Изучение причинно-следственных факторов развития миомы матки у пациенток репродуктивного возраста

С.М. Сафарова, аспирант¹

Г.У. Болиева, к.м.н., с.н.с. гинекологического отдела¹, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1²

Н. Дж. Абдурахманова, к.м.н., председатель совета молодых ученых и специалистов¹

¹ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» Минздрава Таджикистана, г. Душанбе, Республика Таджикистан

²ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» Минздрава Таджикистана, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Study of causal factors of uterine fibroids development in patients of reproductive age

S. M. Safarova, G. U. Bolieva, N. J. Abdurahmanova

Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perynatology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan; Dushanbe, Republic of Tajikistan

Резюме

Представлен соматический и гинекологический статус женщин с миомой матки. Выявлена достоверно высокая частота сопутствующей экстрагенитальной патологии, в том числе: железодефицитная анемия, заболевание щитовидной железы и мочевыводящих путей, патология желудочно-кишечного тракта, ожирение и варикозная болезнь. Установлено, что больные с миомой матки часто страдают нарушением менструальной функции по типу гиперменструального синдрома и альгодисменореи, менометроррагией. У более половины обследованных женщин с миомой матки выявлено сочетание данной патологии с гиперплазией эндометрия, доброкачественными образованиями яичников, воспалительными заболеваниями органов малого таза, кистозно-фиброзной болезнью молочных желез.

Ключевые слова: миома матки, репродуктивный возраст, соматический статус, гинекологический статус, гиперплазия эндометрия, гепатобилиарная система.

Summary

The somatic and gynecological status of women with uterine myoma is presented. A significantly high frequency of concomitant extragenital pathology was revealed, including: iron deficiency anemia, thyroid and urinary tract diseases, pathology of the gastrointestinal tract, obesity and varicose veins. It has been established that patients with uterine myoma often suffer from menstrual dysfunction of the type of hypermenstrual syndrome and algodimenorrhea, menometrorrhagia. More than half of the examined women with uterine myoma detected a combination of this pathology with endometrial hyperplasia, benign ovarian formations, pelvic inflammatory diseases, cystic fibrosis of the mammary glands.

Key words: uterine myoma, reproductive age, somatic status, gynecologic status, hypermenstrual syndrome, sterility, fibrocystic diseases.

Актуальность

Современная концепция здоровья женщины включает профилактику и лечение заболеваний детородных органов, определяя репродуктивный потенциал женщин, качество их жизни и демографические показатели страны в целом [4–7]. Миома матки является одной из наиболее часто встречающихся патологий репродуктивных органов, частота которой в репродуктивном возрасте колеблется от 11 до 30% [1–3, 5]. На сегодняшний день дискуссионным остается вопрос об этиопатогенезе миомы матки [3, 6, 8].

Исследования ряда авторов показали, что в этиопатогенезе миомы матки определяющим является нарушение ритма секреции гонадотропных гормонов. Возникающий при этом гормональный дисбаланс выражается в абсолютной и отно-

сительной гиперэстрогенией и гиподостатке прогестерона [3, 6, 7, 8].

Следствием гормонального дисбаланса является наличие патологического процесса в органах-мишенях (молочная железа, эндометрий, мио- метрий) [2, 3, 8].

Изучение особенности соматического и гинекологического статуса больных с миомой матки позволяет выявить причинно-следственную связь в развитии заболевания [2, 3, 6]. В связи с отсутствием единого стандарта обследования и лечения данного контингента пациенток в нашей стране актуальность настоящих исследований не вызывает сомнений.

Цель исследования: изучение состояния соматического статуса и органов-мишеней у женщин репродуктивного возраста с миомой матки.

Методы исследования

Обследованы 58 пациенток репродуктивного возраста от 19 до 40 лет. Основную группу составили 36 больных с диагностированной миомой матки различной локализации. Группа сравнения была сформирована из 22 условно здоровых пациенток, обратившихся для прохождения профилактического осмотра в НИИ АГиПРТ в 2014–2016 гг. У пациенток групп исследования был собран анамнез жизни и заболевания, характер становления и нарушения менструальной и детородной функций. Всем пациенткам были проведены гинекологический осмотр, антропометрические исследования (изменение роста, масса тела, подсчет индекса массы тела [ИМТ] по Брею), общеклинические анализы (общий анализ крови, мочи, биохимические исследования, коагу-

лограмма), функциональные методы исследования (УЗИ органов малого таза с определением размеров матки, миоматозных узлов, яичников с диагностикой образований, молочных желез, УЗИ печени, щитовидной железы с консультацией эндокринолога).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных пакетов статистического анализа (Microsoft Excel 2011). Методы дескриптивной статистики включали в себя оценку среднего арифметического (М), средней ошибки среднего значения (m). Для оценки межгрупповых различий применяли t-критерий Стьюдента. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05.

Критериями включения в исследование явились информированное согласие женщины на участие в исследовании, наличие миомы матки, возраст от 19 до 45 лет.

