

Актуальні аспекти клініко-анамнестичних даних жінок перименопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія

Ю.М. Садыгов

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

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

Матеріали та методи. Було обстежено 100 жінок з гіперпластичними процесами ендометрія у період перименопаузи (основна група). Критерієм відбору пацієнток і розподілення їх за підгрупами слугувала морфологічна форма гіперпластичного процесу ендометрія. Серед обстежених у 54% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія, у 24% – поліпи ендометрія, у 22% – аденоматозна гіперплазія ендометрія. До контрольної групи увійшли 30 пацієнток аналогічного віку без гіперпластичних процесів ендометрія.

Результати. Порівняльний аналіз основних клініко-анамнестичних характеристик жінок, у яких діагностовані гіперпластичні процеси ендометрія у перименопаузальний період, виявив наступні чинники ризику: екстрагенітальні захворювання, у тому числі хвороби ендокринної системи, хвороби системи кровообігу, захворювання органів травлення; супутні гінекологічні захворювання, у тому числі запальні процеси малого таза, дисплазія грудних залоз, гіперпластичні захворювання ендометрія і шийки матки, міома матки, а також перенесені гінекологічні операції – тубектомія, аднексектомія. Також були виділені чинники ризику розвитку аденоматозної гіперплазії ендометрія, до яких належали пізній менархе і ранній початок статевого життя.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення жінок перименопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, перименопаузальний вік, клінічні аспекти.

Actual aspects of clinical-anamnestic data of women of perimenopause age with hyperplastic processes an endometrium

Yu. M. Sadygov

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

Materials and methods. 100 women with hyperplastic processes an endometrium during the period perimenopause (the main group) were surveyed. As selection criterion of patients and their distributions on subgroups the morphological form of hyperplastic process an endometriya served. Among the patients surveyed at 54% the glandular hyperplasia an endometrium, was diagnosed for 24% – polyps an endometrium, for 22% – an adenomatous hyperplasia an endometrium. The control group was made by 30 patients of similar age without hyperplastic processes an endometrium.

Results. The comparative analysis of the main clinical-anamnestic characteristics of women with hyperplastic processes an endometrium in the perimenopause period, I taped the following risk factors: the extragenital diseases, including illnesses of endocrine system, illness of system circulations, diseases organs digestion; the accompanying gynecologic diseases, including inflammatory processes of genitals, dysplasia of mammary glands, hyperplastic diseases an endometrium and uterus cervix, hysteromyoma, and also transferred gynecological operations – a tubectomy, an adnexectomy. Also were allocated risk factors of development of an adenomatous hyperplasia an endometrium which treated a late menarche and early beginning of sexual life.

Conclusion. The received results needs to be considered when developing tactics ведення women of perimenopause age with hyperplastic processes an endometrium.

Key words: hyperplastic processes an endometrium, perimenopause age, clinical aspects.

Актуальные аспекты клинко-анамнестических данных женщин перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия

Ю.М. Садыгов

Цель исследования: изучение клинко-анамнестических особенностей гиперпластических процессов эндометрия у женщин перименопаузального возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 100 женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в период перименопаузы (основная группа). Критерием отбора пациенток и распределения их по подгруппам служила морфологическая форма гиперпластического процесса эндометрия. Среди обследованных у 54% пациенток была диагностирована железистая гиперплазия эндометрия, у 24% – полипы эндометрия, у 22% – аденоматозная гиперплазия эндометрия. В контрольную группу вошли 30 пациенток аналогичного возраста без гиперпластических процессов эндометрия.

Результаты. Сравнительный анализ основных клинко-анамнестических характеристик женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальный период выявил следующие факторы риска: экстрагенитальные заболевания, в том числе болезни эндокринной системы, болезни системы кровообращения, заболевания органов пищеварения; сопутствующие гинекологические заболевания, в том числе воспалительные процессы малого таза, дисплазия грудных желез, гиперпластические заболевания эндометрия и шейки матки, миома матки, а также перенесенные гинекологические операции – тубэктомия, аднексэктомия. Также были выделены факторы риска развития аденоматозной гиперплазии эндометрия, к которым относились позднее менархе и раннее начало половой жизни.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке тактики ведения женщин перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, перименопаузальный возраст, клинические аспекты.

