

денцию к увеличению с увеличением срока прерывания беременности и составила 200–600 мг. Количественное введение мизопростола напрямую коррелировало со сроком гестации. Доза введения значимо не различалась среди женщин, прерывающих беременность по собственному желанию и при неразвивающейся беременности. При прерывании беременности, ассоциированной с пороками развития плода, доза данного препарата была значимо большей, что, предположительно, связано с большим сроком гестации среди данных случаев. С увеличением срока гестации требовалась большая дозировка мизопростола, большая доза препарата требовала сочетания нескольких путей введения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коршикова, Р. Л. Медикаментозный аборт. Методика выполнения: инструкция по применению / Р. Л. Коршикова, А. Н. Барсуков, А. М. Камлюк. — Минск, 2011 — 2 с.
2. Медикаментозное прерывание беременности: клинические рекомендации (протокол лечения) / Г. Т. Сухих [и др.]; под общ. ред. Г. Т. Сухих. — М., 2015. — 12 с.

УДК 618.2:618.14-002-089

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Боярская В. С., Боярский Е. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. Н. Захаренкова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эндометриоз — хронический патологический процесс с рецидивирующим течением, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Полностью вылечить эндометриоз невозможно, с этим соглашаются многие ведущие специалисты, полагая, что заболевание можно лишь приостановить. Эктопические клетки эндометрия очень жизнеспособны и, оставшись при хирургическом удалении эндометриом, способны прогрессировать в новый очаг заболевания [1]. Поэтому пациентке, имеющей репродуктивные планы, в ближайшие сроки должно быть выполнено оперативное вмешательство. Но так как эндометриомы бывают больших размеров, то большая часть яичника при этом удаляется. И после оперативного лечения овариальный резерв становится резко сниженным. Иногда это приводит к бесплодию. Под овариальным резервом понимают функциональный резерв яичника, который определяет способность последнего к развитию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой и адекватному ответу на овариальную стимуляцию [2]. На сегодняшний день основными показателями овариального резерва является антимюллеров гормон (АМГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), ингибин В, трансвагинальное ультразвуковое исследование антральных фолликулов.

Цель

Оценить овариальный резерв и частоту наступления беременности в естественном и стимулированном цикле у пациенток, перенесших оперативное лечение при эндометриомах яичников.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование у 35 пациенток, состоящих на диспансерном учете в женских консультациях № 1, 2, 4, 8 ГУЗ «ГЦГП». Пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациентки со II стадией эндометриоза (n = 26),

а во вторую группу вошли пациентки с III стадией согласно классификации Американского общества фертильности ($n = 9$). В нашей выборке не было пациенток с I и IV стадией. При изучении особенностей репродуктивной функции были рассмотрены объем оперативного вмешательства, средний размер и стадии эндометриоза яичников, также был определен послеоперационный уровень сывороточного АМГ, проанализировано послеоперационное консервативное лечение и дальнейшая реализация репродуктивной функции.

Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Для описания качественных признаков использовались абсолютные и относительные величины с указанием доли (P, %). Данные представлены в виде Me (25; 75 перцентилей). Сравнения между группами количественных показателей проводилось с применением U-критерия Манна — Уитни. Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценен овариальный резерв в зависимости от объема проведенного лечения. Методом лапароскопии было прооперировано 28 (80 %) пациенток, методом лапаротомии — 7 (20 %). Односторонняя кистэктомия проводилась у 26 (74 %) пациенток, из них справа — 10 (38 %), слева — 16 (62 %). Двусторонняя кистэктомия — 9 (26 %). Ввиду того, что все пациентки репродуктивного возраста, преимущественно применяется лапароскопический доступ оперативного вмешательства. Это обеспечивает сокращение времени операции и хороший косметический эффект.

Односторонний эндометриоз наблюдался у 26 (74 %) пациенток, двусторонний эндометриоз — у 9 (26 %), причем это были пациентки с III стадией распространения процесса и у 6 из которых наблюдался также ретроцервикальный эндометриоз. Нами были проанализированы размеры эндометриом, которые варьировали от 40 до 110 мм. Размер эндометриом яичников составил Me 77,5 (56; 89,5) мм.

Уровень АМГ был определен 16 (46 %) пациенткам после оперативного вмешательства, из них при II стадии у 10 (63 %), а при III стадии у 6 (37 %). Уровень АМГ после лечения эндометриоза яичников II стадии составил Me 2,6 (8,1; 3,7) нг/мл. После хирургического лечения эндометриоза яичников III стадии уровень АМГ составил Me 0,24 (0,21; 0,86) нг/мл, что соответствует резко сниженному овариальному резерву, и был статистически значимо ниже, чем при лечении эндометриоза II стадии ($U = 1$; $p = 0,002$).

