

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

А.Э. Әбдіқадірова, Ш.М. Садуақасова, Г.Ж. Бодыков

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра акушерства и гинекологии*

Одним из приоритетных направлений государственной политики Республики Казахстан является охрана репродуктивного здоровья и улучшение медико-демографической ситуации. До настоящего времени одной из актуальных проблем современной гинекологии является эндометриоз. Заболевание встречается почти у 90% женщин с хронической тазовой болью и бесплодием. С каждым годом отмечается неуклонный рост заболеваемости эндометриозом во всех странах континента. Многие годы основным методом лечения было хирургическое лечение эндометриоза. В дальнейшем была обоснована комбинированная терапия эндометриоза, включающая в себя хирургическое лечение с последующей гормонотерапией. В настоящее время определены четкие показания к оперативному лечению эндометриоза, в то же время недостаточно конкретизирована дальнейшая тактика ведения пациенток.

Ключевые слова: эндометриоз яичников, бесплодие, хроническая тазовая боль, гормональная терапия

Актуальность

Среди молодых женщин раннего репродуктивного возраста 19-35 лет частота эндометриоза составляет 10-15% [1, 2], в связи с чем заболевание стало не только медицинской проблемой, но и значительной социальной проблемой [3; 2, с. 4]. Эндометриоз яичников является актуальной проблемой современной гинекологии, что связано с высокой частотой встречаемости до 37%, выраженными клиническими симптомами, частотой рецидивирования – 19.2-47%, риском малигнизации [4]. Для лечения эндометриоза яичников применяется комбинированная терапия – хирургическое лечение в сочетании с гормонотерапией. На сегодняшний день применяются различные методики лечения эндометриозных кист яичников – цистэктомия, резекция яичников, дренирование с коагуляцией, пункционное склерозирование. Хотя мнения различных исследователей относительно безопасности и эффективности разных методов оперативного лечения эндометриоза яичников с позиции сохранения овариального резерва дискуссионны, для сохранения репродуктивной функции предпочтительным считается проведение цистэктомии. Следует отметить, что любой вид хирургического вмешательства при данном заболевании приводит к угнетению иммунного ответа и снижению ОР, поскольку помимо механического удаления тканей яичника, пораженных эндометриозом, проводится термическая коагуляция, что сопровождается гипоксическими расстройствами, приводящими к деструктивным изменениям и повреждению эндокринного аппарата яичника. В исследованиях современных авторов показано, что у пациенток с эндометриозом яичников, ОР снижен исходно.

В послеоперационном периоде основная роль принадлежит гормонотерапии. Агонисты ГнРГ до недавнего времени считались препаратами первой линии при лечении эндометриоза, но для этой группы препаратов характерен ряд побочных эффектов. В последние годы в клинической практике для адъювантной терапии эндометриоза широко применяется препарат диеногест, рекомендованный в качестве монотерапии в Японии, Европе и других странах. Диеногест относится к группе прогестинов, обладает выраженным прогестагенным и умеренным антигонадотропным эффектом, снижает синтез эстрадиола путем подавления секреции гонадотропинов, при этом не обладает андрогенной, глюкокортикоидной и минералокортикоидной активностью. При длительном применении приводит к децидуализации и атрофии эндометриозных очагов за счет гипоэстрогемии и гиперпрогестеронемии [5, 6], происходит апоптоз гранулезных клеток яичников, подавляется пролиферация и ангиогенез [7]. С позиции сохранения ОР независимо от возрастного фактора пациенток методы терапии эндометриоза яичников требуют дальнейшей оптимизации. Несмотря на применение различных методов лечения эндометриоза, в частности эндометриоза яичников, частота наступления беременности при данной патологии остается невысокой, что требует дальнейшего усовершенствования алгоритмов ведения женщин с бесплодием, связанных с эндометриозом [8].

