

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ДОБРОЯКІСНИХ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Диндар О. А. <https://orcid.org/0000-0002-0440-0410>

Липко І. В. <https://orcid.org/0009-0006-3338-3484>

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна
КНП «Київський міський пологовий будинок №3», Київ, Україна*

dyndar@ukr.net

Актуальність. Серед жінок репродуктивного віку лейоміома матки виявляється в 12-30%, гіперпластичні процеси ендометрію у 10-18%, аденоміоз у 12-50%. Поєднання лейоміоми матки з гіперпластичними процесами ендометрію зустрічається в 23-42% випадків, із внутрішнім генітальним ендометріозом у 11-18%, у разі генітального ендометріозу патологічні процеси ендометрію діагностуються в 31,4% хворих.

Ціль: визначення предикторів розвитку доброякісних поєднаних і солітарних проліферативних захворювань матки шляхом вивчення стану соматичного здоров'я та акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Проведено анкетування з метою вивчення клінічних та анамнестичних показників, що використовувались для визначення факторів ризику формування поєднаних і солітарних проліферативних процесів матки 210 жінок репродуктивного віку, з яких 180 пацієнок з проліферативними захворюваннями ендометрію та 30 здорових жінок контрольної групи. Основну (I) групу склали 90 хворих з поєднаними проліферативними процесами та групу порівняння (II) - 90 пацієнок з ізольованими проліферативними процесами матки.

Результати. Для жінок з лейоміомою матки у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрію та аденоміозом, а також при солітарних гіперпластичних процесах ендометрію характерним є старший вік, ніж у пацієнок з солітарною лейоміомою та аденоміозом ($p < 0,01$). Аналіз анамнестичних даних жінок з проліферативними захворюваннями матки виявив в 1,4 рази більшу частоту перенесених дитячих інфекційних захворювань ($p < 0,01$). У разі поєднаних проліферативних захворювань матки ожиріння зустрічалось частіше у 1,6 рази, цукровий діабет та хронічний пієлонефрит у 1,3 рази, варикозна хвороба у 2,3 рази, атеросклеротичний кардіосклероз у 2 рази, нейроциркуляторна дистонія у 1,8 рази, синдром подразненого кишківника у 2,2 рази, а жовчокам'яна хвороба у 1,6 рази рідше, ніж у жінок з солітарними проліферативними захворюваннями матки ($p < 0,01$). У жінок з поєднаними та солітарними проліферативними захворюваннями матки у 6,5 та 6,2 рази частіше мала місце гіперполіменорея, а також у 10 разів частіше альгодисменорея ($p < 0,05$). Жінки з поєднаними та солітарними проліферативними захворюваннями матки народжували в 1,4 та 1,2 рази рідше, мали більшу кількість артифіційних абортів в 3,1 та 2,6 рази, мимовільних викиднів в 4,7 та 4,4 рази ($p < 0,05$), порівняно зі здоровими жінками. 11,1% жінок з поєднаними та 14,4% з солітарними проліферативними захворюваннями матки страждали на первинне або вторинне непліддя ($p < 0,05$).

Висновок. Проведене дослідження свідчить, що в ініціації та прогресуванні проліферативних процесів ендометрію, як при їх солітарному, так і поєданому розвитку значну роль відіграє стан преморбідного фону.

Ключові слова: лейоміома матки, аденоміоз, гіперпластичні процеси ендометрію, якість життя жінки, репродуктивна функція, менструальна функція, екстрагенітальна патологія.

Актуальність. До доброякісних проліферативних захворювань матки належить лейоміома, аденоміоз і гіперпластичні процеси ендометрія [1]. Серед жінок репродуктивного віку лейоміома матки виявляється в 12-30%, гіперпластичні процеси ендометрія – у 10-18%, частота аденоміозу досягає 12-50% [2-5]. Доброякісні гіперпластичні процеси ендо- і міометрія приводять до зниження якості життя жінки, порушенню її репродуктивного здоров'я та є причиною соціальної дезадаптації [6-8]. Досить часто розвиваються поєднані захворювання ендо- і міометрія: міома матки з гіперпластичними процесами ендометрія зустрічається в 23-42% випадків, із внутрішнім генітальним ендометріозом у 11-18% [9-11]. Відомо, що при генітальному ендометріозі патологічні процеси ендометрія діагностуються в 31,4% хворих [12, 13]. Множинність доброякісних пухлин і синхронність їх виникнення зазвичай розцінюється як прогностично несприятливий чинник, який свідчить про активність проліферації та викликає онкологічну настороженість [14-16].

