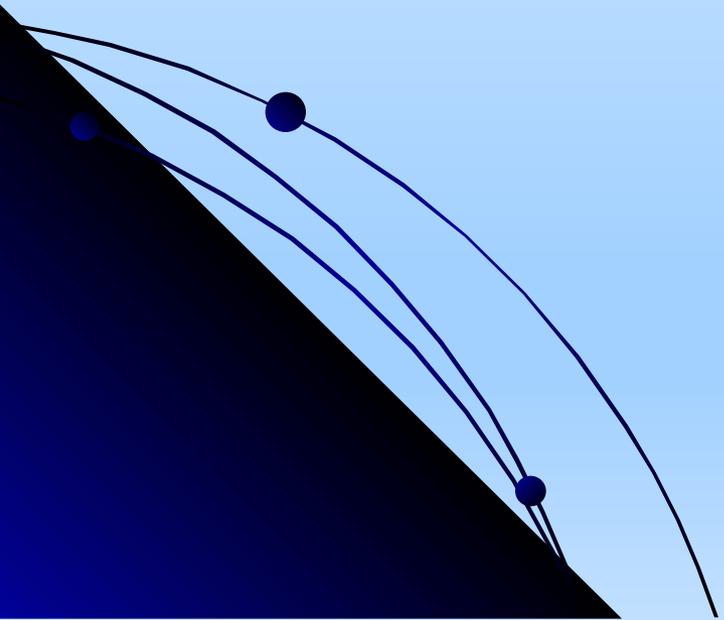


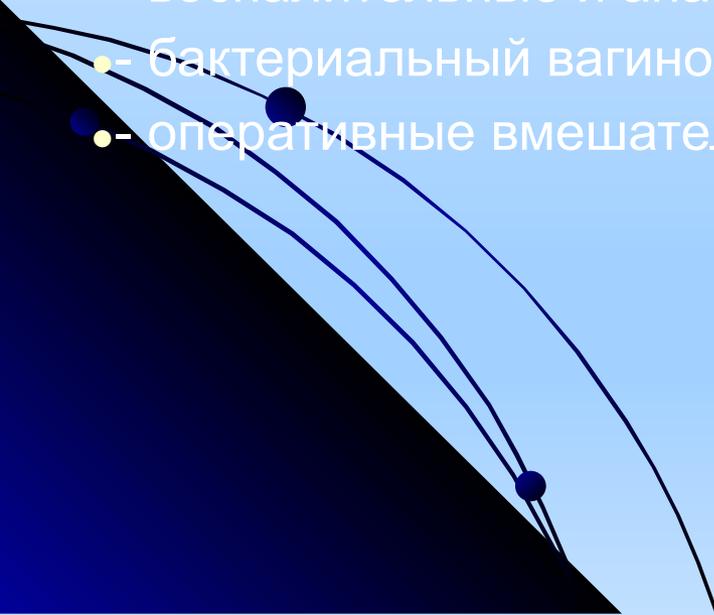
ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ

Выполнила студентка группы
17-1141
Заикина О.А.

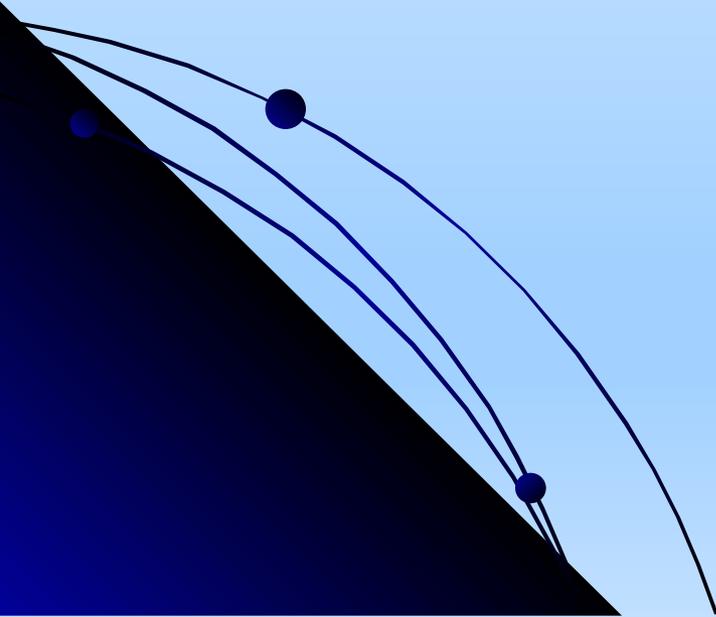


- **Хронический эндометрит** – это клинико-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению его циклической трансформации и рецептивности.
- **Код(ы) МКБ-10:**
N71.1 Хронические воспалительные болезни матки

Факторами риска развития хронического эндометрита являются:

- инвазивные манипуляции в полости матки (аборты, гистероскопия, диагностическое выскабливание, биопсия эндометрия, гистеросальпингография, введение внутриматочных контрацептивов, инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение и др.),
 - инфекционно-воспалительные осложнения после родов,
 - инфекции, передаваемые половым путем,
 - хронические воспалительные заболевания органов малого таза,
 - воспалительные и анатомические изменения шейки матки,
 - бактериальный вагиноз,
 - оперативные вмешательства на органах малого таза.
- 

- **Ведущими причинами ХЭ** является ассоциация микроорганизмов, а также персистенция условно-патогенной флоры и персистенция вирусов.



