

**В.Л. Дронова,  
С.М. Корниенко**

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ**

*ГУ Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины  
(дир. - академик НАМНУ, д. мед. н., проф. Ю.Г. Антипкин)  
ул. Майбороды, 8, Киев, 04050, Украина  
SE Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology NAMS Ukraine  
Maiborodi str., 8, Kiev, 04050, Ukraine  
e-mail: kornisv@rambler.ru*

**Ключевые слова:** патология эндометрия, поздний репродуктивный и перименопаузальный возраст, миома матки, качество жизни

**Key words:** endometrial pathology, late reproductive and perimenopausal age, myoma of uterus, quality of life

**Реферат.** Клініко-анамнестичні особливості та якість життя жінок з патологією ендометрія на фоні міоми матки. Дронова В.Л., Корнієнко С.М. Обстежено 325 жінок 35-55 років, які страждають на різні форми патології ендометрія. Виявлено, що у 110 (33,8%) пацієнток мало місце поєднання патології ендометрія і міоми матки. Вони склали основну групу (група ММ), у референтну групу увійшли 215 жінок без міоми матки (група К). Встановлено, що для групи ММ характерна підвищена екстрагенітальна захворюваність: значно частіше відзначалися кардіопатії ( $p < 0,009$ ), гіпертонічна хвороба ( $p < 0,03$ ), ожиріння III-IV ступеня ( $p < 0,006$ ), залізодефіцитна анемія ( $p < 0,02$ ), вегето-судинна дистонія ( $p < 0,03$ ) і хвороби нервової системи ( $p < 0,01$ ). Наявність міоми матки пов'язана з підвищеним ризиком рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія. Отримані дані дозволяють припустити, що в патофізіології міоми матки в жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку з патологією ендометрія соматичні та соматоформні захворювання відіграють більш істотну роль, ніж супутня або раніше перенесена генітальна патологія. У пізньому репродуктивному віці і перименопаузі патологічні зміни ендометрія поєднуються з міомою матки в кожній третій пацієнтки. На розвиток міоми матки соматичні фактори чинять більший вплив, ніж репродуктивні. Наявність міоми є додатковим критерієм зниження якості життя й обтяжує прогноз лікування патології ендометрія в пізньому репродуктивному віці і перименопаузі.

**Abstract.** Clinical-anamnestic features and quality of life in women with endometrial pathology on the background of uterine myoma. Dronova V.L., Kornienko S.M. A total of 325 women 35-55 years old suffering from various forms of endometrial pathology were examined. It was found that 110 (33.8%) patients had combination of endometrial pathology and uterine myoma. They made up the main group (group MM), the reference group consisted of 215 women without uterine myoma (group K). It was established that group with uterine myoma is characterized by increased extragenital morbidity: cardiomyopathy ( $p < 0.009$ ), hypertension ( $p < 0.03$ ), obesity stage III-IV ( $p < 0.006$ ), iron-deficiency anemia ( $p < 0.02$ ), vegetative-vascular dystonia ( $p < 0.03$ ) and nervous system diseases ( $p < 0.01$ ) were significantly more common. The presence of uterine myoma is associated with increased risk of recurrence of endometrial hyperplasia and polyps. These data suggest that in the pathophysiology of uterine myoma in women of late reproductive and perimenopausal age with endometrial pathology somatic and somatoform disorders play a more significant role than concomitant or previous genital pathology. In late reproductive age and menopause period endometrial lesions are combined with uterine myoma in every third patient. Somatic factors have a greater impact on the development of uterine myoma than reproductive. The presence of uterine myoma is an additional criterion of reduce of quality of life and burdens the prognosis of treatment of endometrial pathology in late reproductive age and perimenopausal period.

Публикации последних лет свидетельствуют о возрастающем количестве больных с сочетанной патологией эндометрия (ПЭ) и миометрия [1, 2, 3, 4, 8, 10]. У женщин с миомой матки (ММ) доброкачественная ПЭ диагностируется в 37-76% случаев [1]. К периоду перименопаузы возрастает риск гиперпластических процессов репродуктивной системы, создаются предпо-

сылки для возникновения не только моно-топических гиперпластических процессов, но и одновременного поражения ими практически всех органов репродуктивной системы – развития гиперпластического синдрома [4].

