

Лейоміома матки у жінок репродуктивного віку: частота та структура супутньої патології (Ретроспективний аналіз)

А.Г. Корнацька¹, М.А. Флаксемберг², Г.В. Чубей¹, М.В. Бражук¹

¹ ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

² Хмельницький обласний перинатальний центр

Мета дослідження: встановлення частоти лейоміоми матки (ЛМ), структури та взаємозв'язку із супутньою гінекологічною патологією, визначення підходів до лікування шляхом ретроспективного аналізу історій хвороб.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 12 241 історії хвороби пацієнок, які проходили лікування протягом 2012–2016 рр. у відділенні гінекології з малоінвазивними технологіями, ліжка медични плода та патології ранніх термінів вагітності (ВГ) Хмельницького обласного перинатального центру як відділення загального гінекологічного напрямлення, а також спеціалізованого відділення надання допомоги жінкам, зацікавленим у збереженні та відновленні репродуктивної функції, а саме – відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінки ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України».

Результати обстеження фіксували у спеціально розробленій формалізованій історії хвороби для подальшого введення та обробки інформації.

Результати. У результаті проведеного ретроспективного аналізу встановлено, що, за даними ВГ Хмельницького обласного перинатального центру, частота ЛМ становила від 17,3% з поступовим зростанням до 21,6%. Радикальні втручання проведено у 55,5% жінок без тенденції до зниження по роках. Тільки у 5% випадків проведено органозберігальне втручання, а у 8,4% використовували гістероскопію (ГС). Проте відзначена позитивна тенденція до підвищення частоти застосування як консервативної міомектомії (КМ), так і ГС по роках.

За даними відділення планування сім'ї і реабілітації репродуктивної функції ЛМ діагностували у 824 хворих, що становило 18,3% пацієнок. Визначається постійна тенденція зростання частоти ЛМ. Серед цих хворих 305 (37%) пацієнткам були проведені оперативні втручання (хірургічна група – ХГ), такі, як КМ або радикальна операція різними доступами. Решта 519 (63%) жінок отримували консервативну терапію (консервативна група – КГ). Середній вік обстежених хворих становив 38,3±0,4 року у жінок ХГ та 39,2±0,3 року у КГ.

ЛМ до 25 років діагностували рідко, менше 1% випадків, проте у ХГ у чотири рази частіше. Починаючи з 26 років, частота ЛМ зростає в обох групах до 8,5% з різким підвищенням після 30 років (у 3 рази). Досягає піку у віці 36–40 років у ХГ та у 41–45 років у КГ з поступовим зниженням після 45 років. У жінок КГ достовірно частіше ЛМ перебігала на фоні хронічних запальних захворювань органів малого таза (ХЗЗОМТ) – у 207 хворих (39,9%) проти 92 жінок (30,2%) у ХГ ($p<0,05$). Тоді як тазові спайки діагностували в обох групах з однаковою частотою (54 жінки (17,7%) у ХГ та 82 хворі (15,8%) у КГ).

Що стосується ендометріозу, то зовнішній генітальний ендометріоз достовірно частіше виявляли у жінок ХГ, а саме – у 40 пацієнок (13,1%) проти 31 жінки (6,0%) у КГ ($p<0,05$). Тоді як внутрішній ендометріоз (аденоміоз) в обох групах виявляли з однаковою частотою (49 хворих (16,1%) у ХГ та 90 пацієнок (17,3%) у КГ). Серед хірургічних втручань переважали органозберігальні операції – 262 пацієнтки (85,9%) проти 72 жінок (23,6%), яким проведено радикальне втручання.

Найчастіше КМ проводили лапаротомічним (ЛТ) доступом (130 хворих – 42,6%). У два рази рідше використовували лапароскопію (ЛС), здебільшого у жінок з безплідністю для видалення невеликих лейоматозних вузлів з переважно субсерозним розташуванням (60 пацієнок – 19,7%). У 41 жінки (13,4%) субмукозні вузли видалено шляхом гістерорезектоскопії (ГРС).

Анемію достовірно частіше виявляли у жінок з ЛМ, які потребували хірургічного втручання, – 47 хворих (15,4%) у ХГ проти 48 пацієнок (9,2%) у КГ ($p<0,05$). Безплідність при ЛМ діагностували у кожній четвертій пацієнтки, дещо частіше у ХГ – 83 жінки (27,2%) проти 124 хворих (23,9%) у КГ.

