

**К.В.Краснопольская**

**ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ  
ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ:  
ВЗГЛЯД РЕПРОДУКТОЛОГА**

УДК 618.14-006.5:618.177  
ББК 57.12  
К78

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Книга предназначена для медицинских работников.*

### **Краснопольская К.В.**

**К78** Лечение бесплодия при эндометриозе: взгляд репродуктолога / К.В.Краснопольская. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 112 с. : ил.  
ISBN 978-5-00030-620-8

В настоящем издании рассматривается актуальная проблема современной репродуктивной медицины – лечение бесплодия, ассоциируемого с генитальным эндометриозом разных локализаций.

Представлены современные данные об этиологии, эпидемиологии, патогенезе, гистоморфологических и клинических проявлениях генитального эндометриоза, поражающего брюшину малого таза в области половых органов, яичники, матку и ретроцервикальную область. Приводится обзор существующих диагностических методов, применяемых для выявления и оценки распространенности разных форм генитального эндометриоза. Рассматриваются алгоритмы лечения эндометриоз-ассоциированного бесплодия с применением фармакологических и хирургических средств восстановления естественной фертильности и с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, основанных на процедуре экстракорпорального оплодотворения. Даны практические советы по ведению инфертильных пациенток с эндометриозом с учетом тяжести заболевания, определяемой на основе эндоскопических и неинвазивных методов визуализации, а также возраста пациенток и состояния их овариального резерва.

Предназначено для практикующих врачей-репродуктологов (акушеров-гинекологов), занимающихся проблемой бесплодного брака.

УДК 618.14-006.5:618.177  
ББК 57.12

ISBN 978-5-00030-620-8

© Краснопольская К.В., 2019  
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2019



## СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения .....	4
Предисловие .....	5
1. Современные представления об эндометриозе и его связи с бесплодием .....	8
2. Диагностика генитального эндометриоза и оценка состояния овариального резерва при данном заболевании .....	34
3. Лечение бесплодия при различных формах генитального эндометриоза .....	54
Заключение .....	98
Литература .....	99

## ПРЕДИСЛОВИЕ

До настоящего времени истинные причины эндометриоза не установлены, и это пока является непреодолимым препятствием для разработки по-настоящему этиотропной терапии этого заболевания. Следует подчеркнуть, что, когда говорят о «лечении эндометриоза», на самом деле имеют в виду те или иные лечебные мероприятия, ставящие целью устранение отдельных симптомов, заставляющих пациентку обращаться за помощью, а не действительное излечение от этого заболевания.

Хорошо известно, что для женщин с эндометриозом приоритетом в лечении чаще всего является установка на избавление от болевого синдрома, проявляющегося с той или иной интенсивностью (вплоть до непереносимых болей) в виде альгоменореи, хронической тазовой боли и диспареунии. Для устранения эндометриоз-ассоциированных болей с давних пор используют хирургические (с разной степенью радикальности) и консервативные (гормональную супрессивную терапию [ГСТ], направленную на создание гипоэстрогенного состояния или усиление эффектов прогестерона) методы. Совершенствование хирургических методик (связанное с широким внедрением в клиническую практику лапароскопической техники, а в последнее время – робот-ассистированных операций), а также увеличение числа лекарственных препаратов для ГСТ заметно улучшили результаты лечения, если оценивать его как способность устранять ассоциируемую с эндометриозом болевую симптоматику. Однако терапевтический потенциал этих методов остается до настоящего времени очень скромным в тех случаях, когда приоритетом для пациентки с эндометриозом является не устранение болевого синдрома, а преодоление эндометриоз-ассоциированного бесплодия. Свидетельством этого является достаточно низкая частота восстановления естественной фертильности (наступления спонтанной беременности) после выполненного хирургического (органосохраняющего) лечения и консервативной терапии, ставящих целью либо хирургическую экцизию пораженных участков (non radical «extirpative» surgery), либо подавление активности эндометриоидных гетеротопий путем гормональной супрессии.