Избыточную пролиферацию клеток мио- и эндометрия могут вызывать дисгормональные нарушения. Прогестерон и эстрогены сочетанно

стимулируют пролиферацию клеток путем индуцирования факторов роста и их рецепторов, а также активации процессов ангиогенеза [1-3, 8]. Диагностика сочетанных гиперпластических процессов эндо- и миометрия затруднена в связи с тем, что они имеют много общих симптомов при отсутствии специфических проявлений [1]. Относительная гиперэстрогения играет важную роль в развитии как гиперпластических процессов эндометрия, так и ММ [1-3, 7, 10, 13]. Объединить их в одну группу нозологии позволяет также характер семейного анамнеза, соматического, гинекологического статуса и морфологической картины [7].

У пациенток с сочетанными формами ПЭ и миометрия наблюдается высокий уровень онкомаркеров, что определяет их в группу онкологического риска [10, 11, 12]. Сочетание гиперпластических процессов эндометрия с ММ в перименопаузе требует расширения показаний к оперативному лечению и значительно ухудшает качество жизни женщин [4, 5, 12]. Изучение специфики ПЭ на фоне ММ позволит выделить модифицируемые факторы риска и обеспечить новые подходы к тактике ведения таких пациенток.

Цель исследования – изучить клинично-анамнестические особенности и качество жизни женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с ПЭ в сочетании с ММ.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В кросс-секционное исследование были включены 325 женщин 35-55 лет, страдающих различными формами ПЭ: полип эндометрия выявлен у 192 (59,1%), гиперплазия эндометрия – у 99 (30,5%), хронический эндометрит – у 113 (34,8%), синехии – у 20 (6,2%), простая гиперплазия с атипией – у 7 (2,2%). Изучены анамнез заболевания, жалобы, результаты анкетирования, общеклинического и гистероскопического обследования, включая данные гистологического исследования операционного материала. Установлено, что у 110 (33,8%) пациенток имело место сочетание ПЭ и ММ. Они составили основную группу (группа ММ), в референтную группу вошли 215 женщин без ММ (группа К).

Для изучения качества жизни использовали опросник здоровья SF-36. Тест SF-36 содержит шкалы, оценивающие удовлетворенность своим физическим состоянием (физическое и ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья) и психическим состоянием (жизненная активность, социальное и эмоциональное функционирование, психическое

здоровье). Оценки каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означало полное здоровье.

Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики, рангового критерия Манна-Уитни,  $\chi^2$ -критерия и точного критерия Фишера.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Средний возраст женщин группы ММ составил  $42,8 \pm 0,47$  года (42; 39-46 лет: здесь и далее в скобках после средней величины указаны значения медианы и I-го – III-го квартилей) и значимо превышал возрастной показатель группы К –  $40,3 \pm 0,47$  года (39; 36-44 года),  $p < 0,001$ .

Изучение социального статуса пациенток не выявило значимых различий: служащих в группе ММ было 57 (51,8%), в группе К – 116 (54,0%),  $p > 0,05$ ; женщин рабочих специальностей соответственно 15 (13,6%) и 28 (13,0%),  $p > 0,05$ ; домохозяйки – 38 (34,5%) и 71 (33,0%),  $p > 0,05$ .

Показатель возраста менархе в группе ММ равнялся  $13,1 \pm 0,13$  (13; 12-14 лет), в группе К –  $13,2 \pm 0,09$  года (13; 12-14 лет),  $p > 0,05$ . Как ранний, так и поздний возраст менархе отмечались в группах исследования с сопоставимой частотой (табл. 1). Средняя длительность менструации в группе ММ равнялась  $5,7 \pm 0,16$  (5,3; 5-7 дней), в группе К –  $5,3 \pm 0,11$  дня (5,0; 4-6 дней),  $p < 0,02$ ; средняя длительность менструального цикла соответственно  $28,5 \pm 0,63$  (28,0; 26,8-30,0 дней) и  $28,8 \pm 0,38$  дня (28,0; 26-28 дней),  $p > 0,05$ . Скудные месячные несколько реже наблюдались на фоне ММ (табл. 1).

