

## ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ І ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ І ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В ПЛАНУВАННІ СІМ'Ї – Встановлено, що порушення репродуктивного здоров'я у дівчат-підлітків розвиваються на фоні екстрагенітальної патології. В структурі екстрагенітальної патології у 74,8 % ДП мали місце захворювання гастроудоденальної зони, у 29,5 % хвороби нирок, у 21,9 % кардіопатії і у 18,1% – вегетосудинна дистонія, у 61,9 % хворих соматичні захворювання поєднувалися із тиреопатіями. Ці зміни сприяють дисбалансу гормонального профілю, дисімуноглобулінемії, імунотаболічній агресії і розладам МФ, що може мати значення у віддаленому періоді, зокрема в аспекті планування сім'ї.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ И ЕЕ РОЛЬ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ – Установлено, что нарушения репродуктивного здоровья у девушек-подростков развиваются на фоне экстрагенитальной патологии. В структуре экстрагенитальной патологии в 74,8 % ДП имело место заболевание гастроудоденальной зоны, в 29,5 % – болезни почек, в 21,9 % – кардиопатии и в 18,1 % – вегетососудистая дистония, у 61,9 % больных соматические заболевания совмещались с тиреопатиями. Эти изменения способствуют дисбалансу гормонального профиля, дисиммуноглобулинемии, иммунометаболической агрессии и расстройствам МФ, что может иметь значение в отдаленном периоде, в частности в аспекте планирования семьи.

EXTRAGENITAL PATHOLOGY AS A RISK FACTOR OF REPRODUCTIVE DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS AND ITS ROLE IN FAMILY PLANNING – It has been determined that the reproductive health status of adolescent girls with extragenital pathology is characterized by high incidence of disruptions of the menstruation function. Diseases of the gastroduodenal zone accounted for 74,8 % of all extragenital pathology, kidney diseases – for 29,5 % cases, cardiac pathology – 21,9 % cases, neurocirculatory dystonia – 18,1 %. Somatic disorders were combined with thyroid pathology in 61,9 % cases. Hormonal status of the patients was characterized by different changes of levels of gonadotropic and sex hormones, dysimmunoglobulinemia, high levels of circulating immune complexes and average weight molecules were also observed. These changes were directly linked with the estragenital pathology.

**Ключові слова:** дівчата-підлітки, екстрагенітальна патологія, репродуктивне здоров'я, планування сім'ї.

**Ключевые слова:** девушки-подростки, экстрагенитальная патология, репродуктивное здоровье, планирование семьи.

**Key words:** adolescent girls, extragenital pathology, reproductive health, family planning.

**ВСТУП** Стан здоров'я підлітків – потенційних батьків – є одним із основних факторів, що визначає здоров'я майбутніх сімей і потомства. Підлітковий період особливо важливий для здоров'я дівчат. Це той критичний період, коли перенесені гінекологічні і соматичні захворювання можуть мати серйозні наслідки в найближчий час та у віддаленому періоді [1,2,3]. Щороку в репродуктивний вік (15 років) вступає 13-14 тисяч дівчат з тяжкою соматичною патологією, які пізніше, під час вагітності і пологів, формують групи високого ризику материнської і перинатальної смертності [4]. Враховуючи погіршення демографічних показників на фоні зниження народжуваності та соціально економічного рівня, слід відзначити неухильний ріст загальної і гінекологічної захворюваності у дівчат [5,6]. Аналіз рівня здоров'я ДП показав, що в цій групі збільшується частота хвороб крові, захворюваності на гастроудоденальну та ниркову патологію. Занепокоєність викликає частота ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду у юних жінок [4,2]. Дисфункції різних ланок репродуктивної системи частіше сприяли гормональні та метаболічні навантаження, що робить проведені дослідження особливо актуальними [4].

**Метою** дослідження було вивчити частоту і структуру екстрагенітальної патології, особливості гормонального та імунотаболічного статусу у дівчат-підлітків з різними порушеннями репродуктивного здоров'я.

**МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ** Під спостереженням перебувало 105 дівчат-підлітків (ДП) з порушеннями репродуктивного здоров'я і екстрагенітальною патологією (ЕГП) віком 13-17 років. Групу порівняння склали 35 ДП з порушеннями МЦ і без ЕГП. Контрольну групу становили 40 здорових ДП з фізіологічним МЦ, репрезентативних за віком і масою тіла. Гормональний статус вивчали шляхом визначення в сироватці крові гонадотропних (ЛГ, ФСГ, ЛГ/ФСГ, пролактину) і статевих (естрадіолу, прогестерону, тестостерону) гормонів за допомогою імунферментного методу. Окрім цього, визначали рівень в сироватці крові імунглобулінів А, М, G, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Концентрацію молекул середньої маси (МСМ) визначали за методом Н.І. Габрієлян, В.І. Ліпатової (1984).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Стан репродуктивного здоров'я ДП з екстрагенітальною патологією характеризувався високою частотою порушення менструальної функції. Найбільш поширеними серед них є дисамеорея (37,1 %), амеорея (34,2 %) та ЮМК (28,6 %). У 73,3 % ДП порушення виникають у віці 14-15 років. Дисфункції різних ланок репродуктивної системи сприяли: вік батьків (більше 35 років), професійні шкідливості у них (15,2 %), наявність соматичних (36,6 %), гінекологічних (11,4 %) захворювань та спадкова схильність (37,4 %). Переважна більшість ДП (78,3 %) мають високий інфекційний індекс. Групу ДП, які часто хворіють, склали 13,4 % ДП.

ДП із ЮМК мають прискорене ставе дозрівання. Середній вік менархе складав від 12,1 до 13,4 року. ЮМК у 53,3 % розвинулися на початку менархе, на першому році, амеорея частіше виникла на другому-третьому році від його початку. Аналіз морфограм показав значне сповільнення темпів росту матки як в довжину, так і в передньо-задньому параметрі, зменшене аж до повної відсутності М-ехо, неоднорідність структури яєчників та візуалізацію дифузних або кістозних змін у 20 % ДП з амеореєю, ознаки гіперплазії ендометрія, ретенційні кісти, кісти яєчників у 10,4 % ДП з ЮМК та утвори розміром від 5 до 15 мм у 12 % ДП з дисамеореєю.

Супровідну гінекологічну патологію – аднексити, сальпінгоофорити, вульвіти виявляли з однаковою частотою (11,4 %) у ДП з ЮМК і дисамеореєю. В результаті ЮМК у 73 % ДП розвинулася постгеморагічна анемія. Зниження кількості тромбоцитів, гіпофібриногенемія свідчили про порушення коагуляційної системи крові.

Проведений аналіз виявленої екстрагенітальної патології у обстежених групах дівчат показав, що хронічний тонзиліт спостерігався у 22 (20,9 %) ДП. Найвищий відсоток (33,3 %) його був у хворих з ЮМК, дещо нижчий – з амеореєю (22,2 %) і дисамеореєю (17,9 %). Захворювання серцево-судинної системи склали 20,9%. Функціональні кардіопатії переважали у ДП з ЮМК (23,3 %) та амеореєю (17,1 %). Окрім цього, у 2 (6,6 %) ДП було діагностовано ревматизм, у 4 (13,3 %) – вади серця, такі як пролапс мітрального клапана, субаортальний стеноз аорти, що свідчило про недостатність або слабкість сполучнотканинних структур і могли мати значення у дозріванні матки, яєчників та сприяли розвитку ПМФ. Значне місце серед соматичної патології займали вегетативні дисфункції, зокрема вегетосудинна дистонія (ВСД). ВСД за гіпертонічним і змішаним типом спостерігали у 38,4 % ДП з дисамеореєю, та у 19,4 % ДП з амеореєю. У дівчат з ЮМК переважав гіпотонічний тип ВСД (13,3 %). Нейроциркуляторні зміни знаходили відображення на ехоенцефалограмі. Відмінною рисою перебігу ВСД у обстежених ДП було поєднання з захворюваннями ШКТ

