



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ**
(Ретроспективный анализ)

Кудратова Д.Р., Иргашева С.У., Умарова К.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
акушерства и гинекологии, г. Ташкент, Узбекистан.

✓ *Резюме*

Проведен ретроспективный анализ 443 медицинских карт пациенток после оперативного лечения эндометриоза. Проанализированы степень выраженности эндометриоза и его распространенность, выраженность спаечного процесса, объемы хирургического вмешательства. Определена частота бесплодия, а также восстановление фертильности в указанной когорте в течение 1 года после операции.

Ключевые слова: эндометриоз, эндометриома, аденомиоз, распространенность, хирургическое лечение, инфертильность, овариальный резерв, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

**ENDOMETRIOZ BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA JARROHLIK
MUOLAJALARNING SAMARADORLIGI VA FERTILLIKNI TIKLASH**
(Retrospektiv tahlil)

Qudratova D.R., Irgasheva S.U., Umarova K.A.

Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent,
O'zbekiston

✓ *Rezyume*

Endometriozni jarrohlik davolashdan so'ng bemorlarning 443 ta tibbiy yozuvlarini retrospektiv tahlil qilindi. Endometrioznining zo'ravonligi va uning tarqalishi, yopishqoq jarayonning og'irligi, jarrohlik aralashuv hajmi tahlil qilindi. Bepushlik darajasi, shuningdek, operatsiyadan keyingi 1 yil ichida ushbu kogortada fertillikni tiklash aniqlandi.

Kalit so'zlar: endometriozi, endometrioma, adenomyoz, tarqalish, jarrohlik davolash, infertilizm, tuxumdon zaxirasi, bepushlik, yordamchi reproduktiv texnologiya (YRT).

**THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL METHODS OF TREATMENT AND
FERTILITY RESTORATION IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS**
(Retrospective analysis)

D.R. Kudratova, Irgasheva S.U., K.A. Umarova

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology,
Tashkent, Uzbekistan.

✓ *Resume*

A retrospective analysis of 443 medical records of patients after surgical treatment of endometriosis was carried out. The severity of endometriosis and its prevalence, the severity of the adhesive process, and the volume of surgical intervention were analyzed. The frequency of infertility was determined, as well as the restoration of fertility in this cohort within 1 year after surgery.

Keywords: endometriosis, endometrioma, adenomyosis, prevalence, surgical treatment, infertility, ovarian reserve, assisted reproductive technologies (ART).

Актуальность

Бесплодие является частым осложнением разных гинекологических заболеваний, в частности, эндометриоза, который остается по настоящее время является актуальной проблемой со множеством нерешенных вопросов и является одной из причин снижения репродуктивного потенциала женщин детородного возраста [3,4,5]. В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает 3-е место после воспалительных заболеваний женских половых органов и миомы матки, поражая 17–80% женщин репродуктивного периода, среди женщин с бесплодием встречается в 25-50% популяции [8,9].

Как уже известно, эндометриоз – это хроническое эстроген-зависимое заболевание, характеризующееся доброкачественным ростом и развитием ткани, структурально и функционально подобной эндометрию, за пределами нормальных границ слизистой оболочки тела матки. В зависимости от локализации гетеротопических очагов эндометрия различен и механизм развития бесплодия [1,2,14,16].

Эндометриозидные очаги могут распространяться в миометрий матки, и тогда речь идет об аденомиозе (внутреннем эндометриозе), а могут распространяться за пределы матки - наружный эндометриоз, который в свою очередь подразделяется на генитальный и экстрагенитальный. Очаг, локализованный в маточной трубе, может нарушать ее транспортную функцию. В таком случае продвижение яйцеклетки по фаллопиевой трубе может нарушаться по двум органическим причинам: сужение и окклюзия просвета вследствие экзофитного роста эндометриозидных гетеротопий или же вследствие развития спаечного процесса. Помимо этого, развивается хроническая воспалительная реакция, приводящая к утолщению стенки маточных труб, повреждению реснитчатого слоя эпителия и нарушению перистальтики фаллопиевых труб [5,8].

При эндометриозе также наблюдается яичниковая недостаточность, которая чаще всего сопровождается лютеиновой недостаточностью, а иногда и вовсе отсутствием овуляции. При этом у женщин наблюдается гиперэстрогения и недостаток прогестерона в крови во вторую фазу менструального цикла. Также доказано, что эндометриозидная болезнь приводит к функциональной неполноценности эндометрия и снижению экспрессии его рецепторов. [3,4,9].