Особенностями ХЭ являются:

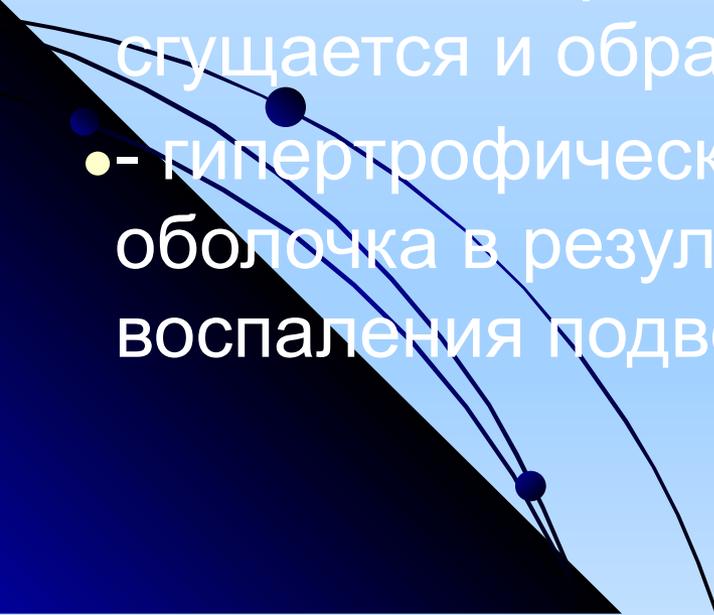
- — изменением этиологической структуры с увеличением значимости вирусной и условно-патогенной флоры,
- — увеличением резистентности флоры к фармакотерапии,
- — трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых форм и атипичного течения,
- — несоответствием клинических проявлений и структурных изменений в эндометрии.

На сегодняшний день существует несколько классификаций ХЭ:

По этиологическому фактору:

- неспецифический (развивается на фоне ВМС, лучевой терапии органов малого таза, при бактериальном вагинозе, при приеме оральных контрацептивов);
- специфический (ВИЧ, палочка Коха);
- хламидийный (*Chlamidia trachomatis*);
- вирусный (ВПГ, ЦМВ, ВИЧ);
- бактериальный (*Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Neisseria meningitidis*, *Candida albicans*).

Выделяют несколько морфологических вариантов ХЭ:

- атрофический, при котором отмечается атрофия желез, фиброз стромы, инфильтрация ее лимфоидными элементами;
 - кистозный, при котором фиброзная ткань сдавливает протоки желез, содержимое их сгущается и образуются кисты,
 - гипертрофический, при котором слизистая оболочка в результате хронического воспаления подвергается гиперплазии.
- 

Хронический эндометрит возникает чаще в репродуктивном периоде женщины (88,2% больных с ХЭ находятся в возрасте 21-45 лет).

● **Жалобы:**

- · нарушение репродуктивной функции: бесплодие, невынашивание беременности.

● **Анамнез:**

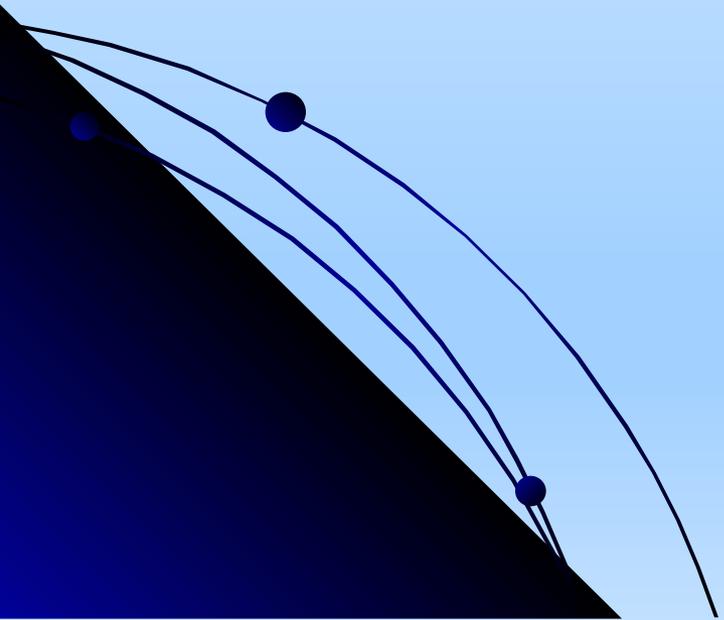
- · острый или хронический эндометрит в анамнезе;
- · осложненные роды, аборты;
- · внутриматочные инвазивные манипуляции (выскабливание полости матки, введение или извлечение ВМК);
- · бесплодие;
- · привычное невынашивание.

