

# Генітальний ендометріоз у жінок з гіпотиреозом: патогенез, тактика лікування та профілактика рецидивів

**Б.М. Лисенко**

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування генітального ендометріозу у поєднанні з гіпотиреозом та зниження частоти рецидивування на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

**Матеріали та методи.** Спочатку був проведений аналіз частоти екстрагенітальної патології у 789 пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом, потім було обстежено 110 хворих, які отримували консервативне лікування, та 100 хворих – оперативне лікування. Методи дослідження: клінічні, лабораторні, інструментальні, функціональні, морфологічні та статистичні.

**Результати.** У жінок з різними формами генітального ендометріозу необхідно обов'язкове обстеження функціонального стану щитоподібної залози, ендокринологічного та імунологічного статусу; при виборі методу оперативного лікування жінок з генітальним ендометріозом та гіпотиреозом перевагу треба надавати ендоскопічним та вагінальним методам, а також органозберігальному об'єму; для післяопераційної реабілітації жінок з генітальним ендометріозом та гіпотиреозом – гормональній протирецидивній терапії препаратами а-ГнРГ курсами не менше 6 міс.

**Заключення.** Упровадження отриманих результатів дозволить підвищити ефективність лікування генітального ендометріозу як консервативно, так і оперативно, що поліпшить якість життя жінок.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, гіпотиреоз, патогенез, лікування.

Проблема генітального ендометріозу є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології, що зумовлено тим фактом, що дана патологія посідає третє місце у структурі всіх гінекологічних захворювань після запальних процесів і лейоміоми матки, а в спеціалізованих ендоскопічних клініках виходить на перше місце. Частота генітального ендометріозу серед жінок репродуктивного віку становить від 20% до 50% [1–2].

На сучасному етапі спостерігається підвищення частоти генітального ендометріозу, особливо серед жінок молодого віку, що знижує якість їхнього життя і чинить несприятливий вплив на їхню репродуктивну функцію [3–4].

Частота екстрагенітальної патології серед жінок репродуктивного віку постійно зростає, досягаючи, за даними низки авторів, 50–60% [5, 7]. При цьому в структурі соматичної захворюваності одне з провідних місць посідає доброякісна тиреоїдна патологія, розвиток якої відбувається частенько на тлі аналогічних дисгормональних порушень, як і за ендометриїдного ураження репродуктивної системи [8].

Незважаючи на велику кількість наукових публікацій з

проблеми генітального ендометріозу не можна вважати цю проблему повністю вирішеною, особливо щодо впливу даної патології на стан щитоподібної залози (ЖЗ), а також зворотний вплив доброякісної тиреоїдної патології на клінічний перебіг генітального ендометріозу.

Усе викладене вище свідчить про актуальність вибраної наукової проблеми, вирішення якої дозволить зменшити захворюваність жінок репродуктивного віку.

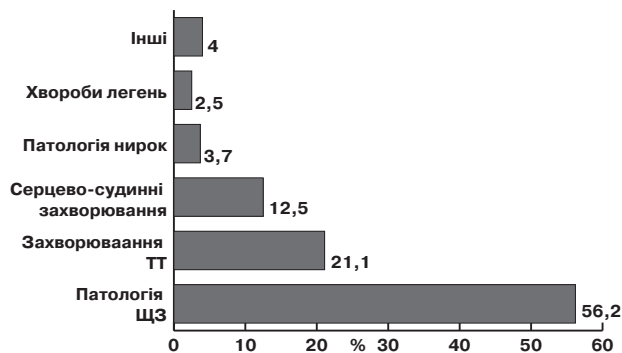
**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування генітального ендометріозу у поєднанні з гіпотиреозом та зниження частоти рецидивування на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів з використанням сучасних ендоскопічних технологій та медикаментозної корекції.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На попередньому етапі дослідження нами був проведений аналіз частоти екстрагенітальної патології у 789 пацієнток із зовнішнім генітальним ендометріозом (ЗГЕ), які звернулися по медичну допомогу в Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини державного управління справами м. Києва за період з 2006 до 2013 р., а також клінічні бази кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО імені П.Л. Шупика.

