

УДК 618.14-007.61-037-039.2-053.84
DOI 10.11603/1681-2786.2017.2.8106

С. М. КОРНИЕНКО

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: ЧТО ВЛИЯЕТ НА РЕЦИДИВЫ

ГУ Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Резюме. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) занимают значительное место в структуре гинекологической заболеваемости и являются одной из наиболее частых причин госпитализации в гинекологическом стационаре. Данная патология вызывает нарушения менструального цикла, дисфункциональные маточные кровотечения и анемию, однако особое внимание к ГПЭ связано с высоким риском злокачественной трансформации эндометрия. Поздний репродуктивный возраст и период пременопаузы сопряжены с высокой частотой рецидивов ГПЭ, соматической патологии и гинекологических оперативных вмешательств.

Цель исследования – выявить факторы, влияющие на рецидивы ГПЭ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

Материалы и методы. Были изучены клинико-анамнестические данные, личностные особенности, качество жизни и отдаленные результаты гистероскопии у 255 женщин, страдающих ГПЭ в возрасте 35–54 лет. У 72 женщин в течение 1,5–2,5 лет после лечения наблюдались рецидивы ГПЭ. Эти пациентки составили группу Р, остальные 183 женщины вошли в группу К. Отдельный анализ был проведен в группах с полипами и в группах с гиперплазией эндометрия.

Результаты. Рецидивы полипов наблюдались в 49 (25,5 %) случаях, гиперплазии эндометрия – в 25 (25,3 %). У двух пациенток отмечались рецидивы обеих форм ГПЭ. Уровень гинекологической заболеваемости в анамнезе пациенток с рецидивами ГПЭ существенно превышал референтные значения. Урогенитальные инфекции не оказывали статистически значимого влияния на рецидивность гиперплазии эндометрия. Эффективность лечения полипов, напротив, существенно зависела от генитальных инфекций. Соматические заболевания более выражено ухудшали перспективы лечения ГПЭ, нежели генитальная патология. В качестве личностных предикторов рецидивирующей гиперплазии эндометрия отмечались невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность и эмоциональная лабильность.

Выводы. В позднем репродуктивном и пременопаузальном возрасте рецидивы ГПЭ наблюдаются в каждом четвертом случае. Риски рецидивирования полипов эндометрия теснее всего ассоциируются с аномалиями развития матки, маскулиным психотипом, хроническим эндометритом, инсомнией, цитомегаловирусной генитальной инфекцией, гипертонической болезнью и ожирением. Шансы рецидивов гиперплазии эндометрия наиболее значимо повышают заболевания печени и щитовидной железы, эмоциональная лабильность, индекс массы тела свыше 27 кг/м², невротичность, инсомния, депрессивность и синдром вегетативной дисфункции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гиперпластические процессы эндометрия, пременопауза, поздний репродуктивный возраст, рецидив, факторы риска.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) занимают значительное место в структуре гинекологической заболеваемости и являются одной из наиболее частых причин госпитализации в гинекологическом стационаре. Данная патология вызывает нарушения менструального цикла, дисфункциональные маточные кровотечения и анемию, однако особое внимание к ГПЭ связано с высоким риском злокачественной трансформации эндометрия. Согласно данным Sorosky J.I. [12], за последние два десятилетия заболеваемость раком эндометрия увеличилась на 21 %. По мнению многих авторов, ГПЭ не являются предраковыми заболеваниями [1, 4, 6]. Однако общепризнанной точкой зрения является то, что рецидивирующие ГПЭ, а также их сочетания с генитальной и соматической патологией, значительно повышают риск злокачественной трансформации эндометрия [1, 4, 11, 12].

Поздний репродуктивный возраст и период пременопаузы сопряжены с высокой частотой рецидивирующих ГПЭ, соматической патологии и гинекологических оперативных вмешательств [3]. На фоне тенденции увеличения рисков рецидива ГПЭ ограниченные возможности консервативного лечения гиперпластических процессов матки у женщин этого возрастного периода в связи с сопутствующими заболеваниями делают проблему изучения данных аспектов крайне актуальной с позиций приоритетных направлений предсказательной, превентивной и персонифицированной медицины [2, 6–8, 10].

Цель исследования – выявить факторы, влияющие на рецидивы ГПЭ у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

Материалы и методы. Были изучены клинико-анамнестические данные, личностные особенности, качество жизни и отдаленные результаты

© С. М. Корниенко, 2017

гистероскопии у 255 женщин, страдающих ГПЭ, в возрасте 35–54 лет. Полипы эндометрия выявлены в 192 (75,3 %) случаях, гиперплазия эндометрия – в 99 (38,8 %), сочетание полипов с гиперплазиями – в 36 (14,1 %). У 72 женщин в течение 1,5–2,5 лет после лечения наблюдались рецидивы ГПЭ. Эти пациентки составили группу Р, остальные 183 женщины вошли в группу К. Отдельный анализ был проведен в группах с полипами и в группах с гиперплазией эндометрия: 49 женщин с рецидивами полипов составили группу Рпэ, 143 пациентки без рецидивов полипов – группу Кпэ; 25 женщин с рецидивами гиперплазии – группу Ргэ, 74 пациентки без рецидивов гиперплазии – группу Кгэ. Необходимо уточнить, что 36 пациенток с сочетанными ГПЭ включались и в выборку с полипами, и в выборку с гиперплазиями.

Для диагностики вегетативной дисфункции использовали балльный опросник А.М. Вейна (1998). Психические состояния и свойства личности изучали при помощи теста FPI с 9-балльными шкалами.

Обработку данных проводили используя ранговый критерий Манна-Уитни, χ^2 -критерий и точный критерий Фишера. При проверке статистических гипотез критический уровень значимости принимали равным 0,05. Кроме того, оценивали отношения шансов (ОШ) с 95 % доверительными интервалами (ДИ).

Результаты и их обсуждение. Рецидивы полипов наблюдались в 49 (25,5 %) случаях, гиперплазии эндометрия — в 25 (25,3 %). У двух пациенток отмечались рецидивы обеих форм ГПЭ.

