

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-02-06
УДК618.173-02:618.1-036-07-089

Актуальні питання поєднаної патології геніталій у жінок постменопаузального періоду

С. Ю. Вдовиченко, С. С. Сендецький

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування поєднаної патології статевих органів у жінок постменопаузального періоду на підставі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувальних заходів з використанням сучасних ендоскопічних методів.

Матеріали та методи. Аналіз обстеження і лікування 1830 хворих віком від 55 до 80 років. У результаті комплексних клініко-лабораторних та додаткових методів дослідження були виділені такі патології для окремого вивчення: поєднана патологія ендометрія – 853 (46,6%) із 1830 хворих; субмукозна міома матки – 208 (11,4%) із 1830 хворих; поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з аденоміозом – 368 (20,1%) із 1830 хворих; доброякісні новоутворення яєчників – 133 (7,3%) із 1830 хворих; поєднання генітального пролапсу з поєднаною патологією геніталій – 129 (7,0%) із 1830 хворих.

Результати. У структурі поєднаної генітальної патології у жінок постменопаузального періоду переважають поєднана патологія ендометрія (46,6%); поєднання інтрамурально-субсерозної міоми матки з аденоміозом (20,1%); субмукозна міома матки (11,4%); доброякісні новоутворення яєчників (7,3%) та поєднання генітального пролапсу з різною генітальною патологією (7,0%). Частота декомпенсованих форм або злоякісних новоутворень екстрагенітальної локалізації становить 7,6%. Вікові аспекти поєднаної генітальної патології у жінок постменопаузального періоду характеризуються переважанням жінок віком 55–64 років (54,6%) порівняно із 65–74 (35,0%) та старше 75 років (10,4%). У жінок віком 55–64 роки переважають поєднана патологія ендометрія (41,2%) та поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з аденоміозом (26,7%) порівняно із субмукозною міомою матки (13,4%); доброякісними новоутвореннями яєчників (5,8%) та поєднанням генітального пролапсу з поєднаною патологією (6,1%). У жінок віком від 65 до 74 років переважають поєднана патологія ендометрія (53,9%) та поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з аденоміозом – 83 (12,9%) із 641 хворої порівняно із субмукозною міомою матки (9,7%); доброякісними новоутвореннями яєчників (8,1%) та поєднанням генітального пролапсу з поєднаною патологією (8,6%).

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать про переважання поєднаної генітальної патології у жінок постменопаузального віку. Запропоновані вдосконалені лікуально-профілактичні і хірургічні заходи, засновані на

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

індивідуальному підході з урахуванням конкретних варіантів поєднаної патології, дозволяють підвищити ефективність лікування, знизити частоту рецидиву і поліпшити якість життя пацієнток.

Ключові слова: поєднана патологія геніталій, постменопаузальний період.

Проблема поєднаної патології геніталій (ППГ) є однією з найбільш актуальних у сучасній гінекології, що зумовлено тим фактом, що в спеціалізованих клініках вона посідає перше місце. Частота поєднаної патології геніталій серед жінок постменопаузального періоду (ПМП) становить від 40% до 70% [1–4].

На сучасному етапі відзначається збільшення частоти ППГ, особливо серед жінок ПМП, що знижує якість їхнього життя і впливає на розвиток патологічного клімактеричного синдрому [5–8].

Складність ведення цих пацієнток обумовлена тим, що в цьому віці зазвичай спостерігаються соматичні захворювання, а саме: гіпертонічна хвороба, метаболічний синдром, патологія хребта, тиреоїдна дисфункція тощо. Усе це негативно впливає на клінічний перебіг ППГ і спричинює певні труднощі при проведенні лікувально-профілактичних заходів і хірургічного лікування [9–12].

Незважаючи на широке використання сучасних ендоскопічних технологій при лікуванні різної генітальної патології [13–15], у жінок ПМП вони не завжди широко використовуються, що викликає певні труднощі як у плані своєчасної діагностики, так і в проведенні ефективного оперативного лікування.

Крім того, незважаючи на значне число наукових публікацій у цьому напрямку, не можна вважати проблему ефективного лікування ППГ у жінок у ПМП повністю вирішеною, особливо у плані своєчасної діагностики, об'єму хірургічного лікування і післяопераційної реабілітації.

