

Тактика допоміжних репродуктивних технологій у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки

С. В. Шиянова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Медичний центр «ISIDA-IVF», м. Київ

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безплідності у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Обстежено 100 жінок з безплідністю і 30 жінок репродуктивного віку (контроль). Усіх пацієнок було розподілено на три групи: I група – 46 жінок, в яких діагностована гіперплазія ендометрія; II група – 35 жінок з вродженими аномаліями розвитку матки; III група – 19 жінок з хронічним ендометритом. Групи I і III були використані як групи порівняння для оцінювання отриманих результатів.

Результати. Використання удосконаленого нами алгоритму застосування допоміжних репродуктивних технологій дозволяє підвищити їхню ефективність на 33,3%, а також знизити частоту невиношування вагітності на 23,3%.

Заключення. Отримані результати свідчать про необхідність використання диференційованого підходу під час планування та проведення допоміжних репродуктивних технологій не тільки з урахуванням наявності вроджених аномалій розвитку матки, а й потреби у розподіленні цих жінок з урахуванням форми наявної аномалії.

Ключові слова: вроджені аномалії розвитку матки, допоміжні репродуктивні технології, безплідність.

Частота безплідного шлюбу, за даними багатьох дослідників, становить від 10 до 20% [1–4]. У структурі жіночої безплідності вроджені аномалії розвитку матки (ВАРМ) посідають чільне місце, причому найчастішою такою патологією є дворога матка і різні перегородки в її порожнині [1, 5–7].

У літературі наведено безліч визначень поняття ВАРМ, але найчастіше цим терміном позначають різні анатомічні і функціональні вроджені дефекти матки [1]. ВАРМ є однією з причин розвитку порушень менструальної функції, звичного невиношування вагітності і жіночої безплідності [5].

Слід визнати, що постійно зростаючий інтерес до вивчення даної патології стримують певні труднощі, до яких належать поліетіологічність, гетерогенність і поліморфізм, що призводить до суттєвих розбіжностей у діагностичних підходах, трактуванні результатів обстеження, інтерпретації клінічних проявів, особливостей перебігу захворювання та у визначенні лікувальної тактики. Наведене вище підтверджує актуальність проблеми, переконує в необхідності вдосконалення методів обстеження жінок з ВАРМ, пошуку оптимальних діагностичних критеріїв, що дозволяють точно

виділити форму ВАРМ. Це, безумовно, важливо для призначення ефективної тактики лікування.

Останніми роками в Україні широко використовують допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), у тому числі і у разі жіночої безплідності. Незважаючи на те що серед протипоказань до застосування ДРТ фігурують і ВАРМ, проте не всі їхні форми і варіанти. При цьому відсутні чіткі критерії включення і виключення пацієнок з ВАРМ з програми ДРТ.

Усе викладене вище з'явилося підставою до проведення наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасної репродуктології.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування безплідності у жінок з ВАРМ на підставі наукового обґрунтування та впровадження удосконаленого алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 2013 до 2016 р. обстежено 100 жінок з безплідністю, які спостерігалися у медичному центрі «Ісйда-IVF» у відділенні з лікування безплідності (ВЛБ) і 30 жінок репродуктивного віку (контроль).

Критерії включення:

– вік від 24 до 46 років;

– безплідність;

– внутрішньоматкова патологія: гіперплазія ендометрія і хронічний ендометрит;

– вроджені аномалії розвитку матки (ВАРМ): перегородки – часткова (1/2, 1/3 порожнини) і повна; одно-, дворога, Т-подібна і подвоєна матка.

Критерії виключення:

– чоловіча безплідність;

– ендокринна, трубно-перитонеальна, імунологічна, асоційована з ендометріозом безплідність;

– порушення системи гемостазу.

Усіх пацієнок було розподілено на три групи: I група – 46 жінок, у яких діагностована гіперплазія ендометрія; II група – 35 жінок з ВАРМ (основна); III група – 19 жінок з хронічним ендометритом. Групи I і III були використані як групи порівняння для оцінювання отриманих результатів.

Зі 100 обстежених жінок з порушенням репродуктивної функції у 62 жінок була діагностована первинна безплідність, а у 38 жінок – вторинна безплідність (табл. 1).

