

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Н.И. ТОДЖИЕВА, Л.Р. АГАБАБЯН

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ENDOMETRIYDA HIPERPLASTIK JARAYONLARNING RIVOJLANISH XAVF OMILLARI

N.I. TODJIYEVA, L.R. AGABABYAN

Samarqand Davlat meditsina instituti, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand

RISK FACTORS FOR ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

N.I. TODJIYEVA, L.R. AGABABYAN

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) – чрезвычайно важная, сложная и многогранная проблема практической гинекологии. Это связано с тем, что данная патология относится к числу пролиферативных процессов и при длительном течении без лечения может явиться фоном для развития рака эндометрия [3, 8, 9, 12]. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является наиболее частой формой патологии слизистой оболочки матки и трактуется как нефизиологическая пролиферация эндометрия, сопровождающаяся структурной перестройкой железистого и, в меньшей степени, стромального компонента ткани. Механизмы развития гиперпластических процессов эндометрия до сих пор недостаточно изучены, что затрудняет разработку патогенетически обоснованной системы лечения пациенток с данной патологией [2, 7, 10, 11]. В структуре гинекологической патологии ГПЭ встречаются с частотой 15-40 % [1, 5, 6]. Наиболее часто ГПЭ выявляют в возрасте 45-55 лет [8, 9, 4].

С целью определения факторов риска развития гиперпластических процессов эндометрия за период с 2010 по 2014 гг. На базе гинекологического отделения Самаркандской областной многопрофильной больницы №1 было проведено комплексное клинично-лабораторное обследование 30 пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузальном периоде. Критерий отбора в исследование - гистологический верифицированный диагноз гиперплазии эндометрия без атипии.

Из исследования исключались пациентки с атипической гиперплазией, раком тела матки; злокачественной патологией шейки матки; наличием миомы матки с субмукозным расположением одного или нескольких узлов, с центрипитальным ростом, а также миоматозных узлов, увеличивающих матку до размеров более 10 недель беременности; тяжелой соматической патологией. Контрольную группу составили 30 женщин. Средний возраст пациенток основной группы составил $45,5 \pm 1,99$ лет, контрольной

группы - $46,8 \pm 1,75$ лет, что свидетельствует о сопоставимости женщин исследуемых групп по возрастному цензу. При анализе наследственности по заболеваниям сердечно-сосудистой системы было выявлено, что у 4 (13,3%) пациенток основной группы семейный анамнез был отягощен по гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, что достоверно не отличалось от показателя контрольной группы – 5 (16,6%) ($p > 0,05$).

Отягощенный анамнез наследственности по эндокринной патологии у родственников I линии родства пациенток исследуемых групп, преимущественно в виде сахарного диабета, был выявлен у 3 (10%), и 3 (10%) в основной и контрольной группах соответственно. Анализ онкологических заболеваний у родственников I и II линий родства обследованных с гиперпластическими процессами эндометрия показал, что в 11 (36,7%) наблюдениях диагностировано наличие злокачественных опухолей различной локализации. В контрольной группе наличие онкологических заболеваний у родственников установлено у 7 (23,3%) пациенток. При этом злокачественные опухоли репродуктивной системы наблюдались у матерей и сестер пациенток с гиперплазией эндометрия в 8 (26,7%) случаях, в контрольной группе – только в 3 (10%) ($p < 0,05$). Данные о структуре онкологической патологии у родственников пациенток исследуемых групп представлены в таблице 1.

Среди доброкачественных гинекологических заболеваний у родственниц пациенток основной группы миома матки и гиперпластические процессы эндометрия отмечены в 12 (40%) случаев, в контрольной группе данный показатель составил 4 (13,3%) ($p < 0,05$).

При изучении анамнеза пациенток обследованных групп аллергические реакции на различного рода аллергены (преимущественно лекарственная аллергия) выявлены у 4 (13,3%) больных основной группы, в контрольной группе – в 3 (10%) наблюдениях.

Таблица 1.

