

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования “ Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого ”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО
Зав. кафедрой: д.м.н., профессор
Макаренко Т.А.

Реферат на тему: «Хронический эндометрит»

Выполнила:
ординатор кафедры оперативной
гинекологии ИПО
Гюльмамедова А.А.

Красноярск,
2024г.

Содержание

1.	Введение	3 стр
2.	Определение	3 стр
3.	Классификация	3-4 стр
4.	Факторы риска	4 стр
5.	Этиология	4-5 стр
6.	Патогенез	5 стр
7.	Клиническая картина	5-6 стр
8.	Диагностика	6-7 стр
9.	Лечение	7-9 стр
	Заключение	10 стр
	Список литературы	11 стр

Введение

В настоящее время хронический эндометрит (ХЭ) как результат репродуктивных потерь остается актуальной проблемой, так как максимальная частота его приходится на возрастную группу 26—35 лет, т.е. на пациенток в возрастном интервале, наиболее важном в реализации репродуктивной функции. В структуре внутриматочной патологии у пациенток с бесплодием первое место занимает хронический эндометрит, который наблюдается у 65,2% женщин.

Хронический эндометрит — заболевание «тихое» с неспецифичными клиническими проявлениями (болезненные менструации, мажущие выделения и т.д.), стёртой симптоматикой и крайне медленным прогрессированием. Такая «смазанная картина» воспалительного процесса притупляет внимание и пациенток, и клиницистов, долгое время не подозревающих о разрушительных последствиях нарушения «мирного договора» между микроорганизмами и иммунной защитой слизистой оболочки матки, потенцируя риски репродуктивной дисфункции.

А между тем осложнения ХЭ не просто опасны, но и трагичны для пациенток: привычное невынашивание, бесплодие, неудачные попытки ЭКО, выкидыши, эктопическая беременность, истмико-цервикальная и плацентарная недостаточность, онкозаболевания и другие бьют по женским планам на рождение потомства посильнее, чем тяжёлые экономические реформы.

Определение

Хронический эндометрит (ХЭ) — это клинико-морфологический синдром, характеризуемый комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению его циклической трансформации и его рецепторного аппарата.

Классификация

Согласно современной классификации, ХЭ по этиологическому фактору подразделяется на специфический и неспецифический.

Возбудителями специфического ХЭ являются абсолютные патогены (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*), вирусы (*Herpes simplex* 1-го и 2-го типов), *Mycobacterium tuberculosis*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma genitalium* и др.

При неспецифическом ХЭ выявляются только УПМ или возбудители вовсе не обнаруживаются.

В.П.Сметник и соавт. выделяет следующие морфологические варианты ХЭ:

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

Факторы риска

Ведущими факторами риска развития ХЭ остаются инфекционные поражения шейки матки и влагалища, БВ. Нарушение местного и общего иммунитета, широко используемые внутриматочные вмешательства (искусственные аборт, диагностические выскабливания эндометрия и др.), воспалительные осложнения после родов и абортов.

Этиология

Ведущая роль в генезе заболевания принадлежит УПМ: факультативным анаэробам, облигатно-анаэробным микроорганизмам, а также микроаэрофилам.

Дискутируется вопрос о стерильности полости матки у здоровых женщин. Часть авторов полагают, что слизистая оболочка полости матки у небеременных женщин является стерильной. Существует противоположная точка зрения, что слизистая оболочка полости матки не может быть стерильна, так как она непрерывно подвергается воздействию различных микроорганизмов из нижних отделов полового тракта. УПМ присутствует в половом тракте почти у всех женщин, при этом произойдет ли пенетрация микробных агентов в эпителиальный и стромальный покров слизистой оболочки полости матки и разовьется ли на этом фоне воспалительный процесс, в значительной степени зависит от состояния локального и общего иммунитета.

Причинами хронического течения воспалительного процесса в эндометрии являются:

- длительная (часто бессимптомная) персистенция инфекционных агентов в половом тракте;
- длительная стимуляция иммунокомпетентных клеток;
- гиперпродукция Toll-like-рецепторов и провоспалительных цитокинов;
- нарушение местного и общего иммунитета;

- нарушение тканевого гомеостаза и активация фиброза и склероза в эндометрии.

Патогенез

Патогенез ХЭ сложен и не до конца изучен. В современных условиях важно учитывать изначальную реактивность организма, т.е. его способность развивать адекватную воспалительную реакцию в ответ на воздействие повреждающего фактора (экспрессию Toll-like-рецепторов).

При хроническом воспалении развивается гиперплазия соединительной ткани (фиброз), отграничивающая очаг воспаления от окружающих нормальных структур эндометрия. В результате фиброза стромы эндометрия формируются внутриматочные синехии различной степени выраженности, приводящие к полной облитерации полости матки – синдрому Ашермана.

Для подавления каскада «цитокинового всплеска» и воспалительного процесса в целом, индуцированных, главным образом, продукцией интерлейкина-1 β , целесообразно блокировать синтез простагландинов и тромбксана, что в свою очередь, является профилактической мерой формирования фиброзования и склерозирования ткани, а также потери органом его функции.

