

DOI 10.31718/2077-1096.23.1.69

УДК 618.182-089.84 – 616.248:618.14-008.6-616.441-002

Сафонов Р.А., Алексеева О.С., Лазуренко В.В.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ПРОЛАПСІ У ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Харківський національний медичний університет

Вступ. Пацієнтки з генітальним пролапсом мають різноманітну екстрагенітальну патологію, зокрема патологію щитоподібної залози, що впливає на регуляцію менструального циклу як у репродуктивному, так і в перименопаузальному періодах життя жінки. Частою проблемою перименопаузального віку є аномальні маткові кровотечі, обумовлені порушеннями гормонального стану, а також функціональними та органічними змінами в щитоподібній залозі. Тому метою дослідження стала оптимізація лікування генітального пролапса у жінок з аномальними матковими кровотечами та патологією щитоподібної залози. Матеріали та методи. Обстежено та проліковано 49 жінок із генітальним пролапсом у перименопаузальному віці, які мали патологію щитоподібної залози. Вони були розподілені на основну групу (29 жінок з аномальними матковими кровотечами) та групу порівняння – 20 пацієнток із генітальним пролапсом без аномальних маткових кровотеч. 20 жінок без ознак гінекологічної та екстрагенітальної патології склали контрольну групу. Результати дослідження. Наявність суттєвих відхилень у сироватковому вмісті стероїдних гормонів у жінок з дисфункцією щитоподібної залози дозволяє підтвердити взаємозв'язок проліферативних процесів в ендометрії та роботи тиреоїдної системи. Проведене обстеження виявило значний зв'язок між дисфункцією щитовидної залози та причиною аномальних маткових кровотеч. В залежності від методу лікування жінки основної групи були розподілені на 2 підгрупи: до першої підгрупи було залучено 19 пацієнток, яким виконували вагінальну екстирпацію та одночасну корекцію генітального пролапсу з додатковою сакроспінальною фіксацією кукси піхви з використанням фрагменту сітчастого імплантату. 10 пацієнток залучено до другої підгрупи, яким через аномальні маткові кровотечі виконували гістерорезектоскопію, а оперативне лікування генітального пролапсу виконували через певний проміжок часу (через 0,5- 3 роки, у середньому через 21-24 місяця). У групі порівняння виконувалася планова вагінальна екстирпація матки. Висновок. Оптимізація лікування генітального пролапса у жінок з аномальними матковими кровотечами та патологією щитоподібної залози заключається в одномоментному оперативному лікуванні – вагінальне видалення матки з наступним підкріпленням купола піхви шляхом використання сакроспінальної фіксації та/або сітчастого імплантату для профілактики рецидивів та покращення економічних показників медичного закладу та якості життя пацієнток.

Ключові слова: генітальний пролапс, аномальні маткові кровотечі, патологія щитоподібної залози.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є частиною комплексної науково-дослідної роботи «Оптимізація діагностики та лікування при захворюваннях репродуктивної системи жінок» (номер державної реєстрації 0118U000931) кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Вступ

Генітальний пролапс (ГП) – актуальна проблема жінок перименопаузального та менопаузального віку, тому що викликає значні порушення працездатності та якості життя за рахунок нетримання сечі, утруднення випорожнення, соціальної ізоляції, депресії, сексуальної дисфункції. За даними літератури ГП різного ступеня виразності діагностують у кожній другій жінки похилого віку [1].

Необхідно зазначити, що пацієнтки з генітальним пролапсом мають різноманітну екстрагенітальну патологію, зокрема патологію щитоподібної залози (ЩЗ), що впливає на регуляцію менструального циклу як у репродуктивному, так і в перименопаузальному періодах життя жінки [2,3,4,5].

Частою проблемою перименопаузального віку є аномальні маткові кровотечі (АМК), обумовлені порушеннями гормонального стану, а також функціональними та органічними змінами в щитоподібній залозі. АМК виникають в 10–30 % жінок репродуктивного віку, а в 70,0% випадків –

протягом пери- та в постменопаузального періоду [6,7].