Висновки. ЛМ діагностували у кожній п'ятій жінки з тенденцією до зростання частоти. Кожна третя жінка з ЛМ (37%) потребувала хірургічного втручання, переважали органозберігальні втручання (85,9%) і перевагу віддавали лапаротомічному доступу (42,6%). Для жінок консервативної групи характерно більш часте поєднання ЛМ з ХЗЗОМТ (39,9%), патологією ендометрія (43,9%) і шийки матки (20,0%). Безплідність діагностували у кожній четвертій жінки з ЛМ, без відмінностей як між групами, так і між первинною і вторинною безплідністю.

Ключові слова: лейоміома матки, хірургічне лікування, консервативне лікування, супутня гінекологічна патологія.

Uterine leiomyoma at women of reproductive age: frequency and structure of concomitant pathology (Retrospective analysis)

А.Г. Корнацька, М.А. Флаксемберг, Г.В. Чубей, М.В. Бражук

The objective: to establish the frequency, structure and interconnection with accompanying gynecological pathology incidence of patients with uterine leiomyoma by retrospective analysis.

Materials and methods. A retrospective analysis of 12241 case histories of patients treated during 2012–2016 in the Department of Gynecology with minimally invasive technologies, beds of fetal medicine and pathology of early pregnancy Khmelnytsky Regional Perinatal Center, as a department of general gynecology, as well as a specialized department assistance to women interested in the preservation and restoration of reproductive function, namely the Department of Family Planning and Operational Rehabilitation of the Reproductive Function of Women SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named Academician OM Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine».

The results of the examination in a specially developed formalized medical history for further input and processing of information were recorded. **Results.** As a result of the retrospective analysis, it was found that, according to the Khmelnytsky Regional Perinatal Center, the frequency of LM ranged from 17.3% with a gradual increase to 21.6%. Radical interventions were performed in 55.5% of women without a tendency to decrease by age. Only in 5% of cases organ-preserving intervention was performed, and in 8.4% hysteroscopy (HS) was used. However, there is a positive trend to increase the frequency of both conservative myomectomy (CM) and HS over the years.

As a result of the retrospective analysis, it was found that uterine leiomyoma occurred in 824 patients, which amounted at 18.3% of patients. There is a steady increase in the incidence of uterine leiomyoma among patients treated in the family planning and surgical rehabilitation department. Among these patients, to 305 (37%) patients were held underwent surgery (surgical group – SG), such as conservative myomectomy or radical

surgery with different approaches. The remaining 519 (63%) women received conservative therapy (conservative group – CG). The mean age of the examined patients was 38,3±0,4 years at women of the surgical group and 39,2±0,3 years at the conservative group.

The LM up to 25 years was rare, less than 1% of cases, but in the surgical group four times more often. From the age of 26, the frequency of LM begins to increase in both groups to 8.5% with a sharp increase after 30 years, in 3 times. It peaks at the age of 36-40 years in the surgical group and at 41-45 in the conservative group, with a gradual decrease after 45 years. It peaks at the age of 36-40 years in the surgical group and at 41-45 in the conservative group, with a gradual decrease after 45 years. At women, CG significantly more often LM occurred on the background of chronic inflammatory diseases of the pelvic organs (HZZOMT), at 207 patients (39.9%) against 92 women (30.2%) in HG, $p < 0.05$. Whereas pelvic adhesions were diagnosed in both groups with the same frequency (54 women (17.7%) in CG and 82 patients (15.8%) in CG).

With regard to endometriosis, external genital endometriosis was significantly more common in women with CG, namely in 40 patients (13.1%) against 31 women (6.0%) in CG, $p < 0.05$. Whereas internal endometriosis (adenomyosis) in both groups was detected with the same frequency (49 patients (16.1%) in CG and 90 patients (17.3%) in CG). Surgical interventions were dominated by organ-sparing operations (262 patients or 85.9%) against 72 women (23.6%) who underwent radical intervention.

Laparoscopy (LS) was used twice as rarely, mostly in infertile women, to remove small leiomatous nodules with a predominantly subserous location (60 patients or 19.7%). At 41 women (13.4%) the submucosal nodes were removed by hysteroscopy.

Anemia was significantly more common at women with LM who required surgery (47 patients (15.4%) in HCG versus 48 patients (9.2%) in CG, $p < 0.05$). The infertility among UL occurred in every fourth patient, slightly more often in HG (83 women (27.2%) against 124 patients (23.9%) in CG).

Conclusions. The UL occurred in one in five women with a tendency to increase in frequency in this department. One in three women with LM (37%) required surgery, organ-sparing interventions predominated (85.9%), and laparotomy access was preferred (42.6%). For women of the conservative group is characterized by a more frequent combination with chronic inflammatory diseases of the pelvic organs (39.9%), pathology of the endometrium (43.9%) and cervix (20.0%). Infertility occurred in every fourth woman with LM without differences both between groups and between primary and secondary infertility.

