

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-04

УДК: 618.145-007.61-06:618.145-006.6]-047.44

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРОСТОЇ ТА КОМПЛЕКСНОЇ НЕАТИПОВОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ

Бикова Н. А.

Одеський національний медичний університет (Валіховський провул., 2, м. Одеса, Україна, 65000)

Відповідальний за листування:
e-mail: natalia_bykova@ukr.net

Статтю отримано 03 вересня 2020 р.; прийнято до друку 13 жовтня 2020 р.

Анотація. Мета - визначити та оцінити найбільш значущі фактори ризику розвитку простої неатипової гіперплазії ендометрія (ПНГЕ) та комплексної неатипової гіперплазії ендометрія (КНГЕ) у жінок різних вікових груп. Ретроспективно проаналізовані анамнестичні дані 58 історій хвороб пацієнток з ПНГЕ, 35 історій хвороб хворих на КНГЕ та дані 30 жінок контрольної групи, що дало можливість виявити фактори ризику розвитку гіперпроліферативних процесів ендометрія (ГПЕ) для дослідження, статистична значущість яких у подальшому була оцінена за допомогою обчислення відношення шансів (ВШ). Головною ознакою, асоційованою із ризиком розвитку ПНГЕ, є спадковість - ВШ=49,73 (95% ДІ 2,90-852,32). Значно збільшується ризик розвитку ПНГЕ при наявності захворювань щитовидної залози (ЗЩЗ) - ВШ=34,97 (95% ДІ 2,03-601,20). Третім у ієрархічній послідовності є фактор - синдром полікістозних яєчників; показник ВШ=25,72 (95% ДІ 1,488-444,59). Верхівку ієрархічної структури в групі пацієнток з КНГЕ займає спадковість. ВШ становить 80,67 (95% ДІ 4,56-1424,76). Висока ймовірність розвитку КНГЕ також відмічається для жінок віком старше 50 років (ВШ=32,44 (95% ДІ 1,82-576,56)). На третьому місці - наявність ЗЩЗ, що значно підвищує ризик розвитку КНГЕ; ВШ=28,63 (95% ДІ 1,60-510,56). Виявлення статистично значущих факторів ризику розвитку ГПЕ допоможе визначити серед населення жінок групи ризику, проводити серед них профілактичні заходи (корекцію в способі життя, лікування супутньої патології) і тим самим намагатися знизити захворюваність на ГПЕ.

Ключові слова: фактори ризику, проста неатипова гіперплазія ендометрія, комплексна неатипова гіперплазія ендометрія, діагностика.

Вступ

Гіперпроліферативні процеси ендометрія (ГПЕ) - патологія жіночої репродуктивної системи, що зустрічається у пацієнток різних вікових груп [2, 3, 5]. В останні десятиліття у світі спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих та частоти малигнізації ГПЕ, що пов'язують із збільшенням числа жінок, які страждають на нейроендокринну патологію, з ростом числа хронічної соматичної патології, зниженням імунітету та несприятливими умовами навколишнього середовища [2, 3, 6]. У літературі описано, що ГПЕ можуть розвиватися на тлі хронічного ендометриту та часто поєднуються з міомою матки, аденоміозом, що також носять проліферативний характер [7, 9].

Не слабшає інтерес до вивчення проблеми ГПЕ у зв'язку з неукліним ростом кількості хворих на гіперплазію та рак ендометрія, тенденцією до онкотрансформації та схильністю до рецидивування [4, 5, 7, 8]. У 70% випадків рак ендометрія розвивається на тлі ГПЕ, і в 30-79% протягом 1-3 років атипова гіперплазія ендометрія перероджується в рак [1, 9]. За даними Національного Канцер-Реєстру України за 2019 рік у структурі онкологічних захворювань серед жінок захворюваність на рак тіла матки (Код МКХ-10 - C54) посідає 3-є місце і 1-ше місце серед злоякісних новоутворень генітальної локалізації [8]. У жінок репродуктивного, перименопаузального віку ризик розвитку ГПЕ підвищується при наявності супутніх гінекологічних або екстрагенітальних захворювань, факторів ризику, що призводять

до підвищення рівня естрогенів у циркулюючій крові і, як наслідок, до естрогенової стимуляції ендометрія [2, 3, 9]. За даними інших дослідників розвиток ГПЕ пов'язаний із порушенням молекулярно-генетичних механізмів [1, 10].

