

# Вплив надмірної маси тіла на тактику ведення жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія

Ю.М. Садигов

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** зниження частоти рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з надмірною масою тіла на основі удосконалення та впровадження алгоритму лікувально-профілактичних та прогностичних заходів.

**Матеріали та методи.** Проведені дослідження носили поетапний характер. Так, на I етапі було проведено аналіз клініко-анамнестичних, гормональних і метаболічних особливостей пацієнток репродуктивного віку з надмірною масою тіла та гіперпластичними процесами ендометрія – 1-а група (n=90), пацієнток з надмірною масою тіла, але без гіперпластичних процесів ендометрія – 2-а група (n=60).

На II етапі було проведено прогресивне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії гіперпластичних процесів ендометрія у 90 жінок репродуктивного віку з надмірною масою тіла (1-а група) агоністом гонадотропін-рилізінг-гормону (підгрупа 1.1, n=30), прогестином (підгрупа 1.2, n=30), естрогеном-гестагеним препаратом (підгрупа 1.3, n=30), що є досить потужним. На III етапі було виявлено фактори ризику неефективності лікування і рецидивного перебігу гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з ожирінням.

Метод покрокового дискримінантного аналізу (n=90): пацієнтки з рецидивуючим перебігом гіперпластичних процесів ендометрія (3-а група, n=40), пацієнтки без рецидиву гіперпластичних процесів ендометрія (4-а група, n=50).

**Результати.** Під час порівняльного оцінювання ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок із надмірною масою тіла було встановлено, що частота рецидивів через 24 міс спостерігається у 6,7% пацієнток після терапії а-GRG, в 46,7% хворих, що отримували норетистерон, у 63,3% жінок, пролікованих комбінованими оральними контрацептивами. Рівень вимушеного оперативного лікування (гістеректомія) становить 3,3% у жінок, які отримували а-GRG, 23,3% – у жінок, які приймали норетистерон та комбіновані оральні контрацептиви.

**Заклучення.** У жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія та надмірною масою тіла для лікування найбільш ефективним і безпечним щодо дії на метаболічні процеси і гормональний статус є застосування а-GRG. Використання норетистерону і комбінованих оральних контрацептивів можливо за відсутності виявлених чинників ризику.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, надмірна маса тіла, рецидиви.

Серед основної гінекологічної патології в репродуктивному періоді посідають гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) [2, 3]. Основними причинами розвитку різних варіантів ГПЕ є високий рівень дисгормональних порушень, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [4, 6].

На сьогодні надмірна маса тіла (НМТ) досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі екстрагенітальної патології аліментарне ожиріння та метаболічний синдром посідають одне з провідних місць [1, 11]. Серед широкого спектру причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, неправильне харчування, медико-соціальні причини тощо [7, 9].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій щодо проблемам ГПЕ та НМТ окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, а наявні по даній темі поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Усе зазначене вище є обґрунтуванням для проведення нашого наукового дослідження.

**Мета дослідження:** зниження частоти рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з надмірною масою тіла на основі удосконалення та впровадження алгоритму лікувально-профілактичних та прогностичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведені дослідження носили поетапний характер. Так, на I етапі було проведено аналіз клініко-анамнестичних, гормональних і метаболічних особливостей пацієнок репродуктивного віку з надмірною масою тіла (НМТ) та гіперпластичними процесами ендометрія (ГПЕ) – 1-а група (n=90), пацієнтки з НМТ, але без ГПЕ включені до 2-ї групи (n=60).

На II етапі було проведено прогресивне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії ГПЕ у 90 жінок репродуктивного віку з НМТ (1-а група) агоністом гонадотропін-рилізінг-гормону (підгрупа 1.1, n=30), прогестином (підгрупа 1.2, n=30), естроген-гестагеним препаратом (підгрупа 1.3, n=30) і значить, що це є досить потужним.

На III етапі було виявлено фактори ризику неефективності лікування і рецидивного перебігу ГПЕ у жінок репродуктивного віку з ожирінням. Метод покрокового дискримінантного аналізу (n=90): пацієнтки з рецидивуючим перебігом ГПЕ (3-я група, n=40), пацієнтки без рецидиву ГПЕ (4-а група, n=50).

