



УДК 618.3/.4-06:618.14-002

АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЕНДОМЕТРІОЗУ

*Корчинська О.О., Криванич Н.В., Костур К.П., Жила М.М., Мар'ян М.І.;
Андрашчикова Штефанія, Жултакова Сільвія, Рібарова Любіца
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»;
Ужгородський міський пологовий будинок, м. Ужгород
Пряшівський університет у місті Пряшів, кафедра акушерства, м. Пряшів*

Вступ

Ендомеріоз – це дисгормональне, імунозалежне, генетично детерміноване захворювання, яке характеризується ектопією ендометрію з ознаками клітинної активності і його розростанням.

Актуальність даної теми пов'язана такими причинами:

- збільшення частоти ендометріозу серед гінекологічної патології, особливо за останнє десятиліття;
- важкість у його діагностиці на ранніх стадіях;
- відсутність чіткої концепції у системі методів обстеження і лікування хворих на ендометріоз;
- незважаючи на численні дослідження, ендометріоз все ж залишається причиною порушення працездатності та репродуктивної функції у жінок [1, 2, 6, 8].

Ендометріоз – одна з найбільш актуальних проблем сучасної гінекології. Разом із цим, багато аспектів ендометріюїдного ураження на даний час вивчені недостатньо. Відомо, що це прогресуюче і рецидивне захворювання, від якого, за даними літератури, страждають від 7 до 59% жінок репродуктивного віку. Більшість хворих жінок на ендометріоз страждають вираженим больовим синдромом, кожна друга – беспліддя, у багатьох із них виявляють порушення з боку ендокринного та імунного стану, функціональні зміни центральної вегетативної нервової та інших систем, які забезпечують гомеостаз. У жінок з різними формами ендометріозу вагітність перебігає, згідно за даними останніх досліджень, із значними відхиленнями від норми [1, 2, 3, 7].

Мета дослідження

Вивчити акушерські та перинатальні ускладнення у вагітних з ендометріозом в анамнезі.

Матеріали і методи

Етіологія ендометріоза до цього часу залишається маловідомою. Суть цього захворювання полягає у гетеротопічній локалізації ендометріюподібних вогнищ за межами типової локалізації ендометрія [1, 8].

Найчастіше на ендометріозом страждають жінки репродуктивного віку, фізично ослаблені, з метаболічними порушеннями і ендокринною патологією. Все це впливає на перебіг вагітності і призводить до різних ускладнень, таких як самовільний викидень, загроза переривання вагітності, передчасного відшарування плаценти, передчасних пологів, прееклампсії, плацентарної недостатності, дистресу плода, слабкості пологової діяльності, маткової кровотечі у післяпологовий період, анемії вагітних та низьких показників за шкалою Апгар. Щоб запобігти всьому вищеперахованому та правильно вибрати тактику ведення вагітності і пологів, потрібно систематично спостерігати за жінками, особливо репродуктивного віку, а також заздалегіть приділяти особливу увагу диференціації такого захворювання, як ендометріоз, при виявленні скарг, характерних для нього: виражений біль при менструації та напередодні, значні маткові кровотечі, диспареунія, психоневрологічні розлади, порушення репродуктивної функції (нездатність до запліднення та невиношування).

Тому ми вирішили провести клініко-анамнестичну характеристику поширеності ендометріозу в Закарпатській області та визначити його роль у виникненні вищеперахованих ускладнень під час вагітності та пологів.

У жіночій консультації №1 м. Ужгород Закарпатської області було проаналізовано 200 амбулаторних та обмінних карт породіль віком від 20 до 28 років, з яких 40 жінок мали в анамнезі ендометріоз і були віднесені до основної групи, а 40 жінок без гінекологічної



та соматичної патології ввійшли до контрольної. Результати дослідження були оброблені за допомогою розрахунків за показником відношення шансів, за яким визначено не тільки статистичний зв'язок між певним фактором і ризиком, а й розраховано кількісну оцінку даного впливу.

Результати досліджень

У хворих на ендометріоз виникають хаотичні пікові викиди ФЛГ та ЛГ, спостерігається зниження базального рівня прогестерону, гіперпролактинемія і порушення андрогенної функції кори наднирників. Це може призвести до загрози переривання вагітності і пов'язано з низьким рівнем прогестерону, який в цей період не дає матці скорочуватися [2, 8]. При ендометріозі клітини, що знаходяться поза маткою, «не розуміють», що настала вагітність і продовжують менструювати. Через це може настати викидень. Внаслідок недостатності прогестерону, зниження синтезу плацентарного лактогену часто виникає також плацентарна недостатність [1, 4, 7].

При нашому дослідженні ми виявили, що у жінок з ендометріозом загроза переривання вагітності у 12 разів вище, ніж у здорових, а ймовірність наявності плацентарної недостатності – в 11 разів.

Наступним ускладненням при ендометріозі може бути передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Механізм відшарування полягає в утворенні базальних гематом у результаті патологічних змін судин децидуальної оболонки. Відмежовані гематоми, досягаючи великих розмірів, порушують базальну пластинку і прориваються в міжворсинкове кров'яне русло. Внаслідок цього виникає відшарування плаценти і здавлення плацентарної тканини утвореною гематомою [1, 4].

