

ПРЕОДОЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ

А.В. БОЙЧУК, О.Ю. КУРИЛО, Т.И. ТОЛОКОВА

Тернопольский Государственный медицинский университет, Украина, г. Тернополь

ЭНДОМЕТРИОИД КИСТАСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК БУЗИЛИШНИ ЕНГИШ

А.В. БОЙЧУК, О.Ю. КУРИЛО, Т.И. ТОЛОКОВА

Тернополь Давлат медицина университети, Украина, Тернополь

OVERCOMING DISTURBANCE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH ENDOMETRIOID KYSTES

A.V. BOYCHUK, O.Yu. KURILO, T.I. TOLOKOVA

Ternopol State Medical University, Ukraine, Ternopol

Эндометриоид кисталарда тухумдонларнинг овариал захира ҳолати операциянинг миқдори ва ҳажмига боғлиқ. Гормонал текшириши натижасида қўйидаги хулосага келиш мумкин: операция вақтидаги жароҳат ва овариал захира кўрсаткичли маркерларига фолликуляр стимуловчи гармон концентрацияси ва СА-125 миқдорини аниқлаш билан антимюллер грамони сезгир ҳисобланади. Кам ҳажмда бажарилган операциялардан кейин соғлом тўқима сақланиб тухумдон захираси ва аёллар репродуктив саломатлиги сақланиб қолади.

Калит сўзлар: эндометриоидли кисталар, репродуктив саломатлик.

The condition of the ovarian reserve in endometrioid cysts of the ovaries depends to a large extent on the volume and frequency of the surgical intervention. The results of the hormonal study suggest that the most sensitive to intraoperative damage and an indicative marker of the ovarian reserve is the antimuller hormone in combination with the determination of the CA-125 content and the concentration of follicle-stimulating hormone. The results of the performed surgical intervention in a sparing amount allow us to predict the restoration of fertility after surgical treatment with the maximum preservation of healthy tissue, which allows preserving the reserve of ovaries and the reproductive health of women.

Key words: endometrioid cysts, reproductive health.

В современных условиях проблема предотвращения нарушений функции женской репродуктивной системы является важнейшим вопросом перспективы демографического развития общества. В условиях экономического кризиса, падения рождаемости и нарастающего уровня общей смертности охрана репродуктивного здоровья населения приобретает особую медико-социальную значимость. Бесплодие в браке является одним из наиболее серьезных нарушений репродуктивного здоровья. Прогнозируемое управление своевременной диагностикой и эффективным лечением генитального эндометриоза, который находится на одной из первых позиций в структуре гинекологической заболеваемости, является также актуальным и своевременным в преодолении связанного с ним бесплодия [5, 17]. Международной ассоциацией эндометриоза был обнаружен довольно ранний средний возраст первичной манифестации - 15,9 лет, что является крайне неблагоприятным для прогноза женской фертильности. В последнее время прослеживается четкая тенденция к омоложению данного заболевания [16].

В недавно проведенном исследовании «EndoCost» Всемирного исследовательского фонда эндометриоза (WERF) были обнаружены значительные расходы, связанные с лечением паци-

енток больных эндометриозом в специализированных клиниках, достигшие уровня экономического бремени, по меньшей мере аналогичного тягости, характерной для лечения других хронических заболеваний, таких как сахарный диабет. [15]. Кроме экономических проблем, эндометриоз также оказывает значительное влияние на различные аспекты жизни женщин, в том числе социальные и половые отношения, работу и учебу (De Graaf, et al., 2013, Nnoaham, et al., 2011, Simoens, et al., 2012).

Главной целью гинекологической помощи является выявление пациенток с высоким риском развития состояний потенциально угрожающих нарушению реализации репродуктивных возможностей женщины. Эндометриоз - эстрогензависимое заболевание. Наружный генитальный эндометриоз встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста. Частота выявления эндометриоза при лапароскопии, в том числе проводимой с целью уточнения причины бесплодия, составляет 20–55% [2].

Одной из наиболее распространенных форм генитального эндометриоза являются эндометриоидные поражения яичников [13]. Многими исследователями отмечается увеличение частоты локализации эндометриоидных поражений именно в яичниках, а также непосредственное влияние

эндометриоидных кист яичников на частоту развития бесплодия [4, 11].