Частота нарушений менструального цикла, полипов эндометрия и цервикального канала, хронического эндометрита, эндометриоза, хронического двухстороннего аднексита, кист яичников, эктопий и дисплазий шейки матки, а также гинекологических операций в анамнезе женщин группы ММ была сопоставима с таковой в группе К (табл. 1). При этом значимо чаще их анамнез отягощали ММ ( $p < 0,001$ ), гиперплазия эндометрия ( $p < 0,03$ ) и сочетание этих патологий ( $p < 0,001$ ). Синдром поликистозных яичников чаще выявлялся у пациенток без ММ ( $p < 0,05$ ). Внутриматочные контрацептивы (ВМК) значимо чаще использовали женщины с ММ ( $p < 0,001$ ). Средний уровень гинекологической заболеваемости в анамнезе группы ММ существенно превосходил таковой в группе К:  $2,8 \pm 0,12$  (3; 2-3) против  $2,0 \pm 0,08$  (2; 1-3),  $p < 0,001$ . Однако при вычитании из этого показателя частоты ММ получились практически идентичные значения:  $2,0 \pm 0,11$  (2; 1-3) против  $1,9 \pm 0,08$  (2; 1-3),  $p > 0,05$ .

## Акушерско-гинекологический анамнез пациенток групп исследования, n (P %)

Показатель	Группа К, n=215	Группа ММ, n=110
Раннее менархе	19 (8,8 %)	11 (10,0 %)
Позднее менархе	28 (13,0 %)	11 (10,0 %)
Скудные менструальные выделения *	8 (3,7 %)	0 (0,0 %)
Обильные менструальные выделения	110 (51,2 %)	62 (56,4 %)
Болезненные месячные	81 (37,7 %)	50 (45,5 %)
Нарушения менструального цикла	73 (34,0 %)	43 (39,1 %)
Гиперплазия эндометрия *	27 (12,6 %)	24 (21,8 %)
Полип эндометрия	75 (34,9 %)	39 (35,5 %)
Полип цервикального канала	7 (3,3 %)	9 (8,2 %)
Миома матки ***	22 (10,2 %)	86 (78,2 %)
Сочетание гиперплазии эндометрия с ММ ***	3 (1,4 %)	20 (18,2 %)
Эндометриоз	26 (12,1 %)	13 (11,8 %)
Хронический эндометрит	29 (9,9 %)	5 (15,6 %)
Эктопия шейки матки	96 (44,7 %)	56 (50,9 %)
Дисплазия шейки матки	7 (3,3 %)	7 (6,4 %)
Киста яичника	32 (14,9 %)	19 (17,3 %)
Синдром поликистозных яичников *	11 (5,1 %)	1 (0,9 %)
Двухсторонний хронический аднексит	104 (48,4 %)	44 (40,0 %)
Генитальные операции	128 (59,5 %)	64 (58,2 %)
Использование ВМК ***	52 (24,2 %)	47 (42,7 %)
Маточная беременность**, в том числе:	172 (80,0 %)	101 (91,8 %)
• одна-две	92 (42,8 %)	39 (35,5 %)
• три-четыре *	59 (27,4 %)	42 (38,2 %)
• пять и более *	21 (9,8 %)	20 (18,2 %)
Роды **	133 (61,9 %)	87 (79,1 %)
Артифициальный аборт *, в том числе:	118 (54,9 %)	75 (68,2 %)
• один	56 (26,0 %)	25 (22,7 %)
• два и более **	62 (28,8 %)	50 (45,5 %)
Самопроизвольный аборт	36 (16,7 %)	17 (15,5 %)
Внематочная беременность	18 (8,4 %)	5 (4,5 %)
Бесплодие, ** в том числе:	88 (40,9 %)	25 (22,7 %)
• первичное *	33 (15,3 %)	7 (6,4 %)
• вторичное *	55 (25,6 %)	18 (16,4 %)

Примечания: \*, \*\*, \*\*\* – значимое различие между группами (использовали  $\chi^2$ -критерий или точный критерий Фишера), соответственно  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  и  $p < 0,001$ .

В группе ММ процент женщин, имевших хотя бы одну маточную беременность, роды и неоднократные искусственные аборты, был значительно выше такового в группе К (табл. 1). В среднем на одну пациентку с ММ приходилось 3,0±0,20 (3; 1-4) беременностей (в группе К – 2,3 ±0,16 (2; 1-3), p<0,001); 1,6±0,17 (1; 0-2) искусственных абортов (в группе К – 1,2 ±0,12 (1; 0-2), p<0,005) и 1,1±0,07 (1; 1-2) родов (в группе К – 0,9±0,06 (1; 0-1), p<0,002).

Самопроизвольные прерывания беременности в группах исследования отмечались с приблизительно одинаковой частотой, а бесплодием, как первичным, так и вторичным, значительно чаще страдали пациентки без ММ (табл. 1).

