

# ОСОБЛИВОСТІ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК ІЗ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

## КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА



### Н.В. КОВАЛЕНКО

лікар акушер-гінеколог  
гінекологічного відділення  
Київської міської лікарні №9  
ORCID:0000-0002-6787-0559

#### Контакти:

Коваленко Наталія Володимирівна  
Київська міська лікарня №9,  
гінекологічне відділення  
04112, Київ, Ризька 1  
тел.: + 38 (067) 720 61 52  
e-mail: natalidocgyn9@ukr.net

### ВСТУП

У даний час економічно розвинуті країни стоять перед серйозною соціальною і медичною проблемою – інверсією вікової піраміди [2, 3, 7]. Збільшення числа жінок старшої вікової групи з одного боку пов'язано з підвищенням тривалості життя, з іншого – з раннім настанням менопаузи. З огляду на те, що середній вік настання менопаузи в Україні складає 48 років, 40% свого життя сучасна жінка знаходиться в періоді клімактерію, який часто ускладнюється розвитком клімактеричного синдрому (КС) [2, 3, 10].

Для пацієнок із ендометріозом, питома вага якого складає близько 50% серед жінок перименопаузального віку, проблема КС, котрий супроводжується розладами в нейровегетативній, психоемоційній та обмінно-ендокринній сфері, є надзвичайно актуальною [1, 4, 6, 12, 13]. Саме в цієї категорії жінок процеси дезадаптації нейроциркулярної регуляції спостерігаються ще в репродуктивному віці [9–11].

Враховуючи вищесказане, питання вибору правильної тактики ведення та лікування пацієнок із КС на тлі ендометріозу набуває особливої актуальності. Тому метою дослідження стало встановлення частоти проявів КС у пацієнок із ендометріозом та визначення особливостей його перебігу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було обстежено 1055 жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку (39–55 років), з них 520 пацієнок із ендометрі-

озом (основна група) та 535 – без нього (група порівняння). Групи були порівнянні за віком (середній вік в основній групі склав  $43,2 \pm 0,46$  років, в групі порівняння –  $47,47 \pm 0,44$  роки). На наступному етапі дослідження для подальшого глибокого вивчення патогенетичних механізмів розвитку КС у жінок із ендометріозом було обстежено 323 жінки віком 39–55 років, з них 170 пацієнок із ендометріозом та 153 жінки без даної патології. Пацієнтки були розподілені на групи в залежності від наявності або відсутності проявів КС: I групу склали 106 пацієнок із ендометріозом та проявами КС, II групу – 64 жінки з ендометріозом без симптомів КС, III групу – 83 пацієнтки без ендометріозу з проявами КС, IV групу – 70 жінок без ендометріозу та симптомів КС.

Також був проведений пошук наявної доказової інформації за електронними базами даних (MEDSCAPE, MEDLINE, PUBMED, Cochrane Library) з використанням комбінації відповідних контрольованих термінів словників та термінів вільного тексту, пов'язаних із менопаузою та ендометріозом.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу даних досліджуваних груп пацієнок встановлено, що частота проявів КС у жінок із ендометріозом істотно відрізнялася від такої серед пацієнок групи порівняння (рис.). Так, КС було виявлено в 357 (68,7%) пацієнок основної групи та в 257 (48,0%) жінок

групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Спираючись на ці дані, можна зробити висновок, що в періоді перименопаузи КС виникає більш ніж у половини жінок із ендометріозом.

Після розподілення учасниць досліджуваних груп за віком та фазами клімактеричного періоду і аналізу вікових характеристик було виявлено, що в жінок із ендометріозом прояви КС починаються раніше, ніж у жінок загальної популяції. Так, середній вік жінок I групи (прояви КС + ендометріоз) становив  $43,47 \pm 2,05$  року, тоді як у III групі (прояви КС без ендометріозу) –  $49,51 \pm 1,3$  року ( $p < 0,05$ ), що свідчить про активніше зменшення фолікулярного резерву в жінок I групи, можливо, внаслідок хірургічного лікування ендометріозу [13].

Оцінивши спадкові, соціальні, екологічні та медико-біологічні фактори, ми виявили низку чинників ризику виникнення КС у пацієнток із ендометріозом.

Під час аналізу рівня освіти (табл. 1) та характеру роботи (табл. 2) було визначено, що в I групі пацієнток питома вага жінок з вищою освітою була найбільшою (87,74%) і значно перевищувала відповідні показники в II (62,5%), III (61,45%) та IV (50,0%) групах ( $p_{1-2, 1-3, 1-4} < 0,05$ ), при цьому рівень освіченості в II та III групах був майже однаковим і перевищував такий у групі здорових жінок (IV). Відповідно серед пацієнток із проявами КС на тлі ендометріозу була суттєво вищою частка жінок, зайнятих розумовою працею, що свідчило про важливу роль в розвитку клімактеричних проявів психоемоційного та інтелектуального перевантаження. В I групі кількість таких жінок склала 70,75%, що істотно перевищувало відповідний показник у групі здорових жінок (32,86%,  $p < 0,05$ ). Слід зазначити, що серед жінок із ендометріозом без КС (II група) та з КС без ендометріозу (III група) інтелектуальною працею також займалась більша частина учасниць – 67,19% і 47,37% відповідно, в порівнянні з пацієнтками без проявів клімактеричної симптоматики ( $p < 0,05$ ). При цьому половина здорових жінок (IV група) займалась фізичною працею.

