

О. О. КОРЧИНСЬКА, У. В. ВОЛОШИНА, Є. Е. ДАНКАНИЧ (Ужгород)

## КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Ужгородський національний університет  
Ужгородський міський перинатальний центр

Проаналізовано особливості перебігу ендометріозу у жінок з кесарським розтином в анамнезі. Показано, що оперативне розродження є вагомим фактором ризику цієї патології.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ендометріоз, кесарський розтин.

Генітальний ендометріоз є однією з найважливіших проблем сучасної гінекології. Займаючи III місце в структурі гінекологічної захворюваності, ендометріоз належить до соціально значущих проблем сучасної медицини, що обумовлено низкою факторів:

- медико-соціальними – є частою причиною порушення працездатності та репродуктивної функції жінок [11];
- лікувально-діагностичними – складність клінічної діагностики та консервативної терапії на пізніх стадіях розвитку захворювання [1;6];
- онкологічним – збільшується число спостережень хворих із давніми злоякісними захворюваннями, що на ранніх етапах були діагностовані як ендометріоз [1].

У загальній популяції жінок частота ендометріозу коливається від 6,2% до 50% [3;7]. Дана патологія виявляється при наступних станах: хронічний тазовий біль – 33–74%, альгодисменорея – 40–60%, безпліддя – 40–50% [2;3;4;8;10]. За даними ВООЗ, близько 25–30% жінок репродуктивного віку хворіють на ендометріоз [5].

Згідно з офіційним виданням центру медичної статистики МОЗ України “Стан здоров’я жіночого населення в Україні” за 2003–2005 роки, у 2003 р. ендометріоз виявлявся серед жіночого населення в цілому в 0,1% випадків (27516 жінок), в 2004 р. – 0,115% (29377 жінок), а в 2005 р. – 0,21% (29147 жінок) [6].

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, виявлення генітального ендометріозу на 100 тис. жіночого населення мало тенденцію до зростання (табл.).

На сьогоднішній день з методів оперативного розродження найбільш розповсюдженим є

Таблиця. Частота ендометріозу серед жінок України у 2002–2005 рр.

Показник/роки	2002	2003	2004	2005
Виявлено ЕМ на 100000 жінок	7,5	8,4	9,6	10,9

кесарський розтин. Даний метод розродження має особливе значення для зниження дитячої та перинатальної захворюваності та смертності, а отже покращання здоров’я майбутніх поколінь. Збільшення кількості кесарських розтинів зумовлено ростом показань до операції, серед яких в останні десятиліття пріоритетними є відносні в інтересах плода. Водночас залишається відкритим питання про віддалені наслідки кесарського розтину для здоров’я матері. Відомо, що при абдомінальному розродженні ризик материнської смертності у десять разів, а ризик розвитку ускладнень – у 10–26 разів вищий порівняно з фізіологічними пологами [9]. Частота кесарського розтину невинно зростає (рис. 1).

Як видно з рисунку 1, кількість кесарських розтинів у Закарпатській області за 18 років зросла майже у 4 рази, а у Львівській, Тернопільській, Чернівецькій областях – удвічі. Порівнюючи кількість кесарських розтинів Закарпатської області з іншими областями потрібно врахувати, що у Львівській області чисельність жіночого населення удвічі більша, ніж у Закарпатській.

Цілком можливе механічне занесення частинок ендометрія руками хірурга та інструментарієм на краї операційної рани та інші органи під час акушерських і гінекологічних операцій, що пов’язані із розкриттям порожнини матки та хірургічною травмою ендометрія. Такий же механізм

