

Ключевые слова: лейомиома матки, гистерорезектоскопия, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, интраци-топлазматическое введение сперматозоида.

EFFECTIVENESS OF HYSTEROREZECTOSCOPY IN WOMEN WITH INFERTILITY AND UTERINE FIBROIDS IN PROGRAMS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Khmil S. V., Drozdovska Yu. B.

Abstract. Purpose. Studying of the effectiveness of hysterorezectoscopy in women with infertility and uterine fibroids in the cycles of in vitro fertilization. **Object and methods.** A randomized clinical trial was conducted among 64 women undergoing infertility treatment using assisted reproductive technologies (ART). The selection was divided into 2 groups. The group 1 (study) consisted of 46 women with uterus fibroids with submucosal and submucosally-intramural placement of myomatous nodes and failed attempts of IVF in history, these women were offered hysterorezectoscopy, as preparation for programs of assisted reproductive technologies. The group 2 (control) – 18 women with uterine fibroids with submucosally-intramural placement of myomatous nodes, who refused hysterorezectoscopy. In this study, couples were included exclusively with female infertility.

Results. The effectiveness of hysterorezectoscopy on the outcome of IVF cycles in women with uterine fibroids was proved. In the study group, 20 women had an onset of pregnancy, which was 43.5 % (after 1 attempted IVF), early spontaneous miscarriages were observed in 3 women (15 %), in 15 women pregnancy ended in timely partum (75 %) and 2 women had premature partum (10 %). In the control group pregnancy occurred in 7 women (38.9 %), 3 cases of early spontaneous miscarriages (52,8 %), timely births in 4 women (57,2 %).

Conclusions. The uterine fibroids is basically a cause of infertility due to a mechanical factor. Hysterorezectoscopy is the best method of pregravid preparation in women with uterine fibroids, undergoing infertility treatment during the use of assisted reproductive technologies. Hysterorezectoscopy is an organ saving operation that has several advantages: a mild postoperative period, a lack of adhesive process, which in turn increases the incidence and onset of pregnancy.

Key words: uterus fibroid, hysterorezectoscopy, agonists of gonadotrophin-releasing hormones, infertility, assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, intracytoplasmic sperm injection.

Рецензент – проф. Лихачов В. К.

Стаття надійшла 10.11.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-214-218

УДК 618.15-007.62+618.177

^{1,2}Хміль С. В., ²Кулик І. І.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗ-АСОЦІЙОВАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ

¹Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль)

²Клініка професора С. Хмілья (м. Тернопіль)

kulyk_iryana1@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом НДР кафедри ТНМУ «Клініко-патогенетичні аспекти діагностики, лікування та профілактики ускладнень у жінок з порушенням репродуктивної функції та при супутній соматичній екстрагенітальній патології», № державної реєстрації 0116U003909.

Вступ. Репродуктивне здоров'я жінки є невід'ємною складовою здоров'я нації. Одним з важливих показників репродуктивного здоров'я населення є відсоток безпліддя серед сімейних пар. В Україні та світі спостерігається чітка тенденція до збільшення частоти безпліддя. Згідно статистичних даних частка жіночого безпліддя в Україні складає більше 50% серед усіх випадків, при цьому частка ендометріоз – асоційованого безпліддя становить 20-30% [1,2].

Незважаючи на те, що з моменту першої згадки про ендометріоз, як захворювання минуло чимало часу, патогенез даного захворювання до кінця не вивчений, так само як немає чіткого визначення чому ендометріоз провокує безпліддя. Одними з провідних ланок патогенезу генітального ендометріозу та

безпліддя вважають хронічний запальний процес та активація процесів вільнорадикального окиснення, внаслідок яких порушується функція яйників, імплантація ембріонів та знижується фертильність [3,4]. Як не існує єдиної думки щодо патогенезу даного захворювання, так і відсутній чіткий план щодо лікування ендометріоз-асоційованого безпліддя. Дослідники і практичні лікарі схиляються до думки, що терапія даного захворювання повинна бути комплексною. Сучасний оптимальний підхід до лікування полягає у застосуванні допоміжних репродуктивних технологій, оперативного та консервативного лікування.

