**Берестовий Олег Олександрович. Конституціональні особливості жінок з генітальним ендометріозом: дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Берестовий О.О. Конституціональні особливості жінок з генітальним ендометріозом.** – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. – Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика МОЗ України. – Київ, 2005.  Дисертація присвячена вирішенню питань конституціональних особливостей жінок з генітальним ендометріозом, покращенню можливості прогнозу розвитку і перебігу генітального ендометріозу до та на тлі комплексного лікування хвороби  В результаті проведеного аналізу встановлені особливості соматотипу, компонентного складу маси тіла, площі поверхні тіла та індексів маси тіла у хворих генітальним ендометріозом жінок. У жінок першої вікової групи визначається достовірно менший зріст, кістковий компонент, мезоморфія; достовірно більша маса тіла, менша мезоморфію, та більші індекси маси тіла у жінок з зовнішньо-внутрішнім ендометріозом. У жінок другої вікової групи був достовірно менший м’язовий компонент, менший кістковий компонент, менша мезоморфія, менші індекси маси тіла. У разі зовнішньо-внутрішнього ендометріозу визначено менший м’язовий компонент, менша ендоморфія та мезоморфія.  У жінок першої вікової групи збільшення зросту асоціюється з більшою ймовірністю альгодисменореї. Більший рівень жирового компоненту маси тіла та ендоморфії асоціюється з альгодисменореєю, передменструальним сидромом та первинним безпліддям. Більший рівень мезоморфії, м’язового та кісткового компоненту маси тіла асоціюється з більшою ймовірністю недостатніх результатів лікування. Особливості клінічної картини генітального ендометріозу мають певне конституціональне підґрунтя. Конституціональні характеристики жінок з первинним непліддям більш характерні для генітального ендометріозу. Розвиток вторинного непліддя достовірно асоціюється з конституціональними ознаками характерними саме для більш обтяженого перебігу ендометріозу.  У жінок з ендометріозом лікування гестагенними препаратами не призводить до збільшення маси тіла. Аналіз кісткового компоненту маси тіла свідчить про його зменшення при тривалому використанні гестагенних препаратів, що обумовлює патогенетичне обґрунтування профілактики остеопенії у жінок з генітальним ендометріозом на тлі лікування гестагенними препаратами.  В результаті доплерографії визначено, що в судинах матки при внутрішньому ендометріозі визначається більший опір кровоплину (пульсаційний індекс в правій матковій артерії 1,83±0,1 при зовнішньо-внутрішньому ендометріозі та 2,23±0,1 при аденоміозі). При порівнянні середніх значень кровоплину в стромі яєчників встановлена також достовірна відмінність пульсаційних індексів: при зовнішньому ендометріозі опір кровоплину більше, ніж при внутрішньому ендометріозі. Встановлено, що у жінок з площею поверхні тіла більше медіанних меж достовірно нижче максимальна систолічна, діастолічна, - і швидкість кровоплину взагалі: максимальна систолічна швидкість кровоплину в правій матковій артерії 23,0±2,2 проти 33,54±5,5; кінцева діастолічна швидкість кровоплину в правій матковій артерії 2,31±0,5 проти 4,67±1,0. Відмічено зростання опору в субендометріальних судинах у жінок з більшою площею поверхні тіла пульсаційний індекс 1,56±0,3# проти 0,77±0,2.  Розроблена діагностична таблиця для визначення стану жінки, типового для генітального ендометріозу. Побудовані логіт-регресійні рівняння, коректно класифікують здорових жінок та жінок хворих генітальним ендометріозом можуть використовуватись як метод скрінінгу в діагностиці ендометріозу. Після верифікації діагнозу доцільно проводити перетворення нижче наведене рівняння для визначення ймовірності наслідку лікування генітального ендометріозу. Якщо результат алгебраїчного перетворення рівняння прямує до “0”, то ефект гормонотерапії малоймовірний. Якщо результат алгебраїчного перетворення рівняння прямує до “1”, то ефективне гормональне лікування ендометріозу досить ймовірне. | |
| |  | | --- | | 1. Встановлені особливості соматотипу, компонентного складу маси тіла, площі поверхні тіла та індексів маси тіла у хворих генітальним ендометріозом жінок центральноукраїнської геногеографічної зони. У жінок молодших 36 років визначається достовірно менший зріст, кістковий компонент, мезоморфія; достовірно більша маса тіла, менша мезоморфія, та більші індекси маси тіла у жінок з зовнішньо-внутрішнім ендометріозом. Жінки з аденоміозом мали достовірно меншу маса тіла, достовірно меншу площу поверхні тіла та менший кістковий компонент. У жінок 36 (друга вікова група) років з аденоміозом був достовірно менший м’язовий компонент, менший кістковий компонент, менша мезоморфія, менші індекси маси тіла. У разі зовнішньо-внутрішнього ендометріозу визначено менший м’язовий компонент, менша ендоморфія та мезоморфія. 2. У жінок першої вікової групи збільшення зросту асоціюється з більшою ймовірністю альгодисменореї (R = 0,27 ; p<0,05). Більший рівень жирового компоненту маси тіла та ендоморфії асоціюється з альгодисменореєю (R = 0,27; p<0,05); передменструальним синдромом (R = 0,24; p<0,05) та ймовірністю первинного непліддя (R = 0,35; p<0,01). Більший рівень мезоморфії, м’язового та кісткового компоненту маси тіла асоціюється з більшою ймовірністю недостатніх результатів лікування (R = 0,37 та 0,42; p<0,05). З віком при ендометріозі збільшення маси тіла та площі поверхні тіла асоціюється з більшою ймовірністю менструальних розладів (мено- та метрорагії) (R = 0,44 та 0,37; p<0,05) та меншою ймовірностю непліддя (R = -0,49; p<0,05). 