Возрастные показатели женщин группы Р составили (43,1±0,49) года (42,5; 39–48: здесь и далее в скобках после средней величины указаны медиана и I-й – III-й квартили) и значимо превосходили таковые в группе К – (40,9±0,34) года (40; 37–45), $p < 0,003$. При полипах различие составило 2,3 года: (42,8±0,76) (42; 37,5–48) против (40,5±0,37) (39; 37–44), $p < 0,02$. В выборке с рецидивирующей гиперплазией эндометрия средний возраст был на 1,8 года выше референтного значения, однако различие не было значимым: (44,3±0,99) (43; 41–48,5) против (42,5±0,56) (43; 38,7–46), $p > 0,05$.

Возрастная категория 35–39 лет в группе Р отмечалась у 21 (29,2 %), 40–44 лет — у 23 (31,9 %), 45–49 лет – у 18 (25,0 %), 50–54 лет – у 10 (13,9 %) женщин, в группе К – соответственно у 89 (48,6 %), 44 (24,0 %), 41 (22,4 %) и 9 (4,9 %), $p < 0,009$. В выборке с полипами аналогичные распределения имели следующий вид: группа Рпэ – 18 (36,7 %), 12 (24,5 %), 13 (26,5 %) и 6 (12,2 %), группа Кпэ – 75 (52,4 %), 34 (23,8 %), 29 (20,3 %) и 5 (3,5 %), $p < 0,05$. При гиперплазии эндометрия: группа Ргэ – 3 (12,0 %), 11 (44,0 %), 6 (24,0 %) и 5 (20,0 %), группа Кгэ – 25 (33,8 %), 20 (27,0 %), 23 (31,1 %) и 6 (8,1 %). Как видно из представленных

возрастных распределений, наибольшей склонностью к рецидивированию ГПЭ обладали пациентки старше 49 лет (ОШ=3,12; ДИ=1,21–8,03; $p < 0,02$). Причем значимые риски отмечались лишь в отношении полипов: ОШ=3,85; ДИ=1,12–13,25; $p < 0,03$. В выборке с гиперплазией ДИ включал единицу: ОШ=2,83; ДИ=0,78–10,27; $p > 0,05$.

Профессиональный статус не оказывал существенного влияния на рецидивность ГПЭ. Служащими были 35 (48,6 %) женщин группы Р и 101 (55,2 %) группы К, $p > 0,05$ (при полипах: 26 (53,1 %) против 77 (53,8 %), $p > 0,05$; при гиперплазии: 9 (36,0 %) против 38 (51,4 %), $p > 0,05$); домохозяйками – соответственно 22 (30,6 %) и 60 (32,8 %), $p > 0,05$ (при полипах: 15 (30,6 %) против 47 (32,9 %), $p > 0,05$; при гиперплазии: 9 (36,0 %) против 26 (35,1 %), $p > 0,05$). Рабочие специальности имели 15 (20,8 %) пациенток группы Р и 22 (12,0 %) группы К, $p > 0,05$. В группе Рпэ было 8 (16,3 %) рабочих, в группе Кпэ – 19 (13,3 %), $p > 0,05$; а в группах Ргэ и Кгэ – 7 (28,0 %) и 10 (13,5 %), $p > 0,05$.

Анализ особенностей менструальной функции не выявил выраженного влияния раннего и позднего менархе, обильности и болезненности месячных на риск рецидивов ГПЭ (табл. 1). Нарушения менструального цикла значимо чаще отмечались в группе Р ($p < 0,003$), причем исключительно за счет выборки с полипами, так как в группах Рпэ и Кпэ частота нарушений была сопоставимой (табл. 1). Нарушения менструального цикла существенно увеличивали риск рецидива полипов эндометрия: ОШ=3,12; ДИ=1,59–6,12; $p < 0,001$.

Различные урогенитальные инфекции не оказывали статистически значимого влияния на рецидивность гиперплазии эндометрия (табл. 1). Эффективность лечения полипов, напротив, существенно зависела от генитальных инфекций. Значимо повышали шансы рецидива полипов цитомегаловирусная инфекция (ОШ=5,30; ДИ=1,22–23,09; $p < 0,03$), гарднереллез (ОШ=3,81; ДИ=1,21–11,95; $p < 0,03$) и кандидоз (ОШ=2,67; ДИ=1,12–6,36; $p < 0,03$).

Из числа генитальной патологии, отягощающей анамнез пациенток с гиперплазией (табл. 1), лишь ранее отмечавшуюся гиперплазию эндометрия можно рассматривать в качестве риска рецидивирования (ОШ=3,10; ДИ=1,19–8,03; $p < 0,02$). Спектр неблагоприятных прогностических критериев для полипов эндометрия был более разнообразен. Шансы их рецидивирования повышали имевшиеся в анамнезе хронический эндометрит (ОШ=4,60; ДИ=1,39–15,25; $p < 0,007$), эндометриоз (ОШ=2,99; ДИ=1,14–7,87; $p < 0,03$), миома матки (ОШ=2,84; ДИ=1,44–5,60; $p < 0,003$) и полип эндометрия (ОШ=2,13; ДИ=1,10–4,12; $p < 0,02$). Хирургические вмешательства на внутренних гениталиях ассоциировались с некоторым риском рецидивов

полипов эндометрия (ОШ=2,03; ДИ=1,04–4,09; $p<0,004$). Уровень гинекологической заболеваемости в анамнезе пациенток с рецидивами ГПЭ существенно превышал референтные значения: $2,8\pm 0,16$ (3; 2–4) против $2,0\pm 0,09$ (2; 1–3), $p<0,001$. Выраженное различие отмечалось только в выборке с полипами: в группе Рпэ – $2,8\pm 0,21$ (2; 2–4), в группе Кпэ – $1,9\pm 0,09$ (2; 1–3), $p<0,001$. А между группами Ргэ и Кгэ различие было незначимым: $2,7\pm 0,23$ (3; 2–3) против $2,4\pm 0,15$ (2; 1,8–3), $p>0,05$.

Показатели акушерского анамнеза и бесплодия в группах исследования имели гомогенные распределения (табл. 1) и никакой прогностической ценности в аспекте рецидивности ГПЭ не обнаружили.

Соматические заболевания более выражено ухудшали перспективы лечения гиперплазии эндометрия, нежели генитальная патология. К тому же, соматический профиль рецидивирующих полипов и рецидивирующих гиперплазий эндометрия был весьма схож (табл. 1).

