

Поєднана патологія матки у жінок із супутнім ожирінням

В. В. Костіков

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

Мета дослідження: вивчення чинників ризику поєднаної патології матки у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Було обстежено 397 жінок репродуктивного віку. Критерії включення у дослідження: наявність поєднаних гіперпластичних процесів матки – два і більше захворювань (гіперплазія ендометрія, міома матки та аденоміоз), верифікованих морфологічно, фертильний вік (18–45 років), відсутність в анамнезі імуносупресивної терапії (за 6 міс до госпіталізації). Збір анамнезу проводили за спеціально розробленою нами анкеті-опитувальником, що містить 120 пунктів. Клінічні методи дослідження включали: загальний огляд по органах і системах, аналіз гінекологічного статусу.

Результати. Деталізація анамнестичних даних демонструє, що найбільша питома вага чинників ризику відрізняла представниць з поєднанням усіх варіантів гіперпластичних захворювань матки, визначаючи таких потенційно «неблагонадійними» у прогностичному плані за рахунок високої частоти родинного спадкового «вантажу» по захворюваності; високої інфекційній захворюваності і, як наслідок – низькому індексу соматичного здоров'я (супутнє ожиріння, захворювання дихальної системи і травного тракту); початково неблагополучного стану репродуктивної системи: порушення менструального циклу (тривале становлення менструального циклу (більше року), тривалі і рясні менструації) як віддзеркалення несприятливого ендокринно-метаболічного фону; багатократних артифіційних абортів, що перевершують за чисельністю пологи, після-абортних ускладнень (кровотечі і гнійно-септичні захворювання); високої частоти перенесених запальних захворювань статевих органів.

Висновки. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму ведення пацієнток з поєднаною патологією матки в репродуктивному віці.

Ключові слова: поєднана патологія матки, тактика лікування, ожиріння.

Останнім часом наголошується закономірне ураження матки всіма типами гіперпластичних процесів – аденоміоз (АМ), лейоміома, гіперплазія ендометрія – особливо у жінок репродуктивного віку з попередніми запальними захворюваннями органів малого таза, що свідчить про деякі загальні закономірності розвитку цих патологічних процесів [1–8].

У багаточисельних дослідженнях гіперпластичні процеси в ендометрії (ГПЕ) були діагновані у 16–90% хворих АМ, причому переважали залозиста гіперплазія у поєднанні з поліпами ендометрія (23,4–56,2%), а також залозисті поліпи ендометрія.

метрія на тлі незміненої слизової оболонки тіла матки (12–25%); аденоматозна гіперплазія ендометрія, осередковий аденоматоз, аденоматозні поліпи були виявлені у 6,5–18,7%, аденокарцинома матки в 1,6–17,8% спостережень [9–15].

Незважаючи на сучасні методи обстеження, при поєднаній патології вирішальне значення належить морфологічному дослідженню при поєднанні АМ і ГПЕ. Це дозволяє заздалегідь встановити діагноз, вирішити питання про доцільність додаткових методів дослідження і виробити адекватну тактику лікування.

Усе викладене вище свідчить про доцільність дослідження чинників ризику поєднаної патології матки у жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: вивчення чинників ризику поєднаної патології матки у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 397 жінок репродуктивного віку.

Критерії включення у дослідження:

- наявність поєднаних гіперпластичних процесів матки (ГПМ) – два і більше захворювань (гіперплазія ендометрія, міома матки (ММ) і АМ), верифікованих морфологічно,
- фертильний вік (18–45 років),
- відсутність в анамнезі імуносупресивної терапії (за 6 міс до госпіталізації).

На підставі клінічного перебігу захворювання, даних генітального статусу і патоморфологічного висновку були сформовані наступні групи:

- I група – 113 жінок із ГПЕ і ММ;
- II група – 112 жінок із ГПЕ і АМ;
- III група – 101 пацієнтка з поєднанням АМ, ММ і гіперплазії ендометрія.
- IV група (порівняння) – 71 жінка з гіперплазією ендометрія (без поєднання з ММ і АМ);
- V група (контрольна) – 90 жінок з контингенту гінекологічно здорових (для зіставлення імунологічних показників).

Збір анамнезу проводили за спеціально розробленим нами анкеті-опитувальником, що містить 120 пунктів.

