

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-01-12
УДК 618.14-002-007.6-039:611.664

Роль хронічного ендометриту у розвитку різних форм гіперпластичних процесів ендометрія

Ю. В. Страховецька

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

Мета дослідження: оцінювання клінічних особливостей різних форм гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) у жінок у перименопаузальний період з урахуванням ролі хронічного ендометриту.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 100 пацієнток з матковими кровотечами різного характеру і наявністю ехографічних ознак патології ендометрія. Після обстеження, що включало клініко-лабораторні і ехографічні методи, всім пацієнткам проводили роздільне діагностичне вишкрібання матки під контролем гістероскопії.

Залежно від результатів гістологічного дослідження зшкрібків із каналу шийки матки і порожнини матки було проведено комплексне імуногістохімічне дослідження, після якого сформували п'ять основних груп по 20 пацієнток у кожній: 1-а 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. У пацієнток з поєднанням гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту та 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 із 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 (порівняно з гіперплазією без атипії і з атипією) запальні процеси органів малого таза, доброякісні захворювання шийки матки, ГПЕ, що свідчить про виражений системний характер патології.

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

Ключові слова: хронічний ендометрит, гіперпластичні процеси ендометрія, клініка, діагностика.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) належать до найбільш поширених гінекологічних захворювань, що зустрічаються з частотою від 30% до 55% [1–5]. Важливе клінічне значення цієї патології полягає в тому, що ГПЕ є однією з найчастіших причин маткових кровотеч і госпіталізації жінок в стаціонар. Багато авторів відзначають високу частоту поєднання ГПЕ з міомою матки, аденоміозом, яким часто передують хронічні запальні процеси ендометрія [6–10].

Висока частота виявлення ГПЕ, відсутність належної ефективності від гормональної терапії, а також вірогідність їх переходу в злоякісну пухлину ставить проблему розвитку і патогенетичного лікування ГПЕ в низку найбільш важливих 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 цієї патології [11–15].

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

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Критерії включення пацієнток до 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 пацієнток:

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

Після обстеження, що включало клініко-лабораторні і 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 в 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 45 до 55 років. Середній вік пацієнток становив $48,2 \pm 2,9$ року.

Показанням до екстреної госпіталізації була 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 слугувало показанням до планової госпіталізації. Усі пацієнтки з поєднанням простої гіперплазії і хронічного ендометрититу (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: «Маткова кровотеча перименопаузального періоду».

Майже у кожній другій жінки з ГПЕ без і з атипією наголошувалися рясні менструації: при простій гіперплазії без атипії – 40,0%, складній гіперплазії без атипії – 45,0%, з атипією – 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) виявляли менорагії – 90,0% і 95,0% (рясні менструації) і 70,0% і 75,0% (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% і достовірно частіше у жінок з гіперплазією атипії і поєднанням простої гіперплазії з хронічним ендометритом – 70,0% і 65,0% відповідно. При цьому 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 пацієнтками з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія достовірно частіше пред'являли скарги на менорагії (90,0% і 95,0%) і тривалі менструації (70,0% і 75,0%) порівняно з простою, складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії – 40,0%, 45,0%, 45,0% ($p < 0,05$). 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 зумовлювали розвиток у пацієнток основної групи патології ендометрія. Наявність невиношування 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 відзначено, що найчастіше первинне і вторинне безпліддя зустрічалось у пацієнток з гіперплазією атипії ендометрія – 5,0% і 5,0%.

У жінок із складною гіперплазією ендометрія без атипії і гіперплазією атипії у 2 рази частіше порівняно з пацієнтками з простою гіперплазією без атипії, фіксували пологи одні або двоє. За останніми показниками репродуктивного статусу ці три групи не мали статистично значущих відмінностей.

У 4 групі спостережень зареєстровано найвищу частоту виконаних штучних абортів (50,0%). При цьому достовірно частіше зустрічалися випадки штучного пе-

ривання 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 у три рази частіше, ніж у 1 і 2 групах, фіксували штучний аборт в анамнезі, виконаний більше двох разів.

Пацієнтки 4 групи (поєднання простої гіперплазії ендометрія і хронічного ендометриту) частіше за інших використовували бар'єрний метод контрацепції. Відомо, що кожна десята з обстежуваних жінок основної групи мала показання в анамнезі на використання внутрішньоматкової контрацепції. Водночас у 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 у 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 фіксували 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, у цих групах спостереження відзначено найбільшу кількість випадків верифікованого раніше хронічного ендометриту – 10,0% і 20,0%.

