

## ЧАСТОТА ЗАХВОРЮВАНOSTI НА УРОГЕНІТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

ЧАСТОТА ЗАХВОРЮВАНOSTI НА УРОГЕНІТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ – Проведено аналіз частоти урогенітальних інфекцій при генітальному ендометріозі у жінок репродуктивного віку, які перебували на лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОКЛ) за період 2003–2012 рр. Встановлено, що перенесені малосимптомні урогенітальні інфекції ускладнюють перебіг генітального ендометріозу та погіршують больові відчуття пацієнток, особливо у випадках хронізації інфекційного процесу.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНІТАЛЬНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ У ЖЕНЩИН С ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ – Проведен аналіз частоти урогенітальних інфекцій при генітальному ендометріозі у жінок репродуктивного віку, які перебували на лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОКЛ) за період 2003–2012 гг. Установлено, что перенесенные малосимптомные урогенитальные инфекции осложняют течение генитального эндометриоза и ухудшают болевые ощущения пациенток, особенно в случаях хронизации инфекционного процесса.

THE FREQUENCY OF UROGENITAL INFECTIONS IN WOMEN WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS – The analysis of the frequency of urogenital infections for women with genital endometriosis in the reproductive age who were treated at the Lviv Regional Clinical Hospital for the period of 2003–2012 was made. It was found out that the transferred tract infections complicate the endometriosis and increase the pain of patients especially in cases of chronic infection.

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, теорія порушення імунітету, урогенітальні інфекції.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, теория нарушения иммунитета, урогенитальные инфекции.

**Key words:** genital endometriosis, urogenital infections, theory of immune disorders.

**ВСТУП** Ендометріоз – патологічний процес, що характеризується доброякісним розростанням тканини, морфологічно і функціонально подібної до слизової оболонки тіла матки (ендометрію), за межами її звичайного розташування. Знаходячись у місцях з незвичним мікрооточенням, тканина росте, зберігаючи гормональну активність, проходить циклічні перетворення та призводить до порушення анатомічної та функціональної цілості органів і тканин. Вогнища ендометріозу – кістозні утворення, заповнені щільною масою “шоколадного” кольору, або невеликі інфільтрати. У такій слизовій тканині є цитогенна строма та залозисті елементи, порожнини яких вистелені однорядним циліндричним або кубічним епітелієм, а у випадку атрофії останнього – фіброзною тканиною; співвідношення залозистих елементів і строми може бути різним. Перебіг захворювання – довготривалий, зі схильністю до рецидивів. Клінічна картина ендометріозу в багатьох випадках залежить від локалізації, форми та розповсюдження патологічного процесу.

Існує багато теорій виникнення ендометріозу, в яких робиться спроба пояснити походження цього захворювання. На сьогодні їх налічують 34, а одне з

лідуючих місць займає теорія порушення імунітету. Вперше гіпотеза про імунне походження ендометріозу була висунута С. Popesco, V. Jonesco (1975), які припускали можливість розвитку ендометріозу лише в умовах змін місцевого імунітету. Вони вважали, що за умов нормального імунного статусу блукаючі елементи ендометрію повинні лізуватися. Цю теорію підтримали вчені з Харкова [1, 2], які розробляють концепцію розвитку генітального ендометріозу з позиції порушень у місцевому імунному гомеостазі. Згідно з цією теорією виникнення генітального ендометріозу пов'язано з порушенням перш за все місцевих імунних реакцій, а саме: вмісту в перитонеальній рідині макрофагів, Т-лімфоцитів та їхніх субпопуляцій, цитотоксичної активності НК-клітин, вмісту окремих класів імуноглобулінів, антиендометріальних антитіл тощо.