Клінічні методи дослідження включали: загальний огляд органів і систем, аналіз гінекологічного статусу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до клініко-морфологічної характеристики було встановлено, що серед усіх пацієнток з ГПМ множинна міома зустрічалася практично однаково часто – у середньому у кожної другої (49,9%), причому переважно інтерстиціального і субсерозного типа. Частота виявлення субмукозної ММ в обох групах у середньому становила 8,4%.

Розподіл варіантів АМ за групами був наступним: при схожій частоті осередкової форми (у середньому 22,9%) дифузний варіант переважав у жінок з поєднанням АМ і гіперплазії ендометрія, зустрічаючись практично у двох третин (59,8%), тоді як при поєднанні усіх варіантів ГПМ – лише в кожній другій (39,2%). Частота дифузно-вузлової форми АМ, навпаки, виявилася найбільшою у пацієнток з поєднанням трьох гіперпластичних процесів і була діагностована в третини (36,6% проти 16,9%, відповідно).

ГПЕ виявилися прерогативою всіх пацієнток, причому проста гіперплазія реєструвалася практично у кожній третій жінки в групах з ММ (38,1%), АМ (39,2%) і кожною другою – з поєднанням трьох захворювань (43,5%).

Поліпи ендометрія (ПЕ) діагностували частіше: практично в двох третин (61,3% в середньому) з окремими нозологіями і більш ніж у кожній другій жінки (56,4%) – з поєднаними ГПМ.

Морфологічна характеристика ПЕ дозволяє вказати на домінування залозисто-фіброзних поліпів, що найчастіше виявляються у пацієнток з ММ – практично в двох третин (68,5%), дещо рідше (61,7%) у поєднанні з АМ і лише в кожній другій (50,8%) – з поєднаними гіперпластичними захворюваннями статевих органів.

Аденоматозні варіанти поліпів були знахідкою, їх виявляли лише у 2,8% пацієнток з ММ, залозисті поліпи домінували при поєднанні трьох захворювань матки – в кожній другій (49,1%), тоді як при останніх варіантах зустрічалися рідше – у третини (38,2%) з АМ і кожній четвертій (28,5%) – з ММ.

Аналіз вікового цензу обстежених продемонстрував, що середній вік жінок з гіперплазією ендометрія і АМ був вищим ($41,4 \pm 1,0$ року) порівняно з пацієнтками з ГПМ (у середньому – $36,9 \pm 1,4$ року).

Висока частота сумарної спадкової обтяженої відрізняла жінок з поєднаними гіперпластичними захворюваннями матки (гіперплазія ендометрія, ММ, АМ), дві третини яких (73,2%) вказували на наявність несприятливого в цьому відношенні родинного анамнезу, тоді як при ММ і гіперплазії ендометрія – лише кожна друга (51,3%) ($p < 0,05$).

Подібна частота спадкового «вантажу» виступає ризиковим чинником, відповідаючи твердженням про родинну спадкоємність ендокринної дисфункції і значної сприйнятливості репродуктивної системи на екзогенні та ендогенні дії.

Аналіз характеристик менструального циклу продемонстрував відхилення від віку настання менархе (раніше 11 років і пізніше 14) переважало у хворих з найбільш обтяженою гіперпластичною комбінацією матки – кожної п'ятої (20,9%), тоді як останніх групах було незначним (2,5% і 5,2%, відповідно) ($p < 0,05$).

Рясні і тривалі менструації зафіксовані практично у двох третин всіх обстежуваних (65,7%), тривале (більше року) становлення циклу – у кожній шостій з поєднанням ГПМ (16,4%) і практично кожній дев'ятій жінки (у середньому – 11,5%) ($p < 0,05$). Отримані дані дозволяють передбачити спочатку існуючу дисфункцію в системі регуляції репродуктивної системи, що вимагає відповідного обстеження цього контингенту ще в пубертатному періоді.

Про нераціональність контрацептивної поведінки свідчить той факт, що в цілому засоби від небажаної вагітності використовували лише дві третини всіх обстежених жінок (у середньому – 65,3%).

Найбільшою популярністю серед контингенту з поєднанням гіперплазії ендометрія з ММ і АМ користувалася внутрішньоматкова контрацепція (ВМК), яку використовувала кожна четверта жінка (25,9%) і кожна п'ята останніх груп (у середньому – 19,5%).

Низька прихильність до гормональної контрацепції також переважала в найбільш гінекологічно обтяжених когорті жінок – перевага таких віддавала лише кожна шоста (16,8%), тоді як серед хворих з ММ, АМ – кожна четверта (у середньому – 23,7%).