Keywords. uterine leiomyoma, surgical treatment, conservative treatment, concomitant gynecological pathology.

Лейомиома матки у женщин репродуктивного возраста: частота и структура сопутствующей патологии (Ретроспективный анализ)

А.Г. Корнацкая, М.А. Флаксемберг, Г.В. Чубей, М.В. Бражук

Цель исследования: установление частоты лейомиомы матки (ЛМ), структуры и взаимосвязи с сопутствующей гинекологической патологией, определение подходов к лечению путем ретроспективного анализа.

Материалы и методы. Проведено ретроспективный анализ 12 241 истории болезни пациенток, проходивших лечение в 2012–2016 гг. в отделении гинекологии с малоинвазивными технологиями, койками медицины плода и патологии ранних сроков беременности (ВГ) Хмельницкого областного перинатального центра как отделения общего гинекологического профиля, а также специализированного отделения предоставления помощи женщинам, заинтересованным в сохранении и восстановлении репродуктивной функции, а именно – отделения планирования семьи и оперативной реабилитации репродуктивной функции женщины ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины».

Результаты обследования фиксировали в специально разработанной формализованной истории болезни для дальнейшего ввода и обработки информации.

Результаты. В результате проведенного ретроспективного анализа установлено, что, по данным ВГ Хмельницкого областного перинатального центра, частота ЛМ составила от 17,3% с постепенным ростом до 21,6%. Радикальные вмешательства проведены у 55,5% женщин без тенденции к снижению по годам. Только в 5% случаев проведены органосохраняющие вмешательства, а в 8,4% использовали гистероскопию (ГС). Однако отмечается положительная тенденция к повышению частоты применения как консервативной миомэктоми (КМ), так и ГС по годам. По данным отделения планирования семьи и оперативной реабилитации установлено, что ЛМ диагностировали у 824 больных, что составило 18,3% пациенток. Определяется постоянная тенденция роста частоты ЛМ. Среди этих больных 305 (37%) пациенткам были проведены оперативные вмешательства (хирургическая группа – ХГ), такие, как КМ или радикальная операция различными доступами. Остальные 519 (63%) женщин получали консервативную терапию (консервативная группа – КГ). Средний возраст обследованных больных составлял 38,3±0,4 года у женщин ХГ и 39,2±0,3 года в КГ.

ЛМ до 25 лет встречалась редко, менее 1% случаев, однако в ХГ в четыре раза чаще. Начиная с 26 лет, частота ЛМ растет в обеих группах до 8,5% с резким увеличением после 30 лет (в 3 раза). Достигает пика в возрасте 36–40 лет в ХГ и в 41–45 в КГ с постепенным снижением после 45 лет. У женщин КГ достоверно чаще ЛМ протекала на фоне хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (ХВЗОМТ) – у 207 больных (39,9%) против 92 женщин (30,2%) в ХГ ($p < 0,05$). Тогда как тазовые шейки диагностировали в обеих группах с одинаковой частотой (54 женщины (17,7%) в ХГ и 82 больные (15,8%) в КГ).

Что касается эндометриоза, то наружный генитальный эндометриоз достоверно чаще выявляли у женщин ХГ, а именно – у 40 пациенток (13,1%) против 31 женщины (6,0%) в КГ ($p < 0,05$). Тогда как внутренний эндометриоз (аденомиоз) в обеих группах выявляли с одинаковой частотой (49 больных (16,1%) в ХГ и 90 пациенток (17,3%) в КГ). Среди хирургических вмешательств преобладали органосохраняющие операции – 262 пациентки (85,9%) против 72 женщин (23,6%), которым проведено радикальное вмешательство.

Чаще всего КМ проводили лапаротомическим (ЛТ) доступом (130 больных – 42,6%). В два раза реже использовали лапароскопию (ЛС), преимущественно у женщин с бесплодием для удаления небольших лейоматозных узлов с преимущественно субсерозным расположением (60 пациенток – 19,7%). У 41 женщины (13,4%) субмукозные узлы удалены путем гистерорезектоскопии (ГРС).

Анемию достоверно чаще выявляли у женщин с ЛМ, которые требовали хирургического вмешательства, – 47 больных (15,4%) в ХГ против 48 пациенток (9,2%) в КГ ($p < 0,05$). Бесплодие при ЛМ диагностировали у каждой четвертой пациентки, несколько чаще в ХГ – 83 женщины (27,2%) против 124 больных (23,9%) в КГ.

