

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ

¹Савицкая В.М., ¹Коршикова Р.Л., ¹Акулич Н.С.,
²Дражина О.Г., ³Рубинштейн И.А.

¹Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

³Учреждение здравоохранения «Городской клинический
родильный дом № 2 г. Минска», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Миома матки — доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки. Это одна из самых распространенных опухолей среди женщин всех стран мира. Распространенность миомы матки колеблется в широких пределах. Средний возраст выявления миомы 32–34 года, пик заболеваемости приходится к началу менопаузы. В настоящее время наблюдается тенденция роста случаев выявления миомы у молодых женщин (до 30 лет). Среди обследованных женщин в возрасте старше 30 лет миома матки выявляется у 15–17%. По данным литературных источников распространенность миомы матки составляет около 30%. По данным литературы и нашим исследованиям миома матки чаще выявляется у жительниц городов и составляет около 40%. Миома может возникать повторно после проведенного лечения у 7–28% больных, в том числе переродиться в злокачественную опухоль.

Точные причины возникновения миомы матки (инициаторы роста опухоли) не установлены, однако известны предрасполагающие факторы развития новообразования: Дисбаланс гормонального фона: эстрогены и прогестерон являются стимуляторами роста миомы, так как гладкомышечные клетки матки имеют рецепторы к этим гормонам. Миома матки является одной из

причин значительного снижения качества жизни у значительной части женского населения.

Цель. Выявить предрасполагающие факторы и основные причины возникновения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 43 медицинских карт пациенток репродуктивного возраста с диагнозом «Миома матки» за период с 2021–2023 г. проходивших лечение на базе УЗ «Городской клинический родильный дом № 2 г. Минска». Проанализированы результаты комплексных клиничко-лабораторных (анализ крови на половые гормоны и уровень глюкозы в крови, общий анализ крови, биохимическое исследование крови, гомостазиограмма) и инструментальных обследований (ультразвуковое исследование матки и придатков) обследуемых пациенток. Для решения поставленных задач использовалась учебная и научная литература.

Результаты. Возраст пациенток варьировал от 21 до 43 лет ($M_o=36$ лет, $M_e=35,5$ лет). Среди обследованных 7 (16,3%) женщин были в возрасте 20–29 лет, 20 (46,5%) — 30–39 лет, 16 (37,2%) — 40–49 лет. Средний возраст составил $31\pm 1,61$ год. До поступления в стационар всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, при необходимости УЗИ сосудов конечностей, раздельное диагностическое выскабливание или аспирационная биопсия эндометрия (в зависимости от возраста пациенток), как первый этап подготовки к оперативному лечению. В большинстве случаев миома матки никак себя не проявляла и оказалась случайной находкой при очередном посещении гинеколога, что потребовало более углубленного исследования. В нашем исследовании основными неспецифическими симптомами для диагностики миомы были: боли внизу живота или в области поясницы, кровотечения, изменения менструального цикла, нарушение функции соседних органов: учащенное мочеиспускание, нарушение функции кишечника.

При оценке акушерского анамнеза было выявлено: число первобеременных и первородящих в обследуемой группе было 29,6% и 37,0% соответственно (отмечено достоверное превалирование первородящих). Среднее количество беременностей в анамнезе у обследованных женщин — $2\pm 0,48$. Паритет родов в среднем составил $2\pm 0,28$, из которых последнее родоразрешение (наше исследование) производилось путем операции кесарева сечения во всех случаях, не зависимо от паритета родов по причине роста миоматозных узлов.

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что хронические воспалительные заболевания генитального тракта (аднексит, сальпингоофорит, вагинит) составили 44,4%, эрозия шейки матки встречалась в 37% случаев.

Мы проанализировали социальные факторы исследуемых женщин: 19% женщин имели неудовлетворительные социально-бытовые условия. Далее мы проанализировали преморбидный фон, в том числе особенности менструального цикла. По данным литературы и нашим данным (с точки зрения патогенеза и характеристики факторов риска развития заболевания) у 21% женщин отмечена тенденция к зависимости между возникновением опухоли и различными отклонениями в периоде становления менструальной функции — позднее менархе, нарушение менструального цикла, полименоорея. Эти нарушения возникали в различные возрастные периоды, имели неоднородный характер и сопровождалась по данным гормонотрии у 12% женщин снижением уровня продукции эстрогенов, у 24% — их избытком, у 10% прогестерондефицитным состоянием. Изменение гормонального фона приводило к росту митотической активности, которая могла способствовать формированию миоматозных узлов, увеличивая вероятность соматических мутаций, являясь важным стимулятором роста миом.

При анализе репродуктивной функции мы обратили внимание, что высокая частота медицинских абортов с воздействием других факторов может способствовать развитию миомы. Однако мы не нашли достоверной взаимосвязи между возрастом начала половой жизни и возникновением опухоли. Но абсолютно достоверно можно сказать, что чаще миомы матки встречаются у нерожавших женщин, поздно начавших или ведущих нерегулярную половую жизнь. Для нерожавших женщин характерно большее количество ановуляторных циклов, а также избыточная масса тела с выраженной ароматизацией андрогенов в эстрон в жировой ткани. С 35 лет снижается функциональная активность яичников и продукция стероидных гормонов. По принципу отрицательных обратных связей гипоталамус усиливает не только выброс гонадотропных гормонов, но и гонадотропную стимуляцию яичников, формируя ановуляторные циклы.

Также следует отметить наличие экстрагенитальной патологии, которая имела место в 17 (39,5%) случаях, из них 3 (6,97%) пришлось на хронический пиелонефрит, 9 (20,93%) — на хронический аутоиммунный тиреоидит, 4 (9,3%) — на бронхиальную астму.

При анализе соматического статуса мы пришли к выводу, что заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются в 2 раза чаще, частота анемий в 20 раз выше, чем в общей популяции, гипертоническая болезнь встречалась у 8%, избыток массы тела у 10% женщин. 12% женщин умственного труда, связанного с частым эмоциональным перенапряжением, малоподвижным образом жизни имели миому. В 40% миома связана с генетическим фактором, свидетельствующим об этническом и семейном характере заболевания.

Выводы. По результатам наших исследований можно сделать вывод, что основными факторами развития миомы матки являются: наследствен-

ность, образ жизни, социальная обстановка, нарушения менструального цикла, репродуктивная функция, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Каждая пациентка с миомой матки требует с учетом характеристики миоматозных узлов, возраста, сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, репродуктивных планов индивидуально подхода в решении вопроса о тактике ведения и лечения миомы матки.

По мнению некоторых ученых, само наличие миомы матки связано с повышенным риском развития рака эндометрия. Онкологическую настороженность должны вызывать женщины, вступающие в менопаузу с большими размерами опухоли, узлами субмукозной локализации или с центрипетальным ростом, с рецидивирующей и атипической гиперплазией эндометрия, при сочетании миомы матки и аденомиоза II–III степени, при отсутствии регресса миомы, существующей на фоне длительной возрастной инволюции матки. Особенно этот риск увеличивается при выявлении миомы матки после 30 лет и длительном существовании опухоли, а также у женщин с избыточной массой тела в перименопаузе. Ожирение при индексе массы тела, превышающем 25, особенно в молодом возрасте, расценивают как одно из ключевых составляющих развития рака эндометрия.

Таким образом, у больных с миомой матки следует проводить регулярное ультразвуковое исследование органов малого таза с оценкой толщины и экоструктуры эндометрия не реже 1 раза в год. При подозрении на гиперпластический процесс эндометрия должна быть выполнена гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия или в сочетании с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки цервикального канала и полости матки.