

В. И. КУЛАКОВ, Ж. В. БЕСПАЛОВА,  
Н. И. ВОЛКОВ

Научный Центр акушерства, гинекологии  
и перинатологии РАМН,  
Москва

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАРУЖНЫЙ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

На основании результатов 548 клинических наблюдений показана роль лапароскопии в диагностике наружного генитального эндометриоза при бесплодии. Проведена оценка зависимости клинических проявлений наружного генитального эндометриоза от степени распространенности процесса. Статья содержит разработанный авторами алгоритм ведения пациенток с бесплодием при подозрении на наружный генитальный эндометриоз.

### Введение

Эндометриоз – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний у пациенток с бесплодием. По данным различных авторов, у женщин, страдающих бесплодием, эндометриоз встречается в 20–50% случаев [5, 9].

Конкретные механизмы бесплодия при наружном генитальном эндометриозе до настоящего времени не выяснены, однако установлена взаимосвязь этих состояний.

Основным клиническим проявлением эндометриоза является болевой синдром и бесплодие.

По данным зарубежных авторов эндометриоз был выявлен у 37–74% женщин, которым была проведена лапароскопия по поводу постоянных тазовых болей [10, 11].

Болевой синдром включает в себя дисменорею, диспареунию, не связанные с менструальным циклом тазовые боли, дисхезию [4, 12, 13]. Однако учитывая то, что болевой синдром может быть проявлением различных заболеваний, и не только гинекологических, клиническая диагностика этого заболевания затруднена. В связи с этим до настоящего времени продолжительность обследования пациенток с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом от начала обследования до постановки правильного диагноза составляет до 7,2 лет, при этом значительная часть больных подвергается неоднократным курсам необоснованного противовоспалительного и гормонального лечения, приводящих в ряде случаев к ухудшению состояния пациенток [3].

Учитывая вышеуказанные данные с целью повышения качества

дооперационной диагностики и выработки рациональной тактики обследования и ведения пациенток с бесплодием при подозрении на наружный генитальный эндометриоз, проведен анализ клинических данных и результатов проведенного обследования.

### Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ данных обследования 548 пациенток с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом I–IV степени распространения в возрасте от 23 до 35 лет (средний возраст составил  $28,7 \pm 3,8$  года), страдающих бесплодием (длительность которого составила в среднем  $7,8 \pm 3,9$  года при колебаниях от 3 до 15 лет) и наружным генитальным эндометриозом. Контрольную группу составили 265 пациенток с вторичным бесплодием и спаечным процессом в малом тазу после перенесенного сальпингоофорита, непроходимыми маточными трубами. Кроме того, для выяснения ряда клинико-морфологических характеристик было проведено анкетирование и обследование 1400 фертильных женщин.

Функциональное состояние яичников оценивали с помощью тестов функциональной диагностики: измерение базальной температуры, наблюдение за феноменом «зрачка», оценки феномена арборизации, изменение длины нити цервикальной слизи.

Для исключения внутриматочной патологии и оценки состояния маточных труб всем больным между 16 и 20 днями менструального цикла была проведена гистеросальпингография.



Лапароскопию проводили всем больным с помощью комплекта аппаратуры «Karl Storz» и «Wisap» (Германия). Одновременно с лапароскопией с целью уточнения состояния полости матки и эндометрия выполняли гистероскопию с помощью гистероскопа фирмы «Karl Storz».

Степень распространенности эндометриоза определяли в баллах по пересмотренной Классификации Американского Общества Фертильности (R-AFS, 1985).

Диагноз у всех больных был установлен на основании интраоперационного обследования, а также подтвержден результатами гистологического исследования эндометриальных гетеротопий.

Для исключения мужского бесплодия в супружеской паре все супруги пациенток консультированы урологом, произведено двукратное развернутое исследование спермы.

### Результаты исследования

Из 548 пациенток с проходными маточными трубами и регулярным двухфазным менструальным циклом, наружный генитальный эндометриоз I степени распространения был обнаружен у 205 (37,4%), II степени – у 158 (28,9%), III степени – у 103 (18,8%) и IV степени – у 82 (14,9%) больных (рис. 1).

