

УДК 618.14-06:618.179]-039.2-053.84
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.105648

ПАТОЛОГІЯ ЕНДОМЕТРІЯ ТА РЕПРОДУКТИВНИЙ ПРОФІЛЬ ЖІНОК В ПІЗНЬОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ВІЦІ

© С. М. Корнієнко

Метою дослідження було визначити особливості структури внутрішньоматкової патології та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок в пізньому репродуктивному та пременопаузальному періоді. Жінки пізнього репродуктивного та пременопаузального віку відносяться до групи високого ризику розвитку патології ендометрія (ПЕ), у структурі якої переважають поліпи та гіперплазія ендометрія в поєднанні з ендокринзалежною патологією. Отже, актуальною є розробка цілісної системи діагностики, профілактики та лікування патології ендометрія на основі етіопатогенетичного персоналізованого підходу

Ключові слова: патологія ендометрія, репродуктивний профіль, пременопауза, пізній репродуктивний вік, цілісна система діагностики

1. Вступ

Згідно з даними клінічної статистики, в останні роки спостерігається прогресивне збільшення частоти раку ендометрія [1]. Максимальна захворюваність відзначається у віці 65–69 років, однак у 20–25 % випадків захворювання діагностують у репродуктивному віці, у 5 % – у хворих молодше 40 років [2]. Основним проявом патології ендометрія є аномальні маткові кровотечі, при наявності яких в 15 % випадків виявляється гіперплазія ендометрія [3].

За даними деяких авторів рак ендометрія у 80 % випадків є результатом малігнізації гіперпластичних процесів [4]. Схильність проліферативної патології ендометрія до тривалого, рецидивуючого перебігу [5], а при відсутності адекватного лікування гіперпластичних процесів ендометрія (ГПЕ) й до розвитку злоякісних захворювань слизової оболонки матки [6] зумовлює актуальність проблеми.

Актуальність проблеми ГПЕ у хворих пізнього репродуктивного віку не втрачає свого значення як з позицій профілактики раку ендометрія, так і з позицій відновлення та збереження репродуктивної функції.

2. Обґрунтування дослідження

Останніми роками відзначено зростання патології ендометрія (ПЕ) у жінок всіх вікових груп [7]. Захворюваність на ГЕ становить 133–208 на 100 000 жінок-років, а рівень захворюваності на підтипи ЕГ становить 121 на 100 000 жінок-років для неатипової ГЕ та 16,8 на 100 000 жінок-років при атипових формах ГЕ [8]. Гіперпластичні процеси ендометрія в структурі гінекологічних захворювань складають 15–40 %, але 75 % всіх випадків припадає на пременопаузальний вік [9].

У жінок в репродуктивному віці з патологією ендометрія матковий фактор складає 24,0–62,0 % [10]. Після гістероскопічного лікування даної патології настання вагітності при наявності попереднього безпліддя реєструється в 32–87 % випадків [11]. У жінок з повторними невдалими спробами екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) в 45 % випадків ви-

являється внутрішньоматкова патологія [12]. Серед патологічних процесів в структурі внутрішньоматкової патології жінок цього віку переважає хронічний ендометрит, більш ніж в 2 рази перевищуючи розповсюдженість інших захворювань [13].

Як показано в наших попередніх дослідженнях, ГПЕ зустрічається у 50 % пацієнток пізнього репродуктивного і пременопаузального періодів [14]. Саме в цьому віці різко збільшується кількість ановуляторних циклів, в результаті чого в нейроендокринній системі жінки формується стан хронічної “гіперестрогенії” [9]. Актуальність питань лікування патології матки в пізньому репродуктивному та пременопаузальному віці зумовлено змінами демографічної ситуації України, обмеженими можливостями консервативного лікування в зв'язку з супутніми захворюваннями (ожиріння, жовчно-кам'яна хвороба, патологія серцево-судинної системи), високою частотою рецидивування та можливістю малігнізації [2].

3. Мета дослідження

Визначити особливості внутрішньоматкової патології та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок в пізньому репродуктивному та пременопаузальному періоді (ПРПП).