Для группы ММ была характерна повышенная экстрагенитальная заболеваемость (табл. 2). В среднем на одну пациентку с ММ приходилось 1,9±0,14 (2; 1-3) заболеваний, в группе К – 1,3±0,09 (1; 0-2), p<0,001. Значимо чаще отмечались кардиопатии (p<0,009), гипертоническая болезнь (p<0,03), ожирение III-IV степени

(p<0,006), железодефицитная анемия (p<0,02), вегето-сосудистая дистония (p<0,03) и болезни нервной системы (p<0,01). Кроме того, на фоне ММ чаще наблюдались головные боли: 69 (62,7%) против 107 (49,8%), p<0,03.

Анализ результатов тестирования по опроснику здоровья SF-36 показал, что оценки по шкале физического функционирования в группе ММ были значительно ниже, чем в группе К: 82,8±1,27 (85; 75-95) против 86,6±0,96 (90; 85-95) балла, p<0,02. По шкале ролевого функционирования они были сопоставимы: соответственно 73,2±2,50 (75; 50-100) против 75,6±2,49 (100; 50-100) балла, p>0,05. По шкале, оценивающей интенсивность боли, женщины с ММ чувствовали себя хуже: 74,3±1,88 (74; 62-100) против 79,4±1,72 (84; 62-100) балла, p<0,02. Аналогичная тенденция наблюдалась и в оценках шкалы общего здоровья: 60,3±1,28 (60; 50-72) против 63,6±1,17 (65; 55-75) балла, p<0,04.

Таблица 2

**Экстрагенитальные заболевания пациенток в группах исследования, n (P%)**

Показатель	Группа К, n=215	Группа ММ, n=110
Патология пищеварительного тракта, в том числе:	59 (27,4 %)	36 (32,7 %)
заболевания печени	44 (20,5 %)	27 (24,5 %)
Тонзиллит	20 (9,3 %)	13 (11,8 %)
Патология почек	8 (3,7 %)	7 (6,4 %)
Патология щитовидной железы	26 (12,1 %)	16 (14,5 %)
Гипертоническая болезнь *	7 (3,3 %)	10 (9,1 %)
Ожирение I-II степени	16 (7,4 %)	11 (10,0 %)
Ожирение III-IV степени **	13 (6,0 %)	17 (15,5 %)
Заболевания сердца **	10 (4,7 %)	14 (12,7 %)
Варикозная болезнь	5 (2,3 %)	5 (4,5 %)
Железодефицитная анемия *	8 (3,7 %)	11 (10,0 %)
Патология молочной железы	25 (11,6 %)	14 (12,7 %)
Заболевания нервной системы **	27 (12,6 %)	26 (23,6 %)
Вегето-сосудистая дистония *	17 (7,9 %)	17 (15,5 %)
Аллергические реакции	37 (17,2 %)	19 (17,3 %)
Черепно-мозговая травма	5 (2,3 %)	4 (3,6 %)
Экстрагенитальные операции, в том числе:	76 (35,3 %)	36 (32,7 %)
аппендэктомия	47 (21,9 %)	17 (15,5 %)
В целом *	146 (67,9 %)	86 (78,2 %)

Примечания: \*, \*\* – значимое различие между группами (использовали  $\chi^2$ -критерий или точный критерий Фишера), соответственно p<0,05 и p<0,01.

Свою жизненную активность пациентки с ММ оценивали примерно также, как и в группе К: 59,2±1,43 (65; 45-70) против 55,9±1,50 (57,5; 40-70) балла,  $p>0,05$ . Не получено значимых различий и в отношении шкал социального функционирования (74,8±1,43 (75; 62,5-87,5) и 77,4±1,47 (75; 62,5-87,5) балла,  $p>0,05$ ), эмоционального функционирования (68,9±2,88 (66,7; 33,3-100) и 69,5±2,55 (66,7; 33,3-100) балла,  $p>0,05$ ), а также психического здоровья (59,5±1,35 (64; 48-72) и 59,5±1,20 (64; 48-72) балла,  $p>0,05$ ).

По результатам обследования пациенток и изучения операционного материала выявлено,

что синехии, простая гиперплазия эндометрия с атипией, полипы цервикального канала, эндометриоз, патология шейки матки, хронический аднексит и кисты яичников в группах ММ и К фиксировались с примерно одинаковой частотой (табл. 3). При этом на фоне ММ значимо чаще диагностировались гиперполименорея ( $p<0,001$ ), гиперплазия эндометрия ( $p<0,003$ ), хронический эндометрит ( $p<0,02$ ) и аномалии развития матки ( $p<0,04$ ); а у пациенток без ММ чаще выявлялись полипы эндометрия ( $p<0,002$ ), бесплодие ( $p<0,002$ ) и патология маточных труб ( $p<0,03$ ).

