

© Корниенко С.М.

УДК: 618.14-007.274-053.8/.86

Корниенко С.М.

ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины" (ул. Майбороды, 8, г. Киев, 04050, Украина)

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Резюме. *Обследовано 325 женщин 35-55 лет с различными формами патологии эндометрия: полип эндометрия был выявлен у 192 (59,1 %), гиперплазия эндометрия - у 99 (30,5 %), хронический эндометрит - у 113 (34,8 %), простая гиперплазия с атипией - у 7 (2,2 %). Внутриматочные спайки были диагностированы у 20 (6,2 %) пациенток. Среди урогенитальных инфекций хламидии, уреаплазма и кандиды существенно чаще выявлялись у женщин с синехиями. Результаты анамнестического, клинического, гистероскопического и гистологического обследования показали, что для профиля сопутствующей патологии пациенток с синехиями характерна повышенная частота бесплодия. Анализ результатов тестирования по опроснику SF-36 показал, что пациентки с синехиями оценивали свое качество жизни существенно лучше, чем женщины без спаек. Сделаны выводы, что синехии являются гистероскопической находкой в каждом четвертом случае. Подозрение на наличие синехий является критическим аспектом бесплодия на фоне перенесенных урогенитальных инфекций и гистероскопию у таких пациенток следует рассматривать как диагностический стандарт. После гистероскопического лечения синехий более чем у трети пациенток наблюдается рецидив в течение 1,5 лет.*

Ключевые слова: *внутриматочные спайки, синдром Ашермана, поздний репродуктивный возраст, качество жизни.*

Введение

Наиболее частой причиной внутриматочных спаек (ВС), или синдрома Ашермана, служат предшествующие механические травмы базального слоя эндометрия, приводящие к частичной или полной облитерации полости матки, повреждению эндометрия и формированием синехий [1, 6-8, 10].

По данным E.A. Evans-Hoeker, S.L. Young [3], частота спаек после медицинских абортотварьирует от 16 до 24%, а после гистероскопических миомэктомий - от 31 до 45%. В исследовании A.R. Gilman с соав. [4] у женщин с самопроизвольными абортами после кюретажа полости матки ВС были диагностированы лишь в 0,7 % случаях. В структуре гинекологических операций разделение синехий составляет 8,1% [2]. По мнению S. Warembourg с соав. [8], из-за неоднородности симптомов ВС их распространенность существенно недооценивается. Повреждение эндометрия может происходить в результате любой внутриматочной операции (медикаментозного аборта, использования внутриматочных контрацептивов, выскабливаний полости матки, миомэктомий, метропластики, конизации шейки матки), однако большинство авторов считают, что чаще всего ВС возникают после выскабливаний матки после родов или абортов [1, 4-7, 9, 10]. Точные механизмы дисрегуляции посттравматического восстановления эндометрия не вполне понятны; но вероятнее всего они включают гипоксию, неоваскуляризацию, а также повышенную выработку цитокинов и других биологически активных веществ, обуславливающих нарушение микроциркуляции, экссудацию и отложение фибрина в строме эндометрия [1, 3, 8]. Роль инфекции в патогенезе ВС пока остается неясной [10].

Основными симптомами ВС являются гипоменструальный синдром, аменорея, привычное невынашивание и бесплодие [1, 2]. Синехии также способствуют высокому риску возникновения внематочной бере-

менности, преждевременных родов и аномальному прикреплению плаценты [1].

Оптимальным методом диагностики и лечения ВС, позволяющим оценить расположение, размер и характер синехий (рыхлые, волокнистые, фиброзные) и восстановить размеры и форму полости матки, а также функциональность эндометрия и фертильность, является гистероскопия.

Цель исследования - изучить клинико-анамнестические особенности и качество жизни пациенток с ВС по сравнению с другими видами патологии эндометрия в позднем репродуктивном периоде.

Материалы и методы

В кросс-секционное исследование методом сплошной выборки были отобраны 325 женщин 35-55 лет с различными формами патологии эндометрия: полип эндометрия был выявлен у 192 (59,1 %), гиперплазия эндометрия - у 99 (30,5 %), хронический эндометрит - у 113 (34,8 %), простая гиперплазия с атипией - у 7 (2,2 %). Внутриматочные спайки были диагностированы у 20 (6,2 %) пациенток. Они составили группу ВС, в группу К вошли 305 женщин без спаек.

