

# Соматический статус пациенток с разными формами патологии эндометрия в поздний репродуктивный период и период пременопаузы

С.М. Корниенко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

**Цель исследования:** изучение взаимосвязи экстрагенитальной патологии и патологии эндометрия (ПЭ) у женщин в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды. **Материалы и методы.** В наблюдательное кросс-секционное исследование методом сплошной выборки были включены 325 женщин 35–55 лет, средний возраст –  $41,1 \pm 0,27$  года, с различными видами патологии эндометрия. Обследование включало изучение жалоб, данных анамнеза, полное физикальное и гистероскопическое исследования.

**Результаты.** На основании полученных данных сделан вывод о достаточно высокой распространенности соматических заболеваний у женщин с ПЭ в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды. Почти в  $3/4$  случаев, рассмотренных в данном исследовании, диагностировали, по крайней мере, одно из экстрагенитальных заболеваний. Кроме того, часто наблюдалась сочетанная патология: у трети пациенток выявляли два-три экстрагенитальных заболевания, а у каждой девятой – четыре или более экстрагенитальных заболеваний. Причем сочетание экстрагенитальных заболеваний ассоциировалось, скорее, с гиперплазией эндометрия, нежели с эндометритом, полипами эндометрия или синехиями, а при гиперплазии с атипией их диагностировали в 2,2 раза чаще, чем при других формах ПЭ. В структуре коморбидных генитальных факторов, связанных с повышенной соматической заболеваемостью, безусловно, доминировали миома матки и кисты яичников. Именно в отношении миомы матки выявлено наибольшее количество значимых связей.

**Заключение.** Высокая ассоциативность экстрагенитальных предикторов и маточной патологии в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды свидетельствует о необходимости смены парадигмы фрагментированного лечения, сосредоточенной на основном заболевании и легко упускающей из виду существенное влияние сопутствующей патологии на общее здоровье и качество жизни пациентки.

**Ключевые слова:** патология эндометрия, поздний репродуктивный период, пременопауза, экстрагенитальные заболевания.

Поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды ассоциируют с системной биологической трансформацией женского организма, снижением и последовательным исключением функций яичников. На этом фоне происходит переадресация центральной вегетативной нервной системы, функционировавшей в течение нескольких десятков лет в режиме циклического синтеза половых гормонов, манифестируют вегетососудистые и психоэмоциональные нарушения, ухудшается общее состояние здоровья, повышается риск развития внутриматочной патологии [4, 6]. Нарастающий дефицит женских половых гормонов, относительное повышение андрогенных влияний, увеличение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы приводит к развитию инсулинорезистентности, висцерального ожирения, метаболических нарушений, дисфункции эндотелия и артериальной гипертензии [6, 10].

Предыдущие исследования показали, что отягощенность патологии эндометрия (ПЭ) соматическими заболеваниями в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды значительно ухудшает качество жизни женщин, существенно ограничивает их социальную и повседневную жизнедеятельность [1].

При патологических процессах эндометрия экстрагенитальные заболевания (ЭЗ) зачастую служат предикторами комплексной гиперплазии и рака эндометрия [2, 3, 5, 7–10]. К тому же коморбидность помимо того, что создает условия для взаимного отягощения, еще и существенно ограничивает внешнюю валидность результатов исследований конкретного заболевания, затрудняя тем самым разработку новых схем лечения.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь экстрагенитальной патологии и ПЭ у женщин в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В наблюдательное кросс-секционное исследование методом сплошной выборки были включены 325 женщин 35–55 лет, средний возраст –  $41,1 \pm 0,27$  года, с различными видами ПЭ. Обследование включало изучение жалоб, данных анамнеза, полное физикальное и гистероскопическое исследования.

По результатам гистероскопического обследования и последующего гистологического исследования полип эндометрия был выявлен у 192 (59,1%), гиперплазия эндометрия – у 99 (30,5%), хронический эндометрит – у 113 (34,8%), синехии – у 20 (6,2%), простая гиперплазия с атипией – у 7 (2,2%) пациенток.