Заключение. ЛМ диагностировали у каждой пятой женщины с тенденцией к росту частоты. Каждая третья женщина с ЛМ (37%) требовала хирургического вмешательства, преобладали органосохраняющие вмешательства (85,9%) и предпочтение отдавали лапаротомическому доступу (42,6%). Для женщин консервативной группы характерно более частое сочетание ЛМ с ХВЗОМТ (39,9%), патологией эндометрия (43,9%) и шейки матки (20,0%). Бесплодие диагностировали у каждой четвертой женщины с ЛМ, без различия как между группами, так и между первичным и вторичным бесплодием.

Ключевые слова: лейомиома матки, хирургическое лечение, консервативное лечение, сопутствующая гинекологическая патология.

Поширеність лейомиоми матки (ЛМ) коливається у широких межах – її виявляють у 15% жінок віком понад 30 років, у 50% – понад 35 років і набагато частіше – у більш старших вікових групах. На сьогодні відзначається тенденція до підвищення частоти розвитку ЛМ у жінок фертильного віку [1, 2].

Поряд з тенденцією зростання частоти захворюваності також відзначається більш раннє виникнення патології. Середній вік виявлення ЛМ становить 32–33 роки при середньому періоді розвитку пухлини п'ять років [3, 4]. Поширеність у жінок у віці до 30 років зростає з 2% до 12,5%. [5].

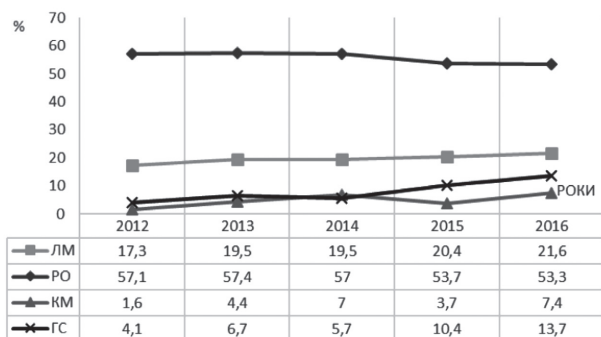


Рис. 1. Захворюваність на ЛМ та розподілення за видом втручання по роках за даними Хмельницького обласного перинатального центру

При цьому симптоматику спостерігають лише у кожній четвертій пацієнтки з ЛМ; у решти хворих перебіг безсимптомний. За даними деяких авторів, поширеність безсимптомної ЛМ у жінок віком від 18 до 30 років становить 43–57% [6]. Між тим, безсимптомний перебіг процесу може бути критичним для фертильної функції. Доведено, що ЛМ діагностують у кожній п'ятій жінки з безплідністю [7].

При цьому дані про епідеміологічні фактори, пов'язані з ризиком розвитку ЛМ, не повністю зрозумілі [8].

Мета дослідження: встановлення частоти, структури та взаємозв'язку із супутньою гінекологічною патологією захворюваності пацієнток на ЛМ шляхом ретроспективного аналізу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз 12 241 історії хвороби пацієнток, які проходили лікування протягом 2012–2016 рр. у відділенні гінекології з малоінвазивними технологіями, ліжками медицини плода та патології ранніх термінів вагітності (ВГ) Хмельницького обласного перинатального центру як відділення загального гінекологічного напрямлення, а також спеціалізованого відділення надання допомоги жінкам, зацікавленим у збереженні та відновленні репродуктивної функції, а саме – відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінки ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України».

Результати обстеження фіксували у спеціально розробленій формалізованій історії хвороби для подальшого введення та оброблення інформації.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Так, за даними Хмельницького обласного перинатального центру, у ВГ було проліковано 7731 хвору, із них 1523 жінки з ЛМ, що становило 19,7%. Частота ЛМ по роках коливалася від 17,3% у 2012 році до 21,6% у 2016 році з поступовим зростанням, що відображено на рис. 1.

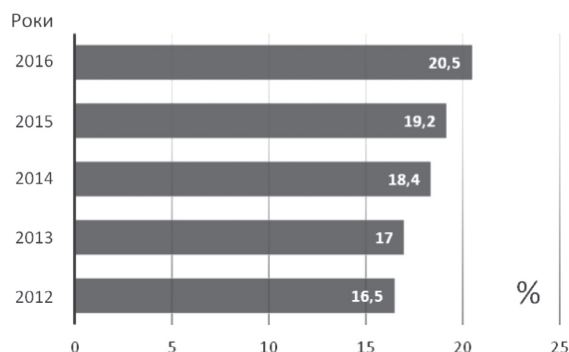


Рис. 2. Питома частка лейоміоми матки у структурі захворюваності у відділенні планування сім'ї і оперативної реабілітації по роках