Наибольшие риски рецидивирования ГПЭ ассоциировались с ожирением (ОШ=4,90; ДИ=2,40–10,00; $p<0,001$), особенно в отношении гиперплазии эндометрия (ОШ=5,29; ДИ=1,92–14,56; $p<0,002$), при полипах они были чуть менее выражены (ОШ=4,33; ДИ=1,79–10,48; $p<0,002$). Согласно Gallos I.D. et al. [6], индекс массы тела ≥ 35 кг/м² является мощным независимым предиктором рецидивов гиперплазии эндометрия. В нашем исследовании теснее всего подобная связь прослеживалась со значением 27 кг/м², и, если, при этом, в сравнении с ожирением ОШ для гиперплазии были несколько выше (ОШ=5,96; ДИ=2,24–15,88; $p<0,001$), то для полипов — ниже (ОШ=3,68; ДИ=1,76–7,70; $p<0,001$).

Еще одним общим фактором риска рецидивов ГПЭ, хоть и менее значимым, чем ожирение, явилась патология пищеварительного тракта (ОШ=3,10; ДИ=1,74–5,53; $p<0,001$), особенно, заболевания печени (ОШ=3,32; ДИ=1,78–6,20; $p<0,001$). Следует отметить два момента: при патологии печени шансы негативного исхода гиперплазии (ОШ=7,52; ДИ=2,48–22,80; $p<0,001$) не только были намного выше, чем таковые при полипах (ОШ=2,29; ДИ=1,11–4,70; $p<0,03$), но и существенно превосходили рецидивность гиперплазии при ожирении.

Патология щитовидной железы также была значимо связана с рецидивами ГПЭ (ОШ=3,06; ДИ=1,48–6,29; $p<0,003$). При этом, если негативные исходы для гиперплазии были весьма вероятны (ОШ=6,49; ДИ=1,89–22,37; $p<0,004$), то склонность к рецидивированию полипов была выявлена лишь на уровне тенденции, так как ДИ включал единицу (ОШ=2,36; ДИ=0,97–5,74; $p<0,05$).

Риски рецидива полипов эндометрия значимо увеличивали гипертоническая болезнь (ОШ=4,85; ДИ=1,31–17,98; $p<0,02$) и заболевания молочной железы (ОШ=2,99; ДИ=1,14–7,87; $p<0,03$). Повышение шансов рецидива гиперплазии ассоциировалось с кардиопатиями (ОШ=3,72; ДИ=1,16–11,99; $p<0,03$).

В целом, соматическая заболеваемость в группе Р была существенно выше, чем в группе К: ($2,3\pm 0,17$) (2; 1–3) против ($1,3\pm 0,10$) (1; 0–2), $p<0,001$. В группе Рпэ она составила ($2,1\pm 0,20$) (2; 1–3), в группе Кпэ – ($1,2\pm 0,11$) (1; 0–2), $p<0,001$; в группах Ргэ и Кгэ – ($2,7\pm 0,31$) (3; 1–4) и ($1,7\pm 0,16$) (2; 1–2,25), $p<0,01$. Необходимо отметить, что уровень экстрагенитальной заболеваемости в группе с рецидивирующей гиперплазией превосходил не

Таблица 1. Анамнестические данные обследованных пациенток в зависимости от рецидива и вида ГПЭ, n (P %)

Показатель	Группа Р, n=72	Группа К, n=183	Группа Рпэ, n=49	Группа Кпэ, n=143	Группа Ргэ, n=25	Группа Кгэ, n=74
Раннее менархе	8 (11,1)	15 (8,2)	6 (12,2)	13 (9,1)	2 (8,0)	3 (4,1)
Позднее менархе	7 (9,7)	21 (11,5)	6 (12,2)	16 (11,2)	3 (12,0)	8 (10,8)
Обильные месячные	42 (58,3)	102 (55,7)	27 (55,1)	82 (57,3)	16 (64,0)	43 (58,1)
Болезненные месячные	35 (48,6)	71 (38,8)	23 (46,9)	55 (38,5)	14 (56,0)	35 (47,3)
Нарушения менструального цикла	38 (52,8)**	60 (32,8)	26 (53,1)***	38 (26,6)	13 (52,0)	32 (43,2)
Урогенитальные инфекции:	31 (43,1)	61 (33,3)	24 (49,0)*	49 (34,3)	8 (32,0)	25 (33,8)
– хламидиоз	6 (8,3)	26 (14,2)	4 (8,2)	22 (15,4)	3 (12,0)	7 (9,5)
– уреоплазмоз	8 (11,1)	16 (8,7)	5 (10,2)	15 (10,5)	4 (16,0)	5 (6,8)
– микоплазмоз	3 (4,2)	5 (2,7)	3 (6,1)	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (4,1)
– гарднереллез	10 (13,9)**	7 (3,8)	7 (14,3)*	6 (4,2)	3 (12,0)	4 (5,4)
– кандидоз	15 (20,8)*	19 (10,4)	11 (22,4)*	14 (9,8)	5 (20,0)	10 (13,5)
– герпес	6 (8,3)	8 (4,4)	5 (10,2)	5 (3,5)	1 (4,0)	5 (6,8)
– цитомегаловирус	6 (8,3)	6 (3,3)	5 (10,2)*	3 (2,1)	1 (4,0)	3 (4,1)

