

# Клинические аспекты сочетанной патологии матки в постменопаузальный период

Ю.П. Вдовиченко, В.А. Шамрай

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

**Результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения клинических аспектов сочетанной патологии матки у женщин в постменопаузальный период. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.**

**Ключевые слова:** сочетанная патология матки, постменопаузальный период, клиника.

Актуальность изучения особенностей клиники, психовегетативного статуса, диагностики и тактики ведения женщин в постменопаузе с сочетанной патологией матки обусловлена широким распространением данной патологии в этом возрасте (15–35% обращений в гинекологические отделения) и значительной частотой рецидивов – до 38% [1–4]. Клинические проявления при этом характеризуются возникновением рецидивирующих маточных кровотечений на фоне гиперпластических либо атрофических состояний эндометрия, приводящих к временной утрате трудоспособности и снижению качества жизни, что наиболее актуально в плане онкологической настороженности [5–8].

Сложность ведения данного контингента больных обусловлена тем, что в постменопаузе уже имеются, как правило, соматические заболевания: гипертоническая болезнь, остеохондроз, эндокринная патология, метаболические нарушения, функциональные изменения центральной нервной системы. Этот контингент пациенток, как правило, не организован, что снижает частоту профилактических осмотров и повышает степень запущенности заболевания [1, 6].

Несмотря на длительную историю исследований постменопаузального периода, до настоящего времени нельзя считать до конца выясненными причины и механизм развития сочетанной патологии матки именно в этот период, а также особенности клинической картины данной патологии.

В связи с изложенным представляется актуальным и перспективным обоснование и разработка клинической системы диагностики и тактики ведения женщин с сочетанной патологией матки в постменопаузальный период.

**Целью** настоящего научного исследования является изучение клинических аспектов сочетанной патологии матки в постменопаузальный период.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи проведен ретроспективный анализ истории болезни 128 женщин и проспективное обследование 171 пациентки с кровотечениями в постменопаузальный период. Среди ретроспективно обследованных пациенток выделена группа сравнения, состоящая из 61 женщины с сочетанной патологией матки (СПМ) в постменопаузе (для сравнения методов лечения данного контингента).

Из нашего исследования были исключены пациентки, у которых при патоморфологическом исследовании были выявлены злокачественные или предраковые изменения эндо- и миометрия. В то же время нельзя не отметить, что такие сочетания патологий, как метаболический синдром (МС), лейомиома матки (ЛМ) и атрофия эндометрия (АЭ) (на фоне метроррагии); МС, ЛМ и гиперплазия эндометрия (ГЭ); рецидивирующая гиперплазия эндометрия (РГЭ), являются доброкачест-

венными с точки зрения патоморфолога, тем не менее, учитывая возраст пациенток и комплексность поражения, могут рассматриваться как предраковые с позиций клинициста.

Материалом исследования явились данные проспективно-го обследования 171 больной в постменопаузе. Все пациентки прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В ходе углубленного обследования были сформированы две клинические группы.

В основную группу вошли 89 женщин с наличием МС; контрольную группу составили 82 женщины, не имеющие МС. Внутри основной группы выделены две подгруппы женщин: 1-я – с изолированной формой патологии эндометрия (30) и 2-я – с СПМ (59); в контрольной группе соответственно наблюдались: 1-я подгруппа – 48 пациенток с изолированной патологией эндометрия и 2-я подгруппа – 34 женщины с сочетанной формой пролиферативных процессов матки.

Диагностика МС основывалась на критериях, утвержденных ВОЗ.

В понятие СПМ мы объединили патологию эндо- и миометрия: патология эндометрия в сочетании с ЛМ, патология эндометрия и аденомиоз (АМ), АМ и ЛМ, а также все три патологии одновременно. В понятие «патология эндометрия» мы включили гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), полипы эндометрия (ПЭ) железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) и АЭ (при условии наличия метроррагии).

В комплекс обследования находившихся под наблюдением женщин входили: тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания, объективное обследование, дополнительные методы обследования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании пациенток обеих групп нами выявлены следующие виды СПМ:

- ЛМ и АЭ – у 18 (20,22±2,25%) наблюдаемых группы с МС и у 14 (17,07±1,15%) группы без МС;
- ЛМ и ПЭ – у 30 (33,71±3,01%) обследуемых основной группы и у 18 (21,95±2,57%) – контрольной ( $p<0,01$ );
- ЛМ в сочетании с ЖГЭ – у 7 (7,87±1,85%) женщин основной группы, в контрольной группе не выявлена ( $p<0,001$ );
- ЛМ в сочетании с АМ и ПЭ – у 4 (4,49±1,19%) пациенток, имеющих МС, и у 2 (2,44±0,74%) – без признаков МС.

