

УДК 618.14-08-071.1

### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МАТКИ

**Н.Л. Громыко<sup>1</sup>, Е.В. Захарова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФПКИП,  
<sup>2</sup> заведующий гинекологическим отделением

<sup>1</sup> УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup> УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 4», Беларусь

***Аннотация.** В статье представлены данные, характеризующие особенности анамнеза и клинических проявлений сочетанной доброкачественной патологии матки.*

***Ключевые слова:** миома матки, аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия.*

В статистике гинекологической заболеваемости миома матки является наиболее часто встречающейся патологией. В структуре показаний к оперативному лечению миома матки также занимает лидирующие позиции. В позднем репродуктивном возрасте частота встречаемости миомы матки составляет 70-80 %, при этом клиническая симптоматика, снижающая качество жизни, наблюдается у 35-40 % женщин [6]. В последние годы регистрируется рост частоты выявления миомы матки у молодых женщин, что требует совершенствования органосохраняющих методик и консервативного лечения. В то же время доказана высокая распространённость сочетанных пролиферативных заболеваний матки и молочных желёз, что приводит к неудачам консервативного и органосохраняющего лечения. Сочетание пролиферативных процессов в матке обусловлено общностью этиологии, патогенеза, схожими факторами риска развития заболеваний. Миома матки и аденомиоз сочетаются в 80-85 % случаев [2, 6]. Гиперплазия эндометрия сочетается с миомой матки и аденомиозом в 38-70 % случаев [2, 4]. Клинические проявления миомы матки и аденомиоза схожи и включают в себя аномальные маточные кровотечения, тазовые боли, нарушение функции соседних органов. В клинической практике диагноз «аденомиоз» редко выставляется до операции и в настоящее время точно не определён его вклад в клинические проявления, сопровождающие миому матки [1, 3, 5, 7]. До конца не ясно влияние аденомиоза на неудачи консервативного лечения миомы матки, в том числе и с применением современных миниинвазивных методов [4, 6, 7].

**Цель исследования:** изучить клиничко-анамнестические характеристики женщин с сочетанной доброкачественной патологией матки.

**Материал и методы:** проведено ретроспективное исследование (случай-контроль) на базе гинекологического отделения учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 4». Проанализированы клиничко-анамнестические данные 60 историй болезней женщин, перенёсших гистерэктомию с основным диагнозом «Миома матки». Основными показаниями к оперативному лечению миомы матки явились: большие размеры узла, аномальные маточные кровотечения, анемизирующие женщину, хроническая тазовая боль.

Проанализированы результаты гистологического исследования образцов удалённых тканей, проведенные на базе патологоанатомического отделения учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая инфекционная больница».

На основании полученных результатов гистологического исследования женщины разделены на 2 группы: 1 группу (N = 34) составили пациентки с сочетанной патологией матки: миома матки с аденомиозом; 2 группу (N = 26) составили пациентки с изолированной патологией матки: простая миома матки.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета программ STATISTICA for Windows 6.0 («Stat-Soft», США) и MedCalc 10.2.0.0 («MariaKerke», Бельгия). Для описания количественных признаков использовали медиану (Me) и 25-75 %. Для описания качественных признаков использовали долю (P) и 95 % доверительный интервал доли (95 % ДИ), вычисленный по методу Клоппер-Пирсона (P %; 95 % ДИ). Для качественных признаков общее межгрупповое различие находили по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность. Статистически значимыми считали результаты при уровне  $p \leq 0,05$ .

