

**СКАКОВА РАЙХАН СМАХАНОВНА**  
*Больница скорой неотложной помощи*

**ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ**

*Использование эндоскопических методов исследования позволило установить причины бесплодия у 100 пациенток с эндометриозом. Установлено сочетание как трубно-перитонеального и маточного факторов бесплодия. Причинами бесплодия в 73% являлись трубный и перитонеальный фактор бесплодия, в 76% патология эндометрия.*

**Ключевые слова:** бесплодие, эндометриоз, аденомиоз, миома матки, первичное бесплодие, вторичное бесплодие

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 (2). До настоящего времени дискуссионным является причины бесплодия при генитальном эндометриозе.

Целью нашего исследования явилась изучение частоты и причин бесплодия при генитальном эндометриозе по результатам эндоскопического и электронно-микроскопического исследований.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 440 женщин с эндометриозом, бесплодие выявлено у 23% (100) женщин. Средний возраст женщин с бесплодием составил 33±0,5 лет. У всех пациенток с бесплодием определен уровень пролактина на 2-4 день цикла.

Гистероскопия на 5-8 день менструального цикла с использованием гистероскопа фирмы «Karl Storz».

Лапароскопия проводилась лапароскопом фирмы «Karl Storz» с видеосистемой на 5-8 день цикла.

Электронно-микроскопические методы исследования были проведены у 23 женщин с хроническим эндометритом. Биоптаты были фиксированы в 2,5% растворе глутаральдегида с постфиксацией в 1% растворе четырехоксида осмия, проводили по общепринятой методике и заключали в эпон. Полутонкие и ультратонкие срезы готовили на ультрамикротоме «Райхерт» (Австрия). Полутонкие срезы окрашивали метиленовым синим-азуром-II и основным фуксином. Ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца по Рейнольдсу. Срезы исследовали и фотографировали на электронном микроскопе ЭВМ-100Л.

Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота бесплодия при генитальном эндометриозе составила в наших исследованиях 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%. Все пациентки с бесплодием имели регулярный менструальный цикл.

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%, вторичным бесплодием -48% обследованных больных.

Вторичное бесплодие у пациенток возникло после перенесенных родов, аборт, выкидышей и внематочной беременности. В 3,5-18% бесплодию предшествовали роды, в 13,5-25%-осложненные аборты и в 8,7-10% бесплодие развилось после внематочной беременности.

При вторичном бесплодии, имея несколько беременностей, родов не имели 27% пациенток, более 2-х. абортов имели 20%.

Хирургические вмешательства на органах малого таза имели 40 пациенток, при том 7 пациенток с первичным бесплодием (2 случая аппендэктомии, 5 - различные операции на яичниках) и 33 пациенток с вторичным бесплодием (5 случаев тубэктомии по поводу внематочной беременности, 24 случаев- различные операции на яичниках). Внутриматочные вмешательства в анамнезе имели 33 пациенток с вторичным бесплодием (выкидыши, аборты и 18 – диагностическое выскабливание по поводу миомы матки) и 3 пациенток с первичным бесплодием. Основными жалобами больных, кроме бесплодия, были дисменорея с менархе (88%) и постоянные боли (70%), реже мено-, метроррагия (14%).

Длительность бесплодия была от 1 до 10 лет. Большинство женщин имели длительность бесплодия более 7 лет (49%). Длительность бесплодия от 4 до 6 лет отмечена у 34 больных, от 1 до 3 лет лишь 18 больных. Необходимо отметить, что с длительностью бесплодия до 3 лет было лишь 4 пациенток с первичным и 14 пациенток с вторичным бесплодием.

У всех 100 пациенток с эндометриозом отмечены нормальные показатели пролактина в плазме крови.

Эндометриоз яичников был диагностирован в 48% случаях, эндометриоз матки в 43% случаях, только перитонеальные формы эндометриоза в 9% случаях.

Эндометриоидные кисты представляли собой образования, с плотной капсулой, темно-синего оттенка, до 7-8см, иногда на ткани яичника были видны мелкие эндометриоидные гетеротопии. Наряду с эндометриоидными кистами обнаружены фолликулярные кисты в 30%, кисты желтого тела в 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) наблюдалась проходимость только одной трубы. Во всех случаях непроходимость была в ампулярном и фимбриальном отделах трубы. В 11% (11) случаев непроходимость маточных труб была обусловлена эндометриоидными очагами на маточных трубах. Спаечный процесс обнаружен в 73% (73), из них почти у 33% больных в спаечный процесс был вовлечен кишечник.

Проведены сальпингоовариолизис, фимбриолизис. Маточные трубы и яичники острым и тупым путем или путем коагуляции 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 в 10 случаях удалены субсерозные миоматозные узлы.

При наличии эндометриоидных кист производили вылушивание и удаление капсулы с целью сохранения ткани яичников. При наличии эндометриоидных гетеротопии производилось иссечение эндометриоидных очагов.

При изучении патологии, выявленной при лапароскопии у больных с эндометриозом, в зависимости от характера бесплодия нами выявлено следующее. Перитонеальная форма эндометриоза была отмечена у 13,5% (7 из 52) пациенток с первичным и у 2,2% (2 из 48) пациенток с вторичным бесплодием. Эндометриоидные кисты выявлены у 36,5% (19) пациенток с первичным и у 60,4% (29) пациенток с вторичным бесплодием. Аденомиз отмечен у 42,3% (22) и 43,75% (21) пациенток соответственно. Спаечный процесс в малом тазу отмечен у 46,2% (24) пациенток с первичным и у 81,25% (39) пациенток с вторичным бесплодием.

