

3. Нарушение маточно-плацентарного кровотока отмечены статистически чаще во второй группе у женщин с гипотиреозом на фоне АИТ.

4. Статистически значимые различия выявлены в первой и во второй группах.

Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать вывод, что женщинам с заболеваниями щитовидной железы на этапе прегравидарной подготовки следует проводить обследования сердечно-сосудистой системы для исключения артериальной гипертензии (СМАД, ЭКГ, Эхо-ЭКГ). Женщинам с артериальной гипертензией следует рекомендовать проведение УЗИ щитовидной железы и определение уровня тиреодных гормонов для исключения гипотиреоза. Также всем женщинам на этапе планирования беременности необходимо определение уровня тиреодных гормонов (ТТГ, свободный Т4, АТ к ТПО). Данные мероприятия позволят избежать осложнений течения беременности, нарушений развития плода, а также рождения ребенка с заболеваниями ЦНС и щитовидной железы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Титова, Л. Ю. Гипотиреоз и беременность [Электронный ресурс] / Л. Ю. Титова, В. Г. Аристархов, Д. А. Пузин // Рос. мед-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – № 2. – С. 97–101. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipotireoz-i-beremennost-1>. – Дата доступа: 17.03.2023.

2. Герасимов, А. М. Влияние гипотиреоза и избыточной массы тела беременных на течение гестационного периода, рождение крупного плода и функциональное состояние его щитовидной железы [Электронный ресурс] / А. М. Герасимов, Н. В. Батрак // Вестник ИвГМА. – 2013. – № 1. – С. 39–42. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-gipotireoza-i-izbytochnoy-massy-tela-beremennyh-na-techenie-gestatsionnogo-perioda-rozhdnie-kрупного-ploda-i-funktsionalnoe>. – Дата доступа: 17.03.2023.

3. Долбин, И. В. Гипотиреоз и ишемическая болезнь сердца: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] / И. В. Долбин, А. Ю. Екимовских // Медицинский альманах. – 2016. – № 4 (44). – С. 121–126. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gipotireoz-i-ishemicheskaya-bolezn-serdtsa-sovremennoe-sostoyanie-problemy>. – Дата доступа: 22.03.2023.

УДК 618.16-002

А. А. Василенко, А. В. Ярошно

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры, С. С. Кравченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Введение

Эндометриоз – дисгормональное, иммунозависимое, генетически детерминированное заболевание, характеризующееся эктопией эндометрия с признаками клеточной активности и его разрастанием за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки.

В классификации выделяют генитальный эндометриоз, а также экстрагенитальный. Генитальный в свою очередь подразделяют на наружный, располагающийся вне матки (эндометриоз яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища) и внутренний, в пределах матки (аденомиоз) [3].

Эндометриоз поражает примерно 10 % (190 миллионов) женщин и девочек репродуктивного возраста во всем мире. Исследования показали, что у 38 % пациентов с эндометриозом симптомы проявляются в возрасте до 15 лет; тем не менее, для постановки правильного диагноза и лечения требуется поразительное среднее время – более девяти

лет. По данным статистики, эндометриоз встречается у 2–10 % женщин и примерно у 50 % женщин с бесплодием. Эндометриоз можно обнаружить у 1% женщин без симптомов и у 60 % женщин с хронической тазовой болью. У 62 % девочек подросткового возраста с хронической тазовой болью или дисменореей в последующем диагностируется эндометриоз. У пациенток репродуктивного возраста наибольшая частота приходится на возрастную группу 35–44 года вне зависимости от симптомов [1, 2].

Ведущими симптомами наружного эндометриоза являются боли, усиливающиеся во время менструации, при акте дефекации, физической нагрузке и половых сношениях (диспареуния), кровянистые ациклические и контактные выделения, бесплодие и трубная беременность [3].

Согласно клиническому протоколу «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17) методы диагностики, которые используются для постановки диагноза: гинекологический осмотр, исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов, гистологическое исследование, УЗИ и МРТ органов малого таза [4].

