

Д. Д. Кухленкова, А. С. Лежайко

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Эндометриоз – одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний женщин, которое характеризуется наличием эктопической эндометриоподобной ткани вне полости матки. Наиболее распространенной формой эндометриозной болезни являются эндометриозные кисты (ЭК) яичников – эндометриомы. Эндометриома представляет собой образование кисты в яичнике с эктопической выстилкой из эндометриальной ткани [1].

Клинические проявления эндометриоза зависят от локализации процесса, степени поражения гениталий и смежных органов, индивидуального болевого порога. Тазовая боль у женщины репродуктивного возраста может говорить о возможном развитии эндометриозной болезни. Характерным признаком является цикличность болевых ощущений. Боли могут возникать не только во время менструации, но и беспокоить женщину на протяжении всего цикла [2]. Важной особенностью клинического течения эндометриоза яичников является его рецидивирующий характер. Эндометриозные кисты, склонные к рецидиву, характеризуются более выраженной клиникой [3].

Лечение требует системного подхода и должно определяться следующими факторами: возрастом пациентки, локализацией и распространенностью патологического процесса, длительностью течения заболевания. Хирургия является выбором лечения ЭК яичников при выраженной клинической симптоматике и ограничений в профиле эффективности лекарств. Медикаментозная терапия применяется с целью профилактики рецидивов после оперативного лечения [4].

Цель

Изучить особенности течения эндометриоза яичников у пациенток Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе У «Гомельская областная клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ 75 медицинских карт пациенток, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении в 2022–2023 годах. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток составил 37,2 лет. Эндометриозные кисты в левом яичнике локализовались у 35 (46,7%) пациенток, в правом – у 22 (29,3%) пациенток. Двухсторонняя локализация эндометриозных кист яичника отмечалась у 18 (24%) пациенток (рисунок 1).

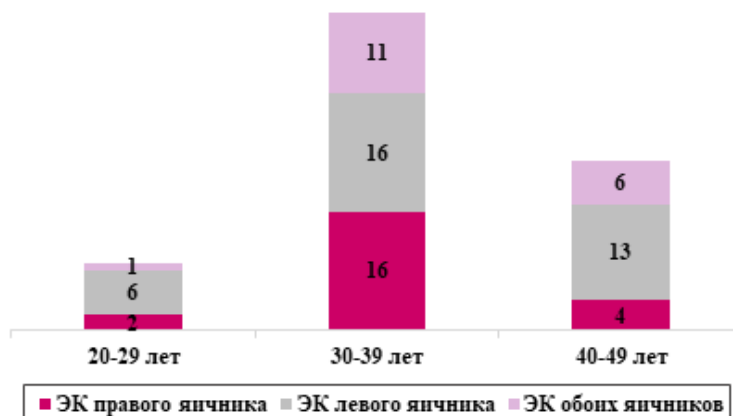


Рисунок 1 – Распределение пациенток с эндометриоидными кистами яичников по возрастным группам

У 64 (85,3%) пациенток с ЭК жалобы были связаны с болевым синдромом. На периодические тянущие боли внизу живота указывали 57 (76%) пациенток. Усиление болей во время менструаций отмечалось у 22 (29,3%) пациенток. Наиболее частыми проявлениями нарушения регулярного менструального цикла были межменструальные темно-коричневые мажущие выделения (10,34%).

В анамнезе у 25 (33,3%) пациенток с ЭК было указание на 1 беременность, у 17 (22,7%) – на 2 беременности, у 14 (18,7%) – на 3 беременности. Первичное бесплодие отмечалось у 2 (2,7%) пациенток, вторичное – у 5 (6,7%) пациенток.

Соматическая патология была выявлена у 38 (50,7%) пациенток: у 27 (36%) хронический гастрит, у 12 (16%) хронический пиелонефрит, у 5 (6,7%) хронический тонзиллит. Анемия легкой степени отмечалась у 7 (9,3%) пациенток.

Гинекологические заболевания в анамнезе были у 32 (42,7%) пациенток с ЭК: миома матки отмечалась у 18 (24%) пациенток, эрозия шейки матки – у 7 (9,3%), полип тела матки – у 5 (6,7%), сальпингит – у 4 (5,3%) пациенток.

Всем пациенткам с ЭК было проведено хирургическое лечение.

