

УДК 618.14-006.-5-007.61-053-055.2

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Лысенко О.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,  
Витебск, Беларусь

*Цель: стратифицировать независимые предикторы риска развития гиперпластических процессов и полипов эндометрия в разные возрастные периоды и предложить мероприятия по профилактике. В исследование была включена 351 женщина. Результаты: Относительными факторами риска развития патологии эндометрия являются хронический эндометрит, применение ВМК, заболевания шейки матки и электрохирургические методы лечения заболеваний шейки матки, хронический сальпингоофорит, раздельное диагностическое выскабливание, а профилактические мероприятия должны быть направлены на санацию очагов хронической инфекции, снижение количества необоснованных внутриматочных вмешательств и дифференцированный подход к использованию внутриматочной контрацепции.*

**Ключевые слова:** гиперплазия, полип, эндометрий, факторы риска.

**Введение.** В настоящее время гиперпластические процессы (ГПЭ) и полипы эндометрия (ПЭ) являются актуальной проблемой гинекологии, поскольку, с одной стороны, с данными патологическими состояниями врач акушер-гинеколог ежедневно встречается в своей практике, а с другой – ГПЭ могут служить фоном для развития рака эндометрия при длительном течении и отсутствии лечения [1, 8].

Несмотря на то, что этой проблематике уделяется большое значение, о чем свидетельствуют многочисленные публикации, осталось много нерешенных вопросов относительно патогенеза, диагностики лечения и профилактики, а также факторов риска развития ГПЭ. Исследования, изучающие факторы риска, в основном посвящены раку эндометрия (РЭ). Так, А. Timmermans и соавт. опубликовали результаты исследования, которые касаются определения толщины эндометрия для выявления РЭ у женщин с маточными кровотечениями в постменопаузе, с использованием индивидуальных данных пациенток и различных стратегий метаанализа [15].

Н.П. Чеснокова и соавт. выявили, что развитие ГПЭ и РЭ сочетается с активацией процессов липопероксидации и недостаточностью антиоксидантной системы крови, а к факторам риска их развития следует относить гипер-эстрогению [12].

Lasey J.V. и соавт. изучали атипичскую ГПЭ и ГПЭ без цитологической атипичности как факторы риска развития РЭ и установили, что риск развития РЭ среди женщин с ГПЭ без цитологической атипичности составляет менее 5% в течение первого года, а среди пациенток с атипичской ГПЭ – 28% [13].

В работе Leitao M.M. и соавт. показано, что риск развития РЭ ассоциирован с методом предоперационной диагностики и возрастом пациенток с атипичской ГПЭ [14].

Wethigton S.L. и соавт. исследовали факторы риска развития РЭ у женщин с полипами эндометрия (ПЭ) и установили, что риск РЭ у женщин с ПЭ составляет 1,3%, а рака, ограничивающегося полипом – 0,3%. Наибольший риск выявлен у женщин с маточными кровотечениями в постменопаузе [16]. К аналогичным выводам пришли в своей работе Costa-Paiva L. и соавт. [18].

У пациенток с РЭ в анамнезе отмечены доброкачественные пролиферативные заболевания эндометрия (ГПЭ и ПЭ), рак прямой кишки и алиментарное ожирение [17].

Согласно данным Кузнецовой И.В. и со-

авт., большинство факторов риска РЭ было ассоциировано с развитием атипичской ГПЭ [3].

Немногочисленные публикации посвящены изучению факторов риска развития ГПЭ, особенно с позиций доказательной медицины. Это связано с общепринятой точкой зрения, что существенное значение в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия имеет воздействие повышенных концентраций эстрогенов [2].

В последние годы возрос интерес к воспалительным заболеваниям различных отделов половой тракта, как преморбидного фона развития гиперпластических процессов эндометрия [5, 6]. По мнению ряда исследователей, хронический эндометрит (ХЭ) имеет значение в возникновении ГПЭ. А, как следствие, дисфункция стероидорецепторных систем эндометрия является одним из механизмов нарушения процессов пролиферации и секреторной трансформации слизистой оболочки матки при ХЭ. Вследствие этого нарушается связывание гормонов (эстрадиола и прогестерона) и устраняется их действие на слизистую оболочку матки [7]. ХЭ, с одной стороны, приводит к выраженным структурным и функциональным изменениям в ткани эндометрия, с другой – вызывает нарушение процессов пролиферации и секреторной трансформации эндометрия. Следовательно, хронический воспалительный процесс может создавать оптимальные предпосылки для формирования пролиферативных процессов в эндометрии и дальнейшей их атипичской трансформации [7, 9].

