

Клініко-анамнестичні аспекти аденоміозу

К. І. Сусак, В. В. Курочка, В. О. Бенюк, О. А. Диндар, Н. С. Олюніна, В. М. Комар

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

У статті наведені результати клініко-статистичного аналізу та встановлені актуальні аспекти аденоміозу в жінок репродуктивного віку.

Мета дослідження: вивчення клініко-статистичного аналізу жінок репродуктивного віку з аденоміозом та його впливу на розвиток хвороби.

Матеріали та методи. Проведено клініко-статистичний аналіз 90 пацієнток репродуктивного віку з аденоміозом (основна група) та 30 гінекологічно здорових жінок репродуктивного віку (контрольна група). Для визначення інтенсивності болю використовували числову шкалу оцінювання.

Результати. Клініко-статистичний аналіз обстежуваних груп дав змогу визначити можливі предиктори аденоміозу в учасниць репродуктивного віку. У 88,9% жінок виявлено обтяжену спадковість. Супутню екстрагенітальну патологію становили: захворювання дихальної системи – у 46,7% жінок, захворювання шлунково-кишкового тракту – у 42,2% хворих. У пацієнток основної групи відзначено порушення менструального циклу (100,0%) та зниження генеративної та статевих функцій (диспареунія 65,5%). Обтяжений гінекологічний анамнез включав: запальні процеси матки й придатків – 52,2%, патологію шийки матки – 46,7%, кісти яєчників – 15,6%; штучні аборти – 77,8%, самовільне переривання вагітності – 20,0%, позаматкову вагітність – 8,9%. З внутрішньоматкових оперативних втручань виконували: вишкрібання порожнини матки – у 17,8% випадків, гістерорезектоскопію – у 21,1%, патологічні пологи (ручна ревізія стінок матки, накладання акушерських щипців, пологовий травматизм матері) – у 25,6%, операції на матці (кесарів розтин та ушивання перфоративного отвору) – у 30,0%, операції на придатках – у 18,9%, операції на шийці матки – у 35,6% випадків.

Висновки. Обтяжена гінекологічна спадковість, екстрагенітальна патологія, порушення імунних механізмів, гормональний дисбаланс, запальні захворювання жіночих статевих органів, переривання вагітності, патологічні пологи, внутрішньоматкові операції створюють сприятливий фон для розвитку і прогресування аденоміозу.

Ключові слова: ендометріоз, аденоміоз, анамнез, репродуктивний вік.

Clinical and anamnestic aspects of adenomyosis

К. І. Susak, V. V. Kurochka, V. O. Beniuk, O. A. Dyndar, N. S. Oliunina, V. M. Komar

The article presents the results of clinical and statistical analysis and identifies relevant aspects of adenomyosis in women of reproductive age.

The objective: to study the clinical and statistical analysis of women of reproductive age with adenomyosis and its impact on the development of the disease.

Materials and methods. A clinical and statistical analysis was conducted on 90 women of reproductive age with adenomyosis (main group) and 30 gynecologically healthy women of reproductive age (control group). A numerical rating scale was used to determine the intensity of pain.

Results. The conducted clinical and statistical analysis of the examined groups allowed to determine possible predictors of adenomyosis in women of reproductive age. 88.9% of women have a burdened heredity. Concomitant extragenital pathology: respiratory system diseases were found in 46.7% of women, gastrointestinal tract diseases – in 42.2%. Patients of the main group had menstrual cycle disorders (100%) and decreased generative and sexual function (dyspareunia 65.5%). Burdened gynecological history included: inflammatory processes of the uterus and appendages – 52.2% of cases, pathology of the cervix – 46.7%, ovarian cysts – 15.6%; artificial abortions – 77.8%, spontaneous abortion – 20.0%, ectopic pregnancy – 8.9%. Intrauterine surgical interventions were performed: curettage of the uterine cavity – in 17.8% of women, hysteroscopy – 21.1%, pathological childbirth (manual revision of the uterine walls, obstetric forceps, maternal birth trauma) – 25.6%, uterine surgery (cesarean section, suturing of the perforated hole) – 30%, appendage surgery – in 18.9%, cervical surgery – in 35.6%.

Conclusions. Severe gynecological heredity, extragenital pathology, impaired immune mechanisms, hormonal imbalance, inflammatory diseases of the female genital organs, abortions, pathological childbirth, and intrauterine surgeries create a favorable background for the development and progression of adenomyosis.

Keywords: endometriosis, adenomyosis, anamnesis, reproductive age.

Проблема генітального ендометріозу в жінок репродуктивного віку має медико-соціальне значення у структурі гінекологічної захворюваності у зв'язку з прогресивним клінічним перебігом, значними порушеннями менструальної та генеративної функції, стійким больовим синдромом і зниженням якості життя хворих [1–3].

До аденоміозу відносять захворювання, що характеризуються прогресивним інвазивним ростом залоз ендометрія і строми в товщу м'язової оболонки матки [4, 5].

