

Особливості гінекологічної захворюваності у жінок із дисплазією сполучної тканини

К. С. Павлова

ICSI Clinic, м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості гінекологічної захворюваності у жінок із дисплазією сполучної тканини.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети було проведено обстеження і лікування 688 пацієнток репродуктивного, пре- і постменопаузального періодів. Відповідно до мети і завдань дослідження у справжню роботу були включені чотири групи хворих, в кожній з яких виділяли групу з дисплазією сполучної тканини і без неї. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. У ході дослідження було виявлено, що частота зустрічання захворювань з боку серцево-судинної системи у пацієнток з дисплазією сполучної тканини у 3,1 раза вище, ніж у загальній популяції, що є достовірно значущим; патологія органів дихання у пацієнток із дисплазією сполучної тканини зустрічалася в 1,5 раза частіше у хворих без патології з боку сполучної тканини. Цікаво відзначити, що частота зустрічання таких гінекологічних захворювань, як міома матки, ендометріоз спостерігається у пацієнток з патологією сполучної тканини достовірно частіше, ніж у хворих без дисплазії сполучної тканини.

Висновки. До легких проявів дисплазії сполучної тканини належать спадковість, частіші захворювання з боку травного тракту, серцево-судинної системи, а також ускладнений перебіг вагітності і пологів (до 2,5 раза частіше) і частіше виявляють міому матки та ендометріоз (у 2,3 раза). Ці клініко-анамнестичні чинники дозволяють виділити групу ризику з формування дисплазії сполучної тканини. Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: гінекологічні захворювання, дисплазія сполучної тканини, особливості.

Аналіз основних джерел літератури, присвячених сучасним уявленням про діагностику і лікування хворих із дисплазією сполучної тканини (ДСТ), дозволяє дійти висновку про різноманітність даної проблеми і відсутність чітких алгоритмів лікування цієї категорії хворих з гінекологічною патологією [1–3]. Насамперед необхідно виділити найбільш значущі біохімічні маркери розпаду колагену у жінок з недиференційованою ДСТ з метою встановлення діагнозу, розроблення оптимальних схем лікування і прогнозування подальшого перебігу захворювання [4–6].

Важливо виділити групу ризику серед жінок репродуктивного періоду з різними гормональними розладами розвитку генітального пролапсу з метою проведення профілактичних заходів, направлених на корекцію порушеного метаболізму колагену [7–9]. Потрібні оптимальні схеми обстеження пацієнток з генітальним пролапсом у поєднанні з ДСТ і без неї з метою призначення оптимального лікування, направлено на зменшення прогресу і рецидиву пролапсу геніталій. Існує необхідність у розробці алгоритму вибору доступу при проведенні гістеректомії (ГЕ) з метою мінімізації можливості розвитку опущення стінок піхви, випадання куполу піхви в післяопераційний період [10–12].

Усе вищевикладене свідчить про актуальність наукової тематики, а саме – особливості гінекологічної захворюваності у жінок із ДСТ.

Мета дослідження: вивчити особливості гінекологічної захворюваності у жінок із ДСТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети було проведено обстеження і лікування 688 пацієнток репродуктивного, пре- і постменопаузального періодів. Відповідно до мети і завдань у дослідження були включені чотири групи хворих, в кожній з яких виділяли групу з ДСТ і без неї (табл. 1).

Важлива роль в регуляції метаболізму колагену належить статевим стероїдам, які надають пряму дію на сполучну тканину, тестостерон викликає проліферацію фіброblastів, естроген підвищує внутрішньоклітинний вміст води, а його дефіцит призводить до зниження утворення колагену у сполучній тканині.

До I групи увійшли 212 пацієнток репродуктивного віку. Вік обстежуваних жінок становив від 21 до 44 років (у середньому – $32,4 \pm 0,5$ року).

Критерії включення: репродуктивний вік, клінічні прояви гіперандрогенії, безпліддя.

Таблиця 1

Розподіл обстежуваних хворих по групах

Група	Підгрупа А (с ДСТ)		Підгрупа В (без ДСТ)	
I n = 212	84 (39,6%)		128 (60,4%)	
	без ГА 47 (55,95%)	з ГА 37 (44,05%)	без ГА 73 (57%)	з ГА 55 (43%)
II n = 136	51 (37,5%)		85 (62,5%)	
III n = 168	49 (29,2%)		119 (70,8%)	
IV n = 172	41 (23,8%)		131 (76,2%)	
	ГЕ вагінальним доступом 51 (29,7%)	ГЕ ЛС доступом 48 (27,9%)	ГЕ ЛТ доступом 73 (42,4%)	

Примітки: ГА – гіперандрогенія; ГЕ вагінальним доступом – гістеректомія, проведена вагінальним доступом; ГЕ ЛС доступом – гістеректомія, проведена лапароскопічним доступом; ГЕ ЛТ доступом – гістеректомія, проведена лапаротомічним доступом.