На основании ретроспективного анализа данных клинического обследования и анамнеза всех 548

пациенток мы установили, что основной жалобой всех больных было бесплодие. Жалобы на болезненные менструации предъявляли 393 (71,7%) из всех обследованных, диспареунию отмечали 227 (42,4%), акт дефекации был болезненным у 70 (12,7%) пациенток. Периодические боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом, беспокоили 142 (25,9%) пациенток. Кроме бесплодия, у 49 (8,9%) из 548 женщин других жалоб не было.

На рис. 2 представлена частота встречаемости основных жалоб больных с бесплодием в зависимости от степени распространения наружного генитального эндометриоза (I – первая степень распространения эндометриоза, II – вторая степень, III – третья степень, IV – четвертая степень, СП – пациентки со спячным процессом в малом тазу после перенесенного сальпингоофорита, ФП – фертильная популяция). Установлено, что частота дисменореи и диспареунии существенно не зависит от степени распространения заболевания, хотя встречается несколько чаще при III и IV степенях наружного генитального эндометриоза. Боли при дефекации при III–IV степенях распространения наружного генитального эндометриоза пациентки отмечали вдвое чаще, чем при начальных степенях распространения заболевания. Боли внизу живота и в поясничной области, не связанные с менструальным циклом при III–IV степенях распространения эндометриоза обнаруживались также чаще. Пациентки, которые не предъявляли жалоб, встречались примерно с одинаковой частотой при всех четырех степенях распространения эндометриоза.

Проведен анализ данных измерения базальной температуры у 548 больных в течение 2145 менструальных циклов. Базальная температура была двухфазной у всех обследованных с разницей температуры в I и II фазы менструального цикла не менее 0,3°C. Продолжительность II фазы мен-

Рисунок 1  
Степень распространения эндометриоза

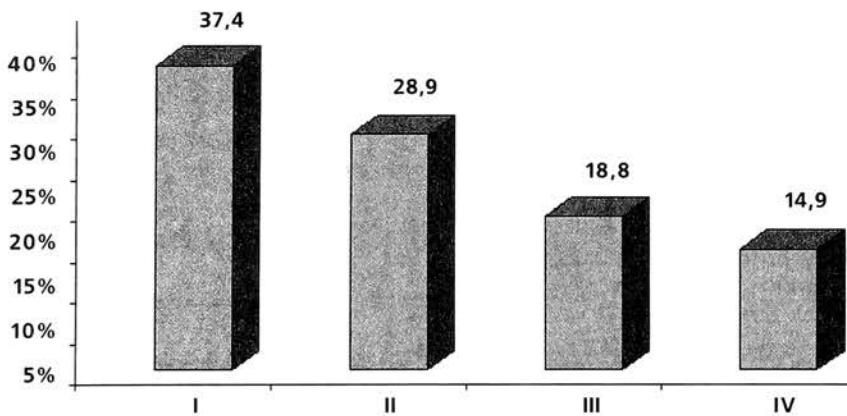
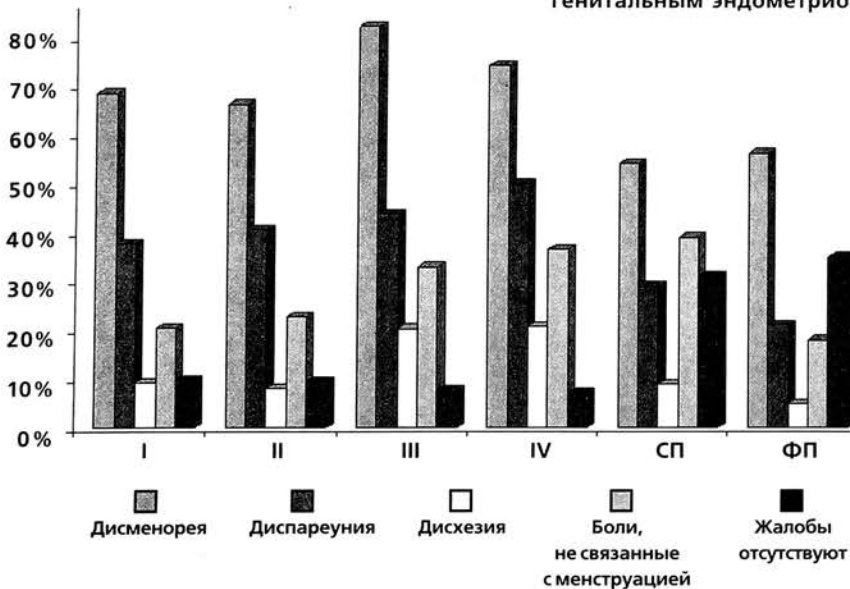


