УДК 618.14 – 002 – 007.61: 614.1 [09]

ГЕРАСИМЕНКО А. Ю., ЖЕЛЕЗНАЯ А. А., ЯКОВЛЕВА Э. Б.
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО, СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО КЛИНИКО- СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

РЕФЕРАТ. Цель исследования – выявить особенности гинекологического, соматического и репродуктивного статуса пациенток с гиперплазией эндометрия по данным ретроспективного клинико-статистического исследования.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 146 пациенток старшего репродуктивного возраста (35–45 лет) с гиперплазией эндометрия (ГЭ).

Результаты. Выявлена корреляционная связь средней силы между аномальными маточными кровотечениями и ГЭ ($r = 0,54$; $p < 0,05$). Установлена связь между фактом и длительностью использования внутриматочной контрацепции и ГЭ (соответственно $r = 0,44$; $r = 0,37$; $p < 0,05$). Также выявлена корреляционная связь между частотой абортот и ГЭ ($r = 0,57$; $p < 0,05$). При корреляционном анализе гинекологической патологии у пациенток 35–45 лет с ГЭ установлены связи средней силы между хроническим эндометритом, патологией шейки матки и ГЭ (соответственно $r = 0,53$, $r = 0,46$; $p < 0,05$). Установлена связь средней силы между наличием трех и более хронических гинекологических заболеваний и ГЭ ($r = 0,52$; $p < 0,05$). Обратная корреляционная связь средней силы выявлена между индексом соматического здоровья и ГЭ ($r = -0,58$; $p < 0,05$). Между наличием ожирения и ГЭ выявлена связь средней силы ($r = 0,63$; $p < 0,05$).

Выводы. Предикторами возникновения гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста могут выступать аномальные маточные кровотечения (91,1 %); артериальная гипертензия и ожирение, как составные метаболического синдрома (82,2 %); наличие двух и более прерванных беременностей в анамнезе (81,5 %); перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (67,1 %); доброкачественные заболевания молочных желез (65,1 %); миома матки (52,7 %); длительное использование внутриматочной контрацепции (43,2 %).

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, менструальный цикл, женщины позднего репродуктивного возраста.

В общей структуре гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста частота гиперплазии эндометрия (ГЭ), по данным разных авторов, составляет 15–40 %, достигая 75 % в случае сочетания с миомой матки [1, 2].

Поскольку в настоящее время гиперплазию эндометрия принято рассматривать как полиэтиологическое заболевание, понятно, что ее возникновению и прогрессированию способствуют как особенности репродуктивного поведения

женщин и их гинекологический анамнез, так и снижение уровня соматического здоровья пациенток [3].

Проблема гиперплазии эндометрия особенно актуальна для женщин репродуктивного и возраста менопаузального перехода в связи с особенностями клинической манифестации, снижением репродуктивного потенциала, а также ограниченными возможностями консервативной терапии при наличии хронической соматической патологии [4, 5].

Цель исследования – выявить особенности гинекологического, соматического и репродуктивного статуса пациенток с гиперплазией эндометрия по данным ретроспективного клинико-статистического исследования.

Материалы и методы

Из 976 пациенток 18–70 лет, находившихся на лечении в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства с 2016 по 2018 гг., 360 (36,9 %) женщин были с гистологически подтвержденным диагнозом ГЭ (МКБ-10: N85.0 – простая гиперплазия эндометрия).

Возрастной состав пациенток с ГЭ был представлен следующим образом: 39 пациенток 17–34 лет (10,8 %), 146 пациенток 35–45 лет (40,6 %), 125 пациенток 46–55 лет (34,7 %), 50 пациенток 56–70 лет (13,9 %). Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 146 пациенток старшего репродуктивного возраста (35–45 лет) с гиперплазией эндометрия.

Данные вносили в индивидуальные статистические карты в табличном редакторе Excel, всего было зашифровано 120 признаков – от паспортных данных и общих социально-профессиональных сведений до особенностей репродуктивного статуса и инфекционных, экстрагенитальных, гинекологических заболеваний.

Статистический анализ проведен с использованием пакета SPSS Statistics 23. Рассчитывали количественные и качественные показатели по стандартным формулам. Рассчитывали показатель ранговой корреляции Спирмена. Использовали t-критерий и χ^2 , метод углового преобразования Фишера, порог достоверности $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Выявлено, что среди пациенток 35–45 лет с ГЭ подавляющее большинство (110 (75,3 %) женщин) имели социальный статус служащих и занятых в

сфере обслуживания, тогда как домохозяйек и рабочих было существенно меньше – соответственно 22 (15,1 %) и 14 (9,6 %) ($p < 0,05$).

При анализе данных о становлении менструальной функции пациенток с ГЭ установлено, что для них характерно раннее менархе (72 (49,3 %)), тем не менее, у подавляющего большинства пациенток (103 (70,5 %)) менструации установились в короткий срок после наступления менархе, были регулярными и умеренными.