Більше ніж половині жінок проводили радикальні втручання (846 жінок – 55,5%) без тенденції до зниження, що негативно впливало на якість життя, призводило до ранньої менопаузи і не залишало шансів на можливість народити дитину тим, хто не реалізував репродуктивної функції. І тільки 76 хворим, що становило 5%, проведено органозберігальне втручання. При цьому слід звернути увагу на дуже низький відсоток використання гістероскопії (ГС) як методу діагностики, що у поєднанні з УЗД дозволяє ретельно та індивідуалізовано підійти до вибору тактики. Так, ГС була проведена всього у 128 хворих – 8,4%. Проте відзначається позитивна тенденція до підвищення частоти як консервативної міомектомії (КМ), так і ГС по роках (див. рис. 1).

Зазвичай у даному відділенні проводиться лікування всім жінкам з гінекологічними проблемами незалежно від віку, що і зумовлює такий великий відсоток радикальних операцій. Але урахувавши, що на сьогодні жінки часто відкладають реалізацію репродуктивної функції на більш пізній вік і «помолодшання» даної патології, все більшої актуальності набуває питання розроблення підходів до лікування ЛМ з урахуванням репродуктивних намірів пацієнток, бажання мати високу якість життя, залишитися якомога довше здоровою й активною.

Серед 4510 пацієнток, госпіталізованих у відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації репродуктивної функції жінки ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», ЛМ діагностували у 824 хворих, що становило 18,3%. Як видно з рис. 2, визначається постійна тенденція зростання частоти ЛМ серед пацієнток, що лікувалися у відділенні планування сім'ї та оперативної реабілітації.

Серед цих хворих 305 (37%) пацієнткам були проведені оперативні втручання (хірургічна група – ХГ), такі, як КМ або радикальна операція різними доступами. Решта 519 (63%) жінок отримували консервативну терапію (консервативна група – КГ).

Якщо проаналізувати дані щодо питомої частки жінок з ЛМ залежно від виду лікування по роках, то тут спостерігаються коливання у межах від 5% до 8,5% у ХГ та від 9,5%

Таблиця 1

Розподіл хворих з ЛМ по роках залежно від виду лікування, абс. число (%)

Група хворих	Усього	Роки				
		2012	2013	2014	2015	2016
ХГ	305 (6,8)	49 (5,0)	68 (7,0)	49 (5,3)	76 (8,5)	63 (7,6)
КГ	519 (11,5)	112 (11,5)	85 (9,5)	120 (13,0)	95 (10,7)	107 (12,9)
ЛМ	824 (18,3)	161 (16,5)	153 (17,0)	169 (18,4)	171 (19,2)	170 (20,5)
Усього	4510	976	896	920	889	829

Розподіл жінок з лейоміомою матки за віком, абс. число (%)

Група хворих	Усього, n	Вік, роки					
		До 25	26–30	31–35	36–40	41–45	46–49
ХГ	305	5 (1,6)	26 (8,5)	72 (23,6)	83 (27,2)	80 (26,2)	39 (12,8)
КГ	519	2 (0,4)	44 (8,5)	113 (21,8)	129 (24,9)	138 (26,6)	93 (17,9)
ЛМ	824	7 (0,8)	70 (8,5)	185 (22,5)	212 (25,7)	218 (26,5)	132 (16,0)

Таблиця 3

Розподіл жінок з ЛМ за видами хірургічних втручань по групах, абс. число (%)

Група хворих	Усього, n	Діагностичні		Органозберігальні			Радикальні
		МСГ	ГС	ГРС	ЛС	ЛТ	
ХГ	305	21 (6,9)	118 (38,7)	41 (13,4)	60 (19,7)	130 (42,6)	72 (23,6)
КГ	519	79 (15,2)*	368 (70,9)*	28 (5,4)*	-	-	-
ЛМ	824	100 (12,1)	486 (59,0)	69 (8,4)	60 (7,3)	130 (15,8)	72 (8,7)

Примітка. * – Різниця достовірна порівняно з ХГ, $p < 0,05$.

до 13% у КГ без направлених тенденцій, що відображено у табл. 1.

Середній вік обстежених хворих становив $38,3 \pm 0,4$ року у жінок ХГ та $39,2 \pm 0,3$ року у КГ.

Розподілення хворих по групах за віком відображено у табл. 2.