Изучены: анамнез заболевания, результаты общеклинического, гистероскопического и гистологического обследования, анкетирования и отдаленные результаты лечения.

Для изучения качества жизни использовали опросник здоровья SF-36. Тест SF-36 содержит восемь шкал, оценивающих удовлетворенность респондентов своим физическим состоянием и психическим состоянием. Оценки каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье.

Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики, рангового критерия Манна-Уитни, 2-критерия и точного критерия Фишера.

Результаты. Обсуждение

Средний возраст женщин группы ВС равнялся 39,9±0,77 (40; 37-42) года (здесь и далее в скобках после средней величины указаны значения медианы и I-го - III-го квартилей) и не имел значимого отличия от показателя группы К - 41,2±0,28 (40; 37-45) года, $p>0,05$.

Возраст менархе пациенток с ВС составил 13,3±0,35 (13; 12-14), в группе К - 13,1±0,07 (13; 12-14) года, $p>0,05$. Как ранний, так и поздний возраст менархе отмечались в группах исследования с сопоставимой частотой (табл. 1). Средняя длительность менструации в группе ВС равнялась 4,8±0,31 (5; 4-5,8), в группе К - 5,5±0,10 (5; 4-6,5) дня, $p>0,05$; средняя длительность менструального цикла 31,3±3,15 (28; 26,5-30) и 28,1±0,28 (28,0; 26-30) дня, $p>0,05$. Наличие ВС не влияло на частоту скудных, обильных и болезненных месячных (табл. 1).

Нарушения менструального цикла, гиперплазия эндометрия, полипы цервикального канала, миомы, аномалии развития матки, эндометриоз, эктопия и дисплазия шейки матки, кисты и поликистоз яичников, двухсторонний хронический аднексит и использование внутриматочных контрацептивов отмечались в группах исследования с сопоставимой частотой (табл. 1). Значимо реже анамнез женщин с ВС отягощали полипы эндометрия, значимо чаще - хронический эндометрит и урогенитальные инфекции. Причем, микоплазма, гарднерелла и вирусные инфекции встречались в группах ВС и К с приблизительно одинаковой частотой, а хламидии, уреоплазма и кандиды - существенно чаще выявлялись у женщин с ВС. В среднем на одну пациентку с ВС приходилось 2,3±0,07 (2; 1-3) гинекологических заболевания, приблизительно столько же, как и у женщин без ВС: 2,2±0,19 (2; 2-3), $p>0,05$.

Вторичным бесплодием значимо чаще страдали пациентки с ВС, частота первичного бесплодия в группах исследования была сопоставимой (табл. 1).

В обеих группах каждая вторая пациентка перенесла гинекологические операции. Значимого отличия в частоте диагностических выскабливаний и лапаротомий между группами не выявлено. А вот, гистеро- и лапароскопическим вмешательствам пациентки с ВС подвергались существенно чаще, чем в группе К (табл. 2). Лапароскопические миомэктомии выполнялась крайне редко: 1 (5,0 %) в группе ВС и 3 (1,0 %) в группе К, $p>0,05$.

Бесплодным женщинам в обеих группах гистероскопия выполнялась одинаково редко: 3 из 16 (18,8 %) случаев в группе ВС и 15 из 97 (15,5 %) в группе К, $p>0,05$. Интересное наблюдение, фертильным пациенткам без ВС эта процедура применялась в 5,4 раза реже (6 из 208 (2,9 %) случаев, $p<0,001$), чем бесплодным без ВС, а при наличии спаек у фертильных пациенток она выполнялась не реже, чем у бесплодных (1 из 4 (25,0 %), $p>0,05$) (рис. 1). При этом, лапа-

Таблица 1. Гинекологический анамнез пациенток групп исследования, n (p %).