Для сохранения репродуктивной функции при данной патологии необходимо учитывать изменения овариального резерва. По данным исследователей овариальный резерв касается репродуктивного потенциала каждого ооцита и той части пула примордиальных фолликулов, который остается в конкретный момент времени при поражении яйчников эндометриозом [10].

Антимюллеровский гормон (АМГ), известный также как ингибирующее вещество Мюллера, является димерным гликопротеином, который относится к семейству трансформирующих β -факторов роста. У женщин от момента рождения и до наступления менопаузы АМГ продуцируется гранулёзными клетками растущих фолликулов в яичниках. Концентрация АМГ у женщин коррелирует с числом антральных фолликулов и лучше всего отражает снижение репродуктивной функции у здоровых женщин с доказанной фертильностью, а также является необходимым тестом в комплексной оценке овариального резерва [17].

Уровень АМГ остаётся относительно постоянным на протяжении всего менструального цикла, отражает непрерывный, не связанный с менструальным циклом характер роста молодых фолликулов, что делает определение концентрации этого гормона преимущественным информативным маркером ингибирования селекции примордиальных фолликулов и снижения эффективности стимуляции фолликулогенеза фолликулостимулирующим гормоном [1].

К основным направлениям лечения генитального эндометриоза относится хирургическое, гормональное и комбинированное. Хирургический подход, при неизбежной инвазивности, обязательно должен обеспечивать снижение риска развития рецидивов и сохранения детородной функции женщины. Лапароскопия позволяет провести непосредственное хирургическое лечение и определить стадию заболевания, что можно выполнить с помощью классификационной системы ASRM (классификация эндометриоза Американского общества по репродуктивной медицине в последней редакции 1996, 1997), которая должным образом не отражает интенсивность болевого синдрома, сопровождающего эндометриоз, и бесплодия. Удаление или абляция эндометриоидных очагов в сочетании с адгезиолизисом при максимально щадящей инвазии всё же сопровождается некрозом тканей в очаге воспаления, патологическим белковым катаболизмом, массовой гибелью клеток и развитием токсических состояний, что приводит к нейрососудистым изменениям в яичниках, снижение овариального резерва и генеративных возможностей. [8, 15].

В этой связи запросом к медицинской помощи становится разработка четких направлений по диагностике, терапии и реабилитации этой категории женщин. Несбалансированность и отсрочка лечебных мероприятий может привести к развитию осложнений, а именно возникновению послеоперационных спаек. Образование спаечного процесса - это высоковероятная реакция брюшины на травму. При определенной локализации, распространенности и выраженности спаек формируется спаечная болезнь брюшины. Перитонеальные спайки различной степени выраженности могут возникать у 93-100 % пациентов, перенесших операции на брюшной полости. По различным данным в 20-40 % образовавшиеся после оперативного вмешательства спайки нарушают качество жизни пациентов и часто являются причинами непроходимости кишечника, возникновения острой и хронической абдоминальной и тазовой боли, диспареунии [7, 9, 12].

В научных исследованиях не прекращается изыскание новых возможностей в профилактике и лечении перитонеальных спаек. Особой значимости эти вопросы приобретают в связи с причинно-следственной связью хирургических вмешательств и трубно-перитонеального бесплодия [3, 6]. Послеоперационные спайки снижают степень удовлетворения жизненных потребностей пациентов и являются причиной трудности во время повторных хирургических доступов, увеличивают продолжительность оперативного вмешательства, повышают риск ятрогенных повреждений внутренних органов при повторных операциях, кишечной непроходимости, хронической тазовой боли [16].