Для лікування генітального пролапса існує велика кількість оперативних втручань (кольпорафія, кольпоперінеорафія, використання сітчастих протезів, сакроспінальна фіксація, вагінальна екстирпація та інші) і при АМК (вишкрібання, гістерорезектоскопія, абляція ендометрія, видалення матки), окремі як для пацієнток із генітальним пролапсом, так і для жінок із аномальними матковими кровотечами [8,9,10]. На жаль, часто діагностується коморбідна патологія, наприклад, АМК у жінок із генітальним пролапсом, особливо в перименопаузальному періоді та за наявності патології ЩЗ. У таких випадках виконують спочатку гістероскопію для лікування та уточнення причин АМК, призначають гормонотерапію, а при неефективності, на тлі анемізації організму жінки, видаляють матку, не враховуючи економічних витрат медичних закладів та погіршення психологічного стану та здоров'я пацієнтки [11,12].

Тому метою дослідження стала оптимізація

лікування генітального пролапса у жінок з аномальними матковими кровотечами та патологією щитоподібної залози.

Матеріали та методи

Обстежено та проліковано 49 жінок із генітальним пролапсом у перименопаузальному віці, які мали патологію ЩЗ. Вони були розподілені на основну групу (29 жінок з АМК) та групу порівняння - 20 пацієнок із ГП без симптомів АМК. 20 жінок без ознак гінекологічної та екстрагенітальної патології склали контрольну групу. Обстеження включало загально-клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження, у тому числі функції щитоподібної залози. Для визначення ступеня пролапсу використовували систему кількісної оцінки ГП (POP-Q) (1996), для оцінки стану органів малого тазу, промежини, тазового дна - трансвагінальну ехографію та доплерометрію за допомогою апарату Philips HD 11 XE, леваторний тест, урофлоуметрію. Дослідження гормонів проводилося імуноферментним методом із використанням відповідних наборів-реагентів. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу проводилось в патоморфологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні. Статистична обробка отриманих результатів виконана з застосуванням програми «Statistica 6».

Результати дослідження та їх обговорення

Вік обстежених жінок коливався від 41 років до 78 років, середній вік жінок основної групи дорівнював $55,1 \pm 7,3$ років, групи порівняння - $68,6 \pm 9,2$ років, контрольної групи - $63,8 \pm 2,4$ років. Серед хворих на ГП переважали сільські жительки - 43 (87,8%), що вказує на можливість впливу фізичних навантажень на розвиток ГП.

Скарги пацієнок основної групи та групи порівняння були на відчуття стороннього тіла у піхві, дискомфорт у сидячому положенні, при статевому акті, утруднення при випороженні сечового міхура, прямої кишки, прояви циститу. Крім того, жінки основної групи мали скарги на кровотечу зі статевих шляхів різного ступеня виразності та тривалості.

Стадії ГП за POP-Q визначалися під час гінекологічного огляду: 1 стадія ГП була виключена з нашого дослідження через призначення консервативного лікування, пацієнткам з 2-4 стадіями ГП виконувалося оперативне лікування.

Повне випадіння визначалося у 17 жінок (85%) переважно з групи порівняння, неповний пролапс — у 23 (79,3%) жінок, переважно з основної групи.

Серед іншої екстрагенітальної патології, окрім патології ЩЗ, визначалися гіпертонічна хвороба - 19 (38,8%), варикозне захворювання вен - 36 (73,5%), захворювання шлунково-кишкового тракту - 15 (30,6%), захворювання нирок - 9 (18,4%), цукровий діабет - 3 (6,1%).

Патологія ЩЗ була переважно представлена в основній групі гіпотиреозом (75,9%) на тлі ав-

тоїмунного тиреоїдиту, у групі порівняння - вузловим зобом (70,0%).

Результати ультразвукового дослідження тазового дна при ГП 2 ступеню були наступними: висота сухожильного центру дорівнювала $0,6 \pm 0,3$ см (у групі контролю більше 1 см), діастаз ніжок леваторів - $1,1 \pm 0,2$ см (у нормі немає), товщина *m.bulbosavernosus* - $0,7 \pm 0,3$ см (у контролі більше 1,5 см). При ГП 3 ступеню висота сухожильного центру дорівнювала $0,4 \pm 0,2$ см, діастаз ніжек леваторів - $1,6 \pm 0,3$ см, товщина *m.bulbosavernosus* - $0,5 \pm 0,2$ см. При 4 ступеню ГП висота сухожильного центру дорівнювала $0,2 \pm 0,2$ см, діастаз ніжок леваторів - $2,3 \pm 0,5$ см, товщина *m.bulbosavernosus* - $0,4 \pm 0,2$ см.