Клиническая картина

В настоящее время в литературе не существует единого мнения в отношении клинической картины ХЭ. Зачастую он протекает латентно: у 35—40% пациенток какие-либо клинические симптомы заболевания отсутствуют. Но даже при наличии симптомов клиническая картина ХЭ не отражает глубину структурных и функциональных изменений в ткани эндометрия.

При типичном течение заболевания ХЭ сопровождается рядом клинических проявлений: АМК, тазовой болью, диспареунией, обильными белями серозного и серозно-гноевидного характера. Особое место в современной литературе уделяется бесплодию, неудачным попыткам ЭКО, привычному невынашиванию беременности, преждевременным родам как клиническим маркерам ХЭ. Симптомы, упомянутые выше, при ХЭ не обладают высокой специфичностью, так как могут возникать при различных гинекологических заболеваниях.

Наиболее достоверными клиническими маркерами заболевания являются: АМК по типу межменструальных и обильных менструаций, дисменорея, бесплодие, привычное невынашивание беременности и наличие ИППП в анамнезе.

Диагностика

Диагностика хронического эндометрита основана на анализе следующего:

- данных анамнеза;
- клинических симптомов (при их наличии);
- микроскопии мазков из влагалища, шейки матки и уретры;
- результатов посевов на условно-патогенную флору и ПЦР-диагностики отделяемого цервикального канала и полости матки;
- трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза с трехмерной реконструкцией и трехмерной энергетической доплерографией на 5—7-й и 22—25-й дни менструального цикла;
- пайпель-биопсии и/или офисной гистероскопии на 7—11-й день менструального цикла;
- гистологического исследования биоптата эндометрия

Эхографическими признаками ХЭ являются следующие:

- изменение толщины эндометрия;
- повышение эхогенности эндометрия в пролиферативную фазу;
- неравномерное расширение полости матки в пролиферативную фазу за счет нарушения проницаемости сосудов;
- атрофия эндометрия при длительно текущем процессе;
- 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);
- газообразные пузырьки в полости матки;
- гиперэхогенные включения в проекции базального слоя, которые могут быть единичными или множественными вплоть до эффекта «ободка»;
- синехии в полости матки, определяемые в виде изо- или гиперэхогенного столбика в полости матки;
- диффузно-очаговые и кистозные изменения в субэндометриальной зоне миометрия;
- расширение вен миометрия более 3 мм и параметрия более 5 мм.

Большое значение в диагностике ХЭ придается гистероскопии. Точность диагностики ХЭ с помощью гистероскопии колеблется от 16,7 до 93,2 %. При гистероскопии ведущими признаками воспалительного процесса в эндометрии является: воспалительные микрополипы, выявляемые в 41,8%, неравномерная толщина эндометрия – в 36,3 %, внутриматочные синехии – в 31,9%.

Воспалительные микрополипы – это васкуляризированные эндометриальные выросты диаметром менее 1 мм, в состав которых входят лимфоциты и плазматические клетки. Микрополипы способствуют запуску активных внутриматочных реакций и массивному выбору интерлейкинов и местных факторов роста. Производить гистероскопию необходимо для исключения различной внутриматочной патологии, а для точной верификации диагноза ХЭ необходимо обязательное проведение морфологического исследования биоптата эндометрия.

Микрофлора во влагалище, цервикальном канале и эндометрии отличается как количественно, так и по видовому составу. Поэтому при ХЭ необходимо проводить оценку микробного спектра не только в нижних отделах репродуктивного тракта, но и в ткани эндометрия для выявления этиологической причины заболевания.

Этиологическая диагностика ХЭ сопряжена с рядом трудностей и является непростой задачей в современных условиях. Для точного определения возбудителя необходимы качественное получение образцов эндометрия и применение современных высокочувствительных диагностических методов (культуральный метод и метод ПЦР в режиме реального времени).

Лечение

В современных условиях адекватное лечение ХЭ представляет определенные трудности, связанные с трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых и атипичных форм заболевания, возрастанием резистентности микроорганизмов к антибиотикам. Большинство отечественных ученых сходятся во мнении о целесообразности комплексной двухэтапной терапии ХЭ. Первый этап заключается в элиминации инфекционного агента из эндометрия, если он там обнаружен, что достигается назначением антибиотиков широкого спектра действия, главным образом направленных против УПМ.

На втором этапе лечебные мероприятия при ХЭ направлены на восстановление морфофункционального потенциала эндометрия: устранения вторичных повреждений,

завершение регенерации, восстановление локальной гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. Для этой цели предложены различные варианты гормональной, противовоспалительной (стероидные, НПВС и др.), метаболической (антиагреганты, антигипоксанты, иммуномодуляторы, фибринолитики и др.) терапии и физиовоздействия в зависимости от степени выраженности процесса. Восстановление локальной гемодинамики – первоочередная задача второго этапа лечения для адекватного поступления лекарственных средств в эндометрий и в последующем для устранения вторичных структурно-функциональных нарушений в слизистой оболочке матки. Продолжительность данного этапа занимает 2–3 мес, что позволяет добиться завершения воспалительного процесса – регенерации поврежденной слизистой оболочки тела матки.

