



УДК 618.14-006.36

В. М. Запорожан, С. М. Непорада

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МІОМИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 618.14-006.36

В. Н. Запорожан, С. М. Непорада

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью исследования была оценка факторов риска развития миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Показано, что в условиях гинекологического стационара ГУ «Дорожная больница» ГП «Одесская железная дорога» миома матки по частоте в структуре обращений занимает третье место после воспалительных процессов придатков матки и эндометриоза. Наиболее частая локализация миомы — интерстициальная, при этом в 49,8 % случаев опухоль локализуется в теле матки. К основным факторам риска возникновения миомы относятся гормональный дисбаланс, возраст до 45 лет и наследственная предрасположенность.

Ключевые слова: миома матки, диагностика, факторы риска.

UDC 618.14-006.36

V. M. Zaporozhan, S. M. Naporada

RISK FACTORS FOR UTERINE FIBROIDS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Uterine fibroids and their complications remain one of the main reasons for surgical interventions in gynecological practice in all developed countries. The frequency of this pathology in the structure of gynecological diseases is high and comprise by different authors data, from 10 to 27%, the results of autopsies of about 50%, according to U.S. researchers more than 70%.

Approximately 30–45 % of cases of uterine fibroids are diagnosed in women of reproductive age: 15–17 % in women older than 30 years, and 30–35% at the premenopausal age. Recently there was determined a trend towards the rejuvenation of the disease. After 30 years the risk of uterine fibroids increases to 70–80 %, and the incidence continues to be very common pathology in women in the perimenopause period. However, it is impossible to determine the true incidence due to asymptomatic course in more than 70 % of uterine fibroids.

The study was aimed to evaluate risk factors for uterine fibroids in women of reproductive age.

The research was conducted at the SI “Road Hospital” of SE “Odessa Railway” during 2008–2013. There was conducted a retrospective analysis of medical records of women of reproductive age suffering from uterine fibroids (code ICD-10 D25). Statistical analysis performed using the software Statistica 7.0 (USA).

Results of research. Retrospective analysis showed that during 5 years in the hospital there were observed 1982 women with uterine fibroids. Overall, uterine fibroids rank third position after inflammation of the uterus and endometriosis in the structure of gynecological diseases registered in the Odessa Railway Hospital.

Clinical signs of uterine fibroids varied and depend on the location and size of the tumor, presence of degenerative processes in the nodes, the duration of the disease. The most common cases (80.8%) are associated with menstrual dysfunction (menorrhagia, metrorrhagia), which led to anemia. In 23.3% of cases there was pain, which was due to rapid growth or large uterine fibroid, distortion of junction, thrombosis of blood vessels that nourish capsule of myoma node, as well as delivering submucosal node or its necrosis.

The important role in clinical uterine fibroids played reproductive disorders (infertility, miscarriage, complications during childbirth and the postpartum period), which occurred in 50.4 % of women. Impaired function of adjacent organs (increased frequency of urination, urinary retention, pyelonephritis, hydronephrosis, constipation) occurred in 5.9% of patients. The relatively infrequent occurrence had manifestations of myelopathic and radiculopathic syndrome that developed with increasing tumor size greater than 14-week gestation (1.5% of cases). Myelopathic syndrome manifested with weakness and heaviness in the legs, paresthesia. Radiculopathic syndrome developed as a result of compression of the uterus, pelvic nerve plexus or certain nerves that lead to the occurrence of pain in the lumbosacral region and lower limbs, disturbance of sensitivity as paresthesias or hyperpatias.

It is shown that in a gynecological hospital of Odessa railway the leiomyoma takes the third place after uterine inflammation and endometriosis in the structure of gynecological pathology. The most frequent localization is an interstitial fibroid, while in 49.8 % of cases the tumor is localized in the corpus uteri. The main risk factors for fibroids are hormonal imbalance, age of 45 years and genetic predisposition.

Key words: uterine fibroids, diagnosis, risk factors.



Міома матки та її ускладнення залишаються однією з головних причин оперативних втручань у гінекологічній практиці в усіх розвинених країнах. Частота даної патології у структурі гінекологічних захворювань висока і становить, за даними різних авторів, від 10 до 27 %, за результатами автопсії близько 50 %, а за даним дослідників у США — понад 70 % [1–4].

Близько 30–45 % випадків міоми матки діагностують у жінок репродуктивного віку: 15–17 % — після 30 років, і у 30–35 % жінок, що досягли пременопаузального віку [1; 2; 5]. Останнім часом відзначається тенденція до омолодження захворювання. Після 30 років ризик виникнення міоми матки зростає до 70–80 % і захворюваність продовжує залишатися досить частою патологією у перименопаузі [5; 6]. Однак неможливо визначити її справжню частоту у зв'язку з асимптомним, до певного часу, перебігом більш ніж 70 % міом матки [1; 2; 5].

