

Грицева Е. С.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Научный руководитель: ассист. Жуковская С. В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Эндометриоз – сложное мультифакторное заболевание, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, за пределами полости матки. Эндометриоз следует рассматривать как одно из наиболее распространенных заболеваний, приводящих к бесплодию. Бессимптомное течение процесса зачастую обуславливает позднюю диагностику и развитие эндометриоз-ассоциированного бесплодия. Хирургическое удаление эндометриоидных кист яичников остается ведущим методом лечения, однако может существенно снизить овариальный резерв, оказав негативное влияние на эффективность программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель: оценить влияние хирургического лечения некрупных (диаметром до 4 см) эндометриоидных кист яичника на эффективность программ ЭКО.

Материалы и методы. На базе МЧУП «Центр репродуктивной медицины» (Минск, Беларусь) проведен ретроспективный анализ медицинской документации за 2016-2019 гг. Выборку составили 179 женщин с бесплодием, вызванным эндометриозом. Сформированы 2 исследуемые группы: группа 1 (n=88) – женщины с эндометриоидными кистами до 4 см в диаметре, которые вступили в протокол ЭКО без предшествующего хирургического лечения; группа 2 (n=91) – женщины после хирургического лечения по поводу эндометриоидных кист диаметром до 4 см в анамнезе, обратившиеся для проведения ЭКО.

Результаты и их обсуждение. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту – 31 [29; 33] год против 31 [29; 33] (p=0,448); длительности бесплодия – 5 [4; 7] лет против 5 [4; 8] (p=0,340) в группах 1 и 2, соответственно. Отсутствовали достоверные межгрупповые различия по индексу массы тела и основным гормональным показателям (p>0,05). В группе 1 на момент начала гормональной стимуляции уровень антимюллерова гормона (АМГ) составлял 3,48 [3,39; 5,62] нг/мл, количество созревших фолликулов – 12 [11; 13], полученных ооцитов – 10,5 [10; 12], эмбрионов – 8 [6; 9], бластоцист – 5 [3,5; 6]. В группе 2 до проведения операции уровень АМГ составлял 3,47 [3,38; 5,3] нг/мл, а на момент начала стимуляции медиана концентрации АМГ снизилась до 1,61 [0,71; 3,4] нг/мл, количество созревших фолликулов составило 7 [4; 11], полученных ооцитов – 7 [3; 11], эмбрионов – 5 [3; 8], бластоцист – 3 [2; 4]. По всем оцениваемым параметрам различия между группами достигли уровня статистической значимости (p<0,05). В группе 1 частота наступления беременности составила 46 (52,3%), в группе 2 – 31 (34%), что свидетельствует о статистически достоверно более высокой частоте наступления беременности в 1 группе ($\chi^2=6,05$; p=0,0139).

Выводы. Хирургическое лечение некрупных (до 4 см) эндометриоидных кист яичника перед проведением ЭКО ассоциировано со статистически достоверным снижением овариального резерва, снижением количества зрелых фолликулов на момент трансвагинальной пункции, количества полученных ооцитов, эмбрионов и бластоцист, а также со снижением вероятности наступления беременности в 1,54 раза. Таким образом, при эндометриоз-ассоциированном бесплодии и наличии эндометриоидных кист яичников до 4 см в диаметре целесообразно не откладывать проведение ЭКО и не проводить предварительное хирургическое лечение эндометриоза, так как это оказывает негативное влияние на овариальный резерв и значительно снижает вероятность успешного исхода программ ЭКО.