

УДК 618-019

Бесплодие при генитальном эндометриозе

Скакова Р.С.

Акционерное общество «Казахский Национальный медицинский университет», г. Алматы,
Казахстан

Резюме

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, генитальный эндометриоз, гистероскопия, лапароскопия

Первичное и вторичное бесплодие встречается с одинаковой частотой. При вторичном бесплодии наиболее распространена такая патология, как эндометриозная киста яичника. Бесплодие при аденомиозе связано с нарушением имплантации хориона и многочисленными другими факторами.

По данным ВОЗ причины бесплодия подразделяются на трубно-перитонеальные, эндокринные и являются следствием различных гинекологических заболеваний [1]. Удельный вес бесплодия при генитальном эндометриозе составляет 60-80% среди пациенток репродуктивного возраста. До настоящего времени дискуссионным является причина бесплодия при генитальном эндометриозе (2,3).

Цель исследования

- изучение частоты и причин бесплодия при генитальном эндометриозе

Материал и методы исследования

Нами обследованы 440 женщин с эндометриозом, бесплодие отмечено у 23% (100) женщин. Средний возраст женщин с бесплодием составил $33 \pm 0,5$ лет.

В план проведенного исследования вошли тщательный сбор анамнеза, клинический и гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование малого таза, гистеросальпингография, лапароскопия с хромогидротубацией, гистологическое исследование биоптата ткани яичников.

У всех пациенток с бесплодием определен уровень пролактина на 2-4 день цикла.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось аппаратом «ALOKA SSD-630» чрезбрюшинным и вагинальным датчиком.

Метросальпингография проводилась по стандартной методике с применением контрастных водорастворимых веществ (урографин) на 7-8-й день менструального цикла.

Гистероскопия на 5-10 день менструального цикла с использованием гистероскопа фирмы «Karl Storz».

Лапароскопия проводилась лапароскопом фирмы «Karl Storz» с видеосистемой.

Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

Частота бесплодия при генитальном эндометриозе составила в наших исследованиях 100-23%.

Анализ менструальной функции у пациенток с бесплодием показал, что менархе у большинства женщин были в возрасте 11-14 лет (94%-94). Позднее менархе (15-16 лет) отмечено у 6%.

Анализ репродуктивной функции у больных с бесплодием установил, что пациенток с вторичным бесплодием было несколько меньше, чем больных с первичным бесплодием. Первичным бесплодием страдали 52-52%, вторичным бесплодием - 48-48% обследованных больных.

Вторичное бесплодие у пациенток возникло после перенесенных родов, аборт, выкидышей и внематочной беременности. В 9-18,8% бесплодию предшествовали роды, в 12-25%-осложненные аборты и в 5-10% бесплодие развилось после внематочной беременности.

При вторичном бесплодии, имея несколько беременностей, родов не имели 13-27% пациенток, более 2-х. абортов имели 10-21%.

Хирургические вмешательства на органах малого таза произведены 40-40% пациенткам, при том у 7-13,5% пациенток с первичным бесплодием (2 случая аппендэктомии, 5 - различные операции на яичниках) и у 33-68,8% пациенток с вторичным бесплодием (5 случаев тубэктомии по поводу внематочной беременности, 28 случаев - различные операции на яичниках).

Внутриматочные вмешательства в анамнезе имели 33-68,8% пациенток с вторичным бесплодием (выкидыши, аборты и 18- 54,5% диагностическое выскабливание по поводу миомы матки) и 3-5,8% пациентки с первичным бесплодием.

Основными жалобами больных, кроме бесплодия, были дисменорея с менархе 88 (88%) и постоянные боли 70 (70%), реже мено-, метроррагия 14(14%).

Длительность бесплодия была от одного до 10 лет. Большинство женщин имели длительность бесплодия более 7 лет 49(49%). Длительность бесплодия от 4 до 6 лет отмечена у 34-34% больных, от одного до 3 лет лишь 17-17% больных. Необходимо отметить, что с длительностью бесплодия до 3 лет было лишь 4-7.7% пациенток с первичным и 14-29% пациенток с вторичным бесплодием.

У всех пациенток отмечены нормальные показатели пролактина в плазме крови: при первичном бесплодии ($n=52$) 355 ± 84 ; при вторичном бесплодии ($n=48$) 354 ± 45 .

Эндовидеохирургическое вмешательство позволило нам выявить у всех 100 пациенток эндометриоз. Эндометриоз яичников был диагностирован в 48-48% случаях, эндометриоз матки в 43-43% случаях, только перитонеальные формы эндометриоза в 9-9% случаях.

Эндометриозидные кисты имели место в 48-48% случаях. Это были образования, с плотной капсулой, темно-синего оттенка, до 7-8см, иногда на ткани яичника были видны мелкие эндометриозидные кисты. Наряду с эндометриозидными кистами обнаружены

Таблица №1. Гинекологические патологии у прооперированных больных с бесплодием.