Важно отметить, что в последнюю треть XX в., помимо прогресса в хирургических областях и в клинической фармакологии, произошло весьма знаменательное событие, которое в корне «изменило лицо» репродуктологии, фактически превратив ее в самостоятельную клиническую

дисциплину. Таким событием стала разработка метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), позволяющего эффективно преодолевать практически все известные формы женского и мужского бесплодия. Заслуживает внимания тот факт, что ЭКО успешно обеспечивает наступление беременности и при так называемом необъяснимом бесплодии, когда причину infertility не удается выявить при использовании любых из существующих диагностических методов. Такие терапевтические возможности ЭКО имеют особую значимость для лечения эндометриоз-ассоциированного бесплодия, поскольку объясняющие его механизмы носят лишь предположительный характер, что собственно и вынуждает относить пациенток с эндометриозом к контингенту женщин с необъяснимым бесплодием. И поскольку необъяснимое бесплодие является прямым показанием к назначению ЭКО, вполне закономерно, что эндометриоз-ассоциированное бесплодие (с его не до конца расшифрованными механизмами) также имеет все основания рассматриваться как показание к использованию указанной процедуры.

Очевидно, что возможность применения технологии ЭКО для преодоления эндометриоз-ассоциированного бесплодия ставит вопрос о том, как она должна соотноситься с хирургическими методами и ГСТ в общей тактике, ставящей приоритетом достижение беременности. Этот вопрос достаточно сложен. С одной стороны, методы восстановления естественной фертильности у отдельных больных эндометриозом могут действительно оказаться эффективными и избавят их от необходимости продолжения лечения с использованием достаточно затратной процедуры ЭКО. С этой точки зрения представляется оправданным первоначально использовать лечение, ставящее целью достижение спонтанной беременности.

С другой стороны, применение методов восстановления естественной фертильности в случаях их неэффективности (что достаточно часто наблюдается у пациенток с эндометриозом) вполне способно ухудшать результаты последующего применения ЭКО, вынуждая увеличивать количество его дорогостоящих попыток. Причиной этого становится усугубление воздействия на овариальный резерв возрастного фактора, находящегося в прямой зависимости от продолжительности периода ожидания наступления спонтанной беременности, а также возможная избыточная редукция фолликулярного аппарата из-за хирургической травмы яичников, что может иметь место при удалении эндометриом. Провоцировать снижение способности яичников адекватно реагировать на гонадотропиновую стимуляцию в программах ЭКО может и длительная супрессивная антиэстрогенная терапия, широко используемая для подавления эндометриоз-ассоциированных болей. Эти наблюдения поддерживают мнение о целесообразности назначения в качестве «первой линии» лечения бесплодия при эндометриозе именно ЭКО, а не средств восстановления естественной фертильности.

Следует также учитывать, что при тех обстоятельствах, когда ЭКО с самого начала рассматривается как безальтернативное средство для достижения беременности, вполне возможно стартовое хирургическое лечение эндометриоза, которое направлено на улучшение клинических исходов дан-

ной процедуры. Т.е. одни и те же хирургические методы, которые в одних случаях используются как самостоятельные средства преодоления бесплодия, в других ситуациях играют роль подготовительной (вспомогательной) терапии к использованию ЭКО. Необходимость в такой подготовке возникает тогда, когда ассоциируемые с эндометриозом образования (например, узлы, деформирующие полость матки, при узловом аденомиозе или крупные эндометриодные кисты яичников) создают явную потенциальную угрозу для успешной реализации терапевтического потенциала ЭКО.

Таким образом, не может быть в принципе какого-то одного «универсального» подхода к преодолению эндометриоз-ассоциированного бесплодия, жестко регламентирующего набор и порядок использования средств, ставящих целью достижение беременности. Тем не менее не приходится сомневаться, что важнейшими факторами, которые должны приниматься во внимание при составлении индивидуального плана лечения бесплодия при эндометриозе, являются его форма (по локализации) и стадия распространения, определяющая тяжесть заболевания, а также возраст пациентки и состояние ее овариального резерва. Для оказания реальной помощи специалистам-репродуктологам (акушерам-гинекологам) в ведении инфертильных пациенток с эндометриозом и написана эта монография, представляющая все возможные алгоритмы преодоления эндометриоз-ассоциированного бесплодия с учетом проявления заболевания и особенностей состояния пациентки, влияющих на клинические исходы лечения.