4. Матеріали і методи

В обсерваційне крос-секційне ретроспективне дослідження методом суцільної вибірки були відібрані 849 історій хвороби жінок всіх вікових категорій із ПЕ, які лікувались у відділеннях безплідного браку, планування сім'ї та гінекологічному відділенні Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства МОЗ України з 2009 по 2013 роки. Критерії включення: наявність однієї або кількох ПЕ – поліп ендометрія, гіперплазія ендометрія, хронічний ендометрит (ХЕ), внутрішньоматкові синехії (ВС). Критерії виключення: діагностична ГС та/або гістологічне дослідження біоптатів ендометрія не підтвердили наявності патологічних змін ендометрія.

Вік пацієнток коливався від 18 до 76 років. Відповідно до вікових категорій історії хвороби було

поділено на три групи: до групи А увійшли історії 459 пацієнок раннього та активного репродуктивного віку (18–34 роки), до групи П – історії 317 пацієнок ПРПП (35–54 роки), до групи М – історії 73 пацієнтки в пост- і менопаузі (старші за 54 роки). Середній вік у групі А склав $29,3 \pm 0,14$, у групі П – $41,3 \pm 0,26$ роки, у групі М – $59,9 \pm 0,58$ роки.

Критерії оцінки: акушерсько-гінекологічний анамнез, скарги, основні та супутні діагнози. Означені показники були зіставлені між групами П і А та між групами П і М. Групи А та М в межах даного дослідження між собою не порівнювали.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за на базі стандартного статистичного пакету програм IBM SPSS Statistics v. 23. Методи описової статистики кількісних змінних включали міри центральної тенденції – середнє арифметичне (М) та стандартне відхилення, порівняння за критерієм Стьюдента. Категоріальні змінні представлені як абсолютна кількість та відсоток – n (P %), різниця відсотків (часток) оцінювалась за допомогою кутового перетворення Фішера.

Перевірка на нормальність розподілу виконувалась за тестом Колмогорова-Смирнова.

5. Результати дослідження

Всього були розглянуті 849 історій хвороб з підтвердженим діагнозом ПЕ (поліп ендометрія, гіперплазія ендометрія, хронічний ендометрит, внутрішньо маткові синехії).

ПРПП було зафіксовано у 37,34 % випадків: у 1,4 рази рідше, ніж ранній/активний репродуктивний період, і у 4,3 рази частіше, ніж пост- і менопаузальний період.

Вивчення показників гінекологічного анамнезу показало, що вік настання менархе не відрізнявся у групах дослідження: у групі А – $13,0 \pm 0,06$ роки; у групі П – $13,1 \pm 0,07$ роки; у групі М – $13,1 \pm 0,2$ роки. Відсоток жінок з початком менструації після 14 років у групі П у 2,1 рази переважав такий у групі А, $p < 0,005$. Рясними були менструації приблизно у кожному другому випадку в усіх групах. Болючість менструацій відмітила кожна друга – третя жінка із ПЕ (табл. 1).

Таблиця 1

Частота зустрічаємості показників гінекологічного анамнезу пацієнок із ПЕ в залежності від вікової категорії, абс. ч. (%)

Показник	Група А, n=459	Група П, n=317	Група М, n=73
Раннє менархе	39 (8,5)	28 (8,8)	8 (11,0)
Пізнє менархе	24 (5,2)**	34 (10,7)	7 (9,6)
Рясні менструації	263 (57,3)	175 (55,2)	35 (47,9)
Болісні менструації	204 (44,4)	119 (37,5)	25 (34,2)
Хронічний двосторонній аднексит	271 (59,0)***	147 (46,4)	22 (30,1)*
Ектопія шийки матки	180 (39,2)	118 (37,2)	23 (31,5)
Міома матки	43 (9,4)***	106 (33,4)	27 (37,0)
Поліп ендометрія	105 (22,9)***	107 (33,8)	25 (34,3)
Кіста яєчника	91 (19,8)	73 (23,0)	11 (15,1)
Синдром полікістозних яєчників	51 (11,1)***	9 (2,8)	1 (1,4)
Гіперплазія ендометрія	55 (12,0)	45 (14,2)	18 (24,7)*
Ендометріоз	43 (9,4)	33 (10,4)	4 (5,5)
Поліп цервікального каналу	7 (1,5)**	17 (5,4)	9 (12,3)*
Хронічний ендометрит	23 (5,0)	13 (4,1)	2 (2,7)
Дисплазія шийки матки	6 (1,3)	6 (1,9)	4 (5,5)
Аномалія розвитку матки	10 (2,2)	5 (1,6)	1 (1,4)
Синехії в порожнині матки	4 (0,9)	4 (1,3)	1 (1,4)
Проста гіперплазія з атипією	6 (1,3)	8 (2,5)	3 (4,1)
Діагностичні вискоблювання	106 (23,1)***	111 (35,0)	37 (50,7)*
Генітальні операції	200 (43,6)	122 (38,5)	22 (30,1)
Патологія молочної залози	5 (1,1)***	16 (5,0)	7 (9,6)

