

УДК 618.141+618.145-007.61-02

**В.О. Бенюк, В.В. Курочка, К.І. Сусак**  
**Фактори ризику аденоміозу**  
**в жінок репродуктивного віку**

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

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 3(172): 12-16; doi: 10.15574/HW.2024.172.12

**For citation:** Beniuk VO, Kurochka VV, Susak KI. (2024). Risk factors for adenomyosis in women of reproductive age. Ukrainian Journal Health of Woman. 3(172): 12-16; doi: 10.15574/HW.2024.172.12.

Проблема аденоміозу особливо актуальна для пацієнтів репродуктивного віку, оскільки ці захворювання супроводжуються значними порушеннями менструальної та генеративної функцій.

**Мета** — визначити фактори ризику розвитку аденоміозу в жінок репродуктивного віку для вдосконалення комплексного патогенетично обґрунтованого підходу у виборі лікування.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано анамнестичні дані та обстежено 90 жінок репродуктивного віку з аденоміозом, які становили основну групу. Контрольна група — 30 гінекологічно здорових невагітних жінок репродуктивного віку.

**Результати.** Наведено результати клініко-статистичного аналізу жінок репродуктивного віку з аденоміозом. Визначено фактори ризику розвитку аденоміозу в досліджуваній групі. Це — спадковість, висока частота клінічних абортів, спонтанні викидні, патологічні пологи в минулому. Низький індекс здоров'я виявлено в цієї категорії жінок: високу частоту гінекологічної та екстрагенітальної патології, у 3 рази вищу частоту дитячих і респіраторних захворювань порівняно з групою здорових жінок. Оперативне втручання на матці та яєчниках сприяє прогресуванню ендометріозу. Найчастішими клінічними проявами аденоміозу є больовий та геморагічний синдром.

**Висновки.** За результатами клініко-статистичного аналізу виявлені можливі фактори ризику розвитку аденоміозу в жінок репродуктивного віку: обтяжена спадковість (60%), незаміжні і самотні жінки (58,5%); працівники з інтелектуально-психічними та нервово-психічними навантаженнями (63,3%), високий інфекційний індекс, супутня екстрагенітальна патологія (37,4%), порушення менструального циклу (93,3%) і зниження репродуктивної та статевої функцій; обтяжений гінекологічний анамнез: хронічні запальні процеси матки та придатків (44,2%), патологія шийки матки (36,5%), штучні (66,6%) і мимовільні (14,4%) аборти; внутрішньоутробні оперативні втручання (76,3%).

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження схвалено місцевим комітетом з етики закладу-учасника. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори не заявили про конфлікт інтересів.

**Ключові слова:** ендометріоз, аденоміоз, ендометрій, етіопатогенез, жінки.

**Risk factors for adenomyosis in women of reproductive age****V.O. Beniuk, V.V. Kurochka, K.I. Susak**

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The problem of adenomyosis is of particular relevance to patients of reproductive age since these diseases are accompanied by significant violations of the menstrual and generative functions.

**Aim** — determine the risk factors for the development of adenomyosis in women of reproductive age in order to improve a complex pathogenetically based approach in the selection of treatment.

**Materials and methods.** Analysis of anamnestic data and examination of 90 women of reproductive age with adenomyosis, which made up the main group, was carried out. The control group — 30 gynecologically healthy non-pregnant women of reproductive age.

**Results.** The article provides data on the results of clinical-statistical analysis among reproductive-age women with the adenomyosis. The risk factors of development of adenomyosis in investigated group are determined. Those are: complicated heredity, high frequency of the clinical abortions, spontaneous miscarriages, pathological deliveries in the past. The low index of health is observed in such category of women: high sick rate of gynecological or extragenital pathology, 3 times higher frequency of child's and respiratory illnesses, the surgical intervention on uterus and ovarium promotes the progress of the endometriosis. That the most frequent clinical manifestations of adenomyosis are pain and hemorrhagic syndrome.

