

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА



С.М. КОРНИЕНКО

к. мед. н., научный сотрудник
отделения акушерских проблем
экстрагенитальной патологии ГУ
«Институт педиатрии, акушерства и
гинекологии НАМН Украины»
ORCID: 0000-0002-7004-0505

Контакты:

Корниенко Светлана Михайловна
ГУ «ИПАГ НАМН Украины»,
отделение акушерских проблем
экстрагенитальной патологии
04050, Киев, П. Майбороды, 8
тел.: +38 (050) 311 22 53
e-mail: kornisv@rambler.ru

ВВЕДЕНИЕ

За последние два десятилетия заболеваемость раком эндометрия увеличилась на 21% [9]. По мнению многих авторов, гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) не являются предраковыми заболеваниями [1, 4, 5]. Однако рецидивирующие ГПЭ, а также их сочетания с генитальной и экстрагенитальной патологией значительно повышают риск злокачественной трансформации эндометрия [1, 4, 8, 9].

Поздний репродуктивный и пременопаузальный возраст сопряжен с повышением частоты ГПЭ, экстрагенитальной патологии и оперативных вмешательств на внутренних половых органах [3]. Ограниченные возможности консервативного лечения в связи с сопутствующими заболеваниями и тенденция увеличения рецидивирующих гиперпластических процессов матки делают проблему изучения различных аспектов ГПЭ у женщин этого возрастного периода крайне актуальной [2, 5, 6, 7].

Цель исследования: выявить факторы риска рецидивов ГПЭ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были изучены клинико-anamnestические данные и отдаленные результаты лечения 276 женщин в возрасте 35–54 лет с ГПЭ. Всем пациенткам были проведены диагностические и лечебные гистероскопические процедуры. Полип эндометрия был выявлен в 192 (69,6%) случаях, гиперплазия эндометрия – в 99 (35,9%), синехии – в 20 (7,2%), аденоматоз – в 7 (2,5%). У 88 (31,9%) женщин в течение 1,5 лет после лечения наблюдались рецидивы заболевания. Эти пациентки составили группу Рц, остальные 188 женщин вошли в группу К.

Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики (медиана, межквартильный размах), рангового критерия Манна-Уитни, χ^2 -критерия и точного критерия Фишера. При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимали равным 0,05. Кроме того, оценивали отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастная медиана в группе Рц составила 42,5 (38–46) года и значительно превышала показатель группы К – 40 (37–44) лет ($p < 0,02$). Возраст старше 40 лет отмечен у 55 (62,5%) женщин в группе Рц и у 82 (43,6%) в группе К ($p < 0,003$).

Профессия пациенток не влияла на риск рецидивов ГПЭ. Их социальный статус имел следующее распределение: рабочие специальности – 22 (11,7%) в группе К и 17 (19,3%) в группе Рц ($p > 0,05$); служащие – соответственно 106 (56,4%) и 40 (45,5%) ($p > 0,05$); домохозяйки – 60 (31,9%) и 31 (35,2%) ($p > 0,05$).

Изучение диагнозов в группах исследования показало, что теснее других с рецидивами ГПЭ после гистероскопии ассоциировалась гиперплазия эндометрия (табл. 1). Доля этой патологии в группе Рц была на 17,4% выше, чем в группе К ($p < 0,004$). Медиана М-эхо в группе Рц статистически значимо превышала показатель группы К: 12 (9–16) против 9 (6–13) мм ($p < 0,001$). Как указано в работе Е. Ozkaya и др. [10], толщина эндометрия свыше 16,5 мм значимо связана с риском рецидива: отношение шансов (ОШ) 4,4 (95% ДИ 1,2–17,4; $p < 0,03$). В нашем исследовании М-эхо свыше 15 мм наблюдалось у 24 (27,3%) женщин группы Рц и 25 (13,3%) группы К (ОШ 2,45; 95% ДИ 0,57–4,32; $p < 0,005$), а М-эхо свыше 16 мм – у 19 (21,6%) и 23 (12,2%) соответственно (ОШ 1,98; 95% ДИ 0,02–3,93; $p < 0,04$). В обоих случаях статистически значимое отличие ОШ от единицы отсутствовало.

