

Зарипов А.М.,
Хамроева Л.К.

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.- проф. Негмаджанов Б.Б.) педиатрического факультета СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Эндометриоз является одной из самых загадочных и нерешенных проблем в современной гинекологии, по частоте занимает III место после воспалительных заболеваний и миомы матки в структуре гинекологической патологии. Заболевание это принято рассматривать как патологический процесс ("эндометриозная болезнь"), в который вовлечены как смежные, так и отдаленные органы, и целые системы организма [21,25]. Эндометриоз - это дисгормональное, иммунозависимое и генетически обусловленное заболевание, характеризующееся доброкачественным разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функции с эндометрием, но находящейся за пределами полости матки [8,23,28]. Впервые открыт в 1860 году Von Rokitansky. Частота эндометриоза по разным данным варьирует от 7 до 65%, бессимптомно - у 3- 43% женщин (заболевание диагностируется при лапароскопии или лапаротомии, выполняемых чаще всего с целью лечения трубного бесплодия) [22,24]. Частота наружного генитального эндометриоза составляет до 10 - 15 % в общей популяции, 25-30 % - у женщин с бесплодием и 80 % - у больных с синдромом тазовых болей [6,27,29]. Среди всех локализации наружного эндометриоза поражение яичников занимает первое место - у 70% больных и приводит к нарушению репродуктивной функции, бесплодию и инвалидизации наиболее активной части женского населения [15,16,30]. Основными проблемами пациенток с НГЭ является синдром тазовых болей и бесплодие, чаще первичное «неясного генеза» на этапе амбулаторного обследования. Причем, несмотря на степень распространенности эндометриоза, большинство инфертильных женщин не жалуются на - глубокая инфильтрация приводит к поражению тканей, в том числе нервов - разрыв эндометриозной кисты сопровождается острой болью с «химическим перитонитом». Медленное образование отверстия в эндометриозной кисте вызывает хроническую тазовую боль, которая может продолжаться до тех пор, пока перфорационное отверстие не

является одной из тазовых болей [15,30]. Причины бесплодия при НГЭ также являются предметом дальнейших исследований. До настоящего времени остаются спорными вопросы эффективной терапии наружного генитального эндометриоза и, в частности, сопряженного с ним бесплодия. Современная гинекология располагает широким спектром возможностей лечения наружного генитального эндометриоза - от оперативного, в том числе с использованием лапароскопической техники, до консервативного, преимущественно - гормонотерапии [3,14]. Все клиницисты едины в одном, что первым этапом лечения должно являться хирургическое удаление очагов эндометриоза. В лечении бесплодия большинство практикующих врачей отдают предпочтение комбинированной терапии: первым этапом - лапароскопия с целью хирургического удаления очагов эндометриоза и вторым этапом - гормональная терапия, направленная на подавление овариальной и менструальной функции [9,20]. Отметим, что проблема бесплодия у больных с наружным генитальным эндометриозом до настоящего времени остается не решенной, поэтому, дальнейший поиск эффективной терапии, направленной на восстановление репродуктивного здоровья у этого контингента пациенток сохраняет свою актуальность.

Этиология и патогенез заболевания продолжают оставаться предметом научных дискуссий. Все большее число исследователей склоняются к выводу о полиэтиологичности эндометриозной болезни [1,5,12]. Существует несколько теорий происхождения и развития эндометриоза: *транспортная теория* (имплантационная, трансплантационная, иммиграционная, лимфогенная, закрывается новым слоем поверхностных клеток эндометриоза [3,28]; - образование рубцов и спаек приводит к деформации, натяжению тканей и органов, возникновению болей при физической нагрузке, переходе из горизонтального положения в вертикальное; - фиксация кишечника

гематогенная, ятрогенной диссеминации, теория ретроградной менструации) [2,18,25,29], *метастатическая теория* [4,29], *эмбриональная теория* [7,13], *гормональная теория* [3,8,14], *генетическая теория* [16,29], *иммунологическая теория* [16,23], *теория нарушения апоптоза* [2,5,28]. Факторами риска развития эндометриоза являются: неблагоприятная наследственность (эндометриоз у матери, сестер); позднее наступление менархе; гормональный дисбаланс (гиперэстрогения); позднее начало половой жизни; генетическая предрасположенность; воспалительные процессы внутренних половых органов; внутриматочные манипуляции; длительное использование ВМК; иммунологические и метаболические нарушения; неблагоприятное экологическое и социально- экономическое положение.