Способствовать развитию эндометриоза могут такие факторы риска, как воздействие эстрогенов в течение длительного времени в высоких дозах, эндогенная гиперэстрогения, ановуляторные циклы при СПКЯ, обструкция путей оттока менструальной крови.

Бесплодие, «ассоциированное с эндометриозом» возникает непосредственно не из-за наличия у женщины данного заболевания, а вследствие развития таких осложнений эндометриоза, как спаечный процесс в малом тазу и брюшной полости, нарушение процессов овуляции, ухудшение качества яйцеклеток при эндометриозидных кистах яичников, нарушением чувствительности рецепторов эндометрия, относительная и абсолютная гиперэстрогения, способствующая развитию функциональной неполноценности маточных труб и т.д.

Лечение эндометриоз-ассоциированного бесплодия включает консервативную гормональную терапию, хирургическое лечение и вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ).

Основным методом лечения бесплодия женщин активного репродуктивного возраста, обусловленного наличием эндометриоза 2-3 степени тяжести по классификации American Society for Reproductive Medicine, является хирургический метод. По данным литературы, шансы на наступление беременности максимальны в первые 6-12 месяцев после операции. Эффективность хирургического лечения эндометриоза с целью восстановления репродуктивной функции уже научно подтверждена. Но использование только хирургического метода преодоления бесплодия не гарантирует наступление беременности, заканчивающейся деторождением, хоть и формально способствует преодолению бесплодия. Вместе с тем общеизвестен факт снижения овариального резерва при эндометриозе яичников вне зависимости от того, было оперативное вмешательство или нет.

Методов, радикально излечивающих эндометриоз, в настоящее время не существуют [3]. Терапия эндометриоза направлена, в основном, на уменьшение болей, снижение риска рецидивов и сохранение, и восстановление фертильности [14].

У пациенток с эндометриозом, вещества, вырабатываемые эндометриозами, негативно влияют на качество получаемых яйцеклеток, и таким образом снижается частота успешной имплантации. Эндометриоз сам по себе часто становится причиной бесплодия, поэтому особенно важно выполнить

диагностическую, а иногда и лечебную лапароскопию перед проведением ЭКО, так как это повышает шансы наступления беременности в естественном цикле.

Хирургический метод эффективен в большинстве случаев (пациентка должна быть прооперирована однократно и в оптимальном объеме, предпочтительный доступ — лапароскопический, операцию желательно выполнять во вторую (лютеиновую) фазу менструального цикла). Но хирургическое лечение имеет свои ограничения: риск снижения овариального резерва и высокая частота рецидивов.

Условно, консервативное лечение, можно подразделить на две тактики. Первая основана на торможение роста фолликулов для воссоздания искусственной аменореи, чтобы подавить рост эндометриодной ткани. Вторая, наоборот, стимулирует рост фолликулов и, соответственно, овуляцию [11,12,13]. Из лекарственных препаратов для подавления овуляции используют: агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, оральные контрацептивы. Минусом является то, что такая тактика не повышает вероятность забеременеть, а лишь откладывает её до наступления ремиссии [14,16]. Для стратегии, основанной на инициации роста фолликулов и овуляции чаще всего используют клостилбегит отдельно или в комбинации с гонадотропинами. Однако, проводимые исследования с этим препаратом, показали, что достижение эффекта возможно только в сочетании с другими лекарственными препаратами, поэтому, изолированное использование клостилбегита, является сомнительным [11,12,13]

Цель исследования: по результатам анализа медицинской документации и опроса пациенток дать характеристику результатам хирургического лечения эндометриоза и его эффективность в восстановлении фертильности.

Материал и методы

Был проведен ретроспективный анализ 443 медицинских карт женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), которые были прооперированы по поводу эндометриоза в ГУ «Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре акушерства и гинекологии» в отделении оперативной гинекологии за период с 01.06.2019 г. по 01.06.2022 г.

Критерии включения: репродуктивный возраст, наличие женского бесплодия, эндоскопически подтвержденный генитальный эндометриоз.

Критерии исключения: злокачественные опухоли органов репродуктивной системы, пациентки, старше 49 лет.

Результат и обсуждение

В результате ретроспективного анализа медицинской документации были получены следующие данные: в отделении оперативной гинекологии за период 2019-2022 гг. было прооперировано 1765 пациентов, из них - лапароскопическим доступом - 1138 пациентов (64,4 %), лапаротомным – 627 пациентов (35,5 %). С подтвержденным диагнозом «Эндометриоз» лапароскопическим доступом было прооперировано 443 пациента (38,9%), из них пациентки до 19 лет составили 3,2% (14 пациенток), больные активного репродуктивного возраста – 69,3% (307 пациенток), позднего репродуктивного возраста – 27,5% (122 пациентки). Среди всех эндоскопических вмешательств диагностическая лапароскопия проводилась 228 пациентам (20%) с бесплодием: с первичным бесплодием – 89 пациентам (7,8%) , со вторичным – 139 пациентам (12,2 %).

