

УДК [618.14-006.5-007.61]

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2023-8-4-16-23>

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН

КРАВЧЕНКО Е. Н.^{1*}, ЛАУТЕНШЛЕГЕР Е. В.²¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Омск, Россия²ООО «МЦСМ «Евромед», г. Омск, Россия

Резюме

Цель. Изучить клинико-anamнестические характеристики пациенток с гиперплазией эндометрия (ГЭ) и полипами эндометрия (ПЭ).

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование, в которое включены 267 больных женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, обратившихся за гинекологической помощью в ООО «Евромед» в 2022–2023 гг., которым до получения результатов обследования ставился диагноз N92 – обильные, частые и нерегулярные менструации. В зависимости от полученного результата патоморфологического исследования больных поделили на 3 группы: в группу А включены 89 пациенток с ГЭ; в группу Б – 99 женщин с ПЭ; в группу В (контрольную) – 79 пациенток, у которых была исключена патология эндометрия.

Результаты исследования. Среди всех обратившихся в клинику женщин с обильными менструальными кровотечениями 33,3% имели ГЭ, 37,1% – ПЭ, 29,6% – овуляторную дисфункцию АМК-О. ГЭ без атипии выявлена в 72 (80,9%) наблюдениях группы А, ГЭ с атипией – у 7 (19,1%), в группе Б ПЭ диагностирован в 91 (91,9%) наблюдении, ПЭ с атипией – в 28 (8,1%). В группе В в 22 (27,8%) случаях опре-

делен эндометрий в фазе пролиферации, в 57 (72,2%) – эндометрий в фазе неполноценной секреции.

Заключение. Для женщин с ГЭ характерны: раннее менархе, отсутствие беременностей и родов в течение жизни, связанное с выбором женщины, контрацепцией, эндокринные заболевания, ожирение, синдром поликистозных яичников, опухоли яичников, обильное кровотечение со сгустками во время менструации, менструация более 8 дней, хроническая железодефицитная анемия. Для женщин с полипами эндометрия характерны: артериальная гипертензия, миома матки, аденомиоз, бесплодие, дисменорея, хронический эндометрит, цервициты и вагиниты в анамнезе, из клинических проявлений – межменструальные кровотечения.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, овуляторная дисфункция, аномальные маточные кровотечения.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования:

Кравченко Е.Н., Лаутеншлегер Е.В. Гиперплазия эндометрия и полипы эндометрия: клинико-anamнестическая характеристика женщин. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2023;8(4): 16-23. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2023-8-4-16-23>

*Корреспонденцию адресовать:

Кравченко Елена Николаевна, 644043, Россия, г. Омск, ул. Ленина, д. 12, E-mail: kravchenko.en@mail.ru
© Кравченко Е.Н., Лаутеншлегер Е.В.

ORIGINAL RESEARCH

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND ENDOMETRIAL POLYPS: CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF WOMEN

ELENA N. KRAVCHENKO^{1*}, ELENA V. LAUTENSCHLEGER²¹Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation²Multidisciplinary Center for Modern Medicine «Euromed», Omsk, Russian Federation

Abstract

Aim. To study the clinical and anamnestic characteristics of patients with endometrial hyperplasia (EH) and endometrial polyps (PE).

Material and Methods. a retrospective study was conducted, which included 267 sick women of reproductive and perimenopausal age who sought gynecological care at «Euromed» in 2022-23, who, before receiving the examination results, were diagnosed with N92 - heavy, frequent and irregular menstruation. Depending on the results of the pathomorphological examination, the patients were divided into 3 groups: group A included 89 patients with GE; group B – 99 women with PE; Group B (control) included 79 patients in whom endometrial pathology was excluded.

Results. Among all women who came to the clinic with heavy menstrual bleeding, 33.3% had GE, 37.1% had PE, 29.6% had BUN-O ovulatory dysfunction. GE without atypia was detected in 72 (80.9%) cases of group A, GE with atypia – in 7 (19.1%), in group B PE was diagnosed in 91 (91.9%) cases, PE with atypia – in 28 (8.1%).

In group B, in 22 (27.8%) cases, the endometrium was identified in the proliferation phase, in 57 (72.2%) cases, the endometrium was identified in the phase of incomplete secretion.

Conclusion. Women with GE are characterized by early menarche, absence of pregnancies and childbirth during life associated with the woman's choice, contraception, endocrine diseases, obesity, polycystic ovary syndrome, ovarian tumors, heavy bleeding with clots during menstruation, menstruation for more than 8 days, chronic iron deficiency anemia. Women with endometrial polyps are characterized by arterial hypertension, uterine fibroids, adenomyosis, infertility, dysmenorrhea, chronic endometritis, a history of cervicitis and vaginitis; clinical manifestations include intermenstrual bleeding.

