

УДК 618.14-002

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ

В. М. Гончаренко

Резюме. Проблема діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) посідає одне з головних місць у гінекологічній практиці і складає від 17 до 58 % всієї гінекологічної патології. Слід відзначити, що гіперпластичні процеси ендометрія мають тривалий, прихований і безсимптомний перебіг, а в 2,4–10 % спостерігається злаякісна трансформація. Треба також зазначити, що ця патологія є однією з частих причин виконання гістеректомій і пов'язаної з цим втрати репродуктивної функції, інвалідизації і зниження якості життя жінок.

Ключові слова: ендометрій, гістеректомія, репродуктивна функція, аденоматозна інвалідизація, менархе, лейоміома матки.

Актуальність проблеми визначається не лише значним збільшенням тимчасової непрацездатності активної частини населення, але й можливістю переродження ГПЕ в рак ендометрія. Численні дослідження підтверджують вірогідність розвитку онкологічних процесів на тлі ГПЕ, що складає 4–67,2 % хворих. У всьому світі ГПЕ розглядаються як основа для формування раку ендометрія, який займає третє місце в структурі онкологічної захворюваності у жінок та, згідно з довгостроковим прогнозом ВОЗ, перше місце в багатьох розвинутих країнах світу. Своєчасні діагностика й лікування ГПЕ є однією з актуальних проблем сучасної гінекології та мають важливе значення в профілактиці онкопатології. Тому важливими факторами профілактики раку ендометрія є визначення факторів ризику розвитку даної патології, її рання діагностика, патогенетично обґрунтоване лікування [4, 5].

Метою дослідження є визначення прогностичних факторів розвитку гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження. Проведено клініко-статистичний аналіз медичної документації (історії хвороби, індивідуальні амбулаторні картки) 228 жінок з ГПЕ у віці від 18

до 45 років, що проходили лікування в Центрі загальної гінекології, гінекологічної ендокринології та репродуктивної медицини Клінічної лікарні «Феофанія», у Міському пологовому будинку № 3.

Після уточнення діагнозу нами були сформовані групи хворих: група № 1 – жінки з простою гіперплазією ендометрія без атипії – 81 (35,6 %) спостереження, група № 2 – хворі з комплексною (аденоматозною) гіперплазією ендометрія без атипії – 33 (14,4 %) спостереження, група № 3 – жінки з простою гіперплазією ендометрія з атипією – 31 (13,5 %) спостереження, група № 4 – хворі з комплексною (аденоматозною) гіперплазією ендометрія з атипією – 32 (14 %) спостереження, група № 5 – жінки з поліпозом ендометрія – 51 (22,3 %) спостереження. Контрольна група в кількості 30 спостережень була сформована з жінок репродуктивного віку, які проходили щорічну диспансеризацію, середній вік у цій групі склав $36,6 \pm 4,1$ року.

Результати та їх обговорення. Як показали дослідження, вік жінок з ГПЕ репродуктивного віку склав від 22 до 45 років, середній вік склав $38,6 \pm 3,2$ року. Оцінюючи вплив соціальних факторів на виникнення ГПЕ у жінок репродуктивного віку, встановлено, що найбільший

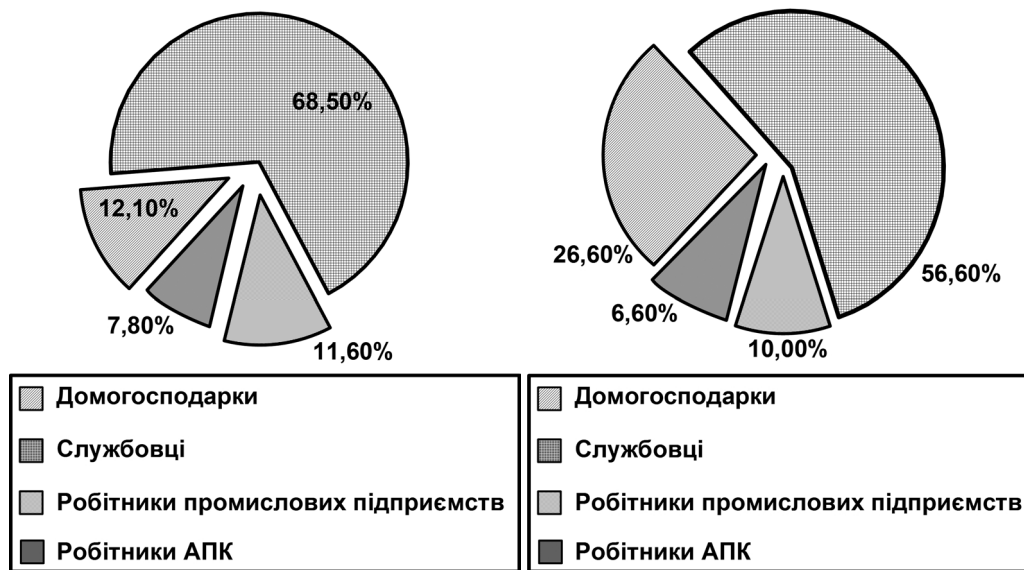


Рис. 1. Соціальний стан жінок з патологією ендометрія

відсоток пацієнтів із цією патологією був серед службовців, викладачів шкіл та ВНЗів, а також серед офісних працівників – 68,5 % (156 ж.).

