

# ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ В ПІЗЬНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ПЕРІОДІ ЗА ДОПОМОГОЮ ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ «ХОЛОДНОЇ ПЕТЛІ»



## С.М. КОРНІЄНКО

к. мед. н., науковий співробітник відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «ПАГ НАМН України»  
ORCID: 0000-0002-7004-0505

### Контакти:

Корнієнко Світлана Михайлівна  
ДУ «ПАГ НАМН України»,  
відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології  
04050, Київ, П. Майбороди, 8  
тел.: +38 (050) 311 22 53  
e-mail: kornisv@rambler.ru

## ВСТУП

Дифузні гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) відносяться до однієї з основних форм проліферативних захворювань ендометрія і являють собою гетерогенну групу патологічних процесів, що розподіляються від доброякісних естрогенозалежних проліферацій залоз до моноклональних розростань генетично зміненої тканини [1]. Реальну поширеність ГПЕ оцінити дуже складно, в кращому випадку дослідження стосуються жінок, які звернулися з різних причин у гінекологічний стаціонар і, отже, переважно мали порушення репродуктивного здоров'я [2]. Наприклад, за даними Г.Е. Чорнухи [3], залозиста (проста) гіперплазія ендометрія серед жінок у віці до 45 років з різними порушеннями репродуктивної функції виявляється у 6,1% пацієнток, а аденоматозна (комплексна) гіперплазія – у 6,6%.

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ І ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Підвищена увага клініцистів і дослідників до проблеми ГПЕ обумовлена не тільки неухильним зростанням частоти даної патології (в розвинених країнах реєструється понад 200 тисяч нових випадків на рік), але й високим ризиком її злоякісної трансформації за відсутності лікування [4]. За даними зарубіжних дослідників, зростання розвитку раку ендометрія в перит постменопаузі (від 50 до 100 випадків на рік у західних країнах) у 80% пацієнток є результатом малігнізації ГПЕ, пік розвитку яких припадає на пізній репродуктивний вік [4].

Першим етапом лікування ГПЕ є видалення морфологічно зміненого ендометрія з його морфологічним дослідженням та визначенням подальшої тактики залежно від виду патології [5]. Проте навіть повне роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки не забезпечує стовідсоткову надійність щодо адекватного отримання матеріалу [6]. Підтвердженням тому стало проведене в 2009 р. дослідження, в якому було доведено, що при аспіраційній біопсії неповна діагностика раку мала місце в 45% випадків, тоді як при роздільному діагностичному вишкрібанні – в 30%. Іншими словами, при проведенні повного кюретажу цервікального каналу і по-

рожнини матки практично третина випадків раку ендометрія лишилася непоміченою [6]. У цьому контексті особливого значення набувають способи діагностики патології ендометрія на основі візуалізації за допомогою сучасних оптичних систем. Гістероскопія дозволяє візуалізувати патологічні зміни ендометрія та визначати їх особливості й локалізацію, контролювати якість діагностичного вишкрібання з прицільним видаленням можливих залишків гіперплазованого ендометрія або поліпів за мінімального травмування здорової тканини [6, 7].

**Метою** дослідження була оцінка ефективності різних методів видалення гіперплазованого ендометрія в жінок пізнього репродуктивного віку.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У проспективне когортне дослідження методом суцільної вибірки було відібрано 321 жінку з ГПЕ віком 35–44 роки. Залежно від способу лікування даної патології пацієнтки були розділені на дві групи: до групи I увійшли 143 жінки, яким після гістероскопічного підтвердження діагнозу було проведено видалення гіперпластичного ендометрія з використанням техніки «холодної петлі» та призначенням подальшої комплексної схеми лікування, яка включала терапію синтетичними гестагенами, седативну терапію та застосування препаратів мелатоніну (за наявності розладів сну та гіпомелатоніемії). До групи II увійшли 178 жінок, яким після гістероскопічного підтвердження діагнозу було виконано кюретаж стінок порожнини матки з подальшою гормональною терапією синтетичними гестагенами у відповідності до клінічного протоколу «Гіперплазія ендометрія» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.). При формуванні груп використовувався метод стратифікації.