Аналіз стресових ситуацій в анамнезі підтвердив роль негативного впливу психотравмуючих факторів на нервову систему пацієнток. Так, найвища питома вага довготривалих стресових ситуацій була виявлена в I групі жінок із КС та ендометріозом (61,32%,  $n = 65$ ) у порівнянні з жінками II (42,19%,  $n = 27$ ), III (44,58%,  $n = 37$ ) та IV груп (32,86%,  $n = 23$ ), в яких жінки частіше вказували на наявність короточасних стресових ситуацій ( $p < 0,05$ ). Необхідно додати, що рівень довготрива-

Таблиця 1. Розподіл жінок обстежених груп за рівнем освіти, абс. ч. (%)

Група жінок	n	Освіта		
		Середня	Середньо-спеціальна	Вища
I	106	3 (2,83)	10 (9,43)	93 (87,74)
II	64	5 (7,81)	19 (29,69) <sup>a</sup>	40 (62,5) <sup>a</sup>
III	83	11 (13,25) <sup>a</sup>	21 (25,3) <sup>a</sup>	51 (61,45) <sup>a</sup>
IV	70	35 (50,0) <sup>a,б</sup>	22 (31,43) <sup>a</sup>	13 (18,57) <sup>a,б,в</sup>

<sup>a</sup> різниця вірогідна відносно показника I групи ( $p < 0,05$ );

<sup>б</sup> різниця вірогідна відносно показника II групи ( $p < 0,05$ );

<sup>в</sup> різниця вірогідна відносно показника III групи ( $p < 0,05$ )

Таблиця 2. Розподіл обстежених жінок за характером праці, абс. ч. (%)

Група жінок	n	Характер праці		
		Фізичний	Змішаний	Розумовий
I	106	9 (8,49)	22 (20,75)	75 (70,75)
II	64	7 (10,94)	14 (21,88)	43 (67,19)
III	83	23 (27,71) <sup>a,б</sup>	28 (33,74)	32 (38,55) <sup>a,б</sup>
IV	70	35 (50,0) <sup>a,б,в</sup>	12 (17,14) <sup>в</sup>	23 (32,86) <sup>a,б</sup>

<sup>a</sup> різниця вірогідна відносно показника I групи ( $p < 0,05$ );

<sup>б</sup> різниця вірогідна відносно показника II групи ( $p < 0,05$ );

<sup>в</sup> різниця вірогідна відносно показника III групи ( $p < 0,05$ )

лих стресових ситуацій в II та III групах жінок при цьому був приблизно однаковим та дещо більшим за нього у жінок IV групи. Отримані дані можуть свідчити про вплив хронічного стресу на розвиток КС у хворих на ендометріоз.

Слід також відзначити, що більшість пацієнток із клімактеричними розладами та ендометріозом відмічали дисгармонію та нерегулярність статевого життя. Поряд із цим близько половини жінок II та III груп також вказували на аналогічні порушення, що було вірогідно вищим за відповідні показники в більшості здорових пацієнток IV групи. З одного боку, це можна пояснити особливостями патогенезу та клінічною картиною ендометріозу, але з іншого дисгармонію та нерегулярність статевого життя можна вважати одним із потенціюючих сукупних чинників хронічного стресу, який виконує роль психогенного фактора в генезі не тільки ендометріозу, але й розвитку психоемоційних і вегето-судинних проявів КС. Наші припущення підтверджує й те, що частка пацієнток із нерегулярними статевими стосунками в III групі (прояви КС без ендометріозу) склала 55,42%, що вірогідно перевищувало відповідний показник у групі здорових жінок (28,57%,  $p < 0,05$ ).

Отримані результати збігаються з даними певних міжнародних досліджень, які також вказують на тісний зв'язок між загальною інтенсивністю больових відчуттів під час статевого акту із дисгармонією та нерегулярністю статевого життя [9].