При синхронному розвитку проліферативних захворювань матки відмічені багатофакторні взаємні впливи, які приводять до обтяження клінічних проявів, збільшення швидкості проліферації, зниження ефективності традиційних лікувальних підходів, високої частоти рецидивів [17-19]. Разом з тим, одночасність розвитку, подібність преморбідного фону, клінічних проявів, вказують на ймовірність існування універсальних механізмів, які індукують патологічні проліферативні процеси матки та стимулюють подальший їх розвиток [20].

Виявлення причино-наслідкових зв'язків між станом соматичного здоров'я, акушерсько-гінекологічним анамнезом та формуванням поєднаних і солітарних гіперпластичних процесів ендо- і міометрія у жінок репродуктивного віку є актуальним для розробки і обґрунтування патогенетичних підходів до профілактики і лікування проліферативних захворювань матки.

Ціль: визначення предикторів розвитку

доброякісних поєднаних і солітарних проліферативних захворювань матки шляхом вивчення стану соматичного здоров'я та акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження включено 210 жінок репродуктивного віку, з яких 180 пацієнок з проліферативними захворюваннями ендо- і міометрія, яких госпіталізовано з метою обстеження і лікування в гінекологічне відділення та 30 здорових жінок контрольної групи, які проходили профілактичний огляд у амбулаторному відділенні акушерсько-гінекологічного спостереження КНП «КМПБ №3», що є клінічною базою кафедри акушерства і гінекології №3 НМУ імені О.О. Богомольця. Пацієнок з проліферативними захворюваннями матки розподілено на основну групу і групу порівняння. Основну (I) групу склали 90 хворих з поєднаними проліферативними процесами ендо- і міометрія, в яку увійшли три підгрупи: IA – 30 жінок з лейоміомою матки в поєднанні з аденоміозом; IB – 30 з лейоміомою матки в поєднанні з доброякісними гіперпластичними процесами ендометрія; IB – 30 з лейоміомою матки в поєднанні з аденоміозом і доброякісними гіперпластичними процесами ендометрія.

Групу порівняння (II) склали 90 пацієнок з ізольованими гіперпластичними процесами ендо- і міометрія, яких розподілено на три підгрупи: IIA – 30 пацієнок з ізольованою лейоміомою матки; IIB – 30 з ізольованим аденоміозом; IIC – 30 з ізольованими доброякісними гіперпластичними процесами ендометрія.

Критерії включення до основної групи та групи порівняння: вік 18-45 років, наявність лейоміоми матки в поєднанні з аденоміозом і доброякісними гіперпластичними процесами ендометрія або ізольовані форми проліферативних процесів ендо- і міометрія. Критерії виключення: онкологічні захворювання в теперішній час або в анамнезі,

гострі запальні захворювання, тяжка соматична патологія, пухлини яєчників, вагітність або лактація.

У рамках дослідження проведено анкетування з метою вивчення клінічних та анамнестичних показників, що використовувались для визначення факторів ризику формування поєднаних і солітарних проліферативних процесів матки.

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації і погоджено Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця (протокол №191 від 27.01.2025). На проведення досліджень, діагностичних і лікувальних заходів отримано інформовану згоду жінок.

Статистична обробка даних виконана з застосуванням комп'ютерної програми «Statistica 13.3.721». Достовірність різниці параметричних даних оцінювали за критерієм Ст'юдента. Результати дослідження представлені як середні \pm стандартна похибка/стандартне відхилення ($M \pm SE/SD$). Різницю між групами вважали достовірною при значенні $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналіз вікових категорій жінок контрольної групи виявив, що 13 (43,3%) пацієнок мали вік «26-35 років», 9 (30%) – «36-45 років» та 8 (26,7%) – «19-25 років». Середній вік жінок контрольної групи склав $29,4 \pm 1,2$ роки. Більшість хворих основної групи (44,4%) мали вікову категорію «26-35 років» (табл. 1). Як свідчать отримані нами дані, поєднання лейоміоми матки з гіперпластичними процесами ендометрія (ІБ) достовірно рідше зустрічалось у жінок віком 19-25 років (16,7%), частіше у 26-35 (40,0%) і 36-45 років (43,3%) ($p < 0,001$). Поєднання лейоміоми матки з аденоміозом (ІА) найчастіше виявлялось у жінок 26-35 років (46,6%), рідше у вікових групах 19-25 і 36-45 років (26,7%) ($p < 0,01$). У підгрупі ІВ, при поєднанні лейоміоми матки з аденоміозом та доброякісними гіперпластичними процесами

ендометрія, превалювали пацієнтки віком 26-35 (46,7%) і 36-45 років (40,0%) ($p < 0,01$).

