

Қазақстанда еңгізілетін Жаһандық жоспар бойынша ең басымды бағыттар анықталды: офтальмологиялық қызметті мамандармен қамтамасыз ету, офтальмологиялық көмекті ақпараттандыру және көз ауруларынан мүгедектерге медициналық-әлеуметтік көмекті жетілдіру.

**Негізгі сөздер:** қазақстан офтальмологиясы, ДДҰ жоспары, көзі көрмеу және нашар көру, іске асыру көрсеткіштері, дамытуға бағыттау.

#### SUMMARY

T.K. BOTABEKOVA, G.U. KULKAYEVA,  
Zh.K. BURIBAEVA, D.B. ABDRAHIMOVA

Kazakh Research Institute of Eye Diseases

GLOBAL PLAN WHO FOR 2014-2019 "UNIVERSAL ACCESS TO EYE HEALTH" IN KAZAKHSTAN

In March 2013 adopted the WHO Global Plan of Action for 2014-2019. "Universal access to eye health", where for each of the tasks of developing indicators of implementation. The major indicators for assessing ophthalmological services at the national level are: the prevalence and causes of visual impairment, the number of specialists in ophthalmology and surgical activity in cataract. The main effort will be allocated to reducing the prevalence of avoidable visual impairment in the age group over 50 years, basically, it's – cataract and uncorrected refractive errors in older people.

As part of the Global Plan of Action in Kazakhstan highest priority areas are: staffing, information and eye care health and social care visually impaired.

**Key words:** the ophthalmology of Kazakhstan, the WHO plan, blindness and visual impairment, the indicators of the implementation, the direction of development.

618.14-002.2

З.М. АУМОЛДАЕВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

## ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА В СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Хронический эндометрит остается актуальным в структуре воспалительных заболеваний половых органов. Частота в структуре воспалительных заболеваний колеблется от 0,8 до 19%. В группе женщин с бесплодием ХЭ встречается от 12 до 68% случаев. ХЭ является причиной нарушения репродуктивной функции у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности, таким образом, данное заболевание имеет не только медицинское, но и социальное значение. В данной статье освещены особенности этиопатогенеза, диагностики и лечения хронического эндометрита.

**Ключевые слова:** хронический эндометрит, бесплодие.

Актуальным и значимым в структуре гинекологической заболеваемости продолжает оставаться хронический эндометрит (ХЭ). ХЭ вызывает нарушения репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО, невынашивания беременности (НБ), осложненного течения беременности и родов, поэтому приобретает не только медицинское, но и социальное значение [1, 2]. Частота ХЭ в общей популяции женского населения колеблется от 0,8 до 19% [3], при этом наиболее высокие показатели ХЭ отмечены у женщин с привычным невынашиванием беременности – от 33,5 до 86,7% [4, 5, 6, 7]. В группе женщин с бесплодием ХЭ встречается в 12–68% случаев. У пациенток с неудачными попытками ЭКО и переноса эмбрионов (ПЭ) частота ХЭ возрастает до 60% и более [8].

В настоящее время ХЭ также рассматривают как клинко-морфологический синдром, при котором в результате персистирующего повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую биотрансформацию и рецепторный аппарат слизистой оболочки тела матки [9, 10, 11, 12]. ХЭ наиболее полно соответствует определению хронического продуктивного интерстициального воспаления. Наиболее выражена стадия пролиферации (размножения) клеточных элементов, при продуктивном воспалении остальные стадии (альтерация и экссудация) не выражены. При этом происходит образование клеточных инфильтратов полиморфно-клеточных, ма-

крофагальных, плазмноклеточных, гигантоклеточных в строме эндометрия [11, 13, 14].

Проводятся многочисленные исследования по оценке состояния эндометрия при невынашивании беременности с точки зрения иммунных и гормональных взаимоотношений при наличии ХЭ. В эндометрии в процессе имплантации и плацентации имеет место взаимодействие этих систем, а при осложнениях беременности могут быть вовлечены как гормональные, так и иммунные механизмы. Установлено что для реализации имплантации, роста и развития эмбриона необходимо создание в эндометрии состояния иммунной супрессии, что ведет к формированию защитного барьера и предотвращает отторжение плода. По данным В.М. Сидельниковой (2007) в группе женщин, страдающих привычным невынашиванием, вне беременности, диагноз ХЭ гистологически верифицирован в 73,1% случаев [15].