Частота внутрішньоматкового ураження досягає 80% серед усіх випадків ендометріозу. Патологічний процес розвивається переважно в репродуктивному віці [6, 7].

Важливим напрямком прогнозування та профілактики аденоміозу є науково обгрунтоване виявлення груп ризику та своєчасне лікування хронічних захворювань [8, 9]. Фактори ризику включають анамнестичні, клінічні та

лабораторні зміни показників, які є фоном для розвитку патології. Тому пошук факторів ризику й визначення їхнього достовірного кореляційного зв'язку відіграють важливу роль у прогнозуванні ендометріозу [10, 11].

Загальновизнаними етіологічними чинниками, що виконують роль пускового механізму в патогенезі аденоміозу, є: вік, расова належність, соціально-економічний стан, спадковість, гормональні та імунні порушення [12, 13].

Ґрунтуючись на генеалогічних дослідженнях, вчені передбачали можливість генетичної зумовленості розвитку аденоміозу [14]. Суттєва роль відводиться генетичній схильності в можливості росту клітин ендометрія в нетиповому місці, що реалізується через цитокіни, імунні порушення та індивідуальні особливості продукції фактора росту [15, 16]. Аналізуючи випадки сімейного ендометріозу, автори продемонстрували, що схильність до захворювання передається за домінантним типом по жіночій лінії. Комплексні дослідження щодо провідної ролі генетичних факторів у виникненні аденоміозу показали зростання частоти захворювань серед родичів хворих порівняно із загальною популяцією [17, 18].

До менш імовірних факторів виникнення та розвитку аденоміозу відносять: хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів, ендокринопатії, пізнє настання менархе, порушення менструального циклу, пізній статевий дебют, ускладнені пологи й аборти [19, 20].

Провокувальними факторами розвитку внутрішнього ендометріозу вважають різноманітні внутрішньоматкові втручання, що ведуть до порушення десмогітичних і десмопластичних процесів у міометрії й деструкції сполучнотканинної основи, виникають нейродистрофічні зміни гістобіологічного бар'єра між базальним шаром ендометрія та міометрієм. У результаті цих процесів відбувається пенетрація залозистого і стромального компонентів базального ендометрія в прилеглий міометрій [21].

Найскладнішим є відсутність чітких уявлень про патомеханізми розвитку ендометріодних гетеротопій та відсутність конкретної етіопатогенетичної концепції розвитку хвороби. Аденоміоз продовжує залишатися проблемою, розв'язання якої потребує пошуку нових теоретичних і практичних підходів [22]. У зв'язку з цим особливо суперечливі дані, що стосуються багатфакторності патогенезу, клінічних проявів та поліморфізму морфологічних і функціональних змін, що відбуваються в органах і тканинах, уражених ендометріозом [23].

Мета дослідження: вивчення клініко-статистичного аналізу жінок репродуктивного віку з аденоміозом та його впливу на розвиток хвороби.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ми провели клініко-статистичний аналіз 90 жінок репродуктивного віку з аденоміозом за 2022–2024 рр., які звернулися до амбулаторного відділення акушерсько-гінекологічного спостереження Комунального некомерційного підприємства «Київський міський пологовий будинок № 3», що є клінічною базою кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Обстеження виконували відповідно до наказу МОЗ України № 319 «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Тактика ведення пацієн-

ток із генітальним ендометріозом» від 06.04.2016 [24]. Діагноз було верифіковано за допомогою ультразвукового дослідження, гістероскопії та патогістологічного дослідження біоптатів. Пацієнтки були розділені на дві групи: основна – 90 пацієнток з аденоміозом та контрольна – 30 гінекологічно здорових не вагітних жінок репродуктивного віку.

При відборі учасниць у дослідження критерієм включення були: вік від 20 до 45 років; наявність дифузного аденоміозу, підтвердженого інструментальними методами та результатами гістологічного дослідження; відсутність гострої гінекологічної патології; підписання поінформованої згоди. Критерії виключення з груп обстежених: вік пацієнток менше ніж 20 років і понад 45 років; зовнішні форми генітального ендометріозу; лейоміома матки; наявність гострої чи загострення хронічної екстрагенітальної патології; виявлення злоякісних патологічних процесів органів репродуктивної системи чи інших локалізацій; відмова від участі в дослідженні; наявність гострого запального процесу статевих органів.

Для визначення інтенсивності болю використовували числову шкалу оцінювання за 11-бальною системою від 0 (відсутність болю) до 10 (найгірший біль, який можна собі уявити). Біль оцінювали як помірний – 1–3 бали, середньої інтенсивності – 4–7 та сильний – 8–10 балів. Визначали інтенсивність болю в перший день менструального циклу протягом 24 год у жінок обстежуваних груп однократно.