Проведений ретроспективний аналіз засвідчив, що сумарна частота супутньої соматичної патології становила 242 випадки з 789 (30,6%). Під час детальнішого аналізу 242 спостережень пацієнток з поєднанням ЗГЕ і екстрагенітальної патології було встановлено, що в її структурі (малюнок) переважала патологія ЩЗ (136 випадків – 56,2%), травного тракту – ТТ (51 спостереження – 21,1%) і серцево-судинні захворювання (30 випадків – 12,5%), у порівнянні з патологією нирок (9 спостережень – 3,7%), легенів (6 випадків – 2,5%) та інших (10 спостережень – 4,0%).

У даному аспекті представляє особливий інтерес той факт, що у 129 жінок зі 136 (94,9%) з супутньою тиреоїдною



Структура екстрагенітальної патології у пацієнток із ЗГЕ, %

патологією встановлена наявність гіпотиреозу (ГТ) і лише в 7 із 136 (5,1%) були діагностовані інші варіанти тиреоїдної патології (тиреотоксикоз, гіпертиреоз тощо).

Отримані результати дозволяють зробити висновок про провідну роль ГТ у клінічному перебігу ЗГЕ, що свідчить про необхідність вивчення цієї наукової проблеми.

Подальші наші наукові дослідження мали поетапний характер. Так, на 1-у етапі було обстежено 110 хворих репродуктивного віку – від 20 до 41 року – із ЗГЕ. Усіх жінок було розподілено на дві групи: до 1-ї групи увійшли 50 пацієнток із ЗГЕ без патології ЩЗ, до 2-ї – 60 жінок із ЗГЕ і супутнім ГТ.

На 2-у етапі було обстежено 100 хворих у репродуктивний період з різним ступенем поширеності ЗГЕ, в яких були показання до оперативного лікування. Діагноз у всіх хворих був підтверджений під час лапароскопії, а також за результатами обов'язкового гістологічного дослідження. З урахуванням даних про наявність супутньої екстрагенітальної патології даних пацієнток було розподілено на дві групи. До 3-ї групи увійшли 40 хворих з поєднанням ЗГЕ і ГТ, а до 4-ї – 60 пацієнток із ЗГЕ без патології ЩЗ.

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні, функціональні, морфологічні та статистичні методи дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що частота екстрагенітальної патології у жінок з генітальним ендометріозом становить 30,6%, в її структурі переважає патологія ЩЗ (56,2%), ТТ (21,1%) і серцево-судинні захворювання (12,5%). Серед усіх жінок с тиреоїдною патологією у 94,9% виявили ГТ.

При поєднанні генітального ендометріозу з ГТ частіше встановлювали ретроцервікальну локалізацію (на 10,7%) і наявність поширених форм (на 6,7%). У цих жінок частіше виявляли безплідність (на 16,7%) і невиношування вагітності на ранніх термінах (на 29,5%), а також гіперпластичні процеси ендометрія (на 11,0%) та інфікування герпесвірусною і уреоплазменною інфекціями (на 20,6%).

Під час оцінювання ендокринологічного статусу встановлено, що гіперпродукція тиреотропного гормону у хворих з генітальним ендометріозом та ГТ зумовлює зменшення рівня фолікулостимулювального гормону (на 20,8%) і підвищення продукції пролактину (на 28,6%), що призводить до зниження естрогенпродукувальної функції яєчників (на 25,9%), а також до відповідних кореляційних залежностей, а саме до:

- зворотного кореляційного зв'язку між тиреотропним гормоном і фолікулостимулювальним ( $r=-0,51$ ;  $t=4,12$ );
- негативного кореляційного зв'язку між тиреотропним гормоном та естрадіолом ( $r=-0,62$ ;  $t=5,48$ );
- прямої кореляційної залежності між секрецією тиреотропного гормону і кількістю пролактину ( $r=-0,63$ ;  $t=5,61$ ).