Аналізі генеративної функції продемонстрував, що настання першої вагітності найчастіше закінчувалося її штучним перериванням у всіх групах: кожній другій

пацієнтки з АМ і його поєднанням з ГПМ (у середньому – 53,5%) і дещо менше – в когорті з ММ і гіперплазією ендометрія (45,4%).

Значно рідше результатом першої вагітності були пологи, а саме: у кожній третій з поєднанням гіперплазії ендометрія з ММ (34,5%), АМ (30,3%) і обома ГПМ (22,8%).

Багатократне переривання вагітності (5 і більше абортів) достовірно частіше зазначалось пацієнтками з поєднанням ГПМ і ендометрія (63,7%) і лише кожною сьомою – в останніх групах (у середньому – 13,7%) ($p < 0,05$). Післяабортні ускладнення також реєстрували з тенденцією переважання у когорті з поєднанням ММ, АМ і гіперплазії ендометрія (41,6%), тоді як при ММ і гіперплазії – лише в кожній четвертій (23%), АМ – кожній третій (36,6%) ($p < 0,05$).

Мимовільне переривання вагітності в ранні терміни було зафіксовано кожною п'ятою пацієнткою з ГПМ, не виявляючи статистично значущих відмінностей.

Як перенесені, так і супутні гінекологічні захворювання є одними з найважливіших чинників, що несприятливо впливають на перебіг і результат гіперпластичних захворювань матки.

Серед пацієнток з поєднанням гіперплазії матки з міомою і АМ на перенесені запальні захворювання статевих органів (вагініти, цервіцити, аднексити і ендометрити) вказували практично дві третини (68,3%), при ММ і АМ – лише кожна друга (53,0% і 60,7%, відповідно).

Частота доброякісних захворювань шийки матки виявилася найбільшою у жінок з АМ і гіперплазією ендометрія (59,8%), її фіксували у половини з максимально обтяженою гіперпластичною комбінацією (49,5%), при ММ реєстрували лише в кожній третій (35,7%).

Екстрагенітальна захворюваність трактується як істотний чинник ризику і несприятливий фон для розвитку ГПМ, що не суперечить нашим даним: максимальною така була у пацієнток з поєднанням гіперплазії ендометрія, ММ і АМ – у двох третин (70,3%), тоді як в останніх групах становила у середньому 66% і 61%, відповідно. Основним варіантом соматичної захворюваності було супутнє ожиріння різного ступеня.

Найчастіше реєстрованими виявилися захворювання травної системи – прерогатива практично двох третин пацієнток з поєднанням трьох гіперпластичних захворювань матки (72,7%) і кожної другої з ММ і АМ (у середньому – 53,5%) ($p < 0,05$). Друге місце за частотою виявлення посідали хвороби органів дихальної системи (хронічний тонзиліт, бронхіт, бронхіальна астма), що зареєстровані у двох третинах (65,3%) і кожної другої з ММ і АМ (48,6% і 55,3% відповідно) ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Отже, деталізація анамнестичних даних демонструє, що найбільша питома вага чинників ризику відрізняла представниць з поєднанням усіх варіантів гіперпластичних захворювань матки, визначаючи таких потенційно «неблагонадійними» у прогностичному плані, за рахунок:

- високої частоти родинного спадкового «вантажу» щодо захворюваності ГПМ;
- високого ризику інфекційних захворювань і, як наслідок – низького індексу соматичного здоров'я: супутнє ожиріння, захворювання дихальної системи і травного тракту;
- початково неблагополучного стану репродуктивної системи: порушення менструального циклу (тривале становлення менструального циклу (більше року), тривалі і рясні менструації) як віддзеркалення несприятливого ендокринно-метаболічного фону;

- багатократних артифіційних абортів, що перевершують за чисельністю пологи, післяабортних ускладнень (кровотечі і гнійно-септичні захворювання);
- високої частоти перенесених запальних захворювань статевих органів.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму ведення пацієнток з поєднаною патологією матки у репродуктивному віці.

Women have the combined pathology of uterus with concomitant obesity V. V. Kostikov

The objective: the women of reproductive age have a study of risk factors of the combined pathology of uterus.