**Conclusions.** The clinical and statistical analysis of the examined patients made it possible to identify risk factors for the development of adenomyosis in women of reproductive age: burdened heredity (60%), unmarried and single women (58.5%); employees with intellectual and mental and neuropsychological stress (63.3%), high infection index, accompanying extragenital pathology (37.4%), menstrual cycle disorders (93.3%) and reduced reproductive and sexual function; aggravated gynecological history: chronic inflammatory processes of the uterus and appendages (44.2%), pathology of the cervix (36.5%), artificial (66.6%) and involuntary (14.4%) abortions; intrauterine surgical interventions (76.3%).

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interests was declared by the authors.

**Keywords:** endometriosis, adenomyosis, endometrium, etiopathogenesis, women.

## Вступ

На сучасному етапі ендометріоз є актуальною проблемою гінекології, посідає третє місце в структурі гінекологічних захворювань і спостерігається в 15–20% жінок репродуктивного віку. Поширеною локалізацією є аденоміоз, питома вага якого становить 53–80% у структурі ендометріозу [1,5].

Протягом багатьох років аденоміозу відводиться важлива роль як медико-соціальному фактору через значну кількість його клінічних форм, тяжкість перебігу, що призводять до порушення менструальної та репродуктивної функцій, зниження працездатності та морально-психічного стресу [6,8].

За даними літератури, загально визначеними етіологічними факторами, що виконують роль пускового механізму в патогенезі аденоміозу, є вік, расова приналежність, несприятливий соціально-економічний стан, спадковість, гормональні та імунні порушення. Аналізуючи випадки сімейного ендометріозу, встановлено схильність до захворювання, що передається за домінантним типом по жіночій лінії [2,4].

На сьогодні відсутні чіткі уявлення про патомеханізм розвитку ендометріюїдних гетеротопій і відсутня конкретна етіопатогенетична концепція розвитку хвороби. Аденоміоз продовжує залишатися невирішеною проблемою, що потребує пошуку нових теоретичних і практичних підходів [2]. У зв'язку з цим особливо суперечливі дані, що стосуються багатофакторності патогенезу та поліморфізму змін, що відбуваються в тканинах, уражених ендометріозом [7].

**Мета** дослідження – визначити фактори ризику розвитку аденоміозу в жінок репродуктивного віку для вдосконалення комплексного патогенетично обґрунтованого підходу у виборі лікування.

## Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано анамнестичні дані та обстежено 90 жінок репродуктивного віку з аденоміозом, що становили основну групу; контрольна група – 30 гінекологічно здорових невагітних жінок репродуктивного віку, на базі КНП «Київський міський пологовий будинок № 3» за період 2022–2023 рр. Оцінено вік жінок, клінічні прояви хвороби, соціальний статус, менструальну, статеву та репродуктивну функцію, екстрагенітальну та гінекологічну захворюваність жінок обстежуваних груп.

Статистично опрацьовано всю базу даних із частотним аналізом і параметрами описової статистики ( $n$ ,  $M \pm m$ ,  $\delta$ , мінімальні та максимальні значення, асиметрія й ексцес). Достовірність відміни пар середніх показників обчислено за допомогою критеріїв Стьюдента та Фішера.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

## Результати дослідження та їх обговорення

Вивчаючи анамнестичні дані обстежуваних жінок, проаналізовано особливості преморбідного фону, спадковості, перенесених, супутніх екстрагенітальних і гінекологічних захворювань.

Середній вік обстежених жінок у групах не мав достовірних відмінностей і становив 36,2 року ( $p < 0,05$ ). Серед пацієток з аденоміозом 71,1% були віком 19–35 років, 20% – віком 36–45 років, 8,8% – віком від 45 років. У контрольній групі 63,3% жінок були віком 19–35 років.

Усі обстежувані жінки основної групи мали скарги (табл.), які примусили звернутися по допомогу до медичної установи: больовий синдром – у 95,5%; аномальні маткові кровотечі – у 93,3%; диспареунія – у 63,3%; пре- і постменструальні кров'янисті виділення зі статевих шляхів – у 75,5%. Висока частота і вираженість больового синдрому в жінок з аденоміозом супроводжувалися блюванням, слабкістю, погіршенням самопочуття і порушенням працездатності. Біль мав циклічний характер, з'являвся і посилювався перед менструацією або в перші дні менструації. У жінок контрольної групи скарг не було.

