

У беременных с тяжелым течением ХГБ в 13% случаев отмечалось рождение новорождённых в состоянии асфиксии, при этом у 4 из них отмечалась асфиксия легкой степени со средней оценкой 6 баллов по шкале Апгар, а у 3 — тяжелая асфиксия с оценкой 4 балла по шкале Апгар. Данные свидетельствуют, что признаки хронической внутриутробной гипоксии плода отмечают у каждой 10 беременной с ХГБ. При тяжелом течении ХГБ были случаи антенатальной гибели плода. В то же время при беременности, осложненной ХГБ, сохраняется частота послеродовых кровотечений и интранатальной асфиксии плода.

Тактика ведения беременности, которую следовало бы соблюдать при данной патологии, до сих пор не учреждена. Антенатальная гибель плода вследствие холестаза является внезапным акушерским событием, которое нельзя предсказать с помощью традиционных методов обследования и УЗИ. Несмотря на достаточное число наблюдений, по-прежнему не существует диагностического теста, надежно предсказывающего риск внутриутробной гибели плода.

Список литературы:

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М., Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. – 1088 с.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян. – М.: ГЕОТАРМедиа, 2015. – С. 238–252.
3. Еремина Е.Ю. Внутрипеченочный холестаз беременных / Е.Ю. Еремина // Медицинский алфавит. – 2015. – Т. 1, № 7. – С. 36–40.
4. Жесткова Н.В. Холестатический гепатоз беременных: патогенез, клиника, лечение / Н.В. Жесткова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2010. – Т LIX, № 1. – С. 91–97.

УДК 618.11-006.2

**Буксман А.И., Джалилова А.Р., Коротовских Л.В.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО
ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Buksman A.I., Dzhaliilova A.R., Korotovskikh L.V.
ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF
EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS**

Department of obstetrics and gynecology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ms.buksman@mail.ru

Аннотация. Сравнительная оценка двух групп пациенток - с первично выявленным наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) (n=20) и с рецидивом (n=20), проходящие лечение в стационаре отделения неотложной гинекологии ГKB № 40, позволила ранжировать значимость различных факторов риска для развития рецидива заболевания. Клинические характеристики были получены из их историй болезни. Проведен опрос пациентов, сбор жалоб и анамнеза, заполнение опросника качества жизни WHOQOL-BREF. Анализ полученных данных проводили с помощью статистического пакета SPSS 20.0. и Excel.

Annotation. A comparative assessment of two groups of patients - with initially detected external genital endometriosis (n = 20) and relapse (n = 20), undergoing treatment in the hospital of the Department of Emergency Gynecology of Clinical Hospital No. 40, allowed us to rank the significance of various risk factors for the development of relapse of the disease. Clinical characteristics were derived from their medical records. Patients were interviewed, complaints and anamnesis were collected, and WHOQOL-BREF quality of life questionnaire was completed. The analysis of the obtained data was performed using the statistical package SPSS 20.0. and Excel.

Ключевые слова: наружный генитальный эндометриоз, эндометриоидные кисты.

Key words: external genital endometriosis, endometrioid cysts.

Введение

Эндометриоз занимает 3-е место в структуре гинекологических заболеваний [3]. Выявляется в 10-15% случаев у пациенток, страдающих тазовой болью. Частота рецидивов наружного генитального эндометриоза в течение четырех лет после оперативного лечения составляет от 7 до 30% случаев [4]. Эндометриоз – это хроническое, доброкачественное, мультифакторное, дисгормональное заболевание, характеризующееся присутствием эктопической ткани схожей с базальным слоем эндометрия. Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) характеризуется расположением очагов вне эндометрия, способен к инфильтративному росту с повреждением окружающих органов и тканей. Высокая социальная значимость данной проблемы связана с частой распространенностью и активным влиянием на качество жизни пациенток. Знание факторов риска и особенностей клиники, способствует раннему выявлению заболевания и предупреждению рецидивов после оперативного лечения.

Цель исследования – определить возможные клинические факторы риска рецидивирования наружного генитального эндометриоза у пациенток после оперативного лечения.

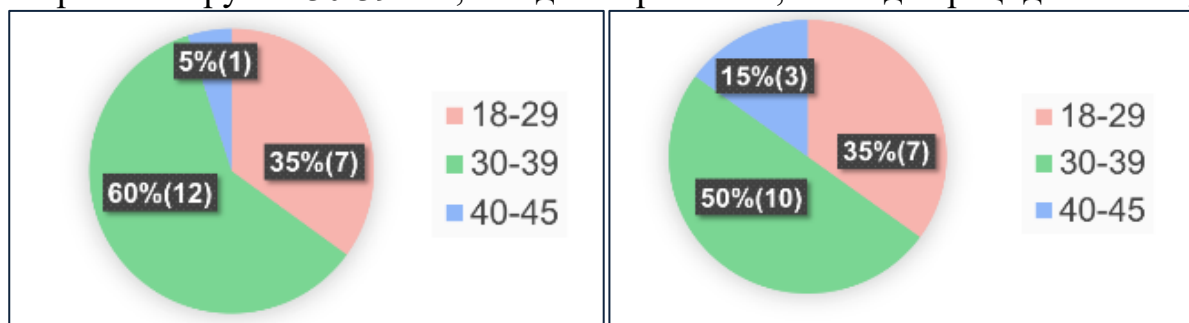
Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе гинекологического отделения Городской клинической больницы № 40. Изучены истории болезни и опрошены 40 пациенток. В I группу вошли 20 женщин с первично выявленным наружным

