

*Пепанян Т. А.*

## **ГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРИЧИНА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

*Научный руководитель: преп. Геворгян Л. Г.*

*Кафедра фтизиатрии*

*Ереванский Государственный Медицинский Университет им. Мхитара Гераци, г. Ереван*

**Актуальность.** Генитальный туберкулез является одним из основных факторов, вызывающих трубно-перитонеальное бесплодие.

**Цель:** изучить роль генитального туберкулеза в неблагоприятных исходах экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

**Материалы и методы.** В течение 2016-2020 гг проведено проспективное комплексное лабораторно-инструментальное исследование 100 женщин с бесплодием. Выделены 2 группы: I гр. (основная) - 50 женщин с бесплодием, ассоциированным с генитальным туберкулезом, II гр.(контрольная) - 50 женщин с бесплодием нетуберкулезных этиологии.

Оценку значимости разности величин проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали отличия при  $p \leq 0.05$  (95%-ный уровень значимости).

**Результаты и их обсуждение.** В результате комплексного обследования первичное бесплодие выявлено у 38 (76.0%) больных с генитальным туберкулезом, вторичное - у 12 (24.0%). Средняя продолжительность бесплодия составила  $6.0 \pm 0.3$  года. Трубно-перитонеальное бесплодие установлено у 33 (66.0%) пациенток, абсолютное - у 10 (20.0%). Длительность бесплодия у больных контрольной группы составляла в среднем  $2.9 \pm 0.74$  года. Первичное бесплодие выявлено у 19 (38.0%), вторичное - у 31 (62.0%) пациенток. У 38 (76%) больных бесплодие было трубно-перитонеальным, у 12 (24%) - абсолютным.

В программе ЭКО участвовали 56 человек - 28 супружеских пар. Пациенты программы ЭКО были разделены на две группы: в I группе - 13 супружеских пар с бесплодием туберкулезного генеза, во II группе - 15 пар с бесплодием нетуберкулезной этиологии. В результате обследования в I группе ни в одном случае не обнаружено мужского фактора бесплодия. Во II группе у 7 (41.2%) пациентов обнаружены хронический простатит, олигозооспермия, пиоспермия. В I группе участие эндометрия обнаружено у 6 (46.1%) больных: у 3 (23.1%) - в виде активного туберкулеза эндометрия, у остальных в виде остаточных явлений перенесенного туберкулезного эндометрита. Во II группе поражение эндометрия обнаружено у 3 (20.0%) больных в виде хронического неспецифического эндометрита.

В результате проведенного лечения с использованием ЭКО в I группе больных беременность наступила у 10 (76.9%) женщин, у 3 (23.1%) - после двух последовательных циклов ЭКО - повторные неудачи имплантации. Во II группе 14 (93.3%) наступила беременность, у 1 (6.6%) после двух последовательных циклов ЭКО (повторные неудачи имплантации). Частота наступления беременности к числу переносов эмбрионов составила 10/26 (38.5%) в I группе, 14/28 (50.0%) - во II группе. Для оценки качества технологии ЭКО использовали показатель take - home baby rate (ребенок, <<забранный домой>> - отношение числа родов с рождением детей, выживших после 27 дней, к числу процедур переноса эмбрионов).

В I группе вышеуказанный показатель составил 6 (23.1%) и 13 живых детей, во II группе - 11 родов (39.2%) и 15 живых детей. В I группе частота выкидышей в I триместре по отношению к числу наступления беременностей составила 3 (30.0%), во II группе 2 (14.3%).

**Выводы.** Установлено, что основной показатель эффективности программы ЭКО take - home baby rate при бесплодии туберкулезного генеза ниже, чем при бесплодии нетуберкулезной этиологии, а уровень самопроизвольных выкидышей в I триместре, наоборот, выше.