## Кількість кесарських розтинів

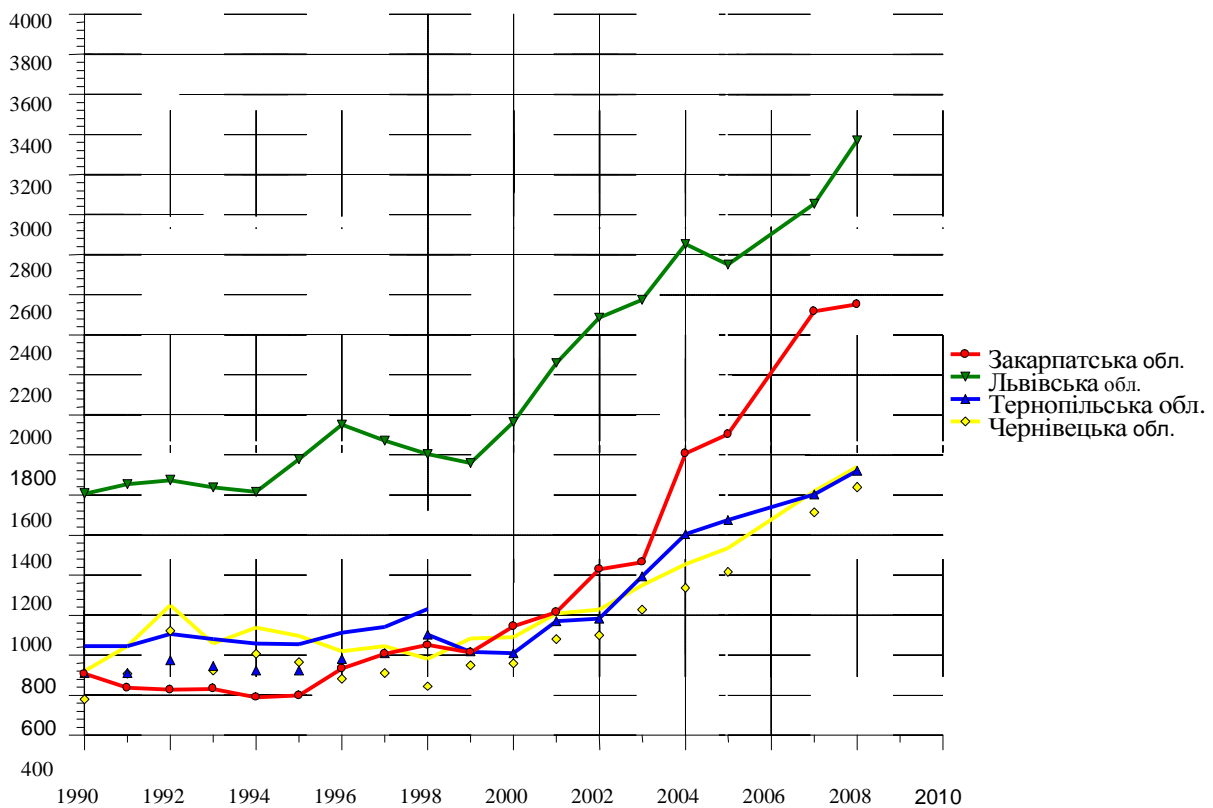


Рис. 1. Динаміка частоти кесарського розтину в Західній Україні у 1990–2010 рр.

виникнення ендометріозу під час хірургічних втручань, що виконувалися під час або відразу після закінчення менструації, коли у прямокишково-маткову заглибину потрапляє ретроградно по маткових трубах менструальна кров. Життєздатні елементи ендометрія, що знаходяться в ній, руками хірурга та інструментами можуть бути перенесені в інше місце [2].

Встановлено, що хірургічні втручання сприяють безпосередньому інфільтративному проростанню клітин ендометрія в стінку матки, що призводить до розвитку аденоміозу. Крім того, хірургічна травма ендометрія сприяє потраплянню елементів слизової оболонки матки в кров та лімфу і поширенню їх в інші органи, що було доведено в дослідженнях А. Vardos (1973), Я. В. Бохман (1977).

У наукових джерелах ми не знайшли даних щодо особливостей розвитку ендометріозу у жінок з кесарським розтином в анамнезі.

**Метою** нашої роботи стала оцінка впливу факторів ризику розвитку ендометріозу у жінок з кесарським розтином в анамнезі.

**Матеріали і методи дослідження.** Вивчалися карти диспансерного обліку жінок з ендометріозом, вперше виявленим у 2005–2009 рр.

у м. Ужгород. Для підтвердження діагнозу були використані клінічні та параклінічні методи дослідження: збір анамнезу, огляд, УЗД органів малого тазу, гістероскопія, кольпоскопія, визначення гормонального статусу та онкомаркера (CA-125).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всього виявлено 57 жінок з вперше встановленим діагнозом ендометріозу, з них 39 в анамнезі мали кесарський розтин (68,4%). Середній вік жінок склав  $27 \pm 1,3$  року.

Виявлено ендометріоз у перші 6–12 місяців після кесарського розтину у 82,1% жінок, у решти 17,9% жінок – через 16–20 місяців (рис. 2).

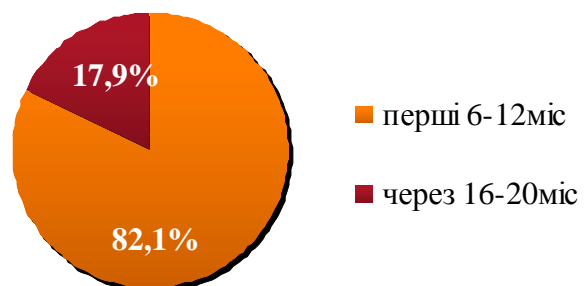


Рис. 2. Час діагностики ендометріозу з моменту кесарського розтину

Особливостями перебігу вагітності у жінок з ендометріозом та кесарським розтином в анамнезі були: загроза невиношування вагітності

(100%), анемія вагітних (46,15%), дисфункція плаценти (28,2%), прееклампсія легкого (10,26%) та середнього ступеня (7,69%) (рис. 3).