Усе викладене вище свідчить про актуальність обраної наукової проблеми, рішення якої дозволить покращити якість життя жінок групи високого ризику.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування ППГ у жінок ПМП на основі удосконалення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувальних заходів з використанням сучасних ендоскопічних методів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З урахуванням поставлених завдань в основу роботи покладено аналіз обстеження і лікування 1830 хворих віком від 55 до 80 років. Середній вік жінок становив 64,1±3,5 року. Період постменопаузи усіх учасниць дослідження тривав від одного до 38 років, у 81,2% з них – від 5 до 15 років (у середньому – 8,2±1,7 року).

Основним критерієм виключення пацієнток була наявність неопластичного процесу будь-якої локалізації.

Отримані результати дозволили виділити три основні групи пацієнток (таблиця).

Розподіл хворих за віковими групами

Група	Вік в роках	Абс. число	%
1-а	55–64	999	54,6
2-а	65–74	641	35,0
3-я	Старше 75 років	190	10,4
Усього		1830	100

У результаті комплексних клініко-лабораторних та додаткових методів дослідження були виділені такі патології для окремого вивчення: поєднана патологія ендометрія – 853 (46,6%) із 1830 хворих; субмукозна міома матки – 208 (11,4%) із 1830 хворих; поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з аденоміозом – 368 (20,1%) із 1830 хворих; доброякісні новоутворення яєчників – 133 (7,3%) із 1830 хворих; поєднання генітального пролапсу з поєднаною патологією геніталій – 129 (7,0%) із 1830 хворих.

У процесі виконання роботи у 139 (7,6%) з 1830 хворих були встановлені декомпенсовані форми або злоякісні новоутворення екстрагенітальної локалізації і вони були виключені з основної групи.

У *першій віковій групі* розділ ППГ був наступним: поліпи ендометрія (ПЕ) – 412 (41,2%) із 999 хворих; субмукозна міома матки – 134 (13,4%) із 999 хворих; поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з АМ – 267 (26,7%) із 999 хворих; доброякісні новоутворення яєчників – 58 (5,8%) із 999 хворих; поєднання генітального пролапсу з ППГ – 61 (6,1%) із 999 хворих.

У процесі виконання роботи у 67 (6,7%) із 999 хворих були встановлені некомпенсовані форми або злоякісні новоутворення екстрагенітальної локалізації і жінки були виключені з дослідження.

У *другій віковій групі* розподіл ППГ був наступним: ПЕ – 346 (53,9%) із 641 хворої; субмукозна міома матки – 62 (9,7%) із 641 хворої; поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з АМ – 83 (12,9%) із 641 хворої; доброякісні новоутворення яєчників – 52 (8,1%) із 641 хворої; поєднання генітального пролапсу з ППГ – 55 (8,6%) із 641 хворої.

У процесі виконання роботи у 43 (6,7%) із 641 хворої були встановлені некомпенсовані форми або злоякісні новоутворення екстрагенітальної локалізації і жінки були виключені з дослідження.

У *третьій віковій групі* розподіл ППГ був наступним: ПЕ – 95 (50,0%) із 190 хворих; субмукозна міома матки – 12 (6,3%) із 190 хворих; поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з АМ – 18 (9,5%) із 190 хворих; доброякісні новоутворення яєчників – 23 (12,1%) із 190 хворих; поєднання генітального пролапсу з ППГ – 13 (6,8%) із 190 хворих.

У процесі виконання роботи у 29 (15,3%) із 190 хворих були встановлені декомпенсовані форми або злоякісні новоутворення екстрагенітальної локалізації і жінки були виключені з дослідження.

У подальшому ми проаналізуємо тактику ведення пацієнток з різною поєднаною патологією з використанням сучасних ендоскопічних технологій.

У 447 (24,4%) із 1830 хворих були проаналізовані віддалені наслідки (від 6 міс до 5 років) результати проведеного оперативного лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі ППГ у жінок ПМП переважають поєднана патологія ендометрія (46,6%); поєднання інтрамурально-субсерозної міоми матки з АМ (20,1%); субмукозна міома матки (11,4%); доброякісні новоутворення яєчників (7,3%) та поєднання генітального пролапсу з різною генітальною патологією (7,0%). Частота декомпенсованих форм або злоякісних новоутворень екстрагенітальної локалізації становить 7,6%.

Вікові аспекти ППГ у жінок ПМП характеризуються переважанням жінок 55–64 років (54,6%) порівняно з жінками 65–74 років (35,0%) та пацієнток старше 75 років (10,4%).

У жінок віком від 55 до 64 років переважають поєднана патологія ендометрія (41,2%) та поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з АМ (26,7%) порівняно із субмукозною міомою матки (13,4%); доброякісними новоутвореннями яєчників (5,8%) та поєднанням генітального пролапсу з поєднаною патологією (6,1%).