Відповідно до сучасних уявлень, міома матки — це доброякісна, моноклональна, добре відмежована капсулована гладком'язова пухлина, яка росте з незрілих міоцитів судинної стінки матки. Достойно етіологія виникнення міоми невідома, але вважають, що до пухлинної трансформації незрілих міоцитів призводять соматичні мутації клітин після перенесених і супровідних гормональних порушень, нейроендокринно-обмінних і запальних захворювань, а також гіпоксичні, дистрофічні та травматичні uszkodження матки внаслідок внутрішньоматкових втручань [1–3; 5; 6].

Факторами ризику розвитку міоми матки є спадкова схильність, хронічні гінекологічні й екстрагенітальні захворювання, вплив несприятливих чинників довкілля. Внаслідок збою нейроендокринної регуляції може різко змінюватися співвідношення гонадотропних і статевих гормонів. При цьому є ймовірним розвиток тривалого підвищення рівня естрогенів і порушення ритму їх секреції.

Це може викликати гіперпластичні процеси в міометрії і тим самим сприяти розвитку новоутворень. Існує також й місцева продукція естрогенів у міоматозному вузлі, що, в свою чергу, може підтримувати подальший розвиток пухлинного процесу незалежно від яєчникових гормонів, забезпечуючи свого роду автономність пухлинного росту [1; 2; 5].

Останім часом розглядається теорія, згідно з якою в патогенезі міоми матки поряд з естрогенами бере участь прогестерон, що підсилює міотичну активність клітин міометрія протягом лютеїнової фази. У міомі кількість прогестеронових рецепторів перевищує їх вміст у звичайному міометрії. Ця особливість концентрації рецепторів робить міому за своїми властивостями більш близькою до ендометрія, ніж до міометрія. Це, можливо, і є причиною зростання міоматозних вузлів, притому що звичайна м'язова тканина матки залишається незмінною, при однаковому рівні гормонів у крові [1; 5]. Втім, незважаючи на успіхи у дослідженні етіопатогенезу міоми, питання про силу впливу тих чи інших факторів ризику при детермінації виникнення міоматозного вузла залишається відкритим.

Метою дослідження була оцінка факторів ризику розвитку міоми матки у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на базі ДЗ «Дорожня лікарня» ДП «Одеська залізниця» протягом 2008–2013 рр. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації жінок репродуктивного віку, що страждали на міому матки (код за МКХ-10 D25). Статистична обробка виконана за допомогою програмного забезпечення Statistica 7.0 (США) [7].

Результати дослідження та їх обговорення

Як показав ретроспективний аналіз, за 5 років у стаціо-

нар звернулися 1982 жінки з міомою матки. Загалом в умовах гінекологічного стаціонару Одеської залізниці міома за частотою у структурі звернень посідає третє місце після запальних процесів придатків матки та ендометріозу.

Клінічні прояви міоми матки варіювали і залежали від локалізації та величини пухлини, наявності дегенеративних процесів у вузлах, тривалості захворювання. Найчастіше (80,8 %) траплялися і рано виникали симптоми, пов'язані з порушенням менструальної функції у вигляді менорагії, метрорагії, що призводили до анемізації. У 23,3 % випадків був присутній больовий синдром, який пояснювався швидким ростом або великими розмірами міоми матки, перекручення ніжки вузла, тромбозом судин, що живлять капсулу міоматозного вузла, народженням підслизового вузла або його некрозом.

Важливу роль у клініці міоми матки відігравали порушення репродуктивної функції (безплідність, невиношування вагітності, ускладнений перебіг пологів і післяпологового періоду), які виявлялися у 50,4 % жінок. Порушення функції суміжних органів (збільшення частоти сечовипускання, затримка сечі, пієлонефрит, гідронефроз, запори) виникали у 5,9 % пацієнток. Відносно нечастим явищем були прояви мієлопатичного та радикулалгічного синдрому, які розвивалися при збільшенні розмірів пухлини більше ніж 14 тиж. вагітності (1,5 % випадків). Мієлопатичний синдром проявлявся слабкістю і важкістю у ногах, парестезіями, які починалися через 10–15 хв ходьби і зникали після короточасного відпочинку. У генезі цього синдрому основним механізмом є спінальна ішемія. Радикулалгічний синдром розвивався внаслідок стискання маткою нервових сплетень малого таза або окремих нервів, що призводило до виникнення болю у попереково-крижовій ділянці та нижніх кінцівках, порушення чутли-



вості у вигляді парестезій або гіперпатії.

Втім, у 9,2 % випадків міома матки була виявлена випадково, при повній відсутності суб'єктивної симптоматики, під час планових диспансерних оглядів. Основними діагностичними інструментами при цьому були УЗД та бімануальний гінекологічний огляд. В окремих випадках (при субмукозних пухлинах) діагноз був встановлений при гістероскопії, яка виконувалася при підозрі на іншу гінекологічну патологію.

