

КЛІНІЧНИЙ СТАН ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ МАТКИ – ЛЕЙОМІОМУ ТА АДЕНОМІОЗ

ВСТУП

Поєднана патологія матки (ППМ) – лейоміома матки (ЛМ) і аденоміоз – є однією з актуальних проблем гінекологічної патології сьогодення та належить до найпоширеніших гінекологічних захворювань [1]. Аденоміоз та ЛМ зазвичай співіснують [13], при цьому аденоміоз рідко діагностується до гістеректомії: кількість випадків супутнього аденоміозу, виявленого під час гістеректомії в жінок із ЛМ, сягає 57% [15, 16].

ЛМ є найпоширенішою гінекологічною пухлиною в жінок репродуктивного віку, проте її етіологія та патогенез залишаються недостатньо вивченими. Факторами, що асоціюються з ЛМ, вважають вік жінки, ожиріння та расу (зокрема в афроамериканок ЛМ виникає втричі частіше і зазвичай характеризуються тяжкими симптомами) [23, 24]. ЛМ суттєво впливає на тривалість і якість життя жінки. Так, у США ризик, пов'язаний з тривалістю життя, для жінок із ЛМ оцінюється до 75%. Існує також сімейна схильність, яка стосується родичів першого ступеня спорідненості [25].

В останнє десятиліття завдяки вдосконаленню технічних можливостей медицини і впровадженню ефективних препаратів відбулася радикальна зміна тактики лікування ЛМ. Пасивна вичікувальна тактика у випадках безсимптомної ЛМ змінилась на активний менеджмент, який полягає в ранній діагностиці та диференційованому використанні медикаментозних і малоінвазивних методів органозберігаючого лікування, а також їх поєднанні [7, 10].

Клінічно ЛМ перебігає у вигляді двох форм: симптомної і безсимптомної [2, 12]. Симптомний перебіг ЛМ має місце майже в кожній третій жінки і проявляється у збільшенні розмірів матки, бугристості її поверхні, маткових кровотечах, анемії, дисменореї, порушенні функцій суміжних органів, порушенні живлення міоматозного вузла, апоплексії тощо [3, 11].

Клінічно аденоміоз матки часто має безсимптомний перебіг, але в подальшому може проявлятися матковими кровотечами, анемією, вираженим больовим синдромом, субфебрильною температурою як наслідком запального процесу, збільшенням органу, диспареунією, вторинною дисменореєю, менорагіями [4, 21].

Дифузний аденоміоз переважно супроводжується больовим синдромом, анемією, субфебрильною температурою і проявляється виділеннями зі статевих шляхів до та після менструації, передменструальним синдромом, скороченням менструального циклу (МЦ), збільшенням розмірів матки [5]. Зі ступенем поширення захворювання симптоми наростають.

Незважаючи на доброякісну природу захворювання, аденоміоз проявляє виражену інвазію та розповсюдження, через що новітні наукові роботи спрямовані на вивчення такого явища, як активність ендометріюїдних гетеротопій [8].

Притаманний аденоміозу біль посилюється, характерними є суттєві порушення МЦ, нудота, блювання, загальна слабкість. Рівень лейкоцитів та швидкість осідання еритроцитів підвищені, розміри яєчників і матки збільшені. Постгеморагічна анемія виникає на фоні маткових кровотеч і супроводжується низьким рівнем гемоглобіну, млявістю, блідістю шкірних покривів, невротизмом, депресією [9].

В жінок із ЛМ значний біль може бути пов'язаний саме із супутнім аденоміозом [13, 14]. Хворі на аденоміоз та ЛМ відзначають значно тяжчий стан хвороби під час менструації, коливання тривалості МЦ, виражений тазовий біль (під час менструального періоду та не пов'язаний із ним), а також міжменструальні кровотечі. Крім того, аденоміоз посилює симптоматику супутньої ЛМ [17].

