



Р.С. Скакова, Л.Б. Кошенова, У.А. Пернебекова, С.С. Уметай, А.М. Лемис, М.Қ. Тасу
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Центр перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы
Алматы, Казахстан

БЕСПЛОДИЕ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Резюме: Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста. Частота выявления этого заболевания при лапароскопии, в том числе проводимой с целью уточнения причины бесплодия, составляет 45–55%. Среди обращающихся в центры вспомогательных репродуктивных технологий для проведения ЭКО более 35% пациенток имеют наружный генитальный эндометриоз (1). При выработке плана ведения больных бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, следует учитывать возраст женщины, продолжительность бесплодия, наличие боли и стадию заболевания. Проведен ретроспективный анализ данных 72 историй болезни в Центр перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы, пациентки поступали в отделение гинекологии по portalу на плановое оперативное лечение, пациентки, поступившие в отделение гинекологии за 2014-2018гг., из числа которых была сформирована исследуемая группа, женщины с бесплодием и с верифицированным с наружным генитальным эндометриозом, получившие хирургическое лечение (n-76).

Возраст женщин от 18 до 40 лет, всего 72 женщины, средний возраст 31±3. С бесплодием I 40-56%, с бесплодием II -32-44%.

Ключевые слова: бесплодие, наружный генитальный эндометриоз, беременность.

Р.С. Скакова, Л.Б. Кошенова, У.А. Пернебекова, С.С. Уметай, А.М. Лемис, М.Қ. Тасу
С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Алматы қаласы “Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы”
Алматы, Қазақстан

СЫРТҚЫ ЖЫНЫС ЭНДОМЕТРИОЗЫ КЕЗІНДЕГІ БЕДЕУЛІК

Түйін: Сыртқы жыныс эндометриозы (СЖЭ) ұрпақты болу жасындағы әйелдердің 5-10% - ында кездеседі. Лапароскопияда бұл ауруды анықтау жиілігі, оның ішінде бедеуліктің себебін анықтау үшін 45-55% құрайды. ЭКҰ жүргізу үшін қосалқы репродуктивтік технологиялар орталықтарына жүгінушілер арасында пациенттердің 35% - дан астамында сыртқы жыныс эндометриозы бар (1). Эндометриозбен байланысты бедеулікпен ауыратын науқастарды басқару жоспарын жасау кезінде әйелдің жасын, бедеуліктің ұзақтығын, ауырсынудың болуын және аурудың сатысын ескеру қажет. Алматы қаласының Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығына 72 ауру тарихының деректеріне ретроспективті талдау жүргізілді, емделушілер портал бойынша гинекология бөлімшесіне жоспарлы жедел емдеуге түсті, 2014-2018 жылдары гинекология бөлімшесіне келіп түскен емделушілер, олардың ішінен зерттелетін топ қалыптастырылды, бедеулік және сыртқы жыныс эндометриозы бар верификацияланған әйелдер. хирургиялық емдеу (n-76).

Әйелдердің жасы 18-ден 40 жасқа дейін, барлығы 72 әйел, орташа жасы 31±3. Бедеулік I 40-56%, бедеулік II-32-44%.

Түйінді сөздер: бедеулік, сыртқы жыныс эндометриозы, жүктілік.

R.S. Skakova, L.B. Koshenova, U.A. Pernebekova, S.S. Umetay, A.M. Lemis, M.K.Tasu
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Center of Perinatology and pediatric cardiac surgery in Almaty
Almaty, Kazakhstan

INFERTILITY IN EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Resume: External genital endometriosis (OGE) occurs in 5-10% of women of reproductive age. The frequency of detection of this disease during laparoscopy, including those carried out to clarify the cause of infertility, is 45-55%. Among those applying to assisted reproductive technology centers for IVF, more than 35% of patients have external genital endometriosis (1). When developing a management plan for patients with infertility associated with endometriosis, the age of the woman, the duration of infertility, the presence of pain and the stage of the disease should be taken into account. A retrospective analysis of data from 72 medical histories was carried out at the Center of Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery in Almaty, patients were admitted to the gynecology department via the portal for planned surgical treatment, patients who were admitted to the gynecology department for 2014-2018, from among whom the study group was formed, women with infertility and with verified external genital endometriosis, who received surgical treatment (n-76).

