

Современный взгляд на лечение эндометриоза

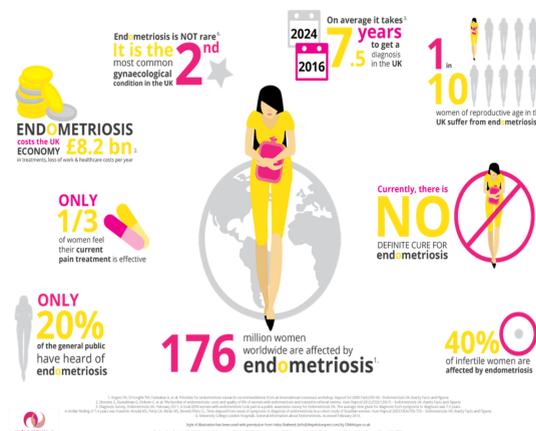
Доцент кафедры акушерства и гинекологии, к.м.н.
Савицкая В.М.

Эндометриоз — это заболевание, характеризующееся пролиферацией ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, за пределами полости матки на фоне нарушений нейроиммуноэндокринных механизмов, характеризующееся чрезвычайно вариабельной клинической картиной.

Увеличение частоты эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости (занимает третье место по частоте встречаемости после воспалительных процессов и миомы матки).

Среди всех случаев женского бесплодия на долю эндометриоза приходится около 25-40 %, что существенно снижает репродуктивную функцию популяции.

Течение беременности в случае её наступления у женщин с эндометриозом в анамнезе в настоящее время изучена недостаточно, что делает невозможным предупреждение осложнений, связанных с данным заболеванием.



Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 63 историй родов за 2019-2020 гг. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска.

Проведен анализ исходной клинической характеристики, особенностей течения беременности и родов. Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

Результаты

Основную (I группу) составили 28 женщин, имеющие в анамнезе эндометриоз. Контрольную (II группу) составили 35 женщин с физиологическим течением беременности (без диагноза эндометриоз в анамнезе).

Возраст беременных колебался от 19 до 41 лет и составил в среднем $28,2 \pm 1,1$ года.

Для исследования отбирались истории рожениц с диагностированным генитальным эндометриозом, при этом исключались случаи клинических проявлений онкологических заболеваний, тяжелых соматических заболеваний и преэклампсии.

При анализе массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено, средняя масса тела перед наступлением беременности $68,4 \pm 1,9$ кг, средний рост $167,6 \pm 0,9$ см.

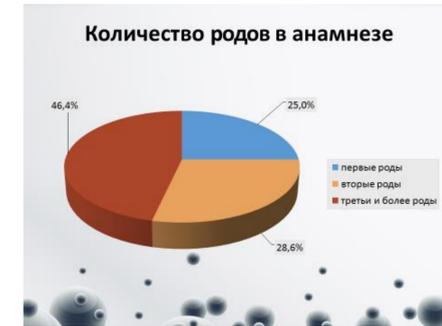
Все же у 71,4% женщин проводилась гормональная поддержка во время беременности согласно протоколам МЗ РБ.

Женщины имели правильный тип телосложения. При сборе анамнеза выявлено, что в основной группе экстрагенитальная патология диагностирована у 24 беременных, из которых заболевания мочевыделительной системы были самыми распространенными и составили 67%, лор-органов 25%, заболевания органов пищеварения 8%.

В контрольной группе экстрагенитальная патология была диагностирована у 4 беременных, из которых заболевания лор-органов и заболевания мочевыделительной системы встречались у 50% женщин.

У 28 беременных из основной группы выявлены гинекологические заболевания, из которых кольпит составил 47%, эрозия шейки матки 33%, вторичное бесплодие - 13%.

В контрольной группе гинекологические заболевания выявлены у 3 беременных, эрозия шейки матки 67%.



Осложнения предыдущих беременностей у обследуемых пациенток

	Основная группа		Контрольная группа	
Самопроизвольный выкидыш	13*	46,4%	3	8,6%
Преждевременные роды	3	14,2%	1	4%
Неразвивающаяся беременность	1	3,5%	0	0%
Привычное невынашивание	4	14,3%	1	2,8%

Примечание: * - при $p < 0,05$ в сравнении с контролем.

Осложнения течения беременности

	Основная группа, %
инфекционно-воспалительные заболевания	82,1
обострение цистита, пиелонефрита, кольпит	64,2
обострение герпес-вирусной инфекции	21,4
анемия лёгкой степени	21,4
угроза преждевременных родов	46,4
угроза прерывания беременности в 1 триместре	64,2
угроза прерывания беременности во 2 триместре	17,6

Осложнения родов

	Основная группа абс. кол-во, %		Контрольная группа абс. кол-во, %	
Срочные роды	24	85,8	33	94,2
Преждевременные роды	4	14,2	2	5,8
Преждевременное излитие околоплодных вод	3	10,7	1	2,8

Оценка кровопотери в родах

Группы	Роды через естественные родовые пути	Роды путем операции кесарево сечение
Основная группа	290 ± 30	610 ± 150
Контрольная группа	280 ± 30	640 ± 130

Особенности показателей гемостаза крови и липидного спектра в основной группе

При анализе результатов в обеих группах не оказалось достоверных различий кроме повышенного уровня холестерина в крови, однако он был одинаково повышен в обеих группах и составил $6,6 \pm 0,67$ ммоль/л.

Выводы

Частота встречаемости эндометриоза невелика среди беременных, рожениц и родильниц в сравнении с другими гинекологическими заболеваниями в проведенном нами исследовании, что подтверждается литературными данными.

На развитие плода эндометриоз не оказывает влияния.

В случае наступления беременности эндометриоз увеличивает вероятность развития угрозы прерывания на разных сроках, поэтому назначается гормональная поддержка беременности согласно клиническим протоколам. В противном случае она с высокой вероятностью может прерваться (особенно в первом триместре).

Беременность не может рассматриваться в качестве возможной терапии эндометриоза, так как приводит лишь к временным исчезновениям симптомов эндометриоза и возможному возвращению их после родов и периода лактации. Поэтому пациентка не должна быть упущена из виду врача после родоразрешения из-за возможного прогрессирования эндометриоза в последующем и развития осложнений.