Практично в усіх обстежених хворих на аденоміоз були порушення самопочуття загального характеру: слабкість невизначеного генезу – у 96,7%, нездужання – у 88,8%, підвищена стомлюваність, зниження працездатності – у 73,3%. Порушення самопочуття загального характеру не завжди достовірно можна пояснити впливом основного захворювання (ендометріозу), проте участь у синдромі «хронічної втоми» імунно-нейроендокринної дисфункції вже доведена зарубіжними авторами [4].

Аденоміоз спостерігався в 63,3% жінок-службовців з інтелектуально-розумовою працею та

Таблиця

## Основні скарги в жінок з аденоміозом

Скарги	Основна група	
	абс.	%
Больовий синдром	86	95,5
Диспареунія	57	63,3
Аномальні маткові кровотечі	84	93,3
Скудні кров'янисті виділення у вигляді «мазні»	68	75,5
Міжменструальні кров'янисті виділення	42	46,6

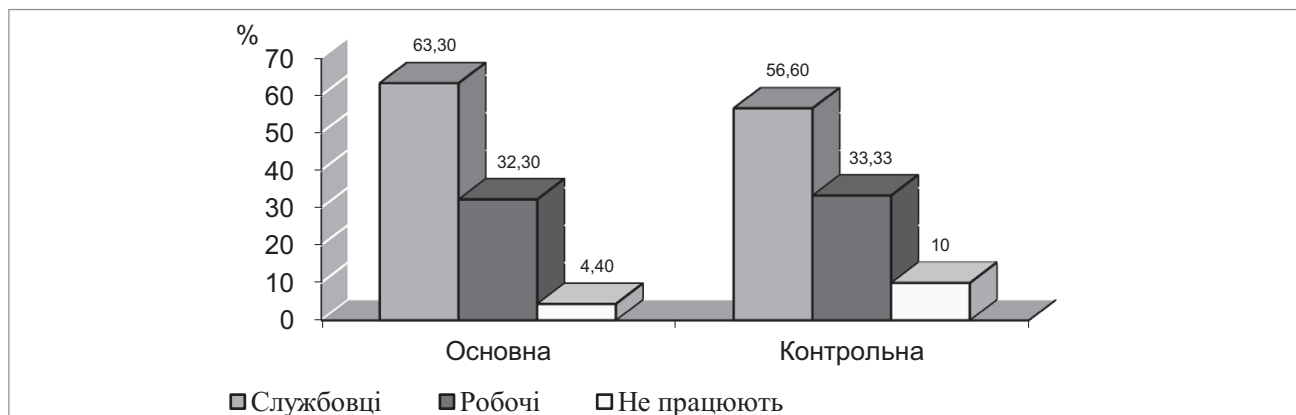


Рис. Соціальний статус обстежуваних жінок

нервово-психічним навантаженням на робочому місці (рис.). Аналізуючи сімейний стан жінок з аденоміозом, виявлено, що захворювання відзначалося у 58,5% жінок, які перебувають у незареєстрованому шлюбі, і самотніх.

Передбачення про можливість генетичної зумовленості розвитку аденоміозу встановили на підставі генеалогічних досліджень. Вивчаючи сімейний анамнез, з'ясовано, що в 60,0% жінок основної групи була обтяжена спадковість, тоді як у контрольній групі — лише у 13,3% жінок, що в 5 разів менше порівняно з основною групою ( $p < 0,05$ ).

