

Стратегия преодоления бесплодия при эндометриозе

Эндометриоз обнаруживается:

- у 5-10% женщин репродуктивного возраста,
- при диагностической лапароскопии на предмет бесплодия в 20-55%,
- у >30% женщин, идущих на ЭКО.

Причины бесплодия при эндометриозе:

1. Негативное влияние на все этапы формирования ооцитов. Наблюдается нарушение стероидогенеза, удлинение фолликулярной фазы, уменьшение размеров доминантного фолликула, активация апоптоза клеток кумулюса (яйценосного бугорка), ановуляция.
2. Негативное влияние на процесс оплодотворения – изменение состава перитонеальной жидкости*, которая снижает подвижность сперматозоидов, эффективность акросомальной реакции и прикрепления к *zonae pellucida***.
3. Негативное влияние на ранний эмбриогенез – аномалии дробления, цитоплазматические и ядерные нарушения, эпигенетическое репрограммирование эмбриона, аномальный хетчинг***, функциональная незрелость *zonae pellucida*.
4. «Эндометриальное бесплодие» - нарушение восприимчивости эндометрия к имплантации из-за дефектного синтеза факторов роста.
5. Спаечный процесс.
6. Трубная непроходимость.
7. Нарушение моторики маточных труб.

*При эндометриозе в перитонеальной жидкости увеличивается содержание макрофагов, протеаз, ТНФ, интерлейкина-1, антиэндометриальных лимфоцитов и аутоантител.

** Эластичная гликопротеиновая оболочка, окружающая яйцеклетку. Синоним – блестящая оболочка.

***Разрыв блестящей оболочки эмбриона перед имплантацией в матку.

Лечение эндометриоза

Медикаментозное лечение

В настоящее время не разработана универсальная специфическая терапия.

Симптоматическое лечение подбирается индивидуально из потребностей каждой пациентки (противовоспалительные препараты, анальгетики, гормональные).

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение повышает вероятность наступления беременности за счет:

- удаления или аблации эндометриоидных очагов,
- рассечения спаек (адгезиолизис),
- подсчета индекса фертильности при эндометриозе (EFI) – единственная изученная и надежная классификационная система, с помощью которой можно предсказать время наступления беременности и использовать выжидательную тактику у женщин с хорошими перспективами.

Алгоритм: лапароскопия → ожидание беременности в течение 6-12 месяцев. При ее ненаступлении, а также при плохом прогнозе по результату EPI можно сразу же перейти к процедурам вспомогательных репродуктивных технологий.

Эндометриоидные кисты

- Для определения степени вмешательства рассмотреть желание пациентки сохранить фертильность.
- При незаинтересованности в беременности - хирургическое удаление кист (показано при размере кист более 3 см), учитывая высокую вероятность снижения овариального резерва, после чего сразу начать терапию КОК в непрерывном режиме.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Эффективность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона (ПЭ) повышается при:

1. Двухэтапном комбинированном лечении (медикаментозное и хирургическое) до проведения программы ЭКО при 3-4 стадии распространения эндометриоза.
2. Отказ от выжидательной тактики и проведение ЭКО и ПЭ женщинам старше 35 лет с агрессивным рецидивирующим течением, сниженными резервными возможностями яичников, а также при сочетании эндометриоза с аденомиозом, сразу после окончания лечения.

При наступлении беременности у больных эндометриозом с помощью вспомогательных репродуктивных технологий непременно нужно учитывать следующие акушерские риски:

- ЗВУР
- преэклампсия
- предлежание плаценты
- преждевременные роды

Предпочтителен перенос одного эмбриона, так как многоплодная беременность также повышает акушерские риски.