Техніка «холодної петлі» полягає у видаленні ендометрія петлеподібним електродом під контролем зору під час гістероскопії. Видалення ендометрія починається з передньої стінки матки, оскільки згустки крові, частинки ендометрія і бульбашки повітря піднімаються догори і заважають добрій візуалізації. Електрод зміщують у напрямку від дна до внутрішнього зіву, після чого видаляють ендометрій з бічних

стінок матки, області трубних кутів, дна матки. Як правило, електрод переміщують від правого кута матки до лівого. В області дна і трубних кутів необхідно дотримуватися обережності, оскільки у цих місцях існує великий ризик перфорації. Далі обробляється задня стінка матки. Протягом всієї операції проводиться іригація порожнини для видалення бульбашок повітря, крові і залишків ендометрія та забезпечення хорошого огляду. Наприкінці операції гістероскоп розташовують на рівні перешийка і переконуються, що ендометрій видалено повністю [8] (див. фотографію на с. 48).

Під час дослідження вивчався анамнез захворювання, результати загальноклінічного і гістероскопічного обстеження, а також віддалені результати лікування ГПЕ.

Статистичну обробку даних проводили з використанням рангового критерію Манна-Уїтні,  $\chi^2$ -критерію і точного критерію Фішера.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок групи I склав  $39,3 \pm 0,22$  (39; 37–41) року (тут і далі в дужках після середньої величини вказані значення медіани та I–III кuartилей) і був подібний до показника групи II –  $38,8 \pm 0,21$  (38,5; 36–41) року ( $p > 0,05$ ). Вік менархе пацієнток обох груп статистично значуще не відрізнявся та в середньому дорівнював  $13,2 \pm 0,10$  (13; 12–14)

та  $13,0 \pm 0,09$  (13; 12–14) року відповідно ( $p > 0,05$ ). Характеристика менструального циклу (МЦ) не мала значних відмінностей між групами дослідження (табл. 1). Середня тривалість менструації в групі I дорівнювала  $5,3 \pm 0,15$  (5; 4–6), в групі II –  $5,4 \pm 0,12$  (5; 4,5–6) днів ( $p > 0,05$ ); середня тривалість МЦ –  $28,7 \pm 0,44$  (28; 28–30) і  $28,3 \pm 0,45$  (28; 26,75–30) днів відповідно ( $p > 0,05$ ).

Гінекологічні захворювання спостерігалися в анамнезі обстежених пацієнток з порівнянню частотою (табл. 2). Середня кількість генітальних захворювань в групі I склала  $2,3 \pm 0,10$  (2; 2–3) і мало відрізнялась від показника групи II:  $2,1 \pm 0,08$  (2; 1–3) ( $p > 0,05$ ). Варто особливо зауважити, що більше третини жінок вже мали в анамнезі поліп ендометрія, а кожна шоста – гіперплазію ендометрія, тобто майже в половини жінок був рецидив ГПЕ. Ці дані збігаються з інформацією інших дослідників, які реєстрували рецидив ГПЕ в 40–60% випадків у залежності від проведеної терапії [9, 10].

Близько 60% жінок в обох групах перенесли в минулому те чи інше оперативне втручання на репродуктивних органах (табл. 3), причому в більш ніж третини пацієнток в минулому було діагностичне вишкрібання порожнини матки. Порушення рецепторного апарату ендометрія під час його травматизації багатьма авторами розглядається як один із факторів ризику розвитку гіперпластичних процесів [11, 12].

Таблиця 1. Характеристика МЦ обстежених пацієнток, абс. ч. (%)

Особливості МЦ	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Вік менархе раніше від 12 років	6 (4,2)	17 (9,6)	23 (7,2)
Вік менархе пізніше за 14 років	19 (13,3)	19 (10,7)	38 (11,8)
Рясні менструації	77 (53,8)	97 (54,5)	174 (54,2)
Болючі менструації	63 (44,1)	78 (43,8)	141 (43,9)
Порушення МЦ	61 (42,7)	62 (34,8)	123 (38,3)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

Таблиця 2. Гінекологічний анамнез обстежених пацієнток, абс. ч. (%)