Клиническими особенностями наружного эндометриоза являются хроническая тазовая боль, болезненные менструации (дисменорея) и половые расстройства (диспареуния), бесплодие (чаще первичное), нарушения менструального цикла (меноррагия).

Тазовая боль. Механизм болей при эндометриозе полностью не изучен и может быть циклическими и ациклическими. Тазовая боль у 10-15% женщин бывает не связана с менструальным циклом, принимая постоянный характер. Причина боли заключается в следующем:

- имплантация в брюшину жизнеспособных клеток эндометрия вызывает воспалительную реакцию с выделением различных биологических медиаторов воспаления и боли (простагландинов, гистаминов, кининов) [3,7,26]; спайками и рубцами с ретракцией приводит к «боям растяжения» во время дефекации, а также к выраженной диспареунии [3,7]; - фиксация матки в ретропозиции, а также рубцовые изменения крестцово-маточных связок вызывают диспареунию [3]; - фиксация кишечника

спайками обуславливает коликоподобную спастическую боль из-за его растяжения и раздражения [7,26].

Симптомные проявления позволяет исключить из возможных заболевания заключаются в следующем:

Дисменорея проявляется в виде мено и метроррагии. Глубокая инфильтрация эндометриoidных очагов > 5 мм. имеет положительную корреляцию с тяжестью дисменореи. Характерно появление скудных темных кровянистых (иногда коричневых или черных дегтеобразных) выделений из половых путей до и после менструации, а также после полового акта. Нарушения менструальной функции могут приводить к развитию вторичной железодефицитной анемии. Может наблюдаться предменструальный синдром, иногда галакторея. Перед началом и во время менструации нередко отмечается субфебрилитет [7,27].

4) развитие аутоиммунной реакции, повреждающей процесс имплантации бластоцисты;

5) инактивация сперматозоидов активированными макрофагами [14,15];

6) прерывание беременности на ранних сроках ее развития— чрезмерное повышение сократительной функции миометрия, индуцированное простагландинами серии P. Повышение концентрации простагландинов P2_{os} как в сыворотке крови отмечалось у 97.3% пациенток [16,23]

7) нарушение половой функции — выраженная диспареуния, затрудняющая регулярную половую жизнь и обеспечение полноценного полового акта [23,30];

В проблеме эндометриоза взаимосвязь его с бесплодием представляет один из наиболее спорных аспектов. Не вызывает сомнений факт наличия определенной зависимости между эндометриозом и бесплодием. Эндометриоз различной локализации выявляется у 20—60% пациенток, проходивших стационарное обследование по поводу бесплодия, а в структуре причин женского бесплодия эндометриоз занимает второе место, уступая первенство воспалительным заболеваниям матки и ее придатков [14,26].

Вместе с тем, генез бесплодия, обусловленного эндометриозом, до настоящего времени окончательно не уточнен. Среди наиболее вероятных причин бесплодия у больных эндометриозом выделяют:

1) нарушение транспортной функции маточных труб [15,16,30]. Однако у Стрижакова [25] у 85.1% больных проходимость маточных труб была не нарушена.

2) перитонеальное бесплодие - сращения между яичниками и листками широких связок наблюдалось у 40.3% [14,25]

3) нарушения в системе гипоталамус—гипофиз—яичники: ановуляция, синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула [3,14];

(однако в 94% случаях наряду с элементами эндометриоза удается идентифицировать желтые тела, что

позволяет исключить из возможных механизмов бесплодия в этой группе

пациенток не только ановуляцию, но и синдром лютеинизации

неовулировавшего фолликула [25]),

недостаточность лютеиновой фазы,

гиперпролактинемия;

4) развитие аутоиммунной реакции, повреждающей процесс имплантации бластоцисты;

5) инактивация сперматозоидов активированными макрофагами [14,15];

6) прерывание беременности на ранних сроках ее развития— чрезмерное

повышение сократительной функции миометрия, индуцированное проста-

гландинами серии P. Повышение

концентрации простагландинов P2_{os} как

в сыворотке крови отмечалось у 97.3%

пациенток [16,23]