Однако, что касается менструального цикла в последние несколько лет, обильные выделения при менструации отмечали 65 (44,5 %) пациенток, при том, что на маточные кровотечения, как ведущий симптом ГЭ, жаловались 133 (91,1 %) пациентки. Нерегулярный менструальный цикл отмечали 72 (49,3 %) пациентки, на болезненность менструаций жаловались 62 (42,5 %) пациентки. При этом каждая третья пациентка (48 (32,9 %)) указывала на слабость и головокружение, свидетельствующие о значительной кровопотере. Была выявлена корреляционная связь средней силы между аномальными маточными кровотечениями и ГЭ ($r = 0,54$; $p < 0,05$).

При анализе особенностей репродуктивного статуса было выявлено, что 63 (43,2 %) пациентки использовали внутриматочную контрацепцию, причем, большинство длительно – 47 (32,2 %) случаев. Установлена корреляционная связь между фактом использования ВМК и ГЭ ($r = 0,44$; $p < 0,05$), а также между длительностью использования ВМК и развитием ГЭ ($r = 0,37$; $p < 0,05$). Это согласуется с данными других авторов и подтверждает, что одним из триггеров формирования патологических процессов, в частности, гиперплазии эндометрия, может быть использование внутриматочной контрацепции [2, 6].

Подавляющее большинство пациенток (134 (91,2 %)) указывали на наличие хотя бы одной беременности в анамнезе, при этом у 119 (81,5 %) было от 2 до 7 искусственных прерываний беременности

и среднее количество абортотв на одну женщину составило $2,9 \pm 0,7$. Вместе с тем, у каждой четвертой из этого числа (33 (22,6 %)) были осложнения после абортотв. Установлена корреляционная связь между частотой абортотв и ГЭ ($r = 0,57$; $p < 0,05$). Эти данные также соответствуют литературным данным о роли абортотв в генезе гиперпластических процессов в эндометрии [4, 5].

Анализ гинекологических заболеваний пациенток с ГЭ показал, что у каждой второй (77 (52,7 %)) пациентки имелись указания на наличие миомы матки. При том, что, согласно данным литературы, наличие миомы матки может быть ассоциировано с ГЭ и повышать риск рецидива гиперпластического процесса, выявленные данные представляют практический интерес.

Установлено, что гинекологический статус у пациенток с ГЭ в значительной степени был отягощен инфекционно-воспалительными заболеваниями. Так, каждая пятая (32 (21,9 %)) перенесла хронический аднексит, 98 (67,1 %) – хронический эндометрит, каждая вторая (82 (56,2 %)) – хронический сальпингоофорит. В 101 (69,2 %) случае имел место хронический цервицит, в 86 (58,9 %) – полипы цервикального канала, гиперкератоз, дисплазия эпителия различной степени. При корреляционном анализе гинекологической патологии у пациенток 35–45 лет с ГЭ установлены связи средней силы между хроническим эндометритом, патологией шейки матки и ГЭ (соответственно $r = 0,53$, $r = 0,46$; $p < 0,05$).

Кроме того, у 95 (65,1 %) пациенток были заболевания молочной железы. Таким образом, у 89 (61,0 %) пациенток с ГЭ имелось хотя бы одно гинекологическое заболевание, у 40 (27,4 %) – два, у 17 (11,6 %) – три и более. Установлена связь средней силы между наличием трех и более хронических гинекологических заболеваний и ГЭ ($r = 0,52$; $p < 0,05$). Приведенные данные согласуются с данными литературы о том, что хронически протекающие воспалительные заболевания эн-

дометрия могут способствовать рецидивированию ГЭ.

У всех 146 пациенток 35–45 лет с ГЭ имелась соматическая патология. Так, установлена высокая частота хронических заболеваний органов дыхания (64 (43,8 %)), желудочно-кишечного тракта (72 (49,3 %)), гепатобилиарной патологии (57 (39,0 %)), заболеваний почек и мочевыводящих путей (37 (25,3 %)), сердечно-сосудистой системы (в том числе нейроциркуляторная дистония) (46 (31,5 %)). Отдельно следует отметить, что у 65 (44,5 %) пациенток имелись указания на артериальную гипертензию. Патология щитовидной железы выявлена у 52 (35,6 %) пациенток с ГЭ. Весьма важно, что у каждой четвертой пациентки (38 (26,0 %)) было сочетание трех и более экстрагенитальных заболеваний, что свидетельствует о низком индексе соматического здоровья женщин позднего репродуктивного возраста с ГЭ. При этом выявлена обратная корреляционная связь средней силы между индексом соматического здоровья и ГЭ ($r = -0,58$; $p < 0,05$).