Продолжение табл. 1

Показатель	Группа Р, n=72	Группа К, n=183	Группа Рпэ, n=49	Группа Кпэ, n=143	Группа Ргэ, n=25	Группа Кгэ, n=74
Киста яичника	13 (18,1)	25 (13,7)	8 (16,3)	15 (10,5)	5 (20,0)	15 (20,3)
Синдром поликистоза яичников	4 (5,6)	4 (2,2)	4 (8,2)	3 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,4)
Хронический аднексит	30 (41,7)	75 (41,0)	23 (46,9)	57 (39,9)	7 (28,0)	31 (41,9)
Хронический эндометрит	10 (13,9)**	6 (3,3)	7 (14,3)**	5 (3,5)	3 (12,0)	3 (4,1)
Эктопия шейки матки	35 (48,6)	87 (47,5)	25 (51,0)	63 (44,1)	10 (40,0)	40 (54,1)
Дисплазия шейки матки	3 (4,2)	4 (2,2)	1 (2,0)	3 (2,1)	2 (8,0)	3 (4,1)
Полип эндометрия	37 (51,4)**	63 (34,4)	28 (57,1)*	55 (38,5)	11 (44,0)	22 (29,7)
Полип цервикального канала	3 (4,2)	10 (5,5)	3 (6,1)	10 (7,0)	0 (0,0)	1 (1,4)
Гиперплазия эндометрия	17 (23,6)	29 (15,8)	5 (10,2)	19 (13,3)	12 (48,0)*	17 (23,0)
Миома матки	37 (51,4)***	49 (26,8)	23 (46,9)**	34 (23,8)	15 (60,0)	32 (43,2)
Эндометриоз	12 (16,7)	17 (9,3)	9 (18,4)*	10 (7,0)	3 (12,0)	11 (14,9)
Аномалии развития гениталий	3 (4,2)*	0 (0,0)	3 (6,1)*	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Генитальные операции	48 (66,7)	100 (54,6)	35 (71,4)*	79 (55,2)	15 (60,0)	42 (56,8)
Бесплодие	16 (22,2)	58 (31,7)	10 (20,4)	46 (32,2)	6 (24,0)	17 (23,0)
Медицинский аборт, в том числе:	45 (62,5)	105 (57,4)	33 (67,3)	81 (56,6)	13 (52,0)	43 (58,1)
– три и более	13 (18,1)	30 (16,4)	11 (22,4)	23 (16,1)	2 (8,0)	13 (17,6)
Роды	57 (79,2)	126 (68,9)	38 (77,6)	96 (67,1)	21 (84,0)	58 (78,4)
Самопроизвольный аборт	8 (11,1)	26 (14,2)	4 (8,2)	23 (16,1)	4 (16,0)	8 (10,8)
Внематочная беременность	5 (6,9)	12 (6,6)	3 (6,1)	11 (7,7)	2 (8,0)	2 (2,7)
Патология молочной железы	13 (18,1)*	16 (8,7)	9 (18,4)*	10 (7,0)	4 (16,0)	10 (13,5)
Патология пищеварительной системы, в том числе:	34 (47,2)***	41 (22,4)	23 (46,9)**	37 (25,9)	12 (48,0)**	15 (20,3)
– заболевания печени	27 (37,5)***	28 (15,3)	17 (34,7)*	27 (18,9)	11 (44,0)***	7 (9,5)
Индекс массы тела > 27 кг/м ² :	33 (45,8)***	29 (15,8)	19 (38,8)***	21 (14,7)	16 (64,0)***	17 (23,0)
– ожирение	23 (31,9)***	16 (8,7)	13 (26,5)**	11 (7,7)	12 (48,0)**	11 (14,9)
Патология щитовидной железы	18 (25,0)***	18 (9,8)	10 (20,4)*	14 (9,8)	8 (32,0)**	5 (6,8)
Патология сердца	11 (15,3)*	11 (6,0)	5 (10,2)	8 (5,6)	7 (28,0)*	7 (9,5)
Гипертоническая болезнь	9 (12,5)*	7 (3,8)	6 (12,2)*	4 (2,8)	5 (20,0)	5 (6,8)
Железодефицитная анемия	8 (11,1)	9 (4,9)	4 (8,2)	4 (2,8)	4 (16,0)	7 (9,5)
Тонзиллит	7 (9,7)	22 (12,0)	5 (10,2)	11 (7,7)	2 (8,0)	14 (18,9)
Нефропатия	7 (9,7)	8 (4,4)	4 (8,2)	6 (4,2)	4 (16,0)	6 (8,1)
Вегетососудистая дистония	12 (16,7)	17 (9,3)	9 (18,4)	13 (9,1)	3 (12,0)	11 (14,9)
Варикоз	2 (2,8)	6 (3,3)	1 (2,0)	4 (2,8)	1 (4,0)	3 (4,1)
Черепно-мозговая травма	1 (1,4)	7 (3,8)	1 (2,0)	6 (4,2)	0 (0)	4 (5,4)
Аллергические реакции	12 (16,7)	36 (19,7)	8 (16,3)	28 (19,6)	4 (16,0)	15 (20,3)
Экстрагенитальные операции	25 (34,7)	64 (35,0)	17 (34,7)	49 (34,3)	8 (32,0)	31 (41,9)

Примечание. *, **, *** – значимое отличие от референтных выборок (использовали χ^2 – критерий и точный критерий Фишера), соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

только референтные значения (в 1,5 раза), но и показатель группы с рецидивирующими полипами (в 1,3 раза).

В работах Nachul H. et al. [5] и Nowakowski S. et al. [9] показано, что одной из наиболее частых жалоб женщин в пременопаузе является бессонница, а их гинекологический статус коррелирует с объективными и субъективными параметрами сна. В период гормональных изменений нарушения менструального цикла напрямую связаны с инсомнией [5]. Изучение характера сна у наших пациенток показало, что расстройства сна отчетливо повышали риск рецидивов обоих видов ГПЭ. В группе Р инсомния отмечена в 58 (80,6 %), в группе К – в 85 (46,4 %) случаях (ОШ=4,78; ДИ=2,49–9,17; $p<0,001$); в группе Рпэ – в 41 (83,7 %), в группе Кпэ – в 69 (48,3 %) случаях (ОШ=5,50; ДИ=2,41–12,55; $p<0,001$); в группе Ргэ – в 19 (76,0 %), в группе Кгэ – в 31 (41,9 %) случае (ОШ=4,39; ДИ=1,57–12,27; $p<0,003$).

Изучение основных диагнозов показало (табл. 2), что их распределения в группах исследования имели гомогенный характер, исключая хронический эндометрит, крайне осложняющий перспективы

лечения полипов эндометрия (ОШ=5,56; ДИ=2,60–11,90; $p<0,001$). Кроме того, существенно повышали вероятность рецидивирующего полипа сопутствующие миома матки (ОШ=3,94; ДИ=2,00–7,91; $p<0,001$), кисты яичников (ОШ=3,85; ДИ=1,12–13,25; $p<0,04$) и аномалии развития матки (ОШ=9,84; ДИ=1,92–50,50; $p<0,004$). Другие сопутствующие заболевания матки и придатков, в том числе и внутренний эндометриоз, не вносили дополнительных рисков рецидива ГПЭ (табл. 2). Поэтому мы считаем дискуссионным подход Каштальян М.М. [2], рекомендующей при лечении ГПЭ, сочетанных с аденомиозом, использовать гистерэктомию. Автор утверждает, что в таких ситуациях гистероскопия имеет негативный исход.

