РАЗДЕЛ III. МЕДИЦИНА

Нагребельная В.А., Куликова Т.П., Салко И.Н.
Особенности клинического течения эндометриоза яичников
в Амурской области за 2015-2017 гг.

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
(Россия, Благовещенск)

doi: 10.18411/sr-10-08-2018-04

idsp: 000001:sr-10-08-2018-04

Аннотация

Проведен анализ 87 историй болезни, женщин с эндометриозом в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст- $32,7 \pm 0,36$ лет). Выявлены особенности клинического течения эндометриоза яичников. В большинстве наблюдений имело место сочетание двух и более жалоб, характерных для эндометриоза; ведущими являлись: отсутствие беременности (84,4%) и хронические тазовые боли (62,2%). Наиболее частыми сопутствующими гинекологическими патологиями у женщин с эндометриозом были хронические воспалительные заболевания половых органов (24%), эктопия шейки матки (38%). Около 80 % женщин имеют сопутствующую соматическую патологию. Определена структура бесплодия у женщин города Благовещенск с эндометриозом яичников.

Ключевые слова: эндометриоз, бесплодие.

Проведен ретроспективный анализ 87 историй болезни (ф №003) пациенток с эндометриозом яичников, в возрасте от 19 до 42 лет (средний возраст- $32,7 \pm 0,36$ лет) с ИМТ- $22,9 \pm 0,4$, наблюдающихся в ГБУЗ АО «БГКБ» Женская консультация № 1, ГБУЗ АО «БГКБ» Женская консультация №2 и госпитализированных в ГАУЗ АО «БГКБ» г. Благовещенск в период с 2015 по 2017 гг. Эндометриоз яичников в период с 2015 по 2107 гг., выявлен у 87 женщин в 2015г. – у 23 (26,4%), 2016г – у 31 (35,6%), 2017г – у 33 (37%). За последние 3 года в Амурской области отмечено увеличение числа женщин с эндометриозом яичников на 10,6% (в 2015 г.- 26,4%, в 2017 г.- 37%). Эндометриоз яичников диагностирован впервые у 70 %, рецидивирующий- у 30 %. Первичное обращение по поводу эндометриоза яичников, чаще регистрировалось в 2016 г- 46 (53%) обращений. Наибольшее число рецидива эндометриоза яичников наблюдалось в 2017 г.- 42 (48,2%) обращения. У обследуемых женщин эндометриоз яичников II стадии диагностирован у 56 (64%) женщин, I и III стадии у 20 (23,4%) и у 11 (12,6 %), соответственно. Эндометриоз яичников сочетался с аденомиозом у 32 (37%) женщин, с ретроцервикальным эндометриоидным инфильтратом у 48 (55%) женщин, с воспалительными заболеваниями придатков матки у 2 (2%) пациенток, с врожденными аномалиями матки у 1 (1%), с миомой матки у 1 (1%). В нашем исследовании анализ возрастных параметров у пациенток с эндометриозом показал, составил от 19 до 42 лет. В статьях многих авторов возраст пациенток так же колебался в широком диапазоне: от 15 до 49 лет. [1]

Общее количество пациенток с бесплодием по поводу эндометриоза яичников за 2015-2017 гг. составило 82 случая; за 2015г. - 16 случаев (20%), 2016г – 27 (32%) случаев, 2017г – 39 (48%) случаев. Длительность бесплодия у пациенток с эндометриозом яичников составила: до 3 лет- 2015 г.- 21,4%, 2016 г.- 18,6%, 2017 г.- 26%. До 5 лет- 2015 г.- 3,1%, 2016 г.- 5,4%, 2017 г.- 3,6%. Более 10 лет- 2015 г.- 1,5%, 2016 г.- 2,7%, 2017 г.- 2,5%. Из числа женщин с эндометриозом яичников первичное бесплодие выявлено у 51(59%) женщины, вторичное у 36 (41%). По сравнению с 2015г., отмечается рост частоты бесплодия на 28,05%, при этом частота данной патологии по Амурской области в

целом, за последние 3 года снизилась на 5,1 % это дает основание предполагать сохранение этиологической роли эндометриоза в развитии женского бесплодия в данном городе [2].