#### **Результаты.**

Возраст женщин в исследуемых группах на момент оперативного лечения не отличался: в 1 группе составил 48 лет (42-52), в 2 группе – 48 (45-55) лет. Значимых различий в частоте встречаемости сопутствующей

патологии сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой системы в исследуемых группах не выявлено. В структуре патологии эндокринной системы в обеих группах ведущее место принадлежало заболеваниям щитовидной железы. В 1 группе патология щитовидной железы диагностирована у 14 женщин (41 %; 24-59), в 2 группе у 6 (23 %; 9-44) человек. Сопутствующая фоновая патология шейки матки выявлена у 32 (94 %; 80-99) женщин первой группы и 20 (77 %; 56-91) женщин второй группы. У женщин с сочетанной патологией матки в анамнезе значимо чаще ( $\chi^2 = 4,30$ ;  $p = 0,038$ ) имелись указания на хронический сальпингоофорит ( $n = 20$ ; 56 %; 38-72) по сравнению с женщинами, имеющими изолированную миому матки ( $n = 6$ ; 25 %; 10-47).

Характеристики менструальной функции и репродуктивный анамнез женщин в обеих группах представлен в таблице 1. Обильные менструальные кровотечения одинаково часто отмечены в двух группах. Длительность менструаций у женщин с сочетанной патологией матки составила 7,7 дней (6,9-8,9), что значимо не отличалось от такового у женщин с изолированной патологией матки (6,9 (6,4-8,9) дней). Однако у женщин в 1 группе значимо чаще встречались короткие циклы (менее 24 дней) и сопутствующая анемия.

Основными клиническими проявлениями заболевания, потребовавшими хирургического лечения, у женщин двух групп были нарушения менструального цикла по типу аномальных маточных кровотечений, хронические тазовые боли, рост узлов миомы и начальные большие размеры узла (таблица 2).

Таблица 1

**Характеристики менструального цикла и репродуктивный анамнез в двух группах (n; P %; 95 %ДИ)**

Характеристики	1 группа (N = 36)	2 группа (N = 24)
Длительность менструаций $\geq 8$ дней	6 (17; 6-32)	4 (17; 5-37)
Обильные менструации	28 (78; 61-90)	16 (67; 45-84)
Длительность менструального цикла < 24 дней	15 (42; 26-59) *	3 (12; 3-32)
Количество родов:		
Отсутствие родов	2 (6; 1-19)	6 (25; 10-47)
Количество родов >1	25 (69; 52-84) **	9 (37; 19-59)
Кесарево сечение в анамнезе	9 (25; 12-42)	6 (25; 10-47)

**Примечания:**

- 1) \* – статистически значимые отличия с 2 группой ( $\chi^2 = 4,5$ ;  $p = 0,033$ )
- 2) \*\* – статистически значимые отличия с 2 группой ( $\chi^2 = 4,75$ ;  $p = 0,029$ )

Таблица 2

**Клинические проявления сочетанной патологии матки (n; P %; 95 %ДИ)**

Признак	1 группа (N = 36)	2 группа (N = 24)
Дисменорея	14 (39; 23-56) *	2 (8; 1-27)
Хроническая тазовая боль	20 (56; 38-72) **	6 (25; 10-47)
Аномальные маточные кровотечения	28 (78; 61-90)	16 (67; 45-84)
Сопутствующая анемия	16 (44; 28-62) ***	4 (17; 5-37)
Нарушение функции соседних органов	11 (31; 16-48)	14 (58; 37-78)
Быстрый рост миоматозных узлов	9 (25; 12-42)	6 (25; 10-47)

**Примечания:**

- 1) \* – статистически значимые отличия с 2 группой ( $\chi^2 = 5,40$ ;  $p = 0,020$ )
- 2) \*\* – статистически значимые отличия с 2 группой ( $\chi^2 = 4,30$ ;  $p = 0,038$ )
- 3) \*\*\* – статистически значимые отличия с 2 группой ( $\chi^2 = 3,82$ ;  $p = 0,050$ )

Сочетание миомы матки и аденомиоза статистически значимо чаще проявлялось хронической тазовой болью ( $\chi^2 = 4,30$ ;  $p = 0,038$ ), дисменореей ( $\chi^2 = 5,40$ ;  $p = 0,020$ ), сопутствующей анемией ( $\chi^2 = 3,82$ ;  $p = 0,050$ ) по сравнению с женщинами, имеющими изолированную миому матки.