7) нарушение половой функции — выраженная диспареуния,

затрудняющая регулярную половую

жизнь и обеспечение полноценного

полового акта [23,30];

Таким образом, среди многочисленных теорий этиопатогенеза бесплодия при эндометриозе далеко не

все концепции могут реально претендовать на абсолютную

бесспорность. По-видимому, бесплодие

при эндометриозе нельзя объяснить какой-либо одной причиной, развития его у

данного контингента больных характеризуется мультифакторностью

и, вероятно, коррелирует с механизмами этиопатогенеза самих гетеротопий, а

происхождение последних, как известно, имеет различную патогенетическую

основу. Так же при эндометриозе яичников наблюдаются: постоянные,

периодически усиливающиеся ноющие боли внизу живота, с иррадиацией в

прямую кишку, поясницу, максимальные нака- I нуне и во время менструаций, I

общая слабость, нарушение трудоспособности. Спаечный процесс в малом тазу может приводить к

нарушению функции кишечника и мочевого пузыря (запор, дизурия).

Важную роль в своевременной диагностике и постановке правильного

диагноза имеет целенаправленно собранный анамнез, знание основных

симптомов, умение выявлять взаимосвязь их с менструальным цик

лом, генеративной функцией, правильная трактовка болевого синдрома, выявление и оценка провоцирующих факторов. Достаточно информативными являются вагинальное и ректовагинальное исследование, осмотр шейки матки и стенок влагалища в зеркалах. Из дополнительных диагностических методов исследования наиболее часто используются: УЗИ, лапароскопия и кульдоскопия, реже используют ЯМР, рентгенологический метод [4,10,13].

В анамнезе у этих больных: выскабливания полости матки, операции на органах малого таза, диатермокоагуляция шейки матки, без результатное лечение воспалительных процессов, длительное ношение ВМК, эндометриоз у матери, сестер [25,28].

При бимануальном исследовании наблюдается увеличение размеров придатков, тяжесть, неподвижность, они фиксированы в позадматочном пространстве и болезненны при исследовании. В области яичников определяются опухолевидные образования овоидной или округлой формы до 8-10 см в диаметре, тугоэластической консистенции, расположенные сбоку или кзади от матки, ограниченные в подвижности (спайками), при пальпации резко болезненные, особенно во время менструации и предменструального периода [3,7].

Гормональное исследование позволяет выявить присущее эндометриозу нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с развитием дисбаланса половых гормонов. Определяют в динамике концентрацию ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона. Характерными для эндометриоза являются: 1) отсутствие пика уровней ФСГ и ЛГ в крови в середине менструального цикла; 2) увеличение концентрации эстрадиола в крови во второй фазе менструального цикла [3,16].

УЗ-критерии эндометриoidных кист яичников являются:

1) мелкоочечная внутренняя структура (мелкодисперсная эхопозитивная взвесь на фоне повышенного уровня звукопроводимости); 2) округлая форма образования; 3) двойной контур образования; 4) утолщение стенок образования от 0,2 до 0,5 см; 5) утолщенная эхо-плотная капсула кисты;

6) локализация образования сбоку и кзади от матки; 7) обнаружение вблизи кисты небольших размеров ткани «неизмененного» яичника; 8) отсутствие изменений эхо-структуры при динамическом обследовании в различные фазы менструального цикла [10,13].

Лапароскопия с последующей биопсией, представляет собой наиболее точный инструментальный метод диагностики перитонеального эндометриоза. Эндоскопическая картина определяется степенью распространения патологического процесса, длительностью его существования и особенностями макроскопического строения имплантов. Высокая разрешающая способность оптической техники позволяет рассмотреть очаги эндометриоза на ранних этапах развития и провести дифференцированное лечение различными видами энергий в зависимости от формы заболевания [17,20]. Признаки типичной эндометриoidной кисты являются: 1) киста яичника не более 12 см в диаметре (в основном 7-8 см); 2) спайки с боковой поверхностью таза и/или с задним листком широкой связки; 3) дегтеподобное, густое, шоколадно-окрашенное содержимое [10,17].

Специфических биохимических маркеров эндометриоза неизвестно. Однако уровень СА-125 — вещества, синтезируемого производным целомического эпителия и являющегося маркером рака яичников, — значительно повышается при среднетяжелом и тяжелом, но остается в пределах нормы при минимальном и легком эндометриозе. Чувствительность исследования уровня СА-125 при эндометриозе невысока и составляет всего 20—50 % [19,23], что снижает его диагностическую ценность.