Были построены перекрестные таблицы соматической и гинекологической патологии обследованных женщин. При статистической обработке данных использовали критерий Манна–Уитни,  $\chi^2$ -тест и точный критерий Фишера.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Соматические заболевания отягощали анамнез 232 (71,4%) женщин с ПЭ. Патологию пищеварительного тракта отмечали у 95 (29,2%), в том числе заболевания печени – у 71 (21,8%). Тонзиллиты диагностировали у 33 (10,2%) пациенток, заболевания сердца – у 24 (7,4%), заболевания почек – у 15 (4,6%), гипертоническую болезнь – у 17 (5,2%), ожирение – у 57 (17,5%), патологию щитовидной железы – у 42 (12,9%), патологию грудной железы – у 39 (12,0%), железодефицитную анемию – у 19 (5,8%), варикозную болезнь – у 10 (3,1%), аллергические реакции – у 56 (17,2%). Заболевания нервной системы были диагностированы у 53 (16,3%) пациенток, вегетососудистая дистония – у 34 (10,5%). Различные соматические операции перенесли 112 (34,5%) женщин, черепно-мозговые травмы – 9 (2,8%).

В среднем на одну пациентку с ПЭ приходилось  $1,5 \pm 0,08$  соматических заболеваний ( $Me=1$ ;  $IQR=2$ ). Изучение ЭЗ при различной генитальной патологии показало, что в группах с полипами эндометрия и хроническим эндометритом их число было несколько ниже, чем в референтных выборках,

Количество экстрагенитальных заболеваний в зависимости от вида патологии матки и придатков

Генитальное заболевание		M±m	Me (Q <sub>1</sub> – Q <sub>3</sub> )
Полип эндометрия	Нет, n=133	1,6±0,12	1 (1-2)
	Есть, n=192	1,4±0,10	1 (0-2)
Гиперплазия эндометрия ***	Нет, n=226	1,3±0,08	1 (0-2)
	Есть, n=99	2,0±0,15	2 (1-3)
Хронический эндометрит	Нет, n=212	1,5±0,10	1 (0-2)
	Есть, n=113	1,4±0,12	1 (0-2)
Синехии *	Нет, n=305	1,5±0,08	1 (0-2)
	Есть, n=20	0,9±0,22	1 (0-1)
Простая гиперплазия с атипией *	Нет, n=318	1,4±0,08	1 (0-2)
	Есть, n=7	2,3±0,36	2 (2-3)
Миома матки ***	Нет, n=215	1,3±0,09	1 (0-2)
	Есть, n=110	1,9±0,14	2 (1-3)
Эндометриозная болезнь	Нет, n=261	1,4±0,09	1 (0-2)
	Есть, n=64	1,7±0,17	2 (1-2)
Киста яичника **	Нет, n=298	1,4±0,08	1 (0-2)
	Есть, n=27	2,2±0,28	2 (1-3)
Хронический двухсторонний аднексит	Нет, n=307	1,5±0,08	1 (0-2)
	Есть, n=18	0,9±0,20	1 (0-2)
Патология шейки матки	Нет, n=285	1,5±0,08	1 (0-2)
	Есть, n=40	1,7±0,24	1,5 (0,3-2,8)
Сочетанная внутриматочная патология ***	Нет, n=167	1,3±0,11	1 (0-2)
	Есть, n=158	1,7±0,11	2 (1-2)

Примечание: \*, \*\*, \*\*\* – значимое отличие от референтной выборки для p<0,05, p<0,01 и p<0,001 соответственно (использован критерий Манна–Уитни).

однако различие не было значимым (p>0,05; табл. 1). Среднее число ЭЗ при гиперплазии эндометрия в 1,5 раза превосходило уровень референтной выборки (p<0,001); при простой гиперплазии с атипией – в 1,6 раза (p<0,001); а у пациенток с синехиями было ниже в 1,8 раза (p<0,03).

При наличии миомы матки среднее количество экстрагенитальных заболеваний было выше в 1,4 раза (p<0,001); при наличии сочетанной внутриматочной патологии – в 1,3 раза (p<0,001); при наличии кист яичников – в 1,5 раза (p<0,006) по сравнению с референтными выборками. Показатели при эндометриозе, двухстороннем хроническом аднексите и патологии шейки матки значимо не отличались от значений референтных групп (p>0,05).

