

В. О. Бенюк, В. В. Курочка, О. В. Забудський

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ АДЕНОМІОЗУ ТА ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

УДК 618.141+618.145-007.61-02

В. А. Бенюк, В. В. Курочка, А. В. Забудский

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АДЕНОМИОЗА И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Представлены данные о результатах клинико-статистического анализа женщин репродуктивного возраста с аденомиозом, гиперпластическими процессами эндометрия и аденомиозом в сочетании с гиперплазией эндометрия. Установлены факторы риска развития аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия у женщин обследуемой группы: отягощенная наследственность, высокая частота медицинских аборт, самопроизвольных выкидышей и патологических родов в анамнезе. Отмечается низкий индекс здоровья у данной категории женщин: повышена гинекологическая и экстрагенитальная заболеваемость, в 3 раза превышает частота перенесенных детских и простудных заболеваний, оперативных вмешательств на матке и придатках, что способствует развитию патологии эндо- и миометрия. Установили, что наиболее частыми клиническими проявлениями аденомиоза и гиперплазии эндометрия являются болевой и геморрагический синдромы.

Ключевые слова: эндометриоз, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, эндометрий.

UDC 618.141+618.145-007.61-02

V. O. Benyuk, V. V. Kurochka, O. V. Zabudskiy

ETIOPATHOGENETIC FACTORS OF DEVELOPMENT OF ADENOMYOSIS AND ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

O. O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The problem of adenomyosis and endometrial hyperplasia is of particular relevance to patients of reproductive age since these diseases are accompanied by significant violations of the menstrual and generative functions.

Objective. To study the risk factors for the development of adenomyosis, endometrial hyperplasia and adenomyosis in conjunction with hyperplastic endometrial processes in women of reproductive age.

Materials and methods. Clinical and statistical analysis of 135 women of reproductive age with benign pathology of endometrium and myometrium, made up the main group. The main group is divided into subgroups: I subgroup — 45 patients with adenomyosis, II subgroup — 45 patients with endometrial hyperplasia, III subgroup — 45 women with a combined pathology. Control group — 30 gynecologically healthy non-pregnant women of reproductive age.

This article presents the data that includes the results of clinical-statistical analysis among reproductive-age women with the benign pathology of endo — and myometrium. The risk factors of development of adenomyosis and hyperplasia in investigated group are determined. Those are: complicated heredity, high frequency of the clinical abortions, spontaneous miscarriages, pathological deliveries in the past. The low index of health is observed in such category of women: high rate of gynaecological or extragenital pathology, 3 times higher frequency of child's and respiratory illnesses, the surgical intervention on uterus and ovariums promotes the progress of the pathology of endo- and myometrium. It is the fact, that the most frequent clinical manifestations of adenomyosis and hyperplasia of endometrium are pain and hemorrhagic syndrome.

Key words: endometriosis, adenomyosis, hyperplasia of endometrium, endometrium.

На сучасному етапі проблема генітального ендометріозу та гіперплазії ендометрія набула особливого значення у зв'язку зі зростанням частоти патологічних процесів у структурі гінекологічної захворюваності. За даними літератури, частота генітального ендомет-

ріозу коливається від 12 до 50 %, гіперплазії ендометрія — від 10 до 30 % у жінок репродуктивного віку. Розповсюдженою локалізацією генітального ендометріозу є аденоміоз, питома вага якого сягає 53–80 % у структурі ендометріозу [3; 8].

Проблема аденоміозу та гіперплазії ендометрія має особливу актуальність для пацієнток репродуктивного віку, оскільки дані захворювання супроводжуються значними порушеннями менструальної та генеративної функцій [1]. Виражений больовий синдром, виснажливі маткові кровотечі, що призводять до анемізації ор-



ганізму, розлади функції життєво важливих органів і систем, які знижують працездатність та якість життя хворих, визначають не лише медичне, а й соціальне значення цієї проблеми [2; 6].

З появою нових наукових даних усе більше дослідників схиляються до думки про поліетіологічність аденоміозу та гіперплазії ендометрія, а також залучення в патологічний процес у разі даних захворювань інших систем організму [7]. Згідно з даними літератури, загально визнаними етіологічними факторами, що виконують роль пускового механізму у патогенезі доброякісної патології матки, є вік, расова належність, несприятливий соціально-економічний стан, спадковість, гормональні та імунні порушення. Аналізуючи випадки сімейного ендометріозу, встановили, що схильність до захворювання передається за домінуючим типом по жіночій лінії [4; 5].