ХЭ определяется как морфологический субстрат с обязательным присутствием в ткани эндометрия плазматических клеток, стромального отека и воспалительных лимфоидных инфильтратов [6, 7]. По данным Шуршалиной А.В [16], ХЭ – это клинко-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению его циклической трансформации и рецептивности. С учетом высокого процента бессимптомно и атипично протекающих форм заболевания, ХЭ верифицируется гистологически на основании обнаружения в эндометрии в пролиферативную фазу лимфоидных

инфильтратов, плазматических клеток в строме, наличия фиброзирования стромы эндометрия в сочетании со склеротическими патологическими изменениями стенок спиральных артерий [16].

Ведущими факторами риска для формирования ХЭ являются воспалительные осложнения после родов и абортов, различные инвазивные внутриматочные вмешательства (искусственные аборты, диагностические выскабливания эндометрия, длительное использование внутриматочных контрацептивов, гистеросальпингография, манипуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий), нарушения местного и общего иммунитета, инфекционные поражения шейки матки и влагалища, бактериальный вагиноз, деформации полости матки с нарушением циклического отторжения эндометрия, лучевая терапия в области органов малого таза [9, 14, 17].

Причиной хронизации воспалительного процесса является незавершенность заключительной фазы воспаления – регенерации ткани и формирующиеся в тканях эндометрия множественные нарушения тканевого гомеостаза.

Основной причиной осложнений хронических воспалительных заболеваний органов малого таза является процесс гиперплазии соединительной ткани, который, с одной стороны, ограничивает очаг воспаления от окружающих тканей, а с другой – препятствует поступлению лекарственных веществ и способствует возникновению нарушений репродуктивной функции.

В настоящее время сформировались две противоположные точки зрения на роль инфекционного фактора в генезе ХЭ. Большинство исследователей полагают, что полость матки стерильна, и в случае проникновения в эндометрий условно-патогенных флоры (УПФ), примерно в 60% случаев развивается воспалительный процесс [5, 18, 19]. Другие исследователи [20] утверждают, что эндометрий не может быть стерильным за счет непрерывного микробного воздействия из нижних отделов полового тракта, особенно во время половых контактов. Циклическое отторжение слизистой оболочки матки во время менструации обеспечивает противомикробную физиологическую защиту. Таким образом, можно полагать, что почти у всех женщин в матке присутствуют микроорганизмы, так называемая условно-патогенная флора, не вызывая при этом воспаления. Однако в силу множества причин данный механизм оказывается недостаточным, и происходит проникновение микроорганизмов в эндометрий с развитием воспалительных реакций [21].

Существенная роль в развитии ХЭ принадлежит нарушениям местного и общего иммунитета. Длительная стимуляция иммунокомпетентных клеток эндометрия инфекционным возбудителем приводит к декомпенсации регуляторных механизмов локального гомеостаза, что поддерживает персистенцию инфекционного процесса, который формирует соединительнотканые фибриновые спайки в строме и/или внутриматочные синехии различной степени выраженности [10, 13, 14, 22]. Преобладание во влагалищном биоценозе ассоциаций облигатно-анаэробных микроорганизмов, микроаэрофилов и вирусов обуславливает малосимптомное течение воспалительного процесса в эндометрии, затрудняет своевременную его диагностику и способствует хронизации воспалительного процесса эндометрия.

Хроническая активация клеточных и гуморальных провоспалительных реакций сопровождается повышенной выработкой цитокинов и других биологически активных веществ, обуславливающих нарушения микроциркуля-

ции, экссудацию и отложение фибрина в строме эндометрия [5, 11, 23, 24, 25]. Продолжающаяся депрессия локальной фибринолитической активности под влиянием провоспалительных факторов усиливает ангиогенез в первичных фибриновых сращениях, что усугубляет морфологические изменения в тканях матки, формирует соединительнотканые фибриновые спайки в строме и/или внутриматочные синехии различной степени выраженности [17].

Весьма важным в постановке диагноза ХЭ является выявление инфекционного агента, вызвавшего воспалительный процесс. Как известно, этиологическими факторами ХЭ могут выступать факультативные анаэробные бактерии (эшерихии, протей, золотистый стафилококк), анаэробы, микобактерии туберкулеза, микоплазмы, вирусы (вирус папилломы человека, цитомегаловирус, вирус простого герпеса), гарднереллы, грибы рода *Candida*. Большая роль в развитии хронического воспаления эндометрия в последнее время отводится хламидиям, трихомонадам и уреоплазме. Считается, что именно эти возбудители чаще всего определяют нарушение репродуктивной функции эндометрия. Формирование микробных ассоциаций, снижение иммунологической активности макроорганизма, дисбаланс в системе локального иммунитета, нарушение колонизационной резистентности – вот те условия, которые приводят к активизации условно-патогенной флоры. [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34]. Вызванный микроорганизмами хронический воспалительный процесс дестабилизирует иммунную систему, что проявляется в снижении уровня интерферонов, функциональной активности нейтрофилов, угнетении функций естественных киллеров [30, 31, 32, 33, 34, 35, 36].