Домінантною групою стали жінки, у яких професійним фактором була інтенсивна інтелектуально-розумова праця з нервово-психічним навантаженням на робочому місці. Інші групи було представлено: домогосподарки – 12,2 % (28 ж.), співробітники промислових підприємств – 11,4 % (26 спостережень), працівники агропромислового комплексу – 7,8 (18 хворих) (рис. 1).

У контрольній групі мала місце подібна тенденція розподілу категорій пацієнтів, однак відсоткове співвідношення характеризувалося більшою часткою непрацюючих жінок – 26,6 %.

Аналіз спадкових факторів у розвитку ГПЕ у жінок репродуктивного віку встановив, що 146 (63,9 %) жінок основної групи мали обтяжену спадковість, у той час як у групі контролю цей показник склав лише 12 (40 %) жінок. Також простежувалася висока захворюваність на лейоміому матки у матерів – 101 (44,2 %) та у сестер – 78 (34,2 %). ГПЕ зустрічалися в анамнезі у 56 (24,5 %) матерів та 42 (18,4 %) сестер, зазначений показник у 1,8 разу вищий, ніж у близьких родичів осіб контрольної групи. Таким чином, вивчення родинного анамнезу як одного з факторів в етіології виникнення та прогресування гінекологічної патології у

хворих з ГПЕ дозволяє а також певні предиктори даної патології, а також групу ризику з розвитку цієї патології.

Аналіз даних результатів анамнезу хвороби та обстеження, що характеризують менструальну функцію у жінок репродуктивного віку, показав (табл. 1), що у жінок із простими ГПЕ без атипії менархе почалися до 12 років у 25 (30,8 %) жінок, а пізніше 14 років – у 16 (19,3 %) випадках, що значно більше, ніж показники контрольної групи.

Аналогічна тенденція спостерігалася в інших групах, так, кількість жінок з раннім та пізнім менархе була значно більша, ніж у контрольній групі. Таким чином, для жінок з патологією ендометрія характерний достовірно більш ранній початок менархе (до 12 років) та менархе після 14 років, що можна розглядати як характерну ознаку даної патології, а також зазначений факт може вказувати на наявність гормональних порушень та служити фоном для подальшого формування патології ендометрія в майбутньому.

Дотримуючись цієї концепції, ми встановили значне збільшення жінок у групах дослідження з тривалим становленням менструальної функції відносно контрольної групи. Так, тривалість становлення менструальної функції більше 2-х років спостерігалася у пацієнтів I групи у 22 (27,2 %) хворих, у II групі – у 10 (30,3 %), у 7 (22,6 %) жінок III групи, у 14

Характеристика менструальної функції жінок репродуктивного віку з ГПЕ

Показники менструальної функції	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
Початок менархе:							
– до 12 років	64 (28,1)	25 (30,8)	9 (26,6)	8 (25,8)	9 (28,6)	13 (25,5)	6 (20,6)
– від 12 до 14 років	113 (49,6)	40 (49,3)	17 (53,3)	15 (48,4)	15 (46,3)	26 (50,1)	22 (73,3)
– після 14 років	51 (21,5)	16 (19,3)	7 (21,2)	8 (25,8)	8 (25,0)	12 (23,5)	2 (6,6)
Тривалість становлення менструальної функції:							
– до 1 року	33 (14,5)	9 (11,7)	7 (21,2)	4 (12,3)	2 (6,3)	11 (21,6)	12 (40,0)
– до 2 років	128 (56,1)	50 (61,7)	16 (48,6)	20 (64,5)	16 (50,0)	26 (50,1)	16 (53,3)
– більше 2 років	67 (29,4)	22 (27,2)	10 (30,3)	7 (22,6)	14 (43,6)	14 (36,4)	2 (6,6)
Менорагія	149 (65,3)	54 (66,6)	24 (73,3)	22 (70,8)	20 (62,5)	29 (56,8)	–
Ациклічні кровотечі на фоні затримки менструації	72 (31,6)	32 (39,5)	12 (37,5)	13 (41,9)	11 (34,4)	14 (36,4)	–
Міжменструальні кров'янисті виділення	42 (20,1)	16 (19,3)	7 (21,2)	4 (12,3)	2 (6,3)	13 (25,5)	–
Скарги не мали	12 (5,2)	6 (7,5)	–	–	–	6 (13,1)	–

$p < 0,05$ – різниця показників достовірна

(43,6 %) хворих IV групи та 14 (36,4 %) жінок V групи, тоді як у контрольній групі тривалість становлення менструального циклу більше 2-х років спостерігалася лише у 2 (6,6 %) ($p < 0,05$). В середньому по групі репродуктивного віку цей показник склав 67 (29,4 %) спостережень (табл. 2).

Аналіз характеру менструальної функції довів велику частоту її розладів у жінок з ГПЕ. Характерним порушенням менструальної функції у хворих з ГПЕ була наявність метрорагій, особливо ациклічних маткових кровотеч на фоні затримки менструації, що було характерно для багатьох жінок усіх груп та практично не спостерігалася у контрольній групі, найчастіше таке порушення спостерігалася у жінок I та III груп – 39,5 та 41,9, відповідно.

