

Кендыш Ю.Н.

СОМАТИЧЕСКИЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Научные руководители: ст. преп. Левин В.И., ст. преп. Швайковский А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Эндометриоз – это хроническое гормонзависимое заболевание с эктопическим ростом эндометриоподобной ткани, которым страдает около 10% женщин. Ключевыми звеньями патогенеза выступают наследственная предрасположенность, дисбиоз кишечной микробиоты, нарушение работы иммунной и эндокринных систем, воспаление, ятрогенная диссеминация эндометриальных клеток.

Цель: определение клинического профиля пациенток с эндометриозом на основе анализа локализации очагов, коморбидного фона, факторов риска и тактики лечения.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 50 историй болезни женщин репродуктивного возраста (19–39 лет, средний возраст 32 ± 6 лет) с подтвержденным диагнозом, находившихся на стационарном лечении в 2025 году на базе УЗ «ГКБСМП» г. Гродно. Статистическая обработка выполнена с использованием методов описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. В структуре локализаций эндометриоза преобладало поражение яичников (64%): правого - 30%, левого - 18%, двустороннее - 16%. Аденомиоз выявлен у 32% женщин, экстрагенитальная форма - у 18%, сочетанные формы - у 32%. Болевой синдром зарегистрирован у 98% пациенток, у большинства боль носила хронический характер с усилением во время менструации (18%) и половой активности (20%). Репродуктивный анамнез: среднее число беременностей составило 1,8 на одну пациентку (две беременности – у 34%, три и более – у 28%, отсутствие беременностей – у 12%). Среднее число родов – 1,66 (двое и более – у 60%, одни – у 26%, нерожавшие – 14%). Частота кесарева сечения среди рожавших составила 35% (65% – естественные роды). Отягощенный гинекологический анамнез отмечен у 84% пациенток. В его структуре наиболее частыми факторами явились: кесарево сечение в анамнезе (35% от общего числа пациенток, что соответствует 50% среди рожавших), рецидивирующий эндометриоз (18%), миома матки (16%), гиперэстрогения (14%), самопроизвольные аборты (14%). Патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 64% пациенток: колит – у 30%, гастрит – у 28%, дуоденит – у 26%, аппендэктомия в анамнезе – у 12%. Эндокринные нарушения зарегистрированы у 26% пациенток: гиперэстрогения – у 14%, снижение уровня тиреотропного гормона – у 10%, гиперпролактинемия – у 2%, гипопрогестеронемия – у 2%. Железодефицитная анемия средней степени тяжести наблюдалась у 34% пациенток. При цитологическом исследовании у 80% женщин флора соответствовала норме, у 20% отмечен умеренный лейкоцитоз как признак неспецифического воспаления, атипичные клетки не обнаружены. Уровень СА-125 в среднем составил 33,6 Ед/мл (выше нормы), индекс ROMA - 9,1% (низкий риск злокачественных новообразований яичников), НОМА-IR - 2,42 (1,5–3,1), что указывает на тенденцию к инсулинорезистентности. Все пациентки получали комплексное лечение, включавшее хирургический этап (цистэктомия, сальпингэктомия, иссечение очагов эндометриоза) и медикаментозную терапию (агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, комбинированные оральные контрацептивы, внутриматочные системы и т.д.). Рецидивы заболевания в течение 12 месяцев после лечения отмечены в 12% случаев.

Выводы. Таким образом, эндометриоз характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и высокой коморбидностью. Подтверждена эффективность комбинированной терапии в исследуемой группе пациенток, включающей хирургическое вмешательство и адъювантную медикаментозную терапию. Была выявлена высокая распространенность инсулинорезистентности и патологии ЖКТ, что требует мультидисциплинарного подхода.