Мета дослідження: вивчення факторів ризику розвитку аденоміозу, гіперплазії ендометрія й аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-статистичний аналіз 135 жінок репродуктивного віку з доброякісною патологією ендометрія, що утворили основну групу. Основна група поділена на підгрупи: I підгрупа — 45 хворих на аденоміоз, II підгрупа — 45 пацієнок з гіперплазією ендометрія, III підгрупа — 45 жінок з поєднаною патологією. Контрольна група — 30 гінекологічно здорових не вагітних жінок репродуктивного віку.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчаючи анамнестичні дані обстежуваних жінок, ми проаналізували особливості пре-

морбідного фону, спадковості, перенесених, супровідних, екстрагенітальних і гінекологічних захворювань.

Як показали дослідження, доброякісна патологія ендометрія спостерігається у жінок репродуктивного віку — 26–51 рік. Середній вік хворих на аденоміоз ($34,9 \pm 0,9$) року, з гіперплазією ендометрія — ($44,6 \pm 1,0$) року, при аденоміозі в поєднанні з гіперплазією ендометрія — ($39,3 \pm 2,0$) року. Крім того, виявлена залежність між клініко-морфологічними формами доброякісної патології ендометрія та віком жінки: до 30 років у жінок переважає дифузна форма аденоміозу; у віковій категорії 30–39 років — вогнищева форма аденоміозу та залозисто-кістозна форма гіперплазії; після 40 років зростає частота кістозних і вузлових форм аденоміозу та залозистої гіперплазії ендометрія.

Усі обстежувані жінки основної групи мали скарги, які примусили звернутися за допомогою до медичних установ. Однією із клінічних ознак доброякісної патології ендометрія, що часто виявляється, є больовий синдром — у 101 (74,8 %) жінки основної групи (переважно при аденоміозі та аденоміозі в поєднанні з гіперплазією ендометрія); дисменорея — у 122 (90,4 %) пацієнок; гіперполіменорея — у 118 (87,4 %) жінок; диспареунія — у 86 (63,7 %) пацієнок. Мізерні пре- та постменструальні кров'янисті виділення зі статевих шляхів відмічено у 82 (60,7 %) жінок обстежуваної групи, переважно ці симптоми спостерігалися у разі аденоміозу в поєднанні з гіперплазією ендометрія (75,5 %).

Припущення про можливість генетичної зумовленості розвитку доброякісної патології ендометрія підтвердили на підставі гінеалогічних досліджень. Вивчаючи сімейний анамнез, ми з'ясували, що у 81 (60 %) жінки основної гру-

пи обтяжена спадковість, тимчасом як у контрольній групі лише у 4 (13,3 %) жінок, що у 5 разів менше. У близьких родичів основної обстежуваної групи новоутворення статевих органів зафіксовано у 15 (11,1 %) пацієнок, у контрольній — у 2 (6,7 %). Пухлини екстрагенітальної локалізації відмічалися у родичів жінок основної групи — 22 (16,3 %), контрольної групи — 4 (13,3 %) випадки. Звертає на себе увагу те, що близькі родичі кожної 5-ї пацієнтки основної групи проходили лікування з приводу лейоміоми матки — 27 (20 %), у контрольній групі лише в 1 (3,33 %) випадку даної патології. Ендометріоз різної локалізації траплявся у рідних основної групи — 17 (12,6 %) і не відмічався у близьких родичів жінок контрольної групи.

Установлено низький індекс здоров'я основної групи жінок у порівнянні з групою контролю: перенесені дитячі інфекції — у 94 %; гострі респіраторні захворювання — у 71,1 % жінок; захворювання серцево-судинної системи — у 14,1 %, переважно у II підгрупі (20 %); захворювання шлунково-кишкового тракту — у 28,9 %, що втричі перевищувало показники групи контролю (10 %); захворювання гепатобіліарної системи — у 25,2 %, тимчасом як у групі контролю жінок з даною патологією не було; захворювання сечовидільної системи — у 15,6 % основної та у 6,7 % жінок контрольної групи. Низький індекс здоров'я жінок з доброякісною патологією ендометрія свідчить про несприятливий преморбідний фон і є фактором ризику.

Факторами ризику розвитку доброякісної патології ендометрія є також порушення менструальної функції: пізні менархе — 13 (9,6 %), дисменорея — 122 (90,4 %), альгодисменорея — 94 (69,6 %), гіперполіменорея — 118 (87,4 %) пацієнок основної групи. За даними гінекологічного анам-



незу жінок контрольної групи, порушень менструального циклу не відмічалось.

Отримані результати вивчення менструальної функції свідчать про неповноцінність механізмів регуляції менструального циклу, перш за все, гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. Порушення менструального циклу призводить до погіршення соматичного статусу та якості життя хворих до проведення гормональної терапії.