Клинические проявления:

- - тянущие боли внизу живота;
 - - диспареуния;
 - - серозные и серозно-гноевидные бели из половых путей;
 - - нарушение менструального цикла в виде дисменореи, ациклических или перименструальных кровянистых выделений.
- У части больных ХЭ протекает латентно. Подозрение на его наличие появляется при бесплодии, включая неэффективность ЭКО, невынашивании беременности.

Диагностика ХЭ осуществляется на основании следующих данных:

1. Сбор анамнеза (характеристика менструальной и репродуктивной функций, жалобы, клинические проявления).



Симптомы, лабораторные данные	Хронический эндометрит	Аденомиоз (эндометриоз тела матки)
Боли внизу живота	боли внизу живота тянущего и ноющего характера	боли внизу живота носят циклический характер
Анамнез	длительное ношение ВМК, случайные половые связи, внутриматочные инвазивные манипуляции	эндометриоз в анамнезе
Бимануальное исследование	возможна болезненность и небольшое увеличение и уплотнение матки	матка шаровидной формы, возможно уплотнение крестцово-маточных связок
Данные УЗИ	неоднородная эхоструктура эндометрия, расширение полости матки, гиперэхогенные включения в базальном слое эндометрия, истончение эндометрия во 2 фазе м.ц.	неоднородность структуры миометрия, наличие эконегативных структур пониженной эхогенности в миометрии размерами 0,2–0,6 см, увеличение переднезадних размеров матки

Диагностика ХЭ осуществляется на основании следующих данных:

2. Мазок на флору и степень чистоты из влагалища и цервикального канала, бактериологический посев содержимого влагалища.

3. ПЦР диагностика ИППП из цервикального канала (хламидии - метод NASBA, микоплазмы - бактериологический посев, генитальный герпес, цитомегаловирус - ПЦР), бактериологический анализ посева из полости матки

4. Ультразвуковое исследование проводится на 5–7-й день менструального цикла.

Признаки ХЭ:

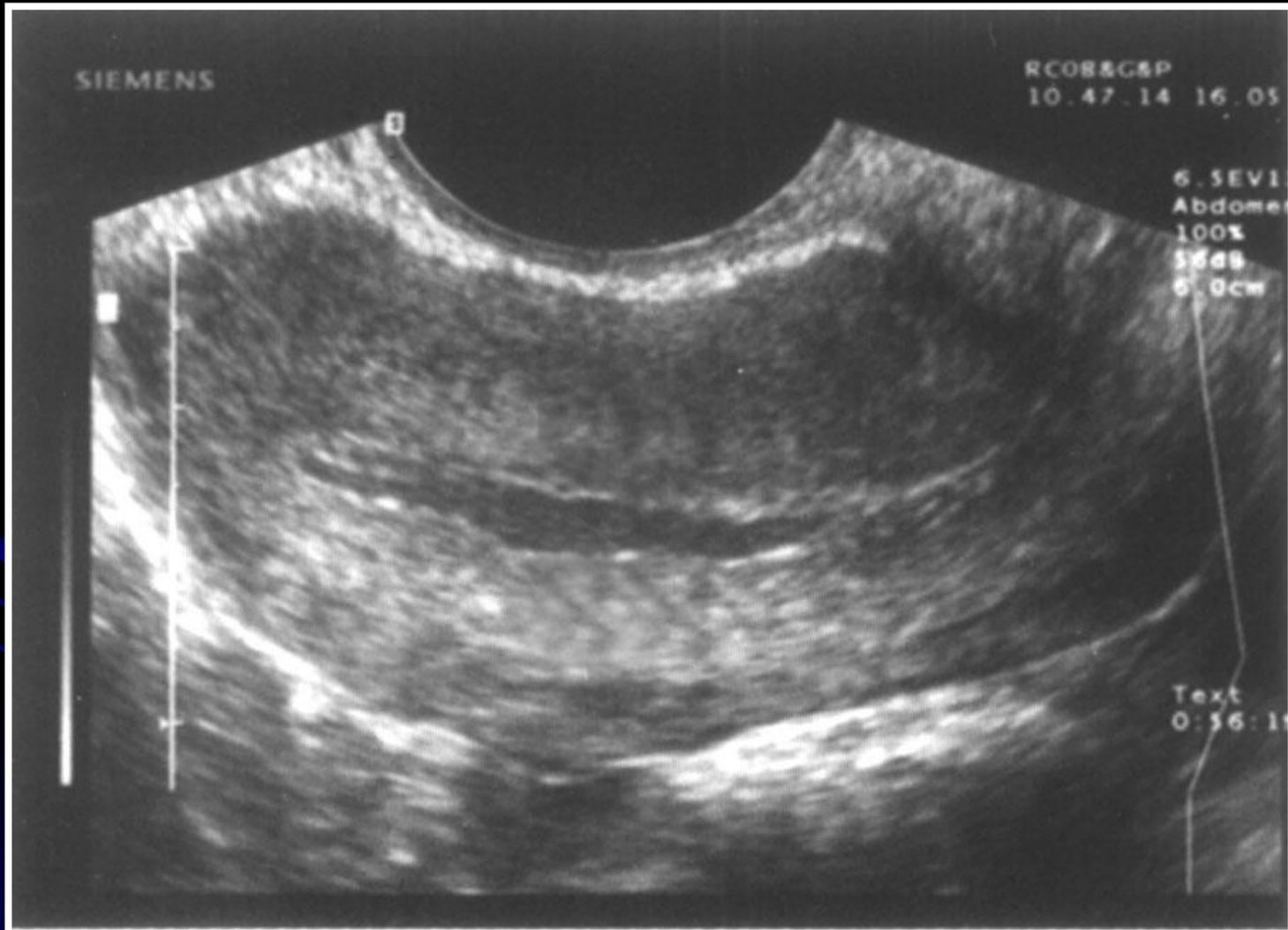
- Истончение эндометрия.
- Повышение эхогенности эндометрия в пролиферативную фазу.
- Атрофия эндометрия при длительно текущем процессе, а также при ХЭ туберкулезной этиологии.
 - Неровный контур эндометрия.
 - Неоднородная эхоструктура эндометрия.
 - Неровность линии смыкания эндометрия передней и задней стенок матки.
 - Наличие инородного тела в полости матки (внутриматочный контрацептив, фрагменты скелета плода после неполного аборта), как провокатора воспаления.
 - Неравномерное расширение полости матки в пролиферативную фазу за счет нарушения проницаемости сосудов.
 - Газообразные пузырьки в полости матки.
 - Гиперэхогенные включения в проекции базального слоя, которые могут быть единичные или множественные вплоть до эффекта «ободка».
 - Синехии в полости матки, определяемые в виде изо - или гиперэхогенного столбика. Для дифференциальной диагностики двурогой маткой проводится продольное и поперечное сканирование.
 - Диффузно-очаговые и кистозные изменения субэндометриальной зоне миометрия.
 - Расширение вен миометрия >3 мм и параметрия >5 мм.

У каждой второй больной с ХЭ отмечается наличие нескольких из перечисленных признаков. Чувствительность метода составляет 78,1%, специфичность - 91%.

