

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Сапаров Аминжон Бахтиёрович

к.м.н., врач клиники «Siz ona bo'lasiz»

Чартаева Айжан Эрсин кизи

врач клиники «Siz ona bo'lasiz»

saparovaminjon@gmail.com;

ayzhan.chartaeva@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты гистероскопического лечения внутриматочных синехий у 101 пациентки с бесплодием. Степень тяжести заболевания оценивалась по классификации AFS. Рассечение синехий выполнялось гистероскопическими микроножницами. Средняя продолжительность операции составила 26 минут, кровопотеря — 1,8 мл. Осложнений не зарегистрировано. Результаты подтверждают безопасность и эффективность применённой методики.

Ключевые слова: внутриматочные синехии, синдром Ашермана, бесплодие, гистероскопия, классификация AFS, репродуктивная функция.

Введение. Бесплодие остаётся одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современного здравоохранения, затрагивающей миллионы семейных пар во всём мире и оказывающей существенное влияние на демографические показатели, психоэмоциональное состояние пациентов и качество их жизни. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 180 миллионов человек в мире страдают бесплодием, при этом

распространённость данной патологии не имеет тенденции к снижению, а структура её причин продолжает активно изучаться.

Среди многочисленных причин женского бесплодия особое место занимает внутриматочная патология, в частности внутриматочные синехии (синдром Ашермана) — сращения стенок полости матки, формирующиеся вследствие повреждения базального слоя эндометрия. Наиболее часто данное состояние развивается после внутриматочных вмешательств: выскабливаний полости матки по поводу неразвивающейся беременности, самопроизвольного или искусственного аборта, послеродовых кровотечений, а также после перенесённых воспалительных заболеваний органов малого таза. Внутриматочные синехии приводят к частичной или полной облитерации полости матки, что клинически проявляется нарушениями менструальной функции — от гипоменореи до аменореи, а также служит одной из причин вторичного бесплодия и невынашивания беременности.

У женщин с бесплодием внутриматочные синехии обнаруживаются в 1,7–7% случаев. Несмотря на относительно невысокую распространённость, значимость данной патологии определяется тем, что она поддаётся хирургической коррекции, а своевременное и адекватное лечение способно восстановить репродуктивную функцию пациентки. Основным и общепризнанным методом диагностики и лечения внутриматочных синехий на сегодняшний день является гистероскопия, позволяющая под визуальным контролем выполнить прицельное рассечение сращений с минимальной травматизацией здорового эндометрия. Тем не менее, эффективность гистероскопического лечения синехий, по данным различных авторов, варьирует и достигает 30–55%, что указывает на

сохраняющуюся актуальность поиска оптимальных подходов к диагностике, определению степени тяжести заболевания и выбору тактики хирургического и последующего ведения таких пациенток.

Немаловажным аспектом остаётся и вопрос профилактики рецидива синехий после их хирургического рассечения, для чего в клинической практике применяются различные противоспаечные барьеры, а также вопрос стандартизации оценки степени тяжести заболевания, наиболее распространённой из которых является классификация Американского общества фертильности (AFS).

Цель исследования. Изучить результаты гистероскопического лечения внутриматочных синехий у пациенток с бесплодием и определить взаимосвязь между степенью тяжести заболевания и исходами лечения, включая интра- и послеоперационные показатели, динамику восстановления менструальной функции и репродуктивные результаты.

Материалы и методы. Настоящее исследование является ретро- и проспективным когортным. В его рамках были изучены результаты гистероскопического лечения внутриматочных синехий различной степени тяжести у 101 женщины, проходивших лечение в условиях клиники «Siz Ona Bo'lasiz» в период с января 2022 года по март 2025 года.

Всем пациенткам вмешательство выполнялось в амбулаторных условиях под внутривенным обезболиванием, без необходимости последующей госпитализации. Хирургический доступ осуществлялся посредством вагиноскопической методики, что позволило избежать использования влагалищных зеркал и пулевых щипцов, тем самым минимизировав травматичность и болевые ощущения процедуры. Рассечение внутриматочных синехий выполнялось механическим

способом — с использованием гистероскопических микроножниц, что обеспечивало прицельное и контролируемое разделение сращений с сохранением окружающего эндометрия. В случаях, когда синехии были классифицированы как тяжёлой степени, по завершении рассечения внутриматочно вводился противоспаечный барьер на основе гиалуроната натрия и гидроксикрахмала с целью профилактики повторного слипания стенок полости матки в послеоперационном периоде.

Для объективной оценки тяжести внутриматочных синехий использовалась классификация AFS (American Fertility Society), учитывающая степень вовлечения полости матки, тип синехий и выраженность нарушений менструальной функции. В рамках исследования все обследованные пациентки были подвергнуты проспективному наблюдению, при этом медиана периода наблюдения составила 21,9 месяцев (диапазон от 1,6 до 37,1 месяцев). В качестве оцениваемых исходов лечения были выбраны следующие параметры: интраоперационные показатели (продолжительность вмешательства, объём кровопотери, полнота рассечения синехий, наличие осложнений), а также отдалённые результаты — динамика изменения менструальной функции и непосредственно репродуктивные исходы, включая частоту наступления беременности и показатель живорождения.