Примітка: *, **, *** – відмінність від групи П відповідно $p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$ (метод кутового перетворення Фішера)

У структурі генітальної патології, що обтяжувала анамнез пацієнток із ПЕ (табл. 1), превальовали хронічний двосторонній аднексит, ектопія циліндричного епітелію шийки матки, поліп ендометрія та міома матки. Треба відзначити, що на аднексит страждали майже половина жінок групи П, але у групі А таких було в 1,3 рази більше ($p < 0,001$), а у групі М – в 1,5 рази менше ($p < 0,02$). Ектопії шийки матки зустрічалися в групах дослідження з приблизно однаковою частотою – більш ніж у третини жінок. Міоми матки обтяжували анамнез пацієнток групи П в 3,6 рази частіше ($p < 0,001$), ніж у групі А; поліпи ендометрія – у 1,5 рази частіше, ніж у групі А ($p < 0,001$). Кісти яєчників виявлялися приблизно у кожній п'ятій жінки із ПЕ незалежно від віку. Синдром полікістозних яєчників у групі П відмічався у 3,9 рази рідше, ніж у групі А ($p < 0,001$).

Гіперплазія ендометрія у групі М реєструвалася у 1,7 рази частіше, ніж у групі П ($p < 0,03$). Ендометріоз в анамнезі жінок груп дослідження відмічався наближено з однаковою частотою – десь у кожному десятому випадку.

Обтяженість анамнезу поліпами цервікального каналу наростала прогресивно з віком: у групі П вони зустрічалися у 3,5 рази частіше, ніж у групі А ($p < 0,003$), але у 2,3 рази рідше, ніж у групі М ($p < 0,04$).

Хронічний ендометрит, дисплазія шийки матки, аномалії розвитку матки, ВС та атипові зміни ендометрія діагностувалися вкрай рідко і не мали значущих розходжень між групами дослідження ($p > 0,05$).

Захворювання молочної залози обтяжували анамнез пацієнток групи П в 4,6 рази частіше, ніж у групі А ($p < 0,001$).

Кожній третій жінці групи П було виконано діагностичне вискоблювання (табл. 1): у групі М таких було у 1,4 рази більше ($p < 0,02$), а у групі А – в 1,5 рази менше ($p < 0,001$). Оперативні втручання на геніталіях перенесла кожна друга – третя пацієнтка із ПЕ. Треба відзначити, що у групах А та П лапаротомічним і лапароскопічним доступом було зроблено приблизно однакову кількість операцій, в той час як у групі М більшості прооперованих жінок було здійснено лапаротомію. Лапароскопія їм виконувалася майже на порядок рідше, ніж у групі П ($p < 0,001$). Значущих відмінностей між групами П і А щодо оперативних втручань не спостерігалось.

Гістероскопія в анамнезі жінок із ПЕ відзначалася значно рідше, ніж вишкрібання: у групі А – в 5,6 рази ($p < 0,001$), у групі П – у 6,2 рази ($p < 0,001$), у групі М – у 18,5 рази ($p < 0,001$).

Щодо акушерського анамнезу (рис. 1), то штучні аборти були зроблені більш ніж половині пацієнток групи П, у групі А вони виконувалися

вдвічі меншому відсотку ($p < 0,001$), а у групі М – в 1,4 рази більшому ($p < 0,001$). Пологи зареєстровано в двох третинах випадків у групі П: у 2,8 рази частіше, ніж у групі А ($p < 0,001$), але й у 1,5 рази рідше, ніж у групі М ($p < 0,001$). Спостерігалася цікава тенденція: у групі А відсоток тих, хто народжував, був значуще меншим по відношенню до тих, хто мав медичні аборти ($p < 0,03$); у групі П ці частоти статистично не розрізнялись ($p > 0,05$); у групі М відсоток тих, хто народжував, був значно більшим ($p < 0,009$).