Как видно из представленных данных, формы эндометриоза и частота спаечного процесса была различна в зависимости от первичности или вторичности нарушения репродуктивной функции. Перитонеальная форма бесплодия чаще наблюдалась при первичном бесплодии (13,5% против 4,2%,  $p \leq 0,05$ ). Эндометриоидные кисты в 1,7 раз чаще наблюдались при вторичном бесплодии (60,4% против 36,5%,  $p \leq 0,05$ ). Миома матки при эндометриозе достоверно чаще в 3,8 раз наблюдалась у пациенток с вторичным бесплодием (43,75% против 11,5%). Спаечный процесс чаще в 1,8 раз наблюдался у пациенток со вторичным бесплодием. Что касается аденомиоза (эндометриоза матки), то она наблюдалась с одинаковой частотой при первичном (42,3%) и вторичном (43,75%) бесплодии.

При гистероскопии в большинстве (75,0% - 32 из 43) случаев внутреннего эндометриоза диагностирована очаговая форма эндометриоза.

Кроме внутреннего эндометриоза у женщин изучаемой группы при гистероскопии выявлена патология эндометрия. Хронический эндометрит диагностирован в 23,0% (23) случаев, гиперплазия эндометрия в 22,0% (22), полипы эндометрия в 20,0% (20) случаев. В 11,0% (11) был только внутренний эндометриоз. В 24,0% (24) случаев ни патологии эндометрия, ни внутреннего эндометриоза не отмечено. Выше указанные патологические состояния эндометрия были подтверждены гистологически.

У всех пациенток с гистологически подтвержденным хроническим эндометритом было произведено электронно-микроскопическое исследование биоптата эндометрия. Были выявлены два морфологических варианта хронического эндометрита: атрофический эндометрит у 13 больных и гипертрофический у 10 больных.

Частота и характер патологии эндометрия не отличалась у пациенток с первичным и вторичным бесплодием.

Выводы и рекомендации. У больных с эндометриозом частота первичного и вторичного бесплодия была почти одинаковой. У пациенток с бесплодием были чаще эндометриоидные кисты (48%) и аденомиз (43%). Перитонеальные формы эндометриоза отмечены лишь у 9% пациенток с бесплодием. При эндометриозе у каждой четвертой пациентки выявлена миома матки. Трубно-перитонеальная форма бесплодия была у 73% пациенток, при том чаще трубная (69), перитонеальная (только спайки) отмечены у 4 пациенток с эндометриозом.

При вторичном бесплодии чаще наблюдались эндометриоидные кисты, спаечный процесс в малом тазу. Это, возможно, связано с высокой частотой оперативного вмешательства на придатках в анамнезе (у 33 из 48, т.е. в 68,75% наблюдений). У каждой четвертой женщины с эндометриозом выявлена миома матки, при том чаще она была при вторичном бесплодии. У каждой 7 женщины с первичным бесплодием наблюдались перитонеальные формы эндометриоза. Причина бесплодия у этих пациенток при эндоскопии не установлена. Высока частота аденомиоза, как при первичном, так и при вторичном бесплодии. При эндометриозе высока частота патологии эндометрия. С одинаковой частотой отмечены хронический эндометрит (23%), гиперплазия эндометрия (22%), полипы эндометрия (20%). При хроническом эндометрите чаще наблюдался атрофическая форма.

Полученные нами результаты свидетельствуют о мультифакторности причин бесплодия у пациенток с эндометриозом, что требует одновременного проведения как лапароскопии с хромогидротубацией, так и гистероскопии. При явлениях хронического эндометрита гистологическое исследование биоптата эндометрия предпочтительно с использованием электронного микроскопа.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Pathogenesis mechanisms in endometriosis-associated infertility. Gupta S., Golderg J.M., et al. Fertil Steril. - 2008 Aug. - 90 (2). - P. 247-57
- 2 Endometriosis and infertility. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril. - 2006 Nov. - 86(5 Suppl 1). - P. 156-60

R.S. SKAKOVA

#### CAUSES OF INFERTILITY IN GENITAL ENDOMETRIOSIS BASED ON THE RESULTS OF ENDOSCOPIC AND ELECTRON – MICROSCOPIC STUDIES

**Resume:** The use of endoscopic research methods allowed to determine the cause of infertility in women with endometriosis. It was found combination of both peritoneal and tubal-uterine factors of infertility. Causes of infertility in 73% were tubal and peritoneal factor of infertility, in 76% of endometrial pathology

**Keywords:** infertility, endometriosis, adenomyosis, infertility 1 end infertility 2.

**Р.С. СҚАҚОВА**

**ГЕНИТАЛДЫ ЭНДОМЕТРИОЗДАҒЫ БЕДЕУЛІКТІҢ СЕБЕБІН АНЫҚТАУДАҒЫ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЭЛЕКТРОНДЫ-МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІҢ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ**

**Түйін:** Эндоскопиялық зерттеу тәсілдері арқылы, эндометриозбен ауырған 100 наукастың, бедеуліктерінің себебін анықтауға мүмкіндік туды, оларда түтікті-перитонеальды және жатырлық факторларының қосарлануы анықталды. Бедеуліктің 73%-ның себебі түтіктік және перитонеальды болса, 76 %-нда эндометрия паталогиясы анықталды

**Түйінді сөздер:** бедеулік эндометриоз аденомиоз біріншілік бедеулік екіншілік бедеулік