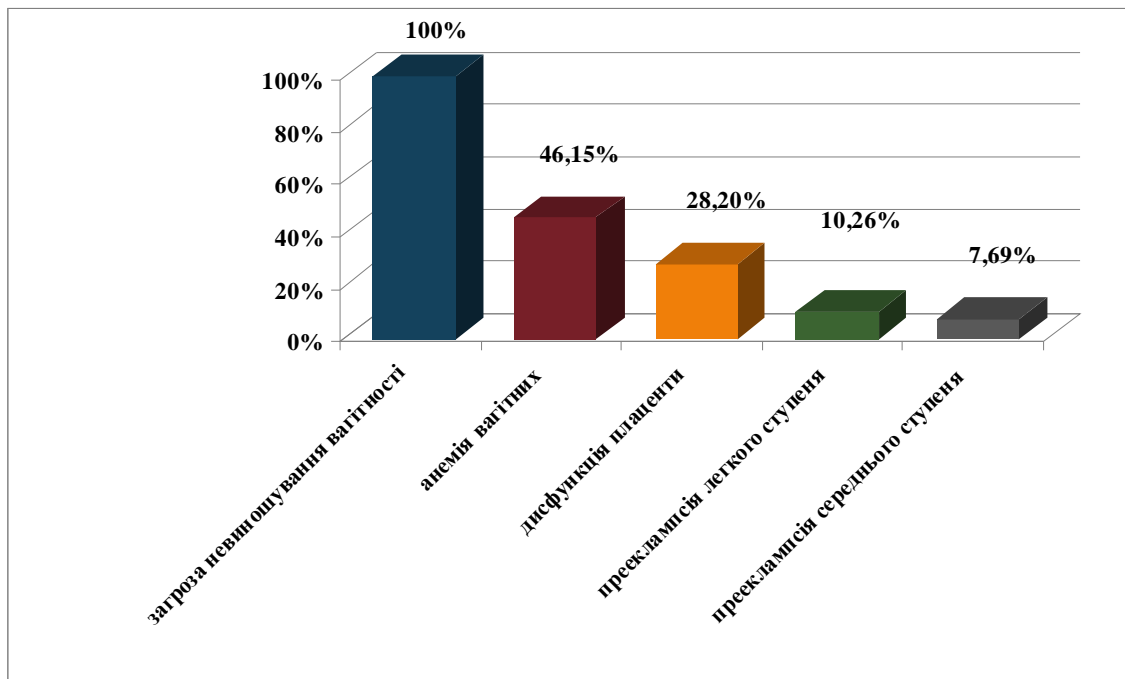


Рис. 3. Особливості перебігу вагітності у жінок з ендометріозом та кесарським розтином в анамнезі

При вивченні даних анамнезу цих жінок привертала увагу значна частота дисгормональних порушень, що є причиною загрози невиношування та вторинної безплідності. У 46,2% жінок з недостатністю лютеїнової фази виявлено гіпогестагенію незалежно від віку в II фазі менструального циклу. Результати наших досліджень знаходять підтвердження в науковій літературі, згідно з даними якої на початкових стадіях розвитку ендометріозу поряд із збереженим двофазним циклом та овуляторними піками гонадотропних гормонів з'являлися додаткові піки цих гормонів у фолікулярну та лютеїнову фази циклу. Концентрація лютеїнізуючого гормону протягом всього менструального циклу, включаючи овуляторний пік, була різко підвищена, а вміст фолікулостимулюючого гормону – значно зниженим. Крім того, було виявлено закономірне збільшення пролактину в середині циклу [2]. У більшості пацієток з гіперпролактинемією (35,9%) виявляється галакторея, однак частота її не корелює ні з характером менструального циклу, ні зі ступенем гіперпролактинемії. Також спостерігалася поширеність гінекологічної патології – кісти та кістоми яєчників (17,95%), лейоміоми матки (12,82%); 76,9% жінок мали повторний кесарський розтин в анамнезі; післяпологовий період у 61,54% жінок ускладнився інфекційно-запальним процесом. Діагностовано автоімунний