Частота встречаемости внутреннего генитального эндометриоза (аденомиоза) составила 19,6 % (87), только наружного генитального эндометриоза – 32,1 % (142), а в 48,3 % (214) случаев отмечалось сочетание внутреннего и наружного генитального эндометриоза.

Наиболее частой формой проявления наружного генитального эндометриоза явились эндометриодные кисты яичников (266 пациентов, 60%), которым в 100% случаев выполнялись органосохраняющие операции в соответствии с принципом максимального сохранения ткани яичника и овариального резерва (вскрытие и опорожнение эндометриомы яичника, коагуляция очагов эндометриоза, энуклеация и удаление эндометриодных кист).

Из общего числа пациентов, прооперированных по поводу эндометриоза, другие формы наружного генитального эндометриоза (брюшины, мочевого пузыря, кишечника и ретроцервикальный) встречались в 23,9 % случаев (106 пациентов).

Доля оперативных вмешательств по поводу первичного и вторичного бесплодия в сочетании с эндометриозом 2-4 степени (по классификации А. Ascota et al.) составила 75 % (171 пациент), из них с эндометриодными кистами яичников – 81,3 % (139 пациентов), при этом двухсторонние кисты яичников встречались в 2 раза чаще односторонних.

Помимо этого, у каждой второй пациентки (238 пациенток, 53,7%), оперированной по поводу эндометриоза, был интраоперационно диагностирован спаечный процесс в малом тазу и брюшной полости III-IV степени (по классификации Adhesion Study Group). Всем пациенткам со спаечным процессом в малом тазу выполнялось иссечение спаек, адгезиолизис, сальпингооариолизис и сальпингооариостомия по Бруа с 2х сторон, сальпингооариофимбриолизис.

Первичное и вторичное бесплодие, вызванное трубно-перитонеальным фактором, было выявлено в 91,2 % случаях (208 пациенток) среди всех прооперированных пациенток по поводу бесплодия, у 57,9 % (132) пациенток также отмечалось сочетание спаечного процесса в малом тазу III-IV степени и эндометриозных кист яичников.

У 53 пациенток (12 %), прооперированных лапароскопическим доступом по поводу иных гинекологических патологий (миома матки, бесплодие неясной этиологии, непроходимость маточных труб, гидросальпинкс, сактосальпинкс), в ходе оперативного вмешательства впервые были выявлены очаги эндометриоза на яичниках, матке, маточных трубах. Таким пациенткам проводили деструкцию и эксцизию гетеротопий, при необходимости – хромосальпингоскопию в целях уточнения проходимости маточных труб.

Из всех прооперированных пациенток с диагнозом «Эндометриоз» только 3 пациентки (0,68 %) обратились на оперативное лечение с рецидивом заболевания по поводу эндометриозных кист яичников. У 22 пациенток (9,7 %), обратившихся на диагностическую лапароскопию с диагнозом «бесплодие неясной этиологии», причиной infertility выступал генитальный эндометриоз I-II степени. У таких женщин наличие эндометриоза впервые было устанавливалось интраоперационно.

Особый интерес представлял анализ наступления беременности у женщин с эндометриоз-ассоциированным бесплодием. По данным обратной связи (расспроса по телефону) было выявлено, что из 145 пациенток, прооперированных пациенток по поводу бесплодия и эндометриоза с 1.06.2019 г. по 01.06.2021 г., у 31 (21,4 %) пациенток наступила естественная беременность в течение 6-12 месяцев после хирургического лечения, у 20 (13,8%) из них беременность завершилась деторождением. Самопроизвольным выкидышем закончились 9 (6,2 %) беременностей. 38 (26,2 %) пациенток прибегли к вспомогательным репродуктивным технологиям для преодоления бесплодия при эндометриозе после его хирургического лечения. У 18 (12,4 %) пациенток после ВРТ наступила беременность с первой попытки, у 6 (4,1 %) – беременность наступила со второй попытки ВРТ. С 36 (24,8 %) пациентками установить связь не удалось. 40 (27,6 %) женщин не реализовали свою репродуктивную функцию.



Средний возраст всех пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием, получивших хирургическое лечение, составил $30,3 \pm 2,9$ лет.

