

**В.А. Осташевский, Е.В. Почос, Ю.А. Магарилл, Г.Ф. Смирнова,
Л.Ф. Гуляева**

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ «МИОМА МАТКИ» В НОВОСИБИРСКЕ И КЕМЕРОВЕ

ГУ Институт молекулярной биологии и биофизики СО РАНН, Новосибирск
Клиника ГУ НЦЭКМ СО РАНН, Новосибирск
Кемеровский областной онкодиспансер

Проведено сравнительное эпидемиологическое исследование двух групп женщин с диагнозом «миома матки», проживающих в Новосибирске и Кемерове. Возраст диагностирования миомы колебался между 40 и 60 годами. Чаще всего болели женщины, занимающиеся умственным трудом. Для обеих групп характерно позднее начало менархе. У подавляющего большинства женщин в обеих группах возраст менопаузы составил старше 50 лет. Для женщин, страдающих миомой, характерно большое количество аборт. Большинство женщин с миомой матки болели сопутствующими гинекологическими заболеваниями, в первую очередь воспалительными заболеваниями матки и придатков. Чаще всего среди сопутствующих соматических заболеваний встречались болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и болезни обмена веществ. Не выявлено принципиальных различий по этим показателям у жительниц Новосибирска и Кемерове.

Ключевые слова: миома матки, факторы риска, эпидемиология

Миома матки — одна из самых распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов, в структуре гинекологических заболеваний составляет 27%. При обследовании женщин в возрасте старше 30 лет миома матки выявлена у 15-17% женщин [3]. Среди жительниц городов частота выявления данного заболевания составляет 19-27% и существенно ниже в сельской местности. Миома матки относительно редко встречается у женщин 20-30 лет, однако в последнее время все чаще миому обнаруживают у молодых женщин, которым еще только предстоит рожать. Кроме того, миома может возникнуть снова у 7-28% больных, а иногда даже переродиться в злокачественную опухоль.

Риск заболевания существенно возрастает после 35-40 лет [6]. Среди факторов риска возникновения миомы матки необходимо отметить: позднее менархе; высокая частота медицинских абортов, что, наряду с воздействием других факторов, может в известной мере способствовать развитию миомы: у женщины, перенесшей к 30 годам 10 абортов, риск образования миомы матки к 40 годам возрастает в 2 раза [2, 7]. Эпидемиологические исследования ряда авторов не подтвердили наличие прямой взаимосвязи между возрастом начала половой жизни и возникновением опухоли. У больных миомой матки относительно велика частота соматических заболеваний, причем заболевания сердечно-сосудистой системы встречаются в два раза чаще, а частота анемий в 20 раз выше, чем в общей популяции [9]. Развитию опухоли также способствуют другие гинекологические заболевания, хронические, подострые и острые воспаления матки и придатков, образование кист и кистом яичников [5]. Исследования продемонстрировали, что у женщин, родивших, по крайней мере, двоих детей, риск развития миомы уменьшен наполовину по сравнению с бездетными женщинами. Правда, ученые не уверены, в действительности ли деторождение защищает женщин от возникновения миомы либо именно миома является фактором бесплодия у не имеющих детей женщин. У ряда обследованных женщин обнаружена генетическая предрасположенность к развитию миомы. Однако исследования на близнецах не подтвердили эти наблюдения [4].

Миома матки возникает на фоне гиперэстрогении, прогестерондефицитных состояний, гипергонадотропизма. Большинство исследователей считают, что рост миомы зависит от концентрации цитозольных рецепторов в половых гормонах и сложных механизмов их взаимодействия с эндогенными или экзогенно вводимыми гормонами. Исходя из клинических наблюдений, можно отметить, что рост и регрессия миомы эс-

троген-зависимы, так как наблюдается увеличение размеров опухоли во время беременности и уменьшение их после менопаузы [1, 10]. Остается спорным вопрос, является ли уменьшение миоматозных узлов следствием уменьшения количества рецепторов или результатом снижения уровня эстрогенов, прогестерона и андрогенов (существует гипотеза о том, что миомы могут быть чувствительными к андрогенам), однако во многих случаях развитие опухоли сопровождается снижением уровня продукции эстрогенов. Другим нерешенным вопросом является роль экологических факторов в этиологии данного заболевания. В связи с этим в данной работе было проведено эпидемиологическое исследование клинических параметров больных миомой матки в регионах с различным экологическим фоном — г. Новосибирска и г. Кемерова.