Keywords: endometrial hyperplasia, endometrial polyps, ovulatory dysfunction, abnormal uterine bleeding.

Conflict of Interest

None declared.

Funding

There was no funding for this project.

[◀ English](#)

For citation:

Elena N. Kravchenko, Elena V. Lautenschleger. Endometrial hyperplasia and endometrial polyps: clinical and anamnestic characteristics of women. *Fundamental and Clinical Medicine*. (In Russ.). 2023;8(4): 16-23. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2023-8-4-16-23>

*Corresponding author:

Prof. Elena N. Kravchenko, 12, Lenina Street, Omsk, 644043, Russian Federation E-mail: kravchenko.en@mail.ru
© Elena N. Kravchenko, Elena V. Lautenschleger

Введение

Причинами обильных маточных кровотечений у женщин в репродуктивном возрасте и переходном периоде менопаузы являются гиперпластические процессы эндометрия. Аномальные маточные и перименопаузальные кровотечения остаются отличительной чертой патологии эндометрия, и до 10–20% постменопаузальных кровотечений связаны либо с гиперплазией, либо с раком [1].

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний в мире [2]. Наиболее значимо то, что ГЭ является предшественником эндометриоидной аденокарциномы эндометрия, представляющей наиболее распространенное злокачественное новообразование женских половых путей в промышленно развитых странах [3]. Причиной формирования ГЭ считают состояние хронической ановуляции. Раз-

личные исследования указывают на дисбаланс эстрогенов и прогестагенов в этиологии этого заболевания. Наиболее важным фактором риска формирования ГЭ является хроническое воздействие эстрогена [3].

Причинами развития гиперплазии эндометрия считают абсолютную или относительную гиперэстрогению. Кроме того, определенную роль в формировании ГЭ отдают нарушениям процессов апоптоза, связанных с неадекватным соотношением инактивирующей системы генов Bcl-2 (снижающей апоптоз) и системы генов Fas/FasL (активирующей апоптоз) [4]. Мутация гена супрессора опухолей PTEN также способствует развитию ГЭ [5].

Среди причин формирования ГЭ выделяют группу факторов, связанную с состоянием хронической ановуляции: раннее начало менструальной функции у девочек, поздняя менопауза, бесплодие, ановуляция, обусловленная переходным периодом менопаузы или синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Другая группа причин ГЭ связана с ятрогенным воздействием – лекарственной терапией эстрогенами или тамоксифеном. Еще одна группа факторов формирования ГЭ, заметно увеличивающих риски, – экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ): ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, эстрогенпродуцирующие опухоли яичников [6,7], тогда как использование оральных противозачаточных таблеток или внутриматочных спиралей, содержащих прогестерон, снижает риск ГЭ [1].

ГЭ связана с морфологическими изменениями в эндометрии, заключающимися в увеличении соотношения эндометриальной железы к строме нормального пролиферативного эндометрия. Клинически ГЭ проявляется аномальными маточными кровотечениями (АМК) в виде обильных или межменструальных маточных кровотечений при регулярном цикле или олигоменореи. Клиническое значение ГЭ заключается в ассоциированном риске прогрессирования эндометриального рака эндометрия (РЭ), а «атипичные» формы ГЭ рассматриваются как предраковые поражения [8].

Кроме того, причиной обильных маточных кровотечений может быть субмукозная миома матки или полип эндометрия. Распространенность полипов значительно различается (от 7,8 до 34,9%) в зависимости от дефиниции, методов диагностики и возраста женщин [9].

Этиология и патогенез полипов эндометрия (ПЭ) точно не известны. В то же время доказаны нарушения экспрессии эстрогеновых и про-

гестероновых рецепторов в эндометрии, усиление активности сигнальных путей, индуцирующих пролиферацию и ангиогенез в сочетании с уменьшением процессов апоптоза [10]. Полипы эндометрия (ПЭ) могут оказывать отрицательное влияние на фертильность и вынашивание беременности [1]. Патогенетические моменты негативного влияния на эти осложнения связывают с механическим воздействием на движение сперматозоидов, имплантацию эмбриона, хроническим эндометритом, нарушением выработки факторов эндометриальной восприимчивости [11,12]. ПЭ могут быть выявлены при обследовании по поводу аномальных маточных кровотечений (АМК), бесплодия, чаще встречаются у женщин от 40 до 50 лет, в постменопаузе треть полипов являются бессимптомными [13].

Среди факторов риска, способствующих формированию ПЭ, выделяют хроническую артериальную гипертензию, ожирение, гормонотерапию, лечение тамоксифеном [14]. Определить, какую роль они играют в генезе ПЭ, до конца не представляется возможным, в то же время большая роль отводится воспалительному процессу (эндометриту) [15].