К сожалению, мы не встретили публикаций, посвященных комплексному изучению факторов риска развития ГПЭ, что послужило поводом для проведенного нами исследования.

Цель настоящей работы – стратифицировать независимые предикторы риска развития гиперпластических процессов и полипов эндометрия в разные возрастные периоды и предложить мероприятия по профилактике.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилась 351 женщина (53 женщины репродуктивного возраста с простой гиперплазией эндометрия без цитологической атипичности; 42 пациентки репродуктивного возраста с железистыми полипами эндометрия; 38 женщин пременопаузального возраста с простой гиперплазией эндометрия без цитологической атипичности; 30 пациенток пременопаузального возраста с железистыми полипами эндометрия; 46 женщин постменопаузального возраста

с железисто-фиброзными полипами эндометрия; 13 пациенток постменопаузального возраста с высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия; 51 женщина репродуктивного возраста с эндометрием ранней стадии фазы пролиферации; 45 женщин пременопаузального возраста с эндометрием ранней стадии фазы пролиферации; 33 женщины постменопаузального возраста с атрофией).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с применением пакета STATISTICA v6.0. При этом уровень значимости диагностического критерия во всех случаях ( $p < 0,05$ ) был установлен для ошибки первого рода менее 5% и мощности метода анализа не менее 80%. Относительный риск (ОР) развития ГПЭ и ПЭ в группах и 95% доверительный интервал рассчитывались из четырехпольных таблиц сопряженности для каждого из наблюдений. Индекс потенциального вреда (ИПВ) рассчитывали по формуле согласно [11].

**Результаты и обсуждение.** В качестве независимых предикторов риска во всех возрастных группах нами рассматривались следующие анamnестические данные: перенесенные заболевания шейки матки (ЗШМ) (эктопия шейки матки, дисплазия шейки матки, цервицит), применение электрохирургических вмешательств на шейке матки (диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК)), наличие в анамнезе хронического сальпингоофорита (ХСО), хронического эндометрита (ХЭ), применение внутриматочной контрацепции (ВМК), операции на органах малого таза (ОМТ) по поводу гинекологической патологии, наличие в анамнезе кесарева сечения (КС), раздельного диагностического выскабливания (РДВ).

Вышеуказанные заболевания, внутриматочные вмешательства, использование ВМК способствуют инфицированию, развитию воспаления и хронизации воспалительного процесса слизистой матки [4, 10]. Учитывая, что воспалительные заболевания, внутриматочные вмешательства чаще встречаются у пациенток с фоновыми заболеваниями эндометрия, нельзя игнорировать их роль в генезе ГПЭ и ПЭ. А все вышеуказанные нозологии и оперативные вмешательства рассматривались нами как возможные предикторы риска развития внутриматочной патологии.

На рисунке 1 приведены значения ОР развития ГПЭ, связанных с перенесенными заболеваниями и оперативными вмешательствами у женщин репродуктивного возраста.

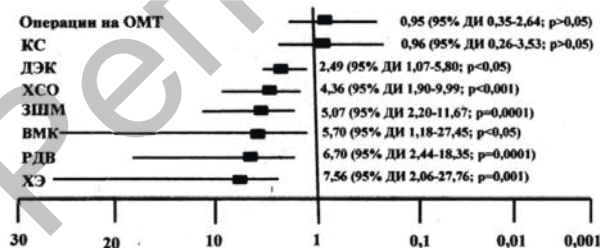


Рисунок 1 – ОР развития ГПЭ в репродуктивном возрасте, связанных с гинекологическими заболеваниями, перенесенными операциями, внутриматочными вмешательствами

Анализ данных таблиц сопряженности показал (рисунок 1), что у пациенток репродуктивного возраста независимым предиктором риска развития ГПЭ являются: ХЭ (ОР=7,56,  $p = 0,001$ ; ИПВ=3,85); РДВ (ОР=6,70,  $p = 0,0001$ ; ИПВ=2,86); применение

ВМК (ОР=5,70,  $p < 0,05$ ; ИПВ=6,67); ЗШМ (ОР=5,07,  $p = 0,0001$ ; ИПВ=2,56); ХСО (ОР=4,36,  $p < 0,001$ ; ИПВ=2,56); ДЭК (ОР=2,49,  $p < 0,05$ ; ИПВ=5,26). Мы не нашли статистических различий относительно перенесенных операций на ОМТ и КС (ОР<1,  $p > 0,05$ ).