Тривалість безплідності становила $5,5 \pm 0,5$ і $3,2 \pm 0,7$ року відповідно у групах з первинною і вторинною безплідністю, при цьому гормональні показники знаходилися у межах нормальних величин у всіх групах.

Таблиця 1

Характеристика обстежених жінок, n

Група	Первинна безплідність	Вторинна безплідність
I	29	17
II	22	13
III	11	8
Усього	62	38

Характер менструального циклу в обстежених пацієнток, %

Показник	I група, n=46	II група, n=35	III група, n=19
Регулярний менструальний цикл	55	30	42
Порушення менструального циклу	25	54	29
Укорочення менструального циклу	5	3	8
Олігоменорея	4	13	5
Ациклічні кровотечі	11	-	16

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість обстежених жінок були правильної статури, нормального фізичного розвитку, адекватні у спілкуванні. Вивчення спадковості і алергоанамнезу, перенесених інфекційних і неінфекційних захворювань не виявило достовірних відмінностей у групах. У 35 (35%) жінок діагностовано два і більше хронічних соматичних захворювання.

Під час вивчення характеру менструальної функції встановлено, що середній вік менархе становив 12,5±1,5 року. Появу першої менструації до 12 років відзначено у 5 (5%) пацієнток, у 14 років – у 4 (4%) пацієнток. Тривалість менструального циклу у більшості пацієнток – 75 (75%) знаходилася у межах 28–30 днів. Тривалість менструації у 60 (60%) пацієнток становила 4 і більше днів. Характер менструального циклу представлений у табл. 2.

Частина жінок мала значущі для реалізації репродуктивної функції перенесені і супутні гінекологічні захворювання, що впливають як на настання вагітності, так і на її виношування. Запальні захворювання органів малого таза діагностували у 45% жінок, міому матки – у 25% жінок, доброякісні утворення яєчників – у 15%, зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) – у 21%, захворювання шийки матки – у 30%.

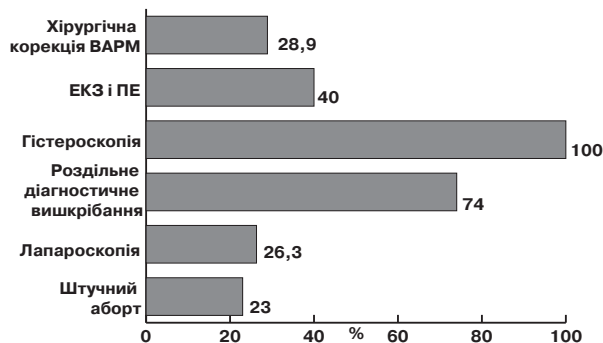
У 19 пацієнток з хронічним ендометритом виявлено спектр генітальної інфекції під час ПЛР-діагностики та у бактеріологічних посівах відокремлюваного з каналу шийки матки і порожнини матки з визначенням чутливості до антибіотиків. Цим пацієнткам була проведена антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості до препарату перед оперативним втручанням.

Під час вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу зафіксовано, що лише у 19 (50%) пацієнток з 38 з вторинною безплідністю були пологи. Одні пологи в анамнезі були у 17 (44,7%) жінок, двоє пологів – у 9 (23,6%). Штучне переривання вагітності було проведено 23 (60,5%) жінкам, у 15 (39,4%) з них – більше двох разів. Мимовільні викидні в анамнезі спостерігалися в 11 (28,9%) жінок, з них у 6 (15,7%) жінок – більше трьох разів.

У жінок всіх груп з первинною і вторинною безплідністю в анамнезі відзначали гінекологічні оперативні втручання.

Частота різних гінекологічних оперативних втручань у хворих з первинною і вторинною безплідністю представлена на малюнку.

Сорок (40%) пацієнток з безплідністю в анамнезі спостерігалися у відділенні з лікування безплідності. Усім їм були проведені програми екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) і перенесення ембріона (ПЕ), з них у 19 (47,5%) – настала вагітність, і лише у 7 (10%) з них вагітність завершилася пологами. Жінки всіх груп з первинною і вторинною безплідністю були розподілені за частотою спроб ЕКЗ і ПЕ.



