

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-32>

**DETERMINATION OF CHRONIC ENDOMETRITIS
AS AN ETIOPATHOGENETIC FACTOR
OF RECURRENT MISCARRIAGE**

**ДЕТЕРМІНАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ
ЯК ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНОГО ФАКТОРА
ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ**

Nevhadovska P. M.

*Postgraduate Student at the Department
of Obstetrics and Gynecology № 2
National Pirogov Memorial
Medical University*

Невгадовська П. М.

*аспірант кафедри акушерства і
гінекології № 2
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова*

Chechuga S. B.

*Doctor of Medical Sciences,
Professor at the Department of Obstetrics
and Gynecology № 2
National Pirogov Memorial Medical
University
Vinnytsya, Ukraine*

Чечуга С. Б.

*доктор медичних наук,
професор кафедри акушерства і
гінекології № 2
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Вступ. Проблема невиношування вагітності являється однією з пріоритетних протягом останніх десятиліть як в розділі охорони материнства та дитинства, так і сфери медицини вцілому. Наслідками переривання вагітності є не лише репродуктивні втрати на ранніх термінах гестації, а й передчасні пологи з народженням недоношених морфофункціонально-незрілих немовлят, котрі несуть за собою ряд медичних, економічних та соціальних питань щодо подальшого лікування і реабілітації.

Згідно даними ВООЗ, звичним невиношування називають 3 та більше самовільних викиднів [1], навідмінно від вітчизняних протоколів надання медичної допомоги, де до уваги береться 2 і більше мимовільних абортів поспіль в анамнезі жінки[2]. За даними різних авторів частота звичного викидня сягає 10-20% в загальній структурі переривання вагітності. І хоча чіткої причини наразі не встановлено, існує ряд етіологічних факторів, визнаних основними в етіології даної патології. Серед причини переривання вагітності

провідне місце надають генетичним та імунологічним аномаліям, анатомічним патологіям репродуктивної системи та /або порушенням рівноваги ендокринологічної системи [3; 4]. Протягом останніх років особливу увагу приділяють інфекційним агентам, особливо тим що сприяють розвитку запальних захворювань органів малого тазу. При чому ключову роль надають активації умовно-патогенної мікрофлори, а не специфічним ППСШ як донедавна [5; 6]. Серед запальних захворювань малого тазу акцентуації заслуговує хронічний ендометрит, який виявляється у понад 50% жінок із проблемою звичного невиношування [7; 8; 9]. І хоча сучасні технології значно розширили можливості медицини, проте відсутність патогномічних симптомів, високоспецифічних маркерів та загальноприйнятої стандартизованої схеми діагностики хронічного ендометриту (ХЕ) суттєво ускладнює усунення цієї проблеми.

Мета: розробка комплексної системи діагностики звичного невиношування у жінок з хронічним ендометритом.

Матеріали та методи. Всього було обстежено 120 жінок, із них 90 з діагнозом звичного невиношування та 30 повторнонагітних без репродуктивних втрат в анамнезі. В ході об'єктивного обстеження жінок з репродуктивними втратами в анамнезі було відиференційовано дві групи пацієнок : із діагнозом «Звичне невиношування на фоні ХЕ» та жінки із звичним викиднем, проте іншої етіології (рис. 1).



Рис. 1

Середній вік всіх обстежуваних жінок склав $27,44 \pm 0,13$ (при $p < 0,05$). Із 90 пацієток із діагнозом «Звичний викидень» в ході обстеження хронічний ендометрит як основний фактор переривання вагітності було визнано у 70 ($n_1=90$), що склали основну групу обстежуваних і підлягали подальшому ретельному спостереженню згідно нашого дослідження. Вагітні без репродуктивних втрат в анамнезі були віднесені до групи контролю ($n_2=30$).

При зверненні жінок основної групи, пріоритетною проблемою було два і більше переривання вагітності поспіль. При детальному аналізі кількості і термінів ембріональних втрат (при $n_1=90$) було отримано наступні дані: двохкратне переривання вагітності у 67,78% жінок, трьохкратне – 21,11%, чотири і більше – 11,11%. Основна частка переривань вагітності припала на I триместр і склала 72,22%, інші 27,28% – з 13-22 тижні гестації. При первинному зверненні за медичною допомогою, жінки контрольної групи особливих скарг не висловлювали. Основною метою було прегравідарна підготовка або стандартизоване ведення вагітності.

В ході обстежень досліджуваним пацієнткам проводилося ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД ОМТ). Серед жінок контрольної групи 6,67% мали гінекологічні зміни: доброякісні пухлини матки, кісти яєчників, патології шийки матки, порушення менструального циклу без органічної патології.

