

УДК 577.121.9:591.476:618.14-006.36

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ЖИТЕЛЬНИЦ ГОРОДА КУРГАНА

**Попова А.Х.**

*2-я городская больница, Курган, Россия, e-mail: kur-gb2@rambler.ru*

В представленной работе проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных 139 пациенток от 27 до 62 лет с миомой матки, наблюдавшихся в Курганской городской больнице № 2 в период с 2007 по 2009 год. Группа сравнения была представлена из числа женщин без миомы матки, проходивших в этот же период профосмотр. Проведенное исследование показало, что патогенез миомы матки значительно связан с отклонениями в период становления менструальной функции, а клиническая картина существенно отягощена преexistentующей и существующей патологией. Для изученной популяции ведущими факторами риска развития миомы являются: нарушение менструальной функции (риск развития миомы увеличен в 14 раз), наличие предшествующей гинекологической патологии (в 5 раз) и аборт (в 2 раза).

Ключевые слова: миома матки, факторы риска, нарушение менструальной функции.

## CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS (KURGAN RESIDENTS) WITH UTERINE FIBROIDS

**Popova A.H.**

*2nd State Hospital, Kurgan, Russia, e-mail: kur-gb2@rambler.ru*

A retrospective analysis of clinical and anamnestic data collected from 139 patients from 27 to 62 years old with uterine fibroids observed in the Kurgan city hospital №2 during the period of 2007-2009 is implemented in the following study. The control group was represented by the number of women without uterine fibroids who had baseline medical examination during the same period of time. The study showed that the pathogenesis of uterine fibroids is significantly associated with abnormalities in the period of the menstrual function, and clinical picture is burdened by pre-existing and the existing pathology. For the studied population, the leading risk factors for uterine fibroids are: menstrual dysfunction (the risk of uterine fibroids is increased by 14 times), the presence of previous gynecologic pathology (increases the risk by 5 times) and abortion (by 2 times).

Keywords: uterine fibroids, risk factors, menstrual dysfunction.

### **Введение**

Изучение этиологии, патогенеза, диагностики и лечения миомы матки продолжает оставаться одной из проблем современной гинекологии [1,2]. Среди множества исследований, посвященных этой проблеме, вопросы эпидемиологии данного заболевания, на наш взгляд, изучены недостаточно. Так, в ряде работ отмечено, что в отдельных возрастных группах женского населения, проживающего в разных климатогеографических зонах страны, наблюдаются отличия в частоте выявления миомы, выявлены различия в факторах риска и в возрастных периодах, когда отмечаются первые клинические проявления заболевания [3-5]. В этом плане дальнейшее накопление материала по данной патологии, анализ и поиск новых клинических проявлений, оценка факторов риска развития заболевания позволит не только уточнить и расширить имеющиеся представления о патогенезе миомы, но и даст возможность установить новые данные, позволяющие повысить эффективность диагностики и качества лечения данной категории больных. Цель настоящего

исследования – изучить клиническую характеристику пациенток с миомой матки, жительниц г. Кургана.

### **Материал и методы**

В представленной работе проведен ретроспективный анализ клинико-anamnestических данных 139 пациенток с основным заболеванием – миома матки, наблюдавшихся в Курганской городской больнице № 2 в период с 2007 по 2009 г. Все обследованные были жительницы г. Кургана. Возраст пациенток составил от 27 до 62 лет. Больные, имеющие миому матки, обследованы в соответствии с отраслевым стандартом «Протоколы ведения больных. Общие требования», приказа Минздрава России №303 от 03.08.1999 г. с оценкой следующих параметров: размеры матки, локализация узлов относительно толщины маточной стенки (подслизистая, интрамуральная, субсерозная, смешанная), размеры миоматозных узлов, наличие осложнений (быстрый рост опухоли, рождающийся подслизистый узел, острое нарушение питания или инфицирование узлов, железодефицитная анемия, бесплодие). Учитывали также данные о сопутствующих гинекологических и экстрагинекологических заболеваниях. Для количественной оценки степени ожирения рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Для выявления факторов риска развития миомы методом рандомизации нами была составлена группа сравнения из числа женщин, проходивших в этот же период наблюдения профосмотр в Курганской ГБ № 2, без миомы матки. Эта группа представляла случайную выборку из исследуемой популяции.