Учитывая отсутствие единой концепции этиологии и патогенеза формирования ПЭ, затрудняющее превентивные мероприятия по заболеванию, логично опираться на известные имеющиеся, доказанные с помощью исследований факторы риска, способствующие их развитию [16]. Вышеизложенное обуславливает необходимость тщательного подхода к изучению анамнестических и клинических факторов, способствующих развитию гиперпластических процессов эндометрия.

Цель исследования

Изучить клинико-анамнестические характеристики женщин с гиперплазией эндометрия и полипами эндометрия.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включено 267 больных женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, обратившихся за гинекологической помощью в ООО «Евромед» с 2022 по 2023 гг., которым до получения результатов обследования ставился диагноз N92 – обильные, частые и нерегулярные менструации: N92.0 – обильные и частые менструации при регулярном цикле, N92.1 – при нерегулярном цикле. Другими словами, все женщины, об-

ратившиеся за медицинской помощью, имели продолжительные или обильные менструальные кровотечения (ОМК). Критерии включения: кровянистые выделения из половых путей, репродуктивный период и переход к менопаузе по STRAW+10, увеличение М-эхо при эхографическом исследовании, добровольное информированное согласие. Критерии невключения: рак эндометрия, субмукозный миоматозный узел.

Изучению подвергались жалобы и анамнез заболевания, в первую очередь учитывались особенности менструальной функции и репродуктивного анамнеза, экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, высчитывали индекс массы тела (ИМТ). Инструментальное исследование включало УЗИ органов малого таза и раздельное диагностическое выскабливание с гистероскопией и дальнейшим гистологическим исследованием полученного материала.

Далее, в зависимости от полученных результатов, пациенток разделили на 3 исследовательские группы: в группу А были включены 89 пациенток с ГЭ по классификации FIGO (PALM-COEIN, 2011 г.) причин АМК у небеременных женщин репродуктивного периода – АМК-М; в группу Б – 99 женщин с ПЭ – АМК-Р; в группу В (контрольную) – 79 пациенток, у которых исключена патология эндометрия – АМК-О.

Статистическую обработку проводили сравнением совокупностей по качественным признакам с помощью анализа четырехпольных таблиц сопряженности (сравнение процентных долей в двух группах). Критерии оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска проводили с помощью критерия Хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Среди всех обратившихся в клинику женщин с ОМК 33,3% имели ГЭ, 37,1% – ПЭ, 29,6% – овуляторную дисфункцию. Изучение социально-биологических факторов показало, что в группе женщин с ГЭ (группа А) чаще встречались женщины в возрасте старше 35 лет (75,3% против 49,5% женщин группы Б; $p1 < 0,001$; **(таблица 1)**). Раннее менархе статистически достоверно чаще наблюдалось в группе А (21,3% против 10,1% в группе Б и В; $p2 = 0,034$). Отсутствие беременностей и родов в течение жизни, связанное с выбором женщины и контрацепцией, также чаще отмечено в группе А (19,1%; в

группе Б – 9,1%, $p1 = 0,048$). Достоверных различий по параметрам «никотиновая интоксикация» и «семейный анамнез злокачественных заболеваний яичников, толстой кишки или матки» в группах выявлено не было.

В структуре экстрагенитальных заболеваний хроническая железодефицитная анемия чаще наблюдалась в группе А (70,8%), чем в группе Б (37,4%; $p1 < 0,001$) и в группе В (36,7%; $p2 < 0,001$). Эндокринные заболевания (сахарный диабет, болезни щитовидной железы) диагностировались чаще в группе А (22,5%), чем в группе Б (10,1%; $p1 = 0,021$), и в группе В (7,6%; $p2 = 0,008$). Ожирение и избыточная масса тела отмечены в 1,4 раза чаще в группе А, чем в группе Б ($p1 = 0,050$), и в 1,8 раза чаще, чем в группе В ($p2 = 0,003$). Сердечно-сосудистые заболевания, в том числе артериальная гипертензия, чаще наблюдались в группе Б (29,3%), чем в группе А (16,6%; $p1 = 0,045$) и в группе В (10,1%; $p2 = 0,002$). Достоверных различий в исследовательских группах по диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной системы, тромбозам в анамнезе, варикозной болезни нижних конечностей не наблюдалось.