Как показал анализ распределений (рисунок), не менее четырех соматических заболеваний было диагностировано у 18,5% женщин при наличии кист яичников, у 18,2% – при наличии гиперплазии эндометрия, у 17,5% – при наличии патологии шейки матки, у 17,3% – при наличии миомы матки. Наибольший процент пациенток без соматической патологии наблюдался в группах с синехиями и двухсторонним хроническим аднекситом. В сторону повышенной соматической заболеваемости были статистически значимо смещены распределения при гиперплазии эндометрия (p<0,002), сочетанной внутриматочной патологии (p<0,002), миоме матки (p<0,009), кистах яичников (p<0,009) и простой гиперплазии с атипией (p<0,05); в сторону пониженной заболеваемости – при синехиях матки (p<0,04).

Изучение нозологической специфики коморбидных состояний показало, что частота заболеваний пищеварительной системы в выборках с различными видами ПЭ была сопоставимой (табл. 2). Конечно, эти заболевания при простой гиперплазии с атипией отмечались в 3,8 раза чаще, чем в группе с синехиями, и в 2,1 раза чаще, чем при гиперплазии или эндометрите. Однако ввиду малочисленности выборки с атипией значимое различие получено только при ее сопоставлении с выборкой синехий (p<0,03), а при сравнении с группами ги-

перплазии и эндометрита отличие уже было ниже уровня значимости (p>0,05). Естественно, что и показатель всей референтной выборки хотя и был вдвое ниже такового в выборке с атипией, но значимого отличия не достиг (p>0,05).

Аналогичные тенденции отмечены в отношении частоты заболеваний печени. Несмотря на то что при простой гиперплазии с атипией она превышала значение в группе с синех-



Примечание: \*, \*\* – значимое отличие от референтной выборки при отмеченной патологии соответственно для p<0,05 и p<0,001 использован χ<sup>2</sup>-тест и точный критерий Фишера.

Распределение числа экстрагенитальных заболеваний в зависимости от вида генитальной патологии, %

Перекрестная таблица ПЭ и экстрагенитальных заболеваний, n (%)

Экстрагенитальные заболевания	Полип эндометрия		Гиперплазия эндометрия		Хронический эндометрит		Синехии		Простая гиперплазия с атипией	
	Нет, n=133	Есть, n=192	Нет, n=226	Есть, n=99	Нет, n=212	Есть, n=113	Нет, n=305	Есть, n=20	Нет, n=318	Есть, n=7
Патология пищеварительной системы, в том числе заболевания печени	35 (26,3) 27 (20,3)	60 (31,3) 44 (22,9)	68 (30,1) 53 (23,5)	27 (27,3) 18 (18,2)	64 (30,2) 48 (22,6)	31 (27,4) 23 (20,4)	92 (30,2) 68 (22,3)	3 (15,0) 3 (15,0)	91 (28,6) 68 (21,4)	4 (57,1) 3 (42,9)
Ожирение	33 (24,8)	24 (12,5)**	34 (15,0)	23 (23,2)	29 (13,7)	28 (24,8)*	53 (17,4)	4 (20,0)	54 (17,0)	3 (42,9)
Гипертоническая болезнь	8 (6,0)	9 (4,7)	7 (3,1)	10 (10,1)	12 (5,7)	5 (4,4)	17 (5,6)	0 (0,0)	17 (5,3)	0 (0,0)
Кардиальная патология	11 (8,3)	13 (6,8)	10 (4,4)	14 (14,1)**	17 (8,0)	7 (6,2)	24 (7,9)	0 (0,0)	24 (7,5)	0 (0,0)
Тонзиллит	17 (12,8)	16 (8,3)	17 (7,5)	16 (16,2)*	24 (11,3)	9 (8,0)	32 (10,5)	1 (5,0)	32 (10,1)	1 (14,3)
Патология почек	5 (3,8)	10 (5,2)	5 (2,2)	10 (10,1)**	12 (5,7)	3 (2,7)	15 (4,9)	0 (0,0)	15 (4,7)	0 (0,0)
Патология щитовидной железы	18 (13,5)	24 (12,5)	29 (12,8)	13 (13,1)	30 (14,2)	12 (10,6)	40 (13,1)	2 (10,0)	40 (12,6)	2 (28,6)
Железодефицитная анемия	11 (8,3)	8 (4,2)	8 (3,5)	11 (11,1)	11 (5,2)	8 (7,1)	19 (6,2)	0 (0,0)	19 (6,0)	0 (0,0)
Варикозная болезнь	5 (3,8)	5 (2,6)	6 (2,7)	4 (4,0)	7 (3,3)	3 (2,7)	10 (3,3)	0 (0,0)	9 (2,8)	1 (14,3)
Черепно-мозговая травма	2 (1,5)	7 (3,6)	5 (2,2)	4 (4,0)	7 (3,3)	2 (1,8)	9 (3,0)	0 (0,0)	9 (2,8)	0 (0,0)
Вегетосудистая дистония	12 (9,0)	22 (11,5)	20 (8,8)	14 (14,1)	23 (10,8)	11 (9,7)	34 (11,1)	0 (0,0)	33 (10,4)	1 (14,3)
Аллергические реакции	20 (15,0)	36 (18,8)	37 (16,4)	19 (19,2)	41 (19,3)	15 (13,3)	52 (17,0)	4 (20,0)	55 (17,3)	1 (14,3)
Патология грудной железы	20 (15,0)	19 (9,9)	25 (11,1)	14 (14,1)	23 (10,8)	16 (14,2)	37 (12,1)	2 (10,0)	36 (11,3)	3 (42,9)*
Патология нервной системы	16 (12,0)	37 (19,3)	34 (15,0)	19 (19,2)	43 (20,3)	10 (8,8)**	51 (16,7)	2 (10,0)	51 (16,0)	2 (28,6)
Оперативные вмешательства	46 (34,6)	66 (34,4)	73 (32,3)	39 (39,4)	74 (34,9)	38 (33,6)	110 (36,1)	2 (10,0)	108 (34,0)	4 (57,1)