Безпліддя на фоні генітального ендометріозу характеризується низкою специфічних особливостей, які необхідно врахувати при виборі методів лікування. У кожному конкретному випадку лікування має бути індивідуальним, повністю враховувати всі клінічні фактори, а також вплив захворювання та ефект лікування на якість життя жінки [4,5,6]. Крім того, лікування пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям передбачає не лише відновлення репродуктивної функції, але і профілактику поширення ендометріозу та вимагає виконання органозберігаю-

чих, реконструктивно-пластичних операцій, покращення якості життя жінок, особливо репродуктивного віку [7].

На сьогоднішній день не існує оптимального методу лікування даної категорії жінок. Лікувальна тактика жінок з ендометріоз-асоційованим безпліддям залежить від багатьох факторів, зокрема від: віку пацієнтки, локалізації та ступеня поширеності процесу, клінічних проявів, наявності фертильності і необхідності відновлення репродуктивної функції, від супутніх гінекологічних захворювань, характеру і ступеня порушень функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниково-маткової системи, стану інших органів та систем, що забезпечують гомеостаз, індивідуальну чутливість до гормональних препаратів [8,9].

Тому, **метою** нашого дослідження було проаналізувати клінічні характеристики пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям залежно від проведеного лікування ендометриїдних кіст.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні проаналізовано дані медичних карт 114 жінок віком від 21 до 40 років з ендометріоз-асоційованим безпліддям, яким проводилось лікування у медичному центрі «Клініка професора С. Хмілья». У контрольну групу увійшло 30 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, діагностованим за допомогою лапароскопії або ехосальпінгографії. В групу ретроспективного аналізу не включали пацієнток із ендометріозом III-IV ступеня; синдром полікістозних яєчників; фіброміомою тіла матки (субмукозною, симптомною субсерозною чи інтрамуральною діаметром більше 2 см).

Пацієнтки з ендометріоз-асоційованим безпліддям були розділені на 2 групи. Група 1 складала 54 жінки репродуктивного віку з неоперованими ендометриїдними кістами діаметром до 4 см, група 2 – 60 жінок, у яких в анамнезі було проведено хірургічне лікування ендометриїдних кіст. Кожна з груп була поділена на 2 підгрупи. 1a (n=26) – монолатеральні ендометриїдні кісти; 1b (n=28) – білатеральні ендометриїдні кісти; 2a (n=23) – без рецидивуючих кіст в раніше прооперованому яєчнику; 2b (n=37) – з моно- та/або білатеральними кістами на раніше прооперованому яєчнику. Наявність кісти підтверджувалася даними УЗД та бімануальним обстеженням.

Статистичну обробку даних проводили з використанням пакету прикладних програм «Microsoft Excel 2010» та пакету прикладних програм «Statistica v 7.0».

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів дослідження свідчить про відсутність відмінностей по віковому розподілу серед пацієнток різних груп. Варто відмітити дещо більшу кількість жінок з ендометріоз-асоційованим безпліддям (ЕАБ), у яких в анамнезі було проведено хірургічне лікування ендометриїдних кіст, віком 31-35 років (табл. 1). У літературних даних зазначається, що ендометріоз виявляють у 25-47% дівчаток підліткового віку, яких



Рисунки 1 та 2 – Розподіл пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям за типом безпліддя.

оперували з приводу тазового болю [10], тоді як з причини безпліддя вони звертаються значно пізніше. Важливим також є той факт, що в середньому термін між появою перших клінічних симптомів і встановленням діагнозу «ендометріоз» складає 7 років і чим молодша пацієнтка, тим цей проміжок довший [11].

