

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АШЕРМАНА

© Т.А. Макаренко, Д.Е. Никифорова, И.О. Ульянова

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск

Поступила в редакцию: 19.09.2016

Принята к печати: 14.10.2016

■ **Актуальность.** Синдром Ашермана является одной из самых сложных проблем в гинекологической практике, так как зачастую сопровождается развитием аменореи и бесплодия, представляет собой значительные трудности в диагностике и лечении. *Цель работы:* улучшить результаты лечения больных с синдромом Ашермана при помощи гистероскопического адгезиолиза с использованием противоспаечного барьера «Антиадгезин». **Материалы и методы.** В исследование были включены 36 пациенток со спаечным процессом в полости матки различной степени тяжести. Группу I составили 20 женщин, которым в послеоперационном периоде в полость матки вводился антиадгезин, группу II — 16 женщин с аналогичной патологией без введения противоспаечных барьеров. **Результаты.** Всем женщинам через 3 месяца после адгезиолиза была проведена контрольная офисная гистероскопия. Наличие синехий было диагностировано у 2 (10 %) пациенток I группы, при этом спайки были единичными нежными и легко разрушались тубусом гистероскопа. Во II группе спаечный процесс имел рецидивы у 5 (31,3 %) больных ($p = 0,038$), а у одной больной визуализировалась «туннелированная» матка, что является крайне неблагоприятным вариантом течения заболевания. **Заключение.** Исследование показало, что внутриматочное введение противоспаечного барьера антиадгезина в послеоперационном периоде после гистероскопического адгезиолиза способствует снижению числа рецидивов внутриматочных синехий.

■ **Ключевые слова:** аменорея; бесплодие; внутриматочные синехии; синдром Ашермана; противоспаечные барьеры; антиадгезин.

EXPERIENCE OF APPLICATION ANTI ADGESIVEBARRIER IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ASHERMAN'S SYNDROME

© Т.А. Makarenko, D.E. Nikiforova, I.O. Ulyanova

Krasnoyarsk state medical University, Krasnoyarsk, Russia

For citation: Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2016;65(5):29-32

Received: 19.09.2016

Accepted: 14.10.2016

■ **Relevance.** Asherman's syndrome is one of the most difficult problems in gynecologic practice, because in addition to complex clinical picture, which includes secondary amenorrhea and infertility is a significant difficulty in diagnosis and treatment. *The purpose* was to improve the results of treatment of Asherman's syndrome after conducting hysteroscopic adhesiolysis using anti adhesive barrier "Antiadgezin". **Materials and methods.** The study included 36 patients with peritoneal process in the uterus of varying severity. Group I consisted of 20 women who are in the postoperative period in the uterine cavity was entered "Antiadgezin", group II — 16 women with similar pathology without introducing anti adgesive barriers. **Results.** All women 3 months after adhesiolysis was performed a control hysteroscopy. The presence of adhesions was diagnosed in 2 (10%) patients in the first group, while adhesions were isolated delicate and easily destroyed by the sheath of a hysteroscope. In group II adhesions had recurrences in 5 (31,3%) patients ($p = 0,038$), and one patient was visualized "tunnel" — uterus, which is extremely unfavorable course of disease. **Conclusion.** Treatment of Asherman's syndrome, as extreme degree of intrauterine adhesions, requires a comprehensive approach, which is based on prevention of recurrence of the formation of adhesions after surgical interventions. Research on application anti adgesivebarriers will continue, as intrauterine their use on the example of antiadgezin showed good results.

■ **Keywords:** amenorrhea; infertility; sinehii the cavity of the uterus; Asherman's syndrome; anti adgesive barriers; antiadgezin.

Введение

Внутриматочные синехии, или синдром Ашермана, это патологическое состояние, характеризующееся образованием спаек и выро-

стов эндометрия с его склерозом и фиброзом. Заболевание названо в честь гинеколога, подробно описавшего и исследовавшего данную патологию, Джозефа Ашермана (1948–1950).

При наличии синехий нормальный эндометрий зачастую подвергается атрофической трансформации [1].

Истинное понятие синдрома Ашермана включает в себя нарушение менструальной (гипоменорея, аменорея) и детородной функций, обусловленное наличием внутриматочных синехий [2]. Основными клиническими проявлениями этой патологии являются: альгодисменорея, гипоменорея, в тяжелых случаях аменорея; гематометра, или гематосальпинкс; привычное невынашивание беременности, повторные выкидыши, вторичное бесплодие. Синдрому Ашермана может сопутствовать эндометриоз различной степени тяжести [3, 4]. В 61,5 % внутриматочные синехии являются причиной бесплодия [5].