Цель

Изучение анамнестических и клинических особенностей у пациенток с аденомиозом и с сочетанием наружного и внутреннего генитального эндометриоза.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 57 историй болезни пациенток с установленным диагнозом генитального эндометриоза, в возрасте от 20 до 55 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» за период 2022 года.

Все пациентки поступали с целью хирургического лечения эндометриоза, предварительно был проведен гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, лабораторные методы исследования. Окончательный диагноз устанавливался после проведения инвазивных методов обследования и проведения гистологического исследования образцов ткани.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили женщины с диагнозом эндометриоз матки (аденомиоз) (31 пациент), 2-я группа – пациенты с аденомиозом в сочетании с наружного генитального эндометриоза (эндометриодные кисты яичников (ЭЯ), эндометриодные гетеротопии брюшины (26 пациентов).

Для создания электронной базы и обработки полученных данных применялись статистические методы с использованием программы обеспечения Microsoft office Excel 2010, MedCalc 20.218. Качественные показатели представляли в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе. Для сравнения в двух независимых группах по количественным признакам использовали критерий Манна – Уитни, качественным признакам χ^2 – Пирсона. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов первой группы составил $43,2 \pm 8$ лет, во второй – $32,8 \pm 8,6$ лет, что свидетельствует том, что поражение яичников встречается в более раннем репродуктивном возрасте ($p < 0,05$).

При рассмотрении акушерско-гинекологического анамнеза в 1-й группе пациенток средний возраст менархе составил $13 \pm 1,2$ года, средняя продолжительность менструального цикла составила 29 ± 3 дней, длительность менструации – 6 ± 1 , дней. Медиана числа беременностей у обследуемых пациентов равно 2.

Среди жалоб самыми частыми были: боль внизу живота, нарушения менструального цикла, диспареуния и боль во время дефекации, бесплодие. Нарушения менструального цикла были в виде аномальных маточных кровотечений (АМК) по типу обильных менструальных кровотечений (ОМК) и межменструальных кровотечений (ММК), дисменореи. В структуре жалоб 13 % приходилось на боли внизу живота, 68 % составили нарушения менструального цикла; диспареуния и боль во время дефекации – 3 %, на разные формы бесплодия пришлось 3 %. В структуре нарушений менструального цикла преобладали АМК по типу ОКМ (81 %), по типу ММК 9 %, дисменорея – 10 %.

При рассмотрении структуры 2-й группы женщин и изучение особенностей их менструальной функции позволило установить, что менархе происходило в $13 \pm 1,6$ лет, продолжительность менструального цикла в пределах 25 ± 3 дней, длительность менструаций составила 4 ± 2 дней. Общее число женщин, у которых наступала беременность составило 11 (42 %). Количество беременностей, исходом которых были роды – 17 (65 % из 26 наступивших беременностей), аборт – 5 (19 %), самопроизвольных выкидышей – 4 (15 %).

На основании клинических, функциональных и морфологических методов обследования была определена частота встречаемости и сочетание эндометриодных поражений органов репродуктивной системы (таблица 1).

Таблица 1 – Сочетание аденомиоза с проявлениями наружного генитального эндометриоза у обследованных пациенток

| Эндометриодные поражения | % | Абс. |
|---|----|------|
| Эндометриодная киста яичника+аденомиоз | 62 | 16 |
| Эндометриодная киста яичника+аденомиоз+эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища | 15 | 4 |
| Эндометриодная киста яичника+аденомиоз+эндометриоз тазовой брюшины | 23 | 6 |

В качестве сопутствующей гинекологической патологии доброкачественная патология шейки матки встречалась в 27 % во второй группе и в 61 % в первой группе ($p = 0,09$), воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – 23 % ($p = 0,0004$) и полипы матки 15 % ($p < 0,0001$) встречались только у пациенток 2 группы. Миома матки статистически чаще выявлялась у пациенток 1 группы (52 %) в сравнении с представительницами 2 группы (15 %) ($p < 0,001$).

