

international experience.

Keywords: *automated information systems, expert system, statistical information, Bayesian classifier.*

УДК 613.99

**КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ
ЕНДОМЕТРІЯ**

В.М. Гончаренко

Клінічна лікарня «Феофанія», м.Київ

Резюме. *Проведено клініко-статистичний аналіз медичної документації (історії хвороби, індивідуальні амбулаторні картки) 186 жінок з патологією ендометрія у віці від 18 до 45 років, що проходили лікування в Центрі загальної гінекології, гінекологічної ендокринології та репродуктивної медицини Клінічної лікарні «Феофанія», жіночої консультації ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” ДУС, Міському пологовому будинку №3.*

Встановлені клініко-анамнестичні особливості які характерні для жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія, що дозволяє визначити групу високого ризику по розвитку даної патології, своєчасно провести профілактичні і лікувально-діагностичні заходи.

Ключові слова: *патологією ендометрія, клініко-статистичний аналіз.*

Вступ. Впродовж останніх десятиліть в Україні, як і у більшості країн світу, відзначається тенденція до підвищення частоти гормонозалежних пухлин, в першу чергу гіперпластичних процесів, в тому числі і гіперпластичних процесів ендометрію [1,3].

Гіперпластичні процеси ендометрію (ГПЕ) представляють собою багатофакторну актуальну проблему теоретичної та клінічної медицини та, за даними вітчизняних і зарубіжних авторів, займають одне з провідних місць в структурі гінекологічної патології, при цьому частота їх коливається від 14% до 83% [2].

Треба також зазначити, що дана патологія є однією з частих причин виконання гістеректомій і, пов'язаною з цим, втратою репродуктивної функції, інвалідизації і зниження якості життя жінок .

Актуальність проблеми визначається не лише значним збільшенням тимчасової непрацездатності активної частини населення, але й також можливістю переродження ГПЕ в рак ендометрію. 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 ендометрію, який займає третє місце в структурі

онкологічної захворюваності у жінок та, згідно довгостроковому прогнозу ВОЗ, перше місце в багатьох розвинутих країнах світу. Тому, одним з важливих факторів профілактики раку ендометрію є визначення факторів ризику розвитку даної патології її рання діагностика, патогенетично обґрунтоване лікування [4,5].

Метою нашого дослідження було визначення прогностичних факторів розвитку гіперпластичних процесів ендометрію у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження. Проведено клініко-статистичний аналіз медичної документації (історії хвороби, індивідуальні амбулаторні картки) 186 жінок з патологією ендометрія у віці від 18 до 45 років, що проходили лікування в Центрі загальної гінекології, гінекологічної ендокринології та репродуктивної медицини Клінічної лікарні «Феофанія», жіночої консультації ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” ДУС, Міському пологовому будинку №3.

Після уточнення діагнозу нами були сформовані групи хворих - група №1 – жінки з простою гіперплазією ендометрія (ГЕ) без атипії - 93 (50,0%) спостереження, група №2 – хворі з комплексною (аденоматозною) гіперплазією ендометрія без атипії – 15 (8,0%) спостережень, група №3 – жінки з простою гіперплазією ендометрія з атипією - 15 (8,0%) спостережень, група №4 – хворі з комплексною (аденоматозною) гіперплазією ендометрія з атипією – 12 (6,4%) спостережень, група №5 – жінки з поліпозом ендометрія – 51 (27,4%) спостереження.

Як показали дослідження, вік жінок з ГПЕ репродуктивного віку склав від 22 до 45 років, середній вік склав - $38,6 \pm 3,2$ років. Контрольна група в кількості 30 спостережень була сформована з жінок репродуктивного віку, які проходили щорічну диспансеризацію, середній вік в даній групі склав - $36,6 \pm 4,1$ років.

Результати та їх обговорення. Проведено аналіз впливу соціальних факторів на виникнення доброякісної патології ендометрію у жінок репродуктивного віку, який показав, що найбільший відсоток жінок з ГПЕ було представлено службовцями, викладачами шкіл та ВУЗів та офісними працівниками - 68,5% (124 жінок) з інтелектуально-розумовою працею та нервово-психічним навантаженням на робочому місці. Інші групи було представлено - домогосподарки 12,1% (22 спостереження), працюючі на промислових підприємствах -11,6% (21 спостереження), працівники агропромислового комплексу-7,8 (14 спостережень).

Аналіз даних, що характеризують менструальну функцію у жінок репродуктивного віку показав, що у 55 (29,5%) жінок із ГПЕ у репродуктивному віці спостерігалось менархе до 12 років, та у 40 (21,5%) менархе спостерігалось після 14 років, що значно більше ніж показники

контрольної групи - 6 (20,6%) та 2 (6,6%) спостережень відповідно. Таким чином, для жінок з патологією ендометрія, характерний достовірно більш раніший початок менархе (до 12 років) та менархе після 14 років, що можливо розглядати як характерний ознак даної патології, а також може вказувати про наявність гормональних порушень та служити фоном для подальшого формування патології ендометрія в майбутньому.