Результаты исследования обрабатывали методами параметрической и непараметрической статистики. Данные представлены в виде средней арифметической (M), стандартного отклонения (SD), доли встречаемости признака (p) и ее стандартной ошибки ( $\sigma_p$ ). Для оценки корреляционных связей рассчитывали критерий Пирсона (нормальная выборка) и Спирмена (отсутствие нормальности распределения).

### **Результаты и обсуждения**

Клинико-амнестическая характеристика обследованных женщин представлена в таблице 1. Нами обнаружено, что средний возраст выявления миомы матки составлял  $34,4 \pm 2,0$  года. Наибольшая частота встречаемости миомы – 73,4 % от всего количества наблюдений, приходилась на возрастной период 31–50 лет. В 12,9 % случаев (18 наблюдений) миома диагностировалась у женщин в возрасте менее 30 лет. Средний срок начала менархе у пациенток составил  $13,8 \pm 0,3$  года. Основная часть пациенток (более 80 %) имела в анамнезе беременность и роды, в 81,3 % случаев – медицинские аборт. Самопроизвольный выкидыш, внематочную беременность и бесплодие имели 30,2 % из числа всех обследованных женщин.

Значительная часть пациенток (88,4 %) имели ту или иную степень ожирения, ИМТ у них в среднем составлял  $29,2 \pm 0,7$  км/м<sup>2</sup>.

Таблица 1		
<i>Клинико-амнестическая характеристика обследованных пациенток</i>		
Клинические показатели	Абсолютное число (n=139)	%, от общего кол-ва
Средний возраст выявления миомы матки	34,4±2,0	-
Распределение пациенток по возрасту:		
21-30	18	12,9
31-40	55	39,6
41-50	47	33,8
51-60	17	12,2
61-70	2	1,4
Возраст менархе (лет)	13,8±0,3	-
Время установления менструального цикла (лет)	5,4±0,2	-
Беременность	121	87,1
Роды	114	82,0
Аборты	113	81,3
2 аборта и более	73	52,5
Самопроизвольный выкидыш	21	15,1
Внематочная беременность	6	4,3
Регрессирующая беременность	1	0,7
Бесплодие	15	10,8
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,2±0,7	-
I степень ожирения	50	36,0
II степень ожирения	51	33,7
III степень ожирения	26	18,7

Локализация миоматозных узлов в 60,4 % случаев была смешанной, в 14,4 % наблюдений – интерстициальная и субсерозная, на другие варианты локализации приходилось около 10,0 % наблюдений (табл. 2).

Таблица 2		
<i>Локализация миоматозных узлов у обследованных пациенток</i>		
Локализация миоматозных узлов	Абсолютное число (n=139)	%, от общего кол-ва
Смешанная	84	60,4
Интерстициальная	20	14,4
Субсерозная	20	14,4
Субмукозная	6	4,3
Перешеечная	5	3,6
Интралигаментарная	4	2,9

Анализ локализации миоматозных узлов в возрастных группах обнаружил, что с возрастом происходило увеличение частоты встречаемости миоматозных узлов смешанной локализации: от 44,4 % в возрастной группе от 21 до 30 лет, до 70,6 % в группе пациенток 51–60 лет (табл. 3). При этом доля интерстициальной и субмукозной локализации миомы с возрастом, наоборот, снижалась. Так, из всех случаев интерстициальной локализации миомы (20 пациенток) у 12 (60 %) пациенток она обнаруживалась в возрастной группе от 21 до 40

лет, а субсерозная локализация в большинстве своем, в 11 случаях (55 %) из 20, отмечалась у пациенток в возрастной группе от 31 до 40 лет.

Таблица 3

<i>Локализация миоматозных узлов у обследованных пациенток в зависимости от возраста</i>					
Локализация миоматозных узлов	Возрастные группы				
	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70
Интерстициальная	4 / 22,2*	8 / 14,5	6 / 12,8	2 / 11,8	0
Субмукозная	1 / 5,6	2 / 3,6	2 / 4,3	1 / 5,9	0
Субсерозная	5 / 27,8	11 / 20,0	4 / 8,5	0	0
Перешеечная	0	1 / 1,8	3 / 6,4	1 / 5,9	0
Интралигаментарная	0	1 / 1,8	2 / 4,3	1 / 5,9	0
Смешанная локализация	8 / 44,4	32 / 58,2	30 / 63,8	12 / 70,6	2 / 100

Примечание: \* – 4 / 22,2 – первая цифра – общее количество наблюдений, 22 – процент от общего числа пациенток данной возрастной группы.