Целью нашей работы было детальное исследование патологических факторов, объективная клиническая оценка состояния отдельных параметров овариального резерва у пациенток с эндометриоидными кистами яичников после лапароскопической цистэктомии, разработка лечебной тактики направленной на минимализацию осложнений и рецидивов заболевания, которое приводит также к неспособности зачать ребенка. Динамическое наблюдение женщин с использованием комплексного обследования репродуктивной системы, современных методов, своевременного лечения положены в основу предупреждения и лечения генитального эндометриоза, заболеваний, способствующих развитию этой патологии, что позволяет предотвратить неизбежность бесплодия.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 186 пациенток, которые обследовались и лечились в гинекологическом отделении городской больницы №2 г. Тернополя (Украина) с 2005 по 2016 годы по поводу наружного генитального эндометриоза и

невозможности зачатия ребёнка. Длительность заболевания составляла $(8,6 \pm 0,7)$ лет. Возраст больных колебался от 22 до 36 лет. Пациентки были разделены на две группы однородные по данным антропометрии, гинекологического, репродуктивного, соматического, инфекционного анамнеза, с односторонним и двусторонним эндометриозом, овариальными образованиями, в зависимости от комплексного лечебного подхода.

Первичное бесплодие было у 132 (70,9 %) женщин, вторичное в 29,1 % (54 пациентки).

Пациенткам, вошедшим в исследование проводилось анкетирование, включавшее в себя тщательный сбор анамнеза: возраст менархе, характеристику менструального цикла, предыдущие беременности и их результаты, использование гормональной терапии, хирургический и семейный анамнез, касательно эндометриоза или злокачественных гинекологических новообразований.

Всем пациенткам проводили гинекологическое обследование, включая вагинальный осмотр с применением зеркал, а также бимануальную и ректовагинальную пальпацию. Для объективизации выявленных при гинекологическом обследовании изменений использовались методы трансвагинального ультразвукового исследования, при необходимости магнитно-резонансная томография, цистоскопия при наличии соответствующих жалоб. В группу наблюдения выделяли пациенток с основными симптомами эндометриоза: болевой синдром, диспареуния, нарушение функции смежных органов (дизурия), психоневрологические расстройства, нарушения репродуктивной функции (бесплодие и невынашивание).

Проводился анализ анамнестических данных, клиничко-лабораторное обследование, гинекологическое исследование, УЗИ, определяли уровень СА 125, АМГ, ФСГ.

Всем обследованным больным на первом этапе было проведено оперативное эндоскопическое вмешательство «First-look» с соблюдением принципов реконструктивно-пластической консервативной хирургии при наличии информированного согласия пациентки на возможное расширение объема операции в случае необходимости. Нами использован метод вылущивания эндометриоидной кисты в пределах здоровой ткани с минимальной коагуляцией по ходу раны. Овариальный резерв пациенток по результатам тройного теста (СА 125, АМГ, ФСГ) сравнивался с ожидаемым резервом для женщин данного возраста, что позволило контролировать ожидаемые репродуктивные возможности. Гормональные исследования выполнялись на 2-3-й день менструального цикла, через 3 и 6 месяцев после проведенного оперативного вмешательства.

При подходе к выбору объема вмешательства предпочтение отдавали органосохраняющим возможностям, что крайне важно для пациенток репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении детородной функции. Лапароскопию выполняли с использованием эндоскопической аппаратуры с комплектом инструментария по общепринятой методике. При обзорной лапароскопии оценивали величины эндометриоидных гетеротопий, их количество, зрелость определяли по цвету и форме, наличие эндометриоидных кист и спаечного процесса.

Мы использовали метод энуклеации кист в пределах здоровой ткани с минимальной коагуляцией по ходу раны. Хирургическое лечение эндометриоза было направлено на максимальное удаление эндометриоидных гетеротопий - кист яичника, имплантов на брюшине с целью восстановления нормальных, анатомических взаимоотношений органов малого таза. Электрокоагуляция отдельных эндометриоидных очагов проводилась с применением монополярных и биполярных электродов. Малые (менее 2 см) эндометриомы разрезали, эвакуировали содержимое, тщательно вылущивали оболочку опухолевидного образования и / или коагулировали его ложе. В 106 случаях (группа 1) по завершении хирургических манипуляций и восстановлении целостности передней брюшной стенки через трубчатый дренаж выполняли внутрибрюшинное введение противовоспалительного препарата Дефенсаль по 50 мл 1 раз в день, 80 женщин, которым проводилась традиционная санация брюшной полости нормальным физиологическим раствором вошли во вторую группу. Манипуляцию всем больным проводили дважды. Проводили динамическое наблюдение за эффективностью назначенной терапии: УЗИ (через 1 и 3 месяца) и определение динамики уровня онкомаркеров СА 125 в сыворотке крови с целью ранней диагностики рецидивов эндометриоза. Степень проходимости маточных труб оценивали с помощью интраоперационной хромосальпингоскопии и через 1,5 - 2,0 мес при проведении гистеросальпингографии по общепринятой методике с использованием йодсодержащих контрастных веществ.

