

Особливості клінічного перебігу міоми матки у жінок репродуктивного віку

М.А. Флаксемберг

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМНУ», м. Київ

Мета дослідження: визначення і детальне вивчення виникнення предикторів лейоміоми матки, розроблення методів лікування і реабілітації репродуктивної функції залежно від виду і локалізації вузлів.

Матеріали та методи. Були обстежені і проліковані 250 пацієнток з міомою матки. Проведено аналіз анамнестичних даних, з урахуванням як об'єктивних, так і суб'єктивних, аналіз анамнестичних даних близьких родичів (материнська і батьківська лінії), супутньої генітальної та екстрагенітальної патології.

Результати. Найбільш численна група пацієнток з міомою матки, за даними дослідження, у вікових групах 26–35 років (32%) і 36–40 років (28,4%), які найбільш соціально і репродуктивно активні. У цій категорії переважували жінки з вищою освітою (33,6%) і соціальним статусом (30,4% і 22,4%). Перенесені запальні захворювання статевих органів були відзначені у 48% жінок, обтяжений гінекологічний анамнез (аборти, викидні) – у 42,4%.

Заключення. Для даної категорії пацієнток характерний високий відсоток патології ендометрія – 60,8%, а також супутнього аденоміозу – 34% і спайкового процесу органів малого таза – 34%.

Ключові слова: клінічний перебіг, міома матки, репродуктивний вік.

Збереження репродуктивного здоров'я є невід'ємною частиною демографічної політики України, тому організація заходів, спрямованих на покращення ефективності діагностики та лікування жінок із захворюваннями репродуктивних органів, залишається актуальною. Лейоміома матки належить до числа найбільш поширених доброякісних пухлин жіночих статевих органів. У структурі гінекологічної захворюваності лейоміома матки посідає друге місце після запальних процесів статевих органів, її діагностують у всі вікові періоди і виявляють у 20–77% жінок з постійною тенденцією до підвищення частоти, незважаючи на розроблення нових методів лікування та профілактики [2].

За даними зарубіжних авторів [3, 4], середня поширеність лейоміоми матки становить близько 30%. Результати патологоанатомічних досліджень свідчать про те, що частота лейоміоми матки є ще вищою і досягає 85% [6].

Доброякісні гіперпроліферативні захворювання тіла матки – лейоміома матки та аденоміоз – посідають провідне місце у структурі загальної гінекологічної захворюваності, і частота поєднаної патології сягає 35–40% випадків [1, 2].

Поширеність лейоміоми матки збільшується з віком жінки, у 20–30% випадків виявлення лейоміоми матки спостерігалось у жінок репродуктивного віку, у 40% – у жінок від 40 до 50 років. Це найпоширеніша доброякісна пухлина матки серед жінок пізнього репродуктивного (35–45 років) і перименопаузального (46–55 років) віку [6]. В останні роки відзначають чітку тенденцію до підвищення частоти лейоміоми матки у жінок молодого віку. Середній вік виявлення захворювання становить 32–33 роки [2, 4, 5].

Пік захворюваності припадає на найбільш соціально активний період життя жінки, що зумовлює значущість цієї серйозної медико-соціальної проблеми і привертає до даної патології увагу вчених і практичних лікарів усього світу [1, 4, 6].

Медичні аспекти лейоміоми матки визначаються великим поширенням та тенденцією до підвищення частоти цієї патології, прогресуючим перебігом, порушенням функції статевих органів та інших систем організму, а також постійною тенденцією до «омолодження» даної патології [7].

Актуальність обраного напрямку дослідження зумовлена значним поширенням гіперпроліферативних процесів ендометрія серед жіночого населення як щодо порушень репродуктивного здоров'я [8], так і онконастороженості [9].

Причини виникнення лейоміоми матки досі є предметом дискусій. На думку багатьох авторів, підґрунтям розвитку захворювання є сумарний вплив різних факторів [9, 10].