Толщина М-эхо не была значимо связана с риском рецидивов ГПЭ: в группе Р она составила (11,04±0,564) (10; 8–14) против (11,30±0,407) (11; 7–14) мм в группе К, $p>0,05$; в группах Рпэ и Кпэ – (9,24±0,489) (9; 7–11) против (10,31±0,421) (10; 6–13) мм, $p>0,05$; в группах Ргэ и Кгэ – (14,86±0,991) (16; 11–17,5) против (14,66±0,545) (14; 11,75–17) мм, $p>0,05$. Исследованием Ozkaya E. et al. [13] выявлено, что толщина М-эхо более 16,5 мм

Таблица 2. Распределение диагнозов женщин пременопаузального возраста в зависимости от рецидива и вида ГПЭ, n (P %)

Показатель	Группа Р, n=72	Группа К, n=183	Группа Рпэ, n=49	Группа Кпэ, n=143	Группа Ргэ, n=25	Группа Кгэ, n=74
Полип эндометрия	52 (72,2)	140 (76,5)	100 %		7 (28,0)	29 (39,2)
Гиперплазия эндометрия	28 (38,9)	71 (38,8)	6 (12,2)	30 (21,0)	100 %	
Простая гиперплазия с атипией	3 (4,2)	4 (2,2)	2 (4,1)	1 (0,7)	1 (4,0)	3 (4,1)
Хронический эндометрит	27 (37,5)***	24 (13,1)	21 (42,9)***	17 (11,9)	7 (28,0)	13 (17,6)
Полип цервикального канала	2 (2,8)	9 (4,9)	1 (2,0)	7 (4,9)	1 (4,0)	2 (2,7)
Патология шейки матки	7 (9,7)	18 (9,8)	4 (8,2)	15 (10,5)	3 (12,0)	7 (9,5)
Рубец на матке	9 (12,5)	13 (7,1)	6 (12,2)	11 (7,7)	4 (16,0)	4 (5,4)
Бесплодие, в том числе:	13 (18,1)*	56 (30,6)	9 (18,4)	44 (30,8)	4 (16,0)	16 (21,6)
– первичное	3 (4,2)*	24 (13,1)	2 (4,1)	17 (11,9)	1 (4,0)	10 (13,5)
– вторичное	10 (13,9)	32 (17,5)	7 (14,3)	27 (18,9)	3 (12,0)	6 (8,1)
Миома матки, в том числе:	39 (54,2)***	46 (25,1)	24 (49,0)***	28 (19,6)	15 (60,0)	30 (40,5)
– субмукозная	7 (9,7)	15 (8,2)	5 (10,2)	8 (5,6)	2 (8,0)	10 (13,5)
Эндометриоз, в том числе:	19 (26,4)*	29 (15,8)	12 (24,5)	19 (13,3)	8 (32,0)	17 (23,0)
– аденомиоз	13 (18,1)	28 (15,3)	8 (16,3)	18 (12,6)	6 (24,0)	15 (20,3)
Кровотечение	2 (2,8)	4 (2,2)	1 (2,0)	1 (0,7)	1 (4,0)	3 (4,1)
Киста яичника	9 (12,5)	10 (5,5)	6 (12,2)*	5 (3,5)	3 (12,0)	7 (9,5)
Сакто-, гидросальпинкс	1 (1,4)	11 (6,0)	1 (2,0)	11 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Аномалии развития матки	6 (8,3)*	4 (2,2)	6 (12,2)**	2 (1,4)	0 (0,0)	3 (4,1)

Примечание. *, **, *** – значимое отличие от референтных выборок (использовали χ^2 - критерий и точный критерий Фишера), соответственно $p<0,05$, $p<0,01$ и $p<0,001$.

сопряжена с высоким риском рецидива гиперплазии эндометрия. Мы провели сходный анализ, по результатам которого наиболее тесная связь с рецидивами установлена для толщины эндометрия свыше 15 мм: в выборке Ргэ обнаружено 14 (56,0 %) таких случаев, в выборке Кгэ – 27 (36,5%), однако, различие не было значимым ($p < 0,07$). Поэтому в нашем случае речь, скорее, идет о тенденции, нежели о статистически обоснованном применении толщины М-эхо в качестве прогностического критерия.

А вот на фоне выраженного синдрома вегетативной дисфункции (сумма баллов по опроснику Вейна > 15) риски рецидива ГПЭ существенно возрастали, особенно при гиперплазии. В группе Р данный синдром был установлен у 61 (84,7 %), в группе К – у 121 (66,1 %) женщины (ОШ=2,84; ДИ=1,40–5,79; $p < 0,004$); в группе Рпэ – у 41 (83,7 %), в группе Кпэ – у 93 (65,0 %) женщин (ОШ=2,76; ДИ=1,20–6,33; $p < 0,02$); в группе Ргэ – у 22 (88,0 %), в группе Кгэ – у 47 (63,5 %) женщин (ОШ=4,21; ДИ=1,15–15,39; $p < 0,03$).

В качестве личностных предикторов рецидивирующей гиперплазии эндометрия следует выделить невротичность, спонтанную агрессивность, депрессивность и эмоциональную лабильность (табл. 3). Высокая невротичность наблюдалась у 19 (76,0 %) пациенток группы Ргэ и 26 (35,1 %) группы Кгэ

(ОШ=5,85; ДИ=2,08–16,45; $p < 0,03$); средняя / высокая спонтанная агрессивность – соответственно у 19 (76,0 %) и 26 (35,1 %) пациенток (ОШ=2,63; ДИ=1,01–6,86; $p < 0,05$); депрессивность – у 6 (24,0 %) и 5 (6,8 %) пациенток (ОШ=4,36; ДИ=1,20–15,85; $p < 0,03$); эмоциональная лабильность – у 10 (40,0 %) и 7 (9,5 %) пациенток (ОШ=6,38; ДИ=2,09–19,49; $p < 0,002$).