Статистичне оброблення результатів виконували з використанням критерію Фішера; обчислення – за допомогою програмного забезпечення Statistica for Windows та Microsoft Excel 13.0. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок обстежуваних груп становив від 21 до 45 років (у середньому $36,7 \pm 3,5$ року). Проведені дослідження показали відсутність достовірної різниці між основною та контрольною групами. Середній вік жінок з аденоміозом сягав $35,1 \pm 3,7$ року, контрольної групи – $37,3 \pm 3,3$ року. У віковій групі 21–30 років було 34 (37,8%) учасниць в основній групі та 11 (36,7%) – у контрольній; 31–40 років – відповідно 44 (48,9%) та 16 (53,3%); у віці 41–45 років – 12 (13,3%) та 3 (10,0%) жінки. Статистично достовірної різниці між групами не виявлено ($p > 0,05$). Аналіз вікових даних пацієнток з аденоміозом підтверджує літературні дані, що генітальний ендометріоз – хвороба жінок репродуктивного віку [13, 24, 25].

Учасниці основної групи скаржилися на біль униз живота – 90 (100,0%), диспареунію – 59 (65,6%), посилення болю під час менструацій – 90 (100,0%), рясні тривалі менструації – 82 (91,1%), перед- та постменструальні кровомазання – 67 (74,4%), міжменструальні кров'янисті виділення – 28 (31,1%).

Вираженість больового синдрому в разі аденоміозу супроводжувалася блюванням у 19 (21,1%) випадках, загальною слабкістю – у 83 (92,2%), погіршенням самопочуття та порушенням працездатності жінок – у 68 (75,6%) випадках. У зв'язку з тяжкістю патологічного

процесу жінки основної групи змушені вести менш активний спосіб життя.

Як видно з наведених даних у таблиці, сильний біль спостерігався в 66 (73,3%) обстежуваних жінок з аденоміозом і становив $9,4 \pm 1,1$ бала; середньої інтенсивності – у 22 (24,5%) учасниць і сягав $6,2 \pm 0,8$ бала; помірний – у 2 (2,2%) пацієнток та становив $2,5 \pm 0,5$ бала відповідно. У контрольній групі больового синдрому не спостерігалось.

Ми провели аналіз даних щодо віку початку менархе в обстежуваних груп жінок – він становив від 10 до 17 років (у середньому $13,8 \pm 0,9$ року). Аналіз становлення менструального циклу виявив, що перша менструація в 65 (72,2%) жінок основної та у 22 (73,3%) контрольної групи почалася у віці 13–15 років, що не мало статистично достовірної різниці між групами ($p > 0,05$). У віці 10–12 років початок менархе відзначено у 21 (23,3%) жінки основної групи та у 8 (26,7%) учасниць контрольної ($p > 0,05$). Пізнє настання менархе (після 16 років) спостерігалось в 4 (4,5%) пацієнток з аденоміозом та не зафіксовано серед жінок контрольної групи.

Тривалість менструального циклу в учасниць основної групи варіювала від 20 до 39 днів (у середньому $28,9 \pm 3,4$ днів). У 58 (64,5%) жінок з аденоміозом тривалість менструального циклу становила 26–32 дні, у 22 (24,4%) – 20–25 днів, у 10 (11,1%) – більше ніж 32 дні. Тривалість менструації сягала 6–14 днів (у середньому $10,9 \pm 1,5$ днів). Тривалість менструації понад 7 днів виявлена у 82 (91,1%) пацієнток, про що свідчать скарги жінок на тривалі та рясні менструації, що змусило звернутися до медичного закладу по допомогу; у 8 (8,9%) учасниць тривалість була 6–7 днів.

Тривалість менструального циклу в контрольній групі становила 25–33 дні (у середньому $28,2 \pm 2,8$ днів). Тривалість менструації в жінок контрольної групи коливалась у межах 3–7 днів (у середньому $5,3 \pm 0,8$ днів) та статистично достовірно відрізнялася від основної групи ($p < 0,05$).

Проведено аналіз репродуктивної функції в обстежуваних груп жінок. Привертає увагу висока частота безпліддя: у 24 (26,7%) учасниць основної групи, з них первинне – у 14 (15,6%), що і спонукало їх до поглибленого обстеження та виявлення причини. Ці дані збігаються з даними літературних джерел, де підтверджується висока частота безпліддя (до 50,0%) у разі ендометріозу [26, 27].

Пологи в анамнезі відзначалися в 76 (84,4%) жінок основної та у 27 (90,0%) контрольної групи, що не мало статистично достовірної різниці між групами ($p > 0,05$). Проте одні пологи в анамнезі зафіксовано в 60 (66,7%) жінок з аденоміозом, що було у 2 рази частіше від учасниць контрольної групи – 10 (33,3%) ($p < 0,05$). Двоє пологів в анамнезі – у 15 (16,7%) пацієнток основної та у 14 (46,7%) представниць контрольної групи. Троє та більше пологів відзначено в жінок основної та контрольної груп в 1 (1,1%) і 3 (10,0%) випадках відповідно, що також мало достовірну різницю між групами ($p < 0,05$).

