

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЕ БЕСПЛОДИЕ

*Савицкая В. М., Шилова С.Д., Коршикова Р.Л, Акулич Н.С.,
Вербицкая М.С., Дразжина О.Г., Недень Л.Ч.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Минск, Беларусь*

savickaya.valentina.mih@gmail.com

Публикация посвящена особенностям наступления и течения беременности у женщин с эндометриозом. В ходе исследования показана необходимость в разработке плана длительного ведения пациентки с использованием медикаментозного лечения для исключения повторных оперативных вмешательств, а также необходимость персонального подхода при выборе тактики ведения, с целью достижения желанной беременности.

***Ключевые слова:** беременность, бесплодие, эндометриоз, субфертильность, эндометриома, цистэктомия.*

PREGNANCY AND ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED INFERTILITY

*Savickaya V.M., Shilova S.D., Korshikova R.L., Akulich N.S.,
Verbitskaya M.S., Drazhina O. G., Neden L. Ch.*

*Belarusian State Medical University,
Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education
Minsk, Belarus*

The publication is devoted to the peculiarities of the onset and course of pregnancy in women with endometriosis. The study shows the need to develop a plan for long-term management of the patient using medication to avoid repeated surgical interventions, as well as the need for a personal approach when choosing management tactics in order to achieve the desired pregnancy.

***Key words:** pregnancy, infertility, endometriosis, subfertility, endometrioma, cystectomy.*

Актуальность. Вопросы восстановления репродуктивной функции у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием приобретают актуальность в настоящее время. По данным мировой литературы эндометриоз встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста, а частота бесплодия у них достигает 55–75%, это связано с функциональными и структурными изменениями в репродуктивной системе женщин с эндометриозом [1, 2].

Эндометриоз не признает возрастных, расовых и социально-экономических различий. Однако чаще его все-таки обнаруживают у женщин между 19 и 40 годами, и, хотя, по данным разных авторов, его распространенность варьирует от 12 до 50% среди женщин репродуктивного возраста, это заболевание стабильно занимает второе-третье место в структуре так называемых «женских» болезней [3, 4, 5].

К возможным причинам субфертильности при эндометриозе относятся: трубно - перитонеальный фактор бесплодия, дисфункциональные нарушения яичников, изменения рецептивности эндометрия и другие [2, 3, 4]. Однако

истинные механизмы до сих пор не известны. Ни медикаментозное лечение, ни радикальное лечение не гарантируют полного излечения.

Цель исследования: изучение клинико-анамнестических особенностей наступления и ведения беременности у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ историй пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием был проведен за 2020 г. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска. Для исследования отбирались истории родильниц с генитальным эндометриозом, при этом исключались случаи клинических проявлений онкологических заболеваний, тяжелых соматических заболеваний и преэклампсии, использовалась учебная и научная литература.

Результаты и обсуждение результатов исследования.

В ходе проведенного исследования выявлено: возраст пациенток колебался от 28 до 40 лет и составил в среднем $32,2 \pm 2,2$ года. Экстрагенитальная патология была выявлена у 60% пациенток. Наиболее распространенной была патология щитовидной железы – первичный гипотиреоз (40%) и варикозное расширение вен нижних конечностей (40%). Среди генитальной патологии был выявлен хронический двусторонний сальпингит (20%). Средний возраст менархе $13,2 \pm 0,37$ лет. Длительность менструального цикла составила от 21 до 26 дней, средняя продолжительность – $25,8 \pm 0,6$ дней. Длительность менструации была от 5 до 7 дней, средняя продолжительность $5 \pm 0,32$ дня. Болезненность отмечается в 60% случаев.

Частота встречаемости первичного бесплодия была выше (60%) по сравнению со вторичным – 40%. Бесплодие отмечалось от 1,5 до 3 лет, среднее значение бесплодия – $2,3 \pm 0,3$ года. В 40% случаев присутствовала неразвивающаяся беременность.

При анализе репродуктивной функции выявлено: самопроизвольный выкидыш в анамнезе у 47,7% - 13 женщин, причем среди повторно беременных самопроизвольный выкидыш встречался у 28,6% случаев – 8 человек. У 4 пациенток - 14,2 % случаев выставлен диагноз «Привычное невынашивание беременности», что свидетельствует о несомненной роли эндометриоза как отягощающего фактора в данном случае [2].

У 71,4% женщин проводилась гормональная поддержка во время беременности согласно протоколам МЗ РБ. Причем, дюфастон принимали женщины в основном до 19 недель беременности, с последующим переходом на сустен или утрожестан до 34 недель беременности. Дозировка препаратов зависела от степени угрозы и проводимой ранее гормональной поддержки (от 200 мг до максимальной дозировки 600 мг в сутки с постепенной отменой препарата после 30 недель беременности, если явления угрозы купировались).

