

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].

Особый интерес к данным заболеваниям объясняется тем, что отмечается тенденция повышения частоты встречаемости коморбидности данной патологии [4, 5]. Ряд авторов объясняют актуальность данной темы тенденцией к позднему планированию беременности, когда значительно повышается риск возникновения миомы матки, эндометриоза и других причин неудач в реализации репродуктивной функции [2, 3]. Следует отметить, что вариабельность клинического течения, ранняя диагностика, разработка консервативных методов лечения сочетанной патологии также требует особого внимания [1].

В связи с этим поиск рациональных методов лечения ММ и эндометриоза у женщин молодого возраста – актуальная задача, решение которой возможно только после всестороннего анализа имеющейся научной информации, выбора наиболее оптимальных алгоритмов лечения с учетом объективной картины имеющейся патологии.

Цель – проанализировать особенности реализации репродуктивной функции у женщин с миомой матки и эндометриозом.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами выполнен ретроспективный анализ 89 историй болезни женщин, проходивших стационарное лечение в УЗ «ГОКПЦ». В первую группу вошли 42 женщины с миомой матки, вторую группу составили 47 пациенток с миомой матки и эндометриозом. Всем пациенткам, вошедшим в исследование, на этапе прегравидарной подготовки выполнена миомэктомия.

Женщины всех групп были сопоставимы по возрасту. Средний возраст обследованных первой группы составил $28,7 \pm 9,3$ года, второй группы – $29,8 \pm 8,2$ года ($p > 0,05$). Анализ антропометрических данных у пациенток не выявил статистических различий. Индекс массы тела в 91% случаев соответствовал норме и в среднем составил $24,3 \pm 0,5$ кг/м².

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. Оценка данных менструальной функции пациенток обследованных групп показала, что возраст менархе, длительность менструального цикла и его продолжительность были сопоставимы, соответствовали нормам начала и становления полового развития.

В первой группе ММ впервые выявлена у 23,8% пациенток. У 40,5% длительность составляла 1-2 года, у 26,2% – от 2 до 5 лет, у 11,9% – более 5 лет. Следует отметить, что 19% обследованных к моменту операции не жили половой жизнью. Установлено, что у 40,5% женщин, состоявших в браке, имело место бесплодие (первичное – у 67,6%, вторичное – у 32,4%). Длительность первичного и вторичного бесплодия у 45,9% женщин колебалась от 3 до 8 лет. При этом ни у одной женщины не было аборт. В анамнезе выявлено, что у 21,6% состоявших в браке женщин отмечалось невынашивание беременности.

45,2% женщин первой группы, состоящих на учете по поводу ММ, использовали консервативное лечение этого состояния на этапе предоперационной подготовки.

ММ впервые выявлена у 29,8% женщин второй группы. Установлено, что длительность заболевания 1-2 года была у 38,3% женщин, от 2 до 5 лет – у 19,1%, свыше 5 лет – у 10,6%. Симптомная ММ диагностирована у 36,1% пациенток, бессимптомное течение наблюдалось у 63,8%. Болевой симптом встречался у 55,3% обследованных, боли и кровотечения – у 8,3%. Не жили половой жизнью к моменту операции 5,6%. У 28,8% женщин второй группы отмечалось бесплодие. При этом первичное бесплодие – в 13,9% случаях, вторичное – у 86,1% обследованных. Из анамнеза установлено, что у 5,6% женщин, состоящих в браке, отмечено невынашивание беременности. Эти пациентки имели от 1 до 2 детей, до 3 самопроизвольных выкидышей, отсутствие аборт.

8,5% женщин второй группы получали консервативное лечение ММ – без эффективности. Все пациентки этой группы прооперированы, помимо МЭ выполнено удаление эндометриoidных кист яичников и эндометриoidных очагов на брюшине прямокишечно-маточного углубления и пузырно-маточной области. Общий размер пораженной матки колебался от 8 до 14 недель беременности.

Доступ для вхождения в брюшную полость – лапаротомия по Пфанненштилю у 89,0% женщин, нижнесрединный доступ – у 11,0% пациенток. При ревизии матки уточнялись локализация миоматозных узлов, их размеры, количество. Многоузловая ММ отмечалась у 50,7% женщин. Размеры миоматозных узлов колебались от 4 до 20 см, при этом узлы размерами от 7 до 22 см выявлены у 87,7% обследованных.

Забеременели 73,8% женщин первой группы и 76,6% пациенток второй группы. Течение гестации осложнилось самопроизвольным аборт у 5,1% (первая группа), 10,9% (вторая группа) и у 2,7% (первая группа) и 2,8% (вторая группа), соответственно, до 12 недель и после 18 недель. Беременность закончилась родами у 86,1% женщин второй группы и 91,9% пациенток первой группы.

У обследованных первой группы 89,2% женщин беременность наступала в первые 1,5 года после МЭ, а в последующий период – только у 10,8%. Свыше 5 лет после МЭ беременность среди заинтересованных пациенток не наступала. Что касается женщин второй группы, то реализация репродуктивной функции у них наступила у 88,9% женщин в первые 1,5 года после МЭ, а в последующий период – только у 11,1%.

Все пациентки родоразрешены путем операции кесарево сечение: в экстренном порядке – 12,3%, в плановом – 87,7%. Перинатальных потерь не было, признаков несостоятельного рубца после МЭ не установлено. Повторные беременности с рождением второго здорового новорожденного после МЭ в группах обследованных женщин имели место у 16,4%.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные демонстрируют эффективность МЭ в восстановлении фертильности и указывают на существенную роль ММ в возникновении бесплодия и невынашивания беременности. Имеющееся возрастание частоты эндометриоза, трубноперитонеального фактора могут указывать на комбинированный генез бесплодия при ММ.

Литература

1. Опыт лечения пролиферативных процессов матки у женщин, страдающих бесплодием / Л. А. Щербакова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /онкогинекология. – 2012. – № 2. – С. 73-77.
2. Современные методы диагностики и лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста / М. А. Юсупова [и др.] // Вестник науки и образования. – 2019. – № 22 (76). Часть 3. – с. 16-23.
3. Borja de Mozota, D. Fertility, pregnancy outcomes and deliveries following myomectomy: experience of a French Caribbean University Hospital / D.Borja de Mozota, P.Kadhel, E.Janky //Arch. Gynecol. Obstet. – 2014. – № 289 (3). – p. 681-686.
4. Brady, P. C. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy / P. C. Brady, A. K. Stanic, A. K. Styer // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.- 2013.- № 25 (3). – p. 255-259.
5. Hormones and pathogenesis of uterine fibroids/ F.M.Reis [et al.] // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2016. – Vol. 34. – p. 13-24.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю. В.

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

Актуальность. Внимание к проблеме миомы матки (ММ) в Республике Беларусь растет с каждым годом, что связано с ухудшением демографической обстановки в стране (естественная убыль населения составила 26 тысяч человек; коэффициент прироста – -2,8 на 1000 человек за 2018 г.), увеличением числа женщин, откладывающих рождение ребенка на возраст старше 30 лет, а также с возрастанием риска потери желанной беременности, связанного с ММ [3].

Особую актуальность приобретает необходимость в усовершенствовании практических рекомендаций, направленных на улучшение репродуктивного прогноза, на фоне принятой на территории Республики Беларусь