При вивченні репродуктивного анамнезу спостерігали такі особливості: зменшення

кількості пологів у групах дослідження відносно контрольної групи.

Середня кількість пологів у контрольній групі була $1,9 \pm 0,02$, а в групах дослідження – 1,4–1,7 пологів на 1 жінку.

Привертає увагу велика кількість медичних абортів у групах спостереження (середня $2,5 \pm 0,03$), особливо в групі з поліпозом ендометрія, так, показник кількості абортів на 1 жінку в групі склав $2,9 \pm 0,02$, тоді як у групі контролю лише $1,8 \pm 0,02$. Максимальні значення даного показника спостерігали у групі № 5 – з поліпозом ендометрія – $2,9 \pm 0,02$ та у групі з комплексною атиповою гіперплазією – $2,6 \pm 0,03$.

Аналіз перебігу вагітності в групах дослідження виявив високий відсоток загрози переривання вагітності та самовільних викиднів у порівнянні з контрольною групою (табл. 3).

Таблиця 2

Репродуктивний анамнез у обстежуваних жінок

Показники менструальної функції	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
Пологи							
відсутність	116 (4,8)	4 (4,9)		1 (3,3)	2 (6,3)	4 (7,8)	1 (3,3)
1	118 (51,8)	43 (53,1)	18 (56,5)	14 (45,6)	18 (56,3)	25 (49,1)	12 (40)
2	88 (38,1)	29 (35,8)	13 (39,3)	15 (48,7)	12 (37,4)	19 (37,2)	15 (50)
3 та більше	12 (5,2)	5 (6,2)	2 (6,3)	2 (6,5)	–	3 (5,8)	2 (6,6)
Кількість пологів на 1 жінку в групі	1,7 ± 0,02	1,7 ± 0,02	1,6 ± 0,02	1,7 ± 0,01	1,7 ± 0,03	1,6 ± 0,02	1,9 ± 0,02
Штучні аборти							
відсутність							
1	15 (6,5)	4 (4,9)	2 (6,3)	2 (6,5)	1 (3,1)	5 (10,8)	5 (16,6)
2	115 (50,4)	41 (50,6)	13 (39,3)	15 (48,6)	17 (53,1)	29 (37,2)	21 (70)
3 та більше	104 (45,6)	36 (44,4)	18 (56,5)	14 (45,6)	14 (43,7)	22 (47,8)	4 (13,3)
Кількість абортів на 1 жінку в групі	2,5 ± 0,03	2,4 ± 0,04	2,3 ± 0,02	2,6 ± 0,01	2,4 ± 0,03	2,9 ± 0,02	1,8 ± 0,05
Самовільні викидні	38 (16,7)	1 (19,3)	4 (12,2)	4 (12,9)	2 (6,3)	12 (23,5)	2 (6,6)
Ектопічна вагітність	13 (5,7)	6 (6,1)	–	1 (3,1)	2 (6,3)	4 (7,8)	1 (3,3)

p < 0,05 – різниця показників достовірна

Таблиця 3

Ускладнення вагітності і пологів в анамнезі у жінок з ГПЕ

Ускладнення вагітності та пологів	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
Загроза переривання вагітності	56 (24,2)	18 (22,2)	9 (26,6)	8 (25,8)	8 (25)	14 (27,5)	1 (3,3)
Кесарів розтин	35 (15,3)	14 (17,2)	4 (12,1)	5 (16,1)	4 (12,6)	8 (15)	2 (6,6)
Післяпологові кровотечі	17 (7,4)	7 (8,6)	1 (3,1)	3 (9,6)	2 (6,2)	4 (7,8)	1 (3,3)
Септичні захворювання в післяпологовому періоді	18 (7,8)	8 (9,8)	2 (6,3)	1 (3,1)	2 (6,2)	5 (10,8)	1 (3,3)

p < 0,05 – різниця показників достовірна

Самовільні викидні в групах дослідження спостерігалися значно частіше в порівнянні з контрольною групою. Так, у контрольній групі цей показник був 2 (6,6 %) спостереження, у групі з поліпозом ендометрія – 12 (23,5 %) жінок та

16 (19,3 %) пацієнток у групі з простою гіперплазією ендометрія без атипії.

Аналізуючи анамнестичні дані перебігу вагітності і результати пологів у жінок з ГПЕ, привертає увагу частота ускладнень гестації та по-

Використовувані методи контрацепції в анамнезі у жінок з ГПЕ (% від спільного числа жінок у групі)

Ускладнення вагітності та пологів	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
ВМК	21 (9,2)	8 (9,8)	2 (6,3)	3 (9,6)	2 (6,2)	6 (11,7)	2 (6,6)
Бар'єрна контрацепція	87 (38,2)	28 (34,6)	11 (33,3)	14 (45,2)	15 (46,9)	19 (37,2)	14 (46,7)
Гормональна контрацепція	67 (29,3)	27 (33,3)	8 (24,2)	8 (29,8)	8 (25)	16 (31,5)	6 (20)
Хімічна контрацепція	20 (8,7)	9 (11,1)	2 (6,3)	3 (9,6)	2 (6,2)	4 (7,8)	3 (10)
Не застосовувалась або <i>coitus interruptus</i>	66 (28,9)	18 (22,2)	14 (45,6)	11 (34,4)	12 (37,5)	11 (21,5)	9 (30)

