**Гошкодеря Ірина Юрівна. Діагностика і реабілітація порушень репродуктивної функції у жінок з хронічним ендометритом : Дис... канд. наук: 14.01.01 – 2006**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Гошкодеря І.Ю. Діагностика і реабілітація порушень репродуктивної функції у жінок з хронічним ендометритом.** – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01. – акушерство та гінекологія. – Науково-дослідний інститут медичних проблем сім'ї Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, Донецьк, 2005.  Дисертаційна робота присвячена актуальній задачі акушерства і гінекології – підвищенню ефективності відновлення репродуктивної функції у пацієнток із хронічним ендометритом (ХЕ). На підставі вивчення особливостей генітального мікробіоценозу, гормонального й імунного статусу, кровообігу в матці і яєчниках, гістоструктури ендометрія і його рецепторів до статевих стероїдів розроблені і впроваджені в практику комплексна схема діагностики і програма відновлення репродуктивної функції жінок із ХЕ, що дозволило підвищити ефективність діагностики цієї патології і збільшити кількість випадків настання вагітності.  ХЕ потрібно розглядати як симптомокомплекс порушень у гормональній та імунній системах, що виникає внаслідок хронічного запалення й пошкодження ендометрія з наступними патологічними змінами в репродуктивній системі – звичне невиношування, вторинна безплідність, порушення МЦ. У зв'язку з вищевикладеним був розроблений і впроваджений комплекс лікувальних і реабілітаційних заходів для пацієнток із ХЕ, що планують вагітність.  На тлі проведеного лікування відновлення МЦ відбулося у 92,50% пацієнток (р<0,05). Кількісні і структурні зміни ендометрія у бік нормалізації відповідно до дня МЦ відбулися у 65,00% пацієнток (р<0,05). Кровообіг у a.uterina і a.ovarica відновився до норми у 75,00% пацієнток основної групи (р<0,05). Гормональні показники відновилися в 94,50% випадків (р<0,05). У 45,00% настала вагітність, яка закінчилася пологами в строк. | |
| |  | | --- | | В дисертації наведене нове рішення актуальної задачі акушерства і гінекології – підвищення ефективності відновлення репродуктивної функції у пацієнток із хронічним ендометритом. На підставі вивчення особливостей генітального мікробіоценозу, гормонального та імунного статусу, кровообігу в матці і яєчниках, гістоструктури ендометрія і його рецепторів до статевих стероїдів розроблені і впроваджені в практику комплексна схема діагностики і програма відновлення репродуктивної функції жінок із хронічним ендометритом, що дозволило підвищити ефективність діагностики цієї патології і збільшити кількість випадків настання вагітності.   1. Встановлено, що хронічний ендометрит діагностується в 55% жінок з порушенням репродуктивної функції і характеризується мало- або асимптомним клінічним перебігом, супроводжується порушенням функції яєчників з розвитком недостатності лютеїнової фази, розвитком вторинного імунодефіциту, розладами кровообігу в матці таяєчниках. 2. Доведено, що в 94,81% жінок із хронічним ендометритом у каналі шийки матки персистують різні інфекційні збудники, у тому числі моноінфекція – у 18,18%, протозойно-вірусно-бактеріальна – у 76,63%. Найбільш часто в каналі шийки матки зустрічаються хламідії (32,88%), гарднерели (28,50%) і уреаплазма (26,74%). ВПГ реєструється в 21,92%, ЦМВ – у 19,35%, стафілокок – у 15,07%, кишкова паличка – у 17,81%, стрептокок – у 21,92% випадків. У зіскрібках ендометрія виявляються наступні збудники: хламідії – у 50,65%, ЦМВ – у 17,45%, ВПГ – у 15,36%. У 25,97% має місце невідповідність спектра мікроорганізмів у цервікальному каналі та ендометрії. 