До факторів, що призводять до виникнення лейоміоми матки, також належать: пізні менархе, ясні менструації, висока частота медичних абортів, тривала антибіотикотерапія, патологічні зміни імунного статусу організму. Одним із тригерних факторів у виникненні лейоміоми матки вважають запальні захворювання статевих органів (бактеріального та вірусного походження) [10].

Також для цієї категорії пацієнток характерними є обтяжена спадковість щодо пухлинних захворювань, висока частота хронічних запальних процесів органів малого таза, гормонозалежних захворювань грудних та щитоподібної залоз, що свідчить про системний характер патологічних процесів [2, 11, 12].

З огляду на зростання частоти лейоміоми матки та розширення вікових меж репродуктивного періоду органозберігальний підхід у лікуванні даних патологічних станів є пріоритетним [13, 14].

Мета дослідження: визначення і детальне вивчення предикторів виникнення лейоміоми матки та розроблення методів лікування і реабілітації репродуктивної функції залежно від локалізації та виду міоматозних вузлів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відділенні реабілітації репродуктивної функції проведено обстеження та лікування 250 пацієнток з лейоміомою матки, які розподілені на дві групи:

- I група – 120 жінок, яким проводили консервативне лікування;
- II група – 130 жінок, яким проводили хірургічне лікування.

У 169 (67,6%) жінок міома матки була головним діагнозом, а у 81 (32,4%) – супутнім.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віковим цензом пацієнтки були розподілені на чотири групи, що представлено у табл. 1. Жінки віком від 18 до 25 років з міомою матки, що становить 17,6% від всіх обстежених пацієнток, з них консервативне лікування отримували 15,8%,

хірургічне – 19,2%. У віковій групі 26–36 років, що становить 32% обстежених, консервативне лікування отримували 31,7%, а хірургічне – 32,3%. У віковій групі пацієток 36–40 років (28,4%), що мали репродуктивні наміри, консервативну терапію використовували у 26,7%, а хірургічну – у 30%. В останню вікову групу увійшли пацієтки віком понад 40 років (22%) з нереалізованими або частково реалізованими репродуктивними намірами; консервативне лікування з них отримали 25,8%, а хірургічне – 18,5%.

Як видно з наведених даних, найбільш численні групи пацієток з лейоміомою матки у вікових групах 26–35 років та 36–40 років, які найбільш соціально та репродуктивно активні.

З обстежених пацієток вищу освіту мали 33,6% (84 жінки), середньоспеціальну освіту – 36% хворих та середню освіту – 30,4%. Розподілення за соціальним статусом пацієток з міомою матки виявило, що службовців було 30,4% (76 жінок), підприємців – 22,4% (56 жінок), студенток – 18% (45 жінок), робочих – 16% (40 жінок), безробітних – 13,2% (33 жінки).

Отже, жінки розумової праці переважали, як за освітою, так і за соціальним статусом, за даної патології репродуктивної системи.

Розподілення за освітою та соціальним статусом у клінічних групах представлено у табл. 2.

Одним з основних факторів впливу на розвиток та перебіг даної патології, а також впливу на репродуктивну систему та реалізацію репродуктивних намірів є час виявлення та початок лікування. Ці дані представлені у табл. 3.

Як видно з табл. 3, 25,4% (64 жінки) пацієток у перші 6 міс після виявлення патологічних змін звернулись за дообстеженням та лікуванням, 38% (95 жінок) – у перші 3 роки проходили обстеження, 26,8% (67 жінок) – звертались по медичну допомогу та епізодично лікувались у термін до 5 років і 13,6% (34 жінки) – спостерігались більше 5 років з приводу міоми матки.

Розподілення за тривалістю спостереження у клінічних групах див. у табл. 3.

Під час обстеження жінок з лейоміомою матки було досліджено фактори, що зумовлюють виникнення даної патології.

