

# **ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОГО БЕСПЛОДИЯ**

**Карпучок А. В., Царева С.Н.**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии, г. Минск*

**Ключевые слова:** эндометриоз, бесплодие, оперативная лапароскопия, индукторы овуляции, экстракорпоральное оплодотворение.

**Резюме:** в статье приведены данные по оптимизации тактики ведения пациенток, страдающих бесплодием, обусловленным генитальным эндометриозом.

**Resume:** data presented on tactics optimization of maintaining the patients having the infertility caused by genital endometriosis.

**Актуальность.** Одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии остается проблема эндометриоза – патологии, нарушающей менструальную и репродуктивную функцию, а также снижающей качество жизни пациенток. В структуре гинекологических заболеваний данная патология занимает 3-е место после воспалительных заболеваний женской половой сферы и миомы матки [1,2]. Так, эндометриозом страдают приблизительно 176 миллионов женщин детородного возраста (7-50%) по всему миру (Adamson et al., 2010), заболевание обнаруживается у 20-48% инфертильных пациенток (Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., 2006). Таким образом, данная патология является не только медицинской, но и социальной проблемой ввиду того, что она является основной причиной женского бесплодия.

На сегодняшний день отсутствуют устоявшиеся взгляды на этиологию и патогенез данного заболевания, а также не выработано единого подхода к лечению, не решен окончательно вопрос о соотношении хирургического и консервативного подхода к терапии. В связи с этим применяемые схемы лечения не всегда обеспечивают длительный эффект, а основной нерешенной проблемой являются рецидивы эндометриоза [2]. Так, обзор литературы показывает, что не менее чем у 52-74% больных, получивших хирургическое лечение и гормональную терапию, отмечается персистенция заболевания (Goldstein D.P., 1980; Laufer M.R., 2003). В то же время рецидив в течение 4 лет после проведенного хирургического лечения встречается в 20-25% случаев при перитонеальных формах и эндометриозе яичников и в 30% случаев – при глубоких инвазивных формах (Баскаков В.П., 2002; Савицкий Г.А., 2002) [3].

**Цель:** оптимизация тактики ведения пациенток, страдающих бесплодием, обусловленным генитальным эндометриозом.

**Задачи:** 1. Проанализировать эффективность лечения бесплодия, обусловленного эндометриозом, с использованием оперативной лапароскопии и индукторов овуляции; 2. Определить диагностические критерии для своевременного отбора пациенток на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО); 3. Оценить эффективность ЭКО для лечения пациенток с различными проявлениями перитонеального и яичникового эндометриоза.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни и карт по обследованию бесплодного брака пациенток, страдающих бесплодием, обусловленным генитальным эндометриозом, проходивших наблюдения в гинекологическом отделении УЗ «6 ГКБ» и отделении планирования семьи и вспомога-

тельных репродуктивных технологий ГУ РНПЦ «Мать и дитя» МЗ РБ в период с 2009 по 2013 год.

Основная группа включала 70 пациенток, страдающих бесплодием, обусловленным наружным и яичниковым эндометриозом, в возрасте от 27 до 36 лет ( $31,1 \pm 2,95$ ). Основная группа была разделена на подгруппу А – 40 пациенток, которым была проведена оперативная лапароскопия, дополняемая индукторами овуляции и подгруппу Б – 30 пациенток, которым было проведено ЭКО. Контрольная группа включала 30 практически здоровых пациенток в возрасте от 25 до 36 лет ( $29,8 \pm 4,8$ ).

Предварительный диагноз эндометриоза устанавливали на основании анамнеза, клинической картины и результатов ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза.

Окончательную диагностику эндометриоза с уточнением его стадии по классификационной балльной системе Американского общества репродуктивной медицины (r-ASRM, 1997), а также подтверждение эндометриоидной природы образований яичников выполняли при лапароскопии и последующем гистологическом исследовании. Так, в подгруппе А основной группы у 67% пациенток отмечался эндометриоз I-II стадии, 33% – III-IV стадии. В подгруппе Б основной группы у 35% пациенток наблюдался эндометриоз I-II стадии, у 65% – III-IV.