Таблица 3

### Диагнозы пациенток в группах исследования, n (P %)

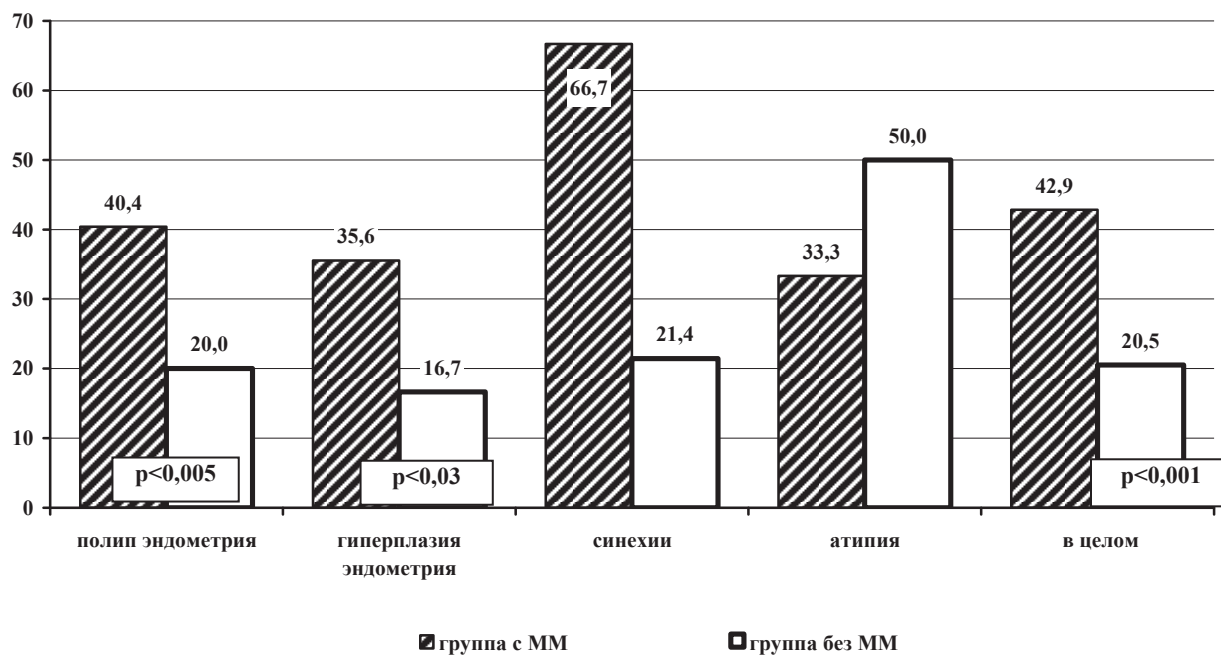
Показатель	Группа К, n=215	Группа ММ, n=110
Полип эндометрия **	140 (65,1 %)	52 (47,3 %)
Гиперплазия эндометрия **	54 (25,1 %)	45 (40,9 %)
Хронический эндометрит *	65 (30,2 %)	48 (43,6 %)
Синехии	14 (6,5 %)	6 (5,5 %)
Простая гиперплазия эндометрия с атипией	4 (1,9 %)	3 (2,7 %)
Гиперполименорея ***	54 (25,1 %)	48 (43,6 %)
Полип цервикального канала	9 (4,2 %)	7 (6,4 %)
Эндометриоз, в том числе: аденомиоз	45 (20,9 %) 41 (19,1 %)	19 (17,3 %) 15 (13,6 %)
Сакто-, гидросальпинкс *	19 (8,8 %)	3 (2,7 %)
Патология шейки матки	24 (11,2 %)	16 (14,5 %)
Аномалия развития матки *	4 (1,9 %)	7 (6,4 %)
Двухсторонний хронический аднексит	12 (5,6 %)	6 (5,5 %)
Киста яичника	19 (8,8 %)	8 (7,3 %)
Бесплодие **	83 (38,6 %)	24 (21,8 %)

Примечания: \*, \*\*, \*\*\* – значимое различие между группами (использовали  $\chi^2$ -критерий или точный критерий Фишера), соответственно  $p<0,05$ ,  $p<0,01$  и  $p<0,001$ .