Структура семейного онкологического анамнеза у обследованных женщин

<i>Заболевания</i>	<i>Основная группа n=30</i>		<i>Контрольная группа n=30</i>	
	Абс.	%	Абс.	%
<i>Рак тела матки</i>	2	6,7	1	3,3
<i>Рак яичников</i>	1	3,3	-	-
<i>Рак молочной железы</i>	4	13,3	2	6,7
<i>Рак шейки матки</i>	1	3,3	-	-
<i>Рак толстого кишечника</i>	-	-	1	3,3
<i>Рак желудка</i>	1	3,3	2	6,7
<i>Рак печени</i>	1	3,3	-	-
<i>Рак гортани</i>	1	3,3	-	-
<i>Рак поджелудочной железы</i>	-	-	1	3,3

Острые респираторно-вирусные инфекции, инфекционно-воспалительные заболевания в детском и юношеском возрасте перенесла большая часть наблюдаемых пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия. При изучении экстрагенитальной патологии был выявлен высокий процент хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта в различных сочетаниях: у 18 (60%) пациенток основной и у женщин контрольной группы – в 10 (30%) наблюдениях ($p<0,01$). Наличие в анамнезе гепатита А отмечалось у 3 (10%) и 4 (13,3%) обследуемых обеих групп соответственно.

Хронические воспалительные заболевания верхних и нижних дыхательных путей, преимущественно хронический тонзиллит, хронический бронхит, были выявлены у 5 (16,6%) пациенток основной группы и у 5 (16,6%) обследованных контрольной группы. Статистически достоверных различий выявлено не было. Бронхиальной астмой средней степени тяжести страдала 1 (3,3%) пациентка основной группы.

В структуре заболеваний мочевыводящих путей у женщин исследуемых групп выявлены хронический цистит, пиелонефрит и мочекаменная болезнь – 16,6% и 13,3% в основной и контрольной группах соответственно. Заболеваниями сердечно-сосудистой системы, преимущественно гипертонической болезнью и вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу, страдала значительная часть пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия – 15 (30%) женщин основной группы, что достоверно ($p>0,05$) не превышало этот показатель в контрольной группе – 9 (30%).

Варикозная болезнь нижних конечностей выявлена в 7 (23,3%) случаях в основной группе и у 7 (23,3%) пациенток контрольной группы. Анамнез по тромботическим осложнениям был отягощен у 1 (3%) пациентки основной группы, тогда как у пациенток контрольной группы тромботических осложнений в анамнезе не от-

мечалось. При анализе заболеваний эндокринной системы патология щитовидной железы, представленная гипотиреозом, узловым зобом и диффузным токсическим зобом, обнаружена у 5 (16,6%) женщин основной группы. У 4 (13,3%) пациенток контрольной группы узловой зоб. Анемия в анамнезе отмечалась у 26 (86,6%) пациенток основной группы, и только у 12 (40%) пациенток без патологии эндометрия. У 9 (30%) больных с гиперпластическими процессами эндометрия в анамнезе были оперативные вмешательства по поводу экстрагенитальной патологии: у 5 (16,6%) – аппендэктомия, у 4 (13,3%) – холецистэктомия, тонзилэктомия и резекция щитовидной железы – у 2 (6,6%) соответственно. В контрольной группе частота оперативных вмешательств составила 20% : у 2 пациенток холецистэктомия и у 4 – аппендэктомия.

Таким образом, пациентки двух обследованных групп оказались сопоставимы между собой по возрасту, особенностям анамнеза и сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Особого внимания заслуживает структура и частота гинекологической заболеваемости у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Все женщины основной группы и 83,3% контрольной группы ранее наблюдались и лечились по поводу различных гинекологических заболеваний. Несмотря на числовые различия, чаще всего во всех группах встречались миома матки, эндометриоз, эктопия шейки матки, фиброзно-кистозная мастопатия и хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, в меньшей степени – эндометрит, бесплодие и опухоли яичников. Наличие в анамнезе у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия миомы матки отмечалось в значительном проценте случаев – у 17 (56,6%) женщин основной группы, что достоверно отличалось от частоты распространения данной патологии у пациенток контрольной группы – 33,3 % ($p<0,05$). Средняя длительность

течения заболевания была сходной и составила $6,3 \pm 5,3$ лет в основной группе и $6,3 \pm 4,0$ лет - у женщин без патологии эндометрия. Наличие эндометриоза различной локализации выявлено в анамнезе 17 (56,6%) и 13 (43,3%) пациенток основной и контрольной групп соответственно.

Эктопия шейки матки встречалась в анамнезе у 20 (66,6%) пациенток основной группы. У 31 (47,7%) и 2 (3,1%) обследованных пациенток основных групп было проведено лечение методом диатермокоагуляции и криодеструкции соответственно. В то же время, эктопия шейки матки в анамнезе у пациенток контрольной группы встречалась достоверно реже, чем в основных – в 20 % случаев ($p < 0,05$).