Бесплодие, патология шейки матки и труб, а также аномалии развития матки в группах Рц и К встречались с сопоставимой частотой (табл. 1). В выборке с рецидивами заболевания чаще на 7,9% ($p < 0,04$) наблюдались нарушения менструального цикла (МЦ), на 8,3% ($p < 0,02$) – рубец на матке, на 19,8% ($p < 0,02$) – хронический эндометрит, на 20,0% ($p < 0,001$) – миома матки. Существенно отягощали прогноз лечения ГПЭ кисты яичника (ОШ 3,90; 95% ДИ 1,39–6,41; здесь и далее указаны только ОШ, статистически значимо отличающиеся от единицы), эндометриоз (ОШ 4,77; 95% ДИ 2,90–6,64) и в том числе аденомиоз (ОШ 4,94;

95% ДИ 2,99–6,89). По мнению М.М. Каштальян [2], повышенная частота негативных исходов гистероскопических операций у женщин с гиперпластическими процессами матки на фоне аденомиоза свидетельствует в пользу того, что этим пациенткам предпочтительнее выполнять гистерэктомию.

В целом патология миометрия сопутствовала ГПЭ в 37 (42,0%) случаях в группе Рц и в 31 (16,5%) случае в группе К (ОШ 3,67; 95% ДИ 1,90–5,45).

В сравнении с группой К женщины группы Рц чаще предъявляли жалобы на боли внизу живота (25 (28,4%) против 25 (13,3%), $p < 0,003$) и гиперполименорею (43 (48,9%) против 44 (23,4%), ОШ 3,13; 95% ДИ 1,42–4,84).

Таблица 1. Распределение диагнозов пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста с ГПЭ, абс. ч. (%)

Показатель	Группа Рц (n = 88)	Группа К (n = 188)
Полип эндометрия	58 (65,9)	134 (71,3)
Полип цервикального канала	3 (3,4)	9 (4,8)
Гиперплазия эндометрия	42 (47,7)**	57 (30,3)
Синехии в полости матки	3 (3,4)	17 (9,0)
Аденоматоз	4 (4,5)	3 (1,6)
Миома матки	41 (46,6)***	50 (26,6)
Хронический эндометрит	28 (31,8)*	36 (19,1)
Эндометриоз, в т. ч. аденомиоз	33 (37,5)*** 29 (33,0)***	21 (11,2) 17 (9,0)
Бесплодие	21 (23,9)	64 (34)
Подготовка к ЭКО	8 (9,1)	28 (14,9)
Нарушение МЦ	13 (14,8)*	13 (6,9)
Рубец на матке	12 (13,6)*	10 (5,3)
Киста яичника	13 (14,8)**	8 (4,3)
Патология шейки матки	10 (11,4)	16 (8,5)
Сактосальпинкс, гидросальпинкс	2 (2,3)	11 (5,9)
Хронический двусторонний аднексит	1 (1,1)	9 (4,8)
Аномалия развития матки	5 (5,7)	5 (2,7)

* **, *** – значимое отличие от группы К (использованы критерий χ^2 и точный критерий Фишера), $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно

Анализ показателей менструальной функции обнаружил, что медиана возраста менархе в обеих группах составила 13 (12–14) лет ($p > 0,05$). Частота раннего и позднего менархе в группах была статистически однородной (табл. 2). Медианное значение длительности менструации в группе Рц значимо превышало показатель группы К: 6 (5–7) дней против 5 (4–6) дней ($p < 0,004$). Длительность менструации 6 и более дней отмечалась у 46 (52,3%) женщин группы Рц и у 65 (34,6%) группы К ($p < 0,004$). При этом длительность цикла практически не отличалась: 28 (26–30) дней в обеих группах ($p > 0,05$).