За результатами нашого дослідження, у 70 (77,8%) жінок з аденоміозом виявлено в анамнезі штучні аборти, що у 2,1 раза частіше, ніж серед учасниць контрольної групи – в 11 (36,7%) випадках ($p < 0,05$). Відмічена висока частота самовільних переривань вагітності – у 18 (20,0%) жінок основної групи, що в 3 рази пере-

Вираженість больового синдрому в основній групі (n, %)

| Біль | Основна група, n = 90 | |
|----------|-----------------------|------|
| | n | % |
| Помірний | 2 | 2,2 |
| Середній | 22 | 24,5 |
| Сильний | 66 | 73,3 |

вищує показники контрольної групи (6,7%) ($p < 0,05$). З анамнезу відомо, що 8 (8,9%) учасниць основної групи були прооперовані з приводу позаматкової вагітності, у контрольній групі цієї патології не спостерігалось.

Гінекологічні захворювання мають місце у всіх жінок основної групи, і це підтверджує зв'язок обтяженого гінекологічного анамнезу обстежених хворих із розвитком аденоміозу. Гострі та хронічні запальні процеси матки та придатків спостерігалися в 47 (52,2%) випадках, що статистично достовірно перевищувало показники контрольної групи – 2 (6,7%) випадки ($p < 0,05$). Патологія шийки матки в анамнезі виявлена в 42 (46,7%) жінок з аденоміозом, що в 3,5 раза перевищувало дані контрольної групи 4 (13,3%) ($p < 0,05$). З приводу патології шийки матки 32 (35,6%) жінкам основної групи проведено оперативне втручання, у той час як жінкам контрольної групи призначено було консервативне лікування та динамічне спостереження. У 14 (15,6%) жінок основної групи в анамнезі виявлено кісти яєчників (у 8 (8,9%) випадках проведено кістектомію), у контрольній групі цього гінекологічного захворювання не спостерігалось.

Порушення менструального циклу в обстежуваних жінок з аденоміозом мали поєднаний характер та в більшості випадків розцінювалися як тяжкі. Найчастіше менструальний цикл поєднувався з вираженим больовим синдромом, кровотечею, анемізацією, подовженою тривалістю менструацій, що погіршувало соматичний статус жінки, знижувало працездатність та якість життя. Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, насамперед гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, що вимагає негайного проведення терапії.

З проведеного нами аналізу статевого життя обстежуваних груп у 59 (65,5%) жінок основної групи спостерігалася диспареунія, у контрольній групі статева функція не порушена.

За даними проведеного дослідження, привертає увагу висока частота гінекологічних операцій, особливо внутрішньоматкових у жінок основної групи з аденоміозом. Ці дані можуть свідчити про те, що зміни в периферичних ланках статевої системи, що виникають унаслідок травми, сприяють розвитку ендометріозу [11, 22, 28]. Лікувальні діагностичне вишкрібання цервікального каналу та стінок матки з приводу аномальних маткових кровотеч відзначали в анамнезі 16 (17,8%) жінок основної групи, а гістерорезекцію – 19 (21,1%) жінок цієї ж групи. У контрольній групі такі оперативні втручання не проводили жодній жінці ($p < 0,05$).

У 17 (18,9%) жінок з аденоміозом виконували оперативні втручання на придатках: кістектомія – у 8 (8,9%), коагуляція яєчника (апоплексія) – в 1 (1,1%), резекція чи пластика маткової труби – у 8 (8,9%) випадках; у контрольній групі таких оперативних втручань не

спостерігалось ($p < 0,05$). У 23 (25,6%) учасниць основної групи зафіксовано патологічний перебіг пологів (ручна ревізія стінок матки, накладання акушерських щипців, пологовий травматизм матері), що статистично достовірно відрізнялося від даних показників контрольної групи – 2 (6,7%) випадки ($p < 0,05$). Розродження шляхом операції кесаревого розтину проводили 26 (28,9%) жінкам основної групи, що у 2,9 раза перевищувало показник контрольної групи – 3 (10,0%) випадки ($p < 0,05$). У 3 (3,3%) пацієнток основної групи кесарів розтин виконували двічі. В 1 (1,1%) жінки з аденоміозом проводили ушивання перфоративного отвору на матці, що виник при проведенні абортів.

Встановлено, що в більшості обстежуваних жінок з аденоміозом захворювання було тривалим і рецидивним. Тривалість захворювання до призначення консервативної гормональної терапії варіювала від кількох місяців до 10 років (у середньому $4,6 \pm 1,2$ року).

У 24 (26,6%) жінок з аденоміозом хвороба розвивалася протягом 1–3 років; у 45 (50,0%) – 4–6 років; у 14 (15,6%) – 7–9 років. Тривалість аденоміозу до 1 року діагностовано в 6 (6,7%), а понад 10 років – в 1 (1,1%) учасниці основної групи. Проте слід зазначити, що майже в кожній другій жінки з такою патологією характерні для симптомокомплексу ендометріозу скарги з'явилися на 3–4 роки раніше встановленого діагнозу, що, можливо, вказує на запізнілу діагностику ендометріозу.

