

Клініко-анамнестичні особливості гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку

Ю.М. Садигов

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

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

Матеріали та методи. Було проведено клінічне обстеження 176 жінок з різними варіантами гіперпластичних процесів ендометрія (основна група) та 30 жінок аналогічного віку без гінекологічної патології (контрольна група). Серед жінок основної групи залозисту гіперплазію ендометрія діагностували у 58 (33,0%) пацієнток; поліпи ендометрія – у 70 (39,8%) та аденоматозну гіперплазію ендометрія – у 48 (27,3%) жінок.

Результати. Проведене дослідження виявило, що для жінок з гіперпластичними процесами ендометрія у репродуктивному віці характерні обтяжений сімейний анамнез та несприятливе тло для їхнього розвитку (гіпертонічна хвороба, ожиріння, ішемічна хвороба серця); раннє менархе – при залозистій гіперплазії ендометрія та поліпах ендометрія і пізнє – при аденоматозній гіперплазії ендометрія; ранній початок статевого життя у пацієнток з аденоматозною гіперплазією ендометрія, відсутність методів контрацепції; професійні чинники, у тому числі тяжка фізична праця, дія протягом тривалого періоду часу надмірного шуму, вібрації, пари лакофарбових матеріалів, виробничого пилу; наявність супутніх захворювань ендокринної системи, системи кровообігу, органів травлення; висока частота перенесених в анамнезі і супутніх гінекологічних захворювань, особливо запальних захворювань органів малого таза, грудних залоз і гіперпластичних процесів шийки матки.

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

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, репродуктивний вік.

Протягом останніх двох десятиліть формулювалася виражена тенденція до зростання поширення гормонозалежних захворювань, і у першу чергу це стосується гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ). Виникнення і розвитку ГПЕ, а також передраку і раку ендометрія, сприяють збільшення середньої тривалості і зміна образу життя жінок, використання деяких видів контрацепції, проабортна культура, підвищення частоти соматичних захворювань [1–3]. Можливості консервативного лікування лімітують обмежені 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 за 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 репродуктивного віку.

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проведено клінічне обстеження 176 жінок з різними варіантами ГПЕ (основна група) та 30 жінок аналогічного віку без гінекологічної патології (контрольна група). Серед жінок основної групи залозисту гіперплазію ендометрія (ЗГЕ) діагностували у 58 (33,0%) пацієнток, поліпи ендометрія (ПЕ) – у 70 (39,8%) та аденоматозну гіперплазію ендометрія (АГЕ) – у 48 (27,3%) жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з критеріями включення, пацієнтки основної групи були зіставлені за віком залежно від форми ГПЕ.

Згідно з отриманими даними, вік обстежених жінок основної групи становив від 24 до 44 повних років, у середньому – $38,2 \pm 3,4$ року (95% ДІ: 36,4–40,0 року). У структурі групи 65,3% жінок знаходилися у пізньому репродуктивному віці – від 35 до 44 років. Вік пацієнток із ЗГЕ у середньому становив $33,3 \pm 5,3$ року (95% ДІ: 31,9–34,7 року), що було зумовлено переважанням жінок від 30 до 35 року. У жінок з ПЕ середній вік становив $39,5 \pm 3,7$ року (95% ДІ: 38,3–40,7 року), з них 44 (62,9%) були у віковій групі 35–42 років. Середній вік жінок з АГЕ становив $41,8 \pm 8,1$ року (95% ДІ: 39,1–44,5 року), з них 24 (50%) були у віці від 40 до 44 років.

У контрольній групі вік обстежених, що знаходяться у репродуктивному періоді, у середньому становив $39,9 \pm 5,7$ року (95% ДІ: 37,9–41,9 року). Під час зіставлення віку жінок з різними формами ГПЕ і жінок контрольної групи статистично значущих відмінностей не виявлено ($p > 0,05$ у всіх випадках).

Було виявлено три захворювання, наявність яких у родинному анамнезі була чинником ризику виникнення ГПЕ: артеріальна гіпертензія, ожиріння та ішемічна хвороба серця (ІХС).