Мимовільні переривання вагітності зафіксовано у кожній сьомій жінки групи П, статистичної відмінності від груп А та М не виявлено ($p > 0,05$). Позаматкові вагітності траплялися в групах з приблизно однаковою частотою ($p > 0,05$).

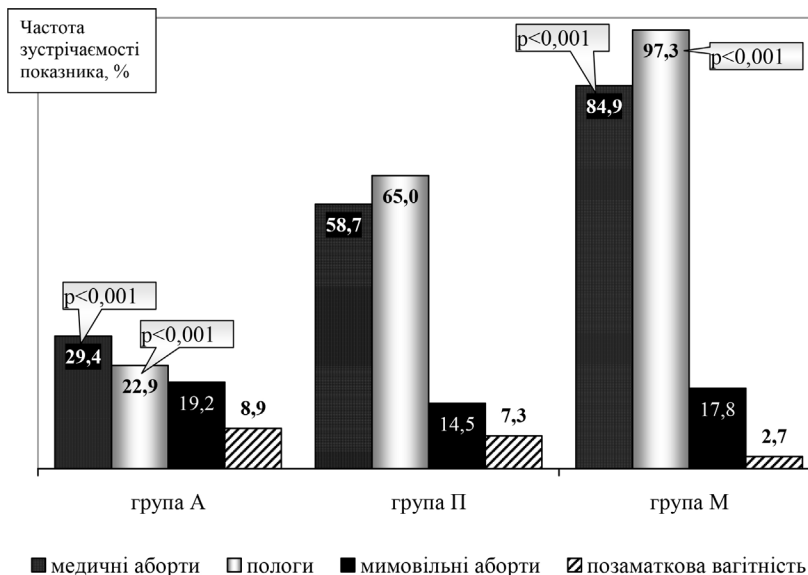


Рис. 1. Показники репродуктивного анамнезу пацієнток із ПЕ в залежності від вікової категорії, %: р – ймовірність відмінності від відповідного показника групи П

Спектр скарг, що пред'являли пацієнтки при зверненні показано у табл. 2. Треба відзначити, що провідна діада скарг у групах А та П була ідентична і охоплювала безпліддя та гіперполіменорею. Але у групі А частота скарг на безпліддя переважала частоту скарг на гіперполіменорею у 1,8 рази ($p < 0,001$), в той час як у групі П частоти цих скарг не відрізнялись ($p > 0,05$).

Переважає більшість пацієнток групи М скаргилися на кровомазання. У цій групі звернення через поліп ендометрія, виявлений під час планового УЗД, відмічалися в 3,9 рази рідше, ніж у зв'язку із кровомазанням ($p < 0,001$).

Співставлення частоти скарг між групами дослідження показало, що жінки ПРПП в порівнянні з пацієнтками активного репродуктивного віку потрапляли на ГС через періодичні болі в нижніх відділах живота в 1,7 рази рідше ($p < 0,04$), а через поліп ендометрія за даними УЗД – в 1,9 рази частіше ($p < 0,002$). В цілому, відсоток пацієнток групи П, які потрапили на ГС лише завдяки профілактичному УЗД, був у 1,5 рази більше, ніж у групі А ($p < 0,02$).

Таблиця 2

Розподіл пацієток із ПЕ за причинами звернення для гістероскопічного лікування в залежності від вікової категорії, абс. ч. (%)

Показник	Група А, n=459	Група П, n=317	Група М, n=73
Безпліддя	181 (39,4)	118 (37,2)	–
Гіперполіменорея	96 (20,9)***	100 (31,5)	0 (0,0)***
Кровомазання в середині циклу/менопаузі	68 (14,8)	43 (13,6)	51 (69,9)***
Періодичні болі в нижніх відділах живота	49 (10,7)*	20 (6,3)	6 (8,2)
Інші порушення менструального циклу	53 (11,5)***	7 (2,2)	0 (0,0)
Поліп ендометрія за даними УЗД (скраг не було)	37 (8,1)**	49 (15,5)	17,8)
Гіперплазія ендометрія за даними УЗД (скраг не було)	8 (1,7)	2 (0,6)	2 (2,7)
Субмукозна міома матки за даними УЗД (скраг не було)	5 (1,1)	1 (0,3)	3 (4,1)**

