

# Тактика ведення жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія на фоні надмірної маси тіла

А.О. Семенюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** зниження частоти рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з надмірною масою тіла на основі удосконалення та впровадження алгоритму лікувально-профілактичних та прогностичних заходів.

**Матеріали та методи.** Проведені дослідження носили поетапний характер. Так, на I етапі було проведено аналіз клініко-анамнестичних, гормональних і метаболічних особливостей пацієнток репродуктивного віку з надмірною масою тіла та гіперпластичними процесами ендометрія – 1-а група (n=90), пацієнтки з надмірною масою тіла, але без гіперпластичних процесів ендометрія включено до 2-ї групи (n=60).

На II етапі було проведено прогресивне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії гіперпластичних процесів ендометрія у 90 жінок репродуктивного віку з надмірною масою тіла (1-а група) агоністом гонадотропін-рилізінг-гормону (підгрупа 1.1, n=30), прогестином (підгрупа 1.2, n=30), естроген-гестагеним препаратом (підгрупа 1.3, n=30).

На III етапі було виявлено фактори ризику неефективності лікування і рецидивного перебігу гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з ожирінням. Метод покрокового дискримінантного аналізу (n=90): пацієнтки з рецидивуючим перебігом гіперпластичних процесів ендометрія (3-я група, n=40), пацієнтки без рецидиву гіперпластичних процесів ендометрія (4-а група, n=50).

**Результати.** Під час порівняльного оцінювання ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія у жінок із надмірною масою тіла було встановлено, що частота рецидивів через 24 міс спостерігається у 6,7% пацієнток після терапії а-GRG, у 46,7% хворих, що отримували норетистерон, у 63,3% жінок, що вживала комбіновані оральні контрацептиви. Рівень вимушеного оперативного лікування (гістеректомія) становить 3,3% у жінок, які отримували а-GRG та 23,3% – у жінок, які вживали норетистерон та комбіновані оральні контрацептиви.

**Заключення.** У жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія та надмірною масою тіла для лікування найбільш ефективним і безпечним щодо дії на метаболічні процеси і гормональний статус є застосування а-GRG. Використання норетистерону і комбінованих оральних контрацептивів можливо за відсутності виявлених чинників ризику.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, надмірна маса тіла, рецидиви.

## Tactic of conduct of women of genesial age with the hyperplastic processes of endometrium on background surplus mass of body

А.О. Semenyuk

**The objective:** decline of frequency of relapses of hyperplastic processes of endometrium for the women of genesial age with surplus mass of body on the basis of improvement and introduction of algorithm of treatment-and-prophylactis and prognostic measures.

**Materials and methods.** The conducted researches carried stage-by-stage character. So, on I stage the analysis of clinical-anamnestic, hormonal and metabolic features of patients of genesial age with surplus mass of body and hyperplastic processes of endometrium is a 1 group (n=90), patients with surplus mass of body, but without the hyperplastic processes of endometrium – 2 group (n=60).

On II stage progressive, randomized, opened, comparative research of efficiency of hormonotherapy of hyperplastic processes of endometrium was conducted in 90 women of genesial age with surplus mass of body (1 group) by the agonist of gonadotropin-releasing hormone (sub-group of 1.1, n=30), progestine (sub-group of 1.2, n=30), by estrogen-gestagenic preparation (sub-group of 1.3, n=30) and means that it is powerful enough.

On III stage were found out the factors of risk of uneffectiveness of treatment and recurrent flow of hyperplastic processes of endometrium for the women of genesial age with obesity. Method of incremental discriminant analysis (n=90): patients with recurrent motion of hyperplastic processes of endometrium (3 group of, n=40), patients without the relapse of hyperplastic processes of endometrium (4 group of, n=50).