У результаті статистичного аналізу за допомогою критерію Пірсона були встановлені статистично значущі відмінності у структурі груп дослідження ($p < 0,001$). В основній групі найбільшу частку – 55,1% – становили пацієнтки з ожирінням І ступеня. На другому місці знаходилися жінки з надмірною масою тіла (19,9%). У групі контролю найчастіше в обстежених жінок спостерігалася нормальна маса тіла (40,0%), дещо рідше – надмірна маса тіла (30,0%). Частка жінок з ожирінням І ступеня становила усього 20,0%. Отримані дані свідчать про роль надмірної маси тіла як чинника ризику розвитку ГПЕ у жінок репродуктивного віку.

Також було проведено оцінювання впливу несприятливих виробничих чинників на здоров'я обстежених жінок.

Згідно з отриманими даними, частота дії несприятливих виробничих чинників, до яких належить дія протягом тривалого періоду часу надмірного шуму, вібрації, пари лакофарбових матеріалів, виробничого пилу, серед жінок репродуктивного віку не залежала від форми ГПЕ, становлячи від 17,2% при ЗГЕ до 22,9% при АГЕ ($p > 0,05$ при порівнянні підгруп між собою). У контрольній групі дія несприятливих виробничих чинників спостерігалась у 20,0% випадків, відмінності під час порівняння з даними основної групи були статистично незначущими ($p = 0,931$).

Проаналізовані особливості менструальної функції жінок груп дослідження.

Так, середній вік менархе у жінок з ГПЕ становив $13,9 \pm 2,1$ року (95% ДІ: 13,6–14,2 року), а в контрольній групі – $12,8 \pm 0,6$ року (95% ДІ: 12,6–13,0). Відмінності показників, оцінені за допомогою *t*-критерію Стьюдента, були статистично значущими ($p < 0,001$), що свідчило про істотно пізній вік менархе в анамнезі у жінок з ГПЕ. За наявності будь-якої з форм ГПЕ, що вивчаються, середній вік менархе був істотно вищий, ніж у контрольній групі ($p < 0,01$). Пізнішим віком настання менархе відрізнялися жінки з АГЕ – $14,8 \pm 4,8$ року, найбільш раннім – пацієнтки із ЗГЕ ($13,5 \pm 3,6$ року).

Додатково було вивчено розподіл обстежених жінок за віком менархе залежно від наявності і форми ГПЕ.

Проведений статистичний аналіз засвідчив, що ранне менархе – у віці молодше 13 років – виявлено у 25,9% жінок репродуктивного віку з ЗГЕ і 24,3% – з ПЕ, а у підгрупі пацієнток з АГЕ спостерігалось рідше – усього у 14,6% випадків. Пізні менархе (у віці 16 і понад 16 років), навпаки, було характерним для підгрупи жінок з АГЕ – у кожної другої (50,0%). У контрольній групі випадки пізнього менархе були відсутні, а ранне менархе виявлено у 6,7% обстежених жінок. Відмінності були статистично значущі як під час зіставлення пацієнток з різними формами ГПЕ, так і під час порівняння основної і контрольної груп ($p < 0,001$ в обох випадках).

Також було відзначено, що у 148 (84,1%) пацієнток із ГПЕ регулярний менструальний цикл встановився відразу, а у 28 (15,9%) – в інтервалі від 6 до 12 міс. Аналогічне розподілення відзначено і в контрольній групі – 25 (83,3%) і 5 (16,7%) відповідно. Відмінності були статистично незначущими ($p = 0,943$).

Велике значення для розвитку ГПЕ, поза сумнівом, має стан репродуктивного здоров'я жінки, яке визначається низкою чинників:

- спадковістю,
- умовами життя,
- станом довкілля,
- якістю і доступністю медичної допомоги,
- санітарною культурою населення,
- особливостями соціальної і репродуктивної поведінки.