На рисунке 2 приведены значения ОР развития ПЭ, связанных с перенесенными заболеваниями и оперативными вмешательствами у женщин репродуктивного возраста.

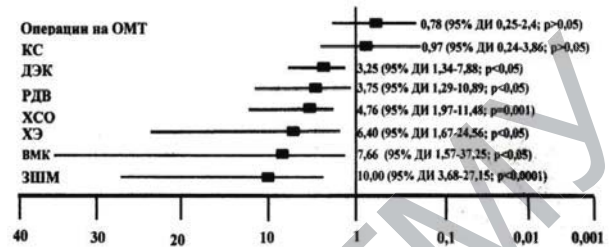


Рисунок 2 – ОР развития ПЭ в репродуктивном возрасте, связанных с гинекологическими заболеваниями, перенесенными операциями, внутриматочными вмешательствами

Из рисунка 2 видно, что у пациенток репродуктивного возраста независимым предиктором риска развития ПЭ являются: ЗШМ (ОР=10,00,  $p < 0,0001$ ; ИПВ=2,00); применение ВМК (ОР=7,66,  $p < 0,05$ ; ИПВ=5,00); ХЭ (ОР=6,40,  $p < 0,05$ ; ИПВ=4,35); ХСО (ОР=4,76,  $p = 0,001$ ; ИПВ=2,70); РДВ (ОР=3,75,  $p < 0,05$ ; ИПВ=4,76); ДЭК (ОР=3,25,  $p < 0,05$ ; ИПВ=3,85). Мы также не нашли статистических различий относительно перенесенных операций на ОМТ и КС (ОР<1,  $p > 0,05$ ).

На рисунке 3 приведены значения ОР развития ГПЭ, связанных с перенесенными заболеваниями и оперативными вмешательствами у женщин пременопаузального возраста.

Как показывает рисунок 3, у пациенток пременопаузального возраста независимым предиктором риска развития ГПЭ являются: применение ВМК (ОР=17,93,  $p = 0,001$ ; ИПВ=3,70); ХЭ (ОР=9,13,  $p < 0,001$ ; ИПВ=3,13); ДЭК (ОР=6,50,  $p = 0,001$ ; ИПВ=2,70); ХСО (ОР=6,36,  $p < 0,001$ ; ИПВ=2,33); ЗШМ (ОР=5,94,  $p < 0,001$ ; ИПВ=2,38); РДВ (ОР=2,75,  $p < 0,05$ ; ИПВ=4,35).

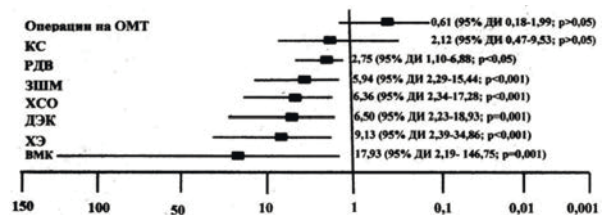


Рисунок 3 – ОР развития ГПЭ в пременопаузальном возрасте, связанных с гинекологическими заболеваниями, перенесенными операциями, внутриматочными вмешательствами

В этой группе мы также не нашли статистических различий относительно перенесенных операций на ОМТ (ОР<1,  $p > 0,05$ ). Несмотря на то, что КС встречается в анамнезе в 2 раза чаще при ГПЭ в пременопаузе, порог статистической значимости по этому показателю не достигнут (ОР=2,12,  $p > 0,05$ ).

На рисунке 4 приведены значения ОР развития ПЭ, связанных с перенесенными заболеваниями и оперативными вмешательствами у женщин пременопаузального возраста.

