

расстройств наблюдались в 7 (14,3%) случаях, во 2-й с назначением дексаметазона позже 34 недель – в 1 (6,25%) случае ($\chi^2=0,17$ $p=0,36$). Перевод на II этап медицинской помощи чаще требовался новорожденным группы контроля – 7 (50%) случаев относительно новорожденных с проведенной профилактикой РДС – 8 (12,3%) случаев ($\chi^2=8,3$, $p=0,004$). Средний срок выписки детей, не потребовавших перевода на II этап, составил 5 (4-6) дней в основной группе и 4 (2,5-5,5) дня ($p=0,54$).

Выводы. Применение антенатальных кортикостероидов снижает частоту респираторных нарушений у новорожденных ($p<0,0001$). Частота срочного родоразрешения среди беременных, прошедших профилактику РДС плода, составляет 70,8%. Множественные курсы кортикостероидов не ассоциированы со снижением частоты развития ОРДС ($R=0,14$; $p=0,26$), среди новорожденных с поздним назначением кортикостероидов (>34 недель) не выявлено снижения частоты развития дыхательных расстройств ($\chi^2=0,17$ $p=0,36$). Не целесообразно назначать профилактику РДС при низком риске преждевременного родоразрешения в сроке беременности >34 недель.

Литература

1. The proportions of term or late preterm births after exposure to early antenatal corticosteroids, and outcomes: systematic review and meta-analysis of 1.6 million infants / K. Ninan [et al.] // *BMJ* – 2023. – Vol. 382. – P.e076035. doi:10.1136/bmj-2023-076035.
2. Прилуцкая, В.А. Влияние антенатального применения кортикостероидов на клинико-лабораторные показатели недоношенных детей / В.А. Прилуцкая, Т.А. Держак, О.Я. Свирицкая // *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. – 2020. – Т.10, №5. – С. 588-597. doi: 10.34883/Pl.2020.10.5.006.
3. Evaluation of Long-term Outcomes Associated with Preterm Exposure to Antenatal Corticosteroids: A Systematic Review and Meta-analysis / K. Ninan [et al.] // *JAMA Pediatr* – 2022. – Vol. 176, iss.6. – P. e220483. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.0483.
4. Association between antenatal corticosteroids and risk of serious infection in children: nationwide cohort study / Yao TC [et al.] // *BMJ*. – 2023. – Vol. 382. – P. e075835. doi: 10.1136/bmj-2023-075835.

Хворик Н.В.¹, Бут-Гусаим Л.С.², Биркос В.А.², Довнар Л.Н.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,
г. Гродно, Республика Беларусь

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Введение. Эндометриоз – эстрогензависимое заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Противоречивые гипотезы особенностей патогенеза эндометриоза не объясняют возникновение бесплодия при данной патологии [1]. Ключевым патогенным механизмом служит так называемый эпителиально-мезенхимальный переход. Порядка 30–50% женщин, страдающим эндометриозом, не способны к зачатию, а у 25–50% женщин с бесплодием при обследовании верифицируют данную патологию [2]. Частота выявления эндометриоза при лапароскопии (в т.ч. с целью уточнения причины бесплодия) – 20–90%. Частота рецидивов эндометриоза достигает от 2 до 47% [3]. Нормальная ткань яичника

претерпевает морфологические изменения, инициированные эндометриомой и характеризуются низкой плотностью распределения и ускорением процессов атрезии фолликулов, изменениями стромального компартмента, а также фиброзирующей деформацией коркового вещества [4]. Поверхностный перитонеальный эндометриоз признается одним из главных факторов риска эндометриоз-ассоциированного бесплодия. признанный хроническим воспалительным заболеванием, ассоциируемым с нарушенным иммунным статусом, способен изменять состав перитонеальной жидкости, ухудшая качество ооцитов, сперматозоидов, эмбрионов и способность бластоцисты к имплантации [2, 4]. Каждая третья пациентка, обращающаяся в центр вспомогательных технологий (ВРТ) для выполнения ЭКО имеет наружный генитальный эндометриоз [5]. Одной из проблем генитального эндометриоза, особенно малых форм, является запоздалая диагностика в связи с отсутствием неинвазивных методов исследования, что и создает определенные трудности как в диагностике, так и в лечении.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости различных форм генитального эндометриоза у пациенток с бесплодием.