Наиболее частой причиной синдрома Ашермана служат предшествующие механические травмы базального эндометрия [6]. Травмирование эндометрия может происходить вследствие хирургического прерывания беременности (особенно неразвивающейся), использования внутриматочных контрацептивов, диагностических выскабливаний полости матки при аномальных маточных кровотечениях, операций на матке (миомэктомии, метропластики, конизации шейки матки). Повреждение эндометрия может усугубляться присоединением инфекции во время раневой фазы с развитием эндометрита [7].

Целью лечебных мероприятий при синдроме Ашермана служит малотравматичное устранение внутриматочных сращений с последующим восстановлением менструальной функции и фертильности. На первом этапе показано проведение гистероскопии с целью рассечения спаек под визуальным контролем. Во избежание перфорации матки рекомендуется использовать тонкие офисные гистероскопы, так как у таких пациенток зачастую имеется полная или частичная атрезия цервикального канала, что делает невозможными любые хирургические манипуляции без предварительного рассечения синехий цервикального канала при помощи эндоскопических ножниц [8].

Разделение синехий в зависимости от их плотности производится тубусом гистероскопа, эндоскопическими ножницами, щипцами, гистерорезектоскопом, лазером. Нельзя разрушать синехии «вслепую» при помощи выскабливания стенок полости матки и цервикального канала кюреткой, так как это вызывает дополнительную травму уже скомпрометированного эндометрия! Для исключения перфо-

рации матки в сложных клинических случаях во время внутриматочного адгезиолизиса используется контроль с помощью УЗИ или лапароскопии [8, 9].

Однако даже после самого грамотного (бережного и тщательного разрушения) внутриматочных синехий риск рецидивов остается высоким. Средняя частота возникновения рецидива после оперативного лечения внутриматочных синехий составляет около 28 % [10]. Для профилактики рецидива спаечного процесса в полость матки предлагают введение гелеобразных наполнителей (противоспаечных барьеров), препятствующих контакту стенок и образованию спаек [11–13]. Кроме того, имеются сообщения о применении циклической гормонотерапии, физиопроцедур, гидролизата плаценты человека, тромбоцитарного колониестимулирующего фактора роста, эндометриальных мезенхимальных стволовых клеток в целях успешной регенерации эндометрия [7, 14–17].

Материал и методы

С целью профилактики развития рецидива спаечного процесса после операции внутриматочного адгезиолизиса нами был применен противоспаечный барьер антиадгезин (препарат представляет собой гель из высокоочищенной натриевой соли гиалуроновой кислоты и натрия карбоксиметилцеллюлозы).

В исследование были включены 36 пациенток со спаечным процессом в полости матки различной степени тяжести. Группу I составили 20 женщин, которым в послеоперационном периоде в полость матки вводился антиадгезин, группу II — 16 женщин с аналогичной патологией, которым противоспаечный барьер не вводили.

При первичном обращении больные предъявляли жалобы на аменорею — 1 (3 %) пациентка, гипоменорею — 6 (17 %), альгодисменорею — 4 (11 %), бесплодие — 19 (53 %), невынашивание беременности — 14 (39 %). Все женщины в анамнезе имели выскабливания полости матки по поводу различной патологии (в основном остатков частей последа в послеродовом периоде, прерывание беременности, в том числе неразвивающейся), у 12 (33 %) из них были неоднократные попытки ЭКО.

Выраженность патологического процесса в полости матки определялась нами во время проведения офисной гистероскопии в начале I фазы менструального цикла (при отсутствии аменореи) согласно классификации Европейской

ассоциации гинекологов-эндоскопистов (ESH, 1989). Использовался офисный хирургический гистероскоп В.И.О.Н. (Karl Storz). Спаечный процесс I степени диагностировался лишь у одной пациентки (3 %), II степени — у 18 (50 %), III степени — у 12 (33 %), IV степени — 4 (11 %), у 1 больной (3 %) выявлен синдром Ашермана Va степени. По степени тяжести спаечного процесса в полости матки пациентки исследуемых групп были примерно сопоставимы.