Гінекологічні захворювання	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Урогенітальні інфекції	65 (45,5)	71 (39,9)	136 (42,4)
Гіперплазія ендометрія	22 (15,4)	31 (17,4)	53 (16,5)
Поліп ендометрія	64 (44,8)	62 (34,8)	126 (39,3)
Поліп цервікального каналу	5 (3,5)	11 (6,2)	16 (5,0)
Міома матки	51 (35,7)	47 (26,4)	98 (30,5)
Ендометріоз	24 (16,8)	18 (10,1)	42 (13,1)
Хронічний ендометрит	16 (11,2)	14 (7,9)	30 (9,3)
Двобічний хронічний аднексит	59 (41,3)	78 (43,8)	137 (42,7)
Ектопія циліндричного епітелію шийки матки	75 (52,4)	85 (47,8)	160 (49,8)
Дисплазія шийки матки	8 (5,6)	3 (1,7)	11 (3,4)
Кіста яєчника	19 (13,3)	24 (13,5)	43 (13,4)
Синдром полікістозних яєчників	7 (4,9)	7 (3,9)	14 (4,4)
Аномалії розвитку матки	3 (2,1)	3 (1,7)	6 (1,9)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

Таблиця 3. Частота оперативних втручань на статевих органах в досліджуваних групах, абс. ч. (%)

Оперативне втручання	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Діагностичні вишкрібання	53 (37,1)	63 (35,4)	116 (36,1)
Лапаротомія	32 (22,4)	39 (21,9)	71 (22,1)
Гістероскопія	15 (10,5)	12 (6,7)	27 (8,4)
Лапароскопія	14 (9,8)	29 (16,3)	43 (13,4)
В цілому генітальні операції	86 (60,1)	104 (58,4)	190 (59,2)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

Аналіз репродуктивного анамнезу обстежених (табл. 4) показав, що в середньому на одну пацієнтку I групи припадало  $2,2 \pm 0,18$  (2; 1–3) вагітностей,  $1,0 \pm 0,12$  (0; 0–2) штучних абортів і  $1,0 \pm 0,10$  (1; 0–2) пологів; на одну пацієнтку II групи –  $2,2 \pm 0,15$  (2; 1–3) вагітностей,  $1,1 \pm 0,11$  (1; 0–2) абортів та  $0,8 \pm 0,06$  (1; 0–1) пологів ( $p > 0,05$ ).

Частота соматичних і соматоформних захворювань у групі I не мала статистично значущої відмінності від показників групи II (табл. 5). Середнє число екстрагенітальних захворювань в групі I досягло  $1,6 \pm 0,13$  (1; 0–2), в групі II –  $1,3 \pm 0,09$  (1; 0–2) ( $p > 0,05$ ).

Розподіл скарг пацієнток у групах дослідження мав порівнянню частоту ( $p > 0,05$ ) (табл. 6). Найбільш розповсюдженою скаргою були аномальні маткові кровотечі у вигляді або надмірних частих менструацій, або міжмен-

струального кровомазання. Вказані скарги, за даними літератури, патогномонічні для ГПЕ та є підґрунтям для більш глибокого обстеження жінок за наявності вказаних симптомів [4–6, 11, 12].

Практично кожна третя пацієнтка звернулася за медичною допомогою через безпліддя. Серед основних причин безпліддя відзначаються ендокринні порушення та хронічні запальні процеси тазових органів [13], які також є етіологічними чинниками розвитку ГПЕ [11, 12].

Треба відзначити, що значна частина жінок не мали скарг, а були направлені до лікарні у зв'язку з ультразвуковими знахідками, серед яких найчастіше виявлялися поліпи ендометрія (23,1% серед усіх обстежених).

Частота основної та поєднаної патології в групі I не мала значних відмінностей від такої в групі II (табл. 7). Се-

**Таблиця 4. Особливості репродуктивного анамнезу обстежених пацієнток, абс. ч. (%)**

Анамнез	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Пологи	100 (69,9)	113 (63,5)	213 (66,4)
Штучний аборт	64 (44,8)	92 (51,7)	156 (48,6)
Мимовільний аборт	23 (16,1)	26 (14,6)	49 (15,3)
Позаматкова вагітність	4 (2,8)	9 (5,1)	13 (4,0)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

