УДК: 618.2/57.-1612

Особливості анамнезу жінок з безпліддям та з різними типами субмукозних вузлів

О.Л. Пісарева
Донецький національний медичний університет імені М. Горького

Стаття присвячена вивченню особливостей анамнезу жінок з безпліддям і з різними типами субмукозних міоматозних вузлів. Проведено ретроспективне дослідження медичної документації 170 жінок з єдиним субмукозним міоматозним вузлом, які проходили оперативне лікування методом гістерорезектоскопії. Жінки були розподілені на групи, виходячи з гістероскопічної класифікації субмукозних міом. У ході дослідження вивчали гінекологічний, соматичний та репродуктивний анамнез.

***Ключові слова**: субмукозна міома матки, анамнез, безпліддя.*

Міома матки є найпоширенішим доброякісним захворюванням жіночих статевих органів [1, 2]. Ця патологія, за даними різних авторів, зустрічається у 20–75% жінок репродуктивного віку [1–3]. Порушення репродуктивної функції у формі первинного чи вторинного безпліддя у пацієнток з лейоміомою матки становить 60–70% [4].

Зазвичай, єдиним методом лікування цих жінок є оперативний. Раніше для усунення клінічних симптомів та покращання якості життя виконували великі оперативні втручання, часто з видаленням органа. Сучасний розвиток медичних технологій забезпечив лікаря методом, який дозволяє за наявності субмукозного вузла виконати малоінвазивне втручання, зберегти матку та відновити репродуктивну функцію. Це метод гістерорезектоскопії. У зв'язку з його появою з'явилися й нові класифікації. Згідно з гістероскопічною класифікацією виділяють такі типи субмукозних вузлів: 0 тип – субмукозні вузли без інтрамурального компонента; I тип – вузли на широкій основі з інтрамуральним компонентом менше 50%; II тип – вузли з інтерстиціальним компонентом більш 50% [4].

Мета дослідження: вивчення особливостей анамнезу жінок з безпліддям і різними типами субмукозних вузлів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети було проведено ретроспективне дослідження медичної документації 170 жінок з єдиним субмукозним міоматозним вузлом, які проходили оперативне лікування методом гістерорезектоскопії в гінекологічному відділенні № 1 Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства в 2008–2010 роках. Критерії виключення з дослідження: наявність інших причин відсутності вагітності, включаючи чоловічий фактор. Виходячи з гістероскопічної класифікації субмукозних міом, в 1-у групу ввійшли 40 жінок з 0 типом вузла, в 2-у – 56 з I типом і в 3-ю – 74 з II типом субмукозного вузла. Критерії включення в дослідження: наявність єдиного субмукозного вузла розміром до 6 см, планування вагітності. Проводили вивчення гінекологічного, соматичного та репродуктивного анамнезу.

Статистичне оброблення даних виконували на ПК з використанням пакетів програм Word і Excel. Розраховували середні величини, помилку середньої та частки. Дані вважалися достовірними при $p<0,05$.

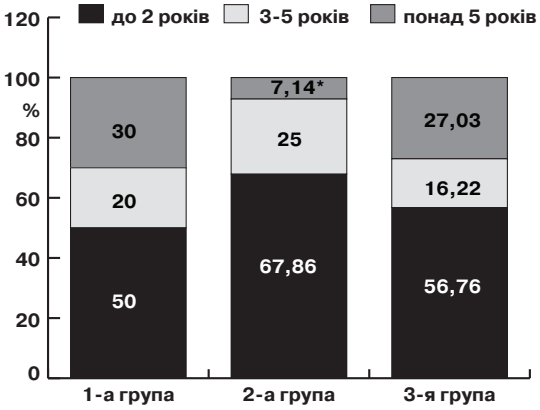
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтки були віком від 22 років до 47 років. Середній вік склав 37,40±1,03; 36,46±0,90 і 34,73±0,62 року відповідно по групах. Причому, жінки з 0 типом вузла були дещо старшими ($p_{1-2,1-3}<0,05$). Це, можливо, пов'язано з більш раннім їх зверненням по допомогу у разі виникнення проблем. Хоча є вірогідність окремих патогенетичних механізмів виникнення субмукозних міом різного типу, але нами не знайдено підтверджень цій гіпотези у літературі. У той самий час в більшості робіт, присвячених даній патології, вік пацієнток, як і в нашому дослідженні, був понад 30 років [5,6].

Окрім безпліддя, основними скаргами жінок були біль під час менструації (60,00; 42,86 та 37,84%, $p_{1-3}<0,05$), у середині менструального циклу (30,0; 25,00 та 27,03% відповідно по групах, $p>0,05$) та рясні менструації (55,00; 57,14 та 45,95%, $p>0,05$), хоча незначна частка жінок відзначали порушення циклу та мажучі кров'янисті виділення після менструації. Достовірну різницю за частотою скарг на біль під час менструації між 1-ю та 3-ю групами можна пояснити наявністю різних типів субмукозних вузлів у цих жінок.