Показатель	Группа ВС, n=20	Группа К, n=305	p
Раннее менархе	3 (15,0 %)	27 (8,9 %)	>0,05
Позднее менархе	4 (20,0 %)	35 (11,5 %)	>0,05
Скудные менструальные выделения	1 (5,0 %)	7 (2,3 %)	>0,05
Обильные менструальные выделения	6 (30,0 %)	166 (54,4 %)	>0,05
Болезненные месячные	6 (30,0 %)	125 (41,0 %)	>0,05
Нарушения менструального цикла	5 (25,0 %)	111 (36,4 %)	>0,05
Гиперплазия эндометрия	1 (5,0 %)	50 (16,4 %)	>0,05
Полип эндометрия	3 (15,0 %)	111 (36,4 %)	<0,04
Полип цервикального канала	0 (0,0 %)	16 (5,2 %)	>0,05
Миома матки	5 (25,0 %)	103 (33,8 %)	>0,05
Аномалии развития матки	0 (0,0 %)	4 (1,3 %)	>0,05
Эндометриоз	5 (25,0 %)	34 (11,1 %)	>0,05
Хронический эндометрит	5 (25,0 %)	29 (9,5 %)	<0,05
Эктопия шейки матки	8 (40,0 %)	144 (47,2 %)	>0,05
Дисплазия шейки матки	0 (0,0 %)	14 (4,6 %)	>0,05
Киста яичника	4 (20,0 %)	47 (15,4 %)	>0,05
Синдром поликистозных яичников	2 (10,0 %)	10 (3,3 %)	>0,05
Двухсторонний хронический аднексит	13 (65,0 %)	135 (44,3 %)	>0,05
Урогенитальные инфекции, в том числе:	14 (70,0 %)	139 (45,6 %)	<0,03
- хламидия	8 (40,0 %)	35 (11,5 %)	<0,001
- уреоплазмоз	6 (30,0 %)	31 (10,2 %)	<0,02
- микоплазмоз	0 (0,0 %)	14 (4,6 %)	>0,05
- гарднереллез	1 (5,0 %)	25 (8,2 %)	>0,05
- кандидоз	10 (50,0%)	63 (20,7 %)	<0,005
- герпес	0 (0,0 %)	22 (7,2 %)	>0,05
- цитомегаловирус	4 (20,0 %)	35 (11,5 %)	>0,05
Использование ВМК	5 (25,0 %)	94 (30,8 %)	>0,05
Бесплодие, в том числе:	16 (80,0 %)	97 (31,8 %)	<0,001
- первичное	5 (25,0 %)	35 (11,5 %)	>0,05
- вторичное	11 (55,0 %)	62 (20,3 %)	<0,002

Примечание. Для определения значимости различия использовали χ^2 -критерий и точный критерий Фишера.

роскопия в связи с патологией яичников была сделана 4 (20,0 %) женщинам с ВС и 15 (4,9 %) женщинам группы К, $p<0,03$: 1 из 4 (25,0 %) фертильных с ВС и 3 из 16 (18,8 %) бесплодных с ВС ($p>0,05$), а также 5 из 208 (2,4 %) фертильных без ВС и 10 из 97 (10,3 %) бесплодных без ВС ($p<0,005$). Лапароскопия в связи с патологией маточных труб выполнена 5 (25,0 %) женщинам группы ВС и 34 (11,1 %) группы К, $p<0,08$: 1 из 4 (25,0 %) фертильных с ВС и 4 из 16 (25,0 %) бесплодных с ВС, $p>0,05$; а также 5 из 208 (2,4 %) фертильных без ВС и 29 из 97 (29,9 %) инфертильных без ВС, $p<0,001$.

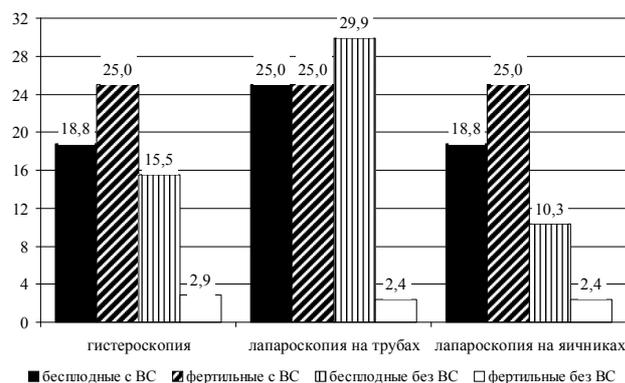


Рис. 1. Частота гистероскопий и лапароскопий в зависимости от наличия спаек и фертильности, %.

Как видим, маточному фактору бесплодия в обеих группах не уделялось достаточного внимания, но именно для пациенток с ВС это чревато длительным и неэффективным лечением бесплодия.