Як видно з представлених даних, одним із тригерних факторів у виникненні лейоміоми матки вважають запальні захворювання статевих органів (бактеріального та вірусного походження), що підтверджується проведеними дослідженнями, – 120 (48,0%) жінок мали в анамнезі дану патологію, а відповідно по клінічних групах – 61 (50,8%) та 59 (45,4%) пацієток. Також велике значення мають попередні аборти – 106 (42,4%) жінок і відповідно по групах – 57 (47,5%) та 49 (37,7%) жінок. Відсутність пологів також має велике значення з огляду на дисгормональні порушення та зміни в

Таблиця 1

Вікові критерії жінок з міомою матки, абс. число (%)

Вік пацієток	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
18–25 років	19 (15,8)	25 (19,2)	44 (17,6)
26–35 років	38 (31,7)	42 (32,3)	80 (32)
36–40 років	32 (26,7)	39 (30)	71 (28,4)
Понад 40 років	31 (25,8)	24 (18,5)	55 (22)

Таблиця 2

Освітній та соціальний статус обстежених жінок з міомою матки, абс. число (%)

Освіта та соціальний статус	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Вища освіта	44 (36,7)	40 (30,8)	84 (33,6)
Середня спеціальна освіта	42 (35)	48 (36,9)	90 (36)
Середня освіта	34 (28,3)	42 (32,31)	76 (30,4)
Службовці	40 (33,3)	36 (27,7)	76 (30,4)
Робочі	12 (10)	28 (21,54)	40 (16,0)
Підприємці	27 (22,5)	29 (22,31)	56 (22,4)
Студентки	25 (20,8)	20 (15,38)	45 (18,0)
Безробітні	16 (13,4)	17 (13,07)	33 (13,2)

Таблиця 3

Тривалість захворювання на міому матки в обстежених пацієток, абс. число (%)

Тривалість захворювання	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
До 6 міс	29 (24,2)	35 (26,9)	64 (25,6)
До 3 років	40 (33,3)	45 (34,62)	85 (34)
До 5 років	32 (26,7)	35 (26,9)	67 (26,8)
Більше 5 років	19 (15,8)	15 (11,58)	34 (13,6)

органах-мішенях. Генетична складова, надмірна маса тіла та психоемоційні перенавантаження в обстежених пацієток відповідали даним літератури.

Загальні дані та результати по клінічних групах представлені у табл. 4.

Соціальні та економічні умови сьогодні диктують певні правила, тому більшість жінок намагаються вирішити їх, тобто здобути освіту, мати кар'єрний та статусний ріст, досягти певних матеріальних благ, а репродуктивні плани відтермінують на більш пізній час. Уже звично, що перші пологи відбуваються близько 30 або і після 30 років.

Вивчення фертильної функції обстежених жінок з міомою матки представлено у табл. 5.

Таблиця 4

Фактори, що зумовлюють виникнення міоми матки, абс. число (%)

Фактори	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Пізнє менархе	15 (12,5)	11 (8,5)	26 (10,4)
Відсутність пологів	43 (35,8)	50 (38,5)	93 (37,2)
Аборти та репродуктивні втрати	57 (47,5)	49 (37,7)	106 (42,4)
Запальні захворювання статевих органів	61 (50,8)	59 (45,4)	120 (48,0)
Генетична складова (обтяжений анамнез)	29 (24,2)	31 (23,8)	60 (24,0)
Надмірна маса тіла (ожиріння)	27 (22,5)	34 (26,2)	61 (24,4)
Постійні стреси (високе психоемоційне навантаження)	29 (24,2)	37 (28,5)	66 (26,4)
Захворювання грудних залоз	19 (15,8)	23 (17,7)	42 (16,8)
Патологія щитоподібної залози	17 (14,2)	21 (16,2)	38 (15,2)

Таблиця 5
Характеристика фертильної функції обстежених жінок, абс. число (%)

