

## ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ СОСУДАХ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ

*Рожко Т.Н., Сергей Е.А., Кеда Л.Н., Разина С.А., Полудень Н.Б.  
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

*Актуальность.* Среди причин репродуктивных потерь большое место занимают эндокринные нарушения. Наиболее часто потерю беременности в первом триместре связывают с неполноценной лютеиновой фазой (НЛФ). Для постановки этого диагноза используют несколько тестов: метод функциональной диагностики; определение диаметра преовуляторного фолликула; биопсия эндометрия на 25-26 день цикла; определение уровня прогестерона в середине второй фазы цикла. В клинической практике довольно сложно оценить степень выраженности и причины формирования НЛФ, но в этом нам могут помочь современные методы диагностики: УЗИ трансвагинальным датчиком для оценки толщины и структуры эндометрия и использование метода доплерометрии для оценки кровотока в матке.

*Цель.* Оценить характер кровотока и состояние эндометрия у пациенток с недостаточностью лютеиновой фазы.

*Материал и методы.* Мы отобрали две группы пациентов: контрольная группа (группа №1) – здоровые женщины репродуктивного возраста (20 человек) и основная группа (группа №2) – женщины имеющие гинекологическую патологию и пациентки с невынашиванием беременности (20 человек). Основная группа представлена в таблице 1.

Таблица 1

Диагноз	Случай, процент
СПКЯ	6-30%
Гипоплазия матки	3-15%
Эндометриоз	4-20%
Гиперпролактинемия	1-5%
Гиперандрогенемия	2-10%
Привычное невынашивание беременности	4-20%

*Результаты и их обсуждение.* В обеих группах с 19 по 21 день цикла мы проводили оценку толщины эндометрия (М-эхо), доплерометрию маточных артерий (МА), субэндометриальной зоны (СА). В оценке кровотока мы использовали только индекс

резистентности (RI). Индекс резистентности отражает сосудистое сопротивление периферической части кровеносного русла. Его увеличение указывает главным образом на уменьшении диастолического компонента доплеровского спектра кривой кровотока, что приводит к повышению численного значения индекса. Нормальные показатели толщины эндометрия (М-ЭХО): 10-16 мм, доплерометрии на 19-21 день цикла: МА: 0,81-0,85; СА: 0,45-0,51 (Буланов М.И. «Ультразвуковая гинекология»2014г).

По нашим данным в группе №2 у 85% (17) женщин выявлены отклонения в доплерометрии, в то время как в группе №1 у 15% (3) женщин. В основной группе (№2) мы выделили 3 подгруппы пациенток. Подгруппа 1-я: 35% (7 человек) – отмечается нормальная толщина эндометрия (10-12 мм), но нарушен кровоток: повышен индекс резистентности в сосудистом русле миометрия (МА – 0,78-0,80), наблюдается дефицит в субэндометриальной зоне (0,43-0,44). Подгруппа 2-я: 50% (10 человек) – выявлена гипоплазия эндометрия (6-8 мм), но нормальные показатели кровотока. Подгруппа 3-я: 15% (3 человека) – выраженная гипоплазия эндометрия (6-8 мм) и сниженные показатели доплерометрии (МА:0,78-0,81; СА:0,43-0,44).

При СПКЯ – в 100% случаев имеется гипоплазия эндометрия но нормальные показатели кровотока; гипоплазия матки – у 67% имеется гипоплазия эндометрия в сочетании с нормальными показателями кровотока и у 33% выраженная гипоплазия эндометрия и сниженные показатели доплерометрии; эндометриоз – у 100% отмечается нормальная толщина эндометрия, но нарушены показатели доплерометрии; гиперпролактинэмия – в 100% случаев встречается гипоплазия эндометрия с нормальными показателями кровотока; гиперандрогенэмия – в 100% случаев встречается гипоплазия эндометрия с нормальными показателями кровотока; невынашивание беременности – у 75% женщин отмечается нормальная толщина эндометрия, но значительные нарушения кровотока: повышен RI в сосудистом русле миометрия, наблюдается дефицит в СА, у 25% имеется гипоплазия эндометрия и нормальные показатели кровотока.

#### *Выводы.*

Оценка эндометрия в сочетании с показателями доплерометрии сосудов матки дает дополнительную информацию о со-

стоянии репродуктивной системы женщины, и является достаточно объективным методом для прогнозирования возможности наступления беременности.

Допплерометрическая оценка кровотока сосудов позволяет судить о функциональных особенностях эндометрия, что существенным образом дополняет оценку его анатомических характеристик.

Исследование кровотока сосудов матки позволяет получить информацию о готовности эндометрия к имплантации эмбриона.

При выявлении пациенток с нарушениями кровоснабжения в эндометрии мы имеем возможность на этапе подготовки провести своевременную коррекцию данных нарушений и таким образом избежать таких осложнений беременности как первичная фето-плацентарная недостаточность.

#### Литература

1. Айламазян Э.К., Потин В.В., Рулев В.В. Диагностика гормональной недостаточности яичников. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной системы женщины. Ст-Петербург 1995; 16-19
2. Савицкий Г.А. Миома матки. Ст-Петербург: Путь 1994; 214.
3. Савицкий Г.А. Регуляция уровня эстрадиола и прогестерона в локальном кровотоке матки и маточной трубы. Вестник АМН СССР 1990; 5: 43-46.
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. М 1994; 174.
5. Achiron R., Levran D., Sivan E. et al. Endometrial blood flow response to hormone replacement therapy in women with premature ovarian failure: a transvaginal Doppler study. Fertil Steril 1995; 63: 3: 550-554.5.
6. Fleischer A.C., Cullinan J.A., Jones H.W. et al. Serial assessment of adnexal masses with transvaginal color Doppler sonography. Ultrasound Med Biol 1995; 21: 4: 435-441.
7. Жмакин К.Н. (1980). Гинекологическая эндокринология. Медицина, М., 528с.
8. Зыкин Б.И., Медведев М.В. (2000). Допплерография в гинекологии. Реальное время, М., с. 35-55, 93-98.
9. Йен С.С.К., Джаффе Р.Б. (1998). Репродуктивная эндокринология (Пер. с англ.). Медицина, М., Т. 1, 704 с.; Т. 2, 432с.
10. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. (2003). Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. МИА, М., 247с.