The age of women is from 18 to 40 years, there are 72 women in total, the average age is 31±3. With infertility I 40-56%, with infertility II -32-44%.

Keywords: infertility, external genital endometriosis, pregnancy.

Актуальность

Лечение бесплодия, связанного с эндометриозом, включает хирургические методы, гормональное

лечение и использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) (2).

Именно от степени тяжести наружного генитального эндометриоза зависят прогноз наступления



беременности и дальнейшая тактика преодоления бесплодия. Хирургическое лечение повышает частоту наступления беременности (3, 4).

Целью нашего исследования явилась – провести анализ клинического течения и распространенности наружного генитального эндометриоза у оперированных пациенток с бесплодием. Проведен ретроспективный анализ данных 72 историй болезни в Центр перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы, пациентки поступали в отделение гинекологии по portalу на плановое оперативное лечение, пациентки, поступившие в отделение гинекологии за 2014-2018гг., из числа которых была сформирована исследуемая группа, женщины с бесплодием и с верифицированным с наружным генитальным эндометриозом, получившие хирургическое лечение (n-76).

Возраст женщин от 18 до 40 лет, всего 72 женщин, средний возраст 31±3. С бесплодием I 40-56%, с бесплодием II -32-44%.

Для диагностики наружного генитального эндометриоза пациенткам проводились клиническое обследование, специальное гинекологическое и ультразвуковое исследование. Все женщины после обследования подвергались оперативному лечению через хирургическую лапароскопию.

Из анамнеза женщин выявлено, что 14-38% страдают экстрагенитальными заболеваниями, в виде хронического пиелонефрита, хронического холецистита и гастрита.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось трансвагинальным датчиком на аппарате «Aloka»,

Гистероскопия жидкостная проводилась пациентам на 6-8 день менструального цикла, что позволило также исключить аденомиоз и гиперпластические процессы эндометрия. Проведено 72-100% гистероскопии.

Лапароскопия проводилась пациентам с использованием лапароскопа фирмы «Karl Storz» (Германия).

Гистеросальпингография была проведена 60-83% женщинам, из них у 18-30% женщин маточные трубы были проходимы, у 19-32% частично проходимы, непроходимость маточных труб у 6-10%.

Во время проведения лапароскопии распространенность эндометриоза оценена по классификации Американского общества фертильности, и соответствовала 1 и 2 степени у всех пациенток.

Эндохирургия была произведена у 72-100% пациенток, при эндометриозе яичников была произведена цистэктомия, путем вылушивания капсулы, у остальных пациентов в связи с эндометриодными гетеротопиями менее 0,5 см было произведено иссечение патологических участков. При ретроцервикальном эндометриозе производилось иссечение эндометриодных гетеротопий. Основными показаниями к хирургическому лечению были сохранение овариального резерва при операциях на яичниках. Полученные макропрепараты были направлены на гистологическое исследование. Жалобы женщин при поступлении были различные.

Таблица 1 - Жалобы пациенток

№	Жалобы	Абс	
		Бесплодие I - 40	Бесплодие II -32
1	Альгодисменорея	10-25%	20-62,5%
2	Хронические тазовые боли не связанные с менструацией, НМЦ, меноррагия, альгодисменоррея	10-25%	20-62,5%
3	Хронические тазовые боли не связанные с менструацией, Диспареунния	8-20%	10-31%
4	Меноррагия, альгодисменорея	8-20%	13-41%
5	НМЦ	4-10%	4-13%

Как видно по таблице, жалобы у больных с бесплодием I и II одинаковые, но в группе больных с бесплодием -

2, почти 2 раза больше пациенток беспокоили тазовые боли и нарушение менструального цикла.