При анализе спектра урогенитальной инфекции выявлено: чаще встречались микст-инфекции: уреоплазма и микоплазма; уреоплазма и кандиды; микоплазма и гарднереллы; ВПГ 1,2 типа и ВПЧ 16,18 типа; хламидии и ВПЧ 16,18 типа.

Инфертильность у пациентов с эндометриозом обусловлена хроническим воспалением, вызванным патологически измененным состоянием брюшины и изменением иммунной системы, что создает благоприятную среду для

формирования эндометриоидных гетеротопий [5]. Все вышеописанное непосредственно влияет на процесс оплодотворения. Содержимое эндометриом является богатым источником провоспалительных цитокинов, железа, активных форм кислорода, факторов роста. Фолликулярная жидкость при бесплодии, обусловленным эндометриозом, содержит цитокины, продуцируемые гранулезой и местными иммунными клетками, что создает определенную среду в структуре яичника, влияя на фолликулогенез [4].

Для установления причины бесплодия (исключения трубно-перитонеального фактора) проводилась метросальпингография, которая показала, что в 40% случаев маточные трубы проходимы. Тактика ведения таких пациенток заключалась в подготовке их к внутриматочной инсеминации спермой мужа (ВМИСМ). В случае непроходимости маточных труб дальнейшая тактика включала пункцию фолликулов (60%) с последующим переносом их в полость матки (проведение ЭКО).

Влияние эндометриоза на рецептивность эндометрия связано с развитием хронического воспаления, приводящего к резистентности к прогестерону [3].

При ведении пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием необходимо учитывать состояние овариального резерва, возраст женщины, продолжительность бесплодия, наличие болевого синдрома и стадию заболевания, что и проводилось в нашем исследовании.

Лапароскопия – золотой стандарт диагностики и лечения эндометриоза. Однако влияние хирургического лечения на фертильность глубокого инфильтративного эндометриоза весьма контраверсионно. Нами выявлено, что 60% пациенткам проводилась цистэктомия по поводу эндометриоидных кист, подтвержденных в последующем гистологически.

Заключение. Эндометриоз – загадка XX века. Вопрос об истинных механизмах бесплодия при эндометриозе далек от окончательного решения, как и причины его возникновения. Лечение его очень сложное и не позволяет избежать рецидива.

Для преодоления бесплодия у пациенток с эндометриозом необходимо индивидуально определять лечебную стратегию. Выбор тактики ведения зависит от многих факторов, но персонифицированная оценка каждого из них позволяет добиться главного результата – преодоления бесплодия.

Выводы. 1. Эндометриоз-ассоциированное бесплодие не имеет тенденции к снижению, чаще встречается первичное бесплодие (60%).

2. ВРТ наиболее эффективный метод преодоления эндометриоз-ассоциированного бесплодия, особенно при рецидиве болезни.

3. Одним из вариантов уменьшения прогрессирования эндометриоза является цистэктомия эндометриоидных кист, необходимо помнить, что операцию желательнее проводить только один раз, так как при повторном вмешательстве возрастает риск снижения овариального резерва, что создает определенные трудности в решении репродуктивных потерь. При необходимости повторного оперативного вмешательства необходимо решить вопрос о создании банка собственных ооцитов или эмбрионов перед хирургическим лечением.

4. Полное клинико-лабораторное обследование женщины, планирующей беременность с эндометриоз-ассоциированным бесплодием, а также ее супруга, с последующей коррекцией факторов, влияющих на наступление беременности, является обязательным и улучшает прогноз наступления беременности.

5. Эндометриоз-ассоциированное бесплодие следует рассматривать как заболевание, при котором необходимо разработать план длительного ведения пациентки с использованием медикаментозного лечения (по показаниям) для исключения повторных оперативных вмешательств.

6. Пациентки с рецидивом эндометриоза требуют персонального подхода при выборе тактики ведения, с целью достижения желанной беременности.

Список литературы

1. Бурлеев В.А., Лец Н.И. Роль брюшины в патогенезе наружно-генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. - 2001. - №1 - С.24-30.

2. Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н., Шабанов А.М., Сяч Н.И., Полетова Т.Н., Бабков К.В., Бойчук В.С. Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении больных аденомиозом // Акушерство и гинекология. - 2003. - №1 С.34-37.

3. Кудрина Е.А., Ищенко А.И., Гадаева И.В., Шадыев А.Х., Коган Е.А. Молекулярно-биологические характеристики наружного генитального эндометриоза // Акушерство и гинекология. - 2000. - №6 - С.24 - 27.

4. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю., Киндарова Л.Б., Беляева А.А. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // Акушерство и гинекология. - 2001. - №2 - С.8-11.

5. Филонова Л.В., Александрова Н.Н., Брусницина В.Ю., Чистякова Г.Н., Мазуров А.Д. Способ доклинической диагностики генитального эндометриоза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2003. - №1 - С.69 - 72.