Проаналізувавши умови проживання обстежених пацієнток, ми звернули увагу на те, що більшість жінок із проявами ендометріозу та клімактеричних зрушень проживають в екологічно несприятливих умовах, тоді як серед пацієнток IV групи таких була меншість. При цьому найвища частка таких пацієнток зафіксована у I групі (67,92%,  $n = 72$ ). Пацієнтки II та III груп відзначали наявність несприятливих чинників навколишнього середовища майже вдвічі частіше, ніж пацієнтки IV групи (51,56%,  $n = 33$ ; 57,83%,  $n = 48$ ; 24,29%,  $n = 17$  відповідно,  $p < 0,05$ ). Це підтверджує важли-

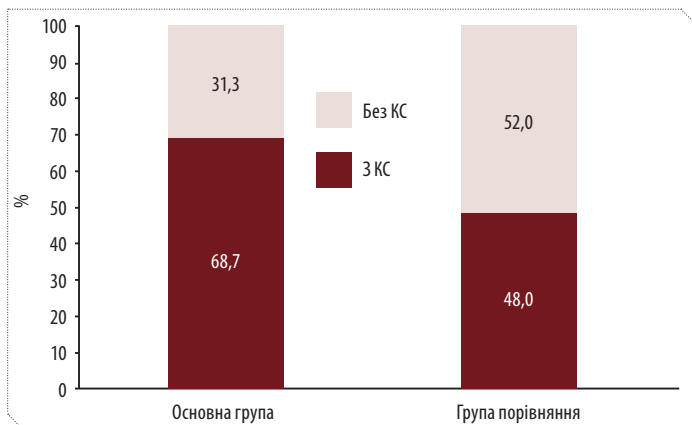


Рисунок. Питома вага КС в обстежених групах жінок, %

\*  $p < 0,05$  в усіх випадках

вість екологічних характеристик місця проживання в розвитку як клімактеричних зрушень, так і ендометріозу.

Слід зазначити, що вплив шкідливих чинників виробництва (пестициди, хімічні речовини, інсектициди) відзначали пацієнтки всіх досліджуваних груп, проте учасниці I, II і III груп вказували на нього вірогідно частіше, ніж пацієнтки IV групи. Так, у I групі частка жінок, які відзначали наявність шкідливих чинників виробництва, становила 58,49% (n = 62), в II групі – 56,25% (n = 36), в III групі – 51,81% (n = 43) проти 11,43% (n = 8) в IV групі (p<sub>1-4, 2-4, 3-4</sub> < 0,05). Нами було відмічено, що відсоток пацієнток із шкідливими чинниками виробництва в анамнезі в I, II та III групах був майже однаковим, що вказувало на значну роль цих факторів в розвитку як ендометріозу, так і КС.

Досить висока питома вага жінок, які зловживали палінням, у групі пацієнток із проявами клімаксу опосередковано може вказувати на паління як на вагомий фактор ризику розвитку цієї патології (табл. 3). Цей зв'язок також був підтверджений багатьма міжнародними дослідженнями [7, 14, 15].

**Таблиця 3. Розподіл жінок обстежених груп в залежності від тютюнопаління, абс. ч. (%)**

Група жінок	n	Палять	Не палять
I	106	62 (58,49)	44 (41,51)
II	64	24 (37,5) <sup>a</sup>	40 (62,5) <sup>b</sup>
III	83	48 (57,83)	35 (42,17)
IV	70	17 (24,29) <sup>a</sup>	53 (75,71) <sup>a, b</sup>

<sup>a</sup> різниця вірогідна відносно показника I групи (p < 0,05);

<sup>b</sup> різниця вірогідна відносно жінок, які палять в межах груп (p < 0,05)

Вивчаючи гінекологічний анамнез, ми звернули увагу на те, що серед жінок із ендометріозом вірогідно вищим був відсоток раннього менархе (9–11 років). Так, у пацієнток I та II груп раннє менархе було відмічено у 54,72% (n = 58) та в 48,44% (n = 31) випадків відповідно. Поряд із цим в III групі 20,48% (n = 17) пацієнток вказували на пізнє менархе (після 16 років), тоді як у I групі цей показник складав лише 4,17% (n = 5), а в II групі – 1,56% (n = 1) (p<sub>1-3, 2-3</sub> < 0,05).

Досліджуючи акушерський анамнез (табл. 4), ми відзначили, що питома вага жінок, які не народжували, була значно вищою серед пацієнток із ендометріозом і становила 29,25% в I та 28,13% в II групі. У III групі питома вага таких пацієнток була відносно невисокою (16,87%), проте перевищувала відповідну серед жінок IV групи (4,28%, p<sub>1-4, 2-4, 3-4</sub> < 0,05). Це свідчить про те, що відсутність пологів є серйозним чинником ризику розвитку ендометріозу та може прискорити розвиток клімактеричних розладів у перименопаузі [12, 15].