У результаті проведеного дисперсійного аналізу були встановлені статистично значущі відмінності за віком початку статевого життя у пацієнток репродуктивного віку з АГЕ і жінок контрольної групи ($p = 0,007$). Це свідчило про суттєво більш ранній вік початку статевого життя при АГЕ. Інші підгрупи обстежених жінок не мали статистично значущих відмінностей з контрольною групою ($p > 0,05$).

Також було проведено порівняння розподілення обстежених жінок за віковими періодами початку статевого життя залежно від наявності і форми ГПЕ.

Проведений за допомогою критерію Пірсона статистичний аналіз виявив статистично значущі відмінності за віком початку статевого життя як між пацієнтками з різними

формами ГПЕ ($p = 0,011$), так і під час порівняння основної і контрольної груп ($p < 0,001$). Слід зазначити, що найбільший відсоток жінок з раннім початком статевого життя відзначали у підгрупі жінок з АГЕ (22,9%), найменший – у підгрупі із ЗГЕ (12,1%). У контрольній групі випадки раннього початку статевого життя були відсутні.

Структура основної групи за віковими періодами початку статевого життя зіставлена залежно від наявності і форми ГПЕ.

У результаті проведеного порівняння було встановлено, що структура підгруп жінок з різними формами ГПЕ щодо використовуваних засобів контрацепції мала статистично значущі відмінності ($p < 0,001$). Також були статистично значущими відмінності розподілення основної і контрольної груп ($p < 0,001$). Серед пацієнток з АГЕ виявлений найбільший відсоток жінок, які не використовували жодних засобів контрацепції (91,7%), у той час як аналогічний показник у підгрупі пацієнток із ЗГЕ становив усього 32,8%, а при ПЕ – 21,4%. Також слід зазначити істотні відмінності за частотою використання внутрішньоматкової контрацепції (ВМК). Даний метод не застосовували пацієнтки з АГЕ, а в контрольній групі – 10,0% жінок. Частота використання ВМК жінками із ЗГЕ і ПЕ була у 2 рази вище порівняно з контролем і становила 20,7% і 22,9% відповідно.

Ураховуючи виявлені відмінності за частотою використання ВМК пацієнтками із ЗГЕ і ПЕ і в контрольній групі, було проведено оцінювання середньої тривалості використання ВМК.

Згідно з результатами проведеного дисперсійного аналізу, середня тривалість використання ВМК у підгрупі жінок, що страждають на ЗГЕ, становила $7,3 \pm 1,5$ року, була статистично значущо вищою за показник у контрольній групі – $3,5 \pm 1,1$ року ($p < 0,001$). Відмінності за тривалістю використання ВМК пацієнтками з ПЕ, що становила $4,5 \pm 0,8$ року, були статистично незначущими як під час порівняння з групою контролю ($p = 0,117$), так і порівняно з пацієнтками, що страждають на ЗГЕ ($p = 0,089$).

Аналіз особливостей репродуктивної функції виявив, що більшість пацієнток з різними формами ГПЕ (92%) мали вагітності в анамнезі.

Виходячи з отриманих даних, статистично значущі відмінності між порівнюваними групами за частотою різних результатів вагітності були відсутні ($p > 0,05$).

Під час оцінювання числа вагітностей і їхніх результатів в анамнезі встановлено, що більше 6 вагітностей мали 50,6% жінок з ГПЕ і лише 30,0% жінок контрольної групи. Середня кількість вагітностей на одну жінку у групах, що вивчаються, значуще не відрізнялася і становила в основній групі $4,5 \pm 1,9$ і в контрольній групі $4,4 \pm 1,1$ ($p = 0,331$). Проте середнє число пологів у підгрупі пацієнток з ПЕ було менше, ніж у підгрупі із ЗГЕ, становивши $1,3 \pm 0,5$ і $1,6 \pm 0,8$ відповідно ($p = 0,018$).