**Таблиця 5. Особливості соматичного анамнезу обстежених пацієнток, абс. ч. (%)**

Діагностоване захворювання	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Патологія молочної залози	19 (13,3)	18 (10,1)	37 (11,5)
Патологія травного тракту, в тому числі захворювання печінки	40 (28,0) 24 (16,8)	45 (25,3) 33 (18,5)	85 (26,5) 57 (17,8)
Тонзиліт	12 (8,4)	17 (9,6)	29 (9,0)
Кардіопатія	9 (6,3)	15 (8,4)	24 (7,5)
Гіпертонічна хвороба	4 (2,8)	9 (5,1)	13 (4,0)
Ожиріння	24 (16,8)	24 (13,5)	48 (15,0)
Патологія щитоподібної залози	19 (13,3)	18 (10,1)	37 (11,5)
Нефропатія	10 (7,0)	10 (5,6)	20 (6,2)
Алергічні реакції	28 (19,6)	32 (18,0)	60 (18,7)
Залізодефіцитна анемія	12 (8,4)	7 (3,9)	19 (5,9)
Варикозна хвороба	7 (4,9)	6 (3,4)	13 (4,0)
Вегето-судинна дистонія	21 (14,7)	14 (7,9)	35 (10,9)
Екстрагенітальні операції	48 (33,6)	58 (32,6)	106 (33,0)
Екстрагенітальна патологія в цілому	101 (70,6)	123 (69,1)	224 (69,8)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

**Таблиця 6. Причини звернення обстежених жінок до медичного закладу, абс. ч. (%)**

Причини звернення	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Скарги			
Гіперполіменорея	50 (35,0)	51 (28,7)	101 (31,5)
Безпліддя	47 (32,9)	68 (38,2)	115 (35,8)
Кровомазання	31 (21,7)	32 (18)	63 (19,6)
Болі внизу живота	29 (20,3)	35 (19,7)	64 (19,9)
Інші	6 (4,2)	7 (3,9)	7 (4,0)
Дані УЗД за відсутності скарг			
Поліп ендометрія	40 (28,0)	34 (19,1)	74 (23,1)
Гіперплазія ендометрія	14 (9,8)	13 (7,3)	27 (8,4)
Субмукозна міома матки	8 (5,6)	7 (3,9)	15 (4,7)

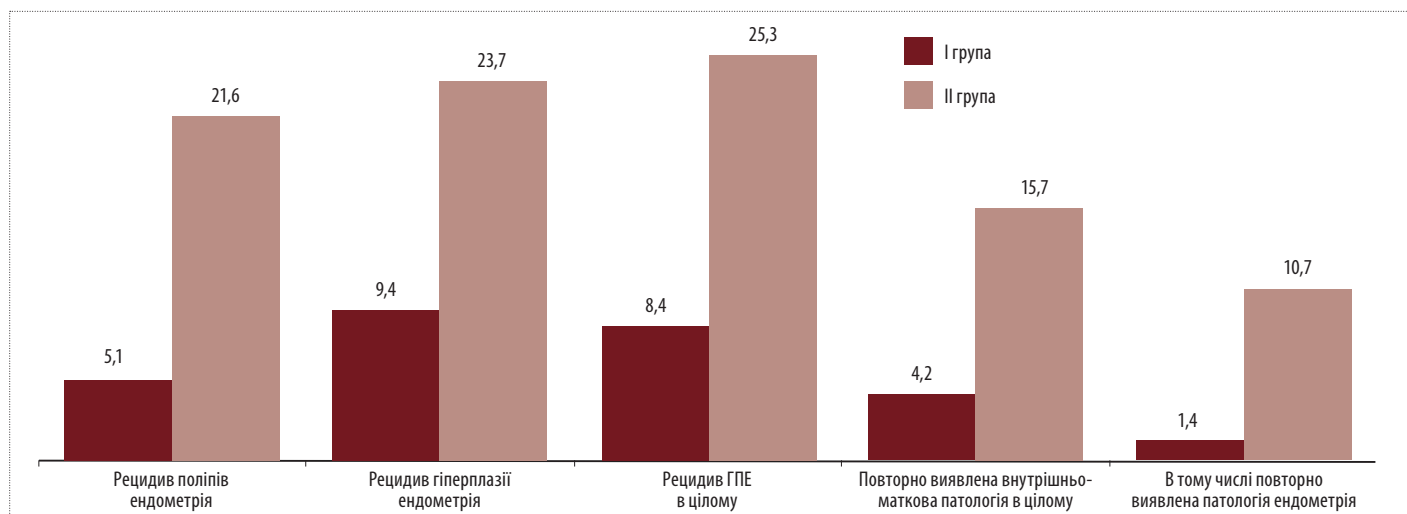
Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

ред ГПЕ переважали поліпи ендометрія (79,8% в цілому серед обстежених).