Обильные менструации на 19,8% чаще отмечались у женщин с рецидивами заболевания ($p < 0,002$) (табл. 2). Наибольшие отличия выявлены при анализе частоты болезненных менструаций и нарушений МЦ (табл. 2), которые чаще наблюдались в группе Рц соответственно на 25,0% (ОШ 2,80; 95% ДИ 1,12–4,49) и 30,3% (ОШ 3,60; 95% ДИ 1,91–5,30).

Большинство урогенитальных инфекций в основной и референтной выборках наблюдались с приблизительно одинаковой частотой (табл. 2). С некоторым повышением риска

рецидива ГПЭ был значимо связан герпес ($p < 0,04$). Отягощенность анамнеза аднекситами, дисплазией шейки матки, синдромом поликистозных яичников, полипами эндометрия и цервикального канала в группах исследования имела гомогенные распределения (табл. 2). Гиперплазия эндометрия в группе Рц отмечалась чаще на 10,0% ($p < 0,04$), эктопия шейки матки – на 12,1% ($p < 0,03$), миома матки – на 18,3% ($p < 0,003$). Хирургические вмешательства на внутренних половых органах в группе Рц выполнялись чаще на 13,3% ($p < 0,03$), в том числе операции на матке – чаще на 14,4% ($p < 0,02$). Из гинекологического анамнеза более других повышали шансы рецидивов ГПЭ кисты яичников (ОШ 3,99; 95% ДИ 2,02–5,97) и эндометриоз (ОШ 3,66; 95% ДИ 1,56–5,75).

Изучение состояния репродуктивной функции не выявило статистически значимого различия между группами Рц и К в частоте бесплодия и показателях акушерского анамнеза (табл. 2). Медианное значение количества беременностей в обеих группах составило 2 (1–4) ($p > 0,05$); аборт – 1 (0–2) ($p > 0,05$); родов – 1 (0–1) в группе Рц и 1 (1–2) в группе К ($p > 0,05$); длительности бесплодия – 7 (4,5–10,5) лет в группе Рц и 7,5 (4,3–13,0) года в группе К ($p > 0,05$).

Таблица 2. Показатели менструальной функции и акушерско-гинекологического анамнеза в зависимости от рецидивирования ГПЭ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста, абс. ч. (%)

Показатель	Группа Рц (n = 88)	Группа К (n = 188)
Раннее менархе	12 (13,6)	14 (7,4)
Позднее менархе	9 (10,2)	24 (12,8)
Обильные менструации	60 (68,2)**	91 (48,4)
Болезненные менструации	51 (58,0)***	62 (33,0)
Нарушения МЦ	51 (58,0)***	52 (27,7)
Урогенитальные инфекции, в т. ч.:	36 (40,9)	71 (37,8)
хламидиоз	9 (10,2)	26 (13,8)
уреаплазмоз	8 (9,1)	22 (11,7)
микоплазмоз	2 (2,3)	6 (3,2)
гарднереллез	8 (9,1)	9 (4,8)
кандидоз	19 (21,6)	25 (13,3)
герпесная инфекция	8 (9,1)*	6 (3,2)
цитомегаловирус	8 (9,1)	9 (4,8)
Аднексит	40 (45,5)	78 (41,5)
Киста яичника	25 (28,4)***	17 (9,0)
Синдром поликистозных яичников	6 (6,8)	4 (2,1)
Эктопия шейки матки	49 (55,7)*	82 (43,6)
Дисплазия шейки матки	4 (4,5)	3 (1,6)
Миома матки	40 (45,5)**	51 (27,1)
Полип эндометрия	35 (39,8)	68 (36,2)
Полип цервикального канала	1 (1,1)	12 (6,4)
Гиперплазия эндометрия	21 (23,9)*	26 (13,8)
Эндометриоз	20 (22,7)	14 (7,4)
Генитальные операции, в т. ч. на матке	59 (67)* 52 (59,1)*	101 (53,7) 84 (44,7)
Медицинский аборт	55 (62,5)	108 (57,4)
Самоаборт	10 (11,4)	30 (16)
Внематочная беременность	7 (8,0)	12 (6,4)
Роды	67 (76,1)	125 (66,5)
Бесплодие, в т. ч.:	24 (27,3)	66 (35,1)
первичное	7 (8,0)	28 (14,9)
вторичное	17 (19,3)	38 (20,2)

