

ВЛИЯНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН

Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В., Павловская М. А.,
Кузьмич И. И.¹

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь¹

Резюме. Генитальный эндометриоз представляет собой серьезный фактор риска возникновения осложнений во время беременности, причем не только при ранних сроках, но также и во втором и третьем триместрах беременности и даже в послеродовом периоде.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, беременность, роды.

INFLUENCE OF GENITAL ENDOMETRIOSIS ON IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN

Kukharchyk Y. V., Gutikova L. V., Pavlovskaya M. A., Kuzmich I. I.¹

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus¹

Summary. Genital endometriosis is a serious risk factor for complications during pregnancy, not only in the early stages, but also in the second and third trimesters of pregnancy and even in the postpartum period.

Key words: genital endometriosis, pregnancy, childbirth.

Введение. Генитальный эндометриоз – наиболее распространенное гинекологическое заболевание, которое чаще встречается в репродуктивном возрасте – от 20 до 40 лет [1, 3].

Эта проблема актуальна не только в медицинском, но и в социальном аспекте, так как это заболевание сопровождается выраженными нарушениями репродуктивной функции, значительным болевым синдромом, нарушением функции смежных органов, а также изменением качества жизни женщин, снижением трудоспособности. В последнее время отмечено увеличение частоты генитального эндометриоза практически в 1,5 раза, особенно у урбанизированных женщин с высоким уровнем техногенной нагрузки, планирующих в будущем беременность и роды [1, 3, 5].

Цель. Анализ влияния генитального эндометриоза на реализацию репродуктивной функции женщин для обоснования критических сроков осложненного течения гестации.

Материал и методы. Нами проведено комплексное обследование 210 беременных. Основную группу составили 160 беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, в возрасте от 22 до 34 лет (средний возраст $28,2 \pm 3,8$ года), находившиеся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно». В контрольную группу вошли 50 здоровых женщин в возрасте от 20 до 36 лет (в среднем $24 \pm 2,2$ года) с нормально протекающей беременностью, которая закончилась физиологическими срочными родами через естественные родовые пути.

Результаты и обсуждение. У 100% обследованных женщин, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, гестационный процесс был осложнен. По нашим данным, угроза раннего и позднего выкидыша в сроках 6-10 недель и 18-21 неделя отмечена у 50% и 30% соответственно. Преждевременные роды в сроке 32-36 недель имели место у каждой четвертой женщины (25%). Плацентарные нарушения различной степени тяжести выявлены у всех обследованных беременных, причем в стадии компенсации у 65%, субкомпенсации у 25%, декомпенсации у 10%. Нами обнаружено, что нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени выявлено у каждой пятой (у 20% женщин), плодово-плацентарного IB степени – в 15% случаев, нарушения II степени – у каждой десятой (в 10% случаев), нарушений III степени обнаружено не было. Следует отметить, что хроническая внутриутробная гипоксия плода нами выявлена у 35% женщин, задержка внутриутробного развития плода – в каждом пятом случае (20%), в том числе присутствовало также сочетание гипоксии и задержки роста плода у 15% беременных. Анализ ультразвукового исследования в динамике с ранних сроков беременности (I триместр) показал, что из 32 случаев задержки роста плода в 24 (75%) имело место отставание гестационного возраста плода/эмбриона на 1-2 недели. В этой связи мы полагаем, что задержка внутриутробного развития плода может быть прогнозируемой с ранних сроков гестации и диагностироваться в 75% случаев у женщин с иммунопатологическими и дисгормональными процессами в догестационном периоде.

По нашим данным, аномалии родовой деятельности были диагностированы у 60% рожениц основной группы ($\chi^2 = 13,76$; $p_{0-k} < 0,01$). При этом общая кровопотеря в родах превышала данные контрольной группы на 106 ± 20 мл. В 35% случаев в группе женщин, ранее леченных по поводу генитального эндометриоза, выполнена операция кесарева сечения ($\chi^2 = 23,86$; $p_{0-k} < 0,01$). Показаниями к оперативному родоразрешению являлись: длительное бесплодие, плацентарные нарушения (гипоксия и задержка роста и развития плода), несостоятельность рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, усугубление степени тяжести преэклампсии, упорная слабость родовой деятельности.

Мы обнаружили, что оценка новорожденных основной группы по шкале Апгар при рождении через естественные родовые пути в среднем составила $7,1 \pm 1,2$ балла, путем кесарева сечения – $6,8 \pm 0,5$ балла, что может свидетельствовать, с одной стороны, о том, что данные женщины относятся к

группе высокого перинатального риска, а с другой стороны, о своевременной и адекватно выбранной тактике родоразрешения в интересах плода.