Данная монография может служить руководством для репродуктологов, которые по роду своей профессиональной деятельности достаточно часто имеют дело с инфертильными женщинами, страдающими эндометриозом. Автор уверен, что использование на практике приводимых в монографии рекомендаций будет способствовать максимально полному раскрытию терапевтического потенциала средств и методов, используемых в репродуктологии при лечении эндометриоз-ассоциированного бесплодия.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭНДОМЕТРИОЗЕ И ЕГО СВЯЗИ С БЕСПЛОДИЕМ

## 1.1. Терминология и классификация форм и стадий распространения эндометриоза

Согласно общепринятому определению, эндометриоз – это патологический процесс, характеризующийся разрастанием эндометриоидоподобной ткани за пределами границ нормальной локализации эндометрия. В классификации МКБ-10 приводятся формы эндометриоза, объединяемые в одну нозологическую группу с учетом общности их гистоморфологических особенностей, проявляемых в обязательном наличии эндометриоидоподобных желез и цитогенной основы в патологических очагах (табл. 1.1).

По локализации (топографо-анатомическому принципу) эндометриоз традиционно разделяют на генитальный и экстрагенитальный (рис. 1.1).

*Генитальный эндометриоз* предполагает поражение наружных и внутренних половых органов, тогда как при *экстрагенитальном эндометриозе* гетеротопии топографически не связаны с областью малого таза и могут обнаруживаться в любых других участках организма. Генитальный эндоме-

**Таблица 1.1.** Формы эндометриоза по МКБ-10

Код по МКБ-10	Выделяемые формы заболевания
N80	Эндометриоз
N80.0	Эндометриоз матки
N80.1	Эндометриоз яичников
N80.2	Эндометриоз маточной трубы
N80.3	Эндометриоз тазовой брюшины
N80.4	Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища
N80.5	Эндометриоз кишечника
N80.6	Эндометриоз кожного рубца
N80.8	Другой эндометриоз
N80.9	Эндометриоз неуточненный



**Рис. 1.1.** Топографо-анатомическая классификация форм эндометриоза.

триоз, в свою очередь, разделяют на наружный и внутренний. Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) является собирательным понятием и включает:

- **перитонеальный эндометриоз** (ПЭ), обуславливающий поражение брюшины малого таза в области половых органов;
- **эндометриоз яичников**, проявляющийся в виде поверхностно расположенных гетеротопий или эндометриоидных кист яичников (ЭКЯ);
- **экстраперитонеальный эндометриоз** (поражение половых органов, не покрытых брюшиной), к которому относят:
  - **ретроцервикальный эндометриоз** (РЦЭ), характеризующийся локализацией поражений в проекции задней поверхности шейки матки и ее перешейка, на уровне крестцово-маточных связок в ректовагинальной клетчатке с возможным инфильтративным захватом



дугласового пространства, заднего свода влагалища и влагалищно-прямокишечного углубления, прилежающих участков мочевого пузыря, мочеточников, серозного покрова прямой и сигмовидной кишки;

– *эндометриоз с поражением наружных половых органов, влагалища, влагалищной порции шейки матки.*

Термин *внутренний эндометриоз*, или *аденомиоз*, используется для обозначения эндометриоза тела матки, ее перешейка и интерстициальных отделов маточных труб.

Очевидно, что для репродуктологов, которые в силу своей профессиональной заинтересованности ставят терапевтической целью именно преодоление ассоциированного с эндометриозом бесплодия (а не лечение других клинических проявлений этого заболевания), актуален исключительно генитальный эндометриоз. При этом необходимо указать, что статистически значимую связь с бесплодием имеют четыре выделяемые формы генитального эндометриоза – ПЭ, ЭКЯ, аденомиоз и РЦЭ. Каждая из этих форм имеет собственную классификацию, которая характеризует ее тяжесть по степени (стадии) распространения патологического процесса. С учетом этого обстоятельства представляется полезным рассмотреть каждую из этих форм с учетом распространенности патологического процесса при выделяемых формах генитального эндометриоза. Понимание патологического процесса помогает репродуктологам верно выбрать средства преодоления бесплодия, которые включают хирургические методы, консервативную (ГСТ) терапию и ЭКО.