Кількість мимовільних абортів була вірогідно вищою в пацієнток із ендометріозом, що, з одного боку, можна пояснити результатом певних патогенетичних змін при ендометріозі, а з іншого – вважати фактором ризику розвитку та прогресування захворювання. При цьому відсоток жінок, що мали 2 та більше мимовільних абортів, тобто зі звичним невиношуванням вагітності, був найбільшим у I групі і складав 33,02% (n = 35). У II групі цей показник дорівнював 25,0% (n = 16) і був вірогідно вищим за відповідні показники у III (7,24%, n = 6) та IV (4,29%, n = 3) групах (p<sub>1-3, 1-4, 2-3, 2-4</sub> < 0,05). Можна припустити, що пацієнтки I групи мали більший ступінь складності хвороби і відповідно отримували в минулому серйозніше лікування, яке вплинуло на швидше згасання функції яєчників.

**Таблиця 4. Кількість пологів в анамнезі в жінок обстежених груп, абс. ч. (%)**

Група жінок	n	Кількість пологів		
		0	1–2	3 та більше
I	106	31 (29,25)	70 (66,04)	5 (4,71)
II	64	18 (28,13)	42 (65,63)	4 (6,25)
III	83	14 (16,87)	51 (61,45)	18 (21,69) <sup>a, b</sup>
IV	70	3 (4,28) <sup>a, b</sup>	54 (77,14)	13 (18,57) <sup>a, b</sup>

<sup>a</sup> різниця вірогідна відносно показника I групи (p < 0,05);

<sup>b</sup> різниця вірогідна відносно показника II групи (p < 0,05);

<sup>c</sup> різниця вірогідна відносно показника III групи (p < 0,05)

Кількість штучних абортів також була значно більшою в I та II групах спостереження і становила 43,4% (n = 46) та 37,5% (n = 24) відповідно, тоді як питома вага таких жінок в III і IV групах відповідно складала 21,69% (n = 18) та 1,43% (n = 1) (p<sub>1-3, 1-4, 2-4, 3-4</sub> < 0,05). Досить високий відсоток пацієнток, які мали 3 та більше штучних абортів в анамнезі у III групі спостереження, доводить вагому роль артіфіціального аборту не тільки в розвитку дисгормональних гіперпроліферативних захворювань, зокрема ендометріозу, а й у ранньому виникненні дефіциту естрогенів.

Оцінка гінекологічної патології та перенесених гінекологічних операцій в анамнезі виявила, що в жінок із ендометріозом спостерігалось вірогідне підвищення частки аномальних маткових кровотеч та дисменореї. Так, у пацієнток I і II груп цей показник складав 28,3% та 21,87% відповідно (табл. 5) проти 12,05% та 4,28% у III та IV групах (p<sub>1-4, 2-4, 3-4</sub> < 0,05). Поряд із цим загальною для груп з проявами КС та ендометріозу була наявність передменструального синдрому: в 39,62% жінок I групи, 39,06% II групи та у 32,53% III групи проти 10,0% в IV групі (p<sub>1-4, 3-4, 2-4</sub> < 0,05).

Міжнародні дані, крім того, вказують на наявність більшого синдрому та інших проявів дисменореї від самого менархе у 91,4% та з пременопаузального віку у 94,3% жінок із ендометріозом [13, 15].

Крім того, в групі пацієнток із ендометріозом та КС і в групі з ендометріозом без нього спостерігався вірогідно вищий відсоток безпліддя. Так, частка неплідності в I групі становила 29,25%, в II групі – 28,13% проти 8,43% у III групі (p<sub>1-3, 2-3</sub> < 0,05) та 4,28% у IV (p<sub>1-4, 2-4</sub> < 0,05). За даними низки авторів, до 50% жінок із ендометріозом страждають на неплідність, що додає їм ще більшого психологічного та соціального дискомфорту [1, 6].

Частка виявлення запальних захворювань геніталій була вірогідно вищою у пацієнток I і II груп у порівнянні з жінками III та контрольної IV групи і дорівнювала 44,34% та 39,06% відповідно. Однак серед пацієнток III групи частота запальних захворювань геніталій була майже вдвічі вищою, ніж у IV групі (12,05%, p<sub>1-3, 2-3</sub> < 0,05 проти 7,14%, p<sub>1-4, 2-4</sub> < 0,05). Оцінка перенесених оперативних втручань показала найбільшу їх частку серед жінок I групи з проявами КС на тлі ендометріозу (49,06%, p < 0,05), що майже вдвічі перевищувало цей показник у хворих II і III груп (відповідно 25,0% і 22,89%, p<sub>1-3</sub> < 0,05) та втричі – показник жінок IV групи (7,14%). З огляду на ці дані, передменструальний синдром, наявність запальних процесів геніталій та перенесені гінекологічні операції в анамнезі можна вважати фактором ризику розвитку ранніх клімактеричних розладів у хворих на ендометріоз.