До 1-ї групи увійшли 90 пацієнок

**Критерії включення у дослідження:** репродуктивний вік жінок, морфологічно верифікований діагноз ГПЕ (проста гіперплазія ендометрія без атипії), наявність НМТ (індекс мас тіла (ІМТ) більше 25,0 і менше 40,0 кг/м<sup>2</sup>).

*Критерії виключення з дослідження:* вік менше 18 і більше 45 років, атипова гіперплазія і рак ендометрія, морбідне ожиріння (ІМТ 40,0 і більше  $\text{кг}/\text{м}^2$ ), злоякісні новоутворення іншої локалізації.

До 2-ї групи увійшли 60 пацієнок.

*Критерії включення у дослідження:* репродуктивний вік жінок, наявність НМТ (ІМТ більше 25,0 і менше 40,0  $\text{кг}/\text{м}^2$ ).

*Критерії виключення з дослідження:* вік менше 18 і більше 45 років, - проліферативні захворювання ендометрія, морбідне ожиріння (ІМТ 40,0  $\text{кг}/\text{м}^2$  і більше), злоякісні новоутворення будь-якої локалізації.

На II етапі дослідження проводили проспективне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії ГПЕ у жінок репродуктивного віку з ожирінням агоністом гонадотропін-релізинг-гормону, прогестинном, естроген-гестагенні препаратом і оцінювали її вплив на стан гормонально-метаболического статусу. У дослідження включено 90 жінок – 1-а група.

*Критерії включення у дослідження:* репродуктивний вік жінок, морфологічно верифікований діагноз ГПЕ (проста гіперплазія ендометрія без атиpii), наявність НМТ (ІМТ більше 25,0 і менше 40,0  $\text{кг}/\text{м}^2$ ), бажання пацієнтки брати участь у дослідженні і дотримуватися протоколу.

*Критерії виключення з дослідження:* вік менше 18 і більше 45 років, атипова гіперплазія і рак ендометрія, морбідне ожиріння (ІМТ 40,0  $\text{кг}/\text{м}^2$  і більше), злоякісні новоутворення іншої локалізації, алкогольна та наркотична залежність, гіперпролактинемія, вагітність, лактація, важка артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гострий тромбоз або тромбоемболія, жовтуха, гострі захворювання печінки, ниркова недостатність, попередня терапія гормональними препаратами протягом 6 міс до включення у дане дослідження, участь в інших клінічних випробуваннях.

Рандомізацію проводили з використанням методу конвертів.

Пацієнткам 1.1 підгрупи ( $n=30$ ) призначали лікування агоністом гонадоліберину (а-ГнРГ у дозі 3,75 мг внутрішньом'язово 1 раз на добу, 28 днів).

Жінкам 1.2 підгрупи ( $n=30$ ) призначали гестаген (норетістерон) у дозі 10 мг на добу з 16-го по 25-й день циклу.

Пацієнткам 1.3 підгрупи ( $n=30$ ) призначали естроген-гестаген (30 мкг етиніле-страдіолу та 150 мкг дезогестрелу) в циклічному режимі 21/7.

Лікування у всіх підгрупах проводили протягом 6 міс. Крім того, всім пацієнткам рекомендовано базове лікування НМТ: раціональне харчування, збільшення фізичного навантаження, поведінкова терапія.

Проводили стандартне опитування із заповненням статистичної карти.

Гінекологічне дослідження включало оцінку скарг, гінекологічного статусу, аналіз менструальної і репродуктивної функцій. Для кількісної оцінки ступеня ожиріння розраховували ІМТ, виходячи зі зросто-вагових показників за формулою [1]:

$$ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{ріст (м}^2\text{)}$$

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2017) «Класифікації типів маси тіла по ІМТ», значення ІМТ до 25,0  $\text{кг}/\text{м}^2$  розцінювалось як норма, 25,0–29,9  $\text{кг}/\text{м}^2$  – надмірна маса тіла.

При НМТ I ступеня ІМТ становить 30,0–34,9  $\text{кг}/\text{м}^2$ , II (виражена НМТ) – 35,0–39,9  $\text{кг}/\text{м}^2$ , III (морбідне ожиріння) – понад 40,0  $\text{кг}/\text{м}^2$  [1].

Характер розподілу жирової тканини у пацієнок оцінювали за допомогою визначення співвідношення: окружність талії / окружність стегон (ОТ / ОС). Величина ОТ / ОС, що перевищує 0,80, свідчила про андройдний тип ожиріння [1].