Несмотря на то, что параметрические статистики всех шкал FPI в группах Рпэ и Кпэ были сопоставимы (табл. 3), оказалось, что некоторые личностные особенности оказывают кое-какое влияние на рецидивность полипов эндометрия: высокая невротичность (24 (49,0 %) случаев в группе Ргэ и 44 (30,8 %) в группе Кгэ; ОШ=2,16; ДИ=1,11–4,19; $p < 0,03$) и маскулинный психотип (5 (10,2 %) в группе Ргэ и 2 (1,4 %) в группе Кгэ; ОШ=8,01; ДИ=1,50–42,75; $p < 0,02$).

Резюмируя полученные данные можно выделить следующий фенотип пациенток с рецидивирующими полипами эндометрия (предикторы упорядочены по убыванию ОШ): аномалии развития матки, маскулинный психотип, хронический эндометрит, инсомния, цитомегаловирус, гипертоническая болезнь, ожирение, миома матки, возраст > 49 лет, сопутствующие кисты яичников, гарднереллез, нарушения менструального цикла, эндометриоз в анамнезе, заболевания молочной

Таблица 3. Профиль личности пациенток в зависимости от рецидива и вида ГПЭ, М±m (Ме; Q₁-Q₃) баллов

Шкала	Группа Р, n=72	Группа К, n=183	Группа Рпэ, n=49	Группа Кпэ, n=143	Группа Ргэ, n=25	Группа Кгэ, n=74
Невротичность	6,3±0,22 (7; 5-8)**	5,3±0,17 (5; 4-7)	6,0±0,35 (7; 5-7)	5,4±0,18 (5; 4-7)	6,4±0,27 (7; 5-8)**	5,2±0,25 (5; 4-7)
Спонтанная агрессивность	3,2±0,24 (3; 1-4)**	2,5±0,13 (1; 1-4)	3,2±0,31 (3; 1-4)	2,7±0,16 (3; 1-4)	3,4±0,33 (3; 3-4)***	2,1±0,18 (1; 1-3)
Депрессивность	5,0±0,20 (5; 4-6)*	4,2±0,15 (4; 3-6)	5,0±0,24 (5; 4-6,5)	4,4±0,17 (4; 3-6)	5,0±0,35 (4; 4-6,5)*	3,9±0,22 (4; 3-6)
Раздражительность	5,0±0,27 (5; 3-7)*	4,3±0,16 (4; 3-6)	5,1±0,33 (5; 3-7)	4,4±0,18 (4; 3-6)	4,8±0,45 (5; 3,5-7)	4,0±0,26 (4; 2,5-6)
Общительность	5,9±0,15 (6; 5-7)	5,9±0,08 (6; 6-6)	5,9±0,16 (6; 5-7)	5,9±0,09 (6; 6-6)	5,9±0,29 (6; 5,5-6,5)	5,9±0,13 (6; 5-6)
Уравновешенность	3,9±0,24 (4; 2-6)	3,5±0,13 (3; 2-5)	3,8±0,31 (3; 2-6)	3,6±0,15 (4; 2-5)	4,0±0,39 (4; 2-6)	3,6±0,20 (3,5; 2-5)
Реактивная агрессивность	4,0±0,25 (4; 3-6)	3,6±0,15 (4; 1-5)	4,2±0,27 (4; 3-6)	3,8±0,16 (4; 3-5)	3,6±0,46 (3; 1-4)	3,3±0,24 (4; 1-5)
Застенчивость	6,0±0,22 (6; 6-7)	5,8±0,15 (6; 5-7)	5,9±0,29 (6; 5-7)	5,7±0,16 (6; 5-7)	6,1±0,28 (6; 6-7)	5,9±0,24 (6; 5-7,25)
Открытость	4,9±0,29 (5; 3-8)	4,2±0,18 (4; 3-6)	5,2±0,37 (5; 3-8)	4,6±0,20 (5; 3-6)	4,5±0,47 (4; 3-5,5)	3,6±0,27 (3; 1,7-5)
Экстраверсия	3,3±0,24 (3; 2-4)	3,1±0,11 (3; 2-4)	3,2±0,28 (3; 2-4)	3,3±0,13 (4; 2-4)	3,4±0,43 (4; 1-4)	2,7±0,16 (3; 1-4)
Эмоциональная лабильность	5,4±0,23 (5; 4-7)*	4,7±0,13 (4; 4-6)	5,4±0,28 (5; 4-7)	4,9±0,15 (5; 4-7)	5,4±0,40 (5; 4-7)**	4,1±0,19 (4; 3-5)
Маскулинизм	3,0±0,23 (3; 2-4)	2,9±0,12 (3; 2-4)	3,2±0,31 (3; 2-4,5)	2,9±0,13 (3; 2-4)	2,4±0,25 (2; 1-3)	2,9±0,18 (3; 2-4)

Примечание. *, **, *** – значимое отличие от референтных выборок (по критерию Манна–Уитни), соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

железы, синдром вегетативной дисфункции, кандидоз, патология печени, невротичность, предшествующий полип эндометрия.

Профиль пациенток с рецидивирующей гиперплазией эндометрия отличали патология печени и щитовидной железы, эмоциональная лабильность, индекс массы тела ≥ 27 кг/м², невротичность, инсомния, депрессивность, синдром вегетативной дисфункции, кардиопатия, гиперплазия эндометрия в анамнезе. Спонтанная агрессивность исключена из перечня, так как в качестве базовой шкалы она входит в интегративную шкалу эмоциональной лабильности, обладающей в рамках данного исследования более высоким ОШ.

В завершение хотелось бы обсудить тезис Linkov F. et al. [6] о системности негативного влияния на результаты лечения ГПЭ, столь тесно корреспондирующий с нашими результатами. Авторы обращают внимание на то, что терапевтические мишени ГПЭ не следует ограничивать рамками гормонального дисбаланса, и, выявляя все риски, необходимо особое внимание уделять изменяемым факторам. В качестве таковых Linkov F. et al. отмечают гормональную терапию, пищевые привычки и гиподинамию. А наш список «мишеней», наряду с ожирением, включает

еще ряд предикторов, имеющих значительный потенциал для модификации. В их число входят психоэмоциональные особенности пациенток, инсомния и синдром вегетативной дисфункции.

