

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-1-139-142>

Репродуктивные исходы инфильтративного эндометриоза после хирургического лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий (клинический случай)

А.Г. Тришкин^{1,2}, О.А. Зотова¹, М.А. Ющенко³¹Центр охраны здоровья семьи и репродукции «Красная горка»; Россия, 650044 Кемерово, ул. Суворова, 3а;²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»; Россия, 650000 Кемерово, ул. Красная, 6;³ГАЗУЗ «Кузбасская государственная клиническая больница им. С.В. Беляева»; Россия, 650066 Кемерово, Октябрьский проспект, 22**Контакты:** Ольга Александровна Зотова kem.zotova@gmail.com

Эндометриоз является одной из актуальнейших проблем современной гинекологии и репродуктологии. Около 40 % женщин, страдающих эндометриозом различной локализации, бесплодны. Применение медикаментозной терапии доказанно не повышает фертильность. В настоящее время не существует единого мнения о влиянии хирургического лечения на эффективность вспомогательных репродуктивных технологий.

В данной статье приведен клинический пример современного подхода к применению методов вспомогательных репродуктивных технологий при эндометриоз-ассоциированном бесплодии. Тактику ведения женщин с эндометриозом определяют его локализация, возраст пациентки, овариальный резерв, длительность бесплодия, проводимая терапия и ее эффективность, состояние маточных труб, а также показатели спермограммы. Правильно выбранная стратегия ведения данной пациентки позволила достичь не только клинической беременности, но и рождения здорового ребенка.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии

Для цитирования: Тришкин А.Г., Зотова О.А., Ющенко М.А. Репродуктивные исходы инфильтративного эндометриоза после хирургического лечения с применением вспомогательных репродуктивных технологий (клинический случай). Опухоли женской репродуктивной системы 2024;20(1):139–42.

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-1-139-142>

Reproductive outcomes of infiltrative endometriosis after surgical treatment with assisted reproductive technologies (a clinical case)

A.G. Trishkin^{1,2}, O.A. Zotova¹, M.A. Yushchenko³¹Center for Family Health and Reproduction “Krasnaya Gorka”; 3a Suvorova St., 650044 Kemerovo, Russia;²Kemerovo State University; 6 Krasnaya St., 650000 Kemerovo, Russia;³Kuzbass State Clinical Hospital named after S.V. Belyaev; 22 Oktyabrskiy Prospekt, 650066 Kemerovo, Russia**Contacts:** Olga Aleksandrovna Zotova kem.zotova@gmail.com

Endometriosis is one of the most urgent problems of modern gynecology and reproductive medicine. About 40 % of women suffering from endometriosis of various localization are infertile. The use of drug therapy has not been proven to increase fertility. Currently, there is no consensus on the impact of surgical treatment on the effectiveness of assisted reproductive technologies.

This article presents a clinical case of modern approach to the use of assisted reproductive technologies for endometriosis-associated infertility. The tactics of managing women with endometriosis is determined by its localization, the age of the patient, ovarian reserve, the duration of infertility, the therapy and its effectiveness, the condition of the fallopian tubes, as well as spermogram parameters. The correctly chosen management strategy for this patient made it possible to achieve not only a clinical pregnancy, but also the birth of a healthy child.

Keywords: endometriosis, infertility, assisted reproductive technologies

For citation: Trishkin A.G., Zotova O.A., Yushchenko M.A. Reproductive outcomes of infiltrative endometriosis after surgical treatment with assisted reproductive technologies (a clinical case). *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy systemy = Tumors of Female Reproductive System* 2024;20(1):139–42. (In Russ.).

DOI: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-1-139-142>

Эндометриоз диагностируется у 7–15 % женщин репродуктивного возраста. Его основные клинические проявления – синдром хронической тазовой боли и бесплодие. Частота бесплодия у пациенток с эндометриозом достигает 55–75 % [1].

Глубокий инфильтративный эндометриоз – особый фенотип, который отличается выраженной тяжестью клинического проявления и нарушением функций соседних органов.

Хирургическое лечение глубокого инфильтративного эндометриоза является весьма актуальной темой, вызывающей много споров относительно оптимальной тактики ведения, особенно в группе пациенток, планирующих беременность. Основной вопрос заключается в том, что должно быть первично: хирургическое лечение как 1-я линия терапии или применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Радикальная операция по удалению эндометриодных очагов, выполненная опытным хирургом в специализированном стационаре, в сочетании с медикаментозной терапией и ВРТ увеличивает шансы пациентки на беременность и вынашивание здорового ребенка, а последующая комбинированная терапия обеспечивает длительный безрецидивный период.