Мета - визначити та оцінити найбільш значущі фактори ризику розвитку простої неатипової гіперплазії ендометрія (ПНГЕ) та комплексної неатипової гіперплазії ендометрія (КНГЕ) у жінок різних вікових груп.

Матеріали та методи

Дослідження включало ретроспективний аналіз історій хвороб 58 пацієнток з морфологічно верифікованим діагнозом ПНГЕ та 35 жінок з підтвердженим діагнозом КНГЕ. Вік хворих 29-67 років. Групу контролю склали жінки (n=30) віком від 21 до 42 років без патології ендометрія в анамнезі та на момент обстеження. Дослідження проведено на базі Багато профільного медичного центру Університетська клініка ОНМедУ, де жінки зверталися ургентно або планово для проведення оперативного лікування з попереднім діагнозом ГПЕ, що був підтверджений при проведенні УЗД органів малого таза та за результатами морфологічного дослідження тканини ендометрія після оперативного втручання (гістероскопія з прицільною біопсією/холодний кюретаж ендометрія або фракційне діагностичне вишкрібання слизової порожнини матки залежно від клінічної ситуації) у період 2014-2017 рр. Пацієнтки були обсте-

жені у повному обсязі (загально-клінічне обстеження, що включало збір скарг та анамнезу захворювання, анамнезу життя, об'єктивне обстеження за системами органів, спеціальне гінекологічне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження).

Проведений нами аналіз anamnesis morbi та anamnesis vitae пацієнок з ПНГЕ та КНГЕ допоміг виявити фактори ризику розвитку ГПЕ для дослідження, статистична значущість яких у подальшому була оцінена за допомогою обчислення відношення шансів (ВШ). Фактори ризику, які були відібрані: вік старше 50 років, раннє менархе, пізня менопауза, безпліддя, ожиріння, цукровий діабет, склерополікістоз яєчників (СПКЯ), неполипозний колоректальний рак (НКР), запальні захворювання геніталій (ЗЗГ), захворювання щитовидної залози (ЗЩЗ), артеріальна гіпертензія (АГ), спадковість та генетична схильність, захворювання гепато-біліарної системи (ЗГБС).

Статистична обробка отриманих результатів: визначення ВШ розраховувалися програмою MedCalc 14.8.1. Середні вибіркові значення кількісних ознак наведені в тексті у вигляді $M \pm m$, де M - середнє вибіркове, m - помилка середнього. Частки (відсотки), ВШ представлені з 95% довірчими інтервалами (ДІ). У всіх процедурах статистичного аналізу при перевірці нульових гіпотез критичний рівень значущості p приймався рівним 0,05.

Результати. Обговорення

Проведено ретроспективний аналіз 58 історій хвороб пацієнок із ПНГЕ, 35 історій хвороб обстежених з КНГЕ та 30 - жінок без гінекологічної патології з метою визначення та оцінки факторів ризику розвитку простої та комплексної неатипової гіперплазії ендометрія.