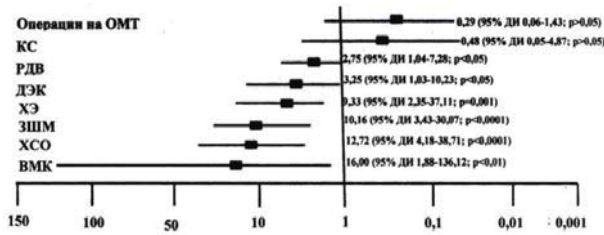


Рисунок 4 – ОР развития ПЭ в пременопаузальном возрасте, связанных с гинекологическими заболеваниями, перенесенными операциями, внутриматочными вмешательствами

У пациенток пременопаузального возраста (рис. 4) независимым предиктором риска развития ПЭ являются: применение ВМК (OR=16,00, p<0,01; ИПВ=3,70); ХСО (OR=12,72, p<0,0001; ИПВ=1,82); ЗШМ (OR=10,16, p<0,0001; ИПВ=1,89); ХЭ (OR=9,33, p<0,001; ИПВ=3,03); ДЭК (OR=3,25, p<0,05; ИПВ=5,00); РДВ (OR=2,75, p<0,05; ИПВ=4,35). Мы не нашли статистических различий относительно перенесенных операций на ОМТ и КС (OR<1, p>0,05).

На рисунке 5 приведены значения ОР развития ПЭ, связанных с перенесенными заболеваниями и оперативными вмешательствами у женщин постменопаузального возраста.

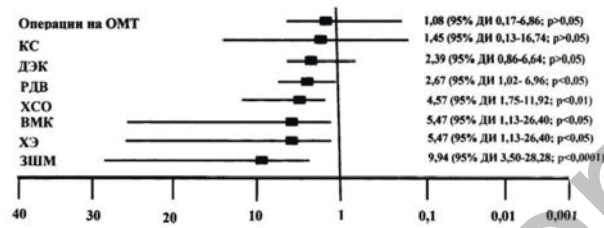


Рисунок 5 – ОР развития ПЭ в постменопаузальном возрасте, связанных с гинекологическими заболеваниями, перенесенными операциями, внутриматочными вмешательствами

Как видно из рисунка 5, у пациенток постменопаузального возраста независимыми предикторами риска развития ПЭ являются: ЗШМ (OR=9,94, p<0,0001; ИПВ=1,92); ХЭ (OR=5,47, p<0,05; ИПВ=5,00); применение ВМК (OR=5,47, p<0,05; ИПВ=5,00); ХСО (OR=4,57, p<0,01; ИПВ=2,70); РДВ (OR=2,67, p<0,05; ИПВ=4,35).

Здесь мы не нашли статистических различий относительно перенесенных операций на ОМТ (OR=1,08, p>0,05), КС (OR=1,45, p>0,05). Несмотря на то, что ДЭК встречается при ПЭ в постменопаузе в 2,4 раза чаще, порог статистической значимости по этому показателю также достигнут не был (OR=2,39, p>0,05).

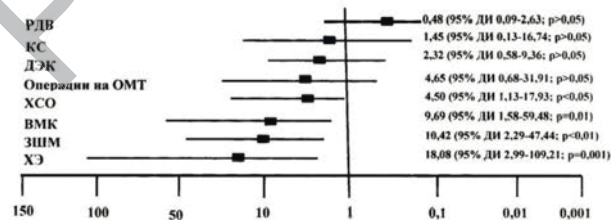


Рисунок 6 – ОР развития РЭ в постменопаузальном возрасте, связанных с гинекологическими заболеваниями, перенесенными операциями, внутриматочными вмешательствами

На рисунке 6 приведены значения ОР развития РЭ, связанных с перенесенными заболеваниями и оперативными вмешательствами у женщин постменопаузального возраста.

При анализе данных таблиц сопряженности (рис. 6) установлено, что у пациенток постменопаузального возраста независимым предиктором риска развития РЭ являются: ХЭ (OR=18,08, p=0,001; ИПВ=2,08); ЗШМ (OR=10,42, p<0,01; ИПВ=1,89); применение ВМК (OR=9,69, p=0,01; ИПВ=3,13); ХСО (OR=4,50, p<0,05; ИПВ=2,78).