Отже, хоча ЛМ і аденоміоз часто співіснують, їх патологія та клінічні характеристики відрізняються. Крім того, в значній кількості таких пацієнток має місце супутня екстрагенітальна патологія. Обидва порушення неодноразово пов'язували з безпліддям, на яке страждають 30–80% хворих на аденоміоз [21, 22]. У кількох дослідженнях було зареєстровано ще вищий показник, а також підвищений ризик виникнення спонтанних викиднів у жінок із вираженим аденоміозом [18]. Клінічні та молекулярні дані програми донорства ооцитів свідчать, що наявність аденоміозу не впливає на імплантацію, але вища частота викиднів була пов'язана саме з аденоміозом [19]. Жінки з діагнозом аденоміозу і ЛМ мають значно більшу частоту важких епізодів крово-



М.Б. ЗАПОРОЖЧЕНКО

д. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету, завідувачка відділенням гінекології Одеського обласного клінічного медичного центру, м. Одеса
ORCID: 0000-0003-1450-9708

А.В. СИДОРЕНКО

аспірант кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ, лікар акушер-гінеколог відділення гінекології Одеського ОКМЦ, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-4673-2819

Д.Ю. ПАРУБІНА

аспірант кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ, лікар акушер-гінеколог відділення гінекології Одеського ОКМЦ, Одеса
ORCID: 0000-0002-8289-1673

Контакти:

Запорожченко Марина Борисівна
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології №1
65082, Одеса, Ольгівська, 4
Тел.: +38 (067) 483 96 95
email: maremarina99@gmail.com

ПУХЛИНИ ТА ПЕРЕДПУХЛИННА ПАТОЛОГІЯ

течі та тромбозу після оперативних втручань [17]. Разом із тим у дослідженні за участю жінок з аденоміозом і ЛМ не спостерігалось підвищення частоти кесаревого розтину або будь-якого іншого хірургічного втручання на матці [20].

Клінічна оцінка загального стану пацієнток при ППМ (ЛМ і аденоміозі) має практичне значення для визначення конкретної терапевтичної тактики [6]. Вивчення загального стану жінок репродуктивного віку з цією патологією дозволяє визначити наявність багатьох факторів, які можуть впливати на клінічний перебіг захворювання.

Мета роботи – дослідити клінічний стан жінок репродуктивного віку, хворих на ППМ – ЛМ і аденоміоз. Дане дослідження є частиною комплексної науково-дослідної роботи «Розробка та впровадження алгоритмів діагностики, лікування та профілактики актуальних захворювань репродуктивної системи жінки» (№ державної реєстрації 0112U008308) кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету МОЗ України.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 120 жінок репродуктивного віку з ППМ. Група ІА об'єднала 60 хворих на безсимптомну ЛМ в поєднанні з аденоміозом вузловим, дифузним, дифузно-вогнищевим ІІІ, ІV ступенів тяжкості активного клінічного перебігу; група ІБ – 60 хворих на симптомну ЛМ в поєднанні з аденоміозом дифузним, дифузно-вогнищевим І, ІІ ступенів тяжкості неактивного клінічного перебігу.

Обстеження проводили згідно з чинними наказами МОЗ України, отримавши згоду всіх пацієнток. Дослідження було виконано у відповідності до принципів Гельсінської декларації, його протокол був затверджений Локальним етичним комітетом для всіх учасниць.

Отримані в ході статистичних досліджень дані опрацьовували методом варіаційної статистики з використанням

стандартних пакетів програм Microsoft Excel 2003 з обчисленням середньої арифметичної величини (M), середньої похибки середньої арифметичної (m). Різницю між величинами вважали достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Симптоми клінічного перебігу ППМ (ЛМ й аденоміозу) представлено в таблиці 1.