Для профілю супутньої патології пацієнок із ГПЕ були характерними різні гінекологічні захворювання, але найбільш розповсюдженими були хронічний ендометрит, аденоміоз та міома матки (табл. 8).

Середня тривалість оперативного втручання в I групі склала  $16,0 \pm 0,67$  (15; 10–20) хв., в II групі –  $15,6 \pm 0,48$  (15; 11–19) хв. ( $p > 0,05$ ).

Вивчення віддалених результатів лікування патології ендометрія (рис. 1) показало, що серед жінок I групи рецидиви ГПЕ спостерігалися в кілька разів рідше ( $p < 0,05$ ), а саме:



**Рисунок 1. Віддалені результати лікування ГПЕ: частота рецидивів ГПЕ і вперше виявленої внутрішньоматкової патології в групах дослідження, %**  
Для визначення значущості відмінності використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера.

**Таблиця 7. Види ГПЕ, виявлених під час оперативного втручання, абс. ч. (%)**

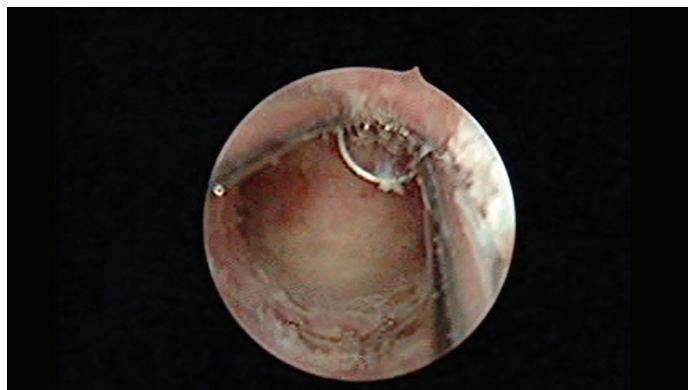
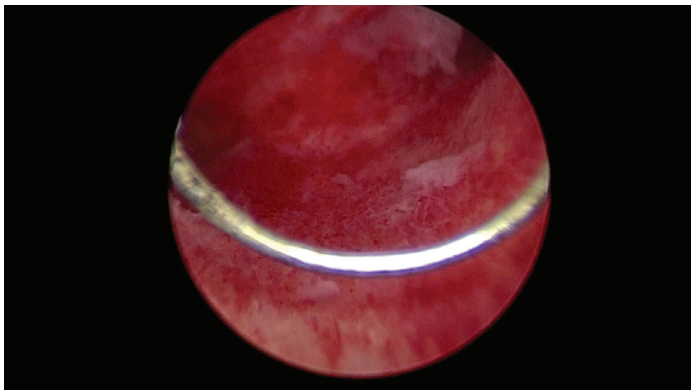
Види ГПЕ	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Поліп ендометрія	117 (81,8)	139 (78,1)	256 (79,8)
Гіперплазія ендометрія	53 (37,1)	59 (33,1)	112 (34,9)
Проста гіперплазія ендометрія з атипією	4 (2,8)	5 (2,8)	9 (2,8)
Поєднані ГПЕ	30 (21,0)	25 (14,0)	55 (17,1)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).

**Таблиця 8. Супутні діагнози, встановлені після оперативного втручання, абс. ч. (%)**

Супутній діагноз	I група, n = 143	II група, n = 178	Разом, n = 321
Внутрішньоматкові синехії	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (0,9)
Хронічний ендометрит	25 (17,5)	37 (20,8)	62 (19,3)
Ендометріоз, в т. ч. аденоміоз	35 (24,5) 29 (20,3)	31 (17,4) 29 (16,3)	66 (20,6) 58 (18,1)
Міома матки, в т. ч. субмукозна	49 (34,3) 13 (9,1)	48 (27,0) 12 (6,7)	97 (30,2) 25 (7,8)
Аномалія розвитку матки	6 (4,2)	7 (3,9)	13 (4,0)
Рубець на матці	18 (12,6)	18 (10,1)	36 (11,2)
Патологія шийки матки	22 (15,4)	15 (8,4)	37 (11,5)
Поліп цервікального каналу	11 (7,7)	9 (5,1)	20 (6,2)
Двобічний хронічний аднексит	8 (5,6)	5 (2,8)	13 (4,0)
Сакто-, гідросальпінкс	11 (7,7)	12 (6,7)	23 (7,2)
Кіста яєчника	12 (8,4)	7 (3,9)	19 (5,9)
Безпліддя, в тому числі:			
- первинне	51 (35,7) 24 (16,8)	68 (38,2) 27 (15,2)	119 (37,1) 51 (15,9)
- вторинне	27 (18,9)	41 (23,0)	68 (21,2)
- підготовка до ЕКЗ	11 (7,7)	24 (13,5)	35 (10,9)
Внутрішньоматковий контрацептив в порожнині матки	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,3)
Лігатури в порожнині матки	1 (0,7)	0 (0)	1 (0,3)