При травматичних пошкодженнях у пологах рубцеві зміни промежини при ультразвуковому дослідженні виявляються незалежно від терміну давнини у вигляді асиметрії сухожильного центру промежини та порушення контурів м'язових пучків, наявність сполучнотканинних гіперехогенних включень. Діагностичне значення УЗД полягає в тому, що цей метод допомагає визначити топографію травмованої промежини для хірургічної корекції. Також УЗД за допомогою проби Вальсальви дає можливість у режимі реального часу спостерігати за зсувом органів та тканин малого тазу, відхилення від нормативних показників, що дозволяє правильно сформулювати план оперативної корекції. Крім того, ультразвукове дослідження внутрішніх статевих органів з використанням доплерометрії дозволяє виявити причину АМК (гіперплазія ендометрія, поліп, субмукозний вузол лейоміоми, аденоміоз та інші), а разом з пайпель-біопсією допомагали усунути підозру на малігнізацію органів малого тазу.

Гормональне обстеження пацієнок основної групи продемонструвало наступні показники. Дослідження вмісту гормонів в групі з ГП: рівень ЛГ дорівнював $58,3 \pm 4,8$ МО/л (контроль $10,5 \pm 1,2$ МО/л), ФСГ - $18,6 \pm 2,4$ МО/л (контроль - $8,2 \pm 1,1$ МО/л), співвідношення ЛГ/ФСГ - $3,1 \pm 0,2$ (контроль $1,2 \pm 0,1$). Прولاктин був знижений і дорівнював $169,7 \pm 11,9$ мМО/л (контроль $246,8 \pm 16,2$ мМО/л). Також діагностували зниження естрадіолу до $157,3 \pm 9,1$ пмоль/л (контроль $396,8 \pm 13,2$ пмоль/л), прогестерону - $0,41 \pm 0,06$ нмоль/л (контроль $1,32 \pm 0,05$ нмоль/л), тестостерону - до $0,57 \pm 0,11$ нмоль/л (контроль $1,92 \pm 0,15$ нмоль/л), а також зниження рівня кортизолу до $196,7 \pm 13,5$ нмоль/л у порівнянні із контролем $432,9 \pm 26,3$ нмоль/л.

Гормони щитоподібної залози також змінюються у жінок перименопаузального віку, а саме зростання рівня тиреотропного гормону (ТТГ) $1,12 \pm 0,09$ мМО/л (контроль $0,51 \pm 0,08$ мМО/л). Але показники трийодтироніну (Т3) - $1,85 \pm 0,03$ нмоль/л та тироксину (Т4) $91,2 \pm 2,7$ нмоль/л майже не відрізнялися від контрольних параметрів - $1,92 \pm 0,11$ нмоль/л та $84,6 \pm 3,1$ нмоль/л, відповідно.

При АМК у більшості жінок із захворюванням ЩЗ визначали порушення у відношенні ЛГ/ФСГ: у жінок з АМК на фоні АІТ воно суттєво перевищувало одиницю, що вказує на дисбаланс гормонів гіпофіза. У цієї групи жінок також виявлена достовірна ($p < 0,05$) позитивна кореляція рівнів ФСГ від ЛГ. Необхідно вказати на доцільність оцінки концентрації пролактину, так як у жінок основної групи відзначено зростання його рівня, особливо у пацієток з АМК на тлі АІТ - він був у 1,9 разів вище проти показників контролю ($p < 0,05$). Коефіцієнт кореляції склав відповідно $r = 0,95$. Також виявлено, що сироваткові рівні естрадіолу та прогестерону відрізнялися від даних контрольної групи, а саме жінки з групи АМК+АІТ демонстрували високі параметри естрадіолу – у 2 рази, а прогестерон був значно нижчим – у 2,5 рази, на відміну від результатів контрольної групи. Треба відзначити, що вміст прогестерону в плазмі крові виявився найбільш низьким у пацієток з АІТ ($p < 0,05$), та при подальшому аналізі виявлена достовірна кореляційна залежність значення рівня прогестерону від пролактину ($r = 0,97$) у даних пацієток.