Як видно з табл. 2, ЛМ до 25 років виявляли рідко, менше 1% випадків, проте у ХГ у чотири рази частіше, що підтверджує той факт, що незалежно від віку симптомний перебіг захворювання змушує жінок звертатися по допомогу – і це вже ЛМ, яка потребує хірургічного видалення вузлів. Починаючи з 26 років, частота ЛМ починає зростати в обох групах до 8,5% з різким підвищення після 30 років – у 3 рази. Досягає піку у віці 36–40 років у ХГ та у 41–45 років – у КГ з поступовим зниженням після 45 років.

ЛМ, що потребувала оперативного лікування, не тільки розвивалася у більш молодому віці, але й жінки даної групи достовірно частіше потребували повторної госпіталізації до стаціонару, а саме – 161 хвора, що становило 19,5%, проти 51 жінки (9,8%) у КГ ($p < 0,05$).

Розподілення пацієнок за видами діагностичних та хірургічних втручань відображено у табл. 3.

Як видно з табл. 3, у жінок КГ достовірно частіше використовували діагностичні методи, що є закономірним для визначення подальшої тактики ведення пацієнок. Так, метросальпінгографію (МСГ), за даними ретроспективного аналізу, проведено у 75 хворих (15,2%) КГ проти 21 жінки (6,9%) ХГ ($p < 0,05$). ГС як метод діагностики стану порожнини матки, визначення розміщення вузлів відносно порожнини матки та з метою отримання матеріалу для гістологічного дослідження і лікування супутньої патології ендометрія також достовірно використовували у групі жінок, що отримували консервативну терапію, а саме – у 368 жінок (70,9%) проти 118 пацієнок (38,7%) ХГ ($p < 0,05$).

Серед хірургічних втручань переважали органозберігальні операції (262 пацієнтки – 85,9%) проти 72 жінок (23,6%), яким проведено радикальне втручання. Найчастіше консервативну міомектомію проводили лапаротомічним (ЛТ) доступом (130 хворих – 42,6%), що дозволяє максимально видалити вузли та ретельно ушити матку і попередити її розрив при настанні вагітності. У два рази рідше використовували лапароскопію (ЛС), здебільшого у жінок з безплідністю для видалення невеликих лейоматозних вузлів з переважно субсерозним розташуванням (60 пацієнок – 19,7%). У 41 жінки

Таблиця 4

Супутня патологія у жінок з лейоміомою матки, абс. число (%)

Супутня патологія	Значення показника по групах пацієнок		
	ХГ, n=305	КГ, n=519	ЛМ, n=824
Тазові спайки	54 (17,7)	82 (15,8)	136 (16,5)
ХЗЗОМТ	92 (30,2)	207 (39,9)*	299 (36,3)
Зовнішній генітальний ендометріоз	40 (13,1)	31 (6,0)*	71 (8,6)
Аденоміоз	49 (16,1)	90 (17,3)	139 (16,9)
Патологія ендометрія	48 (15,7)	228 (43,9)*	276 (33,5)
Патологія придатків	53 (17,4)	31 (6,0)*	84 (10,2)
Патологія шийки матки	27 (8,9)	104 (20,0)*	131 (15,9)
Анемія	47 (15,4)	48 (9,2)*	95 (11,5)
Безплідність I	43 (14,1)	70 (13,5)	113 (13,7)
Безплідність II	40 (13,1)	54 (10,4)	94 (11,4)
Безплідність	83 (27,2)	124 (23,9)	207 (25,1)

Примітка. * – Різниця достовірна порівняно з ХГ, $p < 0,05$.

(13,4%) субмукозні вузли видалено шляхом гістерорезектоскопії (ГРС).

З метою визначення причин, що можуть зумовлювати розвиток лейоміоми матки, і необхідності хірургічного лікування вивчено структуру супутньої гінекологічної патології (табл. 4).

Як видно з табл. 4, між ХГ та КГ існують певні відмінності щодо супутньої патології. Так, у жінок КГ достовірно частіше ЛМ перебігала на фоні хронічних запальних захворювань органів малого таза (ХЗЗОМТ) – у 207 хворих (39,9%) проти 92 жінок (30,2%) у ХГ ($p < 0,05$). Тоді як тазові спайки діагностували в обох групах з однаковою частотою – 54 жінки (17,7%) у ХГ та 82 хворі (15,8%) у КГ. Що стосується ендометріозу, то зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) достовірно частіше виявляли у жінок ХГ, а саме – у 40 пацієнток (13,1%) проти 31 жінки (6,0%) у КГ ($p < 0,05$). Тоді як внутрішній ендометріоз (аденоміоз) в обох групах виявляли з однаковою частотою – 49 хворих (16,1%) у ХГ та 90 пацієнток (17,3%) у КГ.

