

Гіперпластичні процеси ендометрія у жінок постменопаузального віку: клініко-анамнестичні аспекти

Ю.М. Садигов

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних особливостей гіперпластичних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку.

Матеріали та методи. Було обстежено 90 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія у постменопаузі (основна група). Критерієм розподілу пацієнок за підгрупами слугувала морфологічна форма гіперпластичних процесів ендометрія. У 32,2% пацієнок була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія, у 45,6% – поліпи ендометрія, у 22,2% – аденоматозна гіперплазія ендометрія. До контрольної групи увійшли 30 пацієнок у постменопаузі без гіперпластичних процесів ендометрія.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що для жінок постменопаузального віку визначено наступні достовірні чинники ризику розвитку гіперпластичних процесів ендометрія: збільшення віку жінки; надмірна маса тіла; відсутність пологів в анамнезі; наявність абортів в анамнезі; низька частота використання оральних контрацептивів; висока частота використання внутрішньоматкових контрацептивів; наявність різних гінекологічних захворювань в анамнезі; вища частота захворювань серцево-судинної системи, ендокринної системи і органів травлення.

Заключення. Отримані результати треба враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, постменопаузальний період, клінічні аспекти.

Hyperplastic processes an endometrium at women of post-menopausal age: clinical-anamnestic aspects

Yu.M. Sadygov

The objective: studying of clinical-anamnestic features of hyperplastic processes an endometrium at women of post-menopausal age.

Materials and methods. We surveyed 90 women with hyperplastic processes an endometrium in postmenopause (the main group). As criterion of distribution of patients on subgroups the morphological form of hyperplastic processes an endometrium served. Among the patients surveyed at 32.2% the glandular hyperplasia an endometrium, was diagnosed for 45.6% – polyps an endometrium, for 22.2% – an adenomatous hyperplasia an endometrium. The control group was made by 30 patients in postmenopause without hyperplastic processes an endometrium.

Results. Results of the conducted researches testify that for women of post-menopausal age the following reliable risk factors of development of hyperplastic processes an endometrium: augmentation of age of the woman; excess body weight; lack of labors in the anamnesis; existence of abortions in the anamnesis; low frequency of use of oral contraceptives; high frequency of use of endometrial contraceptives; existence of various gynecologic diseases in the anamnesis; higher frequency of diseases of cardiovascular system, endocrine system and digestive organs.

Conclusion. The received results needs to be considered when developing algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: hyperplastic processes endometrium, post-menopausal period, clinical aspects.

Гиперпластические процессы эндометрия у женщин постменопаузального возраста: клинико-анамнестические аспекты

Ю.М. Садыгов

Цель исследования: изучение клинико-анамнестических особенностей гиперпластических процессов эндометрия у женщин постменопаузального возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 90 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе (основная группа). Критерием распределения пациенток по подгруппам служила морфологическая форма гиперпластических процессов эндометрия. У 32,2% пациенток была диагностирована железистая гиперплазия эндометрия, у 45,6% – полипы эндометрия, у 22,2% – аденоматозная гиперплазия эндометрия. В контрольную группу вошли 30 пациенток в постменопаузе без гиперпластических процессов эндометрия.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для женщин постменопаузального возраста определены следующие достоверные факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия: увеличение возраста женщины; избыточная масса тела; отсутствие родов в анамнезе; наличие абортов в анамнезе; низкая частота использования оральных контрацептивов; высокая частота использования внутриматочных контрацептивов; наличие различных гинекологических заболеваний в анамнезе; более высокая частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и органов пищеварения.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, постменопаузальный период, клинические аспекты.

Протягом останніх двох десятиліть спостерігається виражена тенденція до зростання поширеності гормонозалежних захворювань, і, насамперед, це стосується гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Причиною виникнення і розвитку ГПЕ, а також передраку і раку ендометрія є збіль-

шення середньої тривалості і зміна способу життя жінок, використання деяких видів контрацепції, збільшення частоти соматичних та гінекологічних захворювань [1–3]. Можливості консервативного лікування обмежують незавершені відомості щодо патогенезу ГПЕ, ефективність будь-яких дій,

відсутність доказової бази і, нарешті, збільшений перелік протипоказань до застосування гормонотерапії [4–5].

ГПЕ посідають 15–40% у структурі всіх гінекологічних захворювань, а у разі поєднання з міомою матки (найпоширенішою пухлинною жіночих статевих органів) цей показник збільшується до 76% [6–7].

