

Класифікація СА. Виділяють 3 групи внутрішньоматкових синехій за типом гістологічної будови. Плівкові зрощення складаються з клітин базального ендометрію. Вони легко розсікаються при гістероскопії і відповідають легкій формі СА. При середньому ступені внутрішньоматкові синехії фіброзно м'язові, міцно спаяні з ендометрієм, при розтині кровоточать.

Тяжка форма СА характеризується суцільними внутрішньоматковими синехіями, які практично не піддаються розтину.

В основу класифікації СА покладені дані, що враховують стан внутрішньоматкових синехій, їх протяжність, наявність оклюзії в вічках труб, ступінь пошкодження ендометрію.

I ступінь СА: тонкі та ніжні внутрішньоматкові синехії, які легко руйнуються при контакті, вічки фалопієвих труб вільні.

II ступінь СА: виявляється щільна одинока спайка, що з'єднує ізольовані частини порожнини матки. Синехії не руйнуються при контакті з кінцем гістероскопа. Вічки маткових труб проглядаються. До них належить варіант локалізації синехій в зоні внутрішнього зіву, при цьому верхні відділи матки вільні.

III ступінь СА: визначаються щільні множинні синехії, що з'єднують окремі частини порожнини матки й однобічні закриття вічка маткової труби.

IV ступінь СА: визначаються щільні великі внутрішньоматкові синехії, часткова оклюзія порожнини матки та вічка обох труб.

V ступінь СА: це великий процес фіброзування та рубцювання ендометрію, оклюзія вічок труб з обох боків за наявності аменореї.

Діагностика внутрішньоматкових синехій гінекологічним оглядом малоефективна. УЗД малого таза СА більш інформативна.

Ехоскопічна картина представлена наявністю гіперехогенних включень різної величини,

частіше лінійної форми, різноспрямовано. При цьому всі гіперехогенні включення, що характеризують склеротичні зміни ендометрію, мають ехонегативне тіло, своєрідний «хвіст комети», який виявляється при використанні кольорової доплерографії і який не кровопостається. Застосування гідросонографії дає змогу більш чітко визначити внутрішньоматкові синехії.

Гістеросальпінгографія дає змогу виявити поодинокі або множинні дефекти наповнень, які мають лакуноподібну форму та різноманітні інші форми. При щільних множинних синехіях порожнина матки на рентенограмі виглядає багатокамерною з дрібними тонкими протоками, які з'єднує між собою камера більших розмірів.

Гістероскопія є «золотим стандартом» у діагностиці внутрішньоматкових синехій. При гістероскопії внутрішньоматкові синехії визначаються як білуваті, безсудинні тяжі різної щільності та довжини, які з'єднують стінки матки, при цьому виявляються облітеровані ділянки порожнини матки, а також деформація порожнини матки.

Для синдрому Ашерона характерні негативні гормональні проби — відсутність менструально подібної кровотечі у відповідь на призначення естрогенів і прогестерону. Рівень гонадотропних і статевих гормонів не змінений, тому аменорея при СА характеризується як нормогонадотропна.

Проводячи лікування СА, потрібно найбільш малотравматично усунути внутрішньоматкові зрощення з подальшим відновленням менструальної функції. На першому етапі показано проведення гістероскопії для того, щоб під візуальним контролем провести розтин спайок. Гістероскоп повинен бути тонким. Треба пам'ятати, що в пацієнок із СА часто спостерігається зрощення цервікального каналу. Синехії цервікального каналу розсікають за допомогою гістероскопічних ножиць, неквапливо просуваючись до порожнини матки.

Не можна руйнувати синехії наосліп за допомогою вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу, оскільки можна травмувати додатково вже видозмінений ендометрій. Оскільки навіть гістероскопія для матки з синехіями вельми груба маніпуляція, гістероскопію рекомендується проводити під контролем УЗД або лапароскопії.

У післяопераційному періоді жінкам із СА призначають циклічну гормональну терапію екстрагенами і гестагенами. Така терапія буде

стимулювати відновлення ендометрію та його циклічні зміни. Не рекомендується призначати комбіновані гормональні контрацептиви, оскільки ці препарати призводять до атрофічних змін ендометрію.

СА, ускладнений наявністю інфекції, вимагає бактеріологічного та вірусологічного дослідження вмісту порожнини матки (матеріал вакуумної біопсії) з подальшою антибактеріальною терапією.

СА — тяжка патологія, за наявності якої застосовується гістероскопія, часто рецидивує. Важливо використовувати профілактику внутрішньо-маткових синехій. З цією метою після проведення гістероскопії в порожнину матки вводяться гелеподібні наповнювачі, які перешкоджають контакту стінок матки й утворенням спайок.

Перспективи відновлення після трансцервікального розсічення внутрішньоматкових синехій залежать від протяжності та поширеності зрощень, ступеня облітерації порожнини матки. Найгірший прогноз щодо відновлення

менструальної та дітородної функції мають жінки з внутрішньоматковими синехіями туберкульозного генезу.

При настанні вагітності після успішного лікування СА у пацієнок зберігається висока ймовірність самовільного переривання вагітності, вагітності, яка завмерла, передлежання плаценти, передчасних пологів, післяпологових ускладнень. За неможливості природного зачаття рекомендується еко-метод, при якому проводиться штучне запліднення яйцеклітини. Виношування плоду можливо за допомогою сурогатного материнства.

ВИСНОВКИ

Ведення вагітності в жінок із діагнозом СА вимагає від акушера-гінеколога обліку всіх можливих ризиків.

