Феськов В.А., Пионтковская О.В., Благовещенский Е.В., Выговская Л.А.,

Гнатенко О.В.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЫ ЭКО

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,

Научный руководитель - д.мед.н. Тучкина И.А.

Актуальность. Среди всех локализаций наружного эндометриоза поражение яичников занимает первое место (70% больных). Частота рецидивирующих эндометриодных кист составляет до 10 - 15%. Особую проблему представляют рецидивирующие кисты у пациенток, планирующих программу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Не вызывает сомнений необходимость оперативного лечения эндометриоидных кист яичников. В то же время недостаточно конкретизирована тактика лечения. Дискуссионным остается вопрос о проведении гормональной терапии в пред- и послеоперационном периодах.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования агонистов гонадотропин рилизинг-гормона (а-ГнРГ) при подготовке пациенток к оперативному лечению при рецидивирующих эндометриоидных кистах яичников.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное исследование 36 пациенток с рецидивирующими эндометриоидными кистами яичников средним диаметром более 3 см. Средний возраст больных составил 32,0±4,5 года, средняя продолжительность бесплодия 6,0±2,5 года. Первичное бесплодие диагностировано у 64% случаев, вторичное - в 36%. Для сравнения результатов рандомизированным методом сформировано I и II группы по 18 женщин. III группу сравнения составили 25 пациенток с трубным фактором бесплодия и нормальными показателями овариального резерва. Пациентки I группы на подготовительном этапе программы ЭКО в течение 3 месяцев получали а-ГнРГ в дозе 3,75 мг в месяц после чего им была проведена лапароскопия. Пациенткам П группы быта проведена лапароскопия без предварительного использования а-ГнРГ. Всем пациенткам быта выполнена программа ЭКО по длинному протоколу с использованием рекомбинантного ФСГ (Gonal-f, Serono) на фоне подавления функции аденогипофиза а-ГнРГ (Люкрин депо, 3,75 мг).

Результаты и их обсуждения. При выполнении лапароскопии 13 (72,2%) пациенткам I и 6 (33,3%) пациенткам II группы удалось провести вылущивание капсулы кисты с последующей аргоноплазменной коагуляцией ложа кисты. У 5 (27,7%) пациенток I и 12 (66,6%) пациенток II групп при вылущивании капсулы кисты пришлось резецировать ткань яичника, так как имело место интимное сращение капсулы кисты с подлежащими тканями. У пациенток II группы отмечено увеличение суммарной дозы гонадотропинов и количество дней стимуляции в программах ЭКО в сравнении с I и III группами. У пациенток II группы в 2-х случаях имела место отмена стимуляции из-за низкого ответа яичников. Количество полученных ооцитов и количество зрелых ооцитов было ниже во II группе в сравнении с I и III группами. Общее количество эмбрионов и количество эмбрионов 1-2 качества, полученных в I и III группах, не имело статистически значимых отличий. Процент наступления беременности у пациенток II группы (12%) был ниже, чем у пациенток I (33,3%) и III групп (38,8%).

Выводы. Использование а-ГнРГ способствует проведению щадящего оперативного лечения у женщин с эндометриоидными кистами, с максимальным сохранением овариальной ткани, что в свою очередь дает возможность получить большее количество яйцеклеток и эмбрионов при проведении программ вспомогательных репродуктивных технологий и таким образом повысить частоту наступления беременности.