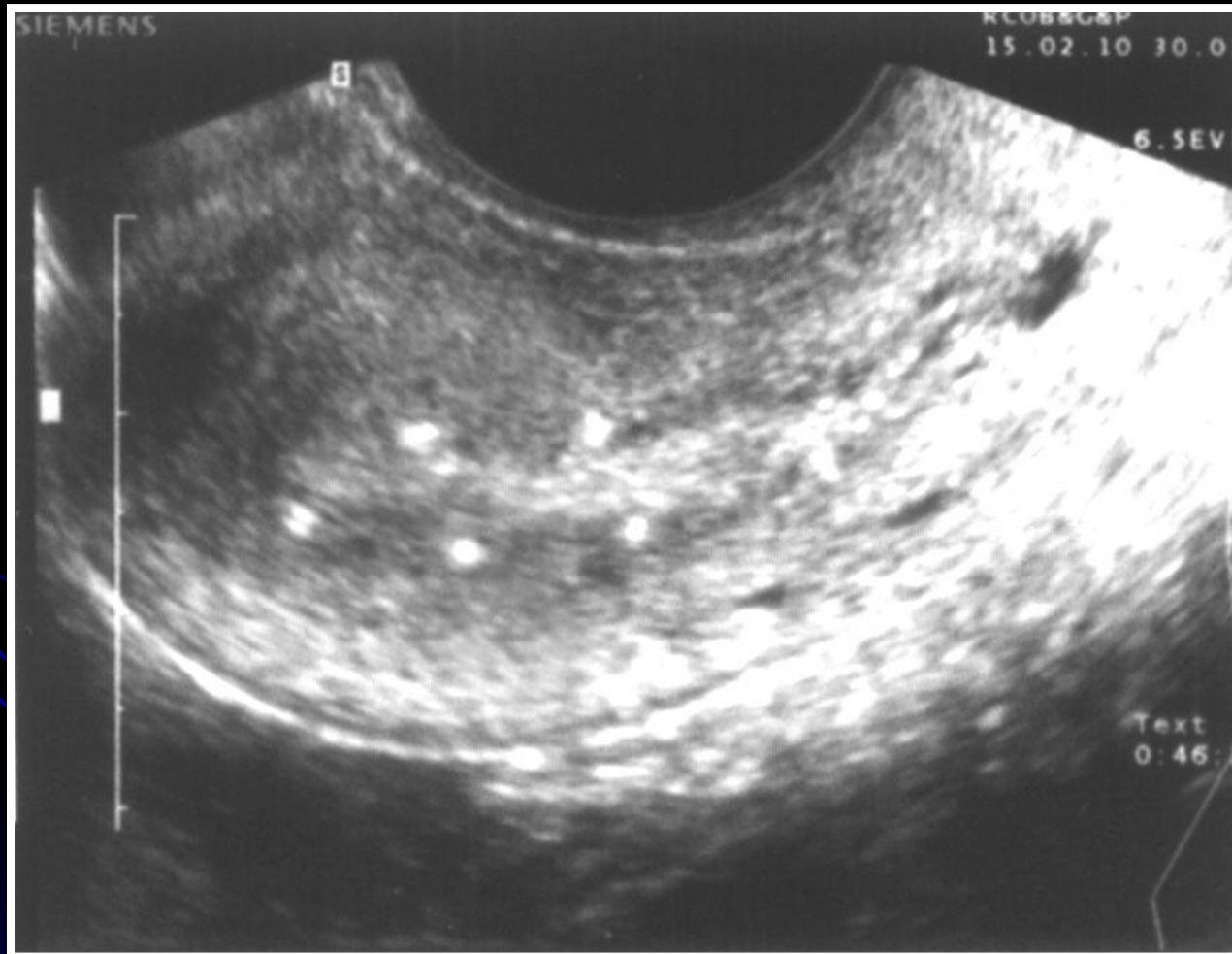
Ультразвуковые признаки хронического эндометрита. Газ в полости матки



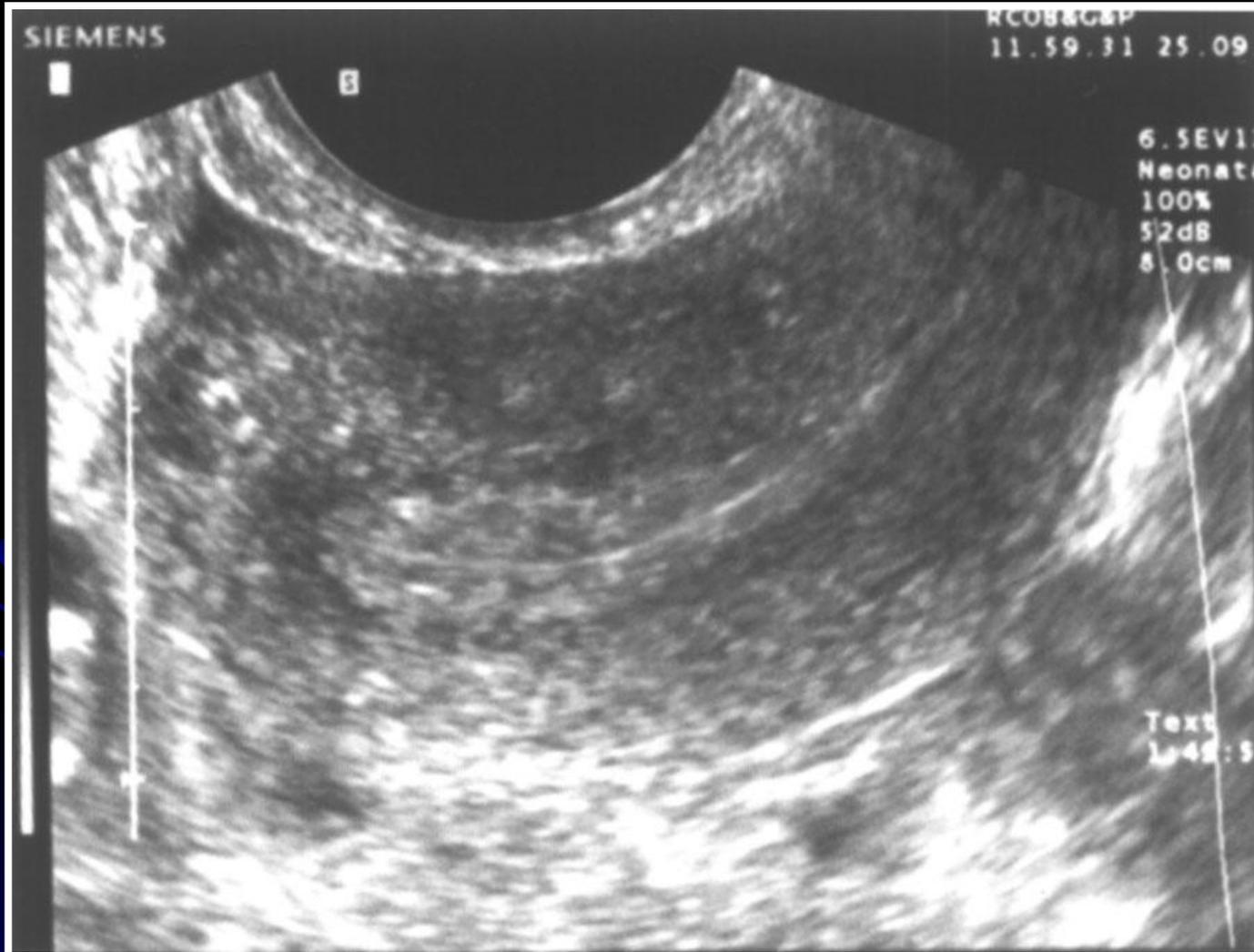
**Ультразвуковые признаки хронического эндометрита.
Расширение полости матки (сразу после менструации)**