ГПЕ був в анамнезі у кожної п'ятої (20,0%) пацієнтки 4 групи і з однаковою частотою – в 1,5 разу рідше – зафіксований у 3 і 5 групах. У кожної четвертої пацієнтки з представлених сукупностей в анамнезі з високою частотою наголошувалися інфекції нижніх відділів статеві системи. На перенесений запальний процес у придатках матки з однаковою частотою (25,0%) вказали жінки 1, 2, 3 і 4 груп, рідше дана патологія відзначена в 5 групі.

У кожної другої пацієнтки 2 і 4 груп в анамнезі були показання на гормональну терапію (55,0% і 55,0% відповідно), що проводилася, рідше така терапія наголошувалася у групі пацієнток з хронічним ендометритом і реактивною гіперплазією ендометрія – у 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 з поєднанням гіперплазії ендометрія та 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 (порівняно 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.

A role of chronic endometritis is in development of different forms of hyperplastic processes of endometrium

Yu. V. Strakhovetska

The objective: to set the clinical features of different forms of hyperplastic processes of endometrium for women in a perimenopausal period taking into account the role of chronic endometritis.

Materials and methods. It is conducted clinical-and-laboratory inspection 100 patients with the uterine bleeding of different character and presence of echographic signs of pathology of endometrium. After an inspection which included clinical-and-laboratory and echographic methods, the separate diagnostic scraping off of uterus was conducted all patients under control hysteroscopy.

Depending on the results of histological research of scraping of the cervical canal and cavity of uterus complex immunohistochemical research after which five basic groups were formed for 20 patients in each was conducted: 1 group – women with simple hyperplasia of endometrium without atypia, 2 groups – complex hyperplasia of endometrium without atypia, 3 groups are hyperplasia of atypia, 4 groups are patients from hyperplastic processes of endometrium in combination with chronic endometritis, 5 group – women with chronic endometritis and reactive hyperplasia of endometrium.

Results. For patients 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 atypical hyperplasia connection between the morphological variant of pathological process and pathognomonic clinical symptoms stop out. 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.

Conclusions. 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: *chronic endometritis, hyperplastic processes of endometrium, clinic, diagnostics.*

Відомості про автора

Страховецька Юлія Вікторівна – канд. мед. наук, лікар акушер-гінеколог медичного центру «Ашера», м. Харків. E-mail: strahvit77@gmail.com
ORCID 0009-0008-7996-924X

Information about the author

Strakhovetska Yuliya V. – candidate of medical sciences, doctor obstetrician-gynecologist of medical center «Ashera», Khar'kiv. E-mail: strahvit77@gmail.com
ORCID: 0009-0008-7996-924X

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Atasoy P., 2022. Fas-mediated pathway and apoptosis in normal, hyperplastic and neoplastic endometrium // Gynecol. Oncol.:91:2:309-317.
2. Bai J. X., 2021. Tamoxifen represses miR-200 microRNAs and promotes epithelial-to-mesenchymal transition by up-regulating c-Myc in endometrial carcinoma cell lines // Endocrinology: 154: 635–645.
3. Bakour S. H., 2020. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps // Acta Obstet. Gynec. Scand.:81:2:182–183.
4. Barbieri R. L., 2022. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // Fertil. Steril.: 45: 630-634.

5. Barbieri R.L., 2021. Uterine Leiomyomas: The Somatic Mutation Theory // *Seminars in reproductive endocrinology*: 10: 301-309.
6. Bazot M., 2019. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison // *Hum. Reprod.*: 18: 1686-1692.
7. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // *J Ultrasound. Med.*: 21: 237-247.
8. Bednarek M., 2022. Evaluation of genomic imbalance in endometrial hyperplasia and carcinoma // *Ginekol Pol.*: 85: 828–832.
9. Beniuk V., 2023. Personalized treatment strategy for atypical endometrial hyperplasia with regards to age, comorbidities and endometrial receptor status // *EPMA Journal.*: 5: 1: 40-49.
10. Boujida V., 2023 Five-year follow-up of endometrial ablation: endometrial coagulation versus endometrial resection // *Obstet. Gynec.*: 99: 6: 988–992.
11. Chandra V., 2022. Inhibitory effect of 2-(piperidinoethoxyphenyl)-3-(4-hydroxyphenyl)-2H-benzo(b)pyran (K-1) on human primary endometrial hyperplasia cells mediated via combined suppression of Wnt/ β -catenin signaling and PI3K/Akt survival pathway // *Cell Death Dis.*: 5: 1380-1392.
12. Clark T. J., 2023. The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*: 125: 2: 259–264.
13. Clark T. J., 2022. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review // *J. Am. Med. Assoc.*: 288: 1610-1621.
14. Cormio A., 2021. Mitochondrial DNA content and mass increase in progression from normal to hyperplastic to cancer endometrium // *BMC Res Notes*: 5: 279-285.
15. Daud S., 2020. Endometrial hyperplasia - the dilemma of management remains: a retrospective observational study of 280 women // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*: 159: 172–175.