В среднем на одну пациентку с ВС приходилось $2,1 \pm 0,41$ (2; 0,3-3,8) беременностей; $1,3 \pm 0,31$ (1; 0-2) медицинских аборта и $0,5 \pm 0,14$ (0; 0-1) родов; в группе К - $2,6 \pm 0,13$ (2; 1-4) беременностей, $p > 0,05$; $1,3 \pm 0,10$ (1; 0-2) аборта, $p > 0,05$; $1,0 \pm 0,05$ (1; 0-2) родов, $p < 0,004$. Частота внематочных беременностей не зависела от ВС (табл. 2). Распределения числа медицинских абORTов в группах исследования были практически идентичными. Самопроизвольным прерыванием несколько чаще завершались беременности у женщин с ВС (близко к уровню значимости), а родами - значительно чаще у пациенток без спаек. Наши данные противоречат результатам исследования I.U. Takai с соав. [2], согласно которым главным фактором риска возникновения ВС является беременность.

Полученные данные позволяют предположить, что в патофизиологии ВС у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста наиболее существенную роль играют не столько выскабливания полости матки, а урогенитальные инфекции, и особенно, сочетание этих двух факторов.

Экстрагенитальная патология в группе ВС наблюдалась несколько реже, чем в группе К, однако различие не было статистически значимым: 12 (60,0 %) против 220 (72,1 %), $p > 0,05$. В среднем на одну пациентку с ВС приходилось $0,9 \pm 0,22$ (1; 0-1) заболеваний, в группе К - $1,5 \pm 0,08$ (1; 0-2), $p < 0,03$.

Патология пищеварительного тракта отягощала анамнез 3 (15,0 %) женщин с ВС и 92 (30,2 %) группы К, $p > 0,05$ (в том числе, заболевания печени: 3 (15,0 %) и 68 (22,3 %), $p > 0,05$); ожирение - соответственно 4 (20,0 %) и 53 (17,4 %), $p > 0,05$; патология щитовидной железы - 2 (10,0 %) и 40 (13,1 %), $p > 0,05$; тонзиллит - 1 (5,0 %) и 32 (10,5 %), $p > 0,05$; гипертоническая болезнь - 0 (0,0 %) и 17 (5,6 %), $p > 0,05$; кардиопатии - 0 (0,0 %) и 24 (7,9 %), $p > 0,05$; нефропатии - 0 (0,0 %)

и 15 (4,9 %), $p > 0,05$; варикозное расширение вен - 0 (0,0 %) и 10 (3,3 %), $p > 0,05$; железодефицитная анемия - 0 (0,0 %) и 19 (6,2 %), $p > 0,05$; черепно-мозговая травма - 0 (0,0 %) и 9 (3,0 %), $p > 0,05$; аллергические реакции - 4 (20,0 %) и 52 (17,0 %), $p > 0,05$; вегетососудистая дистония - 0 (0,0 %) и 34 (11,1 %), $p > 0,05$; патология молочной железы - 2 (10,0 %) и 37 (12,1 %), $p > 0,05$. Значимое различие получено лишь в от-

Таблица 2. Частота диагностических выскабливаний, генитальных операций, родов и абORTов в группах исследования, n (p %).

Показатель	Группа ВС, n=20	Группа К, n=305	p
Диагностические выскабливания			
- было	16 (80,0 %)	189 (62,0 %)	>0,05
- одно	4 (20,0 %)	83 (27,2 %)	
- два и более	0 (0,0 %)	33 (10,8 %)	
Гистероскопия			
- не было	16 (80,0 %)	284 (93,1 %)	<0,02
- одна	3 (15,0 %)	20 (6,6 %)	
- две и более	1 (5,0 %)	1 (0,3 %)	
Лапаротомия			
- не было	15 (75,0 %)	245 (80,3 %)	>0,05
- одна	5 (25,0 %)	42 (13,8 %)	
- две и более	0 (0,0 %)	18 (5,9 %)	
Лапароскопия			
- не было	11 (55,0 %)	260 (85,2 %)	<0,002
- одна	8 (40,0 %)	36 (11,8 %)	
- две и более	1 (5,0 %)	9 (3,0 %)	
В целом генитальные операции	11 (55,0 %)	181 (59,3 %)	>0,05
Роды			
- не было	12 (60,0 %)	93 (30,5 %)	<0,04
- одни	7 (35,0 %)	134 (43,9 %)	
- двое	1 (5,0 %)	69 (22,6 %)	
- трое и более	0 (0,0 %)	9 (3,0 %)	
Искусственный абORT			
- не было	7 (35,0 %)	125 (41,0 %)	>0,05
- один-два	9 (45,0 %)	133 (43,6 %)	
- три-четыре	3 (15,0 %)	29 (9,5 %)	
- пять и более	1 (5,0 %)	18 (5,9 %)	
Самопроизвольный абORT			
- не было	14 (70,0 %)	258 (84,6 %)	>0,05
- один	5 (25,0 %)	32 (10,5 %)	
- два и более	1 (5,0 %)	15 (4,9 %)	
Внематочная беременность	2 (10,0 %)	21 (6,9 %)	>0,05

