

УДК 618.14+618.14-002:616-07:618.177-08.000.11

© Коллектив авторов, 2013.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

А. М. Феськов, Н. А. Чумакова, А. Н. Зозулина, И. М. Безпечная, А. В. Рыжков

*Клиника профессора Феськова А. М. (директор – профессор А. М. Феськов); 61098, Украина, г. Харьков, ул. Елизарова, 15;
E-mail: jane@feskov.com.ua*

CLINICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL CYSTS PRIOR TO IN VITRO FERTILIZATION PROGRAM

A. Feskov, N. Chumakova, A. Zozulina, I. Bezpechnaya, A. Ryzhkov

SUMMARY

Surgical interventions in patients with infertility and endometriosis prior to in vitro fertilization (IVF) program have reduced the ovarian reserve and resistance of the ovaries, which in its turn demanded a greater amount of gonadotropins and days of stimulation at controlled ovulation stimulation. As a result, a less amount of oocytes and embryos was received in these patients and their rates of pregnancy were lower than those in patients who had not undergone surgery. We believe that surgery is not advisable to be performed prior to IVF in patients with endometrial cysts of sizes up to three centimeters.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОМЕТРІОЇДНИМИ КИСТАМИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ ПРОГРАМИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

О. М. Феськов, Н. О. Чумакова, О. М. Зозулина, І. М. Безпечна, А. В. Рижков

РЕЗЮМЕ

Оперативне втручання у пацієнток з безпліддям за наявності ендометріом перед проведенням програми екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) призвело до зменшення оваріального резерву та резистентності яєчників, що, в свою чергу, вимагало більшої кількості гонадотропінів і днів стимуляції при контрольованій стимуляції овуляції. Відповідно, у цих пацієнток було отримано меншу кількість ооцитів і ембріонів і більш низький відсоток настання вагітності, ніж у пацієнток без оперативного лікування. Таким чином, ми вважаємо, що оперативне лікування не доцільно перед проведенням програм ЕКЗ у пацієнток з наявністю ендометріоїдних кіст до 3 см.

Ключевые слова: эндометриоидная киста, контролируемая стимуляция овуляции, программа экстракорпорального оплодотворения, ооцит, эмбрион.

В настоящее время проблема эндометриоза приобрела особую актуальность, что обусловлено возрастанием частоты данной патологии, а также внедрением в практику современных методов диагностики и лечения. Важность рассматриваемой проблемы определяется также частым возникновением у женщин с эндометриозом нарушений генеративной функции. В связи с этим возрос интерес к вопросам патогенеза, диагностики, лечения наружного генитального эндометриоза. Эндометриоз встречается в среднем у 35-40% женщин репродуктивного возраста и является частой причиной нарушений трудоспособности и репродуктивной функции женщины [1-6]. Частота наружного генитального эндометриоза составляет до 10-15% в общей популяции [3, 6]. Среди всех локализаций наружного эндометриоза поражения яичников занимают первое место – у 70% больных [1, 3]. Современная гинекология располагает широким спектром возможностей лечения наружного генитального эндометриоза – от оперативного,

в том числе с использованием лапароскопической техники, до консервативного, преимущественно – гормонотерапии. В лечении бесплодия большинство практикующих врачей отдают предпочтение комбинированной терапии: первым этапом – лапароскопия с целью хирургического удаления очагов эндометриоза и вторым этапом – гормональная терапия, направленная на подавление овариальной и менструальной функции. Однако проблема лечения больных с наружным генитальным эндометриозом до настоящего времени остается не решенной, поэтому дальнейший поиск эффективной терапии сохраняет свою актуальность [1-10].

В настоящее время выработаны четкие показания к оперативному лечению эндометриоза. Не вызывает сомнений необходимость оперативного лечения эндометриоидных кист яичников. В то же время, недостаточно конкретизирована тактика лечения. С учетом особенностей патогенеза эндометриоидных кист яичников, в основе которого лежит склерози-

рование сосудов с последующим фиброзом овариальной ткани и массовой гибелью примордиальных фолликулов, в настоящий момент времени одним из дискуссионных остается вопрос о выборе тактики лечения эндометриозных кист до 3 см.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное исследование 36 пациенток с наличием эндометриозных кист яичников средним диаметром до 3 см. Средний возраст составил $32,0 \pm 4,5$ года, средняя продолжительность бесплодия $6,0 \pm 2,5$ года. Первичное бесплодие отмечено у 64% случаев, вторичное – в 36%. Для сравнения результатов рандомизированным методом формировались две группы по 18 женщин. Третью (контрольную) группу составили 25 пациенток с трубным фактором бесплодия и удовлетворительными показателями овариального резерва.