$p < 0,05$ – різниця показників достовірна

логів. Встановлено, що провідною патологією перебігу вагітності була загроза переривання вагітності у 18 (22,2 %) спостереженнях у I групі, 9 (26,6 %) – у II та 3 (25,8 %) спостереженнях у III групі, максимальне значення спостерігали у V групі – 14 (27,5 %) пацієнток. Таким чином, можливо стверджувати про наявність фонового порушення гормонального гомеостазу, який здійснює вплив і на перебіг вагітності. Поряд з цим, висока частота загрози переривання вагітності та септичних ускладнень у групі з поліпозом ендометрія (група № 5) може мати не тільки гормональну природу, а й інфекційний генез, що ще раз доводить багатofакторність патогенезу поліпозу ендометрія.

Аналіз методів контрацепції показав, що найчастіше жінки груп спостереження застосовували бар'єрні методи контрацепції, це було характерно як для жінок контрольної групи, так і для жінок груп спостереження (табл. 4). В контрольній групі цей показник склав 14 (46,7 %) спостережень, у I групі – 28 (34,6 %), у II – 11 (33,3 %), у III – 14 (45,2 %), у IV – 15 (46,9 %) та у V – 19 (37,2 %) спостережень. Середній показник у віковій групі склав 87 (38,2 %) спостережень.

Внутрішньоматковий контрацептив був застосований у 6 (11,7 %) жінок з поліпозом ендометрія та у 8 (9,8 %) жінок I групи, в контроль-

ній групі цей показник склав лише 2 (6,6 %) спостереження. Середній показник у віковій групі склав 21 (9,8 %) спостереження.

Привертає увагу високий відсоток застосування комбінованих оральних контрацептивів (КОК), з 228 жінок 67 (29,3 %) приймали гормональні контрацептиви. Так, даний вид контрацепції був визначений у 27 (33,3 %) жінок у I групі, у 16 (31,5%) спостережень у V групі, що перевищує показник у контрольній групі – 6 (20%) жінок. На нашу думку, цей факт обумовлений призначенням КОК в анамнезі з метою регуляції менструального циклу, таким чином, застосування гормональної контрацепції було і лікувальним заходом.

Одним з важливих факторів, що впливають на перебіг та лікувальну тактику, є перенесені та супутні гінекологічні та соматичні захворювання. Особливої уваги заслуговує аналіз структури та частоти генітальної патології у жінок груп дослідження.

Із загальної кількості хворих (228 спостережень – 100 %), які перебували в репродуктивному віці, 112 (49,9 %) жінок в анамнезі мали одне гінекологічне захворювання, у 68 (29,8 %) жінок мали місце два гінекологічних захворювання та у 48 (21,1 %) пацієнток була відзначена наявність трьох та більше гінекологічних захворювань (табл. 5).

Структура характеру перебігу ГПЕ у жінок груп дослідження

Захворювання	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %
Вперше виявлений епізод ГПЕ	141 (61,9)	59 (72,8)	15 (45,2)	19 (61,3)	15 (46,8)	33 (64,7)
Рецидив ГПЕ	87 (38,1)	22 (27,2)	18 (54,8)	12 (38,7)	17 (53,2)	18 (35,3)
Наявність I рецидиву в анамнезі	51 (22,3)	12 (14,8)	11 (33,3)	6 (19,3)	12 (37,5)	10 (19,6)
Наявність II–III і більше рецидивів в анамнезі	36 (15,7)	10 (12,4)	7 (21,2)	6 (19,3)	5 (15,7)	8 (15,7)

$p < 0,05$ – різниця показників достовірна

Аналіз перебігу ГПЕ показав високу частоту рецидивуючого перебігу хвороби після проведеного лікування, що було причиною багаторазових внутрішньоматкових втручань (окреме вишкрібання стінок матки та цервікального каналу) та курсів гормональної терапії. Найчастіше рецидив ГПЕ спостерігався у II групі (хворі з комплексними ГПЕ без атипії) – 18 (54,8 %) спостережень, у IV групі (хворі з комплексними ГПЕ з атипією) – 17 (53,2 %) спостережень (табл. 1, 3, 5).

Наявність у жінок з ГПЕ лейоміоми матки спостерігалася досить часто, так, у I групі 23 (28,3 %) жінки, в II групі – 11 (33,3 %) пацієнток, у III групі – 8 (25,8 %) спостережень та у IV – 12 (23,3 %) жінок мали лейоміому матки. Також слід зазначити наявність сполучення лейоміоми матки з аденоміозом – 23 (10,2 %) спостереження, що клінічно проявлялося масивними матковими кровотечами та рецидивуючим перебігом захворювання (табл. 6).