Характеристика фертильної функції	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Первинна безплідність	20 (16,7)	31 (23,8)	51 (20,4)
Вторинна безплідність	100 (83,3)	99 (76,15)	199 (79,6)
Пологи:	43 (35,8)	50 (38,)	93 (37,2)
– одні пологи	27 (22,5)	25 (19,2)	52 (20,8)
– двоє пологів	16 (13,3)	23 (17,7)	39 (30,0)
– троє пологів	-	2 (1,5)	2 (1,5)
Репродуктивні втрати:			
– завмерла вагітність	9 (7,5)	6 (4,6)	15 (6,0)
– мимовільний викидень	18 (15,0)	11 (8,5)	29 (11,6)
– трубна вагітність	-	13 (2,3)	3 (1,2)
– штучний аборт	30 (25,0)	29 (22,3)	59(23,6)

Первинна безплідність була виявлена у 20,4% (51 жінка), вторинна – у 79,6% (199 жінок) пацієнток. Репродуктивні втрати, які склались із завмерлої вагітності, мимовільного викидня, трубної вагітності та штучного аборту, в обстежених жінок становили 42,4% (106 жінок), у 37,2% (93 пацієнтки) попередні вагітності закінчились пологами.

Отже, попередні репродуктивні втрати мають негативний вплив на формування дисгормональних порушень, які ство-

рюють умови для розвитку гіперпластичних змін як в ендометрії, так і в міометрії.

Однією з основних характеристик репродуктивного здоров'я жінки є менструальна функція, яка має свої характеристики, підкоряється віковим змінам і миттєво реагує на патологічні процеси у репродуктивних органах.

Характеристика менструальної функції у жінок з міомою матки представлена у табл. 6.

Про зміни у репродуктивних органах свідчать зміни менструального циклу – періодичність, кількість менструальних виділень, тривалість менструації, симптоми, що супроводжують її початок (болісність, дискомфортні стани – ПМС, патологічні виділення до та після менструації). Тривалість менструального циклу в обох групах була середньостатистичною (28,9±0,5), так само, як і тривалість менструації (5,9±0,2). Болісні менструації відзначили 34,8% (87), більшість з II групи – 64 (49,2%) жінки. Привертає увагу високий відсоток ПМС в обох групах, що можна пояснити як дисгормональними процесами, що супроводжують міому матки, так і психоемоційним станом пацієнток. Значна менструальна крововтрата, зі слів пацієнток, у 42,4% обстежених переважає за рахунок жінок II групи – 57,7%. Гіперполіменорея та АМК також переважають у жінок II групи – відповідно 42 (32,3%) та 45 (34,62%) пацієнток. При поєднанні міоми з аденоміозом спостерігаються мажучі виділення до або після менструації на тлі гіперполіменореї або помірних менструальних виділень.

Міома матки не завжди проявляється вираженими ознаками, проте пацієнтки звертають увагу на незвичайний пе-

Таблиця 6

Характеристика менструальної функції обстежених жінок, абс. число (%)

Характеристика менструального циклу	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Тривалість циклу, діб	30,5±1,6	28,0±0,5	28,9±0,5
Тривалість менструації, діб	6,2±0,4	5,9±0,3	5,9±0,2
Менструальна крововтрата:			
а) незначна	3 (2,5)	0 (0)	3 (2,5)
б) помірна	86 (71,7)	65 (50,0)	151 (60,4)
в) значна	31 (25,8)	75 (57,7)	106 (42,4)
Болісність менструації	23 (19,2)	64 (49,2)	87 (34,8)
ПМС на час обстеження	71 (59,2)	68 (52,3)	139(55,6)
Гіперполіменорея	28 (23,3)	42 (32,3)	70 (28,0)
Нерегулярний цикл	12 (10,0)	19 (14,6)	31 (12,4)
АМК	28 (23,3)	45 (34,62)	73 (29,3)
Периместруальні мажучі виділення	11 (9,2)	13 (10,0)	24 (9,6)