Несмотря на то, что операции на ОМТ при РЭ в постменопаузе встречаются в 4,7 раза чаще, ДЭК – в 2,3 раза чаще, а КС – в 1,5 раза чаще, порог статистической значимости по данным показателям не достигнут (OR=4,65, p>0,05; OR=2,32, p>0,05; OR=1,45, p>0,05, соответственно). В этой группе мы также не нашли статистических различий относительно перенесенных РДВ (OR<1, p>0,05). Полученные данные, по видимости, связаны с малочисленным составом группы пациенток с РЭ в постменопаузе.

Из приведенных выше данных видно, что во всех возрастных группах при расчете ОР развития внутриматочной патологии не достигнут порог статистической значимости для операций на ОМТ и КС. Поэтому можно утверждать, что данные оперативные вмешательства не являются предрасполагающим фактором развития в дальнейшем внутриматочной патологии, даже при проникновении в полость матки при КС.

Из выделенных факторов риска у женщин репродуктивного возраста с ГПЭ чаще всего в анамнезе встречается ХЭ (OR=7,56, p=0,0009), РДВ (OR=6,70, p=0,0001) и применение ВМК (OR=6,70, p=0,0001). ОР выделенных факторов риска варьирует от 7,56 (ХЭ встречается в 7,6 раза чаще) до 2,49 (ДЭК встречается в 2,5 раза чаще). Тем не менее, самый высокий показатель ИПВ рассчитан для РДВ (2,86), ЗШМ (2,56) и ХСО (2,86), т.е. эти факторы встречаются у каждой второй-третьей женщины репродуктивного возраста с ГПЭ. Но несмотря на то, что у женщин репродуктивного возраста ДЭК встречается реже (OR=2,49, p=0,0391), ИПВ выше и составляет 5,26.

При стратификации факторов риска у женщин репродуктивного возраста с ПЭ выявлено, что чаще всего встречаются ЗШМ (OR=10,00, p<0,0001), применение ВМК (OR=7,66, p<0,05) и ХЭ (OR=6,40, p<0,05). ОР выделенных факторов варьировало от 10,00 (ЗШМ у женщин репродуктивного возраста с ПЭ встречается в 10 раз чаще) до 3,25 (ДЭК встречается в 3,3 раза чаще у пациенток с ПЭ в репродуктивном возрасте). В этой группе самый высокий ИПВ выявлен для ЗШМ (2,00), ХСО (2,70), ДЭК (3,85), а значит, они встречаются у каждой второй-третьей женщины репродуктивного возраста с ПЭ.

В пременопаузальном возрасте нами отмечены те же тенденции. У пациенток с ГПЭ в 18 раз чаще встречается применение ВМК (OR=17,93, p=0,0001), в 9 раз чаще – ХЭ (OR=9,13, p<0,05) и в 6,5 раза чаще – ДЭК (OR=6,50, p=0,001). ОР колеблется от 17,93 (применение ВМК) до 2,75 (РДВ). Самое высокое значение ИПВ рассчитано для ХСО (2,33), ЗШМ (2,38) и ДЭК (2,70). Соответственно, они встречаются у каждой второй-третьей женщины пременопаузального возраста с ГПЭ. ИПВ в этой возрастной группе для стратифицированных нами факторов риска не превышает 4,35 (РДВ).

Относительно предикторов риска ПЭ в пременопаузальном возрасте получены следующие результаты.

В анамнезе пациенток с ПЭ этой возрастной группы в 16 раз чаще встречается применение ВМК (ОР=16,  $p<0,01$ ), в 13 раз чаще – ХСО (ОР=12,72,  $p<0,0001$ ) и в 10 раз чаще – ЗШМ (ОР=10,16,  $p<0,0001$ ). Тем не менее, самый высокий показатель ИПВ рассчитан для ХСО (1,82), ЗШМ (1,89) и ХЭ (3,03). А самое высокое значение ИПВ в этой группе составило 4,35 (РДВ).