Материалы и методы исследования

Согласно нашего дизайна исследования в обследование были включены 63 женщины репродуктивного возраста с эндометриозом яичников и 30 женщин контрольной группы. Исследование проводилось согласно составленного нами алгоритма. На 1-ом этапе все 63 пациенткам проведено оперативное лечение эндометриозных кист яичника. На 2-ом этапе после хирургического лечения все 63 пациентки получали в послеоперационном периоде адъювантную гормональную терапию с целью реабилитации и профилактики рецидивов. При этом 63 женщины с эндометриозом яичников были подразделены на 2 клинические группы методом случайной выборки по возрастному критерию: в 1-ая клиническая группа - 30 женщин с ЭКЯ, которые в послеоперационном периоде получали агонисты ГнРГ внутримышечно 1 раз в 28 дней в течение 3 менструальных циклов, 2-ая клиническая группа - 33 женщины с ЭКЯ, которые в послеоперационном периоде принимали диеногест в дозе 2 мг перорально в непрерывном режиме в течение 6 месяцев, 3 группа - 30 женщин контрольной группы.

Применялись клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования.

Клинические методы исследования проводились всем пациенткам и включали в себя сбор соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, оценку характера жалоб, оценку характера нарушений менструальной и репродуктивной функции до и после комбинированного лечения, специальное гинекологическое исследование.

Ультрасонография органов малого таза проводилась трансвагинальным датчиком на 6-7 день менструального цикла до операции и через 3, 6 месяцев после оперативного лечения, пациенткам контрольной группы однократно. Оценивались

параметры овариального резерва – суммарный объем яичников до операции и после операции через 3, 6 месяцев, а также среднее количество антральных фолликулов в каждом яичнике.

Лабораторные методы исследования включали в себя определение концентрации гормонов в сыворотке крови методом ИФА (ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина) до операции и через 6 месяцев после операции, определение антиюллера гормона (АМГ) проводилось до операции, через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток составил 31,5 лет. Средний возраст менархе у пациенток 1 группы составил 12,5 лет, у пациенток 2-ой группы – 12,6 лет, тогда как в контрольной группе составил 13,5 лет. Средняя продолжительность менструального цикла у пациенток 1-ой и 2-ой клинических групп была ниже и составила 27,3 и 26,2 дней соответственно группам, в сравнении с контрольной группой, где средняя продолжительность менструального цикла составила 28,2 дней.

Частые респираторные заболевания достоверно чаще наблюдались в первых двух клинических группах также у пациенток с эндометриозом яичников и было выше в 2,5 раза и составило 50,0% (n=15) и 48,4% (n=16) соответственно группам, в сравнении с контрольной группой, где данный показатель составил 20,0% (n=6), что, возможно, связано со снижением иммунного ответа и напряженностью иммунной системы. По мнению разных исследователей, генитальный эндометриоз характеризуется проявлением иммунных реакций, характеризующихся повышением концентраций иммуноглобулинов, активацией реакций гиперчувствительности замедленного типа, активацией В-клеточной системы иммунитета, подавлением функций Т-супрессоров, выявлений антител в эндометрии.

НЦД по гипотоническому и гипертоническому типу встречалась почти с одинаковой частотой в 1-ой и 2-ой клинических группах и составило 30,0% (n=9) и 30,3% (n=10) соответственно группам и превышала данные контрольной группы в 3 раза, в контрольной группе наблюдалась только у 10,0% пациенток (n=3). При изучении частоты заболеваний ЖКТ также отмечено, что данные заболевания достоверно выше наблюдались в 1-ой и 2-ой клинических группах, что составило 10,0% (n=3) и 12,1% (n=4) в сравнении с контрольной группой, где данный показатель составил 3,3% (n=1). Заболевания щитовидной железы наблюдались почти в равных соотношениях в первых двух клинических группах и составило 16,6% (n=5) и 18,2% (n=6), но превалировало в 2,5 раза по сравнению с пациентками контрольной группы 6,7% (n=2). Доброкачественные заболевания молочной железы преобладали также в первых двух клинических группах у пациенток с эндометриозом яичников и составило 16,7% (n=5) и 18,2% (n=6), тогда как в группе контроля встречалась в 6,7% (n=2). Следует отметить, что железодефицитная анемия в 1-ой и 2-ой клинических группах встречалась почти у четверти пациенток и составило 23,3% (n=7) и 24,2% (n=8), тогда как в группе контроля наблюдалась у 10,0% (n=3), что, вероятней всего, связано с длительными и обильными менструациями, которые наблюдались в клинических группах пациенток с эндометриозом яичников и являются одним из характерных клинических признаков генитального эндометриоза.