Рисунок 2  
Основные жалобы больных с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом



Виды проводимой ранее терапии у женщин с наружным генитальным эндометриозом (n = 548)

Вид лечения	Количество больных	%
<u>Противовоспалительное лечение:</u>	398 100%	72,6
1. Аппаратная физиотерапия (ультразвук, электрофорез цинка, магния, кальция, диадинамические токи)	369 92,7%	
2. Грязелечение	215 54%	
3. Биостимуляторы	328 82,4%	
<u>Стимулирующая гормональная терапия:</u>	85 100%	15,5
1. Кломифен	54 61,2%	
2. Кломифен+Дексаметазон	33 38,8%	
<u>Лечение не проводилось</u>	65	11,9

струального цикла колебалась от 8-9 до 14 дней.

В анамнезе у большинства из 548 больных (88,1%) были курсы противовоспалительной и гормональной терапии (таблица). Противовоспалительная терапия (включавшая физиолечение, грязелечение и назначение биостимуляторов), проводилась 398 (72,6%) больным, что привело к ухудшению состояния 92 (23,1%) женщин, в то время как улучшение отмечено у 63 (15,8%) и носило временный характер (2-3 месяца). Клиническое состояние 243 (61%) больных осталось без изменения. При этом средняя продолжительность наблюдения женщин с ошибочным диагнозом «Хронический сальпингоофорит» составила в среднем  $6,2 \pm 1,2$  года.

Гормональная терапия кломифеном до установления правильного диагноза проводилась 52 (61,2%) пациенткам, кломифеном в сочетании с дексаметазоном – 33 (38,8%), однако ее назначение ни в одном случае не привело к наступлению беременности.

При лапароскопии у всех пациенток маточные трубы были проходима, фимбриальные отделы не имели видимой патологии.

При гистологическом исследовании биоптатов секреторная трансформация эндометрия во II фазу менструального цикла отмечена также у всех пациенток.

## Обсуждение

При анализе особенностей проявлений болевого синдрома в зависимости от степени распространения наружного генитального эндометриоза нам не удалось обнаружить какой-либо корреляционной зависимости. Наши данные о частоте и характере болевого синдрома у женщин с наружным генитальным эндометриозом в целом совпадают с результатами проведенных ранее исследований [1, 2], и также свидетельствуют об отсутствии взаимосвязи между тяжестью и характером поражений и особенностями болевого синдрома. Более того, при сравнении

частоты болевого синдрома у женщин с наружным генитальным эндометриозом, с частотой подобных жалоб в популяции фертильных женщин и больных с перитонеальной формой бесплодия и непроходимыми маточными трубами мы обнаружили, что болевой синдром встречается у 65% и 69% женщин этих групп соответственно. Таким образом, различные проявления болевого синдрома не являются редкостью у женщин, у которых эндометриоз обнаружен не был, подтверждая мнение [6] о том, что на основании лишь клинических проявлений в каждом конкретном случае поставить диагноз эндометриоза чрезвычайно трудно.

О необходимости изыскания способов ранней диагностики эндометриоза свидетельствуют, в частности, данные анализа проведенного ранее лечения у женщин с наружным генитальным эндометриозом и бесплодием, указывающие на то, что большинство (88,1%) пациенток безуспешно получали различные виды противовоспалительной и гормональной терапии. При этом 72,6% всех обследованных (без достаточных оснований) многократно проводилась противовоспалительная терапия, как правило, не приводив-

шая к улучшению клинического состояния, а в 23,1% приведшая к ухудшению состояния. Стимулирующая гормональная терапия не привела к наступлению беременности ни у одной из наблюдаемых больных, что может быть косвенным свидетельством против чисто гормональных причин бесплодия у женщин с наружным генитальным эндометриозом.

