

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ: СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Черемных Р.В., Скрыпников В.В., ЧМЦ «ЦЕНТРУМКЛИНИК», г. Белореченск, Краснодарский край.

Проблема бесплодия является наиболее острой в современной гинекологии и репродуктологии. По данным статистики, более 15% пар страдают бесплодием. При этом хронический эндометрит (ХЭ) верифицируется у 86–93% из них (Э.А. Овчарук «Вестник новых медицинских технологий» 2013 г. №1). Все они проходят на этапе лечения бесплодия неоднократные обследования на многочисленные инфекционные возбудители и неоднократные курсы различной антибактериальной терапии. При этом даже в программах ЭКО эффективность (т.е. наступление беременности) редко достигает 50%. Невынашивание, недонашивание (от ИЦН и ретрохориальных гематом до отхождения околоплодных вод и спонтанного развития родовой деятельности, формирования хронической плацентарной недостаточности) подстерегает практически половину из тех, у кого эта беременность всё-таки наступила (В.Н. Абрамова, С.Н. Гайдукова, А.Н. Тайц «Педиатр» 2017 г. Т. 8 в.1, стр. 82). Всё это вместе с негативными демографическими тенденциями становится вопросом действительно национальной безопасности. В течение последнего десятилетия исследователями проявляется огромный интерес к иммунологическому аспекту патогенеза ХЭ как одной из причин бесплодия. По данным работ, посвящённых проблематике лечения этого состояния, можно говорить об отсутствии однозначно эффективной схемы терапии (Радзинский Е.Р. и соавт. «Казанский медицинский журнал» 2017 г. Т. 98 № 1). Многими исследователями проводится поиск референтных точек и стигм, по которым клиницист сможет ориентироваться в назначении того или иного метода для получения прогнозируемого результата (Ю.А. Петров, В.Е. Радзинский, М.Л. Полина «Кубанский научный медицинский вестник» 2017 г. 24 (5)).

В ЧМЦ «ЦЕНТРУМКЛИНИК» была поставлена цель разработать схему для лечения аутоиммунного ХЭ, легко воспроизводимую врачами акушерами-гинекологами без привлечения дорогостоящих специализированных методик лабораторного и инструментального обследований, при этом обладающую доказанной эффективностью.

Исследование проводится с 2013 г. В исследование включены пациентки с бесплодием, у которых исключены анатомические, гормональные, органические причины infertility (инструментальными и лабораторными методами), – 120 человек. У многих в анамнезе по нескольким неудачным протоколам ЭКО (с сохранённой проходимостью маточных труб). Все пациентки проходили определённый комплекс обследований, сформированный нами на основании анализа научных работ, посвящённых этой теме. Это клинический осмотр, УЗИ ОМТ с доплерометрией миоэметрального кровотока (Сканер Филипс, СВ 650), определение РН вагинального секрета, забор материала из цервикального канала (ЦК) на Фемофлор 16, ПЦР-тест на абсолютные патогены и вирусы, посев методом масс-спектрометрии. Из полости матки на 22–26 день ОМЦ проводили забор с использованием эндобраш-системы (с целью исключения контаминации из ЦК) на ПЦР-тест (вирусы, УПФ, абсолютные патогены), посев методом масс-спектрометрии с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Также у 57 пациенток на 22–26 день ОМЦ проводился забор эндометрия методом пайпель-биопсии для гистологического и иммуногистохимического исследования с определением рецепторного статуса. Панель включала в себя определение CD 16, CD 56, HLA-DR(II), LIF, рецепторы к эстрогену и прогестерону, описание количества и состояния пиноподий. Для выявления особенностей иммунного дисбаланса проводили оценку системного иммунитета с использованием расширенной панели.

По результатам обследования на наличие инфекционного агента получили разнонаправленные изменения, от абсолютной стерильности полости матки и идеального нормоценоза в ЦК до наличия вирусов и условно-патогенной флоры в низких и средних титрах в полости матки и ЦК. Абсолютных патогенов не было выявлено ни в одном случае. По данным УЗИ ОМТ согласно критериям Демидова В.Н. и Озёрской И.А. у 90% пациенток установлен диагноз ХЭ, были изменены показатели миоэметрального кровотока. Гистологическое исследование с ИГХ у 100% верифицировало с ХЭ с аутоиммунным компонентом различной степени активности, сопровождающийся нарушением рецепторного статуса, отсутствием LIF и изменением пиноподий. Проявления дезадаптации системного иммунитета при этом могли либо отсутствовать, либо быть достаточно выраженными с активацией и супрессией различных компонентов.

Все вышеперечисленные данные заставили сделать акцент на иммунокорректирующей терапии и выбрать хорошо изученные по механизму действия и давно используемые препараты ронколейкин и пирогенал. Курс комплексного лечения с этапом реабилитации и пререконцепционной подготовки составил около 3 месяцев. Проводилась сочетанная терапия с использованием пирогенала в/м и ронколейкина в/в. Включение данных препаратов в последовательном режиме в схему комплексной терапии хронического аутоиммунного эндометрита позволило в 100% случаев добиться минимизации проявлений ХЭ с полным купированием его аутоиммунного компонента (по результатам контрольного ПГИ с ИГХ). На данный момент 80% участников исследования (96 пациенток) родоразрешены в срок 37–40 нед. здоровыми доношенными детьми, остальные пациенты находятся на этапе вынашивания беременности и пререконцепционной подготовки.



**Рекомбинантный
ИНТЕРЛЕЙКИН-2
ЧЕЛОВЕКА**



РОНКОЛЕЙКИН®

В клинической практике в России и странах СНГ с 1995 года

АКТИВАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ:

- ✓ ИНФЕКЦИОННЫХ
- ✓ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
- ✓ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
- ✓ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Применяется у взрослых и детей с первого дня жизни



БИОТЕХ

www.biotech.spb.ru

(812) 603-27-97

На правах рекламы. Регистрационное удостоверение № ЛС-001810 от 27.07.2011 года

www.biotech.spb.ru