Протягом останніх двох десятиліть формувалася виражена тенденція до зростання поширення гормонозалежних захворювань, і у першу чергу це стосується гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Виникнення і розвиток ГПЕ, а також передраку і раку ендометрія, зумовлюють зміну способу життя жінок, збільшення середньої тривалості використання деяких видів контрацепції, проабортну культуру, підвищення частоти соматичних захворювань [1–3]. Можливості консервативного лікування обмежують незавершені відомості про патогенез ГПЕ, ефективність будь-яких видів дії, відсутність доказової бази і, нарешті, збільшений перелік протипоказань до гормонотерапії [4–5].

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

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

Мета дослідження: вивчення клініко-анамнестичних особливостей ГПЕ у жінок перименопаузального віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети даного дослідження було обстежено 100 жінок з ГПЕ у період перименопаузи (основна група). Критерієм відбору пацієнток і розподілення їх за підгрупами слугувала морфологічна форма ГПЕ. Серед обстежених у 54% пацієнток була діагностована залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ), у 24% – поліпи ендометрія (ПЕ), у 22% – аденоматозна гіперплазія ендометрія (АГЕ).

До контрольної групи увійшли 30 пацієнток аналогічного віку без ГПЕ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені пацієнтки основної групи були зіставні за віком залежно від наявності і форми ГПЕ. Згідно з отриманими даними, вік обстежених жінок становив від 46 до 55 повних років, у середньому – $49,9 \pm 4,5$ року (95% ДІ: 49,3–50,7 року).

Згідно з результатами проведеного дослідження, вік пацієнток із ЗГЕ становив від 46 до 55 років, у середньому – $49,2 \pm 3,5$ року, що було зумовлене переважанням жінок молодшої вікової групи – від 46 до 50 років, кількість яких становила 63,4%.

ПЕ в основному виявляли після 50 років – доля пацієнток даної вікової категорії становила 62%. Середній вік жінок у цій підгрупі становив $50,6 \pm 3,3$ року.

У підгрупі пацієнток з АГЕ також відзначено збільшення чисельності зі збільшенням віку, у зв'язку з чим у ній також переважали жінки у віці від 51 до 55 років – 63,2%.

У контрольній групі вік обстежених жінок, що знаходяться у період перименопаузи, у середньому становив $50,7 \pm 4,3$ року (95% ДІ: 49,1–52,3 року).

Під час порівняння віку жінок з різними формами ГПЕ і контрольної групи статистично значущі відмінності були відсутні ($p > 0,05$ у всіх випадках).

Було проведено порівняння індексу маси тіла (ІМТ) в обстежених жінок залежно від наявності і форми ГПЕ. Виходячи з отриманих даних, середнє значення ІМТ в основній групі обстежених пацієнток становило $28,2 \pm 2,3$ кг/м² (95% ДІ: 27,1–28,7 кг/м²), у контрольній групі – $27,5 \pm 2,7$ кг/м² (95% ДІ: 26,5–28,5 кг/м²). Відмінності були статистично незначущими ($p = 0,371$). Також не було виявлено істотних відмінностей між значеннями ІМТ при порівнянні пацієнток з різними формами ГПЕ і контрольної групи ($p > 0,05$).

Під час вивчення анамнестичних даних пацієнток особлива увага була приділена стану органів репродуктивної

системи. Вік менархе у пацієнток варіював від 10 до 18 років і в середньому становив $13,5 \pm 1,3$ року. Також середній вік менархе у жінок перименопаузального віку був зіставний залежно від наявності і форми ГПЕ. З отриманих даних виходить, що пізній менархе статистично значуще частіше виявляли у пацієнток з АГЕ – у 47,4% випадків порівняно з контрольною групою (23,3%) і при інших формах ГПЕ ($p < 0,001$).

Середній вік менархе у даній підгрупі обстежених жінок становив $15,8 \pm 1,6$ року.