Выводы

Таким образом, эндометриоз остается весомым причинным фактором в структуре женского бесплодия. Эндоскопические методы хирургии позволяют диагностировать эндометриоз как причинный фактор бесплодия неясной этиологии, так и выступают в качестве самостоятельного хирургического метода терапии. Эндометриоз ассоциируется с высокой частотой развития трубно-

перитонеального фактора бесплодия и развитием спаечного процесса III-IV степени. В связи с этим у данной категории пациенток, несмотря на перенесенное оперативное вмешательство, более активно должно рассматриваться применение методик вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Высокий процент инфертильных женщин после методов, указанных в исследовании, направленных на восстановление фертильности, диктует необходимость поиска новых подходов к дифференцированному ведению пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беженарь В.Ф., Ярмолинская М.И., Байлюк Е.Н., Цыпурдеева А.А., Цицкарава Д.З., Моругина Е.В. и др. Сравнение эффективности различных схем гормонотерапии после хирургического лечения наружного генитального эндометриоза. // Проблемы репродукции. 2015; 4: 89-98. <https://doi.org/10.17116/repro201521489-98>
2. Ярмолинская М.И., Молотков А.С., Дурнова А.О., Полякова В.О., Кветной И.М., Беженарь В.Ф. Комбинированная терапия наружного генитального эндометриоза с применением ингибиторов ароматазы. Журнал акушерства и женских болезней. 2013; 62 (1): 64-70. REFERENCES 1. Giudice L.C., Kao L.C. Endometriosis. Lancet. 2004; 364 (9447): 1789-99.
3. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация: федерал. клин. рек. по ведению больных // Рос. о-во акушеров-гинекологов [и др.]. – Москва, 2013. – 65 с.
4. Шестакова И.Г., Ипастова И.Д. Эндометриоз: новый консенсус - новые решения. Глобальный консенсус по ведению больных эндометриозом как первый шаг к созданию отраслевых стандартов. Информационный бюллетень. - / М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. - 16 с.
5. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2010. - № 3 (4). - С. 6-10.
6. Соколов И.Д. Нарушение баланса цитокинов при наружном генитальном эндометриозе // Russian Journal of immunology. - 2005. - № 9. - С. 73-78.
7. Гормональные и иммунологические нарушения в формировании патологии эндометрия у женщин с наружным генитальным эндометриозом / Е.А. Михнина [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006. - № 4. - С. 87-100.
8. Коган А.Е., Аكوпова Е.О., Унанян А.Л. Бесплодие при эндометриозе: краткий очерк современных представлений // Пространство и время. - 2017. - № 1 (27). - С. 251-259.
9. Вольфф М. фон, Штуте П. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 511 с.
10. Maneschi F., Marasa L., Incandela S., Mazzaresse M., Zupi E. Ovarian cortex surrounding benign neoplasms: a histologic study. // Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 169: 388-93. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(93\)90093-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(93)90093-x)
11. Schubert B., Canis M., Darcha C., Artonne C., Pouly J.L., Dechelotte P. et al. Human ovarian tissue from cortex surrounding benign cyst: a model to study ovarian tissue cryopreservation. // Hum. Reprod. 2005; 20: 1786-92. doi.org/10.1093/humrep/dei002
12. Hamdan M., Dunsellman G., Li T.C., Cheong Y. The impact of endometrioma on IVF\ICSI outcomes: a systematic review and metaanalysis. // Hum. Reprod. Update. 2015; 21(6): 809-25. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv035>
13. Barbieri R.E. Hormone treatment of endometriosis: the estrogen threshold hypothesis. // Am J ObstetGynecol, 2002, no. 12, pp. 740-745.
14. Ruiz-Flores F.J., Garcia-Velasco J.A. Modern management of endometrioma-associated infertility: in favor of ART. // J. Endometr. Pelvic Pain Disord. 2016; 8 (2): 33-80. <https://doi.org/10.5301/je.5000242>
15. Vercellini P., Chapron C., De Giorgi O., Consonni D., Frontino G. Coagulation or excision of ovarian endometriomas? // Am. J. Obstet. Gynecol. 2003; 188 (3): 606-10. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.7>
16. Maignien C., Santulli P., Gayet V., Lafay-Pillet M.-C., Korb D., Bourdon M., Marcellin L., de Ziegler D., Chapron C. "Prognostic Factors for Assisted Reproductive Technology in Women with Endometriosis-related Infertility." // American Journal of Obstetrics and Gynecology 216.3 (2017): 280.e1–280.e9.
17. Hamdan M., Dunsellman G., Li T.C., Cheong Y. The impact of endometrioma on IVF\ICSI outcomes: a systematic review and metaanalysis.
18. Hum. Reprod. Update. 2015; 21(6): 809-25. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv035>

Поступила 09.08.2022