

УДК 618.14-002

DOI: 10.54503/0514-7484-2025-65.3-110

Особенности клинического течения гиперпластических процессов эндометрия в разных возрастных группах

Г.А. Джилавян, А.А. Тограмаджян, А.А. Нерсоян

*АОЗТ МЗ РА Национальный центр онкологии
им. В.А.Фанарджяна
0052, Ереван, ул. Фанарджяна, 76,
МЦ «Астхик»
0032, Ереван, ул. Даниэла Варужана, 28/1*

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, особенности клинического течения, репродуктивный возраст, перименопауза

Введение

Актуальность изучения гиперплазии эндометрия обусловлена в первую очередь высоким риском злокачественной трансформации и проблемами, связанными с нарушением менструального цикла, дисфункциональными маточными кровотечениями, анемией у женщин. В настоящее время уже не вызывает сомнения тот факт, что гиперплазия эндометрия является предшественником рака эндометрия, и при раннем выявлении можно провести профилактику прогрессирования рака [2].

Согласно многочисленным сообщениям, в настоящее время растет число пациенток репродуктивного возраста, страдающих гиперплазией эндометрия. По данным некоторых авторов, распространенность данной патологии среди женщин репродуктивного возраста значительно увеличилась за последние несколько десятилетий [1, 6].

У пациенток в пери- и постменопаузе патологические процессы в эндометрии протекают чаще всего бессимптомно, однако риск возникновения злокачественных новообразований выше общепопуляционных показателей, особенно при наличии кровотечений и рецидивов патологических процессов в эндометрии [5, 8].

Клиническое течение и симптоматика гиперплазий эндометрия значительно отличается в зависимости от возраста. Знание этих отличий помогает клиницисту в постановке правильного диагноза и разработке адекватного плана лечения подобных больных.

Материал и методы

В исследование включены 268 больных с гистологически подтвержденным диагнозом гиперплазия эндометрия. Все больные были обследованы и

получали лечение в онкогинекологическом отделении НЦО МЗ РА с 2014 по 2024 гг. Больные разделены на два возрастных периода – репродуктивный и перименопаузальный. Самая молодая пациентка находилась в возрасте 22 лет, самая пожилая – 78 лет. В международной и отечественной статистической практике принято считать женщин репродуктивного периода, находящихся в возрасте от 15 до 49 лет включительно. В то же время отмечается, что под репродуктивным возрастом для женщин в странах с низкой рождаемостью – понимается возраст 15–44 года [4]. В настоящей работе в группу репродуктивного возраста мы включили женщин от 22 до 45 лет. Вторая группа больных – это пациентки в перименопаузальном периоде. Согласно рекомендациям, перименопауза включает в себя: пременопаузальный период; менопаузу; раннюю постменопаузу (1–2 года после последней менструации) [3, 7].

В эту группу мы включили и женщин в позднем постменопаузальном периоде, который, как известно, начинается после завершения перименопаузы и продолжается до конца жизни женщины, возраст больных данной группы составил от 45 до 78 лет.

Результаты и обсуждение

Нами проанализированы особенности клинического течения гиперпластических процессов, включая жалобы, особенности клинических проявлений, частоту сопутствующих патологий, особенности сонографических данных и т.д.

Таблица 1

Частота жалоб больных в репродуктивном возрасте (n=111)

Жалобы	Число больных	
	абс.	%
Слабость	28	25,2
Боли	86	77,5
Кровотечение	54	48,6
Нарушение менструального цикла	21	18,9
Бесплодие	3	2,7

При анализе жалоб выявлено, что большинство из 111 больных гиперплазиями эндометрия в репродуктивном возрасте отмечали боли внизу живота (77,5%) (табл. 1). Одним из наиболее частых симптомов было кровотечение, на которое указывала почти половина больных – 48,6%. Слабость отмечали 25,2%, а нарушение менструального цикла – 18,9%. Таким образом, основными клиническими проявлениями гиперплазии в репродуктивном возрасте были боли и наличие кровотечений.