72,7% жінок з ГПЕ переривали вагітність до 12 тиж за бажанням, при цьому 60,8% – неодноразово. Середня кількість абортів на одну жінку в основній групі достовірно не відрізнялася, становлячи $2,6 \pm 1,3$, тоді як у групі контролю цей показник був значущо нижче порівняно з основною групою, становлячи $1,6 \pm 1,1$ ($p < 0,001$). Ускладнення після абортів виникали у 33 жінок основної групи з числа тих, що зробили аборти, що становило 24,8%, і у 7 жінок (33,3%) контрольної групи. Відмінності за частотою ускладнень, оцінені за допомогою критерію Пірсона, були статистично незначущими ($p = 0,144$).

Шістдесят (34,1%) жінок з ГПЕ і 5 (16,7%) контрольної групи мали в анамнезі мимовільні аборти. Рівень значущості відмінностей за частотою мимовільних абортів у порівнюваних групах був близький до критичного ($p = 0,058$), що свід-

чить про деяку тенденцію до підвищення показника у пацієнток з різними формами ГПЕ.

У 157 (89,2%) пацієнток основної групи були виявлені багаточисленні екстрагенітальні захворювання, причому у більшості жінок ці захворювання були діагностовані до виявлення основного захворювання; 42 (23,9%) пацієнтки основної групи мали 3 захворювання одночасно. У загальній вибірці у 82 (46,6%) пацієнток з ГПЕ відзначали хронічні захворювання органів дихання, у 61 (34,7%) – нейроциркуляторну дистонію, у 52 (29,5%) – хронічні захворювання сечової системи, без статистично значущих відмінностей залежно від форми ГПЕ.

Під час зіставлення частоти екстрагенітальних захворювань в основній і контрольній групах були встановлені істотні відмінності щодо захворювань серцево-судинної системи (ССС), органів дихання, залоз внутрішньої секреції ($p < 0,001$, $p = 0,002$ і $p < 0,001$ відповідно). У всіх випадках показники були вище у пацієнток з ГПЕ. Також слід зазначити захворювання органів травлення, частота яких була вища в основній групі більш ніж в 1,5 разу і хвороби сечостатевої системи, частота яких перевищувала показник контрольної групи більш ніж у 2 рази, з рівнями значущості відмінностей між групами, близькими до критичних ($p = 0,071$ і $p = 0,065$ відповідно).

Проведений аналіз частоти екстрагенітальних захворювань свідчив про низький індекс соматичного здоров'я пацієнток репродуктивного віку з різноманітними ГПЕ. Досить висока частота хвороб ендокринної системи, порушень системи кровообігу і органів травлення свідчить про певну роль нейроендокринних чинників ризику у патогенезі розвитку ГПЕ.

Одним з найбільш важливих чинників, що несприятливо впливають на перебіг і результат гіперпластичного процесу, виявилися перенесені в анамнезі і супутні гінекологічні захворювання. На захворювання органів репродуктивної системи страждали 96% обстежених жінок основної групи. В анамнезі у кожної другої пацієнтки з ГПЕ (67,6%) виявлено хоча б одне гінекологічне захворювання, у 31,3% – два, а в 11,9% – три і більше гінекологічних захворювань.

Так, найчастішими гінекологічними захворюваннями в анамнезі жінок з ГПЕ виявилися запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ), відсоток яких становив 67,6%, доброякісні захворювання грудної залози – 51,7%, ендометріоз – 36,9% і доброякісні гіперпластичні процеси шийки матки – 35,2%. Частота даних захворювань була істотно вищою в основній групі порівняно з контрольною ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,001$ і $p = 0,002$ відповідно). Також у жінок з ГПЕ статистично значуще частіше діагностували міому матки і безплідність, які у контрольній групі виявлені у поодиноких випадках ($p = 0,003$ і $p = 0,036$ відповідно). Порівняння проводили за допомогою точного критерію Фішера.

Під час порівняння пацієнток з різними формами ГПЕ між собою також були виявлені статистично значущі відмінності. Так, у пацієнток з АГЕ була істотно вищою частота ЗЗОМТ ($p = 0,008$), ендометріозу ($p = 0,022$), доброякісних захворювань шийки матки і грудної залози ($p < 0,001$ в обох випадках), а також безплідності ($p < 0,001$). Навпаки, частота доброякісних утворень яєчника у пацієнток з АГЕ була зниженою ($p = 0,013$). Міома матки частіше спостерігалася у підгрупі жінок з ЗГЕ ($p < 0,001$).

