

Функціональний стан репродуктивної системи у жінок з міомою матки і доброякісними утвореннями яєчників до лікування

В. В. Климова

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

Мета дослідження: оцінити функціональний стан репродуктивної системи у жінок з міомою матки і доброякісними утвореннями яєчників до лікування.

Матеріали та методи. Для виконання справжнього дослідження під нашим спостереженням перебували пацієнтки з доброякісними пухлинами яєчників і матки. Нами обстежено 160 пацієнток, 110 з них увійшли до основної групи, 50 пацієнток – до групи порівняння.

З додаткових методів дослідження застосовували оцінку гормонального статусу, ехографію, гістеросальпінгографію, рентгенологічне дослідження шлунка і кишечника, гістероскопію, лапароскопію, кольпоскопію. В окремих випадках здійснювали електроенцефалографію і мамографію.

Результати. Отримані нами дані свідчать, що враховуючи молодий вік, наявність безпліддя і меншу кількість пологів в анамнезі, бажання мати дітей, малі розміри пухлин яєчника і матки у більшості жінок основної групи, при обстеженні і виборі тактики ведення пацієнток цієї групи ми віддали перевагу комплексному обстеженню і лікуванню із застосуванням методів ендоскопічної хірургії. У групі порівняння для контролю ми проводили загальноприйняте обстеження і лікування (оперативне втручання проводилося лапаротомічним доступом) відповідно до стандартів надання медичної допомоги, виробленим для даної нозології.

Висновки. У жінок репродуктивного віку поєднання доброякісних пухлин матки і яєчників зустрічається в 11,6% випадків усіх гінекологічних захворювань. Міома матки найчастіше поєднується з епітеліальними (51,8% випадків) і герміногенними їх формами (30,9%), а з пухлиноподібними утвореннями найчастіше поєднуються фолікулярні (4,5%) кісти. Міома матки у поєднанні з пухлинами яєчників знижує до 40% репродуктивну функцію за рахунок дисбалансу гіпофізарних і яєчникових гормонів різного ступеня вираженості залежно від характеру пухлини яєчників.

Ключові слова: репродуктивна система, міома матки, доброякісні новоутворення яєчників, функціональний стан.

Проблема діагностики і лікування порушень репродуктивної системи різної етіології, незважаючи на проведення активних наукових досліджень, не втрачає актуальність. Згідно з матеріалами ВООЗ, кількість безплідних шлюбів становить 10–15% [1–3]. Провідною причиною гінекологічного безпліддя є захворювання, що передаються статевим шляхом, друге місце посідають ендометріоз та ендокринні чинники, безпліддя «неясного» генезу становить 2–5% [4–6].

Під час проведення лапароскопічного обстеження в 72% випадків діагностують трубно-перитоніальну патологію і в 25–30% хворих цей стан поєднується з пухлинами матки та яєчників. Через збільшення частоти безпліддя і обтяженого анамнезу (як соматичного, так і гінекологічного) вивчення стану репродуктивної системи у жінок з міомою матки у поєднанні з доброякісними новоутвореннями яєчників має важливе значення [7–9].

Згідно з даними світової статистики, близько 30% жінок репродуктивного віку піддаються хірургічним втручанням на статевих органах, причому перше місце посідають операції з приводу міоми тіла матки, друге – з приводу пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників [10–12].

Незважаючи на значне число досліджень діагностики і хірургічного лікування захворювань репродуктивної системи, практично не вивчена частота і структура поєднаних гінекологічних захворювань, зокрема міоми матки, пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників, а також функціонального стану репродуктивної системи у жінок з міомою матки та доброякісними новоутвореннями яєчників [13–15].

Мета дослідження: оцінювання функціонального стану репродуктивної системи у жінок з міомою матки і доброякісними утвореннями яєчників до і після лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання справжнього дослідження під нашим спостереженням перебували пацієнтки з доброякісними пухлинами яєчників і матки. Обстежено 160 пацієнток, яких розподілено на дві групи: 110 жінок увійшли до основної групи (I група), 50 – до групи порівняння (II група).