У пациенток постменопаузального возраста с ПЭ в 10 раз чаще в анамнезе встречаются ЗШМ (ОР=9,94,  $p<0,0001$ ) и в 5,5 раза чаще – ХЭ и применение ВМК (ОР=5,47,  $p<0,05$ ). Самое высокое значение ИПВ рассчитано для ЗШМ (1,92), которые встречаются у каждой первой-второй женщины постменопаузального возраста с ПЭ, ХСО (2,70), который наблюдается у каждой второй-третьей пациентки, и РДВ (4,35), которое встречается в анамнезе у каждой четвертой-пятой женщины постменопаузального возраста с ПЭ. Для стратифицированных нами факторов риска в этой возрастной группе ИПВ не превышает 5,00 (ХЭ, применение ВМК).

В качестве сравнения, для РЭ в постменопаузальном возрасте нами стратифицированы сходные факторы риска. ХЭ в анамнезе встречается в 18 раз чаще (ОР=18,08;  $p=0,001$ ), ЗШМ и применение ВМК – в 10 раз чаще (ОР=10,42,  $p<0,01$  и ОР=9,69,  $p=0,01$ , соответственно). Самый высокий ИПВ рассчитан для ЗШМ (1,89), которые встречаются в анамнезе у каждой первой-второй женщины с РЭ в постменопаузе, ХЭ (2,08) и ХСО (2,78), а, значит, эти заболевания выявляются в анамнезе у каждой второй-третьей пациентки с РЭ в постменопаузе. В этой группе ИПВ не превышает 3,13 (применение ВМК).

Обобщая изложенные выше данные, необходимо заключить, что во всех возрастных группах при ГПЭ и ПЭ независимыми предикторами риска являются ХЭ, ХСО, применение ВМК, ЗШМ и ДЭК, а также РДВ. А, значит, профилактикой развития внутриматочной патологии является своевременная санация очагов хронической инфекции, снижение необоснованных вну-

триматочных вмешательств и дифференцированный подход к использованию внутриматочной контрацепции, особенно у женщин репродуктивного возраста.

Выделение абсолютных и относительных критериев базируется на рассчитанных ИПВ. Во всех случаях величина ИПВ  $>1$ , а, соответственно, не составляет 100%. Поэтому все перечисленные оперативные вмешательства и заболевания являются относительными, а не абсолютными факторами риска развития внутриматочной патологии.

### Выводы

1. Определены относительные факторы риска развития ГПЭ в репродуктивном (ХЭ (ОР=7,56), РДВ (ОР=6,70), применение ВМК (ОР=5,70), ЗШМ (ОР=5,07), ХСО (ОР=4,36), ДЭК (ОР=2,49)) и пременопаузальном (применение ВМК (ОР=17,93), ХЭ (ОР=9,13), ДЭК (ОР=6,50), ХСО (ОР=6,36), ЗШМ (ОР=5,94), РДВ (ОР=2,75)) возрастных периодах.

2. Стратифицированы относительные факторы риска развития ПЭ в репродуктивном (ЗШМ (ОР=10,00), применение ВМК (ОР=7,66), ХЭ (ОР=6,40), ХСО (ОР=4,76), РДВ (ОР=3,75), ДЭК (ОР=3,25)); пременопаузальном (применение ВМК (ОР=16,00), ХСО (ОР=12,72), ЗШМ (ОР=10,16), ХЭ (ОР=9,33), ДЭК (ОР=6,50), РДВ (ОР=2,75)) и постменопаузальном (ЗШМ (ОР=9,94), ХЭ (ОР=5,47), применение ВМК (ОР=5,47), ХСО (ОР=4,57), РДВ (ОР=2,67)) возрастных периодах.

3. Относительными факторами риска развития РЭ в постменопаузе являются: ХЭ (ОР=18,08), ЗШМ (ОР=10,42), применение ВМК (ОР=9,69), ХСО (ОР=4,5), РДВ (ОР=2,67).

4. Профилактикой развития внутриматочной патологии является своевременная санация очагов хронической инфекции, снижение необоснованных внутриматочных вмешательств и дифференцированный подход к использованию внутриматочной контрацепции.