Примечание. \* \*\* – Значимое отличие от референтной выборки соответственно для  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$  (использован  $\chi^2$ -тест и точный критерий Фишера).

хиями в 2,9 раза, а в группе с гиперплазией – в 2,4 раза, различие было статистически не значимым ( $p > 0,05$ ).

В этой части исследования наиболее интересную специфику демонстрировало распределение частоты ожирения. При хроническом эндометрите его выявляли в 1,8 раза чаще, чем при прочих формах ПЭ ( $p < 0,02$ ), а при полипах – вдвое реже, чем в референтной выборке ( $p < 0,003$ ). У пациенток с атипией ожирение диагностировали в 3,4 раза чаще, чем в группе с полипами ( $p < 0,03$ ).

Удельный вес гипертонической болезни в выборках с различными видами ПЭ был приблизительно одинаков ( $p > 0,05$ ).

Кардиальная патология, нефропатии и тонзиллиты более всего ассоциировались с гиперплазией эндометрия. У женщин с данной ПЭ заболевания сердца диагностировали в 3,2 раза чаще ( $p < 0,003$ ), патологию почек – в 4,6 раза чаще ( $p < 0,004$ ), а тонзиллиты – в 2,1 раза чаще ( $p < 0,05$ ), чем в референтных группах.

Показатели заболеваний щитовидной железы, железодефицитной анемии, варикоза, черепно-мозговых травм, вегетосудистой дистонии и аллергий имели статистически гомогенное распределение в анализируемых выборках.

Частота патологии грудной железы на фоне простой гиперплазии с атипией в 3,8 раза превосходила аналогичный показатель при прочих ПЭ ( $p < 0,04$ ). Заболевания грудной железы у женщин с полипами эндометрия выявляли в 4,3 раза реже ( $p < 0,007$ ), у женщин с гиперплазией – в 3,0 раза реже ( $p < 0,05$ ), у женщин с хроническим эндометритом – в 3,0 раза реже ( $p < 0,05$ ).

Заболевания нервной системы в группе хронического эндометрита отмечали в 2,3 раза реже ( $p < 0,008$ ), чем в рефе-

рентной выборке. В группе с полипами эндометрия показатель был выше в 2,2 раза ( $p < 0,02$ ), в группе с гиперплазией эндометрия – был выше в 2,2 раза ( $p < 0,03$ ).

Экстрагенитальные операции в группах с различной ПЭ отмечали с приблизительно одинаковой частотой.

