**Тиханский Д. С., Горячева Я. С.**

**ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**кафедра акушерства и гинекологии №2**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Паращук Ю.С.**

Эндометриоз является патологическим процессом, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани, подобной по структуре и функциям к эндометрию, за пределами слизистой оболочки матки. В клинике эндометриоза ведущими являются болевой синдром и бесплодие. Согласно данным Международной ассоциации эндометриоза от данной болезни страдают примерно 176 миллионов женщин во всем мире и, примерно, половина из них являются бесплодными, что не вызывает сомнений в актуальности данной темы.

Цель работы: изучить данные некоторых физических и лабораторных методов обследования у бесплодных женщин, больных эндометриозом и определить основные причины, приведшие к бесплодию.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 40 пациенток с эндометриозом, страдающих бесплодием и 10 соматически здоровых женщин (контрольная группа). Все женщины были одной возрастной группы от 20 до 45 лет. Проведен анализ анамнеза жизни, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Диагноз эндометриоз поставлен на основании клинических проявлений (синдром тазовой боли, аномальные маточные кровотечения), данных брюшностеночно-влагалищного обследования и УЗИ. Всем женщинам основной группы была проведена гистероскопия, 20 (50%) – лапароскопия с хромосальпингографией. Также исследовался гормональный профиль (фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны на 2-7 день менструального цикла, прогестерон — на 21-24 день менструального цикла).

Результаты исследований. У 10 (25%) женщин при проведении лапароскопии с хромосальпингографией была обнаружена окклюзия маточных труб в результате прорастания гетеротопий в их просвет, у 8 (20%) женщин была обнаружена облитерация маточных труб в результате формирования перитубарных спаек. У 13 (32.5%) при проведении гормонального исследования было обнаружено снижение уровня прогестерона (3,2±0,1 нмоль/л против 7,5–89,0 нмоль/л, р<0,05). У 9 (22.5%) пациенток было выявлено повышение уровня фолликулостимулирующего гормона (13,2±0,1 мЕД/мл против 1,3-9,9 мЕД/мл, р<0,05) и снижение показателей лютеинизирующего гормона (0,97±0,3 мЕД/мл против 1,67 - 15,0 мЕД/мл, р<0,05). Женщины контрольной группы не имели отклонений в данных гормональных и инструментальных исследований. На основании полученных данных можно считать, что бесплодие у больных эндометриозом вызвано как нарушением проходимости маточных труб, так и гормональными нарушениями, либо их сочетанием.

Выводы. Бесплодие у больных эндометриозом является патологией, сочетающей в себе несколько причин. В связи с этим лечение эндометриоза должно быть комплексным и направленным как непосредственно на устранение гетеротопий, так и на коррекцию гормонального дисбаланса и проходимости маточных труб.