Патологія придатків, така, як доброякісні новоутворення або полікістоз, достовірно частіше була діагностована у жінок ХГ – у 53 випадках (17,4%) проти всього у 31 жінки (6%) у КГ ($p < 0,05$). При цьому супутню патологію ендометрія, що включала поліпи та гіперплазію, достовірно частіше констатували у КГ майже у кожній другій жінки (228 хворих – 43,9%) проти менш ніж у кожній п'ятій у ХГ (48 пацієнток – 15,7%; $p < 0,05$). Також патологія шийки матки достовірно частіше супроводжувала ЛМ у КГ – 104 жінки (20%) проти 27 хворих (8,9%) у ХГ ($p < 0,05$).

Слід також зазначити, що анемію достовірно частіше виявляли у жінок з ЛМ, які потребували хірургічного втручання (47 хворих (15,4%) у ХГ проти 48 пацієнток (9,2%) у КГ; $p < 0,05$).

Безплідність при ЛМ діагностували у кожній четвертій пацієнтки, дещо частіше у ХГ – 83 жінки (27,2%) проти 124 хворих (23,9%) у КГ. Без відмінностей по групах частота первинної безплідності була дещо вищою у КГ (у 70 хворих (13,5%) – первинна безплідність, а у 54 жінок (10,4%) – вторинна). Тоді як у ХГ первинну і вторинну безплідність було діагностовано з однаковою частотою (43 жінки (14,1%) – первинна і 40 хворих (13,1%) – вторинна).

Отже, виявлено певні відмінності у супутній патології по групах і вони, найімовірніше, залежали від самої групи. Так, саме наявність супутніх ХЗЗОМТ та патології ендометрія і шийки матки у КГ були причиною звернення по допомогу. А ЛМ у даній групі виявляли під час УЗД, і перебігала вона безсимптомно.

Тоді як у ХГ саме ЛМ мала симптомний перебіг і була причиною звернення по допомогу. Великі розміри вузлів або їхнє розташування відносно порожнини матки, зокрема деформація, зумовлювали клінічний перебіг, частіше призводили до анемії і потребували хірургічного видалення ЛМ.

Вища частота ЗГЕ у жінок ХГ пояснюється тим, що саме операція є «золотим стандартом» встановлення даного діагнозу. А наявність вищої частоти доброякісних новоутворень яєчників залежала від того, що часто під час операції реєстрували функціональні ураження, які не фіксували у КГ.

ВИСНОВКИ

Серед обстежених хворих лейоміому матки (ЛМ) діагностували у кожній п'ятій жінки з тенденцією до зростання частоти.

Кожна третя жінка з ЛМ (37%) потребувала хірургічного втручання. Позаяк частота захворювання різко зростала після 30 років і досягала максимуму у 35–40 років, то переважали органоозберігальні втручання (85,9%). Перевагу надавали лапаротомічному доступу (42,6%), що дозволяло максимально видалити вузли і ретельно ушити матку. При субмукозній локалізації вузлів використовували ГРС (13,4%). Проте кожній четвертій жінці (23,6%) проведено радикальне втручання.

Хоча ці жінки і реалізували репродуктивну функцію, але видалення органа часто супроводжувалося певним психологічним дискомфортом та раннім настанням менопаузи, що негативно впливало на якість життя. Тому вивчення причин виникнення та розвитку ЛМ, особливо – великих розмірів, що призводить до необхідності хірургічного втручання, є одним з актуальних завдань на сьогодні, ураховуючи демографічну кризу, відкладання народження дітей на більш пізній вік.

Для ЛМ, що потребує хірургічного втручання, характерний більш молодий вік, необхідність повторних госпіталізацій у кожному п'ятому випадку. Спостерігається більш часте поєднання із ЗГЕ та доброякісними утвореннями яєчників, що погіршує перебіг захворювання, а також наявність анемії у 15,4%, що було достовірно частіше, ніж у консервативній групі.

Безплідність діагностували у кожній четвертій жінки з ЛМ без відмінностей як між групами, так і між первинною і вторинною безплідністю.