Значущих відмінностей між групами не виявлено (використовували  $\chi^2$ -критерій і точний критерій Фішера).



**Фотографія операції. Порожнина матки після видалення ендометрія за допомогою техніки «холодної петлі»**

рецидив поліпів ендометрія – в 4,23 разу ( $p < 0,001$ ), рецидив гіперплазії ендометрія – у 2,52 рази ( $p < 0,04$ ), рецидив ГПЕ в цілому – в 3,01 разу ( $p < 0,001$ ).

Рецидивуюча проста гіперплазія ендометрія з атипією спостерігалася у 1 (25,0%) із 4 пацієнок з атипівною гіперплазією в групі I та в 3 (60,0%) із 5 пацієнок з атипівною гіперплазією у групі II, однак різниця не була статистично значущою ( $p > 0,05$ ).

### ВИСНОВОК

Проведене дослідження показало, що видалення гіперпластичного ендометрія методом «холодної петлі» дозволяє значуще знизити число рецидивуючих ГПЕ і знову виявленої внутрішньоматкової патології в порівнянні з вишкрібанням ендометрія.

Жінкам пізнього репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія пропонується видалити ендометрій методом «холодної петлі» під контролем зору під час гістероскопії.

### ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Чепик, О.Ф. Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия / О.Ф.Чепик // Практическая онкология. – 2004. – №5 (1). – С. 9–15.  
Cherik, O.F. "Morphogenesis of endometrial hyperplastic processes." Practical oncology 5.1 (2004): 9–15.
- Кузнецова, И.В. Возможности терапии гиперпластических процессов эндометрия / И.В. Кузнецова // Трудный пациент. – 2010. – №1–2, Т. 8. – С. 18–22.  
Kuznetsova, I.V. "Possibilities of therapy of endometrial hyperplastic processes." Difficult patient 8.1–2 (2010): 18–22.
- Чернуха, Г.Е. Аденоматозная и железистая гиперплазия эндометрия в репродуктивном возрасте (патогенез, клиника, лечение) / Г.Е. Чернуха // Автореф. дисс. ... д. м. н. – М.: 1999.  
Chernuha, G.E. "Adenomatous and glandular hyperplasia of the endometrium in the reproductive age (pathogenesis, clinic, treatment)." Thesis abstract for MD degree. Moscow (1999).
- Татарчук, Т.Ф. Гиперпластические процессы эндометрия: что нового? / Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугина, Т.Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2015. – №5 (25). – С. 7–13.  
Tatarchuk, T.F., Kalugina, L.V., Tutchenko T.N. "Hyperplastic processes of the endometrium: what's new?" Reproductive endocrinology 25.5 (2015): 7–13.
- Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. Клінічний протокол «Гіперплазія ендометрія». Order of the MOH of Ukraine No. 676 from 31.12.2004. Clinical protocol "Endometrial hyperplasia."
- Запорожан, В.Н. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия / В.Н. Запорожан, Т.Ф. Татарчук, В.Г. Дубинина, Н.В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – №1(3). – С. 5–12.  
Zaporozhan, V.N., Tatarchuk, T.F., Dubinina, V.G., Kosei, N.V. "Modern diagnostics and treatment of endometrial hyperplastic processes." Reproductive endocrinology 3.1 (2012): 5–12.
- Корнієнко, С.М. Гістероскопія в діагностиці та лікуванні внутрішньоматкової патології в жінок пізнього репродуктивного та перименопаузального віку / С.М. Корнієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 4. – С. 219–222.  
Korniyenko, S.M. "Hysteroscopy in the diagnosis and treatment of intrauterine pathology in women of late reproductive and perimenopausal age." Pediatrics, Obstetrics and Gynecology 73.4 (2011): 219–22.
- Патент на корисну модель № 82305. Спосіб хірургічного лікування рецидивуючих гіперпластичних процесів ендометрія. Зареєстровано 25.07.2013. Автор Корнієнко С.М.  
Patent for utility model № 82305. The method of surgical treatment of recurrent endometrial hyperplastic processes. Registered 25.07.2013. By Korniyenko S.M.