Примечание. Для определения значимости различия использовали χ^2 -критерий.

Таблица 3. Распределение диагнозов в группах исследования, n (p %).

Показатель	Группа ВС, n=20	Группа К, n=305	p
Полип эндометрия	0 (0,0 %)	192 (63,0 %)	<0,001
Гиперплазия эндометрия	0 (0,0 %)	99 (32,5 %)	<0,001
Хронический эндометрит	12 (60,0 %)	101 (33,1 %)	<0,02
Простая гиперплазия эндометрия с атипией	0 (0,0 %)	7 (2,3 %)	>0,05
Гиперполименорея	2 (10,0 %)	100 (32,8 %)	<0,03
Полип цервикального канала	0 (0,0 %)	16 (5,2 %)	>0,05
Эндометриоз, в том числе: - аденомиоз	5 (25,0 %) 4 (20,0 %)	59 (19,3 %) 52 (17,0 %)	>0,05 >0,05
Сакто-, гидросальпинкс	1 (5,0 %)	21 (6,9 %)	>0,05
Патология шейки матки	1 (5,0 %)	39 (12,8 %)	>0,05
Рубец на матке	0 (0,0 %)	25 (8,2 %)	>0,05
Миома матки, в том числе: - субмукозная	6 (30,0 %) 2 (10,0 %)	104 (34,1 %) 30 (9,8 %)	>0,05 >0,05
Аномалия развития матки	0 (0,0 %)	11 (3,6 %)	>0,05
Внутриматочная спираль в полости матки	0 (0,0 %)	2 (0,7 %)	>0,05
Двухсторонний хронический аднексит	5 (25,0 %)	13 (4,3 %)	<0,003
Киста яичника	2 (10,0 %)	25 (8,2 %)	>0,05
Бесплодие, в том числе: - подготовка к ЭКО	16 (80,0 %) 10 (50,0 %)	91 (29,8 %) 34 (11,1 %)	<0,001 <0,001

Примечание. Для определения значимости различия использовали χ^2 -критерий или точный критерий Фишера.

ношении заболеваний нервной системы (среди женщин с ВС таких не было, а в группе К отмечены у 53 (17,4 %), $p < 0,03$) и негинекологических операций (в группе ВС выполнялись в 2 (10,0 %) случаях, в группе К - в 110 (36,1 %), $p < 0,02$, в том числе, аппендэктомии - 0 (0,0 %) и 64 (21,0 %), $p < 0,02$).

Анализ результатов тестирования по опроснику SF-36 показал, что средние оценки по шкале "физическое функционирование" в группе ВС составили $86,0 \pm 4,16$ (90; 86,25-95), а в группе К - $84,8 \pm 0,80$ (90; 80-95) балла, $p > 0,05$. По шкале "ролевое физическое функционирование": соответственно $87,5 \pm 4,97$ (100; 75-100) и $73,6 \pm 1,84$ (75; 50-100) балла, $p < 0,05$; по шкале "боль": $93,3 \pm 2,89$ (100; 98-100) и $76,0 \pm 1,32$ (74; 62-100) балла, $p < 0,001$; по шкале "общее здоровье": $65,3 \pm 3,05$ (65; 57-79,5) и $61,8 \pm 0,90$ (62; 50-72) балла, $p > 0,05$; по шкале "жизнеспособность": $65,8 \pm 4,37$ (65; 50-80) и $56,9 \pm 1,07$ (60; 40-70) балла, $p > 0,05$; по шкале "социальное функционирование": $79,4 \pm 3,05$ (75; 75-87,5) и $76,0 \pm 1,08$ (75; 62,5-87,5) балла, $p > 0,05$; по шкале "эмоциональное функционирование": $80,0 \pm 7,41$ (100; 66,7-100) и $68,5 \pm 1,97$ (66,7; 33,3-100) балла, $p > 0,05$; по шкале "психическое здоровье": $62,4 \pm 2,70$ (68; 48-72) и $59,3 \pm 0,94$ (64; 48-72) балла, $p > 0,05$. Как видно из приведенных данных, в отношении боль-