Критерії виключення: наявність ендокринних захворювань у стадії декомпенсації, дифузні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, ревматоїдний артрит тощо), злоякісні новоутворення різної локалізації, гострі запальні захворювання органів малого таза; важка соматична патологія пацієнток.

У ІА групу були включені 84 (39,6%) пацієнтки з ознаками ДСТ, у 47 (55,95%) з них порушення з боку гормонального статусу виявлені не були, у 37 (44,05%) жінок була виявлена гіперандрогенія різного генезу.

У ІВ групу увійшли 128 (60,4%) жінок без ознак ДСТ, гормональних порушень не було у 73 (57%) хворих, а у 55 (43%) пацієнток була виявлена гіперандрогенія різного генезу.

До ІІ групи увійшли 136 пацієнток. Вік обстежуваних хворих склав від 46 до 56 років ($53,7 \pm 2,1$).

Критерії включення: наявність генітального пролапсу у пацієнток пре- і постменопаузального періодів, яким через ті чи інші причини хірургічне лікування не проводили (відмова пацієнтки від оперативного лікування, наявність важкої супутньої екстрагенітальної патології, високий анестезіолого-оперативний ризик).

Критерії виключення: наявність дифузних захворювань сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, ревматоїдний артрит тощо), злоякісні новоутворення різної локалізації, гострі запальні захворювання органів малого таза.

У ІІА підгрупу включено 51 (37,5%) хвору з ДСТ.

У ІІВ підгрупу увійшли 85 (62,5%) пацієнток без ознак ДСТ.

До ІІІ групи включено 168 пацієнток. Вік обстежуваних хворих становив від 46 до 66 років (у середньому – $54,2 \pm 1,5$ року).

Критерії включення: наявність генітального пролапсу у пацієнток пре- і постменопаузального періодів, яким проводили оперативне лікування, направлене на корекцію генітального пролапсу.

Критерії виключення: наявність дифузних захворювань сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, ревматоїдний артрит тощо), злоякісних новоутворення різної локалізації, гострих запальних захворювань органів малого таза.

У ІІІА підгрупу включено 49 (29,2%) пацієнток, в яких наголошувалися ознаки ДСТ.

У ІІІВ підгрупу увійшли 119 (70,8%) хворих без патології сполучної тканини.

До ІV групи включені 172 жінки. Вік обстежуваних пацієнток становив від 48 до 59 років (у середньому – $52,8 \pm 1,4$ року).

Критерії включення: період пре- і постменопаузи, відсутність генітального пролапсу, наявність показань для проведення ГЕ (міома матки, аденоміоз).

Критерії виключення: наявність дифузних захворювань сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, ревматоїдний артрит тощо), злоякісні новоутворення різної локалізації, гострі запальні захворювання органів малого таза.

У ІVА підгрупу увійшла 41 (23,8%) пацієнтка з ДСТ.

У ІVВ підгрупу включено 131 (76,2%) жінку без ознак ДСТ.

Серед обстежуваних ІV групи 51 (29,7%) пацієнтці була проведена ГЕ вагінальним доступом, 48 (27,9%) жінкам – лапароскопічна ГЕ, 73 (42,4%) хворим – гістеректомія лапаротомічним доступом.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час обстеження жінок репродуктивного, пре- і постменопаузального періодів з генітальним пролапсом і без нього були виявлені особливості анамнезу і перебігу деяких гінекологічних захворювань, перебіг післяопераційного періоду після хірургічного лікування, направлено на корекцію пролапсу геніталій і після ГЕ.

Так, вивчаючи анамнез у пацієнок з генітальним пролапсом, було відзначено, що це захворювання у жінок із ДСТ розвивається в молодшому віці і на момент звернення до гінеколога має більш тривалий перебіг, ніж у пацієнок без патології сполучної тканини.

З іншого боку, ступінь вираженості ДСТ в обстежуваних хворих з патологією сполучної тканини збільшується з віком. Найбільш значущі зміни спостерігаються у пацієнок пре- і постменопаузального періодів з пролапсом геніталій, коли можуть приєднуватися також інволютивні зміни, пов'язані з віком.

У хворих за відсутності патології сполучної тканини розвиток пролапсу геніталій пов'язаний з великою кількістю пологів, ніж у пацієнок з ДСТ.

