

УДК: 618.17-008.8

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ НАЛИЧИИ ОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Н.И. ЗАКИРОВА, А.Ф. ОРИПОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОВУЛЯТОР МЕНСТРУАЛ ЦИКЛ САҚЛАНГАНДА ТАШҚИ ГЕНИТАЛ ЭНДОМЕТРИОЗ

БИЛАН АЁЛЛАРНИНГ РЕПРОДУКТИВ ФУНКЦИЯЛАРИНИ ТИКЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Н.И. ЗАКИРОВА, А.Ф. ОРИПОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

POSSIBILITIES FOR THE RESTORATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS IN THE PRESENCE OF AN OVULATORY MENSTRUAL CYCLE

N.I. ZAKIROVA, A.F. ORIPOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Аёллар бепуитлиги сабаблар структурасида эндометриоз бачадон ва унинг ортиқлари яллиғланиш касалликларидан кейинги иккинчи ўринда туради. Эндометриозда юзага келган бепуитлик қуйидаги омиллар натижасида ривожланади: механик, перитонеал, иммунологик, эндокрин. Даволаш жараёнида қўлга киритилган энг ижобий натижа бу, албатта, хомиладор бўла олиш қобилятининг тикланишидир. Биз томондан I-II даражали ташқи генитал эндометриоз ва икки фазали менструал цикл билан беморларнинг бепуитлигини рационал даволашда 53.3% ҳолатда фертиллиги табиий йўл билан қайта тикланишига эришилди.

Калит сўзлар: бепуитлик, эндометриоз, даволаш, овуляция стимуляцияси, репродуктив функци.

In the structure of the causes of female infertility, endometriosis ranks second, second only to inflammatory diseases of the uterus and its appendages. Infertility in endometriosis is a consequence of many factors: mechanical, peritoneal, immunological, endocrine. Restoration of the ability to conceive is the most striking evidence of the positive effect achieved in the process of therapeutic effects. In patients with external genital endometriosis I-II degree with a biphasic ovulatory menstrual cycle with the rational treatment of infertility, we were able to restore fertility naturally in 53.3% of cases.

Key words: infertility, endometriosis, treatment, stimulation of ovulation, reproductive function.

Введение. Частота эндометриоза в популяции составляет около 10%, среди бесплодных женщин до 30%, в структуре синдрома тазовой боли – до 80% [1, 10, 12, 13]. Увеличение частоты эндометриоза в последние годы связано с широким внедрением лапароскопии – основного метода в диагностике наружного генитального эндометриоза I степени распространенности. Частота выявления наружного генитального эндометриоза у женщин репродуктивного возраста, по данным различных авторов, составляет 12-50% [1, 5, 12]. У бесплодных женщин фертильного возраста начальные стадии (I-II) НГЭ выявляются в 38% случаев [4, 8, 9]. С учетом возрастающей частоты распространения, эндометриоз становится ведущей причиной бесплодия [12]. Частота начальных стадий эндометриоза особенно высока при бесплодии и синдроме хронической тазовой боли (до 90%) [4, 7, 9].

Поэтому в повседневной практической работе не представляется возможным и целесообразным разделение проблемы лечения эндометриоза, как такового, от лечения сопутствующего ему бесплодия, тем более, что восстановление способности к зачатию является наиболее ярким свидетельством положительного эффекта, до-

стигнутого в процессе лечения эндометриоза [5, 6].

Цель исследования: Повышение эффективности лечения бесплодия методами восстановления репродуктивной функции естественным путем.

Материал и методы исследования. Исследуемую группу составили 107 пациенток с бесплодием на фоне эндометриоза. Из них: 45 пациенток с полноценным двухфазным менструальным циклом (Группа А), и 62 пациентки с НГЭ, у которых установлена ановуляция (Группа В). Первичным бесплодием страдали 92 женщины (86%), вторичным – 15 (14%). В обязательный комплекс нашего обследования 1 этапом входило исследование спермограммы супругов, во всех парах мужской фактор бесплодия был исключен. Диагноз НГЭ у всех больных был установлен при общегинекологическом обследовании, а так же при лапароскопии и подтвержден патоморфологическим исследованием биоптатов.

Возрастной диапазон обследованных женщин НГЭ был от 20 до 39 лет. Средний возраст обследованных женщин составил $28,5 \pm 2,3$ года. Почти половина обследованных пациенток находилась в цветущем детородном возрасте – 25-29

лет (44,9%). При этом первая стадия процесса диагностирована у пациенток всех возрастных групп, в то время как НГЭ II стадии был выявлен только у молодых пациенток с бесплодием – 20-29 лет. Это связано с критериями отбора пациенток для восстановления репродуктивной функции.