### 1.1.1. Перитонеальный эндометриоз

Для оценки стадии распространения (и, соответственно, тяжести) ПЭ в наибольшей степени подходит пересмотренная в 1985 г. Классификация Американского общества по проблемам фертильности (табл. 1.2). Традиционно она обозначается как «классификация R-AFS». Данная классификация является сугубо эндоскопической и учитывает визуально определяемую при лапароскопии глубину инвазии и площадь эндометриоидных гетеротопий, а также выраженность спаечного процесса. Классификация R-AFS основана на принципе количественной оценки тяжести эндометриоза, при которой по балльной системе характеризуются анатомические признаки заболевания, суммирование которых позволяет определить степень (стадию) распространения патологического процесса. В соответствии с этой классификацией выделяют минимальную (1–5 баллов), легкую (6–15 баллов), умеренную, или среднетяжелую (16–40 баллов), и тяжелую (>40 баллов) стадии ПЭ.

### 1.1.2. Эндометриоз яичников

Для характеристики выраженности поражения яичников при эндометриозе может быть использована Классификация эндометриоидных кист яичников

**Таблица 1.2.** Пересмотренная балльная классификация эндометриоза Американского общества по проблемам фертильности (Revised American Fertility Society classification of endometriosis [R-AFS], 1985)

Эндометриозидные гетеротопии					
Локализация	Характер эндометриоза (глубина поражения)	Площадь поражения (оценка в баллах)			
		<1 см	1–3 см	>3 см	
<b>Брюшина<sup>1</sup></b>	поверхностный	1	2	2	
	глубокий	2	4	6	
<b>Яичники<sup>2</sup></b>	<b>правый</b>	поверхностный	1	2	4
		глубокий	4	16	20
	<b>левый</b>	поверхностный	1	2	4
		глубокий	4	16	20
<b>Облитерация позадидматочного пространства<sup>3</sup></b>	частичная		4		
	полная		40		
Спайки					
Локализация	Характер спаек	Площадь поражения (оценка в баллах)			
		вовлечено менее 1/3	вовлечено от 1/3 до 2/3	вовлечено более 2/3	
<b>Яичники</b>	<b>правый</b>	тонкие	1	2	4
		плотные	4	8	16
	<b>левый</b>	тонкие	1	2	4
		плотные	4	8	16
<b>Маточная труба</b>	<b>правая</b>	тонкие	1	2	4
		плотные	4 <sup>4</sup>	8 <sup>4</sup>	16
	<b>левая</b>	тонкие	1	2	4
		плотные	4 <sup>4</sup>	8 <sup>4</sup>	16

<sup>1</sup> Поверхность матки также принимается за брюшину.

<sup>2</sup> При отсутствии у пациентки придатков с одной стороны сумма баллов для оставшейся трубы или яичника удваивается.

<sup>3</sup> Облитерацию позадидматочного пространства следует интерпретировать как частичную в тех случаях, когда, несмотря на облитерацию, ниже маточно-крестцовых связок видны участки неизменной брюшины. Облитерацию позадидматочного пространства следует считать полной, если ниже маточно-крестцовых связок не визуализируется неизменная брюшина.

<sup>4</sup> Если фимбриальный конец трубы запаян, изменения следует оценивать в 16 баллов.

по Л.В.Адамян и В.И.Кулакову (1998) (табл. 1.3). Данная классификация ЭКЯ также является эндоскопической и учитывает визуально определяемые при лапароскопии особенности проявлений яичникового эндометриоза.