В соматическом анамнезе у пациенток с эндометриозом яичников отмечалась статистически значимое превалирование частоты инфекционных заболеваний, что можно расценивать, с одной стороны, как исходную дисфункцию иммунной системы, с другой стороны, как напряженность иммунной системы, вызванную инфекционными агентами.

При изучении репродуктивной функции выявлено, что среднее количество беременностей на одну женщину в 1-ой и 2-ой клинических группах почти одинаковое, что составило 1,2 и 1,4 соответственно и было меньше почти в 2 раза, чем в контрольной группе, где среднее количество беременностей составило 2,6. Среднее количество срочных родов на одну пациентку в группах пациенток с ЭКЯ составило 0,8 и 0,7 соответственно клинических группам и было в 2 раза меньше, чем в контрольной группе, где данный показатель составил 1,8. В гинекологическом анамнезе у пациенток с эндометриозом яичников отмечалось преобладание частоты самопроизвольных выкидышей и неразвивающейся беременности, а также в 2 раза меньшее количество беременностей и родов на одну женщину в сравнении с контрольной группой. Таким образом, при анализе репродуктивной функции у обследованных женщин выявлено, что количество беременностей и срочных родов было почти в 2 раза выше в контрольной группе в сравнении с пациентками 1-ой и 2-ой клинических групп.

При анализе особенностей репродуктивной функции у обследованных женщин выявлено наличие первичного и вторичного бесплодия, при этом частота первичного бесплодия в 1-ой и 2-ой группах была почти одинаковой и достоверных различий не было, что составило 16,7% (n=5) и 18,2% (n=6), в 3-ей группе пациентки не имели жалоб на отсутствие беременности. Частота вторичного бесплодия составила 23,3% (n=7) и 24,2% (n=8) в 1-ой и 2-ой клинической группах соответственно, в 3-ей группе пациентки не имели жалоб на отсутствие беременности. Частота самопроизвольных выкидышей и неразвивающихся беременностей в 1-ой и 2-ой клинических группах было почти в 2 раза выше и составила 13,3% (n=4) и 12,1% (n=4), в сравнении с группой контроля, где данный показатель составил 6,7% (n=2). Частота преждевременных родов составила 10,0% (n=3) в 1-ой клинической группе и 9,1% (n=3) во 2-ой клинической группе, что было почти в 1,5 раз выше, чем в контрольной группе, где данный показатель составил 6,7% (n=2).

Из вышесказанного следует, что генитальный эндометриоз формируется на фоне дисфункции нейроэндокринной и иммунной систем, что характеризуется функциональными нарушениями в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, а также морфофункциональной недостаточностью яичников.

По результатам, полученным в ходе нашего исследования у пациенток обеих клинических групп до лечения преобладали следующие клинические симптомы: болевой синдром, бесплодие, дисменорея, диспареуния, нарушения менструального цикла.

При оценке характера жалоб после комбинированного лечения (оперативное лечение и гормональная терапия) у пациенток обеих клинических групп болевой синдром по типу хронических тазовых болей сохранялся у 10,0% (n=3) пациенток 1-ой группы и 6,0% (n=2) пациенток 2-ой группы. До лечения жалобы на болевой синдром предъявляли 80,0% (n=24) пациенток 1-ой группы и 81,8% (n=27) пациенток 2-ой группы, то есть отмечалось уменьшение болевого синдрома на 70% в 1-ой клинической группе и на 75,8% во 2-ой клинической группе, что свидетельствует о достаточно высокой эффективности препаратов обеих групп.

При достаточно высокой эффективности агонистов ГнРГ в отношении регресса очагов эндометриоза и уменьшения клинической симптоматики заболевания, препараты имеют достаточно выраженные побочные эффекты, что не позволяет применять их в течение длительного времени. Гипоэстрогенное состояние способствует развитию таких симптомов как

«приливы», сухость и атрофия слизистой влагалища, головные боли, деминерализация костей. Высокая эффективность диеногеста в терапии и профилактике рецидивов при эндометриозе связана с несколькими механизмами воздействия на определенные звенья заболевания: с антиэстрогенным и антипролиферативным эффектом, противовоспалительным действием, нормализацией локальных иммунных нарушений и антиангиогенным воздействием, при этом практически не оказывают влияния на биохимические и коагуляционные параметры, на минеральную плотность костной ткани при достаточно длительном приеме препарата.