Ультразвуковые признаки хронического эндометрита.
Гиперэхогенные включения в базальном слое



Ультразвуковые признаки хронического эндометрита. Асимметрия толщины стенок эндометрия



5. Гистероскопия проводится в первую фазу менструального цикла (5-7 день).

Она позволяет выявить признаки воспалительного процесса эндометрия:

- неравномерная толщина эндометрия (в 31% случаев),
- полиповидные выросты (31,2%),
- неравномерная окраска и гиперемия слизистой оболочки (22,0% и 12,8%),
- точечные кровоизлияния (8%),
- очаговая гипертрофия слизистой оболочки (8%).

В результате отсутствия типичных макроскопических признаков ХЭ, точность гистероскопии составляет лишь 16–35% случаев. При подозрении на хронический эндометрит гистероскопия важна для исключения всего спектра внутриматочной патологии. Для верификации диагноза необходимо проведение морфологического исследования эндометрия.

6. Морфологическое исследование эндометрия является «золотым стандартом» в диагностике хронического эндометрита. Диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки (во время гистероскопии или самостоятельно) и биопсию производят в на 5-7-й дни менструального цикла.

Критериями морфологической диагностики хронического эндометрита являются:

- воспалительные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоидных элементов, расположенные чаще вокруг желез и кровеносных сосудов, реже диффузно. Очаговые инфильтраты имеют вид «лимфоидных фолликулов» и располагаются не только в базальном, но и во всех отделах функционального слоя, в состав их входят также лейкоциты и гистиоциты;
- наличие плазматических клеток;
- очаговый фиброз стромы, возникающий при длительном течении хронического воспаления, иногда захватывающий обширные участки;
- склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия, появляющиеся при наиболее длительном и упорном течении заболевания и выраженной клинической симптоматике.

В последнее время широко стал применяться метод аспирационной биопсии, который проводится в амбулаторных условиях так же в первую фазу менструального цикла с помощью аспирационной кюретки Pipell de Cornier. Преимуществами данного метода являются:

- отсутствие необходимости госпитализации для проведения диагностической процедуры;
- исключает использование расширителей цервикального канала;
- часто используется в предгравидарной подготовке;
- требует меньших финансовых затрат.

Недостатком данного метода является невозможность устранения внутриматочных проблем во время диагностической процедуры (удаление синехий, остатков ВМС, полипов и т. д.).

7. Иммуногистохимическое исследование.

Проводится определение количества рецепторов в эндометрии с помощью маркера плазматических клеток CD138. Это позволяет увеличивать точность морфологической верификации ХЭ на 25-30%. Данный метод исследования проводится в сложных клинических ситуациях, когда диагноз ХЭ остается сомнительным, а так же для повышения эффективности лечения ХЭ у пациенток с привычным невынашиванием, бесплодием, при неудачных попытках ЭКО.

8. Иммуноферментный метод позволяет определять содержание эндометриальных белков АМГФ и ПАМГ в смывах из полости матки и в менструальных выделениях.

Процедура получения смыва осуществляется амбулаторно с помощью шприца-аспиратора Ipras MVA Plus и канюль Ipras EasyGrip диаметром 4 мм. При этом в полость матки вводится 2 мл стерильного физиологического раствора и после экспозиции 1 мин.

Содержимое аспирируется, помещается в стерильную пробирку и направляется для исследования.