При анализе у больных климактерического и постклимактерического возраста, число которых составило 157, мы получили почти аналогичную картину – опять же основными симптомами были боли и кровотечение (табл. 2).

Таблица 2

Частота жалоб больных в перименопаузальном возрасте (n=157)

Жалобы	Число больных	
	абс.	%
Слабость	74	47,1
Боли	134	85,4
Постклимактерические кровотечения	122	77,7

Основным симптомом были боли, которые отмечали 85,4% больных. Постклимактерические кровотечения отмечали 77,7% , а слабость – 47,1% больных. Таким образом, в обеих анализируемых возрастных группах такие симптомы, как боли, слабость, кровотечение являлись основными.

Следовательно, наличие данной симптоматики должно настораживать клинициста в отношении возможных гиперпластических изменений эндометрия как в репродуктивной, так и в климактерической и постклимактерической возрастных группах.

Нами проанализирована длительность заболевания в данных возрастных группах.

Как видно из представленной табл. 3, данные о длительности заболевания в обеих возрастных группах были примерно одинаковы. Так длительность заболевания менее 3 мес. отмечена в группе больных репродуктивного возраста у 34,2%, в климактерическом возрасте – у 42%. От 3 до 6 мес. длительность заболевания отмечается соответственно в 17,1% и 12,7%. Не отличается по частоте и группа больных с длительностью заболевания более 12 месяцев, в репродуктивном возрасте процент данных больных составил 27%, в климактерический и постклимактерический период давность заболевания более года отмечена у 26,8% больных.

Таблица 3

Показатели длительности заболевания в возрастных группах

Длительность заболевания (мес.)	Число больных			
	репродуктивный		перименопауза	
	абс.	%	абс.	%
<3	38	34,2	66	42,0
3–6	19	17,1	20	12,7
6–12	0	0	4	2,5
>12	30	27,0	42	26,8
нет данных	24	21,6	25	15,9
Всего	111	100,0	157	100,0

По данным многочисленных авторов, гиперплазии эндометрия могут сопровождаться рядом сопутствующих заболеваний, как гинекологических, так и нейроэндокринных. Наиболее часто встречаются такие сопутствующие патологии, как сахарный диабет первого или второго типов, артериальная гипертензия, синдром Линча, кисты и опухоли яичников, поликистоз, эндокринные нарушения, ожирение третьей или четвертой степени.

Нами проанализирована частота сопутствующей патологии в обеих возрастных группах. В репродуктивном периоде гиперпластические процессы чаще всего сочетались с такими гинекологическими патологиями, как эндометриоз – данная патология была диагностирована у 30 (27,0%) из 111 больных (табл. 4). Следующей по частоте гинекологической патологией были кисты яичников – односторонние или двусторонние. Кистозные изменения яичников разных размеров установлены у 21 (18,9%) больной. Несколько меньше по частоте наблюдалась миома матки – у 16 (14,4%) обследованных больных. Относительно редко наблюдалась сочетанная патология – наиболее часто встречались сочетания миомы с разными патологиями – у 8,1% больных миома сочеталась с эндометриозом и у 4,5% с кистами яичников.

Несколько иная картина складывается при анализе сопутствующей с гиперплазиями эндометрия гинекологической патологией у больных климактерического и постклимактерического периода (табл. 5).

Таблица 4

Частота сопутствующей гинекологической патологии у больных гиперпластическими процессами в репродуктивном возрасте (n=111)

Сопутствующая патология	Число больных	
	абс.	%
СПКЯ	2	1,8
Миома	16	14,4
Эндометриоз	30	27,0
Киста (ы) яичника(ов)	21	18,9
СПКЯ + миома	1	0,9
СПКЯ + эндометриоз	1	0,9
Миома + эндометриоз	9	8,1
Киста+миома	5	4,5
СПКЯ + миома + эндометриоз	0	0
Бесплодие	3	2,7