Таблиця 5. Відомості про наявність гінекологічної патології в анамнезі жінок обстежених груп, абс. ч. (%)

Гінекологічні захворювання	Групи жінок			
	I (n = 106)	II (n = 64)	III (n = 83)	IV (n = 70)
Порушення менструального циклу, в т. ч. аномальні маткові кровотечі та альгоменорея	30 (28,3)	14 (21,87)	10 (12,05) <sup>а,б</sup>	3 (4,28) <sup>а,б,в</sup>
Патологія шийки матки	10 (9,43)	7 (10,94)	8 (9,63)	5 (7,14)
Запальні захворювання геніталій	47 (44,34)	27 (42,19)	10 (12,05) <sup>а,б</sup>	5 (7,14) <sup>а,б</sup>
Передменструальний синдром	42 (39,62)	25 (39,06)	27 (32,53)	7 (10,0) <sup>а,б,в</sup>
Безпліддя	31 (29,25)	18 (28,13)	7 (8,43) <sup>а,б</sup>	3 (4,28) <sup>а,б,в</sup>
Гінекологічні операції	52 (49,06)	16 (25,0) <sup>а</sup>	19 (22,89) <sup>а</sup>	5 (7,14) <sup>а,б,в</sup>

<sup>а</sup> різниця вірогідна відносно показника I групи ( $p < 0,05$ );

<sup>б</sup> різниця вірогідна відносно показника II групи ( $p < 0,05$ );

<sup>в</sup> різниця вірогідна відносно показника III групи ( $p < 0,05$ )

Проаналізувавши характер соматичної патології учасниць груп дослідження, ми виявили вірогідно вищий відсоток соматичної захворюваності в пацієток із ендометріозом, особливо відчутним це було серед пацієток із клімактеричними розладами на тлі ендометріозу. Так, жінки перших двох груп відмічали статистично вірогідне перевищення частоти алергічних захворювань: 31,13% ( $n = 33$ ) випадків у I групі, 29,69% ( $n = 19$ ) у II, тоді як у III та IV групах ці показники склали 13,25% ( $n = 11$ ) і 7,14% ( $n = 5$ ) відповідно ( $p_{1-2, 1-3, 1-4} < 0,05$ ). В пацієток I та III груп також виявлено вищий відсоток нервово-психічних захворювань та вегето-судинну дистонію: 39,62% ( $n = 42$ ) у I групі та 33,73% ( $n = 28$ ) в III проти 23,44% ( $n = 15$ ) у II групі та 7,14% ( $n = 5$ ) в IV. Слід зазначити, що вищезгадані показники також різнилися майже втричі. Крім того, звертав на себе увагу досить високий рівень патології кістково-м'язової системи, в структурі якої переважав остеохондроз шийно-грудного відділу хребта в жінок I та III груп (31,13%,  $n = 33$  та 32,53%,  $n = 27$ ), що суттєво перевищувало відповідні дані в II та IV групах (20,31%,  $n = 13$  та 10,0%,  $n = 7$ ) ( $p_{1-3, 2-3} < 0,05$ ). Також вищою була питома вага захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема печінки та жовчовивідних шляхів, в I (34,91%,  $n = 37$ ) і в II (35,94%,  $n = 23$ ) групах, тобто в пацієток із ендометріозом, що певним чином підтверджує роль порушень в системі детоксикації в генезі цього захворювання. Пацієнтки III групи також мали подібні скарги, що, правда, дещо меншою мірою – 21,69% ( $n = 18$ ) проти 7,14% ( $n = 5$ ) здорових жінок IV групи. Частота серцево-судинних захворювань, варикозно розширених вен нижніх кінцівок, патології дихальних шляхів і ЛОР-органів істотно не різнилися. Комплексне обстеження функції щитоподібної залози виявило наявність у переважній більшості пацієток перших двох груп аутоімунного тиреоїдиту, показники були практично однаковими і становили 33,0% ( $n = 35$ ) в I групі та 29,69% ( $n = 19$ ) у II. При цьому згадані показники вагомо перевищували дані здорових жінок, серед яких патологія щитоподібної залози майже не зустрічалась (8,43%,  $n = 7$  та 4,28%,  $n = 3$  у III та IV групах відповідно,  $p_{1-3} < 0,05$ ).

Під час дослідження ми також виявили досить високий відсоток дисгормональних захворювань молочних залоз у хворих із КС та ендометріозом. Показник в I групі майже вдвічі перевищував відповідний у хворих лише на ендометріоз або КС та у здорових жінок і становив 54,72% ( $n = 58$ ) випадків дифузних форм патології молочної залози проти 34,38% ( $n = 22$ ) в II групі та 10,0% ( $n = 7$ ) в групі порівняння. Поряд із цим у пацієток III групи частка дифузних процесів

у молочній залозі складала 39,76% ( $n = 33$ ), що було вірогідно вищим за аналогічні показники пацієток IV групи ( $p < 0,05$ ). Це підтверджує, що КС у пацієток із ендометріозом частіше виникає на тлі патології молочної і щитовидної залоз, будучи не лише результатом тривалого гормонального дисбалансу статевих стероїдних гормонів, а й порушенням гормонального гомеостазу центральних механізмів (аутоімунний тиреоїдит).