- Ørbo, A., Arnes, M., Hancke, C., et al. "Treatment results of endometrial hyperplasia after prospective D-score classification: a follow-up study comparing effect of LNG-IUD and oral progestins versus observation only." Gynecol Oncol 111 (2008): 68–73.
- Ørbo, A., Arnes, M., Vereide, A.B., Straume, B. "Relapse risk of endometrial hyperplasia after treatment with the levonorgestrel-impregnated intrauterine system or oral progestogens." BJOG 123.9 (2016): 1512–9.
- Дубоссарская, З.М. Гиперплазия эндометрия (клиническая лекция) / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская // Жіночий лікар. – 2009. – №5. – С. 22–27.  
Dubossarskaya, Z.M., Dubossarskaya, Y.A. "Endometrial hyperplasia (clinical lecture)." Women doctor 5 (2009): 22–7.
- Веропотвелян, П.Н. Гиперплазия эндометрия – современный взгляд на проблему / П.Н. Веропотвелян, И.В. Гужевская, Н.П. Веропотвелян, Л.А. Жабицкая // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – №10 (74). – С. 33–40.  
Veropotvelyan, P.N., Guzevskaya, I.V., Veropotvelyan, N.P., Zhabitskaya, L.A. "Hyperplasia of the endometrium – a modern look at the problem." Medical aspects of women's health 10.74 (2013): 33–40.
- Данкович, Н.А. Причины и формы бесплодия. Современные возможности диагностики и лечения / Н.А. Данкович, В.Н. Воробей-Виховская // Здоровье женщины. – 2013. – №3. – С. 192–197.  
Dankovich, N.A., Vorobei-Vikhovskaya, V.N. "Causes and forms of infertility. Modern diagnostic and treatment options." Women's health 3 (2013): 192–7.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ В ПІЗЬНОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ПЕРІОДІ ЗА ДОПОМОГОЮ ГІСТЕРОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ «ХОЛОДНОЇ ПЕТЛІ»

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

Підвищена увага клініцистів і дослідників до проблеми гіперпластичних процесів ендометрія обумовлена не тільки неухильним зростанням частоти даної патології, але й високим ризиком її злоякісної трансформації за відсутності лікування.

У статті розглядається ефективність різних методів видалення гіперплазованого ендометрія в жінок пізнього репродуктивного віку.

**Матеріали та методи.** У проспективне когортне дослідження методом суцільної вибірки була відібрана 321 жінка у віці 35–44 роки з гіперпластичними процесами ендометрія. Залежно від способу лікування даної патології пацієнтки були розділені на дві групи: в групу I увійшли 143 жінки, яким після гістероскопічного підтвердження діагнозу було проведено видалення гіперпластичного ендометрія з використанням методики «холодної петлі» і призначена подальша комплексна схема лікування, яка включала терапію синтетичними гестагенами, седативну терапію та застосування препаратів мелатоніну (за наявності розладів сну та гіпомелатоніемії). До групи II увійшли 178 жінок, яким після гістероскопічного підтвердження діагнозу було виконано кюретаж стінок порожнини матки з подальшою гормональною терапією синтетичними гестагенами згідно з клінічним протоколом «Гіперплазія ендометрія» (наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004). За віком, характером менструального циклу, гінекологічним, репродуктивним, соматичним анамнезом та скаргами жінки обох груп суттєво не відрізнялись.

**Результати дослідження.** Вивчення віддалених результатів лікування патології ендометрія показало, що серед жінок I групи рецидиви гіперпластичних процесів ендометрія спостерігалися в кілька разів рідше ( $p < 0,05$ ), а саме: рецидив поліпів ендометрія – в 4,23 разу, рецидив гіперплазії ендометрія – в 2,52 рази, рецидив гіперпластичних процесів ендометрія в цілому – в 3,01 разу.