Целью настоящей работы являлось выявление факторов риска возникновения миомы матки и влияния факторов окружающей среды, которые могут способствовать возникновению и развитию миомы матки.

Методика

Нами исследованы две группы женщин с диагнозом «миома матки». Группа жительниц г. Новосибирска включала 169 человек, средний возраст которых составил 51,5 года. Во вторую группу вошли жительницы г. Кемерова — 96 человек (средний возраст — 49,5 года). Группу контроля составили женщины, проходившие плановый осмотр в женской консультации Советского района г. Новосибирска в количестве 60 человек и не имевшие диагноза «миома матки». Средний возраст в группе составил 45,2 года. На основании исследования историй болезней собраны следующие сведения: возраст, профессия, место работы (профвредность), возраст начала месячных, возраст менопаузы, количество беременностей и их исходы, диагноз и время его установления, лечебно-диагностические выскабливания и операции, гормональное лечение, курение, использование оральных контрацептивов, сопутствующие гинекологические заболевания, другие сопутствующие заболевания.

О связи различных признаков в сравниваемых группах судили по величине отношения шансов (ОШ) или odds ratio (OR) [8].

$$ОШ = (A/B) / (C/D), \text{ где}$$

A — количество людей с признаком в группе «случай» (больные), а C — то же в группе «контроль» (здоровые люди), B — количество людей, не имеющих данного признака в группе «случай», а D — в группе контроля.

	Наличие признака	Отсутствие признака
Наличие заболевания (Исследуемая группа)	A	B
Отсутствие заболевания (Контрольная группа)	C	D

$$\text{Отношение шансов} = (A/B) / (C/D)$$

ОШ > 1 говорит о существующей взаимосвязи сравниваемого признака с заболеванием.

Достоверность различий оценивали по критерию χ^2 или Фишера ($n < 5$) с использованием программы Еri 6.

Результаты

Сравнивали две группы женщин, одна из которых проживает в г. Новосибирске, а другая в г. Кемерове, как известно, далеко не равнозначных по экологической обстановке. Однако выявить какие-то особенности, связанные с экологической обстановкой в изучаемых группах, нам не удалось. Доля женщин, занимающихся умственным трудом, преобладала в обеих исследованных группах: 55% — для г. Новосибирска и 51% для жительниц г. Кемерова. Относительное количество женщин, занимающихся физическим трудом, составило 17,2 и 25% соответственно. Остальную часть в исследованных группах составили пенсионеры, выяснить профессиональную принадлежность которых нам не удалось.

Возраст установления диагноза «миома матки» в исследованных группах совпадает и согласуется с известными в литературе данными. Наиболее часто диагноз «миома матки» был установлен в возрасте от 40 до 60 лет (рис. 1).

При анализе возраста начала менархе выяснилось, что у 29% женщин г. Новосибирска он был старше 13 лет, этот показатель у женщин г. Кемерова составил 26%, в то время как этот же показатель в контрольной группе составил всего 10%. ОШ для группы г. Новосибирска — 3,7 ($p < 0,005$), для группы г. Кемерова — 3,1 ($p < 0,03$) (рис. 2).

Интересные результаты были получены при сравнительном анализе возраста менопаузы в обеих исследованных группах. У подавляюще-

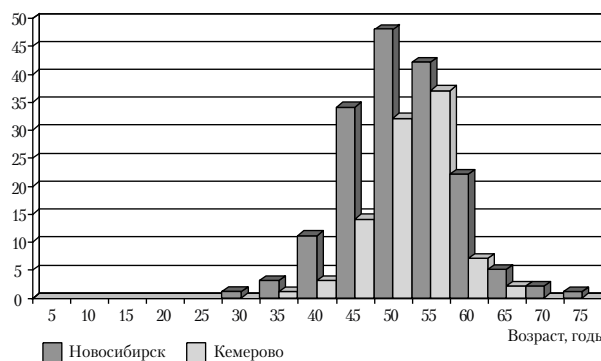


Рис. 1. Возрастное распределение заболеваемости миомой матки в Новосибирске и Кемерове.