Встановлений високий відсоток жінок в групах дослідження з тривалим становленням менструальної функції у співвідношенні до контрольної групи. Так, тривалість становлення менструальної функції більш 2-х років спостерігалася у 1 групі у 26 (27,9%) хворих, в 2 групі у 5 (33,3%), у 3 (20,0%) жінок третьої групи, у 5 (41,6%) хворих 4 групи та 14 (36,4%) жінок п'ятої групи, тоді як в контрольній групі тривалість становлення менструального циклу більше 2 років спостерігалася лише у 2 (6,6%) ($p < 0,05$).

Вивчення особливостей менструальної функції довів на велику частоту її розладів у жінок з ГПЕ. Для даної категорії хворих було характерним наявність метрорагій - 117(62,9%) жінок від загальної кількості хворих. Менорагія зустрічалася найчастіше у першій 62(66,6%) спостереження, у другій групі - 11(73,3%) жінок - та у групі з поліпами ендометрія - 29 (56,8%) випадків. Характерним порушенням менструальної функції для всіх хворих з ГПЕ було наявність ациклічних маткових кровотеч на фоні затримки менструації - 63 (33,9%) спостереження, що було характерно для багатьох жінок та не спостерігалася у контрольній групі.

При вивченні репродуктивного анамнезу спостерігали наступні особливості - середня кількість пологів в контрольній групі була $1,9 \pm 0,2$ в групах дослідження $1,6-1,7$ пологів на 1 жінку. Звертає на себе увагу велика кількість медичних абортів в групах спостереження (середня $2,5 \pm 0,3$), так показник кількості абортів на 1 жінку в групі склав - $2,9 \pm 0,2$, тоді як в групі контролю лише $1,8 \pm 0,1$. Максимальні значення данного показника спостерігали у групі №5 - з поліпозом ендометрія - $2,9 \pm 0,3$ та в групі з комплексною атиповою гіперплазією - $2,6 \pm 0,4$. Аналіз перебігу вагітності в групах дослідження виявив високий відсоток самовільних викиднів у порівнянні з контрольною групою. Так, в контрольній групі цей показник був - 2 (6,6%) спостереження), в групі з поліпозом ендометрія - 12 (23,5%) жінки, та 16 (16,1%) пацієнток в групі з простою неатиповою гіперплазією ендометрія.

Аналізуючи анамнестичні дані перебігу вагітності і результати пологів у жінок з ГПЕ звертає на себе увагу частота ускладнень гестації та пологів. Встановлено, що провідною патологією перебігу вагітності була загроза переривання вагітності 23 (24,7%) спостереження в першій групі, по 3 (20%) в другій та третій групах, 3 (25%) в четвертій групі та максимальний показник було визначено в п'ятій групі -13(25,5%) жінок. Таким чином, можливо

говорити про наявність фонового порушення гормонального гомеостазу, який мав вплив і на перебіг вагітності. З іншого боку, висока частота загрози переривання вагітності та септичних ускладнень в групі з поліпозом ендометрія можуть мати не тільки гормональну природу, но і інфекційний генез, що ще раз доказують багатофакторність патогенезу поліпозу ендометрію.

Одним з важливих факторів, які 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. З загальної кількості хворих (186 спостережень – 100%) які перебували в репродуктивному віці у 97 (48,9%) жінок в анамнезі мали одне гінекологічне захворювання, у 54 (29,0%) жінок спостерігали два гінекологічних захворювання та у 28 (15,1%) пацієнток було відмічено наявність трьох та більше гінекологічних захворювань.

Аналіз перебігу ГПЕ було встановлено висока частота рецидивуючого перебігу після проведеного лікування, що було причиною багаторазових внутришньоматкових втручань (окреме вишкрібання стінок матки та цервікального каналу) та курсів гормональної терапії. Найчастіше рецидив ГПЕ спостерігався у п'ятій групі (жінки з поліпозом ендометрія) - 18 (35,3%) спостережень, в другій групі (хворі з комплексною ГПЕ без атипії) - 5 (33,3%) спостережень, при цьому найбільший відсоток наявності 2-3 внутришньоматкових втручань спостерігали саме в п'ятій групі – 8 (15,7%), відповідно.

Наявність у жінок з ГПЕ лейоміоми матки спостерігали в першій групі у 26 (27,9%) жінок, в другій групі у 5 (33,3%) пацієнток, в третій групі у 4 (26,6%) спостереження та в п'ятій у 12 (23,3%) жінок. Також, слід зазначити наявність сполучення лейоміоми матки з аденоміозом - 19 (10,2%) спостережень, що клінічно проявлялося масивними матковими кровотечами та рецидивуючим перебігом захворювання.

