

УДК 615.281.8.03:616-053.2(584.5)

Ф.Р.Ишан-Ходжаева, М.Я.Камилова

**ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С
БЕСПЛОДИЕМ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ***НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии**Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан**(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 19.11.2013 г.)*

Установлено, что у женщин с эндометриозом непосредственные причины бесплодия разнообразны и частота нарушений психо-эмоционального статуса высока. Полученные результаты подтверждают, что для успешного лечения бесплодия у данного контингента пациенток необходимо комплексное обследование, включающее выявление причин бесплодия и оценку психо-эмоционального статуса.

Ключевые слова: *эндометриоз – причины бесплодия – комплексная диагностика – психо-эмоциональный статус.*

Нарушение репродуктивной функции является одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии. В структуре заболеваний, влияющих на репродуктивное состояние, особое внимание уделяется генитальному эндометриозу [1]. Заболевание поражает от 12 до 59% женщин репродуктивного возраста, приводя к бесплодию в 50–80% случаев [2]. У женщин с бесплодием, обусловленным эндометриозом, процесс обследования и лечения очень трудоёмкий, сложный и дорогостоящий [3]. Обследование женщин с эндометриозом и бесплодием включает большой перечень процедур, так как причины бесплодия у данного контингента пациенток многочисленны. Гипотез, объясняющих причину и патогенез бесплодия у больных эндометриозом, много. При эндометриозе имеет место воздействие многочисленных перитонеальных факторов, функциональной неполноценности эндометрия, изменения анатомо-функциональных взаимоотношений в малом таза, непроходимость маточных труб из-за спаечного процесса, нарушений функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, к которым относятся недостаточность лютеиновой фазы, синдром неовулирующего фолликула, снижение овариального резерва, что может приводить к бесплодию [4,5]. Соответственно обследование женщин с бесплодием, ассоциированным с генитальным эндометриозом, является трудоёмким и длительным процессом [6].

Кроме того, клинические проявления эндометриоза (альгоменорея, боль во время полового акта и нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи) могут влиять на психо-эмоциональный статус женщин [7,8]. Включение оценки психо-эмоционального статуса у женщин с бесплодием и эндометриозом в перечень диагностических процедур важно для решения вопроса о необходимости проведения психологической поддержки, так как успех преодоления бесплодия во

Адрес для корреспонденции: Ишан-Ходжаева Фарангис Рустамовна. 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. М.Турсунзаде, 31, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ. E-mail: kachyona@mail.ru

многим зависит от состояния их психического статуса. В литературе встречаются немногочисленные работы по изучению психо-эмоционального статуса у женщин с бесплодием, обусловленным эндометриозом и практически отсутствуют исследования влияния качественного консультирования на успех преодоления бесплодия у данного контингента пациенток.

Целью настоящего исследования явилась оценка комплексного подхода при диагностике причин бесплодия и состояния психо-эмоционального статуса у женщин с эндометриозом и бесплодием.

Методы исследования

Нами обследованы 56 женщин с эндометриозом и бесплодием. Критериями включения в исследуемую группу были репродуктивный возраст, отсутствие беременностей при регулярной половой жизни в течение 1 года и больше, диагностированный наружный генитальный эндометриоз ультразвуковым и лапароскопическим методами. Общеклиническое обследование проводили по стандартной схеме, включающей изучение данных анамнеза, характера менструального цикла, репродуктивной функции, общий и гинекологический осмотры. Обследование по поводу бесплодия пациентки прошли согласно общепринятой последовательности обследования в центрах ЭКО.

В первый день менструального цикла производилась спермограмма мужа. Анализ крови на гормоны (пролактин, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, гормоны щитовидной железы) проводились на 2-4 дни цикла. Между 5-м и 8-м днями цикла проводилась гистеросальпингография. Ультразвуковое исследование для мониторинга овуляции проводили с 11-го по 16-й дни менструального цикла. Уровень прогестерона измеряли на 21-й день менструального цикла. Лапароскопия проводилась с 20-го по 25 дни цикла. АМГ определяли в любой день менструального цикла.