Материал и методы. Проведено обследование 119 пациенток. Критериями включения явились: наличие бесплодия, отсутствие эндокринных и мужского факторов бесплодия, патологии эндометрия (полипов, гиперплазии эндометрия), хронического эндометрита. Изучались следующие характеристики пациентки: возраст, жалобы, менструальная и репродуктивная функции, перенесенные гинекологические заболевания и оперативные вмешательства, данные ультразвукового метода исследования органов малого таза, проводилась оценка уровня СА-125 и АМГ в сыворотке крови. Большинству женщин проводилась оценка овариального резерва (уровни АМГ, ФСГ, подсчет количества антральных фолликулов) Всем женщинам выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство с применением медицинского оборудования фирмы Karl Storz (Германия). Диагноз эндометриоза основывался на патогистологических данных. Возраст пациенток в среднем составил $30,4 \pm 3,6$ года и варьировал от 25 до 43 лет. Стаж бесплодия соответствовал 3–10 годам, в среднем составляя $6,7 \pm 2,3$ года.

Результаты исследования. В ходе исследования наличие различных форм эндометриоза подтверждено либо первично выявлено у 42 (35%) из 119 прооперированных пациенток. Основными жалобами, которые предъявляли пациентки были: дисменорея – 68,9% случаев, диспареуния – 34,4%, мажущие кровянистые выделения из половых путей до и/или после менструации – 26,9%. Обследованные женщины указывали на аномальные маточные кровотечения в виде обильных менструальных и/или межменструальных маточных кровотечений в 45,4% случаев. Жалобы на болевой синдром в различных его проявлениях предъявляли 70,6% женщин. Большинство пациенток – 53,8% обследовано с помощью МРТ и установлено, что данный метод имеет высокую ценность при эндометриомах, тогда как «малые формы» остаются недиагностированными. Уровень СА-125 составил $39,8 \pm 8,4$ Ед/мл. До оперативного лечения уровень ФСГ положительно коррелировал со сниженным овариальным резервом и

составил $6,29 \pm 2,39$ МЕл. Анализ уровня СА-125 показал, что до оперативного лечения повышение отмечалось у 54,9%. Оценивая овариальный резерв установлено, что у 36,1% женщин уровень АМГ был ниже 1,0 нг/мл, в основном у женщин (73,8%) старше 32 лет и при предыдущих оперативных вмешательствах на яичниках. Среди женщин с первичным бесплодием эндометриодные кисты встречались у 30 (25%), в том числе двустороннее поражение с размером образований более 5 см – у 16 (13%) пациенток. «Малые формы» эндометриоза встречались у 11 (9%) пациенток, при этом у 9 из них отсутствовали какие-либо жалобы, кроме наличия бесплодия в течение 3-х и более лет. Наличие ретроцервикального эндометриоза выявлено у 5 пациенток. У 35 (29%) женщин установлено сочетание нескольких форм эндометриоза: аденомиоза и эндометриодные кисты в 25 (21%) случаях, аденомиоз в сочетании с малыми формами у 2 (2%), аденомиоз и ретроцервикальный эндометриоз у 4 (4%). Было установлено, что у 26 (21,8%) женщин в анамнезе выполнялись оперативные вмешательства на яичниках, что увеличивает риски развития распространенных форм генитального эндометриоза. При оценке проходимости маточных труб установлено, что у 21,8% женщин эндометриодные очаги располагались не только на поверхности серозного покрова, но и в толще мышечного слоя, обуславливая их непроходимость. Наблюдение за пациентками осуществлялось в течение года после оперативного вмешательства. Установлено, что беременность наступила в 26,9% случаев всех проведенных случаев предпринятого оперативного вмешательства, а при наличии генитального эндометриоза у 21,8%.

Выводы. Различные формы эндометриоза стоит рассматривать как одну из основных причин бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Многофакторность в развитии бесплодия при генитальном эндометриозе требует индивидуализированного подхода в лечении. Лапароскопия остается «золотым стандартом» в диагностике генитальных форм эндометриоза.

Литература

1. Башмакова, Н.В. Роль средовых факторов в патогенезе бесплодия, ассоциированного с генитальным эндометриозом (обзор литературы) / Н.В. Башмакова и др. // Проблемы репродукции. – 2019. – Т. 25, №5. – С. 42-48.
 2. Оразов, М.Р. Эффективность лечения бесплодия, обусловленного рецидивирующим наружным генитальным эндометриозом / М.Р. Оразов и др. // Гинекология. – 2019. – № 21(1). – С. 38-43.
 3. Активность зон ядрышковых организаторов у женщин с эндометриозом яичников и бесплодием / М.С. Качурина и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2021 – Т.20, №1. – С. 71-78.
 4. Волкова, С.В. Причины бесплодия при эндометриозе: версии и контраверсии XXI в. / С.В. Волкова и др. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2020. – № 3 – С. 110-114.
 5. Evans, M.B. Fertiliti and endometriosis / M.B. Evans, A.H. Decherney // Clin Obstet Gynecol. – 2018. – № 60. – С. 497-502.
-