Необходимо отметить, что в современных условиях эндометрит характеризуется рядом особенностей: изменением этиологической структуры с увеличением значимости вирусной и условно-патогенной флоры, ростом резистентности флоры к фармакотерапии, трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых форм и атипичного течения, длительными сроками терапии и высокой ее стоимостью.

В настоящее время предложены различные классификации ХЭ. Наиболее приемлемой из них является классификация по этиологическому фактору С. Buckley, Н. Fox (2002), согласно которой выделяют формы ХЭ: неспецифический ХЭ, характеризующийся тем, что при проведении бактериологического обследования пациенток в клетках слизистой оболочки тела матки специфическая флора не выявляется. Данная форма ХЭ, как правило, развивается у пациенток на фоне использования внутриматочных контрацептивов, при бактериальном вагинозе, после лучевой терапии органов малого таза, у ВИЧ-инфицированных пациенток. Следующей формой ХЭ является специфический ХЭ, который проявляется тем, что при исследовании биоптата эндометрия выявляют хламидии, вирусы (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус иммунодефицита человека, энтеровирусы), а также бактериальную флору (микобактерии туберкулеза, гонококки, актиномицеты, сифилис) и микоплазмы, грибы, простейших и паразитов.

Для идентификации инфекционного агента необходимо проводить тщательное микробиологическое исследование соскоба эндометрия с определением чувствительности флоры к антибактериальным препаратам. В одной трети случаев при гистологически верифицированном ХЭ выявляются стерильные посевы эндометрия, что может свидетельствовать о важной роли условно-патогенной флоры в развитии воспалительного процесса или недостаточности обнаружения возбудителя.

Диагностика ХЭ проводится на основе жалоб, анализа клинических симптомов, данных анамнеза, эхографической картины, эндоскопического исследования и морфологической верификации соскоба эндометрия [7, 8, 15, 37].

Клинические проявления ХЭ не являются патогномоничными и в значительной степени не отражают глубину структурных и функциональных изменений в ткани эндометрия. Неполноценная циклическая трансформация эндометрия на фоне воспалительного процесса, нарушение процессов десквамации и регенерации функционального слоя эндометрия приводят к появлению основного симптома заболевания – маточных кровотечений (перименструальных, межменструальных).

Достаточно постоянными являются жалобы на тянущие боли внизу живота и диспареунию, нередко отмечаются серозные и серозно-гноевидные бели. Среди клинических симптомов особое место занимают бесплодие (преимущественно вторичное), неудачные попытки ЭКО и привычная потеря беременности [13, 22].

Трансвагинальная эхография, производимая на 7–8-й день менструального цикла, позволяет установить ультразвуковые признаки ХЭ [8, 38, 39]: появление участков повышенной и пониженной эхогенности срединной структуры (М-эхо) тела матки; появление гиперэхогенных структур в базальном слое эндометрия, представляющих собой очаги фиброза и кальциноза; в некоторых случаях определяется расширение полости матки до 0,3–0,7 см из-за наличия жидкого содержимого через 3–5 дней после окончания менструации. В полости матки могут определяться пузырьки газа, иногда с характерным акустическим эффектом «хвоста кометы». Более редкими диагностическими признаками являются асимметрия толщины передней и задней стенок эндометрия, истончение М-эхо. Диагностическая ценность УЗИ при ХЭ может достигать 88%, а специфичность – 92%.

При динамическом наблюдении одним из дополнительных методов исследования может быть доплерометрия сосудов матки. При анализе доплерометрических показателей кровотока в сосудах матки у женщин с ХЭ оценивают значение углозависимых показателей кровотока: пульсационного индекса (PI), индекса резистентности (RI) и систоло-диастолического соотношения (S/D). Нарушение кровотока в сосудах матки с преобладанием поврежденных преимущественно на уровне базальных и спиральных артерий, сложности визуализации концевых артерий свидетельствуют о значительном нарушении перфузии ткани на фоне хронического воспалительного процесса [8].

В 2003 году российскими исследователями были сформированы МРТ признаки ХЭ. Такие как: расширение полости матки, наличие в полости газа или свободной жидкости, асимметрия стенок матки и увеличение матки, неравномерное утолщение функционального слоя эндометрия, его неоднородная структура, пристеночные, внутриполостные синехии как исход воспалительного процесса [8].