До лечения нарушения менструального цикла по типу меноррагий, метроррагий, менометроррагий выявлены в 33,3% (n=10) и 36,3% (n=12) соответственно клиническим группам. Через 6 месяцев после лечения нарушения менструального цикла по типу меноррагий, метроррагий, менометроррагий наблюдались в 6,7% (n=2) и 6,0% (n=1) соответственно клиническим группам, то есть отмечалось уменьшение жалоб на нарушения менструального цикла в 5 раз в 1-ой клинической группе и в 6 раз во 2-ой клинической группе.

Нарушение репродуктивной функции является одной из важных медико-социальных проблем при эндометриозе. При генитальном эндометриозе чаще всего встречается бесплодие первичного характера, тем не менее причинно-следственные связи между эндометриозом и бесплодием до конца не установлены. Через 6 месяцев после комбинированного лечения бесплодие наблюдалось у 16,7% (n=5) пациенток 1-ой клинической группы и у 18,2% (n=6) пациенток 2-ой клинической группы.

До лечения бесплодие наблюдалось у 40,0% (n=12) пациенток 1-ой клинической группы и у 42,4% (n=14) пациенток 2-ой клинической группы. По результатам сравнительного исследования диеногеста и трипторелина, после завершения терапии диеногестом беременность наступила в 33%, после отмены трипторелина – в 29% случаев, при этом завершились родами в 29% и 22% случаев соответственно, что свидетельствует о том, что лечение диеногестом не уступает по эффективности а-ГнРГ и несколько снижает риск потери беременности [73, 87]. При эндометриозе яичников отмечается снижение овариального резерва (ОР), что приводит к нарушению репродуктивной функции. Овариальный резерв определяется как функциональный запас яичников, имеющий способность к развитию и созреванию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой, а также к адекватному ответу на овариальную стимуляцию.

Для лечения эндометриоза яичников применяется комбинированная терапия – хирургическое лечение в сочетании с гормонотерапией. На сегодняшний день применяются различные методики лечения эндометриозных кист яичников – цистэктомия, резекция яичников, дренирование с коагуляцией, пункционное склерозирование. Хотя мнения различных исследователей относительно безопасности и эффективности разных методов оперативного лечения эндометриоза яичников с позиции сохранения овариального резерва дискуссионны, для сохранения репродуктивной функции предпочтительным считается проведение цистэктомии.

Существует пассивный и функциональный подход к оценке ОР. К пассивному подходу относится применение биохимических и гормональных методов исследования для оценки функциональной активности яичников. Инструментальный метод оценки ОР предполагает определение функции яичника, визуализацию его архитектоники, состояние фолликулярного аппарата, динамику развития фолликулов. Следует отметить, что корреляционных связей между уровнем АМГ в сыворотке крови и количеством растущих фолликулов не выявлено.

Среднее количество антральных фолликулов через 3 месяца после операции составило в 1-ой группе $0,4 \pm 0,1$ и во 2-ой группе $0,6 \pm 0,2$, тогда как среднее количество до операции составляло в 1-ой группе $0,6 \pm 0,1$ и во 2-ой группе $0,8 \pm 0,1$, то есть отмечалось уменьшение среднего количества. Однако, через 6 месяцев после операции отмечалось увеличение среднего количества антральных фолликулов, что составило в 1-ой клинической группе - $1,0 \pm 0,1$ и во 2-ой клинической группе - $1,2 \pm 0,1$.

Нет единых методов гемостаза при оперативных вмешательствах на яичниках, при энуклеации ЭКЯ, которые позволяют минимизировать потерю ОР. По данным исследователей, максимально щадящее воздействие на овариальную ткань достигается отсутствием гемостаза во время проведения цистэктомии. Применяются биполярная (БПК) или аргоноплазменная коагуляция (АПК), лигатурный гемостаз и гемостатический материал. Предпочтительно применение щадящих методов гемостаза – АПК и лигатурный гемостаз, поскольку применение АПК приводит к снижению только на 10% ОР, применение БЭК – на 28% [9]. Лапароскопическая цистэктомия с применением щадящих методов гемостаза, позволяет сохранить максимальную часть здоровой ткани яичника.

