УДК 616-055.2:618.11:611.664

© М. В. Самойлова, 2013.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЯЄЧНИКІВ

М. В. Самойлова

Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. – професор О. П. Гнатко), Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця; 01601, Україна, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13; E-mail: maria_valeria@mail.ru

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF OVARY ENDOMETRIOSIS

M. V. Samoylova

SUMMARY

Endometriosis is a wide-spread pathology that affects 8,0 to 15,0% of reproductive-aged women causing a reproductive function failure, invalidism, and nferiority complex. In order to establish the leading risk factors of the ovary endometriosis occurrence and relapses, the relapse frequency and the dependency of these factors on the applied treatment, a retrospective analysis of the archive materials and case histories of women with different stages of the ovary endometriosis and their catanamnesis data have been provided. Based on the data obtained, the author presents her conclusions about the main clinical and epidemiologic aspects of the ovary endometriosis, the risk factors of the ovary endometriosis development and relapses depending on the provided treatment; and an analysis of enabling the reproductive function in women with this pathology.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

М. В. Самойлова

РЕЗЮМЕ

Эндометриоз – это широко распространенное заболевание, поражающее от 8,0 до 15,0% женщин репродуктивного возраста, он является причиной нарушения репродуктивной функции, инвалидизации, потери чувства полноценности. С целью определения ведущих факторов риска возникновения и рецидивирования эндометриоза яичников, исследования частоты рецидивов, их зависимости от проведенного лечения, был выполнен ретроспективный анализ архивного материала, историй болезни женщин с различными стадиями распространения эндометриоза яичников, изучены данные их катамнеза. Исходя из полученных данных, сделаны выводы об основных клинико-эпидемиологических аспектах эндометриоза, определены факторы риска развития и рецидивирования эндометриоза яичников в зависимости от проведенного лечения, выполнен анализ реализации репродуктивной функции у женщин с данной патологией.

Ключові слова: ендометріоз яєчників, ретроспективний аналіз, фактори ризику.

Ендометріоз на теперішньому етапі розвитку медичної науки, не звертаючи увагу на тривалий час вивчення даної патології, і досі вважається однією з найбільш загадкових та невирішених питань в гінекології. Ендометріоїдна хвороба давно вийшла за рамки виключно медичної проблеми. Так, великої ролі досягло й соціальне значення ендометріозу, що наносить фізичної та матеріальної шкоди найбільш активній частині жіночого населення, призводить до порушення репродуктивної функції, інвалідізації та значно знижує якість життя жінок. Частота безпліддя у жінок з генітальним ендометріозом в 3-4 рази перевищує частоту безпліддя в популяції [1, 2, 5] та складає від 18,0 до 45,0%, за даними різних авторів, при чому спостерігається тенденція до неуклінного зросту даної патології.

Показником негативного впливу ендометріозу на стан репродуктивного здоров'я є коефіцієнт фертильності, що у здорових жінок дорівнює 0,15-0,20, а у хворих на ендометріоз – лише 0,02-0,10 [3]. При цьому ендометріоз діагностують у 40,0-90,0% жінок з безпліддям, однак прямі докази факту, що ендометріоз є безпосередньою причиною порушення фертильності, не отримані. Серед жінок, що страждають синдромом хронічних тазових болів, ендометріоз виявляється в 38,8% випадків.

Сучасними науковими дослідженнями доведено, що ендометріоз є гормонозалежним захворюванням, що розвивається на тлі порушеного імунного гомеостазу [1, 2, 8].

В останні роки все більше значення приділяється запровадженню клініко-генеалогічного методу в формуванні груп ризику по розвитку ендометріоїдної хвороби та організації диспансерного нагляду.

Згідно даним багатьох досліджень, виявлено зв'язок ендометріозу з етнічними і конституціональними факторами, віком хворих. Ендометріоїдна хвороба може поєднуватися з такими гінекологічними захворюваннями, як міома матки, мастопатія, рак молочної залози та рак ендометрію, неплідля, зумовлене розладами процесів овуляції, синдромом полікістозних яєчників [4, 6].

Одним із важливих напрямків профілактики розвитку ендометріоїдної хвороби є виявлення так

званих груп високого ризику. До даних груп відносять жінок, серед яких внаслідок впливу вікових, генетичних, ендокринних, професійних факторів та їх сполучень загроза виникнення захворювання суттєво вища, ніж в загальній популяції.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Для визначення провідних факторів ризику виникнення та рецидивування ендометріозу яєчників, визначення частоти рецидивів, їх залежності від проведеного лікування, було проведено ретроспективний аналіз архівного матеріалу (200 історій хвороб жінок з різними ступенями розповсюдження ендометріозу яєчників).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Вік хворих варіював між 22-47 роками. Середній вік жінок склав 34,5±3,7 роки. Варто відмітити, що серед пацієнток із ендометріозом яєчників переважали жінки середнього репродуктивного віку (25-36 років). Всі жінки були представниками європеоїдної раси.