Происходит также изменение иммунологических показателей в периферической крови: лейкопения, повышение уровня активированных Т-лимфоцитов, значительное снижение количества Т-супрессоров [16].

По данным современных авторов наиболее эффективным является комбинированное лечение, первым этапом которого является хирургическое вмешательство [9,17]; Подтверждением изложенному служат следующие аспекты гистогенеза эндометриоза:

1) является неопровержимым фактом, что эндометриoidные кисты яичников не поддаются медикаментозной

терапии; один из факторов, обуславливающих неэффективность консервативного лечения, — наличие плотных фиброзных сращений, окружающих эндометриoidные фокусы в яичниках [26,28];

2) в большинстве случаев эндометриoidные имплантаты отличаются низким содержанием как эстроген-, так и прогестерон-связывающих рецепторов; таким образом, состояние рецепторного аппарата гетеротопий позволяет предположить неэффективность воздействия гормональных препаратов на структуру эндометриoidных фокусов [3,20]; результаты исследований А.Н. Стрижаковой [25], посвященных изучению влияния гормональных препаратов на очаги эндометриоза, свидетельствуют, что последний под влиянием гормонов не ликвидируется, а лишь видоизменяется (при этом эндометриoidные "кисты яичников не подвергаются какой-либо трансформации) [14,22]. В связи с этим хирургическое органосохраняющее лечение с радикальным удалением эндометриoidных очагов, с применением лапароскопии или лапаротомии является первым этапом лечения наружного генитального эндометриоза [6,17].

При проведении органосохраняющей операции следует придерживаться принципов: 1. Полностью иссекать в пределах здоровых тканей эндометриодные очаги и спайки. 2. Максимально сохранять ткани и восстанавливать физиологическое расположение органов. 3. Стремиться к максимальной анатомичности и атравматичности. 4. Проводить полный и тщательный гемостаз [9,15,22].

В настоящее время ведущее (и общепризнанное) значение среди методов хирургического лечения наружного генитального эндометриоза, локализованного в малом тазу, отводится лапароскопии [8,26]. Во-первых, применение эндохирургического доступа позволяет избежать послеоперационных осложнений, характерных для традиционного чревосечения; во-вторых, использование оптической системы с высокой разрешающей способностью и 3—5-кратным увеличением позволяет обнаружить малейшие нарушения анатомии брюшины и яичников.

В качестве «скальпеля» используется лазерный луч или диатермокоагулятор, который обеспечивает высокую точность разреза и позволяет контролировать глубину деструкции тканей. С их помощью производят разъединение спаек, вапоризацию или фотокоагуляцию, электрокаутеризацию очагов эндометриоза [7,26].

Радикальное хирургическое лечение с удалением тела матки и/или яичников показано в случае прогрессирования заболевания после неэффективного консервативного и консервативнохирургического лечения, у пациенток после 40 лет, при эндометриозе яичников, так как резекция их недопустима из-за опасности рецидива заболевания и возможности малигнизации [25,30]. При выборе метода медикаментозной терапии эндометриоза необходимо учитывать, что эндометриоз — заболевание не отдельных органов и тканей, вовлеченных в патологический процесс, а целого организма, лечение которого требует комплексного воздействия в соответствии с основными этиопатогенетическими механизмами возникновения и развития эндометриодных имплантатов. В связи с

этим, лечение больных эндометриозом должно быть строго индивидуальным и определяться следующими факторами: 1) возрастом пациентки и ее отношением к беременности; 2) локализацией и распространенностью патологического процесса; 3) клинической картиной заболевания; 4) состоянием преморбидного фона; 5) длительностью течения заболевания [10,12].

На основании изложенных выше факторов планируется комплексная медикаментозная терапия эндометриоза, ведущими составляющими которой являются:

- 1) применение гормональных препаратов
- 2) коррекция иммунных нарушений
- 3) воздействие на антиоксидантную систему
- 4) подавление синтеза прогестерона
- 5) активация функции печени и поджелудочной железы
- 6) нейротропное воздействие

Следует отметить, что в комплексе мероприятий, предпринимаемых для лечения больных с наружным генитальным эндометриозом, гормональной терапии принадлежит немаловажная роль, т.к. позволяет:

- а) воздействовать на патологические имплантаты, не удаленные по каким-либо причинам во время операции (труднодоступные, микроскопические и/или не пигментированные очаги) [9,20];
- б) обеспечить адекватную продолжительность периода, необходимого для благоприятного развития и имплантации бластоцисты (так называемый, период временной атрофии гетеротопий в сочетании с rebound-эффектом гормональных соединений, ингибирующих синтез ФСГ и ЛГ) [14,15].