Дисфункціональні маткові кровотечі відзначали в анамнезі в обстежених жінок з ГПЕ з порівняною частотою – від 22,9 до 27,6% ($p = 0,836$).

Була виявлена висока частота рецидивування гіперпластичного процесу в анамнезі: у 27,6% пацієнток із ЗГЕ, у

29,2% – з АГЕ і 14,3% – з ПЕ. Відмінності були статистично незначущими залежно від форми ГПЕ ($p = 0,093$). Лікувально-діагностичне вишкрібання мали в анамнезі 48,3% обстежених жінок з ГПЕ, з них у 37,6% діагностичне вишкрібання проведено багато разів.

Згідно з отриманими даними, у репродуктивному віці до достовірних чинників ризику, що підвищують вірогідність виникнення всіх форм ГПЕ, належать:

- обтяження родинного анамнезу щодо артеріальної гіпертензії (60,8%; $p = 0,018$);
- ожиріння (35,8%; $p = 0,004$);
- ішемічна хвороба серця (26,1%; $p = 0,024$);
- надмірна маса тіла (95% ДІ: 29,2–31,2 кг/м²);
- раннє менархе у віці до 13 років (25,9%);
- пізнє менархе у віці понад 16 років (50,0%);
- відсутність використання методів контрацепції (44,3%);
- відсутність використання ВМК у підгрупі АГЕ (91,7%);
- висока частота абортів в анамнезі (75,6%; $p = 0,577$);
- наявність супутніх соматичних захворювань (хвороби ендокринної системи – 56,3% ($p < 0,001$);
- хвороби системи кровообігу – 54,0% ($p < 0,001$);
- захворювання органів травлення (47,7%; $p = 0,071$);
- захворювання органів дихання (46,6%; $p = 0,002$);
- наявність супутніх гінекологічних захворювань (ЗЗОМТ – 67,6%; $p < 0,001$);
- доброякісні захворювання грудних залоз (51,7%; $p < 0,001$);
- доброякісні гіперпластичні процеси шийки матки (35,2%; $p < 0,002$);
- ендометріоз (36,9%; $p < 0,001$);
- міома матки (29,0%; $p < 0,003$);
- безплідність (18,8%; $p < 0,036$).

Достовірними чинниками ризику виникнення АГЕ у жінок репродуктивного віку були:

- відсутність постійного місця роботи (домогосподарки) – 45,8% ($p < 0,005$);
- пізній вік менархе – 14,8±4,8 року (ДІ 95%: 14,1–15,5);
- ранній вік початку статевого життя – 18,2±7,89 року (ДІ 95%: 16,0–20,4);
- наявність гінекологічних захворювань (ЗЗОМТ – 85,4%; $p < 0,001$);
- наявність ендометріозу – 52,1% ($p < 0,001$);
- наявність доброякісних захворювань грудної залози – 87,5% ($p < 0,001$);
- наявність захворювань шийки матки – 89,6% ($p < 0,001$);
- безплідність – 39,6% ($p < 0,001$).

ВИСНОВКИ

Отже, у проведеному дослідженні встановлено, що для жінок, які страждають на ГПЕ у репродуктивному віці, характерне те, що обтяжило родинний анамнез, і несприятливе тло для розвитку ГПЕ, а саме:

- гіпертонічна хвороба, ожиріння, ІХС;
- раннє менархе при ЗГЕ та ПЕ і пізнє – при АГЕ;
- ранній початок статевого життя у пацієнток з АГЕ;
- відсутність методів контрацепції;
- професійні чинники, у тому числі тяжка фізична праця, дія протягом тривалого періоду часу надмірного шуму, вібрації, пари лакофарбових матеріалів виробничому пилю;
- наявність супутніх захворювань ендокринної системи, системи кровообігу, органів травлення;
- висока частота перенесених в анамнезі і супутніх гінекологічних захворювань, особливо ЗЗОМТ, захворювань грудних залоз і гіперпластичних процесів у шийці матки.