Отримані результати обчислення ВШ анамнестичних даних пацієнок із ПНГЕ можна відобразити умовно у вигляді ієрархічної структури (табл. 1 та рис. 1) у послідовності від тих, що часто зустрічаються до тих, що нечасто виявляються. Головною ознакою, асоційованою із ризиком розвитку ПНГЕ, є спадковість - ВШ=49,73 (95% ДІ 2,90-852,32). Значно збільшується ризик розвитку ПНГЕ при наявності ЗЩЗ - ВШ=34,97 (95% ДІ 2,03-601,20). Цей фактор займає друге місце в ієрархічній структурі розвитку ПНГЕ. На третьому місці розташований фактор СПКЯ. У пацієнок із СПКЯ показник ВШ=25,72 (95% ДІ 1,488-444,59), що свідчить також про значну пов'язаність із розвитком ПНГЕ. Вік старше 50 років та безплідність також є статистично значущими факторами ризику з однаковим рівнем ймовірності розвитку ПНГЕ, де ВШ=16,39 (95% ДІ 0,93-287,30) у порівнянні з фактором раннього менархе, при якому показник ВШ був дещо нижчим - 15,26 (95% ДІ 1,93-120,44). Ймовірний ризик розвитку ПНГЕ також існує при наявності цукрового діабету - ВШ=13,20 (95% ДІ 0,74-33,62). ВШ для хворих з АГ дорівнює 7,36 (95% ДІ 1,59-34,14), у той час як ризик розвитку ПНГЕ у пацієнок із ЗЗГ скла-

Таблиця 1. Результати аналізу розрахунку факторів ризику розвитку ПНГЕ шляхом визначення ВШ.

Показник	Відношення шансів	95% ДІ
Вік старше 50 років	16,39	0,93-287,30
Раннє менархе	15,26	1,93-120,44
Пізня менопауза	1,27	0,43-3,74
Безпліддя ГГ	16,39	0,93-287,30
Ожиріння	5,33	1,13-25,02
Цукровий діабет	13,20	0,74-233,62
СПКЯ	25,72	1,48-444,59
НКР	3,84	0,19-76,95
ЗЗГ	5,80	1,24-27,13
ЗЩЗ	34,97	2,03-601,20
АГ	7,36	1,59-34,14
Спадковість	49,73	2,90-852,32
ЗГБС	1,74	0,56-5,37

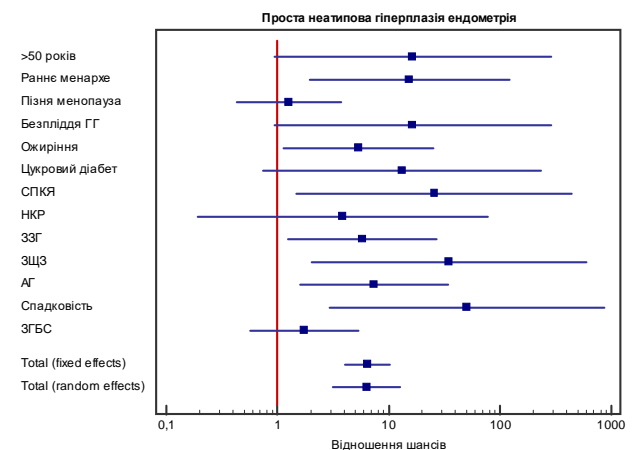


Рис. 1. Графічне відображення результатів розрахунку факторів ризику розвитку ПНГЕ шляхом обчислення ВШ.

дає 5,80 (95% ДІ 1,24-27,13), з ожирінням всього ВШ=5,33 (95% ДІ 1,137-25,02).

Статистично не значущими факторами ризику у цій групі дослідження виявлено - НКР (ВШ=384 (95% ДІ 0,433-3,74), ЗГБС - 1,74 (95% ДІ 0,56-5,37) та пізня менопауза - 1,27 (95% ДІ 0,43-3,74).

Наступною задачею нашої роботи було проведення статистичного аналізу отриманих результатів за допомогою методу обчислення ВШ для розрахунку ризику розвитку КНГЕ.

Верхівку ієрархічної структури в цій групі, як і в попередній, займає спадковість. Шанс розвитку КНГЕ при наявності фактору спадковості найвищий, ВШ складає 80,67 (95% ДІ 4,56-1424,76). Висока ймовірність розвитку КНГЕ також відмічається для жінок віком старше 50 років (ВШ=32,44 (95% ДІ 1,82-576,56)). Цей фактор ризику визначається на другому місці ієрархічної структури. На третьому місці - наявність ЗЩЗ, що значно підвищує ризик розвитку КНГЕ, ВШ дорівнює 28,63 (95% ДІ

Таблиця 2. Результати аналізу розрахунку факторів ризику розвитку КНГЕ шляхом визначення ВШ.