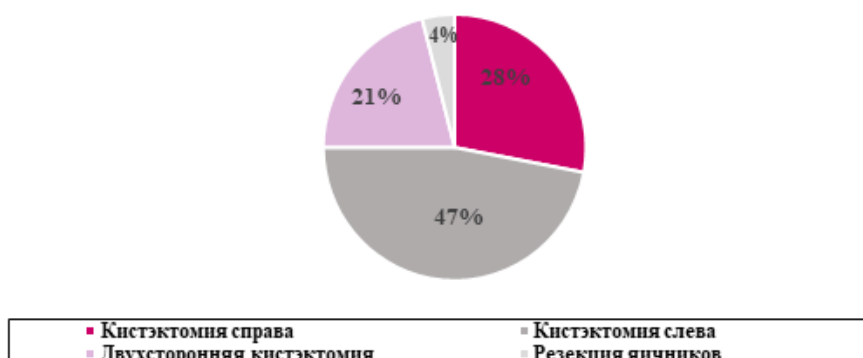


Рисунок 2 – Хирургическое лечение пациенток с эндометриоидными кистами яичников

Выводы

Эндометриоз яичников является актуальной проблемой: большую часть пациенток с эндометриоидными кистами яичников составили женщины 30–39 лет, сохраняющие репродуктивную функцию. Наиболее часто эндометриоидные кисты локализовались в левом яичнике. Для клинического течения эндометриоза яичников характерен болевой синдром.

Основным методом лечения эндометриоза яичников является хирургическая операция. Объем оперативного вмешательства определялся возрастом пациенток, характером патологии придатков матки и сопутствующей патологией. Кистэктомия являлась операцией выбора у 96% пациенток при лечении эндометриодных кист яичника. Резекция яичников была выполнена 4% пациенток, средний возраст которых составил 45 лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Макаренко, Т. А. Стратегии консервативного лечения эндометриодных кист яичников / Т. А. Макаренко, Д. Е. Галкина, Е. А. Борисова // Гинекология. – 2023. – № 25 (2). – С. 4–10.
2. Шмидт, А. А. Эндометриодная болезнь – современный взгляд на проблему / А. А. Шмидт, Д. И. Гайворонских, Д. И. Кремлев // Клиническая медицина. – 2021. – № 99 (11). – С. 615–620.
3. Абитова, М. З. Эндометриоз яичников – прогнозирование рецидивов: современная парадигма / М. З. Абитова, М. Р. Оразов, М. Б. Хамошина // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2020. – № 3 (8). – С. 34–39.
4. Сидорова, И. С. Особенности терапии эндометриодных кист яичников / И. С. Сидорова, А. Л. Унаниян // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – № 1 (5). – С. 29–32.

УДК 616.137.73-008.21[618.3:616.8-009.24-02]

А. П. Леончик¹, Ю. В. Даниленко²

Научный руководитель: ассистент кафедры В. В. Крупейченко

¹*Учреждение образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²*Учреждение здравоохранения*

«Гомельская городская клиническая больница № 2»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ПУЛЬСАЦИОННОГО ИНДЕКСА МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения гипертензивные расстройства при беременности являются одними из самых частых причин материнской смертности наряду с послеродовыми кровотечениями, послеродовыми инфекционными осложнениями, а также осложнениями в родах [1]. Наиболее грозной из данной категории заболеваний является преэклампсия (ПЭ), частота реализации которой по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2018 год составила 6,1% [2]. Согласно последнему практическому руководству Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO), посвященному преэклампсии, во всем мире от этого заболевания ежегодно умирают 76 000 женщин и 500000 младенцев [3].

В качестве предикторов преэклампсии Национальный институт здравоохранения (NICE) и Американский колледж акушеров-гинекологов (ACOG) рекомендует оценивать следующие показатели: хорионический гонадотропин человека (бета-ХГЧ), ассоциированный с беременностью плазменный протеин-А (PAPP-A), плацентарный фактор роста (PIGF). Однако при данном подходе выявляется только 30–40% случаев преэклампсии, а частота ложноположительных результатов составляет 10%. Фондом медицины плода (FMF) рекомендован скрининговый тест, основанный на оценке плацентарного фактора роста (PLGF), пульсационного индекса маточных артерий и среднего уровня артериального давления. Данный тест имеет большую прогностическую значимость, прогнозируя более 70% случаев заболевания, хотя частота ложноположительных тестов так же высока – около 10% [4].