Изолированная патология эндометрия (ИПЭ) в основной и контрольной группах представлена следующим образом:

- АЭ в группе с МС – у 10 (11,24±1,34%) женщин и у 23 (28,05±2,96%;  $p<0,001$ ) – без МС;
- ПЭ – у 16 (17,98±1,01%) пациенток основной группы и у 25 (30,49±3,08%;  $p<0,001$ ) – группы контроля;
- ЖГЭ – у 4 (4,49±1,19%;  $p<0,001$ ) основной группы, в группе контроля ЖГЭ не диагностирована.

Итак, в основной группе достоверно чаще диагностированы сочетания ЛМ и ЖГЭ, ЛМ и ПЭ, при изолированной форме патологии эндометрия также в группе с МС чаще встречались ГЭ. В группе контроля при изолированной форме патологии эндометрия достоверно чаще выявлены АЭ и ПЭ.

При анализе возраста проспективно обследованных больных в подгруппах, в свою очередь распределенных по наличию изолированной или сочетанной форм патологии эндо- и мио-

метрия, было отмечено, что в основной группе с наличием изолированной патологии эндометрия средний возраст составил  $60,51 \pm 1,51$  года, с СПМ –  $57,86 \pm 0,99$  года, в контрольной группе с ИПЭ –  $60,54 \pm 1,34$  и с СПМ –  $58,02 \pm 1,53$  года ( $p > 0,05$ ). Итак, возраст больных был незначительно меньшим в подгруппах с СПМ ( $p > 0,05$ ) обеих групп.

Анализ возраста наступления менопаузы показал следующие особенности: у пациенток, имеющих МС, с изолированной формой патологии эндометрия менопауза наступила в  $50,64 \pm 0,66$  года, при сочетанной форме патологии мио- и эндометрия – в  $50,75 \pm 0,32$  года; в группе женщин, не имеющих МС, –  $50,47 \pm 0,36$  и в  $51,11 \pm 0,56$  года соответственно.

Каждая из проспективно обследованных групп в свою очередь были разделены на подгруппы по продолжительности постменопаузы: до 5 лет, 6–10 лет, более 11 лет.

Женщины с проявлениями МС и изолированной патологией эндометрия по продолжительности постменопаузы были распределены следующим образом: продолжительность постменопаузы до 5 лет – у 10 ( $33,33 \pm 3,06\%$ ), 6–10 лет – у 10 ( $33,33 \pm 3,06\%$ ), более 11 лет – у 10 ( $33,34 \pm 3,06\%$ ) пациенток. Среди пациенток без проявлений МС с изолированной формой патологии эндометрия было 17 ( $35,42 \pm 3,90\%$ ), 14 ( $29,17 \pm 2,56\%$ ) женщин соответственно.

Клиническая симптоматика у наблюдаемых женщин отличалась значительным разнообразием симптомов, что обусловлено различными факторами: длительностью заболевания, сочетанием нескольких патологических процессов половых органов, особенностями предшествующего проводимого лечения, соматической патологией. В основном клиническая картина гиперпластических процессов матки у обследуемых женщин характеризовалась маточными кровотечениями (различной степени выраженности и продолжительности) и болевым синдромом.

Все пациентки на момент поступления отмечали жалобы на кровянистые выделения из половых путей, каждая третья женщина основной группы имела их в анамнезе. Жалобы на боль внизу живота предъявляли 39 ( $43,82 \pm 2,25\%$ ) пациенток основной и 30 ( $36,59 \pm 2,31\%$ ) – контрольной группы ( $p < 0,05$ ); АМК в анамнезе отмечены у 29 ( $32,58 \pm 2,96\%$ ) и 10 ( $12,20 \pm 1,61\%$ ;  $p < 0,001$ ) женщин соответственно.

Боль в поясничной области имели 23 ( $25,84 \pm 1,64\%$ ) пациентки, имеющие признаки МС, и 9 ( $10,98 \pm 1,45\%$ ), не имеющих МС ( $p < 0,001$ ). Поллакиурия, дизурия, стрессовое недержание мочи беспокоили 15 ( $16,85 \pm 1,96\%$ ) женщин основной и 9 ( $10,98 \pm 1,45\%$ ) – контрольной ( $p < 0,05$ ) групп. Жалобы со стороны других систем предъявляли 80 ( $89,89 \pm 3,19\%$ ) и 67 ( $81,71 \pm 3,26\%$ ) женщин соответственно ( $p < 0,05$ ).