При поєднанні генітального ендометріозу і ГТ виявляли виражені імунні порушення, які проявляються у пригніченні клітинної – зниження CD3 (на 7,2%), CD4 (на 8,1%), CD8 (на 15,2%), збільшення CD16 (на 3,5%) і активації гуморальної – збільшення CD20 (на 3,3%), IgA (в 1,9 разу) та IgG (в 1,2 разу) ланок імунітету. Найбільш інформативним є наявність кореляційних взаємін між рівнями тиреотропного гормону і вивченими імунологічними показниками:

- зворотний середньої сили кореляційний зв'язок між тиреотропним гормоном і CD3 ( $r=-0,59$ ;  $t=5,1$ );
- зворотна середня кореляція між тиреотропним гормоном і CD4 ( $r=-0,59$ ;  $t=4,14$ );
- негативний середньої сили кореляційний зв'язок між тиреотропним гормоном і CD8 ( $r=-0,51$ ;  $t=4,98$ );

– прямий середньої сили зв'язок між тиреотропним гормоном і CD16 ( $r=+0,69$ ;  $t=5,57$ );

– прямий середньої сили кореляційний зв'язок ( $r=+0,61$ ;  $t=4,82$ ) між секрецією тиреотропного гормону та IgA;

– прямий середньої сили зв'язок між секрецією тиреотропного гормону та IgG ( $r=+0,54$ ;  $t=5,81$ ).

– прямий середньої сили кореляційний зв'язок між тиреотропним гормоном і секрецією CD20 ( $r=+0,43$ ;  $t=4,17$ ).

Під час дослідження цитокинової ланки імунітету у жінок з генітальним ендометріозом і ГТ відбувається зниження TNF- $\alpha$  (в 1,3 разу); IL-6 (в 1,5 разу); IL-8 (в 1,7 разу); підвищення IL-1 (в 1,5 разу) та IL-10 (в 1,4 разу), а також автоімунні порушення, що супроводжуються підвищенням АФЛ IgG (в 1,5 разу), антитіл до нативної (двоспіральної) ДНК IgG (в 1,2 разу) і зниженням АФЛ IgM (в 1,5 разу), що свідчить про більш виражену зміну автоімунних процесів у жінок цієї групи.

У структурі ендометріїдного ураження жінок з ГТ виявляли наступні варіанти:

I ступінь – у 27,0% жінок з ендометріїдним пошкодженням матки (аденоміоз);

II ступінь – у 23,0% пацієнток з ендометріїдним пошкодженням яєчників і залученням до процесу очеревини;

III ступінь – у 38,0% жінок з поєднаними яєчникомовою формою ендометріозу і аденоміозом;

IV ступінь – у 12,0% пацієнток з аденоміозом і пошкодженням ретроцервікальної області.

Під час оперативного лікування поєднання генітального ендометріозу та ГТ у 55,0% жінок проводили органозберігальні операції; у 45,0% – радикальні; у 56,0% використовували лапаро– та гістероскопію; у 42,0% – лапароскопічно-вагінальний доступ і тільки у 2,0% – лапаротомію. Крім того, у 10,0% випадків фіксували ураження сигмоїдного відділу товстої кишки та органів сечовиділення.

Частота рецидивування після оперативного лікування генітального ендометріозу у жінок з ГТ становила через 6 міс 6,0%; через 9 міс – 10,0% та через 12 міс – 13,0% відповідно. Під час аналізу медикаментозної корекції і тривалості безрецидивного перебігу генітального ендометріозу встановлено, що завдяки гормональній протирецидивній терапії препаратами а-ГнРГ курсами не менше 6 міс тривалість ремісії суттєво збільшується (на 30,8%) у порівнянні з іншими варіантами.

Отримані результати дозволяють рекомендувати наступне для практичної охорони здоров'я :

– у жінок з різними формами генітального ендометріозу необхідно обов'язкове обстеження функціонального стану ЩЗ, ендокринологічного та імунологічного статусу;

– під час вибору методу оперативного лікування жінок з генітальним ендометріозом та ГТ перевагу треба надавати ендоскопічним та вагінальним методикам, а також органозберігальному об'єму;

– для післяопераційної реабілітації жінок з генітальним ендометріозом та ГТ перевагу треба надавати гормональній протирецидивній терапії препаратами а-ГнРГ курсами не менше 6 міс.

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що наявність супутнього гіпотиреозу у пацієнток із загальним генітальним ендометріозом (ЗГЕ) і проведене різними методами лікування необхідно враховувати при розробленні тактики консервативного лікування, передопераційної підготовки і післяопераційної протирецидивної терапії з використанням основних гормональних препаратів. Упровадження отриманих результатів дозволить підвищити ефективність лікування ЗГЕ як консервативно, так і оперативно, що поліпшить якість життя жінок репродуктивного віку.