З додаткових методів дослідження застосовували оцінку гормонального статусу, ехографію, гістеросальпінгографію, рентгенологічне дослідження шлунка і кишечника, гістероскопію, лапароскопію, кольпоскопію. В окремих пацієнток здійснювали електроенцефалографію і мамографію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік пацієнток обох груп був у межах від 20 до 48 років. Середній вік пацієнток – $34,4 \pm 3,4$ року в основній групі і $38,8 \pm 3,4$ року в групі порівняння ($p < 0,01$). Найбільша частина жінок в обох групах були віком від 36 до 40 років. Це пояснюється тим, що цей віковий період є часом активного функціонування репродуктивної системи жінки. Водночас акумулюється вплив екстрагенітальної патології, несприятливих наслідків абортів, запальних захворювань внутрішніх статевих органів, неправильного вживання контрацептивів і інших чинників.

Основним проявом захворювання у всіх пацієнток в обох досліджуваних групах був біль внизу живота. Безболісний перебіг захворювання зафіксовано у 7,3% жінок основної групи і в 4% випадків – групи порівняння.

Скарги на біль різного ступеня вираженості внизу живота з іррадіацією у попереk пред'являли 27 (24,5%) пацієнток основної групи і 21 (42%) пацієнтка групи порівняння. Цей біль найчастіше виникав у II фазі менструального циклу, посилю-

вався до 1-го дня менструації, супроводжувався зміною настрою, головним болем, дратівливістю або депресією. Диспареунія спостерігалася у 19 (17,3%) пацієнток основної групи та у 3 (6%) жінок групи порівняння. Скаржилися на тривалі і ясні менструації 51 (46,4%) пацієнтка основної групи і 38 (76%) жінок групи порівняння.

Тривалість захворювання по групах значно не відрізнялася і становила від 3 міс до 7 років, у середньому – $2,1 \pm 0,8$ року в основній групі і $2,3 \pm 0,5$ року у групі порівняння ($p < 0,05$). Найбільшу питому вагу в обох групах посідали хворі з тривалістю захворювання від одного до двох років.

Під час вивчення даних анамнезу важливе значення має дослідження специфічних функцій статевих системи. Тому було вирішено визначити особливості становлення менструальної функції в групах дослідження.

У 80 (72,7%) пацієнток основної групи і в 44 (80%) жінок групи порівняння були виявлені відхилення в період становлення менструальної функції, що може вказувати на порушення в репродуктивній системі вже в період статевого дозрівання.

Як в основній, так і в групі порівняння були жінки, які страждали на безпліддя (як первинне, так і вторинне).

В основній групі первинне безпліддя мали в анамнезі 18 (16,4%) жінок. У групі порівняння було 7 (14%) хворих, що мають в анамнезі первинне безпліддя. Жінок із вторинним безпліддям в анамнезі в основній групі було в 1,7 раза більше, ніж у групі порівняння – 19 (17,3%) проти 5 (10%) пацієнток відповідно. При цьому тривалість безпліддя становила від одного до п'яти років.

Під час вивчення акушерського анамнезу було виявлено, що вагітність мали в анамнезі 82 (83,7%) пацієнтки основної групи і 43 (86%) жінки групи порівняння.

У пацієнток групи порівняння кількість абортів трохи більше порівняно з пацієнтками основної групи. Медичні аборти в основній групі мали в анамнезі 18 (16,4%) жінок, у групі порівняння – 10 (20%). Мимовільні аборти в основній групі були в 5 (4,5%) випадках, у групі порівняння – у 2 (4%) випадках.

Отже, в обстежених хворих зафіксовано значну кількість абортів, що, як відомо, значно підвищує ризик виникнення безпліддя і пухлинних утворень матки і яєчників надалі.

Найчастіше жінки основної групи мали 2–3 пологів в анамнезі – 26% жінок в порівнянні з I групою, де велика частина (24,5%) жінок мали більше 3 пологів в анамнезі. При цьому у I групі 24 (21,8%) жінки були з єдиними пологами, у II групі цей показник був в 1,2 раза менше і становив 9 (18%). Жінок, що не народжували, в основній групі було більше – 18 (16,4%).

Вивчаючи гінекологічний анамнез, ми намагалися виявити чинники ризику розвитку доброякісних пухлин яєчника і матки залежно від перенесених гінекологічних захворювань.