Вивчення загального стану жінок репродуктивного віку, хворих на ППМ (ЛМ і аденоміоз), показало наявність багатьох факторів, що можуть впливати на клінічний перебіг захворювання. Диспареунія спостерігалась у 71,7% жінок обох груп, посилення вагінальних міжменструальних кров'яних виділень темної крові – у 100% пацієнток. У 100% хворих на ППМ спостерігалися тривала менструація (понад 7 днів), надмірні та часті менструації, больовий синдром. Загальне нездужання, постійний дискомфорт унизу живота мали 80,8% жінок, постійний біль у животі – 51,7%. Клінічні ознаки неврозів, депресії були у 100% пацієнток з ППМ активного та пасивного ступенів тяжкості.

Як видно з даних, представлених у таблиці 1, між групами ІА (безсимптомна ЛМ та аденоміоз вузловий, дифузний і дифузно-вогнищевий ІІІ, ІV ступенів тяжкості активного клінічного перебігу) та ІБ (симптомна ЛМ та аденоміоз дифузний, дифузно-вогнищевий І, ІІ ступеня тяжкості неактивного клінічного перебігу) відзначена різниця в клінічному перебігу ППМ, яка полягала в тому, що біль під час статевого акту, дисменорея, больовий синдром за декілька днів до менструації переважав у групі жінок із активним аденоміозом і безсимптомною ЛМ, при цьому частота больового синдрому за декілька днів до менструації, альгодисменореї, постійного дискомфорту внизу живота були достовірно більшими в групі ІА ($p < 0,05$).

Вивчення наявності та нозологічних форм екстрагенітальної патології виявило широкий спектр захворювань різних

Таблиця 1. Характеристика клінічного перебігу ППМ (ЛМ і аденоміозу) (N80.0) активного та пасивного ступенів тяжкості

Клінічні прояви (рубрика за МКХ-10)	Група ІА, n = 60		Група ІБ, n = 60		Всього, n = 120	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Менструальна функція						
Тривалість менструації понад 7 днів	60	100	60	100	120	100
Надмірні та часті менструації (N 92)	60	100	60	100	120	100
Міжменструальні кров'яні виділення темної крові	60	100	60	100	120	100
Виділення кров'яних згустків за 2–3 дні до та після менструації	60	100	60	100	120	100
Больовий синдром						
Больовий синдром за декілька днів до менструації	60	100	40	66,7	100	83,3
Альгодисменорея (N94)	60	100	40	66,7	100	83,3
Постійний дискомфорт унизу живота (R19)	54	90,0	43	71,7	97	80,8
Постійний біль у животі (R10)	33	55,0	29	48,3	62	51,7
Біль у нижній частині спини	24	40,0	27	45,0	51	42,5
Біль у ділянці крижів	16	26,7	18	30,0	34	28,3
Біль у ділянці попереку	15	25,0	17	28,3	32	26,7
Дискомфорт, болі під час статевого акту	45	75,0	41	68,3	86	71,7
Анемія (D62)	47	78,3	51	85,0	98	81,7
Неврози, депресія	60	100	60	100	120	100
Субфебрильна температура тіла	49	81,7	50	83,3	98	81,7

органів і систем, супутніх захворювань переважно хронічного перебігу різного ступеня тяжкості. Низка соматичних захворювань може бути як причиною, так і наслідком гінекологічної патології, особливо гормональної етіології. Дані про екстрагенітальну патологію подано в таблиці 2.

Вивчення частоти і структури екстрагенітальних захворювань показало, що поєднана патологія була у 100% жінок. На серцево-судинні захворювання страждали 100% пацієнток, 98 (81,7%) обстежуваних мали анемію, остеохондроз – 52,5%, хондропатії – 54,2%, захворювання щитоподібної залози – 50,0%, хронічний закреп – 59,2%, хронічний коліт – 57,5%. Кожна третя пацієнтка (31,7%) страждала на хронічний пієлонефрит, захворювання шлунково-кишкового тракту мали 83,3% обстежених. За даними клініко-лабораторного аналізу, анемія була у 81,7%, субфебрильна температура – у 82,5% обстежених. Неврози, депресія спостерігались у 100% жінок.

Усе вищенаведене свідчить про складні метаболічні порушення в організмі жінок, хворих на ППМ (ЛМ і аденоміоз).