Аденоміоз відокремлено як монопатологію матки, він спостерігався достатньо часто з максимальними значеннями у I та V групах – 20 (24,6 %) та 11 (21,6 %) спостережень відповідно. Цей факт, на нашу думку, обумовлений загальною патогенезу проліферативних процесів ендометрія та міометрія. Патологія шийки матки в анамнезі спостерігалася достатньо часто, з максимальними показниками поширеності у I групі – 44 (54,3 %) спостереження та у V групі – 32 (62,7 %) спостереження.

Хронічні запальні захворювання матки та придатків у групах дослідження статистично зустрічалися частіше при порівнянні з групою контролю, при цьому найчастіше зустрічалися у групі з поліпозом ендометрія – 29 (56,9 %).

Особливу увагу ми звернули на високу частоту наявності дисгормональних захворювань молочних залоз у жінок з ГПЕ, що було статистично доведено в порівнянні з групою контролю. Середній показник наявності патології молочних залоз у віковій групі склав 64 (28,1 %) спостереження проти показника в контрольній групі 3 (9,9 %) відповідно. Майже кожна третя жінка I групи – 22 (27,2 %) – мала залозисто-кістозну мастопатію молочних залоз, при цьому вузлові форми спостерігалися у 6 (6,1 %) пацієнток, що стало приводом для оперативного лікування. Високий відсоток наявності фіброзно-кістозної мастопатії також спостерігали у жінок V групи – 13 (25,4 %), вузлові форми були в анамнезі у 3 (5,9 %) пацієнток. Доброякісні новоутворення яєчників статистично достовірно зустрічалися частіше в групах дослідження в порівнянні з групою контролю, середній показник склав 28 (12,3 %) спостережень, тоді як у групі контролю – 1 (3,3 %), що було статистично достовірним.

Порушення біоценозу піхви спостерігали у 178 (78,1 %) жінок, при цьому характерно, що найчастіше цю патологію спостерігали у V групі – 48 (94,1%) жінок – з поліпозом ендометрія.

Структура гінекологічної патології жінок груп дослідження

Захворювання	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
Лейоміома матки	60 (26,3)	23 (28,3)	11 (33,3)	8 (25,8)	6 (18,6)	12 (23,5)	4 (13,3)
Аденоміоз	46 (20,1)	20 (24,6)	4 (12,9)	6 (19,3)	5 (15,6)	11 (21,6)	2 (6,6)
Лейоміома матки + аденоміоз	23 (10,1)	8 (9,8)	2 (6,1)	4 (12,9)	5 (15,6)	4 (7,8)	1 (3,3)
Доброякісні захворювання шийки матки	116 (50,8)	44 (54,3)	14 (45,2)	16 (51,2)	10 (31,2)	32 (62,7)	9 (30)
Доброякісні новоутворення яєчників	28 (12,3)	10 (12,3)	4 (12,9)	6 (19,3)	2 (6,2)	6 (11,8)	1 (3,3)
Хронічні запальні захворювання матки та придатків	73 (32,0)	22 (27,2)	6 (19,3)	9 (29,1)	7 (21,8)	29 (56,9)	3 (10,0)
Неплідність	39 (17,1)	16 (19,7)	6 (19,3)	4 (12,9)	5 (15,6)	8 (15,6)	–
Захворювання молочних залоз: дифузна мастопатія вузлова мастопатія	64 (28,1) 51 (22,3) 13 (5,8)	22 (27,2) 6 (6,1)	6 (18,2) 2 (6,3)	6 (19,3) 1 (3,2)	4 (12,5) 1 (3,3)	13 (25,4) 3 (5,9)	3 (9,9) –
Порушення біоценозу піхви в анамнезі	178 (78,1)	76 (93,8)	28 (75,7)	22 (70,1)	30 (93,7)	48 (94,1)	16 (53,3)

$p < 0,05$ – різниця показників достовірна

Аналіз преморбідного фону, наявності захворювань у дитинстві, вивчення супутньої патології дозволили виявити низький індекс здоров'я у жінок груп дослідження у порівнянні з контрольною групою. Було проаналізовано структуру перенесених раніше та існуючих екстрагенітальних захворювань.

Вивчення частоти перенесення дитячих інфекцій (кір, краснуха, вітряна віспа, скарлатина, в різних поєднаннях) у дитинстві виявило наявність високої частоти в анамнезі – 217 (95,2 %) спостережень, але ці дані достовірно не відрізнялися від показника контрольної групи – 27 (90 %) спостережень (табл. 7).

Встановлено, що у 192 (84,2 %) жінок було виявлено 1 або 2 хронічних захворювання в анамнезі. Найбільш частими супутніми екстрагені-

тальними захворюваннями в репродуктивному віці були захворювання гепатобілярного комплексу у вигляді хронічного холецистопанкреатиту з максимальними значеннями у I групі – 19 (23,6 %) жінок та у V групі – 8 (15,7 %) спостережень. У більшості хворих ця патологія була виявлена до розвитку ГПЕ, але слід зазначити, що хворі, яким проводилося тривале гормональне лікування, визначали прогресування та часте загострення цієї патології, що ще раз підкреслює важливість урахування наявності патології гепатобілярного комплексу при визначенні тактики лікування хворих з ГПЕ. Також достатньо часто спостерігали наявність хронічного гастриту (від 3,1 до 13,7 % хворих) у групах.

Привертає увагу висока частота наявності варикозної хвороби вен нижніх кінцівок.