На наш взгляд, столь выраженное обилие жалоб обусловлено возрастом и в основном наличием метаболических нарушений. Анализ жалоб больных обеих групп позволяет сделать вывод о том, что маточные кровотечения у пациенток с ИПЭ и СПМ на фоне МС или без него является основным симптомом и поводом для обращения за медицинской помощью среди женщин данной возрастной группы. Длительность течения СПМ (чаще – миомы матки) составила  $11,5 \pm 1,7$  года у пациенток основной группы и  $10,87 \pm 1,6$  – группы контроля. Из этого видно, что с увеличением возраста увеличивается и длительность существования патологического процесса.

Продолжительность кровянистых выделений на момент поступления в гинекологическое отделение в основной группе составила  $1,4 \pm 0,07$  мес, в группе контроля –  $1,2 \pm 0,08$  мес, что свидетельствует о недостаточной медицинской грамотности пациенток и неадекватности наблюдения в женской консультации за этой группой больных.

Итак, у женщин постменопаузального возраста с МС были достоверно более выражены сочетанные жалобы (со стороны ряда систем, перенесенные ранее аномалии менструального

цикла) по сравнению с аналогичными показателями у пациенток без МС.

При изучении гинекологического статуса оценивали состояние наружных половых органов, шейки матки, тела матки, придатков, смежных органов малого таза.

Осмотр шейки матки в зеркалах позволил диагностировать ее гипертрофию у 10 ( $11,24 \pm 1,17\%$ ) пациенток основной и у 7 ( $8,54 \pm 0,88\%$ ) пациенток контрольной группы; рубцовая деформация шейки матки отмечена у 6 ( $6,74 \pm 0,51\%$ ) и у 9 ( $10,98 \pm 1,45\%$ ;  $p < 0,05$ ) соответственно; признаки цервицита выявлены у 22 ( $24,72 \pm 3,39\%$ ) обследуемых с проявлениями МС и у 10 ( $12,20 \pm 1,61\%$ ;  $p < 0,001$ ) пациенток без проявлений МС; элонгация шейки матки – у 4 ( $4,49 \pm 1,07\%$ ) и у 4 ( $4,88 \pm 1,37\%$ ) соответственно. Полипы канала шейки матки диагностированы у 7 ( $7,89 \pm 1,7\%$ ) женщин основной и у 10 ( $12,20 \pm 1,61\%$ ;  $p < 0,05$ ) – контрольной групп. Ов. Nabothii выявлены у 15 ( $16,85 \pm 1,78\%$ ) пациенток основной группы и у 8 ( $9,76 \pm 1,27\%$ ;  $p < 0,01$ ) – группы контроля. Атрофические изменения шейки матки с наслоением воспаления слизистой оболочки влагалища и эктоцервикса отмечены у 10 ( $11,24 \pm 1,17\%$ ) женщин с МС и у 8 ( $9,76 \pm 1,27\%$ ) – без МС. Неизменная шейка матки обнаружена у 26 ( $29,21 \pm 2,64\%$ ) женщин основной и у 32 ( $39,02 \pm 2,38\%$ ;  $p < 0,01$ ) – группы контроля. Изменения влагалищной части шейки матки во всех случаях носили фондовый характер.

Таким образом, можно заключить, что при наличии МС достоверно чаще выявляются признаки цервицита, наботовых кист, чем в группе женщин без МС, в группе контроля чаще встречались пациентки с неизменной шейкой матки. Из этого следует, что в развитии СПМ имеет значение и МС, и фактор хронического воспаления половых органов.

При бимануальном исследовании оценивали размеры, конфигурацию, консистенцию, подвижность, болезненность матки (в исследование включали женщин с увеличением матки максимально до 7–8 нед срока беременности). Незначительное увеличение матки наблюдалось у 20 ( $22,47 \pm 2,23\%$ ) женщин основной группы и у 8 ( $9,76 \pm 0,30\%$ ;  $p < 0,001$ ) – контрольной; увеличение матки до 5–6 нед беременности наблюдалось у 25 ( $28,09 \pm 2,58\%$ ) и 21 ( $25,61 \pm 2,82\%$ ) пациентки соответственно. Размеры матки до 7–8 нед беременности отмечены у 14 ( $15,73 \pm 1,67\%$ ) пациенток с признаками МС и у 5 ( $6,12 \pm 0,64\%$ ;  $p < 0,001$ ) – без признаков МС. Размеры матки, соответствующие возрасту, имели 30 ( $33,71 \pm 2,85\%$ ) и 48 ( $58,54 \pm 3,44\%$ ;  $p < 0,05$ ) пациенток соответственно (подгруппы с ИПЭ).

По результатам бимануального обследования в группе пациенток с МС достоверно чаще обнаружено увеличение матки до 7–8 нед беременности; в контрольной группе чаще встречались женщины с размерами матки, соответствующими возрасту. Следовательно, наличие МС определенно оказывает влияние на степень выраженности пролиферативных процессов в миометрии.

Исследование области придатков не давало четкой информации о патологических процессах в яичниках. Придатки не были увеличены у 78 ( $87,64 \pm 3,36\%$ ) пациенток основной и у 78 ( $95,12 \pm 2,37\%$ ) – контрольной групп; незначительное их увеличение отмечено у 9 ( $10,11 \pm 1,03\%$ ) пациенток ( $p < 0,01$ ) с признаками МС и у 2 ( $2,44 \pm 0,70\%$ ) – без признаков МС (кистозные изменения по МКБ-10); тяжесть в области придатков определялась у 2 ( $2,25 \pm 0,48\%$ ) и у 2 ( $2,44 \pm 0,70\%$ ) обследованных соответственно. При исследовании сводов и параметров отмечено уплощение сводов, с одной стороны, у 2 ( $2,25 \pm 0,48\%$ ) и у 2 ( $2,44 \pm 0,70\%$ ) пациенток основной и контрольной групп. Увеличение придатков, не соответствующее возрасту, отмечено чаще в группе с МС, что подтверждает роль обменно-эндокринных нарушений в генезе патологических процессов органов малого таза.

Обследуемые основной и контрольной групп распределялись также по степени выраженности ожирения, тяжесть которого определялась по индексу массы тела.

Среди пациенток, имеющих МС с изолированной формой патологии эндометрия, преобладали женщины с ожирением 1-й степени и 2а степени. Доля женщин с избыточной массой тела (1-я степень) в этой группе составила 13 (43,33±3,04%); ожирение 2а степени было у 10 (33,33±2,60%) обследуемых, 2б – у 3 (10,00±1,47%;  $p<0,01$ ) по сравнению с данными аналогичной группы пациенток, не имеющих МС.

В группе больных, не имеющих МС, с изолированной патологией эндометрия преобладали женщины с 1-й степенью ожирения – 29 (60,41±3,05%;  $p<0,01$ ), 2а степенью выявлена у 10 (20,83±1,86%), что значительно реже в сравнении с аналогичными данными основной группы; 2б степень ожирения выявлена у 1 (2,08±0,06%) женщины; у 8 (16,66±1,37%) пациенток отмечена нормальная масса тела.

В основной группе женщин с сочетанной патологией эндо- и миометрия ожирение 1-й степени выявлено у 20 (33,89±2,16%), 2а степени – у 26 (44,33±3,46%), 2б степени – у 8 (13,55±1,45%) и 3-й степени – у 4 (6,77±0,27%) пациенток.

В контрольной группе обследованных с СПМ 1-я степень ожирения зарегистрирована у 20 (58,82±3,44%;  $p<0,001$ ) женщин, 2а степень – у 10 (29,41±2,81%), 2б и 3-я степень – не отмечены; 4 (11,76±1,52%) женщины были с нормальной массой тела ( $p<0,001$ ) по сравнению с данными аналогичной группы обследуемых, имеющих МС.

Итак, в основной группе преобладали пациентки с ожирением и резковывраженным ожирением, что подтверждает роль обменных нарушений в развитии патологических процессов в половых органах.

Экстрагенитальные заболевания у больных с МС были представлены ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы (в основном артериальная гипертензия (АГ)), эндокринной системы (сахарный диабет (СД) 2-го типа, заболевания щитовидной железы), патологией пищеварительного тракта (ПТ) и почек. Экстрагенитальную патологию у больных, не имеющих МС, составили: заболевания сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, патология ПТ, почек, заболевания суставов.

При ИПЭ в основной группе АГ наблюдалась у 24 (80,00±5,30%) женщин, в группе контроля – у 24 (50,00±3,21%;  $p<0,001$ ).

Заболевания щитовидной железы при ИПЭ в основной группе выявлены у 9 (30,00±2,36%) женщин, в контрольной – у 4 (8,33±0,98%;  $p<0,001$ ). СД 2-го типа при наличии у пациенток признаков МС диагностирован в 7 (23,33±2,72%) случаях, среди пациенток без признаков МС не обнаружен ( $p<0,001$ ).

Заболевания ПТ при наличии ИПЭ встречались в основной группе у 4 (13,33±1,20%) женщин, в контрольной – у 12 (25,00±2,25%;  $p<0,01$ ). Патология почек отмечена в группе с МС в 3 (10,00±1,47%) случаях, в группе без МС – у 4 (8,33±0,98%) пациенток.

При СПМ АГ в основной группе наблюдаемых отмечена у 49 (83,05±4,88%) женщин, в аналогичной контрольной – у 11 (32,35±2,02%;  $p<0,001$ ); детские инфекции среди пациенток с проявлениями МС – у 24 (40,68±3,39%) женщин, без проявлений МС соответственно – у 5 (14,71±1,07%;  $p<0,001$ ). Патология щитовидной железы при наличии СПМ имела место у 20 (33,90±2,16%) женщин основной группы, в контрольной – у 2 (5,88±1,03%;  $p<0,001$ ); СД 2-го типа в основной группе при СПМ диагностирован у 20 (33,90±2,16%) пациенток, в контрольной группе не выявлен ( $p<0,001$ ).

Заболевания ПТ при сочетанной патологии матки в группе с проявлениями МС отмечены у 16 (27,12±2,08%) пациенток, без проявлений МС – у 12 (35,29±2,19%;  $p<0,01$ ) обследованных. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в основной группе была в 8 (13,56±1,45%) случаях, в контрольной – в 3 (8,82±0,86%;  $p<0,05$ ).

Патология почек при СПМ и МС выявлена у 4 (6,78±0,27%) женщин, без МС – у 2 (5,88±1,03%), заболевания легких соответственно – у 4 (6,78±0,27%) и у 2 (5,88±1,03%) женщин.

Итак, нами отмечена большая отягощенность экстрагенитальной патологией у женщин основной группы (с сочетанной патологией эндометрия и изолированной формой патологии эндометрия) в сопоставлении с аналогичными показателями обеих подгрупп контроля.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют об актуальности изучения клинических аспектов сочетанной патологии матки у женщин в постменопаузальный период. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этих пациенток.

## Клінічні аспекти поєднаної патології матки в постменопаузальний період Ю.П. Вдовиченко, В.А. Шамрай

Результати проведених досліджень свідчать про актуальність вивчення клінічних аспектів поєднаної патології матки у жінок у постменопаузальний період. Встановлені особливості слід враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

**Ключові слова:** поєднана патологія матки, постменопаузальний період, клініка.

## Clinical aspects complex uterus pathologies in postmenopausal period J.P. Vdovychenko, V.A. Shamraj

Results of the spent researches testify to an urgency of studying of clinical aspects complex pathologies of a uterus at women postmenopausal period. The established features are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at these patients.

**Key words:** complex uterus pathology, postmenopausal period, clinic.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамьян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 2008. – 320 с.
2. Аккер Л.В. Течение постовариетического синдрома в постменопаузальном периоде. Особенности метаболических изменений и их коррекция заместительной гормональной терапией / Л.В. Аккер, А.И. Гальченко, Т.С. Таранина // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 34–38.
3. Афанасьева А.А. Гистероскопический контроль терапии гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе / А.А. Афанасьева, В.А. Кулавский // Проблемы пери- и постменопаузального периода. – М., 2006. – С. 6–7.
4. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин / Н.А. Беляков и др. – СПб.: СПб МАПО, 2005. – 438 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб: Фолиант, 2009. – 542 с.
6. Бреусенко В.Г. Значение современных методов диагностики опухолей яичников у женщин в период постменопаузы / В.Г. Бреусенко, Л.Н. Демидова, Ю.А. Голова и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 2. – С. 67–72.
7. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2009. – 768 с.
8. Григорян О.Р. Терапия метаболического синдрома: коррекция углеводного обмена и артериальной гипертензии. Возможности коррекции метаболического синдрома у женщин в период постменопаузы // Справочник поликлинического врача: журн. – 2006. – № 1. – С. 61–63.