Далее были изучены перекрестные данные соматической и генитальной патологии (табл. 3).

Какой-либо выраженной специфики в отношении частоты заболеваний пищеварительного тракта и, в том числе, заболеваний печени выявлено не было ( $p > 0,05$ ). И даже на уровне парных сравнений групп с генитальной патологией не было выявлено значимых различий. Так, на фоне хронического аднексита патология пищеварительной системы отмечалась в 2,4 раза реже, нежели при кистах яичников, однако уровень значимости был менее 0,09.

Ожирение, гипертоническая болезнь и патология сердца были более характерны для выборки с миомой матки. У этих женщин ожирение диагностировали в 1,9 раза чаще ( $p < 0,007$ ), гипертоническую болезнь – в 2,8 раза чаще ( $p < 0,03$ ), а кардиальную патологию – в 2,7 раза чаще ( $p < 0,009$ ), чем при любой другой генитальной патологии.

Частота тонзиллитов, нефропатий, варикоза, черепно-мозговых травм и аллергии не имела статистически значимой зависимости от вида сопутствующей генитальной патологии ( $p > 0,05$ ).

Патология щитовидной железы тесно ассоциировалась с кистами яичников и патологией шейки матки: ее выявляли соответственно в 2,6 раза ( $p < 0,02$ ) и в 2,2 раза ( $p < 0,02$ ) чаще, чем в референтных выборках.

Перекрестная таблица экстрагенитальной патологии и генитальных заболеваний, сопутствующих ПЭ, n (%)

Экстрагенитальные заболевания	Миома матки		Эндометриоз		Киста яичника		Хронический двухсторонний аднексит		Патология шейки матки		Сочетанная внутриматочная патология	
	Нет, n=215	Есть, n=110	Нет, n=261	Есть, n=64	Нет, n=298	Есть, n=27	Нет, n=307	Есть, n=18	Нет, n=285	Есть, n=40	Нет, n=167	Есть, n=158
Патология пищеварительного тракта, в том числе печени	59 (27,4) 44 (20,5)	36 (32,7) 27 (24,5)	75 (28,7) 58 (22,2)	20 (31,3) 13 (20,3)	84 (28,2) 67 (22,5)	11 (40,7) 4 (14,8)	92 (30,0) 69 (22,5)	3 (16,7) 2 (11,1)	81 (28,4) 63 (22,1)	14 (35,0) 8 (20,0)	45 (26,9) 37 (22,2)	50 (31,6) 34 (21,5)
Ожирение	29 (13,5)	28 (25,5)**	46 (17,6)	11 (17,2)	52 (17,4)	5 (18,5)	53 (17,3)	4 (22,2)	52 (18,2)	5 (12,5)	26 (15,6)	31 (19,6)
Гипертоническая болезнь	7 (3,3)	10 (9,1)*	14 (5,4)	3 (4,7)	15 (5,0)	2 (7,4)	17 (5,5)	0 (0,0)	15 (5,3)	2 (5,0)	5 (3,0)	12 (7,6)
Кардиальная патология	10 (4,7)	14 (12,7)**	20 (7,7)	4 (6,3)	22 (7,4)	2 (7,4)	24 (7,8)	0 (0,0)	22 (7,7)	2 (5,0)	11 (6,6)	13 (8,2)
Тонзиллит	20 (9,3)	13 (11,8)	24 (9,2)	9 (14,1)	28 (9,4)	5 (18,5)	32 (10,4)	1 (5,6)	29 (10,2)	4 (10,0)	18 (10,8)	15 (9,5)
Патология почек	8 (3,7)	7 (6,4)	13 (5,0)	2 (3,1)	14 (4,7)	1 (3,7)	14 (4,6)	1 (5,6)	13 (4,6)	2 (5,0)	7 (4,2)	8 (5,1)
Патология щитовидной железы	26 (12,1)	16 (14,5)	32 (12,3)	10 (15,6)	34 (11,4)	8 (29,6)*	41 (13,4)	1 (5,6)	32 (11,2)	10 (25,0)*	20 (12,0)	22 (13,9)
Железодефицитная анемия	8 (3,7)	11 (10,0)*	14 (5,4)	5 (7,8)	13 (4,4)	6 (22,2)**	19 (6,2)	0 (0,0)	15 (5,3)	4 (10,0)	7 (4,2)	12 (7,6)
Варикоз	5 (2,3)	5 (4,5)	8 (3,1)	2 (3,1)	9 (3,0)	1 (3,7)	10 (3,3)	0 (0,0)	8 (2,8)	2 (5,0)	3 (1,8)	7 (4,4)
Черепно-мозговая травма	5 (2,3)	4 (3,6)	6 (2,3)	3 (4,7)	8 (2,7)	1 (3,7)	9 (2,9)	0 (0,0)	7 (2,5)	2 (5,0)	2 (1,2)	7 (4,4)
Вегетососудистая дистония	17 (7,9)	17 (15,5)*	28 (10,7)	6 (9,4)	29 (9,7)	5 (18,5)	33 (10,7)	1 (5,6)	29 (10,2)	5 (12,5)	16 (9,6)	18 (11,4)
Аллергические реакции	37 (17,2)	19 (17,3)	40 (15,3)	16 (25,0)	51 (17,1)	5 (18,5)	53 (17,3)	3 (16,7)	45 (15,8)	11 (27,5)	26 (15,6)	30 (19,0)
Патология грудной железы	25 (11,6)	14 (12,7)	27 (10,3)	12 (18,8)	33 (11,1)	6 (22,2)	38 (12,4)	1 (5,6)	36 (12,6)	3 (7,5)	14 (8,4)	25 (15,8)*
Патология нервной системы	27 (12,6)	26 (23,6)**	45 (17,2)	8 (12,5)	51 (17,1)	2 (7,4)	49 (16,0)	4 (22,2)	41 (14,4)	12 (30,0)*	18 (10,8)	35 (22,2)**
Оперативные вмешательства	76 (35,3)	36 (32,7)	82 (31,4)	30 (46,9)*	101 (33,9)	11 (40,7)	106 (34,5)	6 (33,3)	97 (34)	15 (37,5)	51 (30,5)	61 (38,6)