У групі порівняння було більше жінок віком 26-35 (42,2%) та 36-45 років (35,6%) (табл. 2). Ізольовані гіперпластичні процеси ендометрія (ІІВ) превалювали у жінок 36-45 років, рідше вони зустрічались у пацієнок 19-25 років (13,3%) ($p < 0,01$).

Ізольований аденоміоз (ІІБ) частіше виявлявся у пацієнок віком 19-25 років (36,7%) та 26-35 років (40,0%), рідше у віці 36-45 років (23,3%) ($p < 0,01$). Ізольована лейоміома матки (ІІА) частіше діагностована у 26-35 років (46,6%) та у 36-45 років (36,6%) ($p < 0,001$).

В результаті аналізу анамнестичних даних виявлено достатньо високу частоту дитячих інфекційних захворювань у обстежених пацієнок основної групи при порівнянні з жінками контрольної групи (табл. 3).

Аналіз анамнестичних даних жінок групи порівняння також вказує на високу частоту дитячих інфекційних захворювань, що перевищує показники жінок контрольної групи (табл. 4).

У пацієнок контрольної групи в процесі обстеження виключено екстрагенітальну патологію, наявність якої слугувала критерієм виключення. Аналіз екстрагенітальних захворювань у пацієнок основної групи показав високу розповсюдженість хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту: 55,5% випадків (гастрит, виразкова хвороба, синдром подразненого кишківника), гепатобіліарної – 20,0% (жовчокам'яна хвороба, панкреатит), серцево-судинної – 81,1% (гіпертонічна хвороба, нейроциркуляторна дистонія, атеросклеротичний кардіосклероз, варикозна хвороба), сечовидільної – 31,1% (пієлонефрит) систем та ендокринної патології – 83,3% (цукровий діабет, аутоімунний тиреоїдит, ожиріння) (табл. 5).

Відомості щодо перенесених і наявних екстрагенітальних захворювань пацієнок групи порівняння наведено в таблиці 6.

Аналіз екстрагенітальних захворювань пацієнок із солітарними проліферативними процесами матки також виявив високу частоту патологічних станів шлунково-кишкового

тракту, гепатобілярної і серцево-судинної систем, а також ожиріння. Так, із захворювань шлунково-кишкового тракту і гепатобілярної системи у пацієнок групи порівняння виявлено в 1,6 рази частіше жовчокам'яну хворобу, ніж у жінок основної групи ($p < 0,05$). Проте, частіше у основній групі хворих мав місце синдром подразненого кишківника в 2,2 рази, нейроциркуляторна дистонія в 1,8 рази, атеросклеротичний кардіосклероз в 2 рази, варикозна хвороба в 2,3 рази, цукровий діабет та хронічний пієлонефрит в 1,3 рази та ожиріння в 1,6 рази, порівняно з показниками жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

У таблиці 7 наведено характеристику менструальної функції обстежених пацієнок. Представлені дані свідчать, що жінки контрольної групи мали нормальний менструальний цикл. Звертає на себе увагу, що у пацієнок основної та порівняльної груп у 6,5 та 6,2 рази частіше мали місце рясні менструальні виділення, а також у 10 разів частіше – болючі менструації порівняно з жінками контрольної групи ($p < 0,05$).

Дані акушерсько-гінекологічного анамнезу пацієнок основної та контрольної груп представлені в таблиці 8.

Пологи в основній групі мали 54 (60,0%) пацієнтки, в групі порівняння – 64 (71,1%) (табл. 9), що в 1,4 та 1,2 рази рідше, ніж у

контрольній групі (83,3%) жінок ($p < 0,05$). Звертає на себе увагу значна кількість артіфіційних абортів у пацієнок основної (51,1%) та групи порівняння (43,3%), що перевищує показник групи контролю (16,7%) в 3,1 та 2,6 рази ($p < 0,05$). Суттєва різниця також простежується щодо показника мимовільних викиднів, кількість яких у основній групі (15,6%) та групі порівняння (14,4%) перевищувала даний показник в 4,7 та 4,4 рази жінок контрольної групи ($p < 0,05$). 10 (11,1%) пацієнок основної групи та 13 (14,4%) групи порівняння страждали на первинне або вторинне непліддя.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що в ініціації та прогресуванні проліферативних процесів ендометрія, як при їх солітарному, так і поєднаному розвитку значну роль відіграє стан преморбідного фону. У разі поєднаних та солітарних проліферативних захворювань матки в порядку зростання значущості надзвичайно актуальними виявились наступні фактори: ендокринні захворювання + вік; серцево-судинні захворювання + вік + ендокринні захворювання; хвороби шлунково-кишкового тракту + серцево-судинні захворювання + вік + ендокринна патологія; особливості менструальної функції + вік + ендокринні захворювання.