## ВИСНОВКИ

Узагальнюючи отримані дані, можна відзначити що частота проявів КС у жінок із ендометріозом була істотно вищою ( $p < 0,05$ ), ніж у пацієток групи порівняння, при цьому прояви КС починалися раніше, ніж у загальній популяції жінок.

Аналіз соціальних, екологічних та медико-біологічних чинників показав, що факторами ризику розвитку КС на тлі ендометріозу є психічне та інтелектуальне перевантаження, наявність хронічних стресових ситуацій, несприятливі екологічні умови проживання та шкідливі чинники виробництва, порушення менструального циклу в репродуктивному віці, особливо аномальні маткові кровотечі, наявність проявів передменструального синдрому, трьох і більше абортів, відсутність пологів в анамнезі, наявність перенесених оперативних втручань у репродуктивному віці, а також значна соматична обтяженість анамнезу.

Аналіз структури соматичної патології обстеженого контингенту пацієток дозволяє припустити, що переважання патології шлунково-кишкового тракту, наявність супутньої аутоімунної патології слугують доказом імунного характеру патогенетичних механізмів розвитку ендометріозу, тоді як в розвитку клімактеричних зрушень значну роль відіграють нервово-психічні захворювання та патологія кістково-м'язової системи, в структурі якої переважає остеохондроз шийно-грудного відділу хребта, що передую настанню перименопаузи.

З урахуванням отриманих даних можна стверджувати, що КС є психоемоційним та вегетативним кризом, який у поєднанні з тяжким преморбідним фоном, а саме ендометріозом, значно більшою мірою впливає на загальний стан як фізичного, так і психічного здоров'я, в тому числі на соціальну активність та якість життя, ніж розвиток самостійного захворювання. Це обумовлює актуальність вивчення можливостей застосування лікувально-профілактичних заходів не лише для безпечної корекції клімактеричних розладів, але й для полегшення ступеня вираженості симптомів ендометріозу.

## 1. Запорожан, В.М.

Національний консенсус щодо ведення пацієнтів із ендометріозом / В.М. Запорожан, Т.Ф. Татарчук, В.В. Камінський // Репродуктивна ендокринологія. — 2015. — №4 (24). — С. 7–12.

Zaporozhan, V.M., Tatarchuk, T.F., Kaminskyi, V.V.

"National Consensus on the Management of Patients with Endometriosis." *Reproductive endocrinology* 4.24 (2015): 7–12.

## 2. Захаренко, Н.Ф.

Особенности проявления климактерического синдрома у женщин с эндометриозом и возможные пути его коррекции / Н.Ф. Захаренко, И.П. Манолык, Н.В. Коваленко, В.П. Ковбасий // Научный журнал МОЗ Украины. — 2014. — №2. — С. 71–78.

Zakharenko, N.F., Manolyak, I.P., Kovalenko, N.V., Kovbasiy, V.P. "Features of the manifestation of climacteric syndrome in women with endometriosis and possible ways of its correction." *Science journal of the MOH of Ukraine* 2 (2014): 71–8.

## 3. Захаренко, Н.Ф.

Особливості лікування климактеричного синдрому в жінок із ендометріозом / Н.Ф. Захаренко, Н.В. Коваленко, Т.Ф. Татарчук // Репродуктивна ендокринологія. — 2016. — №3 (29). — С. 60–64.

Zakharenko, N.F., Kovalenko, N.V., Tatarchuk, T.F.

"Features of treatment of climacteric syndrome in women with endometriosis." *Reproductive endocrinology* 3.29 (2016): 60–4.

## 4. Захаренко, Н.Ф.

Негормональна корекція проявів климактеричного синдрому в жінок з ендометріозом / Н.Ф. Захаренко, Н.В. Коваленко // Здоров'я України : мед. газета. — 2016. — №20 (393). — С. 50–52.

Zakharenko, N.F., Kovalenko, N.V.

"Non-hormonal correction of manifestations of climacteric syndrome in women with endometriosis." *Health of Ukraine: medical newspaper* 20.393 (2016): 50–2.

## 5. Захаров, И.С.

Клинический случай эндометриоза у женщины в постменопаузальном периоде / И.С. Захаров, Л.Н. Петрич, Ю.В. Васютинская и др. // *Fundamental and clinical medicine*, 2017. Zakharov, I.S., Petrich, L.N., Vasyutinskaya, Y.V., et al.

"Clinical case of endometriosis in a postmenopausal woman." *Fundamental and clinical medicine* (2017). DOI: 10.23946/2500-0764-2017-2-3-88-92

## 6. Ишан-Ходжаева, Ф.Р.

Влияние клинико-лабораторных характеристик на психоэмоциональный статус женщин с эндометриозом и бесплодием / Ф.Р. Ишан-Ходжаева // *Журнал акушерства и женских болезней*; 2018. — Т. 67, № 1. — С. 20–25.