Анализ отдаленных результатов лечения ПЭ показал (рис.), что наличие ММ связано с повышенным риском рецидивов гиперпластических процессов эндометрия (ОШ=2,90; 95% ДИ: 1,68-5,02), в том числе полипов (ОШ=2,71; 95% ДИ: 1,36-5,41) и гиперплазий (ОШ=2,76; 95% ДИ: 1,01-7,07). Рецидивы синехий наблюдались у 4 (66,7%) женщин с ММ и у 3 (21,4%) па-

циенток без ММ,  $p>0,05$ ; атипий – у 1 (33,3%) и 2 (50,0%) соответственно,  $p>0,05$ .

Обобщая изложенное выше, необходимо отметить, что выявленная в нашем исследовании частота коморбидности ММ и ПЭ (33,8%) не отличается от популяционных значений (30-40%) для женщин среднего возраста [10].



Частота рецидивов гиперпластических процессов эндометрия в зависимости от наличия миом матки, %

Высокий процент гиперплазии эндометрия, ММ и, особенно, сочетания этих двух патологий в анамнезе женщин группы ММ свидетельствует о недостаточном купировании факторов, стимулирующих относительную локальную гиперэстрогению у этих пациенток, и о формировании порочного круга «стимуляции потреблением» [1]. К сожалению, запущенность гиперпластических процессов в репродуктивных органах зачастую является следствием ятрогений, незнания или нежелания использовать адекватное и своевременное лечение [4].

Для женщин с ММ были характерны множественные искусственные прерывания беременности и использование ВМК, что чревато рецидивами воспалительных заболеваний и нарушением гормональной и рецепторной систем мио- и эндометрия [1, 3]. По данным Пестриковой Т.Ю. с соавт. [6], среди факторов, влияющих на развитие ММ, длительное использование ВМК находится на втором месте после эндометрита, а искусственные аборты – на пятом. Гиперплазия эндометрия в этом ряду занимает третье место.

В нашем исследовании среди факторов риска ММ на первом месте стоит маточная беременность (ОШ=2,81; 95% ДИ: 1,31-5,90), на втором – бесплодие (в анамнезе ОШ=0,42; 95% ДИ: 0,25-0,72 и на момент исследования ОШ=0,44; 95% ДИ: 0,26-0,75), на третьем – использование ВМК (ОШ=2,34; 95% ДИ: 1,43-3,80). Далее следуют

роды (ОШ=2,33; 95% ДИ: 1,37-3,98), хронический эндометрит (на момент исследования ОШ=1,79; 95% ДИ: 1,11-2,88), два и более искусственных аборта (ОШ=2,06; 95% ДИ: 1,28-3,32). А гиперплазия эндометрия замыкает этот список (в анамнезе ОШ=1,94; 95% ДИ: 1,06-3,56, на момент исследования ОШ=2,06; 95% ДИ: 1,26-3,37).

Лидирующая позиция в рейтинге маточной беременности, вероятнее всего, связана с кумулятивным эффектом зависимых от нее показателей – родов и абортов. Бесплодие имеет тесную обратную связь с беременностью. Но тот факт, что роды теснее ассоциированы с миомой, чем множественные аборты, совершенно противоречит данным литературы, согласно которым беременности производят прямой защитный эффект, а паритет связан с риском развития миомы обратно пропорционально [10, 11]. Wise L.A. и Laughlin-Tommaso S.K. [10, 11, 13] указывают, что беременности, не достигшие полного срока, не оказывают никакого влияния на формирование ММ. Авторам не совсем понятно, почему беременность приводит к снижению риска ММ, но у них есть предположение, что миомы устраняются или уменьшаются в размере вследствие физиологической инволюции матки после родов.

Не вызывает сомнения негормональный механизм взаимосвязи внутриматочных вмешательств и ММ. Хирургические аборты и ВМК вызывают травмы матки, инициируют развитие

хронического воспаления и дисбаланс различных факторов роста при неупорядоченном процессе заживления [10]. Наряду с механическими и эксплантными факторами инфекционные агенты повреждают миоэпителий, воспалительная реакция приводит к увеличению продукции активных форм кислорода, накоплению токсических веществ и развитию окислительного стресса [1, 5]. В процесс вовлекается антиоксидантная система организма, регулирующая перекисное окисление липидов и белков, накопление малонового диальдегида приводит к изменению рецепторного аппарата и интенсификации патологического процесса в тканях в связи с утратой ими чувствительности к гуморальным влияниям [1], что приводит к снижению апоптоза, пролиферации клеток и увеличению внеклеточного матрикса [11].