Частота распространения диффузной фиброзно-кистозной мастопатии была сходной в основных группах – у 42,4 % и 40,6 % женщин I и II групп соответственно. В контрольной группе этот показатель был достоверно ниже и составил 16,7% ($p < 0,05$). Следует отметить, что хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов в анамнезе наблюдались достоверно ($p < 0,05$) чаще в основной группе, чем в контроле. Так, частота хронического сальпингоофорита среди больных основной группы составляла 40 %, среди пациенток контрольной группы – в 10 % наблюдений. Острый и хронический эндометрит (по результатам клинического и лабораторно-инструментального обследования) отмечался в анамнезе 4 (13,3%) пациенток основной группы и у 3 (10%) женщин контрольной группы.

Бесплодие в анамнезе отмечалось у 5 (16,7%) пациенток основной группы, и у 2 (6,7%) контрольной группы ($p < 0,05$). Опухоли яичников в анамнезе отмечены у 4 (13,3%) пациенток основной группы, тогда как в контрольной группе – только у 1 (3,3%) женщины.

Следует отметить, что в анамнезе 13 (43,3%) пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия были оперативные вмешательства по поводу гинекологической патологии лапароскопическими, лапаротомическим доступами: резекция яичника по поводу серозной цистаденомы – 7 (23,3%) случаев, тубэктомия по поводу внематочной беременности, сакто - и гидросальпинкса - 4 случая (13,3%), консервативная миомэктомия и удаление параовариальной кисты по 1 случаю (3,3%) соответственно. Среди оперативных вмешательств, имевших место в анамнезе женщин контрольной группы, преобладали операции, показанием к которым явилась внематочная беременность – у 3 (10%); кроме того, 2 (6,7%) пациенткам была произведена консервативная миомэктомия 1 (3,3%) –

удаление эндометриoidных кист обеих яичников, коагуляция очагов эндометриоза.

Раздельные диагностические выскабливания слизистой цервикального канала и полости матки (РДВ) отмечались в анамнезе у 13 (43,3%) пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия, в контрольной группе – у 4 (13,3%) женщин. 16,6 % и 13,3 % пациенткам основной и контрольной групп соответственно РДВ было выполнено однократно; 2 (6,6%) женщины основной группы операцию РДВ дважды. В анамнезе обследуемых контрольной группы повторных РДВ не отмечалось. Гистероскопия не была произведена ни одной пациентке обеих групп, что свидетельствует о недостаточных диагностических возможностях при обследовании женщин в Самаркандской области.

В анамнезе пациенток основной группы самым частым гистологическим диагнозом, установленным в результате патоморфологического исследования полученных соскобов слизистой цервикального канала и полости матки, была железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (ЖКГ) – у 56,7 % пациенток основной группы. Кроме того, отмечались полип цервикального канала, полип эндометрия и их сочетание, в том числе с ЖКГ. В контрольной группе всего в 2 (6,6%) случаях был выявлен полип цервикального канала и полип эндометрия соответственно. Следует отметить, что гормональное лечение получали 8 (26,7%) больных основной группы и 3 (10%) женщины контрольной группы. В качестве гормональной терапии в основной группе применялся норколут – в 4 случаях, дюфастон и 17-ОПК – по 2 случая соответственно. Необходимо отметить, что во всех случаях гормональное лечение было прервано пациентками в связи с плохой переносимостью препаратов и развитием побочных эффектов. В контрольной группе 2 женщины принимали дюфастон, 1 пациентка – жанин.

Нами тщательно проанализированы становление и функционирование репродуктивной системы женщин исследуемых групп. У большинства пациенток (60% и 80% основной и контрольной групп соответственно) менархе наступило своевременно, в возрасте 12 – 14 лет. Ранний возраст менархе (10 - 11 лет) отмечался достоверно чаще у обследованных с гиперпластическими процессами эндометрия – 6 (20%) случаев, по сравнению с контрольной группой – 2 (6,7%) случая ($p < 0,05$); позднее менархе (в возрасте 15 - 17 лет) выявлено у 5 пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и у 4 женщин контрольной группы. Возраст менархе 19 лет отмечался у 1 пациентки I группы.

Таблица 2.

Число беременностей	Паритет обследованных женщин			
	Основная группа n=30		Контрольная группа n=30	
	Абс.	%	Абс.	%
0	2	6,7	1	3,3
1	3	10	3	10
2	11	36,7	4	13,3
3	18	60	7	23,3
4	12	40	13	43,3
5	6	20	1	3,3
6	3	10	-	-
7	2	6,7	1	3,3
8	1	3,3	-	-
9	3	10	-	-
10 и более	2	6,7	-	-

Таким образом, средний возраст менархе обследованных составил $12,5 \pm 1,70$ лет в основной группе и он отличался от среднего возраста наступления менархе у женщин контрольной группы - $13,4 \pm 1,22$ лет ($p < 0,05$). У большинства пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия (90%) и 93,3% женщин контрольной группы менструации установились в течение 1 года.