Дополнительно включена оценка психо-эмоционального статуса до начала обследования, после установления причины бесплодия и проведения консультирования по пересмотру приоритетов, по преодолению стресса. Для оценки психо-эмоционального статуса проводили тестирование пациенток с использованием теста на тревожность Стилбергера-Ханина и опросника «Шкала Бека для оценки депрессии». Тест Стилбергера-Ханина носит скрининговый характер, состоит из 40 утверждений и пациентки отмечают выбранный ответ в зависимости от того, как они себя чувствуют в данный момент или период времени. По результатам теста можно судить - у женщины выражена реактивная тревога (состояние в данный момент или промежуток времени) или личная тревожность (черта характера). Шкала Бека представляет собой опросник для оценки депрессии и степени выраженности её. К каждому вопросу прилагаются 4 утверждения, одно из которых выбирает женщина. Согласно выбранным утверждениям, можно установить – имеют ли место проявления депрессии у пациентки.

Результаты исследований и их обсуждение

Средний возраст обследованных женщин составил 32.7 ± 1.8 года. Пациенток с первичным бесплодием (34чел. – 60.8%) было почти в 2 раза больше, чем пациенток с вторичным бесплодием (22 чел. – 39.2%). Длительность бесплодия до 5 лет имели 14 (25%), более 5 лет – 42(75%) женщин. Необходимо отметить, что 24(42.4%) женщины прежде начинали обследование и лечение по поводу бесплодия и не имели эффекта, 32(57.6%) – обратились по поводу бесплодия впервые.

Степень выраженности патологического процесса у обследованных женщин была различной. У 4(7.1%) имело место сочетание эндометриoidных кист яичников с перитонеальным эндометриозом, у 8(14.2%) – с аденомиозом. По распространенности и глубине поражения тканей у всех обследованных женщин имели место II и III степени заболевания.

Среди обследованных женщин с наружным генитальным эндометриозом лапароскопическим методом и гистеросальпингографией непроходимость маточных труб выявлена у 11 (6.2%) женщин. У 29 (52.1%) женщин с генитальным эндометриозом и бесплодием выявлена нормогонадотропная овариальная недостаточность. Среди женщин с овариальной недостаточностью в 21 (73.5%) случае диагностирована недостаточность лютеиновой фазы, в 8 (26.5%) - ановуляция. Наиболее часто у женщин с эндометриозом и бесплодием диагностирована недостаточность лютеиновой фазы, подтвержденная мониторингом фолликула и низкими значениями прогестерона во вторую фазу цикла. Четкое установление причин бесплодия при эндометриозе способствовало выработке эффективного плана лечения бесплодия.

Оценка психо-эмоционального статуса показала, что среди обследованных женщин до начала обследования личная тревожность выявлена у 7 (12.5±4.9%) женщин, реактивная тревожность – у 37(66.1±7.1%) женщин, депрессия выявлена у 19 (33.8±7.5%) человек (табл.). Все пациентки с выраженной реактивной тревожностью имели длительность бесплодия больше 5 лет. Среди женщин с реактивной тревожностью 27(48.2%) отметили альгоменорею и гиперполименорею, 12 (21.4%) женщин – боль во время полового акта. Большая часть женщин с выраженной личной и реактивной тревожностью имели первичное бесплодие – 32 (72.8%), вторичное бесплодие отмечено у 12 (27.2%) пациенток.

Таблица

Психо-эмоциональный статус у женщин с бесплодием и эндометриозом до и после обследования и психологического консультирования

Период оценки Состояние пациенток	До проведения обследования и психологического консультирования	После обследования и психологического консультирования	P
с личной тревожностью	7 (12.5±4.9%)	7 (12.5±4.9%)	
с реактивной тревожностью	37(66.1±7.1%)	14(32.6±7.1%)	<0.001
с депрессией	19 (33.8±7.5%)	6 (13.95±5.3%)	<0.01

По окончании обследования и выявления причины бесплодия был выработан план дальнейшего ведения пациенток. При этом подход к каждой супружеской паре был дифференцированным и индивидуальным с учетом возраста, причины бесплодия, предпочтений супругов и материальных возможностей. Супружеской паре, страдающей бесплодием, помогали определить свои цели и оценить имеющиеся возможности, при необходимости – переоценить свои первоначальные планы. Соответственно имеющимся возможностям пациентам помогали определиться в выборе стратегии лечения бесплодия.

Результаты оценки тестирования показали достоверное снижение частоты женщин с выраженной реактивной тревожностью и проявлениями депрессии по сравнению с соответствующими

показателями до проведения консультирования (табл.). Частота женщин с проявлениями личной тревожности осталась неизменной.