Materials and methods. 397 women of reproductive age were inspected. Inclusion criteria are in research: presence of the combined hyperplastic processes of uterus – two and more for a disease (hyperplasia of endometrium, hysteromyoma and adenomyosis), verified morphologically, fertile age (18–45 years), absence in anamnesis of immunosuppressive therapy (6 months prior to entering into permanent establishment). Collection of anamnesis was conducted on the questionnaire – questionnaire which contains 120 points specially developed by us. The clinical methods of research included: general review on organs and systems, analysis of gynaecological status.

Results. Detailing of anamnestic information demonstrates, that most specific gravity of risk factors distinguished representatives with combination of all variants of hyperplastic diseases of uterus, determining such potentially «unreliable» in a prognostic plan due to high-purity of the domestic inherited «load» on morbidity; to high infectious morbidity and, as a result – low index of somatic health (concomitant obesity, disease of the respiratory system and gastrointestinal tract); initially the unhappy state of the reproductive system: violation of menstrual cycle (protracted becoming of menstrual cycle (more than year), protracted and abundant menstruations) as reflection unfavorable endocrine-metabolic to the background; frequent artificial abortions which excel births on a quantity, post-abortion complications (bleeding and purulent-septic disease); high-purity of the carried inflammatory diseases of genitalia.

Conclusions. The got results must be taken into account at development of algorithm of conduct of patients with the combined pathology of uterus in reproductive age.

Keywords: combined pathology of uterus, tactician of treatment, obesity.

Відомості про автора

Костіков Валерій Валерійович – канд. мед. наук, пошукач кафедри акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. E-mail: kostikov.valeriy@gmail.com
ORCID: 0009-0008-6716-4858

Information about the author

Kostikov Valery V. – candidate of medical sciences, department of obstetric, gynecology and perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. E-mail: kostikov.valeriy@gmail.com
ORCID: 0009-0008-6716-4858

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Grube M, Neis F, Brucker SY, Kommos S, Andress J, Weiss M, Hoffmann S, et al. Uterine Fibroids - Current Trends and Strategies. Surg Technol Int. 2019 May 15;34:257–63.
2. Hassan HM, Rotman C, Rana N, Asakura H. Experience with laparoscopic hysterectomy. Am Assoc Gynecol Lapar. 2018;1:11–8.
3. Heinonen PK. Transvaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault and complete genital prolapse in aged women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;91:377.

4. Henry-Suchet J. PID: clinical and laparoscopic aspects. *Ann Acad Sci.* 2019;919:301–8.
5. Hirsh J, Anand S, Halperin JL, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy: Heparin. A statement for healthcare professionals from American Heart Association. *Circul.* 2021;103:301–8.
6. Hirsh J. Low molecular weight heparin in the treatment of patients with acute venous thromboembolism. *Thromb Haemost.* 2019;98:360.
7. Jung HJ, Park JY, Kim DY, Suh DS, Kim JH, Kim YM, Kim YT, Nam JH. Comparison of laparoscopic and open surgery for patients with borderline ovarian tumors. *Gynecol Cancer.* 2018 Nov;28(9):1657–63.
8. Karlsen K, Hrobjartsson A, Korsholm M, Mogensen O, Humaidan P, Ravn P. Fertility after uterine artery embolization of fibroids: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 297(1):13-25.
9. Kodikara H, McBride CA, Wanaguru D. Massive, benign, cystic ovarian tumors: A technical modification for minimally invasive resection. *Pediatr Surg.* 2021 Feb;56(2):417–9.
10. Konstantinides SV, Meyer G, Bueno H. ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European respiratory society (ERS). In: Oxford University Press (OUP), 2020. p. 543–603.
11. Lee JY, Chung HH, Kang SY, Park EJ, Park DH, Son K, Han JK. Portable ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound with functions for safe and rapid ablation: prospective clinical trial for uterine fibroids-short-term and long-term results. *Eur Radiol.* 2020 Mar;30(3):1554–63.
12. Lee SR. Fast Leak-Proof, Intraumbilical, Single-Incision Laparoscopic Ovarian Cystectomy for Huge Ovarian Masses: «Hybrid Cystectomy and Reimplantation» Method. *Medicina (Kaunas).* 2021 Jul 2;57(7):680.
13. Li CB, Hua KQ. Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) in gynecologic surgeries: A systematic review. *Asian Surg.* 2020 Jan;43(1):44-51.
14. Li Q, Fang F, Zhang C. A Self-made bag-assisted laparoendoscopic single-site surgery in ovarian teratomectomy during pregnancy. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2022 Aug 5;11(3):174–5.
15. Li T, Mortimer R. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum Reprod.* 2020;24(7):1735–40.