Таблиця 1

Розподіл за віком пацієнок основної групи (абс., (M±m, %))

Вік	№	Підгрупа IA, n=30		Підгрупа IB, n=30		Підгрупа IB, n=30		Всього, n=90	
		n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %
19-25 років	I	8	26,7±4,1	5	16,7±2,9	4	13,3 ±2,4	17	18,9±1,3
26-35 років	II	14	46,6±4,3	12	40,0±3,7	14	46,7±3,8	40	44,4±1,5
36-45 років	III	8	26,7±4,1	13	43,3±3,9	12	40,0±3,7	33	36,7±1,4
p		p I - II<0,01 p II - III<0,01		p I - II<0,001 p I-III<0,001		p I - II<0,001 p I - III<0,001 p II - III<0,01		p I - II<0,001 p I - III<0,001 p II - III<0,01	

Таблиця 2

Розподіл за віком пацієнок групи порівняння (абс., (M±m, %))

Вік	№	Підгрупа IIA, n=30		Підгрупа IIB, n=30		Підгрупа IIB, n=30		Всього, n=90	
		n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %
19-25 років	I	5	16,7±3,2	11	36,7±3,6	4	13,3 ±2,4	20	22,2±1,4
26-35 років	II	14	46,6±4,1	12	40,0±3,7	12	40,0±3,6	38	42,2±1,6
36-45 років	III	11	36,6±3,9	7	23,3±3,5	14	46,7±3,9	32	35,6±1,5
p		p I - II<0,001 p I - III<0,001		p I - III<0,05 p II-III<0,05		p II - III<0,01		p I - II<0,001 p I - III<0,001 p II - III<0,01	

Таблиця 3

Перенесені дитячі інфекційні захворювання у пацієток з поєднаними гіперпластичними процесами матки та жінок контрольної групи (абс., (M±m, %))

Захворювання	Підгрупа ІА, n=30		Підгрупа ІБ, n=30		Підгрупа ІВ, n=30		Контрольна група, n=30	
	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %
Вітряна віспа	19	63,3±4,6*	16	53,3±3,7	18	60,0±3,6*	14	46,7±4,5
Кір	9	30,0±4,4*	10	33,3±3,4*	8	26,7±3,3	6	20,0±4,1
Краснуха	14	46,7±4,8	15	50,0±3,7*	13	43,3±3,5	11	36,7±4,4
Епідемічний паротит	7	23,3±4,0*	6	20,0±3,1	7	23,3±3,1*	4	13,3±2,9

Примітка: * – достовірність відносно контрольної групи, $p < 0,05$

Таблиця 4

Перенесені дитячі інфекційні захворювання у пацієток з ізольованими гіперпластичними процесами матки та жінок контрольної групи (абс., (M±m, %))

Захворювання	Підгрупа ІІА, n=30		Підгрупа ІІБ, n=30		Підгрупа ІІВ, n=30		Контрольна група, n=30	
	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %
Вітряна віспа	19	63,3±4,3*	17	56,7±3,9*	20	66,7±3,8*	14	46,7±4,5
Кір	8	26,7±3,1	7	23,3±2,8	9	30,0±2,5*	6	20,0±4,1
Краснуха	15	50,0±3,7*	13	43,3±3,1	14	46,7±3,2*	11	36,7±4,4
Епідемічний паротит	6	20,0±3,1*	7	23,3±2,9*	5	16,7±2,1	4	13,3±2,9

Примітка: * – достовірність відносно контрольної групи, $p < 0,05$

Екстрагенітальна патологія у пацієнок з поєднаними гіперпластичними процесами матки (абс., (M±m, %))