* **, *** – значимое отличие от группы К (использованы критерий χ^2 и точный критерий Фишера), $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно

Наличие сопутствующей соматической патологии значительно ухудшало перспективы лечения ГПЭ (ОШ 5,82; 95% ДИ 3,97–7,66). Ожирение I–II степени, гипертоническая болезнь, кардиальная патология, панкреатит, заболевания почек, варико́з, черепно-мозговые травмы и экстрагенитальные операции не вошли в число факторов риска (табл. 3). Несколько повышало вероятность рецидива ГПЭ ожирение III–IV степени: в группе Рц оно отмечалось на 7,9% чаще ($p < 0,04$). Наши данные частично согласуются с результатами I.D. Gallos и коллег [6], выявившими, что индекс массы тела ≥ 35 кг/м² является мощным независимым предиктором рецидивов гиперплазии эндометрия (ОШ 18,9; 95% ДИ 3,9–91,1).

Аллергия в группе Рц отмечалась чаще на 10,7% ($p < 0,03$), тонзиллит – на 10,7% ($p < 0,009$), патология нервной системы – на 14,0% ($p < 0,006$), печени – на 17,0% ($p < 0,002$), нарушения сна – на 21,6% ($p < 0,001$). Наибольшие риски рецидива ГПЭ ассоциировались с гастроинтестинальными нарушениями (ОШ 4,03; 95% ДИ 2,29–5,77), железодефицитной анемией (ОШ 4,33; 95% ДИ 1,53–7,13), патологией щитовидной (ОШ 4,66; 95% ДИ 2,61–6,71) и молочной железы (ОШ 5,58; 95% ДИ 3,35–7,81), вегетососудистой дистонией (ОШ 5,85; 95% ДИ 3,55–8,15).

Таблица 3. Частота экстрагенитальной патологии в зависимости от рецидивирования ГПЭ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста, абс. ч. (%)

Показатель	Группа Рц (n = 88)	Группа К (n = 188)
Патология желудочно-кишечного тракта	43 (48,9)***	36 (19,1)
Заболевания печени	29 (33,0)**	30 (16,0)
Панкреатит	1 (1,1)	5 (2,7)
Ожирение I–II степени	9 (10,2)	9 (4,8)
Ожирение III–IV степени	13 (14,8)*	13 (6,9)
Патология щитовидной железы	24 (27,3)***	14 (7,4)
Тонзиллит	16 (18,2)**	14 (7,4)
Заболевания сердца	9 (10,2)	13 (6,9)
Гипертоническая болезнь	6 (6,8)	10 (5,3)
Патология почек	8 (9,1)	7 (3,7)
Аллергические реакции	23 (26,1)*	29 (15,4)
Патология молочной железы	21 (23,9)***	10 (5,3)
Железодефицитная анемия	11 (12,5)**	6 (3,2)
Варикозная болезнь	3 (3,4)	5 (2,7)
Черепно-мозговая травма	4 (4,5)	4 (2,1)
Экстрагенитальные операции	35 (39,8)	56 (29,8)
Заболевания нервной системы	25 (28,4)**	27 (14,4)
Вегетососудистая дистония	20 (22,7)***	9 (4,8)
Инсомния	64 (72,7)***	96 (51,1)
Экстрагенитальная патология в целом	72 (81,8)***	82 (43,6)