генитальным эндометриозом. Диагноз был установлен во время лечебно-диагностической лапароскопии и подтвержден результатами гистологического исследования. В II группу вошли 20 женщин с рецидивом после оперативного лечения. Диагноз был установлен во время лечебно-диагностической лапароскопии и подтвержден результатами гистологического исследования. Критерии включения: репродуктивный возраст (18-45 лет), наличие наружного генитального эндометриоза. Краткий опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов, которые оценивают следующие широкие области: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду.

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту пациенты были разделены на следующие группы: 18-29 лет, 30-39 лет, 40-45 лет (Рис.1). Средний возраст пациенток с первично выявленным наружным генитальным эндометриозом составляет 31,4 года, у пациенток с рецидивом средний возраст составляет 34 года. Наиболее подверженная риску возрастная группа 30-39 лет, как для первичных, так и для рецидивных случаев.



Группа 1 (n=20)

Группа 2 (n=20)

Рис.1. Распределение пациенток по возрасту

При анализе трудовой деятельности учитывался доминирующий тип работы: физическая деятельность, умственная деятельность и деятельность, связанная с компьютерными технологиями. В группе с первичным НГЭ наиболее подвержены риску женщины, которые работают тяжелым физическим трудом (4 чел.), в группах умственная деятельность одинаково значима (в 75% случаев.), значение деятельности, связанной с компьютерными технологиями преобладает во второй группе (10% случаев). Становление менструальной функции достоверно значимо влияет на риск возникновения НГЭ ($p=0,005$). Наиболее часто риску подвержены женщины с ранним менархе 10-12 лет для второй группы, для первой группы наиболее часто встречается менархе в возрасте от 12 до 14 лет. Первичное бесплодие в I и II группе регистрировалось одинаково (в 25% случаев), что может быть связано с тяжестью заболевания и неэффективным лечением выявленного заболевания. Вторичное бесплодие регистрируется одинаково (в 15% случаев), возможно, по причине снижения фертильности из-за нарушения процесса овуляции вследствие отсутствия лечения. В обеих группах зафиксировано одинаковое количество родов (2 и более) в анамнезе (в 5% случаев), количество аборт (в 30% случаев) и выкидышей (в 20% случаев) больше во второй группе, если обратить внимание на регрессы, то их больше в

первой группе (в 15% случаев). Пациентки использовали следующие методы контрацепции: презервативы, комбинированные оральные контрацептивы, прерванный половой акт, негормональные ВМС. Во II группе использование презервативов меньше, чем в I группе (в 25% случаев), в I группе наиболее активно применялся прерванный половой акт (30%), во второй группе наибольшую долю составляют нерегулярный прием КОК (35%). Лишь одна пациентка из второй группы использовала негормональную ВМС. Достоверно значимым предиктором рецидива наружного генитального эндометриоза ($p=0,037$) является наличие воспалительных заболеваний (Рис.2).