Структура екстрагенітальної патології жінок репродуктивного віку груп дослідження

Захворювання	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група № 1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група № 2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група № 3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група № 4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група № 5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
Дитячі інфекції	217 (95,2)	79 (97,7)	30 (90,9)	31 (100)	29 (87,5)	48 (94,1)	27 (90)
Захворювання крові:							
анемія	27 (11,8)	10 (12,3)	4 (12,2)	2 (6,4)	3 (9,3)	8 (15,7)	–
легкий ступінь	14 (7,5)	6 (7,5)	2 (6,1)	–	3 (9,3)	5 (9,8)	–
середній ступінь	7 (3,7)	3 (3,7)	2 (6,1)	2 (6,4)	–	2 (4,4)	–
тяжкий ступінь	2 (1,1)	1 (1,2)	–	–	–	1 (1,9)	–
Захворювання органів дихання	12 (5,2)	6 (7,5)	2 (6,1)	–	–	4 (7,8)	1 (3,3)
Захворювання серцево-судинної системи:							
ГХ	25 (10,9)	9 (11,1)	2 (6,1)	1 (3,2)	5 (15,6)	8 (15,7)	–
ІХС	4 (1,7)	1 (1,2)	–	–	3 (9,3)	1 (1,9)	–
НЦД	41 (17,9)	9 (11,1)	6 (18,3)	5 (16,1)	3 (9,3)	8 (15,7)	1 (3,3)
варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	27 (11,8)	9 (11,1)	4 (12,2)	2 (6,4)	6 (18,8)	6 (13,1)	2 (6,6)
Захворювання ендокринної системи:							
цукровий діабет I типу	9 (3,9)	4 (4,9)	2 (6,1)	1 (3,2)	–	2 (4,4)	–
цукровий діабет II типу	3 (1,3)	1 (1,2)	–	–	–	2 (4,4)	–
еутиреоїдний зоб	27 (11,8)	8 (9,8)	4 (12,2)	5 (16,1)	5 (15,6)	5 (9,8)	2 (6,6)
гіпотиреоз	16 (7,1)	8 (9,8)	2 (6,1)	2 (6,4)	3 (9,3)	3 (5,9)	1 (3,3)
гіпертиреоз	2 (0,08)	1 (1,2)	–	1 (3,2)	–	–	–
Захворювання органів травлення:							
хр. гастрит	25 (10,9)	9 (11,1)	4 (12,2)	4 (12,8)	1 (3,1)	7 (13,7)	3 (9,9)
виразкова хвороба	9 (3,9)	4 (4,9)	–	1 (3,2)	2 (6,2)	2 (4,4)	–
хр. коліт	6 (2,6)	3 (3,7)	2 (6,1)	1 (3,2)	–	–	1 (3,3)
хр. холецистопанкреатит	40 (17,5)	19 (23,6)	5 (15,2)	3 (9,6)	5 (15,6)	8 (15,7)	2 (6,6)
ЖКБ	11 (4,8)	4 (4,9)	1 (3,0)	–	3 (9,3)	3 (5,9)	–
Захворювання сечовидільної системи	29 (12,7)	8 (9,8)	6 (18,3)	4 (12,8)	5 (15,6)	6 (13,1)	2 (6,6)
Захворювання нервової системи:							
АНС та ДС	21 (9,2)	8 (9,8)	2 (6,1)	4 (12,8)	2 (6,2)	5 (9,8)	1 (3,3)

$p < 0,05$ – різниця показників достовірна

Середній показник наявності цієї патології у віковій групі склав 27 (11,8 %) в порівнянні з групою контролю – 2 (6,6 %). Високий відсоток цієї патології спостерігали у жінок I, IV та V груп дослідження, що принципово впливало на попередню лікувальну тактику хворих.

Гіпертонічна хвороба в репродуктивному віці спостерігалася у 10,9 % хворих, ішемічна хвороба зустрічалася достатньо рідко – 1,7 %, але їх наявність визначала індивідуалізацію лікування таких хворих.

Однією з важливих складових визначення тактики лікування, на нашу думку, є наяв-

ність анемії, її ступінь та тривалість. Найчастіше анемізацію хворих ми спостерігали в V групі – 8 (15,7 %) спостережень, у I та II групах – 4 (12,2 %) та 10 (12,3 %) спостережень відповідно. Особливо слід зазначити, що найбільш тяжкі випадки анемії спостерігали у жінок з рецидивуючим перебігом ГПЕ та при сполученні з лейоміомами матки та аденоміозом.

Високий відсоток наявності нейроциркуляторної дистонії – 17,9 % від загальної кількості хворих з ГПЕ в репродуктивному віці – вказує на порушення адаптаційних механізмів, оскільки наслідком є наявність нейроендокринної дисфункції. Вивчення патології ендокринної системи виявило високу частоту поширеності захворювань щитоподібної залози – 27 (11,8 %) жінок з 228 мали таку патологію. Так, еутиреоїдний зоб найчастіше зустрічався у хворих I, III та IV груп з середнім значенням у віковій групі 27 (11,8 %) проти 2 (6,6 %) в контрольній групі.