Показник	Відношення шансів	95% ДІ
Вік старше 50 років	32,44	1,82-576,56
Раннє менархе	24,42	2,98-199,72
Пізня менопауза	1,83	0,58-5,75
Безпліддя ГГ	16,05	0,87-294,07
Ожиріння	7,30	1,48-36,01
Цукровий діабет	11	0,58-207,72
СПКЯ	11	0,58-207,72
НКР	4,55	0,21-98,63
ЗЗГ	6,41	1,29-31,85
ЗЩЗ	28,63	1,60-510,56
АГ	9,33	1,91-45,58
Спадковість	80,67	4,56-1424,76
ЗГБС	3,33	1,03-10,78

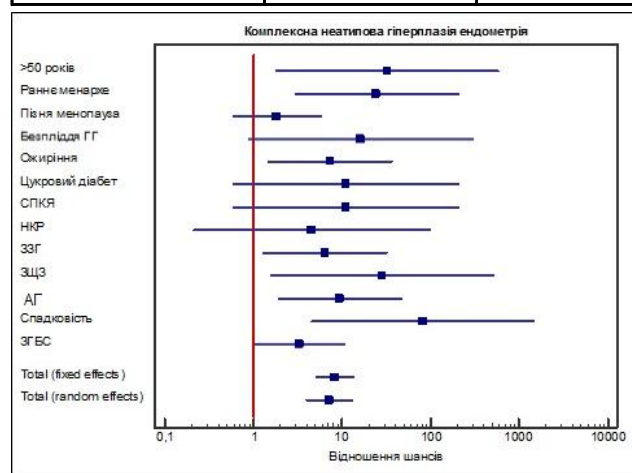


Рис. 2. Графічне відображення результатів розрахунку факторів ризику розвитку КНГЕ шляхом обчислення ВШ.

1,60-510,56). Наступним за послідовністю фактором ризику виявлено раннє менархе, де ВШ складає 24,42 (95% ДІ 2,98-199,72). Значно нижчий результат розрахунку ВШ виявлено для фактору безпліддя (ВШ=16,05 (95% ДІ 0,87-294,07)). Ризик розвитку КНГЕ при наявності цукрового діабету чи СПКЯ - з ВШ=11 (95% ДІ 0,58-207,72). Розрахунки показали, що ризик розвитку КНГЕ при наявності АГ дорівнює ВШ=9,33 (95% ДІ 1,91-45,58), а при ЗЗГ - ВШ=6,41 (95% ДІ 1,29-31,85). При розрахунку ВШ для НКР виявлено, що шанс розвитку КНГЕ складає 4,55 (95% ДІ 0,21-98,63), для ЗГБС - ВШ=3,33 (95% ДІ 1,03-10,78). Найнижчий результат виявлено у жінок з пізньою мено-

паузою, де ВШ дорівнює 1,83 (95% ДІ 0,58-5,75).

Статистична обробка показників дослідження групи КПГЕ відрізняється від отриманих результатів дослідження у групі з ПНГЕ (табл. 2, рис. 2) і свідчить про те, що фактори такі фактори як пізня менопауза, безпліддя, цукровий діабет, СПКЯ, НКР не є статистично значущими для розвитку КНГЕ.

Дослідження в контрольній групі відповідали середньостатистичним нормам.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отримані результати статистичної обробки даних свідчать, що не всі відібрані фактори для аналізу є статистично значущими для розвитку ПНГЕ. Головною ознакою, асоційованою із ризиком розвитку ПНГЕ, є спадковість - ВШ=49,73 (95% ДІ 2,90-852,32). Значно збільшується ризик розвитку ПНГЕ при наявності ЗЩЗ - ВШ=34,97 (95% ДІ 2,03-601,20); цей фактор займає друге місце у ієрархічній структурі розвитку ПНГЕ. Третім у ієрархічній послідовності є фактор СПКЯ; показник ВШ=25,72 (95% ДІ 1,488-444,59), що свідчить також про значну пов'язаність СПКЯ із розвитком ПНГЕ. Статистично не значущими факторами ризику у цій групі дослідження виявлено - НКР (ВШ=384 (95% ДІ 0,433-3,74), ЗГБС - 1,74 (95% ДІ 0,56-5,37) та пізня менопауза - 1,27 (95% ДІ 0,43-3,74).