Как видно из представленной табл. 5, довольно часто – у 64 из 157 больных (40,8%) гиперпластические процессы сочетались с миомой матки различных размеров и локализаций миоматозных узлов. Одной из наиболее частых сопутствующих гинекологических патологий явилось кистозное перерождение яичников – данная патология сочеталась с гиперплазией эндометрия в 30,6% случаев. В отличие от репродуктивного возраста, эндометриоз у больных гиперплазиями эндометрия климактерического и постклимактери-

ческого возраста был лишь третьей по частоте сопутствующей патологией и встречался в 24,2% случаев. Так же, как и в репродуктивном возрасте, у данных больных наиболее частой сочетанной патологией были миомы матки, которые сочетались с кистами яичников и эндометриозом с одинаковой частотой – 12,1%.

Следовательно, как в репродуктивном возрасте, так и в климактерическом наиболее часто гиперплазии эндометрия сочетались с такими гинекологическими патологиями, как миома матки, эндометриоз, кисты яичников. Однако, если в репродуктивном возрасте наиболее частой сопутствующей гинекологической патологией был эндометриоз, то в климактерическом периоде гиперплазия эндометрия наиболее часто сочеталась с миомами матки.

Таблица 5

Частота сопутствующей гинекологической патологии у больных гиперпластическими процессами в перименопаузальном возрасте (n=157)

Сопутствующая патология	Число больных	
	абс.	%
Миома	64	40,8
Эндометриоз	38	24,2
Киста (ы) яичника(ов)	48	30,6
СПКЯ + миома	1	0,6
СПКЯ + эндометриоз	3	1,9
Миома + эндометриоз	19	12,1
Киста+миома	19	12,1
СПКЯ + миома + эндометриоз	1	0,6

Следовательно, при диагностировании эндометриоза в репродуктивном периоде и миомы матки в климактерическом – необходимо дообследование больных на предмет гиперплазии эндометрия с целью организации соответствующего и своевременного лечения данной патологии.

При анализе сопутствующей патологии в разных возрастных группах складывается следующая картина. У больных гиперплазиями эндометрия в репродуктивном возрасте наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией было ожирение, которое наблюдалось у 7,2% обследованных больных (табл. 6). Данное положение вполне укладывается в общее представление о гиперпластических процессах, как результата гормональных изменений. По этой же причине второй по частоте патологией была мастопатия, которая была диагностирована у 6,3% больных. Намного реже встречались патологии, связанные со щитовидной железой, сердечно-сосудистые заболевания, гипертония. Частота данных патологий составляла от 1,8% до 2,7%. Следует отметить, что онкологические заболевания той или иной локализации в данной группе обследованных больных наблюдались в 1,8% случаев. Однако следует отметить, что в репродуктивном возрасте общая частота сопутствующей

шей патологии у больных с гиперплазией эндометрия была невысокой и составляла от 0,9% до 7,2%.

Таблица 6

Частота сопутствующей патологии у больных гиперпластическими процессами в репродуктивном возрасте (n=111)

Сопутствующая патология	Число больных	
	абс.	%
Ожирение	8	7,2
Сахарный диабет	1	0,9
Гипертония	3	2,7
Сердечно-сосудистые заболевания	2	1,8
Онкология	2	1,8
Заболевания ЖКТ	0	0
Аденома щитовидной железы	1	0,9
Токсический зоб	3	2,7
Мастопатии	7	6,3

Несколько иная картина складывается при анализе частоты сопутствующей патологии у больных гиперпластическими процессами в климактерическом и постклимактерическом возрасте (табл. 7).

В данной возрастной группе процент сопутствующей патологии довольно высок и составляет от 7,6% до 26,1%. Т.е. у четверти больных гиперплазиями эндометрия в перименопаузальном периоде наблюдаются сопутствующие заболевания. Из указанных заболеваний наиболее частым является гипертония, которая, как уже указывалось, встречается в 26,1% случаев.