Рівень глюкози у сироватці капілярної крові визначали після 12-годинного голодування і через 1 і 2 год після навантаження 75,0 г сухої глюкози, розчиненої в 250,0 мл води, на аналізаторі Express-550. Оцінювання результатів орально-глюкозо-толерантного тесту проводили відповідно до рекомендацій Експертного комітету з діагностики та класифікації цукрового діабету (2017) [8].

Визначення рівня загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС-ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) проводили на біохімічному багатоканальному аналізаторі Express-550 після 16-годинного голодування, також визначали холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС-ЛПНЩ) і коефіцієнт атерогенності (КА) [8]. При визначенні типу гіперліпідемії використовували класифікацію ВООЗ (2018).

Рівень фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину (Прл), естрадіолу (Е2), тестостерону (Т), дегідроепіандростерон-сульфату (ДЕА-с), кортизолу (К), глобуліну, що зв'язує статеві стероїди (ПССГ), інсуліну, лептину в сироватці крові досліджувався на 5–6-й день менструального циклу (МЦ) у жінок зі збереженим МЦ, рівень прогестерону (ПГ) оцінювали на 21–22-й день МЦ. Гормональні дослідження проводили імуноферментним методом (ІФА) з використанням стандартних наборів [8].

Визначення вмісту тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (Т3), тироксину (Т4) проводилося імунофлюоресцентним методом з використанням хемілюмінесцентного аналізатора [8].

Для оцінювання ступеня інсулінорезистентності використовували малу модель гомеостазу (Homeostasis Model Assessment-HOMA) з визначенням показника HOMA-IR, що побічно відбиває ступінь чутливості до інсуліну і обчислюється за формулою [8]:

$$\text{HOMA-1K} = \text{рівень глікемії натще (ммоль/л)} \times \text{рівень ІРІ натщесерце} / 22,5.$$

Стан порожнини і слизової оболонки матки оцінювали за допомогою ендоскопічної техніки фірми «Karl Storz» (Німеччина) за загальноприйнятою методикою, з використанням жорсткого 5 мм гістероскопу, з фотодокументуванням на цифровому відеопринтері системи «over coat», забезпеченим системою пам'яті, ділення і мультиформатності зображення, що дозволяло вносити у пам'ять до 16 відеофрагментів, з можливістю їх моментального виклику і порівняння з поточним зображенням реального часу [10].

Верифікація патології ендометрія ґрунтувалася на морфологічному принципі згідно з гістологічною класифікацією ГПЕ ВООЗ (2017) [5].

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-анамнестичні особливості ГПЕ оцінювали у 90 жінок з НМТ і ГПЕ (1-а група). Результати дослідження порівнювали з аналогічними клініко-анамнестичними даними у 60 пацієнток з НМТ без патологічних змін ендометрія (2-а група).

Під час порівняльного аналізу вікового розподілу статистично значущої відмінності показників між групами не виявлено. Вік жінок 1-ї групи становив  $35,4 \pm 3,1$  року, 2-ї групи –  $33,3 \pm 3,4$  року ( $p=0,083$ ).

Пацієнтки 1-ї групи мали статистично значуще більш високі показники маси тіла, ІМТ, окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС) щодо пацієнток 2-ї групи.

Достовірних відмінностей в обтяженій спадковості щодо ожиріння, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, злоякісних гормонально-залежних пухлин репродуктивної системи (рак ендометрія, рак яєчників, рак грудних залоз) по материнській лінії між групами не виявлено.

У структурі екстрагенітальних захворювань у пацієнток 1-ї групи порівняно з жінками 2-ї групи достовірно частіше зустрічалися есенціальна гіпертензія ( $p < 0,001$ ), хронічний гепатит ( $p = 0,001$ ), цукровий діабет ( $p = 0,024$ ), захворювання щитоподібної залози ( $p = 0,002$ ), при цьому менш часто спостерігалася захворюваність на хронічний бронхіт ( $p = 0,034$ ).

Вік менархе, середня тривалість менструації і менструального циклу (МЦ) між групами достовірно не розрізнялися. У більшості випадків у хворих з НМТ спостерігали порушення менструальної функції (ПМФ) (у 1-й групі – 96,7%, у 2-й групі – 93,3%). Серед ПМФ у пацієнток з НМТ переважали порушення ритму менструацій (у 1-й групі – 50,0%, у 2-й групі – 63,3%). У хворих з ГПЕ в 76,7% гіперполіменорею виявляли достовірно частіше, ніж у групі порівняння ( $p < 0,001$ ). У 6,7% пацієнток 1-ї групи ГПЕ реєстрували на тлі аменореї і у 6,52% жінок – олігоменореї.