Одним із маловивчених питань проблеми ГПЕ є вікові особливості клінічного перебігу і тактика лікувально-профілактичних заходів, особливо у жінок постменопаузального віку.

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних особливостей гіперпластичних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було обстежено 90 жінок з ГПЕ у період постменопаузи (основна група). Критерієм розподілу пацієнток на підгрупи слугувала морфологічна форма ГПЕ. У 32,2% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ), у 45,6% – поліпи ендометрія (ПЕ), у 22,2% – аденоматозна гіперплазія ендометрія (АГЕ).

До контрольної групи увійшли 30 пацієнток постменопаузального віку без ГПЕ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими даними, вік обстежених жінок становив від 56 до 67 років, у середньому – $60,2 \pm 4,1$ року (95% ДІ: 59,2–60,8) в основній групі і $61,8 \pm 6,3$ року (95% ДІ: 58,1–65,5) у групі контролю. Під час порівняння розподілу обстежених жінок за віковими групами залежно від наявності і форми ГПЕ було встановлено, що вік пацієнток із ЗГЕ коливався від 55 до 67 років і становив у середньому $58,1 \pm 5,7$ року, що було зумовлене переважанням у ній жінок вікової групи від 55 до 59 років – 18 (56,7%). У групі жінок із ПЕ середній вік становив $58,6 \pm 4,1$ року, що також було зумовлено великою кількістю пацієнток віком 55–69 років – 62,2%. Що стосується третьої підгрупи дослідження, то середній вік жінок з АГЕ становив $63,9 \pm 6,3$ року, що в даному випадку пояснюється переважанням пацієнток у віці 62–69 років (63,3%).

При зіставленні віку пацієнток з різними формами ГПЕ з жінками контрольної групи статистично значущі відмінності виявлені не були ($p > 0,05$). Водночас вік пацієнток з АГЕ був істотно більший порівняно як з жінками із ЗГЕ, так і з жінками із ПЕ ($p < 0,001$ в обох випадках), що свідчить про наявність прямого взаємозв'язку між тим, що обтяжує форми ГПЕ і віком пацієнток.

З метою оцінювання антропометричних даних було проведено порівняння ІМТ в обстежених жінок залежно від наявності і форми ГПЕ.

Виходячи з отриманих даних, середнє значення ІМТ у пацієнток основної групи становило $28,7 \pm 3,1$ кг/м² (95% ДІ: 28,1–29,4 кг/м²), що було істотно вище за рівень показника у контрольній групі – $22,6 \pm 2,2$ кг/м² (95% ДІ: 20,9 – 25,1 кг/м²) ($p < 0,001$). Під час порівняння пацієнток з різними формами ГПЕ між собою статистично значущі відмінності були відсутні ($p > 0,05$).

Аналіз особливостей менструальної функції пацієнток засвідчив, що вік менархе у пацієнток варіював від 10 до 18 років і в середньому становив $14,1 \pm 1,3$ року (95% ДІ: 13,3–14,6) в основній і $14,0 \pm 1,1$ року (95% ДІ: 13,1–14,7) у контрольній групі.

Виходячи з результатів проведеного порівняння, відмінності між основною і контрольною групами, а також між пацієнтками з окремими формами ГПЕ і контрольною групою були статистично не значущими ($p > 0,05$). У жінок з АГЕ відзначили найбільше середнє значення віку менархе, що становило $14,7 \pm 1,8$ року (95% ДІ: 14,2–15,6). У пацієнток із ЗГЕ вік менархе був мінімальним – $13,4 \pm 1,4$ року (95% ДІ: 13,1–14,2 року).

Отримані дані свідчать, що основна і контрольна групи мали порівняну структуру досліджуваних за віком настання менархе ($p = 0,465$). Найбільшу частку становили жінки, що відзначали вік менархе від 10 до 12 років (55,6% в основній і 43,3% у контрольній групі). Проте під час порівняння пацієнток з різними формами ГПЕ було встановлено, що в разі АГЕ наголошувалося істотно вищий відсоток пізнього менархе, що становив 50,0% ($p = 0,006$). Частка раннього менархе в даній підгрупі пацієнток навпаки була мінімальною, становлячи всього 13,3%, тоді як при ЗГЕ менархе у віці від 10 до 12 років наголошувалося у 25,6% пацієнток, а при ПЕ – у 26,7% випадків.

Вік початку статевого життя становив у середньому $19,9 \pm 2,2$ року серед пацієнток із ЗГЕ; $22,2 \pm 2,2$ року – з ПЕ і $19,3 \pm 1,4$ – з АГЕ. Під час порівняння з віком початку статевого життя у контрольній групі статистично значущі відмінності показників були відсутні ($p > 0,05$).