2. Верхівку ієрархічної структури за результатами обчислення ВШ у групі пацієнток з КНГЕ займає спадковість. Шанс розвитку КНГЕ при наявності фактору спадковості найвищий, ВШ становить 80,67 (95% ДІ 4,56-1424,76). Висока ймовірність розвитку КНГЕ також відмічається для жінок віком старше 50 років (ВШ=32,44 (95% ДІ 1,82-576,56)). Цей фактор ризику визначається на другому місці ієрархічної структури. На третьому місці - наявність ЗЩЗ, що значно підвищує ризик розвитку КНГЕ; ВШ дорівнює 28,63 (95% ДІ 1,60-510,56). Статистично не значущими факторами ризику розвитку КНГЕ є: пізня менопауза - ВШ=1,83 (95% ДІ 0,58-5,75), безпліддя - ВШ=16,05 (95% ДІ 0,87-294,07), цукровий діабет та СПКЯ - ВШ=11 (95% ДІ 0,58-207,72), НКР - ВШ=4,55 (95% ДІ 0,21-98,63).

Виявлення статистично значущих факторів ризику розвитку гіперпроліферативних процесів ендометрія допоможе визначити серед населення жінок групи ризику, проводити серед них профілактичні заходи (корекцію в способі життя, лікування супутньої патології) і тим самим намагатися знизити захворюваність на гіперпроліферативні процеси ендометрія.

Список посилань

1. Власов, Р. С. (2011). *Клиническое значение метилирования генов-супрессоров опухолевого роста при патологических процессах эндометрия у женщин репродуктивного возраста*. (Дис. канд. мед. наук). Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва. Взято с [http://medical-diss.com/medicina/klinicheskoe-znachenie-metilirovaniya-genov-](http://medical-diss.com/medicina/klinicheskoe-znachenie-metilirovaniya-genov-supressorov-opuholevogo-rosta-pri-patologicheskikh-protsessah-endometriya-u-zh)

[supressorov-opuholevogo-rosta-pri-patologicheskikh-protsessah-endometriya-u-zh](http://medical-diss.com/medicina/klinicheskoe-znachenie-metilirovaniya-genov-supressorov-opuholevogo-rosta-pri-patologicheskikh-protsessah-endometriya-u-zh)

2. Вовк, И. Б., Горбань, Н. Е., & Борисюк, О. Ю. (2016). Гиперплазия эндометрия (клиническая лекция). *Здоровье женщины*, 5, 10-18. Взято с http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2016_5_3