*, **, *** – значимое отличие от группы К (использованы критерий χ^2 и точный критерий Фишера), $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно

Обобщая полученные данные, следует отметить высокую частоту рецидивов ГПЭ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста и отсутствие нозологической специфики рецидивирующих ГПЭ. При этом риски рецидива ГПЭ существенно возрастали на фоне гиперполименореи, эндометриозной болезни, особенно аденомиоза, и кист яичника. Наибольшие шансы появления рецидива ГПЭ были связаны с наличием у пациенток

экстрагенитальных заболеваний: гастроинтестинальных нарушений, железодефицитной анемии, патологии щитовидной и молочной железы, вегетососудистой дистонии. В рамках всех исследованных нами факторов воздействия именно последняя триада – вегетососудистая дистония, патология молочной железы и патология щитовидной железы – более других отягощает прогноз лечения ГПЭ.

В заключение хотелось бы привести мнение F. Linkov и соавторов [5], корреспондирующее с полученными нами данными. Обсуждая системность негативного влияния на результативность лечения ГПЭ, эти ученые указывают, что терапевтические мишени нельзя ограничивать лишь одним аспектом ГПЭ и рака эндометрия – гормональным дисбалансом, подчеркивая необходимость выявления всех факторов риска этих патологических состояний и обращение особого внимания на изменяющиеся факторы. В качестве последних авторы выделяют использование гормональной терапии, пищевые привычки и гиподинамию. Интересно, что в нашем исследовании самый высокозначимый фактор воздействия – вегетососудистая дистония – одновременно является наиболее управляемым.

ВЫВОДЫ

1. В позднем репродуктивном и пременопаузальном возрасте рецидивы ГПЭ наблюдаются почти у трети пациенток.
2. Гинекологический и соматический профиль пациенток с рецидивирующими ГПЭ характеризуют гиперполименорея, аденомиоз, кисты яичников, патология желудочно-кишечного тракта и железодефицитная анемия.
3. Наиболее значимо шансы рецидивов ГПЭ повышают вегетососудистая дистония, заболевания молочной и щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Вдовиченко, Ю.П. Сучасний менеджмент діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія: огляд літератури / Ю.П. Вдовиченко, О.В. Голяновський, І.В. Лопушан // Здоров'я жінки. – 2012. – № 9. – С. 45–53.
2. Вдовиченко, Ю.П., Голяновський, О.В., Лопушан, І.В. "Modern management of diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes." Women's Health 9 (2012): 45–53.
3. Каштальян, М.М. Гістероскопічна хірургія у лікуванні хворих з поєднаними гіперпластичними процесами матки / М.М. Каштальян // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2007. – № 2. – С. 168–171.
4. Kashtalian, M.M. "Hysteroscopic surgery in patients with hyperplastic processes combined uterus." Women's Reproductive Health 2 (2007): 168–171.
5. Корнієнко, С.М. Гістероскопія в діагностиці та лікуванні внутрішньоматкової патології у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку / С.М. Корнієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 4. – С. 219–222.
6. Korniienko, S.M. "Hysteroscopy in the diagnosis and treatment of intrauterine pathology in women of late reproductive and premenopausal age." Pediatrics, Obstetrics and Gynecology 73.4 (2011): 219–22.
7. Clark, T.J., Neelakantan, D., Gupta, J.K. "The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 125.2 (2006): 259–64.
8. Linkov, F., Edwards, R., Balk, J., et al. "Endometrial hyperplasia, endometrial cancer and prevention: gaps in existing research of modifiable risk factors." Eur J Cancer 44.12 (2008): 1632–44.
9. Gallos, I.D., Ganesan, R., Gupta, J.K. "Prediction of regression and relapse of endometrial hyperplasia with conservative therapy." Obstet Gynecol 121.6 (2013): 1165–71.
10. Paradisi, R., Rossi, S., Scifo, M.C., et al. "Recurrence of endometrial polyps." Gynecol Obstet Invest 78.1 (2014): 26–32.
11. Gallos, I.D., Krishan, P., Shehmar, M., et al. "Relapse of endometrial hyperplasia after conservative treatment: a cohort study with long-term follow-up." Hum Reprod 28.5 (2013): 1231–6.
12. Sorosky, J.I. "Endometrial cancer." Obstet Gynecol 120.2.1 (2012): 383–97.
13. Ozkaya, E., Korkmaz, V., Ozkaya, Y., et al. "Ultrasonographic endometrial thickness measurement is predictive for treatment response in simple endometrial hyperplasia without atypia." J Turk Ger Gynecol Assoc 14.1 (2013): 19–22.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

