

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-4-49-52
УДК 618.14-003.92 + 618.146-003.92

Синдром Ашермана: пути преодоления

Н. В. Новикова¹, Н. Ю. Витько¹, Н. В. Попова², А. В. Филиппов², В. А. Абилгасанова³

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

² КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени профессора С. И. Сергеева министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

³ КГБУЗ «Перинатальный центр» имени профессора Г. С. Постола министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Asherman's syndrome: ways to overcome

N. V. Novikova¹, N. Yu. Vitko¹, N. V. Popova², A. V. Filippov², V. A. Abilgasanova³

¹ Postgraduate Institute of Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

² S. I. Sergeev Regional Clinical Hospital No. 1 of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

³ G. S. Postol Perinatal Center of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Н. В. Новикова – ORCID:0000-0001-6189-6646; e-mail: nowikowa_n_w@mail.ru

Н. Ю. Витько – ORCID:0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ru

Н. В. Попова – ORCID: 0000-0002-7291-5790; e-mail: npv1973@gmail.com

А. В. Филиппов – ORCID:0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ru

В. А. Абилгасанова – ORCID:0000-0002-9076-1959; e-mail: vafa1985@mail.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

N. V. Novikova – ORCID:0000-0001-6189-6646; e-mail: nowikowa_n_w@mail.ru

N. Yu. Vitko – ORCID:0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ru

N. V. Popova – ORCID: 0000-0002-7291-5790; e-mail: npv1973@gmail.com

A. V. Filippov – ORCID:0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ru

V. A. Abilgasanova – ORCID:0000-0002-9076-1959; e-mail: vafa1985@mail.ru

Резюме

Образование синехий в полости матки (синдром Ашермана), возникающее после внутриматочных вмешательств у женщин репродуктивного возраста, приводит к бесплодию.

Для реализации репродуктивных планов у пациентов с синдромом Ашермана нами предложена схема лечения, включающая внутриматочный адгезиолизис в комплексе с дополнительным внутриматочным введением антиадгезивных растворов.

Ключевые слова: синехии, синдром Ашермана, гистероскопия, послеоперационная реабилитация

Abstract

The formation of synechia in the uterine cavity (Asherman's syndrome), which occurs after intrauterine interventions in women of reproductive age, leads to infertility.

To implement reproductive plans in patients with Asherman's syndrome, we proposed a treatment regimen that includes intrauterine adhesiolysis in combination with additional intrauterine administration of anti-adhesive solutions.

Keywords: synechiae, Asherman's syndrome, hysteroscopy, postoperative rehabilitation

Введение

Впервые о заращении полости матки после выскабливания (по причине послеродового кровотечения) упомянул немецкий акушер-гинеколог Генрих Фритч в 1894 году.

Позднее, в 1948–1950 годах, заболевание подробно описал Джозеф Ашерман, в честь которого и был назван синдром. Ашерман обнаружил, что у некоторых больных после повторных выскабливаний возникают сращения полости матки или внутреннего зева и исчезают менструации. Это состояние он назвал травматической аменореей [1].

По данным Европейского медицинско-

го агентства (ЕМА), популяционная частота встречаемости рубцово-спаечного процесса в полости матки (синдрома Ашермана) – 4,4 случая на 10 тысяч женского населения. Среди пациенток с бесплодием – 2–22 %; у 5 % женщин с повторными потерями плода [2].

Основная причина патологии – травма базального слоя эндометрия, особенно на фоне инфекции, которая ведет к воспалению в полости матки и формированию спаек.

Примерно в 40 % случаев синдром Ашермана возникает в результате постабортных или послеродовых вмешательств. В 90 % случаев спайки образуются после повторных выска-

бливаний при неполном аборте и удалении остатков плацентарной ткани [3, 4].

Нередко сращения возникают после гистероскопических вмешательств по удалению субмукозных узлов, полипов, по рассечению перегородки, после оперативных вмешательств на матке (миомэктомия с вхождением в полость матки, метропластика).

Внутриматочные сращения возникают в ответ на травму или удаление эндометрия противоположных стенок полости матки. После травмы в считанные минуты начинается острое воспаление. Воспалительный процесс активизирует комплекс биохимических реакций: отмечается прилипание тромбоцитов к поврежденной поверхности, местный кровоток усиливается, расширяется капиллярная сеть, происходит выброс провоспалительных цитокинов, нейтрофилы и макрофаги перемещаются к месту травмы.

Формируется фибриновая пленка. Поначалу она тонкая, как паутинка, и располагается в зонах, поверхность которых наиболее повреждена, чаще в месте перехода шейки в тело матки (область внутреннего зева), хотя может покрывать и всю полость матки. На третий день после травмы начинают расти клетки, формирующие соединительнотканый рубец, а на пятый в фибриновой пленке развивается сосудистая сеть, что неотвратимо ведет к образованию сращений в полости матки [5].

Следует отметить, что фибриновая пленка появляется после травмы у всех пациентов – это защитная реакция организма для ограничения поврежденного участка. У большинства женщин к пятому дню пленка рассасывается, и они выздоравливают, но у части запускается процесс образования спаек. Таким образом, сращения можно обнаружить уже на пятый день после вмешательства.