Таблица 7

Частота сопутствующей патологии у больных гиперпластическими процессами в перименопаузальном возрасте (n=157)

Сопутствующая патология	Число больных	
	абс.	%
Ожирение	40	25,5
Сахарный диабет	18	11,5
Гипертония	41	26,1
Сердечно-сосудистые заболевания	12	7,6
Онкология	7	4,5
Заболевания ЖКТ	1	0,6
Аденома щитовидной железы	0	0
Токсический зоб	31	19,7
Мастопатии	19	12,1

Почти с одинаковой частотой у данных больных отмечается ожирение – в 25,5%. И, наконец, на третьем месте по частоте сопутствующих заболеваний находится сахарный диабет, частота которого составила 11,5% в исследуемой группе.

Таким образом, наши данные не отличаются от общеизвестных, согласно которым гипертрофия и рак эндометрия часто сопровождаются классической триадой – ожирение, гипертония, сахарный диабет. Сюда присоединяются и сердечно-сосудистые заболевания, частота которых, по нашим данным, составила 7,6%. Из прочих наблюдаемых сопутствующих заболеваний следует отметить токсический зоб, частота которого у наших больных оказалась даже выше сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний и составила 19,7%.

Довольно часто, чаще чем в репродуктивном периоде, наблюдались мастопатии, которые отмечены у 19 из 157 больных и составили 12,1%. Следует также отметить относительно высокую частоту онкопатологий у больных данной возрастной группы. В обследуемой группе сопутствующая онкопатология была выявлена у 4,5% больных. Отсюда следует, что при гиперпластических процессах эндометрия в пожилом возрасте следует проявлять онкологическую настороженность.

Таким образом, частота сопутствующих патологий у больных гиперплазиями эндометрия в репродуктивном и климактерическом возрасте значительно отличается. Во-первых, следует отметить относительно низкую общую частоту сопутствующей патологии в репродуктивном возрасте, во-вторых, отсутствие классической триады – ожирение, сахарный диабет, гипертония в указанной возрастной группе. Из представленного анализа становится ясным, что так называемая триада факторов риска возникновения гипертрофий и рака тела матки приобретает свое значение лишь в перименопаузальном возрасте, в репродуктивном возрасте она не имеет клинического значения и факторами риска являются совсем другие клинические признаки. Следует отметить, что в репродуктивном возрасте так называемыми факторами риска гиперплазий эндометрия надо считать наличие ожирения и мастопатии, а в климактерическом возрасте этими факторами риска, как уже отмечалось, являются общепринятая и общеизвестная триада ожирение, сахарный диабет и гипертония. В группу риска относительно развития гипертрофических процессов эндометрия надо отнести также патологии, связанные со щитовидной железой, а также мастопатии. Что касается онкопатологии, то учитывая их относительно высокую частоту, подобные больные также должны обследоваться на предмет наличия гипертрофии эндометрия.

Есть определенные отличия и по данным сонографического исследования в разных возрастных группах. Сонографически гиперплазия эндометрия не была выявлена у 21,6% больных репродуктивного возраста и у 10,8% больных в перименопаузальном периоде. У данных больных сонографическая картина трактовалась как норма. Точный диагноз был установлен у 26,1%

больных в репродуктивном возрасте и почти вдвое чаще – у 40,1% в перименопаузальном периоде. Из вышеизложенного следует, что в репродуктивном возрасте сонографическая картина полости матки была намного скуднее, чем у больных пременопаузального возраста и требовала дополнительных методов исследования для точной постановки диагноза. Чаще всего исследование дополнялось проведением гистероскопии с последующей биопсией.

Некоторые различия наблюдаются и при ультразвуковом исследовании состояния яичников при гиперплазии эндометрия в разных возрастных группах. В репродуктивном возрасте при ультразвуковом исследовании вдвое чаще выявлялся поликистоз яичников – в 14,5% случаев против 7% у больных перименопаузального периода. Однако кисты яичников при пре- и постменопаузе выявлялись более чем вдвое чаще по сравнению с репродуктивным периодом – соответственно 13,4% и 4,5%. Двустороннее кистозное поражение яичников выявлялось с одинаковой частотой.