У 100 % обстежуваних жінок основної та контрольної груп в анамнезі були пологи: одні — у 91 (67,7 %) та 15 (50 %); двоє — у 30 (22,2 %) та 10 (33,3 %); троє та більше — у 14 (10,4 %) та 5 (16,7 %) жінок відповідно. Звертає на себе увагу висока частота мимовільних викиднів у жінок основної обстежуваної групи — 26 (19,3 %), що втричі перевищує показники контрольної групи — 2 (6,7 %). У 100 (74,6 %) обстежуваних жінок основної групи в анамнезі були штучні аборти, це вдвічі перевищує показники контрольної групи — 11 (36,6 %). Крім того, у 12 (8,9 %) жінок основної групи проводилися повторні вишкрібання після переривання вагітності, у контрольній групі даних ускладнень не було.

Патологічні пологи (аномалії пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі, оперативне розродження) були у 39 (28,8 %) пацієнток основної групи, це втричі більше, порівнюючи з контрольною групою, — 3 (10 %). Ці дані можуть свідчити про те, що зміни в периферичних ланках статеві системи, які виникли внаслідок травми, сприяють розвитку доброякісної патології ендометрія.

У більшості жінок з доброякісною патологією ендометрія — 86 (63,7 %) відмічається порушення сексуальної функції, переважно в I та III підгрупах.

При вивченні гінекологічних захворювань з'ясували, що най-

частіше у жінок обстежуваної групи відмічалися запальні процеси матки та придатків 57 (42,2 %). Ектопію шийки матки виявлено у третини жінок — 44 (32,6 %), із них 40 (90,9 %) проведена терапія — кріодеструкція, діатермоелектрокоагуляція, діатермокоагуляція. Кожній 10-й пацієнтці основної обстежуваної групи проводилося оперативне втручання на придатках з приводу кіст, апоплексії або позаматкової вагітності. Роздільне лікувально-діагностичне вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки проводилося в анамнезі 12 (8,9 %) жінкам основної групи. Наведені дані свідчать про те, що факторами ризику виникнення доброякісної патології ендометрія є внутрішньоматкові втручання (роздільне лікувально-діагностичне вишкрібання цервікального каналу та порожнини матки, кріодеструкція, діатермоелектрокоагуляція, діатермокоагуляція, операції на матці та придатках). Тому ці операції слід проводити виключно обґрунтовано. Крім того, серед основної обстежуваної групи 6 (4,5 %) жінкам проводилося оперативне лікування з приводу ендометріозу різної локалізації.

Висновки

Факторами ризику розвитку аденоміозу, гіперплазії ендометрія й аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку є: обтяжена спадковість (64,2 %), незаміжні та одинокі жінки (58,5 %); службовці з інтелектуально-розумовим і нервово-психічним навантаженням (62,5 %), високий інфекційний індекс, супровідна екстрагенітальна патологія (37,4 %), порушення менструального циклу (93,3 %) і зниження генеративної та статеві функцій; обтяжений гінекологічний анамнез: хронічні запальні процеси матки і придатків (44,2 %), патологія шийки матки (36,5 %), артифі-

ційні (86,6 %) та мимовільні (14,5 %) аборти; внутрішньоматкові оперативні втручання (76,3 %).

Ключові слова: ендометріоз, аденоміоз, гіперплазія ендометрія, ендометрій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Андреева Е. Н., Аполихина И. А. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. 2013. 65 с.
2. Алтібаєва Д. М., Курочка В. В., Петренко Т. Г. Особенности гормонального гомеостаза при аденомиозе в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів України*. 2016. Випуск 2 (38). С. 17–21.
3. Бенюк В. О., Курочка В. В., Бенюк С. В., Алтібаєва Д. М. Менструальна функція у жінок з аденоміозом в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія на тлі гормонотерапії. *Здоровье женщины*. 2017. № 4 (120). С. 115–118.
4. Бенюк В. О., Алтібаєва Д. М., Гончаренко В. М., Курочка В. В. Роль імунних механізмів у розвитку доброякісної патології матки. *Здоровье женщины*. 2016. № 5 (111). С. 30–32.
5. Дамиров М. М., Олейникова О. Н., Майорова О. В. Генитальный эндометриоз: взгляд практикующего врача: монография. Москва: Бином, 2013. 152 с.
6. Predictive diagnosis of endometrial hyperplasia and personalized therapeutic strategy in women of fertile age / O. V. Kalenska et al. *EPMA J*. 2013. Vol. 4, N 24.
7. Khan K. N. Intra-uterine microbial colonization and occurrence of endometritis in women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014. Vol. 29. P. 2446–2456.
8. An update on the pharmacological management of adenomyosis / I. Streuli et al. *Expert Opin Pharmacother*. 2014. Vol. 15. P. 2347–2360.