(14,2 %), патологією ЩЗ (11,4 %). Найбільш частою супровідною патологією були захворювання шлунково-кишкового тракту. Патологія гастродуоденальної зони (гастродуоденіт, рефлюкс-гастрит, хронічний гастрит) відмічалася приблизно з однаковою частотою у ДП з аменореєю (11,1 %) і ЮМК (10,0 %). Виразкова хвороба, ерозивний бульбіт, хронічний гастрит, панкреатит доповнювали вищий відсоток (15,3 %) супровідної патології у групі обстежених з дисаменореєю. Захворювання гепатобіліарної системи в структурі екстрагенітальної патології складала 44,7 %, переважно зустрічались при дисаменореї (41,0 %) і ЮМК (43,3 %) ДП. Варто зазначити, що у 12 (20,5 %) ДП спостерігали поєднання захворювань гепатобіліарної та гастродуоденальної систем. Непропатії діагностували у (21,9 %) дівчат. Причому у ДП з аменореєю вони складала 38,8%, у ДП з ЮМК – 10,0 %, а при дисаменореї – 15,3 %. В структурі ЕГП 82,7 % становили ендокринопатії, серед них переважали тиреопатії (61,9 %), гіпоталамічний синдром (10,4 %) і ожиріння (10,4 %). Патологія ЩЗ була різноманітною, спостерігалася з однаковою частотою у обстежених групах, що могло сприяти розвитку порушень репродуктивного здоров'я.

Вивчення гормонального гомеостазу показало дисбаланс гонадотропних гормонів у ДП з дисаменореєю, підвищення ЛГ і зниження ФСГ при аменореї. Рівень в сироватці крові естрадіолу був найнижчим у ДП з аменореєю (15,7±0,08 нмоль/л; p<0,001). У дівчат з ЮМК спостерігалися як низькі, так і підвищені показники його, тоді як у пацієнок з дисаменореєю концентрація естрадіолу мала тенденцію до зниження (38,2±0,07; p<0,1, p<0,01).

Аналогічні зміни спостерігалися у вмісті прогестерону, показники якого були достовірно нижчими (0,67±0,04 нмоль/л; p<0,01, p<0,001) при порівнянні із такими у хворих без ЕГП і здорових дівчат.

Концентрація тестостерону була високою у хворих з дисаменореєю (3,63±0,02 нмоль/л; p<0,05 p<0,001) та аменореєю і мала тенденцію до підвищення у пацієнок із ЮМК (2,42±0,08 нмоль/л; p<0,1, p<0,01). Вміст пролактину був вищим у 38,4 % хворих із ПМЦ при поєднаній ЕГП, зокрема із тиреопатіями.

Рівень імуноглобулінів в сироватці крові характеризувався достовірним підвищенням Ig G (16,72±1,22 г/л;

p<0,01, p<0,01) і Ig M (1,96±0,07 г/л; p<0,05, p<0,01) при аменореї та дисаменореї і тенденцією до підвищення їх при ЮМК. Вміст Ig A був зниженим лише у ДП із первинною аменореєю (0,54±0,04 г/л; p<0,05, p<0,01).

Концентрація ЦІК у ДП з екстрагенітальною патологією була високою незалежно від форми порушення МФ і, відповідно, становила 122±11,3 ум. од. (p<0,01; p<0,001) при дисаменореї, 106,4±8,3 ум. од. (p<0,01; p<0,001) у пацієнок з ЮМК і 118,3±7,6 ум. од. (p<0,01; p<0,001) у ДП з аменореєю. Паралельно підвищувався рівень МСМ, який був найвищим у 18,3 % ДП з хронічними захворюваннями жовчовидільної та сечовидільної систем.