Приблизно у половини пацієнток тривалість захворювання склала до 2 років (50,00; 67,86 та 56,76% відповідно по групах, $p>0,05$), що свідчить про своєчасність прийняття рішення про оперативне втручання (малюнок). У той самий час майже третина обстежених звернулася за хірургічним втручанням лише через 5 років від встановлення діагнозу міоми матки. Цей факт можливо пояснити кількома причинами: появою репродуктивних планів, появою або посиленням скарг, страхом перед операцією, несвоєчасним направленням на лікування. Достовірно менша кількість пацієнток зі значною тривалістю захворювання у 2-й групі (7,145 у порівнянні з 30,00 та 27,03% у 1-й та 3-й групах, $p_{1-2,2-3}<0,05$), можливо, пов'язана з дещо меншою кількістю скарг при цьому типі вузла.

Оцінка менструальної функції обстежених жінок показала, що вони не відрізнялися за віком менархе (13,05±0,20; 12,75±0,22 та 12,86±0,15 року відповідно по групах, $p>0,05$)



Розподіл пацієнток за тривалістю захворювання
Примітка: * – різниця достовірна відносно інших груп, $p<0,05$.

Розподіл обстежених жінок за типом соматичної патології, n (%)

Вид патології	Групи		
	1-а, n=40	2-а, n=56	3-я, n=74
Захворювання щитоподібної залози	6 (15,00)	2 (3,57)	8 (10,81)
Хронічний гайморит	0	0	4 (5,41)
Захворювання травного тракту	6 (15,00)	6 (10,71)	6 (8,11)
Запальні захворювання сечовивідних шляхів	6 (15,00)[2]	0	6 (8,11)
Серцево-судинні захворювання	8 (20,00)	6 (10,71)	6 (8,11)

Примітка: [2] – різниця відносно 2-ї групи достовірна, p<0,05.

та тривалістю менструального циклу, який у більшості складав від 21 до 35 днів (100,00; 82,14 та 86,49% відповідно по групах, p>0,05). Однак у пацієнток 2-ї та 3-ї груп зареєстрована достовірно більша кількість таких, які мали порушення його тривалості (14,29 та 10,81% відповідно, тоді як в 1-й групі таких не було, $p_{1-2,1-3}$<0,05).

Тривалість самої менструації у основної частки обстежених не виходила за межи норми в 3–7 днів (80,00; 85,71 та 83,33% відповідно по групах, p>0,05), хоча майже у кожної п'ятої жінки вона тривала понад тиждень (20,00; 14,27 та 16,67%, p>0,05). У той самий час більше половини пацієнток оцінювала менструації як надмірні за об'ємом (55,00; 71,43 та 62,16% відповідно по групах).

Середній вік початку статевого життя склав 18,65±0,21; 18,89±0,37 та 18,89±0,28 року відповідно по групах (p>0,05). Більшість жінок відзначили, що живуть статевим життям регулярно (85,00; 71,43 та 70,27%, p>0,05).

Майже дві третини обстежених мали скарги на предменструальний синдром, а саме: 70,00 % в 1-й групі, 67,86% – в 2-й та 75,68% – в 3-й (p>0,05). Ці дані можна пояснити порушенням гормонального фону, на тлі якого розвивається лейоміома [3].

Приблизно половина пацієнток відзначали наявність у анамнезі запальних захворювань статевих органів (22 або 55% в 1-й групі, 24 або 42,86% – в 2-й та 32 або 43,24% – в 3-й, p>0,05). Найбільш поширеними серед них були сальпінгоофорити (81,82; 58,33 та 62,50% від загальної кількості даного виду захворювань), тоді як ендометрити реєструвалися лише у жінок з II типом вузла (p>0,05).

Вивчення анамнезу обстежених жінок показало наявність мастопатії лише серед пацієнток з II типом субмукозних вузлів (у 4 жінок або 10,81%), тоді як у інших даної патології не було (p_{1-3}>0,5; p_{2-3}<0,05). Цю знахідку важко пов'язати з різницею гормонального фону при II типі вузла, тому, можливо, вона свідчить про похибку вибірки.

Усі жінки мали безпліддя, що зумовлено критерієм включення у дослідження. Середня тривалість безпліддя склала 6,50±0,87; 5,89±0,53 та 6,13±0,61 року відповідно по групах. Негативним фактором є те, що більшість з них страждали на безпліддя понад 5 років. Майже дві третини пацієнток мали вторинне безпліддя: 29 або 72,50% в 1-й групі, 46 або 82,14% – в 2-й та 49 або 66,22% – в 3-й групі (p>0,05).

Середня кількість абортів склала по групах 1,25±0,25; 0,93±0,18 та 0,89±0,16 відповідно. Таким чином, враховуючи, що майже половина обстежених не мала абортів у минулому, інша частина мала декілька абортів і це, можливо, стало однією з причин розвитку міоми матки та вторинного безпліддя.

Слід зазначити, що майже кожна третя пацієнтка з міомою мала мимовільні викидні в анамнезі, а саме 14 або 35,00 % в 1-й групі, 14 або 28,00% – в 2-й та 32 або 45,71% – в 3-й (p>0,05). У середньому вони мали 1 викидень у минулому (1,42±0,10: 1.25±0,09 та 1,26±0,12 відповідно по групах, p>0,05).

Менше половини обстежених жінок народжували: 16 або 40,0%; 18 або 32,14 та 26 або 35,14% відповідно (p>0,05). У незначної частки з тих, що народжували, пологи завершилися кесаревим розтином, причому, хоча в 2-й групі таких було дещо більше (4 або 22,22% у порівнянні з 2 або 12,50% – у 1-й і 2 або 7,69% – у 3-й групі), дана різниця не була достовірною (p>0,05).

Таким чином, аналіз репродуктивного та гінекологічного анамнезу пацієнток з субмукозною міомою матки не виявив різниці між пацієнтками з вузлами різного типу.

Тем не менше, вивчення соматичного анамнезу свідчить, що жінки з I типом вузла мали максимальну сумарну соматичну захворюваність (вона реєструвалася у 26 або 65,00% у порівнянні з 14 або 25,00% та 28 або 37,84% відповідно у 2-й та 3-й групах) й істотно відрізнялися від 2-ї та 3-ї груп ($p_{1-2,1-3}$<0,05). Розподіл обстежених за тим чи іншим видом соматичної патології наведено у таблиці.

З таблиці видно, що жінки 1-ї групи, окрім сумарного показника, також відрізнялися й частотою запальних захворювань сечовивідних шляхів ($p_{1-2,1-3}$<0,05).

Більшість пацієнток перенесли у минулому дитячі інфекції (32 або 80,00%; 50 або 89,29% та 66 або 89,19% відповідно по групах, p>0,05). Апендектомію перенесли 4 жінки (10,00%) з 1-ї групи; 10 (17,86%) – з 2-ї та 10 (13,51) – з 3-ї (p>0,05).

ВИСНОВКИ

Отже, вивчення анамнезу жінок з субмукозною міомою матки та безпліддям показало, що саме наявність соматичної патології є підґрунтям формування даного типу пухлин репродуктивного тракту, а наявність запальних процесів впливає на формування міом різного типу.

Особенности анамнеза женщин с бесплодием и с различными типами субмукозных миоматозных узлов

О.Л. Писарева

Статья посвящена изучению особенностей анамнеза женщин с бесплодием и различными типами субмукозных миоматозных узлов. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации 170 женщин с единственным субмукозным миоматозным узлом, которые проходили оперативное лечение методом гистероскопической резекции. Женщины были разделены на группы, исходя из гистероскопической классификации субмукозных миом. В ходе исследования изучали гинекологический, соматический и репродуктивный анамнез.

Ключевые слова: *субмукозная миома матки, анамнез, бесплодие.*

Specialities of a disease history of women with infertility and various types of submucosal fibroids

O.L. Pisareva

To study the features of a disease history of women with infertility and various types of submucous fibroids.
A retrospective study of medical records of 170 women with submucous myoma node only, which passed thought surgical treatment with hysteroresectoscopy method. The women were divided into groups based on the classification of submucous fibroids hysteroscopy were studied gynaecological, somatic and reproductive history.

Key words: *submucosal fibroids, history, infertility.*

Сведения об авторе

Писарева Ольга Леонидовна – кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького, 83003, г. Донецк, пр. Ильича 16; тел.: (050) 565-54-06

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Органосберегающий подход в лечении миомы матки / Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, О.В. Карапетян [и др.] // Здоровье женщины. – 2013. – № 1. – С. 162–164.
2. Стратегия ранней послеоперационной реабилитации репродуктивной функции у женщин с лейомиомой матки / В.А. Потапов, Э. Мутана, Д.Ю. Степанова [и др.]// Здоровье женщины. – 2012. – № 10. – С. 101–104.
3. Современные взгляды на этиологию, патогенез и лечение миомы матки / Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, Г.Л. Памфамирова [и др.]// Здоровье женщины. –2011. – № 5. – С. 15–20.
4. Сторожук М.С. Сучасні погляди на оптимізацію хірургічного органозберігаючого лікування міоми матки/ М.С. Сторожук, О.О. Процепко, Н.А. Годлевська // Здоровье женщины. – 2012.– № 4. – 47–51.
5. Черняева Ю.В. Роль ультразвуковой визуализации в лечении миомы матки методом емболизации маточных артерий у пациенток с планируемой беременностью/ Ю.В. Черняева//Променева діагностика, променева терапія. – 2013. – № 3–4. – С. 60–64.
6. Щербакова Л.А. Хирургическое лечение внутриматочной патологии у женщин репродуктивного возраста / Л.А. Щербакова, А.Н. Иванян, А.Т. Бурак, Т.А. Густоварова // Вестник Смоленской медицинской Академии. 2008. – № 4. – С. 19–20.

Статья поступила в редакцию 17.03.2015