Статистическую обработку проводили на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ, а именно с помощью критерия Стьюдента (t). Разницу между сравнительными средними величинами считали вероятной при $p < 0,05$.

Всем пациенткам выполнялась лапароскопическая цистэктомия. Контрольную группу ($n = 30$) составили условно здоровые женщины аналогичного возраста, не имеющие в анамнезе оперативных вмешательств на яичниках, которым для

подтверждения состояния здоровья проводили клинико-лабораторное обследование, УЗИ.

Результаты исследований и их обсуждение. Рецидивирующее течение кист яичников диагностировано у 56 (30,1%) пациенток, из них в 20 - оперативное лечение в анамнезе в 35,7% случаев выполнена резекция яичника, у 64,3% - цистэктомия. Анализ клинико-анамнестических данных показал, что основными жалобами у больных с эндометриозом были: хроническая тазовая боль, которая обострялась перед менструацией - в 65,1 % при генитальном эндометриозе и в 12,0 % в контрольной группе, диспареуния - в 61,6 % пациенток основной группы и 8,0 % в группе здоровых женщин. Данные симптомы заболевания чаще всего сочетались в разной комбинации и встречались с одинаковой частотой у женщин с внешним генитальным эндометриозом при различных степенях поражения, в большинстве случаев – длительные нециклические брюшные и тазовые боли, боли внизу живота и в пояснице. Бездетность по причине первичного бесплодия наблюдалась у 70,9 % обследованных, вторичного бесплодия 29,1 %, что являлось одной из основных причин обращения за медицинской помощью.

Выполненные трансвагинальные ультразвуковые исследования позволили выявить следующие наиболее характерные признаки I степени распространенности генитального эндометриоза: небольшие (диаметром до 1 мм) анэхогенные трубчатые структуры, направляющиеся от эндометрия к миометрию в 65 % случаев; появление в области базального слоя эндометрия небольших гипо-и анэхогенных включений круглой и овоидной формы диаметром около 1–2 мм у 67 женщин; неравномерность толщины базального слоя эндометрия и зазубренность или изрезанность базального слоя эндометрия обнаружена в 48 %; выявление локальных дефектов эндометрия в 18 %; появление в миометрии, интимно прилежащем к полости матки, участков повышенной эхогенности толщиной до 3 мм. У 46 больных с эндометриозом I степени толщина стенок матки по ультразвуковым характеристикам была близка к норме. Увеличение толщины стенок матки, превышающее верхнюю границу нормы на ультрасонографии выявлено у 51 пациенток с эндометриозом II степени. Появление в зоне повышенной эхогенности небольших округлых анэхогенных образований диаметром 2–5 мм, а также жидкостных полостей разной формы и размеров, содержащих мелкодисперсную взвесь (кровь), а иногда и плотные включения небольшой эхогенности (сгустки крови) диагностировано в 53 %. Ультразвуковые признаки III степени распространенности генитального эндометриоза, проявлялись увеличением матки в переднезаднем размере в 85 %;

появление в миометрии зоны повышенной неоднородной эхогенности, занимающей более половины толщины стенки матки – у 28 пациенток, обнаружение в области эхогенной зоны анэхогенных включений диаметром 2–6 мм, жидкостных полостей разных форм и размера, содержащих мелкодисперсную взвесь диагностировано в 18 %.

Ультразвуковые критерии совпали с интраоперационной диагностикой при генитальном эндометриозе I степени распространенности в 88,5% случаев, II степени – в 90%, III степени – в 96,2% случаев.