REFERENCES

1. Adamyan L.V., Andreeva E.N., Apolikhina I.A. Endometriosis: diagnosis, treatment and rehabilitation. *Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nyh* 2013, 65 p.
2. Altibaeva D.M., Kurochka V.V., Petrenko T.G. Features of hormone homeostasis in adenomyosis in combination with hyperplastic processes of endometrium in women of reproductive age. *Zbirnik naukovykh prats' Asotsiatsii akusheriv Ukrainy*. 2016; 2 (38): 17-21.



3. Benyuk V.O., Kurochka V.V., Benyuk C.V., Altibaeva D.M. Menstrual function in women with adenomyosis in combination with hyperplastic processes of endometrium against the background of hormone therapy. *Zdorov'e zhenshchiny* 2017; 4 (120): 115-118.

4. Benyuk V.O., Altibaeva D.M., Goncharenko V.M., Kurochka V.V. The role of immune mechanisms in the development of benign pathology of the uterus. *Zdorov'e zhenshchiny* 2016; 5 (111): 30-32.

5. Damirov M.M., Oleynikova O.N., Manogova O.V. Genital Endometriosis: A Practitioner's View: Monograph. Moscow, Binom 2013, 152 p.

6. Kalenska O.V., Demchenko O.M., Spivak M.Y., Bubnov R., Goncharenko V. Predictive diagnosis of endometrial hyperplasia and personalized therapeutic strategy in women of fertile age. *EPMA J* 2013; 4, N 24.

7. Khan K.N. Intra-uterine microbial colonization and occurrence of endometritis in women with endomet-

riosis. *Hum Reprod.* 2014, 29: 2446–2456.

8. Streuli I., Dubuisson J., Santulli P., de Ziegler D., Batteux F., Chapron C. An update on the pharmacological management of adenomyosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2014; 15: 2347–2360.

Надійшла до редакції 15.03.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. М. Рожковська,
дата рецензії 21.03.2018

УДК 618.1-007.415-06:618.177]-074/-078

О. М. Алтанець¹, М. В. Медведєв²

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ НА ЕТАПІ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ: ПРЕЛІМІНАРНІ ДАНІ

¹ Міський пологовий будинок № 1, Дніпро, Україна,

² Дніпропетровська медична академія, Дніпро, Україна

УДК 618.1-007.415-06:618.177]-074/-078

Е. Н. Алтанець¹, М. В. Медведєв²

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ НА ЭТАПЕ ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ: ПРЕЛИМИНАРНЫЕ ДАННЫЕ

¹ Городской родильный дом № 1, Днепр, Украина,

² Днепропетровская медицинская академия, Днепр, Украина

Цель исследования — изучение экспрессии рецепторов эстрадиола и прогестерона, экспрессии маркера пролиферации Ki-67, клеточной инвазии MMP-9 и ингибитора апоптоза Bcl-2 в образцах эутопического и гетеротопического эндометрия у женщин репродуктивного возраста с внешним генитальным эндометриозом.

Изучено 30 образцов эутопического и 30 образцов гетеротопического эндометрия у женщин репродуктивного возраста с бесплодием и лапароскопически подтвержденным эндометриозом.

Сформирован характерный для внешнего генитального эндометриоза морфотип эутопического эндометрия.

Комплекс иммуногистохимических маркеров может быть предложен в качестве малоинвазивной манипуляции для верификации начальных стадий эндометриоза у женщин с бесплодием.

Ключевые слова: эутопический эндометрий, эндометриоз, бесплодие, иммуногистохимические маркеры.

UDC 618.1-007.415-06:618.177]-074/-078

О. М. Altanets¹, М. В. Medvedev²

POSSIBILITY OF USAGE OF A COMPLEX OF IMMUNE HISTOCHEMICAL MARKERS AT THE STAGE OF PRECLINICAL DIAGNOSIS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS IN INFERTILE WOMEN: PRELIMINARY DATA

¹ Municipal Maternity N 1, Dnipro, Ukraine,

² Dnipropetrovsk Medical Academy, Dnipro, Ukraine

The purpose of the study was to study the expression of estradiol and progesterone receptors, Ki-67 proliferation marker expression, MMP-9 cellular invasion and Bcl-2 apoptosis inhibitor in eutopic and heterotopic endometrial specimens in women of reproductive age with external genital endometriosis.