При изучении данных анамнеза установлено, что состояние соматического статуса, а так же средний возраст наступления менархе ($13,6 \pm 1,2$ года) не оказывает влияния на возникновение наружного генитального эндометриоза. У 15 (14%) пациенток НГЭ, страдавших вторичным бесплодием, в анамнезе были: 1 роды у 7 (6,5%); искусственный аборт – у 2 (1,9%); у 4 (3,7%) отмечались 1-2 самопроизвольных выкидыша и/или замершие беременности разных сроков гестации.

Среди больных НГЭ ранее оперативное лечение по поводу трубной беременности имело место у двух женщин (1,9%), которым была произведена односторонняя тубэктомия. Кроме того, в анамнезе еще двух женщин была лапароскопическая коагуляция яичника по поводу апоплексии яичника. Из перенесенных гинекологических заболеваний у больных НГЭ наиболее часто у 56 (52,3%) пациенток имели место воспалительные заболевания женских половых органов, причем 31 пациентка длительно наблюдалась с диагнозом «хронический сальпингоофорит» с проведением неоднократных курсов противовоспалительной и рассасывающей терапии, которые оказывались неэффективными или с кратковременным эффектом. При анализе анамнестических данных установлено, что впервые генитальный эндометриоз был выявлен у 35 (32,7%) больных. У 72 (67,3%) пациенток НГЭ был диагностирован ранее при лапароскопии, проводимой по поводу бесплодия и (или) наличия симптома тазовых болей. Из них у 17 (15,9%) пациенток эндометриоз был выявлен в течение последних 2 лет (при лапароскопии у данных больных проведена коагуляция очагов эндометриоза, и дополнительного лечения они не получали) (таблица 4). От 3 до 8 лет НГЭ страдали 55 (51,4%) больных, из них 24 (22,4%) не получали лечения, 6 (5,6%) принимали дюфастон во II фазу менструального цикла в течение 3-6 месяцев, 21 (19,6%) – даназол по 400 мг в сутки в течение 6 месяцев и 4 (3,7%) бусерелин 900 мкг эндоназально 3 раза в сутки = 3-4 месяца. В результате проводимой терапии отмечалась некоторая положительная клиническая динамика (уменьшение симптома тазовых болей), но беременность не наступила. Следует отметить, что ни одна больная до начала данного обследования в течение года лечения не получала. В анамнезе по поводу бесплодия у 34 (31,2%) больных при определении гормонального статуса была выявлена ановуляция или недостаточность II фазы менструального

цикла, проводилось коррекция менструального цикла комбинированными эстроген-гестагеновыми препаратами или приемом дюфастона во II фазу менструального цикла. Из них 5 пациенткам проводилась стимуляция овуляции клостельбегитом (кломифеном) без эффекта. 22 (20,6%) пациенткам проводилась гистеросальпингография для исключения трубного фактора бесплодия, у всех маточные трубы были проходимы. Длительность бесплодия составляла от 1 до 8 лет, в среднем 4,5 года.

При контроле за ростом фолликулов в динамике цикла методом УЗИ отсутствие овуляции зарегистрировано у 34 (31,8%) пациенток, поздняя овуляция отмечена у 28 (26,2%) больных, в том числе у 8 больных не исключалась лютеинизация неовулировавшего фолликула. У 45 (42%) больных проведенные исследования свидетельствовали о полноценном двухфазном менструальном цикле. Лечение, направленное на преодоление бесплодия с помощью методов восстановления естественной фертильности, было назначено всем 107 больным. При этом были использованы два терапевтических подхода, выбор которых для применения в конкретной клинической ситуации определялся наличием или отсутствием у пациентки признаков эндокринного (ановуляторного) бесплодия, которое подтверждали или исключали по результатам опроса и гормонального скрининга при исходном клинико-лабораторном обследовании. С учетом определенных различий применявшихся методов мы использовали два различных подхода – отдельно для контингента пациенток с нормальным двухфазным циклом (45 – 42%) и контингента пациенток с исходно подтвержденным ановуляторным фактором бесплодия (62 – 58%).

Для пациенток с сохранной овуляторной и менструальной функциями «первую линию» лечения во всех случаях составляли эндоскопические методы (лапароскопия), что одновременно служило уточнению нозологических причин инфертильности – эндометриоза. Необходимо подчеркнуть, что перед использованием лечебно-диагностической эндоскопии было проведено лечение, направленное на восстановление нормального микроценоза влагалища у 14 (31,1%) женщин, а также коррекцию избыточной массы тела у 6 (13,3%).