У структурі захворювання переважали субсерозна та інтрамуральна локалізація (38,9 та 53,5 %). Субсерозно-інтерстиційна локалізація відзначалася у 12,6 %, у 4 випадках — інтралігаментарне розташування вузла. Частота виявлення субмукозних вузлів не перевищувала 4,6 %. У тілі матки вузли локалізувалися у 61,8 % випадків, у нижньому сегменті — у 4,0 %, в ділянці дна матки — у 34,2 %. Вузли діаметром 2–3 см траплялися у 195 (9,8 %) жінок, 3–7 см — у 773 (39,0 %), 7–10 см у 987 (49,8 %), а вузли більшого розміру — у 27 (1,4 %) пацієнток. Тривалість захворювання становила від 1 до 12 років. У 439 (22,1 %) жінок була проведена міомектомія лапароскопічним доступом, у 684 (34,5 %) — лапаротомним. Лапароскопічним доступом оперували поодинокі та множинні міоми з субсерозною локалізацією, а також міоми з інтрамурально-субсерозним розташуванням, з ознаками центрипетального росту і діаметром вузлів не більше 10 см. Лапаротомний доступ використовували переважно при вузлах більшого розміру. Конверсія лапароскопічного втручання у лапаротомне відбулася у 7 (0,4 %) випадках. Основними показаннями для міомектомії були мено-, метропегії, дисменорея, безплідність, звичне невиношування, швидкий рост міоми у жінок з нералізованою дітородною функцією, а також поєднання цих факторів.

При з'ясуванні ролі різних факторів ризику у розвитку міоми визначене таке (табл. 1). Найбільш значущим фактором в генезі міоми є наявність гормонального дисбалансу, зумовленого хронічними гінекологічними й екстрагенітальними, зокрема ендокринологічними, захворюваннями. Крім того, велике значення мали інші причини патологічної регенерації міометрія, ушкодженого в результаті запальних змін, внутрішньоматкових втручань, травматичних пологів тощо. Надмірна маса, постійні стреси, зайва інсоляція, вживання гормональних (при ранній пре-

скрибції — у віці до 18 років) та використання внутрішньоматкових контрацептивів також є значущими факторами ризику.

У 5,4 % жінок міома виникла на тлі гіперпролактинемії. Ймовірними механізмами розвитку пухлини є стимулювальний вплив пролактину на проліферацію міоцитів шляхом активації каскаду мітоген-активованих кіназ (МАРК), які відповідають на позаклітинні стимули (мітогени), МАРК регулюють багатоклітинні процеси (експресію генів, розподіл, диференціювання й апоптоз) і залучені до роботи багатьох не-

Таблиця 1

Значущість факторів ризику міоми матки

Фактор	ВШ	Ді 95 %
Спадкова схильність	2,2	1,6–2,8
Психоемоційний стрес	1,4	1,2–1,6
Надмірна маса	1,9	1,3–2,5
Вік до 45 років	2,3	2,0–2,7
Вік до 30 років	0,9	0,7–1,1
Вегетаріанська дієта	0,4	0,3–0,6
Активний спосіб життя	0,3	0,2–0,4
Артеріальна гіпертензія	1,6	1,1–2,1
Куріння	2,2	1,6–2,8
Раннє менархе	1,3	0,9–1,7
Пізнє менархе	1,2	0,9–1,5
Ранній початок статевого життя	1,1	1,0–1,4
Рання прескрибція гормональних контрацептивів	1,3	1,1–1,5
ВМС	1,7	1,3–2,1
Низький паритет	1,2	1,0–1,5
Артифіціальні аборти	1,9	1,5–2,3
Виробничі шкідливості	1,5	1,1–1,9
Кесарів розтин	1,3	1,0–1,5
Оперативні втручання на органах малого таза	1,2	0,9–1,4
Гіперпролактинемія	3,2	2,1–4,3
Цукровий діабет	1,7	1,1–2,3
Гіпотиреоз	3,1	2,0–4,3
Вегетативна дисфункція	1,2	0,6–1,7
Доброякісні дисплазії молочної залози	1,3	0,8–1,9
Гіперпластичні процеси ендометрія	2,8	1,9–3,8
Недостатність лютеїнової фази	2,4	1,1–3,5
Ендометріоз	1,4	1,1–1,6
Хронічні запальні процеси придатків матки	3,4	1,7–5,1
Зайва інсоляція	1,2	0,7–1,5
Проживання в екологічно несприятливому регіоні	1,3	0,8–1,5



ядерних білків — продуктів онкогенів. Позаклітинні стимули ведуть до активації MAPK через сигнальний каскад, який складається з MAPK, MAP2K і MAPKKK (MAP3K): MAP3K активується позаклітинними стимулами і фосфорилує MAP2K, потім MAP2K фосфорилуванням активує MAPK. Загалом, активація протеїнкіназ, що беруть участь у MAPK-каскадах, може відбуватися найрізноманітнішими шляхами — через фосфорилування, зв'язування із структурними білками, зв'язування з ГТФазами, а також через частковий протеоліз (відщеплення структурного домену). Різноманітність учасників цих каскадів і зв'язків між ними зумовлює численність клітинних реакцій у відповідь на різні дії, створює позитивні і негативні зворотні зв'язки [3].