3. Виявлено, що у хворих з порушенням репродуктивної функції і хронічним ендометритом змінюється структура і товщина ендометрія перед овуляцією (8,24±1,22 мм, у контролі 11,49±1,74 мм, р<0,05). Зменшується величина домінантного фолікула в порівнянні з контролем у цей же період (14,24±1,47 мм і 19,28±0,45 мм, р<0,05), реєструється зниження рівня П на 21,45% (р<0,05) і Е2 до нижньої межі норми, змінюється співвідношення ФСГ / ЛГ на 5-7 день МЦ до 1,25±0,20. 4. Встановлено, що у жінок із хронічним ендометритом має місце порушення імунного гомеостазу за типом вторинного імунодефіциту; зниження Т-клітинного (СД3+ – на 12,10%, СД4+ – на 21,30%, CD16 – на 23,50%,CD22+ – на 26,20%) і гуморального імунітету (Ig G – на 25,20%), активності моноцитарно-макрофагальної системи (зниження рівня комплемента в 1,7 разу, підвищення концентрації ЦІК в 1,5 і показників NST-тесту в 1,6 разу) (р<0,05). Найбільші зрушення показників імунітету відзначаються у пацієнток з тривалістю захворювання понад 5 років і при персистенції асоціативної інфекції з наявністю ВПГ і ЦМВ. 5. Уточнено, що найбільш характерними морфологічними ознаками хронічного ендометриту у жінок з порушеннями репродуктивної функції є лімфоїдна інфільтрація функціонального і базального шарів ендометрія (33,77%), наявність плазматичних клітин (100,00%), осередковий фіброз строми (32,47%) і склероз спіральних артерій (80,52%). У 59,74% пацієнток із хронічним ендометритом виявляються поліпи ендометрія, у 42,85% – осередкова гіперплазія ендометрія, що, можливо, є наслідком хронізації запального процесу в ендометрії. 6. Встановлено, що найбільш інформативними фазами менструального циклу для дослідження рецепторів до стероїдних гормонів є середня, пізня проліферативна і рання секреторна. Максимальне збільшення експресії рецепторів до естрогенів і прогестерону в залозах відзначається в середній (IRS 189,00±10,0 ум.од., р<0,05) і пізній (IRS 69,06±5,31 ум.од., р<0,05) фазі проліферації; а в стромі ендометрія максимальне значення експресії рецепторів до естрогенів – у середній фазі проліферації (IRS 138,44±5,76 ум.од.), рецепторів до прогестерону – у пізній фазі проліферації (IRS 155,75±2,55 ум.од., р<0,05) і середній фазі секреції (IRS 120,33±5,83 ум.од., р<0,05). При хронічному ендометриті у фазі середньої проліферації в залозах IRS рецепторів до естрогенів знижується в 9,6 разу (р<0,05), до прогестерону – у 4 рази; в стромі IRS рецепторів до естрогенів знижується в 80 разів (р<0,05), до прогестерону – у 3,3 разу (р<0,05). 7. Вперше запропонована класифікація ступенів рецепторної недостатності ендометрія до стероїдних гормонів, заснована на визначенні відношення показників IRS при хронічному ендометриті до аналогічних у контролі, вираженому у відсотках: 0 ступінь (норма) – 81%-100%, І ступінь – 51%-80%, ІІ ступінь – 11%-50%, III ступінь – 0%-10%. У жінок із хронічним ендометритом і порушеною репродуктивною функцією І ступінь естрогенної рецепторної недостатності в залозах виявляється в 7,79% випадків, ІІ ступінь – у 12,99%, ІІІ ступінь – у 79,22%; в стромі естрогенна рецепторна недостатність І ступеня реєструється у 7,79% спостережень, ІІ ступеня – у 18,18%, ІІІ ступеня – у 74,03%. У 3,89% жінок із хронічним ендометритом спостерігається цілковита відсутність стероїдних рецепторів в ендометрії, що пов'язано з великою тривалістю захворювання (понад 5 років), наявністю асоційованої вірусно-бактеріальної інфекції, з великою кількістю внутрішньоматкових втручань (більше 4) і присутністю внутрішньоматкового контрацептиву більше 5 років. 8. Встановлено, що застосування запропонованої програми діагностики і реабілітації жінок із хронічним ендометритом дозволило покращити відновлення менструальної функції на 28,00% (з 64,50% до 92,50%, р<0,05), а репродуктивної функції – на 34,20% (з 10,80% до 45,00%, р<0,05). | |