С.М. Корниенко, к. мед. н., науч. сотрудник отделения акушерских проблем экстрагенитальной патологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

По мнению многих исследователей, гиперпластические процессы эндометрия не являются предраковыми заболеваниями. Однако рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия, а также их сочетания с генитальной и экстрагенитальной патологией значительно повышают риск злокачественной трансформации эндометрия. Поздний репродуктивный и пременопаузальный возраст сопряжен с повышением частоты гиперпластических процессов эндометрия, экстрагенитальной патологии и оперативных вмешательств на внутренних половых органах. Ограниченные возможности консервативного лечения в связи с сопутствующими заболеваниями и тенденция увеличения рецидивирующих гиперпластических процессов матки делают проблему изучения различных аспектов гиперпластических процессов эндометрия у женщин этого возрастного периода крайне актуальной.

Цель исследования: выявить факторы риска рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

Материалы и методы. Были изучены клинико-анамнестические данные и отдаленные результаты лечения 276 женщин в возрасте 35–54 лет с гиперпластическими процессами эндометрия. Всем пациенткам были проведены диагностические и лечебные гистероскопические процедуры. У 88 (31,9%) женщин в течение 1,5 лет после лечения наблюдались рецидивы заболевания. Эти пациентки составили группу Р_c, остальные 188 женщин вошли в группу К. Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики, рангового критерия Манна-Уитни, χ^2 -критерия и точного критерия Фишера.

Результаты исследования и выводы. Следует отметить высокую частоту рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста и отсутствие нозологической специфики рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия. При этом риски рецидива гиперпластических процессов эндометрия существенно возрастали на фоне гиперполименореи, эндометриоидной болезни, особенно аденомиоза, и кист яичника. Наивысшие шансы появления рецидива гиперпластических процессов эндометрия были связаны с наличием у пациенток экстрагенитальных заболеваний: гастроинтестинальных нарушений, железодефицитной анемии, патологии щитовидной и молочной железы, вегетососудистой дистонии. В рамках всех исследованных факторов наиболее значимо шансы рецидивов гиперпластических процессов эндометрия повышают вегетососудистая дистония, патология молочной и щитовидной железы.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, поздний репродуктивный возраст, пременопауза, рецидив.

ФАКТОРЫ РИЗИКУ РЕЦИДИВУВАННЯ ГИПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ В ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПРЕМНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

С.М. Корниєнко, к. мед. н., наук. співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ІПАГ НАМН України»

На думку багатьох дослідників, гіперпластичні процеси ендометрія не є передраковими захворюваннями. Однак рецидивні гіперпластичні процеси ендометрія, а також їх поєднання з генітальною та екстрагенітальною патологією значно підвищують ризик злоякісної трансформації ендометрія. Пізній репродуктивний і пременопаузальний вік пов'язаний із підвищенням частоти гіперпластичних процесів ендометрія, екстрагенітальної патології та оперативних втручань на внутрішніх статевих органах. Обмежені можливості консервативного лікування у зв'язку із супутніми захворюваннями і тенденція збільшення рецидивуючих гіперпластичних процесів матки роблять проблему вивчення різних аспектів гіперпластичних процесів ендометрія в жінок цього вікового періоду вкрай актуальною.

