

# Профілактика передчасної інволюції репродуктивної системи в жінок з генітальним ендометріозом

**В.І. Бойко, О.В. Чирва**

Медичний інститут Сумського державного університету МОНмолодьспорту України

Результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив ГЕ на інволютивні процеси жіночого організму, включаючи і репродуктивну функцію. Запропонований нами алгоритм дозволяє затримати передчасну інволюцію при одночасному зниженні частоти патологічних клінічних проявів та дисгормональних порушень. Це дозволяє нам рекомендувати розроблений алгоритм для впровадження у практичну охорону здоров'я.  
**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, репродуктивна система, інволюція.

Серед основної патології репродуктивної системи одне з провідних місць посідає генітальний ендометріоз (ГЕ) [1–7]. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень у репродуктивний період, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності та ін. [1–7].

Виникнення та розвиток ГЕ супроводжуються, крім порушень менструальної та генеративної функцій, складними реакціями регулюючих систем, які спричиняють зміни діяльності всього жіночого організму і характеризують процес дизадаптації в нових умовах, знижують якість життя, а нерідко призводять до інвалідизації жінок у репродуктивному віці [1, 3, 6].

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми ГЕ, не можна вважати всі наукові питання вирішеними. На нашу думку, наукові та практичні дослідження, спрямовані до вивчення передчасної інволюції репродуктивної системи у хворих на ГЕ, є достатньо перспективними та мають важливе соціальне значення щодо охорони здоров'я жінок репродуктивного віку.

Вищевикладене визначило актуальність проблеми і стало теоретичним підґрунтям для проведення даного дослідження.

**Метою** роботи було зниження темпів інволюції репродуктивної системи в жінок з ГЕ на підставі вивчення основних анамнестичних, клінічних і лабораторних змін, а також розробки алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Протягом 3 років нами проводилося комплексне клініко-лабораторне обстеження та спостереження за 250 мешканками м. Суми та Сумської області з діагностованим ГЕ.

До контрольної групи ввійшли 30 жінок віком 20–40 років, в яких були виключені некомпенсовані гінекологічні та соматичні захворювання.

У 250 пацієнток у віці 20–40 років був діагностований ГЕ різної локалізації та ступеня тяжкості. У більшості випадків був діагностований ГЕ яєчників (39,2%) та аденіоміоз (37,2%), у 13,6% – поширений ГЕ і у 10% – ГЕ іншої локалізації (шийка матки та ретроцервікальний).

Залежно від проведеного лікування всі хворі на ГЕ були розподілені на такі групи та підгрупи:

1-ша група – 100 пацієнток, які отримували до 6 міс консервативне гормональне лікування:

1.1 підгрупа – 25 хворих, які приймали норетистерону ацетат у безперервному режимі по 5–10 мг на добу;

1.2 підгрупа – 25 жінок, які використовували 19-нортеостерон на 1-шу та 4-ту добу менструального циклу, а потім – 2 рази на тиждень;

1.3 підгрупа – 25 пацієнток, які отримували 17 $\alpha$ -етинілтестостерон у безперервному режимі по 400–800 мг на добу;

1.4 підгрупа – 25 хворих, які приймали аналог лютеїнізуючого релізинг-гормону у формі щомісячних підшкірних ін'єкцій у передню черевну стінку.

Ступінь поширеності ГЕ, його клінічні прояви на початок лікування, а також час від закінчення гормонотерапії до нашого обстеження (у середньому 12,1 $\pm$ 3,2 міс) у хворих даних підгруп суттєво не відрізнялися.

2-га група – 100 жінок, які перенесли з приводу ГЕ різні варіанти оперативних втручань:

2.1 підгрупа – 25 хворих після однобічної оваріо- або аднексектомії;

2.2 підгрупа – 25 жінок після однобічної аднексектомії з гістеректомією;

2.3 підгрупа – 25 пацієнток після двобічної оваріо- або аднексектомії;

2.4 підгрупа – 25 хворих після гістеректомії (суправагінальна ампутація або екстирпація матки з придатками).