Заключение

Таким образом, как в клиническом течении, так и по данным сонографического исследования у больных гиперплазиями эндометрия в репродуктивном периоде и в перименопаузе встречается ряд различий. Симптоматика в обеих возрастных группах была примерно одинаковой и выражалась болями и кровотечением. Если в репродуктивном возрасте гиперплазии эндометрия наиболее часто сочетались с эндометриозом, то в климактерическом периоде наиболее частой сопутствующей гинекологической патологией была миома матки. Следовательно, диагноз эндометриоза в репродуктивном возрасте и миомы матки в периклимактерическом – требуют обязательного дообследования с целью выявления гиперплазии эндометрия.

Частота сопутствующей патологии в репродуктивном возрасте была невысокой, в то время как при перименопаузе сопутствующие заболевания довольно часто сопровождали гиперпластические процессы эндометрия. Важно отметить, что классическая триада – ожирение, гипертония и сахарный диабет, как известно, довольно часто отмечается в пожилом возрасте. Однако в репродуктивном возрасте данная триада теряет свою значимость.

Некоторые различия наблюдаются и по данным ультразвукового исследования. В частности, при наличии гипертрофии в молодом возрасте чаще выявлялся поликистоз яичников, в то время как кисты яичников вдвое чаще выявлялись у больных гипертрофиями в пожилом возрасте. Четких эхографических признаков гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте нет, в связи с чем диагностическая значимость УЗИ для выявления гиперплазии эндометрия у женщин данной возрастной группы все же ограничена. Необходимо отметить, что не всегда гипертрофии эндометрия фиксировались при сонографическом исследовании, и в данном случае как диагностический метод особое значение приобретала гистероскопия.

Поступила 24.02.25

Էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ պրոցեսների կլինիկական ընթացքի առանձնահատկությունները տարիքային տարբեր խմբերում

Գ.Ա. Ջիլավյան, Ա.Ա. Թոգրամազյան, Ա.Ա. Ներսոյան

Ինչպես կլինիկական ընթացքի, այնպես էլ սոնոգրաֆիկ հետազոտությունների համաձայն՝ Էնդոմետրիումի հիպերպլազիայով հիվանդների վերարտադրողական և դաշտանադադարի շրջաններում հայտնաբերվում են մի շարք տարբերություններ: Երկու տարիքային խմբերում էլ ախտանշանները մոտավորապես նույնն էին և արտահայտվում էին ցավով և արյունահոսությամբ: Եթե վերարտադրողական տարիքում Էնդոմետրիումի հիպերպլազիան առավել հաճախ զուգակցվում էր Էնդոմետրիոզի հետ, ապա դաշտանադադարի շրջանում ամենատարածված ուղեկցող գինեկոլոգիական պաթոլոգիան արգանդի միոման էր: Հետևաբար վերարտադրողական տարիքում Էնդոմետրիոզի և պերիկլիմակտերիալ արգանդի միոմաների ախտորոշումը պահանջում է պարտադիր լրացուցիչ հետազոտություն՝ Էնդոմետրիումի հիպերպլազիան հայտնաբերելու համար: Վերարտադրողական տարիքում ուղեկցող պաթոլոգիաների հաճախականությունը ցածր է եղել, մինչդեռ պարադաշտանադադարի ժամանակ այդ հիվանդությունները բավականին հաճախ ուղեկցվել են Էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ պրոցեսներով: Կարևոր է նշել, որ ճարպակալման, հիպերտոնիայի և շաքարային դիաբետի դասական եռյակը, ինչպես հայտնի է, բավականին տարածված է ծերության ժամանակ: Սակայն վերարտադրողական տարիքում այս եռյակը կորցնում է իր նշանակությունը՝ ըստ ուլտրաձայնային տվյալների: Մասնավորապես երիտասարդ տարիքում հիպերտրոֆիայի առկայության դեպքում պոլիկիստոզային սինդրոմն ավելի հաճախ է հայտնաբերվում, մինչդեռ ծերության ժամանակ հիպերտրոֆիայով հիվանդների մոտ երկու անգամ ավելի հաճախ են հայտնաբերվում ձվարանների կիստաներ: Վերարտադրողական տարիքում Էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի հստակ էխոգրաֆիկ նշաններ չկան, և հետևաբար՝ այս տարիքային խմբի կանանց Էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի հայտնաբերման համար ուլտրաձայնային ախտորոշիչ արժեքը դեռևս սահմանափակ է: Հարկ է նշել, որ սոնոգրաֆիկ հետազոտության ժամանակ միշտ չէ, որ արձանագրվել է Էնդոմետրիումի հիպերտրոֆիա, և այս դեպքում հիստերոսկոպիան առանձնահատուկ նշանակություն է ձեռք բերել որպես ախտորոշիչ մեթոդ:

Features of the Clinical Course of Endometrial Hyperplastic Processes in Different Age Groups

G.A. Jilavyan, A.A. Togramadzhyan, A.A. Nersoyan

There are a number of differences in both the clinical course and the sonographic examination data of patients with endometrial hyperplasia in the

reproductive period and perimenopause. The symptoms in both age groups were approximately the same and were expressed by pain and bleeding. If in the reproductive age endometrial hyperplasia was most often combined with endometriosis, then in the climacteric period, the most frequent concomitant gynecological pathology was uterine myoma. Consequently, the diagnosis of endometriosis in the reproductive age and uterine myoma in the perimenopausal period require mandatory additional examination in order to detect endometrial hyperplasia. The frequency of concomitant pathology in the reproductive age was low, while in the perimenopause period, concomitant diseases were quite often accompanied by endometrial hyperplastic processes. It is important to note that the classic triad of obesity, hypertension and diabetes mellitus, as is known, is quite often noted in the old age. However, in the reproductive age, this triad loses its significance, according to ultrasound data. In particular, in the presence of hypertrophy at a young age, polycystic syndrome is detected more often, while ovarian cysts are detected twice as often in patients with hypertrophy at an old age. There are no clear echographic signs of endometrial hyperplasia in reproductive age, and therefore the diagnostic significance of ultrasound for detecting endometrial hyperplasia in women of this age group is still limited. It should be noted that endometrial hypertrophy is not always recorded during sonographic examination, and in this case, hysteroscopy has acquired particular importance as a diagnostic method.

Литература

1. *Бабурин Д.В., Унанян А.Л.* Тактика ведения пациенток с атипической гиперплазией эндометрия. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, 2016, т. 4, с. 188–192.
2. *Горных О.А., Табакман Ю.И., Биштави А.Х.* и др. Результаты хирургического лечения атипических гиперплазий эндометрия. Опухоли женской репродуктивной системы, 2014, т. 1, с. 78–80.
3. *Древаль А.В.* Менопауза (лекция). РМЖ, 2018, 1, с. 3–7.
4. *Тузев Д.А.* Женщины репродуктивного возраста как объект статистического исследования. Статистика и экономика, 2010, 1.
5. *Abu Hashim H., Ghayaty E., El Rakhawy M.* Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs oral progestins for non-atypical endometrial hyperplasia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials//Am. J. Obstet. Gynecol., 2015, vol.213, №4, pp. 469-478.
6. *Hwang WY, Suh DH, Kim K, No JH, Kim YB.* Aspiration biopsy versus dilatation and curettage for endometrial hyperplasia prior to hysterectomy. Diagn Pathol., 2021 Jan 14,16(1):7. [PMC free article] [PubMed].
7. *Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста: Клинические рекомендации (протокол лечения).* [Menopausal hormone therapy and maintaining the health of middle-aged women: Clinical guidelines (treatment protocol)] М.: FGBU NTsGAiP, 2015, p.49.
8. *Vitale SG., Riemma G., Carugno J., Chiofalo B., Vilos GA., Cianci S., Budak MS., Lasmar BP., Raffone A., Kahramanoglu I.* Hysteroscopy in the management of endometrial hyperplasia and cancer in reproductive aged women: new developments and current perspectives. Transl Cancer Res., 2024.