Во время гистероскопии всем пациенткам произведен адгезиолизис при помощи гистероскопических ножниц (5Шр). В трех случаях ввиду выраженного спаечного процесса в полости матки был применен лапароскопический контроль. Сразу по окончании операции и в послеоперационном периоде (трижды с интервалом 5–7 дней) пациенткам I группы внутриматочно вводился противоспаечный гель антиадгезин (использовались упаковки 5 г). С целью регенерации эндометрия женщинам обеих групп на 3 цикла назначалась циклическая гормонотерапия.

Результаты исследования

Наблюдение за пациентками в послеоперационном периоде составило от 3 до 9 месяцев (в среднем 6,2 месяца). Восстановление менструальной функции наблюдалось у 6 больных. У одной пациентки, предъявлявшей до операции жалобы на вторичную аменорею, в послеоперационном периоде отмечены регулярные, но скудные менструалоподобные реакции.

Всем женщинам через 3 месяца после адгезиолизиса была проведена контрольная офисная гистероскопия. При этом наличие синехий было диагностировано у 2 (10 %) пациенток I группы, спайки были единичными нежными и легко разрушались тубусом гистероскопа. Во II группе рецидив спаечного процесса отмечен у 5 (31,3 %) больных ($p = 0,038$), а у одной больной визуализировалась «туннелированная» матка, что является крайне неблагоприятным вариантом течения заболевания.

В настоящее время большинство обследуемых женщин получают реабилитационное лечение, направленное на регенерацию эндометрия. Четверо больных вступили в циклы ЭКО.

Заключение

Таким образом, внутриматочные синехии и как крайне тяжелый их вариант синдром Ашермана являются многокомпонентной про-

блемой, требующей комплексного подхода. Тактика ведения таких женщин должна включать диагностический модуль (с использованием преимущественно тонких офисных гистероскопов), щадящую внутриматочную хирургию с последующим введением в полость матки противоспаечных барьеров, а также послеоперационную реабилитацию, направленную на стимуляцию пролиферации эндометрия и профилактику рецидивов спаечного процесса. В настоящее время нами были получены лишь предварительные результаты использования внутриматочного противоспаечного барьера антиадгезина, однако для получения объективных данных о восстановлении репродуктивной функции у данной категории больных требуются дальнейшие исследования.

Литература

1. March CM. Management of Asherman's syndrome. *Reprod Biomed Online*. 2011;23(1):63-76. doi: 10.1016/j.rbmo.2010.11.018.
2. Asherman JG. Traumatic intra-uterine adhesions. *J Obstet Gynaecol Br Empire*. 1950;57(6):892-6.
3. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. [Suhih GT, Nazarenko TA. Besplodnyj brak. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniju. Moscow: GJeOTAR-Media; 2010. (In Russ.)]
4. Daaloul W, Ouerdiane N, Masmoudi A, et al. Epidemiological profile, etiological diagnosis and prognosis of uterine synechias: report of 86 cases. *Tunis Med*. 2012;90(4):306-10.
5. Takai IU, Kwayabura AS, Ugwa EA, et al. A 10-year Review of the Clinical Presentation and Treatment Outcome of Asherman's Syndrome at a Center with Limited Resources. *Ann Med Health Sci Res*. 2015 Nov-Dec;5(6):442-6. doi: 10.4103/2141-9248.177984.
6. Тарасенко Ю.Н., Салов И.А., Ташухожяева Д.Т., Маршалов Д.В. Внутриматочные синехии: современный взгляд на проблему // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 4. — С. 145–157. [Tarasenko YuN, Salov IA, Tashukhozhaeva DT, Marshalov DV. Intrauteri adhesions: modern look at the problem. *Modern problems of science and education*. 2013(4):145-157. (In Russ.)]
7. Петров Ю.А. Хронический эндометрит в репродуктивном возрасте: этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2012. [Petrov JuA. Hronicheskiy jendometrit v reproduktivnom vozraste: jetiologija, patogenez, diagnostika, lechenie i profilaktika. [dissertation]. Moscow; 2012. (In Russ.)]