Все пациенткам была проведена программа экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Контролируемую стимуляцию овуляции (КСО) всем пациенткам проводили по длинному протоколу

использованием рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона (gonal-f, Serono) на фоне подавления функции аденогипофиза агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (люкрин депо, 3,75 мг) и введения после достижения лидирующими фолликулами размеров 16-18 мм препарата хорионического гонадотропина человека. Контроль динамики роста и размеров фолликулов проводился с помощью ультразвукового исследования (Medison SonoAce-8000 Prime) с 4-5 дня стимуляции. Пациенткам первой группы на подготовительном этапе была проведена лапароскопия с вылушиванием капсулы кисты и аргоноплазменной коагуляцией ложа кисты. Эндоскопические операции были проведены с помощью эндоскопического оборудования Stryker (США).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов (достоверность $p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительные данные результатов протоколов КСО.

Показатели	Группа 1 (n=18)	Группа 2 (n=18)	Группа 3 (n=25)
Суммарная доза препарата для стимуляции, МЕ	$4125,5 \pm 150,0^*$	$2850,0 \pm 450,0$	$1987,0 \pm 225,0$
Отмена протокола стимуляции	2 (11,1%)	0	0
Количество дней стимуляции	$14,0 \pm 1,5^*$	$11,0 \pm 1,0$	$10,0 \pm 1,5$
Количество полученных ооцитов	$7,0 \pm 1,5^*$	$12,2 \pm 2,0$	$15,7 \pm 2,5$
Количество зрелых ооцитов	$3,9 \pm 0,9^*$	$9,2 \pm 1,1$	$11,7 \pm 1,1$
Количество эмбрионов 1-2 качества	$2,5 \pm 0,9^*$	$7,3 \pm 0,7$	$8,4 \pm 0,6$
Частота наступления беременности, %	3 (16,6%)*	5 (27,7%)	9 (36,0%)

Примечание: * – $p < 0,05$ в сравнении с показателями пациенток 1-й группы с 2-й.

Отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение суммарной дозы гонадотропинов, использованных пациентками 1 группы, и количество дней стимуляции в сравнении со 2 и 3 группами. Количество полученных ооцитов и количество зрелых ооцитов было достоверно ($p < 0,05$) ниже в 1 группе в сравнении со 2 и 3 группами. Общее количество эмбрионов и количество эмбрионов 1-2 качества, полученных в 2 и 3 группах, не имело статистически значимых отличий. Имело место до-

стоверное ($p < 0,05$) увеличение частоты наступления беременности у пациенток 2 и 3 групп в сравнении с пациентками 1 группы. У пациентов 1 группы в 2-х случаях имела место отмена стимуляции из-за плохого ответа яичников.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. У пациентов с предварительным оперативным лечением при КСО было затрачено большее количе-

ство гонадотропинов и дней стимуляции, чем у пациентов без оперативного лечения. Соответственно, у этих пациентов было получено меньшее количество ооцитов и эмбрионов хорошего качества, и частота наступления беременности была ниже, чем у пациентов второй и третьей групп.

2. Таким образом, мы считаем, что у пациентов с наличием эндометриoidных кист до 3 см целесообразно проведение программ ЭКО без предварительного оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Распространенные формы генитального эндометриоза / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков // Эндометриоз : материалы Третьего международного конгресса с курсом эндоскопии ; под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1996. – С. 30–40.

2. Гладышев В. Ю. Эндохирургическое лечение эндометриoidных кист яичников / В. Ю. Гладышев, И. Н. Коротких // Эндометриоз : материалы Третьего международного конгресса с курсом эндоскопии ; под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1996. – С. 309–310.

3. Кулаков В. И. Дискуссионные вопросы оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян // Эндометриоз : материалы Третьего международного конгресса с курсом эндоскопии ; под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1996. – С. 17–30.

4. Опыт лечения эндометриoidных кист яични-

ков с помощью лапароскопии / В. В. Мартынов [и др.] // Эндометриоз : материалы Третьего международного конгресса с курсом эндоскопии ; под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1996. – С. 310–311.

5. Савельева Г. Н. Эндометриoidные кисты (Диагностика и лечение) / Г. Н. Савельева, С. В. Штыров, И. Г. Кафаров // Эндометриоз : материалы Третьего международного конгресса с курсом эндоскопии ; под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М., 1996. – С. 306–307.

6. Endometriomas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis / Michio Kitajima, Sylvie Defrère, Marie-Madeleine Dolmans [et al.] // Fertility and Sterility. – 2011. – Vol. 96 (3). – P. 685–691.

7. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis / S. Kennedy, A. Bergqvist, C. Chapron [et al.] // Human Reproduction. – 2005. – Vol. 20. – P. 2698–2704.

8. Giudice L. C. Endometriosis / L. C. Giudice, L. C. Kao // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 1789–1799.

9. Large ovarian endometriomas / J. Donnez, M. Nisolle, N. Gillet [et al.] // Human Reproduction. – 1996. – Vol. 11. – P. 641–646.

10. Nisolle M. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities / M. Nisolle, J. Donnez // Fertil. Steril. – 1997. – Vol. 68. – P. 585–596.