Таблиця 7

Основні суб'єктивні прояви захворювання у пацієнток з лейоміомою матки, абс. число (%)

Показник суб'єктивних проявів захворювання	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Больовий синдром	49 (40,8)	78 (60,0)	127 (50,8)
Тривалість болю:			
а) постійний	14 (11,7)	35 (26,9)	49 (19,6)
б) періодичний	35 (29,2)	43 (33,1)	78 (31,2)
Зв'язок болю з менструальним циклом:			
а) немає	34 (28,3)	35 (26,9)	69 (27,6)
б) є	49 (40,8)	78 (60,0)	127 (50,8)
Порушення менструального циклу за типом менопаузи	22 (18,3)	78 (60,0)	100 (40,0)
Білі	24 (20,0)	27 (20,8)	51 (20,4)
Порушення функції тазових органів	19 (15,8)	31 (23,8)	50 (20,0)
Сексуальні розлади	14 (11,7)	18 (13,8)	32 (12,8)
Відсутність будь-яких симптомів	37 (30,8)	17 (13,1)	54 (21,6)

Таблиця 8
Супутня патологія органів малого таза у жінок з міомою матки, абс. число (%)

Супутня патологія	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Тазові спайки	23 (19,2)	44 (33,8)	67 (26,8)
Аденоміоз	48 (40,0)	37 (28,5)	85 (34,0)
Зовнішній генітальний ендометріоз	18 (15,0)	23 (17,7)	41 (16,4)
Патологія ендометрія	71 (59,2)	81 (62,2)	152 (60,8)
Пухлиноподібні ураження яєчників	4 (3,3)	5 (3,8)	9 (3,6)
Полікістоз яєчників	9 (7,5)	14 (10,8)	23(9,2)

ребіг менструацій (збільшується тривалість – понад 8 днів, поява болю, згустку крові у менструальних виділеннях), біль унизу живота, спині, попереку, який пов'язаний з менструацією, інколи відзначають часті позиви до сечовиділення, біль під час статевих зносин, збільшення об'єму живота, появу закрепів.

У табл. 7 представлені суб'єктивні прояви захворювання, що були виявлені у пацієнок з міомою матки під час ретельного збору анамнезу. У даному випадку акценти робили саме на суб'єктивних проявах.

Як видно з представлених у табл. 7 даних, больовий синдром відзначено у 50,8% – 127 пацієнок, переважали пацієнтки II групи – 78 (60,0%) жінок, з них постійний больовий синдром зафіксовано у 35 (26,9%) жінок, а періодичний біль – у 43 (33,1%) пацієнок. Для пацієнок I групи також характерний больовий синдром – 40,8% (49 жінок), постійний біль відзначали 11,7% (14 жінок), періодичний – 29,2% (35 жінок); 21,6% (54 жінки) пацієнок в обох групах взагалі не відзначали будь-яких симптомів. Порухення менструального циклу реєстрували у 40,0% обстежених пацієнок, левову частку з них становили жінки II групи. Порухення функції тазових органів та сексуальні розлади відповідно відзначено у 50 (20,0%) та 32 (12,8%) жінок з когорти обстежених.

Отже, для пацієнок з міомою матки характерний больовий синдром – у 50% випадків, порухення менструального циклу – у 40%, проте у 21,6% випадків дана патологія супроводжується відсутністю будь-яких симптомів.

Для з'ясування предикторів даного захворювання була проаналізована супутня патологія органів малого таза у даного контингенту хворих.

Отримані результати представлені у табл. 8.

Аналізуючи супутні захворювання органів малого таза у пацієнок з міомою матки, привертає увагу значний відсоток

(60,8%) патології ендометрія, а також супутнього аденоміозу (34%) на тлі міоми матки, що погіршує та ускладнює перебіг обох захворювань. Як наслідок перенесених запальних захворювань органів малого таза, спайковий процес виявлений у 26,8% обстежених жінок, зовнішній генітальний ендометріоз – у 16,4% пацієнок. Зміни у яєчниках у поєднанні з міомою матки менш характерні для даної категорії хворих і становлять 12,89%.