Характерно те, що більшість хворих на аденоміоз пов'язують початок клінічного прояву захворювання з внутрішньоматковими втручаннями в минулому (кесарів розтин, аборт, вишкрібання матки, гістерорезектоскопія, операції на шийці матки).

Важливо зазначити, що 33 (36,7%) пацієнтки з аденоміозом отримували раніше гормональну терапію з метою корекції та відновлення менструального циклу й профілактики рецидивів хвороби. Препарати з дієгестом приймали в основній обстежуваній групі 14 (15,6%) учасниць, комбіновані оральні контрацептиви – 11 (12,2%), гестагени – 6 (6,7%), агоністи гонадотропін-рилізінг гормону – 2 (2,2%) жінки. Попри приймання гормональних препаратів у минулому клінічні прояви ендометріозу в обстежуваних жінок основної групи досить виражені. Це свідчить про рецидивування хвороби, що підтверджують літературні дані – частота рецидивів ендометріозу сягає 20,0–40,0% [3, 17, 29].

Дані про тип діяльності жінок обстежуваних груп подані на рисунку.

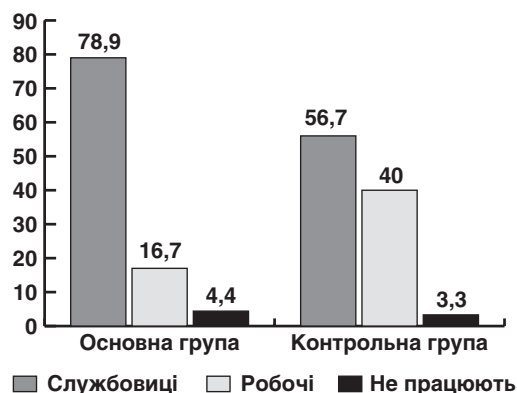
Аналіз наведених даних на рисунку показав, що аденоміоз зустрічався в 71 (78,9%) жінки-службовиці з інтелектуально-розумовою працею та нервово-психічним навантаженням на робочому місці, що в 1,4 раза перевищувало показники контрольної групи – 17 (56,7%) учасниць ($p < 0,05$).

Під час проведення аналізу сімейного стану учасниць досліджуваних груп аденоміоз відзначено в 50 (55,6%) жінок, які перебувають у незареєстрованому шлюбі та у 2 (2,2%) самотніх, що у 2,9 раза перевищує показники контрольної групи – 6 (20,0%) випадків ($p < 0,05$). Зареєстрований шлюб був у 38 (42,2%) представниць основної групи, що в 1,9 раза менше даних показників контрольної групи – 24 (80,0%) ($p < 0,05$).

Вивчаючи сімейний анамнез, ми встановили, що 80 (88,9%) жінок основної групи мали обтяжену гінекологічну спадковість, у той час як в групі контролю – лише 9 (30,0%) учасниць. Ендометріоз різної локалізації відмічався в рідних (матері, бабусі, сестри) кожної третьої представниці основної групи – 28 (31,1%) випадків. У близьких родичів жінок контрольної групи цієї патології не спостерігалось. Проте відсутність чіткої інформації про верифікацію діагнозу «ендометріоз» у родичів не дозволяє свідчити про справжню частоту цього патологічного процесу. Близькі родичі кожної четвертої пацієнтки основної групи отримували лікування з приводу лейоміоми матки – у 23 (25,5%) випадках, у контрольній групі у 2,5 раза менше – у 3 (10,0%) випадках. У близьких родичів обстежуваних хворих новоутворення яєчників зустрічалися в 15 (16,7%) жінок основної групи, що достовірно перевищує показники контрольної групи – 2 (6,7%) випадки ($p < 0,05$). Запальні захворювання жіночих статевих органів спостерігалися у представниць рідних основної групи – у 14 (15,5%) та контрольної групи – у 4 (13,3%) жінок, що не мало статистично достовірної різниці ($p > 0,05$).

Вивчаючи анамнез життя обстежуваних груп жінок, ми з'ясували частоту перенесених захворювань і наявність супутньої екстрагенітальної патології. У 42 (46,7%) представниць основної групи спостерігалися захворювання дихальної системи (пневмонія, бронхіт, бронхіальна астма), що в 1,5 раза перевищувало показник контрольної групи – 9 (30,0%) випадків ($p < 0,05$). Відзначена висока частота захворювань шлунково-кишкового тракту (гастрит, дуоденіт, коліт, дивертикуліт) – у 38 (42,2%) учасниць основної групи, що статистично достовірно перевищувало показники контрольної групи – 3 (10,0%) випадки ($p < 0,05$). Захворювання гепатобіліарної системи (холецистит, жовчнокам'яна хвороба, гепатит) спостерігалися у 38 (31,1%) пацієнток з аденоміозом; у той час як у контрольній групі жінок із цією патологією не було. Захворювання серцево-судинної системи (аритмія, артеріальна гіпертензія, міокардит) діагностовано у 22 (24,4%) обстежених основної групи, що статистично достовірно перевищувало показник у контрольній групі – 1 (3,3%) випадок ($p < 0,05$).