Выводы

В позднем репродуктивном и пременопаузальном возрасте рецидивы ГПЭ наблюдаются в каждом четвертом случае.

Риски рецидивирования полипов эндометрия теснее всего ассоциируются с аномалиями развития матки, маскулиненным психотипом, хроническим эндометритом, инсомнией, цитомегаловирусной генитальной инфекцией, гипертонической болезнью и ожирением.

Шансы рецидивов гиперплазии эндометрия наиболее значимо повышают заболевания печени и щитовидной железы, эмоциональная лабильность, индекс массы тела свыше 27 кг/м², невротичность, инсомния, депрессивность и синдром вегетативной дисфункции.

Перспективы дальнейших исследований.

1. Разработать прогностические критерии рецидивирования ГПЭ у пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального периода.

2. Разработать схему лечения ГПЭ, купирующую факторы риска.

Список литературы

1. Вдовиченко Ю. П. Сучасний менеджмент діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія: (огляд літератури) / Ю. П. Вдовиченко, О. В. Голяновський, І. В. Лопушан // Здоровье женщины. – 2012. – № 9. – С. 45–53.
2. Каштальян М. М. Гістероскопічна хірургія у лікуванні хворих з поєднаними гіперпластичними процесами матки / М. М. Каштальян // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 2. – С. 168–171.
3. Корнієнко С. М. Гістероскопія в діагностиці та лікуванні внутрішньоматкової патології у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку / С. М. Корнієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 4. – С. 219–222.
4. Clark T. J. The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice / T. J. Clark, D. Neelakantan, J. K. Gupta // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2006. – Vol. 125 (2). – P. 259–264.
5. Does the reproductive cycle influence sleep patterns in women with sleep complaints? / H. Hachul [et al.] // Climacteric. – 2010. – Vol. 13 (6). – P. 594–603.
6. Endometrial hyperplasia, endometrial cancer and prevention: gaps in existing research of modifiable risk factors / F. Linkov [et al.] // Eur. J. Cancer. – 2008. – Vol. 44 (12). – P. 1632–1644.
7. Gallos I. D. Prediction of regression and relapse of endometrial hyperplasia with conservative therapy / I. D. Gallos, R. Ganesan, J. K. Gupta // Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 121 (6). – P. 1165–1171.
8. Kornienko S. M. The influence of extragenital diseases on quality of woman life in the period of late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology / S. M. Kornienko, V. P. Kvashenko, I. K. Akimova // Здоровье женщины. – 2015. – № 1. – С. 127–129.
9. Nowakowski S. Sleep and Women's Health / S. Nowakowski, J. Meers, E. Heimbach // Sleep Med Res. – 2013. – Vol. 4 (1). – P. 1–22.
10. Recurrence of endometrial polyps / R. Paradisi, S. Rossi, M.C. Scifo [et al.] // Gynecol. Obstet. Invest. – 2014. – Vol. 78 (1). – P. 26–32.
11. Relapse of endometrial hyperplasia after conservative treatment: a cohort study with long-term follow-up / I. D. Gallos, P. Krishan, M. Shehmar [et al.] // Hum. Reprod. – 2013. – Vol. 28 (5). – P. 1231–1236.
12. Sorosky J. I. Endometrial cancer / J. I. Sorosky // Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 120 (2 Pt 1). – P. 383–397.
13. Ultrasonographic endometrial thickness measurement is predictive for treatment response in simple endometrial hyperplasia without atypia / E. Ozkaya, V. Korkmaz, Y. Ozkaya [et al.] // J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc. – 2013. – Vol. 14 (1). – P. 19–22.

References

1. Vdovychenko, Yu.P., Holianovskyi, O.V., & Lopushan I.V. (2012). Suchasnyi menedzhment diahnostryky ta likuvannya hiperplastychnykh protsesiv endometrii [Modern management of diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes]. *Zdorovye zhenshchiny – Women's Health*, 9, 45-53 [in Ukrainian].

2. Kashtalian, M.M. (2007). Histeroskopichna khirurgiia u likuvanni khvorykh z poiednanymy hiperplastychnymy protsesamy matky [Hysteroscopic surgery in patients with hyperplastic processes combined uterus]. *Reproduktivnoye zdorovyie zhenshchiny – Women's Reproductive Health*, 2, 168-171 [in Ukrainian].
3. Korniyenko, S.M. (2011). Histeroskopiia v diahnozyti ta likuvanni vnutrishnomatkovoi patolohii u zhinok piznoho reproduktyvnoho ta premenopauzalnogo viku [Hysteroscopy in the diagnosis and treatment of intrauterine pathology in women of late reproductive and premenopausal age]. *Pediatrica, akusherstvo ta hinekoloziia – Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 73 (4), 219-222 [in Ukrainian].
4. Clark, T.J., Neelakantan, D., & Gupta, J.K. (2006). The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 125 (20), 259-264.
5. Hachul, H., Andersen, M.L., Bittencourt, L.R., Santos-Silva, R., Conway, S.G., & Tufik, S. (2010). Does the reproductive cycle influence sleep patterns in women with sleep complaints? *Climacteric*, 13 (6), 594-603.
6. Linkov, F., Edwards, R., Balk, J., Yurkovetsky, Z., Stadterman, B., Lokshin, A., et al. (2008). Endometrial hyperplasia, endometrial cancer and prevention: gaps in existing research of modifiable risk factors. *Eur. J. Cancer*, 44 (12), 1632-1644.
7. Gallos, I.D., Ganesan, R., & Gupta, J.K. (2013). Prediction of regression and relapse of endometrial hyperplasia with conservative therapy. *Obstet Gynecol*, 121.6, 1165-1171.
8. Korniyenko, S.M., Kvashenko, V.P., & Akimova, I.K. (2015). The influence of extragenital diseases on quality of woman life in the period of late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology. *Zdorovyie zhenshchiny – Women's Health*, 1, 127-129.
9. Nowakowski, S., Meers, J., & Heimbach, E. (2013). Sleep and Women's Health. *Sleep Med. Res.*, 4 (1), 1-22.
10. Paradisi, R., Rossi, S., Scifo, M.C., Dall'O', F., Battaglia, C., & Venturoli, S. (2014). Recurrence of endometrial polyps. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 78 (1), 26-32.
11. Gallos, I.D., Krishan, P., Shehmar, M., Ganesan, R., & Gupta, J.K. (2013). Relapse of endometrial hyperplasia after conservative treatment: a cohort study with long-term follow-up. *Hum. Reprod.*, 28 (5), 1231-1236.
12. Sorosky, J.I. (2012). Endometrial cancer. *Obstet. Gynecol.*, 120 (2.1), 383-397.
13. Ozkaya, E., Korkmaz, V., Ozkaya, Y., Tosun, A., Küçüközkan, T., & Bostan, H. (2013). Ultrasonographic endometrial thickness measurement is predictive for treatment response in simple endometrial hyperplasia without atypia. *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.*, 14 (1), 19-22.