У більшості пацієнток операція виконувалась у плановому порядку, а близько 1/3 хворих були прооперовані ургентно (внаслідок порушення трофіки кістоми яєчника, маткових кровотеч, гнійно-септичних захворювань, ускладненої лейоміоми та ін.).

Основним доступом при проведенні оперативних втручань була лапаротомія. Час від проведення хірургічного втручання до початку нашого дослідження становив 12,1 $\pm$ 3,2 міс і вірогідно не відрізнявся по підгрупах.

3-тя група – 50 пацієнток, їм діагноз ГЕ був установлений нами вперше. Після клініко-функціонального обстеження всім жінкам даної групи був призначений розроблений нами 3-етапний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів.

Отже, наше дослідження відповідало всім вимогам, що визначають адекватність дослідження і характеризувалось як клінічне відкрите нерандомізоване контрольоване та довготривале.

Нами встановлені такі фактори ризику ГЕ:

- гінекологічні захворювання в матері;
- наявність у батьків соматичної патології і шкідливих чинників виробництва;
- ускладнення в період вагітності в матері і в пологах;
- штучне або змішане вигодовування;
- висока захворюваність у всі періоди життя і часті простудні захворювання;

- екстрагенітальна патологія (ОХ хребта, синдром вегетативної дистонії, хронічний тонзиліт, патологія щито-подібної залози і травного тракту тощо);

- дія професійних шкідливих чинників (постійне нервово-психічне навантаження, несприятливий мікроклімат на робочому місці тощо);

- початково несприятливий стан репродуктивної системи до моменту становлення менструальної функції (тривале встановлення менструального циклу); часті і тривалі порушення менструальної функції; тривало існуючий і нелікований передменструальний синдром;

- часті вагітності і значне переважання медичних абортів над пологами; патологічний перебіг вагітності і пологів;

- кровотечі і гнійно-септичні ускладнення в післяпологовий і в післяабортний періоди;

- запальні захворювання генітального апарату, що перебігають хронічно і часто загострюються; ерозія шийки матки; наявність пухлинних захворювань матки і яєчників.

Результати проведених досліджень свідчать, що першими ознаками ГЕ у 80% хворих були різні порушення менструальної функції, в 69,8% – больовий синдром, в 48% – порушення репродуктивної функції і в 15% – порушення функції суміжних органів.

Стан менструальної функції у хворих на ГЕ характеризувався в основному наявністю розладів за типом гіперменореї (42%) і поліменореї (26%), а також циклічними (32%) і ациклічними матковими кровотечами (28%); у той же час застосування традиційних гормональних методів лікування сприяє лише незначній корекції даних порушень, тоді як радикальні оперативні втручання на органах малого таза призводили до пригнічення менструальної функції від оліго-, гіпо- і опсоменореї до аменореї і хірургічної менопаузи (залежно від об'єму операції).

Розлади з боку суміжних органів у хворих на ГЕ виявлялися в основному у формі дисфункції кишечника (обстипація і діарея) – 15% і сечовивідного тракту (прискорене сечовипускання) – 12%, болісності в області кишечника і сечового міхура, а також больових відчуттів під час сечовипускання. Проведення всіх наведених нами консервативних методів терапії ГЕ супроводжувалося незначною корекцією урологічних розладів разом з істотним погіршенням стану травного тракту. У той же час радикальне хірургічне лікування призводило до посилення вже наявних відхилень у стані суміжних органів, причому частота урологічної симптоматики різко зростає зі збільшенням об'єму операції.

Результати додаткових методів дослідження (УЗД, КТ та гістероскопія) свідчать, що розвиток ГЕ супроводжується виникненням гіперпластичних процесів у тілі матки і в ендометрії, кістозною трансформацією яєчничкової тканини і шийки матки. Проте проведення як консервативної гормональної терапії, так і оперативних втручань на органах малого таза призводило до зменшення проявів ГЕ і інших гіперпластичних процесів в ендо- і міометрії.