При изучении в послеоперационном периоде через 3 месяца эхографических показателей ОР в здоровом и пораженном эндометриозом яичнике было выявлено, что суммарный объем яичниковой ткани после операции составил в 1-ой клинической группе $11,4 \text{ см}^3$ и во 2-ой клинической группе – $11,2 \text{ см}^3$ в сравнении с исходными данными $12,6 \text{ см}^3$ и $12,2 \text{ см}^3$ соответственно группам, то есть имела тенденция к снижению, что согласуется с данными литературы, что дальнейшая тенденция к снижению овариального резерва, возможно, связана с применением коагуляции биполярным электродом [10]. Риск дальнейшего снижения овариального резерва уменьшается при применении коагуляции с использованием аргоноплазменного лазера и рассасывающегося гемостатического материала, изготовленного методом контролируемого окисления восстановленной целлюлозы [10]. Однако, к 6-му месяцу терапии отмечалась тенденция к восстановлению до исходных значений и увеличению суммарного объема яичников $12,9 \text{ см}^3$ и $12,5 \text{ см}^3$.

В послеоперационном периоде в течение 3-х месяцев сохраняется тенденция к снижению, что, возможно, связано с методами интраоперационного гемостаза, а также с угнетением иммунного ответа, поскольку помимо механического удаления пораженных тканей яичника, проводится термическая коагуляция, сопровождающаяся гипоксическими расстройствами, деструктивными изменениями фолликулярного аппарата яичника. В исследованиях современных авторов показано, что у пациенток с эндометриозом яичников, ОР снижен исходно, что объясняется несколькими механизмами: негативные факторы – активные фракции кислорода, оксид азота, воздействуют на ооциты и фолликулярные клетки и приводят к нарушению стероидогенеза. Однако, при определении суммарного объема яичников через 6 месяцев от начала лечения отмечалось восстановление исходных параметров и тенденция к повышению параметров ОР.

Гормональными параметрами оценки овариального резерва являлись уровень АМГ до операции и через 3, 6 месяцев после операции, уровень ФСГ и эстрадиола до операции и через 6 месяцев после операции. При сравнении уровня ФСГ до

операции и через 6 месяцев после операции статистически значимого достоверного снижения или повышения уровня не выявлено, концентрация гормона была в пределах нормативных значений в обеих клинических группах, что составило 7,2 МЕд/мл и 7,0 МЕд/мл соответственно группам, в контрольной группе – 6,9 МЕд/мл. Концентрация эстрадиола имела тенденцию к снижению через 6 месяцев в послеоперационном периоде в обеих группах, что составило 190,0 пмоль/л и 201,0 пмоль/л соответственно группам, тогда как исходные данные составляли 202,0 и 212,0 пмоль/л соответственно группам, в группе контроля 182,0 пмоль/л.

Определение концентрации АМГ в сыворотке крови является наиболее точным показателем овариального резерва, поскольку является величиной, не зависящей от использования гормональных препаратов. Уровень АМГ через 3 месяца после операции составил 3,1 нг/мл и 3,3 нг/мл при исходных показателях 3,9 нг/мл и 4,2 нг/мл соответственно группам, в контрольной группе – 7,2 нг/мл, то есть имела тенденция к дальнейшему снижению. Уровень АМГ через 6 месяцев после операции составил 3,8 нг/мл и 4,0 нг/мл при исходных показателях 3,9 нг/мл и 4,2 нг/мл соответственно группам, в контрольной группе - 7,2 нг/мл, то есть через 6 месяцев после комбинированной терапии имело место тенденция к восстановлению АМГ до исходных уровней до операции.

В послеоперационном периоде основная роль принадлежит гормонотерапии. До недавнего времени препаратами выбора являлись агонисты ГнРГ, хотя данная группа препаратов имеет ряд побочных эффектов. На сегодняшний день доказана эффективность применения прогестерона - диеногест, клиническая эффективность которого эквивалентна агонистам ГнРГ, которая включает в себя купирование болевого синдрома и уменьшение количества рецидивов. Положительным моментом применения диеногеста является меньшее количество побочных эффектов, связанных с гипострогенным состоянием, андрогенным эффектом и влиянием на уровень липидов.