Захворювання	Підгрупа ІА, n=30		Підгрупа ІБ, n=30		Підгрупа ІВ, n=30		Всього, n=90	
	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %
Хронічний гастрит	11	36,7±4,1	9	30,0±3,5	10	33,3±3,8	30	33,3±3,2
Виразкова хвороба шлунку	3	10,0 ±3,2	2	6,7 ±2,1	4	13,3±2,3	9	10,0±1,3
Жовчокам'яна хвороба	4	13,3±3,3	3	10,0 ±2,1	4	13,3±3,4	11	12,2±2,4
Хронічний панкреатит	3	10,0 ±3,1	2	6,7 ±1,9	2	6,7±1,8	7	7,8±1,2
Синдром подразненого кишківника	3	10,0±2,9	4	13,3±3,1	4	13,3±3,3	11	12,2±1,5
Гіпертонічна хвороба	6	20,0±3,2	8	26,7±3,5	10	33,3±3,4	24	26,7±2,3
Нейро-циркуляторна дистонія	7	23,3±4,1	5	16,7±3,1	6	20,0±3,5	18	20,0±1,8
Атеросклеротичний кардіосклероз	3	10,0±2,9	3	10,0±3,4	4	13,3±3,6	10	11,1 ±1,3
Варикозна хвороба	6	20,0±3,3	7	23,3±3,2	8	26,7±3,9	21	23,3±2,2
Цукровий діабет	5	16,7±3,7	4	13,3±3,4	6	20,0±3,8	15	16,7±1,7
Аутоімунний тиреоїдит	4	13,3±4,6	4	13,3±2,9	5	16,7±2,8	13	14,4±1,4
Ожиріння	14	46,7±4,3	16	53,3±3,6	17	56,7±3,2	47	52,2±2,5
Хронічний пієлонефрит	8	26,7±3,7	11	36,7±3,9	9	30,0±3,5	28	31,1±1,4

Таблиця 6

**Екстрагенітальна патологія у пацієнток з ізольованими гіперпластичними процесами матки
(абс., (M±m, %))**

Захворювання	Підгрупа ПА, n=30		Підгрупа ПБ, n=30		Підгрупа ПВ, n=30		Всього, n=90	
	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %	n	(M±m), %
Хронічний гастрит	7	23,3±2,6	13	43,3±4,1	10	33,3±3,1	30	30,0±2,0
Виразкова хвороба шлунка	2	6,7±1,2	5	16,7±2,5	3	10,0±3,6	10	11,1±1,3
Жовчокам'яна хвороба	5	16,7±2,2	6	20,0±3,4	7	23,3±2,7	18	20,0±1,8
Хронічний панкреатит	1	3,3±1,5	2	6,7±1,6	3	10,0±3,2	6	6,7±1,4
Синдром подразненого кишківника	1	3,3±1,7	2	6,7±2,0	2	6,7±1,3	5	5,6±0,9
Гіпертонічна хвороба	7	23,3±3,5	8	26,7±3,8	9	30,0±3,0	24	26,7±2,0
Нейро-циркуляторна дистонія	2	6,7±1,2	5	16,7±2,9	3	10,0±2,0	10	11,1±1,8
Атеросклеротичний кардіосклероз	1	3,3±1,3	2	6,7±1,7	2	6,7±1,6	5	5,6±1,0
Варикозна хвороба	2	6,7±2,3	4	13,3±2,8	3	10,0±2,0	9	10,0±1,4
Цукровий діабет	3	10,0±2,0	4	13,3±3,0	5	16,7±2,5	12	13,3±1,6
Аутоімунний тиреоїдит	5	16,7±2,5	3	10,0±1,4	6	20,0±3,1	14	15,6±1,6
Ожиріння	9	30,0±3,7	8	26,7±3,8	12	40,0±3,5	29	32,2±2,0
Хронічний пієлонефрит	8	26,7±3,1	7	23,3±3,1	7	23,3±3,2	22	24,4±1,5

**Характеристика менструальної функції обстежених жінок
(абс., (M±m, %))**

Характеристика менструальної функції	Основна група, n=90		Група порівняння, n=90		Контрольна група, n=30	
	n	M±m, %	n	M±m, %	n	M±m, %
Вік менархе – 11-12 років	18	20,0±1,8*	23	25,6±1,8*	24	80,0±4,5
– 13-14 років	57	63,3±2,2*	51	56,7±2,1*	4	13,3±1,5
– 15 і більше років	15	16,7±1,7*	16	17,8±1,6*	2	6,7±2,3
Тривалість менструального циклу – 21-27 днів	21	23,3±1,9	20	22,2±2,0	6	20,0±2,6
– 28-30 днів	48	53,3±2,3	51	56,7±2,1	20	66,7±5,1
– 31-35 днів	21	23,3±2,1*	19	21,1±1,9*	4	13,3±1,8
– більше 35 днів	–	–	–	–	–	–
Менструальні виділення – рясні	59	65,6±3,1*	56	62,2±2,4*	3	10,0±1,3
– помірні	31	34,4±2,2*	34	37,8±2,3*	22	73,3±5,1
– мізерні	–	–	–	–	5	16,7±2,1
Болючість менструацій: – безболісні	25	27,8±2,1*	40	44,4±2,2*	28	93,3±2,6
– болючі	65	72,2±3,1*	60	66,7±3,2*	2	6,7±1,5