Среди клинических симптомов, такие как тазовые боли наблюдались статистически чаще у пациенток 2 группы (13 и 62 %соответственно; $< 0,0001$), как и диспареуния – 4 (3 и 15 %; $p = 0,04$). Также следует учитывать, что наиболее частой проблемой эндометриоза является невозможность забеременеть – вторичной бесплодие, которое наблюдалось у 31 %; обследованных больных с сочетанными формами эндометриоза (группа 2) ($p = 0,002$). А аномальные маточные кровотечения по типу ОКМ и ММК статистически чаще встречались у пациенток 1 группы в сравнении во второй (68 и 34 % соответственно; $p = 0,001$).

Среди соматических заболеваний в 1 и 2 группы пациентов преимущественно встречаются заболевания ЖКТ (26 и 35 % соответственно; $p = 0,25$). Заболевания почек, щитовидной железы, сердечно-сосудистой системой в двух группах встречались одинаково часто с частотой от 15 до 18 % в каждой из исследуемых групп.

Выводы

1. Средний возраст пациенток с аденомиозом составил 43 года, а при сочетании эндометриоза матки с эндометриодными кистами яичников – 32 года. Это может свидетель-

ствовать о том, что сочетанное эндометриодное поражение органов малого таза встречается в более раннем репродуктивном возрасте, причем, более чем в половине случаев, у нерожавших женщин ($p = 0,03$).

2. Болевой синдром, в том числе и диспареуния, статистически чаще встречался при сочетанных поражениях репродуктивной системы ($p < 0,0001$). Нарушения менструального цикла такие как аномальные маточные кровотечения по типу обильных менструальных кровотечений было преимущественной характерно для изолированного аденомиоза ($p = 0,001$).

3. **Вторичное бесплодие, как одно из осложнений эндометриоза**, в группе 2 при сочетании аденомиоза и эндометриодных кист яичников было у трети пациенток, тогда как в группе с изолированной формой только в 3 % случаев ($p < 0,0001$).

4. По частоте сопутствующей гинекологической патологии, в 1 группе преобладали доброкачественная патология шейки матки, миома матки, а у пациенток второй группы – ВЗОМТ и полипы тела матки ($p < 0,05$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ассоциация эндометриоза – Международная членская организация [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://endometriosisassn.org/ourwork/education/>. – Дата доступа: 26.03.2023
2. Современные направления изучения этиологии и патогенеза эндометриоза (обзор литературы). / А.В. Самойлова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2020. – Т. 26, № 5. – С. 118–132.
3. Савельева, Г. М. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
4. Об утверждении клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» [Электронный ресурс]: постановление МЗ РБ, 19 февраля 2018 г., № 17// Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/akusherstvo-ginekologiya.php>. – Дата доступа: 26.03.2023.

УДК 618.3-036

А. В. Высоцкая, А. В. Ковальчук

Научный руководитель: ассистент М. В. Маевская

Учреждение образования

«Гомельский Государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ ГЕСТАЦИИ

Введение

В настоящее время одной из глобальных проблем в акушерстве и гинекологии является проблема невынашивания беременности (НВ). Данная проблема имеет не только медицинское значение, но также и социальное. В современном мире почти каждая третья женщина сталкивается с данной патологией [1].

Этиология данного заболевания обладает свойствами многофакторности, что в свою очередь приводит к отсутствию снижения выявления беременных женщин с данной патологией. К основным причинам невынашивания беременности относятся воспалительные заболевания половых органов, которые вызывают ряд микроорганизмов: стрептококки, стафилококки, хламидии, трепонемы, кишечная палочка, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, грибы рода *Candida* и многие другие. Так же большую роль в развитии данной патологии имеют такие факторы как: генетический, анатомический, эндокринный и иммунологический [2].