У результаті проведеного дисперсійного аналізу були встановлені статистично значущі відмінності віку початку статевого життя у пацієнток перименопаузального віку з ПЕ і жінок контрольної групи ($p < 0,001$), що свідчило про істотно пізніший вік початку статевого життя за даної форми ГПЕ. В інших підгрупах обстежених жінок не було статистично значущих відмінностей з контрольною групою ($p > 0,05$). Згідно з отриманими даними, найчастіше ранній початок статевого життя відзначали у підгрупі пацієнток з АГЕ (23,7%). За наявності ПЕ і ЗГЕ у жінок перименопаузального віку частка даної категорії пацієнток мала менше значення (19,0 і 10,8% відповідно). Проте при порівнянні підгруп обстежуваних з різними формами ГПЕ їхня структура по вікових періодах початку статевого життя виявилася зіставною ($p = 0,152$). У той самий час при порівнянні між собою основної і контрольної груп за даною ознакою відмінності були істотними ($p < 0,001$), що перш за все було пов'язане з високою долею випадків раннього початку статевого життя у жінок з ГПЕ (15,6%), відсутніх у контрольній групі.

Згідно з проведеним аналізом репродуктивної функції обстежених жінок, 86% пацієнток з ГПЕ мали в анамнезі вагітності, причому у переважній більшості обстежених пацієнток були одна-дві вагітності (62%), три і більше вагітностей відзначено майже у чверті жінок (24%). Пологи в анамнезі фіксували у більшості пацієнток (84,9%), найбільше їхнє число було у жінок з ПЕ: одні-двоє пологів відзначено у 69,0% жінок, троє і більше – у 21,4% пацієнток.

Мимовільні аборти були відзначені у 39% пацієнток. Частота мимовільних абортів у підгрупі пацієнток з АГЕ була найвищою (55,3%), у тому числі 3 і більше викиднів в анамнезі – у 31,6%.

Слід зазначити, що 74,0% пацієнток з ГПЕ переривали вагітність за допомогою артифіційного аборту за бажанням на терміні до 12 тиж гестації. У контрольній групі аборти відзначали в анамнезі лише у 53,3%, що було істотно нижче порівняно з основною групою ($p = 0,042$).

Далі були проаналізовані дані про наявність гінекологічних захворювань у групі жінок перименопаузального віку. Різні гінекологічні захворювання спостерігалися в анамнезі у більшості жінок основної групи. У переважній більшості обстежених (71%) було одне гінекологічне захворювання; поєднання двох захворювань було виявлене у 34,8% пацієнток, 3 і більше – у 13,9% хворих. Частота всіх захворювань, що вивчаються, за винятком доброякісних утворень яєчника, була істотно вищою в основній групі ($p < 0,05$).

Найчастіше жінки когорти, що вивчається, страждали на запальні захворювання статевих органів (сальпіngoофорит, ендометрит) – 74% в основній і 33,3% – у контрольній групі. Також високою частотою відрізнялися доброякісні захворювання грудної залози – 76% пацієнток з ГПЕ і 30,0% – контрольної групи.

У кожній третій (33%) пацієнтки в основній групі діагностували поєднання міоми матки і аденоміозу. Привертає на себе увагу той факт, що пацієнтки з АГЕ, на відміну від пацієнток з іншими формами ГПЕ, істотно частіше страждали на доброякісні захворювання грудних залоз – 92,1% (кісти, мастопатія, фіброаденоми). Безплідність у пацієнток цієї групи також відзначали у 2,9 разу частіше, ніж у пацієнток із ЗГЕ, і в 13,2 разу частіше, ніж у хворих з ПЕ.

Результати досліджень свідчать про низький індекс здоров'я жінок з різними типами ГПЕ у перименопаузальний період.

Несприятливим фоном і основним чинником ризику розвитку, прогресу і високої частоти рецидиву ГПЕ слугували супутні екстрагенітальні захворювання, відзначені у 90% пацієнток. Причому кожна друга пацієнтка з ГПЕ мала два або декілька захворювань одночасно. Слід зазначити, що у 90,3% пацієнток із ЗГЕ, 85,7% пацієнток з ПЕ і 94,7% з АГЕ діагностували хоча б одне з екстрагенітальних захворювань. З числа найбільш поширених поєднаних екстрагенітальних захворювань в основній групі найчастіше виявляли гіпертонічну хворобу і ожиріння – 28,9%.