Ishan-Khodaeva, F.R. "Influence of clinic and laboratory characteristics on the psychoemotional status of women with endometriosis and infertility." *Journal of Obstetrics and Women's Diseases* 67.1 (2018): 20–5. DOI: 10.17816/JOWD67120-25

## 7. Pokoradi, A.J., Iversen, L., Hannaford, P.C.

"Factors associated with age of onset and type of menopause in a cohort of UK women." *Am J Obstet Gynecol* 205.1 (2011): 34.e1–13. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.02.059

## 8. Blümel, J.E., Fica, J., Chedraui, P., et al.

"Sedentary Lifestyle in Middle-aged Women Is Associated With Severe Menopausal Symptoms and Obesity. What is the connection between a sedentary lifestyle and the risk for severe menopausal symptoms and obesity?" *Menopause* 23.5 (2016): 488–93.

9. Haas, D., Wurm, P., Schimetta, W., et al. Endometriosis Patients in the Postmenopausal Period: Pre- and Postmenopausal Factors Influencing Postmenopausal Health. *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International* (2014): 7 p. Article ID 746705.

## 10. Gemmell, L.C., Webster, K.E., Kirtley, S., et al.

"The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review." *Hum Reprod Update* 23.4 (2017): 481–500.

## 11. Haas, D., Chvatal, R., Reichert, B., et al.

"Endometriosis: a premenopausal disease? Age pattern in 42,079 patients with endometriosis." *Arch Gynecol Obstet* 286.3 (2012): 667–70.

## 12. Ottolina, J., Bartiromo, L., Viganò, P., et al.

"Does endometriosis influence the age of menopause?" *Minerva Ginecol* 70.2 (2018): 171–7.

## 13. Park, Y.K., Cha, N.H., Sok, S.R.

"Relationships between menopausal syndrome and sleeping of middle-aged women." *Journal of Physical Therapy Science* 27.8 (2015): 2537–40.

## 14. Stepaniak, U., Szafraniec, K., Kubinova, R., et al.

"Age at natural menopause in three Central and Eastern European urban populations." *The HAPIEE study* 75.1 (2013): 87–93.

## 15. Yasui, T., Hayashi, K., Mizunuma, H., et al.

"Association of endometriosis-related infertility with age at menopause." *Maturitas* 69.3 (2011): 279–83.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК ІЗ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

## Клініко-соціальна характеристика

Н.В. Коваленко, лікар акушер-гінеколог гінекологічного відділення Київської міської лікарні №9

Для пацієнток із ендометріозом, питома вага якого складає близько 50% серед жінок перименопаузального віку, проблема климактеричного синдрому (КС) є надзвичайно актуальною. Саме в цій категорії жінок процеси дезадаптації нейроциркулярної регуляції спостерігаються ще в репродуктивному віці. Через це вивчення перебігу КС на тлі ендометріозу та вибір правильної тактики ведення таких пацієнток набуває особливої актуальності. У статті розглядаються питання виявлення частоти КС у пацієнток із ендометріозом та особливостей його перебігу.

Було обстежено 1055 жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку (від 39 до 55 років), з них 520 пацієнток з ендометріозом (основна група) та 535 – без ендометріозу (група порівняння). На наступному етапі дослідження було обстежено 323 жінки (170 пацієнток із ендометріозом та 153 жінки без даної патології), яких було розподілено на групи в залежності від наявності або відсутності проявів КС. Також був проведений пошук наявної доказової інформації за низкою електронних баз даних.

Під час аналізу даних пацієнток досліджуваних груп встановлено, що частота проявів КС у жінок із ендометріозом була істотно вищою ( $p < 0,05$ ) від такої серед пацієнток групи порівняння, при цьому прояви КС у них почалися раніше, ніж у загальній популяції жінок. Факторами ризику розвитку КС на тлі ендометріозу є психічне та інтелектуальне перевантаження, наявність хронічних стресових ситуацій, несприятливі екологічні умови проживання та шкідливі чинники виробництва, порушення менструального циклу в репродуктивному віці, наявність проявів передменструального синдрому, трьох і більше абортів, відсутність пологів в анамнезі, наявність перенесених оперативних втручань у репродуктивному віці, а також значна соматична обтяженість анамнезу.

Враховуючи отримані дані, можна стверджувати, що КС є психоемоційним та вегетативним кризом, який у поєднанні з тяжким преморбідним фоном, а саме ендометріозом, значно більшою мірою впливає на загальний стан як фізичного, так і психічного здоров'я, в тому числі на соціальну активність та якість життя, ніж розвиток самостійного захворювання. Це обумовлює актуальність вивчення можливостей застосування лікувально-профілактичних заходів не лише для безпечної корекції климактеричних розладів, але й для полегшення ступеня вираженості симптомів ендометріозу.