Таблица 2 - Формы эндометриоза, по результатам лапароскопии и виды операции

	Виды эндометриоза	Абс %	Вылушивание , цистэктомия ЭКЯ, миомэктомия	Рассечение спаек	Аднексэктомия, тубэктомия	Коагуляция эндометриодных гетеротопий
1	Перитонеальный эндометриоз	10-14%				10-14%
2	Миома матки. Эндометриоз брюшины ретроцервикального пространства.	6-8%	6-8%	5-7%		6-8%
3	Ретроцервикальный эндометриоз.	12-17%		7-10%		12-17%
4	Эндометриоз яичников	16-22%	12-16%			16-22%
5	Сочетанная форма эндометриоза: Ретроцервикальный.	6-8%		5-7%		6-8%



	Перитонеальный эндометриоз					
6	Сочетанная форма: Эндометриоз яичников. Ретроцервикальный эндометриоз.	10-14%	6-8%	4-6%		6-8%
7	РЦЭ. Миома матки	4-6%	4-6%			4-6%
8	Эндометриоз маточной трубы	4-6%		3-4%	4-6%	3-4%
9	Эндометриоз яичников, эндометриоз маточных труб, эндометриоз брюшины	4-6%	4-6%	3-4%		4-6%

По данным гистологии, частыми формами эндометриоза при бесплодии были эндометриоз яичников -8-22% и ретроцервикальный эндометриоз -6-17%, эндометриоз маточных труб -4-11%, сочетанная форма -13-36%. Сочетанные формы эндометриоза, по клиническому течению, не отличаются от других форм, но во время лечения надо

учитывать тяжесть процесса, локализацию и поражение других органов.

Эндометриоз – это болезнь загадок, клиническое проявление эндометриоза не всегда совпадает с локализацией патологического процесса, и часто выявляется во время операции (4).

Таблица 3 - Клиническое проявление эндометриоза в зависимости от локализации эндометриоза

№	Симптомы	Эндометриоз яичников	Ретроцервикальный эндометриоз	Перитонеальный эндометриоз	Сочетанный эндометриоз
1	Болевой синдром	20	17	7	12
2	Дисменорея	20	10		10
3	Диспареуния	10	12	8	
4	НМЦ	10			10
5	Гиперполименорея				10
6	Пре и пост-менструальные кровянистые выделения	10	10		
7	Хронические тазовые боли не связанные с менструацией	18	10	10	10
8	Бесплодие I	12	14	6	8
9	Бесплодие II	10	4	10	8

Анализируя данные, по данной таблице болевой синдром, по локализации НГЭ встречался во всех формах генитального эндометриоза, когда сравнивали частоту болевого синдрома среди больных с бесплодием I и II, частота болевого синдрома 56-78%, больше наблюдался в группе больных с эндометриозом яичников-22-31%, а также при эндометриозе яичников больше бесплодие, и нарушение менструального цикла -10-14%, на втором месте по болевому синдрому занимает ретроцервикальный эндометриоз 17-24%, при перитонеальной форме эндометриоза и сочетанной форме частота бесплодия встречались с одинаковой частотой 16-22%. Бесплодие часто встречается при эндометриозе яичников 31%, при ретроцервикальной локализации частота бесплодия I-18-25%.

Заключение

1. Бесплодие I-56% в сочетании с эндометриозом чаще встречается, чем бесплодие II-44%.
2. Жалобы больных при бесплодии II больше чем при бесплодии I, особенно хронические тазовые боли 94% у пациенток с бесплодием II, тогда как у пациенток с бесплодием I-45%.

3. По данным лапароскопии и патоморфологии, на 1-ом месте чистая форма эндометриоза -42-58%, на 2-м месте сочетанная форма 30-42%. Преобладает чистая форма эндометриоза среди больных с бесплодием.