С момента внедрения в гинекологическую практику эндовидеоскопических методов исследования для диагностики патологических состояний эндометрия широко используется гистероскопия. Данный метод позволяет оценить состояние эндометрия, выявить расположение патологического процесса в матке, а также произвести прицельную биопсию, что может повысить точность диагностики и хирургическую коррекцию путем рассечения внутриматочных синехий. Гистероскопию выполняют в I фазу менструального цикла, сразу после менструации, для выявления единичных или множественных очагов гиперемии слизистой оболочки тела матки со

светлым точечным центром (симптом «клубники»), неравномерность толщины, отек и усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки матки, возможно наличие микрополипов, также может отмечаться небольшое расширение полости матки. Различные степени сужения устьев маточных труб вплоть до полного их зарастания, чередование участков очаговой гиперплазии с участками истончения эндометрия белесоватой окраски (явления фиброзирования) также расцениваются как явления хронического эндометрита. В случае атрофических изменений эндометрия гистероскопическая картина характеризуется тусклым, бледным эндометрием, чередованием участков с бедной сосудистой сетью с участками неизмененного эндометрия. Хотя данные симптомы не являются патогномоничными для ХЭ, гистероскопию необходимо проводить для исключения другой внутриматочной патологии [41, 40]. Особый интерес на сегодняшний день представляет амбулаторная хирургическая гистероскопия. Данная технология характеризуется минимальным дискомфортом для пациенток в связи с отсутствием расширения цервикального канала [42]. Современная гистероскопия позволяет избежать практически всех травматичных маневров, что в итоге снижает болевые ощущения и обеспечивает лучшую переносимость процедуры [43, 44].

Окончательным методом диагностики при постановки диагноза ХЭ является морфологическое исследование эндометрия [12, 13]. Общепринятыми морфологическими критериями ХЭ являются: очаговые воспалительные лимфоидные инфильтраты в базальном и других слоях эндометрия; наличие плазматических клеток в строме; очаговый фиброз стромы; склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия.

Существуют следующие морфологические варианты ХЭ: атрофическая, кистозная и гипертрофическая формы.

Наиболее часто встречающаяся гистоморфологическая форма ХЭ – это атрофическая. Ее морфологическая картина характеризуется следующим образом: строма диффузно фиброзирована, с очаговыми круглоклеточными инфильтратами, на фоне истонченного функционального слоя эндометрия определяются инфильтраты, преимущественно представленные лимфоцитами и плазмоцитами, расплощенные периваскулярно. Среди инфильтрата встречаются единичные нейтрофильные лейкоциты. Эпителий желез с признаками секреции. На эндометрии определяются участки кровоизлияния [45].

Следующей по частоте встречаемости формой ХЭ при морфологическом исследовании эндометрия является гипертрофическая форма, которая характеризуется выраженным отеком стромы, умеренной инфильтрацией лимфоцитами и плазмоцитами. Встречаются единичные железы, эпителий которых в состоянии тяжелой дистрофии. Эндометрий с признаками слабой гиперплазии. Строма эндометрия очагово инфильтрирована лимфоцитами, плазмоцитами с формированием лимфоидных фолликулов без светлых центров. Цитогенная строма различной плотности с обширными кровоизлияниями. Эпителий желез в стадии секреции [45].

При лечении хронического эндометрита используется комплексный подход, так как эффективность терапии зависит от давности заболевания и, следовательно, от степени морфологических изменений стромы эндометрия [17].

Обязательным является применение этиотропной терапии. С этой целью назначаются антибактериальные

препараты широкого спектра действия (макролиды, защищенные пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны). Данные группы антибиотиков характеризуются широким спектром антимикробной активности. Они обладают высокой активностью против основных возбудителей инфекционных процессов органов малого таза грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий, микоплазм, хламидий и др. Их важной особенностью является медленное развитие устойчивости по сравнению с другими классами антибиотиков, что позволяет эффективно их использовать против штаммов микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам, традиционно применяемым в гинекологической практике. Кроме того, они обладают высокой биодоступностью при приеме внутрь, обеспечивая нужные бактерицидные концентрации препаратов в поврежденных тканях, и имеют выраженный постантибиотический эффект [46].

Антибактериальная терапия должна быть дополнена противопаразитарными препаратами, т.к. возбудителями воспалительного процесса часто могут быть неспорообразующие анаэробы.