Патология	Перитонеальная форма эндометриоза	Эндометриозные кисты	Миома матки	Эндометриоз матки	Спаечный процесс
Бесплодие I (n=52)	7-13,5%	19-36,5%	6- 11,5%	22-42,3%	24-46,2%
Бесплодие II (n=48)	2-4,2%	29-60,4%	21-43,75%	21-43,75%	39-81,25%
Всего	9 – 9%	48 - 48%	27 -27%	43-43%	63 - 63%

фолликулярные кисты в 30-30%, кисты желтого тела в 20-20% наблюдениях.

У 27-27% больных генитальным эндометриозом определено наличие миомы матки субсерозного или интерстициального расположения, чаще узлы были единичные.

При оценке проходимости маточных труб у больных генитальным эндометриозом выявлено, что у 31-31% они были проходимы, в 34-34% непроходимы, в 35-35% была односторонняя проходимость. В 11- 11% случаев непроходимость маточных труб была обусловлена эндометриозными очагами в области стенок маточных труб. Спаечный процесс обнаружен в 73-73%, из них почти у 33- 33% больных в спаечный процесс был вовлечен кишечник.

Проведены 86-86% пациенткам сальпингоовариолизис, фимбриолизис. Маточные трубы и яичники острым и тупым путем или коагуляцией освобождались от окружающих спаек, и проводилась контрольная хромосальпингоскопия. Восстановить проходимость маточных труб удалось почти во всех случаях (у 68 из 69 с непроходимостью трубы).

Во время хирургической лапароскопии нам удалось в 10-10% случаях удалить субсерозные миоматозные узлы.

При наличии эндометриозных кист производили вылушивание и удаление капсулы с целью сохранения ткани яичников. При наличии эндометриозных гетеротопий в трубах, в брюшной полости производились вапоризация эндометриозных очагов.

Как видно из представленных данных, формы эндометриоза и частота спаечного процесса были различны в зависимости от первичности или вторичности нарушения репродуктивной функции. Перитонеальная форма бесплодия чаще наблюдалась при первичном бесплодии (7-13,5% против 2-4,2%). Эндометриозные кисты в 1,7 раз чаще наблюдались при вторичном бесплодии (29-60,4% против 19-36,5%). Миома матки при эндометриозе достоверно чаще в 3,8 раз наблюдалась при вторичном бесплодии (21-43,75% против 6-11,5%). Спаечный процесс чаще в 1,8 раза наблюдался у пациенток со вторичным бесплодием. Что касается эндометриоза тела матки, то она наблюдалась с одинаковой частотой при первичном (22-42,3%) и вторичном (21-43,75%) бесплодии.

Таким образом, частота первичного и вторичного бесплодия была почти одинаковой. При вторичном бесплодии чаще наблюдались эндометриозные кисты, спаечный процесс в малом тазу. Это, возможно, связано с высокой частотой оперативного вмешательства на придатках в анамнезе до настоящего исследования (у 33 из 48, т.е. в 68,75% наблюдений). У каждой четвертой женщины с эндометриозом выявлена миома матки, при

том чаще она была отмечена при вторичном бесплодии. У каждой 7-13,5% женщины с первичным бесплодием наблюдались перитонеальные формы эндометриоза. Причина бесплодия у этих пациенток при эндоскопии не установлена. Высока частота эндометриоза

тела матки. Причиной бесплодия при эндометриозе тела матки считают нарушение имплантации.

Полученные нами результаты свидетельствуют о мультифакторности причин бесплодия у пациенток с эндометриозом.

Литература:

1. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кура Е.Ф. Эндометриозная болезнь. СПб ООО «Издательство Н-Л» 2002. -452с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Дискуссионные вопросы современной гинекологии. Материалы международного конгресса по эндометриозу. М.1996. 17-30с.
3. Кудайбергенов Т.К. Эндоскопия в оперативной гинекологии. Журнал Акушерства, гинекологии и перинатологии. 2004 №3, с.65.

Тұжырым

Бедеулік пен және гениталды эндометриоз

Скакова Р.С.

«Ұлттық Медицина Университеті», Акционерлік Қоғамы,

Алматы қаласы, Қазақстан

Құпия сөздер: бедеулік, эндометриоз, гениталды эндометриоз, гистероскопия, лапароскопия

Біріншілік және екіншілік бедеулік бірдей жиілікте кездеседі. Екінші бедеулікте аналық бездің эндометриозды кистасы және ішкі жамбас мүшесінің жабысқақтығы көп байқалады, оның себебі әйелдердің анамнездерінде операциялардың жиі болғандығынан. Аденомиозда бедеуліктің себебі имплантацияның бұзылуына және басқа да көптеген себептерге байланысты.

Summary

Infertility With Genital Endometriosis

Skakova R.S.

Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

Key words: infertility, endometriosis, genital endometriosis, hysteroscopy, laparoscopy

Primary and secondary infertility rates are identical. Endometriosis cysts in the ovaries and commissural process in the pelvic region are observed frequently during secondary infertility, which is related with a high rate of operable intrusion in previous health history.

The cause of infertility for adenomyosis is considered to be implantation dysfunction and many other factors.