### Литература

1. Гиперпластические процессы эндометрия: анализ структуры и распространенности у женщин перименопаузального возраста / Л.В. Ткаченко [и др.] // Вестник ВолгГМУ. – 2012. – Вып. 2 (42). – С. 95-98.
2. Дубоссарская, З.М. Гиперплазия эндометрия (клиническая лекция) / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская // Жіночий Лікар. – 2009. – №5. – С. 22-27.
3. Кузнецова, И.В. Факторы риска гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе / И.В. Кузнецова, М.В. Якокутова, Р.А. Вельхьева // Проблемы репродукции. – 2006. – Специальный выпуск. – С. 118.
4. Нестеров, И.М. Иммунокорригирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы: практическое пособие для практикующих акушеров-гинекологов, студентов медицинских ВУЗов, врачей-интернов и клинических ординаторов / И.М. Нестеров, А.А. Тотолян. – СПб, 2007. – 56 с.
5. Романовский, О.Ю. Гиперпластические процессы эндометрия в репродуктивном периоде (обзор литературы) / О.Ю. Романовский // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 6. – С. 296-302.
6. Салов, И. А. Современные представления об этиологических факторах и факторах риска развития гиперпластических процессов эндометрия. Сообщение 2. Факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия / И.А. Салов, Н.П. Чеснокова, В.В. Курникова // Успехи

### Literatura

1. Giperplasticheskie protsessy endometriya: analiz struktury i rasprostranennosti u zhenschin perimenopauzalnogo vozrasta / L.V. Tkachenko [i dr.] // Vestnik VolgGMU. – 2012. – Vyip. 2 (42). – S. 95-98.
2. Dubossarskaya, Z.M. Giperplaziya endometriya (klinicheskaya lektsiya) / Z.M. Dubossarskaya, Yu.A. Dubossarskaya // ZhInochiy Likar. – 2009. – № 5. – S. 22-27.
3. Kuznetsova, I.V. Faktory riska giperplasticheskikh protsessov endometriya v premenopauze / I.V. Kuznetsova, M.V. Yakokutova, R.A. Velhieva // Problemy reproduksii. – 2006. – Spetsialnyiy vyipusk. – S. 118.
4. Nesterov, I.M. Immunokorrigiruyuschaya terapiya infektsionno-vospalitelnykh zabolovaniy zhenskoy polovoy sfery: prakticheskoe posobie dlya praktikuyuschih akusherov-ginekologov, studentov meditsinskih VUZov, vrachey-internov i klinicheskikh ordinatorov / I.M. Nesterov, A.A. Totolyan. – SPb, 2007. – 56 s.
5. Romanovskiy, O.Yu. Giperplasticheskie protsessy endometriya v reproduktivnom periode (obzor literatury) / O.Yu. Romanovskiy // Ginekologiya. – 2004. – T. 6, № 6. – S. 296-302.
6. Salov, I. A. Sovremennyye predstavleniya ob etiologicheskikh faktorah i faktorah riska razvitiya giperplasticheskikh protsessov endometriya. Soobschenie 2. Faktory riska razvitiya giperplasticheskikh protsessov endometriya / I. A. Salov, N. P. Chesnokova, V. V. Kurnikova

современного естествознания. – 2004. – № 3. – С. 14-16.

7. Сочетание гиперпластических процессов эндометрия с хроническим эндометритом / И. Фэн [и др.] // Здоров'я України. – 2012. – № 4. – С. 33.

8. Станоевич, И.В. Дискуссионные аспекты физиологии женской репродуктивной системы: медицинская и демографическая проблемы / И.В. Станоевич // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – №2. – С. 73-77.

9. Сухих, Г.Т. Хронический эндометрит / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. – М., 2010. – 64 с.

10. Тихомиров, А.Л. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов: методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания; под ред. В.Н. Серова. – Москва, 2005. – 52 с.

11. Трухачева, Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н.В. Трухачева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 384 с.

12. Чеснокова, Н.П. Факторы риска развития гиперпластических процессов и рака эндометрия / Н.П. Чеснокова, В.В. Курникова, Абу Шарах Имад // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://oncogram.ru/view\\_page.php?page=254&ID=0](http://oncogram.ru/view_page.php?page=254&ID=0). – Дата доступа: 21.04.14.

13. Absolute risk of endometrial carcinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia / J.V. Lasey [et al.] // J Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28, №5. – P. 788-792.

14. Complex atypical hyperplasia of the uterus: characteristics and prediction of underlying carcinoma risk / M.M. Leitao [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 203, №4. – P. 349.

15. Endometrial Thickness measurement for detecting endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis / A. Timmermans [et al.] // Obstetrics & Gynecology. – 2010. – Vol. 116, №1. – P. 160-167.