Важным в лечении воспалительных заболеваний внутренних половых органов является сочетанное назначение этиотропных препаратов и иммунокорректоров, что значительно повышает эффективность проводимой терапии. Терапевтический эффект, обусловленный применением иммуномодуляторов и особенно препаратов, воздействующих на все популяции иммунокомпетентных клеток, заключается в быстрой ликвидации воспаления, активации репаративных процессов, восстановлении разрушенного Т-клеточного звена иммунитета, что обеспечивает повышение антиинфекционной и общей резистентности организма. Также широко используются стимуляторы Т-лимфоцитов и так называемых биогенные стимуляторы. В ответ на раздражение иммунной системы синтезируются противовоспалительные цитокины, обеспечивающие межклеточную кооперацию иммунокомпетентных клеток и способствующие запуску каскада иммунологических реакций, направленных на ограничение, уничтожение и элиминацию возбудителя. Учитывая патофизиологию воспалительного процесса в лечении инфекционных заболеваний органов малого таза, обоснованно применение антиагрегантных средств (трентал) и ферментов [47].

Следующим этапом в лечении ХЭ является метаболитическая терапия (актовегин), которая необходима для восстановления и усиления тканевого обмена (коррекция метаболических нарушений и гипоксии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия).

При лечении ХЭ дифференцированно используется гормонотерапия. По данным В.П. Сметника (2006) заместительная гормонотерапия (ЗГТ), содержащая натуральные эстрогены, которые значительно улучшают процессы регенерации в эндометрии. Женщинам с регулярным овуляторным циклом достаточно назначить «чистые» эстрогены (прогинова) с 5-го по 21-й день цикла, так как эндогенного прогестерона достаточно, чтобы обеспечить нормальную секреторную трансформацию эндометрия. При НЛФ используется циклопрогинова [48].

В комплексной терапии благоприятно воздействует на рецепторную активность эндометрия физиолечение, которое улучшает гемодинамику органов малого таза, стимулирует функции рецепторов, ускоряет процессы регенерации эндометрия, способствует купированию явлений воспаления. Физиотерапию проводят дифференцированно, с учетом длительности процесса,

возраста больной, функции яичников. Наиболее часто в комплексной терапии ХЭ применяют электроимпульсную терапию, интерференционные токи, переменное магнитное поле низкой частоты.

Энзимотерапия комбинацией высокоактивных ферментов растительного и животного происхождения обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, фибринолитическим действием. Энзимы (ферменты) представляют собой основу жизнедеятельности организма и принимают участие практически во всех биологических процессах организма.

У большинства больных при воспалительном процессе внутренних половых органов отмечается нарушение соотношения различных видов микроорганизмов в биотипе влагалища и кишечника, что сопровождается развитием дисбиотических состояний. Поэтому целесообразно завершать курс комплексного лечения антимикотической терапией с последующей коррекцией дисбиотических нарушений микробиоценоза влагалища и кишечника. При отрицательных бактериоскопических результатах на споры грибов возможно применение зубитиков в виде вагинальных свечей.

Этиопатогенетическое лечение с обоснованным правильным выбором лекарственных препаратов, этапности их применения и оптимальных сроков лечения является необходимым для успешной терапии воспалительных заболеваний [47].

Таким образом, учитывая высокий процент ХЭ в структуре гинекологической заболеваемости, а также осложнения, связанные с ним, приводящие к нарушению менструальной и репродуктивной функции, позволяют нам говорить, что проблема диагностики и лечения ХЭ продолжает оставаться актуальной. До настоящего времени остаются открытыми вопросы алгоритма диагностики и особенности лечения данной патологии, которые требуют дальнейшего изучения.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Петросян Л.А. Оптимизация лимфоцитоиммунотерапии в лечении привычной потери беременности первого триместра /Л.А. Петросян. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
- 2 Тетруашвили Н.К. Ранние потери беременности (иммунологические аспекты, пути профилактики и терапии) / Н.К. Тетруашвили. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2008
- 3 Polissen F., Bambirra E.A., Camargos A.F. Detection of chronic endometritis by diagnostic hysteroscopy in asymptomatic infertile patients. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2003; 55(4):205-10
- 4 Haggerty C.L., Hillier S.L., Bass D.C., Ness R.B.; PID Evaluation and Clinical Health study investigators. Bacterial vaginosis and associated with endometritis. *Clin. Infect. Dis.* 2004; 39 (7): 990-520
- 5 Johnston-MacAnanny E.B., Hartnet J., Engmann L.L., Nulsen J.C., Sanders M., Benadiva C.A. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization. *Fertil. Steril.* 2010; 93 (2): 437-41
- 6 Romero R., Espinoza J., Mazor M. Can endometrial infection/inflammation explain implantation failure, spontaneous abortion, and preterm birth after in vitro fertilization? *Fertil. Steril.* 2004; 82 (4):799-804
- 7 Sharkey A.M., Smith S.K. The endometrium as a cause of implantation failure. *Best pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol.* 2003; 17(2):289-307
- 8 Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010
- 9 Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А.