Критерии исключения: психические заболевания, злокачественные новообразования репродуктивных органов, возраст более 45 лет.

Результаты исследования и обсуждение

Возраст обследованных больных в основной группе составил в среднем $34,4 \pm 2,2$ года, группы сравнения — $33,1 \pm 3,4$ года.

Исследование соматического статуса показало, что у 66,6 % женщин

выявлена патология ЖКТ и гепатобилиарной системы, состояние которой влияет на конъюгацию стероидных гормонов. Данная патология выявлено достоверно чаще ($p < 0,001$), чем у пациенток контрольной группы, где преобладает патология щитовидной железы. Структура заболеваний ЖКТ представлена следующим образом: жировой гепатоз, цирроз, холецистит, дискинезия желчевыводящих протоков (по гипокинетическому, ползучего типа, по гиперкинетическому типу).

Патология щитовидной железы при консультации эндокринолога (гипертиреоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит) была выявлена в обеих группах женщин и составила 15 (41,6 %) и 4 (18,1 %) случаев.

Ожирение было диагностировано у 17 (47,2 %) женщин основной группы. Индекс массы тела в группах составил в среднем $32,4 \pm 2,2$ и $25,17 \pm 0,84$ соответственно.

Заболевания почек и мочевыводящих путей были выявлены у 13 (36,1 %) и 2 (9,1 %) пациенток, желудочно-кишечного тракта — у 24 (66,6 %) и 3 (13,6 %) пациенток. Варикозная болезнь была выявлена лишь у 3 (8,3 %) пациенток в основной группе.

Результаты оценки соматического статуса больных показали, что экстрагенитальная патология в основной группе исследования была выявлена у 28 (77,8 %), в то время как в группе сравнения — лишь у 9 (41 %) женщин. У 28 (77,8 %) пациенток основной группы была диагностирована

железодефицитная анемия, при этом анемия легкой степени отмечалась у 10 (35,7 %), средней степени — у 13 (46,4 %) и тяжелой степени — у 5 (17,9 %). Сниженные цифры гемоглобина явились показанием для проведения гемотрансфузии у 5 (17,5 %) пациенток основной группы.

Сердечно-сосудистая патология в виде гипертонической болезни установлена у 2 (5,5 %) пациенток основной группы, в группе сравнения данная патология отсутствовала.

Гинекологический статус обследованных пациенток показал, что возраст наступления менархе у пациенток обеих групп не имел достоверных отличий и составил $14,3 \pm 1,3$ и $12,2 \pm 1,1$ соответственно. В основной группе исследования первородящие составили 14 (38,9 %), повторнородящие — 15 (41,7 %) и пациентки с бесплодием — 7 (19,4 %) случаев. Невынашивание беременности отмечалось у 11 (30,5 %) пациенток, искусственные аборты в анамнезе выявлены у 16 (44,4 %). В группе сравнения первородящих — 3 (13,6 %), повторнородящих — 19 (86,4 %), искусственных абортов — 5 (22,7 %), невынашивания в анамнезе не было отмечено. Как видно из табл. 1 и 2, размер матки у обследованных групп имеет достоверное отличие ($p < 0,001$).

В результате исследования выявлено, что у 28 (77,7 %) пациенток с миомой матки выявлена гиперплазия эндометрия, в то время как в группе контроля данная патология отсутствует ($p < 0,05$).

Таблица 1
УЗИ матки обследованных групп

	Основная, n = 36	Контрольная, n = 22	P
Передний	$78,3 \pm 2,2$	$52,5 \pm 0,9$	$< 0,001$
Поперечный	$69,6 \pm 1,4$	$50,6 \pm 1,0$	$< 0,001$
Задний	$76,7 \pm 1,8$	$52,5 \pm 0,9$	$< 0,001$

Примечание: P — статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Таблица 2
Толщина эндометрия (МЭХО)

	Основная, n = 36	Процент	Контрольная, n = 22	Процент	P
До 5 мм	2	5,5	18	81,8	$< 0,05$
До 10 мм	6	16,6	4	18,1	$< 0,05$
До 20 мм	28	77,7	—	—	

Примечание: P — статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

Таблица 3
Размеры матки при УЗИ

	Основная, n = 36	Контрольная, n = 22	P
Передний	88,3 ± 2,1	55,5 ± 0,8	< 0,001
Поперечный	79,6 ± 1,3	49,6 ± 1,0	< 0,001
Задний	74,7 ± 1,7	52,5 ± 0,9	< 0,001

Примечание: P — статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

В основной группе исследования у 30 пациенток (83,3 %) отмечались нарушения менструального цикла: гиперполименорея у 19 (52,8 %), альгодисменорея у 5 (13,8 %), ациклические кровотечения выявлены у 6 (16,7 %) больных, а также сочетание выявленных нарушений между собой у данных пациенток. Клиническими проявлениями НМЦ была анемия различной степени тяжести. Средний уровень гемоглобина в группах исследований имел достоверные отличия и в среднем составил $72,3 \pm 45,6$ в основной и $12,1 \pm 0,6$ в группе контроля ($p < 0,05$). В группе сравнения нарушений менструального цикла выявлено не было. Давность основного заболевания у пациенток с миомой матки составила $5,3 \pm 0,8$ года.