Характеристика професійної діяльності жінок виглядала наступним чином: службовців – 54,8%, робітниць – 25,7%, домогосподарок – 5,9%, підприємців – 13,6%. При проведенні аналізу соціального статусу пацієнток, що страждали на ендометріоз яєчників, виявлено, що переважали соціально активні жінки.

Було проаналізовано катамнестичні дані жінок, що проходили лікування з приводу ендометріозу яєчників.

Так, вік початку статевого життя даних жінок коливався від 15 до 27 років. Проаналізувавши відсоткове співвідношення, можна зробити висновок, що 35 (17,5%) жінок розпочали статеве життя в 15-17 років, 108 (54,0%) жінок – в 18-20 років, 42 (21,0%) пацієнток – в 21-25 років, 15 жінок (7,5%) – в 26 років та пізніше.

Регулярність менструального циклу є одним з показників нормальної діяльності генеративної функції. При вивченні віку настання менархе, виявилося, що у 164 жінок (82,0%) менархе настало у віці від 11 до 15 років, у 36 (18,0%) – у віці 16 років та більше. У 50 жінок (25,0%) менструації були нерегулярними.

При аналізі клінічних проявів ендометріозу яєчників у жінок, що проходили лікування з приводу даного захворювання, можна відзначити високу частоту порушень менструальної функції (альгодисменореї та менометрорагії), більша половина пацієнток страждала на хронічний тазовий біль. Слід зауважити, що у 154 (77,0%) больовий синдром почався з віку менархе та прогресував з роками. Серед пацієнток спостерігався високий відсоток неплідності – 144 (72,0%). При цьому у 87 жінок (43,5%) спостерігалося первинне безпліддя, у 57 жінок (28,5%) – хвороба супроводжувалась вторинним безпліддям.

При аналізі особливостей репродуктивної функції у пацієнток з ендометріозом яєчників встановлено збільшення кількості передчасних пологів, самовільних викиднів та позаматкових вагітностей. Більше половини жінок перенесли у минулому операцію зі штучного переривання вагітності – 67,5% (135 жінок).

Згідно даних багатьох авторів [2, 5, 7], несприятливим фоном та суттєвим фактором ризику розвитку, прогресування та високої частоти рецидивів ендометріоїдної хвороби є супутні екстрагенітальні захворювання. Ми проаналізували дані жінок, що лікувалися з причини ендометріозу яєчників. Встановлено, що більшість цих пацієнток страждали на соматичні захворювання, нерідко маючи декілька хвороб одночасно. Переважно це були захворювання серцево-судинної системи, нейро-ендокринні та обмінні порушення. У жінок з декількома супутніми екстрагенітальними захворюваннями найчастіше зустрічались нейроциркуляторна дистонія за гіперта гіпотонічним типами та порушення обмінних процесів – 109 (54,5%) випадків. Більш ніж у половини жінок спостерігались захворювання сечовидільної системи 77 (38,5%). У кожної третьої дослідженої виявлені порушення з боку печінки та жовчовивідних шляхів – 61 (30,5%) випадків.

Результати проведених досліджень свідчать про низький індекс здоров'я жінок, що проходили лікування з приводу ендометріозу яєчників.

Були проаналізовані також дані гінекологічного анамнезу. Виявлено, що майже у кожної третьої пацієнтки з ендометріозом яєчників, захворювання поєднувалося з міомою матки чи аденоміозом, хронічний сальпінгоофорит спостерігався у 27,5% жінок незалежно від стадії прогресування ендометріоїдної хвороби, являючись базовим субстратом розвитку вказаної патології. Доброякісні захворювання яєчників неендометріоїдного генезу зустрічалися у 17,5% випадків та були притаманні пацієнткам з I-II стадіями захворювання.

Таким чином, ендометріоз яєчників, базуючись на поліетіологічному підґрунті, у більшості випадків сполучається з іншою гінекологічною патологією.

Також, завдяки проведеному ретроспективному аналізу історій хвороб жінок, що проходили лікування ендометріозу яєчників, нами було проведено аналіз частоти виникнення рецидивів у даних жінок.