Відповідно до наших спостережень, підвищувався ризик утворення міоми й при гіпотиреозі (ВШ=3,1; ДІ 95 % 2,0–4,3).

Таким чином, проведено дослідження дає змогу дійти таких **висновків**:

1. В умовах гінекологічного стаціонару Одеської залізниці

міома за частотою у структурі звернень посідає третє місце після запальних процесів придатків матки й ендометріозу.

2. Найчастішою локалізацією міоми є інтерстиціальна, причому у 49,8 % випадків пухлина локалізується в тілі матки.

3. Основними факторами ризику виникнення міоми є гормональний дисбаланс, вік до 45 років і спадкова схильність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дикарева Л. В. Клинико-диагностические аспекты быстрорастущей миомы матки / Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев, А. К. Аюпова // Проблемы репродукции. – 2008. – № 6. – С. 20–25.

2. *Некоторые аспекты этиологии и патогенеза миомы матки* / А. Н. Рымашевский, Е. С. Никитина, Ю. Л. Набока [и др.] // Валеология. – 2013. – № 1. – С. 54–58.

3. *Not every recurrent pelvic mass in a female is a leiomyoma* / A. Ndzengue, M. Mora, S. Iqbal [et al.] // Am J Med Sci. – 2013. – Vol. 345 (1). – P. 72–74.

4. *Parker W. H. Fibroids and pregnancy outcomes.* / W. H. Parker, D. L. Olive, E. A. Pritts // Fertil Steril. – 2012. – Vol. 98 (1). – e13.

5. *Association of race, age and body mass index with gross pathology of uterine fibroids* / A. B. Moore, G. P. Flake, C. D. Swartz [et al.] // J. Reprod Med. – 2008. – Vol. 53 (2). – P. 90–96.

6. *Metwally M. Surgical treatment of fibroids for subfertility* / M. Metwally, Y. C. Cheong, A. W. Horne // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol. 11. – CD003857.

7. *Керівництво до користування програмою Statistica* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://statosphere.ru/books-arch/statistica-books/87-full-ref.html>

REFERENCES

1. *Dikareva L.V., Shvarev E.G., Ayupova A.K. Clinical-diagnostic issues of fast growing uterine myoma. The problems of reproduction* 2008; 6: 20-25.

2. *Rymashevsky A.N., Nikitina E.S., Naboka Yu.L. et al. Some issues of etiology and pathogenesis of uterine fibroids. Valeology* 2013; 1: 54-58.

3. *Ndzengue A., Mora M., Iqbal S. et al. Not every recurrent pelvic mass in a female is a leiomyoma. Am J Med Sci* 2013; 345 (1): 72-74.

4. *Parker W.H., Olive D.L., Pritts E.A. Fibroids and pregnancy outcomes. Fertil Steril* 2012; 98 (1): e13.

5. *Moore A.B., Flake G.P., Swartz C.D. et al. Association of race, age and body mass index with gross pathology of uterine fibroids. J Reprod Med* 2008; 53 (2): 90-96.

6. *Metwally M., Cheong Y.C., Hore A.W. Surgical treatment of fibroids for subfertility. Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11: CD003857.

7. *The guideline for users of the software Statistica. Retrieved from: http://statosphere.ru/books-arch/statistica-books/87-full-ref.html*

Надійшла 21.01.2014

УДК 617.51-003.215

А. О. Мирзоян¹, Д. А. Патрикян¹, М. А. Егунян²

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

¹ РМЦ «Армения», Ереван, Республика Армения

² МЦ «Эребуни», Ереван, Республика Армения

УДК 617.51-003.215

А. О. Мирзоян¹, Д. А. Патрикян¹, М. А. Егунян²

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

¹ РМЦ «Армения», Ереван, Республика Армения

² МЦ «Эребуни», Ереван, Республика Армения

Цель работы — изучить особенности клинического течения внутримозговой гематомы при изолированной черепно-мозговой травме (ЧМТ), выявить факторы, влияющие на исход внутримозговой гематомы при хирургическом лечении. Изучались истории болезней 188 оперированных пациентов с изолированной ЧМТ, проведен ретроспективный анализ. Из 188 оперированных больных у 14 была обнаружена внутримозговая гематома.

