

### **Выводы**

Низкий уровень АМГ свидетельствует о снижении репродуктивной функции у пациенток после хирургического лечения эндометриом. Этот показатель важен для реализации репродуктивных планов и для дальнейших их исходов. Более низкие показатели отмечались у пациенток, чья беременность не наступила, более высокие показатели уровня АМГ были выявлены у пациенток, чья беременность наступила. При дальнейшем планировании беременности крайне важным является показатель АМГ, от уровня которого зависит не только наступление беременности, но и ее исход. Сохранение овариального потенциала при лечении эндометриоза яичников является важнейшей задачей и вопрос об этом должен рассматриваться еще до проведения хирургического вмешательства. Одним из методов сохранения фертильности может являться дооперативная трансвагинальная пункция фолликулов и получение яйцеклеток с последующей их криоконсервацией с последующим использованием их в циклах вспомогательных репродуктивных технологий.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Гущин, В. А.* Хирургическое лечение эндометриоза / В. А. Гущин, А. С. Бичурина // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2016. — С. 47–48.
2. *Лызикова, Ю. А.* Определение антимюллера гормона в норме и при различных гинекологических заболеваниях / Ю. А. Лызикова // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — С. 68–70.

**УДК 618.11-006.2-039.3**

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ**

*Боярская В. С., Боярский Е. Д.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Эндометриоз, патологический процесс, характеризующийся ростом и развитием ткани, подобной по структуре и функциям эндометрию, за пределами границ нормальной локализации (слизистой оболочки тела матки), является одной из актуальных проблем современной медицины. Известно более 10 теорий его происхождения и ни одна из них полностью не объясняет многообразия форм проявления и локализации этой патологии. Ведущими клиническими проявлениями эндометриоза являются болевой синдром (дисменорея, диспареуния, дисхезия и др.) и бесплодие [1]. В 1985 г. Американским обществом фертильности была предложена балльная оценка эндометриоза (R-AFS). Эндометриоз был разделен на четыре стадии в зависимости от числа баллов: I стадия (1–5 баллов) — мелкие точечные очаги эндометриоза на поверхности яичников и на брюшине прямокишечно-маточного углубления; II стадия (6–15 баллов) — односторонняя эндометриоидная киста диаметром не более 5–6 см, мелкие очаги эндометриоза на брюшине малого таза, спаечный процесс в области придатков; III стадия (16–40 баллов) — эндометриоидные кисты обоих яичников диаметром более 5–6 см, очаги эндометриоза на серозном покрове матки, маточных труб, брюшине малого таза, выраженный спаечный процесс; IV стадия (свыше 40 баллов) — двусторонние кисты больших размеров с переходом на соседние органы. Стоит отметить, что классификация R-AFS более объективно отражает распространенность поверхностных форм эндометриоза и эндометриоидных кист, но не учитывает глубокий инфильтративный эндометриоз [2].

### Цель

Оценить клиническое течение эндометриоза яичников в зависимости от его распространенности.

### Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование у 35 пациенток, состоящих на диспансерном учете в женских консультациях № 1, 2, 4, 8 ГУЗ «ГЦГП». При анализе течения эндометриоза яичников в зависимости от степени распространенности процесса пациентки были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациентки со II стадией эндометриоза ( $n = 26$ ), во вторую группу вошли пациентки с III стадией ( $n = 9$ ). В нашей выборке не было пациенток с I и IV стадией. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Для описания качественных признаков использовались абсолютные и относительные величины с указанием доли ( $P$ , %). Данные представлены в виде  $Me$  (25; 75 перцентилей). Результаты считали значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Всем пациенткам по поводу эндометриоза яичников было выполнено хирургическое лечение, при котором и была определена стадия патологического процесса. Была проанализирована распространенность процесса в зависимости от длительности заболевания. У пациенток с длительностью заболевания до 1 года ( $n = 7$ ) наблюдалась только II стадия заболевания, при длительности заболевания от 1–5 лет ( $n = 18$ ), из них 15 (83 %) имели II стадию заболевания и 3 (17 %) — III стадию. У пациенток с длительностью заболевания более 5 лет ( $n = 10$ ), из них 4 (40 %) имели II стадию и 6 (60 %) — III стадию. Таким образом, с течением времени распространенность процесса увеличивалась.