За нашими даними виявилося, що у жінок, які пройшли хірургічне лікування ендометріозу яєчників і не отримували жодного медикаментозного лікування у післяопераційному періоді, частота рецидивів ендометріоїдної хвороби протягом перших двох років після операції склала 22,0%, по проходженні чотирьох років після лікування частота рецидивів хвороби склала 43,0%. Також потрібно відмітити, що рецидив хвороби зустрічався вдвічі частіше у випадках, коли хірургічне втручання було проведено під час лютеїнової фази менструального циклу.

У жінок, які отримували медикаментозне лікування після оперативного видалення ендометріоїдних вогнищ, частота рецидиву хвороби розподілилася наступним чином: у жінок, які отримували агоністи гонадотропін-рилізинг гормону протягом 3-6 місяців після операції, рецидив хвороби зустрічався у 7,0% випадків, серед жінок, які отримували комбіновані оральні контрацептиви в післяопераційному періоді, частота рецидивів хвороби склала 11,0%. Однак, треба зазначити, що жінки, які проходили медикаментозне лікування аналогами гонадотропін-рилізинг гормону в післяопераційному періоді, відмічали побічні ефекти лікування, такі як припливи (75,0%), періодичний головний біль (20,0%), емоційна лабільність, безсоння, диспареунія (61,0%).

Аналізуючи реалізацію репродуктивної функції жінок, що пройшли лікування ендометріозу яєчників, отримані наступні дані: серед жінок, що пройшли тільки хірургічне видалення вогнищ ендометріозу яєчників, частота настання вагітності протягом двох років досягала 30,0%, в той час як серед жінок, які отримували в післяопераційному періоді комбіновані оральні контрацептиви, вагітність протягом того ж проміжку часу наставала у 39,0% випадків, серед тих пацієнток, які проходили лікування після хірургічного втручання аналогами гонадотропін-рилізинг гормону, цей показник досяг 47,0% випадків.

ВИСНОВКИ

1. Серед жінок, що хворіли на ендометріоз яєчників, переважали соціально активні жінки, виявлений високий відсоток захворювання серед службовців, робітниць.

2. У переважної більшості жінок, що страждають на ендометріоз яєчників, спостерігаються порушення менструальної функції, серед яких частіше зустрічаються альгодисменореї, менометроррагії, нерегулярний менструальний цикл.

3. При аналізі особливостей репродуктивної функції у пацієнток з ендометріозом яєчників встановлено збільшення кількості передчасних пологів, самовільних викиднів та позаматкових вагітностей.

4. Ендометріоз яєчників у багатьох випадках супроводжується екстрагенітальною та гінекологічною патологією, що свідчить про низький індекс здоров'я жінок з цим стражданням.

5. Враховуючи збільшення частоти розповсюдження ендометріоїдної хвороби, високий відсоток виникнення рецидивів захворювання як після проведеного хірургічного, так і комбінованого лікування, та недостатньо задовільні результати реалізації репродуктивної функції жінок, що хворіли на ендометріоз яєчників, необхідне вдосконалення методів діагностики та лікувальних підходів даної патології, а також оптимізація методів реабілітації хворих після проведеного лікування.

6. Таким чином, через високий відсоток рецидивів на фоні лікування ендометріозу яєчників, що проводиться, та знижений репродуктивний потенціал у пролікованих жінок, важливим на даний момент є пошук засобів та методів для зниження рецидивів ендометріозу та покращення репродуктивної функції жінок, які проходять лікування з приводу даного захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л. В. Адамян, Е. Н. Андреева Е. Н. // Гинекология. – 2005. – № 8. – С. 21–28. – Библиогр.: 10 назв.

2. Адамян Л. В. Эндометриозы : руководство для врачей / Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. И. – М. : «Медицина», 2006. – 411 с.

3. Баскаков В. П. Эндометриоидная болезнь / Баскаков В. П., Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф. – СПб. : ООО «Издательство Н-Л», 2002. – 452 с.

4. Дамиров М. М. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин / М. М. Дамиров. – М. : Изд-во БИНОМ, 2010. – 191 с.

5. Эндометриоидная болезнь: как избежать гипердиагностики и ятрогении? / В. В. Каминский, Е. Н. Борис, А. А. Суханова [и др.] // Doctor. – 2006. – № 5 (35). – С. 2–7. – Библиогр.: 9 назв.

6. Garsia-Velasco J. A. Endometriosis. Current management and future trends / J. A. Garsia-Velasco, B. R. Rizk – S.L. (USA) : JAYPEE LTD., 2010. – 332 p.

7. Husby G. K. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis / G. K. Husby, R. S. Haugen, M. H. Moen // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2003. – № 82. – P. 649–653.

8. Simoens S. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective / S. Simoens, L. Hummelshoj, T. D'Hoghe // Hum. Reprod. Update. – 2007. – № 13. – P. 395–404.