**Генитальный эндометриоз у женщин с гипотиреозом: патогенез, тактика лечения и профилактика рецидивов**

**Б.М. Лысенко**

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения генитального эндометриоза в сочетании с гипотиреозом и снижение частоты рецидивов на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием современных эндоскопических технологий и медикаментозной коррекции.

**Материалы и методы.** Сначала был проведен анализ частоты экстрагенитальной патологии у 789 пациенток с внешним генитальным эндометриозом, потом были обследованы 110 больных, которые получали консервативное лечение, и 100 больных – оперативное лечение. Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, функциональные, морфологические и статистические.

**Результаты.** У женщин с различными формами генитального эндометриоза необходимо обязательное обследование функционального состояния щитовидной железы, эндокринологического и иммунологического статуса; при выборе метода оперативного лечения женщин с генитальным эндометриозом и гипотиреозом предпочтение надо отдавать эндоскопическим и вагинальным методикам, а также органосохраняющему объему; для послеоперационной реабилитации женщин с генитальным эндометриозом и гипотиреозом – гормональной терапии курсами не меньше 6 мес.

**Заключение.** Внедрение полученных результатов позволит повысить эффективность лечения генитального эндометриоза как консервативно, так и оперативно, что улучшает качество жизни женщин.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, гипотиреоз, патогенез, лечение.

**Genital endometriosis at women a hypothyrosis: pathogenesis, tactics of treatment and prophylaxis of recurrence**

**B.M. Lysenko**

**The objective:** rising of efficiency of treatment of genital endometriosis in combination with hypothyrosis and depression of frequency of recurrence on the basis of improvement and introduction of algorithm diagnostic, medical prophylactical and rehabilitational actions with use of modern endoscopic technologies and medicament correction.

**Patients and methods.** At first was carried out the analysis of frequency of extragenital pathology at 789 patients with an internal genital endometriosis, then we surveyed 110 patients who received conservative and 100 patients – expeditious treatment. Research methods: clinical, laboratory, tool, functional, morphological and statistical.

**Results.** At women with various forms of genital endometriosis obligatory inspection of functionale condition of thyroid gland, the endocrinologic and immunologic status is necessary; at vabor of a method of expeditious treatment of women with genital endometriosis and hypothyrosis the preference should be given to endoscopic and vaginal techniques, and also organ-preserving volume; for postoperative aftertreatment of women with genital endometriosis and hypothyrosis the preference should be given to hormonal therapy, courses not less 6 months.

**Conclusion.** Introduction of the received results will allow to increase efficiency of treatment of genital endometriosis as is conservative, and operative that increases quality of life of women.

**Key words:** genital endometriosis, hypothyrosis, pathogenesis, treatment.

**Сведения об авторе**

**Лысенко Болеслав Михайлович** – Национальная медицинская академия последипломого образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: [pror-first@nmapo.edu.ua](mailto:pror-first@nmapo.edu.ua)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы гинекологии / Е.В. Коханевич. – К.: «Книга-плюс», 2008. – С. 161.
2. Біль І.А. Клініко-морфологічні та імуногістохімічні особливості експресії рецепторів естрогенів і прогестерону при лейоміомі, ендометріозі матки та їх поєднанні // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – № 1. – 2009. – С. 106–108.
3. Адамян Л.В. Фоновые заболевания генитального эндометриоза // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2011. – № 3. – С. 96–97.
4. Беседин В.М. Особливості патогенезу генітального ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 3. – С. 76–82.
5. Монга Э. Гинекология от десяти учителей // Медицинское информационное агентство. – 2013. – № 17. – С. 328.
6. Кундина Н.В. Эндометриоз у молодых женщин. Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии // Здоровье женщины – 2010. – № 1. – С. 71–72.
7. Политова А.К. Патогенетическое малоинвазивное хирургическое лечение больных с эндометриозом // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний – 3-е изд. – М., 2011. – С. 187–188.
8. Сенчук А.Я. Деякі особливості внутрішнього ендометріозу // Тези доповідей IX конгресу світової Федерації Українського лікарського товариства. – К., 2012. – С. 133.

Статья поступила в редакцию 13.02.17