Характеристика захворювань жіночої статеві сфери представлена в таблиці 3.

Проведений аналіз анамнестичних даних відносно перенесених гінекологічних захворювань показав 100% частоту поєднаної та супутньої патології жіночої статеві сфери в учасниць дослідження. Так, частота кольпіту склала 92,5%, запальних захворювань жіночих тазових органів – 71,7%. Наявність метрорагій відзначена у 96,7%, патологія молочних залоз – у 80,0%, залозиста гіперплазія ендометрія – в 65,0%, доброякісні пухлини придатків матки – у 33,3% хворих, дисплазія шийки матки – у 29,2%. На первинне, вторинне безпліддя вказували 20,8% обстежених.

Патологія молочних залоз у групі ІА та групі ІБ була діагностована відповідно у 45 (75,0%) та у 51 (85,0%) жінок, залозиста гіперплазія ендометрія – у 33 (55,0%) та у 45 (75,0%),

Таблиця 2. Частота екстрагенітальної патології в обстежених жінок репродуктивного віку, хворих на ППМ (ЛМ і аденоміоз)

Захворювання (рубрика за МКХ-10)	Група ІА, n = 60		Група ІБ, n = 60		Всього, n = 120	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Захворювання серцево-судинної системи (І00–І99)	60	100	60	100	120	100
Варикозна хвороба (І83)	29	48,3	31	51,7	60	50,0
Геморой (І84)	15	25,0	17	28,3	32	26,7
Захворювання шлунково-кишкового тракту (К94)	49	81,7	51	85,0	100	83,3
Хронічний гастрит (К29)	23	38,3	24	40,0	48	40,0
Хронічний коліт (К52.2)	32	53,3	37	61,7	69	57,5
Хронічний гастродуоденіт (К29.9)	17	28,3	19	31,7	36	30,0
Хронічний закреп (К59.0)	34	56,7	37	61,7	71	59,2
Хронічний панкреатит (К86.0–К86.1)	11	18,3	13	21,7	24	20,0
Жовчнокам'яна хвороба (К80)	15	25,0	19	31,7	44	36,7
Хронічний холецистит (К80–К81)	16	26,7	19	31,7	45	37,5
Метаболічний синдром	12	20,0	13	21,7	25	20,8
Хронічний пієлонефрит (N10–N11)	17	28,3	21	35,0	38	31,7
Захворювання щитоподібної залози (Е00–Е07)	29	48,3	31	51,7	60	50,0
Остеохондроз (M42)	31	51,7	32	53,3	63	52,5
Хондропатія (M91–M94)	32	53,3	33	55,0	65	54,2
Поєднана патологія	60	100	60	100	120	100
Анемія (D62)	47	78,3	51	85,0	98	81,7
Неврози, депресія	60	100	60	100	120	100
Субфебрильна температура тіла	49	81,7	50	83,3	99	82,5

Таблиця 3. Частота гінекологічної патології в обстежених жінок репродуктивного віку, хворих на ППМ (ЛМ і аденоміоз)

Вид патології (рубрика за МКХ-10)	Група ІА, n = 60		Група ІБ, n = 60		Всього, n = 120	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Патологія молочних залоз (N60–N64)	45	75,0	51	85,0	96	80,0
Запальні захворювання жіночих тазових органів (N70.1–N70.9)	39	65,0	47	78,3	86	71,7
Сальпінгіт, оофорит (N70.1)	23	38,3	29	48,3	52	43,3
Кольпіт (N76.1)	56	93,3	55	91,7	111	92,5
Метрорагії (N92–N92.9)	56	93,3	60	100,0	116	96,7
Дисплазія шийки матки (N87–N87.9)	16	26,7	19	31,7	35	29,2
Залозиста гіперплазія ендометрія (N85.0)	33	55,0	45	75,0	78	65,0
Доброякісні пухлини придатків матки (N83–N83.2)	19	31,7	21	35,0	40	33,3
Випадіння статевих органів (N81–N81.9)	2	3,3	3	5,0	5	4,2
Безпліддя первинне, вторинне (N97)	-	-	25	28,3	25	20,8

ПУХЛИНИ ТА ПЕРЕДПУХЛИННА ПАТОЛОГІЯ

доброякісні пухлини придатків матки – у 19 (31,7%) та у 21 (35,0%), кольпіт – у 56 (93,3%) та у 55 (91,7%).