Відзначено високу частоту варикозної хвороби вен нижніх кінцівок у жінок основної групи з аденоміозом –



Тип діяльності обстежуваних жінок, %

34 (37,8%), що достовірно відрізнялося від контрольної групи – 1 (3,3%) випадок ($p < 0,05$). У кожної п'ятої пацієнтки основної групи спостерігалися захворювання ендокринної системи (гіпотиреоз, аутоімунний тиреоїдит, цукровий діабет, ожиріння) – 18 (20,0%) випадків, що у 2,0 рази перевищувало цей показник у контрольній групі – 3 (10,0%) випадки ($p < 0,05$). Захворювання сечовидільної системи (цистит, пієлонефрит, сечокам'яна хвороба) спостерігалися в 14 (15,6%) представниць основної та у 2 (6,7%) учасниць контрольної групи, що також мало вірогідну достовірну різницю між групами ($p < 0,05$). В основній групі жінок у 6 (6,7%) діагностовано захворювання крові (гіпохромна анемія, коагулопатія) та в 4 (4,4%) – захворювання нервової системи (радикулоневрит, мігрень, неврит слухового нерва). Водночас у представниць контрольної групи таких патологічних процесів не відмічалось.

Вивчаючи анамнез обстежуваних груп, слід зазначити, що 17 (18,9%) пацієнток з аденоміозом мали алергічні реакції до різних побутових факторів і лікарських засобів. Це в 6 разів перевищувало показник контрольної групи (1 (3,3%) випадок ($p < 0,05$)) та може свідчити про дисфункцію імунної системи. Отже, висока частота екстрагенітальної патології в основній групі вказує на несприятливий фон, на якому розвивався та прогресував аденоміоз.

Під час проведення бімануального гінекологічного обстеження у жінок відзначено значну варіабельність розмірів матки. Лише у 8 (8,9%) представниць основної групи розміри матки були в межах норми, водночас у контрольній групі такі показники зафіксовано у 30 (100,0%) пацієнток ($p < 0,05$). Збільшення матки, що відповідає 4–5-тижневій вагітності, виявлено в 54 (60,0%) обстежуваних пацієнток. У 22 (24,4%) жінок матка відповідала 6–7-тижневій вагітності, у 6 (6,7%) хворих на аденоміоз – понад 8 тиж. вагітності.

За даними літератури, виділяють такі теорії розвитку ендометріїдних гетеротопій: гематогенна та лімфогенна дисемінація, імплантаційна, трансплантаційна, гормональна, дизонтогенетична, метастатична [30]. Згідно з трансплантаційною теорією відзначається, що внаслідок ятрогенних втручань клітини ендометрія по-

трапляють у суміжні тканини. Доказом цієї теорії є тенденція до збільшення частоти ендометріозу, пов'язаного з попередніми внутрішньоматковими втручаннями. За результатами нашого дослідження, у 26 (28,9%) пацієнток з аденоміозом в анамнезі відзначено пологи шляхом операції кесаревого розтину. Трансплантаційну теорію підтверджує також дослідження інших вчених: пересаджені в передню черевну стінку клітини ендометрія проліферували, утворюючи вогнища ендометріозу [31].

Отримані результати нашого дослідження свідчать про те, що внутрішньоматкові операції сприяють розвитку аденоміозу. Деякі дослідники вважають, що дистрофічні зміни в зоні гістобіологічного бар'єра, які виникають при запаленні й травматизації сполучної та м'язової тканини, створюють сприятливі умови для інвазії в міометрій та росту ендометріальних клітин [21, 32].

ВИСНОВКИ

Проведений клініко-статистичний аналіз обстежуваних груп дав змогу визначити актуальні аспекти аденоміозу. Це захворювання найчастіше виникає в молодому віці (у $35,1 \pm 3,7$ року). У 88,9% жінок простежується обтяжена гінекологічна спадковість. Частою є супутня екстрагенітальна патологія: захворювання дихальної системи – у 46,7% хворих, шлунково-кишкового тракту – у 42,2%. Гінекологічний анамнез також виявився обтяженим: порушення менструального циклу спостерігалось у 100% пацієнток, розлади статевої функції (диспареунія) – у 65,5%, запальні процеси матки й придатків – у 52,2%, патологія шийки матки – у 46,7%, кісти яєчників – у 15,6% пацієнток. Штучні аборти в анамнезі мали 77,8%, самовільне переривання вагітності – 20,0%. Також жінкам проводили внутрішньоматкові втручання: вишкрібання порожнини матки – у 17,8% пацієнток, гістерорезектоскопію – у 21,1%. У 25,6% випадках відзначалися патологічні пологи (ручна ревзія стінок матки, накладання акушерських щипців, пологовий травматизм матері). Операції на матці (кесарів розтин, ушивання перфоративного отвору) проведено 30% жінок, на придатках – 18,9%, на шийці матки – 35,6%. Наведені чинники створюють сприятливий фон для розвитку і прогресування аденоміозу.