Таблиця 1 – Розподіл пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям за віком, n (%)

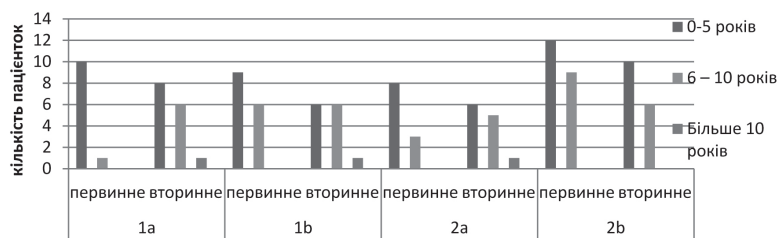
Вік	1a	1b	2a	2b
21-25	6 (23,08 %)	6 (21,43 %)	3 (13,04 %)	3 (8,11 %)
26-30	9 (34,62 %)	9 (32,14 %)	7 (30,43 %)	10 (27,03 %)
31-35	5 (19,22 %)	6 (21,43 %)	9 (39,13 %)	15 (40,54 %)
36-40	6 (23,08 %)	7 (25,00 %)	4 (17,39 %)	9 (24,32 %)

При розподілі пацієнток за видом безпліддя встановлено, що із загальної кількості жінок, включених у дослідження, в однаковій мірі діагностувалось первинне і вторинне безпліддя, що також відповідало і розподілу в групах (рис. 1).

Під час аналізу даних щодо розподілу жінок з ЕАБ за тривалістю безпліддя залежно від його типу встановлено, що найчастіше у клініку звертались пацієнтки з монолатеральними кістами в перших 5 років безпліддя, тоді як всі інші жінки з ендометріоз-асоційованим безпліддям звертались за медичною допомогою протягом 10 років даного захворювання (рис. 2).

У структурі ендометріоз-асоційованого безпліддя у всіх групах переважало ЕАБ, тоді як найменше було жінок з поєднанням ЕАБ та трубним і чоловічим факторами (табл. 2).

Обтяжений репродуктивний анамнез мав місце у всіх жінок з ЕАБ, включених у дослідження. У репродуктивному анамнезі неоперованих жінок з монолатеральними ендометриїдними кістами переважали



Рисунки 1 та 2 – Розподіл пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям за тривалістю безпліддя.

штучні аборти, з білатеральними ендометриоїдними кістами – практично в однаковій мірі зустрічалися мимовільні викидні, завмерлі вагітності й ектопічна вагітність. У жінок з ендометріоз-асоційованим безпліддям без рецидивуючих кіст в раніше прооперованому яєчнику в анамнезі переважали мимовільні викидні й завмерлі вагітності, тоді як у пацієнок з моно- або білатеральними кістами на раніше прооперованому яєчнику всі перелічені патології (рис. 3).

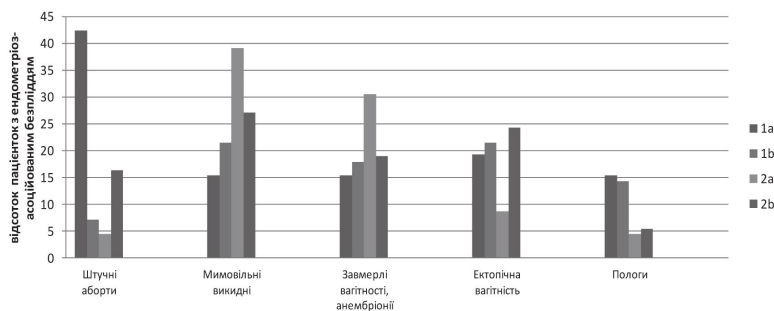


Рисунок 3 – Репродуктивний анамнез пацієнок з ендометріоз-асоційованим безпліддям.