У близьких родичів основної групи новоутворення статевих органів відзначалися у 12,6% пацієток, у контрольній — у 6,7%. Пухлини екстрагенітальної патології спостерігалися в родичів основної групи — у 16,6% випадків, контрольної групи — у 13,3%. Звертає на себе увагу, що близькі родичі кожної третьої пацієнтки основної групи проходили лікування з приводу лейоміоми матки (31,1%), у контрольній групі — лише в 10,0% випадків цієї патології. Ендометріоз різної локалізації виявлявся в рідних кожної другої пацієнтки основної групи (50,0%) і не спостерігався у близьких родичів жінок контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Вивчаючи анамнез життя обстежуваних жінок, з'ясовано частоту перенесених захворювань і наявність супутньої екстрагенітальної па-

тології. Встановлено низький індекс здоров'я основної групи жінок порівняно з контрольною групою: перенесені дитячі інфекції спостерігалися у 94,4%; гострі респіраторні захворювання — у 71,11% жінок; захворювання серцево-судинної системи — у 14,4%; захворювання шлунково-кишкового тракту — у 28,9%, що втричі перевищувало показники контрольної групи (10,0%); захворювання гепатобіліарної системи — у 25,5%, тоді як у контрольній групі не було жінок із цією патологією; захворювання сечовидільної системи — у 15,6% основної та у 6,7% жінок контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Низький індекс здоров'я жінок з аденоміозом свідчить про несприятливий преморбідний фон і є фактором ризику розвитку хвороби.

Серед жінок з аденоміозом у 26,7% випадках були алергічні реакції на лікарські засоби та різні побутові фактори, цей показник втричі перевищував дані контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Зареєстрована підвищена алергізація у хворих на аденоміоз може свідчити про дисфункцію імунної системи.

Вік настання менархе становив від 10 до 17 років (у середньому —  $13 \pm 0,6$  року). Аналіз становлення менструального циклу виявив, що перша менструація у 74,4% жінок основної групи та в 76,7% жінок контрольної групи почалася у віці від 13 до 15 років. У 7,8% пацієток з аденоміозом відмічалася пізньє настання

менархе (від 16 років), у 17,8% — до 13 років. Слід зазначити, що у 27,8% хворих на аденоміоз менструальний цикл встановився в період від 6 місяців до 2 років, що вказує на функціональну неповноцінність різних ланок системи «гіпоталамус-гіпофіз-яєчники». У кожній другій жінки основної групи біль під час менструації виник із менархе.

Тривалість менструального циклу в основній групі варіювала від 21 до 60 днів (у середньому —  $32,9 \pm 2,4$  доби); у 70,0% жінок з аденоміозом тривалість менструального циклу становила 30–33 доби. Тривалість менструації дорівнювала 6–12 днів (у середньому —  $9,1 \pm 0,35$  доби); тривалість понад 9 днів виявлена у 70,0% пацієнток. Тривалість менструального циклу в контрольній групі жінок коливалася в межах від 25 до 31 доби та становила в середньому  $26,9 \pm 2,7$  доби, тривалість менструації становила 3–7 днів (у середньому —  $5,4 \pm 0,65$  доби).

Вивчаючи менструальну функцію в жінок з аденоміозом, виявлено, що у 93,3% спостерігалися аномальні маткові кровотечі. Пре- і постменструальні кров'янисті виділення зі статевих шляхів відзначалися у 75,6% жінок. У 37,8% жінок з аденоміозом спостерігалися міжменструальні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. У всіх жінок менструація супроводжувалася больовим синдромом. У контрольній групі порушень менструального циклу не було.

Порушення менструального циклу були поєднаними та в більшості випадків розцінювалися як тяжкі. Найчастіше менструальний цикл поєднувався з вираженою кровотечею, подовженою тривалістю менструацій, а також пре- і постменструальними кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів у вигляді «мазні». Ці дані свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, передусім гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи, це погіршувало соматичний статус та якість життя хворих.

Вивчення репродуктивної функції в жінок з аденоміозом показало, що в 66,6% обстежених хворих в анамнезі були штучні аборти. Кожна друга (51,1%) жінка з аденоміозом висловлювала скарги на непліддя: первинне непліддя — 32,2%, вторинне — 16,7%. Відзначалася висока частота самовільних переривань вагітності — у 14,4% жінок основної групи, що вдвічі перевищувало показники контрольної групи (6,7%).