У структурі гінекологічної захворюваності переважали запальні захворювання геніталій: хронічний метрит і аднексит відповідно були виявлені в 1% і 46,4% випадків в основній групі, а також у 8% і 34% спостережень у групі порівняння. Поєднання ендометріозу (аденоміозу, ендометріодних кіст яєчника) з міомою матки і кістою яєчника виявлено у 12,8% пацієнток основної і 18% жінок групи порівняння.

У 47,4% пацієнток основної групи і в 42% групи порівняння діагноз запального процесу було встановлено ще до виявлення доброякісних новоутворень у матці і в яєчниках, а також ендометріозу. Внаслідок цього більшість пацієнток обох груп багато разів лікувалися амбулаторно або стаціонарно з приводу зазначених запальних процесів статевих органів медикаментозними засобами, фізіотерапевтичними процедурами,

перебували на санаторно-курортному лікуванні із застосуванням різних водних процедур і грязелікування. Після проведення протизапальної терапії наголошувалося тимчасове поліпшення стану хворих (зменшення болю, виділень зі статевих шляхів).

Двосторонні кісти яєчників діагностовано у 8,2% спостережень в основній групі. У групі порівняння двосторонні кісти виявлені у 12% пацієнток.

У матці у жінок в групах дослідження найчастіше виявляли утворення розмірами від 3 до 4 см – в основній групі у 57 (51,8%) випадках проти 21 (42%) – у групі порівняння. У пацієнток групи порівняння міоматозні вузли розмірами 5–6 см зустрічалися в 2 рази частіше – в 11 (22%) випадках проти 13 (11,8%) в основній групі.

Невелику питому вагу мали утворення розмірами від 7 до 8 см у групі порівняння – у 8% випадків, а в основній групі – у 5,5%. У 30,9% жінок основної групи фіксували утворення діаметром до 2 см проти 28% у групі порівняння.

В яєчниках найчастіше фіксували утворення розміром 6–8 см (51,8% в основній групі і 58% у групі порівняння). Набагато рідше визначалися утворення розміром 4–5 см у 10,9% в основній групі і у 8% у групі порівняння. У 3,6% випадків в основній і в 8% у групі порівняння виявлені утворення розміром 8 см і більше. Кісти розміром 2–3 см виявлені в 20,9% випадків в основній групі, у групі порівняння – 18%.

Згідно з наведеними даними у досліджуваних групах переважає частка жінок з малими розмірами пухлин матки (3–4 см) і з відносно крупними розмірами пухлин яєчників (від 6 до 8 см).

Отже, на підставі вищевикладеного, враховуючи молодий вік, наявність безпліддя і меншу кількість пологів в анамнезі, бажання мати дітей, малі розміри пухлин яєчника і матки у більшості жінок основної групи, при обстеженні і виборі тактики ведення пацієнток цієї групи ми віддали перевагу комплексному обстеженню і лікуванню із застосуванням методів ендоскопічної хірургії. У групі порівняння для контролю ми проводили загальноприйняте обстеження і лікування (оперативне втручання проводилося лапаротомічним доступом) відповідно до стандартів надання медичної допомоги, виробленим для даної нозології.

Найчастіше в обох групах зустрічалося поєднання міоми матки з епітеліальними пухлинами яєчників, причому в основній групі на 3,8% частіше, ніж у групі порівняння. У значної частини пацієнток обох груп були діагностовані герміногенні пухлини (в основній групі на 8,9% більше, ніж у групі порівняння).

Аналізуючи співвідношення пухлиноподібних процесів яєчників в обох групах, було виявлено, що міома матки у поєднанні з кістозними утвореннями в яєчниках найчастіше діагностована в групі порівняння і найчастіше – інтраопераційно. Так, фолікулярні і параоваріальні кісти в основній групі зустрічалися в 1,7 рази рідше, а ендометріюїдні кісти – у 4,4 рази рідше, ніж у групі порівняння.

На підставі вищевикладеного, ми дійшли висновку, що серед доброякісних пухлин яєчника міома матки найчастіше поєднується з епітеліальними і герміногенними їх формами. На наш погляд, таке поєднання обумовлене як супутньою екстрагенітальною патологією, так і віком жінок в групах дослідження, оскільки середній вік пацієнток становив $34,4 \pm 5,4$ року в основній групі і $38,8 \pm 4,4$ року у групі порівняння ($p < 0,01$).