Недостатком классификации Л.В.Адамян и В.И.Кулакова, с точки зрения репродуктологов, является то, что в ней не принимается во внимание ряд особенностей ЭКЯ, в частности, являются ли они одиночными или множественными, а также впервые обнаруженными или рецидивными (после

Таблица 1.3. Классификация ЭКЯ (Адамян Л.В., Кулаков В.И., 1998)

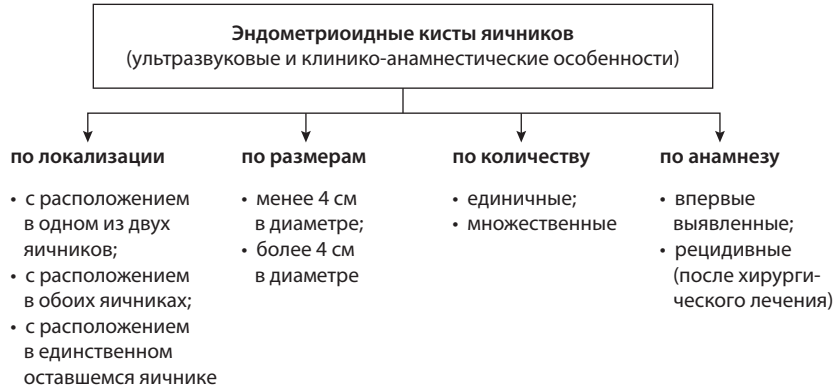
Стадия распространения	Визуальные проявления при лапароскопии
I	Мелкие точечные эндометриоидные образования на поверхности яичников, брюшине маточно-прямокишечного пространства без формирования кистозных полостей
II	Эндометриоидная киста одного из яичников размером не более 5–6 см с мелкими эндометриоидными включениями на брюшине малого таза. Определяется незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника
III	Эндометриоидные кисты обоих яичников. Эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника
IV	Двусторонние эндометриоидные кисты больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс

хирургического лечения). Учет этих особенностей эндометриом важен для составления индивидуальных планов лечения бесплодия у женщин с ЭКЯ (см. разд. 3.2). Кроме того, для характеристики имеющихся ЭКЯ, в отличие от характеристики степени тяжести ПЭ, с точки зрения репродуктологов, вполне достаточно обойтись экспертной эхографией вместо лапароскопии. Это связано с тем, что размеры и количество кистозных образований, а также их локализацию (одно- или двустороннюю) можно достаточно легко определить по данным УЗИ, а происхождение ЭКЯ (рецидивные или нет) – по данным анамнеза. С учетом этого представляется целесообразным рекомендовать репродуктологам при составлении индивидуальных планов лечения бесплодия у больных с ЭКЯ при оценке тяжести поражения яичников ориентироваться на классификацию К.В.Краснопольской (2017), представленную на рисунке 1.2.

В предложенной классификации отражаются именно те УЗ- и клиничко-анамнестические характеристики эндометриом, которые влияют на овариальный резерв. Учет особенностей выявленных ЭКЯ с точки зрения их вероятного воздействия на состояние овариального резерва очень важен при решении вопроса о первоочередности использования хирургических методов или ЭКО при лечении бесплодия, ассоциируемого с эндометриозом яичников.

Что касается трактовки результатов лапароскопии (если ее выполняют у пациенток с ЭКЯ), то обнаруживаемые гетеротопии на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине со спаечным процессом в области придатков матки и малого таза не следует расценивать как проявление только ЭКЯ. В таких случаях, по нашему мнению, более логично констатировать сочетание ЭКЯ с ПЭ, степень тяжести которого целесо-

## 1.1. Терминология и классификация форм и стадий распространения эндометриоза



**Рис. 1.2.** Классификация ЭКЯ, рекомендуемая к использованию при составлении индивидуальных планов лечения бесплодия у инфертильных пациенток с эндометриозами (Краснопольская К.В., 2017).

образно характеризовать отдельно в соответствии с Классификацией R-AFS (см. табл. 1.2).