Проведенное нами исследование также показало, что помимо наличия миомы матки, обследованные пациентки имели высокую гинекологическую заболеваемость (табл. 4). В частности из 139 пациенток обнаруживалось 430 случаев заболеваний, т.е. каждая пациентка с миомой имела в среднем около 3 сопутствующих гинекологических заболеваний. Наиболее частыми в анамнезе обследованных пациенток были: гиперменструальный синдром (58,3 %), хронические воспалительные заболевания женских половых органов (50,4 %), генитальный эндометриоз (45,3 %). В целом же нами было обнаружено 16, сопутствующих миоме, гинекологических заболеваний.

Нами также была зафиксирована относительно большая частота соматических заболеваний у обследованных пациенток: 246 заболеваний на 139 пациентов или 1,77 заболеваний на 1 пациентку (табл. 5). Оказалось, что основной процент сопутствующих соматических заболеваний приходился на заболевания сердечно-сосудистой системы (38,8 %), из которых доминирующим была гипертоническая болезнь (36,0 % от всего числа соматической патологии). Значительно высоким был процент пациенток с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и печени, их доля среди общего числа наблюдений составляла 27,3 %. У четверти из всех обследованных пациенток в анамнезе присутствовала анемия.

Таблица 4

<i>Частота гинекологических заболеваний у обследованных пациенток</i>			
№	Гинекологические заболевания	Абсолютное	%, от общего кол-ва

		число (n=139)	
1	Гиперменструальный синдром	81	58,3
2	Хронические воспалительные заболевания	70	50,4
3	Генитальный эндометриоз	63	45,3
4	Функциональные кисты яичников	38	27,3
5	Эрозия шейки матки	35	25,2
6	Эндометриоидная киста яичника	32	23,0
7	Сальпингоофорит	26	18,7
8	Аденомиоз	25	18,0
9	Поликистоз яичников	13	9,4
10	Хронический сальпингит	13	9,4
11	Хронический эндометрит	10	7,2
12	Вторичное бесплодие	9	6,5
13	Цервикоз	6	4,3
14	Гидросальпинкс	5	3,6
15	Гиперплазия и полипоз эндометрия	2	1,4
16	Цистаденома яичника	2	1,4
	Всего	430	309

Таблица 5.

*Частота соматических заболеваний у обследованных пациенток*

Соматические заболевания	Абсолютное число (n=139)	%, от общего кол-ва
<b>Заболевания сердечно-сосудистой системы (из них)</b>	<b>54</b>	<b>38,8</b>
Гипертоническая болезнь	50	36,0
ХИБС	7	5,0
Вегето-сосудистая дистония	10	7,2
Хроническая варикозная недостаточность	17	12,2
<b>Заболевания желудочно-кишечного тракта (из них)</b>	<b>38</b>	<b>27,3</b>
Заболевания желудка и кишечника	26	18,7
Болезни печени и желчного пузыря	19	13,7
Анемия	36	25,9
<b>Эндокринные заболевания (из них)</b>	<b>25</b>	<b>18,0</b>
Сахарный диабет	5	3,6
Заболевания щитовидной железы	21	15,1
Заболевания мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, цистит, гломерулонефрит, нефроптоз)	23	16,5
Заболевания системы органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма)	21	15,1
Патология молочных желез (мастопатия, фиброаденома)	19	3,7
Глазные заболевания (миопия, катаракта)	13	9,4
Заболевания опорно-двигательной системы	11	7,9

Кожные заболевания (псориаз, экзема)	5	3,6
Заболевания нервной системы	1	0,7
Всего	246	177

В целом, результаты проведенного анализа показали, что патогенез миомы значительно связан с определенными отклонениями в периоде становления менструальной функции, а сама клиническая картина существенно отягощена предсуществующей и сопутствующей патологией. Однако отнесение отмеченных особенностей к факторам риска возможно лишь при сравнении обследованных пациенток с группой из аналогичной популяции, но без наличия миомы (т.н. контроль). Учитывая то, что большинство случаев обнаружения миомы диагностировалось в возрасте 30–50 лет, основную (миома матки) и контрольную группу составили женщины указанного возраста. Сравнительные характеристики обследованных пациенток с миомой матки и пациенток группы контроля (без миомы) представлены в таблице 6.