16. Risk and predictors of malignancy in women with endometrial polyps / S.L. Wethington [et al.] // Ann. Surg. Oncol. – 2011. – Vol. 18, №13. – P. 3819-3823.

17. Risk factors for developing endometrial cancer after benign endometrial sampling / M.L. Torrens [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 120, №5. – P. 998-1004.

18. Risk of malignancy in endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women according to clinicopathologic characteristics / L. Costa-Paiva [et al.] // Menopause. – 2011. – Vol. 18, №12. – P. 1278-1282.

// Uspehi sovremennogo estestvoznaniya. – 2004. – № 3. – S. 14-16.

7. Sochetanie giperplasticheskikh protsessov endometriya s hronicheskim endometritom / I. Fen [i dr.] // Zdorov'ya UkraYini. – 2012. – № 4. – S. 33.

8. Stanoevich, I.V. Diskussionnyye aspekty fiziologii zhenskoy reproduktivnoy sistemy: meditsinskaya i demograficheskaya problemy / I.V. Stanoevich // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. – 2012. – № 2. – S. 73-77.

9. Suhih, G.T. Hronicheskiy endometrit / G.T. Suhih, A.V. Shurshalina. – M., 2010. – 64 s.

10. Tihomirov, A.L. Sovremennyye printsipy profilaktiki i lecheniya vospalitelnykh zabolovaniy zhenskiy polovyih organov: metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey akusherov-ginekologov / A.L. Tihomirov, S.I. Sarsaniya; pod red. V.N. Serova. – Moskva, 2005. – 52 s.

11. Truhacheva, N.V. Matematicheskaya statistika v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s primeneniem paketa Statistica / N.V. Truhacheva. – Moskva: GEOTAR-Media, 2012. – 384 s.

12. Chesnokova, N. P. Faktoryi riska razvitiya giperplasticheskikh prtsessov i raka endometriya / N. P. Chesnokova, V. V. Kurnikova, Abu Sharah Imad // [Elektronnyiy resurs]. – Rezhim dostupa: [http://oncogram.ru/view\\_page.php?page=254&ID=0](http://oncogram.ru/view_page.php?page=254&ID=0). – Data dostupa: 21.04.14.

13. Absolute risk of endometrial carcinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia / J.V. Lasey [et al.] // J Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28, №5. – P. 788-792.

14. Complex atypical hyperplasia of the uterus: characteristics and prediction of underlying carcinoma risk / M.M. Leitao [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 203, №4. – P. 349.

15. Endometrial Thickness measurement for detecting endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis / A. Timmermans [et al.] // Obstetrics & Gynecology. – 2010. – Vol. 116, №1. – P. 160-167.

16. Risk and predictors of malignancy in women with endometrial polyps / S.L. Wethington [et al.] // Ann. Surg. Oncol. – 2011. – Vol. 18, № 13. – P. 3819-3823.

17. Risk factors for developing endometrial cancer after benign endometrial sampling / M.L. Torrens [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2012. – Vol. 120, № 5. – P. 998-1004.

18. Risk of malignancy in endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women according to clinicopathologic characteristics / L. Costa-Paiva [et al.] // Menopause. – 2011. – Vol. 18, № 12. – P. 1278-1282.

## RISK FACTORS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND ENDOMETRIAL POLYPS IN DIFFERENT AGE PERIODS

Lysenko O.V.

Educational Establishment "Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University", Vitebsk, Belarus

*Purpose: to stratify independent risk predictors of endometrial polyps and hyperplasia in different age periods and to offer prevention activities. The study included 351 women. Results. Relative risk factors of endometrial pathology are chronic endometritis, the use of IUDs, cervical disease, electrosurgical methods of treatment of cervical diseases, chronic adnexitis, separate diagnostic curettage; preventive measures should be aimed at the sanitation of chronic infection foci, reducing the number of unnecessary intrauterine insertion and differentiated approach to the use of intrauterine contraception.*

**Key words:** hyperplasia, polyp, endometrium, risk factors.

Адрес для корреспонденции: e-mail: [lysenko\\_o\\_v@mail.ru](mailto:lysenko_o_v@mail.ru)

Поступила 14.05.2014