Согласно пересмотренной классификации Американского общества фертильности, которая является международным стандартом оценки спонтанной эволюции и сравнения терапевтических результатов согласно протоколу МЗ Украины № 319. и основана на подсчете количества гетеротопий, выраженных в баллах: стадия I (минимальные изменения) - 1-5 балла; стадия обнаружена у 46 женщин, II (незначительные изменения) - 6-15 баллов; стадия выявлена у 80 пациенток; III (выраженные изменения) - 16-40 баллов; стадия диагностирована в 56 клинических ситуациях, IV (очень выраженные изменения) - более 40 баллов наблюдалась у 4 больных. Наличие 1-5 очагов относили к легкой форме; 6-5 - к умеренной; 16-30 - к тяжелой; более 30 очагов эндометриоза свидетельствовали о распространенном эндометриозе.

Малые формы эндометриоза при лапароскопии проявлялись в виде «зрачков», которые поднимались над поверхностью брюшины и имели красный, коричневый, черный или зеленый цвет в 43,0 % - 80 пациенток. У 14,0 %, у 26 больных отмечались множественные гетеротопии в области мочевого пузыря.

При лапароскопии учитывались как размеры гетеротопий эндометриоза, так и степень спаечного процесса. Из всех случаев эндометриоза, обнаруженного нами при лапароскопии, у 79,1 % пациенток подтвержден ранее поставленный диагноз, а в 20,9 %, диагноз был установлен впервые. Чаще встречался эндометриоз яичников (43,9 %), эндометриоз маточных труб и малые формы эндометриоза (23,4 %). Ретроцервикальный эндометриоз обнаружено в 14,0 % пациенток. В остальных случаях имел место эндометриоз маточных связок и пузырно-маточной брюшины. В 64,5 % (120 женщин) случаев диагностировано спаечный процесс различной степени выраженности. Разъединение спаечного процесса во время хирургического вмешательства максимально тщательно проводили всем пациенткам, с интраоперационными показаниями для этого этапа операции. Динамические ультразвуковые исследования для наблюдения в послеоперационном периоде, показали, что хирургическое вмешательство с ис-

пользованием традиционной санации брюшной полости нормальным физиологическим раствором позволило предотвратить образование паровариальных спаек и фиксации яичников в 56,2 % случаев, а использование противоспаечного барьера – препарата «Дефенсаль», который, кроме флотизирующей активности, содержит гиалуроновую кислоту – натуральный биodeградируемый компонент экстрацеллюлярного матрикса в сочетании с щадящей оперативной техникой дало хорошие результаты в 83,6% случаев. В 13 (16,25 %) пациенток группы сравнения, перенесших лапаротомию, выявлены нарушения проходимости маточных труб вследствие перитубарных сращений, из них у 42,9% - двустороннюю окклюзию или окклюзию одной трубы. В основной группе нарушение проходимости маточных труб вследствие спаечного процесса зафиксировали у 11 (10,4 %)

человек, а двустороннюю окклюзию - у 2 (1,86 %). Нарушение проходимости маточных труб после лапароскопических операций выявлено у 11 (10,3 %) пациенток группы, получавшей в комплексном подходе противоспаечный препарат «Дефенсаль». Послеоперационное лечение пациентки обеих групп переносили удовлетворительно. Наиболее часто используемыми параметрами для оценки состояния овариального резерва и для возможности прогнозирования фертильности являются вычисление объема яичников и подсчет количества антральных фолликулов, которое проводили с помощью ультразвукового обследования в динамическом наблюдении послеоперационного периода. Объем яичников у пациенток 1 и 2 групп равнялся ($8,99 \pm 1,02$) и ($8,06 \pm 1,03$) см³ соответственно и мало отличался от контрольной группы ($p > 0,05$) через месяц после лечения.

Таблица 1.

Динамические исследования критериев овариального резерва

Группа n=186	Через 1 месяц после операции		Через 3 месяца после операции	
	Средний объем яичников (см ³)	Среднее количество антральных фолликулов	Средний объем яичников (см ³)	Среднее количество антральных фолликулов
1 группа (n=106)	$8,99 \pm 1,02$	$12,9 \pm 0,3^{**}$	$5,11 \pm 0,22$	$7,1 \pm 1,33^{**}$
2 группа (n=80)	$8,06 \pm 1,03$	$3,68 \pm 0,34^*$	$3,07 \pm 0,75^*$	$4,28 \pm 0,42$
Контрольная группа (n=30)	$6,9 \pm 0,31$	$6,3 \pm 0,22$	$7,1 \pm 0,21$	$6,12 \pm 0,41$

Примечания:

- * достоверность изменений относительно группы контроля, $p < 0,05$;
- ** достоверность изменений первой группы и второй группы, $p < 0,05$.