Примітка: *, **, *** – відмінність від групи П відповідно $p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$ (метод кутового перетворення Фішера)

Залежність частоти головних діагнозів від вікової категорії пацієток із ПЕ проілюстровано на рис. 2. У структурі ПЕ всіх груп дослідження домінували поліпи ендометрія, в активному репродуктивному віці та ПРПП їх відсоток не розрізнявся, а надалі, в періоді менопаузі, частота суттєво зросла – на 29,7 % ($p < 0,001$). Гіперплазія ендометрія в групі П зустрічалася на 6,9 % частіше, ніж у групі А ($p < 0,04$), і на 20,8 % частіше, ніж у групі М ($p < 0,001$).

ли підготовку до ЕКЗ, статистичних відмінностей між групами А і П не спостерігалось.

Обстежені пацієтки в ранньому та пізньому репродуктивному віці не відрізнялися за частотою виявлення ендометріозу: цей діагноз був встановлений кожній четвертій (24,6 % та 27,8 %, $p > 0,05$) жінці з груп А та П. Звертає на себе увагу, що у більшості випадків це було ураження матки: аденоміоз складав 65,5 % серед інших форм ендометріозу в групі А та 68,2 % – в групі П.

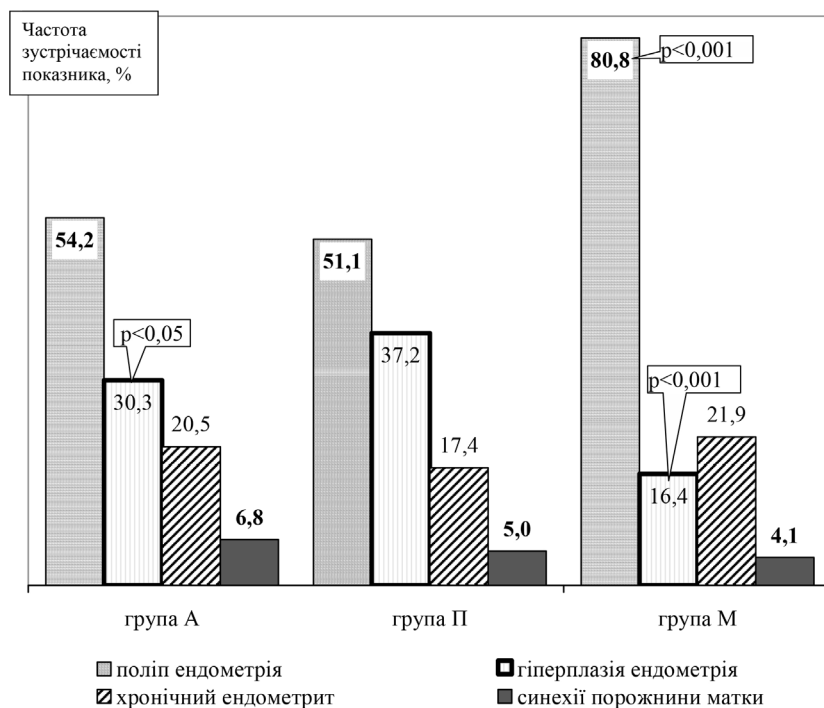


Рис. 2. Розподіл основних діагнозів у групах дослідження, %: р – ймовірність відмінності від відповідного показника групи П

Частота як ХЕ, так і ВС в групах дослідження не мала статистично значущої розбіжності ($p > 0,05$).

Аналіз супутньої патології (табл. 3) показав, що кожна друга жінка з ГПЕ репродуктивного віку мала безпліддя, при цьому половина з них проходи-

Кожна п'ята жінка у групі П мала міому матки (20,8 %), тоді як в групі А та М таких було вірогідно менше (7,6 % та 6,8 % відповідно по групах, $p < 0,001$ та $p < 0,01$). Біля половини обстежених в групах А та М мали субмукозну міому, максимальна частота спостерігалась в групі П – дві третини жінок (14,5 % у порівняння з 3,1 % та 2,7 % в ранньому репродуктивному та менопаузі відповідно, $p < 0,001$ та $p < 0,01$). Крім того, якщо в групах А та М доля субмукозної міоми від загальної кількості жінок з міомою складала 40,0 %, то в групі П таких було значно більше – 69,7 %.