Здорові жінки репродуктивного віку мають біологічний вік  $28,3 \pm 2,8$  року при належному біологічному віці  $34,7 \pm 3,8$  року, тобто вони виявилися молодшими за стандарт у популяції в середньому на  $6,3 \pm 0,9$  року.

У хворих з нелікованим ГЕ біологічний вік становив  $37 \pm 3,2$  року, що перевищувало стандарт популяції на  $2,1 \pm 0,8$  року і було більше, ніж у жінок контрольної групи, на  $8,7 \pm 0,9$  року.

У разі консервативного лікування ГЕ пацієнтки були на  $7,6 \pm 0,8$  року старшими за здорових жінок. Після оперативного лікування ця різниця становила  $8,4 \pm 0,8$  року і на-

ростала у міру збільшення об'єму оперативного втручання ( $6,9 \pm 3,2$  року – після однієї операції або аднексектомії,  $7,8 \pm 3,3$  року – після однієї аднексектомії з гістеректомією,  $9,1 \pm 3,2$  року – після двох операцій або аднексектомії і  $9,3 \pm 3,2$  року – після двох аднексектомій з гістеректомією).

Для профілактики передчасної інволюції репродуктивної системи в пацієнток з ГЕ необхідно використовувати поетапний підхід:

I етап – протягом 1 міс здійснювалася передопераційна підготовка, що включала застосування гормональної корекції;

II етап – залежно від локалізації, поширеності Е і „зацікавленості” в патологічному процесі суміжних органів проводилося хірургічне видалення ендометріодних вогнищ або лапароскопічним, або лапаротомним доступом;

III етап – проведення заходів щодо профілактики передчасної інволюції репродуктивної системи:

- за бажання пацієнток відновлення репродуктивної функції проводилися допоміжні репродуктивні технології;

- після органозберігаючих операцій і небажання мати дітей – гормональна корекція;

- після радикального оперативного лікування – замісна гормональна і метаболічна терапія.

Запропонований нами алгоритм лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів у жінок з ГЕ дозволяє через 2 роки значно нормалізувати загальний стан у більшості (94%) жінок, покращити якість життя у 2,8 разу, відновити функціональний стан яєчників у 74% жінок, знизити на 38% вираженість патологічних змін матки і ендометрія та зменшити біологічний вік пацієнток на  $6,9 \pm 0,7$  року.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про негативний вплив ГЕ на інволютивні процеси жіночого організму, включаючи і репродуктивну функцію. Запропонований нами алгоритм дозволяє затримати передчасну інволюцію при одночасному зниженні частоти патологічних клінічних проявів та дисгормональних порушень. Це дозволяє нам рекомендувати розроблений алгоритм для впровадження у практичну охорону здоров'я.

### **Профилактика преждевременной инволюции репродуктивной системы у женщин с генитальным эндометриозом** **В.И. Бойко, О.В. Чирва**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о негативном влиянии генитального эндометриоза на инволютивные процессы женского организма, включая и репродуктивную функцию. Предлагаемый нами алгоритм позволяет замедлить преждевременную инволюцию при одновременном снижении частоты патологических клинических проявлений и дисгормональных нарушений. Это позволяет нам рекомендовать разработанный алгоритм для внедрения в практическое здравоохранение.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, репродуктивная система, инволюция.

### **Preventive maintenance premature involution of reproductive system at women with genital endometriosis** **V.I. Boyko, O.V. Chirva**

Results of the spent researches testify about negative influence genital endometriosis on involution processes of a female organism, including and reproductive function. The algorithm offered by us allows to slow down premature involution at simultaneous decrease

in frequency of pathological clinical displays and dyshormonal infringements. It allows us to recommend the developed algorithm for introduction in practical public health services.