Наши данные не подтверждают распространенного мнения о влиянии раннего возраста менархе на возникновение ММ. Правда, и сами исследователи, показавшие, что раннее менархе является фактором риска и ММ, и таких гормонально опосредованных заболеваний, как рак эндометрия и молочной железы, отмечают, что биологические механизмы им не вполне понятны [10, 11, 13].

Наши результаты, показавшие, что на фоне синдрома поликистозных яичников миомы выявляются значимо реже, полностью противоречат выводам этих авторов [10, 11, 13], утверждающим, что поликистоз яичников является метаболическим фактором риска ММ.

Полученные данные позволяют предположить, что в патофизиологии ММ у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с ПЭ соматические и соматоформные заболевания играют более существенную роль, нежели сопутствующая или ранее перенесенная генитальная патология. Так, процесс развития ММ тесно ассоциируется с кардиопатиями (ОШ=2,99; 95% ДИ: 1,28-6,97), гипертонической болезнью (ОШ=2,97; 95% ДИ: 1,10-8,04), железодефицитной анемией (ОШ=2,88; 95% ДИ: 1,12-7,37), ожирением III-IV степени (ОШ=2,84; 95% ДИ: 1,33-6,09), болезнями нервной системы (ОШ=2,16; 95% ДИ: 1,19-3,92), вегето-сосудистой дистонией (ОШ=2,13; 95% ДИ: 1,04-4,36) и хроническими головными болями (ОШ=1,70; 95% ДИ: 1,06-2,72).

Необходимо отметить, что в приведенном выше рейтинге факторов риска Пестриковой Т.Ю. с соавт. [6] соматической патологии отводится совсем незначительная роль: девятое место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта (в нашем исследовании таковые вообще

не относятся к факторам риска), одиннадцатое – сердечно-сосудистая патология. Наши данные об ассоциации ММ и экстрагенитальной патологии некоторым образом коррелируются с таковыми у других исследователей [8, 9, 11], уделяющих большое внимание факторам ожирения и гипертонии. Участие ожирения в патогенезе ММ объясняется повышением уровня циркулирующих эстрогенов вследствие ароматизации андрогенов периферической жировой ткани, а повышенного кровяного давления – травмами гладкой мышцы и секрецией цитокинов.

Нами показано, что наличие множественных коморбидных состояний у пациенток с ММ существенно ухудшало качество их жизни. Из-за физической астенизации и болевого синдрома эти женщины испытывали значительные ограничения в выполнении физических нагрузок и способности заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Они крайне низко оценивали не только текущее состояние своего здоровья, но и перспективы лечения. Необходимо отметить, что сниженными оказались только оценки физической субсферы качества жизни. Психический компонент здоровья пациентки с ММ оценили примерно так же, как и женщины без миом.

На фоне физической истощаемости лечение любой патологии представляет большую сложность, а многочисленные гинекологические и соматические заболевания у пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с ММ чреватые соматической мутацией клеток, нарушением экспрессии генов индукторов и ингибиторов апоптоза и пролиферации [1, 7, 11], что снижает шансы эффективного лечения ПЭ.

## ВЫВОДЫ

1. В позднем репродуктивном возрасте и перименопаузе патологические изменения эндометрия сочетаются с ММ у каждой третьей пациентки.

2. Миомы матки у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с ПЭ являются мультифакторным заболеванием, развивающимся на фоне кардиопатий, гипертонической болезни, железодефицитной анемии, ожирения и другой патологии. На развитие ММ соматические факторы оказывают большее влияние, чем репродуктивные.