шинства шкал не было значимых различий между группами исследования, исключая ролевое функционирование и болевой синдром - по этим параметрам пациентки с ВС оценивали свое качество жизни существенно лучше, чем женщины без спаек.

Результаты клинического, гистероскопического и гистологического обследования показали (табл. 3), что для профиля сопутствующей патологии пациенток с ВС характерны повышенная частота бесплодия (ОШ=9,41; 95% ДИ: 3,06-28,91), двухстороннего хронического аднексита (ОШ=7,49; 95% ДИ: 2,36-23,76) и хронического эндометрита (ОШ=3,03; 95% ДИ: 1,20-7,65). В группе ВС не было выявлено сочетанной патологии эндометрия и несколько реже отмечались гиперполименорея. Согласно Takai I.U. et al [2], синдром Ашермана проявляется бесплодием (55 %) и гиперполименореей (32 %). И, если в отношении первого наши результаты подтверждают заключение авторов, то в части гиперполименории выводы противоположные: данный симптом отмечается лишь у каждой десятой женщины с ВС, в то время как при прочих видах патологии эндометрия - в трети случаев.

В 5 (25,0 %) случаях ВС явились диагностической находкой при гистероскопии.

Изучение отдаленных результатов лечения патологии эндометрия показало, что частота рецидивов в группе ВС составила 7 (35,0 %), в группе К внутриматочные спайки возникли в 5 (1,6 %) случаях, $p < 0,001$.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. В структуре патологии эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста синдром Ашермана составляет 6,2 %. Синехии являются гистероскопической находкой в каждом четвертом случае.

2. Основным фактором риска возникновения ВС являются урогенитальные инфекции (хламидии, уреоплазма и кандиды), основным осложнением - вторичное бесплодие. Подозрение на наличие внутриматочных спаек является критическим аспектом бесплодия на фоне перенесенных урогенитальных инфекций. Гистероскопию у таких пациенток следует рассматривать как диагностический стандарт.

3. Качество жизни пациенток с ВС по шкалам ролевого функционирования и болевого синдрома превосходит таковое у женщин с другими видами патологии эндометрия, а по остальным параметрам не имеет существенных отличий.

4. После гистероскопического лечения ВС более чем у трети пациенток наблюдается рецидив в течение 1,5 лет.

Перспективы дальнейших разработок состоят в исследовании этиопатогенетических аспектов тактики лечения пациенток с синехиями, анализе факторов риска возникновения синехий и разработке мер профилактики возникновения данной патологии.