Таблиця 2 – Структура безпліддя у досліджуваних групах пацієнок, n (%)

	1a	1b	2a	2b
ЕАБ	12 (46,15 %)	12 (47,86 %)	10 (43,48 %)	16 (43,24 %)
ЕАБ + трубний фактор	6 (23,08 %)	10 (35,74 %)	5 (21,74 %)	9 (24,32 %)
ЕАБ + чоловічий фактор	3 (11,54 %)	5 (17,85 %)	5 (21,74 %)	7 (18,92 %)
ЕАБ + трубний фактор + чоловічий фактор	5 (19,23 %)	1 (3,57 %)	3 (13,04 %)	5 (13,51 %)

Показники менограми в усіх обстежуваних жінок з ЕАБ, включених у дослідження свідчать про переважний початок менархе у віці 11-14 років (97,37% жінок) з тривалістю менструацій 5-7 діб (67,54% жінок), що не залежало від дослідної групи.

Серед клінічних проявів больового синдрому у жінок з ЕАБ переважали альгоменорея у групі 1a і диспареунія у групі 2b (табл. 3). Ferraro S з колегами встановив, що у 60,6% жінок з ендометріозом діагностують глибоку диспареунію [12]. Ретроспективний аналіз даних дослідження Fauconnier A та співавт. показав, що 78,6% жінок з ендометріозом зазнають диспареунії, при цьому глибока диспареунія пов'язана з ендометріотичними ураженнями матково-крижових зв'язок [13]. З іншого боку, Vercellini P. стверджує, що диспареунія більше пов'язана з вагінальним ендометріозом [14]. Польські дослідники стверджують, що біль під час статевого акту може бути результатом дії медіаторів запалення або адгезії, пов'язаних з ендометріозом [15]. Альгоменорея в обстежених жінок може виникати за рахунок високої концентрації простагландинів [16]. Bulletti C та співавт. встановили, що частота, амплітуда та тонус скорочень матки у жінок з ендометріозом були вищими, ніж у жінок без ендометріозу, що обумовлює альгоменорею [17].

У структурі екстрагенітальних захворювань (захворювання серцево-судинної, травної систем, варикозна хвороба нижніх кінцівок, ендокринопатії та урогенітальні інфекції) у всіх дослідних групах переважала урогенітальна інфекція, яка була діагностована у 38,46% пацієнок 1a групи, відповідно, у 32,14% – 1b групи, у 65,22% – 2a групи і у 72,97% – 2b групи. Джораєва С.К. та співавт. відмічають, що запальний процес з хронічним перебігом в статевих органах сприяє формуванню такого патологічного стану як ендометріоз [18]. У дослідженні Goyal M.K. та співавт. повідомляється, що жінки, ін-

Таблиця 3 – Частота клінічних проявів больового синдрому у пацієнок з ендометріоз-асоційованим безпліддям, n (%)

	1a	1b	2a	2b
Диспареунія	3 (11,54 %)	5 (17,86 %)	7 (30,43 %)	18 (48,65 %)
Альгоменорея	8 (30,77 %)	7 (25,00 %)	8 (34,78 %)	11 (29,73 %)
Хронічні тазові болі, не пов'язані з менструацією	4 (15,38 %)	5 (17,86 %)	5 (21,74 %)	6 (16,22 %)

фіковані M. genitalium, мають у 13 разів вищий ризик розвитку ендометріозу [19].

У структурі гінекологічних захворювань в пацієнок з ЕАБ частота патологій вірогідно не відрізнялася в усіх дослідних групах, при цьому найменше виявлено у загальній кількості обстежених дисплазій шийки матки, аденоміозу та безсимптомних фіброміом (табл. 4).