Вместе с тем, гормональная терапия должна проводиться строго в соответствии с противопоказаниями к применению экзогенных гормонов, среди которых необходимо выделить: острые и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта; острые и хронические заболевания печени; тромбоэмболические нарушения; поражения сосудов мозга; почечную недостаточность; сахарный диабет; гипертоническую

болезнь; психозы; выраженное ожирение [6,17].

При наличии спаечного процесса проводится физиотерапия. Используют ультразвук с электрофорезом меди и цинка, электрофорез с лидазой, трипсином, радоновые и йодобромные ванны, иглорефлексо-терапию, низкоинтенсивное лазерное излучение, магнитотерапию в импульсном режиме (15-20 сеансов) [3,7].

Профилактику эндометриоза необходимо начинать с детского возраста. Она основана на выявлении у девочек факторов риска по развитию эндометриоза (альгодисменорея, ретрофлексия и другие девиации матки, пороки развития мочеполовой системы, эндокринопатии) и устранении их [1,2]. Важное значение имеет своевременное и полноценное лечение воспалительных заболеваний половых органов, гормональных нарушений у девочек [3,5], особенно в периоде полового созревания и при наступлении менархе, профилактика абортов, нормализация иммунологического статуса организма [2,16,25,30].

Литература

1. Абунц С. А., Герасимов А. М. Изменения фибринолитической активности перитонеальной жидкости и эндометрия при наружном генитальном эндометриозе и возможные пути её коррекции // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012. с.58-59.