Процедуру ЭКО выполняли с использованием стандартного длинного протокола.

Статистическая обработка данных проводилась непараметрическими методами с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2003» и «AtteStat». Достоверными считались различия при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Среди пациенток подгруппы А в ходе лапароскопии был выполнен следующий объем оперативного вмешательства: адгезиолизис – 82%, коагуляция очагов эндометриоза – 96,2 %, хромогидротубация – 35%, цистэктомия – 26%. В результате проведенной оперативной лапароскопии частота наступления беременности в подгруппе А среди пациенток с I-II стадией эндометриоза была достоверно выше, чем у пациенток с III-IV стадией эндометриоза. При этом среди пациенток, у которых наступила беременность, в 33,3% случаев отмечался неблагоприятный исход (внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш).

Нами была проведена оценка гормонального статуса пациенток подгруппы Б. Отмечалось достоверное увеличение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и эстрадиола у пациенток с I-II и III-IV стадией эндометриоза по сравнению с контрольной группой. Уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного Т4 были подвержены незначительным колебаниям.

Также был проведен анализ иммунологического статуса пациенток подгруппы Б. Наблюдалась тенденция к увеличению CD3+CD8+ лимфоцитов и тенденция к снижению CD3+CD4+ лимфоцитов по сравнению с контрольной группой, однако достоверных различий выявлено не было. Отмечалась тенденция к снижению IgA, тенденция к увеличению IgM и достоверное снижение IgG по сравнению с контрольной группой.

В результате проведенного ЭКО частота наступления беременности в подгруппе Б среди пациенток с I-II стадией эндометриоза была достоверно выше, чем у пациенток с III-IV стадией эндометриоза. Одноплодная беременность чаще наблюдалась у пациенток с III-IV стадией эндометриоза, многоплодная – с I-II стадией. У пациенток с I-II стадией эндометриоза подгруппы Броды наступили в 74,2% случаев, выкидыши наблюдались в 15,5% случаев, внематочная беременность в 10,2% случаев; у пациенток с III-IV стадией эндометриоза роды наступили в 75,4% случаев, выкидыши наблюдались в 14,1% случаев, внематочная беременность в 10,5% случаев.

**Выводы:** 1. Оперативная лапароскопия с последующим применением индукторов овуляции оказывается эффективным методом лечения бесплодия при относительно легких проявлениях перитонеального и яичникового эндометриоза; 2. При эндометриозе III-IV стадий хирургическое лечение целесообразно проводить в целях подготовки к ЭКО, которое необходимо начинать как можно раньше после выполненной операции (в течение 6-8 месяцев); 3. Эффективность ЭКО при эндометриозе III-IV стадий и двусторонних эндометриоидных кистах яичников относительно низкая, что связано с выраженным спаечным процессом, глубиной поражения и сниженным количеством функциональной ткани яичников; альтернативой для таких пациенток может являться суррогатное материнство; 4. После проведенного хирургического лечения выжидательная тактика нецелесообразна, необходима плановая прегравидарная подготовка для исключения возможных неблагоприятных исходов наступившей беременности; 5. Более широкое применение пересмотренной классификационной балльной системы Американского общества репродуктивной медицины (r- ASRM, 1997) позволит оптимизировать тактику ведения пациенток путем выбора метода лечения и прогнозирования его целесообразности.

#### Литература

1. Гинекология / под ред. В. И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 444-448.
2. Дуда, В. И. Гинекология: учебное пособие. / В. И. Дуда. – Мн.: Адукацыя і выхаванне, 2012. – С. 507-518.
3. Кузнецова, И. В. Восстановление фертильности у женщин с генитальным эндометриозом / И. В. Кузнецова, Е. А. Ховрина, А. С. Кирпиков // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 2. – С. 10-14.