Порушення менструального циклу мали 8,9 % пацієток групи А та 10,4 % групи П.

Вивчення частоти виявлення цервікальних поліпів у жінок з ПЕ показало, що майже втричі частіше вони виявлялися в менопаузі (13,7 % у порівнянні з 5,0 % та 6,0 % в групах жінок репродуктивного віку, $p < 0,05$).

Обстежені групи майже не відрізнялися за кількістю аномалій розвитку матки, хронічних двосторонніх аднекситів та кіст яєчників ($p > 0,05$). З віком зростала частота виявлення дисплазій шийки матки: 0,9 % – до 34 років, 1,6 % – після 35 та 6,8 % –

в менопаузі ($p < 0,05$). Зворотна тенденція зареєстрована щодо синдрому полікістозних яєчників: майже всі пацієнтки з вказаним діагнозом були в групі А (6,8 %), а в групах П та М їх майже не було (0,6 % та 0 % відповідно, $p < 0,001$).

Цікаво, що ВМК виявляли значно частіше у жінок в менопаузі (5,5 %), тоді як в репродуктивному віці таких майже не було (0,4 та 0,6 відповідно до вікових груп, $p < 0,001$). Теж саме можна сказати відносно діагнозу «атрезія цервікального каналу»: майже всі пацієнтки були з групи М (4,1 %), тоді як в групах А та П реєструвалися поодинокі випадки (0,4 % та 0,3 % відповідно, $p < 0,001$).

Таким чином, вивчення супутніх діагнозів у жінок з ПЕ показало, що у жінок ПРПП виявлялась ендокринозалежна патологія, й найбільш розповсюдженими виявилися міома матки, ендометріоз та безпліддя.

6. Обговорення результатів дослідження

За отриманими даними структурі ПЕ всіх груп дослідження домінували поліпи ендометрія. Результати досліджень інших авторів зареєстрували подібні результати. Так Т. Van den Bosch та спів. (2015 р.) при обстеженні 1220 жінок з аномальними матковими кровотечами в 26 % випадків реєстрували поліпи ендометрія, субмукозну міому – в 11 %, гіперплазію ендометрія лише в 4 % випадків [15]. Більшість дослідників вважає поліпи результатом хронічного запального процесу [1]. Саме цим можна пояснити те, що в активному репродуктивному віці та ПРПП їх відсоток був порівняний, а не зростав, як характерно для

ендокринзалежної патології [16]. В межах проведеного дослідження відмічено суттєве зростання поліпів ендометрія у жінок в постменопаузі, тоді як за даними літератури у них частіше реєструється гіперплазія ендометрія [17, 18]. Можливо, отримані дані пов'язані з обмеженням проведеного дослідження пацієнтками, які звернулись для виконання гістероскопії.

Частота гіперплазії ендометрія в групі пізнього репродуктивного та пременопаузального була вище за таку в групах раннього/активного та пост-і менопаузального періодів, тобто спостерігається прогресування з віком гормональних порушень, які є основним етіологічним чинником ГЕ, що відповідає даним інших авторів [4, 16]. Як вже було сказано раніше, частота ГЕ в менопаузі зазвичай вище, чим іншої ПЕ. Отже, зареєстроване нами результати можна пояснити похибкою вибірки та незначним її об'ємом.

В межах дослідження відмічено поступове зростання частоти міоми матки з віком наближення менопаузи з наступним падінням цього показнику після припинення менструацій. Більшість авторів відмічає ту ж тенденцію й пояснює її етіологічним впливом статевих гормонів [19, 20].

Потребує подальшого вивчення питання, чи отримані дані (в першу чергу щодо різниці в частоті поліпів та ГЕ) є результатом обмеження дослідження або популяційними особливостями. З практичної точки зору, отримані нами результати вказують на те, що у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку (особливо при наявності репродуктивних планів) діагностичний пошук необхідно проводити з обов'язковим виключенням поліпів ендометрія.