Примечание. \* \*\* – Значимое отличие от референтной выборки соответственно для  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$  (использован  $\chi^2$ -тест и точный критерий Фишера).

Железодефицитную анемию чаще диагностировали у пациенток с кистами яичников (в 5,1 раза выше заболеваемости в референтной группе;  $p < 0,003$ ) и миомой матки (в 2,7 раза выше заболеваемости в референтной группе;  $p < 0,03$ ).

У женщин с миомой матки вдвое чаще, чем при другой сопутствующей генитальной патологии, выявляли вегетососудистую дистонию ( $p < 0,03$ ).

Частота заболеваний грудной железы при сочетанной внутриматочной патологии в 1,9 раза превосходила показатель референтной группы ( $p < 0,04$ ).

Заболевания нервной системы чаще выявляли на фоне сочетанной внутриматочной патологии (в 2,1 раза чаще, чем в референтной группе;  $p < 0,006$ ), миомы матки (в 1,9 раза чаще, чем в референтной группе;  $p < 0,01$ ) и патологии шейки матки (в 2,6 раза чаще, чем в референтной группе;  $p < 0,02$ ).

Различные оперативные вмешательства существенно чаще отягощали соматический анамнез пациенток с эндометриозом ( $p < 0,02$ ).

Итак, на основании полученных данных можно сделать вывод о достаточно высокой распространенности соматических заболеваний у женщин с ПЭ в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды. Почти в  $3/4$  случаев, рассмотренных в данном исследовании, диагностировали по крайней мере, одно из ЭЗ. Кроме того, часто фиксировали множественные ЭЗ: у трети пациенток выявили два-три ЭЗ, а у каждой девятой – четыре или более ЭЗ. Причем множественные ЭЗ ассоциировались, скорее, с гиперплазией эндо-

метрия, нежели с эндометритом, полипами эндометрия или синехиями, а при гиперплазии с атипией их диагностировали в 2,2 раза чаще, чем при других формах ПЭ.

В структуре коморбидных генитальных факторов, связанных с повышенной соматической заболеваемостью, безусловно доминировали миома матки и кисты яичников. В нашем исследовании именно в отношении миомы матки выявлено наибольшее количество значимых связей.