Згідно з проведеним аналізом репродуктивної функції обстежених жінок середня кількість вагітностей в одній жінки у групах дослідження статистично значуще не відрізнялося і становило $3,2 \pm 0,3$ за наявності ЗГЕ, $3,5 \pm 0,4$ – при ПЕ і $2,5 \pm 0,2$ – при АГЕ ($p > 0,05$). У більшості обстежених пацієнток третьої підгрупи (63,3%) була 1–2 вагітності, 3 і більше вагітностей відзначено у 28,9%. Під час порівняння частоти випадків відсутності вагітностей між основною і контрольною групами відмінності були статистично незначущі ($p = 0,228$).

Під час оцінювання частоти пологів серед обстежених жінок залежно від наявності ГПЕ були встановлені статистично значущі відмінності ($p < 0,001$), пов'язані з відсутністю випадків бездітності у жінок контрольної групи та їхнім значимим відсотком в основній групі (35,6%). Також виявлено істотні відмінності розподілу пацієнток з різними формами ГПЕ за частотою пологів ($p = 0,002$). Найбільша частка бездітних жінок виявлена за наявності ПЕ – 53,3%, також вона була висока при АГЕ – 36,7%, а при ЗГЕ, навпаки, була найменшою (10,0%).

Крім того, наголошувалися статистично значущі відмінності частоти штучних абортів як при порівнянні основної групи з контрольною ($p < 0,001$), так і під час вивчення розподілу пацієнток з ГПЕ за даним показником залежно від їхньої форми ($p = 0,005$). У контрольній групі аборти виявлені у невеликому відсотку випадків (у 16,7%), тоді як серед пацієнток з ГПЕ частота абортів становила 70,0%. За наявності ПЕ аборти виявлено у найменшому відсотку випадків порівняно з останніми формами ГПЕ (60,0%). Частота виконання абортів при ЗГЕ і АГЕ становила 78,9 і 81,1% відповідно. Результати порівняння свідчать про роль абортів як важливого чинника ризику розвитку ГПЕ у постменопаузальний період.

Не було встановлено статистично значущих відмінностей під час порівняння частоти викиднів залежно від наявності ГПЕ, проте рівень значущості відмінностей був близький до критичного ($p = 0,069$), що пояснювалося значеннями показника в основній (37,8%) і контрольній (26,7%) групах. За наявності АГЕ наголошувалося деяке збільшення частоти викиднів до 54,4% порівняно з іншими формами ГПЕ (мимовільні аборти наголошувалися при ЗГЕ у 43,3%, а при ПЕ – у 24,4% випадків), відмінності між підгрупами пацієнток з ГПЕ також характеризувалися близьким до критичного рівнем значущості ($p = 0,078$).

У результаті проведеного порівняльного аналізу жінок основної і контрольної групи за частотою використання різних засобів контрацепції було встановлено, що бар'єрні контрацептиви застосовувалися у порівняльному відсотку випадків (60,0 і 66,7% відповідно) ($p = 0,549$). У ході порівняння підгруп пацієнток з різними формами ГПЕ наголошувалося менша частота застосування бар'єрних способів контрацепції в анамнезі жінок з АГЕ (40,0%), проте відмінності були статистично не значущими ($p = 0,086$).

Особливе значення мало дослідження частоти використання оральних контрацептивів, що були застосовані в поодиноких випадках при ГПЕ. При АГЕ не було виявлено жодного випадку вживання КОК. Водночас у контрольній групі частота їх вживання становила 16,7%, що істотно перевищувало показник основної групи – 4,4% ($p=0,017$). Також відзначали статистично значущі відмінності частоти використання внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК) пацієнтками з ГПЕ – 21,1%, а в контрольній групі – 3,3% ($p=0,023$). У жінок з різними формами ГПЕ частота використання ВМК мала зіставні значення ($p=0,804$). Не застосовували засоби контрацепції 24,4% пацієнток основної та 16,7% жінок контрольної груп, відмінності були неістотні ($p=0,384$).

Під час порівняння пацієнток з різними формами ГПЕ заперечували застосування контрацептивів в анамнезі у найбільшому відсотку випадків жінки з АГЕ (45,5%), частота подібних випадків при ЗГЕ становила 25,6%, при ПЕ – 13,3%. Відмінності підгруп між собою були статистично значущими ($p=0,016$).