**Ключові слова:** климактеричний синдром, ендометріоз, менопауза.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

## Клинико-социальная характеристика

Н.В. Коваленко, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения Киевской городской больницы №9

Для пациенток с эндометриозом, удельный вес которого составляет около 50% среди женщин перименопаузального возраста, проблема климактерического синдрома (КС) является чрезвычайно актуальной. Именно у этой категории женщин процессы дезадаптации нейроциркулярной регуляции наблюдаются еще в репродуктивном возрасте. В связи с этим изучение течения КС на фоне эндометриоза и выбор правильной тактики ведения пациенток данной группы приобретает особую актуальность. В статье рассматриваются вопросы выявления частоты КС у пациенток с эндометриозом и особенностей его течения.

Было обследовано 1055 женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста (от 39 до 55 лет), из них 520 пациенток с эндометриозом (основная группа) и 535 – без эндометриоза (группа сравнения). На следующем этапе исследования были обследованы 323 женщины (170 пациенток с эндометриозом и 153 без данной патологии), которые были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия проявлений КС. Также был проведен поиск существующей доказательной информации по ряду электронных баз данных.

При анализе исследуемых групп пациенток установлено, что частота проявлений КС у женщин с эндометриозом была существенно выше ( $p < 0,05$ ), чем таковая у пациенток группы сравнения, при этом проявления КС у них начинались раньше, чем в общей популяции женщин. Факторами риска развития КС на фоне эндометриоза явились психические и интеллектуальные перегрузки, наличие хронических стрессовых ситуаций, неблагоприятные экологические условия проживания и вредные факторы производства, нарушения менструального цикла в репродуктивном возрасте, наличие проявлений предменструального синдрома, трех и более абортів, отсутствие родов в анамнезе, наличие перенесенных оперативных вмешательств в репродуктивном возрасте, а также значительная соматическая обтяженность анамнеза.

Учитывая полученные данные, можно утверждать, что КС является психоэмоциональным и вегетативным кризом, который в сочетании с тяжелым преморбидным фоном, а именно ендометриозом, в значительно большей степени оказывает влияние на состояние как физического, так и психического здоровья, в том числе на социальную активность и качество жизни, чем развитие самостоятельного заболевания. Это обуславливает актуальность изучения возможностей применения лечебно-профилактических мер не только для безопасной коррекции климактерических расстройств, но и для облегчения степени выраженности симптомов эндометриоза.

**Ключевые слова:** климактерический синдром, эндометриоз, менопауза.

## FEATURES OF CLIMACTERIC SYNDROME IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS

## Clinical and social characteristics

N.V. Kovalenko, obstetrician gynecologist of gynecological department, Kyiv City Hospital No. 9

Share of patients with endometriosis among women of perimenopausal age is about 50% thus the problem of climacteric syndrome (CS) is extremely actual. The processes of maladaptation of neurocirculatory regulation are observed at reproductive age especially in this category of women. Considering the above-mentioned, research of the CS's run of the disease; against the background of endometriosis and the choice of the correct tactics of the management of such patients becomes extremely crucial. The article deals with issues of identification of the frequency of CS in patients with endometriosis and features of development of the disease.

The examined group of patients consisted of 1055 women of late reproductive and perimenopausal women (from 39 to 55 years), 520 of them had diagnosis endometriosis (control group) and 535 without endometriosis (comparison group). At the next stage were examined 323 women: 170 with endometriosis and 153 without this pathology, which were divided into groups depending on the presence or absence of CS's symptoms. Also were searched four electronic databases.

During the analysis of groups of patients were studied, it was found that the incidence of CS in group of women with endometriosis was significantly higher ( $p < 0.05$ ) than in the comparison group, with manifestations of the CS earlier than in women of the general population. Were found the following risk factors for the development of a climacteric syndrome against the backdrop of endometriosis: psychical and intellectual overload, the presence of chronic stressful situations, adverse environmental conditions of living and harmful factors of labor, menstrual disorders in reproductive age, especially abnormal uterine bleeding, premenstrual syndrome, three or more abortions, the absence of birth in the history, the presence of postoperative surgical interventions in reproductive age, as well as significant somatic burdened anamnesis.

Given the results of the study, it can be argued that the CS is the psycho-emotional and vegetative crisis which in combination with severe premorbid background – endometriosis, significantly increases the impact on the general condition of both physical and mental health, including social activity and quality of life than the development of an independent disease. This determines the relevance of the study of the possibilities of using therapeutic and preventive measures not only for the safe correction of menopausal disorders, but also to relieve the severity of the symptoms of endometriosis.

**Keywords:** climacteric syndrome, endometriosis, menopause.