При изучении гинекологического анамнеза выяснилось, что миома матки чаще наблюдалась в группе Б (19,2%), чем в группе А (9,0%; $p1 = 0,047$) и в группе В (6,3%; $p3 = 0,013$). Бесплодие в анамнезе имели чаще женщины группы А (18,0%; $p2 = 0,020$) и группы Б (14,1%; $p3 = 0,046$), чем группы В (5,1%). Аденомиоз сочетался у женщин с полипом эндометрия в 4 раза чаще (9,1%), чем у пациенток с гиперплазией эндометрия (2,1%; $p1 = 0,020$), у женщин группы В аденомиоз не отмечен. Дисменорея наблюдалась в 2,2 раза чаще в группе Б (25,3%), чем в группе А (11,2%; $p1 = 0,014$) и в группе В (9,0%; $p3 = 0,014$). Синдром поликистозных яичников был диагностирован в группе А (35,9%) в 2 раза чаще, чем в группе Б (17,2%; $p1 = 0,004$), и в 5,7 раза чаще, чем в группе В (6,3%; $p3 = 0,029$).

Воспалительные заболевания органов малого таза, в том числе хронический эндометрит, чаще наблюдались в группе Б (32,3%), чем в группе А (19,1%; $p1 = 0,040$) и в группе В (9,0%; $p3 < 0,001$). Опухоли яичников диагностированы чаще в группе А (5,6%), чем в группе Б (2,0%; $p1 = 0,033$), в группе В опухолей яичников не наблюдалось. Цервициты и бактериальные вагиниты чаще наблюдались в группе Б (43,4%), чем в группе А (23,6%; $p1 = 0,005$) и в группе В (13,9%; $p3 < 0,001$). Статистически достоверных разли-

чий в исследовательских группах по диагностике цервикальной интраэпителиальной дисплазии не наблюдалось. Рецидивы гиперплазии эндометрия в группе А наблюдались в 10,1% случаев, полипов эндометрия в группе Б – в 12,1%. Полип цервикального канала наблюдался лишь в группе Б (7,1%).

ОМК со сгустками чаще наблюдалось в группе А (75,3%), чем в группе Б (43,4%; $p_1 < 0,001$) и в группе В (38,0%; $p_2 < 0,001$). Продолжительность менструации более 8 суток (как правило после ее задержки) чаще наблюдалась в группе А (57,3%), чем в группе Б (24,2%; $p_1 < 0,001$) и в группе В (40,5%; $p_2 = 0,030$).

Короткие циклы (менее 21 суток с 1-го дня менструального цикла до 1-го дня последую-

щего цикла) выявлены лишь в группе А (4,5%) и в группе Б (9,1%), коротких менструальных циклов в группе В отмечено не было.

Подтверждение ГЭ по эхографическим признакам, по данным гистероскопии и результатам гистологического исследования наблюдалось в 95,5% случаев. Диагноз ПЭ правильно был установлен по эхографическим признакам в 91,9% случаев.

ГЭ без атипии выявлена в 72 (80,9%) наблюдениях группы А, ГЭ с атипией – у 7 (19,1%), в группе Б ПЭ диагностирован в 91 (91,9%) наблюдении, ПЭ с атипией – в 28 (8,1%). В группе В в 22 (27,8%) случаях определен эндометрий в фазе пролиферации, в 57 (72,2%) – эндометрий в фазе неполноценной секреции.

Таблица 1.

Характеристика групп, анамнестические и клинические проявления у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия

Table 1.
Characteristics of groups, anamnestic and clinical manifestations in women with endometrial hyperplastic processes

Жалобы, клинические и лабораторные проявления/ Complaints, clinical and laboratory manifestations	Группа А/ Group A n = 89 n - %	Группа Б/ Group B n = 99 n - %	Группа В/ Group C n = 79 n - %	p1	p2	p3
<i>Социально-биологические факторы / Socio-biological factors</i>						
Возраст старше 35 лет / Age over 35	67 – 75,3	49 – 49,5	56 – 70,8	<0,001	0,646	0,004
Раннее менархе (до 12 лет) / Early menarche (up to 12 years old)	19 – 21,3	10 – 10,1	8 – 10,1	0,034	0,049	0,996
Отсутствие беременностей и родов в течение жизни (выбор женщины) / Absence of pregnancy and childbirth during life (woman's choice)	17 – 19,1	9 – 9,1	7 – 8,9	0,048	0,059	0,958
Никотиновая интоксикация / Nicotine intoxication	25 – 28,1	29 – 29,3	19 – 24,1	0,856	0,854	0,434
Семейный анамнез рака яичников, толстой кишки или матки / Family history of ovarian, colon, or uterine cancer	7 – 7,9	3 – 3,0	1 – 1,3	0,260	0,064	0,266
<i>Экстрагенитальная патология и другие факторы / Extragenital pathology and other factors</i>						
Анемия / Anemia	63 – 70,8	37 – 37,4	29 – 36,7	<0,001	<0,001	0,928
Эндокринные заболевания / Endocrine diseases	20 – 22,5	10 – 10,1	6 – 7,6	0,021	0,008	0,562
Ожирение и избыточная масса тела / Obesity and overweight	45 – 50,6	36 – 36,4	22 – 27,8	0,050	0,003	0,229
Артериальная гипертензия / Arterial hypertension	15 – 16,6	29 – 29,3	8 – 10,1	0,045	0,206	0,002
Заболевания желудочно-кишечного тракта / Diseases of the gastrointestinal tract	11 – 12,4	14 – 14,1	7 – 8,9	0,720	0,621	0,278
Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	9 – 10,1	10 – 10,1	7 – 8,9	0,998	0,783	0,611
Тромбозы в анамнезе / History of thrombosis	2 – 2,2	4 – 4,0	1 – 1,3	0,485	0,632	0,266