Анализ полученных данных выявил достаточно высокую частоту проявлений реактивной тревожности у женщин с бесплодием, обусловленным эндометриозом. Более детальный анализ показал, что проявлению реактивной тревоги способствовали длительное бесплодие, безэффективность предыдущего лечения и такие клинические проявления эндометриоза, как болезненные менструации, боль во время полового акта и гиперполименорея. С одной стороны, решение психологических проблем, связанных с бесплодием, обусловленным эндометриозом, связано с успешным лечением бесплодия. Обследованные нами женщины прежде имели опыт безуспешного лечения бесплодия. Большая часть их страдала бесплодием более 5 лет. С другой стороны, успех в лечении эндометриоза и преодолении бесплодия зависит от того, насколько правильно диагностирована причина бесплодия и каково эмоциональное состояние женщины. Поэтому женщинам с бесплодием, обусловленным эндометриозом, необходимо проводить обследование в центрах ЭКО и оценивать психоэмоциональный статус. После установления причины бесплодия, проведения консультирования у пациенток с эндометриозом, которым предстояло длительное и нелегкое лечение, появлялось чувство уверенности в успехе преодоления бесплодия.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, комплексное обследование женщин с бесплодием, обусловленным генитальным эндометриозом, которое включает чёткое установление причин бесплодия и оценку психологического статуса, имеет большое значение в успешном начале лечения бесплодия у данного контингента пациенток.

Поступило 25.11.2013 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России. – Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2007, с. 5-19.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2006, 411с.
3. Герасимов, А.М. Наружный генитальный эндометриоз и бесплодие: патогенез, ранняя диагностика, прогноз и эффективность лечения: Дис...д.м.н.. – М., 2009, 306 с.
4. Герасимов А.М. Причины бесплодия при наружном генитальном эндометриозе. – Российский вестник акушера-гинеколога, 2008, т.8, №1, с. 24-28.
5. Lemos N., Arbo E., Scalco R. Decreased AMH and altered ovarian follicular cohort in infertile patients with mild/minimal endometriosis. – Fertility and Sterility, 2008, v. 89, pp. 1064-1068.
6. МарченкоЛ.А., ИльинаЛ.М. Эндометриоз (современный взгляд на этиопатогенез и перспективы медикаментозной терапии). – Gynecological Endocrinology, 2009, т. 25, №11, с. 32-38.
7. Рябцева М.В. Оценка эффективности комплексного лечения и качества жизни у больных с наружным генитальным эндометриозом: Дис.... канд. мед.наук . – М., 2009, 129 с.

8. Яковенко Е.М., Яковенко С.А. Современные методы преодоления бесплодия. – М.: ПИК Идел-Пресс, 2010, 280 с.

Ф.Р.Ишан-Ходжаева, М.Я.Камилова

АҲАМИЯТИ ТАШҲИСИ КОМПЛЕКСӢ ДАР ЗАНҲОИ ГИРИФТОРИ БЕЗУРӢТӢ ВА ЭНДОМЕТРИОЗ

*Пажуҳишгоҳи илмӣ-таҳқиқотии акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Дар натиҷаи таҳқиқот исбот карда шудааст, ки сабабҳои безурӣ дар занҳои дорони эндометриоз гуногун мебошад. Натиҷагирӣ таҳқиқот маълум намуд, ки барои таъбири бомуваффақият дар ин гурӯҳи беморон таҳқиқоти комплексӣ бо муайян намудани сабабҳои безурӣ ва баҳодихии статуси психо-эмоционалии онҳо зарур аст.

Калимаҳои калидӣ: эндометриоз – сабабҳои безурӣ – таҳқиқот – статуси психо-эмоционалӣ.

F.R.Ishan-Khodjaeva, M.I.Kamilova

IMPORTANS OF COMPLEX EXAMINATIONS IN WOMEN WITH INFERTILITY AND ENDOMETRIOSIS

*Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology
Ministry of Health and Social Welfare the Republic of Tajikistan*

It was determined that the women with endometriosis have different immediate causes of infertility and frequency of psycho-emotional disorders is high. The results confirm that for successful treatment of infertility in current cohort of the patients there is required complex examinations, including identification of the causes of infertility and evaluation of psycho-emotional status.

Key words: endometriosis – causes of infertility – complex examination – psycho-emotional status.