Відомості про авторів

Сусак Каміла Імтіязівна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (063) 433-84-72.
E-mail: email46xx@gmail.com

ORCID: 0009-0003-6894-004X

Курочка Валентина Валеріївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ. E-mail: kurochkav78@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6800-310X

Бенюк Василь Олексійович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (044) 405-60-33

ORCID: 0000-0002-5984-3307

Диндар Олена Анатоліївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (044) 405-60-33.
E-mail: dyndar@ukr.net

ORCID: 0000-0002-0440-0410

Олюніна Наталія Сергіївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ. E-mail: oliunina.nataliya@gmail.com

ORCID: 0009-0006-3066-6032

Комар Вікторія Миколаївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (066) 032-41-70.
E-mail: vickimd12@gmail.com

ORCID: 0009-0008-7193-1984

Information about the authors

Susak Kamila I. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (063) 433-84-72. *E-mail: email46xx@gmail.com*
ORCID: 0009-0003-6894-004X

Kurochka Valentyna V. – Bogomolets National Medical University, Kyiv. *E-mail: kurochkavv78@gmail.com*
ORCID: 0000-0001-6800-310X

Beniuk Vasyi O. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (044) 405-60-33
ORCID: 0000-0002-5984-3307

Dyndar Olena A. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (044) 405-60-33. *E-mail: dyndar@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-0440-0410

Oliunina Nataliia S. – Bogomolets National Medical University, Kyiv. *E-mail: oliunina.nataliia@gmail.com*
ORCID: 0009-0006-3066-6032

Komar Viktoriia M. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (066) 032-41-70. *E-mail: vickimd12@gmail.com*
ORCID: 0009-0008-7193-1984

ПОСИЛАННЯ

- Mu L, Ma YY. Expression of focal adhesion kinase in endometrial stromal cells of women with endometriosis was adjusted by ovarian steroid hormones. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(2):1810-5.
- Scherbyna M, Chekhunova A. The state of the cytokine profile in patients with adenomyosis. *Neonatal Surg Perinatal Med*. 2022;12(43):43-9. doi: 10.24061/2413-4260.XII.1.43.2022.8.
- Altibaeva DM, Kurochka W, Petrenko TG. Features of hormonal homeostasis in adenomyosis in combination with hyperplastic processes of the endometrium in women of reproductive age. *Coll Sci Works Assoc Obstet Gynecol Ukr*. 2016;(2):17-20.
- Sayer-Jones K, Sherman KA. "My body...tends to betray me sometimes": a Qualitative Analysis of Affective and Perceptual Body Image in Individuals Living with Endometriosis. *Int J Behav Med*. 2023;30(4):543-54. doi: 10.1007/s12529-022-10118-1.
- Bahall V, De Barry L, Singh K. Thoracic endometriosis masquerading as Meigs' syndrome in a young woman: A case report and literature review. *Case Rep Womens Health*. 2022;36:e00452. doi: 10.1016/j.crw.2022.e00452.
- Boychuk AV. Endometriosis: Modern guidelines and practical experience of treatment. *Obst Gynecol Reprod*. 2021;41(5):12-4.
- Habib N, Buzzaccarini G, Centini G, Moawad GN, Ceccaldi PF, Gitis G, et al. Impact of lifestyle and diet on endometriosis: a fresh look to a busy corner. *Prz Menopauzalny*. 2022;21(2):124-32. doi: 10.5114/pm.2022.116437.
- Solomko O, Shurpyak S. Actualization of differential diagnosis of chronic pelvic pain syndrome in women of reproductive age. *Reprod Health Woman*. 2022;(7):61-8. doi: 10.30841/2708-8731.7.2022.272474.
- Nowakowska A, Kwas K, Fornalczyk A, Wilczyński J, Szubert M. Correlation between endometriosis and selected allergic and autoimmune diseases and eating habits. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(8):1038. doi: 10.3390/medicina58081038.
- Beniuk VO, Altibaeva DM, Goncharenko VM, Kurochka W. The role of immune mechanisms in the development of benign uterine pathology. *Health Women*. 2016;(5):30-2.
- Nodler JL, Harris HR, Chavarro JE, Frazier AL, Missmer SA. Dairy consumption during adolescence and endometriosis risk. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(3):257.e1-e16. doi: 10.1016/j.ajog.2019.09.010.
- Kurochka W, Beniuk VO, Manzhula LV. Immunohistochemical study of estrogen and progesterone receptors in ectopic and eutopic endometrium in adenomyosis and retrocervical endometriosis. *Actual Probl Preventive Med*. 2018;2(1):23-7.
- Zervou MI, Vlachakis D, Papageorgiou L, Eliopoulos E, Goulielmos GN. Increased risk of rheumatoid arthritis in patients with endometriosis: genetic aspects. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61(11):4252-62. doi: 10.1093/rheumatology/keac143.
- Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H. Endometriosis: epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *Int J Mol Sci*. 2021;22(19):10554. doi: 10.3390/ijms221910554.
- Toczek J, Jastrzębska-Stojko Ż, Stojko R, Drosdzol-Cop A. Endometriosis: new perspective for the diagnosis of certain cytokines in women and adolescent girls, as well as the progression of disease outgrowth: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4726. doi: 10.3390/ijerph18094726.
- Abramiuk M, Grywalska E, Małkowska P, Sierawska O, Hryniewicz R, Niedźwiedzka-Ryślej P. The role of the immune system in the development of endometriosis. *Cells*. 2022;11(13):2028. doi: 10.3390/cells11132028.
- Leshchova O. Clinical aspects of adenomyosis in women of different age groups. *Perinatol Reprod*. 2024;4(2):64-9.
- Yang F, Wu Y, Hockey R; International Endometriosis Genetics Consortium; Doust J, Mishra GD, et al. Evidence of shared genetic factors in the etiology of gastrointestinal disorders and endometriosis and clinical implications for disease management. *Cell Rep Med*. 2023;4(11):101250. doi: 10.1016/j.xcrm.2023.101250.
- Zhang Y, Ma NY. Environmental risk factors for endometriosis: an umbrella review of a meta-analysis of 354 observational studies with over 5 million populations. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:680833. doi: 10.3389/fmed.2021.680833.
- Blass I, Sahar T, Shraibman A, Ofer D, Rappoport N, Linial M. Revisiting the risk factors for endometriosis: a machine learning approach. *J Pers Med*. 2022;12(7):1114. doi: 10.3390/jpm12071114.
- Scherbyna M, Potapova L, Shcherbyna I, Mertsalova OV, Chekhunova A. Pathogenetic substantiation of optimization of diagnosis and treatment of adenomyosis. *Coll Sci Works Assoc Obstet Gynecol Ukr*. 2024;54(2):51-8.
- Shi JL, Zheng ZM, Chen M, Shen HH, Li MQ, Shao J. IL-17: an important pathogenic factor in endometriosis. *Int J Med Sci*. 2022;19(4):769-78. doi: 10.7150/ijms.71972.
- Zaporozhan VM, Gladchuk IZ, Rozhkovska NM, Gaidarzi KD. Deep endometriosis: A review of current recommendations and own data. *Coll Sci Works Assoc Obstet Gynecol Ukr*. 2022;50(2):26-36.
- Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol of primary and specialized medical care "Tactics of management of patients with genital endometriosis" [Internet]. 2016. Order No. 319; 2016 April 06. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/genitalnyj-endometriozy/>.
- Collie B, Troisi J, Lombardi M, Symes S, Richards S. The current applications of metabolomics in understanding endometriosis: a systematic review. *Metabolites*. 2025;15(1):50. doi: 10.3390/metabo15010050.
- Yuzko OM, Tofan BYu. Prediction of pregnancy onset in the treatment of endometriosis associated infertility. *Clin Experimental Pathol*. 2022;21(2):65-9. doi: 10.24061/1727-4338.XI.2.80.2022.11.
- Konkov DG. Modern trends in the medical treatment of endometriosis. *Health Ukr 21st century*. 2023;547(11):35-6.
- Leyendecker G, Bilgicildirim A, Inacker M, Stalf T, Huppert P, Mall G, et al. Adenomyosis and endometriosis. Re-visiting their association and further insights into the mechanisms of auto-traumatisation. An MRI study. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(4):917-32. doi: 10.1007/s00404-014-3437-8.
- Tatarchuk TF, Kalugina LV, Danilova AO, Pavlova KS. An integrated approach to the treatment of pain syndrome in adenomyosis. *Reprod Endocrinol*. 2021;(3):53-60.
- Beniuk V, Kurochka V, Susak K, Drupp Y, Bala O. Hormonal homeostasis in women of reproductive age with adenomyosis. *Reprod Health Woman*. 2022;(7):6-9. doi: 10.30841/2708-8731.7.2022.272463.
- Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci*. 2020;17(4):536-42. doi: 10.7150/ijms.38679.
- Scherbyna MO, Chekhunova AO. Analysis of clinical and anamnestic data and premorbid background in adenomyosis. *Actual Probl Pediatr Obstet Gynecol*. 2020;(1):102-07. doi: 10.11603/24116-4944.2020.1.11493.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2025. – Дата першого рішення 05.05.2025. – Стаття подана до друку 09.06.2025