Таблиця 4 – Структура гінекологічних захворювань в обстежуваних групах, n (%)

	1a	1b	2a	2b
Дисплазія шийки матки	3 (11,54 %)	3 (10,71 %)	2 (8,70 %)	3 (8,11 %)
Фонові захворювання шийки матки	6 (23,08 %)	7 (25,00 %)	8 (34,78 %)	11 (29,73 %)
Аденоміоз	3 (11,54 %)	3 (10,71 %)	4 (17,39 %)	6 (16,22 %)
Безсимптомна фіброміома тіла матки до 2 см	3 (11,54 %)	2 (7,14 %)	2 (8,70 %)	3 (8,11 %)
Гіперплазія, поліп ендометрію	6 (23,08 %)	5 (17,86 %)	3 (13,04 %)	12 (32,43 %)
Хронічний сальпінгоофорит	5 (19,23 %)	7 (25,00 %)	5 (21,74 %)	13 (35,14 %)

При аналізі частоти оперативних втручань серед пацієнок з ЕАБ встановлено найбільшу кількість оперативних втручань, пов'язаних з ендометріозом.

Таблиця 5 – Структура оперативних втручань серед досліджуваних груп, n (%)

	1a	1b	2a	2b
Оперативні втручання в черевній порожнині	5 (19,23 %)	3 (10,71 %)	4 (17,39 %)	3 (8,11 %)
Гінекологічні оперативні втручання	6 (23,08 %)	6 (21,43 %)	3 (13,04 %)	9 (24,32 %)
Оперативні втручання пов'язані з ендометріозом (кількість операцій)	1	3 (11,54 %)	1 (3,57 %)	19 (82,61 %)
	2	0	0	4 (17,39 %)
	3	0	0	0
Кесарський розтин	1 (3,85 %)	3 (10,71 %)	3 (13,04 %)	1 (2,70 %)

зом у жінок 2 групи, причому приблизно 16,5% цих жінок оперувались двічі (табл. 5).

При розподілі пацієнток з ЕАБ залежно від кількості кіст в ураженому яєчнику встановлено, що у найбільшій кількості жінок виявляється одна кіста, зокрема, у 62,0% 1а групи, у 78,0% 1b групи і в 92,0% 2b групи (рис. 4).

Згідно сучасних даних ендометріюідні кісти яєчників діаметром до 4 см, не потребують хірургічного лікування, оскільки оперативне лікування призводить до прогресуючого зменшення овуляторного резерву, що впливає на фертильність через значно нижчу частоту овуляції та пришвидшує настання менопаузи, особливо при повторних оперативних втручаннях [20,21,22]. Проте, присутність ендометріом призводить до хронічного запального процесу, утворення злук та порушення анатомії органів малого тазу, внаслідок чого змінюється функціональний стан маткових труб та порушується транспортування сперматозоїдів, яйцеклітин та ембріона [23]. Тому, питання вибору тактики лікування ендометріюідних кіст залишається дискусійним.

Висновки. До факторів ризику розвитку ендометріоз-асоційованого безпліддя відносять: гормональний дисбаланс, запальні захворювання жіночих

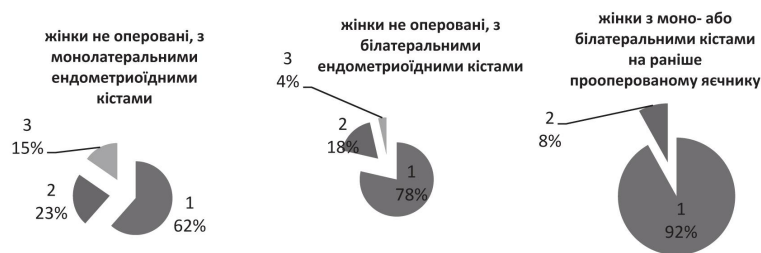


Рисунок 4 – Розподіл пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям залежно від кількості кіст в ураженому яєчнику.

статевих органів, наявність в анамнезі оперативних втручань, штучних переривань вагітності, патологічних пологів.

Застосування допоміжних репродуктивних технологій з метою лікування ендометріоз-асоційованого безпліддя в однаковій мірі потребують як неоперовані жінки, так і ті, в анамнезі яких було проведено хірургічне лікування ендометріюідних кіст.