Варикозная болезнь нижних конечностей/ Varicose veins of the lower extremities	17 – 19,1	25 – 25,3	18 – 22,8	0,313	0,851	0,413
<i>Гинекологические заболевания/ Gynecological diseases</i>						
Миома матки/ Uterine fibroids	8 – 9,0	19 – 19,2	5 – 6,3	0,047	0,520	0,013
Бесплодие/ Infertility	16 – 18,0	14 – 14,1	4 – 5,1	0,472	0,020	0,046
Аденомиоз/ Adenomyosis	2 – 2,2	9 – 9,1	0 – 0	0,046	0,181	0,006
Дисменорея/ Dysmenorrhea	10 – 11,2	25 – 25,3	8 – 9,0	0,014	0,817	0,010
СПКЯ/ POS	32 – 35,9	17 – 17,2	5 – 6,3	0,004	<0,001	0,029
ВЗОМТ, хронический эндометрит/ IDPO, chronic endometritis	17 – 19,1	32 – 32,3	8 – 9,0	0,040	0,179	<0,001
Опухоли яичников/ Ovarian tumors	5 – 5,6	2 – 2,0	0 – 0	0,191	0,033	0,204
Цервициты, вагиниты/ Cervicitis, vaginitis	21 – 23,6	43 – 43,4	11 – 13,9	0,005	0,112	<0,001
ЦИН/CIN	2 – 2,2	7 – 7,1	1 – 1,3	0,122	0,632	0,064
ГЭ в анамнезе/ A history of EH	9 – 10,1	2 – 2,0	0 – 0	0,019	0,004	0,178
ПЭ в анамнезе/ A history of EP	1 – 1,1	12 – 12,1	0 – 0	0,004	0,348	0,002
Полип цервикального канала/ Cervical canal polyp	0 – 0	7 – 7,1	0 – 0	0,011	0,288	0,016
<i>Клинические проявления заболеваний и эхографические данные/ Clinical manifestations of diseases and echographic data</i>						
Обильные менструальные кровотечения со сгустками/ Copious menstrual bleeding with clots	67 – 75,3	43 – 43,4	30 – 38,0	<0,001	<0,001	0,462
Продолжительность менструации более 8 суток/ The duration of menstruation is more than 8 days	51 – 57,3	24 – 24,2	32 – 40,5	<0,001	0,030	0,021
Короткие циклы менее 21 суток/ Short cycles of less than 21 days	4 – 4,5	9 – 9,1	0 – 0	0,215	0,057	0,006
Межменструальные кровянистые выделения/ Intermenstrual spotting	5 – 5,6	19 – 19,2	1 – 1,3	0,006	0,130	<0,001
Подтверждение гиперплазии эндометрия по УЗИ/ Confirmation of endometrial hyperplasia by ultrasound	85 – 95,5	12 – 12,1	8 – 9,0	<0,001	<0,001	0,676
Подтверждение полипа эндометрия по УЗИ/ Confirmation of endometrial polyp by ultrasound	5 – 5,6	91 – 91,9	6 – 7,6	<0,001	0,606	<0,001

Примечание: p^1 – уровень значимости между группами А и Б; p^2 – уровень значимости между группами Б и В, p^3 – уровень значимости между группами А и В. Статистически значимые различия выделены жирным шрифтом.

Note: p^1 – level of significance between groups A and B; p^2 – level of significance between groups B and C, p^3 – level of significance between groups A and B. Statistically significant differences are highlighted in bold.

Обсуждение

Изучение причин и факторов риска гиперпластических процессов эндометрия имеет значение для выбора тактики ведения и лечения пациенток. Такой фактор риска гиперплазии и рака эндометрия, как возраст, может обеспечить важную стратификацию риска по сравнению с оценкой рецидивирующего кровотечения [17]. Другие авторы показали, что риск формирования гиперпластических процессов эндометрия коррелирует не столько с возрастом наступления менархе, сколько с недостатком выработки прогестерона, то есть с относительной или абсолютной гиперэстрогенией [18]. Другие исследова-

ния показали воспаление в качестве ключевой роли в прогрессировании гиперплазии эндометрия [2]. Результаты нашего исследования также не исключают, а напротив, подчеркивают роль хронического эндометрита в возникновении гиперпластических процессов эндометрия. Что касается группы В, то овуляторная дисфункция, наблюдаемая у пациенток репродуктивного возраста, обусловлена периодической или хронической дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси [19,20]. Эти нарушения, сопровождающиеся нарушением менструальной функции, бесплодием, способствуют снижению качества жизни [21]. У женщин возраста пере-

ходного периода менопаузы ановуляторные циклы были обусловлены собственно фазой менопаузального перехода.

