

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Кухарчик Ю. В.¹, Гутикова Л. В.¹, Павловская М. А.¹, Станько Д. Э.¹,
Кузьмич И. И.², Колесникова Т. А.², Шульга А. В.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Генитальный эндометриоз – одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний, которое чаще встречается в возрасте от 20 до 40 лет [1, 3, 6].

Данная 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 [2, 4]. В последнее время отмечено увеличение частоты генитального эндометриоза практически в 1,5 раза [5].

Следовательно, важной проблемой является достижение благоприятных перинатальных исходов у женщин, получавших лечение по поводу эндометриоза.

Цель исследования – оценка течения беременности, родов и их исходов при разных клинико-анатомических особенностях генитального эндометриоза.

Материалы и методы исследования. Выполнено комплексное обследование 92 беременных. Основную группу составили 40 беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, в возрасте от 22 до 34 лет. По поводу наружного генитального эндометриоза разной степени тяжести пролечены 30 женщин, внутреннего – 22 женщины. В контрольную группу вошли 30 здоровых женщин в возрасте от 20 до 36 лет с нормально протекающей беременностью, которая закончилась физиологическими срочными родами через естественные родовые пути.

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

Результаты. У всех 100% беременных, 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 разной степени тяжести выявлены у всех

обследованных беременных, причем в стадии компенсации – у 65%, субкомпенсации – у 25%, декомпенсации – у 10%. Нами установлено, что нарушение маточно-плацентарного кровотока IA степени выявлено у каждой пятой (у 20% женщин), плодово-плацентарного IV степени – в 15% случаев, нарушения II степени – у каждой десятой (в 10% случаев), нарушений III степени не обнаружено. 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.

Нами установлено, 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.

По нашим данным, у беременных, ранее пролеченных по поводу генитального эндометриоза, первоначально наблюдается особое напряжение фетоплацентарного комплекса в сроке 18-22 недели 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 недели в среднем на 15% ($p < 0,05$).

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 полнокровии межворсинчатого пространства, большем количестве синтициальных узелков, очагов фибриноидного некроза, тромбоза и кровоизлияний. Нами установлено, что компенсаторно-приспособительные реакции были более выражены в центральных и менее – в периферических отделах плаценты.

Выводы. Таким образом, беременные, ранее пролеченные по поводу генитального эндометриоза и получавшие длительно гормональное лечение в догестационном периоде, входят в группу риска по осложненному течению гестационного процесса (невынашивание и недонашивание беременности, плацентарные нарушения). Осложненное течение беременности у женщин с генитальным эндометриозом требует разработки комплексной программы

профилактики гестационных и перинатальных осложнений у данной группы пациентов.

Литература

1. Kortelahti, M. Obstetric outcome in women with endometriosis – a matched case-control study/ M. Kortelahti, M. A. Antilla, M. I. Hippelainen, S. T. Heinonen // Gynecol Obstet Invest. – 2003. – Vol.56, № 4. – P. 207-12.
2. Ueda, Y. A retrospective analysis of ovarian endometriosis during pregnancy / Y. Ueda, T. Enomoto, T. Miyatake, M. Fujita, R. Yamamoto, T. Kanagawa, H. Shimizu, T. Kimura // Fertil Steril. – 2010. – Vol. 94. – P. 78-84.
3. Santos, T. M. Lag time between onset of symptoms and diagnosis of endometriosis / T. M. Santos, V., A. M. G. Pereira, R. G. C. Lopes, B. Depes Dde // Einstein. – 2012. - Vol. 10, №1. – P. 39-43.
4. Matalliotakis, I. Increased rate of endometriosis and spontaneous abortion in an in vitro fertilization program: no correlation with epidemiological factors / I. Matalliotakis, H. Cakmak, D. Dermitzaki, S. Zervoudis, A. Gou-menou, Y. Fragouli // Gynecol. Endocrinol. – 2008. – Vol. 24, № 4. – P. 194-8.
5. Carvalho, L. F. P. From conception to birth: how endometriosis affects the development of each stage of reproductive life / L. F. P. Carvalho, R. Rossener, A. Azeem, H. Malvezzi, M. Simx-es, A. A. Agarwal // Minerva ginecol. – 2013. – Vol. 65, №2. – P. 181-98.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Кухарчик Ю. В.¹, Гутикова Л. В.¹, Станько Д. Э.¹, Кузьмич И. И.²,
Колесникова Т. А.²**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Миома матки (ММ) – гормонально-зависимая опухоль, которая относится к стромальным опухолям, образующимся в результате гипертрофии пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани. Это заболевание – одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской половой сферы, которая возникает у 2-40% женщин репродуктивного возраста [1, 2, 5].

Эндометриоз – доброкачественное гормонально-зависимое заболевание, при котором за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки происходит разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Распространенность эндометриоза среди женщин в репродуктивном возрасте – 7-59% [1, 2].