Таким образом, мы придерживаемся мнения, что при характеристике ЭКЯ необходимо использовать критерии, касающиеся только патологических проявлений на уровне яичников, а не окружающих их структур и органов малого таза, как это предусматривается в классификации Л.В.Адамян и В.И.Кулакова. Если же помимо ЭКЯ обнаруживаются проявления генитального эндометриоза других локализаций (ПЭ, аденомиоз или РЦЭ), то это следует расценивать как их сочетание, а не стадию распространения эндометриоза яичников.

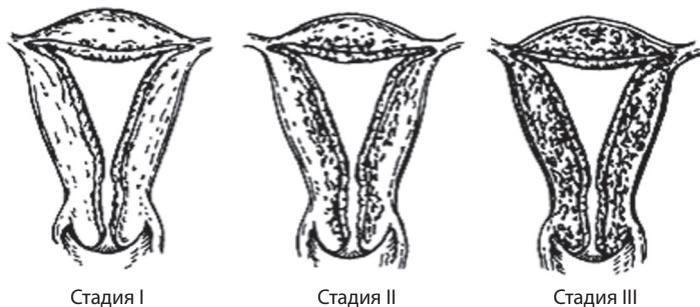
### 1.1.3. Аденомиоз

С учетом глубины распространения гетеротопических очагов в стенках матки выделяют четыре гистоморфологические стадии аденомиоза диффузной формы (Адамян Л.В., Андреева Е.Н., 1997) (рис. 1.3):

- стадия I – инвазия железисто-стромальных структур эндометрия ограничена подслизистой оболочкой тела матки;
- стадия II – проникновение гетеротопических очагов в мышечные слои до середины миометрия;
- стадия III – распространение эндометриоидных элементов за середину миометрия до серозного покрова;
- стадия IV – вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

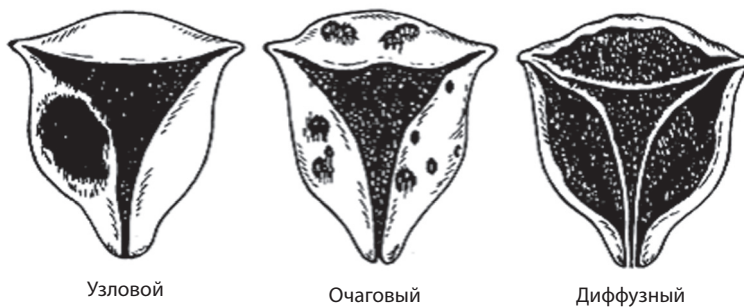
Помимо диффузного аденомиоза отдельно выделяют его очаговую и узловую формы, которые представляют собой объемные образования (см. рис. 1.3). Общими гистопатологическими характеристиками этих образований являются присутствие эндометриальных стромальных и эпите-

## Стадии аденомиоза в зависимости от распространенности процесса

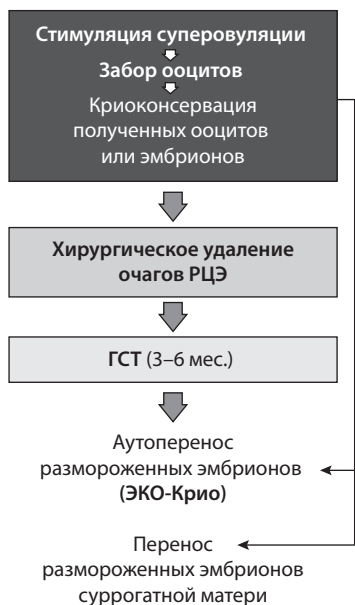


Стадия IV

## Формы аденомиоза



**Рис. 1.3.** Гистоморфологическая классификация аденомиоза (по Л.В.Адамян, Е.Н.Андреевой, 1997).



**Рис. 3.15.** Лечение бесплодия при тяжелом диффузном аденомиозе (III стадия распространения по УЗИ-критериям), сочетающемся с РЦЭ.

рованной беременности. Причем до пациентки следует довести, что такой негативный прогноз определяется наличием у нее именно тяжелого диффузного аденомиоза, а не РЦЭ. Реальным выходом из сложившейся ситуации для таких больных является выполнение программы суррогатного материнства, предусматривающей использование собственных ооцитов.