Таблиця 3

Супутні діагнози жінок із ПЕ в залежності від вікової категорії, абс. ч. (%)

Показник	Група А, n=459	Група П, n=317	Група М, n=73
Безпліддя, в тому числі:	177 (38,6)	118 (37,2)	0 (0,0)***
підготовка до ЕКЗ	79 (17,2)	56 (17,7)	0 (0,0)**
Ендометріоз, в тому числі:	113 (24,6)	88 (27,8)	0 (0,0)***
аденоміоз	74 (16,1)	60 (18,9)	0 (0,0)**
Міома матки, в тому числі:	35 (7,6)***	66 (20,8)	5 (6,8)**
субмукозна міома матки	14 (3,1)***	46 (14,5)	2 (2,7)**
Порушення менструального циклу	41 (8,9)	33 (10,4)	0 (0,0)**
Поліп цервікального каналу	23 (5,0)	19 (6,0)	10 (13,7)*
Аномалія розвитку матки	27 (5,9)	12 (3,8)	1 (1,4)
Хронічний двосторонній аднексит	30 (6,5)	12 (3,8)	0 (0,0)
Комплексна атипія	7 (1,5)	10 (3,2)	4 (5,5)
Дисплазія шийки матки	4 (0,9)	5 (1,6)	5 (6,8)*
Синдром полікістозних яєчників	31 (6,8)***	2 (0,6)	0 (0,0)
Кіста яєчника	33 (7,2)	17 (5,4)	1 (1,4)
Внутрішньоматковий контрацептив у порожнині матки	2 (0,4)	2 (0,6)	4 (5,5)**
Кісткові фрагменти у порожнині матки	5 (1,1)	1 (0,3)	0 (0,0)
Атрезія цервікального каналу	2 (0,4)	1 (0,3)	3 (4,1)**

Примітка: *, **, *** – відмінність від групи П відповідно $p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$ (метод кутового перетворення Фішера)

7. Висновки

1. Більше третини пацієнток (37,3 %) з патологією ендометрія складають жінки пізнього репродуктивного та перименопаузального віку.

2. У структурі патології ендометрія у жінок всіх вікових груп домінують поліпи ендометрія з максимальною частотою в постменопаузі.

3. При наявності гіперпластичних процесів ендометрія у більшості жінок репродуктивного віку

реєструється інша ендокринозалежна патологія, в першу чергу міома матки, ендометріоз та безпліддя, причому відмічається її накопичення з віком.

4. Жінки пізнього репродуктивного та перименопаузального віку відносяться до групи високого ризику розвитку патології ендометрія, у структурі якої переважають поліпи ендометрія та гіперплазія ендометрія в поєднанні з ендокринзалежною патологією.