Таким образом, анализ данных клинического обследования, данных анамнеза больных с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом, и сопоставление их с данными обследования женщин контрольных групп (пациентки с перитонеальной формой бесплодия, фертильная популяция) свидетельствуют о том, что у женщин с бесплодием такие типичные для наружного генитального эндометриоза проявления болевого синдрома, как дисменорея, диспареуния, не связанные с менструальным циклом тазовые боли, дисхезия, хотя и встречаются в различных сочетаниях у подавляющего числа обследованных, сами по себе не могут служить достаточным критерием при диагностике наружного генитального эндометриоза, так как эти симптомы, как показали наши исследования, достаточно часто

встречаются у больных с бесплодием при отсутствии наружного генитального эндометриоза.

Мнение о невозможности постановки достоверного диагноза эндометриоза на основании лишь клинических проявлений высказывались рядом исследователей ранее [2, 7], однако в этих исследованиях отсутствуют сведения о сравнении частоты болевого синдрома у женщин с эндометриозом и при отсутствии этого заболевания, а также в популяции фертильных женщин. Вместе с тем результаты сопоставления данных о клинических проявлениях эндометриоза с данными стандартного обследования женщин в связи с бесплодием (анамнез, гистеросальпингография, данные измерения базальной температуры) свидетельствуют о том, что для женщин с бесплодием при наличии у них наружного генитального эндометриоза чрезвычайно характерным является сочетание болевого синдрома с регулярным двухфазным менструальным циклом, проходными маточными трубами (по данным гистеросальпингографии), при отсутствии эффекта от стимулирующей гормональной терапии, отсутствии достоверных данных за перенесенное воспаление придатков матки, и отсутствие эффекта от проводимой противовоспалительной терапии. Такое сочетание, на наш взгляд, может служить достаточным основанием для постановки диагноза наружного генитального эндометриоза у этой категории больных.

В связи с изложенным, схема обследования женщин с бесплодием при подозрении на наружный генитальный эндометриоз выглядит следующим образом (рис. 3).

Результаты исследования показали, что сочетание всех вышеперечисленных признаков с высокой степенью вероятности позволяет поставить точный диагноз. Учитывая прогрессирующий характер заболевания, невозможность без прямого визуального осмотра органов малого таза определить степень и характер поражений, а также относительно невысокий процент эффективности консерва-

Рисунок 3. Клиническая диагностика наружного генитального эндометриоза у женщин с бесплодием



тивной терапии [7, 8], мы рекомендуем как можно раньше проводить лапароскопию, которая позволяет установить точный диагноз, оценить состояние органов малого таза и провести оперативное лечение в необходимом объеме.

#### Литература

1. Бакер М. А. Роль эндоскопических методов в диагностике и лечении при эндометриодных кистах у женщин с бесплодием: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1992.
2. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1990.
3. Дошанова А. М. Состояние репродуктивной системы больных малыми формами эндометриоза: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1984 — с. 16.
4. Конинкс П. и соавторы. Корреляция между эндометриозом и синдромом тазовых болей // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней — М., 2000. — С. 345–349 (пер. с англ.).
5. Кулаков В. И., Адамян Л. В. // Акушерство и гинекология. — 1994. — № 5. — С. 3–6.

6. Пшеничникова Т. Я. Бесплодие в браке. М.: Медицина., 1991.
7. Репродуктивная эндокринология. В 2 томах. Том 2: Пер. с англ. / Под ред. С. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. — М.: Медицина, 1998.
8. Саидова Р. А. Эндометриоз: клиника, диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. — Том 7. — № 18 (100). — 1999.
9. Brosens I. A. // International congress on endometriosis with advanced endoscopic course — Moscow, 1996. — P. 69–74.
10. Haney A. F., Jenkins S., Weinberg J. B. The stimulus responsible for the peritoneal fluid inflammation observed on infertile women with endometriosis // Fertil. Steril. — 1991. — Vol. 56. — P. 408.
11. Prentice A. Endometriosis // BMJ. — 2001. — Vol. 323. — P. 93–5.
12. Thomas E. J. Endometriosis & infertility a continuing debate // In R. Show Endometriosis. — Butler & Tanner, London. — 1990. — P. 107.
13. Winkel C. A. Role of a symptom-based algorithmic approach to chronic pelvic pain. // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2001. — Sep.; 74 Suppl. — P. 15–20.