Беременность и роды у пациенток при глубоких инфильтративных формах эндометриоза должны рассматриваться как состояние высокого риска по развитию тяжелых осложнений [2].

В настоящее время нет рандомизированных исследований, где был бы проведен сравнительный анализ эффективности первичного хирургического лечения и программ ВРТ.

В 2014 г. Европейское общество репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) представило вывод о том, что нет доказательств улучшения репродуктивных исходов после проведенного оперативного лечения инфильтративного эндометриоза до применения программ ВРТ [3].

На основании представляемого ниже клинического случая пациентки нашего Центра, имеющей сочетание бесплодия с различными формами эндометриоза, и анализа данных литературы в настоящей статье будут освещены репродуктивные исходы и тактика ведения.

Клинический случай

Пациентка Ж., 30 лет, в 2020 г. обратилась за медицинской помощью в ЦОЗСР «Красная горка» с жало-

бами на отсутствие наступления беременности в течение 4 лет.

Из анамнеза стало известно, что с 2015 г. пациентку беспокоят болезненные менструации, примесь крови в кале, диспареуния, бесплодие.

В 2015 г. на базе гинекологического отделения ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева» ей были выполнены лапароскопия, двухсторонняя резекция яичников по поводу эндометриодных кист, уретеролизис, колонолизис, коагуляция очагов эндометриоза. В течение 9 мес в послеоперационном периоде пациентка принимала гормональную терапию диеногестом в составе комбинированных оральных контрацептивов. В течение 2 лет после оперативного лечения беременность не наступила.

В 2018 г. по данным магнитно-резонансной томографии выявлены признаки наружного генитального эндометриоза в виде эндометриодных имплантов по ретроцервикальной, параовариальной брюшине слева с контактным вовлечением стенки матки, глубокой инвазией стенки прямой кишки.

В 2018 г. пациентка госпитализирована в хирургическое отделение НМИЦ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России. По результатам ультразвукового исследования органов малого таза, выполненного в учреждении, диагностированы внутренний эндометриоз с преимущественным поражением задней стенки матки, инфильтративный эндометриоз ректовагинальной перегородки, инфильтративный эндометриоз стенки кишечника с вовлечением прямой и слепой кишки. Пациентке были выполнены лапароскопия, разделение рубцово-спаечного конгломерата малого таза, иссечение поверхностного эндометриоза серозной оболочки мочевого пузыря, двухсторонний уретеролизис нижней трети мочеточников, иссечение инфильтративного ретроцервикального эндометриоза, резекция толстой кишки с наложением циркулярного компрессионного анастомоза по типу «конец-в-конец», гистероскопия, полипэктомия, цистоскопия, катетеризация обоих мочеточников.

В послеоперационном периоде назначен дигидрогестерон в дозе 10 мг 2 раза в день с 5-го по 25-й дни менструального цикла.

Через 1 год гормональный профиль был следующим: уровень антимюллера гормона – 0,59 нг/мл, фолликулостимулирующего гормона – 13,22 мМе/мл. При проведении ультразвукового исследования органов малого

таза выявлены признаки двухсторонних гидросальпинксов.

Резюмируя данные анамнеза, с учетом характера репродуктивных нарушений выполнение репродуктивной функции в данном случае возможно с применением ВРТ с использованием донорских ооцитов.

Пациентке рекомендованы все необходимые дообследования: магнитно-резонансная томография органов малого таза с контрастированием, колоноскопия, ультразвуковое исследование почек, эхогоскопическое исследование проходимости маточных труб, по данным которого были подтверждены гидросальпинксы.

С целью повышения эффективности программы ВРТ были выполнены двухсторонняя сальпингэктомия, рассечение и иссечение спаек женских половых органов, гистероскопия, биопсия эндометрия. Гистологически верифицированы хронический сальпингит, фиброзная ткань с очагами эндометрия (эндометриоз). В полости матки — эндометрий в фазе пролиферации.

Подготовку к программе ВРТ ЭКО-ИКСИ (экстракорпоральное оплодотворение путем интраплазматической инъекции сперматозоида) с использованием в том числе ооцитов донора пациентка начала с приема норэтистерона и прекоцепционных мероприятий.

В серии диагностических ультразвуковых исследований отмечались ультразвуковые признаки кистозного новообразования яичника, соответствующие фолликулярной кисте. С лечебной целью назначены комбинированные оральные контрацептивы. На фоне отсутствия регресса кистозного новообразования проведена его пункция. По данным цитологического исследования атипичные клетки не были обнаружены.