тиреїдит у 10,3% жінок, в яких виявлялися пригнічення преовуляторного піку лютеїнізуючого гормону, зниження чутливості гонад до гормонів, наслідком чого були або недостатність лютеїнової фази, або ановуляція і безпліддя. Ревматоїдний артрит – 7,69% жінок з характерними ознаками різкого порушення імунологічного гомеостазу, які проявляються дефіцитом Т- і В-клітинної ланки, дизімуноглобулінемією в сироватці крові, появою циркулюючих імунних комплексів, в склад яких входили імунoglobуліни класів М, G, А, зниженням лізоциму в цервікальному слизу, у фолікулярній і перитонеальній рідині. Спадкові форми ендометріозу виявлено у 25,6% жінок із характерним порушенням менструальної та репродуктивної функції та верифікованим діагнозом у родичок I та II покоління.

Показаннями до проведення кесарського розтину були: дистрес плода (35,9%), резистентні до медикаментозної терапії аномалії пологової діяльності (20,51%), клінічно вузький таз (12,82%), тазове передлежання великого плода (10,26%), лікування безпліддя понад сім років (7,69%), тазове передлежання першого плода при двійні (5,13%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (5,13%), повне передлежання плаценти (2,56%) (рис. 4).

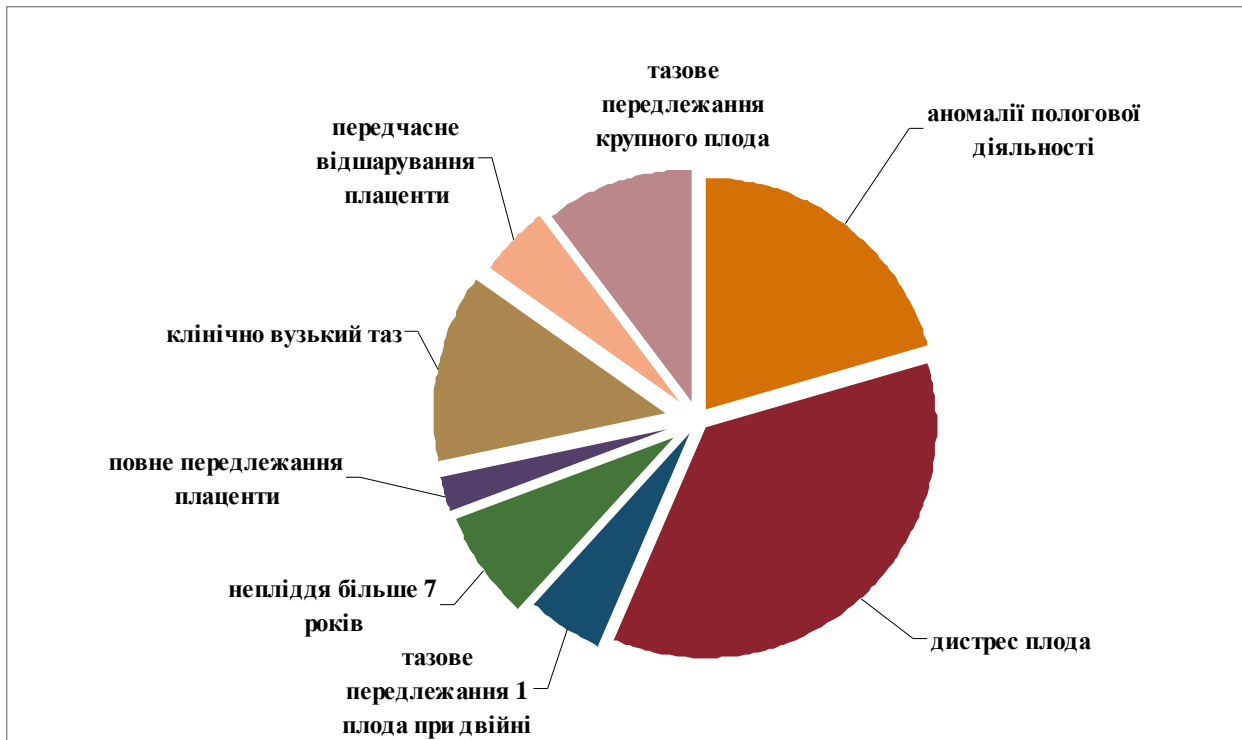


Рис. 4. Структура кесарського розтину у жінок з ендометріозом

Серед жінок з кесарським розтином в анамнезі та ендометріозом виявлено наступні скарги (за частотою):