Женщины с эндометриозом яичников чаще предъявляли жалобы на хронические тазовые боли- 54 (62,2%), раздражительность и агрессивность 47 (54,4%), диспареуния 37 (42,2%). В большинстве наблюдений имело место сочетание двух и более жалоб, характерных для эндометриоза: синдром хронической тазовой боли и бесплодие сочетались у 54 (62%), диспареуния и раздражительность у 37 (42,2%). Практически все пациентки отмечали прогрессирование интенсивности и длительности болевого синдрома по мере увеличения продолжительности заболевания. Период от начала появления первых жалоб до обращения женщины в женскую консультацию, составил $3,2 \pm 0,8$ лет. У женщин с эндометриозом яичников выявлена следующая соматическая патология: заболевания вен- у 38 (42 %), вирусный гепатит- у 18 (20%), заболевания мочеполовой системы- у 70 (77,7 %), сахарный диабет- у 13 (14,4%), анемия в анамнезе- у 45 (52%), из них анемия легкой степени тяжести составила- 81%, средней степени тяжести- 17%, тяжелой степени- 1 %. Ожирение- у 15 (16,6 %). У пациенток с эндометриозом яичников средний возраст наступления менархе составил $12,6 \pm 1,4$ лет. Продолжительность менструального цикла была от 26 до 34 дней ($28,3 \pm 1,2$). Возраст начала половой жизни была $19,5 \pm 2,2$ лет. Одна из наиболее частых причин обращения больных эндометриозом за врачебной помощью – бесплодие. У 39 (44,8%) женщин в анамнезе были беременности, у 18 из них закончились родами. У 19 (21,8%) женщин, беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. 7 (32,1%) пациенток родоразрешены путем операции кесарево сечение, ручное отделение плаценты у 5 (3,4%), эпизиотомия, -рафия- у 6 (10,9 %). Гинекологический анамнез был осложнен: у 37 (25,3%) пациенток диатермокоагуляция шейки матки по поводу эктопии, у 2 (2,7%) односторонняя тубэктомия по поводу внематочной беременности, у 3 (3,3%) женщин выполнена лапароскопия, сальпингонеостомия, санация, дренирование малого таза по поводу пиосальпинкса. При проведении дополнительных методов исследования выявлено увеличение уровня онкомаркера СА-125, что составило – $27,1 \pm 1,5$ Ед/мл у 80 (92%) женщин. Снижение овариального резерва по уровню АМГ оценено у 27 (31%) женщин - 1,8 нг/мл , следует отметить, что в данную группу, в 80 % случаев, вошли женщины с рецидивирующим течением эндометриоза яичников. У 87 женщин по данным анамнеза и ультразвуковых исследований выявлены кисты яичников. В 80% случаев отмечено поражение одного яичника, в 20% поражены оба яичника. По данным УЗИ органов малого таза киста до 3 см выявлена у 15 (17%), более 3 см у 54 (62%), более 6 см у 18 (21%) женщин. При оперативном вмешательстве у 43 (47,7%) женщин был обнаружен сопутствующая спаечная болезнь органов малого таза, у 13 из них выраженный спаечный процесс 3-4ст. Все операции больным выполнены лапароскопическим доступом. При обнаружении эндометриоидных гетеротопий проводили их иссечение и коагуляцию поверхностных очагов. При наличии кист яичника проводили цистэктомию, 100 % больных. При выявлении ретроцервикальных инфильтратов проводили их иссечение. Адгезиолизис во время операции выполнен у 50% больных, противоспаечные барьеры применялись у 13 пациенток (15%). У одной больной (1,1%) выполненымиомэктомия. Противорецидивное лечение, препаратом с диеногестом, было назначено в 75 %. Симптомы и жалобы пациенток с эндометриозом яичников, как это отмечается многими учеными, очень неспецифичны и чаще всего были представлены бесплодием и синдромом хронической тазовой боли [3]. При анализе экстрагенитальной патологии, было показано, что с высокой частотой встречаются хронические заболевания мочевыделительной системы, а также анемия, различной степени тяжести. При этом большинство авторов не относят эти состояния к факторам риска развития эндометриоза яичников [4].

Выводы:

За последние 3 года в Амурской области отмечено увеличение числа женщин с эндометриозом яичников на 10,6%. Особенностью клинического течения эндометриоза яичников является: отсутствие беременности в 84,4 % случаев. В Амурской области отмечено увеличение числа женщин с эндометриозом яичников на 28%

***

1. Дмитриян Ю. Э., Бекова Б. Р. Эндометриоз как причина бесплодия // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С. 13-16
2. Пестрикова, Т.Ю. Мониторинг основных показателей работы акушерско-гинекологической службы Дальневосточного Федерального округа в 2013 году / Т.Ю. Пестрикова// Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. трудов. – Хабаровск: ДВГМУ, 2014. – С. 8-34..
3. Адамян, Л. В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков, Е. Н. Андреева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство «Медицина», 2006. - 416 с.
4. Эпидемиологические аспекты генитального эндометриоза / В. А. Линде [и др.] // Проблемы репродукции. – 2008. - №3. – С.68-72.
5. Метаболические нарушения у женщин репродуктивного возраста. Жуковец И.В. Эфферентная терапия. 2007. Т. 13. № 1. С. 93