9. Оценка гормональной функции яичников необходима для полной реабилитации пациенток с невынашиванием беременности на фоне ХЭ.

При этом проводится исследование гонадотропных (ЛГ, ФСГ, пролактин) и стероидных (эстрадиол, тестостерон) гормонов на 5-7 дни цикла и прогестерона на 22-24 дни. При необходимости определяется сывороточное содержание гормонов щитовидной железы и надпочечниковых андрогенов.

При лечении ХЭ необходимо
учитывать все звенья патогенеза
заболевания, поэтому оно должно
быть комплексным,
последовательным,
этиопатогенетическим и
контролируемым.

1. Антибактериальная терапия, с учетом их чувствительности.

Основу базовой антибактериальной терапии должны составлять комбинации фторхинолонов и метронидазолов; цефалоспоринов 3 поколения, макролидов и метронидазолов; пенициллины с макролидами. Все эти комбинации обязательно сочетаются как с системными, так и с местными противогрибковыми препаратами.

- А) Препараты группы макролидов: Джозамицин, Азитромицин.
- Б) Препараты группы фторхинолонов: Офлоксацин.
- В) Препараты группы цефалоспоринов 3 поколения: Цефтриаксон.
- Г) Препараты группы пенициллинового ряда: Амоксициллин (флемоксин солютаб, флемоклав солютаб) 500 мг по 1 таб. 3 раза в день-7-10 дней.
- Д) препараты группы тетрациклина: Доксициклин (Юнидокс-солютаб) 100 мг по 1 таб. 2 раза в день – 10 дней.
- Е) Препараты группы метронидазола: Трихопол.
- Ж) Антимикотические препараты системного действия:

- Флуконазолы (Дифлюкан) 150 мг по 1 кап на 6 и 13 день лечения антибактериальными препаратами.

- Пимафуцин 100 мг по 1 таб. 4 раза в день 7 дней.

2. При наличии вирусной инфекции (ВПГ) применяются противовирусные препараты: Ацикловир, Валацикловир, Фамвир.

При повторной активации вирусной инфекции курс увеличивается до 90 дней и более (в зависимости от числа рецидивов).

3. Из группы иммуномодуляторов наиболее часто используются: Генферон (250, 500 тыс. ед.). По 250 тыс. ед. 2 раза в сутки интравагинально в течение 10 дней после антибактериальной и местной терапии или по 500 тыс. ед. 2 раза в сутки ректально одновременно с антибактериальной и местной терапией в течение 10 дней.

4. После проведения противомикробной и противовирусной терапии обязательно восстановление биоценоза во влагалище: Вагилак, Вагинорм–С, Экофемин.

Для восстановления обменных процессов в эндометрии наиболее часто используются: Вобэнзим, Хофитол, Витамин Е, Витамин В.

С целью восстановления рецептивности эндометрия эффективно использование физиотерапевтических процедур: электрофорез с цинком, магнием; лазеротерапия, магнитотерапия, иглорефлексотерапия, озонотерапия.

5. Гормональная терапия.

Используют низко- и микродозированные комбинированные контрацептивы (КОК), содержащие высокоселективный гестаген. Оптимальными препаратами являются регулон и новинет. Их назначают по 1 таблетке с 5 по 25 дни менструального цикла в течение не менее 3 месяцев.

В ряде случаев (при достаточном содержании эстрогенов) для коррекции недостаточности лютеиновой фазы достаточно назначения гестагенов во вторую фазу цикла на 2-3 месяца.

- Дюфастон 10 мг по 1 таб. 2 раза в день с 16-25 день менструального цикла;
- Утрожестан 200 мг по 1 таб. 2 раза в день с 16-25 день менструального цикла во влагалище.

Комплексная терапия ХЭ у пациенток с невынашиванием беременности должна завершаться оценкой ее эффективности, для того, чтобы максимально снизить риск последующих репродуктивных потерь.

Хирургическое вмешательство:

Виды операций:

- гистерорезектоскопия;
- выскабливание полости матки;

Показания к операции:

- выявление синехий и полипов в полости матки

Противопоказания к хирургическому вмешательству:

- острые воспалительные заболевания органов малого таза.

Критериями эффективности лечения ХЭ являются:

- купирование клинических симптомов заболевания
- элиминации патогенной микрофлоры из полости матки, подтвержденная результатами бактериологического и ПЦР исследования.
- восстановление эхографической картины эндометрия.
- восстановление морфологической структуры эндометрия
- восстановление функционального состояния эндометрия
- нормализация менструального цикла с полноценной лютеиновой фазой
- снижение уровня цитокинов.