Для збереження репродуктивної функції у жінок з міомою матки, програмування методів лікування та подальшої реабілітації важливим є чітке розуміння щодо видів, локалізації, кількості вузлів.

У табл. 9 представлені дані щодо їхньої характеристики.

Як видно з представлених у табл. 9 даних, атипові форми реєстрували у 2% випадків. У жінок I групи, які отримували консервативне лікування, відзначали інтрамуральні поодинокі вузли не більше трьох діаметром до 3 см – 38,3%, диффузну міому матки – у 25,8%.

У деяких випадках фіксували множинні інтрамурально-субсерозні форми міоми, у яких важко було визначитись, до якої групи їх віднести, а також такі супутні захворювання, як аденоміоз, генітальний ендометріоз, спайковий процес, що утворився після хірургічних втручань або як наслідок запальних процесів. Тому було вирішено виділити так звані поєднані форми, що становили 46,8%. У II групі з ними реєстрували 64,6% прооперованих пацієнок, а у I групі – 10,8%. Значний відсоток становили множинні інтрамуральні вузли у діаметрі понад 5–7 см – 44,6%, що клінічно проявлялись і порушеннями менструального циклу, і АМК, і больовим синдромом.

ВИСНОВКИ

Отже, проведений всебічний аналіз даних обстеження пацієнок з міомою матки, яких готували як до консервативного, так і до хірургічного лікування, засвідчив, що найбільш численними є групи пацієнок з міомою матки у вікових групах 26–35 років (32%) та 36–40 років (28,4%), які найбільш соціально та репродуктивно активні.

Виявлено, що з даною патологією репродуктивної системи переважали жінки розумової праці, як за освітою (33,6%), так і за соціальним статусом (30,4% та 22,4%).

Велике значення у розвитку даної патології мають фактори, що спричинюють її розвиток. Одним із тригерних факторів у виникненні міоми матки вважають запальні захворювання статевих органів (бактеріального та вірусного походження), що підтверджується проведеними дослідженнями – 120(48,0%) жінок мали в анамнезі дану патологію, а відповідно по клінічних групах – 61 (50,8%) та 59 (45,4%) пацієнок. Також велике значення має наявність попередніх абортів – 106 (42,4%) жінок і відповідно по групах – 57 (47,5%) та 49 (37,7%) жінок.

Таблиця 9

Локалізація та види вузлів в обстежених пацієнок, абс. число (%)

Локалізація та види вузлів	I група, n=120	II група, n=130	Усього, n=250
Вузли тіла матки	120 (100)	125 (96,15)	245 (98)
Вузли шийки матки	-	5 (3,85)	5 (2)
Інтрамуральні поодинокі (до 3) діаметром до 3 см	46 (38,3)	-	46 (38,3)
Інтрамуральні множинні діаметром до 5–7 см	-	58 (44,6)	58 (44,6)
Субсерозні	27 (22,5)	11 (8,5)	38 (15,2)
Субмукозні вузли більше 6 см	-	28 (21,5)	28 (21,5)
Вузли на ніжці	-	5 (3,8)	5 (3,8)
Інтралігаментарні	3 (2,5)	6 (4,6)	9 (3,6)
Дифузна міома матки	31 (25,8)	-	31 (25,8)
Поєднані форми	33 (27,5)	84 (64,6)	117 (46,8)

Формування дисгормональних порушень та змін в органах-мішенях відбувалось на тлі залишкових запальних процесів, репродуктивних втрат, які складались із замерлої вагітності, мимовільного викидня, трубної вагітності та штучного абортів – 42,4% (106 жінок) і яка створюють умови для розвитку гіперпластичних змін як в ендометрії, так і в міометрії.