Отримані результати необхідно урахувати під час розроблення тактики ведення жінок репродуктивного віку з ГПЕ.

Клинико-anamnestические особенности гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста
Ю.М. Садыгов

Clinical-anamnestical features hyperplastic processes an endometrium at women of genesial age
Yu.M. Sadigov

Цель исследования: изучение клинико-anamnestических особенностей гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Было проведено клиническое обследование 176 женщин с различными вариантами гиперпластических процессов эндометрия (основная группа) и 30 женщин аналогичного возраста без гинекологической патологии (контрольная группа). Среди женщин основной группы железистую гиперплазию эндометрия диагностировали у 58 (33,0%) пациенток; полипы эндометрия – у 70 (39,8%) и аденоматозную гиперплазию эндометрия – у 48 (27,3%) женщин.

Результаты. Проведенное исследование выявило, что для женщин с гиперпластическими процессами эндометрия в репродуктивном возрасте характерны отягощенный семейный анамнез и неблагоприятный фон для их развития (гипертоническая болезнь, ожирение, ишемическая болезнь сердца); раннее менархе – при железистой гиперплазии эндометрия и полипах эндометрия и позднее – при аденоматозной гиперплазии эндометрия; раннее начало половой жизни у пациенток с аденоматозной гиперплазией эндометрия, отсутствие методов контрацепции; профессиональные факторы, в том числе тяжелый физический труд, воздействие в течение длительного периода времени избыточного шума, вибрации, паров лакокрасочных материалов, производственной пыли; наличие сопутствующих заболеваний эндокринной системы, системы кровообращения, органов пищеварения; высокая частота перенесенных в анамнезе и сопутствующих гинекологических заболеваний, в особенности воспалительных заболеваний органов малого таза, грудных желез и гиперпластических процессов шейки матки.

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

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, репродуктивный возраст.

The objective: studying of clinical-anamnestical features the hyperplastic processes an endometrium at women of genesial age.

Materials and methods. Clinical examination of 176 women with various options of hyperplastic processes an endometrium (the main group) and 30 women of similar age without gynecologic pathology was conducted. Among women of the main group glandular hyperplasia the endometriya met at 58 (33,0%) patients; polyps an endometrium – at 70 (39,8%) and adenomatous hyperplasia an endometrium – respectively at 48 (27,3%) women.

Results. The conducted research taped that for the women suffering from hyperplastic processes an endometrium at genesial age, burdening of the family anamnesis and an adverse background for their development (an idiopathic hypertension, an obesity, coronary heart disease) are characteristic; an early menarche at glandular hyperplasia an endometrium and polyps an endometrium and later – at an adenomatous hyperplasia an endometrium; the early beginning of sexual life an patients with an adenomatous hyperplasia an endometrium, lack of methods of contraception; professional factors, including hard physical work, influence during the long period time of excess hum, vibration, steams of paintwork materials, production dust; existence of accompanying diseases of the endocrine systems, systems of a circulation, digestive organs; high frequency transferred in the anamnesis and accompanying gynecologic diseases, in features inflammatory diseases of organs of small basin, diseases of mammary glands and hyperplastic processes of cervix uterus.

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

Key words: hyperplastic processes endometrium, genesial age.

Сведения об авторе

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Беньюк В.О., 2013. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрію 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., 2012. Гиперплазия эндометрия: перспективы развития проблемы // Акушерство и гинекология : 4 : 11–16.
5. Amezcua C.A., 2010. Apoptosis may be an early event of progestin therapy for endometrial hyperplasia // USA. Gynecol-Oncol. : 79(2) : 169–176.
6. Buckley C.H., 2012. Biopsy pathology of endometriun. NY:Arnold. : 126.
7. Eckert L.O, 2012. Endometritis. The clinical-pathologic syndrome //Am. J. Obstet Gynecol : 186 (4): 690–5.