Таблица 1

Показатели отношения шансов (ОШ) основных факторов риска миомы матки в сравниваемых группах

Группы	Возраст менархе		Возраст менопаузы		Количество абортотв (>=3)		СГЗ		ССЗ
	ОШ	p	ОШ	p	ОШ	p	ОШ	p	ОШ
Новосибирск	3,7	<0,005	5,5	<0,0005	4,8	<0,00005	4,4	<0,00005	1,5*
Кемерово	3,1	<0,03	3,1	<0,05	3,7	<0,002	2,8	<0,005	1,8*

Примечание: * недостоверные различия, СГЗ – сопутствующие гинекологические заболевания, ССЗ – сопутствующие соматические заболевания

го большинства женщин в исследуемых группах возраст менопаузы составил старше 50 лет. Этот показатель у женщин г. Новосибирска составил 88%, ОШ – 5,5 (p<0,0005), у женщин г. Кемерова – 72%, ОШ – 3,1 (p<0,05). В контрольной группе таких женщин было 60%.

Абсолютное большинство женщин во всех группах имеют одного или двух детей, и только 11% женщин г. Новосибирска и 5,2% г. Кемерова имеют троих или более детей. Этот показатель в контрольной группе составил 3,3%. Количество не рожавших женщин в г. Новосибирске – 8,8%, в г. Кемерово – 6,3%, а в контрольной группе – 3,3%.

Одним из основных факторов риска возникновения миомы матки является количество абортотв. Женщин, у которых было не менее трех абортотв, в г. Новосибирске – 42%, ОШ – 4,8 (p<0,00005), а в г. Кемерово – 37,5%, ОШ – 3,7 (p<0,002). В контрольной группе таких женщин было 16,6%. Другими словами, можно сказать, что шанс заболеть миомой матки у здоровой женщины, имеющей в анамнезе не менее 3 абортотв, в 3,7-4,8 раза выше, чем у женщины, имеющей в анамнезе меньшее количество абортотв (таблица 1).

При анализе этих же групп выяснилось, что 75,7% женщин г. Новосибирска с диагнозом «ми-

ома матки» имели сопутствующие гинекологические заболевания, ОШ – 4,4 (p<0,00005), а г. Кемерово – 67%, ОШ – 2,8 (p<0,005). В контрольной группе женщин с гинекологическими патологиями (эрозия шейки матки, аднексит и дисфункция яичников) было 41,6%. Наиболее часто среди сопутствующих гинекологических заболеваний, встречающихся при миоме матки, можно отметить воспалительные заболевания матки и придатков. Среди сопутствующих соматических заболеваний чаще всего встречались болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и болезни обмена веществ. Таких женщин в г. Новосибирске оказалось 47,3%, ОШ – 1,5, а в г. Кемерово – 52%, ОШ – 1,8. Однако по этим показателям не было установлено достоверных различий по сравнению с контрольной группой (38,3%). Вероятно, это можно объяснить недостаточным размером выборки в контрольной группе.

Заключение

Миома матки – одно из самых распространенных заболеваний половой сферы для женщин фертильного возраста. Беспорным фактором риска при миоме матки является большое количество абортотв. Наши наблюдения подтверждают это положение.

Анализ наших данных показывает, что чаще всего болеют женщины, занимающиеся умственным трудом, что, по-видимому, связано с гиподинамией. Однако более существенным является то обстоятельство, что в группе, занимающейся умственным трудом, преобладают женщины, в анамнезе которых не менее трех абортотв и в то же время минимальное количество детей (1 ребенок или вообще нет детей).

Одним из основных факторов риска возникновения миомы является возраст. Абсолютному большинству женщин диагноз «миома матки» был установлен между 40 и 60 годами.

Во всех исследованных группах довольно значительно количество женщин, у которых выявлено позднее начало менархе. Это обстоятельство, как известно, является фактором риска возникновения миомы матки. Подобное заключение

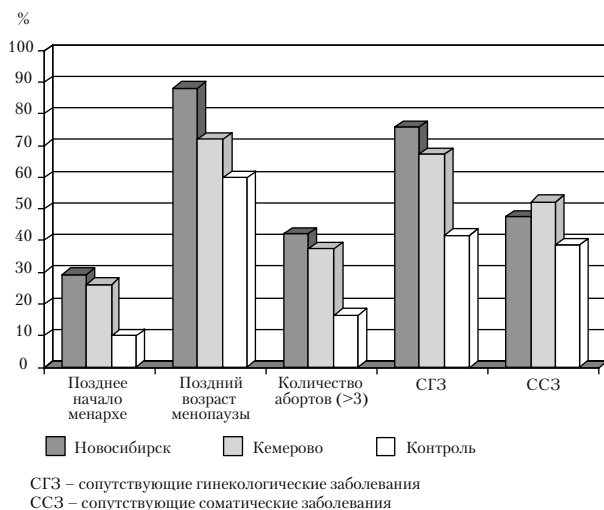


Рис. 2. Факторы риска миомы матки в сравниваемых группах.