Таблица 6			
<i>Сравнение клинико-амнестических показателей обследованных пациенток со средними по популяции (контроль)</i>			
Клинические показатели	Основная группа (n=102)	Контроль (n=45)	P(o)/P(п)
Средний возраст (31–50 лет)	34,4±2,7	35,9±1,2	-
Возраст менархе (лет)	13,4±0,4	13,0±0,5	-
Время установления менструального цикла (лет)	5,4±0,2	5,2±0,4	-
Гиперменструальный синдром ( $p \pm \sigma_p$ )	0,58±0,05* (81)	0,04±0,03 (2)	14,5
Кисты и поликистоз ( $p \pm \sigma_p$ )	0,81±0,04* (83)	0,14±0,05 (6)	5,79
Генитальный эндометриоз ( $p \pm \sigma_p$ )	0,45±0,05* (63)	0,09±0,04 (4)	5,00
2 аборта и более ( $p \pm \sigma_p$ )	0,76±0,04* (78)	0,27±0,07(12)	2,81
Аборты ( $p \pm \sigma_p$ )	0,90±0,03* (92)	0,49±0,07(23)	1,84
Анемия ( $p \pm \sigma_p$ )	0,26±0,04 (36)	0,16±0,05 (7)	1,62
Роды ( $p \pm \sigma_p$ )	0,92±0,03*(94)	0,78±0,07(35)	1,18
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,2±0,7*	26,3±1,1	1,11
Заболевания желудочно- кишечного тракта и печени ( $p \pm \sigma_p$ )	0,27±0,04* (38)	0,49±0,07 (22)	0,55

Примечание: \* – достоверные отличия от контроля при  $p \leq 0,05$ . P(o)/P(п) – отношение доли встречаемости признака в основной группе к доли встречаемости признака по популяции.

Из таблицы 6 видно, что показатели, характеризующие становление менструальной функции, такие как возраст менархе и время установления менструального цикла, хоть и имели средние значения выше средних по популяции, статистической значимостью от средней по популяции не отличались. В анамнезе больных миомой матки обращает на себя внимание довольно высокая, в отличие от популяционной, частота гиперменструального синдрома (в 14,5 раз выше популяционной), наличие кист и эндометриоз (в 5 раз выше), а также медицинских аборт (в 2 раза выше средней по популяции). Из соматических заболеваний в преморбидном фоне пациенток с миомой матки в 1,62 раза чаще, чем в общей популяции, встречается анемия. При этом нами обнаружено, что частота заболеваний желудочно-кишечного тракта и печени у пациенток с миомой, наоборот, ниже средней по популяции почти в два раза.

### **Заключение**

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных пациенток с миомой матки позволяет отметить, что этиология и патогенез миомы матки сочетаются с широким комплексом патологических нарушений во многих системах организма. Нарушения менструальной функции, наличие гинекологической патологии и аборт для изученной популяции являются одними из ведущих факторов риска развития миомы. Из соматических заболеваний для данной популяции только наличие анемии в 1,6 раз повышает вероятность развития миомы. Такие, казалось бы, признанные факторы риска миомы, как задержка менархе, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы и избыточный вес не имели в изученной популяции ярко обозначенной клинической взаимосвязи с развитием миомы.

### **Список литературы**

1. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейкомиомы матки. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
2. Миома матки / Под ред. И.С. Сидоровой. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 256 с.
3. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. – СПб.: Элби-СПб, 2000. – 130 с.
4. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – М.: МИА, 2006. – 174 с.
5. Schwartz S.M. Epidemiology of uterine leiomyomata // Clin. Obstet. Gynecol. – 2001. – V. 44. – № 2. – P. 316-326.

### **Рецензенты:**

Лунова С.Н., д.б.н., профессор, руководитель научного клинико-диагностического отдела, ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития, г. Курган.

Матвеева Е.Л., д.б.н., ведущий научный сотрудник лаборатории биохимии, ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития, г. Курган.