3. Корниенко, С. М. (2017). Гиперпластические процессы эндометрия у женщин в позднем репродуктивном и перименопаузальном периоде: что влияет на рецидивы. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 2, 39-47. Взято с http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_2_9
4. Татарчук, Т. Ф., & Калугина, Л. В. (2012). К вопросу о лечении гиперплазии эндометрия. *Репродуктивная эндокринология*, 4, 88-92. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2012.4.88-93>
5. Татарчук, Т. Ф., Калугина, Л. В., & Тутченко, Т. Н. (2015). Гиперпластические процессы эндометрия: что нового? *Репродуктивная эндокринология*, 5 (25), 7-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2015.25.7-13>
6. Ткаченко, Л. В., & Свиридова, Н. И. (2013). Прогностические факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузальном периоде. *Волгоградский научно-медицинский журнал*, 4, 43-47. Взято с <https://cyberleninka.ru/article/n/prognosticheskie-factory-riska-razvitiya-giperplasticheskikh-protsesov-endometriya-v-perimenopauzalnom-periodе>
7. Унанян, А. Л., Сидорова, И. С., Коган, Е. А., & Бабури, Д. В. (2018). Клинико-патогенетические особенности гиперпластических процессов эндометрия у женщин перименопаузального возраста. *РМЖ "Медицинское обозрение"*, 1 (1), 67-71. Взято с https://www.rusmedreview.com/articles/ginekologiya/Kliniko-patogeneticheskie_osobennosti_giperplasticheskikh_processov_endometriya_ughenshin_perimenopauzalnogo_vozrasta/
8. Федоренко, З. П., Гулак, Л. О., Михайлович, Ю. Й., Горох, Є. Л., Рижов, А. Ю, Сумкина, О. В., & Куценко, Л. Б. (2020). Рак в Україні, 2018-2019: захворюванність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень нац. канцер-реєстру України*, 21. Взято з http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm
9. Clark, T. J., Neelakantan, D., & Gupta, J. K. (2006). The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 125 (2), 259-264. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.09.004
10. Senechal, C., Cottereau, E., de Pauw, A., Elan, C., Dagousset, I., & Fourchette, V. (2015). Environmental and genetic risk factors for endometrial carcinoma. *Bull Cancer*, 102 (3), 256-69. doi: 10.1016/j.bulcan.2015.01.006
11. Trimble, C. L., Method, M., Leitao, M., Lu, K., Ioffe, O., Hampton, M., ... & Mutter, G. L. (2012). Management of endometrial precancers. *Obstet. Gynecol.*, 120 (5), 1160-1175. doi: 10.1097/aog.0b013e31826bb121
- health, 5, 10-18. Vzyato s http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2016_5_3
3. Kornienko, S. M. (2017). Giperplasticheskie protsessy endometriya u jenschin v pozdnem reproduktivnom i premenopauzalnom periode: chto vliyaet na retsidivy [Hyperplastic processes of the endometrium in women in the late reproductive and premenopausal period: what affects relapses]. *Visnyk socialnoi gigieny ta organizacii ohorony zdorovya Ukrainy - Bulletin of social hygiene and health care organization of Ukraine*, 2, 39-47. Vzyato s http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_2_9
4. Tatarchuk, T. F., & Kalugina, L. V. (2012). K voprosu o lechenii giperplazii endometriya [On the treatment of endometrial hyperplasia]. *Reproduktivnaya endokrinologiya - Reproductive endocrinology*, 4, 88-92. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2012.4.88-93>
5. Tatarchuk, T. F., Kalugina, L. V., & Tutchenko, T. N. (2015). Giperplasticheskie protsessy endometriya: chto novogo? [Endometrial hyperplastic processes: what's new?]. *Reproduktivnaya endokrinologiya - Reproductive endocrinology*, 5 (25), 7-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2015.25.7-13>
6. Tkachenko, L. V., & Sviridova, N. I. (2013). Prognosticheskie faktory riska razvitiya giperplasticheskikh protsesov endometriya v perimenopauzalnom periode [Predictive risk factors for the development of endometrial hyperplastic processes in the perimenopausal period]. *Volgogradskiy nauchno-meditsinskiy jurnal - Volgograd Medical Scientific Journal*, 4, 43-47. Vzyato s <https://cyberleninka.ru/article/n/prognosticheskie-factory-riska-razvitiya-giperplasticheskikh-protsesov-endometriya-v-perimenopauzalnom-periodе>
7. Unanyan, A. L., Sidorova, I. S., Kogan, E. A., & Baburin, D. V. (2018). Kliniko-patogeneticheskie osobennosti giperplasticheskikh protsesov endometriya u jenschin perimenopauzalnogo vozrasta [Clinical and pathogenetic features of endometrial hyperplastic processes in women of perimenopausal age]. *RMJ "Meditsinskoe obozrenie" - RMJ "Medical Review"*, 1 (1), 67-71. Vzyato s https://www.rusmedreview.com/articles/ginekologiya/Kliniko-patogeneticheskie_osobennosti_giperplasticheskikh_processov_endometriya_ughenshin_perimenopauzalnogo_vozrasta/
8. Fedorenko, Z. P., Hulak, L. O., Mykhailovych, Yu. Y., Horokh, Ye. L., Ryzhov, A. Yu, Sumkina, O. V., & Kutsenko, L. B. (2020). Rak v Ukraini, 2018-2019: zakhvoriuvanist, smertnist, pokaznyky diialnosti onkologichnoi sluzhby [Cancer in Ukraine, 2018-2019: morbidity, mortality, indicators of oncology service activity]. *Biuletен nats. kantser-reiestru Ukrainy - Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine*, 21. Vziato z http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_21/index.htm
9. Clark, T. J., Neelakantan, D., & Gupta, J. K. (2006). The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 125 (2), 259-264. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.09.004
10. Senechal, C., Cottereau, E., de Pauw, A., Elan, C., Dagousset, I., & Fourchette, V. (2015). Environmental and genetic risk factors for endometrial carcinoma. *Bull Cancer*, 102 (3), 256-69. doi: 10.1016/j.bulcan.2015.01.006
11. Trimble, C. L., Method, M., Leitao, M., Lu, K., Ioffe, O., Hampton, M., ... & Mutter, G. L. (2012). Management of endometrial precancers. *Obstet. Gynecol.*, 120 (5), 1160-1175. doi: 10.1097/aog.0b013e31826bb121