Аденоміоз на фоні ГПЕ спостерігався достатньо часто з максимальними значеннями у першій та в п'ятій групі – 24 (25,8%) та 11 (21,6%) спостережень відповідно. Даний факт на нашу думку обумовлений загальністю патогенезу проліферативних процесів ендометрію. Хронічні запальні захворювання матки та додатків в групах дослідження статистично зустрічалися частіше при порівнянні з групою контролю, при цьому найчастіше зустрічалися у групі з поліпозом ендометрію - 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 склав - 52 (27,9%) спостережень проти показника в контрольній групі – 3 (9,9%) відповідно. Майже кожна третя жінка

першої групи – 30 (32,2%) мали залозисто-кістозну мастопатію молочних залоз, при цьому вузлові форми спостерігалися у 5 (5,4%) пацієнток, що було приводом для оперативного лікування. Високий відсоток наявності фіброзно-кістозної мастопатії також спостерігали у жінок другої та третьої груп - 4 (26,6%) та 4 (26,6%) спостереження відповідно.

Доброякісні новоутворення яєчників статистично достовірно зустрічалися частіше в групах дослідження в порівнянні з групою контролю, середній показник склав - 25 (13,5%) спостереження, тоді як в групі контролю – 1 (3,3%), що було статистично достовірним.

Аналіз преморбідного фону, наявності дитячих захворювань у дитинстві, вивчення супутньої патології дозволило виявити низький індекс здоров'я у групи жінок груп дослідження у порівнянні з контрольною групою.

Вивчення частоти перенесення дитячих інфекцій (кір, краснуха, вітряна віспа, скарлатина, в різних сполученнях), у дитинстві виявило наявність високої частоти (91,2%-100%), але ці данні достовірно не відрізнялися від показника контрольної групи – 27 (90,0%) спостережень.

Встановлено, що у 159 (85,4%) було виявлено одне або два хронічних захворювання в анамнезі. Найбільш частими супутніми екстрагенітальними захворюваннями в репродуктивному віці були захворювання гепатобілярного комплексу – у вигляді хронічного холецисто-панкреатиту – з максимальними значеннями в п'ятій групі - 8 (15,7%) спостережень та в першій групі - 17 (17,2%) жінок. Також, достатньо часто спостерігали наявність хронічного гастриту від 8,6% до 13,7% хворих в групах. Звертає на себе увагу висока частота наявності варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Середній показник наявності даної патології по віковій групі склав 22 (11,8%) в порівнянні з групою контролю – 2 (6,6%). Високий відсоток даної патології спостерігали у жінок першої, четвертої та п'ятої груп дослідження, що принципово впливало на попередню лікувальну тактику даних хворих. Гіпертонічна хвороба в репродуктивному віці спостерігалася у 11,8% хворих, ішемічна хвороба зустрічалася достатньо рідко – 1,6%, але їх наявність визначала індивідуалізацію лікування даних хворих.

Одним з важливих складових визначення тактики лікування, на нашу думку, є наявність анемії, її ступінь та тривалість. Найчастіше анемізацію хворих ми спостерігали в п'ятій групі - 8 (15,7%) спостережень, в другій та першій групах – 11 (11,8%) та 2 (13,3%) спостереження відповідно. Особливо слід зазначити, що найбільш тяжкі випадки анемії спостерігали у жінок з рецидивуючим перебігом ГПЕ та при сполученні з лейоміомою матки та аденоміозом.

Високий відсоток наявності нейро-циркуляторної дистонії -13,9% від загальної кількості хворих з ГПЕ в репродуктивному віці вказує на порушення

адаптаційних механізмів, та як наслідок нейро-ендокринної дисфункції.

Вивчення патології ендокринної системи виявило високу частоту зустрічаємості захворювань щитоподібної залози - 36 (19,4%) жінок мали дану патологію. Так, еутиреодний зоб найчастіше зустрічався у хворих першої, другої, четвертої та п'ятої груп з середнім значенням по віковій групі – 20 (10,7%) 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 - іммуного гомеостазу. Найчастіше гіпотиреоз зустрічався у хворих четвертої групи (жінки з комплексною ГЕ з атипією) - 2 (16,6%) спостереження та хворі першої групи (пацієнтки з простою ГЕ без атипії) - 8 (8,6%). Середній показник наявності гіпотиреозу по віковій групі склав – 15 (8,1%) 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 другої, третьої та п'ятої груп. Середній показник наявності даної патології склав 17 (9,1%) спостережень 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 самий високий 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 критеріям Міжнародної діабетичної федерації (2005р.). Було встановлено, що з 186 хворих на ГПЕ лише 2 (0,01%) мали недостатність маси тіла. Нормальну вагу тіла мали 66 (35,5%) хворих, предожиряння спостерігалось у 54 (29,1%) хворих. Ожиріння I ступеню мали - 38 (15,1%) хворих, з максимальною кількістю хворих у другій групі - 3 (20%) спостереження. Ожиріння II ступеню 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 21,6% (39 спостережень). Дана 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.