Під час зіставлення частоти екстрагенітальних захворювань в основній і контрольній групах були встановлені достовірні відмінності для захворювань серцево-судинної системи, органів травлення, ендокринної системи, варикозної хвороби ($p < 0,001$ у всіх випадках), при цьому у пацієнток з ГПЕ спостерігалися істотно вищі показники.

Аналіз структури перенесених пацієнтками операцій свідчить про високий показник холецистектомій – 39,5% у жінок з АГЕ, що істотно відрізнявся від показників інших підгруп ($p = 0,006$). Крім того, серед пацієнток, що спостерігалися з приводу даного захворювання, статистично значуще частіше фіксували операції на щитоподібній залозі – у 23,7% жінок ($p = 0,001$). Частота холецистектомій також істотно залежала від наявності ГПЕ. В основній групі показник становив 21%, тоді як у контрольній випадки даної операції були відсутні. Навпаки, частота тонзилектомій була істотно вищою у контрольній групі – 43,3% порівняно з основною (10%).

Проведено порівняльне оцінювання частоти гінекологічних операцій серед обстежених жінок когорти, що вивчається, залежно від наявності і форми ГПЕ. Згідно з результатами проведеного дослідження, у кожній другій пацієнтки (50%) в анамнезі було хоч би одне оперативне втручання з приводу гінекологічного захворювання, 33% пацієнток було про-

оперовано двічі, причому найчастіше оперативне втручання виконане з приводу доброякісних утворень яєчників. Майже шоста частина хворих (14,8%) були оперовані тричі.

Пацієнткам з АГЕ порівняно з жінками з іншими формами ГПЕ статистично значуще частіше були виконані резекція яєчника ($p = 0,003$) і видалення придатків ($p = 0,004$). Щодо інших видів оперативних втручань, то статистично значущих відмінностей у порівнюваних підгрупах пацієнток з різними формами ГПЕ виявлено не було ($p > 0,05$).

Під час зіставлення основної і контрольної груп були встановлені статистично значущі відмінності у частоті таких оперативних втручань, як аднексектомія ($p = 0,034$) і тубектомія ($p = 0,033$), частота яких становила у пацієнток з ГПЕ 13%, тоді як у групі контролю не було виявлено жодного випадку даних операцій. При цьому в обстежених жінок контрольної групи статистично значуще частіше фіксували випадки кесарева розтину (33,3%) порівняно з пацієнтками з ГПЕ (14%) ($p = 0,008$).

ВИСНОВКИ

Отже, порівняльний аналіз основних клініко-анамнестичних характеристик жінок, у яких діагностовано гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) у перименопаузальний період, виявив наступні чинники ризику:

- екстрагенітальні захворювання, у тому числі хвороби ендокринної системи, хвороби системи кровообігу, захворювання органів травлення;

- супутні гінекологічні захворювання, у тому числі запальні процеси малого таза, дисплазія грудних залоз, гіперпластичні захворювання ендометрія і шийки матки, міома матки, а також перенесені гінекологічні операції – тубектомія, аднексектомія.

Також були виділені чинники ризику розвитку адемактозної гіперплазії ендометрія, до яких відносили пізній менархе і ранній початок статевого життя. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення тактики ведення жінок перименопаузального віку з ГПЕ.

Сведения об авторе

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. // Таврический медико-биологический вестник : 15 : 2 : 20–28.
2. Вдовиченко Ю.П., 2012. Сучасний менеджмент діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія: огляд літератури / Ю.П. Вдовиченко, О.В. Голяновський, І.В. Лопушан // Здоровье женщины: 9: 45–53.
3. Сидорова И.С., 2017. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности клиники и терапии // Врач : 3 : 40–42.
4. Чернуха Г.Е., 2018. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология : 4 : 11–16.
5. Amezcua C.A., 2017. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for endometrial hyperplasia.// USA. Gynecol-Oncol. : 79 (2) : 169–176.
6. Buckley C.H., 2018. Biopsy pathology of endometriun. NY:Arnold. : 126.
7. Eckert L.O, 2018. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome // Am. J. Obstet Gynecol : 186 (4): 690–5.

Статья поступила в редакцию 03.09.2019