Профілактика абортів, обережне виконання маткових маніпуляцій з урахуванням впливу генітальної інфекції є надійним і перспективним методом попередження виникнення СА. При кожному відвідуванні жінкою гінеколога нагадувати про необхідність регулярного лікаря.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акушерство та гінекологія : Національне керівництво : у 4 т. / В. М. Запорожан, В. К. Чайка, Л. Б. Маркін [та ін.] ; за ред. В. М. Запорожана. — К. : ВСВ «Медицина», 2014. — Т. 4 : Оперативна гінекологія: Національне керівництво. — 2014. — С. 221–226, 612–625.
2. Борис О. М. Сучасні підходи до лікування запальних захворювань органів малого тазу у жінок репродуктивного віку / О. М. Борис, Л. В. Суслікова, Н. Г. Прядко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — Київ : ТОВ «Видавництво «ЮСТОН», 2016. — Випуск 2 (38). — С. 87–94.
3. Ультразвуковая диагностика. Практическое решение клинических проблем / Э. И. Блют, К. Б. Бенсон, Ф. У. Раллс, М. Дж. Сигел ; пер. с англ. Ф. И. Плешкова [и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова, С. Н. Занько, А. И. Кушнерова, В. В. Рязанова. — М. : Медицинская литература, 2014. — Т. 2: УЗИ в гинекологии. — 398 с.
4. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии понятным языком / Под ред. А. И. Гус. — М. : Практическая медицина, 2014. — 304 с.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ

Доц. И. Н. Сыкал, канд. мед. наук В. Н. Ольховская

Внутриматочные синехии (синдром Ашермана) — это патологическое состояние матки, при котором поражается внутренний (функциональный) слой матки. Уплотнение эндометрия может носить диффузный или тотальный характер. В зависимости от степени поражения эндометрия различают 5 степеней тяжести синдрома Ашермана. Чаще эта патология возникает после внутриматочных вмешательств, после осложненных родов, абортов, операций на шейке матки, особенно при неуточненной генитальной инфекции. Основным клиническим проявлением синдрома Ашермана (СА) является нарушение менструальной функции в виде скудных болезненных месячных, вплоть до полного их отсутствия. Часто вследствие возникновения развивается бесплодие. Диагностика синдрома Ашермана заключается в ультразвуковой диагностике, рентгеносальпингографии. Гистероскопия является надежным методом диагностики и лечения СА. После выполненной гистероскопии показано лечение гормональными препаратами с учетом форм менструального цикла женщины. Распространенные комбинированные контрацептивные формы гормонов нельзя применять, так как они вызывают гипотрофию эндометрия.

В случае возникновения беременности после успешного лечения внутриматочных синехий, эти беременные находятся в группе риска по невынашиванию. Важно проводить профилактику возникновения внутриматочных синехий.

Ключевые слова: внутриматочные синехии, аменорея, бесплодие, гистероскопия.

INTRAUTERINE SYNECHIAE

I. M. Sykal, V. M. Olkhovskaya

Intrauterine synechia (Atherton syndrome) is a pathological condition of the uterus in which the inner (functional) layer of the uterus is affected. Compaction of the endometrium may be diffuse or total. Depending on the degree of damage to the endometrium, 5 degrees of severity of Atherton syndrome are distinguished. Most often this pathology occurs after intrauterine interventions, after complicated labor, abortion, operations on the cervix, especially with unspecified genital infection. The main clinical manifestations of SA is menstrual dysfunction in the form of scant painful periods, up to their complete absence. Often due to the onset of infertility. Diagnosis of Atherton syndrome consists of ultrasound diagnosis, X-ray salpingography.

Hysteroscopy is a reliable method of diagnosis and treatment for (AS). It is important to prevent occurrence of (IS). After the performed hysteroscopy, treatment with hormonal preparations is indicated, taking into account the forms of the woman's menstrual cycle. The common combined hormonal contraceptive forms of hormones cannot be used, as they cause endometrial hypotrophy.

In case of pregnancy after successful treatment of intrauterine synechiae, these pregnant women are at risk of miscarriage. It is important to prevent occurrence of (IS).

Keywords: Intrauterine synechia, amenorrhea, develops, hysteroscopy.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО
ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ Й УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2019 РІК**

КАФЕДРА ХІРУРГІЇ ТА ПРОКТОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Тамм Т. І. _____ *тел. 760-11-66*

Проктологія (для хірургів) 02.09–01.11 СПЕЦ

Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 02.09–01.10 ПАЦ

Ультразвукова діагностика (для лікарів лікувального профілю) 23.09–23.12 СПЕЦ

Ендоскопія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 03.10–01.11 ПАЦ

Проктологія (для хірургів) 02.09–01.11 СПЕЦ

Ультразвукова діагностика (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 02.09–01.10 ПАЦ

Ультразвукова діагностика (для лікарів лікувального профілю) 23.09–23.12 СПЕЦ

Ендоскопія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію) 03.10–01.11 ПАЦ

КАФЕДРА ГІГІЄНИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЇ І ПРОФЕСІЙНИХ ХВОРОБ

Зав. кафедри проф. Карaban О. М. _____ *тел. 310-01-73, 711-80-36*

Загальна гігієна (для лікарів медико-профілактичного профілю) 28.08–27.12 СПЕЦ

Загальна гігієна (для лікарів, які підтверджують звання лікаря-спеціаліста) 29.08–27.09 СТАЖ

Гігієна харчування (для лікарів, які підтверджують звання лікаря-спеціаліста) 05.11–04.12 СТАЖ