

ными стадиями заболевания ($17,7 \pm 1,36$ pg/ml) и контрольной группой ($11,6 \pm 1,34$ pg/ml).

Вывод. Анализ полученных данных показал, что при I–II степени тяжести НГЭ преобладают процессы ангиогенеза. С увеличением степени

тяжести заболевания, в патологический процесс вступают факторы воспаления, которые преобладают над ангиогенными при III–IV степени тяжести НГЭ. Работа поддержана грантом Президента РФ № МК — 2589. 2005. 7

Плотко Е.Э., Абакумова Е.И., Хаютин В.Н.

Медицинский центр «Гармония»,
Екатеринбург, Россия

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Актуальность проблемы. Генитальный эндометриоз и ассоциированное с ним бесплодие остается одной из сложных и обсуждаемых проблем в гинекологии.

Материал и методы. Для оценки роли эндометриоза в генезе нарушений репродуктивной функции нами проведен анализ 110 случаев заболевания, потребовавших хирургического лечения. Вмешательства проводились с помощью лапароскопического оборудования и инструментария «R.Wolf», в случаях бесплодия выполнялись гистероскопия, биопсия эндометрия. Жалобы на бесплодие предъявляли 73 (66,4 %) пациентки, которые были разделены на 2 группы в зависимости от степени тяжести наружного генитального эндометриоза. В первую группу вошли 40 больных с 1 и 2 степенью тяжести по классификации r-AFS, во вторую — 33 больных с 3 и 4 степенью тяжести заболевания. Группы не имели существенных различий по возрасту и анамнестическим данным. Средний возраст больных первой группы составил $30,4 \pm 0,7$ лет, длительность анамнеза бесплодия $5,8 \pm 0,6$ лет.

Результаты исследования. Первичное бесплодие наблюдалось у 19 (47,5 %), вторичное у 21 (52,5 %) больных. Преимущественной локализацией эндометриозных гетеротопий являлась брюшина малого таза — 36 (90 %), яичники — 15 (37,5 %), в том числе у 12 (30 %) сочетание этих локализаций. У 8 (20 %) были поражены крестцово-маточные связки в сочетании с брюшиной малого таза. Среди других существенных факторов бесплодия установлены: трубный фактор у 11 (27,5 %), по данным гистероскопии и гистологического исследования эндометрия хронический эндометрит у 12 (30 %), железистая гиперплазия эндометрия у 3 (7,5 %) больных. Морфологические признаки недостаточности лютеиновой фазы найдены у 10 (25 %) пациенток. В 8 (20 %) случаях был выявлен

мужской фактор бесплодия в виде олигоастенозооспермии. Средний возраст больных второй группы составил $30,9 \pm 0,8$ лет, продолжительность бесплодия $5,7 \pm 0,8$ лет. Первичное бесплодие встречалось чаще — 23 (69,7 %) случая, вторичное — 10 (30,3 %). Типичным для больных второй группы являлись поражения яичников виде глубоких очагов и эндометриозных кист — 30 (90,9 %), брюшины малого таза — 23 (76,7 %), многоочаговый характер процесса. У 6 (18,2 %) больных имел место ретроцервикальный эндометриоз в сочетании с поражением яичников и крестцово-маточных связок, спаечным процессом в малом тазу с частичной или полной облитерацией маточно-прямокишечной ямки. При этом нарушения проходимости маточных труб встретились лишь у 2 (6 %) больных. Характер выявленной патологии эндометрия был следующий: хронический эндометрит у 4 (12,1 %), железистая гиперплазия эндометрия у 5 (15,2 %), недостаточность лютеиновой фазы цикла подтверждена гистологически у 2 (6 %) женщин с тяжелым эндометриозом. При обследовании партнеров пациенток второй группы олигоастенозооспермия диагностирована в 2 (6 %) случаях. Анализ полученных данных свидетельствует о полиэтиологическом характере бесплодия у больных генитальным эндометриозом. В целом, эндометриоз расценен как единственная причина нарушения фертильности у 15 (45,5 %) больных второй группы и лишь у 5 (12,5 %) первой ($p < 0,05$). У больных с легкими и среднетяжелыми формами эндометриоза ведущими факторами бесплодия могут выступать хронические воспалительные процессы органов малого таза, функциональные нарушения полового цикла, мужской фактор.

Вывод. Высокая частота патологии эндометрия диктует необходимость его обязательной оценки при выполнении эндоскопической хирургии эндометриоза.