В последующем 10 (29 %) пациенткам была назначен препарат прогестерона Диеногест (Визанна) по 2 мг/сут на 6 месяцев. В качестве профилактики образования спаек и противовоспалительного лечения были назначены ферментные препараты (дистрептаза, лонгидаза) 9 (26 %) пациенткам.

У всех пациенток были репродуктивные планы, при этом в течение года они были реализованы у 6 (17 %) пациенток, а у 3 (9 %) в течение двух лет. Беременность наступила у 9 (26 %) пациенток, из них у 4 (45 %) в естественном цикле и у 5 (55 %) при применении метода экстракорпорального оплодотворения. Проанализирован уровень АМГ в зависимости от реализации репродуктивного потенциала и от исходов наступившей беременности. Выявлено, что наступлению беременности в естественном цикле предшествовал уровень АМГ Me 3,8 (3,7; 3,9) нг/мл, в то время, как у пациенток, которым понадобился метод ЭКО, уровень АМГ составил Me 1,8 (1,6; 2,0) нг/мл и был значимо ниже ($p = 0,02$). 5 пациенткам удалось доносить беременность, при этом наступлению беременности предшествовал уровень АМГ Me 3,7 (2,2; 3,8) нг/мл, а у 4 пациенток был неблагоприятный исход беременности в виде неразвивающейся беременности, у них наступлению беременности предшествовал уровень АМГ Me 1,6 (0,9; 1,8) нг/мл, при доношенной беременности 5 уровень АМГ Me 3,7 (2,2; 3,8) нг/мл ($p = 0,03$).

Выводы

Низкий уровень АМГ свидетельствует о снижении репродуктивной функции у пациенток после хирургического лечения эндометриом. Этот показатель важен для реализации репродуктивных планов и для дальнейших их исходов. Более низкие показатели отмечались у пациенток, чья беременность не наступила, более высокие показатели уровня АМГ были выявлены у пациенток, чья беременность наступила. При дальнейшем планировании беременности крайне важным является показатель АМГ, от уровня которого зависит не только наступление беременности, но и ее исход. Сохранение овариального потенциала при лечении эндометриоза яичников является важнейшей задачей и вопрос об этом должен рассматриваться еще до проведения хирургического вмешательства. Одним из методов сохранения фертильности может являться дооперативная трансвагинальная пункция фолликулов и получение яйцеклеток с последующей их криоконсервацией с последующим использованием их в циклах вспомогательных репродуктивных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гущин, В. А.* Хирургическое лечение эндометриоза / В. А. Гущин, А. С. Бичурина // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2016. — С. 47–48.
2. *Лызикова, Ю. А.* Определение антимюллера гормона в норме и при различных гинекологических заболеваниях / Ю. А. Лызикова // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — С. 68–70.

УДК 618.11-006.2-039.3

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ

Боярская В. С., Боярский Е. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эндометриоз, патологический процесс, характеризующийся ростом и развитием ткани, подобной по структуре и функциям эндометрию, за пределами границ нормальной локализации (слизистой оболочки тела матки), является одной из актуальных проблем современной медицины. Известно более 10 теорий его происхождения и ни одна из них полностью не объясняет многообразия форм проявления и локализации этой патологии. Ведущими клиническими проявлениями эндометриоза являются болевой синдром (дисменорея, диспареуния, дисхезия и др.) и бесплодие [1]. В 1985 г. Американским обществом фертильности была предложена балльная оценка эндометриоза (R-AFS). Эндометриоз был разделен на четыре стадии в зависимости от числа баллов: I стадия (1–5 баллов) — мелкие точечные очаги эндометриоза на поверхности яичников и на брюшине прямокишечно-маточного углубления; II стадия (6–15 баллов) — односторонняя эндометриоидная киста диаметром не более 5–6 см, мелкие очаги эндометриоза на брюшине малого таза, спаечный процесс в области придатков; III стадия (16–40 баллов) — эндометриоидные кисты обоих яичников диаметром более 5–6 см, очаги эндометриоза на серозном покрове матки, маточных труб, брюшине малого таза, выраженный спаечный процесс; IV стадия (свыше 40 баллов) — двусторонние кисты больших размеров с переходом на соседние органы. Стоит отметить, что классификация R-AFS более объективно отражает распространенность поверхностных форм эндометриоза и эндометриоидных кист, но не учитывает глубокий инфильтративный эндометриоз [2].