Була виявлена висока частота рецидивуючої гіперплазії ендометрія після проведеного лікування в усіх підгрупах дослідження: 28,3% – при ЗГЕ, 29,3% – при ПЕ і 14,1% – при АГЕ, що стало причиною багатократних діагностичних вискрібань у даного контингенту жінок.

Частота рецидиву ГПЕ не мала статистично значущої залежності від форми патології ($p=0,363$).

Захворюваннями органів репродуктивної системи страждала значна частка пацієнток основної групи. В анамнезі у 2/3 обстежених пацієнток (67,7%) зафіксовано хоча б одне гінекологічне захворювання. У 30,0% обстежених виявлено два, а у 12,2% – три і більше гінекологічних захворювання. Під час порівняння частоти гінекологічних захворювань в основній і контрольній групах виявлено статистично значущі відмінності стосовно всіх нозологій, що пояснювалося вищою ураженістю жінок з ГПЕ ($p<0,05$).

Аналіз гінекологічної захворюваності залежно від форми ГПЕ засвідчив, що статистично значущі відмінності були відсутні у всіх випадках ($p>0,05$).

За результатами проведеного аналізу у пацієнток з ГПЕ порівняно з контрольною групою наголошувалася істотно вища частота захворювань серцево-судинної системи, органів травлення та ендокринної системи ($p<0,001$ у всіх випадках). За наявності захворювань сечостатевої системи також наголошувалися статистично значущі відмінності показників захворюваності під час порівняння жінок з різними формами ГПЕ ($p=0,025$), зумовлені вищою частотою у жінок з АГЕ, що становило 36,7% порівняно з пацієнтками із ЗГЕ і ПЕ (12,2% і 11,1% відповідно). Під час порівняння частоти виявлення захворювань органів травлення залежно від форми ГПЕ також були встановлені статистично значущі відмінності. Це свідчить про зниження захворюваності серед пацієнток з ПЕ до 60% ($p=0,001$).

Усього екстрагенітальними захворюваннями страждали близько 83,3% обстежених жінок, з них 78,3% жінок із ЗГЕ; 85,5% – з ПЕ і 95,2% – з АГЕ. Найчастішим екстрагенітальним захворюванням у досліджуваних групах була гіпертонічна хвороба (ГХ) – 39,4%, на другому місці було ожиріння – кожна третя жінка, що взяла участь у дослідженні (35,6%), на третьому місці був холецистит – 25,3%. Часті інфекційні захворювання, представлені в основному захворюваннями дихальних шляхів (ГРВІ, бронхіти, пневмонії), були відзначені 68,7% жінками. Кожна друга пацієнтка у дослідженні мала два або декілька захворювань одночасно.

У жінок з двома і більше супутніми екстрагенітальними захворюваннями найчастіше зустрічалися поєднання: ГХ і ожиріння – у 32,3%; ГХ, ожиріння і холецистит – у 20,8% випадках. Отримані результати свідчать про низький індекс здоров'я жінок із ГПЕ у постменопаузальному віці.

Аналіз структури перенесених пацієнтками операцій привертає увагу на наявність високого відсотку холецистектомій – у 10 (45,5%) жінок з АГЕ, що статистично значуще перевищує показники серед пацієнток з іншими формами ГПЕ ($p=0,005$). Також у цій підгрупі досліджуваних істотно частіше зустрічалися операції на щитоподібній залозі – у 22,7% випадків ($p=0,036$), на придатках матки, у тому числі резекція яєчників – 36,3% ($p=0,046$) і видалення придатків – 27,3% ($p=0,045$) порівняно з пацієнтками, що страждають іншими формами ГПЕ. При порівнянні частоти інших оперативних втручань відмінності між основною і контрольною групами були статистично незначущими ($p>0,05$).

Особливу увагу приділяли особливостям перебігу клімактеричного періоду. Більшість жінок у дослідженні (76,7%) страждали клімактеричним синдромом у період переходу менопаузи ($p<0,01$). У 59,6% з них ті або інші прояви клімактеричного синдрому збереглися у постменопаузальний період. Серед клінічних проявів клімактеричного синдрому у постменопаузі можна виділити психоемоційні, вазомоторні, уrogenітальні розлади, а також пізні змінні порушення.

Пацієнтки з клімактеричним синдромом скаржилися на гарячі приливи, підвищене потовиділення, пригнічений настрій, «мурахи», озноб, головний біль, запаморочення, нудоту. Так, скарги на приливи жару і підвищену пітливість пред'являли 32,2% жінок із ЗГЕ, 52,5% пацієнток з ПЕ і 18,6% обстежених з АГЕ.