Заключение

Таким образом, среди обратившихся за медицинской помощью женщин с обильными менструальными кровотечениями 33,3% обследованных имели гиперплазию эндометрия, 37,1% – полипы эндометрия, 29,6% – овуляторную дисфункцию.

Для женщин с гиперплазией эндометрия характерны: раннее менархе, отсутствие беременностей и родов, связанное с выбором женщины, контрацепцией, эндокринные заболевания, ожирение, синдром поликистозных яичников, опухоли яичников, обильное кровотечение со сгустками во время менструации, менструация более 8 дней, хроническая железодефицитная анемия. Характерные признаки связаны с недостатком прогестерона (при хронической ановуляции у женщин с СПКЯ, в переходном периоде менопаузы; при ожирении и др.), т. е. с относительной или

абсолютной гиперэстрогенией.

Для женщин с полипами эндометрия характерны: сердечно-сосудистые заболевания, в первую очередь артериальная гипертензия, из гинекологических заболеваний – миома матки, аденомиоз, бесплодие, дисменорея, воспалительные заболевания органов малого таза, в первую очередь, хронический эндометрит, цервициты и вагиниты в анамнезе, из клинических проявлений более характерны межменструальные кровотечения.

Важным моментом является владение информацией о причинах и факторах риска развития гиперплазии и полипов эндометрия, так как подходы к лечению, кроме лекарственной и хирургической терапии, связаны с изменением образа жизни, своевременной и адекватной терапией экстрагенитальных заболеваний. Риск-ориентированный подход к оценке диагностических тестов и алгоритмов клинического ведения женщин с аномальным кровотечением может профилировать гиперпластические процессы эндометрия, их рецидивы и значительно улучшит качество жизни женщины.

Литература :