Примітка: * – достовірність відносно контрольної групи, p<0,05

Таблиця 8

Характеристика репродуктивної функції у пацієток основної та контрольної груп (абс., (M±m, %))

Показник	Підгрупа ІА, n=30		Підгрупа ІБ, n=30		Підгрупа ІВ, n=30		Контрольна група, n=30	
	n	M±m, %	n	M±m, %	n	M±m, %	n	M±m, %
1 пологи	12	40,0±2,5*	13	43,3±3,1*	11	36,7±2,8*	16	53,3±3,1
Більше 1 пологів	7	23,3±1,7*	6	20,0±1,5*	5	16,7±1,9*	9	30,0±2,6
Штучні аборти	15	50,0±2,9*	13	43,3±2,4*	18	60,0±3,2*	5	16,7±1,5
Мимовільні викидні	4	13,3±1,8*	4	13,3±1,6*	6	20,0±2,1*	1	3,3±0,9
Непліддя І	2	6,7±1,1	1	3,3±0,8	3	10,0±1,5	–	–
Непліддя ІІ	1	3,3±0,5	1	3,3±0,7	2	6,7±1,3	–	–

Примітка: * – достовірність відносно контрольної групи, p<0,05

Таблиця 9

Характеристика репродуктивної функції у пацієток групи порівняння і групи контролю (абс., (M±m, %))

	Підгрупа ІА, n=30		Підгрупа ІБ, n=30		Підгрупа ІВ, n=30		Контрольна група, n=30	
	n	M±m, %	n	M±m, %	n	M±m, %	n	M±m, %
1 пологи	13	43,3±3,1*	16	53,3±3,5	14	46,7±2,8	16	53,3±3,1
Більше 1 пологів	7	23,3±1,9*	8	26,7±2,2	6	20,0±1,9*	9	30,0±2,6
Штучні аборти	13	43,3±2,9*	14	46,7±2,9*	12	40,0±2,7*	5	16,7±1,5
Мимовільні викидні	4	13,3±1,5*	5	16,7±1,8*	4	13,3±1,8*	1	3,3±0,9
Непліддя І	1	3,3±0,7	3	10,0±1,3	1	3,3±0,9	–	–
Непліддя ІІ	2	6,7±0,9	4	13,3±1,8	3	10,0±1,5	–	–

Примітка: * – достовірність відносно контрольної групи, p<0,05

ВИСНОВКИ

1. Для жінок з лейоміомою матки у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія та аденоміозом, а також з солітарними гіперпластичними процесами ендометрія характерним є старший вік (36-45 років), ніж у пацієнок з солітарною лейоміомою та аденоміозом (26-35 років) ($p < 0,01$).
2. Аналіз анамнестичних даних жінок репродуктивного віку з проліферативними захворюваннями матки виявив в 1,4 рази більшу частоту перенесених дитячих інфекційних захворювань ($p < 0,01$). У разі поєднаних проліферативних захворювань матки ожиріння зустрічалось частіше в 1,6 рази, цукровий діабет та хронічний пієлонефрит у 1,3 рази, варикозна хвороба у 2,3 рази, атеросклеротичний кардіосклероз у 2 рази, нейроциркуляторна дистонія у 1,8 рази, синдром подразненого кишківника у 2,2 рази, а жовчокам'яна хвороба у 1,6 рази рідше, ніж у жінок з солітарними проліферативними захворюваннями матки ($p < 0,01$).
3. У жінок репродуктивного віку з поєднаними та солітарними проліферативними захворюваннями матки у 6,5 та 6,2 рази частіше мала місце гіперполіменорея та у 10 разів частіше альгодисменорея ($p < 0,05$).
4. Жінки з поєднаними та солітарними проліферативними захворюваннями матки народжували в 1,4 та 1,2 рази рідше, мали більшу кількість артифіційних абортів в 3,1 та 2,6 рази, мимовільних викиднів в 4,7 та 4,4 рази ($p < 0,05$). 11,1% жінок з поєднаними та 14,4% з солітарними проліферативними захворюваннями матки страждали на первинне або вторинне непліддя ($p < 0,05$).