- и др. Влияние инфекций на репродуктивную систему женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – №5
- 10 Дубницкая Л.В., Назаренко Т.А. Хронический эндометрит: возможности диагностики и лечения // *Consilium Medicum*. – 2007;9:6:45-52
- 11 Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Возможности применения препарата Лонгидаза® в комплексной терапии патологических изменений эндометрия // *Русский медицинский журнал*. – 2008;19:24-29
- 12 Eisert W.G. Dipyridamole. Platelets / Ed.by Michelson A.D. Cambridge (USA), 2002
- 13 Сидорова И.С., Макаров И.О., Унанян А.Л. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита (клиническая лекция) // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2010; 3: 21-24.
- 14 Eckert L.O., Hawes S.E. Endometritis: The clinical-pathologic syndrome // *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186 (4): 690–5
- 15 Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. Современный взгляд на проблему / Сидельникова В.М. // *Рос. вестн. акуш.-гинеко.* – 2007. – №2. – С. 62-65
- 16 Шуршалина А.В. Роль хронического эндометрита в развитии патологии репродуктивной функции // *Российский медицинский журнал*. – 2007;4. – С. 25-27
- 17 Лебедев В.А., Пашков В.М., Клиндухов И.А. ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Современные принципы терапии больных с хроническим эндометритом // *Трудный пациент*. – 2012. – Т. 10, №5
- 18 Andrews W.W., Hauth J.C., Cliver S.P., Conner M.G., Goldenberg R.L., Goepfert A.R. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women // *Am.J. Obstet.Gynecol*.2006; 195 (6):1611-6
- 19 Cicinelli E., De Ziegler D., Nicoletti R., Colafiglio G., Saliani N., Resta L. et al. Chronic endometritis: correlation among hysteroscopic, histologic, and bacteriologic findings in a prospective trial with 2190 consecutive office hysteroscopies // *Fertil. Steril*. 2008; 677-84
- 20 Andrews W.W., Hauth J.C., Cliver S.P., Conner M., Cooper L., Goldenberg R.L. Interocepal antibiotics to prevent spontaneous preterm birth: a randomized clinical trial // *Am.J. Obstet.Gynecol*. 2006; 194 (3):617-23
- 21 Гомболевская Н.А., Муравьева В.В., Марченко Л.А., Анкирская А.С. Современные возможности этиологической диагностики хронического эндометрита // *Акуш. и гинеко.* №8/1/ 2012. – С. 41
- 22 Хашукоева А.З., Цомаева Е.А., Водяник Н.Д., Хлынова С.А. Хронический эндометрит – проблема и решение // *Гинекология. Коллоквиум*. – 2012; 3: 34-38
- 23 Бурлев В.А., Шишканова О.Л., Ильсоева Н.А., Серов В.Н. Системный ангиогенез у больных с хроническим эндометритом и нарушением репродуктивной функции на фоне импульсной электротерапии // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2010; 9 (3): 10-15
- 24 Ingerslev H.J., Møller B.R. Chlamydia trachomatis in acute and chronic endometritis // *Scand J Inf Dis*. 1982
- 25 Mount S., Mead P., Cooper K. Chlamydia trachomatis in the endometrium: can surgical pathologists identify plasma cell // *Adv Anat Pathol*. 2001; 8 (6): 327-329
- 26 Буданов П.В., Баев О.П., Пашков В.М. Нарушения микроценоза влагалища // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2005; 4(2):78-88
- 27 Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему // *РМЖ*. – 2008. – 16(1):131-3
- 28 Кира Е.Ф. Комбинированная терапия инфекционных заболеваний женских половых органов // *Гинекология*. – 2010. 1; 12-5
- 29 Кисина В.И. Оптимизация подходов к лечению кандидом вульвы и влагалища // *Клин. дерматология и венерология*. – 2010;2:96-103
- 30 Летяева О.И., Гизингер О.А., Зиганшина Т.А., Зиганшин О.Р., Семенова И.В. Возможность иммунокоррекции воспалительных заболеваний урогенитального тракта, ассоциированных с микоплазмами у женщин репродуктивного возраста // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2011;2:86-91
- 31 Маянский А.Н., Маянский Н.А., Заславская М.И. Нуклеарный фактор и воспаление // *Цитокины и воспаление*. – 2007; 6(2):3-9
- 32 Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Анкирская А.С. Вагинальная микозэкосистема влагалища в норме и при патологии // *Гинекология*. – 2009; 3: 11-5
- 33 Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.А. Факторы резистентности и иммунитет при грибковых инфекциях кожи и слизистых оболочек // *Иммунопатология, аллергология, инфектология*. – 2004;1: 6-14
- 34 Fidel P.I Jr. Immunity in vaginal candidiasis // *Curr. Opin. Infect. Dis*. 2005; 18(2):107-11
- 35 Gallowitsch-Puerta M., Pavlov V.A. Neuro-immune interactions via the cholinergic anti-inflammatory pathway // *Life Sci*. 2007; 80 (24-25): 2325-9
- 36 Matytsina L.A., Greydanus D.E., Gurkin Y.A. vaginal microbiocenosis and cytology of prepubertal and adolescent girls: their role in health and disease // *World J. Pediatr*. 2010; 6(10):32-7
- 37 Кузнецова А. В. Хронический эндометрит // *Арх. патол.* – 2000; 3(62): 48-52
- 38 Демидов В.Н. и др. Эхографические критерии хронического эндометрита // *Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии*. – 1993; 4: 21-7
- 39 Демидов В.Н., Гус А.И. Патология полости матки и эндометрия. ВМК. Практическое пособие. – М.: 2001. – С. 16-21
- 40 Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Осадчев В.Б. и др. Роль панорамной и микрогистероскопии в диагностике хронического эндометрита // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2004; 6
- 41 Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний // Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.; 1998
- 42 Campo R., Molinas C.R., Rombauts L., Mestdagh G., Lauwers M., Braekmans P. et al. Prospective multicenter randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office hysteroscopy // *Hum Reprod*. 2005; 20:258-63
- 43 Cicinelli E, Parisi C, Galantino P, Pinto V, Barba B, Schnauer S. Reliability, feasibility and safety of minihysteroscopy with a vaginoscopic approach: experience with 6,000 cases. *Fertil Steril*. 2003;80:199-202
- 44 De Angelis C., Santjro G., Re M.E., Nafroni I. Office hysteroscopy and compliance: minihysteroscopy versus traditional hysteroscopy in a randomized trial. *Hum Reprod*. 2003;18:2441-5
- 45 Алдангарова Г.А., Федотовских Г.В., Хамидуллина Г.А. Роль эндовидеоскопии в повышении эффективности ВРТ. Бесплодие и ВРТ. А-2005. – С. 121-135
- 46 Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Тактика выбора антибиотика для терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // *Гинекология*. 2009; 5 (11): 34-37
- 47 Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов // *Акуш. и гинеко.* – 2007. – №4. – С. 65-68
- 48 Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей 3-е издание. – Москва, 2006. – С. 590