У 52,2% обстежених пацієнток основної групи в анамнезі були пологи, у контрольній групі —

у 66,6%. Одні пологи у 87,8% жінок основної групи та в 76,7% пацієнток контрольної групи, двоє пологів — у 12,2% та у 16,7%, відповідно, троє — у 6,7% жінок контрольної групи.

Патологічні пологи (аномалії пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі, ручна ревізія порожнини матки, ручне відділення та виділення посліду, акушерські щипці, оперативне родорозрішення) відзначалися у 48,9% пацієнток основної групи, це в 5 разів частіше порівняно з контрольною групою (10,0%). З анамнезу відомо, що дві жінки основної групи були прооперовані з приводу позаматкової вагітності. Ці дані можуть свідчити, що зміни в периферичних ланках статевої системи внаслідок травми призводять до розвитку аденоміозу.

У 63,3% жінок з аденоміозом спостерігалося порушення сексуальної функції, у жінок контрольної групи не було цієї проблеми.

Вивчаючи гінекологічні захворювання, з'ясовано, що найчастіше в жінок основної групи відзначено запальні процеси матки та додатків (42,2%). Ектопію епітелію шийки матки виявлено в третини (32,6%) жінок, із них 90,9% пацієнткам проведено кріодеструкцію, діатермоелектрокоагуляцію, діатермокоагуляцію. Кожній десятій пацієнтці основної групи виконано оперативне втручання на додатках із приводу кіст, апоплексії або позаматкової вагітності. Аномальні маткові кровотечі виявлено у 93,3% пацієнток. Роздільне лікувально-діагностичне вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки проведено в анамнезі 13,3% жінкам з аденоміозом, електровакуум-аспірацію — 48,3%. За наведеними даними, факторами ризику виникнення аденоміозу є внутрішньоматкові втручання. Тому ці операції слід проводити виключно обґрунтовано.

З анамнезу відомо, що в більшості обстежуваних жінок захворювання було тривалим і рецидивним. Так, тривалість захворювання до призначення консервативної гормональної терапії варіювала від декількох місяців до 9 років (у середньому —  $4,6 \pm 0,12$  року). У 73,3% жінок з аденоміозом хвороба тривала протягом 1–3 років. Але в 62,2% жінок із цією патологією характерні для симптомокомплексу аденоміозу скарги з'явилися на 3–4 роки раніше встановленого діагнозу, що вказувало, можливо, на запізню діагностику ендометріозу. Характерно, що 76,3% хворих на аденоміоз пов'язували початок клінічного прояву захворювання



з різними внутрішньоматковими втручаннями в минулому.

### Висновки

Отже, за результатами проведеного аналізу анамнестичних даних та обстеження жінок репродуктивного віку з аденоміозом визначені можливі фактори ризику розвитку цієї хвороби: обтяжена спадковість (60,0%), незаміжні та одинокі жінки (58,5%); службовці з інтелектуально-розумовим і нервово-психічним навантаженням (63,3%), високий інфекційний індекс, супутня екстрагенітальна патологія (37,4%), порушення менструального ци-

клу (93,3%) і зниження генеративної та статеві функції; обтяжений гінекологічний анамнез: хронічні запальні процеси матки і додатків (44,2%), патологія шийки матки (36,5%), артіфіційні (66,6%) і мимовільні (14,4%) аборти; внутрішньоматкові оперативні втручання (76,3%).