Таблица 2.

Овариальный резерв пациенток с внешним эндометриозом

Показатели	Контрольная группа (n=30)	До лечения (n=186)	1 гр. после лечения (n=106)	2 гр. после лечения (n=80)
АМГ	$3,91 \pm 0,20$ нг/мл	$1,11 \pm 0,22$ нг/мл	$2,20 \pm 0,25^*$ нг/мл	$1,3 \pm 0,6^{*,**}$ нг/мл
ФСГ	$8,71 \pm 1,09$ МЕ/л	$4,2 \pm 1,80$ МЕ/л	$7,76 \pm 0,28$ МЕ/л	$5,20 \pm 0,80$ МЕ/л *,**
СА-125	$26 \pm 6,3$ ед./мл	$48,2 \pm 6,3$ ед./мл	$27,2 \pm 6,3$ ед./мл	$35,2 \pm 2,3$ ед./мл *,**

Примечания:

- * - достоверность различий между показателями контрольной и первой групп;
- ** - достоверность различий между показателями первой и второй групп.

Однако при индивидуальном изучении определилась высокая доля пациенток второй группы с уменьшенным (менее 5 см³) объемом яичников через три месяца после лечения. Среднее число антральных фолликулов также достоверно отличалось в 1 и 2 группах ($5,85 \pm 0,28$) и ($3,68 \pm 0,34$); ($p < 0,05$) в наблюдениях через 1 месяц, хотя доля пациенток с низкими содержанием фолликулов была выше, а с нормальным — ниже через три месяца после лапароскопии, чем в контрольной группе. Количество антральных фолликулов в яичнике у женщин, которым в комплексном лечении проведена противоспаечная терапия в среднем составило ($12,9 \pm 0,3$), что также значительно превышало показатели обследованных женщин других групп.

У всех пациенток с оперативными вмешательствами на яичниках в анамнезе уровень АМГ (табл. 2) находился на нижней границе нормы или

был достоверно ниже нормальных показателей, составляя в среднем ($2,5 \pm 0,5$) нг / мл (нормальная концентрация АМГ 3,0-5,0 нг / мл, $p = 0,025$). Повторное исследование гормонального статуса выполнено у 160 (86 %) пациенток. Были обнаружены изменения содержания антимюллеровского гормона – на 12 % (у 134 пациенток) по сравнению с их показателями до оперативного вмешательства. Проведенный корреляционный анализ установил прямую корреляционную связь АМГ с объемом яичников ($r = 0,53$; $p < 0,05$) и числом антральных фолликулов ($r = 0,51$; $p < 0,05$).

Гормональные исследования выполнялись на 2-3-й день менструального цикла или на 2-3-й день менструальноподобной реакции после цистэктомии. Среднее значение концентрации ФСГ у пациенток с эндометриозными кистами яичников достоверно отличалось от контрольной группы, составляя ($4,2 \pm 1,80$) МЕ/л. При этом в

17,2 %, у 32 женщин, отмечено повышение уровня ФСГ - 8-16 МЕ/л (концентрация достигает $(9,6 \pm 1,8)$ МЕ/л, что, согласно литературным данным, является ранним маркером снижения овариального резерва и позволяет отнести в первую очередь этих пациенток в группу риска преждевременного угасания функции яичников. При исследовании онкомаркера СА-125 для своевременной диагностики операбельных новообразований яичников, определяли степень неполноценности биологических барьеров для проникновения высокомолекулярных гликопротеидных дериватов целомического эпителия вследствие деструктивного влияния эндометриоза. В динамическом наблюдении диагностировано репарацию барьерных механизмов при использовании в комплексном подходе хирургического лечения биодоступного вещества с высокими регенеративными флотирующими свойствами ($p < 0,05$), что доказывается достовер-