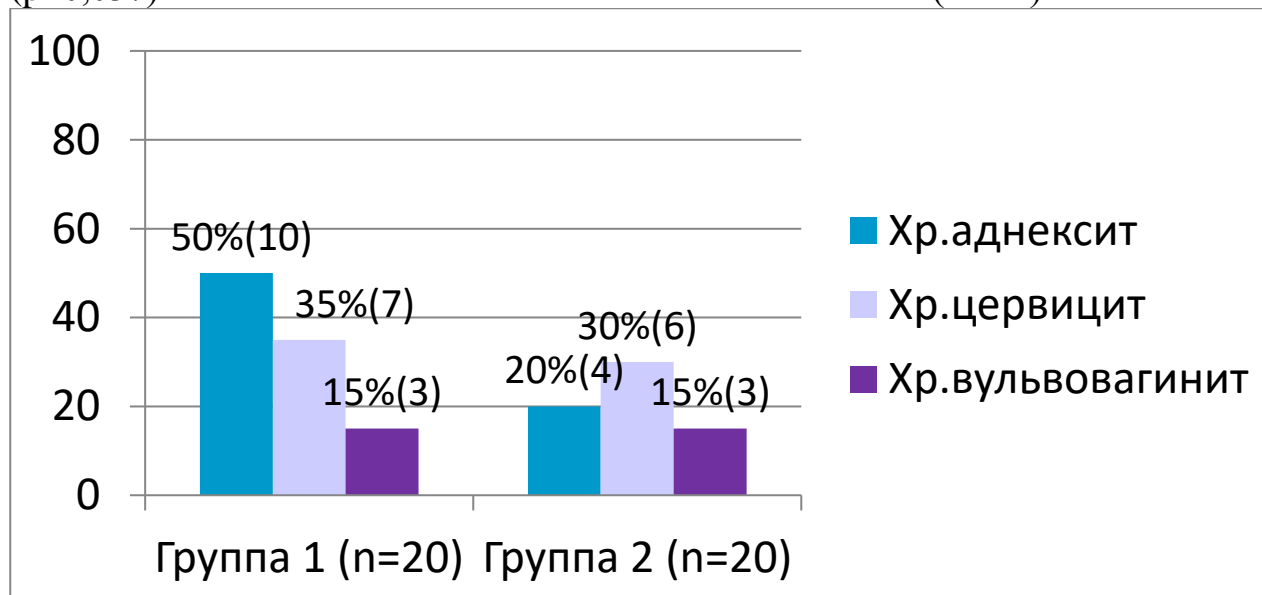


Рис 2. Воспалительные заболевания в анамнезе.

Среди воспалительных заболеваний встречались такие нозологии как: хронический аднексит, хронический цервицит, хронический вульвовагинит. В I группе исследования (в 50% случаев) наличие случаев хронического аднексита самое большое, во II группе исследования (в 20% случаев) количество случаев хронического цервицита, ассоциированного с ВПЧ инфекцией, преобладает над другими патологиями. Хронический цервицит больше регистрируется у пациенток в I группе (в 35% случаев), чем во II группе (в 30% случаев). Наличие такой нозологии, как хронический вульвовагинит в двух группах имеет схожие показатели (в 15% случаев). Инфекции, передающиеся половым путем (генитальный герпес, ВПЧ, хламидиоз, трихомоноз), не показали статистическую значимость различий ($p=0,3$). Анализ данных показывает, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости могут быть причиной тяжелого течения патологического процесса и доказывать транслокационную природу эндометриоза. При обследовании пациенткам исследовали уровень онкомаркера СА-125. Положительный результат (>30 МЕ/мл) был обнаружен в I группе в 58,3% случаев, показатель >100 МЕ/мл оказался больше во II группе исследования (в 10% случаев), и а во второй группе в 40% случаев показатель был в пределах нормы. Синдром тазовой боли присутствует у 100% пациенток. Наиболее часто пациентки обеих исследуемых групп оценивают болевой

синдром в пределах 4-6 баллов: в 70 % случаев в группе первично выявленных и в 85% случаев рецидивов.

Выводы:

1) НГЭ чаще подвержены женщины: в возрасте 30-39 лет; с высшим образованием и интеллектуальной деятельностью, с ранним менархе, хр. гастритом и анемией, бесплодием и абортами в анамнезе, использующие в качестве контрацепции Coitus Interruptus, с хроническими воспалительными заболеваниями придатков, имевшие в анамнезе хламидиоз и ВПЧ, после аппендэктомии.

2) Рецидиву НГЭ чаще подвержены женщины: в возрасте 40-45 лет; с высшим образованием и интеллектуальной деятельностью, с ранним менархе, хр. гастритом и анемией, бесплодием и абортами в анамнезе, использующие в качестве контрацепции КОК, с хроническим цервицитом, на фоне ВПЧ, после аппендэктомии.

3) Соответственно мерами предупреждения рецидива НГЭ будут: своевременное лечение соматической патологии (хронических заболеваний ЖКТ и анемии), предупреждение аборт, использование в качестве контрацепции чисто прогестиновых препаратов, своевременное лечение хронических воспалительных заболеваний гениталий и ВПЧ, своевременное лечение спаечного процесса после оперативных вмешательств на брюшной полости.

Список литературы:

1. Алехина А.Г. Бесплодие при эндометриозной болезни /А.Г. Алехина, А.Е. Блесманович, Ю.А. Петров // Современные проблемы науки и образования.—2018.—№ 4.—С.187.

2. Коган Е.А. Бесплодие при эндометриозе: краткий очерк современных представлений / Е.А. Коган, Е.О. Аكوпова, А.Л. Унанян //Пространство и Время.—2017.—№ 1 (27).—С.251—259.

3. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных / Под ред. ак. Л. В. Адамян. – Москва, 2013. – 65 с

4. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация :федер. клин. рекомендации по ведению больных. — М. :МЕДпресс-информ, 2013. — 65 с.

УДК 618.1-089.87

**Варламова А.Л., Долгополова Ю.А., Киселева М.К.
ФАКТОРЫ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ КРОВОПОТЕРИ**

Кафедра акушерства и гинекологии

Уральский государственный медицинский университет