На основании результатов проведения гормонального обследования, у беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, первоначально наблюдается особое напряжение фетоплацентарного комплекса в сроке 18-22 недель с повышением уровня эстриола на 40% по сравнению с контролем ($p < 0,05$). В этой связи мы полагаем, что компенсированное состояние метаболических процессов фетоплацентарного комплекса у обследованных женщин основной группы переходит в состояние декомпенсации. Так, имело место снижение уровня эстриола в сроке 30-34 недель в среднем на 15% ($p < 0,05$).

В наших наблюдениях перинатальные потери отсутствовали. Тем не менее, нами отмечено достоверное снижение массы, роста и массо-ростового коэффициента у новорожденных от матерей основной группы ($p < 0,05$). Также в этой группе отмечена более высокая заболеваемость новорожденных, а именно: поражение ЦНС гипоксически-ишемического характера выявлено в 30% случаев (2% – в контрольной группе), коагулопатический синдром – в 22,5% наблюдений (2% – в контроле) ($p < 0,05$).

По нашим данным, морфологическое исследование последов в основной группе показало нарушение компенсаторно-приспособительных реакций, что было выражено в недостаточной или чрезмерной васкуляризации концевых ворсин, единичных некрозах стромы, в резком расширении и склеротическом изменении сосудов, в полнокровии межворсинчатого пространства, наличии инфарктов плацентарной ткани, большем количестве синтициальных узелков, очагов фибриноидного некроза, тромбоза и кровоизлияний. Нами обнаружено, что компенсаторно-приспособительные реакции были более выражены в центральных и менее в периферических отделах плаценты.

Выводы. Генитальный эндометриоз представляет собой серьезный фактор риска возникновения осложнений во время беременности, причем не только при ранних сроках, но также и во втором и третьем триместрах беременности и даже в послеродовом периоде.

Эндометриоз – это комплексная междисциплинарная проблема. Беременные, ранее леченные по поводу генитального эндометриоза и получавшие длительно гормональное лечение в догестационном периоде, входят в группу риска по осложненному течению гестационного процесса, а именно – по невынашиванию и недонашиванию беременности, нарушению маточно-плацентарного кровообращения, плацентарной недостаточности, хронической гипоксии и задержке роста плода, аномалиям родовой деятельности. Критическими для этих женщин являются сроки гестации 6-12 недель, 18-22 недель, 30-34 недели беременности, что может быть связано с нарушением гормон-продуцирующей функции плаценты. Осложненное течение беременности у женщин с генитальным эндометриозом обосновывают необходимость разработки комплексной программы профилактики гестационных и перинатальных осложнений у данного контингента женщин.

Литература

1. Эндометриоз, аденомиоз, хронический эндометрит: клинико-патогенетические взаимоотношения и репродуктивные неудачи / А. Л. Унанян [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 10. – С. 136-40. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.10.136-140>.
2. Benaglia, L. Pregnancy outcome in women with endometriomas achieving pregnancy through IVF/ L. Benaglia, A. Bermejo, E. Somigliana, C. Scarduelli, G. Ragni, L. Fedele, J. A. Garcia-Velasco // Human Reproduction. – 2012. – Vol. 27, № 6. – P. 1663-7.
3. Berlac, J. F. Endometriosis increases the risk of obstetrical and neonatal complications / J. F. Berlac, D. Hartwell, C. W. Skovlund, J. Langhoff-Roos, O. Lidegaard // Acta Obstet. Gynecol.Scand. – 2017. – Vol. 96, № 6. – P. 751-760.
4. Brosens, I. Risks of adverse pregnancy outcome in endometriosis / I. Brosens, J. J. Brosens, L. Fusi, M. Al-Sabbagh, K. Kuroda, G. Benagiano // Fertility and sterility.- 2012. – Vol. 98, № 1. – P. 30-5. – DOI: 10.1016/j.fertnstert.2012.02.024.
5. Giudice, L. C. Endometrisis: Science and Practice/ L. C. Giudice, J. L. H. Evers, D. L. Healy. – Wiley-Blackwell, A John Wley & Sons, Ltd., Publication, 2012. – 428 p.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Малкин М. Г., Сурмач Е. М., Хихол В. А., Якуть А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. выполнен анализ уровня тревоги/депрессии у пациентов, подвергшихся оперативному лечению патологии тазобедренного сустава. Выявлены нормативные средние значения уровня тревоги/депрессии, уровень тревоги в группах независимо от пола выше, чем уровень депрессии.

Ключевые слова: тревога, депрессия, пол, тотальное эндопротезирование.

SEX DIFFERENCES IN ANXIETY/DEPRESSION SYMPTOMS OF TRAUMATOLOGY DEPARTMENT PATIENTS

Malkhin M. R., Surmach K. M., Khikhol V. A., Yakuts H. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Summary. it was analyzed the level of anxiety/depression in patients after the total arthroplasty of the pathology of the hip joint. The average level of the anxiety/depression was normal; the level of anxiety was higher than depression regardless of sex.

Key words: anxiety, depression, sex, total arthroplasty.