Ми можемо передбачити, що наявні фонові захворювання, що виникли в різному віці жінки, є відносним чинником ризику для кожної з нозологічних форм кіст при міомі матки. Цей факт можна враховувати при проведенні диференціальної діагностики лише на догоспітальному етапі обстеження. Безумовно, що цей чинник може бути розглянутий лише як відносний, враховуючи, що за основу взято середній вік обстежуваних хворих.

Було проведено дослідження гормонального статусу у 75 пацієнток основної групи і у 35 жінок групи порівняння. Взяття зразків відбувалося в лютеїнову фазу менструального циклу (на 20–21-й день). Отримані нами дані узгоджуються з результатами низки авторів про те, що порушення секреції гонадотропних і стероїдних гормонів відіграють важливу роль у патогенезі пухлин матки і яєчників, але при цьому всі зміни перебувають у прямій залежності від супутніх захворювань органів і ланок репродуктивної системи всього організму жінки. Слід зазначити, що зареєструвавши деякі відхилення у вмісті гормонів в периферичній крові ми виявили деяку залежність цих змін від типу пухлини або пухлиноподібного утворення яєчника.

Так, у жінок з міомою матки й епітеліальними пухлинами яєчників при виведенні середнього значення рівня гормонів нами виявлено підвищення рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) при нормальному рівні лютеїнізуючого гормону (ЛГ). Рівень прогестерону (ПГ) був у межах норми. Рівень пролактину (ПРЛ) і естрадіолу (Е2) був у нормі майже у всіх пацієнток даної підгрупи.

При поєднанні міоми матки з герміногенними пухлинами яєчників виявлена інша картина: підвищення вмісту ЛГ, ПРЛ і ПГ при нормальних значеннях ФСГ і Е2 в обох групах дослідження. Ми звернули увагу на те, що у пацієнток з міомою матки і пухлинами строми статевого тяжа за результатами, отриманими при виведенні середнього значення, були визначені зміни, аналогічні для жінок, що мають герміногенні пухлини, але менш виражені. Концентрація ЛГ була дещо вище за норму, рівні вмісту ПРЛ і ПГ мали тенденцію до підвищення. Рівень ФСГ і Е2 був у межах норми в обох групах обстеження.

При вивченні поєднання міоми матки і доброякісними утвореннями яєчників були отримані наступні результати:

- при фолікулярних кістах всі показники гормонального статусу були підвищені, окрім ПГ, який відповідав нормі;
- при параоваріальних кістах відзначено нормальний вміст ФСГ, ЛГ, Е2 і ПГ, збільшення концентрації ПРЛ на 3% по відношенню до верхньої межі норми.

Визначено, що при ендометріїдних кістах яєчників і міомі матки лише рівень ФСГ був у межах норми, а рівень ЛГ і Е2 на 5% і 8% відповідно перевищував допустимі нормативні значення для жінок репродуктивного періоду в другій фазі менструального циклу. Також у пацієнток в даній групі наголошувалося виражене збільшення вмісту ПРЛ і ПГ у крові (ПРЛ – у 2 рази і ПГ – в 1,4 раза більше норми).

Нами було виявлено прямий кореляційний зв'язок між гормональними змінами і тривалістю захворювання в обстеженого контингенту жінок, тобто було зареєстровано, що чим більше термін існування доброякісних новоутворень матки і яєчників, тим більше виражені гормональні порушення виявляються у пацієнток.

ВИСНОВКИ

У жінок репродуктивного віку поєднання доброякісних пухлин матки і яєчників зустрічається в 11,6% випадків усіх гінекологічних захворювань. Міома матки найчастіше поєднується з епітеліальними (51,8% випадків) і герміногенними їх формами (30,9%), а з пухлиноподібними утвореннями найчастіше поєднуються фолікулярні (4,5%) кісти.

Міома матки у поєднанні з пухлинами яєчників знижує до 40% репродуктивну функцію за рахунок дисбалансу гіпофізарних і яєчникових гормонів різного ступеня вираженості залежно від характеру пухлини яєчників.