Что касается спектра экстрагенитальной патологии, то ожирение, как правило, ассоциировалось с хроническим эндометритом и миомой матки, кардиопатии – с гиперплазией эндометрия и миомой матки, гипертоническая болезнь – с миомой матки. Тонзиллиты и нефропатии чаще фиксировали при гиперплазии эндометрия, заболевания щитовидной железы – при кистах яичников и патологии шейки матки, железодефицитную анемию – при миоме матки и кистах яичников. Патология грудной железы напрямую коррелировала с атипичными процессами эндометрия и сочетанной внутриматочной патологией, вегетососудистые расстройства – с миомой матки, болезнью нервной системы – с миомой матки, патологией шейки матки и сочетанной внутриматочной патологией.

Высокая ассоциативность экстрагенитальных предикторов и маточной патологии у женщин в поздний репродуктивный и пременопаузальный периоды свидетельствует о необходимости смены парадигмы фрагментированного лечения, сосредоточенной на основном заболевании и легко упускающей из виду существенное влияние сопутствующей



патологии на общее здоровье и качество жизни пациентки. Необходимо сосредоточить свое внимание на улучшении адаптационных соматических ресурсов, уделять особое внимание не только контролю ЭЗ, но и профилактике потенциальных рисков для здоровья у такого контингента больных.

### ВЫВОДЫ

1. Экстрагенитальные заболевания отягощают анамнез большинства женщин с патологией эндометрия (ПЭ) в позд-

### Соматичний статус пацієнок з різними формами патології ендометрія у пізній репродуктивний період і період пренопаузи

**С. М. Корнієнко**

**Мета дослідження:** вивчення взаємозв'язку екстрагенітальної патології та патології ендометрія (ПЕ) у жінок у пізній репродуктивний та пренопаузальний періоди.

**Матеріали та методи.** У наглядове крос-секційне дослідження методом суцільної вибірки були включені 325 жінок 35–55 років, середній вік – 41,1±0,27 року, з різними видами ПЕ. Обстеження включало вивчення скарг, даних анамнезу, повне фізикальне і гістероскопічне дослідження.

**Результати.** На підставі отриманих даних можна зробити висновок про досить високу поширеність соматичних захворювань у жінок з ПЕ у пізній репродуктивний і пренопаузальний періоди. Майже у 3/4 випадків, розглянутих у даному дослідженні, діагностували принаймні одне з екстрагенітальних захворювань. Крім того, часто спостерігалася поєднана патологія: у третини пацієнок виявляли дві-три екстрагенітальних захворювання, а у кожної дев'ятої – чотири або більше екстрагенітальних захворювань. Причому множинні екстрагенітальні захворювання асоціювалися, скоріше, з гіперплазією ендометрія, ніж з ендометритом, поліпами ендометрія або синехією, а при гіперплазії з атіпією їх діагностували у 2,2 разу частіше, ніж при інших формах ПЕ. У структурі коморбідних генітальних факторів, пов'язаних з підвищеною соматичною захворюваністю, безумовно домінували міома матки і кісти яєчників. Саме щодо міоми матки виявлено найбільшу кількість значущих зв'язків.

**Заключення.** Висока асоціативність екстрагенітальних предикторів і маткової патології у пізній репродуктивний і пренопаузальний періоди свідчить про необхідність зміни парадигми фрагментарного лікування, яка зосереджена на основному захворюванні і легко випускає з уваги істотний вплив супутньої патології на загальне здоров'я і якість життя пацієнтки.

**Ключові слова:** патологія ендометрія, пізній репродуктивний період, пренопауза, екстрагенітальні захворювання.

ний репродуктивний і пренопаузальний періоди. Частіше інших виявляли патологію шлунково-кишкового тракту, ожиріння, алергічні реакції і захворювання нервової системи.

2. У пацієнок з атипичними змінами ендометрія показателі соматичного здоров'я були значительно куже.

3. Ключевим параметром, асоційованим з різними екстрагенітальними захворюваннями у жінок в пізній репродуктивний період і період пренопаузи, являється міома матки.

### Somatic status of patients with different forms of endometrial pathology in late reproductive age and premenopausal

**S.M. Korniyenko**

**The objective:** to study the relationship of extragenital pathology and pathology of the endometrium in women of late reproductive and premenopausal age.