Під час ретроспективного аналізу репродуктивної функції у жінок із НМТ без ГПЕ зареєстровано достовірно меншу кількість вагітностей на одну жінку ( $p = 0,027$ ). Статистично значущих відмінностей у кількості пологів, абортів, частоті і структурі безпліддя між пацієнтками 1-ї та 2-ї груп не виявлено. Хворі з НМТ частіше страждали вторинним безпліддям: у 1-й групі – 43,3%, у 2-й групі – 40,0%. Виявлено достовірні відмінності в тривалості безпліддя:  $6,1 \pm 0,5$  року у хворих з ГПЕ порівняно з жінками без патології ендометрія ( $3,7 \pm 0,4$  року;  $p = 0,009$ ).

У пацієнток 1-ї групи частіше діагностували запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) ( $p = 0,006$ ) і міому матки ( $p = 0,011$ ).

У пацієнток 1-ї групи при порівняльному аналізі залежно від варіанту гормональної терапії вікового розподілу статистично значущої відмінності між підгрупами не виявлено. Середній вік пацієнток 1.1 підгрупи становив  $35,4 \pm 3,5$  року, 1.2 підгрупи –  $36,7 \pm 3,6$  року, 1.3 підгрупи –  $33,6 \pm 3,1$  років ( $p > 0,05$ ).

Не встановлено статистично значущих відмінностей щодо маси тіла, ІМТ, ОТ, ОС, ОТ / ОС у пацієнток 1.1; 1.2 та 1.3 підгруп ( $p > 0,05$ ).

Під час порівняльного аналізу спадкової навантаженості, структури екстрагенітальних захворювань, а також тривалості ожиріння й артеріальної гіпертензії достовірних відмінностей між підгрупами не виявлено.

Отже, порівняльна характеристика анамнестичних даних соматичного та гінекологічного статусу обстежених жінок продемонструвала, що хворі з НМТ і ГПЕ щодо жінок з НМТ без патології ендометрія мали достовірно більші значення ІМТ, переважно абдомінальний характер розподілу жирової тканини, високу частоту екстрагенітальних захворювань (захворювання щитоподібної залози, гепатобіліарної системи, цукровий діабет, есенціальна гіпертензія), запальних захворювань статевих органів і міоми матки, більшу тривалість безпліддя.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки репродуктивного віку з ГПЕ та НМТ характеризуються високими значеннями індексу маси тіла ( $36,3 \pm 3,8$ ); переважним (80,0%) абдомінальним характером розподілу жирової тканини; значною частотою екстрагенітальних захворювань (есенціальна гіпертензія – 60,0%; патологія гепатобіліарної системи – 23,3%; захворювання щитоподібної залози – 16,7% та цукровий діабет – 10,0%), а також запальних захворювань статевих органів (73,3%) та міоми матки (23,3%).

Ендокринологічний статус жінок репродуктивного віку із ГПЕ та НМТ характеризується підвищеним рівнем естрадіолу, тестостерону, лептину та інсуліну при одночасному зниженні вмісту прогестерону, глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, та незмінному рівні кортизолу та дегідроепіандростерон-сульфату.

У жінок репродуктивного віку з ГПЕ та НМТ встановлені статистично значущі кореляційні залежності між вмістом статевих стероїдів (естрадіол, тестостерон, прогестерон), рівнем гормонів, що регулюють харчову поведінку і метаболізмом, а також рівнем ліпідів у сироватці крові. Це свідчить про можливу роль тривалості НМТ, а також його ступеня тяжкості на формування гіперестрадіолемії, гіпертестостеронемії, гіпопрогестеронемії, зниження рівня глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, посилення метаболічних порушень (гіперглікемії, дисліпідемія).

Встановлені кореляційні залежності у жінок репродуктивного віку з рецидивуючою гіперплазією ендометрія і надлишковою масою тіла між тривалістю захворювання і рівнем глікемії, вмістом естрадіолу, лептину, інсуліну, холестерину ліпопротеїдів низької щільності в порівнянні з жінками без рецидиву гіперплазії ендометрія підтверджують негативний вплив метаболічних порушень на ризик рецидиву захворювання.