Нами были проанализированы размеры эндометриом. Односторонний эндометриоз составил 26 (74 %), двусторонний эндометриоз — 9 (26 %). Размеры варьировались от 40 до 110 мм. При двустороннем эндометриозе кисты различались на 20 мм. Размер эндометриом яичников составил  $Me$  77,5 (56; 89,5) мм.

Наиболее частыми жалобами при эндометриозе яичников были: хронические боли внизу живота и пояснице — у 16 (46 %) пациенток, нарушения менструального цикла — у 12 (34 %), диспареуния — у 9 (26 %), бесплодие — у 9 (26 %), затрудненность дефекации — у 6 (17 %). Бессимптомное течение наблюдалось при II стадии эндометриоза яичников у 14 (54 %) пациенток. С нарастанием распространения эндометриоидного процесса наблюдались две и более сочетанных жалоб — у 9 (100 %) пациенток с III стадией эндометриоза яичников против 2 (8%) пациенток со II стадией процесса. В таблице 1 приведен сравнительный анализ клинических симптомов при различной степени выраженности эндометриоза яичников.

Таблица 1 — Сравнительный анализ клинических симптомов при II и III стадиях эндометриоза яичников

Клинический симптом	II стадия $n = 26$	III стадия $n = 9$	Уровень значимости
Без жалоб	14 (54 %)	0 (0 %)	$p = 0,005^*$
Тазовая боль	9 (35 %)	7 (78 %)	$p = 0,004^*$
Дисменорея	6 (23 %)	6 (67 %)	$p = 0,01^*$
Диспареуния	2 (8 %)	7 (78 %)	$p = 0,0003^*$
Дисхезия	0 (0 %)	6 (67 %)	$p = 0,0001^*$
Бесплодие	3 (12 %)	6 (67 %)	$p = 0,001^*$
Две и более сочетанных жалоб	2 (8 %)	9 (100 %)	$p = 0,0001^*$

Примечание. \* — различия между II и III стадиями статистически значимы.

### **Выводы**

В результате нашего исследования было выявлено, что длительность процесса приводит к увеличению распространенности патологического процесса. Поэтому основополагающим моментом является раннее выявление заболевания. Ввиду того, что заболевание в 54 % случаев может протекать бессимптомно, рекомендуется выполнять профилактическое УЗИ не реже 1 раза в год.

Наращение клинических симптомов свидетельствует о распространении эндометриозного процесса, что является неблагоприятным в плане реализации дальнейшей репродуктивной функции даже после проведенного лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Унанян, А. Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А. Л. Унанян // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2010. — С. 6.
2. Классификация эндометриоза / Э. К. Айламазян [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2017. — С. 79–80.

**УДК 618.3+618.146]:618.339**

## **ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ И КОРРИГИРОВАННОЙ ШЕЙКОЙ МАТКИ**

*Вовк А. Н., Каплан Ю. Д.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Этиология самопроизвольного прерывания беременности разнообразна и зависит от многих факторов [1]. Среди основных причин невынашивания беременности выделяют наличие отягощенного акушерского анамнеза (один и более случаев прерывания беременности в сроке 16–34 недели гестации) и наличие «короткой» шейки матки (КШМ) выявленной по данным трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии [2]. По данным ряда авторов сочетание этих двух факторов увеличивает риск прерывания беременности [3].

### **Цель**

Оценить длительность беременности у женщин с отягощенным акушерским анамнезом и корригированной шейкой матки.

### **Материал и методы исследования**

Нами были проанализированы истории родов 163 беременных женщин, у которых была проведена коррекция шейки матки. Все пациенты были разделены на две группы: первую группу (n = 62) составили беременные женщины с короткой шейкой матки. Из них: в 1А подгруппу (n = 18) вошли женщины с «короткой» шейкой матки и наличием в анамнезе самопроизвольного прерывания беременности на сроке 16–34 недели; в 1Б подгруппу (n = 44) вошли женщины с «короткой» шейкой матки, и без отягощенного анамнеза. Вторую группу (n = 101) составили пациентки с нормальной длиной шейки матки. Из них: во 2А подгруппу (n = 70) вошли женщины с нормальной длиной шейки матки и наличием в анамнезе самопроизвольного прерывания беременности на сроке 16–34 недели; во 2Б подгруппу (n = 310) вошли женщины с нормальной длиной шейки матки и без отягощенного анамнеза. Статистическая обработка данных производилась