Отмечено, что более чем у половины обследованных женщин основной группы — 19 (52,7 %) встречался цервицит (вагинит). Бактериальный вагиноз отмечен у каждой пятой женщины основной группы — 7 (19,4 %) и 3 (13,6 %) группы сравнения. При обследовании шейки матки была обнаружена эктопия у 4 женщин (11,1 %), гипертрофия шейки матки — у 6 (16,7 %) пациенток основной группы.

По данным УЗИ, интрамуральное расположение узлов было выявлено у 21 (58,3 %) пациентки, субсерозное — у 9 (25 %) и субмукозное — у 6 (16,7 %) пациенток. Деформацию полости матки миоматозными узлами диагностировали в 15 (41,7 %) случаев.

При этом была выявлена зависимость гиперполименструального синдрома от давности заболевания, размеров и локализации миоматозных узлов.

Следует отметить, что, помимо миомы матки, у 9 (25,0 %) пациенток была диагностирована гиперплазия эндометрия, у 6 (16,7 %) — кисто-

зные образования яичников и у 20 (55,5 %) — доброкачественная патология молочных желез.

У пациенток при ультразвуковом исследовании молочных желез выявлены патологические изменения. Преобладающим видом патологии служила диффузная форма мастопатии — у 8 (22,2 %) больных основной группы. В толще ткани молочных желез у 3 (8,3 %) пациенток определялись очаги уплотнений от мелкозернистых, обусловленных диффузной гиперплазией междольковой соединительной ткани и кистообразным расширением стенок протоков, до различного калибра кист, залегающих на различной глубине от поверхности кожи.

Локализованная форма мастопатии выявлена у 1 (2,8 %) больной, у 3 (8,3 %) пациенток обнаружены фиброаденомы, у 2 (5,5 %) — крупные кисты, достигающие в размере 3–5 см. При осмотре они определялись в виде упруго-эластичных, умеренно подвижных образований, поддающихся компрессии.

Фиброзно-кистозная мастопатия установлена в 2 (5,5 %) случаях. Из них в 1 (2,8 %) отмечалось преобладание фиброзного компонента. В группе сравнения у пациенток отмечалась диффузная мастопатия у 3 (13,6 %) женщин.

Таким образом, проведенное исследование показало, что причинными факторами развития миомы матки в 66,6 % случаев могут стать выявленная патология гепатобилиарной системы, в 41,6 % — патология щитовидной железы, так как она является эндемической. Индекс массы тела достоверно выше в основной группе реже в контрольной группе.

Принимая во внимание, что жир является дополнительным источни-

ком эстрогенов, наличие его избытка в 47,2 % могло явиться причиной развития гиперпластического процесса в органах мишенях. Следствием выявленной экстрагенитальной патологии явилось наличие в 77,7 % случаев гиперпластических процессов как клинических проявлений кровотечения эндометрия, наличие у 44,3 % пациенток патологических изменений молочных желез.

Выводы

Профилактическое обследование и своевременное выявление соматической патологии, коррекция имеющихся нарушений позволили устранить ряд предпосылок для развития гиперпластических процессов органов малого таза, в частности, миомы матки.

Список литературы

1. Абдурахманова Н.Д. Современный подход к диагностике и лечению миомы матки в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. к.м.н. — Душанбе, 2012. 22 с.
2. Гриценко Я.В., Константинова О.Д., С.В. Черкасов С.В. Миома матки в современном мире. Актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения. Бюл. Оренбургского научного центра УрО РАН (Электронный журнал), 2012, № 3, с. 1–21.
3. Магалян С.Г. Оптимизация методов снижения кровопотери при миомэктомии. Дисс. к.м.н. Астрахань. 2014. 134 с.
4. Тихомиров А.А. Миома, патогенетическое обоснование органосохраняющего лечения. М.: Медицина. 2013. 319 с.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А. Доброкачественные заболевания матки. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011. 281 с.
6. Хушвахтова Э.Х. и др. Оперативное лечение женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». 2016. № 3. С. 63–67.
7. Cardozo ER, Clark AD, Banks NK, Henne MB, Stegmann BJ, Segars JH. The estimated annual cost of uterine leiomyomata in the United States // *Am J Obstet Gynecol*. 2012. 206 (3). P. 219.
8. Khan A.T., Shehmar M., Gupta J.K. Uterine fibroids: current perspectives // *Int. J. Womens Health*. 2014. Vol. 6. P. 95–114.

Для цитирования. Сафарова С.М., Болиева Г.У., Абдурахманова Н. Дж. Изучение причинно-следственных факторов развития миомы матки у пациенток репродуктивного возраста // Медицинский алфавит. Серия «Современная гинекология». — 2019. — Т. 2. — № 14 (389). — С. 52–54.