**Key words:** *genital endometriosis, reproductive system, involution.*

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению эндометриоза // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 10–14.  
 2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2011. – 317 с.  
 3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Изд.2. – Л.: Медицина, 2009. – 240 с.

4. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2010. – С. 241–261.  
 5. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судомма И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: „Фенікс”, 2001. – С. 340–342.  
 6. Audebert A.J.M. Formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2010. – V. 85, № 2. – P. 79–84.  
 7. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – V. 162, № 2. – P. 565–567.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

15 МИЛЛИОНОВ ДЕТЕЙ РОЖДАЮТСЯ РАНЬШЕ СРОКА

Преждевременные роды - самая частая причина младенческой смертности по всему миру. Впрочем, как показал свежий отчёт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), большинство этих смертей можно предотвратить.

Ежегодно раньше срока на свет появляются около 15 млн малышей, то есть каждый десятый новорождённый. Более миллиона из них умирают почти сразу, остальные в течение жизни физически или неврологически нетрудоспособны либо необучаемы, что дорого обходится и их семьям, и обществу. При этом три четверти родившихся раньше срока детей, которые умерли, могли бы выжить без дорогостоящего лечения, если бы повсеместно были доступны несколько проверенных и недорогих способов лечения.

Эксперты ВОЗ подсчитали, что доля преждевременных родов превышает 15% в одиннадцати странах, и все они, за исключением двух, расположены в суб-Сахарной Африке. Преждевременные роды составляют 11,1% всех рождений живых детей, 60% из них приходится на Южную Азию и суб-Сахарную Африку. В беднейших государствах мира в среднем 12% детей рождаются слишком рано в сравнении

с 9% в странах с высоким доходом.

Примечательно, что проблема преждевременных родов не ограничивается бедными странами. Соединённые Штаты и Бразилия тоже входят в десятку государств с самым большим количеством досрочных рождений. К примеру, в США около 12% родов (почти каждые девятые) случаются раньше срока.

Возглавляет десятку Индия (3 519 100 рождений), за ней идут Китай (1 172 300), Нигерия (773 600), Пакистан (748 100) и Индонезия (675 700), далее следуют США (517 400), Бангладеш (424 100), Филиппины (348 900), Демократическая республика Конго (341 400) и Бразилия (279 300).

Рейтинг стран с самым высоким уровнем преждевременных родов в расчёте на 100 рождений выглядит иначе: лидирует Малави (18,1 на 100), затем следуют Коморские острова (16,7), Конго (16,7), Зимбабве (16,6), Экваториальная Гвинея (16,5), Мозамбик (16,4), Габон (16,3), Пакистан (15,8), Индонезия (15,5) и Мавритания (15,4).

Специалисты ВОЗ также составили список с самым низким уровнем преждевременных родов: Белоруссия (4,1 на 100 рождений), Эквадор (5,1), Латвия (5,3), Фин-

ляндия (5,5), Хорватия (5,5), Самоа (5,5), Литва (5,7), Эстония (5,7), Антигуа и Барбуда (5,8), Япония (5,9), Швеция (5,9).

В государствах с высоким уровнем доходов рост числа преждевременных родов связан с тем, что становится больше женщин, решающих завести детей после 40 лет, чаще применяются лекарства, повышающие фертильность, что в итоге приводит к многоплодным беременностям. В некоторых развитых странах увеличению количества таких родов также способствуют ненужные в медицинском плане стимуляции родов и роды с кесаревым сечением. В бедных государствах причины иные: инфекции, малярия, ВИЧ, подростковая беременность. Впрочем, и в богатых, и в бедных регионах многие преждевременные роды остаются необъяснимыми.

Ознакомьтесь с полной версией отчёта "Born too soon: the global action report on preterm birth ("Рождённые слишком рано: доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов)" можно здесь.

*Подготовлено по материалам Всемирной организации здравоохранения. science.compulenta.ru*