Мета дослідження: виявити фактори ризику рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія в жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку.

Матеріали та методи. Були вивчені клініко-анамнестичні дані та віддалені результати лікування 276 жінок у віці 35–54 років із гіперпластичними процесами ендометрія. Всім пацієнткам було проведено діагностичні та лікувальні гістероскопічні процедури. У 88 (31,9%) жінок протягом 1,5 років після лікування спостерігалися рецидиви захворювання. Ці пацієнтки склали групу Р_c, інші 188 жінок увійшли до групи К. Обробку даних проводили, використовуючи методи варіаційної статистики, рангового критерію Манна-Уїтні, χ^2 -критерію і точного критерію Фішера.

Результати дослідження та висновки. Слід зазначити високу частоту рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія в жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку та відсутність нозологічної специфіки рецидивуючих гіперпластичних процесів ендометрія. При цьому ризики рецидиву гіперпластичних процесів ендометрія істотно зростали на тлі гіперполіменореї, ендометріоїдної хвороби, особливо аденоміозу, та кіст яєчника. Найвищі шанси появи рецидиву гіперпластичних процесів ендометрія були пов'язані з наявністю у пацієнток екстрагенітальних захворювань: гастроінтестинальних порушень, залізодефіцитної анемії, патології щитоподібної та молочної залози, вегетосудинної дистонії. В межах усіх досліджених факторів найбільш значуще шанси рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія підвищують вегетосудинна дистонія, патологія молочної та щитоподібної залози.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, пізній репродуктивний вік, пременопауза, рецидив.

RISK FACTORS FOR RECURRENCE OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL AGE

S.M. Korniyenko, PhD, researcher of the Department of Obstetric Problems of Extragenital Pathology, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

According to many researchers, hyperplastic endometrial processes are not precancerous diseases. However, recurrent endometrial hyperplastic processes, as well as their combination with genital and extragenital pathologies, significantly increase the risk of malignant transformation of the endometrium. Late reproductive and premenopausal age is associated with an increase in the frequency of endometrial hyperplastic processes, extragenital pathology and operative interventions on the internal genitalia. The limited possibilities of conservative treatment in connection with concomitant diseases and the tendency of an increase in the recurring hyperplastic processes of the uterus make the problem of studying various aspects of hyperplastic endometrial processes in women of this age period extremely urgent.

The purpose of research: to identify risk factors for recurrence of endometrial hyperplasia in women of late reproductive and premenopausal age.

Materials and methods. We studied the clinical and medical history and long-term results of treatment of 276 women aged 35–54 years with endometrial hyperplastic processes. All patients underwent diagnostic and therapeutic hysteroscopic procedures were carried out. In 88 (31.9%) women for 1.5 years after treatment were observed relapses of the disease. These patients accounted for P_c group, the remaining 188 women included in the group K. Data processing was performed using variation statistics method, Mann-Whitney ranking test, χ^2 -test and Fisher's exact test.

Results and conclusions. It should be noted the high rate of recurrence of endometrial hyperplastic processes in women of late reproductive and premenopausal age and lack of nosological specificity of recurrent endometrial hyperplastic processes. At the same time, recurrence of endometrial hyperplastic processes significantly increased the risks against the backdrop of giperpolimenorei, endometrioid disease, especially, adenomyosis and ovarian cysts. The greatest chances of recurrence were associated with the presence of patients extragenital diseases: gastrointestinal disorders, iron deficiency anemia, thyroid and breast cancer, vegetative-vascular dystonia. Within the framework of all investigated factors, the chances of recurrence of endometrial hyperplastic processes are most significant increased at the vegetative-vascular dystonia, and the pathology of the lacteal and thyroid gland.

Keywords: endometrial hyperplasia, late reproductive age, premenopause, recurrence.