- **Госпитализация**

- **Показания для плановой госпитализации или для стационарозамещающей помощи:**

- · женщины с бесплодием;
- · женщины с привычным невынашиванием;
- · женщины с нарушением менструальной функции (при наличии сонографических и анамнестических данных в пользу хронического эндометрита) для проведения гистероскопии и/или выскабливания полости матки (с последующим гистологическим исследованием соскоба или биопсии эндометрия) с целью диагностики хронического эндометрита;
- · пациентки с безэффективностью ЭКО.

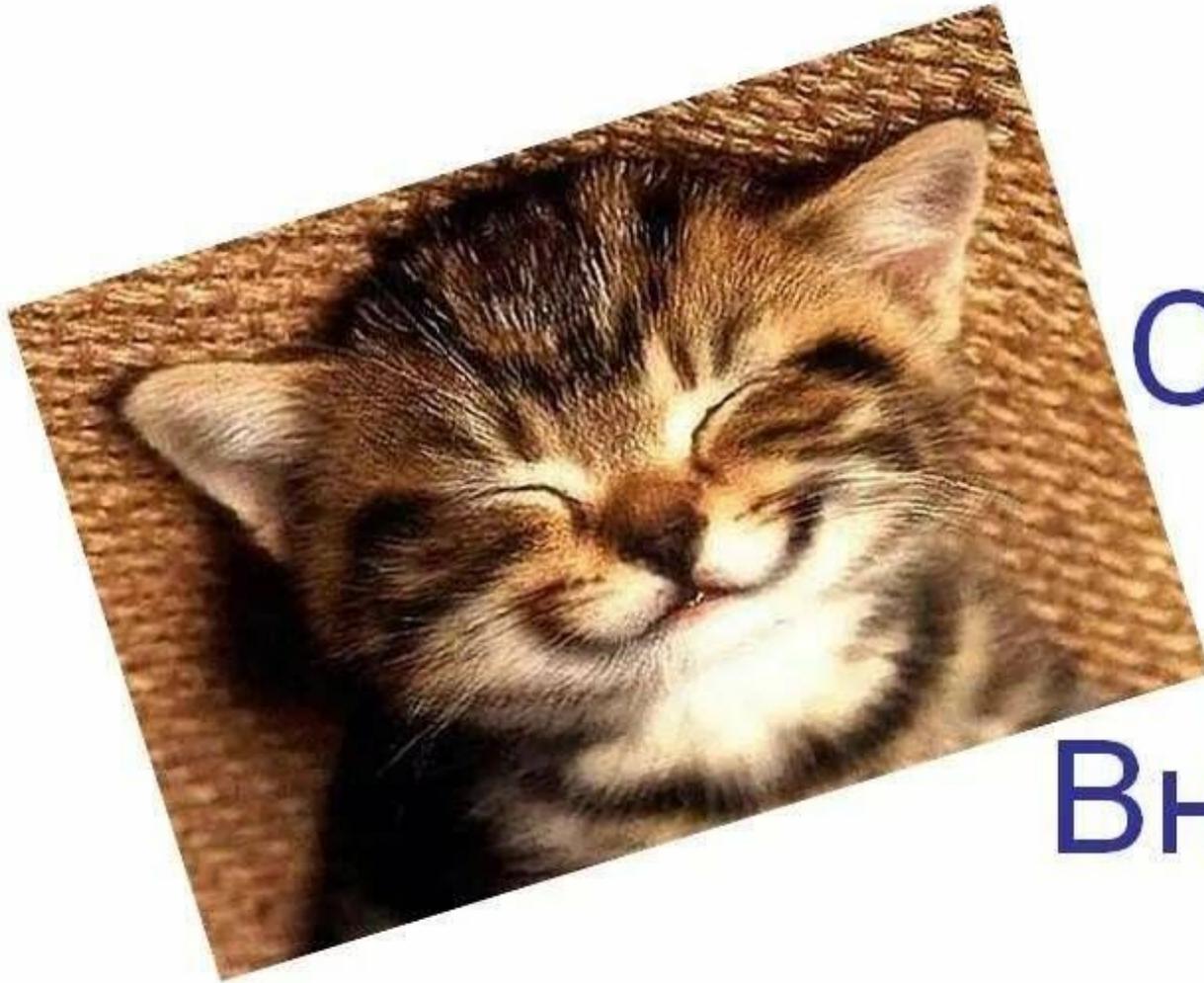
- **Показания для экстренной госпитализации: нет.**

Профилактика

Профилактические мероприятия:

- эффективное лечение ИППП;
- уменьшение количества хирургических аборт;
- уменьшение количества повторных внутриматочных вмешательств;
- контроль продолжительности использования ВМК.

- **Дальнейшее ведение:**
 - правильный подбор контрацепции – при отсутствии противопоказаний предпочтительна гормональная контрацепция КОК
 - наблюдение у гинеколога 1 раз в год
 - УЗИ органов малого таза 1 раз в год



**Спасибо
За
Внимание!**