Подяка. Надаємо подяку керівництву КНП КМПБ №3 за можливість обстеження та лікування пацієнок репродуктивного віку з поєднаними та солітарними проліферативними захворюваннями матки.

Конфлікт інтересів. Автори даного рукопису стверджують, що конфлікт інтересів

під час виконання дослідження та написання рукопису відсутній.

Джерела фінансування. Проведення даного дослідження та написання рукопису виконано в рамках НДР кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (2024-2026 р.р.) «Обґрунтування ролі сучасних лікувально-діагностичних технологій в забезпеченні якості життя жінок репродуктивного та перименопаузального віку», № держ. реєстрації 0124U001136.

REFERENCES

1. Kinkel K, Ascher SM, Reinhold C. [Benign disease of the uterus]. *Diseases of the Abdomen and Pelvis 2018-2021: Diagnostic Imaging-ID-KD Book*. 2018. 21-33. DOI: 10.1007/978-3-319-75019-4
2. Kirschen GW, AlAshqar A, Miyashita-Ishiwata M, Reschke L, El Sabeh M, Borahay MA. [Vascular biology of uterine fibroids: connecting fibroids and vascular disorders]. *Reproduction*. 2021.162(2): R1-R18. DOI: 10.1530/REP-21-0087
3. Ring KL, Mills AM, Modesitt SC. [Endometrial hyperplasia]. *Obstetrics & Gynecology*. 2022. 140(6): 1061-1075. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004989
4. Donnez J, Stratopoulou CA, Dolmans MM. [Uterine adenomyosis: from disease pathogenesis to a new medical approach using GnRH antagonists]. *International journal of environmental research and public health*. 2021. 18(19): 9941. DOI: 10.3390/ijerph18199941
5. Kossai M, Penault-Llorca F. [Role of hormones in common benign uterine lesions: endometrial polyps, leiomyomas, and adenomyosis]. *Hormonal Pathology of the Uterus*. 2020. 1242: 37-58. DOI: 10.1007/978-3-030-38474-6_3
6. El Sabeh M, Afrin S, Singh B, Miyashita-Ishiwata M, Borahay M. [Uterine stem cells and benign gynecological disorders: role in pathobiology and therapeutic implications]. *Stem cell reviews and reports*. 2021. 17: 803-820. DOI: 10.1007/s12015-020-10075-w

7. AlAshqar A, Reschke L, Kirschen GW, Borahay MA. [Role of inflammation in benign gynecologic disorders: from pathogenesis to novel therapies]. *Biology of reproduction*. 2021. 105(1): 7-31. DOI: 10.1093/biolre/ioab054
8. Petraglia F, Vannuccini S, Gallone A, Manzi V, La Torre F, Toscano F, Fambrini M. [Uterine disorders in reproductive life]. *Top Italian Scientists Journal*. 2024. 1(3): 1-15. DOI: 10.62684/QPNC8303
9. Marsh EE, Wegienka G, Williams DR. [Uterine fibroids]. *JAMA*. 2024. 331(17): 1492-1493. DOI: 10.1001/jama.2024.0447
10. Kabodmehri R, Etezadi A, Sharami SH, Ghanaei MM, Hosseinzadeh F, Heirati S.F.D., Pourhabibi Z. [The association between chronic endometritis and uterine fibroids]. *Journal of family medicine and primary care*. 2022. 11(2): 653-659. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1470_21
11. Wang YX, Farland LV, Gaskins AJ, Wang S, Terry KL, Rexrode KM, Missmer SA. [Endometriosis and uterine fibroids and risk of premature mortality: prospective cohort study]. *BMJ*. 2024. 387: e078797 DOI: 10.1136/bmj-2023-078797
12. Song ZM, Wan XJ, Chen JP, Zhang T, Luo J, Zhou JH, Li JY. [Risk Factors and a Predictive Model for the Co-Occurrence of Endometrial Polyps in Patients with Endometriosis: A Retrospective Study]. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. 2024. 51(11): 248. DOI: 10.31083/j.ceog5111248
13. Hu Y, Xiang Y, Huang W. [Endometrial polyps effect on pregnancy outcomes in infertile women with minimal/mild endometriosis: A retrospective study]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2023. 49(12): 2946-2951. DOI: 10.1111/jog.15794
14. Boychuk AV, Vereshchahina TV, Nikitina IM. [Estimation of relative risk of development and informativeness of diagnostic methods of hyperproliferative processes of endometrium]. *Wiadomości Lekarskie*. (Warsaw, Poland: 1960). 2020. 73(9): 2004-2009. DOI: 10.36740/WLek202009220
15. Huang XH, Weng YC, Lu YB. [Rectal Endometriosis-Associated Adenocarcinoma: A Rare Entity Demanding Clinical Vigilance]. *Cureus*. 2025. 17(2): e78661. DOI: 10.7759/cureus.78661
16. Nougaret S, Cunha TM, Benadla N, Neron M, Robbins JB. [Benign uterine disease: the added role of imaging]. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2021. 48(1): 193-214. DOI: 10.1016/j.ogc.2020.12.002
17. Kim H, Kim HJ, Ahn HS. [Does endometriosis increase the risks of endometrial hyperplasia and endometrial cancer?]. *Gynecologic Oncology*. 2023. 169: 147-153. DOI: 10.1016/j.ygyno.2022.06.021
18. Nees L.K, Heublein S, Steinmacher S, Juhasz-Böss I, Brucker S, Tempfer CB., Wallwiener M. [Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer]. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2022. 1-15. DOI: 10.1007/s00404-021-06380-5
19. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S, Thurston J, Colgan TT, Sebastianelli A. [Guideline no. 390-classification and management of endometrial hyperplasia]. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 2019. 41(12): 1789-1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025
20. Signorile PG, Baldi A, Viceconte R, Boccellino M. [The Role of Adenogenesis Factors in the Pathogenesis of Endometriosis]. *International Journal of Molecular Sciences*. 2025. 26(5): 2076. DOI: 10.3390/ijms26052076

PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF BENIGN PROLIFERATIVE UTERINE DISEASES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Dyndar O. A., Lypko I. M.

*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
City Maternity Hospital No. 3, Kyiv, Ukraine*

dyndar@ukr.net

Background. Among women of reproductive age, uterine leiomyoma is detected in 12-30%, endometrial hyperplastic processes in 10-18%, adenomyosis in 12-50%. The combination of uterine leiomyoma with endometrial hyperplastic processes occurs in 23-42% of cases, with internal genital endometriosis in 11-18%, in the case of genital endometriosis, pathological processes of the endometrium are diagnosed in 31.4% of patients.

Aim. To determine predictors of the development of benign combined and solitary proliferative uterine diseases by examining the somatic health status and obstetric-gynecological history of women of reproductive age.

Materials and methods. A questionnaire was conducted to study clinical and anamnestic indicators used to determine risk factors for the formation of combined and solitary proliferative processes of the uterus in 210 women of reproductive age, including 180 patients with proliferative diseases of the endo- and myometrium and 30 healthy women of the control group. The main group (Group I) included of 90 patients with combined proliferative processes and the comparison group (Group II) - 90 patients with isolated proliferative processes of the uterus.

Results. Women with uterine leiomyoma in combination with endometrial hyperplastic processes and adenomyosis, as well as with solitary endometrial hyperplastic processes, are characterized by an older age than patients with solitary leiomyoma and adenomyosis ($p < 0.01$). Analysis of anamnestic data of women with proliferative diseases of the uterus revealed a 1.4-fold higher frequency of childhood infectious diseases ($p < 0.01$). In the case of combined proliferative diseases of the uterus, obesity was 1.6 times more common, diabetes mellitus and chronic pyelonephritis 1.3 times, varicose veins 2.3 times, atherosclerotic cardiosclerosis 2 times, neurocirculatory dystonia 1.8 times, irritable bowel syndrome 2.2 times, and cholelithiasis 1.6 times less common than in women with solitary proliferative diseases of the uterus ($p < 0.01$). In women with combined and solitary proliferative diseases of the uterus, hyperpolymenorrhea occurred 6.5 and 6.2 times more often, as well as algodysmenorrhea 10 times more often ($p < 0.05$). Women with combined and solitary proliferative diseases of the uterus gave birth 1.4 and 1.2 times less often, had a higher number of artificial abortions 3.1 and 2.6 times, spontaneous miscarriages 4.7 and 4.4 times ($p < 0.05$), compared with healthy women. 11.1% of women with combined and 14.4% with solitary proliferative diseases of the uterus suffered from primary or secondary infertility ($p < 0.05$).

Conclusion. The conducted study shows that the premorbid background plays a significant role in the initiation and progression of proliferative processes of the endo- and myometrium, both in their solitary and combined development.

Key words: uterine leiomyoma, adenomyosis, endometrial hyperplastic processes, women's quality of life, reproductive function, menstrual function, extragenital pathology.