На сьогодні велику увагу приділяють змінам імунного статусу в пацієнток з ендометріозом (зниження активності Т-клітинного імунітету, підвищення активності В-лімфатичної системи зі збільшенням кількості IgG та IgA, поява аутоантитіл у субстратах ендометрію-дних вогнищ), що свідчить про імунологічну залежність захворювання. Встановлено, що активність жіночої імунної системи великою мірою залежить від коливань рівня статевих і гонадотропних гормонів. Дослідження Н. Старцевої (1997) [3] довели наявність чіткої залежності активності імунітету від фаз менструального циклу, концентрації прогестерону, естрогенів, тестостерону. Автор вважає, що у патогенезі ендометріозу велика роль належить дефіциту та пригніченню функції імуномодуляторних Т-супресорних клітин, які призводять до порушення проліферації ендометріальних клітин. Але стверджувати тезу лише про пригнічення імунітету в жінок з ендометріозом не зовсім правильно. Швидше за все зміни, що спостерігаються при цьому захворюванні, свідчать про напруження імунітету, вплив якого спрямований на локалізацію процесу. Та у випадках, коли захисних сил недостатньо, спостерігається активізація ендометріозу. У сучасних дослідженнях [4, 5] дедалі частіше з'являються повідомлення про зміни імунної системи у жінок з ендометріозом, що дозволяє і далі наполягати на існуванні імунної концепції цього захворювання. Саме ця гіпотеза дозволяє пояснити той факт, що генітальний ендометріоз часто супроводжує супутні патології статевих органів – специфічні та неспецифічні, діючи за принципом взаємообтяження.

Хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, цитомегаловірус, токсоплазмоз, гарднерельоз, герпес-вірус HSV-2 – це основний перелік урогенітальних інфекцій, які визначають у жінок репродуктивного віку методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Метою дослідження було провести аналіз частоти урогенітальних інфекцій при генітальному ендометріозі у жінок репродуктивного

віку, які перебували на лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОКЛ) за період 2003–2012 рр.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Ми провели ретроспективне дослідження 90 історій хвороб жінок з генітальним ендометріозом. Середній вік пацієнок склав  $(38,26 \pm 9,4)$  року. Урогенітальні інфекції відзначено в 27,3 % випадків. У розділі перенесених гінекологічних захворювань вказана частота вищенаведених патологій складала 1–3 випадки за життя. Такі низькі відсоткові межі та невисока частота захворювання пояснюється не рутинним обстеженням пацієнок з генітальним ендометріозом на урогенітальні інфекції. Другим етапом нашого дослідження стало анкетування-листування з пацієнтками. Важливо зазначити, що відсоткові межі виявлення урогенітальних інфекцій значно зросли – майже до 40 %. Частота перенесення цих патологій склала від 2 разів за життя, в структурі домінували уреоплазмоз (12,1 %) та гарднерельоз (24,3 %). Варто зазначити, що частота захворювання на урогенітальні інфекції зростала з 2003 року та досягла максимуму в 2010 році (патологію зафіксовано майже у 80 % випадків). Таке зростання відсоткових меж можна пояснити тенденцією до омолодження ендометріозу, адже, якщо середній вік хворих у 2003 році склав 38,3 року, то у 2010 році становив вже 32,5 року. За допомогою запропонованої пацієнткам шкали оцінки больових відчуттів, ми відзначили, що у жінок із поєднанням ендометріозу та урогенітальних інфекцій больовий синдром був інтенсивнішим (порівняно з пацієнтка-

ми, які страждали лише від генітального ендометріозу), що підтверджує своєрідний факт взаємообтяження. Жінки характеризували біль як відчуття середньої (4–7 балів) та значної інтенсивності (8–10 балів).

**ВИСНОВОК** Перенесені малосимптомні урогенітальні інфекції ускладнюють перебіг генітального ендометріозу та погіршують больові відчуття, особливо у випадках хронізації інфекційного процесу.

**Перспективи подальших досліджень** Необхідним видається детекція урогенітальних інфекцій у жінок з генітальним ендометріозом, особливо молодого віку. Вчасне виявлення та адекватне лікування дозволить покращити стан таких пацієнок.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Потапова Л. В. Характер местной иммунной реакции у больных с “малыми” формами генитального эндометриоза / Л. В. Потапова, О. П. Липко, И. Н. Щербина // Медицина сегодня и завтра. – 2004. – № 4. – С. 173–174.
2. Роль нарушения клеточного метаболизма  $Ca^{2+}$  в развитии эндометриоза / Н. А. Щербина, Л. В. Потапова, О. П. Липко, И. Н. Щербина // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів. – К. : “Інтермед”, 2002. – С. 256–259.
3. Старцева Н. В. Эндометриоз как новая болезнь цивилизации (вопросы патогенеза, диагностики и лечения) / Н. В. Старцева. – Пермь, 1997. – 179 с.
4. Баскаков В. П. Эндометриодная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. – СПб. : ООО “Изд-во Н-Л”, 2000. – 452 с.
5. Вдовиченко Ю. П. Некоторые наследственные и гормональные аспекты эндометриоза / Ю. П. Вдовиченко, П. Н. Веропотвелян // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3. – С. 72–76.

Отримано 04.04.13