Частота гінекологічних оперативних втручань у хворих з первинною і вторинною безплідністю, %

Кількість попередніх спроб ЕКЗ і ПЕ залежно від типу безплідності представлена у табл. 3.

З наведених даних видно, що середня кількість спроб ЕКЗ і ПЕ у пацієнток з первинною безплідністю вище порівняно із кількістю спроб ЕКЗ і ПЕ у пацієнток з вторинною безплідністю.

Усім жінкам було проведено гінекологічне обстеження: патології зовнішніх статевих органів не виявлено, оволодіння за жіночим типом. Огляд шийки матки у дзеркалах у 8 (8%) випадках дозволив виявити рубцеву деформацію шийки матки, у 10 (10%) випадках – ектопію шийки матки. Ці дані були підтвержені і доповнені результатами, отриманими під час розширеної кольпоскопії. Під час бімануального гінекологічного дослідження змін розмірів матки не виявлено, придатки з обох боків без особливостей, безболісні.

Усім жінкам проводили стандартний комплекс клінічних і лабораторних методів дослідження. Інструментальні методи дослідження включали ультразвукове дослідження матки і яєчників, гістеросальпінгографію, гістероскопію, хірургічну корекцію ВАРМ, вишкрібання порожнини матки або біопсію ендометрія. Гістологічне дослідження ендометрія, отриманого на 6–11-й дні менструального циклу, виконували у лабораторії патоморфології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».

Отже, проведене обстеження виявило, що жінки всіх груп з первинною і вторинною безплідністю в анамнезі мали внутрішньоматковий втручання, які є причиною травматизації ендометрія і проникнення інфекції у порожнину матки; 90% обстежених жінок отримували раніше терапію, спрямовану на відновлення репродуктивної функції; 40% обстежених жінок раніше спостерігалися у відділенні ДРТ, проте спроби ЕКЗ і ПЕ були неефективні.

Алгоритм ведення жінок з ВАРМ включав наступне:

Таблиця 3

Кількість попередніх спроб ЕКЗ і ПЕ залежно від типу безплідності

Група	Первинна безплідність	Вторинна безплідність
I	1-6	3
II	2-10	1
III	2-3	1

1. Для лікування безплідності у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки загальними моментами незалежно від типу аномалій є висока діагностична цінність використання МРТ на етапі диференціальної діагностики.

2. Тактика хірургічного лікування залежить від типу вроджених аномалій розвитку матки:

- у разі однорогої матки: гемігістеректомія показана тільки за наявності рудиментарного рогу з функціонуючим ендометрієм;

- у разі подвоєння матки: хірургічна корекція об'єднання порожнини матки (Strassman metroplasty) розглядається тільки за наявності звичайного невиношування;

- у разі дворогої матки: видалення перегородок та об'єднання двох шийок матки розглядається тільки за наявності звичайного невиношування та передчасних пологів в анамнезі;

- за наявності матки з перегородкою: резекція перегородки.

3. Під час проведення ДРТ у жінок з різними варіантами ВАРМ обов'язкова профілактика багатоплідної вагітності: перенесення одного обраного ембріона та редукція до одного ембріона у разі однорогої, подвоєної матки або після проведення хірургічної корекції.

Отримані результати свідчать, що у структурі ВАРМ у жінок з безплідністю переважали дефекти формування (перегородки – 48,6%); злиття (однорога матка або повне подвоєння – 37,1%) у порівнянні з абсорбцією (дворого матка – 14,3%).

За порушення репродуктивної функції у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки частіше діагностували первинну безплідність (85,7%), тривалість якої становила

від 1 до 3 років (68,5%). Серед основних варіантів супутньої гінекологічної патології частіше виявляли хронічні запальні процеси (48,6%) та захворювання шийки матки (25,7%).

Основними імуногістохімічними змінам ендометрія у жінок з ВАРМ є низька проліферативна активність ендометрія, зниження індексу експресії естрогенових і прогестеронових рецепторів та відсутня експресія VEGF.

Провідні особливості використання ДРТ у жінок з вродженими аномаліями розвитку матки такі:

- середня кількість ооцитів вище у жінок з однорогою маткою або її подвоєнням;

- найбільшу товщину ендометрія та частоту імплантації реєструють у жінок з дворогою маткою;

- частота настання вагітності вище у жінок з перегородкою та однорогою маткою;

- найвищий рівень переривання вагітності у I триместрі спостерігається у жінок з перегородкою матки.