**ВИСНОВОК** Таким чином, ЕГП у ДП різноманітні, частіше поєднані, характеризуються хронізацією процесу і перебігають на фоні ендокринопатій, з яких 61,9 % становлять тиреопатії. Одночасно спостерігаються дисбаланс гонадотропних та статевих гормонів, порушення імунометаболічного статусу, що може мати значення в становленні генеративної функції на віддалений період, зокрема в аспекті планування сім'ї.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Коренева Н.М. Актуальные проблемы охраны здоровья подростков // Международный медицинский журнал. – 2000. – № 1. – С. 13-15.
2. Гребешева И.И., Ельцова-Стрелкова В.М., Гулевская Р.М. Социально-гигиеническая характеристика девочек-подростков и оценка их репродуктивных установок // Советское здравоохранение. – 1990. – № 5. – С. 31-34.
3. Вовк І.Б., Квашенко В.П. Особливості репродуктивної поведінки підлітків // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 6. – С. 75-77.
4. Нагорна А.М., Грузева Т.С., Кульчицька Т.К. Сучасний стан здоров'я підлітків і молоді України та заходи щодо його збереження і покращення // Лікарська справа. – 1998. – № 7. – С. 177-181.
5. Баранов А.А. Медико-экологические проблемы охраны здоровья матери и ребенка // Матер. Всесоюз. научн.-практ. конф. с участием иностранных специалистов. – Черновцы, 1990. – С. 8-10.
6. Веропотвелян Л.М., Лугол В.М., Веропотвелян М.Л., Васильева Л.О., Никитенко М.К. Порушення менструальної функції у дівчат при гінекологічних та екстрагенітальних захворюваннях // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1997. – № 5. – С. 80-82.
7. Медведев В.И., Казачкова Э.А., Астахова Т.В., Попова А.С. Диагностическая и прогностическая возможность использования показателей средней массы и среднемoleкулярных пептидов сыворотки крови при воспалительных заболеваниях органов малого таза женщин // Акушерство и гинекология. – 1991. – №3-7. – С. 38-40.

УДК 618.145–006.5

Лучков А.І.

## КОМПЛЕКСНІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ

Одеський державний медичний університет, Україна

КОМПЛЕКСНІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ – В роботі подані результати клінічних досліджень, які мають на меті розроблення комплексних діагностично-лікувальних заходів по веденню хворих із фібромами матки. З діагностичною метою в сироватці крові жінок із фіброміомою визначали зміни концентрації представників прозапальних цитокінів – фактора некрозу пухлини (ФНП), інтерлейкіну-1 та інтерлейкіну-6. Лікування жінок здійснювали із застосуванням міні-інвазивної хірургічної технології – рентгенендоваскулярної хірургії та інтенвенційної радіології. Показано, що впродовж клінічного спостереження за жінками, враховуючи зростаючі розміри фіброматозних вузлів, в сироватці крові триває значне зростання концентрації ФНП, що розглядається авторами як найбільш ранній діагностичний критерій патологічного стану. З лікувальною метою пацієнткам із фіброміомою матки було застосовано принципово новий підхід із збереженням тіла матки шляхом рентгенендоваскулярної емболізації маткової артерії. При цьому в пацієнок було збережено матку та вдалося відновити репродуктивну функцію. Автори стверджують про принципово новизну описаного методу лікування фіброміоми матки, оскільки дане хірургічне втручання дозволяє зменшити або ліквідувати фіброматозний

вузол (чи вузли) без видалення матки. Визначення з діагностичною метою ФНП в якості раннього фактора ризику виникнення фіброміоми, а також застосування рентгенендоваскулярної емболізації маткових артерій є складовою частиною комплексу діагностично-лікувальних заходів, вживання яких дозволить підвищити ефективність діагностики та лікування жінок із фіброміомою матки.

КОМПЛЕКСНЫЕ ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ – В работе поданы результаты клинических исследований, которые имеют целью разработку комплексных диагностико-лечебных мероприятий по ведению больных с фибромиомами матки. С диагностической целью в сыворотке крови женщин с фибромиомой определяли изменения концентрации представителей провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухоли (ФНО), интерлейкина-1 и интерлейкина-6. Лечение женщин осуществляли с применением миниинвазивной хирургической технологии – рентгенендоваскулярной хирургии и интвенционной радиологии. Показано, что на протяжении клинического наблюдения за женщинами, учитывая возрастающие размеры фиброматозных узлов, в сыворотке крови продолжается значительный рост концентрации ФНО, что рассматривается авторами