ным снижением содержания СА-125 в крови в среднем до 27,2 ед./мл и позволяет судить о продуктивной взаимосвязи с позитивными перспективами относительно фертильности. Всем пациенткам операции выполнялись в объеме цистэктомии. Кроме цистэктомии выполнялся адгезиолизис (42,8 %), эндокоагуляция очагов эндометриоза (21,4 %), миомэктомия (10,7 %). Полноценность противоспаечного действия «Дефенсаль» оценивали по результатам бимануального исследования перед выпиской из стационара. При вагинальном осмотре признаки спаечного процесса, а именно смещение органов малого таза и / или ограничения их подвижности, выявлено у 29 (15,6 %) человек основной группы и у 69 (36,1%) - группы сравнения. Нарушение проходимости маточных труб после лапароскопических операций выявлено в 10 (12, 5%) пациенток группы сравнения и у 4 (3,8 %) - основной подгруппы (табл. 3).

Таблица 3.

Оценка проходимости маточных труб

Показатель	Основная группа (n=106)		Группа сравнения (n=80)	
	Количество	%	Количество	%
Пройодимость маточных труб	85	80,2	35	43,7*
Внешний спаечный процесс	14	13,2	33	41,3*
Непроходимость маточных труб	4	3,8	10	12,5*
Облитерация маточных труб	3	2,8	2	2,5
Всего	106	100	80	100

Примечание: * - достоверность различий между показателями основной группы и группы сравнения, $p < 0,05$.

Свободная проходимость маточных труб была сохранена, по данным хромогидротубации, в 80,2 % пациенток основной группы, облитерация одной или обеих маточных труб была диагностирована у 3 пациенток в истмическом или интерстициальном отделах, внешний спаечный процесс - у 13,2 % в основной группе, что вдвое реже, чем в группе сравнения (27,5 %). Нарушение проходимости одной или обеих маточных труб обнаружены у 3 пациенток основной группы.

В динамическом наблюдении кумулятивная частота наступления беременности по данным отдалённых обследований ожидаемого зачатия в течение первого года отмечена у 48 (45,3 %) женщин основной группы, что на 25,3 % превышает желаемые репродуктивные планы в группе сравнения (16 женщин).

Выводы. Состояние овариального резерва при эндометриоидных кистах яичников в значительной степени зависит от объема и частоты оперативного вмешательства. Полученные результаты гормонального исследования позволяют сделать вывод, что наиболее чувствительным к интраоперационному повреждению и показательным маркером овариального резерва является антимюллеровский гормон в сочетании с определением содержания СА-125 и концентрации фолликулостимулирующего гормона. Результаты вы-

полненного оперативного вмешательства в щадящем объеме позволяют прогнозировать восстановление фертильности после оперативного лечения с максимальным сохранением здоровой ткани, позволяющего сохранить резерв яичников и репродуктивное здоровье женщины.

Учитывая важность улучшения социально-демографической ситуации и сохранения репродуктивного здоровья молодежи, при дальнейшем совершенствовании методов диагностики, в лечении эндометриоза необходимо использовать комплексный подход к лечению. На основании анализа клинических данных подтверждено, что у больных, перенесших хирургическое лечение генитального эндометриоза, есть ряд факторов, которые приводят к развитию спаечного процесса, их эффективное преодоление возможно с применением противоспаечного препарата «Дефенсаль», что способствует улучшению непосредственных и отдалённых результатов лечения.

Результаты проведенной оценки параметров овариального резерва представили несомненные доказательства того, что уровень АМГ, объем яичников, число антральных фолликулов, исследование состояния маточных труб являются информативными тестами в диагностике репродуктивной патологии и, в частности, перспективы

восстановления фертильности после комплексного лечения генитального эндометриоза.

Последующее изучение и совершенствование противоспаечных барьеров в лечении эндометриоза позволит с высокой вероятностью предотвращать рецидивы спаечной болезни и прогнозировать показатели реализации права на материнство у женщин.