Серед жінок основної групи у 100% було виявлено гінекологічну патологію у вигляді ХЕ, ознаки якого візуалізувалися під час ультрасонографії, а остаточно отримали підтвердження в ході подальших обстежень, з них понад 70% мали додаткові патології статевій сфері у вигляді фіброміоми матки, поліпів ендометрію, гіперплазія ендометрію, хронічного сальпінгоофориту та патології шийки матки. У процесі УЗД у пацієток основної групи були зафіксовані наступні патологічні зміни, що вказують на ХЕ: нерівний контур ендометрія, підвищення ехогенності в першу фазу менструального циклу та неоднорідна ехоструктура ендометрія, дифузно-вогнищеві зміни міометрія та інші. На жаль дані ознаки вказують на високу чутливість методу ультразвукової діагностики, проте вони не є патогномонічними в детермінуванні хронічного ендометриту.

З метою морфологічної оцінки ендометрію та більш точної верифікації діагнозу ХЕ жінкам основної групи проводилася біопсія ендометрію з подальшою гістологічною оцінкою. Забір зразків ендометрію проводився шляхом гістерорезектоскопії або пайпель-біопсії на 7-10 дні менструального циклу. Наступним етапом є

патогістологічне дослідження. Типовою ознакою ХЕ являється наявність плазматичних клітин в зразках. Проте плазматичні клітини в зразках ендометрію можуть здатися морфологічно подібними на інші стромальні клітини та лейкоцити. Тому для нівелювання будь-яких похибок проводилося імуногістохімічний аналіз (ІГХ) на виявлення синдекану-1 (Cd-138). Всі жінки, які ввійшли в основну групу мали стандартизоване підтвердження хронічного ендометриту (100% при $n_1=70$). Саме тому біопсія ендометрію з подальшим ІГХ-аналізом являється «золотим стандартом» в діагностиці хронічного ендометриту, як основного предиктора звичного невиношування.

Вищеназаний комплексний підхід в діагностиці надає максимально достовірні результати в підтвердженні ХЕ як одного з основних етіологічних факторів звичного аборту.

Висновок:

1. Звичне невиношування являється поліетіологічною та мультифакторіальною проблемою сучасного акушерства та гінекології.
2. Хронічний ендометрит посідає ключову роль у звичному невиношуванні, шляхом зміни морфологічної структури та рецептурної чутливості ендометрія.
3. Розроблена схема верифікації ХЕ дозволяє високоточно та специфічно встановити діагноз, з метою подальшого успішного лікування та профілактики переривання вагітності.

Література:

1. Dbstet A. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths //Acta Obstet Gynecol Scand. 1977. T. 56. № 3. С. 247-53.
2. Наказ МОЗ України № 624 від 03.11 2008 р. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Київ, 2008. С. 36-64.
3. Elizabeth Taylor, MD, FRCSC, Mohammed Bedaiwy, MD, PhD, Mahmoud Iwes, MD. Recurrent miscarriage. BCMJ, Vol. 60, No. 5, June, 2018. P. 258-262.
4. Bashiri A, Halper KI, Orvieto R. Recurrent Implantation Failureupdate overview on etiology, diagnosis, treatment and future directions. Reprod Biol Endocrinol. 2018;16(1). P. 121.

5. Keighley CL, Skrzypek HJ, Wilson A, Bonning MA, Gilbert GL. Infections in pregnancy. *Med J Aust.* 2019;211(3). P. 134-141.

6. Cicinelli E., De Ziegler D., et al. Poor reliability of vaginal and endocervical cultures for evaluating microbiology of endometrial cavity in women with chronic endometritis. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2009. Vol. 68 (2). P. 108–115.

7. Kitaya K, Takeuchi T, Mizuta S, Matsubayashi H, Ishikawa T. Endometritis: newtime, newconcepts. *Fertil Steril.* 2018;110(3). P. 344–350.

8. Kitaya K, Matsubayashi H, Yamaguchi K. Chronic endometritis: potential cause of infertility and obstetric and neonatal complications. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2016;75(1). P. 13–22.

9. Buzzaccarini, G., Vitagliano, A., Andrisani, A. et al. Chronic endometritis and altered embryo implantation: a unified pathophysiological theory from a literature systematic review. *J Assist Reprod Genet* 2020 (37). P. 2897–2911.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-33>

**EFFECTIVENESS OF THE USE OF FLUORESCENT DYES
IN DETECTING "SENTINEL" LYMPH NODES
IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER**

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНИХ
БАРВНИКІВ ПРИ ВИЯВЛЕННІ «СТОРОЖОВИХ»
ЛІМФОВУЗЛІВ У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ПРЯМОЇ КИШКИ**

Nikitenko R. P.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor at the Department of
Surgery № 1
Odessa National Medical University*

Нікітенко Р. П.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри хірургії № 1
Одеський національний
медичний університет*

Vorotyntseva K. O.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department
of Surgery № 1
Odessa National Medical University
Odesa, Ukraine*

Воротинцева К. О.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії № 1
Одеський національний
медичний університет
м. Одеса, Україна*