Список литературы

1. Внутриматочные синехии: современный взгляд на проблему / Ю.Н. Тарасенко, И.А. Салов, Д.Т. Ташухожеева, Д.В. Маршалов // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 4; URL: <http://www.science-education.ru/110-9924> (дата обращения: 27.07.2016).
2. A 10-year Review of the Clinical Presentation and Treatment Outcome of Asherman's Syndrome at a Center with Limited Resources / I.U. Takai, A.S. Kwayabura [et al.] // Ann. Med. Health Sci. Res. - 2015. - № 5 (6). - P. 442-446.
3. Evans-Hoeker E. A. Endometrial receptivity and intrauterine adhesive disease / E.A. Evans-Hoeker, S.L. Young // Semin Reprod. Med. - 2014. - № 32 (5). - P. 392-401.
4. Gilman Barber A.R. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? / A.R. Gilman Barber, S.A. Rhone, M.R. Fluker // J. Obstet. Gynaecol. Can. - 2014. - № 36 (11). - P. 997-1001.
5. Intrauterine Adhesions Following Miscarriage: Look and Learn / A.R. Gilman, K.M. Dewar, S.A. Rhone, M.R. Fluker // J. Obstet. Gynaecol. Can. - 2016. - № 38 (5). - P. 453-457.
6. March C. M. Asherman's syndrome / C.M. March // Semin. Reprod. Med. - 2011. - № 29 (2). - P. 83-94.
7. Prevalence of intrauterine adhesions after termination of pregnancy: a systematic review / A. Hooker, D. Fraenk, H. Brölmann, J. Huirne // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. - 2016. - № 21 (4). - P. 329-335.
8. Prevention and treatment of intra-uterine synechiae: Review of the literature / S. Warembourg S. Huberlant, X. Garric [et al.] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). - 2015. - № 44 (4). - P. 366-379.
9. The Diagnosis and Management of Asherman's Syndrome Developed after Cesarean Section and Reproductive Outcome / P.O. Cenksoy, C. Ficioglu, M. Yesiladali, O. Kizilkale // Case Rep. Obstet. Gynecol. - 2013. - № 2013:450658; URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23840987/> (дата обращения: 15.08.2016).
10. The management of Asherman syndrome: a review of literature / A. Conforti, C. Alviggi, A. Mollo [et al.] // Reprod. Biol. Endocrinol. - 2013. - № 11:118; URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880005/> (дата обращения: 14.08.2016).

Корнієнко С.М.

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ СИНЕХІЇ В ПІЗНЬОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ВІЦІ

Резюме. Обстежено 325 жінок 35-55 років з різними формами патології ендометрія: поліп ендометрія був виявлений у 192 (59,1%), гіперплазія ендометрія - у 99 (30,5%), хронічний ендометрит - у 113 (34,8%), проста гіперплазія з атипією - у 7 (2,2%). Синехії були діагностовані у 20 (6,2%) пацієнток. Серед урогенітальних інфекцій хламідії, уреоплазма і кандиди істотно частіше виявлялися у жінок з синехіями. Результати анамнестичного, клінічного, гістероскопічного і гістологічного обстеження показали, що для профілю супутньої патології пацієнток з синехіями характерна підвищена частота безпліддя. Аналіз результатів тестування за опитувальником SF-36 показав, що пацієнтки з синехіями оцінювали якість життя значно краще, ніж жінки без спайок. Зроблено висновки, що синехії є гістероскопічною знахідкою в кожному четвертому випадку. Підозра на наявність синехій є критичним аспектом безпліддя на фоні перенесених урогенітальних інфекцій і гістероскопію у таких пацієнток слід розглядати як діагностичний стандарт. Після гістероскопічного лікування синехій більш ніж у третини пацієнток спостерігається рецидив протягом 1,5 років.

Ключові слова: внутрішньоматкові спайки, синдром Ашермана, пізній репродуктивний вік, якість життя.

Korniyenko S.M.

INTRAUTERINE ADHESIONS IN LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL AGE

Summary. A total of 325 women of 35-55 years old with different forms of endometrial pathology were examined: endometrial polyp was detected in 192 (59.1%), endometrial hyperplasia - in 99 (30.5%), chronic endometritis - in 113 (34.8%), simple hyperplasia with atypia - in 7 (2.2%). Intrauterine adhesions were diagnosed in 20 (6.2%) patients. Chlamydia, ureaplasma and candida were detected significantly more often in women with adhesions. The results of anamnestic, clinical, hysteroscopic and histological examination showed that the patients with adhesions were characterized by increased frequency of infertility among comorbidities. Analysis of the SF-36 questionnaire showed that patients with adhesions rated their quality of life much better than women without adhesions. It was concluded that adhesions were the hysteroscopic finding in every fourth case. Suspicion for the presence of adhesions is a critical aspect of infertility on the background of the transferred urogenital infections and hysteroscopy should be considered as a diagnostic standard for these patients. More than a third of patients have relapse within 1.5 years after hysteroscopic treatment of adhesions.

Key words: intrauterine adhesions, Asherman's syndrome, late reproductive age, quality of life.

Рецензент - д.мед.н., проф. Корнацька А.Г.

Статья поступила в редакцию 29.08.2016г.

Корниенко Светлана Михайловна - к.мед.н., научный сотрудник ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины"; kornisv@rambler.ru