У жінок віком від 65 до 74 років переважають поєднана патологія ендометрія (53,9%) та поєднання інтрамурально-субсерозної міоми з АМ – 83 (12,9%) з 641 хворої порівняно із субмукозною міомою матки (9,7%); доброякісними новоутвореннями яєчників (8,1%) та поєднанням генітального пролапсу з поєднаною патологією (8,6%).

Після 75 років у кожному другому випадку (50,0%) фіксують ППГ порівняно з доброякісними новоутвореннями яєчників (12,1%); поєднанням інтрамурально-субсерозної міоми з АМ (9,5%); генітальним пролапсом у поєднанні з патологією геніталій (6,8%) та субмукозною міомою матки (6,3%).

Для підвищення ефективності діагностики та лікування поєднаної патології ендометрія у жінок ПМП необхідно використовувати динамічну цервікогісте-роскопію (інформативність 93,4%) та трансвагінальне ультразвукове сканування (85,4%). Основними методами лікування є електрохірургічна петлева резекція ендометрія (47,7%); електрохірургічна поліпектомія (35,3%) та абляція ендометрія (17,0%).

При поєднанні субсерозно-інтрамуральної міоми матки з АМ у жінок ПМП інформативність трансвагінального ультразвукового сканування становить 87,6%, а МРТ – 100,0%. При хірургічному лікуванні цієї патології частота використання лапароскопічного методу становить 50,3%.

Інформативність трансвагінальної ультразвукової діагностики субмукозної міоми матки у ПМП становить 89,4%, і гістероскопії – 99,4%. Основними методами лікування є резектоскопічна трансцервікальна міомектомія (88,5%); гістеректомія (7,2%) та механічна міомектомія (4,3%).

При новоутвореннях яєчників у жінок ПМП інформативність трансвагінального ультразвукового дослідження становить 92,7%, а діагностичної лапароскопії – 100,0%. Частота лапароскопічного хірургічного лікування даної патології становить 95,5%.

У структурі хірургічного лікування генітального пролапсу у жінок ПМП переважають манчестерська операція – 35,3% та трансвагінальна гістеректомія без придатків – 31,4% порівняно з передньою і задньою кольпоррафією з леваторопластикою – 17,4%; лапароскопічною асистенцією гістеректомії з придатками – 13,2% та лапаротомічною пангістеректомією з вентросуспензією кукси піхви вільними апоневротичними клаптями – 2,7%.

Використання сучасних ендоскопічних технологій у жінок з ППГ у ПМП дозволяє підвищити ефективність діагностики до 97,8%, частота гістерорезектоскопії становить 88,3%, а можливість використання лапароскопічного хірургічного втручання – 60,6%.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про переважання ППГ у жінок ПМП. Пропоновані вдосконалені лікувально-профілактичні і хірургічні заходи, засновані на індивідуальному підході з врахуванням конкретних варіантів поєднаної патології, дозволяють підвищити ефективність лікування, знизити частоту рецидиву і поліпшити якість життя пацієнток ПМП.

Pressing questions of combined pathology of genitalia for the women of postmenopausal period

S. Yu. Vdovychenko, S. S. Sendetskiy

The objective: increase of efficiency of diagnostics and treatment of the combined pathology of genitalia for the women of postmenopausal period on the basis of improvement and introduction of algorithm of diagnostic and medical measures with the use of modern endoscopic methods.

Materials and methods. Analysis of inspection and treatment 1830 patients in age from 55 to 80 years. As a result of complex clinical-and-laboratory and additional methods of researches next pathologies were selected for a separate study. Connected by pathology of endometrium – 853 from 1830 patients (46,6%); submucosal fibroids – 208 from 1830 patients (11,4%); combination of intramural-subserous fibroids from adenomyosis – 368 from 1830 patients (20,1%); of high quality new formations of ovaries – 133 from 1830 patients (7,3%); combination of pelvic organ prolapse with the combined pathology of genitalia – 129 from 1830 patients (7,0%).