Плацентарна недостатність, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти при ендометріозі призводять до виникнення передчасних пологів у термінах гестації 28-33 тижні.

У досліджуваних нами амбулаторних та обмінних картах породіль ми виявили, що ймовірність наявності передчасного відшарування плаценти у основній групі в 10 разів вище, ніж у контрольній, а передчасних пологів – у 9 разів вище.

При внутрішньому ендометріозі в патологічний процес втягується м'язовий

шар матки, що призводить до його витончення. Це особливо небезпечно в терміні 25 і більше тижнів, коли плід вже досить великий і м'язи матки можуть не впоратися зі своєю функцією.

Така ситуація загрожує розривом органу. Тому потрібен постійний контроль за станом пацієнтки, щоб ужити при необхідності адекватних заходів. У даному випадку проводиться кесарів розтин.

За даними літератури, ендометріоз розвивається на фоні порушеної імунної рівноваги, а саме: Т-клітинного імунодефіцита, пригнічення функції Т-супресорів, активації гіперчутливості сповільненого типу, зниження активності Т-лімфоцитів при одночасній активації В-ліфоцитарної системи і зниження функції природних кіллерів. Імунні фактори, в свою чергу, відіграють важливу роль у виникненні прееклампсії вагітних [3, 4, 8].

Під час дослідження ми виявили, що у жінок з основної групи кесарів розтин та прееклампсія трапляються у 18 разів частіше у порівнянні з жінками контрольної групи.

У жінок з ендометріозом часто мають місце маткові кровотечі у післяпологовий період, які виникають внаслідок порушення кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, прогестерон) [4].

Всі вищепераховані патологічні стани призводять до порушення транспорту кисню до матки, обміну кисню між маткою і плацентою, і тим самим викликають дистрес плода.

У обстежених нами шанс виникнення маткової кровотечі у післяпологовий період у 8,6 разу вищий у жінок з основної групи в порівнянні з контрольною, а дистресу плода – у 6 разів вище.

Стан новонароджених за шкалою Апгар: 8–9 балів – у 2,2 разу частіше виявляється у здорових жінок; 6–8 балів – у 2 рази частіше у жінок з ендометріозом; 4–5 балів – у 5 разів частіше у жінок з ендометріозом. Таким чином, кількість дітей з асфіксією, з частотою адаптаційних ускладнень є набагато більшою у пацієнток з ендометріозом.

Висновки

1. Проаналізувавши клініко-анамнестичні дані та обрахувавши їх за методом шансів, можемо з ймовірністю 95% ($p < 0,05$) сказати, що жінки з ендометріозом мають більшу схильність до ускладнень під час вагітності та пологів.



2. Важливим є виявлення та лікування ендометріозу ще до вагітності, щоб запобігти різного роду ускладненням.

3. Оскільки ендометріоз на даний час важко виявити, тому актуальним є розробка нових методів дослідження даної патології.

4. Також важливо взяти до уваги патогенез виникнення ускладнень під час вагітності та пологів у жінок з ендометріозом, щоб мати змогу вплинути на них на різних етапах розвитку.

Резюме. У статті наведені дані дослідження щодо поширеності та впливу ендометріозу на вагітність і пологи у жінок м. Ужгород Закарпатської області з вищезгаданою патологією в наявності чи в анамнезі. Результати дослідження були оброблені за допомогою розрахунків за показником відношення шансів, який дозволяє оцінити зв'язок між певним відхиленням і фактором ризику.

Виявлено, що у жінок з ендометріозом є більша схильність до ускладнень під час вагітності та у післяпологовий період, ніж у відносно здорових жінок.

Ключові слова: ендометріоз, ускладнення, ризик, вагітність, пологи.

Obstetric and perinatal aspects of endometriosis

Korchynska O.O., Kryvanych N.V., Kostur K.P., Zhyla M.M., Maryan M.I., Andrascikova Stefania, Zultakova Silvia, Rybarova Lubica

Summary. The data of the research on the spread and influence of endometriosis on pregnancy and childbearing of women having the mentioned above pathology now or in anamnesis and living in Uzhhorod, Zakarpatska oblast are provided in the article. The research results were processed by means of calculation according to the index of the probabilities ratio that allows to estimate the connection between certain deviation and the risk factor.

It is found that women with endometriosis have a greater liability to the sequela during pregnancy and in the postpartum period compared to relatively healthy women.

Key words: endometriosis, sequela, risk, pregnancy, childbearing.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 1998. – 318 с.
2. Баскаков В.П. Эндометриозидная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: ООО Издательство Н.-Л., 2002. – 452 с.
3. Василевская Л.Н. Гинекология / Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко, Н.А. Щербина, В.П. Юровская. – 2-е изд., доп. и перераб. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 576 с.
4. Венцівський Б.М. Акушерство / Венцівський Б.М., за ред. Степанківської Г.К, Яроцького М.Є. – К.: Медицина, 2012. – 648 с.
5. Дуда В.И. Гинекология / В.И. Дуда [и др.]. – Мн.: Харвест, 2004. – 560 с.
6. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение / А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 104 с.: ил.
7. Савельева Г.М. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Г.М. Савельева, под ред. Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
8. Стрижаков А.Н. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. – М.: Медицина, 1996. – 330 с.: ил.