ВИСНОВОК

Таким чином, вивчення загального стану жінок репродуктивного віку, хворих на ППМ (ЛМ і аденоміоз), показало наявність багатьох факторів, які можуть впливати на клініч-

ний перебіг захворювання. Проведена клінічна оцінка стану здоров'я пацієнток, визначення частоти основних клінічних симптомів вказує на складні метаболічні порушення в організмі обстежених. Надалі перспективними видаються дослідження вмісту вітамінів, феритину, макро- і мікроелементів у крові та видалених тканинах матки при ППМ (ЛМ і аденоміозі).

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Адамян, Л.В.

Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / Л.В. Адамян // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 78–81.

Adamyany, L.V.

"Medical and social aspects of genital endometriosis." *Reproduction Problems* 6 (2011): 78–81.

2. Аничков, Н.М.

Сочетание аденомиоза и лейомиомы матки / Н.М. Аничков, В.А. Печеникова // Архив патологии. – 2005. – № 3(67). – С. 31–34.

Anichkov, N.M., Pechenikova, V.A.

"Combination of adenomyosis and uterine leiomyoma." *Pathology Archive* 3.67 (2005): 31–4.

3. Бизова, Т.Е.

Клініко-анамнестичні особливості у жінок репродуктивного віку з лейомиомою матки / Т.Е. Бизова, О.Ю. Севастьянова, Е.Г. Сударикова // Укр. мед. журнал. – 2009. – № 10. – С. 78–81.

Bizova, T.E., Sevastyanova, O.Y., Sudarikova, E.G.

"Clinical and anamnestic features of uterine leiomyoma in reproductive aged women." *Ukr Med Journal* 10 (2009): 78–81.

4. Вихляева, Е.М.

Руководство по эндокринной гинекологии / Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов, В.Н. Запорожан. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 768 с.

Vikhlyayeva, E.M., Zheleznov, B.I., Zaporozhan, V.N.

Endocrine Gynecology Guideline. Moscow. Medical News Agency (2008): 768 p.

5. Стрижаков, А.Н.

Доброякачественные заболевания матки 2-е изд., перераб. и доп. / А.Н. Стрижаков – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 312 с.

Strizhakov, A.N.

Benign uterus diseases. 2nd ed., revised and add. Moscow. GEOTAR-Media (2014): 312 p.

6. Кулаков, В.И.

Гинекология. Национальное руководство / В.И. Кулаков, И.Б. Манухин, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 265 с.

Kulakov, V.I., Manukhin, I.B., Savelieva, G.M.

Gynecology. National Guideline. Moscow. GEOTAR-Media (2009): 265 p.

7. Татарчук, Т.Ф.

Миома матки и репродуктивная функция женщины:

критическая оценка терапевтических подходов / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2011. – № 1. – С. 56–63.

Tatarchuk, T.F., Kosey, N.V., Tutchenko, T.N.

"Uterine fibroids and the reproductive function of women: a critical assessment of therapeutic approaches." *Reproductive Endocrinology* 1 (2011): 56–63.

8. Татарчук, Т.Ф.

Новые подходы к проблемным вопросам лечения генитального эндометриоза / Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 3. – С. 36–42.

Tatarchuk, T.F., Zakharenko, N.F., Tutchenko, T.N.

"New approaches to the problematic issues of treatment of genital endometriosis." *Reproductive Endocrinology* 3 (2013): 36–42.

9. Willengens, W.N.

"Fibroids and fertility." *Ned Tijdschr Geneesk* 144 (2010): 789–91.

