

# **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С АДЕНОМИОЗОМ**

**Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В., Кухарчик И.В., Павловская М.А.**  
*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Миома матки и эндометриоз являются одними из наиболее распространенных заболеваний женских половых органов, которые, по данным ряда авторов, сочетаются между собой в 60% случаев [1, 4].

В последние годы отмечена тенденция к увеличению заболеваемости и осложнению миомы матки и эндометриоза. Так, сегодня миома матки, выявляется почти у 75 % женщин репродуктивного возраста, а средний возраст женщин при выявлении миомы составляет  $32,8 \pm 0,47$  лет [1, 3, 4].

По данным Американского общества фертильности, за последние 10 лет экономические затраты на лечение больных эндометриозом возросли на 61 %, при этом 85 % затрат приходится на амбулаторную службу. Около 50 % больных неоднократно посещают врача, при этом 20 % посещений врача женщинами до 23 лет приходится на эндометриоз [2].

Вопросы патогенеза миомы матки и эндометриоза остаются предметом многочисленных научных исследований. Несмотря на отсутствие единой точки зрения на причины возникновение этих заболеваний, по мнению большинства авторов, в патогенезе этих заболеваний основная роль принадлежит гормональным и иммунным нарушениям [1-4].

Учитывая тот факт, что в последнее время миома матки и аденомиоз все чаще диагностируются у женщин активного репродуктивного возраста, актуальной проблемой современной гинекологии становится оценка клинической характеристики этой группы женщин и последующая разработка консервативных методов лечения этих заболеваний.

**Цель.** Провести анализ клинических данных у женщин репродуктивного возраста с миомой матки в сочетании с аденомиозом.

**Методы исследования.** Работа основана на результатах комплексного обследования 79 женщин с миомой матки в сочетании с аденомиозом II-III степени, находившихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБ №4 г.Гродно» и УЗ «ГОКПЦ» за 2016-2018 гг. У всех женщин диагноз миомы и аденомиоза установлен на основании клинического обследования с использованием дополнительных методов. Для топической и нозологической верификации миомы матки и степени распространения аденомиоза использовали трансабдоминальную и трансвагинальную эхографию, гистеро-цервикоскопию с

раздельным диагностическим высабливанием и цервикогистеросальпингографией.

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

**Результаты и их обсуждение.** Распределение пациенток по возрасту показало, что большая часть больных миомой матки в сочетании с аденомиозом оказалась в диапазоне 29-39 лет (79,7%), при этом средний возраст составил  $35,6 \pm 0,7$  лет. Индекс массы тела в 91,1% случае соответствовал норме и в среднем составил  $24,2 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>.

Наследственная предрасположенность к миоме матки и аденомиозу была выявлена у 25,3% женщин. Большинство женщин с миомой матки в сочетании с аденомиозом (58,2%) имели продолжительность заболевания более 10 месяцев от момента клинических проявлений или выявления заболеваний при диспансеризации. У 25,3% пациенток с миомой матки и аденомиозом наблюдалось первичное и вторичное бесплодие, а у 11,4% от 2 до 6 самопроизвольных абортов в анамнезе. У 67,1% обследованных в анамнезе были одни роды, а более 3 медицинских абортов было выполнено у 58,2% женщин. Ретроспективный анализ репродуктивной функции пациентов показал, что частота распространения высабливаний матки (медицинские абORTы, высабливания матки после самопроизвольных абортов и замерших беременностей, высабливания после родов, раздельно-диагностического высабливания матки) составила 84,8%. Наиболее характерным клиническим проявлением миомы матки в сочетании с аденомиозом являлось нарушение менструальной функции, выявляющееся у 100% пациентов. Как правило, они проявлялись по типу мено- и метроррагий, а также кровомазаний в пред- и постменструальном периоде. Около 40% пациенток имели сочетание нескольких симптомов. Жалобы на болевой синдром предъявляли 88,6% женщин с миомой матки в сочетании с аденомиозом. При этом наиболее часто отмечалась боль по типу дисменореи, диспареунии, тазовой боли, не связанной с менструацией. У 79,7% обследованных отмечалось сочетание нескольких симптомов. По шкале Rudkin G.F. легкая степень болевого синдрома отмечена у 44,3% женщин, средняя степень - у 35,4%, тяжелая - у 10,1% пациентов. Нарушения психоэмоционального статуса у женщин с сочетанной патологией в виде раздражительности, повышенной утомляемости, эмоциональной лабильности, депрессии и бессонницы отмечались у 86,1% пациенток. У большинства женщин отмечались нарушения психоэмоциональной сферы I степени - у 79,7%, а II степени - у 20,3%. Жалобы на учащенное мочеиспускание, увеличение живота в размере и бесплодие встречались значительно реже. По данным УЗИ малого таза были оценены размеры доминирующего миоматозного узла и общие размеры матки в см<sup>3</sup> по формуле  $4/3\pi r^3$ . Согласно полученным данным, средний объем матки составил

825,7±82,3 см<sup>3</sup>, при этом у 51,9% женщин размеры матки соответствовали 10-12 неделям беременности. Средний размер доминирующего миоматозного узла составил 252,1±128,92 см<sup>3</sup>. В ходе обследования у 100 % пациенток нами были выявлены УЗ-признаки аденомиоза (увеличение матки в основном за счет переднезаднего размера и ассиметричное утолщение одной из стенок, нечеткий контур полости матки, гиперэхогенные линейные структуры на границе эндометрия и миометрия; наличие гипо- и анэхогенных структур круглой и овальной формы в области базального слоя эндометрия, зоны повышенной эхогенности в миометрии, дающие линейные акустические тени). Гистероскопические признаки аденомиоза (изменение рельефа эндометрия, открытые, кровоточащие «глазки» эндометриоза, темно-синюшные «глазки» эндометриоза, ригидность стенок матки, неровные, шероховатые, бугристые стенки полости матки) были выявлены у 100,0 % пациенток. Сочетание нескольких гистероскопических критериев наблюдалось у 94,9% пациенток, что позволяло более точно диагностировать патологический процесс. Признаки аденомиоза и миомы матки, по данным цервикогистеросальпингографии (дефекты наполнения полости матки, связанные с наличием субмукозной миомы, «законтурные тени», искривление полости матки, расширение полости матки, уменьшение полости матки), были выявлены у 87,3% женщин.

**Выводы.** Анализ клинических данных показал, что в группу риска по развитию сочетания миомы матки и эндометриоза входят пациенты с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, страдающие привычным невынашиванием беременности. Следовательно, эта группа женщин требует специально разработанных лечебно-реабилитационных мероприятий, одновременно являющихся эффективными в отношении клинических проявлений и позволяющих сохранить репродуктивную функцию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Dueholm, M. Uterine adenomyosis and infertility, review of reproductive outcome after in vitro fertilization and surgery / M. Dueholm // Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. – 2017. – Vol. 96 (6). – P. 715–726.
2. Economic burden of endometriosis / X.Gao [et all] // Fertil. Steril.-2006.-Vol.86.-№6.-P.1561-1572.
3. New directions in the epidemiology of uterine fibroids/ S.K.Laughlin [et all] // Seminars in Reproductive Medicine.-2010.-Vol.28.-№3.-P.204–217.
4. Self-reported family history of leiomyoma: not a reliable marker of high risk / T.M.Saldana [et all] // Annals of Epidemiology.-2013.-Vol. 23.-№5.-p.286-290.