В июне 2022 г. пара включена в программу стимуляции в протоколе ВРТ ЭКО-ИКСИ с агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона. Суммарная доза гонадотропина — 1800/1800 МЕ. В качестве агониста гонадотропин-рилизинг-гормона использовался бусере-

лина ацетат 0,15 мг/доза. Триггером овуляции был хориогонадотропин альфа.

Проведена пункция 3 преовуляторных фолликулов, получен 1 ооцит. Разморожены ооциты донора (ДО). Оплодотворение проводилось методом ЭКО-ИКСИ. Результат оплодотворения — 1/6 (ДО). На 5-е сутки выполнен перенос 1 эмбриона (2BL, полученный при использовании собственного ооцита). Толщина эндометрия на момент эмбриотрансфера составляла 11,0 мм. Проведена криоконсервация 1BL 3AA (ДО), 2BL 3AB (ДО).

Через 14 дней уровень хорионического гонадотропина человека в крови составил 754,1 мМЕ/мл. В динамике через 7 сут отмечено повышение уровня хорионического гонадотропина человека в крови до 8199,3 мМЕ/мл. История завершилась рождением здорового ребенка.

Разница во мнениях относительно тактики ведения пациенток с эндометриозом существует длительное время. В 2015 г. были опубликованы данные P. Kodaman [4], свидетельствующие о том, что медикаментозное лечение эндометриоза должно быть 1-й линией терапии выбора при болевом синдроме, связанном с эндометриозом, а хирургическое вмешательство нужно рассматривать в качестве резерва для верификации диагноза и в случаях отсутствия эффективности проводимого медикаментозного лечения.

Когда идет речь о реализации репродуктивных планов у пациенток с тяжелыми формами эндометриоза, необходимо принять во внимание возраст пациентки, овариальный резерв, продолжительность бесплодия и сопутствующие факторы бесплодия. Применение ВРТ зачастую является единственным и максимально эффективным способом преодоления бесплодия, ассоциированного с эндометриозом.

Вышеизложенные рассуждения как нельзя лучше соответствуют выбранной тактике ведения пациентки, описанной в статье.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пивазян Л.Г., Унанян А.Л., Пойманова О.Ф. и др. Эндометриоз: овариальный резерв и тактика ведения. Проблемы репродукции 2021;27(5):77–83.
Pivazyan L.G., Unanyan A.L., Poymanova O.F. et al. Endometriosis: ovarian reserve and management. Problemy reproduktivnoy = Russian Journal of Human Reproduction 2021;27(5):77–83. (In Russ.).
2. Русина Е.И., Ярмолинская М.И., Пьянкова В.О. Глубокий инфильтративный эндометриоз. Спорные вопросы: за и против. Гинекология 2020;22(5):50–6.
DOI: 10.26442/20795696.2020.5.200274

- Rusina E.I., Yarmolinskaya M.I., Piankova V.O. Deep infiltrative endometriosis. Contentious issues: pros and cons. Ginekologiya = Gynecology 2020;22(5):50–6. (In Russ.).
DOI: 10.26442/20795696.2020.5.200274
3. Dunselman G.A., Vermeulen N., Becker C. et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. Hum Reprod 2014;29:400–12. DOI: 10.1093/humrep/det457
4. Kodaman P. Current strategies for endometriosis management. Obstet Gynecol Clin North Am 2015;42(1):87–101.
DOI: 10.1016/j.ogc.2014.10.005

Вклад авторов

А.Г. Тришкин, О.А. Зотова, М.А. Ющенко: сбор и анализ данных, обзор публикаций по данной тематике, написание статьи.

Authors' contributions

A.G. Trishkin, O.A. Zotova, M.A. Yushchenko: data collection and analysis, review of publications on this topic, writing the article.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.Г. Тришкин / A.G. Trishkin: <https://orcid.org/0009-0009-6012-7445>

О.А. Зотова / O.A. Zotova: <https://orcid.org/0000-0002-4991-5354>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа проведена без спонсорской поддержки.

Funding. The work was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики. Протокол исследования одобрен этическим комитетом Центра охраны здоровья семьи и репродукции «Красная горка» (протокол № 9 от 20.07.2023). Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patients' rights and bioethics rules. The study protocol was approved by the ethics committee of the Center for Family Health and Reproduction "Krasnaya Gorka" (protocol No. 9 dated 20 July, 2023). The patient signed informed consent for the publication of her data.