2. Адамян Л.В., Ю.В. Максимова, О.В. Зайратьянц, К.Н. Арсланян, М.Т. Гулиев, А.А. Степанян. Новый взгляд на процессы апоптоза при распространенных формах инфильтративного эндометриоза// Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2011 .с.91
3. Адамян Л.В., А.С. Овакимян. Применение диеногеста при хронической тазовой боли, ассоциированной с распространенной формой наружного генитального эндометриоза// Материалы XXVII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2014.с.6-7.
4. Алексанова Е.М., В.А. Аксененко, О.М. Пилавова. Особенности эндоскопической картины у пациенток с эндометриодными кистами яичников// Материалы XXVII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2014.с. 132-133.
5. Анциферова Ю.С., Н.Ю. Сотникова, Е.С. Филиппова, М.А. Елисеева. Влияние перитонеальной жидкости и макрофагов на апоптоз и инвазию клеток эндометрия у женщин с наружным генитальным эндометриозом // Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М. ,2011.С.93
6. Беженарь В.Ф., М.И. Ярмолинская, А.С. Молотков. Дифференцированные подходы к послеоперационной терапии больных с распространенным эндометриозом // Материалы XXVII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2014.с. 12-13.
7. Бусарова А.В., Линде В.А., Ермолова Н.В., Колесникова Л.В., Зинкин В.И., Ширинг А.В. Роль цитокинов, вазоактивных соединений и гормонов перитонеальной жидкости в формировании спаечного процесса у больных с эндометриодными кистами яичников // Проблемы репродукции, спец.выпуск, V международный конгресс по репродуктивной медицине, М., 2011. С. 129- 130.
8. Высоцкий М.М., М.А. Овакимян. Десятилетний опыт хирургического лечения доброкачественных новообразований яичников лапароскопическим доступом у пациенток различных возрастных групп// Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2011. с. 109.
9. Высоцкий М.М., Е.О. Сазонова. Осложнения хирургического лечения наружного генитального эндометриоза// Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012.с.60-61.
10. Зорина В.Н., Третьякова Т.В., Зорина Р.М., Баженова Л.Г., Рябичева Т.Г., Зорин Н.А. Сравнительное содержание регуляторно-транспортных белков, цитокинов и специфических иммунных комплексов в крови, перитонеальной жидкости и кистозном содержимом у женщин при наружном эндометриозе// Акушерство и гинекология. - 2012. - №6. - С. 12-14 (перечень ВАК РФ).
11. Клиндухов И.А., К.Р. Бахтияров, О.В. Чабан. Показатели овариального резерва после различных методов хирургического вмешательства у больных с эндометриодными кистами яичников // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012.с.64-65.
12. Колесникова Л.В., Ермолова Н.В., Линде В.А., Ширинг А.В. Биохимические механизмы формирования эндометрием // Проблемы репродукции, спец.выпуск, VI международный конгресс по репродуктивной медицине, М., 2012. С. 185 — 186.
13. Л. В. Колесникова, Н. В. Ермолова, В. А. Линде, А. В. Ширинг, К. В. Слесарева, Н. Н. Скачков. Молекулярно-клеточные взаимодействия в сыворотке крови и перитонеальной жидкости при формировании эндометрием // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012.С.65-66.
14. Колесникова Л.В., Ермолова Н.В., Ширинг А.В., и др. Амбулаторная программа гормонального послеоперационного лечения эндометриоза яичников в сочетании с бесплодием // Тезисы Всероссийского Конгресса с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая практика - в эпицентре женского здоровья», М., 2012, С. 249 - 251.
15. Козуб Н.И., Сокол М.П. Клинический опыт лечения и реабилитации пациенток с сочетанным бесплодием // Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2013 .с. 121 -122.
16. Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Наследникова И.О., Ткачев В.Н., Меньшикова Н.С., Ильяди Е.Б., Агаркова Т.А., Юрченко А.С. Иммуногенетические аспекты эндометриоза ассоциированного бесплодия // Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2013.с.203-204.
17. Логинова О. Н., Сонова М. М., Арсланян К. Н., Шуляк И. Ю. Комплексная терапия наружного генитального эндометриоза с использованием антиоксидантных средств // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012.с.67-68.
18. Логинова О.Н., М.М. Сонова, К.Н. Арсланян. Роль антиоксидантного статуса в патогенезе наружного генитального эндометриоза // Материалы XXVII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2014.с.26-27.
19. Опарин И.С., Духин А.О., Читанова Ю.С. Лечебная тактика и реабилитация репродуктивной функции у пациенток с распространенными формами наружного генитального эндометриоза// Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2013.с.81 -82.
20. Опарин И.С., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения распространенных форм наружного генитального эндометриоза // Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2011.с.96
21. Опарин И. С., Духин А. О. Репродуктивные показатели после хирургического лечения распространенных форм наружного генитального эндометриоза// Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012.с.72-73.
22. Пономарев В. В., Жуйко А. А., Безруков А. Г. Тактика лечения больных наружным генитальным эндометриозом // Материалы XXV Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2012.с.73-74.
23. Прилспская В.Н. Эндометриоз: новые возможности терапии // Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2013.с.91-92.

24. Пучков К.В. Лапароскопическое лечение редких форм эндометриоза // Материалы XXVI Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2013. с.84.
25. Гинекология Текст.: курс лекций: учеб.пособие: для; студентов мед. вузов / под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 472 с. : ил:
26. Третьякова Т.В., Баженова Л.Г., Зорина В.Н. Некоторые белки острой фазы воспаления в динамике лечения больных с эндометриодными кистами яичников// Тезисы V Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». - М.: Изд-во журнала StatusPraesens. -2012. - С. 138-139.
27. Чабан О.В., Давыдов А.И. Овариальный резерв у больных эндометриозом // Материалы XXVI Межд.Конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М., 2013. с. 137-138.
28. Ширинг А.В., Ермолова Н.В., Линде В.А., Колесникова Л.В. Патогенез формирования эндометриодных кист яичников // Тезисы Всероссийской конференции по гинекологической эндокринологии и менопаузе «Гормональноассоциированные заболевания репродуктивной системы: новых научных концепций к тактике ведения», Климактерий, №2, 2011. С. 43-44.
29. Extragenital Endometriosis Text. / A. Veeraswamy, M. Lewis, A. Mann [et al.] // Clinical. Obstetr. Gynecol. 2010. - Vol."53, № 2. - p. 449-466.
30. Ziegler, D. de. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management Text. / D. de. Ziegler, B. Borghese, C. Chapron // Lancet. 2010. -Vol. 376, is. 9742. - P. 730-738.