Особливий інтерес, на нашу думку, був до стану гіпотиреозу, оскільки саме ця патологія значно впливає на процеси основного обміну та ендокринно-імунного гомеостазу. Найчастіше гіпотиреоз зустрічався у хворих I групи (пацієнтки з простими ГПЕ без атипії) – 8 (9,8 %) спостережень та IV групи (жінки з комплексними ГПЕ з атипією) – 3 (6,3 %) спостереження.

Середній показник наявності гіпотиреозу у віковій групі склав 16 (7,1 %) спостережень, що значно більше в порівнянні з контрольною групою – 1 (3,3 %) відповідно.

Захворювання нервової системи у жінок групи спостереження були представлені астено-невротичним синдромом та депресивним станом. Найчастіше ця патологія зустрічалася у хворих II, III та V груп. Середній показник наявності цієї патології у віковій групі склав 21 (9,2 %) спостереження проти 1 (3,3 %) в групі контролю.

Особливо слід зазначити, що жінки з рецидивуючим перебігом ГПЕ, особливо на фоні сполучення з аденоміозом та лейоміомою матки, мали найвищий відсоток астено-невротичних розладів, що обов'язково потребувало додаткової психоневрологічної корекції та відповідної терапії.

З метою визначення метаболічних порушень було проведено дослідження індексу маси тіла у пацієнток груп дослідження та контрольної групи згідно з критеріями Міжнародної діабетичної федерації (2005 р.)

Особливу увагу ми приділили вивченню морфометричних показників хворих з ГПЕ (табл. 8). Було встановлено, що з 186 хворих на ГПЕ лише 2 (0,01%) мали недостатність маси тіла. Нормальну вагу тіла мали 66

Таблиця 8

Розподіл хворих репродуктивного віку з ГПЕ за морфометричними критеріями

ІМТ	Середнє значення у віковій групі (n = 228) %	Група №1 Прості ГПЕ без атипії (n = 81) %	Група №2 Комплексні ГПЕ без атипії (n = 33) %	Група №3 Прості ГПЕ з атипією (n = 31) %	Група №4 Комплексні ГПЕ з атипією (n = 32) %	Група №5 Поліпоз ендометрія (n = 51) %	Контрольна група (n = 30) %
> 18,5	2 (2,2)	1 (1,2)	–	–	–	1 (1,9)	2 (6,6)
18,5–24,9 норма	85 (37,2)	27 (33,3)	11 (33,3)	15 (48,3)	14 (43,7)	18 (35,3)	18 (60,0)
25–30 передожиріння	72 (31,5)	26 (32,1)	10 (30,3)	11 (35,8)	11 (34,4)	14 (27,5)	7 (33,3)
30–35 ожиріння I ст.	43 (18,8)	19 (23,4)	9 (27,3)	3 (9,6)	4 (12,5)	8 (15,6)	2 (6,6)
35–40 ожиріння II ст.	21 (9,2)	5 (6,1)	2 (6,2)	3 (9,6)	2 (6,3)	9 (17,7)	1 (3,3)
> 40 ожиріння III ст.	7 (3,2)	3 (3,0)	1 (3,1)	–	2 (6,3)	1 (1,9)	–
Абдомінальний тип ожиріння	39 (21,6)	19 (23,4)	4 (12,1)	4 (12,9)	5 (15,6)	9 (17,7)	1 (3,3)

(35,5 %) хворих, передожиріння спостерігалось у 54 (29,1 %) хворих. Ожиріння I ступеня мали 38 (15,1 %) хворих, з максимальною кількістю хворих у II групі – 3 (20 %) спостереження. Ожиріння II ступеня було визначено у 20 (10,7 %) хворих та ожиріння III ступеня спостерігалось у 6 (3,2 %). Також слід зазначити, що абдомінальний (андроїдний) тип ожиріння мали 39 (21,6 %) хворих. Ця категорія хворих потребувала індивідуалізації лікування з залученням лікарів суміжних професій – ендокринолога, психотерапевта та дієтолога.

Показники наявності ожиріння статистично достовірно були більше в групах спостереження в порівнянні з контрольною групою, що дає підґрунтя говорити про патогенетичні паралелі розвитку ГПЕ та метаболічних порушень.

Таким чином, клініко-статистичний аналіз жінок репродуктивного віку вказав на певну роль спадкової схильності в розвитку ГПЕ, що дає можливість визначити групу підвищеного ризику з диспансерного спостереження, в яку повинні бути включені жінки, родичі яких (матері, сестри) мають або мали в гінекологічному анамнезі ГПЕ, аденоміоз, лейоміому матки, порушення менструальної функції.

Вивчення менструального та репродуктивного анамнезів показало, що групу підвищеного ризику з розвитку гіперпластичних процесів ендометрія складають жінки, у яких спостерігалось раннє або пізнє менархе, тривалість періоду становлення менструального циклу складає більше 2-х років та тривалість циклу менше 21 або більше 35 днів.

Дослідження гінекологічного анамнезу вказало, що в групу підвищеного ризику з розвитку ГПЕ входять жінки з порушенням менструального циклу (нерегулярні менструації, метрорагії, менометрорагії), з наявністю проліферативних процесів матки (лейоміома матки), аденомізу та хронічних запальних процесів матки та її придатків. Також було встановлено, що для жінок з ГПЕ були характерні наявність великої кількості медичних абортів та внутрішньоматкових втручань та мала кількість пологів порівняно з групою контролю.