Результаты. Распределение внутриматочных синехий по степеням тяжести среди обследованных пациенток выглядело следующим образом: лёгкая степень тяжести была выявлена в 36,6% (37) случаев, средняя степень тяжести — в 33,7% (34) случаев, тяжёлая степень — в 29,7% (30) случаев.

При анализе исходного состояния менструальной функции установлено, что гипоменорея имела место у 46,9% (30) пациенток, аменорея была выявлена у 25% (16) пациенток, тогда как у оставшихся 28,1% (18) пациенток нарушений менструальной функции не отмечалось.

Продолжительность гистероскопического вмешательства варьировала в диапазоне от 8 до 55 минут и в среднем составила 26 минут. Средний показатель интраоперационной кровопотери был минимальным и составил 1,8 мл, колеблясь в диапазоне от 1 до 50 мл, что свидетельствует о малой травматичности выполняемых манипуляций. В 4,9% (5) случаев внутриматочные синехии были рассечены не полностью, что было связано с выраженностью и распространённостью сращений у пациенток с тяжёлой степенью заболевания.

Важно отметить, что в рамках данного исследования ни в одном из случаев не было зарегистрировано интраоперационных или послеоперационных осложнений. Также ни в одном случае не потребовалось интраоперационной конверсии в лапароскопический или лапаротомический доступ, что подтверждает безопасность применяемой методики. Продолжительность госпитализации во всех случаях составила два часа, что соответствует амбулаторному формату оказания помощи. Средняя стоимость выполненного вмешательства составила 4 826 704 сум.

Для оценки отдалённых исходов лечения удалось установить контакт с 64 (63,4%) пациентками из общей выборки. Среди них 32,8% (21) пациенток имели исходно лёгкую степень внутриматочных синехий, 28,1% (18) — среднюю степень тяжести, а 39,1% (25) — тяжёлую степень. Анализ динамики менструальной функции в

данной подгруппе показал, что восстановление менструальной функции было достигнуто у 68,8% (44) пациенток, тогда как гипоменорея сохранилась у 20,3% (13) пациенток, а аменорея — у 10,9% (7) пациенток.

После выполненного хирургического лечения беременность наступила у 40,6% (26) пациенток, при этом следует отдельно отметить, что в 25% (16) случаев беременность носила спонтанный характер, то есть наступила без применения вспомогательных репродуктивных технологий. При анализе частоты наступления беременности в зависимости от исходной степени тяжести внутриматочных синехий установлено, что наибольшие показатели были зафиксированы среди пациенток с тяжёлой и лёгкой степенью синехий — 48% (12) и 57,1% (12) случаев соответственно, тогда как у пациенток со средней степенью тяжести синехий беременность имела место лишь в 33,3% (6) случаев.

Общий показатель живорождения среди обследованных пациенток составил 18,8% (12). При распределении данного показателя в зависимости от степени тяжести внутриматочных синехий получены следующие результаты: у пациенток с тяжёлой степенью синехий показатель живорождения составил 16% (4), у пациенток с лёгкой степенью тяжести — 14,3% (3), а у пациенток со средней степенью тяжести — 27,8% (5).

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют, что применение вагиноскопического доступа в сочетании с механическим рассечением внутриматочных синехий с помощью гистероскопических микроножниц позволяет выполнять данное вмешательство в амбулаторных условиях, без необходимости длительной госпитализации, с минимальной интраоперационной

кровопотерей и отсутствием интра- и послеоперационных осложнений. Использование противоспаечного барьера на основе гиалуроната натрия и гидроксикрахмала у пациенток с тяжёлой степенью синехий представляется обоснованной мерой профилактики рецидива заболевания.

Обращает на себя внимание отсутствие однозначной линейной зависимости между степенью тяжести внутриматочных синехий и репродуктивными исходами: наиболее высокие показатели наступления беременности были отмечены не только у пациенток с лёгкой, но и у пациенток с тяжёлой степенью синехий, что может объясняться как индивидуальными особенностями регенерации эндометрия, так и влиянием сопутствующих факторов бесплодия, не связанных напрямую с внутриматочной патологией. Данное наблюдение подчёркивает необходимость комплексного подхода к ведению пациенток с бесплодием на фоне внутриматочных синехий и указывает на целесообразность дальнейшего изучения факторов, влияющих на репродуктивный прогноз после гистероскопического лечения.

Выводы

1. Гистероскопическое лечение внутриматочных синехий у пациенток с бесплодием, проведённое в амбулаторных условиях с использованием вагиноскопического доступа и механическим рассечением синехий, является эффективной, доступной и безопасной методикой лечения, характеризующейся минимальной травматичностью, отсутствием осложнений и коротким периодом восстановления.

2. Тяжесть внутриматочных синехий не оказывает значимого влияния на репродуктивные исходы гистероскопического лечения у пациенток с бесплодием, что подтверждается сопоставимыми и в ряде случаев более высокими показателями наступления беременности и живорождения у пациенток с тяжёлой степенью заболевания по сравнению с пациентками со средней степенью тяжести.

Литература

1. Infertility prevalence estimates 1990–2021 / World Health Organization. — 2023. — 98 p.
2. Reproductive surgery: current techniques to optimize fertility / Lindheim S.R., Petrozza J.C. — Springer, 2022. — 313 p.
3. Dreisler E. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management / Dreisler E., Kjer J.J. // Int. J. Womens Health. — 2019. — Vol. 11. — P. 191–198.