**Висновки.** Автор дослідження доходить висновку, що видалення гіперпластичного ендометрія методом «холодної петлі» дозволяє значуще знизити число рецидивуючих гіперпластичних процесів ендометрія і знову виявленої внутрішньоматкової патології в порівнянні з вишкрібанням ендометрія.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, пізній репродуктивний вік, вишкрібання ендометрія, холодна петля, гістероскопія.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ С ПОМОЩЬЮ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ «ХОЛОДНОЙ ПЕТЛИ»

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

Повышенное внимание клиницистов и исследователей к проблеме гиперпластических процессов эндометрия обусловлена не только неуклонным повышением частоты данной патологии, но и высоким риском ее злокачественной трансформации при отсутствии лечения.

В статье рассматривается эффективность различных методов удаления гиперплазированного эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** В проспективное когортное исследование методом сплошной выборки была отобрана 321 женщина в возрасте 35–44 лет с гиперпластическими процессами эндометрия. В зависимости от способа лечения данной патологии пациентки были разделены на две группы: в группу I вошли 143 женщины, которым после гистероскопического подтверждения диагноза было проведено удаление гиперпластического эндометрия с использованием методики «холодной петли» и назначением дальнейшей комплексной схемы лечения, которая включала терапию синтетическими гестагенами, седативную терапию и применение препаратов мелатонина (при наличии расстройств сна и гипомелатонинемии). В группу II вошли 178 женщин, которым после гистероскопического подтверждения диагноза был выполнен кюретаж стенок полости матки с последующей гормональной терапией синтетическими гестагенами согласно клиническому протоколу «Гиперплазия эндометрия» (приказ Минздрава Украины № 676 от 31.12.2004). По возрасту, характеру менструального цикла, гинекологическому, репродуктивному, соматическому анамнезу и жалобам женщины обеих групп существенно не отличались.

**Результаты исследования.** Изучение отдаленных результатов лечения патологии эндометрия показало, что среди женщин I группы рецидивы гиперпластических процессов эндометрия наблюдались в несколько раз реже ( $p < 0,05$ ), а именно: рецидив полипов эндометрия – в 4,23 раза, рецидив гиперплазии эндометрия – в 2,52 раза, рецидив гиперпластических процессов эндометрия в целом – в 3,01 раза.

**Выводы.** Автор исследования приходит к выводу, что удаление гиперпластического эндометрия методом «холодной петли» позволяет значимо снизить число рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия и вновь выявленной внутриматочной патологии по сравнению с выскабливанием эндометрия.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, поздний репродуктивный возраст, выскабливание эндометрия, холодная петля, гистероскопия.

## OPTIMIZATION OF TREATMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN THE LATE REPRODUCTIVE PERIOD BY HYSTEROSCOPIC COLD LOOP TECHNIQUE

**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"

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of various methods of hyperplastic endometrium removing in late reproductive age women.

**Materials and methods.** In the prospective cohort study 321 women 35–44 year aged with hyperplastic endometrium processes were selected by the continuous sample method. Depending on the method of treatment of this pathology, the patients were divided into two groups: the Ith group included 143 women whom, after hysteroscopic confirmation of the diagnosis, the hyperplastic endometrium was removed using the "cold loop" technique with the further complex scheme of treatment which included therapy by synthetic gestagens, sedative therapy and use of drugs of melatonin (in the presence of disorders of a dream and hypomelatoninemia). The II group included 178 women, whom after hysteroscopic confirmation of the diagnosis, curettage of a cavity of the uterus was performed, the subsequent hormonal therapy by synthetic gestagena was used according to the Clinical protocol "Endometrial Hyperplasia" (the order of the MOH of Ukraine No. 676 from 31.12.2004). The women of both groups did not differ significantly by age, menstrual cycle peculiarities, gynecological, reproductive, somatic anamnesis and complaints.

**Results and conclusions.** Analysis of the long-term results of endometrial pathology treatment showed that among I-th group women recurrence of hyperplastic endometrium processes was observed several times less often ( $p < 0.05$ ). The author came to the conclusion that the removal of hyperplastic endometrium by the "cold loop" technique allows to significantly reduce the hyperplastic endometrium processes recurrence and newly detected intrauterine pathology level in comparison with endometrial curettage.

**Keywords:** endometrial hyperplastic processes, late reproductive age, endometrial curettage, cold loop, hysteroscopy.