После эндохирургического лечения выявленной патологии был назначен специфический препарат, направленный на лечение эндометриоза – Визанна (2,0 мг диеногеста) в течение 6 месяцев. После чего период ожидания «спонтанной» беременности составлял не более 6 месяцев. На этом этапе спонтанная маточная беременность наступила у 17 больных, что составило 37,8% от общего числа пациенток этой группы. В случаях

не наступления беременности в указанные выше сроки после выполнения эндоскопических операций далее переходили к использованию индукторов овуляции, в качестве которых применяли исключительно кломифен цитрат (КЦ), который назначали не более чем в 3 последовательных циклах. Целесообразность использования КЦ в описываемой клинической ситуации диктовалась необходимостью надежного обеспечения овуляции. Поскольку у всех стимулируемых пациенток не выявлялось каких-либо отклонений со стороны системы гипоталамус-гипофиз-яичники (ФСГ и Е-2 в пределах нормативных значений), это служило обоснованием для применения у этих пациенток именно КЦ, а не более мощных «прямых» индукторов фолликулогенеза, т.е. препаратов гонадотропинов. Всего индукция овуляции с применением КЦ в этой группе была проведена 28 пациенткам (62,2% от общего числа пациенток данной группы), в результате чего маточная беременность наступила у 9 больных (32,1% от числа женщин получавших КЦ).

Синдром гиперстимуляции яичников был отмечен у 1 пациентки (3,6%). Многоплодной (двойня) оказалась 1 из 9 маточных беременностей (11,1%). Внематочная беременность была зарегистрирована у 2 пациенток - у одной из них на этапе «пассивного» ожидания результатов эндохирургического лечения и у одной - в период применения КЦ. С учетом 26 зарегистрированных беременностей, доля эктопической беременности составила 7,6% (2 из общего числа 26 беременностей). Таким образом, восстановление репродуктивной функции у больных с НГЭ без признаков ановуляторного (эндокринного) бесплодия обеспечило частоту наступления маточной беременности на уровне 53,3% (у 24 из 45 пациенток). Две пациентки с внематочной беременностью выбыли из нашего исследования. Остальным 19 (42,2%) пациенткам было рекомендовано продолжение лечения бесплодия с использованием ЭКО.

Литература:

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Беженарь В.Ф. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013, 58 с.
2. Артымук Н.В. и др. «Комбинированное лечение пациенток с эндометриозом и бесплодием с применением агонистов гонадотропин-рилизинг гормона и диеногеста» Проблемы репродукции, №1, 2017.
3. Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотнищерица Ю.С. Прогнозирование эффективности хирургического лечения бесплодия у женщин с малыми формами наружного генитального эндометриоза// Акуш.и гинекол., №7, 2013, с.36-39.
4. Постерный доклад Dr.Kim и соавт. «Влияние терапии препаратом Визанна на размеры эндометриомы».SEUD 2017.
5. Синчихин С.П., Магакян О.Г., Магакян С.Г., Мамиев О.Б. Триада симптомов в алгоритме диагностики эндометриоза органов малого таза. Гинекология. 2016; 02: 76-80.
6. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин. Акуш., гинекол. и репрод. 2010; 4 (3): 6–11. / Unanian A.L. Endometrioz i reproduktivnoe zdorov'e zhenshchin. Akush., ginekol. i reprod. 2010; 4 (3): 6–11. [in Russian].
7. Allaire C. Endometriosis and Infertility: A Review / C. Allaire // J. Reprod.Med. -2006. - Vol.51, №3. - P. 164-168.
8. Chen X.J. Research on minimal to mild endometriosis associated infertility /X.J. Chen, H.F. Huang // Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. - 2007. -Vol.36, №5. -P.515-520.
9. Ge C.X., Zhu X.H. Efficacy of conservative laparoscopic surgery combined with goserelin in Treatment of 206 patients with severe ovarian endometriosis et short-term and long-term follow-up. Zhonghua Fu Ke Za Zhi. 2012;47(8):603-607.
10. Holoch K.J., Lessey B.A. Endometriosis and infertility. Clin.Obstet.Gynecology, 2010;53 (2):429-438.
11. Leyland N., Casper R., Laberge P., Singh S.S.; SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. J.Obstet.and Gynecol.Can. 2010; 3(7, Suppl., 2):S1-32.

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ПРИ НАЛИЧИИ ОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Н.И. ЗАКИРОВА, А.Ф. ОРИПОВА

В структуре причин женского бесплодия эндометриоз занимает второе место, уступая первенство лишь воспалительным заболеваниям матки и ее придатков. Бесплодие при эндометриозе является следствием многих факторов: механических, перитонеальных, иммунологических, эндокринных. Восстановление способности к зачатию является наиболее ярким свидетельством положительного эффекта, достигнутого в процессе лечебного воздействия. У пациенток с наружным генитальным эндометриозом I-II степени с двухфазным овуляторным менструальным циклом при рациональном лечении бесплодия нам удалось восстановить фертильность естественным путем в 53,3% случаев.

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, лечение, стимуляция овуляции, репродуктивная функция.