Results. In the structure of the combined of genital pathology for the women of postmenopausal period prevail the combined pathology of endometrium (46,6%); combination of intramural-subserous fibroids is from adenomyosis (20,1%); submucosal fibroids (11,4%); of high quality new formations of ovaries (7,3%) and combinations of pelvic organ prolapse are with different of genital pathology (7,0%). Frequency of decompensated forms or malignant new formations of extragenital localization is 7,6%. The age-old aspects of the combined of genital pathology for the women of postmenopausal period are characterized by predominance of women of 55–64 (54,6%) by comparison to 65–74 (35,0%) and over 75 years old (10,4%). For women in age 55–64 years prevail the combined pathology of endometrium (41,2%) and combination of intramural-subserous fibroids from adenomyosis (26,7%) in comparing to submucosal uterine fibroids (13,4%); by of high quality new formations of ovaries (5,8%) and combination of pelvic organ prolapse with the combined pathology (6,1%). In age from 65 to 74 years for women prevail the combined pathology of endometrium (53,9%) and combination of intramural-subserous fibroids from adenomyosis – 83 from 641 sick (12,9%) in comparing to submucosal fibroids (9,7%); by of high quality new formations of ovaries (8,1%) and combination of pelvic organ prolapse with the combined pathology (8,6%).

Conclusions. The results of the conducted researches testify to predominance of the combined genital pathology for the women of postmenopausal period. The offered is improved treatment- and prophylactic and surgical measures, based on individual approach taking into account the concrete variants of the combined pathology, allow to promote efficiency of treatment, reduce frequency of relapse and improve quality of life of patients.

Keywords: combined pathology of genitalia, postmenopausal period.

Відомості про авторів

Вдовиченко Сергій Юрійович – д-р мед. наук, проф., професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. E-mail: vdovichenki@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9205-510X

Сендецький Сергій Сергійович – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. E-mail: serzh049@gmail.com

Information about the authors

Vdovychenko Sergij Yu. – d.med.s., professor, professor of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: vdovichenki@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9205-510X

Sendetskiy Serhij S. – graduate student of departments of obstetrics, gynaecology and medicine of fetus of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: serzh049@gmail.com

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hammad AE. Women and health security. *Mid Hlth Statist. Quart.* 2021;49(2):74-7.
2. Cho MK, Moon JH, Kim CH. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women. *Int J Surg.* 2019 Aug;44:274-7.
3. Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2021 Mar;72(3):175-83.
4. Sze EM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynaec.* 2019;100(5):981-6.
5. Ridgeway BM, Cadish L. Hysteropexy: Evidence and Insights. *Clin Obstet Gynecol.* 2021 Jun;60(2):312-23.
6. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2019 Jun 25;52(6):374-8.
7. Nappi RE, Murina F, Perrone G. Clinical profile of women with vulvar and vaginal atrophy who are not candidates for local vaginal estrogen therapy. *Minerva Ginecol.* 2021 Aug;69(4):370-80.
8. Laso-Garc a IM, Rodr guez-Cabello MA, Jim nez-Cidre MA. Prospective long-term results, complications and risk factors in pelvic organ prolapse treatment with vaginal mesh. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Apr;211:62-7.
9. Al-Badr A, Perveen K, Al-Shaikh G. Evaluation of Sacrospinous Hysteropexy vs. Uterosacral Suspension for the Treatment of Uterine Prolapse: A Retrospective Assessment. *Low Urin Tract Symptoms.* 2019 Jan;9(1):33-7
10. Klapdor R, Grosse J, Hertel B, Hillemanns P. Postoperative anatomic and quality-of-life outcomes after vaginal sacrocolporectomy for vaginal vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Apr;137(1):86-91.
11. Hirabayashi T, Ueno S, Hirakawa H, Tei E. Surgical Treatment of Inguinal Hernia with Prolapsed Ovary in Young Girls: Emergency Surgery or Elective Surgery. *Tokai J Exp Clin Med.* 2021 Jul 20;42(2):89-95.
12. Meester JAN, Verstraeten A, Schepers D. Differences in manifestations of Marfan syndrome, Ehlers-Danlos syndrome, and Loeys-Dietz syndrome. *Ann Cardiothorac Surg.* 2019 Nov;6(6):582-94.
13. Morling JR, McAllister DA, Agur W. Adverse events after first, single, mesh and non-mesh surgical procedures for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Scotland, 1997-2019: a population-based cohort study. *Lancet.* 2020 Feb 11;389(10069):629-40.
14. Wang X, Chen Y, Hua K. Pelvic Symptoms, Body Image, and Regret after LeFort Colpocleisis: A Long-Term Follow-Up. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Mar-Apr;24(3):415-9.
15. Antoniotti GS, Coughlan M, Salamonsen LA. Obesity associated advanced glycation end products within the human uterine cavity adversely impact endometrial function and embryo implantation competence. *Hum Reprod.* 2018 Apr 1;33(4):654-65.