Використання удосконаленого нами алгоритму використання ДРТ дозволяє підвищити їхню ефективність на 33,3%, а також знизити частоту невиношування вагітності на 23,3%.

ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати свідчать про необхідність використання диференційованого підходу під час планування та проведення допоміжних репродуктивних технологій не тільки з урахуванням наявності вроджених аномалій розвитку матки, а й потреби у розподіленні цих жінок з урахуванням форми наявної аномалії.

Тактика использования вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с врожденными аномалиями развития матки С.В. Шиянова

Цель исследования: повышение эффективности лечения бесплодия у женщин с врожденными аномалиями развития матки на основе научного обоснования и внедрения усовершенствованного алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Обследовано 100 женщин с бесплодием и 30 женщин репродуктивного возраста (контроль). Все пациентки были разделены на три группы: I группа – 46 женщин с гиперплазией эндометрия; II группа – 35 женщин с врожденными аномалиями развития матки; III группа – 19 женщин с хроническим эндометритом. Группы I и III были использованы для сравнения полученных результатов.

Результаты. Использование усовершенствованного нами алгоритма применения вспомогательных репродуктивных технологий позволяет повысить их эффективность на 33,3%, а также снизить частоту невынашивания беременности на 23,3%.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости использования дифференцированного подхода при планировании и проведении вспомогательных репродуктивных технологий не только с учетом наличия врожденных аномалий развития матки, но и разделения женщин с учетом типа аномалий развития.

Ключевые слова: врожденные аномалии развития матки, вспомогательные репродуктивные технологии, бесплодие.

Tactics of the use of auxiliary genesial technologies at women with congenital anomalies of development of uterus S.V. Shyanova

The objective: rising of efficiency of treatment of sterility at women with congenital anomalies of development of uterus on the basis of scientific justification and introduction of advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Patients and methods. 100 women with sterility and 30 women of genesial age are surveyed (control). All patients were divided into 3 groups: The I group – 46 women with hyperplasia of the endometrium, the II group – 35 women with congenital anomalies of development of uterus, the III group – 19 women with a chronic endometritis. Groups I and III were used for comparison of the received results.

Results. Use of advanced algorithm of auxiliary genesial technologies allows to increase their efficiency for 33,3%, and also to reduce the frequency of not incubation of pregnancy by 23,3%.

Conclusion. The received results testify to need of use of the differentiated approach when planning and carrying out auxiliary genesial technologies not only taking into account existence of congenital anomalies of development of a uterus, but also separation of women taking into account type of anomalies of development.

Key words: congenital anomalies of development of uterus, auxiliary genesial technologies.

Сведения об авторе

Шиянова Светлана Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вереснюк Н.С., 2016. Порівняльна оцінка методів візуалізації аномалій розвитку матки / Н.С. Вереснюк // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології: 1: 43–49.
2. Грищенко В.І., 2009. Акушерство: підручник / В.І. Грищенко, М.О. Щербина. – К.: Медицина: 408.

3. Назарова І.Б., 2009. Фізіологічне акушерство: підручник / І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. – К.: Медицина: 407.
4. Хміль С.В., 2015. Акушерство: підручник / С.В. Хміль, Л.І. Романчук, З.М. Кучма. – Тернопіль: Підручники і посібники: 624.
5. Буянова С.Н., 2015. Опыт рекон-

структивных операций при аномалиях развития матки / С.Н. Буянова, А.А. Попов, М.В. Мислиашвили // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М.: Пантори: 180–191.
6. Bermejo C., 2016. Three-dimensional ultrasound in the diagnosis of Myllerian duct

anomalies and concordance with magnetic resonance imaging / C. Bermejo, P. Martinez Ten, R. Cantarero // Ultrasound Obstet Gynecol.: 5(5) : 593–601.
7. Strassmann E.O., 2015. Operations for double uterus and endometrial atresia / E.O. Strassmann // Clin Obstet Gynecol.: 4: 240.

Статья поступила в редакцию 26.09.17