Саме наявність суттєвих відхилень у сироватковому вмісті стероїдних гормонів у жінок з дисфункцією щитоподібної залози дозволяє підтвердити взаємозв'язок проліферативних процесів в ендометрії та роботи тиреоїдної системи. У пацієток з групи АМК+АІТ відмітили достовірно значимі відмінності щодо коливання співвідношення ЛГ/ФСГ ($p < 0,05$), де жінки з підвищеним рівнем ЛГ у сироватці крові асоціювалися із більш частими та масивними епізодами АМК. Слід зазначити, що збільшення співвідношення ЛГ/ФСГ $> 2,5$ було встановлено майже у кожній четвертій пацієнтки. При оцінці результатів секреції гормонів щитоподібної залози виявлено, що зниження рівнів T_3 та T_4 у своїй переважній більшості зустрічалось у жінок з АМК на тлі АІТ. Середнє значення ТТГ у групі жінок з АМК+АІТ варіювало від 3,3 до 8,8 мкМо/мл (у середньому $5,6 \pm 0,4$ мкМо/мл) та було вище норми. У контрольній групі рівень ТТГ варіював у межах норми та у середньому дорівнював $2,1 \pm 0,3$ мкМо/мл.

Таким чином, гормональні зміни у жінок перименопаузального віку можуть сприяти поряд з іншими факторами розвитку АМК при ГП, а їх своєчасна діагностика та корекція покращити перебіг післяопераційного періоду та якість життя хворих.

Проведене обстеження виявило значний зв'язок між дисфункцією щитовидної залози та причиною аномальних маткових кровотеч. У групі АМК+АІТ було 11 пацієток (37,9%) мали поліп ендометрія та цервікального каналу, 9 (31,1%) пацієток мали гіперплазію ендометрія, 6 (20,7%) жінки мали лейоміому матки (0-3 типи росту вузлів), 3 пацієнтки (10,3%) мали поєднану патологію ендометрія.

В залежності від методу лікування жінки основної групи були розподілені на 2 підгрупи: до

першої підгрупи було залучено 19 пацієток, яким виконували вагінальну екстирпацію та одночасну корекцію генітального пролапсу з додатковою сакроспінальною фіксацією кукси піхви з використанням фрагменту сітчастого імплантату. 10 пацієток залучено до другої підгрупи, яким через АМК виконували гістерорезектоскопію, а оперативне лікування ГП виконували через певний проміжок часу (через 0,5- 3 роки, у середньому через 21-24 місяця). У групі порівняння виконувалася планове оперативне втручання - вагінальна екстирпація матки.

Гістологічні результати в основному співпадали з результатами передопераційного обстеження, малігнізації не виявлено в жодному випадку.

Спираючись на отримані данні обстеження та лікування жінок з АМК та ГП, відсутність злоякісної патології в результатах гістологічного дослідження, можна припустити одномоментне лікування АМК та ГП у вигляді трансвагінальної екстирпації матки із застосуванням сітчастого імплантату та сакроспінальної фіксації. Запропонований метод приносить значну економію коштів як лікувальному закладу, так і пацієнтці, яка також отримує психологічне та соціальне задоволення.

Таким чином, застосування запропонованого метода лікування жінок з АМК, генітальним пролапсом та захворюванням ЩЗ дозволить зекономити розхідні матеріали медичного закладу та хворі, покращити якість життя та здоров'я пацієнтці і може бути впроваджено в гінекологічних стаціонарах.

Висновок

Оптимізація лікування генітального пролапсу у жінок з аномальними матковими кровоточами та патологією щитоподібної залози заключається в одномоментному оперативному лікуванні - вагінальне видалення матки з наступним підкріпленням купола піхви шляхом використання сакроспінальної фіксації та/або сітчастого імплантату для профілактики рецидивів та покращення економічних показників медичного закладу та якості життя пацієток.