Частота наступления беременности в обеих клинических группах оценивалась через год после оперативного вмешательства. Также оценивались исходы беременности в 1-ой и 2-ой клинической группах. Частота наступления беременности через год после операции в 1-ой клинической группе составила 30,0% (n=9), тогда как во 2-ой клинической группе этот показатель составил 39,3% (n=13), то есть во 2-ой клинической группе частота наступления беременности была выше, но не имела достоверно значимых различий в сравнении с 1-ой клинической группой, что согласуется с данными литературы в том, что в результате сравнительного исследования диеногеста и трипторелина, после завершения терапии диеногестом беременность наступила в 33%, после отмены трипторелина – в 29% случаев, при этом завершились родами в 29% и 22% случаев соответственно, что свидетельствует о том, что лечение диеногестом не уступает по эффективности агонистам ГнРГ и несколько снижает риск потери беременности [9, 11].

При анализе частоты наступления беременности естественным путем после проведенного комбинированного лечения данный показатель составил в 1-ой клинической группе – 10,0% (n=3), во 2-ой клинической группе – 12,1% (n=4). Наступление беременности путем проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения наблюдалась в 20,0% (n=6) в 1-ой группе и в 27,2% (n=9). При изучении исходов беременности было выявлено, что почти в одной трети случаев беременность завершилась преждевременными родами в различных сроках беременности, что составило 33,3% (n=3) в 1-ой клинической группе и 30,7% (n=4) случаев во 2-ой клинической группе.

При анализе частоты побочных эффектов выявлено, что у половины пациенток 1-ой клинической группы с эндометриозом яичников отмечались такие побочные эффекты как «приливы» в 53,3% (n=16), потливость в 50,0% (n=15), изменения настроения в 40,0% (n=12), снижение либидо в 53,3% (n=16), тогда как во 2-ой клинической группе частота таких побочных эффектов, как «приливы» составила 15,1% (n=5) и ухудшение настроения 12,1% (n=4). Поскольку агонисты ГнРГ, которые применялись в 1-ой клинической группе, при достаточной высокой эффективности в отношении регресса очагов эндометриоза и уменьшения клинической симптоматики заболелания имеют побочные эффекты, связанные с гипострогенным состоянием и способствуют развитию таких симптомов как «приливы», сухость и атрофия слизистой влагалища, головные боли, деминерализация костей, что не позволяет применять их в течение длительного времени. Диеногест аналогичен по эффективности агонистам ГнРГ, но имеет меньшее количество побочных эффектов.

Заключение

Таким образом, через 3 и 6 месяцев после наблюдения выявлено, что цистэктомия не оказывает влияния на уровень ФСГ, но влияет на остальные параметры овариального резерва, связанные с функционированием фолликулярного аппарата яичников, что характеризовалось снижением суммарного объема яичниковой ткани, среднего количества антральных фолликулов, снижением уровня АМГ у всех пациенток с эндометриозом яичников вне зависимости от возраста к 3-му месяцу после операции и от начала гормонотерапии, с постепенным восстановлением среднего количества антральных фолликулов, суммарного объема яичников и АМГ к 6-му месяцу после комбинированного лечения до уровня исходных и имела тенденцию к повышению.

