

*А. С. Жукович, Ю. М. Синькевич*

## **БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ В АНАМНЕЗЕ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. В. М. Савицкая,*

*Кафедра акушерства и гинекологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*УЗ «1-я ГКБ», г. Минск*

**Резюме.** Эндометриоз – это заболевание, которое характеризуется разрастанием клеток эндометрия за пределами внутреннего слоя полости матки, а также в тканях других органов. В статье проанализированы течение и исход беременности при эндометриозе.

**Ключевые слова:** эндометриоз, бесплодие, беременность.

**Resume.** Endometriosis is a condition characterized by the proliferation of the endometrium cells outside of the inner layer of the uterus and in the tissues of other organs. The article analyzes the course and outcome of pregnancy in endometriosis.

**Keywords:** endometriosis, infertility, pregnancy.

**Актуальность.** В настоящее время происходит 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 женщин детородного возраста. Однако течение беременности в случае её наступления у женщин с эндометриозом изучена недостаточно, что делает невозможным предупреждение возможных осложнений, связанных с данным заболеванием.

**Цель:** изучить особенности течения беременности и исход родов у женщин с эндометриозом в анамнезе, оценить кровопотерю в родах.

### **Задачи:**

1. Изучить клинико-анамнестические, лабораторные, морфометрические показатели у женщин с эндометриозом в анамнезе.
2. Изучить особенности течения беременности исхода родов при эндометриозе по сравнению с течением беременности и исходом родов у здоровых женщин (контрольная группа).
3. Оценить кровопотерю в родах у женщин с эндометриозом.
4. Исследовать особенности гематологических показателей крови, липидного спектра у женщин с эндометриозом.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 63 историй родов за 2017 г. на базе УЗ «1 ГКБ» г. Минска. Нами было сформировано 2 группы обследуемых пациентов: 1 – основная группа (составили 28 пациенток с подтвержденным диагнозом эндометриоз в анамнезе), 2 – контрольная группа (35 пациенток без диагноза эндометриоз, т.е. практически здоровые женщины). Проведен анализ исходной клинической характеристики, особенностей течения беременности и родов. Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

**Результаты и их обсуждение.** 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).

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

Возраст беременных колебался от 19 до 41 года и составил в среднем  $28,2 \pm 1,1$  года (возраст беременных основной составил  $34 \pm 4,96$ , а контрольной -  $25 \pm 3,2$ ).

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 они имели правильный тип телосложения. (таблица 1).

**Таблица 1.** Возраст обследованных беременных женщин

	<30 лет	>30 лет
Основная группа	6 женщин = 21,4%	22 женщины = 78,6%
Контрольная группа	26 женщин = 74,2%	9 женщин = 25,7%

В ходе проведенного научного исследования выявлено, что 25% беременных с эндометриозом - первородящие, 28,6% - повторнородящие, у 46,4% роды по счету были третьи и более.

При анализе репродуктивной функции выявлены следующие результаты осложнений беременности, что свидетельствует о несомненной роли эндометриоза как отягощающего фактора при данных видах патологии. (таблица 2).

**Таблица 2.** 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	4%

Диагноз «Первичное бесплодие» был выставлен 32,1% пациенткам, вторичное – 21,4% случаев. Беременность у 35,7% пациенток с эндометриозом наступила только после ЭКО, причём после первой попытки у 30%, вторая и последующие попытки – 70% случаев.

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

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, заболевания лор органов и мочевыделительной системы составили по 13% в контрольной группе.

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%.

**Таблица 3.** Осложнения течения беременности в основной группе

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 прерывания беременности в 1 триместре	64,2
угроза прерывания беременности во 2 триместре	17,6
угроза преждевременных родов	46,4

**Таблица 4.** Осложнения течения беременности в основной группе

Осложнения течения беременности	Контрольная группа, %
ОРВИ	31,4
анемия лёгкой степени	20
гестоз лёгкой степени	11,4

При анализе родов выявлено, что в основной группе частота своевременных родов 85,8%, преждевременных родов у пациенток составила 14,2%. В контрольной группе частота своевременных родов 93%, преждевременных родов 7%. Преждевременное излитие околоплодных вод было у 10,7% беременных основной группы и 2,8% беременных контрольной группы.

**Таблица 5.** Методы родоразрешения

Группы	Per vias naturales		Кесарево сечение	
Основная группа	13	46,4%	15	53,6%
Контрольная группа	26	74,3%	9	25,7%

**Оценка кровотечения в родах.** Согласно литературным данным эндометриоз увеличивает вероятность кровотечения во второй половине беременности. Обычно данная патология вызвана предлежанием плаценты или преждевременной отслойкой нормально- или низкорасположенной плаценты.

При оценке кровопотери в родах (через естественные родовые пути или путем операции кесарево сечение) у женщин из обеих групп мы не получили достоверных различий (что подтверждается теорией о том, что беременность является одним из методов лечения эндометриоза). (таблица 6).

**Таблица 6.** Оценка кровопотери в родах

Группы	Роды через естественные родовые пути, мл	Роды путем операции кесарево сечение, мл
--------	--	--

Основная группа	290±30	610±150
Контрольная группа	280±30	640±130

Состояние детей при срочных родах в обеих группах достоверно не отличалось, рождались в удовлетворительном состоянии, с оценкой по Апгар 8/8, 8/9 баллов.

Среди детей от матерей из основной группы у 7,1% была диагностирована врожденная пневмония, у 3,6% морфофункциональная незрелость. Эти показатели значительно не отличаются от данных у женщин, не страдающих эндометриозом.

#### **Определение особенностей показателей гемостаза крови и липидограммы.**

Одной из задач исследовать у нас было определение особенностей гематологических (гемостазиограмма) показателей крови, липидного спектра у женщин с эндометриозом. При анализе результатов в обеих группах достоверных различий мы не получили, кроме повышенного уровня в крови холестерина, но он был одинаково повышен в обеих группах  $6,6 \pm 0,67$  ммоль/л.

#### **Выводы:**

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

2 На развитие плода эндометриоз не оказывает влияния.

3 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), что подтверждено нашими исследованиями и литературными данными.

4 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.

*A. S. Zhukovich, Y. M. Sinkevich*

### **PREGNANCY AND OBSTETRIC OUTCOMES IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS**

*Tutors: PhD, assistant professor V. M. Savitskaya*

*Department of Obstetrics and Gynecology,  
Belarusian State Medical University, Minsk  
"1-th CCH", Minsk*

#### **Литература**

1. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клин. рекомендации по ведению больных/ ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрава РФ; Каф. репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ; Сост. Л. В. Адамян. – Москва, 2013. – 66 с.

2. Henrik Falconer. Pregnancy Outcomes in Women with Endometriosis/ Henrik Falconer // Department of Obstetrics and Gynecology, Karolinska University Hospital. – 2013. – 4 с.

3. Кузмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю., Киндарова Л.Б., Беляева А.А. Эндометриоз: этиология и патогенез, проблема бесплодия и современные пути ее решения в программе экстракорпорального оплодотворения // *Акушерство и гинекология* — 2001. — №2 — С.8-11.

Репозиторий БГМУ