Перспективи подальших досліджень. Планується проведення контрольованої стимуляції суперовуляції по довгому протоколу у неоперованих жінок з ендометріоз-асоційованим безпліддям та попередньо проведеною прегравідарною підготовкою і склеротерапією та порівняння отриманих результатів з пацієнтками із ендометріоз-асоційованим безпліддям без прегравідарної терапії.

Література

- Zaharenko OS, Yuzko OM, Zaharenko LV. Genitalnuy endometrioz yak pruchuna zhinochogo bezplidy. Neonatologiya, hirygiya ta perenatalna diagnostuka. 2013;3.1(7):76-9. [in Ukrainian].
- Yuzko OM. Dopomizhni reproduktyvni tehnologiyi Ukrainyu – 25 rokiv yspihy. Zbirnik naykovux prats Asociaciyi akusher-ginekologiv Ukrainyu. 2016;2(38):393-5. [in Ukrainian].
- Giudice LC, Swiersz LM, Burney RO. Endometriosis. 6th ed. Elsevier New York; 2010.
- Bulun SE. Endometriosis. N Engl J Med. 2009;360(3):268-79.
- Giudice LC. Clinical Practice: Endometriosis. N Engl J Med. 2010;362:2389-98.
- Prescott J, Farland LV, Tobias DK, Gaskins AJ, Spiegelman D, Chavarro JE, et al. A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility. Hum Reprod. 2016;31:1475-82.
- Kycherina NS. Optumizaciya laparoscopichnogo likyvannya khvorykh z apopleksiyeyu yayechnuka [avtoreferat]. Kharkiv; 2009. 21 s. [in Ukrainian].
- Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: epidemiology, diagnosis and clinical management. Curr. Obstet. Gynecol. Rep. 2017;6:34-41.
- Taylor RN, Lebovic DI. Endometriosis and infertility. New York: Elsevier; 2009. p. 577-95.
- McLeod BS, Retzliff MG. Epidemiology of endometriosis: an assessment of risk factors. Clin Obstet Gynecol. 2010 Jun;53(2):389-96. DOI: 10.1097/GRF.0b013e3181db7bde
- Adamyan LV, Aznaurova YaB. Molekulyarnyye aspekty patogeneza endometrioza. Problemy reproduksii. 2015;21(2):66-77. DOI: 10.17116/repro201521266-77 [in Russian].
- Ferraro S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. Fertil Steril. 2005;83:573-9.
- Fauconnier A, Chapron C, Dubisson J-B, Vieira M, Bousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2002;78:719-26.
- Vercellini P. Endometriosis: what a pain it is. Semin Reprod Endocrinol. 1997;13:251-61.
- Jarząbek-Bielecka G, Radomski D, Mizgier M, Wilczak M, Durda M, Kaczmarek M, et al. Dyspareunia and algomenorrhea in women with endometriosis – clinical aspects of dienogest therapy. Curr. Gynecol. Oncol. 2014;12(4):271-7.
- Harada T. Dysmenorrhea and endometriosis in young women. Yonago Acta Med. 2013;56(4):81-4.
- Bullettini C, De Ziegler D, Polli V, Del ferro E, Palini S, Flamigni C. Characteristics of uterine contractility during menses in women with mild to moderate endometriosis. Fertil Steril. 2002;77:1156-61.
- Dzorayeva SK, Goncharenko VV, Ynychko SV, Bilyayev GM, Sobol NV, Schogolyeva OV, Babyta AR. Kliniko-epidemiologichni aspektu khronichnykh urogenitalnykh zakhvoryuvan pry protozoyniy invaziyi Trichomonas vaginalis. Dermatologiya ta venerologiya. 2017;1(75):34-9. [in Ukrainian].
- Goyal MK, Teach SJ, Badolato GM, Trent M, Chamberlain JM. Universal Screening for Sexually Transmitted Infections among Asymptomatic Adolescents in an Urban Emergency Department: High Acceptance but Low Prevalence of Infection. J Pediatr. 2016 Apr;171:128-32. DOI: 10.1016/j.jpeds.2016.01.019
- Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS, SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32(7.2):1-32.
- Uncu G, Kasapoglu I, Ozerkan K, Seyhan A, Oral Yilmaztepe A, Ata B. Prospective assessment of the impact of endometrium as and their removal on ovarian reserve and determinants of the rate of decline in ovarian reserve. Hum Reprod. 2013;28(8):2140-5.
- Nowak-Psiorz I, Ciećwiesz S, Brodowska A, Starczewski A. Treatment of ovarian endometrial cysts in the context of recurrence and fertility [published online as ahead of print on January 15, 2019]. Adv Clin Exp Med. 2019;28(3):407-13. DOI: 10.17219/acem/90767
- Ofer A, Shulman LP, Singh SS. Improving the Treatment and Management of Endometriosis: Improving the treatment and management of endometriosis: An overview of current and novel approaches. Am J Obstet Gynecol. 2015;19:2540-3.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗ-АСОЦІЙОВАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ

Хміль С. В., Кулик І. І.

Резюме. Незважаючи на те, що з моменту першої згадки про ендометріоз як захворювання минуло чимало часу, патогенез даного захворювання до кінця не вивчений, так само як немає чіткого визначення чому ендометріоз провокує безпліддя. Тому, метою нашого дослідження було проаналізувати клінічні характеристики пацієнток з ендометріоз-асоційованим безпліддям залежно від проведеного лікування ендометріюідних кіст. У

дослідженні проаналізовано дані медичних карт 114 жінок віком від 21 до 40 років з ендометріоз-асоційованим безпліддям, яким проводилось лікування у медичному центрі «Клініка професора С. Хміля». У контрольну групу увійшло 30 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя. Аналіз результатів дослідження свідчить про відсутність відмінностей по віковому розподілу серед пацієнок різних груп. Під час аналізу даних щодо розподілу жінок з ЕАБ за тривалістю безпліддя залежно від його типу встановлено, що найчастіше у перших 5 років діагностованого безпліддя у клініку репродуктології зверталися неоперовані жінки з монолатеральними ендометріоїдними кістами, тоді як протягом 10 років за медичною допомогою зверталися практично всі жінки з ендометріоз-асоційованим безпліддям. Обтяжений репродуктивний анамнез мав місце у всіх жінок з ЕАБ. Серед клінічних проявів больового синдрому у жінок з ЕАБ переважали альгоменорея і диспареунія у жінок з моно- або білатеральними кістами на раніше прооперованому яєчнику. У структурі екстрагенітальних захворювань у всіх дослідних групах переважала уrogenітальна інфекція. У структурі гінекологічних захворювань в пацієнок з ЕАБ переважав хронічний сальпінгофорит. При розподілі пацієнок з ЕАБ залежно від кількості кіст в ураженому яєчнику встановлено, що у найбільшій кількості жінок виявлено одну кісту. Отже, до факторів ризику розвитку ендометріоз-асоційованого безпліддя відносяться гормональний дисбаланс, запальні захворювання жіночих статевих органів, наявність в анамнезі оперативних втручань, штучних переривань вагітності, патологічних пологів. Застосування допоміжних репродуктивних технологій з метою лікування ендометріоз-асоційованого безпліддя в однаковій мірі потребують як неоперовані жінки, так і ті, в анамнезі яких було проведено хірургічне лікування ендометріоїдних кіст.

Ключові слова: ендометріоз, безпліддя, клінічна характеристика.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗ- АССОЦИИРОВАННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Хмель С. В., Кулик И. И.