References

1. Vlasov, R. S. (2011). *Klinicheskoe znachenie metilirovaniya genov-supressorov opuholevogo rosta pri patologicheskikh protsessah endometriya u jenschin reproduktivnogo vozrasta [Clinical significance of methylation of tumor suppressor genes in pathological processes of the endometrium in women of reproductive age]*. (Dis. kand. med. nauk). Perviyy MGMI im. I.M. Sechenova, Moskva. Vzyato s <http://medical-diss.com/medicina/klinicheskoe-znachenie-metilirovaniya-genov-supressorov-opuholevogo-rosta-pri-patologicheskikh-protsessah-endometriya-u-zh>
2. Vovk, I. B., Gorban, N. E., & Borisyuk, O. YU. (2016). Giperplaziya endometriya (klinicheskaya lektsiya) [Endometrial hyperplasia (clinical lecture)]. *Zdorove jenshiny - Women's*

ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF SIMPLE AND COMPLEX NON-ATYPICAL ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

Bykova N. A.

Annotation. Goal - to identify and assess the most significant risk factors for the development of simple non-atypical endometrial hyperplasia (SNAEH) and complex non-atypical endometrial hyperplasia (CNAEH) in women. Retrospective analysis of anamnestic

data of 58 case histories of patients with SNAEH, 35 case histories of patients with CNAEH and data of 30 women of the control group, which allowed to identify risk factors for hyperproliferative processes of the endometrium (HPE) for research, the statistical significance of which was further assessed by calculating odds ratio (OR). The main feature associated with the risk of SNAEH is heredity - OR = 49.73 (95% CI 2.90-852.32). Significantly increases the risk of developing SNAEH in the presence of thyroid gland lesion (TGL) - OR = 34.97 (95% CI 2.03-601.20). The third in the hierarchical sequence is the polycystic ovary syndrome factor; OR = 25.72 (95% CI 1.488-444.59). Heredity occupies the top of the hierarchical structure in the group of patients with CNAEH. OR is 80.67 (95% CI 4.56-1424.76). A high probability of developing CNAEH is also observed for women over the age of 50 (OR = 32.44 (95% CI 1.82-576.56). In third place - the presence of TGL, which significantly increases the risk of developing CNAEH; OR = 28.63 (95% CI 1.60-510.56) Identification of statistically significant risk factors for the development of HPE will help to identify risk groups among the population, to carry out preventive measures among them (lifestyle adjustments, treatment of concomitant diseases) and decrease the incidence of the HPE.

Keywords: risk factors, simple non-atypical endometrial hyperplasia, complex non-atypical endometrial hyperplasia, diagnosis.