Эффективная терапия требует комплексного подхода, который заключается в купировании болевого синдрома, восстановлении менструальной и репродуктивной функции. В настоящее время определены четкие показания к оперативному лечению эндометриоза, в то же время недостаточно конкретизирована дальнейшая тактика ведения пациенток. Важное значение имеет своевременное начало адъювантной терапии в послеоперационном периоде, что способствует ранней реабилитации, позволяет сохранить ОР и улучшить репродуктивный потенциал. С позиции сохранения ОР независимо от возрастного фактора пациенток методы терапии эндометриоза яичников требуют дальнейшей оптимизации. Несмотря на применение различных методов лечения эндометриоза, в частности эндометриоза яичников, частота наступления беременности при данной патологии остается невысокой, что требует дальнейшего усовершенствования алгоритмов ведения женщин с бесплодием, связанных с эндометриозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамян Л.В., Сонова М.М., Тихонова Е.С. и др. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2011. – №6. – С. 78–81.
- 2 Adamson D.G., Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solution in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis research Foundation // Journal of Endometriosis. – 2010. – №2. – P. 3-6.
- 3 Дощанова А.М. Эндометриоз – социальная болезнь // Вопросы акушерства и гинекологии. – 2011. – №3. – С. 4-6.
- 4 Адамян Л.В. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. – М.: 2008. – 267 с.
- 5 Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, И.А. Аполихина, В.Ф. Беженарь Федеральные клинические рекомендации по ведению больных // Российское общество акушеров-гинекологов. – М.: 2013. – 65 с.
- 6 Gasparov A.S. Oncological aspects of ovarian cysts // Herald of the Russian Academy of Medical Sciences. - 2013. - №8. - P. 9-13.
- 7 Dumesic D.A. Oocyte environment: follicular fluid and cumulus cells are critical for oocyte health // Fertil. Steril. - 2015. - Vol. 103. - P. 303–316.
- 8 Sanchez A.M. The WNT/ β -catenin signaling pathway and expression of survival promoting genes in luteinized granulosa cells: endometriosis as a paradigm for a dysregulated apoptosis pathway // Fertil. Steril. - 2014. - Vol. 101. - P. 1688-1696.
- 9 Andrew S. Cook, David Adamson. The role of the Endometriosis Fertility index (EFI) and Endometriosis Scoring Systems in predicting Infertility outcomes // Cur Obstet Gynecol Rep. – 2013. – №2. – P. 186-194.
- 10 Сахаутдинова И.В. Функциональное состояние яичников у пациенток репродуктивного возраста с эндометриозными кистами // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - №4(64). – С. 16-22.
- 11 Соколова Е.И. Оптимизация терапии эндометриозных кист яичников у пациенток позднего репродуктивного возраста: дисс. ... канд мед наук - Краснодар, 2019. – 29 с.
- 12 Kennedy S. Genetics and endometriosis. In: Tulandi T, Redwine D (eds.) Endometriosis: Advances and Controversies. Marcel Dekker. – New York: Basel, 2003. – P. 55–66.

А.Ә. Әбдіқадірова, Ш.М. Садуақасова, Г.Ж. Бодыков
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Акушерия және гинекология кафедрасы

АНАЛЫҚ БЕЗ ЭНДОМЕТРИОЗЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІК ЖҮЙЕ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Қазақстан Республикасының мемлекеттік саясатының басым бағыттарының бірі репродуктивті денсаулықты сақтау және медициналық-демографиялық жағдайды жақсарту болып табылады. Бүгінгі таңда қазіргі гинекологияның өзекті мәселелерінің бірі эндометриоз болып табылады. Бұл ауру созылмалы жамбас қуысындағы ауру сезімі мен бедеулігі бар әйелдердің 90%-нда кездеседі. Жыл сайын әлемнің барлық елдерінде эндометриоз ауруының тұрақты өсуі байқалады. Көптеген жылдар бойы эндометриоздың негізгі емдеуі хирургиялық емдеу болды. Кейіннен эндометриоздың қосарланған терапиясы, оның ішінде хирургиялық емнен кейінгі гормондық терапия негізделді. Қазіргі уақытта эндометриозды хирургиялық емдеудің нақты көрсеткіштері анықталған, алайда пациентті жүргізудің әрі қарай тактикасы жеткіліксіз.

Түйінді сөздер: аналық без эндометриозы, бедеулік, созылмалы жамбас қуысындағы ауру сезімі, гормондық терапия

A.A. Abdykadyrova, Sh.M. Saduakassova, G.Zh. Bodykov
Asfendiarov Kazakh National medical university
Department of obstetrics and gynecology

FEATURES OF REPRODUCTIVE FUNCTION OF PATIENTS

WITH OVARIAN ENDOMETRIOSIS Resume: One of the priorities of the state policy of the Republic of Kazakhstan is the protection of reproductive health and improving the medical and demographic situation. To date, one of the urgent problems of modern gynecology is endometriosis. The disease occurs in almost 90% of women with chronic pelvic pain and infertility. Every year there is a steady increase in the incidence of endometriosis in all countries of the continent. For many years, the main treatment has been the surgical treatment of endometriosis. In the future, combination therapy of endometriosis was substantiated, including surgical treatment followed by hormone therapy. In the future, combined therapy of endometriosis was justified, including surgical treatment followed by hormone therapy. Currently, clear indications for surgical treatment of endometriosis have been determined, while the further management of patients has not been sufficiently specified.

Keywords: ovarian endometriosis, infertility, chronic pelvic pain, hormonal therapy