10. Запороженко, Б.С.

Лифтинговая лапароскопия в симультанной хирургии / Б.С. Запороженко, В.В. Колодий, А.А. Горбунов и др. // Клінічна хірургія. – 2017. – № 3. – С. 5–8.

Zaporozhchenko, B.S., Kolodiy, V.V., Gorbunov, A.A., et al.

"Lifting laparoscopy in simultaneous surgery." *Clinical surgery* 3 (2017): 5–8.

11. Антипкін, Ю.Г.

Маткові кровотечі та якість життя жінки. Резолюція

Експертної ради / Ю.Г. Антипкін, Ю.П. Вдовиченко, А. Граціоттін та ін. // Репродуктивна ендокринологія. – 2019. – № 3 (47). – С. 13–18.

Antypkin, Y.G., Vdovychenko, Y.P., Graziottin, A., et al.

"Uterine bleedings and quality of woman's life: Resolution of advisory board." *Reproductive Endocrinology* 3.47 (2019): 13–8.

12. Donnez, J., Tatarchuk, T.F., Bouchard, P., et al.

"Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery." *New England Journal of Medicine* 366.5 (2012): 409–20.

13. Taran, F.A., Weaver, A.L., Coddington, C.C., Stewart, E.A.

"Characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a case-control study." *Hum Reprod* 25.5 (2010): 1177–82. doi: 10.1093/humrep/deq034

14. Ali İrfan Guzel, Burak Akselim, Selçuk Erkinç, et al.

"Risk factors for adenomyosis, leiomyoma and concurrent adenomyosis and leiomyoma." *The Journal of Obstetrics & Gynecology research* (2015). doi: 10.1111/jog.12635.

15. Weiss, G., Maseelall, P., Schott, L.L., et al.

"Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)." *Fertil Steril* 91 (2009): 201–6.

16. Parazzini, F., Mais, V., Cipriani, S., et al.

"Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions: results from a prospective multicentric study in Italy." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 143 (2009): 103–6.

17. Brucker, S.Y., Huebner, M., Wallwiener, M., et al.

"Clinical characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a retrospective, questionnaire-based study." *Fertil Steril* 101.1 (2014): 237–41. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.09.038

18. Levgur, M., Abadi, M.A., Tucker, A.

"Adenomyosis: symptoms, histology, and pregnancy terminations." *Obstet Gynecol* 95 (2000): 688–91.

19. Martinez-Conejero, J.A., Morgan, M., Montesinos, M., et al.

"Adenomyosis does not affect implantation, but is associated with miscarriage in patients undergoing oocyte donation." *Fertil Steril* 96 (2011): 943–50.

Taran, F.A., Weaver, A.L., Coddington, C.C., Stewart, E.A.

"Characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a case-control study." *Hum Reprod* 25 (2010): 1177–82.

21. Vlahos, N.F., Theodoridis, T.D., Partsinevelos, G.A.

"Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome." *Biomed Res Int* (2017). doi: 10.1155/2017/5926470

22. Tasuku Harada, Yin Mon Khine, Apostolos Kaponis, et al.

"The Impact of Adenomyosis on Women's Fertility." *Obstet Gynecol Surv* 71.9 (2016): 557–68. doi: 10.1097/OGX.0000000000000346

23. Segars, J.H., Parrott, E.C., Nagel, J.D., et al.

"Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: comprehensive review, conference summary and future recommendations." *Hum Reprod Update* 20.3 (2014): 309–33. doi: 10.1093/humupd/dmt058

24. Commandeur, A.E., Styer, A.K., Teixeira, J.M.

"Epidemiological and genetic clues for molecular mechanisms involved in uterine leiomyoma development and growth." *Hum Reprod Update* 2.15 (2015): 593–615. doi: 10.1093/humupd/dmv030

25. Wegienka, G., Baird, D.D., Cooper, T., et al.

"Cytokine Patterns Differ Seasonally between Women with and without Uterine Leiomyomata." *Am J Reprod Immunol* 70 (2013): 327–35.