Необхідно зазначити, що клінічними проявами міоми матки були: больовий синдром – у 34,8% жінок, що пов'язаний з менструальним циклом – у 50,8%, значні менструальні виділення – 42,4% (за рахунок жінок II групи – 57,7%), гіперполіменорея та АМК (відповідно 28,0% та 29,3%). Проте

слід відзначити, що у 21,6% пацієнток були відсутні будь-які суб'єктивні прояви.

Для даної категорії пацієнток характерно значний відсоток (60,8%) патології ендометрія, а також супутнього аденоміозу (34%) на тлі міоми матки, що погіршує та ускладнює перебіг обох захворювань. Як наслідок перенесених запальних захворювань органів малого таза, спайковий процес виявлений у 26,8% обстежених жінок, зовнішній генітальний ендометріоз – у 16,4% пацієнток. Зміни у яєчниках у поєднанні з міомою матки менш характерні для даної категорії хворих і становлять лише 12,89%.

Особенности клинического течения миомы матки у женщин репродуктивного возраста
М.А. Флаксемберг

Цель исследования: определение и детальное изучение возникновения предикторов лейомиомы матки, разработка методов лечения и реабилитации репродуктивной функции в зависимости от вида и локализации узлов.

Материалы и методы. Были обследованы и пролечены 250 пациенток с миомой матки. Проведен анализ анамнестических данных, с учетом как объективных, так и субъективных, анализ анамнестических данных близких родственников (материнская и отцовская линии), сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

Результаты. Наиболее многочисленная группа пациенток с миомой матки, по данным исследования, в возрастных группах 26–35 лет (32%) и 36–40 лет (28,4%), которые наиболее социально и репродуктивно активны. В этой категории преобладали женщины с высшим образованием (33,6%) и социальным статусом (30,4% и 22,4%). Перенесенные воспалительные заболевания половых органов были отмечены у 48% женщин, отягощенный гинекологический анамнез (аборт, выкидыш) – у 42,4%.

Заключение. Для данной категории пациенток характерен высокий процент патологии эндометрия – 60,8%, а также сопутствующего аденомиоза – 34% и спаечного процесса органов малого таза – 26,8%.

Ключевые слова: клиническое течение, миома матки, репродуктивный возраст.

Features of the clinical course of uterine fibroids of reproductive age women
M.A. Flakseberg

The objective: in this work represented part of materials of department rehabilitation of reproductive function for the examination and treatment of 250 patients with uterine fibroids in order to study and determine in detail the predictors of the disease, develop methods of treatment (conservative and surgical), as well as rehabilitation of the reproductive function, depending on the type and localization of the nodes.

Materials and methods. The analysis of the anamnestic data, taking into account both objective and subjective data, analysis of anamnestic data of close relatives (maternal and paternal lines), concomitant genital and extragenital pathology is carried out.

Results. The most numerical group of patients with uterine fibroids, according to our data, in the age groups of 26–35 years (32%) is 36–40 years (28,4%), which are the most socially and reproductively active. In this category, women with a high education of 33.6% and social status (30.4% and 22.4%) prevailed. The transferred inflammatory diseases of the genitals were noted in 48% of the examined, weighed gynecological anamnesis (abortions, miscarriages) were noted in 42.4%.

Conclusion. Also for this category of patients is characterized by a high percentage of endometrial pathology – 60.8%, as well as concomitant adenomyosis – 34% and adhesion process of pelvic organs – 26.8%.

Key words: clinical course, uterine fibroids, reproductive age.