Психоемоційні клімактеричні порушення проявлялися неврозоподібним синдромом:

- емоційна лабільність,
- пригнічення настрою,
- дисфорія,
- порушення когнітивних процесів, сну і пам'яті.

Плаксивість і дратівливість відзначені у кожній другій жінки у дослідженні (50,0%); порушення сну – у 66,7%; запаморочення, нудота та інші вестибулярні симптоми – у кожній третій (33,3%). У підгрупі жінок з АГЕ порівняно з іншими підгрупами дослідження переважали пацієнтки з порушеннями пам'яті і сну (72,7%), а також з м'язовим і суглобовим боєм (54,5%).

Уrogenітальні клімактеричні порушення у жінок із ГПЕ у постменопаузальному віці були представлені насамперед атрофічними процесами. Атрофічний вагініт у 32,2% пацієнток характеризувався сухістю, свербінням у піхві і диспареунією. Дизуричні явища були виявлені у 23,3% обстежених. Рецидивуючі цистити і уретрити, зумовлені атрофічними процесами епітелію уrogenітального тракту, відзначали 8,9% обстежуваних жінок. Усі перераховані уrogenітальні розлади однаково часто зустрічалися у всіх підгрупах.

Перебіг клімактеричного синдрому оцінювали за індексованою шкалою Куппермана. Легкий ступінь тяжкості клімактеричного синдрому виявлено у кожній п'ятій (20,0%) обстеженої, середнього ступеня – у 44,4% обстежених і важкого ступеня – у 10,0%. Наведені дані свідчать про те, що клімактеричний синдром у жінок з ГПЕ мав тривалий перебіг і майже у кожній другій продовжувався після настання менопаузи, що, поза сумнівом, позначилося на якості життя пацієнток даної вікової групи. Одним із основних критеріїв включення пацієнток у справжнє дослідження була постменопауза.

Середній вік настання менопаузи у всіх досліджуваних групах становив $50,3\pm 0,3$ року. Згідно з отриманими даними, у 87,5% жінок із ЗГЕ, у 86,7% із ПЕ і у 40,0% з АГЕ тривалість постменопаузи становила 1–5 років. На відміну від пацієнток із ЗГЕ і ПЕ у підгрупі з АГЕ переважали жінки з тривалістю постменопаузи від 6 до 9 років (22,7%) та 10 років і більше (36,4%). Виявлена різниця виявилася статистично значущою ($p<0,001$).

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що для жінок постменопаузального віку були визначені наступні достовірні чинники ризику розвитку ГПЕ незалежно від її форми:

- збільшення віку жінки – 63,8±6,36 року (63,3%);
- надмірна маса тіла – 28,9±3,2 (ДІ 95% 28,0–29,3);
- відсутність пологів в анамнезі – 35,6% (p=0,002);
- наявність абортів в анамнезі – 70,0% (p=0,005);
- низька частота використання оральних контрацептивів – 4,4% (p=0,017);

- висока частота використання внутрішньоматкових контрацептивів – 21,1% (p=0,023);
- наявність різних гінекологічних захворювань в анамнезі – 40,6%;
- часті захворювання серцево-судинної системи – 91,1% (p<0,001), ендокринної системи – 90,0% (p<0,001) і органів травлення – 76,7% (p<0,001).

Отримані результати треба враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Сведения об авторе

Садыгов Юрий Мехдиевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

<p>1. Беньюк В.О., 2013. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку / Беньюк В.О., Курочка В.В., Винярьський Я.М., Гончаренко В.М. // Тавричеський медико-біологічний вестник : 15 : 2 :20-28.</p> <p>2. Вдовиченко Ю.П., 2012. Сучас-</p>	<p>ний менеджмент діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія: огляд літератури / Ю.П. Вдовиченко, О.В. Голяновський, І.В. Лопушан // Здоровье женщины: 9: 45–53.</p> <p>3. Сидорова И.С., 2017. Гиперпластические процессы эндометрия: осо-</p>	<p>бенности клиники и терапии // Врач: 3: 40-42.</p> <p>4. Чернуха Г.Е., 2018. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология : 4 : 11-16.</p> <p>5. Amezcua C.A., 2017. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for</p>	<p>endometrial hyperplasia.//USA. Gynecol-Oncol.: 79(2): 169-176.</p> <p>6. Buckley C.H., 2018. Biopsy pathology of endometriu. NY.:Arnold.: 126</p> <p>7. Eckert L.O, 2018. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome //Am. J. Obstet Gynecol: 186 (4): 690-5.</p>
--	---	--	--

Статья поступила в редакцию 19.09.2019