Первые попытки лечения синдрома Ашермана заключались в проведении лапаротомии, утеротомии (рассечение стенки матки) и пальцевом разрушении спаек. Данные методики имеют лишь историческое значение, поскольку появление гистероскопии значительно улучшило результаты терапии.

Стандарт лечения, предложенный Европейским медицинским агентством (ЕМА), – проведение гистероскопии с последующей заместительной гормональной терапией с эффективностью 35–60 % [6, 7].

Распространенность синдрома Ашермана растет и составляет, по различным данным, от 24 до 62 % в структуре бесплодия, а эффективное лечение по-прежнему остается предметом научного поиска и изучения вследствие низкой эффективности и высокой вероятности рецидива заболевания, достигающего 63 % [8].

Столкнувшись с тяжелыми формами рубцово-спаечного процесса в полости матки, мы разработали собственную схему лечения, которая увенчалась успехом – наступлением беременности и рождением здорового доношенного ребенка.

Цель исследования

Оценка эффективности лечения пациенток с синдромом Ашермана при использовании гистероскопического адгезиолиза в комплексе с внутриматочным введением антиадгезивных растворов.

Материал и методы

Учитывая не очень высокую эффективность стандартной схемы лечения, медики находятся в постоянном поиске новых путей решения. Нами была разработана собственная схема лечения синдрома Ашермана в три этапа.

Первый этап – малотравматичные инвазии для удаления спаек, то есть хирургический способ лечения (механическое рассечение синехии под контролем гистероскопа, электрохирургическое рассечение при гистерорезектоскопии), антиспаечные барьеры. С учетом патогенеза развития синехий в течение первых 5 дней после операции и времени терапевтического эффекта препарата мы внутриматочно вводили антиспаечные гели на основе гиалуроновой кислоты трехкратно: в конце операции, затем амбулаторно на четвертый и седьмой дни послеоперационного периода.

Второй этап – послеоперационная реабилитация, направленная на улучшение репаративных процессов и восстановление эндометрия. Использовали: депротеинизированный гемодериват крови телят (Актовегин) 5,0 мл, дезоксирибонуклеат натрия (Деринат) 5,0 мл, свечи бовгиалуронидаза азоксимер (Лонгидаза), свечи диоксометилтетрагидропиримидин (Метилурацил).

Согласно инструкции, Актовегин относится к клинко-фармакологической группе: препарат, активизирующий обмен веществ в тканях, улучшающий трофику, стимулирующий процесс регенерации, используется для внутривенного и внутримышечного введения. Для повышения эффективности в отношении восстановления эндометрия мы применили of label внутриматочное введение Актовегина через день № 5–10. Для амбулаторного внутриматочного введения использовали наконечник от Антиадгезина (он очень тонкий и не требует фиксации шейки матки пулевými щипцами и расширения цервикального канала). Иногородным пациентам, которые уезжали, – Деринат 5,0 мл внутримышечно 2 раза в неделю № 5.



Рис. 1. Гистероскопическая картина полости матки 22.12.2020 г.



Рис. 2. Гистероскопическая картина полости матки 10.05.2021 г.

Третий этап – циклическая гормонотерапия для восстановления структуры и функции эндометрия (при внутриматочных спайках нежелательно назначение оральных контрацептивов). Использовали трансдермальные формы эстрогенов по 2 мг (4 мг) 1–25-й день цикла + гестагены 14–25-й день цикла. Дополнительно с целью улучшения кровотока в эндометрии применяли антиагреганты и микроциркулянты.

Впервые данную схему мы начали проводить пациентке с вторичным бесплодием, вторичной аменореей с синдромом Ашермана.

22.12.2020 г. Гистероскопия: полость матки узкая, практически идентична ширине цервикального канала, стенки полностью облитерированы синехиями. Устья маточных труб не визуализируются. Слизистая отсутствует (рис. 1). Острым путем (ножницами) произведено рассечение и иссечение синехий, после чего стала визуализироваться полость матки и даже устье маточной трубы слева. Слизистая крайне скудная, единичными островками. Внутриматочно введен Антиадгезин 5,0 мл. В послеоперационном периоде: Антиадгезин 5,0 № 2 вводился внутриматочно 1 раз в 3 дня; затем Актовегин – 5,0 внутриматочно № 5 через день. Свечи Метилурацил ректально № 10. Циклическая гормональная терапия.

На фоне лечения менструальная функция восстановилась в феврале 2021 года.

10.05.2021 г. – повторная гистероскопия (рис. 2). Гистерорезектоскопия. Интраоперационно: полость матки обычных размеров. В области дна широкая фиброзная синехия (имитирует неполную перегородку). Биполярным гистерорезектоскопом рассечена синехия. Стенки ровные. Устья маточных труб визуализируются с обеих сторон. Внутриматочно введен Антиадгезин 5,0 мл. В послеопераци-

онном периоде: Антиадгезин 5,0 мл № 2 внутриматочно 1 раз в 3 дня; затем свечи Лонгидаз ректально 1 раз в 3 дня. Деринат 5,0 мл в/м 2 раза в неделю № 5, затем Актовегин по 2 таблетки в течение 3 недель. Дюфастон по 2 таблетки 15–26-й день цикла.