Кроме того, более половины пациенток (84 (57,5 %)) с ГЭ страдали ожирением I–II степени, каждая четвертая (36 (24,7 %)) – ожирением III степени ($p < 0,05$). Также и корреляционный анализ показал связь средней силы между наличием ожирения и ГЭ ($r = 0,63$; $p < 0,05$). Данный факт обращает на себя внимание, поскольку, во-первых, ожирение, будучи патогенетическим звеном развития ГЭ, является еще и фактором риска рецидива гиперпластического процесса, а во-вторых, его сочетание с артериальной гипертензией способствует развитию пролиферативных заболеваний матки.

Выводы

Предикторами возникновения гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста могут выступать аномальные маточные кровотечения (91,1 %); артериальная гипертензия и

ожирение, как составные метаболического синдрома (82,2 %); наличие двух и более прерванных беременностей в анамнезе (81,5 %); перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (67,1 %); доброкачественные заболевания молочных желез (65,1 %); миома матки (52,7 %); длительное использование внутриматочной контрацепции (43,2 %).

Список литературы

1. Гиперплазия эндометрия у женщин как маркер экологического неблагополучия среды проживания / Л. С. Целкович [и др.] // *Здоровье женщины – основа здоровья будущих поколений. Материалы научно-практической конференции, посвященной открытию Перинатального центра ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина: сборник статей.* – Самара. – 2016. – С. 211–214.

2. Павловская, М. А. Гиперплазия эндометрия у женщин репродуктивного возраста: диагностика, лечение и профилактика рецидивирования: автореф. дис. ... канд. мед.

наук / М. А. Павловская. – Минск, 2015. – 26 с.

3. Гиперплазия эндометрия как основное звено в патогенезе ДМК / Р. Н. Еспаева. [и др.] // *Вестник Казахского национального медицинского университета.* – 2019. – № 3. – С. 1–3.

4. Гиперплазия эндометрия, сочетающаяся с хроническим эндометритом: клиноморфологические особенности / Э. А. Казачкова [и др.] // *Уральский медицинский журнал.* – 2020. – № 3 (186). – С. 36–41.

5. Прогнозирование риска озлокачествления гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте / И. М. Ордиянц [и др.] // *Фундаментальная и клиническая медицина.* – 2020. – Т. 5, № 1. – С. 57–63.

6. Состояние локальных маркеров воспаления и апоптоза в эндометрии при гиперплазиях различной степени тяжести / О. В. Карапетян [и др.] // *Медицинский вестник Северного Кавказа.* – 2020. – Т. 15, № 3. – С. 342–347.

26.03.2021

GERASIMENKO A. YU., ZHELEZNAYA A. A., YAKOVLEVA E. B.
STATE EDUCATIONAL INSTITUTION OF HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION
«M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

FEATURES OF GYNECOLOGICAL, SOMATIC AND THE REPRODUCTIVE STATUS OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA ACCORDING TO A RETROSPECTIVE CLINICAL AND STATISTICAL STUDY

SUMMARY. Objective. To identify the features of the gynecological, somatic and reproductive status of patients with endometrial hyperplasia according to the data of a retrospective clinical and statistical study.

Materials and methods. A retrospective analysis of the medical records and outpatient records of 146 patients of older reproductive age (35–45 years) with endometrial hyperplasia (EH) was performed.

Results. There was a correlation of average strength between abnormal uterine bleeding and EH ($r = 0.54$; $p < 0.05$). A relationship has been established between the fact and the duration of the use of intrauterine contraception and EH ($r = 0.44$; $r = 0.37$; $p < 0.05$, respectively). There was also a correlation between the frequency of abortions and EH ($r = 0.57$; $p < 0.05$). In the correlation analysis of gynecological pathology in 35–45-year-old patients with EH, medium-strength associations were established between chronic endometritis, cervical pathology and EH ($r = 0.53$, $r = 0.46$, $p < 0.05$, respectively). An average correlation was established between the presence of three or more chronic gynecological diseases and EH ($r = 0.52$; $p < 0.05$). An inverse correlation of average strength was found between the somatic health index and EH ($r = -0.58$; $p < 0.05$). The correlation analysis showed an average strength relationship between the presence of obesity and EH ($r = 0.63$; $p < 0.05$).

Conclusions. Predictors of the occurrence of endometrial hyperplasia in women of late reproductive age can be abnormal uterine bleeding (91.1 %); arterial hypertension and obesity as components of the metabolic syndrome (82.2 %); the presence of two or more aborted pregnancies in the anamnesis (81.5 %); past inflammatory diseases of the pelvic organs (67.1 %); benign breast diseases (65.1 %); uterine fibroids (52.7 %); long-term use of intrauterine contraception (43.2 %).

Key words: endometrial hyperplasia, menstrual cycle, women of late reproductive age.