Литература:

1. Адамовська Т.М. Оцінка оваріального резерву шляхом визначення рівня секретії антимюлерівського гормону / Т.М. Адамовська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2012 - № 1 – с. 89-90.
2. Адамян Л.В. и др. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация // Федеральные клинические рекомендации по ведению больных – Москва, 2013. – 65 с.
3. Гладчук И.З. Профилактика спайкообразования после хирургического лечения бесплодных женщин с миомой матки и эндометриозом / И.З. Гладчук, Н.Н. Рожковская, А.П. Рогачевский и др. // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. - № 5. – С. 148-150
4. Дурасова Е.Н. Клинико-морфологические варианты и молекулярные особенности эндометриоза яичников: дис.... канд. мед.наук. – СПб., 2011. – 153 с.
5. Корнацька А.Г. Сучасні можливості профілактики інтраопераційних ускладнень при органоберігальних втручаннях на органах малого таза / А.Г. Корнацька, Г.В. Чубей, М.В. Бражук, В.К. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2014. - № 6. – С. 62-65.
6. Лазаренко В.А. Первый опыт применения противоспаечного рассасывающего полимерного средства «Мезогель» при остром аппендиците / В.А. Лазаренко, Б.С. Суковатых, А.И. Бежин и др. // Человек и его здоровье. – 2011. - № 1 – С. 51-55.
7. Матвеева, Н.В. Влияние эндохирургического коагулирующего воздействия на овариальный резерв / Н.В. Матвеева, А.Э. Тер- Овакимян // Доктор.Ру. - 2013. - № 1 (79). - С. 18-20.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 06.04.2016 № 319 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом.
9. Пиптюк О.В. Комплексне лікування спайкової хвороби очеревини з використанням препарату «Дефенсаль» (перший досвід) / О.В. Пиптюк, С.Б. Телемуха, О.М. Малютін, Л.Б. Телемуха // Хірургія України. – 2015. - № 1. – С.68-72.
10. Сидорова И.С. Особенности терапии эндометриозидных кист яичников / И.С. Сидорова,

А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – Т. 5, №1. – С. 29-32.

11. Стрельник Е. Коммодификация материнства. // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціологія. 1(4)/2013 – С. 59-63.

12. Тактика ведення пацієнток з ендометріозом. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. // Державний Експертний Центр Міністерства охорони здоров'я України – 2016 – 118 с.

13. Anderson R.A. Measuring anti-Mullerian hormon for the assessment of ovarian rezerv: When and for whom is it indicated? / R.A. Anderson, S.M. Nelson, W.H. Wallance // Maturitas. – 2012 – Vol. 71(1) – P. 28-33.

14. Anti-Müllerian hormone: an ovarian reserve marker in primary ovarian insufficiency / Visser J. A., Schipper I., Laven J. S. E. [et al.] // Nat. Rev. Endocrinol. — 2012. — Vol. 8, N 6. — P. 331-341.

15. Brochhausen C. Current strategies and future perspectives for intraperitoneal adhesion prention / C. Brochhausen, V.H. Schmitt, D. Hollemann et. al. // J. Gastrointest. Surg. – 2012. – Vol. 16. – P. 1256-1274.

16. Jiang Q.Y., Wu R.J. Growth mechanisms of endometriotic cells in implanted places: a review // Gynecol Endocrinol. – 2012. – Vol. 28. – №7. – P. – 562-567.

17. Kappou D.M., Matalliotakis M., Matalliotakis I. Medical treatments for endometriosis // Minerva Gynecol. – 2010. – Vol. 62. – P. 415-432.

ПРЕОДОЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ

А.В. БОЙЧУК, О.Ю. КУРИЛО, Т.И. ТОЛКОВА

Состояние овариального резерва при эндометриозидных кистах яичников в значительной степени зависит от объема и частоты оперативного вмешательства. Полученные результаты гормонального исследования позволяют сделать вывод, что наиболее чувствительным к интраоперационному повреждению и показательным маркером овариального резерва является антимюллеровский гормон в сочетании с определением содержания СА-125 и концентрации фолликулостимулирующего гормона. Результаты выполненного оперативного вмешательства в щадящем объеме позволяют прогнозировать восстановление фертильности после оперативного лечения с максимальным сохранением здоровой ткани, позволяющего сохранить резерв яичников и репродуктивное здоровье женщины.

Ключевые слова: эндометриозидные кисты, репродуктивное здоровье.