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**З.М. АУМОЛДАЕВА**

*Қазақстан-Ресей медициналық университеті,  
Алматы қ.*

**ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАР ҚҰРЫЛЫМЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ЭНДОМЕТРИТТИҢ МӨНІ**

Созылмалы эндометрит (СЭ) гинекологиялық аурулар құрылымының ішіндегі өзектісі болып келеді, себебі репродуктивті қызметінің бұзылуына әкеледі, бұл бедеуліктің, ЭҚҰ талпынысының жайсыз болуының, жүктіліктің үзілуінің (ЖҰ), жүктілік пен туудың қиын болуының себептері болып табылады, сондықтан медициналық қана емес, әлеуметтік маңызға да ие. Ісіп қызырып кету ауруларының құрылымында СЭ жиілігі 0,8-ден 19%-ға дейін ауытқиды. Сонымен қатар СЭ ең жоғарғы көрсеткіштері 33,5-ден 86,7%-ға дейінгі аралықта әдетте жүктілігі үзіліп кете беретін әйелдерде байқалады. СЭ бедеу әйелдердің тобында 12-ден 68%-ға дейінгі дейінгі жағдайда кездеседі. Қазіргі таңда СЭ Клиникалық – морфологиялық синдром ретінде қарастырылуда. Сонымен қатар зақымдалудың нәтижесінде эндометрия жұқпалы агент ретінде жатыр денесінің шырышты қабығының кезеңдік биотрансформациясын және рецепторлық аппаратқа зақым келтіретін көптеген қайталамалы морфо қызметтік өзгерістерді тудыртады. СЭ барында иммундық және гормондық өзара қатынастарының көзқарас тұрғысынан алғанда жүктілік бола алмауы кезінде эндометрияның жағдайын бағалау бойынша көптеген зерттеулер жүргізілді. СЭ диагностикасы шағымдардың, клиникалық белгілердің талдауы, анамнездің мәліметтері, эхографиялық кескін, эндоскопиялық зерттеу мен эндометрия қырындысының морфологиялық анықталуы негізінде жүргізіледі. Созылмалы эндометритті емдеу кезінде кешендік тәсіл пайдаланылады, себебі терапияның тиімділігі аурудың мерзіміне және сәйкесінше, эндометрия төсемінің морфологиялық өзгеру деңгейіне де байланысты.