Література

1. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. *Post Reproductive Health* 2020;26(2):79-85.
2. Abdool Z, Dietz HP, Lindeque BG. Prolapse symptoms are associated with abnormal functional anatomy of the pelvic floor. *Int Urogynecol J*. 2017 Sep;28(9):1387-91.
3. Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. *Climacteric*. 2017 Oct;20(5):414-20.
4. Barya S, Goyal S, Maheshwari S. Evaluation of Thyroid Dysfunction in Abnormal Uterine Bleeding. *Int. J. Heal. Clin. Res*. 2021 Jan;27;4(2):142-4.
5. Yuzko OM. Porushennya funktsiya shchitopodibnoyi zalozy v zhinok iz bezplidnyam ta anomalnyim matkovymy krovotochamy [Dysfunction of the thyroid gland in women with infertility and abnormal uterine bleeding]. *Klinichna ta eksperymentalna medytsyna*. 2018;17(3):109-12. (Ukrainian)
6. Davis E, Sparzak PB. Abnormal Uterine Bleeding. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022 Jan; 9: 36-41.
7. Maryam T, Rizwan N, Uddin SF, Afsheen S. Abnormal uterine Bleeding in Patient Having Thyroid Dysfunction. *Int. J. Multidisciplinary and Current research*. 2020;8:196-200.

8. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. *Post Reproductive Health* 2020;26(2):79-85.
9. Suman S, Sinha G. An analytical study to evaluate the relationship between thyroid dysfunction and abnormal uterine bleeding. *Int. J. Heal. Clin. Res.* 2020; 3(4):189-91.
10. Sebtaï A, Qasim M, Bahadur A, et al. Subclinical Hypothyroidism in Perimenopausal Abnormal Uterine Bleeding Patients. *Cureus.* 2022 Feb 2;14(2):e21839.
11. Chaudhary A, Bhatia BK. Relationship between Thyroid Disorder and Abnormal Menstrual Bleeding. *Int J Cur Res Rev.* 2021; 13(02):29-32.
12. Mansour D, Hofmann A, Gemzell-Danielsson K. A Review of Clinical Guidelines on the Management of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Women with Heavy Menstrual Bleeding. *Adv Ther.* 2021 Jan;38(1):201-225.

Summary

TREATMENT TACTICS FOR GENITAL PROLAPSES IN WOMEN WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING AND THYROID GLAND PATHOLOGY

Safonov R. A., Alekseieva O. S., Lazurenko V. V.

Key words: genital prolapse, abnormal uterine bleeding, thyroid gland pathology.

Introduction. Patients with genital prolapse have various extragenital pathologies, in particular thyroid pathology, which affects the regulation of the menstrual cycle both in the reproductive and perimenopausal periods of a woman's life. Abnormal uterine bleeding caused by hormonal disorders, functional and organic changes in the thyroid gland is reported as a common problem of perimenopausal age. The aim of this study is to optimize the treatment of genital prolapse in women with abnormal uterine bleeding and thyroid pathology. **Materials and methods.** 49 perimenopausal women with genital prolapse who had thyroid pathology were examined and treated. They were divided into the main group (29 women with abnormal uterine bleeding) and the comparison group of 20 patients with genital prolapse without abnormal uterine bleeding. 20 women without signs of gynaecological and extragenital pathology made up the control group. **Results.** The presence of significant deviations in the serum content of steroid hormones in women with thyroid dysfunction allows us to confirm the relationship between proliferative processes in the endometrium and the functioning of the thyroid system. The examination revealed a significant relationship between thyroid dysfunction and the cause of abnormal uterine bleeding. Depending on the treatment method, the women of the main group were divided into 2 subgroups: the first subgroup included 19 patients who underwent vaginal extirpation of the uterus and simultaneous correction of genital prolapse with additional sacrospinal fixation of the vaginal stump using a mesh implant fragment. 10 patients were included in the second subgroup, which underwent hysteroresectoscopy due to abnormal uterine bleeding, and surgical treatment of genital prolapse was performed after a certain period of time (after 0.5-3 years, on average after 21-24 months). In the comparison group, planned vaginal extirpation of the uterus was performed. **Conclusion.** The improvement of the treatment of genital prolapse in women with abnormal uterine bleeding and thyroid pathology consists in combining vaginal removal of the uterus followed by strengthening of the vaginal dome through the use of sacrospinal fixation and/or a mesh implant in order to prevent recurrences and improve the economic indicators of the medical institution and the quality of life of patients.