16.07.2021 г. УЗИ (21-й день): эндометрий 7,6 мм, по эхогенности соответствует секреторной фазе. Данных за синехии нет. В правом яичнике желтое тело. Последняя менструация 21.07.2021 г. Уровень ХГЧ в крови 17.08.2021 г. – 1025 ЕД.

Беременность протекала без осложнений.

30.04.2022 г. Нормальные роды в срок, девочка, вес 3725 г. Эпизиотомия. Разрыв шейки матки 2-й степени. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Ручное обследование полости матки (остатков плацентарной ткани нет). Ушивание шейки матки.

По представленной выше схеме с декабря 2020 года нами проведено лечение 11 больных с синдромом Ашермана. В настоящее время результатом лечения явилось наступление беременности у 5 женщин (рождение 1 ребенка, 1 – замершая беременность, 3 пациентки вынашивают беременность), у остальных 6 женщин менструальная функция восстановлена, беременность пока не наступила.

Представленный материал является пилотным, работа по лечению этой очень сложной группы пациентов продолжается.

Заключение

Проведение трехэтапного лечения синдрома Ашермана с использованием внутриматочного введения гиалуроновой кислоты, депротеинизированного гемодеривата повышает шанс излечения и наступления беременности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Внутриматочные синехии. Синдром Ашермана. URL: http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gynaecology/intrauterine-synechiae (дата обращения: 25.10.2022).
2. Синдром Ашермана (внутриматочные синехии). URL: <http://www.mosmedportal.ru/disease/sindrom-ashermana> (дата обращения: 17.10.2022).
3. Аменорея и олигоменорея. Клинические рекомендации. Утв. 2021 / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Рос. о-во акушеров-гинекологов. М., 2021. 57 с.
4. Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации. Утв. 2021 / М-во здравоохранения Рос. Федерации, Рос. о-во акушеров-гинекологов. М., 2021. 50 с.
5. Dreisler E., Kjer J. J. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management // Intern. J. of Women's Health. 2019. Vol. 11. P. 191–198. DOI 10.2147/IJWH.S165474.
6. Макаренко Т. А., Никифорова Д. Е. Современные возможности в лечении синдрома Ашермана // Рус. мед. журнал. Мать и дитя. 2016. № 15. С. 1001–1004. URL: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Sovremennye_vozmoghnosti_v_lechenii_sindroma_Ashermana/#ixzz7Zegowq7N (дата обращения: 24.10.2022).
7. Baradwan S., Baradwan A., Al-Jaroudi D. The association between menstrual cycle pattern and hysteroscopic march classification with endometrial thickness among infertile women with Asherman syndrome // Medicine (Baltimore). 2018. Vol. 97, № 27. e11314. DOI 10.1097/MD.00000000000011314.
8. Опыт применения комплексной терапии при лечении больных с синдромом Ашермана / Е. Ю. Глухов и др. DOI <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2021.6.64-70> // Фарматека. 2021. № 6. С. 64–70.

REFERENCES

1. Intrauterine synechia. Asherman's syndrome. URL: http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gynaecology/intrauterine-synechiae (date of access: 10/25/2022).
2. Asherman's syndrome (intrauterine synechia). URL: <http://www.mosmedportal.ru/disease/sindrom-ashermana> (date of access: 10/17/2022).
3. Amenorrhea and oligomenorrhea. Clinical guidelines. Approved in 2021. Ministry of Health Russian, Russian Society of Obstetricians-Gynecologists. Moscow, 2021.
4. Female infertility (modern approaches to diagnosis and treatment). Approved in 2021. Clinical guidelines. Ministry of Health Russian Federation. Federation, Russian Society of Obstetricians-Gynecologists. Moscow, 2021.
5. Dreisler E., Kjer J. J. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management // Intern. J. of Women's Health. 2019 Vol. 11. P. 191–198. DOI 10.2147/IJWH.S165474.
6. Makarenko TA, Nikiforova DE. Modern possibilities in the treatment of Asherman's syndrome. Russkiy Meditsinskiy Zhurnal. Mat' i ditya. 2016;15:1001–1004. URL: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Sovremennye_vozmoghnosti_v_lechenii_sindroma_Ashermana/#ixzz7Zegowq7N (date of access: 10/24/2022).
7. Baradwan S., Baradwan A., Al-Jaroudi D. The association between menstrual cycle pattern and hysteroscopic march classification with endometrial thickness among infertile women with Asherman syndrome // Medicine (Baltimore). 2018. Vol. 97, no. 27. e11314. DOI 10.1097/MD.00000000000011314.
8. Glukhov EYu et al. Experience in the use of complex therapy in the treatment of patients with Asherman's syndrome. Farmateka. 2021;6:64–70. DOI <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2021.6.64-70/>