1. Ring K.L., Mills A.M., Modesitt S.C. Endometrial Hyperplasia. *Obstet. Gynecol.* 2022;140(6):1061-1075. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004989>
2. Kubyshkin A.V., Aliev L.L., Fomochkina I.I., Kovalenko Y.P., Litvinova S.V., Filonenko T.G., Lomakin N.V., Kubyshkin V.A., Karapetian O.V. Endometrial hyperplasia-related inflammation: its role in the development and progression of endometrial hyperplasia. *Inflamm. Res.* 2016;65(10):785-794. <https://doi.org/10.1007/s00011-016-0960-z>
3. Nees L.K., Heublein S., Steinmacher S., Juhasz-Böss I., Brucker S., Tempfer C.B., Wallwiener M. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer. *Arch Gynecol. Obstet.* 2022;306(2):407-421. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06380-5>
4. Hutt S., Tailor A., Ellis P., Michael A., Butler-Manuel S., Chatterjee J. The role of biomarkers in endometrial cancer and hyperplasia: a literature review. *Acta Oncol.* 2019;58(3):342-352. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1540886>
5. Russo M., Newell J.M., Budurlean L., Houser K.R., Sheldon K., Kesterson J., Phaeton R., Hossler C., Rosenberg J., DeGraff D., Shuman L., Broach J.R., Warrick J.I. Mutational profile of endometrial hyperplasia and risk of progression to endometrioid adenocarcinoma. *Cancer.* 2020;126(12):2775-2783. <https://doi.org/10.1002/cncr.32822>
6. Габидулина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала Ф.Р., Валеева Е.В., Орлова Ю.И., Шакиров А.А. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток. *Гинекология.* 2019;21(6):53-58. <https://doi.org/10.26442/20795696.2019.6.190472>
7. Chandra V., Kim J.J., Benbrook D.M., Dwivedi A., Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia. *J. Gynecol. Oncol.* 2016;27(1):e8. <https://doi.org/10.3802/jgo.2016.27.e8>
8. Sanderson P.A., Critchley H.O., Williams A.R., Arends M.J., Saunders P.T. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Hum. Reprod. Update.* 2017;23(2):232-254. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw042>
9. Yang J.H., Chen C.D., Chen S.U., Yang Y.S., Chen M.J. Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144857>
10. Tanos V., Berry K.E., Seikkula J., Abi Raad E., Stavroulis A., Sleiman Z., Campo R., Gordts S. The management of polyps in female reproductive organs. *Int. J. Surg.* 2017;43:7-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.05.012>
11. Al Chami A., Saridogan E. Endometrial polyps and subfertility. *J. Obstet. Gynaecol. India.* 2017;67(1):9-14. <https://doi.org/10.1007/s13224-016-0929-4>
12. Pereira A.K., Garcia M.T., Pinheiro W., Eizenberg D., Soares Jr.J.M., Baracat E.C. What is the influence of cyclooxygenase-2 on postmenopausal endometrial polyps? *Climacteric.* 2015;18(4):498-502. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.966240>
13. Indraccolo U., Di Iorio R., Matteo M., Corona G., Greco P., Indraccolo S.R. The pathogenesis of endometrial polyps: a systematic semi-quantitative review. *Eur. J. Gynaecol. Oncol.* 2013;34(1):5-22.
14. Cicinelli E., Bettocchi S., de Ziegler D., Loizzi V., Cormio G., Marinaccio M., Trojano G., Crupano F.M., Francescato R., Vitagliano A., Resta L. Chronic Endometritis, a Common Disease Hidden Behind Endometrial Polyps in Premenopausal Women: First Evidence From a Case-Control Study. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2019;26(7):1346-1350. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.01.012>
15. Topcu H.O., Erkaya S., Guzel A.I., Kokanali M.K., Sarikaya E., Muftuoglu K.H., Doganay M. Risk factors for endometrial hyperplasia concomitant endometrial polyps in pre- and postmenopausal women. *Asian. Pac. J. Cancer Prev.* 2014;15(13):5423-5425. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.13.5423>
16. Оразов М.Р., Михалева Л.М., Пойманова О.Ф., Муллина И.А. Механизмы патогенеза эндометриальных полипов у женщин репродуктивного возраста. Обзор литературы. *Гинекология.* 2022;24(4):246-250. <https://doi.org/10.26442/20795696.2022.4.201807>
17. Clarke M.A., Long B.J., Sherman M.E., Lemens M.A., Podratz K.C., Hopkins M.R., Ahlberg L.J., Mc Guire L.J., Laughlin-Tommaso S.K., Bakkum-Gamez J.N., Wentzensen N. Risk assessment of endometrial cancer and endometrial intraepithelial neoplasia in women with abnormal bleeding and implications for clinical management algorithms. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2020;223(4):549.e1-549.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.032>
18. Саламова К.К., Сапрыкина Л.В., Рамазанова А.М., Мильдзихова З.Т., Столярова Е.В. Клинические особенности пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия. *PMЖ. Мать и дитя.* 2021;4(2):124-129. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2021-4-2-124-129>
19. Hickey M., Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum. Reprod. Update.* 2003;9(5):493-504. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmg038>
20. Teede H.J., Misso M.L., Costello M.F., Dokras A., Laven J., Moran L.,

- Piltonen T., Norman R.J.; International PCOS Network. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil. Steril.* 2018;110(3):364-379. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004>
21. Munro M.G., Critchley H.O.D., Fraser I.S., Committee F.M.D. The two

FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int. J. Gynecol. Obst.* 2018;143(3):393-408. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>

References:

1. Ring KL, Mills AM, Modesitt SC. Endometrial Hyperplasia. *Obstet Gynecol.* 2022;140(6):1061-1075. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000049892>
2. Kubyshkin AV, Aliev LL, Fomochkina II, Kovalenko YP, Litvinova SV, Filonenko TG, Lomakin NV, Kubyshkin VA, Karapetian OV. Endometrial hyperplasia-related inflammation: its role in the development and progression of endometrial hyperplasia. *Inflamm Res.* 2016;65(10):785-794. <https://doi.org/10.1007/s00011-016-0960-z>
3. Nees LK, Heublein S, Steinmacher S, Juhasz-Böss I, Brucker S, Tempfer CB, Wallwiener M. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2022;306(2):407-421. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06380-5>
4. Hutt S, Taylor A, Ellis P, Michael A, Butler-Manuel S, Chatterjee J. The role of biomarkers in endometrial cancer and hyperplasia: a literature review. *Acta Oncol.* 2019;58(3):342-352. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1540886>
5. Russo M, Newell JM, Budurlean L, Houser KR, Sheldon K, Kesterson J, Phaeton R, Hossler C, Rosenberg J, DeGraff D, Shuman L, Broach JR, Warrick JJ. Mutational profile of endometrial hyperplasia and risk of progression to endometrioid adenocarcinoma. *Cancer.* 2020;126(12):2775-2783. <https://doi.org/10.1002/cncr.32822>
6. Gabidullina RI, Smirnova GA, Nuhbala FR, Valeeva EV, Orlova YuI, Shakirov AA. Hyperplastic processes of the endometrium: modern tactics of patient management. *Gynecology.* 2019;21(6):53-58. <https://doi.org/10.26442/20795696.2019.6.190472>
7. Chandra V, Kim JJ, Benbrook DM, Dwivedi A, Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia. *J Gynecol Oncol.* 2016;27(1):e8. <https://doi.org/10.3802/jgo.2016.27.e8>
8. Sanderson PA, Critchley HO, Williams AR, Arends MJ, Saunders PT. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Hum Reprod Update.* 2017;23(2):232-254. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw042>
9. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yang YS, Chen MJ. Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144857>
10. Tanos V, Berry KE, Seikkula J, Abi Raad E, Stavroulis A, Sleiman Z, Campo R, Gordts S. The management of polyps in female reproductive organs. *Int J Surg.* 2017;43:7-16. <https://doi.org/10.1016/j.ij-su.2017.05.012>
11. Al Chami A, Saridogan E. Endometrial polyps and subfertility. *J Obstet Gynaecol India.* 2017;67(1):9-14. <https://doi.org/10.1007/s13224-016-0929-4>
12. Pereira AK, Garcia MT, Pinhiero W, Ejzenberg D, Soares Jr JM, Baracat EC. What is the influence of cyclooxygenase-2 on postmenopausal endometrial polyps? *Climacteric.* 2015;18(4):498-502. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.966240>
13. Indraccolo U, Di Iorio R, Matteo M, Corona G, Greco P, Indraccolo SR. The pathogenesis of endometrial polyps: a systematic semi-quantitative review. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2013;34(1):5-22.
14. Cicinelli E, Bettocchi S, de Ziegler D, Loizzi V, Cormio G, Marinaccio M, Trojano G, Crupano FM, Francescato R, Vitagliano A, Resta L. Chronic Endometritis, a Common Disease Hidden Behind Endometrial Polyps in Premenopausal Women: First Evidence From a Case-Control Study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(7):1346-1350. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.01.012>
15. Topcu HO, Erkaya S, Guzel AI, Kokanali MK, Sarikaya E, Muftuoglu KH, Doganay M. Risk factors for endometrial hyperplasia concomitant endometrial polyps in pre- and post-menopausal women. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(13):5423-5425. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.13.5423>
16. Orazov MR, Mikhaleva LM, Poymanova OF, Mullina IA. Pathogenesis mechanisms of endometrial polyps in women of reproductive age: a literature review. *Gynecology.* 2022;24(4):246-250. (In Russ). <https://doi.org/10.26442/20795696.2022.4.201807>
17. Clarke MA, Long BJ, Sherman ME, Lemens MA, Podratz KC, Hopkins MR, Ahlberg LJ, Mc Guire LJ, Laughlin-Tommaso SK, Bakkum-Gomez JN, Wentzensen N. Risk assessment of endometrial cancer and endometrial intraepithelial neoplasia in women with abnormal bleeding and implications for clinical management algorithms. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4):549.e1-549.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.032>
18. Salamova KK, Saprykina LV, Ramazanova AM, Mil'dzihova ZT, Stolyarova EV. Clinical characteristic of women with endometrial hyperplasia. *Russian journal of woman and child health rmzh.* 2021;4(2):124-129. (In Russ). <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2021-4-2-124-129>
19. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update.* 2003;9(5):493-504. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmg038>
20. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, Piltonen T, Norman RJ; International PCOS Network. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2018;110(3):364-379. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004>
21. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Committee FMD. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;143(3):393-408. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>

Сведения об авторах

Кравченко Елена Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (644043, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12).

Вклад в статью: написание статьи, корректировка статьи, утверждение окончательной версии для публикации.
ORCID: 0000-0001-9481-8812

Лаутеншлегер Елена Викторовна, акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, врач клиники ООО «Многопрофильный центр современной медицины «Евромед» (644119, Россия, г. Омск, ул. Лукашевича, д. 21Б).

Вклад в статью: сбор материала, написание статьи
ORCID: 0009-0003-5414-4535

Authors

Prof. Elena N. Kravchenko, MD, DSc, Professor, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Omsk State Medical University, (12, Lenina Street, Omsk, 644043, Russian Federation).

Contribution: wrote the manuscript, editing, approval of the final version.
ORCID: 0000-0001-9481-8812

Dr. Elena V. Lautenschleger, obstetrician-gynecologist of the highest qualification category, doctor at Multidisciplinary center for modern medicine «Euromed» (21B, Lukashевичa Street, Omsk, 644119, Russian Federation).

Contribution: to the article: collecting material, writing the article.
ORCID: 0009-0003-5414-4535

Статья поступила: 29.06.2023 г. Received: 29.06.2023

Принята в печать: 30.11.2023 г. Accepted: 30.11.2023

Контент доступен под лицензией Creative Commons Attribution CC BY 4.0.