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК В ПІЗНЬОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ І ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ: ЩО ВПЛИВАЄ НА РЕЦИДИВИ

С. М. Корнієнко

ДУ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Резюме. Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) займають значне місце в структурі гінекологічної захворюваності і є однією з найчастіших причин госпіталізації в гінекологічному стаціонарі. Дана патологія викликає порушення менструального циклу, дисфункціональні маткові кровотечі і анемію, однак особлива увага до ГПЕ пов'язана з високим ризиком злоякісної трансформації ендометрія. Пізній репродуктивний вік і період пременопаузи пов'язані з високою частотою рецидивів ГПЕ, соматичної патології та гінекологічних оперативних втручань.

Мета дослідження – виявити фактори, що впливають на рецидиви ГПЕ у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку.

Матеріали і методи. Були вивчені клініко-анамнестичні дані, особистісні особливості, якість життя і віддалені результати гістероскопії у 255 жінок, які страждають ГПЕ у віці 35–54 років. У 72 жінок протягом 1,5–2,5 років після лікування спостерігалися рецидиви ГПЕ. Ці пацієнтки склали групу Р, решта 183 жінки увійшли до групи К. Окремий аналіз був проведений в групах з поліпами і в групах з гіперплазією ендометрія.

Результати. Рецидиви поліпів спостерігалися в 49 (25,5 %) випадках, гіперплазії ендометрія – в 25 (25,3 %). У двох пацієнток відзначалися рецидиви обох форм ГПЕ. Рівень гінекологічної захворюваності в анамнезі пацієнток з рецидивами ГПЕ істотно перевищував референтні значення. Урогенітальні інфекції не чинили статистично значущого впливу на рецидивність гіперплазії ендометрія. Ефективність лікування поліпів, навпаки, істотно залежала від генітальних інфекцій. Соматичні захворювання більш виражено погіршували перспективи лікування ГПЕ, ніж генітальна патологія. В якості особистісних предикторів рецидивуючої гіперплазії ендометрія відзначалися невротичність, спонтанна агресивність, депресивність і емоційна лабільність.

Висновки. У пізньому репродуктивному і пременопаузальному віці рецидиви ГПЕ спостерігаються в кожному четвертому випадку. Ризики рецидування поліпів ендометрія найтісніше асоціюються з аномаліями розвитку матки, маскуліним психотипом, хронічним ендометритом, інсомнією, цитомегаловірусною генітальною інфекцією, гіпертонічною хворобою і ожирінням. Шанси рецидивів гіперплазії ендометрія найбільш значимо підвищують захворювання печінки і щитоподібної залози, емоційна лабільність, індекс маси тіла понад 27 кг/м², невротичність, інсомнія, депресивність і синдром вегетативної дисфункції.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гіперпластичні процеси ендометрія; пременопауза; пізній репродуктивний вік; рецидив; фактори ризику.

HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM IN WOMEN IN THE LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL PERIOD: WHAT DOES INFLUENCE THE RECURRESTS*S. M. Korniyenko*

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS Ukraine

Summary. Hyperplastic processes of the endometrium (HPE) occupy a significant place in the structure of gynecological morbidity and are one of the most frequent causes of hospitalization in a gynecological hospital. This pathology causes menstrual irregularities, dysfunctional uterine bleeding and anemia, however, special attention to HPE is associated with a high risk of malignant transformation of the endometrium. Late reproductive age and premenopausal period are associated with a high incidence of relapses of HPE, somatic pathology and gynecological surgeries.

The aim of the study – to identify the factors affecting the recurrence of HPE in women of late reproductive and premenopausal age.

Materials and Methods. Clinical and anamnestic data, personality characteristics, quality of life and long-term results of hysteroscopy in 255 women suffering from HPE at the age of 35–54 years were studied. In 72 women within 1.5–2.5 years after treatment, relapses of HPE were observed. These patients made group P, the remaining 183 women were included in group K. A separate analysis was conducted in groups with polyps and in groups with endometrial hyperplasia.

Results. Relapses of polyps were observed in 49 (25.5 %) cases, endometrial hyperplasia – in 25 (25.3 %). Two patients had relapses of both forms of HPE. The level of gynecological incidence in the history of patients with relapses of HPE significantly exceeded the reference values. Urogenital infections did not have a statistically significant effect on the recurrence of endometrial hyperplasia. The effectiveness of polyps, on the contrary, was significantly dependent on genital infections. Somatic diseases more strongly worsened the prospects for treatment of HPE, rather than genital pathology. As personal predictors of recurrent endometrial hyperplasia, neuroticism, spontaneous aggression, depressiveness and emotional lability were noted.

Conclusions. In the late reproductive and premenopausal age, relapses of HPE are observed in every fourth case. Risks of recurrence of endometrial polyps are most closely associated with anomalies in the development of the uterus, masculine psychotype, chronic endometritis, insomnia, cytomegalovirus genital infection, hypertension and obesity. Chances of recurrence of endometrial hyperplasia most significantly increase liver and thyroid diseases, emotional lability, body mass index over 27 kg / m², neuroticity, insomnia, depression and autonomic dysfunction syndrome.

KEY WORDS: hyperplastic processes of the endometrium; premenopause; late reproductive age; relapse; risk factors.

Рукопись поступила в редакцию 15.06.2017

Сведения об авторе

Корниенко Светлана Михайловна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев, ул. Майбороды, 8, 04050, Украина, тел.: (050)3112253