Согласно рекомендациям Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), лечение женщин с клинически выраженным эндометритом должно проводиться по общим схемам терапии воспалительных заболеваний органов малого таза. Амбулаторное лечение включает в себя однократное введение 250 мг цефтриаксона внутримышечно и назначение доксициклина 100 мг per os два раза в сутки в течение 14 дней. Для усиления антианаэробного эффекта к схеме можно добавить метронидазол 500 мг per os два раза в сутки в течение 14 дней. У женщин с эпизодическим острым эндометритом, обнаруженным при биопсии эндометрия, можно рассмотреть вариант лечения доксициклином по 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней. Проведение повторной биопсии рекомендуется для контроля эффективности лечения.

Препаратом первого выбора является доксициклин (100 мг перорально дважды в сутки на 10–14 дней). Его преимущества определяются широким спектром действия, а также эффективностью в отношении микоплазменной инфекции и подавлении активности матричных металлопротеиназ, имеющих значение для хронизации процесса и фиброзирования ткани. Johnston-MacAnanny et al. было показано, что использование доксициклина эффективно в 66–70% случаев, а в работе Kitaya et al. гистологическое излечение после его использования достигало 96%.

При ХЭ без клинических проявлений стандартом терапии является эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия. Рекомендуется применение офлоксацина 400 мг два раза в сутки и метронидазола 500 мг два раза в сутки в течение 14 дней. Принимая во внимание ограниченную биодоступность офлоксацина, возможна его замена на левофлоксацин в дозе 500 мг/сутки.

Препаратами второй линии являются макролиды (азитромицин по 500 мг в первый день, далее по 250 мг в день; джозамицин 1,5 г/сутки) и цефалоспорины III поколения (цефиксим 400 мг в сутки). Данные антибиотики обладают высокой эффективностью в отношении хламидий и микоплазм.

Альтернативным режимом лечения ХЭ является назначение доксициклина по 100 мг два раза в сутки в течение 14 дней.

В качестве локальной иммунотерапии применяются препараты, содержащие интерферон альфа-2b (Виферон 500 000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки в течение 5-10 суток).

Короткий курс антибиотикопрофилактики оправдан в следующих случаях:

- перед проведением гистерсальпингографии у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе. В тех случаях, когда во время исследования обнаруживаются расширенные маточные трубы, необходима профилактика доксициклином (100 мг перорально дважды в сутки 5 дней) с целью снижения риска обострения хронического заболевания. Женщинам с неотягощенным анамнезом прием антибиотиков перед проведением манипуляций не обязателен, однако при обнаружении во время процедуры расширенных маточных труб рекомендуется назначать терапию;

- при искусственном аборте: доксициклин 100 мг перорально за час до процедуры и 200 мг перорально после ее окончания. Также возможно назначение метронидазола 500 мг перорально дважды в сутки на протяжении 5 дней. Проведение антибиотикопрофилактики при оперативном аборте оправдано статистически достоверным снижением риска развития послеоперационных ВЗОМТ, связанных с бактериальной инфекцией.

Независимо от тактики ведения пациенток с ХЭ, контроль за эффективностью терапевтических мероприятий должен проводиться не ранее чем через месяц после окончания курса лечения. Анализируя эффективность терапии ХЭ, необходимо ориентироваться на нормализацию морфологической картины биоптатов эндометрия, адекватное изменение эндометрия в процессе менструального цикла, купирование клинических симптомов заболевания и успешную реализацию репродуктивной функции.

Заключение

Таким образом, подтверждено, что хронический эндометрит является клинически значимой, повсеместно распространено, затрагивающей женщин всех возрастов проблемой гинекологии и репродуктологии, требующей немедленного лечения и коррекции. Комплексное этиологическое и патогенетическое лечение хронического эндометрита позволяет восстановить нарушенный тканевый гомеостаз и рецептивность эндометрия, что приводит к восстановлению репродуктивной функции – возможному наступлению беременности, нормальному течению гестационного процесса и рождению здорового ребенка.

Для своевременного выявления дисбиотических изменений, имеющих значение в реализации хронического воспаления эндометрия, необходимо использовать молекулярно-генетический метод исследования, что будет способствовать ранней диагностике хронического эндометрита.

Список литературы

1. Национальное руководство «Гинекология» «ГЭОТАР-Медиа», 2019. Г.М.Савельева, Г.Т.Сухих, В.Н.Серов, В.Е.Радзинский, И.Б.Манухин.
2. Журнал «Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии», 2021, том 20, №4 «Хронический эндометрит: возможности терапии и профилактики», Ю.Э.Доброхотова, Е.И.Боровкова.
3. Журнал «StatusPraesens», 2019, №5 «Хронический эндометрит, коррекция представлений», Л.И.Мальцева, Р.И.Шарипова.
4. «Бюллетень сибирской медицины», 2020, 19 (3) «Хронический эндометрит и репродуктивные нарушения: версии и контраверсии», О.Я.Лещенко.
5. Российский вестник акушера-гинеколога 5, 2013 «Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение», Н.В.Зароченцева, А.К.Аршакян.
6. Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021.