**Patients and methods.** In an observational cross-sectional study by a solid sample included 325 women 35–55 years old, average age 41,1±0,27 years old, suffering from various types of pathology of the endometrium. The survey included a study of complaints, anamnesis, complete physical and hysteroscopic examination.

**Results.** Based on these data, it can be concluded relatively high prevalence of somatic diseases among women with PE in the late reproductive and premenopausal age. Almost 3/4 of cases examined in this study, there was at least one of extragenital diseases. In addition, the often observed multiple extragenital diseases: one-third of patients suffered two or three extragenital diseases, and every ninth observed four or more extragenital diseases. Moreover, multiple extragenital diseases associated with endometrial hyperplasia rather than with endometritis, endometrial polyps or synechiae, and hyperplasia with atypia, they met 2.2 times more often than in other forms of pathology of the endometrium. In the structure of genital comorbid factors associated with an increased incidence of somatic certainly dominated uterine fibroids and ovarian cysts. In our study, it is in respect of uterine fibroids showed the greatest number of significant relationships.

**Conclusion.** High associativity extragenital predictors and uterine pathology in late reproductive and premenopausal age indicates the need to change the treatment paradigm fragmented, focused on major diseases and easy to miss the sight of the significant impact of comorbidity on the overall health and quality of life of the patient.

**Key words:** endometrial pathology, late reproductive age, premenopausal, extragenital pathology.

### Сведения об авторе

Корнієнко Светлана Михайловна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Майбороды, 8; тел.: (050) 311-22-53. E-mail: kornisv@rambler.ua

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Корнієнко С.М. Влияние экстрагенитальных заболеваний на качество жизни женщин позднего репродуктивного возраста и периода пренопаузы с патологией / С.М. Корнієнко, В.П. Квашенко, И.К. Акимова // Здоровье женщины. – 2015. – № 2. – С. 120–123.
2. Сельський П.Р. Клініко-епідеміологічні аспекти гіперпластичних процесів ендометрію жінок в перименопаузальному періоді / П.Р. Сельський, А.Ф. Слива, В.В. Слива // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2015. – № 4 (52) – С. 201–204.
3. Фетеску С.А. Коморбідні стани у хворих на гіперпластичні процеси ендометрію / С.А. Фетеску // Лікарська справа. – 2015. – № 1/2. – С. 157–159.
4. Ханіна О.І. Епідеміологічна та клінічна характеристика гіперплазій ендометрія на тлі хронічного ендометриу в жінок пренопаузального віку / О.І. Ханіна // Світ медицини та біології. – 2013. – № 3 (40) – С. 46–48.
5. Anastasiadis P.G. Descriptive epidemiology of endometrial hyperplasia in patients with abnormal uterine bleeding / P.G. Anastasiadis, P.G. Skaphida, N.G. Koutlaki [et al.]. // Eur J Gynaecol Oncol. – 2000. – No 21 (2): – P. 131–134.
6. Balbi G. The role of hypertension, body mass index, and serum leptin levels in patients with endometrial hyperplasia during premenopausal period / G. Balbi, A. Napolitano, E. Seguino [et al.]. // Clin Exp Obstet Gynecol. – 2012. – No 39 (3). – P. 321–325.
7. Kurnit K.C. Increased prevalence of comorbid conditions in women with uterine cancer / K.C. Kurnit, K.K. Ward, M.T. McHale [et al.]. // Gynecol Oncol. – 2015. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26160712>
8. Nieman K.M. Adipose tissue and adipocytes support tumorigenesis and metastasis / K.M. Nieman, I.L. Romero, B. Van Houten, E. Lengyel // Biochim Biophys Acta. – 2013. – No 1831 (10). – P. 1533–1541.
9. Wang J.W. Comorbid chronic diseases and their associations with quality of life among gynecological cancer survivors / J.W. Wang, L. Sun, J. Li [et al.] // BMC Public Health. 2015 – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582736/>
10. Wise M.R. Obesity and endometrial hyperplasia and cancer in premenopausal women: A systematic review / M.R. Wise, V. Jordan, A. Lagas [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2016. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26829507>.

Статья поступила в редакцию 06.03.17