**Перспективи подальших досліджень.** Вивчення факторів ризику розвитку аденоміозу в жінок репродуктивного віку дає підставу для вдосконалення комплексного патогенетично обґрунтованого підходу у виборі лікування.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### References/Література

1. Altibaeva DM, Kurochka VV, Petrenko TH. (2016). Osoblyvosti hormonalnoho homeostazu pry adenomiozi v poiednanni z hiperplastychnymu protsesamy endometriia u zhinkov reproduktyvnoho viku. Zbirnyk naukovykh prats Asotsiatsii akusheriv Ukrainy. 2(38): 17–21. [Алтібаєва ДМ, Курочка ВВ, Петренко ТГ. (2016). Особливості гормонального гомеостазу при аденоміозі в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку. Збірник наукових праць Асоціації акушерів України. 2(38): 17–21].
2. Benyuk VA, Altibaeva DM, Goncharenko VN, Kurochka VV. (2016). The role of immune mechanisms in the development of benign uterus pathology. Health of woman. 5(111): 30–32; [Бенюк ВО, Алтібаєва ДМ, Курочка ВВ, Гончаренко ВМ. (2016). Роль імунних механізмів у розвитку доброякісної патології матки. Здоров'я жінки. 5(111): 30–32]. doi: 10.15574/HW.2016.111.30.
3. Benyuk VA, Kurochka VV, Benyuk SV, Altibaeva DM. (2017). Menstrual function in women with adenomiosis in combination with the hyperplastic processes of endometriy on the background of hormoneotherapy. Health of woman. 4(120): 115–117. [Бенюк ВО, Курочка ВВ, Бенюк СВ, Алтібаєва ДМ. (2017). Менструальна функція у жінок з аденоміозом в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі гормонотерапії. Здоров'я жінки. 4(120): 115–118]. doi: 10.15574/HW.2017.120.115.
4. Charpon C, Vannuccini S, Santulli P, Abrão MS, Carmona F, Fraser IS et al. (2020). Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and imaging approach. Hum Reprod Update. 2020 Apr 15;26(3):392–411. doi: 10.1093/humupd/dmz049. PMID: 32097456
5. Mielikhova TV. (2017). Udoskonalennia rannoi diahnostryki dlia prohnozuvannia rozvytku adenomiozu ta vyznachen-  
nia kryteriiv efektyvnosti likuvannia. Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine: Conference Proceedings, Lublin, April 28–29: 185–187. [Меліхова ТВ. (2017). Удосконалення ранньої діагностики для прогнозування розвитку аденоміозу та визначення критеріїв ефективності лікування. Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine: Conference Proceedings, Lublin, April 28–29: 185–187].
6. Murji A, Biberoglu K, Leng J. (2020). Use of dienogest in endometriosis. A narrative literature review and expert commentary. Reproductive endocrinology. (52): 73–81. [Murji A, Biberoglu K, Leng J (2020). Застосування дієногесту при ендометріозі. Огляд літератури та коментар експерта. Репродуктивна ендокринологія. (52): 73–81]. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2020.52.73-81>.
7. Pyrohova V, Shurpiak S, Kozlovskyi I. (2023). Hinekologichni peredumovy rozvytku syndromu khronichnoho tazovoho boliu – diahnostryka ta likuvannia (Ohliad literatury). Reproduktyvne zdorov'ia zhinky. (2): 59–66. [Пирогова В, Шурпяк С, Козловський І. (2023). Гінекологічні передумови розвитку синдрому хронічного тазового болю – діагностика та лікування (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. (2): 59–66]. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2023.278288>.
8. Shcherbyna M, Chekhunova A. (2020). Analiz kliniko-anamnestychnykh danykh i premorbidnoho fonu pry adenomiozi. Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekologhii. (1): 102–107. [Щербина М, Чехунова А. (2020). Аналіз клініко-анамнестичних даних і преморбідного фону при аденоміозі. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. (1): 102–107]. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2020.1.1149>.

#### Відомості про авторів:

**Бенюк Василь Олексійович** — д.мед.н., проф., зав. каф. акушерства і гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. В. Кучера, 7; тел.: +38 (044) 405-60-33. <https://orcid.org/0000-0002-5984-3307>.

**Курочка Валентина Валеріївна** — к.мед.н., асистент каф. акушерства і гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. В. Кучера, 7. <https://orcid.org/0000-0001-6800-310X>.

**Сусак Каміла Імтіязівна** — аспірант каф. акушерства і гінекології № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. В. Кучера, 7. Стаття надійшла до редакції 27.02.2024 р.; прийнята до друку 15.06.2024 р.