Висновки

Клініко-статистичний аналіз показав, що групу підвищеного ризику по розвитку гіперпластичних процесів ендометрія складають жінки у яких

спостерігалось раннє або пізнє menarche, тривалість періоду становлення менструального циклу у яких складав більше 2 років.

Дослідження гінекологічного анамнезу вказало, що підвищений ризик розвитку ГПЕ мають жінки з порушенням менструального циклу (метрорагії, менометроррагії), з наявністю проліферативних процесів матки (лейоміома матки), аденоміозу та хронічних запальних процесів матки та її додатків. Також, було встановлено, що для жінок з ГПЕ було характерно наявність великої кількості медичних абортів та внутришньоматкових втручань та мала кількість пологів по відношенню до групи контролю. Вивчення акушерського анамнезу показало, що для жінок з ГПЕ було характерним наявність високого відсотку загрози переривання вагітності на ранніх термінах - 24,2%.

Дослідження структури соматичної патології хворих репродуктивного віку встановило, що 159 (85,4%) хворих мали одне або два хронічних захворювання в анамнезі. Найчастіше у жінок з ГПЕ в репродуктивному віці спостерігалися захворювання гепато-біліарного комплексу 19,9%, гіпохромна постгеморагічна анемія - 12,4%, патологія щитоподібної залози - 19,4%, ожиріння – 29,0%, доброякісні захворювання молочних залоз - 27,9%.

Таким чином, встановлені клініко-анамнестичні особливості які характерні для жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія, що дозволяє визначити групу високого ризику по розвитку даної патології, своєчасно провести профілактичні і лікувально-діагностичні заходи.

Література

1. Бенюк В.О. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрію у жінок репродуктивного віку / Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. Том 15,- № 2. – С. 20.
2. Бенюк В.О. Діагностичний алгоритм втрушіньоматкової патології із застосуванням гістероскопії у жінок репродуктивного віку / Бенюк В.О., Курочка В.В., Винярський Я.М., Гончаренко В.М. // Здоровье женщины. – 2009. – № 6 (42). – С. 54-56.
3. Запорожан В.Н. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия / Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф. // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 5-12.
4. Обоскалова Т.А. Оказание медицинской помощи с гиперпластическими процессами эндометрия / Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Нефф Е.И., Скорнякова М.Н.// - Екатеринбург, 2008 – 71 с.
5. Personalized treatment strategy for atypical endometrial hyperplasia with regards to age, comorbidities and endometrial receptor status [електронний ресурс] / Beniuk V., Vyniarsky Y., Goncharenko V. // EPMA Journal 2014, 5/ (Suppl 1) :A40. Режим доступу до журн. [httpHYPERLINK "http://www.epmajournal.com/](http://www.epmajournal.com/)

content/5/S1/A40/abstract”://HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”wwwHYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”.HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”epmajournalHYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”.HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”comHYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”/HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”contentHYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”/5/HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”SHYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”1/HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”AHYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”40/HYPERLINK “http://www.epmajournal.com/content/5/S1/A40/abstract”abstract

УДК 613.64

**ДО ПРОБЛЕМИ ГІГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ ВПЛИВУ КОМПАКТНИХ
ЛЮМІНЕСЦЕНТНИХ ЛАМП НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ
(ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД)**

І.М. Чердніченко

ДУ «Інститут медицини праці НАМН України»

Резюме. *В статті висвітлено проблему впливу сучасних енергозберігаючих систем освітлення на формування фізіологічних реакцій організму людини. Виконання гігієнічних досліджень в цьому напрямку дасть змогу розробити заходи щодо раціоналізації систем освітлення з розробкою принципів профілактики пошкоджуючої дії і оптимізації функцій організму, а також в напрямку попередження розвитку передчасної і хронічної втоми, що має важливе соціальне значення.*

Ключові слова: *сучасні енергозберігаючі системи освітлення, електромагнітні випромінювання систем освітлення, біологічна дія світла, працездатність, утворення мелатоніну.*

На даний час, в зв'язку з глобальним потеплінням та забрудненням оточуючого середовища CO₂, дуже важливим є питання енергозбереження.

Відомо, що 35 % первинних енергетичних ресурсів в промислово розвинутих країнах витрачається на отримання електроенергії, на що приходится 30 % загального виділення CO₂. При цьому на освітлення в розвинутих країнах йде від 5 до 15% загального споживання електроенергії, а в країнах, які розвиваються ця величина може досягати 86% [1-3].