Для жінок консервативної групи характерне більш часте поєднання із ХЗЗОМТ (39,9%), патологією ендометрія (43,9%) та шийки матки (20,0%). І, найімовірніше, наявність цієї супутньої патології зумовлювала клінічний перебіг захворювання і була причиною звернення по допомогу та супутньої безплідності. А ЛМ перебігала без клінічних проявів і не мала тенденції до росту. І тому такий розподіл на групи є оптимальним для подальшого, більш глибокого вивчення причин розвитку ЛМ та супутньої безплідності з метою розроблення комплексу діагностично-лікувальних заходів для збереження та відновлення репродуктивної функції.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Корнацька Алла Григорівна – ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (050) 923-80-77. *E-mail: alla.kornatska@gmail.com* orcid.org/0000-0001-6638-6426

Флаксемберг Майя Аркадіївна – Хмельницький обласний перинатальний центр, 29000, м. Хмельницький, вул. Пілотська, 1; тел.: (038) 265-76-81. *E-mail: flaksembereg.maja@gmail.com* orcid.org/0000-0002-7419-0180

Чубей Галина Валеріївна – ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: chubey.galina@gmail.com* orcid.org/0000-0001-5425-6739

Бражук Марина Вікторівна – ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: marinabrazhuk@bigmir.net* orcid.org/0000-0002-0574-7774

Informations about authors

Kornatska Alla Hryhorivna – State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic. O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine», 04050, Kyiv, str. Platona Mayborody, 8; tel.: (050) 923-80-77. *E-mail: alla.kornatska@gmail.com*
orcid.org/0000-0001-6638-6426

Flaksemberh Maiia Arkadiivna – Khmelnytskyi Regional Perinatal Center, 29000, Pilotskaia Street, Khmelnytskyi; tel.: +38(038) 265-76-81. *E-mail: flaksemberg.maja@gmail.com*
orcid.org/0000-0002-7419-0180

Chubey Galyna Valeriivna – State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic. O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine», 04050, Kyiv, str. Platona Mayborody, 8; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: chubey.galina@gmail.com*
orcid.org/0000-0001-5425-6739

Brazhuk Maryna Viktorivna – State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic. O.M. Lukyanova of NAMS of Ukraine», 04050, Kyiv, str. Platona Mayborody, 8; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: marinabrazhuk@bigmir.net*
orcid.org/0000-0002-0574-7774

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени акад. Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (050) 923-80-77. *E-mail: alla.kornatska@gmail.com*

orcid.org/0000-0001-6638-6426

Флаксемберг Майя Аркадьевна – Хмельницкий областной перинатальный центр, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1; тел.: (0382) 65-76-81. *E-mail: flaksemberg.maja@gmail.com*
orcid.org/0000-0002-7419-0180

Чубей Галина Валерьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени акад. Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: chubey.galina@gmail.com*

orcid.org/0000-0001-5425-6739

Бражук Марина Викторовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени акад. Е.М. Лукьяновой Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: marinabrazhuk@bigmir.net*

orcid.org/0000-0002-0574-7774

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Макачук ОМ, Гаврилюк ГМ (2016). Порівняльне оцінювання показників якості життя у пацієнток після оперативного лікування з приводу міоми матки. *Здоровье женщины*. 8(114):94-7.
2. Веропотвелян ПН, Веропотвелян НП, Цехмистренко ИС, Бондаренко АА (2016). Современное представление о миоме матки и ее лечении. *Здоровье женщины*. 7(113):16–22.
3. Феофилова М.А, Томарева ЕИ, Евдокимова ДВ. (2017). Этиология

- и патогенез миомы матки, ее взаимосвязь с состоянием здоровья и репродуктивной функцией женщин (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий* 24;4:249–60.
4. Корнацька АГ, Вовк ІБ, Чубей ГВ. (2016). Репродуктивне здоров'я жінок з лейоміомою матки на тлі запальних захворювань органів малого таза. *Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України*. 2(38):234-9.
 5. Laganà AS, Alonso Pacheco L,

- Tinelli A, Haimovich S, Carugno J, Ghezzi F, Mazzon I, Bettocchi SJ. (2019). Management of Asymptomatic Submucous Myomas in Women of Reproductive Age: A Consensus Statement from the Global Congress on Hysteroscopy Scientific Committee. *Minim Invasive Gynecol*. 26(3):381-3. doi: 10.1016/j.jmig.2018.06.020.
6. Marsh EE, Ekpo GE, Cardozo ER et al. (2013). Racial differences in fibroid prevalence and ultrasound findings in asymptomatic young women (18-30

- years old): a pilot study. *Fertil. Steril*. 99;7:1951–7.
7. Baird DD, Harmon QE, Upson K. et al. (2015) A prospective, ultrasound-based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and growth: methods and results of Recruitment. *J. Womens Health (Larchmt)*. 24;11:907–15.
 8. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine leiomyomata. In: Goldman MB, Troisi R, Rexrode KM, editors. *Women and Health*. San Diego: Academic Press; 2013:285-306.

Статья поступила в редакцию 30.11.2020