Если лечение бесплодия с привлечением суррогатной матери представляется для пациентки неприемлемым, то в качестве альтернативы можно рекомендовать модификацию ЭКО, предусматривающую проведение 3–6-месячной ГСТ на этапе между получением и переносом эмбрионов (как это описано в разделе 3.3.1) и хирургическое удаление очагов РЦЭ перед ее назначением (рис. 3.15). Однако следует иметь в виду, что даже такой вариант ЭКО лишь ненамного может улучшить клинические исходы лечения, которые у подавляющего большинства женщин с диффузным аденомиозом III стадии распространения все равно будут оставаться крайне неудовлетворительными.

Как уже отмечалось, действительно эффективным решением проблемы бесплодия для больных тяжелым диффузным аденомиозом, сочетающимся или не сочетающимся с РЦЭ, является ЭКО ооцитов пациентки и вынашивание индуцированной беременности суррогатной матерью.

При всех описанных вариантах лечения бесплодия у инфертильных пациенток с сочетанием РЦЭ и аденомиоза в случаях удаления очагов РЦЭ следует предусмотреть как минимум 3-месячный курс послеоперационной ГСТ. Ее назначение ставит целью выключение репродуктивной функции (и, соответственно, возможности спонтанной беременности) в период повышенного риска отсроченных послеоперационных осложнений, топографически связанных с оперированными участками.

Для больных, которым удаляют не только очаги РЦЭ, но и аденомиозные узлы из стенки матки, продолжительность послеоперационной ГСТ может быть увеличена до 6 мес., что объясняется необходимостью предупреждения спонтанной беременности до момента образования полноценного рубца на матке. Факт формирования полноценной рубцовой ткани (занимающего обычно от 4 до 6 мес.) в оперированных участках матки должен быть подтвержден по данным УЗИ (удовлетворительная толщина эндометрия в про-

екции рубца и отсутствие визуализации рубцовой ткани) и ЦДС (адекватная васкуляризация).

У пациенток с сочетанием РЦЭ и диффузного аденомиоза III стадии распространения после удаления очагов РЦЭ период послеоперационной ГСТ также следует увеличить с 3 до 4–6 мес. (см. рис. 3.15). Такая тактика, предусматривающая более продолжительную супрессию эстрогенообразующей функции яичников, рассчитана на создание условий для последующей нормализации эндометриального гомеостаза, который нарушается в наибольшей степени при тяжелом диффузном аденомиозе.

Резюмируя материал, представляющий подходы к преодолению бесплодия у женщин с РЦЭ, сочетающимся с другими формами генитального эндометриоза, приходится констатировать, что выбор оптимальной тактики ведения таких больных (как и любых других пациенток с множественными по локализации эндометриоидными поражениями) нередко оказывается очень непростой задачей. В связи с этим необходимо подчеркнуть, что специалисты первичного звена, испытывающие затруднения при составлении индивидуальных планов лечения бесплодия у пациенток с множественными проявлениями эндометриозного процесса, должны рекомендовать таким больным обращаться в головные специализированные учреждения (например, в МОНИИАГ), располагающие необходимым опытом оказания эффективной репродуктологической помощи при сочетанных формах генитального эндометриоза.

### **3.5. Подходы к преодолению бесплодия, ассоциированного с глубоким инфильтративным эндометриозом**

При составлении индивидуальных планов преодоления бесплодия у пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом следует учитывать, к какой именно форме по локализации патологического процесса относится диагностированный вариант течения заболевания – ПЭ, ЭКЯ, аденомиоз или РЦЭ.