3. Наличие миомы является дополнительным критерием снижения качества жизни и отягощает прогноз лечения патологии эндометрия в позднем репродуктивном возрасте и перименопаузе.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Гиперпластические процессы миометрия: особенности патогенеза и подходы к диагностике / Л.В. Дикарева, Е.Г. Шварёв [и др.] // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 9. – С. 182-187.
2. Лапина И.А. Оптимизация лечения пациенток с пролиферативными заболеваниями матки / И.А. Лапина, Н.И. Насырова // *Гинекология*. – 2015. – № 4. – С. 27-31.
3. Морфофункциональное состояние эндометрия у больных миомой матки репродуктивного возраста / Е.А. Коган, С.И. Аскольская [и др.] // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – № 8. – С. 46-51.
4. Перименопауза и гиперпластические синдром репродуктивной системы-тактика лечения и реабилитации женщин / А.А. Чилова, И.В. Федотовских, А.В. Воронцова, М.А. Звычайный // *Урал. мед. журнал*. – 2012. – № 13. – С. 100-106.
5. Прогностические факторы развития гиперпластических процессов в эндометрии в период перименопаузы / Н.А. Шешукова, И.О. Макаров [и др.] // *Рос. вестник акушера-гинеколога*. – 2011. – № 4. – С. 13-16.
6. Рациональная тактика ведения больных с миомой матки и патологией эндометрия / Т.Ю. Пестрикова, И.В. Юрасов, Н.И. Безрукова, Е.А. Юрасова // *Дальневосточный мед. журнал*. – 2005. – № 3. – С. 51-56.
7. Сидорова И.С. Патология эндометрия при наличии миомы матки / И.С. Сидорова, Н.А. Шешукова, С.В. Закаблукова // *Гинекология*. – 2006. – Т. 8, № 4. – С. 63-67.
8. Тихомиров А.Л. Сочетанные доброкачественные гиперплазии матки. Рациональный лечебный подход / А.Л. Тихомиров, В.В. Казенашев // *Проблемы репродукции*. – 2016. – №2. – С. 51-55.
9. Dalton-Brewer N. The Role of Complementary and Alternative Medicine for the Management of Fibroids and Associated Symptomatology / N. Dalton-Brewer // *Curr. Obstet. Gynecol. Rep.* – 2016. – N 5. – P. 110-118.
10. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review / R. Sparic, L. Mirkovic, A. Malvasi, A. Tinelli // *Int. J. Fertil Steril.* – 2016. – Vol. 9, N 4. – P. 424-435.
11. Khan A.T. Uterine fibroids: current perspectives / A.T. Khan, M. Shehmar, J.K. Gupta // *Int. J. Womens Health.* – 2014. – N 6. – P. 95-114.
12. Management of leiomyomas in perimenopausal women / P. Ciarmela, A. Ciavattini [et al.] // *Maturitas.* – 2014. – Vol. 78, N 3. – P. 168-173.
13. Wise L.A. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause / L.A. Wise, S.K. Laughlin-Tommaso // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2016. – Vol. 59, N 1. – P. 2-24.

**REFERENCES**

1. Dikareva LV, Shvarev EG, Ukhanova YY, Abghalilova AR, Romakhova TV. Hyperplastic processes of mioendometrium: features of the pathogenesis and approaches to diagnosis. *Basic research*. 2013;9:182-7.
2. Lapina IA, Nasyrova NI. Optimization of treatment in patients with uterine diseases can. *Gynecology*. 2015;4:27-31.
3. Kogan EA, Askol'skaja SI, Burykina PN, Demura TA, Fajzulina NM, Karavaev YuE, Popov YuV, Bulynina TV. *Obstetrics and Gynecology*. 2013;8:46-51.
4. Chilova AA, Fedotovskih IV, Vorontsova AV, Zvyhajnyj MA. Perimenopause and hyperplastic syndrome of reproductive system – treatment and rehabilitation for women. *Urals medical journal*. 2012;13:100-6.
5. Sheshukova NA, Makarov IO, Borovkova EI, Fedotova AS, Bykova OA. Prognostic factors of development of hyperplastic processes of endometrium during perimenopause. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist*. 2011;11(4):13-16.
6. Pestykova TYu, Yurasov IV, Bezrukova NI, Yurasova EA. Rational management of patients with uterine myoma and endometrial pathology. *Far East medical journal*. 2005;3:51-56.
7. Sidorova IS, Sheshukova NA, Zakablukova SV. Endometrial pathology in the presence of uterine fibroids. *Gynecology*. 2006;8(4):63-67.
8. Tikhomirov AL, Kazenashev VV. Associative non-malignant endometrial hyperplasias: rational therapeutic approach. *Problems of reproduction*. 2016;2:51-55.
9. Dalton-Brewer N. The Role of Complementary and Alternative Medicine for the Management of Fibroids and Associated Symptomatology. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2016;5:110-18.
10. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. *Int J Fertil Steril*. 2016;9(4):424-35.
11. Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2014;6:95-114.
12. Ciarmela P, Ciavattini A. Management of leiomyomas in perimenopausal women. *Maturitas*. 2014;78(3):168-73.
13. Wise LA, Laughlin-Tommaso S.K. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. 2016;59(1):2-24.

Стаття надійшла до редакції  
23.12.2016