Література

1. Запорожан, В. Н. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия [Текст] / В. Н. Запорожан, Т. Ф. Татарчук, В. Г. Дубинина, Н. В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 5–12.
2. Сидорова, И. С. Современный взгляд на проблему гиперпластических процессов в эндометрии [Текст] / И. С. Сидорова, Н. А. Шешукова, А. С. Федотова // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2008 – Т. 8, № 5. – С. 19–22.
3. Lacey, J. V. Endometrial hyperplasia and the risk of progression to carcinoma [Text] / J. V. Lacey, V. M. Chia // Maturitas. – 2009. – Vol. 63, Issue 1. – P. 39–44. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.02.005
4. Lacey, J. V. Absolute Risk of Endometrial Carcinoma During 20-Year Follow-Up Among Women With Endometrial Hyperplasia [Text] / J. V. Lacey, M. E. Sherman, B. B. Rush, B. M. Ronnett, O. B. Ioffe, M. A. Duggan et. al. // Journal of Clinical Oncology. – 2010. – Vol. 28, Issue 5. – P. 788–792. doi: 10.1200/jco.2009.24.1315
5. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология [Текст] / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – М.: МИА, 2006. – 632 с.
6. McGurgan, P. Are endometrial polyps from pre-menopausal women similar to post-menopausal women? An immunohistochemical comparison of endometrial polyps from pre- and post-menopausal women [Text] / P. McGurgan, L. J. Taylor, S. R. Duffy, P. J. O'Donovan // Maturitas. – 2006. – Vol. 54, Issue 3. – P. 277–284. doi: 10.1016/j.maturitas.2005.12.003
7. Мартиросян, К. А. Комплексное лечение гиперпластических процессов эндометрия у больных периода пре- и постменопаузы [Текст] / К. А. Мартиросян, И. В. Караченцова, А. П. Политова и др. // Вестник РГМУ. – 2011. – № 2. – С. 106–109.
8. Lacey, J. V. Incidence rates of endometrial hyperplasia, endometrial cancer and hysterectomy from 1980 to 2003 within a large prepaid health plan [Text] / J. V. Lacey, V. M. Chia, B. B. Rush, D. J. Carreon, D. A. Richesson, O. B. Ioffe et. al. // International Journal of Cancer. – 2012. – Vol. 131, Issue 8. – P. 1921–1929. doi: 10.1002/ijc.27457
9. Дубоссарская, З. М. Гиперплазия эндометрия (клиническая лекция) [Текст] / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская // Жіночий лікар. – 2009. – № 5. – С. 22–27.
10. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / под ред. Г. Т. Сухих, Т. А. Назаренко. – 2-е. изд. – М.: ГЭО-ТАР_Медиа, 2010. – 784 с.
11. Sanders, B. Uterine factors and infertility [Text] / B. Sanders // J. Reprod. Med. – 2006. – Vol. 51, Issue 3. – P. 169–176.
12. Oliveira, F. G. Uterine cavity findings and hysteroscopic interventions in patients undergoing in vitro fertilization–embryo transfer who repeatedly cannot conceive [Text] / F. G. Oliveira, V. G. Abdelmassih, M. P. Diamond, D. Dozortsev, Z. P. Nagy, R. Abdelmassih // Fertility and Sterility. – 2003. – Vol. 80, Issue 6. – P. 1371–1375. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.05.003
13. Феоктистов, А. А. Оценка частоты, морфологической и микробиологической структуры хронического эндометрита у пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия и неудачными попытками экстракорпорального оплодотворения [Текст] / А. А. Феоктистов, Т. В. Овсянникова, Д. П. Камилова // Гинекология. – 2009. – Т. 11, № 3. – С. 31–34.
14. Корнієнко, С. М. Оптимізація лікування гіперпластичних процесів ендометрія в пізньому репродуктивному періоді за допомогою гістероскопічної техніки «холодної петлі» [Текст] / С. М. Корнієнко // Репродуктивна ендокринологія. – 2017. – № 3 (35). – С. 44–49.
15. Van den Bosch, T. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1220 women [Text] / T. Van den Bosch, L. Ameey, D. Van Schoubroeck, T. Bourne, D. Timmerman // Timmerman Facts Views Vis Obgyn. – 2015. – Vol. 7, Issue 1. – P. 17–24.
16. Татарчук, Т. Ф. Гиперпластические процессы эндометрия: что нового? [Текст] / Т. Ф. Татарчук, Л. В. Калугина, Т. Н. Тутченко // Репродуктивная эндокринология. – 2015. – № 5 (25). – С. 7–13. doi: 10.18370/2309-4117.2015.25.7-13
17. Cho, H. J. Investigations for postmenopausal uterine bleeding: special considerations for endometrial volume [Text] / H. J. Cho, E. S. Lee, J. Y. Lee et. al. // Arch Iran Med. – 2013. – Vol. 16, Issue 11. – P. 665–670.
18. Зайдиева, Я. З. Риск развития гиперпластических процессов эндометрия в климактерии (Обзор литературы) [Текст] / Я. З. Зайдиева // Фарматека. – 2008. – № 1. – С. 9–14.
19. Татарчук, Т. Ф. Новая эра в лечении миомы матки у женщин различных возрастных групп [Текст] / Т. Ф. Татарчук, Н. В. Косей, Т. Н. Тутченко, В. А. Джупин // Репродуктивна ендокринологія. – 2014. – № 6 (20). – С. 9–20.
20. Stewart, E. A. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review [Text] / E. A. Stewart, C. L. Cookson, R. A. Gandolfo, R. Schulze-Rath // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2017. doi: 10.1111/1471-0528.14640

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Корнацька А. Г.
Дата надходження рукопису 24.04.2017*

Корнієнко Світлана Михайлівна, кандидат медичних наук, науковий співробітник, відділення акушерських проблем екстрогенітальної патології, ДУ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України, вул. Платона Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 040050