Під час проведення порівняльного аналізу частоти розвитку ускладнень, пов'язаних з вагітністю і пологам (невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостатність, стрімкі, затяжні пологи, передчасне вилиття навколоплідних вод, розриви промежини), було відзначено, що у пацієнок із ДСТ розвиток ускладнень достовірний частіше, ніж за відсутності ДСТ. Так, у групах пацієнок з генітальним пролапсом і з ДСТ розвиток вищезгаданих ускладнень в анамнезі частіше в 1,5–2,5 раза порівняно з хворими без ДСТ. Крім того, терміни розвитку пролапсу геніталій у хворих із ДСТ після пологів набагато менше (близько 2 років) на відміну від пацієнок без патології сполучної тканини, в яких опущення і випадання матки розвивається найчастіше в пре- і постменопаузальному періодах.

Обтяжена спадковість відносно пролапсу геніталій у найближчих родичів зустрічається від 3,5 до 5 раза частіше у пацієнок із ЛСТ у різних групах. Це спостереження свідчить про те, що ДСТ є генетично обумовленим захворюванням. Відсутність пролапсу геніталій в обстежуваних хворих з обтяженою спадковістю на момент дослідження можна пояснити тим, що генітальний пролапс є лише одним із проявів ДСТ і не обов'язково наявний у цих жінок.

Обстежуючи пацієнок з ДСТ, було виявлено, що в даній категорії жінок частота зустрічання екстрагенітальної патології набагато вища, ніж у хворих без патології сполучної тканини. Так, наприклад, набагато частіше у пацієнок з ДСТ зустрічаються захворювання, пов'язані з опорно-руховою системою; майже удвічі частіше спостерігається варикозне розширення вен малого таза і нижніх кінцівок.

Також у літературі є дані про те, що у хворих з патологією сполучної тканини висока частота зустрічання захворювань травного тракту (хронічний гастрит, хронічний коліт, виразкова хвороба шлунка), що підтверджується нашими результатами (у середньому в 1,2 раза частіше).

У ході дослідження було виявлено, що частота зустрічання захворювань з боку серцево-судинної системи у пацієнок з ДСТ у 3,1 раза вище, ніж у загальній популяції, що є достовірно значущим; патологія органів дихання у пацієнок з ДСТ зустрічалася в 1,5 раза частіше у хворих без патології з боку сполучної тканини.

Цікаво відзначити, що частота виявлення таких гінекологічних захворювань як міома матки, ендометріоз, спостерігається у пацієнок з патологією сполучної тканини достовірно частіше, ніж у хворих без ДСТ (табл. 2).

Таблиця 2

Частота і характер гінекологічних захворювань у пацієнток репродуктивного віку і у хворих пре-и постменопаузального періодів з пролапсом геніталій

Нозологія	IA ДСТ, n = 84 IB без ДСТ, n = 128	IIA ДСТ, n = 51 IIB без ДСТ, n = 85
Міома матки	21 (25%)* 13 (10,2%)	19 (37,2%)* 15 (17,6%)
Ендометріоз	18 (21,4%)* 13 (10,2%)	16 (31,4%)* 12 (14,1%)
Ектопія шийки матки (в анамнезі)	35 (41,7%) 57 (44,5%)	18(35,3%) 22 (25,9%)
Хронічний запальний процес органів малого таза	26 (30,9%) 25 (19,5%)	11(21,6%) 12 (14,1%)
Гіперплазія ендометрія в анамнезі	12 (14,3%)* –	5 (9,8%)* –
Гістеректомія в анамнезі (міома матки, аденоміоз)	– –	11 (21,6%) 26 (30,6%)

Примітки: * – $p < 0,05$ при порівнянні з групою без ДСТ

IA – пацієнтки репродуктивного віку з ДСТ; IB – пацієнтки репродуктивного віку без ДСТ;

IIA – пацієнтки з пролапсом геніталій і ДСТ, яким не проводили оперативне лікування;

IIB – пацієнтки з пролапсом геніталій без ДСТ, яким не проводили оперативне лікування.

Найчастішим проявом ДСТ у гінекології є генітальний пролапс, який у жінок з недиференційованими формами ДСТ має низку специфічних рис: рання маніфестація, швидке формування через 1–3 років після пологів, збільшення важких, маніфестних форм. Проте за відсутності провокуючих чинників і за наявності метаболічної корекції патології синтезу колагену генітальний пролапс далі може не прогресувати. У пацієнток за відсутності патології сполучної тканини пролапс геніталій розвивається при тривалій дії ушкоджувальних чинників, які можуть сприяти розвитку різного ступеня вираженості цього захворювання.