Вивчення акушерського анамнезу показало, що для жінок з ГПЕ були характерні певні особливості, а саме наявність високого відсотка неплідності в групах, загрози переривання вагітності на ранніх термінах.

Дослідження структури соматичної патології хворих репродуктивного віку встановило, що 159 (85,4 %) хворих даної групи мали одне або два хронічних захворювання в анамнезі. Найчастіше в цій віковій категорії спостерігалися захворювання гепатобіліарного комплексу, гіпохромна постгеморагічна анемія, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, патологія щитоподібної залози, ожиріння, доброякісні захворювання молочних залоз.

Висновок. Встановлено найбільш характерні стани, преморбідні для цієї патології ендометрія, які можуть розцінюватися як предиктори ГПЕ, що дозволяє визначити групу високого ризику з розвитку цієї патології, своєчасно провести профілактичні і лікувально-діагностичні заходи.

Список використаних джерел

1. Бенюк В. А. Внутриматочная патология / В. А. Бенюк, Я. М. Винярский, В. Н. Гончаренко, Ю.В. Кувита, Т. В. Никонюк, И. А. Усевич // Справочник врача «Гинеколог». – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2013. – № 6 (42). – 206 с.
2. Дубинина В. Г. Прогнозування і рання діагностика пухлинних захворювань ендометрія / В. Г. Дубинина // Автореферат на здобуття ступеня доктора мед. наук. – К., 2007.
3. Дубинина В. Г. Спонтанная хромосомная нестабильность лимфоцитов периферической крови у больных раком эндометрия / В. Г. Дубинина, В. В. Бубнов, В. Н. Боброва, М. Г. Ануфриев // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3. – С. 187–190.
4. Дубинина В. Г. Иммуно-эндокринные взаимоотношения у женщин репродуктивного возраста с различными видами трансформации эндометрия / В. Г. Дубинина, А. И. Рыбин // Буковин. мед. вісн. – 2002. – Т. 6. – С. 214–219.
5. Дубоссарская З. М. Гиперплазия эндометрия (клиническая лекция) / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская // Жіночий лікар. – 2009. – № 5. – С. 22–27.

6. Запорожан В. Н. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия / В. Н. Запорожан, Т. Ф. Татарчук, В. Г. Дубинина, Н. В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 5–12.
7. Манухин И. Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян // Мед. информ. агентство. – М., 2001. – 131 с.
8. Обоскалова Т. А. Оказание медицинской помощи с гиперпластическими процессами эндометрия / Т. А. Обоскалова, Е. Ю. Глухов, Е. И. Нефф, М. Н. Скорнякова. – Е., 2008. – 71 с.
9. Beniuk V. Personalized treatment strategy for atypical endometrial hyperplasia with regards to age, comorbidities and endometrial receptor status / V. Beniuk, Y. Vyniarsky, V. Goncharenko // EPMA Journal 2014, 5 / (Suppl 1): A 40.
10. Beniuk V. Predictive diagnosis of endometrial hyperplasia and personalized therapeutic strategy in women of fertile age / A. Beniuk, V. Goncharenko, O. Kalenska, O. Demchenko, M. Spivak, R. Bubnov.: EPMA J 2013, 4:24.
11. Sherman M. E. Benign diseases of the endometrium / M. E. Sherman, M. T. Mazur, R. J. Kurman // Kurman R. J., ed. Blaustein's pathology of the female genital tract / R. J. Kurman, ed. – 5th ed. – NY: Springer-Verlag. – 2002. – P. 421–466.
12. Van Bogaert L. J. Clinicopathologic findings in endometrial polyps / L. J. Van Bogaert // Obstet. Gynecol. – 1988. – Vol. 71. – P. 771–773.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

В. Н. Гончаренко

Резюме. Проблема диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) занимает одно из главных мест в гинекологической практике и составляет от 17 до 58 % всей гинекологической патологии. Следует отметить, что гиперпластические процессы эндометрия имеют длительное, скрытое и бессимптомное течение, а в 2,4–10 % наблюдается злокачественная трансформация. Надо также отметить, что данная патология является одной из частых причин выполнения гистерэктомий и связанной с этим репродуктивной функции, инвалидизации и снижения качества жизни.

Ключевые слова: эндометрий, гистерэктомия, репродуктивная функция, аденоматозная инвалидизация, менархе.

SOCIOMEDICAL CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE-AGED WOMEN WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES

V. Honcharenko

Summary. The diagnosis and treatment issue of endometrial hyperplastic processes (EHPs) is one of the most significant in gynecology and compile 17–58 % of all gynecological pathologies. It is worth mentioning that EHPs have long-term, latent, asymptomatic disease course and 10–24 % of the processes are inclined to transform into cancerous ones. An additional point to consider is that this pathology is one of the frequent reasons of hysterectomy procedure and resulting from it loss of fertility, disability and debasing of women's quality of life.

Keywords: endometrium, hysterectomy, fertility, adenomatous, disability, uterine leiomyoma, menarche.