- у 100% жінок провідним симптомом цього захворювання був хронічний тазовий біль. Вираженість та інтенсивність больового синдрому залежить від: локалізації ендометріодних ектопій, особливо виражений біль при ендометріозі перешийки матки, крижово-маткових зв'язок та вузлової форми аденоміозу; ступеня поширеності процесу; тривалості захворювання; індивідуальних особливостей – порогу больового відчуття та ситуаційних факторів;

- альгодисменорея турбувала 87,2% жінок та характеризувалася взаємозв'язком між ступенем вираженості дисменореї та порушенням працездатності;

- порушення менструальної функції за типом гіперполіменореї діагностовано у 76,9% жінок і спостерігалось здебільшого при аденоміозі матки;

- диспареунія – біль та дискомфорт при статевому акті – у 69,2%;

- вторинне безпліддя – у 25,6% жінок. Основною причиною його були ановуляція на фоні гіперестрогенії та недостатність лютеїнової фази.

У жінок з ендометріозом та кесарським розтином в анамнезі найбільш часто мали місце наступні локалізації патології:

- ендометріоз післяопераційного рубця – у 28,2% жінок. Він виникає в результаті розростання ендометрія по матково-очеревинних но-

рицях після кесарського розтину. Перед менструацією спостерігалось посилення болю в ділянці рубця та пальпувалися щільні вузлики чи кістозні утворення розміром з горошину або більші;

- ендометріоз шийки матки виявлено у 66,6% хворих з характерними скаргами на масткі перед- та постменструальні кров'янисті виділення мимовільного чи контактного характеру;

- аденоміоз виявлено у 100% жінок, у яких спостерігалась зміна розмірів матки та структури міометрія залежно від фази менструального циклу, поступове зростання проявів альгодисменореї чи гіперполіменореї після кесарського розтину.

#### Висновки

1. Ендометріоз – поліетіологічний процес, який розвивається на фоні гормональних та імунних порушень у жінок з кесарським розтином в анамнезі.

2. Кесарський розтин є важливим аспектом виникнення та прогресування ендометріозу.

3. У зв'язку із зростанням числа кесарських розтинів (за 18 років у 4 рази по Закарпатській обл.) спостерігатиметься збільшення частоти випадків ендометріозу серед жінок репродуктивного віку, що вимагає розробки ефективних лікувально-профілактичних заходів.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці ефективних лікувально-профілактичних заходів у жінок з ендометріозом.

### Список літератури

1. Адамян Л. В. Эндометриозы : рук-во для врачей / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 1998. – 316 с.
2. Баскаков В. П. Эндометриозидная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. – СПб. : НЛ, 2002. – 452 с.
3. Корсак В. С. Эндометриоз и ВРТ / В. С. Корсак, О. Е. Васильева, Э. В. Исакова // Проблемы репродуктологии. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 41–46.
4. Кулаков В. И. Вспомогательная репродукция: настоящее и будущее / В. И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 1. – С. 3–7.
5. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / под ред. акад. РАМН Г. М. Савельевой. – М. : МИА, 2006. – С. 518–526.
6. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2005 рік / за ред. В. Л. Весельського. – К., 2006.
7. Стрижаков А. Н. Эндометриоз / А. Н. Стрижаков, Л. Г. Тумилович // Справочник по акушерству и гинекологии. – М., 1996. – С. 292–296.
8. Теория и практика гинекологической эндокринологии / под ред. проф. З. М. Дубоссарской. – Днепропетровск : Лира ЛТД, 2005. – С. 298–315.
9. Чернуха Е. А. Кесарево сечение – настоящее и будущее / Е. А. Чернуха // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 5. – С. 22–28.
10. Guo S. W. The prevalens of endometriosis in woman with chronic pelvic pain / S. W. Guo, V. V. Wund // Gynecol Obstet. Invest – 2000. – Vol. 62 (3). – P. 121–130.
11. Rice V. M. Conventional medical therapies for endometriosis / V. M. Rice // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 2002. – Vol. 955. – С. 343–352.

### КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

О. А. Корчинская, У. В. Волошина, Е. Э. Данканич (Ужгород)

Проанализированы особенности течения эндометриоза у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Показано, что оперативное родоразрешение является весомым фактором риска этой патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **эндометриоз, кесарево сечение.**

### CAESAREAN SECTION AS A RISK FACTOR OF DEVELOPMENT OF ENDOMETRIOSIS

О. А. Korchynska, U. V. Voloshyna, E. Ye. Dankanych (Uzhgorod)

In this article the features of motion of endometriosis for women with a caesarean section in anamnesis have been analysed. It is shown that operative delivery is the ponderable factor of risk of this pathology.

KEY WORDS: **endometriosis, caesarean section.**

Рецензент: д.мед.н. Ю. Б. Ященко