КЛІНІЧНИЙ СТАН ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ПОЄДНАНУ ПАТОЛОГІЮ МАТКИ – ЛЕЙОМІОМУ ТА АДЕНОМІОЗ

М.Б. Запороженко, д. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету, завідувачка відділенням гінекології Одеського обласного клінічного медичного центру, м. Одеса

А.В. Сидоренко, аспірант кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ, лікар акушер-гінеколог відділення гінекології Одеського ОКМЦ, м. Одеса

Д.Ю. Парубіна, аспірант кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ, лікар акушер-гінеколог відділення гінекології Одеського ОКМЦ, м. Одеса

Клінічна оцінка загального стану пацієнок при поєднаній патології матки – лейоміомі матки (ЛМ) та аденоміозі – має практичне значення для визначення конкретної терапевтичної тактики. Вивчення загального стану жінок репродуктивного віку, в яких виявлено цю патологію, дозволяє визначити наявність багатьох факторів, які можуть впливати на клінічний перебіг захворювання.

Мета роботи – дослідити клінічний стан жінок репродуктивного віку з поєднаною патологією матки (ЛМ і аденоміоз).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 120 жінок репродуктивного віку. Група ІА об'єднала 60 хворих на безсимптомну ЛМ в поєднанні з аденоміозом вузловим, дифузним, дифузно-вогнищевим ІІІ, ІV ступенів тяжкості активного клінічного перебігу; група ІБ – 60 хворих на симптомну ЛМ в поєднанні з аденоміозом дифузним, дифузно-вогнищевим І, ІІ ступенів тяжкості неактивного клінічного перебігу. Обстеження проводили згідно з чинними наказами МОЗ України.

Результати дослідження. Вивчення загального стану жінок репродуктивного віку показало наявність багатьох факторів, що можуть впливати на клінічний перебіг захворювання. Вивчення наявності та нозологічних форм екстрагенітальної патології виявило широкий спектр захворювань різних органів і систем, супутніх захворювань переважно хронічного перебігу різного ступеня тяжкості у 100% обстежуваних. Низка соматичних захворювань може бути як причиною, так і наслідком гінекологічної патології, особливо гормональної етіології. Аналіз анамнестичних даних відносно перенесених гінекологічних захворювань показав 100% частоту поєднаної та супутньої патології жіночої статеві сфери в обстежуваних.

Висновки. Виконане дослідження за участю жінок репродуктивного віку, в яких спостерігається поєднана патологія матки (ЛМ і аденоміоз), показало наявність багатьох факторів, які можуть впливати на клінічний перебіг захворювання. Отримані дані вказують на складні метаболічні порушення в організмі жінок зі згаданою поєднаною патологією матки.

Ключові слова: поєднана патологія матки, лейоміома матки, аденоміоз.

КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ – ЛЕЙОМИОМЕ И АДЕНОМИОЗЕ

М.Б. Запороженко, д. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ОНМедУ, заведующая отделением гинекологии Одесского областного клинического медицинского центра, г. Одесса

А.В. Сидоренко, аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ОНМедУ, врач акушер-гинеколог отделения гинекологии Одесского ОКМЦ, г. Одесса

Д.Ю. Парубина, аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ОНМедУ, врач акушер-гинеколог отделения гинекологии Одесского ОКМЦ, г. Одесса

Клиническая оценка общего состояния пациенток при сочетанной патологии матки – лейомиоме матки (ЛМ) и аденомиозе – имеет практическое значение для определения конкретной терапевтической тактики. Изучение общего состояния женщин репродуктивного возраста, у которых выявлена эта патология, позволяет определить наличие многих факторов, которые могут влиять на клиническое течение заболевания.

Цель работы – исследовать клиническое состояние женщин репродуктивного возраста с сочетанной патологией матки (ЛМ и аденомиоз).