3. Особливості клінічної картини генітального ендометріозу мають певне конституціональне підґрунтя: у третини хворих обтяжений спадковий анамнез, а саме, у жінок з генітальним ендометріозом, котрі мали у анамнезі дані про доброякісні пухлини у близьких родичів була більшою ендоморфія (4,70±1,33 проти 4,16±1,3) та більші індекси маси тіла: Quetelet`s (23,5±3,5 проти 22,0±2,9) і ponderal (2,4±0,13 проти 2,33±0,1), а також менша ектоморфія (2,0±1,2 проти 2,6±1,4) (все на рівні р<0,05). Конституціональні характеристики жінок з первинним непліддям більш характерні для генітального ендометріозу. Розвиток вторинного непліддя достовірно асоціюється з конституціональними ознаками характерними саме для більш обтяженого перебігу ендометріозу. 4. У жінок з ендометріозом лікування гестагенними препаратами не призводить до збільшення маси тіла. Аналіз кісткового компоненту маси тіла свідчить про його зменшення при тривалому використанні гестагенних препаратів, що обумовлює патогенетичне обґрунтування профілактики остеопенії у жінок з генітальним ендометріозом на тлі лікування гестагенними препаратами. 5. Визначено достовірні функціональні зв’язки рівнів гонадотропінів та статевих стероїдних гормонів з антропологічними даними: площа поверхні тіла прямо зв’язана з концентрацією естрадіолу (R = 0,54; р = 0,03); кількість жирового компоненту прямо корелює з концентрацією ФСГ (R = 0,45; р = 0,049); м’язовий компонент зворотно зв’язаний з рівнем ФСГ (R = - 0,52; р =0,02), з рівнем ЛГ (R = - 0,65; р = 0,02), з концентрацією естрадіолу (R = - 0,54; р = 0,03). Ендоморфія позитивно корелює з концентрацією ФСГ (R = 0,46; р =0,04). Мезоморфія зворотно пов’язана з рівнем ЛГ (R = - 0,59; р =0,04) та естрадіолу (R = - 0,68; р =0,003). Збільшення маси тіла у жінок з ендометріозом є конституціональним фактором ризику подальшого розвитку хвороби. 6. В судинах матки при внутрішньому ендометріозі визначається більший опір кровоплину (пульсаційних індекс в правій матковій артерії 1,83±0,1 при зовнішньо-внутрішньому ендометріозі та 2,23±0,1 при аденоміозі). При порівнянні середніх значень кровоплину в стромі яєчників встановлена також достовірна відмінність пульсаційних індексів: при зовнішньому ендометріозі опір кровоплину більше, ніж при внутрішньому ендометріозі. Встановлено, що у жінок з площею поверхні тіла більше медіанних меж достовірно нижче максимальна систолічна, діастолічна, - і швидкість кровоплину взагалі. 7. При співставленні особливостей соматотипу, компонентного складу маси тіла та антропометричних показників у жінок з генітальним ендометріозом з результатами цитогенетичного визначення каріотипу не знайдено достовірних тенденцій, тому використання цитогенетичних методів дослідження каріотипу в діагностиці генітального ендометріозу не доцільне. 8. Розроблена діагностична таблиця для визначення стану жінки, типового для генітального ендометріозу. Побудовані логіт-регресійні рівняння, коректно класифікують здорових жінок та жінок хворих генітальним ендометріозом можуть використовуватись як метод скрінінгу в діагностиці ендометріозу. 9. Розроблений алгоритм оптимізації гормонотерапії генітального ендометріозу дозволяє прогнозувати 71,4% випадків ефективного лікування та 77,1% з урахуванням конституціональних чинників.   **РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я**  Для більш ефективної діагностики доцільно проводити антропологічне обстеження жінок з підозрою на генітальний ендометріоз за наведеними методиками в РОЗДІЛІ 2.  Для визначення ймовірності генітального ендометріозу у даної пацієнтки доцільно проводити порівняння наявних даних з даними „Діагностичної таблиці для визначення ймовірності генітального ендометріозу”. Діагностичні пороги - «+7» - «-29». Якщо результат досягає порогу з знаком «+», то виноситься рішення: „цілком ймовірний генітальний ендометріоз”. Якщо результат досягає значення порогу «-», то приймається рішення: „даних за генітальний ендометріоз немає”. Накопичення діагностичної інформації припиняється при досягненні любого порогу. Якщо не досягнуто жодного порогу, приймається рішення - «не достатньо інформації».   1. Для оптимізації гормонотерапії генітального ендометріозу доцільно після верифікації діагнозу проводити перетворення наведеного рівняння для визначення ймовірності наслідку лікування генітального ендометріозу   Якщо результат алгебраїчного перетворення рівняння прямує до “0”, то ефект гормонотерапії малоймовірний. В випадках прогнозу малої ймовірності ефективного лікування необхідно провести детальний аналіз конституціонально обґрунтованих чинників (компонентного складу маси тіла та площі поверхні тіла, або даних соматотипу) для визначення методу оптимального лікування  Результат лікування ендометріозу за компонентним складом =  Результат лікування ендометріозу за даними соматотипу =  Якщо результат алгебраїчного перетворення рівняння прямує до “1”, то ефективне гормональне лікування ендометріозу досить ймовірне. | |