У ході обстеження пацієнток привертає увагу висока частота зустрічання пролапсу геніталій першої стадії у хворих із ДСТ у молодому віці. У міру прогресу диспластичного процесу з віком відсоток генітального пролапсу зростає швидше, ніж у пацієнток без ДСТ.

При подальшому обстеженні пацієнток і при проведенні ультразвукового дослідження органів малого таза можна оцінити, що виявлення діастазу і асиметрії м'язів, що піднімає задній прохід, у жінок з дисплазією сполучної тканини і без неї принципово не відрізняється, а залежить лише від міри вираженості генітального пролапсу. Виняток становить атрофія m. levator ani у жінок із ДСТ, яка зустрічається у середньому у 2,5 раза частіше.

Крім того, в осіб з ДСТ наголошується достовірно частіше розширення вен малого таза – в 1,9 раза.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що до проявів ДСТ належить спадковість, більш часті захворювання з боку травного тракту, серцево-судинної систе-

ми, а також ускладнений перебіг вагітності і пологів (до 2,5 раза частіше), частіше виявляють міому матки та ендометріоз (у 2,3 раза). Ці клініко-анамнестичні чинники дозволяють виділити групу ризику по формуванню ДСТ. Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Features of gynaecological morbidity for women with connective tissue dysplasia K. S. Pavlova

The objective: to learn the features of gynaecological morbidity for women with connective tissue dysplasia.

Materials and methods. To implement our goals by us an inspection and treatment was conducted 688 patients reproductive, pre- and postmenopausal periods. In accordance with a purpose and research tasks four groups of patients were plugged in the real work, in each of which selected a group with connective tissue dysplasia and without it. Clinical, laboratory, instrumental and statistical methods were plugged in the complex of the conducted researches.

Results. It was discovered during our work, that frequency of met of diseases from the side of the cardiovascular system for patients with connective tissue dysplasia in 3,1 time higher, than in general population, that is for certain meaningful; pathology of respiratory organs for patients with connective tissue dysplasia met in 1,5 time more frequent for patients without pathology from the side of connective tissue. Interestingly to mark that frequency of met of such gynaecological diseases as uterine fibroids, endometriosis, is observed for patients with pathology of connecting fabric for certain more frequent, than for patients without connective tissue dysplasia.

Conclusions. To the small displays of connective tissue dysplasia it is possible to take is heredity, more frequent diseases from the side of alimentary canal, cardiovascular system, and also the complicated flow of pregnancy and births (to 2,5 times more frequent) and more frequent met of uterine fibroids and endometriosis (in 2,3 time). These clinical-and-anamnestic factors allow to select the group of risk on forming of connective tissue dysplasia. Findings must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: gynaecological diseases, connective tissue dysplasia, features.

Відомості про автора

Павлова Катерина Сергіївна – ICSI Clinic, м. Київ

ORCID: 0000-0003-2961-456X; e-mail: pavlovakaterina@gmail.com

Information is about an author

Pavlova Kateryna S. – ICSI Clinic, Kyiv

ORCID: 0000-0003-2961-456X; e-mail: pavlovakaterina@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aden P., 2020. GnRH analogues, transvaginal ultrasound-guided drainage and intracystic injection of recombinant intricucin-2 in the treatment of endometriosis//Gynecol. Obstet. Invest.:55 (2):96-104.
2. Agarwal S.K., 2021. Comparative effects of GnRH agonist therapy// J. Reprod. Med.:43 (3):293-8.
3. Ahn C., 2020. Uterine arterial embolization for the treatment of symptomatic adenomyosis of the uterus // J. Vase Interv. Radiol.:11 (2,2):192-201.
4. Ajossa S., 2021. The prevalence of endometriosis in premenopausal women undergoing gynecological surgery // Clin. Exp. Obstet. Gynecol.:2 (1):195-7.
5. Bai S.W., 2022. Uterine Arterial Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomas //Yonsei Medical Journal:43:3:346-50.

6. Barbieri R. L., 2020. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // *Fertil. Steril.*:45:630-4.
7. Bazot M., 2021. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison // *Hum. Reprod.*:18:1686-92.
8. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // *J Ultrasound. Med.*:21:237-47.
9. Cahill D.J., 2022. Pre-ovulatory granulosa cells of infertile women with endometriosis are less sensitive to luteinizing hormone // *Am. J. Reprod. Immunol.*:49 (2):66-9.
10. Chapron C., 2020. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenor-rhoea and extent of disease // *Hum. Reprod.*:18(4):760-8.
11. Chatman D.L., 2022. Modern Diagnosis of Endometriosis // *J. reprod. Med.*:33:11:861-66.
12. Chatman D.L., 2020. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observation // *Fertile Steril.*:46: 711-4.