Резюме. Несмотря на то, что с момента первого упоминания о эндометриозе как заболевании прошло немало времени, патогенез заболевания до конца не изучен, так же как нет четкого определения почему эндометриоз провоцирует бесплодие. Поэтому, целью нашего исследования было проанализировать клинические характеристики пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием в зависимости от проводимого лечения эндометриоидных кист. В исследовании проанализированы данные медицинских карт 114 женщин в возрасте от 21 до 40 лет с эндометриоз-ассоциированным бесплодием, которым проводилось лечение в медицинском центре «Клиника профессора С. Хмиля». В контрольную группу вошли 30 женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия. Анализ результатов исследования свидетельствует об отсутствии различий по возрастному распределению среди пациенток различных групп. При анализе данных по распределению женщин с ЭАБ по продолжительности бесплодия в зависимости от его типа установлено, что чаще всего в первые 5 лет диагностированного бесплодия в клинику репродуктологии обращались не оперированные женщины с монолатеральными эндометриоидными кистами, тогда как в течение 10 лет за медицинской помощью обращались практически все женщины с эндометриоз-ассоциированным бесплодием. Отягощенный репродуктивный анамнез имел место у всех женщин с ЭАБ. Среди клинических проявлений болевого синдрома у женщин с ЭАБ преобладали альгоменорея и диспареунія у женщин с моно- или билатеральными кистами на ранее прооперированном яичнике. В структуре экстрагенитальных заболеваний во всех опытных группах преобладала урогенитальная инфекция. В структуре гинекологических заболеваний у пациенток с ЭАБ преобладал хронический сальпінгофорит. При распределении пациенток с ЭАБ в зависимости от количества кист в пораженном яичнике установлено, что в наибольшем количестве женщин оказывается одна киста. К факторам риска развития эндометриоз-ассоциированного бесплодия относятся гормональный дисбаланс, воспалительные заболевания женских половых органов, наличие в анамнезе оперативных вмешательств, искусственных прерываний беременности, патологических родов. Применение вспомогательных репродуктивных технологий с целью лечения эндометриоз-ассоциированного бесплодия в равной степени нуждаются как не оперированные женщины, так и женщины в анамнезе которых было проведено хирургическое лечение эндометриоидных кист.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, клиническая характеристика.

CLINIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS-ASSOCIATED INFERTILITY

Khmil S. V., Kulyk I. I.

Abstract. Despite the fact that a lot of time has passed since the first mention of endometriosis as a disease, the pathogenesis of this disease has not been fully studied, as well as there is no clear definition of why endometriosis provokes infertility. Therefore, the aim of our study was to analyze the clinical characteristics of patients with endometriosis-associated infertility (EAI) depending on the treatment of endometrioid cysts. The study analyzed the data of medical records of 114 women aged 21 to 40 years with endometriosis-associated infertility, who were treated at the medical center "Clinic of Professor S. Khmil". The control group included 30 women with tubal – peritoneal factor infertility. Analysis of the results of the study shows no differences in age distribution among patients of different groups. During the analysis of data on the distribution of women with EAI by duration of infertility depending on its type, it was found that most often in the first 5 years of diagnosed infertility non-operated women with monolateral endometrioid cysts came to the reproductive clinic, while for 10 years almost all women sought medical help. A burdensome reproductive history occurred in all women with EAI. Among the clinical manifestations of pain in women with EAI, algomenorrhea and dyspareunia in women with mono- or bilateral cysts on the previously operated ovary predominated. Urogenital infection was dominated in the structure of extragenital diseases in all experimental groups. Chronic salpingoophoritis prevailed in the structure of gynecological diseases in patients with EAI. When distributing patients with EAI depending on the number of cysts in the affected ovary, it was found that the largest number of women has one cyst. Thus, risk factors for endometriosis-associated infertility include hormonal dysbalance, inflammatory diseases of the female genital organs, the presence of a history of surgery, abortion, abnormal childbirth. The use of assisted reproductive technologies to treat endometriosis-associated infertility is equally needed in non-operated women and those with a history of surgical treatment of endometrioid cysts.

Key words: endometriosis, infertility, clinical characteristics.

*Рецензент – проф. Тарасенко К. В.
Стаття надійшла 09.11.2020 року*