можно сделать и на основании такого фактора риска миомы матки, как поздняя менопауза. Во всех группах женщин выявлен поздний возраст наступления менопаузы (старше 50 лет). Это подтверждается большими значениями ОПШ (таблица 1).

Известно, что очень часто диагноз «миома матки» ставится женщинам, имеющим сопутствующий гинекологический диагноз. В первую очередь к таким диагнозам можно отнести воспалительные заболевания матки или придатков. Во всех исследованных группах выявлено большое количество сопутствующих гинекологических заболеваний при миоме. В меньшей степени это же можно сказать и относительно сопутствующих соматических заболеваний. Хотя, по нашим данным, почти в 50% случаев диагнозу «миома матки» сопутствуют заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и болезни обмена веществ, нам не удалось найти достоверных различий по этому показателю в исследуемых группах относительно контрольной группы.

Мы не нашли принципиальных различий между изучаемыми параметрами у женщин гг. Новосибирска и Кемерова, связанных с экологической обстановкой. Этот факт может свидетельствовать о том, что существующие различия в экологической обстановке этих городов не оказывают влияния на возникновение данной патологии у женщин. Таким образом, риск возникновения миомы матки в исследованных группах связан с возрастом, поздним менархе, поздней менопаузой, большим количеством аборт и сопутствующими гинекологическими заболеваниями.

Comparative epidemiological observations of patients with uterine myomata, living in Novosibirsk and Kemerovo

V.A. Ostashevskii, E.V. Pochos, Ya.A. Magarill, G.F. Smirnova, L.F. Gulyaeva

The paper presents a comparative epidemiological study of two female groups with uterine myoma,

living in Novosibirsk and Kemerovo. The age of primary diagnosis was in the range of 40 to 60 years. Women engaged in intellectual pursuits showed the highest level of incidence. Most of women in groups had the menopause later than 50 years. The overwhelming majority of the studied patients had associated gynecological diseases, mostly inflammatory of uterus and adnexa. Cardiovascular, gastrointestinal and metabolic diseases were the main associated somatic impairments in all studied groups.

Литература

1. *Савицкий Г.А.* Миома матки (Проблемы патогенеза и патогенетической терапии) / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. — СПб., 2000. — 235 с.
2. *Сметник В.П.* Принципы заместительной гормональной терапии при климактерических расстройствах / В. П. Сметник // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 3. — С. 15-17.
3. *Стрижаков А.Н.* Избранные лекции по акушерству и гинекологии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. — Ростов-на-Дону, 2000. — 346 с.
4. *Faerstein E.* Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. I. African-American heritage, reproductive history, body size, and smoking / E. Faerstein, M. Szklo, N. Rosenshein // Am. J. Epidemiol. — 2001. — Vol. 153. — № 1. — P. 1-10.
5. Heritability and risk factors of uterine fibroids the Finnish Twin Cohort study / R. Luoto, J. Kaprio, E. Rutanen et al. // Maturitas. — 2000. — Vol. 37. — № 1. — P. 15-26.
6. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence / D. Day Baird, D. Dunson, M. Hill, J. Schectman // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2003. — Vol. 188. — № 1. — P. 100-107.
7. Natural history of uterine polyps and leiomyomata / D. DeWaay, C. Syrop, I. Nygaard et al. // Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 100. — № 1. — P. 3-7.
8. *Pearce N.* What does the odds ratio estimate in a case-control study? / N. Pearce // Int. J. Epidemiol. — 1993. — Vol. 22. — № 6. — P. 1189-1192.
9. *Schwartz S.* Epidemiologic contributions to understanding the etiology of uterine leiomyomata / S. Schwartz, L. Marshall, D. Baird // Environ. Health. Perspect. — 2000. — Vol. 108. — Suppl. 5. — P. 821-827.
10. *Stewart E.* Uterine fibroids / E. Stewart // Lancet. — 2001. — Vol. 357. — № 9252. — P. 293-298.