**Негізгі сөздер:** созылмалы эндометрит, бедеулік.

SUMMARY

**Z.M. AUMOLDAYEVA**

*Kazakh-Russian Medical University, Almaty c.*

**THE SIGNIFICANCE OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN THE STRUCTURE OF GYNECOLOGICAL MORBIDITY**

Chronic endometritis (CE) continues to be important in the structure of gynecological morbidity, as it induces reproductive disorders being the cause of infertility, IVF failures, miscarriages, complicated pregnancies and childbirths, therefore it is getting not only medical significance but also social one. The incidence of chronic endometritis in the structure of inflammatory diseases ranges from 0.8 to 19%, with the highest rates of CE marked in women with recurrent miscarriages – from 33.5 to 86.7%. In the group of women with infertility, CE is from 12 to 68% of cases. Currently, CE is considered as a clinical and morphological syndrome in which multiple secondary morphofunctional changes occur as a result of persistent endometrial damage caused by the infectious agent, disturbing the cyclic biotransformation and the receptor apparatus of the mucosa of the uterine body. Numerous studies on the evaluation of the endometria in miscarriages in terms of immune and hormonal relationships in the presence of CE have been conducted. CE diagnosis is based on the complaints and analyses of the clinical symptoms, medical history data, sonographic picture, the endoscopic examination and morphological verification of the endometrial scrape. When treating chronic endometritis, a comprehensive approach is used as the effectiveness of therapy depends on the duration of the disease and, therefore, the degree of morphological changes in the endometrial stroma.

**Key words:** chronic endometritis, infertility.

**Рецензент:** врач-гинеколог НЦХ им. А.Н. Сызганова, д.м.н. Алдангарова Г.А.

УДК УДК 618.14-089.85

**Н.Н. КОБЗАРЬ, М.И. НУГМАНОВА, Б.И. АБДРАСИЛОВА, Н.С. МИРЗАРАИМОВА, Р.Н. КАЛИЕВА, Х.М. ЛЕЙМОЕВА**

*Казахстанско-Российский медицинский университет,  
Управление здравоохранения, г. Алматы*

**ПРОБЛЕМА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Проведенный анализ по частоте кесарева сечения в г. Алматы и РК показал, что за 23 года, с 1990 по 2012 гг. частота КС в РК выросла на 210,0%, в г. Алматы на 145,6%. По итогам 2012 г. в г. Алматы частота КС в 1,5 раза превышает уровень РК, при этом ПНС одинаковая и составляет соответственно 15,3% и 15,0%. Подсчет коэффициента эффективности оперативного родоразрешения выявил низкую эффективность операции кесарево сечение по г. Алматы и необоснованность роста ее частоты. Операцию кесарево сечение необходимо выполнять своевременно и по строгим показаниям, что возможно при рациональном ведении родов без элементов акушерской агрессии и полипрагмазии с выполнением всех требований программы «Безопасное материнство». Необходима разработка протоколов с переоценкой большей части современных показаний к этому вмешательству.

**Ключевые слова:** частота кесарева сечения, показатель перинатальной смертности, показатель эффективности операции кесарево сечение.

**А**бдоминальное родоразрешение и его роль в снижении материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов – одна из наиболее важных проблем современного родовспоможения во всем мире. Частота кесарева сечения (КС) в мире довольно вариабельна. В Австрии, Болгарии, Дании, Норвегии эти операции составляют менее 15% всех родов, в Бразилии, Мексике, Чили, Таиланде – более 30%. В России прирост частоты оперативного

вмешательства составляет около 1% в год. В 2009 году частота кесарева сечения соответствовала 21%, при этом отмечался рост за последние 20 лет практически втрое, а перинатальные потери не снизились даже в 2 раза [3]. В то же время заболеваемость женщин, перенесших операцию КС, в 5-7 раз больше по сравнению с родами через естественные родовые пути [2]. Результаты Глобального Обзора ВОЗ показали, что повышенная частота КС ассоциируется с более высо-