З метою прогнозування ефективності лікування ГПЕ у жінок репродуктивного віку із НМТ необхідно враховувати найбільш значимі чинники ризику неефективності терапії і рецидивуючого перебігу (таблиця 1).

### Чинники ризику неефективності терапії і рецидивуючого перебігу

Фактор	F-статистика	P
Значення ОТ/ОС > 0,92	30,698	0,001
Гіперглікемія > 5,7 ммоль/л	21,371	0,001
Тривалість безпліддя > 10	12,498	0,004
Гіперлептинемія > 50 нг/мл	4,701	0,049
Рівень тестостерону > 2,5	4,461	0,059
Тривалість ожиріння > 10	2,839	0,121
Рівень ХС-ЛПВЩ < 1,2	1,832	0,204
Відсутність пологів	1,831	0,205
Рівень естрадіолу > 77 пг/мл	1,799	0,208
Рівень ТГ > 1,7 ммоль/л	1,087	0,318
Значення КА > 4,0	0,005	0,955

Порівняльне оцінювання ефективності лікування ГПЕ у жінок із НМТ засвідчило, що частота рецидивів через 24 міс спостерігається у 6,7% пацієток після терапії а-ГнРГ, у 46,7% хворих, що отримували норетистерон, у 63,3% жінок, пролікованих комбінованими оральними контрацептивами. Рівень вимушеного оперативного лікування (гістеректомія) становить 3,3% у жінок, які отримували а-ГнРГ та 23,3% – у пацієток, які вживали норетистерон та комбіновані оральні контрацептиви.

### ВИСНОВКИ

У жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія та надмірною масою тіла для лікування найбільш ефективним і безпечним щодо дії на метаболічні процеси і гормональний статус є застосування а-ГнРГ. Використання норетистерону і комбінованих оральних контрацептивів можливо за відсутності виявлених чинників ризику.

## Влияние избыточной массы тела на тактику ведения женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия

*Ю.М. Садыгов*

**Цель исследования:** снижение частоты рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела на основе усовершенствования и внедрения алгоритма лечебно-профилактических и прогностических мероприятий.

**Материалы и методы.** Проведенные исследования носили поэтапный характер. Так, на I этапе был проведен анализ клинико-анамнестических, гормональных и метаболических особенностей пациенток репродуктивного возраста с избыточной массой тела и гиперпластическими процессами эндометрия – 1-я группа (n=90), пациентки с избыточной массой тела, но без гиперпластических процессов эндометрия вошли во 2-ю группу (n=60).

На II этапе было проведено прогрессивное рандомизированное открытое сравнительное исследование эффективности гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия у 90 женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела (1-я группа) агонистом гонадотропин-рилизинг-гормона (подгруппа 1.1, n=30), прогестинном (подгруппа 1.2, n=30), эстроген-гестагенным препаратом (подгруппа 1.3, n=30), что является достаточно мощным.

На III этапе были обнаружены факторы риска неэффективности лечения и рецидивного течения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с ожирением. Метод пошагового дискриминантного анализа (n=90): пациентки с рецидивирующим ходом гиперпластических процессов эндометрия (3-я группа, n=40), пациентки без рецидива гиперпластических процессов эндометрия (4-я группа, n=50).

**Результаты.** При сравнительной оценке эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с избыточной массой тела было установлено, что частота рецидивов через 24 мес отмечается у 6,7% пациенток после терапии а-GRG, у 46,7% больных, которые получали норэтистерон, и у 63,3% женщин, пролеченных комбинированными оральными контрацептивами. Уровень вынужденного оперативного лечения (гистерэктомия) составляет 3,3% у женщин, которые получали а-GRG и 23,3% – у пациенток, которые принимали норэтистерон и комбинированные оральные контрацептивы.

**Заключение.** У женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия и избыточной массой тела для лечения наиболее эффективным и безопасным относительно действия на метаболические процессы и гормональный статус является применение а-GRG. Использование норэтистерона и комбинированных оральных контрацептивов возможно при отсутствии обнаруженных факторов риска.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, избыточная масса тела, рецидивы.

## Influence of excess body weight on tactics of maintaining women of reproductive age with hyperplastic processes an endometrium.

*Yu.M. Sadugov*

**The objective:** decline of frequency of relapses of hyperplastic processes of endometrium for the women of reproductive age with surplus mass of body on the basis of improvement and introduction of algorithm of treatment-and-prophylactis and prognostic measures.