Сведения об авторе

Флаксемберг Майя Аркадиевна – Отделение реабилитации репродуктивной функции женщин ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: maya.flaks@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Корнацька А.Г. Сучасні погляди на етіологію, патогенез та лікування лейомиоми матки у жінок репродуктивного віку (Огляд літератури) / Корнацька А.Г., Ракша І.І., Колесніченко І.С., Чубей Г.В. // Здоровье женщины. – 2015. – № 1 (97). – С. 10–12.
- Корнацька А.Г. Особливості анатомо-функціонального стану органів малого таза та генеративної функції у жінок з лейомиомою матки / Корнацька А.Г., Колесніченко І.С., Флаксемберг М.А., Ревенько О.О. // Здоровье женщины. – К., 2014. – № 10 (96). – С. 134–136.
- Doherty L. Uterine fibroids: clinical manifestations and contemporary management / Doherty L., Mutlu D., Sinclair D., Taylor H // *Reprod Sci.* – 2014. – V. 21. – P. 1067–1092.
- Wise L.A. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause / L.A. Wise, S.K. Laughlin-Tommaso // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2016 Mar. – Vol. 59 (1). – P. 2–24.
- Веропотвелян П.Н. Современные представления о миоме матки и ее лечении / Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Цехсмистренко И.С., Бондаренко А.А. // *Здоровье женщины.* – К., 2016. – № 7 (113). – С. 16–22.
- Styer A.K. The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma / A.K. Styer, B.R. Rueda // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2016 Jul. – Vol. 34. – P. 3.
- Гойда Н.Г. Основні досягнення виконання Державної програми «Р» за 2005–2015 р. / Гойда Н.Г., Моисєенко Р.О., Майструк Г.П. // *Здоровье женщины.* – 2016. – № 4. – С. 14–16.
- Жилка Н.Я. Інноваційні підходи до лікування лейомиоми матки / Жилка Н.Я. // *Здоровье женщины.* – К., 2016. – № 7 (113). – С. 104–106.
- Sangkomkamhang U.S. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids / P. Lumbiganon, M. Laopaiboon, B.W. Mol // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – V. 2. – CD008994.
- Кулаков В.И. Новые подходы к лечению миомы матки. Мнение эксперта / Кулаков В.И. // *Проблемы репродукции.* – 2014. – № 2. – С. 57–58.
- Yerushalmi G.M. Vaginal mifepristone for the treatment of symptomatic uterine leiomyomata: an open-label study / Y. Gilboa, A. Jakobson-Setton, Y. Tadir, C. Goldchmit, D. Kats, D.S. Seidman // *Fertil Steril.* – 2014. – V. 101. – P. 496–500.
- Миома матки: от дискуссий к инновациям. Практические рекомендации / В.Е. Радзинский, И.Ф. Фаткулин, А.Р. Баканова, Т.А. Добрецова. – М.: Редакция журнала Status Praesens, 2014. – 16 с.
- Лебедев В.А. Спорные и нерешенные вопросы лечения и профилактики миомы матки у больных репродуктивного периода / В.А. Лебедев, А.И. Давыдов, В.М. Пашков // *Трудный пациент.* – 2013. – № 11 (8–9). – С. 14–19.
- Звычайний М.А. Гіперпластический синдром репродуктивной системы у женщин в перименопаузе: тактика консервативной терапии и реабилитации / Звычайний М.А., Воронцова А.В., Чилова А.Л., Федотовских И.В. // *Гинекология.* – 2014. – № 1. – С. 44–48.

Статья поступила в редакцию 03.07.2018



Флуомізин

деквалінію хлорид 10 мг

- доведена ефективність по відношенню до *Atorobium vaginae* та інших збудників бактеріального вагінозу*
- дозволений до застосування у всіх триместрах вагітності**



Флуомізин. Реєстраційне посвідчення № UA/1852/01/01 від 22.08.14. Реклама лікарського засобу, перед застосування ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтеся з лікарем.

* Susceptibility testing of *Atorobium vaginae* for dequalinium chloride. Guido Lopes dos Santos Santiago et al., 2012 BMC Research Notes 2012, 5:151 <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/151>. ** Інструкція до лікарського засобу Флуомізин

Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я

Це мій дім!



Рецидивуючий кандидоз?
Зверніть увагу на кишечник!



swiss standard