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 женщин репродуктивного возраста. Группа ІА объединила 60 больных с бессимптомной ЛМ и аденомиозом узловым, диффузным, диффузно-очаговым ІІІ, ІV степеней тяжести активного клинического течения; группа ІБ – 60 больных с симптоматической ЛМ и аденомиозом диффузным, диффузно-очаговым І, ІІ степеней тяжести неактивного клинического течения. Исследование проводили согласно действующим приказам МЗ Украины.

Результаты исследования. Изучение общего состояния женщин репродуктивного возраста показало наличие многих факторов, которые могут влиять на клиническое течение заболевания. Изучение наличия и нозологических форм экстрагенитальной патологии выявило широкий спектр заболеваний различных органов и систем, сопутствующих заболеваний преимущественно хронического течения различной степени тяжести у 100% обследованных. Ряд соматических заболеваний может быть как причиной, так и следствием гинекологической патологии, особенно гормональной этиологии. Анализ анамнестических данных относительно перенесенных гинекологических заболеваний показал 100% частоту сочетанной и сопутствующей патологии женской половой сферы у обследуемых.

Выводы. Выполненное исследование с участием женщин репродуктивного возраста, у которых наблюдается сочетанная патология матки (ЛМ и аденомиоз), показало наличие многих факторов, которые могут влиять на клиническое течение заболевания. Полученные данные указывают на сложные метаболические нарушения в организме женщин с указанной сочетанной патологией матки.

Ключевые слова: сочетанная патология матки, лейомиома матки, аденомиоз.

CLINICAL STATUS OF REPRODUCTIVE AGED WOMEN WITH COMBINED PATHOLOGY OF THE UTERUS – LEIOMYOMA AND ADENOMYOSIS

M.B. Zaporozhenko, MD, associate professor of the Obstetrics and Gynecology Department №1, Odesa National Medical University, head of the Gynecology Department, Odesa Regional Clinical Medical Center, Odesa

A.V. Sidorenko, postgraduate student of the Obstetrics and Gynecology Department №1, Odesa National Medical University, obstetrician gynecologist of the Gynecology Department, Odesa Regional Clinical Medical Center, Odesa

D.Y. Parubina, postgraduate student of the Obstetrics and Gynecology Department №1, Odesa National Medical University, obstetrician gynecologist of the Gynecology Department, Odesa Regional Clinical Medical Center, Odesa

Clinical assessment of the general status of patients with combined uterine pathology (leiomyoma (LM) and adenomyosis) has a practical importance for determining specific therapeutic tactics. The study of the general condition of reproductive aged women with this pathology allows determining of many factors that can affect the clinical course of disease.

Purpose of the study was to investigate the clinical status of reproductive aged women who suffer from combined uterine pathology – LM and adenomyosis.

Materials and methods. 120 women of reproductive age were examined. Group IA united 60 patients with combined uterine pathology – asymptomatic LM and nodal, diffuse, diffuse-focal adenomyosis III, IV degrees of severity with active clinical course; group IB united 60 patients with combined uterine pathology – symptomatic LM and diffuse, diffuse focal adenomyosis I, II degrees of severity with inactive clinical course. Examination was carried out in accordance with the orders of the Ministry of Health of Ukraine.

Results. A study of the general status of reproductive aged women has revealed many factors that can affect the clinical course of disease. The study of nosological forms of extragenital pathology revealed a wide range of different organs and systems diseases, co-morbidities of mainly chronic course, varying severity in 100% of women. A number of somatic diseases can be both a cause and a consequence of gynecological pathology, especially hormonal etiology. Analysis of the anamnestic data on the transferred gynecological diseases showed 100% frequency of the combined and concomitant pathology of the female genital tract.

Conclusions. Completed study involving reproductive aged women with combined uterine pathology (LM and adenomyosis) showed many factors that can affect the clinical course of disease. Obtained data indicate that there are complex metabolic disorders in the women's body suffering from that combined uterine pathology.

Keywords: combined uterine pathology, uterine leiomyoma, adenomyosis.