Размер миоматозных узлов на момент операции был несколько ниже у женщин с сопутствующим аденомиозом ( $Me = 4,8$  см против  $Me = 6,4$  см), что связано с более выраженной клинической симптоматикой заболевания при меньших размерах узла. Гистологическая картина, характерная для гиперпластического процесса эндометрия, значимо чаще ( $\chi^2 = 7,8$ ;  $p = 0,005$ ) встречалась в группе женщин с сочетанной патологией матки (94 %; 81-99) по сравнению с женщинами, имеющими изолированную миому матки (37 %; 19-59). Состояние эндометрия, соответствующее фазе цикла на момент оперативного вмешательства чаще отмечено в группе женщин с изолированной миомой матки.

**Выводы.**

Сочетанная патология матки имеет отличительные клинико-анамнестические признаки. Женщины с сочетанной патологией матки, подвергающиеся оперативному лечению, преимущественно имеют паритет родов более 1, имеют короткие менструальные циклы с увеличенным объемом менструальной кровопотери и анемией, предъявляют жалобы на хронические тазовые боли и дисменорею.

В то же время трудности дифференциальной диагностики хронических тазовых болей на дооперационном этапе приводят к более частому выставлению диагноза «хронический сальпингоофорит» у женщин с сочетанной патологией матки. Также для категории женщин с сочетанием миомы матки и аденомиоза характерен сопутствующий гиперпластический процесс эндометрия, что отражает общие проявления дисгормональных гиперпластических изменений в органах женской репродуктивной системы.

На данном этапе необходимо дальнейшее изучение сложного патогенеза, особенностей клинических проявлений при сочетанных доброкачественных заболеваниях матки для разработки способов повышения эффективности терапии и улучшения качества жизни женщин.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л.В. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, М.М. Сонова, У.С. Тионова // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 78–81.
2. Вишневский, А.С. Гиперпластический синдром в гинекологии / А.С. Вишневский. – 2 изд. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2018. – 192 с.
3. Clinical characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a retrospective, questionnaire based study / S.Y. Brucker et al. // Fertil Steril. – 2014. – V. 101. – No. 1. – P. 237–241.
4. Coexistence of adenomyosis, adenocarcinoma, endometrial and myometrial lesions in resected uterine specimens / S. Tetikurt, E. Çelik, H. Tas, T. Cay et al. // Molecular and clinical oncology. – 2018. – V. 9. – P. 231–237.
5. Donnez, J. Uterine fibroid management: from the present to the future / J. Donnez, M. Dolmans // Human Reproduction Update. – 2016. – Vol. 22. – P. 665–686.
6. Experience of Symptoms and Disease Impact in Patients with Adenomyosis / L. Nelsen, W. Lenderking, R. Pokrzywinski, Z. Balantac et al. // Patient. – 2018. – V. 11. – No. 3. – P. 319–328.
7. Taran F., Stewart E., Brucker S. Adenomyosis: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Phenotype and Surgical and Interventional Alternatives to Hysterectomy // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 2013. – V. 73. – No. 9. – P. 924–931.

*Материал поступил в редакцию 03.06.19.*

#### CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH COMBINED PATHOLOGY OF ALVUS

**N.L. Gromyko<sup>1</sup>, Ye.V. Zakharova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department  
of Obstetrics and Gynecology with the Course of Faculty Training and Retraining,

<sup>2</sup> Head of the Department of Gynecology

<sup>1</sup> Gomel State Medical University,

<sup>2</sup> Gomel city clinical hospital No. 4, Belarus

**Abstract.** *The article presents data characterizing the features of anamnesis and clinical manifestations of combined benign pathology of alvus.*

**Keywords:** *uterine fibroids, adenomyosis, hyperplastic processes of the endometrium.*