Менструальный цикл у 96,7% пациенток основной группы и у всех женщин контрольной группы был регулярным с менархе. По данным анамнеза установлено, что у 3 (10%) больных основной группы наблюдались эпизоды нарушений менструального цикла по типу олигоменореи и опсоменореи; возможно, это связано с воспалительными изменениями эндометрия и яичников, а также гормональными нарушениями. Нами проанализирован паритет обследованных женщин (табл.2). Беременности в анамнезе были у 28 -93,3% пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и у 96,7% женщин контрольной группы. Установлено, что всего у больных основной группы было 240 беременностей. В среднем на каждую женщину приходилось 8 беременностей.

У обследованных контрольной группы паритет составил 3,3 беременности на женщину при общем количестве беременностей 96. Анализ исходов беременностей у больных с гиперпластическими процессами эндометрия показал наличие достоверных различий ($p < 0,05$) в частоте своевременных родов и искусственных абортов по сравнению с пациентками контрольной группы. В основной группе 36,2% беременностей закончились срочными родами, в контрольной группе - 46,9%. Частота искусственных абортов составила в основной группе 133 случая, среди пациенток контрольной группы - 44 случая.

Таким образом, проведенный анализ анамнеза, соматической, гинекологической заболеваемости, репродуктивной функции обследованных женщин с гиперпластическими процессами эндометрия показал, что в целом для пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия характерны:

- наследственная отягощенность по гиперпластическим и злокачественным заболеваниям репродуктивной системы;
- повышенный уровень соматической патологии с преобладанием сердечно-сосудистых заболеваний и патологии желудочно-кишечного тракта;
- высокий инфекционный индекс;
- особенности становления репродуктивной функции (более ранний возраст менархе по сравнению с контрольной группой);
- высокая частота сочетания ГПЭ с гиперпластическими процессами других органов репродуктивной системы.

Литература:

1. Ампилогова Э.Р. Оптимизация неинвазивной диагностики гиперпластических процессов эндометрия // Дисс..канд.мед.наук - М.2007. - С.245.
2. Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е., Чарторижская Н.Н. Роль инфекций и хронического воспаления в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия // Проблемы репродукции. Спец.выпуск. - 2009. - С.167-168.
3. Бантыш Б.Б. Выявление информативных визуальных факторов по изображениям с гистологических препаратов при железистой гиперплазии эндометрия // Вестн. новых мед. технологий. - 2006. - Т.8, №4.-с.122
4. Борейко С.Б., Еремеева Е.Г. Сравнение возможностей эхографии и гистологических методов исследования в оценке состояния гиперпла-

- зии эндометрия // Тезисы 5 съезда РАСУДМ
Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии 2007.
5. Гаспарян С.А., Подина Н.В., Гондаренко О.А. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия // Проблемы репродукции. Спецвыпуск. - 2009. - С.173.
6. Кондриков Н.И., Асатурова А.В., Могиревская О.А., Баринаева И.В., Андреев А.И., Нажимов В.П. Воспроизводимость диагнозов гиперплазии эндометрия по классификации ВОЗ и по модифицированной (бинарной) классификации. Акуш. и гин., 2011, №3, с.42-46
7. Станоевич И.Е. Дифференцированный подход к диагностике и лечению гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста : Дисс.канд.мед.наук. – М..2007
8. Чернуха Г.Е., М.Р. Думановская. Современные представления о гиперплазии эндометрия. // Акуш. И гин., 2013, №3, с.26-32
9. Шешукова Н.А., Макаров И.О., Фомина М.Н. гиперпластические процессы эндометрия : этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. // Акуш.и гин., 2011, №4, с.16-21
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 440. The role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenstrual bleeding. Obstet. Gynecol .2009 ; 114:409 -411
11. Jacobs I., Gentry – Maharaj A., Burnell M., Manchanda R., Singh N., Sharma A. atal. Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women : a case control study wothing the UKCTOC Scohort. Lancet Oncol. 2011; 12:38 - 48.
12. Kazandi M., Okmen F., Ergenoglu A.M., Yeniel A.O., Zeybek B., Zekoglu O., Ozdemir N. Comparison of the success of histopathological diagnosis with dilatation –curettage and Pipelle ebdometrial sampling. J. Obstet. Gynaecol. 2012; 32 (8):790 – 4.