**Materials and methods.** The conducted researches carried stage-by-stage character. So, on I stage the analysis of clinical – anamnestic, hormonal and metabolic features of patients of reproductive age with surplus mass of body and hyperplastic processes of endometrium is a 1 group (n=90), patients with surplus mass of body, but without the hyperplastic processes of endometrium – 2 group (n=60). On II stage progressive, randomized, opened, comparative research of efficiency of hormonotherapy of hyperplastic processes of endometrium was conducted in 90 women of reproductive age with surplus mass of body (1 group) by the agonist of gonadotropin-releasing hormone (sub-group of 1.1, n=30), progestine (sub-group of 1.2, n=30), by estrogen-gestagenic preparation (sub-group of 1.3, n=30) and means that it is powerful enough. On III stage were found out the factors of risk



of ineffectiveness of treatment and recurrent flow of hyperplastic processes of endometrium for the women of reproductive age with obesity.

Method of incremental discriminant analysis (n=90): patients with recurrent motion of hyperplastic processes of endometrium (3 group of, n=40), patients without the relapse of hyperplastic processes of endometrium (4 group of, n=50).

**Results.** At the comparative estimation of efficiency of treatment of hyperplastic processes of endometrium for women it was set with surplus mass of body, that frequency of relapses in 24 months takes place for 6,7% patients after therapy of a-GRG, at 46,7% patients which got norethisterone, and for 63,3% women, treated the combined oral contraceptives. A level of the forced operative treatment (hysterectomy) is 3,3% for women which got a-GRG and 23,3% – norethisterone and combined oral contraceptives.

**Conclusion.** For the women of reproductive age with the hyperplastic processes of endometrium and surplus mass of body for treatment most effective and safe in relation to operating there is application of a-GRG on metabolic processes and hormonal status. The use of norethisterone and combined oral contraceptives is possibly in default of found out the factors of risk.

**Keywords:** *hyperplastic processes of endometrium, surplus mass of body, relapses.*

### Відомості про автора

**Садигов Юрій Мехдійович** – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

### Сведения об авторе

**Садигов Юрій Мехдиевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

### Information about the authors

**Sadugov Yurii M.** – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9, Dorohozhytska Str.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Belyakov NA. A metabolic syndrome at women: SPb: MAPO, 2015. 438 pages.
2. Bieniuk WA, Shcherba of EA. A vagina microecosystem at women of genesial age and correction methods. Health of the woman. 2017; 8:44–50.
3. Bulavenko of OV, Dzis of NP, Fuhrman OV. Treatment of hyperplastic processes an endometriya at women of late genesial age with an excess weight. Reproductive health. Eastern Europe. 2015; 3:124–30.
4. Zhabchenko IA, Syudmak OR, Kovalenko TM. An obesity at women as the reason of genesial problems. Health of the woman. 2017; 10:34–8.
5. Zadorozhny TD, Podolsk W, Eshchenko of OI, Archakova of TN, Kilikhevich of CM, Parnitsky OI, etc. Morphological and immunohistochemical features of onkomarker in placental barrier. Patology. 2012; 1:38–41.
6. Kaminsky W, Sumenko of W, Bondaruk of OYa, OI Hook. A role of mikst-infections at pathological processes of glandular epithelium of genitals. Health of the woman. 2019; 8(144):58–63.
7. Makarchuk OM, Abdulbaset Moslem Abdulrahman. Features of a course of hyperplastic processes of a uterus at women with an obesity. Galitsky medical messenger. 2016; 23(3):58–60.
8. Nazarenko GUI, Kishkun AA. Clinical assessment of results of laboratory researches. M.: Medicine, 2016. 540 pages.
9. Pirogova VEE, City MV, Kishakevich IT. Efficiency of application бусерелина in treatment of good-quality tumoral and hyperplastic processes of female genesial system. Health of the woman. 2016; 1(25):134–6.
10. Rozhkovska NN. To a question of optimum tactics of maintaining patients with polyps an endometriya. Odessa medical magazine. 2018; 2:49–50.
11. Tatarchuk of TF, Kosy NV, Reged XI, Tutchenko of TM, Glamazda MI. A role of disturbances of genesial health in development of a metabolic syndrome in women. Magazine of National academy of medical sciences of Ukraine. 2019; 25(1):77–87.

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice