

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-01-08
УДК 618.14-002-007.6-039:611.664

Гіперпластичні процеси ендометрія: клініка різних форм у молодому віці

О. Д. Лещова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: встановити клінічні особливості різних форм гіперпластичних процесів ендометрія у жінок молодого віку з урахуванням ролі хронічного ендометриу.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток віком до 30 років з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія.

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що найчастіше гінекологічні захворювання діагностували у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії у поєднанні з хронічним ендометритом і жінками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією – доброякісна патологія шийки матки (80,0% і 75,0% відповідно), порушення менструального циклу (90,0% і 75,0%), урогенітальна інфекція (85,0% і 95,0%). Крім того, в цих групах спостережень відзначено найбільшу кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриу – 10,0% і 20,0%.

Заключення. У пацієнток молодого віку з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриу і з реактивною гіперплазією, порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією, наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриу переважають (в порівнянні з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, зокрема і на фоні хронічного ендометриу.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, молодий вік, клініка, різні форми.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) належать до найбільш поширених гінекологічних захворювань, що зустрічаються з частотою від 30% до 55% [1–7]. Важливе клінічне значення цієї патології полягає в тому, що ГПЕ є однією з найчастіших причин маткових кровотеч і госпіталізації жінок у стаціонар. Багато авторів відзначають високу частоту поєднання ГПЕ з міомою матки, аденоміозом, яким не-зрідка передують хронічні запальні процеси ендометрія [8–15].

Висока частота виявлення ГПЕ, відсутність належної ефективності від гормональної терапії, а також вірогідність їх перетворення в злоякісну пухлину ставить розвиток і патогенетичне лікування ГПЕ в низку найбільш важливих проблем сучасної медицини. Не дивлячись на значну кількість наукових досліджень щодо проблеми ГПЕ, не можна вважати усі питання повністю вирішеними, особливо щодо ролі хронічного ендометриту в розвитку даної патології.

Мета дослідження: встановити клінічні особливості різних форм ГПЕ у жінок молодого віку з урахуванням ролі хронічного ендометриту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і завдань проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток до 30 років з матковими кровотечами різного характеру і наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Критерії включення пацієнток у дослідження:

- вік перименопаузального періоду;
- відсутність онкологічних захворювань;
- відсутність ендокринної патології (цукровий діабет, гіпо- і гіпертиреоз, ожиріння II–III ст.);
- відсутність гострого запального процесу органів малого таза;
- інформована добровільна згода пацієнток на проведення всіх необхідних лікувально-діагностичних процедур.

Критерії виключення:

- наявність поліпів ендометрія,
- міома матки з діаметром вузлів > 5 см і з субмукозною локалізацією міоматозних вузлів, аденоміозом II–III ст.

Після обстеження, що включало клініко-лабораторні та ехографічні методи, всім пацієнткам проводили роздільне діагностичне вишкрібання матки під контролем гістероскопії. Залежно від результатів гістологічного дослідження зішкрібів з каналу шийки матки і порожнини матки було проведено комплексне імуногістохімічне дослідження, після якого було сформовано п'ять основних груп по 20 пацієнток у кожній:

- 1 група – жінки з простою гіперплазією ендометрія без атипії,
- 2 група – складна гіперплазія ендометрія без атипії,
- 3 група – гіперплазія атипії,
- 4 група – пацієнтки з ГПЕ у поєднанні з хронічним ендометритом,
- 5 група – жінки з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі обстежені хворі були віком від 23 до 30 років. Середній вік пацієнток становив $28,2 \pm 2,9$ року.

Показаннями до екстреної госпіталізації з'явилася наявність маткової кровотечі різної інтенсивності і тривалості. Основним показанням до планової госпіталізації слугувала наявність ехографічних ознак патології ендометрія.

Привертає увагу, що у 20,0% пацієнток з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії зміни ендометрія були діагностовані на підставі даних УЗД і клінічно себе не проявляли. Це стало показанням до планової госпіталізації. Всі пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії і хронічного ендометриту (100%) і переважна більшість жінок з гіперплазією атипії ендометрія (90,0%) і хронічним ендометритом з реактивною гіперплазією (95,0%) були госпіталізовані в екстреному порядку з діагнозом маткової кровотечі перименопаузального періоду.

Майже у кожній другій жінки з ГПЕ без і з атипією наголошувалися рясні менструації: при простій гіперплазії без атипії – у 40,0%, складній гіперплазії без атипії – у 45,0%, з атипією – у 45,0%.

У 35,0%, 40,0% і 40,0% випадків відповідно менструації були тривалими – більше 7 днів. Проте зафіксовано, що в 4 і 5 групах достовірно частіше (майже в 2 рази) були менорагії – у 90,0% і 95,0% (рясні менструації) і 70,0% і 75,0% випадків (тривалі менструації).

Ациклічні кровотечі були характерні для гіперплазії атипії ендометрія і достовірно частіше зустрічалися порівняно з іншими групами пацієнток – у 55,0%.

Порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій відзначено у кожній другій пацієнтки з простою і складною гіперплазією ендометрія без атипії (40,0% і 55,0% відповідно) і достовірно частіше у жінок з гіперплазією атипії і поєднанням простої гіперплазії з хронічним ендометритом (70,0% і 65,0% відповідно). Водночас тривалість порушення менструального циклу за наявності простої і складної гіперплазії ендометрія без атипії у середньому становила від 0,5 року до 1,5 року, а у пацієнток 3, 4 і 5 груп – від 1 до 6 років.

Отже, частота виявлення і характер скарг у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії достовірно не відрізнялися від групи із складною гіперплазією без атипії. Основними скаргами у жінок з гіперплазією атипії ендометрія були нерегулярні менструації (70,0%), слабкість (60,0%), ациклічні кровотечі (55,0%), рясні менструації (45,0%) і тривалі менструації (40,0%).

Жінки з простою гіперплазією ендометрія у поєднанні з хронічним ендометритом і пацієнтки з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія достовірно частіше пред'являли скарги на менорагії (90,0% і 95,0% відповідно) і тривалі менструації (70,0% і 75,0% відповідно) порівняно з простою, складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії – 40,0%, 45,0%, 45,0% відповідно ($p < 0,05$). Водночас у 4 групі також як і за наявності гіперплазії атипії ендометрія фіксували високий відсоток виявлення порушення менструального циклу за типом нерегулярних менструацій (65,0%).

Слід зазначити, що перенесені багаточисельні внутрішньоматкові втручання передували і можливо сприяли розвитку у пацієнток основної групи патології ендометрія. Наявність невиношування вагітності і вагітності, що не розвивається, у цих пацієнток можуть побічно свідчити про гормональні порушення, що теж могло призвести або бути віддзеркаленням патології ендометрія.

Під час оцінювання репродуктивної функції пацієнток було зафіксовано, що найчастіше первинне і вторинне безпліддя зустрічалося у пацієнток з гіперплазією атипії ендометрія – у 10,0% і 10,0% випадків.

У жінок із складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії у два рази частіше проти пацієнток з простою гіперплазією без атипії, фіксували одні або двоє пологів. За останніми показниками репродуктивного статусу ці три групи не мали статистично значущих відмінностей.

У 4 групі спостережень відзначена найвища частота виконаних штучних абортів (50,0%). При цьому достовірно частіше зустрічалися випадки штучного переривання вагітності і вишкрібання матки з приводу мимовільних викиднів і вагітності, що не розвивається, виконані більше 2 разів – 30,0%, 20,0%, 5,0% відповідно.

У пацієнток з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія в три рази частіше, ніж у 1 і 2 групах, фіксували штучний аборт в анамнезі більш ніж двічі.

Пацієнтки 4 групи (поєднання простої гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту) частіше за інших використовували бар'єрний метод контрацепції. Привертає увагу, що кожна десята із всіх обстежуваних жінок основної групи мала показання в анамнезі на використання внутрішньоматкової контрацепції. При цьому в групах, де в подальшому були діагностовані гіперплазія атипії ендометрія і хронічний ендометрит, частота їх вживання була декілька вище.

Пацієнтки з простою гіперплазією ендометрія без атипії в п'ять разів частіше порівняно з групою простої гіперплазії і хронічного ендометриту з метою контрацепції використовували естроген-гестагенні контрацептиви.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що найчастіше гінекологічні захворювання діагностували у пацієнток з простою гіперплазією ендометрія без атипії у поєднанні з хронічним ендометритом і у жінок з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією – доброякісною патологією шийки матки (80,0% і 75,0% відповідно), порушення менструального циклу (90,0% і 75,0% відповідно), урогенітальна інфекція (85,0% і 95,0% відповідно). Крім того, в цих групах спостережень відзначена найбільша кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриту – 10,0% і 20,0%.

ГПЕ фіксували в анамнезі у кожній п'ятій пацієнтки 4 групи (20,0%) і з однаковою частотою (в 1,5 разу рідше) – у 3 і 5 групах. У кожній четвертій пацієнтки в анамнезі з високою частотою наголошувалися інфекції нижніх відділів статевій системи. На перенесений запальний процес в придатках матки з однаковою частотою (25,0%) вказали жінки 1, 2, 3 і 4 груп, рідше дана патологія відзначена у 5 групі.

У кожній другій пацієнтки 2 і 4 груп в анамнезі були показання на гормональну терапію (55,0% і 55,0% відповідно), що проводилася, рідше така терапія наголошувалася в групі пацієнток з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія – 45,0%. За наявності простої гіперплазії ендометрія без атипії і простої гіперплазії у поєднанні з хронічним ендометритом гормональне лікування було призначене кожній четвертій жінці – 25,0% і 25,0% відповідно.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток молодого віку з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту і з реактивною гіперплазією порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією наголошується більш ранній початок і вираженість клінічних симптомів захворювання, тривалість яких перевищує 2 роки. У жінок з простою і складною типовою і атиповою гіперплазією зв'язок між морфологічним варіантом патологічного процесу і патогномонічною клінічною симптоматикою відсутній.

У структурі супутніх захворювань у пацієнток з наявністю хронічного ендометриту переважають, на відміну від жінок з гіперплазією без атипії і з атипією, запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, гіперпластичні процеси ендометрія, що свідчить про виражений системний характер патології.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у жінок з гіперпластичними процесами ендометрія, зокрема і на фоні хронічного ендометриту.

Hyperplastic processes of endometrium: clinic of different forms early in life O. D. Leshchova

The objective: to set the clinical features of different forms of hyperplastic processes of endometrium for the women of young age taking into account the role of chronic endometritis.

Materials and methods. It was conducted clinical-and-laboratory inspection 100 patients to 30 years with the uterine bleeding of different character and presence of echographic signs of pathology of endometrium.

Results. The analysis of the got data testifies that more frequent all gynaecological diseases met for patients with simple hyperplasia of endometrium without atypia in combination with chronic endometritis and women with chronic endometritis and reactive hyperplasia is of high quality pathology of servix (80,0% and 75,0% respectively), violation of menstrual cycle (90,0% and 75,0%), urogenital infection (85,0% and 95,0%). In addition, in these groups of supervisions the most of cases is marked verified earlier chronic endometritis – 10,0% and 20,0%.

Conclusions. For the patients of young age with combination of hyperplasia of endometrium and chronic endometritis and with reactive hyperplasia, as compared to hyperplasia without atypia and with atypia, more early beginning and expressed of clinical symptoms of disease, duration of which exceeds 2 years, is marked. For women from an outage and difficult typical and atypia hyperplasia connection between the morphological variant of pathological process and pathognomonic clinical no symptoms.

In the structure of concomitant diseases for patients the inflammatory processes of organs of small pelvis prevail (as compared to hyperplasia without atypia and with atypia) with the presence of chronic endometritis, the of high quality diseases of servix, hyperplastic processes of endometrium which testifies to the expressed system character of pathology. The got results must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures for women with the hyperplastic processes of endometrium, including, and on a background chronic endometritis.

Keywords: hyperplastic processes of endometrium, young age, clinic, different forms.

Відомості про автора

Лещова Ольга Дмитрівна – д-р філософії; асистент кафедри клінічних дисциплін Дніпровського медичного інституту. *E-mail:* doctorolga11@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6496-7307

Information about the author

Leshchova Olga D. – Ph.D., assistant of department of clinical disciplines of the Dnepr medical institute. *E-mail:* doctorolga11@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6496-7307

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Styer AK, Rueda BR, The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. *Best Pract. Res. Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Jul;34:3–6.
2. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer A. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. *Fertility Sterility.* 2020;94(7):2703–7.
3. Ahmed El-Balat, Rudy Leon DeWilde, Iryna Schmeil, Morva Tahmasbi-Rad, Sandra Bogdanyova, Ali Fathi, and Sven Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. *Biomed Res Int.* 2018 Jan;459–75. DOI: 10.1155/2018/459387Beckercorresponding.
4. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine Leiomyomas: Individualize the Approach to Heterogeneous Condition. *Obstetrics & Gynecology.* 2021;17(Pt. 1.):396–400.
5. Downes E, Sikirica V, Gilbert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, Subramanian D. The burden of uterine fibroids in five European countries. *Obstet Gynecol Reprod.* 2010 Sep;152(1):96–102. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.05.012.
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update.* 2019 Nov;22(6):665–86.
7. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Obstet Gynaecol.* 2018 Aug;22(4):571–88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.002.
8. Lisiecki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. *Prz Menopauzalny.* 2019 Dec;16(4):137–40. DOI: 10.5114/pm.2017.72759.
9. Baird DD, Harmon QE, Upson K, et al. A prospective, ultrasound – based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and growth: methods and results of Recruitmen. *J. Womens Health (Larchmt).* 2019;24(11):907–15.
10. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG.* 2019;124(10):1501–12.
11. Eun Ji Choi, Seong Beom Cho, Sa Ra Lee, Young Mi Lim, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci.* 2019;60(6):579–86. DOI: 10.5468/ogs.2019.60.6.579.
12. Cha PC, Takahashi A, Hosono N, et al. A genome wide association study identifies three loci associated with susceptibility to uterine fibroids. *Nat Genet.* 2021;43:447–50.
13. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH. Leiomyomatosis of the uterus. A case report with clonality analysis. *Hum Pathol.* 2020;31(11):1430–2.
14. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. Baranov VS. *Int J Mol Sci.* 2019 Dec;20(24):e6151. DOI: 10.3390/ijms20246151.
15. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. The effects of exposure to air pollution on the development of uterine fibroids. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. *Int J Hyg Environ Health.* 2019 Apr;222(3):549–55.