

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-42>

**REPRODUCTIVE POTENTIAL OF PATIENTS WITH DEEP
INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS COMBINED WITH
OVARIAN ENDOMETRIOMA**

**РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ПАЦІЄНТОК
З ГЛИБОКИМ ІНФІЛЬТРАТИВНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ
У ПОЄДНАННІ З ЕНДОМЕТРІОМОЮ ЯЄЧНИКА**

Rozhkovska N. M.

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Professor at the Department of Obstetrics
and Gynecology
Odessa National Medical University*

Рожковська Н. М.

*доктор медичних наук, професор,
професор кафедри акушерства та
гінекології
Одеський національний медичний
університет*

Popova L. M.

*Candidate of Medical Sciences,
Lecturer at the Department of Obstetrics
and Gynecology
Odessa National Medical University*

Попова Л. М.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства
та гінекології
Одеський національний медичний
університет*

Shevchenko O. I.

*Candidate of Medical Sciences,
Lecturer at the Department of Obstetrics
and Gynecology
Odessa National Medical University
Odesa, Ukraine*

Шевченко О. І.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства
та гінекології
Одеський національний
медичний університет
м. Одеса, Україна*

Проблема виснаження оваріального резерву у жінок репродуктивного віку при ендометріозі є однією з найбільш актуальних в сучасній гінекології. Згідно даних багатьох дослідників, ендометріоми яєчників становлять особливу небезпеку для оваріального резерву і нерідко поєднуються з глибоким інфільтративним ендометріозом (ГІЕ) [1; 3]. Навіть при невеликих за розміром ендометріомах відзначається значне зниження оваріального потенціалу [2; 4]. Тому найбільш актуальним і суперечливим є прогнозування можливості настання вагітності в природному циклі або за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у пацієнток з глибоким

інфільтративним ендометріозом (ГІЕ), які перенесли оперативні втручання з приводу ендометріозу яєчників.

Мета дослідження. Оцінка репродуктивного потенціалу у жінок ГІЕ у поєднанні з ендометріомою яєчника після оперативного лікування.

Матеріал та методи дослідження. Проведена оцінка репродуктивного потенціалу у 118 жінок з ГІЕ у поєднанні едометріомою яєчника, які перенесли хірургічне лапароскопічне лікування Науково-клінічному центрі ендометріозу III рівня акредитації Європейської ліги ендометріозу (на базі Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету) у 2019–2021 роках.

Критерії включення в дослідження: репродуктивний вік, однобічна ендометріома яєчника 3-5 см в діаметрі у поєднанні з ГІЕ, первинне безпліддя, виключення інших факторів порушення фертильності, відсутність оперативного втручання на органах малого тазу в анамнезі.

Стадіювання ендометріозу проведено за шкалою ENZIAN. Першу групу (n = 66) склали пацієнтки з P2 O0 T0 A1 B2 C0, другу (n = 52) – пацієнтки з ГІЕ P2 O2 T0 A1 B2 C0. Оперативне втручання полягало в адгезіолізісі, енуклеації ендометріоми, ексцизії ендометріїдних імплантів, за необхідності – частковій або тотальній перитонектомії.

Оваріальний резерв (ОР) оцінювали за показниками ФСГ, АМГ на 3-й день менструального циклу та кількістю антральних фолікулів (КАФ) в одному зрізі при ультразвуковому дослідженні органів малого тазу на доопераційному етапі.

Індекс фертильності (The Endometriosis Fertility Index – EFI) за класифікацією J. Aramson et al. визначали в післяопераційному періоді на основі гінекологічного анамнезу пацієнток та інформації, отриманої під час оперативного втручання (оцінка ступеню тяжкості ендометріозу за шкалою Американського Товариства Фертильності (r-AFS).

За віком, паритетом, ступенем ураження ендометріїдними гетеротопіями очеревини групи були репрезентативні; різниця була в наявності чи відсутності однобічної ендометріоми яєчника розміром 3–5 см в діаметрі.

Третю, контрольну групу (n=21) склали здорові жінки репродуктивного віку з чоловічим фактором безпліддя.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній вік пацієнток у всіх групах не мав достовірної різниці ($p < 0,05$) і склав в I групі $25,1 \pm 0,48$ років, в II – $27,2 \pm 0,44$ років, в контрольній – $29,2 \pm 0,5$ років, що відповідає ранньому репродуктивному віку.

Тривалість безпліддя у пацієток всіх груп достовірно не відрзнялася і склала $5,18 \pm 0,29$ років, що свідчить про затримку діагностики захворювання.

Оцінка біохімічних маркерів ОР (АМГ, ФСГ) у жінок з ендометріоз-асоційованим безпліддям свідчить про їх достовірне зменшення, в порівнянні з контрольною групою (таблиця 1).

Як свідчать дані обстеження біохімічних показників ОР, відмічається досить значне зниження АМГ пацієток 2 групи, в порівнянні з контролем – на 44,8%, а І групи – на 33,7%, що може бути пов'язано з наявністю однієї ендометріоми у пацієток даної групи.

За даними багатьох дослідників, переваги АМГ в оцінці репродуктивного резерву, полягає в тому, що його рівень не залежить від фаз менструального циклу і скоріш за все, відображає кількість зростаючих фолікулів до їх селекції, що обумовлює показники даного гормону унікальним маркером ОР. Поєднання цього дослідження з ультразвуковою оцінкою КАФ, дає змогу більш достовірно проаналізувати репродуктивний потенціал хворих з ендометріоз-асоційованим безпліддям.

Таблиця 1

Результати дослідження репродуктивного потенціалу пацієток із ЗГЕ

Показники	І група (n=66)	2 група (n=52)	3 група (контроль) (n=21)
ФСГ	$6,04 \pm 0,1^*$	$6,82 \pm 0,12^*$	$5,12 \pm 0,09$
АМГ	$1,78 \pm 0,09^*$	$1,46 \pm 0,07^* \#$	$2,68 \pm 0,1$
КАФ	$9,11 \pm 0,12^*$	$7,26 \pm 0,11^* \#$	$11,54 \pm 0,12$
ЕІІ	$6,8 \pm 0,14^*$	$5,9 \pm 0,11^* \#$	–

Примітка: * $p < 0,05$ у порівнянні з контролем;

$p < 0,05$ у порівнянні з І групою.

Показник КАФ, за даними УЗД, також вказує на його більш значне зниження, в порівнянні з групою контролю, у пацієток 2 групи – 37,2%, в порівнянні з І групою – 21,7% ($p < 0,05$). Додатковими критеріями оцінки оваріального резерву є ультразвуковий об'єм яєчника та стан кровотоку, що оцінюється за допомогою доплерівського картування

З метою оцінки прогнозу реалізації репродуктивних намірів хворих на зовнішній ендометріоз в природному циклі пропонується

визначення EFI за спеціальною шкалою, кількість балів коливається від 0 до 10 (10 – найкращий прогноз). Визначали EFI лише в I та II групах, так як, необхідною умовою для його розрахунку являється наявність лапароскопічно підтвердженого ендометріозу з урахуванням анамнестичних даних, параметрів оцінки по AFS – класифікації та стану маткових труб. В I групі даний індекс склав $6,8 \pm 0,14$, в II – $5,9 \pm 0,11$ за рахунок гірших показників AFS-класифікації ($p < 0,01$).

За даними дослідників, при показниках EFI від 7 до 10 пацієнткам можна рекомендувати планування вагітності самостійно, а в інших випадках вагітність в природному циклі сумнівна. Проте, після оперативного лікування ГЕ в поєднанні з однобічною ендометріомою яєчника в повному обсязі, можна рекомендувати планування вагітності в природному циклі протягом 6 – 12 місяців, за відсутності настання вагітності протягом цього періоду- використання ДРТ.

Слід зазначити, що у всіх пацієнток обстежених груп має місце погіршення репродуктивного потенціалу, в порівнянні зі здоровими жінками даного віку, що можливо обумовлено тривалим терміном безпліддя ($5,18 \pm 0,29$ років) та неадекватним лікуванням в анамнезі.

Висновки.

1. У пацієнток з глибоким інфільтративним ендометріозом репродуктивного віку має місце зниження показників ФСГ, АМГ, КАФ, EFI на відміну від практично здорових жінок.

2. Наявність навіть однобічної ендометріомі яєчника у хворих з ГЕ призводить до зменшення репродуктивного потенціалу (зниження АМГ, КАФ), що має місце до оперативного втручання.

3. Лапароскопічне стадіювання та лікування ГЕ у поєднанні з ендометріомою яєчника дозволяє підвищити точність оцінки репродуктивного потенціалу за допомогою EFI.

Перспективи подальших досліджень полягають у оцінці репродуктивного потенціалу через 3-6-12 міс після оперативного втручання при ГЕ у поєднанні з ендометріомою яєчника.

Література:

1. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar; 131(3):557-571. doi: 10.1097/AOG.0000000000002469. PMID: 29420391

2. Hoyle AT, Puckett Y. Endometrioma. 2022 Jun 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32644656.

3. Kitajima M, Khan KN, Harada A. Association between ovarian endometrioma and ovarian reserve.

2018 Jan 1;10(1):92-102. doi: 10.2741/e810.PMID: 28930606.

4. Yılmaz Hanege B, Güler Çekiç S, Ata B. Facts Views Vis Obgyn Endometrioma and ovarian reserve: effects of endometriomata per se and its surgical treatment on the ovarian reserve. 2019 Jun;11(2):151-157. PMID: 31824636.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-43>

REHABILITATION IN ARTERIAL HYPERTENSION, CORONARY ARTERY DISEASE AND SOMATOFORM DISORDERS IN WAR

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС

Sisetskiy A. P.

*Candidate of Medical Sciences,
Assistant Professor at the Department of
Internal Medicine № 3
Bogomolets National Medical University,
Kyiv, Ukraine*

Сісецький А. П.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішньої
медицини № 3
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Під час війни реабілітація при таких психосоматичних захворюваннях як ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія, особливо при їх поєднанні з тривожно-депресивними розладами, полягає у ґрунтовному відновленні фізичної та психологічної цілісності пацієнта у стислі строки. З цією ціллю використовуються методи кардіопсихології (Sisetskiy A.P., 1995) – образно-асоціативна корекція (ОАК), голографічне моделювання (ГМ), – кінезіотерапії та їх поєднання – ландшафтна образна кінезіотерапія (ЛОК).

Методи. ОАК – графічне та кінестетичне відображення неусвідомлюваних психотравмуючих образів із заміщенням їх оптимальними позитивними. ГМ – візуалізація власного стану на