#### **3.5.1. Глубокий инфильтративный эндометриоз перитонеальной локализации**

Необходимо подчеркнуть, что факт глубокого проникновения обнаруживаемых эндометриоидных гетеротопий перитонеальной локализации в подлежащие ткани можно подтвердить только после их рассечения. После удаления патологических очагов, выполняемого с использованием оперативной лапароскопии, дальнейшее ведение инфертильных пациенток при лечении бесплодия должно быть абсолютно таким же, как и женщин с ПЭ III–IV стадии распространения по классификации R-AFS (см. разд. 3.1.2 и рис. 3.2). Среди прочего это означает отказ от выжидательной тактики,



рассчитанной на возможность спонтанной беременности после выполненного хирургического лечения, в пользу ургентного (через 2–3 цикла) ЭКО. Данная рекомендация аргументируется тем, что полное удаление очагов ПЭ, характеризующихся глубокой инвазией эндометриoidных гетеротопий в подлежащие структуры, гарантировать невозможно. Сохранение же неудаленной эндометриoidной ткани провоцирует скорый рецидив патологического процесса с возобновлением его негативного влияния на естественную фертильность, что создает препятствие наступлению спонтанной беременности в послеоперационном периоде.

### **3.5.2. Глубокий инфильтративный эндометриоз яичниковой локализации**

Исходя из предлагаемой классификации DIE (см. рис. 1.4), всех женщин с ЭКЯ следует рассматривать как пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом. Это заключение вытекает из положения о том, что при эндометриозе яичников сам факт формирования полостного образования (т.е. эндометриoidной кисты) уже является свидетельством глубокой инвазивности патологического процесса. По этой причине будет правомочным констатировать наличие глубокого инфильтративного эндометриоза при любых ЭКЯ, различающихся размерами, количеством и месторасположением в одном или обоих яичниках.

Лечение бесплодия у больных с ЭКЯ, предполагающее рациональное использование хирургических методов и ЭКО, основано на принципах, подробно представленных в разделе 3.2 и учитывающих:

- УЗ-характеристики лоцируемых кистозных образований (объем, количество, поражение одного или обоих яичников);
- историю возникновения обнаруженных эндометриом (впервые диагностированные или рецидивные);
- степень онкологической опасности, оцениваемой по данным методик инструментальной визуализации (УЗИ в динамике 2–3 циклов, в сложных случаях – УЗИ с контрастированием, ЦДС, МРТ, КТ) и по уровню определяемых в крови онкомаркеров (HE4 и СА 125 с расчетом индекса ROMA, СА 19-9, СЕА и АФП);
- возраст пациенток ( $\leq 35$  лет или  $> 35$  лет) и состояние их овариального резерва.

### **3.5.3. Глубокий инфильтративный эндометриоз маточной локализации**

Поражение эндометриозом тела матки принято обозначать терминами «внутренний эндометриоз» или «аденомиоз». При этом к глубокому инфильтративному эндометриозу, исходя из определения этого понятия и его классификации по локализации эндометриoidных поражений (см. рис. 1.2), можно отнести:



- формы диффузного аденомиоза, которые по УЗ-критериям расцениваются как II и III стадии распространения патологического процесса в тело матки;
- узловой аденомиоз.

Подходы к лечению бесплодия при узловом и диффузном аденомиозе подробно представлены в разделе 3.3. Здесь же следует еще раз подчеркнуть, что клинические исходы лечения бесплодия при аденомиозе напрямую зависят от степени его инфильтративности, которая при узловой форме определяется размерами обнаруживаемых объемных образований, а при диффузной – глубиной инвазии эндометриоидной ткани в толщу стенок матки по данным УЗИ.

#### **3.5.4. Глубокий инфильтративный эндометриоз ретроцервикальной локализации**

Любые по размеру эндометриоидные очаги в ретроцервикальной области априори принято расценивать как проявление глубокого инфильтративного эндометриоза. Подходы к лечению бесплодия у пациенток с «чистым» РЦЭ, а также с РЦЭ в сочетании с иными по локализации формами генитального эндометриоза (ПЭ, ЭКЯ и аденомиозом) подробно рассмотрены в разделе 3.4.

Как можно видеть из представленного материала, лечение бесплодия, ассоциируемого с глубоким инфильтративным эндометриозом, в зависимости от его локализации должно выполняться в полном соответствии с принципами, определяющими подходы к преодолению infertility при топографически аналогичных формах генитального эндометриоза (ПЭ, ЭКЯ, аденомиоза или РЦЭ – см. разд. 3.1–3.4).