8. Panayotidis C, Weyers S. Intrauterine adhesions (IUA): has there been progress in understanding and treatment over the last 20 years? *Gynecological Surgery*. 2009;6(3):197-211.
9. Борцвадзе Ш.Н., Ажибладзе Т.А., Ишенко А.И. Значение офисной гистероскопии в диагностике маточного фактора бесплодия и лечении таких больных // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2012. — Т. 12. — № 5. — С. 53–56. [Borcivadze ShN, Azhibladze TA, Ishenko AI. Value of office hysteroscopy in the diagnosis of maternal factor infertility and in the treatment of these patients. *Rossiiskij vestnik akushera-ginekologa*. 2012;12(5):53-56. (In Russ.)]
10. Попов А.А., Мачанските О.В., Головина Е.Н. Офисная гистероскопия в диагностике и лечении женского бесплодия // Проблемы репродукции. — 2011. — Т. 17. — № 2. — С. 43–45. [Popov AA, Machanskite OV, Golovina EN. Office hysteroscopy in the diagnosis and treatment of female infertility. *Problemy reprodukcii*. 2011;17(2):43-5. (In Russ.)]
11. Ташухожяева Д.Т., Салов И.А., Маршалов Д.В., Тарасенко Ю.Н. Метод профилактики внутриматочных синехий после самопроизвольного аборта // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 4. — С. 146–154. [Tashuhozhaeva DT, Salov IA, Marshalov DV, Tarasenko JuN. The method of prevention of intrauterine adhesions after a spontaneous abortion. *Modern problems of science and education*. 2013;(4):146-54. (In Russ.)]
12. Kim T, Ahn KH, Choi DS. A randomized, multi-center, clinical trial to assess the efficacy and safety of alginate carboxymethylcellulose hyaluronic acid compared to carboxymethylcellulose hyaluronic acid to prevent postoperative intrauterine adhesion. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(6):731-6.
13. Di Spiezio Sardo A, Spinelli M, Bramante S, et al. Efficacy of a polyethylene oxide-sodium carboxymethylcellulose gel in prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(4):462-9. doi: 10.1016/j.jmig.2011.04.007.
14. Кузнецова И.В., Землина Н.С., Рашидов Т.Н., и др. Проблема тонкого эндометрия и возможные пути ее решения // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. — 2015. — Т. 5. — № 1. — С. 42–49. [Kuznecova IV, Zemlina NS, Rashidov TN, et al. Problem of Thin Endometrium and its Possible Solutions. *Jeftektivnaja farmakoterapija. Akusherstvo i ginekologija*. 2015;5(1):42-49. (In Russ.)]
15. Силантьева Е.С. Физические методы структурно-функционального ремоделирования эндометрия у женщин с нарушением репродуктивной функции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008. [Silant'eva ES. Fizicheskie metody strukturno-funkcional'nogo remodelirovaniya jendometrija u zhenshhin s narusheniem reproduktivnoj funkcii. [dissertation]. Moscow; 2008. (In Russ.)]
16. Lebovitz O, Orvieto R. Treating patients with "thin" endometrium — an ongoing challenge. *Gynecol Endocrinol*. 2014;30(6):409-14. doi:10.3109/09513590.2014.906571.
17. Nagori CB, Panchal SY, Patel H. Endometrial regeneration using autologous adult stem cells followed by conception by *in vitro* fertilization in a patient of severe Asherman's syndrome. *J Hum Reprod Sci*. 2011;4(1):43-8. doi: 10.4103/0974-1208.82360.

■ Адреса авторов для переписки (Information about the authors)

Татьяна Александровна Макаренко — д-р мед. наук., доцент, заведующая кафедрой оперативной гинекологии ИПО. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск. **E-mail:** makarenko7777@yandex.ru.

Дарья Евгеньевна Никифорова — очный аспирант кафедры оперативной гинекологии ИПО. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск. **E-mail:** dashsemch@mail.ru.

Инга Олеговна Ульянова — канд. мед. наук, доцент кафедры оперативной гинекологии ИПО. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск. **E-mail:** inga_ulyanova@mail.ru.

Tatyana A. Makarenko — MD, docent, head of Department of operative gynecology of postgraduate studies. Krasnoyarsk state medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky. Krasnoyarsk, Russia. **E-mail:** makarenko7777@yandex.ru.

Daria E. Nikiforova — postgraduate student of operative gynecology of postgraduate studies. Krasnoyarsk state medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky. Krasnoyarsk, Russia. **E-mail:** dashsemch@mail.ru.

Inga O. Ulyanova — PhD, associate docent in the Department of operative gynecology of postgraduate studies. Krasnoyarsk state medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky. Krasnoyarsk, Russia. **E-mail:** inga_ulyanova@mail.ru.