4. По локализации эндометриозных поражений, среди больных с бесплодием, на 1-м месте эндометриоз яичников 22-31%, а частота болевого синдрома, среди оперированных пациенток 56-78%, при ретроцервикальном эндометриозе- бесплодие I - 78%- 3 раза больше, чем бесплодие II-22%.

Лечение наружного генитального эндометриоза у пациенток с бесплодием необходимо проводить вне зависимости от степени распространения и выраженности клинических симптомов заболевания (5).

У женщин с бесплодием при подозрении на наружный генитальный эндометриоз дальнейшее обследование и лечение целесообразно начинать с лапароскопии, при которой не только окончательно устанавливают диагноз, уточняют степень распространения заболевания, особенности локализации поражений, наличие сопутствующей патологии, но и производят деструкцию эндометриозных гетеротопий, удаление



эндометриоидных кист, и коррекцию сопутствующей патологии.

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

Финансирование – не проводилось.

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ.

Қаржыландыру жүргізілмеді.

Authors' Contributions. All authors participated equally in the writing of this article.

No conflicts of interest have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers.

There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work.

Funding - no funding was provided.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Оразов М.Р., Хамошина М.Б., Абитова М.З. Бесплодие, ассоциированное с эндометриозом яичников: современный взгляд на проблему. //Журнал клиническая медицина. - 2020. - №5. - С.44-49. - Москва.

2 Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. Эффективность лечения бесплодия, обусловленного наружным генитальным эндометриозом. //Гинекология. - 2019. - Том 21. - С. 38-43.

3 Гаспарян С.А., Ионова Р.М., Попова О.С. Эффективность и фертильность. Ключевые моменты

течения. //Акушерство, гинекология и репродуктология. - 2015. - Том 9, №4. - С. 1-7.

4 Давыдов А.И., Чабан О.В. Эндометриоидные кисты яичников: риск озлокачествления, его причины, методы профилактики. //Онкогинекология. - 2012. 2:39-48.

5 Под руководством Л.В.Адамян. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации.- 2016. - С. 11.

REFERENCES

1 Orazov M.R., Khamoshina M.B., Abitova M.Z. Infertility associated with ovarian endometriosis: a modern view of the problem. Journal of Clinical Medicine. 2020. Moscow.

2 Orazov M.R., Radzinsky V.E., Khamoshina M.B. Effectiveness of infertility treatment due to external genital endometriosis. Gynecology-2019. Volume 21. pp. 38-43.

3 Gasparyan S.A., Ionova R.M., Popova O.S. Efficiency and fertility. The key points of the flow. //Obstetrics,

gynecology and reproductology. 2015. Volume 9, No. 4, 1-7 pages.

4 Davydov A.I., Chaban O.V. Endometrioid ovarian cysts: the risk of malignancy, its causes, methods of prevention. //Oncogynecology. - 2012. 2:39-48.

5 Under the leadership of L.V.Adamyan. Endometriosis: diagnosis, treatment and rehabilitation.//Clinical recommendations. - 2016. - P. 11

Сведения об авторах

Скакова Райхан Смахановна – PhD доктор, доцент кафедры акушерства и гинекологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, эл.почта: raikhan12.07@mail.ru ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4682-4104>

Кошенова Ляйля Биратовна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, эл.почта: lvalya_69@mail.ru ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2051-395X>

Пернебекова Улжан Анарбекқызы – резидент 3 года акушерства и гинекологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, эл.почта: ulzhan08.92@mail.ru ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1589-8664>

Уметай Салтанат Садубекқызы– резидент 3 года акушерства и гинекологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, эл.почта: Saltanat_ometai@mail.ru ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0821-4372>

Лемис Айдана Мақсатқызы – резидент 3 года акушерства и гинекологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, эл.почта: lemis@bk.ru ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7351-2312>

Тасу Марат Қайратұлы– резидент 3 года акушерства и гинекологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, эл.почта: Tasunurat@gmail.com