Functional state of the reproductive system for women with a uterine fibroids by of benign ovarian formations to treatment

V. V. Klimova

The objective: to estimate the functional state of the reproductive system for women with uterine fibroids by of benign ovarian formations to treatment.

Materials and methods. For implementation of the real research under our supervision there were patients with of benign tumours ovaries and uterus. We are inspect 160 patients, 110 from them entered in a basic group, 50 patients made the group of comparison.

From additional methods researches were used: estimation of hormonal status, echography, hysterosalpingography, roentgenologic research of stomach and intestine, hysteroscopy, laparoscopy, colposcopy. For separate patients carried out an electro-encephalography and mammography.

Results. Information is got by us testify that taking into account young age, presence of infertility and less of births in anamnesis, desire to have children, small sizes of tumours ovaries and uterus in most women of basic group, at an inspection and choice of tactic of conduct of patients of this group we gave advantage to the complex inspection and treatment with application of methods of endoscopic surgery. In the group of comparison for control we conducted the generally accepted inspection and treatment (operative interference was conducted by laparotomy access) according to the standards of grant of medicare, created for this nosology.

Conclusions. For the women of reproductive age of combination of benign tumours ovaries and uterus meets in 11,6% cases of all gynaecological diseases. Uterine fibroids is more frequent all combined with epithelial (51,8% cases) and germinogenic by their forms (30,9%), and with tumular educations follicle (4,5%) cysts are more frequent all combined. Uterine fibroids in combination with the tumours of ovaries reduces to 40% reproductive function due to the disbalance of pituitary and ovarian hormones of different degree of expressed depending on character of tumour of ovaries.

Keywords: reproductive system, uterine fibroids, benign new formations of ovaries, functional state.

Відомості про автора

Климова Владислава Владиславівна – Національний університет охорони здоров'я України, м. Київ

ORCID: 0009-0002-3448-777X; e-mail: vladarotsh0405@gmail.com

Information about the author

Klimova Vladyslava V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0002-3448-777X; e-mail: vladarotsh0405@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Styer AK, Rueda BR, The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. Best Pract. Res. Clin Obstet Gynaecol. 2021 Jul;34:3–6.
2. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer A. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. Fertility Sterility. 2020;94(7):2703–7.
3. Ahmed El-Balat, Rudy Leon DeWilde, Iryna Schmeil, Morva Tahmasbi-Rad, Sandra Bogdanyova, Ali Fathi, and Sven Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. 2018 Jan;459–75. DOI: 10.1155/2018/459387Beckerresponding.
4. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine Leiomyomas: Individualiz the Approach to Heterogeneou Condition. Obstetrics & Gynecology. 2021;17(Pt. 1.):396–400.
5. Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, Subramanian D. The burden of uterine fibroids in five European countries. Obstet Gynecol Reprod. 2020 Sep;152(1):96–102. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2010.05.012.
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update. 2019 Nov;22(6):665–86.

7. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Obstet Gynaecol.* 2008 Aug;22(4):571–88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.002.
8. Lisiecki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. *Prz Menopauzalny.* 2017 Dec;16(4):137–40. DOI: 10.5114/pm.2017.72759.
9. Baird DD, Harmon QE, Upson K, et al. A prospective, ultrasound – based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and growth: methods and results of Recruitmen. *J. Womens Health (Larchmt).* 2019;24(11):907–15.
10. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG.* 2017;124(10):1501–12.
11. Eun Ji Choi, Seong Beom Cho, Sa Ra Lee, Young Mi Lim, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2017;60(6):579–86. DOI: 10.5468/ogs.2017.60.6.579.
12. Cha PC, Takahashi A, Hosono N, et al. A genome wide association study identifies three loci associated with susceptibility to uterine fibroids. *Nat Genet.* 2021;43:447–50.
13. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH. Leiomyomatosis of the uterus. A case report with clonality analysis. *Hum Pathol.* 2020;31(11):1430–2.
14. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. *Baranov VS. Int J Mol Sci.* 2019 Dec;20(24):e6151. DOI: 10.3390/ijms20246151.
15. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. The effects of exposure to air pollution on the development of uterine fibroids. *Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. Int J Hyg Environ Health.* 2019 Apr;222(3):549–55.