**Results.** At the comparative estimation of efficiency of treatment of hyperplastic processes of endometrium for women it was set with surplus mass of body, that frequency of relapses in 24 months takes place for 6,7% patients after therapy of a-GRG, at 46,7% patients which got norethisterone, and for 63,3% women, treated the combined oral contraceptives. A level of the forced operative treatment (hysterectomy) is 3,3% for women which got a-GRG and 23,3%, – norethisterone and combined oral contraceptives.

**Conclusion.** For the women of genesial age with the hyperplastic processes of endometrium and surplus mass of body for treatment most effective and safe in relation to operating there is application of a-GRG on metabolic processes and hormonal status. The use of norethisterone and combined oral contraceptives is possibly in default of found out the factors of risk.

**Keywords:** hyperplastic processes of endometrium, surplus mass of body, relapses.

## Тактика ведения женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне избыточной массы тела

А.А. Семенюк

**Цель исследования:** снижение частоты рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста с избыточной массой тела на основе усовершенствования и внедрения алгоритма лечебно-профилактических и прогностических мероприятий.

**Материалы и методы.** Проведенные исследования носили поэтапный характер. Так, на I этапе был проведен анализ клинико-анамнестических, гормональных и метаболіческих особенностей пациенток репродуктивного возраста с избыточной массой тела и гиперпластическими процессами эндометрия – 1-я группа (n=90), пациентки с избыточной массой тела, но без гиперпластических процессов эндометрия вошли во 2-ю группу (n=60).

На II етапі було проведено прогресивне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії гіперпластических процесів ендометрія у 90 жінок репродуктивного віку з избыточною масою тіла (1-я група) агоністом гонадотропін-рилізінг-гормона (підгрупа 1.1, n=30), прогестином (підгрупа 1.2, n=30), естроген-гестагеним препаратом (підгрупа 1.3, n=30).

На III етапі були виявлені фактори ризику неефективності лікування та рецидивного перебігу гіперпластических процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з ожирінням. Метод поетапного дискримінантного аналізу (n=90): пацієнтки з рецидивуючим ходом гіперпластических процесів ендометрія (3-я група, n=40), пацієнтки без рецидиву гіперпластических процесів ендометрія (4-я група, n=50).

**Результати.** При порівняльній оцінці ефективності лікування гіперпластических процесів ендометрія у жінок з избыточною масою тіла було встановлено, що частота рецидивів через 24 міс. становить у 6,7% пацієнток після терапії а-GRG, у 46,7% жінок, які отримували норетистерон, і у 63,3% жінок, лікованих комбінованими оральними контрацептивами. Рівень вимушеного оперативного лікування (гістеректомія) становить 3,3% у жінок, які отримували а-GRG і 23,3% – у пацієнток, які отримували норетистерон і комбіновані оральні контрацептиви.

**Заключення.** У жінок репродуктивного віку з гіперпластическими процесами ендометрія та избыточною масою тіла для лікування найбільш ефективною та безпечною відносно дії на метаболічні процеси та гормональний статус є терапія а-GRG. Використання норетистерона та комбінованих оральних контрацептивів можливо при відсутності виявлених факторів ризику.

**Ключові слова:** гіперпластическі процеси ендометрія, избыточна маса тіла, рецидиви.

Основна гінекологічна патологія в репродуктивний період – гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) [2, 3]. Основними причинами розвитку різних варіантів ГПЕ є високий рівень дисгормональних порушень, значна частота запальних змін органів малого таза, несприятливий вплив екологічних чинників, істотний рівень супутньої соматичної захворюваності тощо [4, 6].

На сьогодні надмірна маса тіла (НМТ) досить часто зустрічається серед жінок репродуктивного віку, а в структурі екстрагенітальної патології аліментарне ожиріння та метаболічний синдром посідають одне з провідних місць [1, 11]. Серед широкого спектра причин такої несприятливої ситуації виділяють початкові дисгормональні порушення, які можуть починатися з пубертатного періоду, неправильне харчування, медико-соціальні причини тощо [7, 9].

Не дивлячись на значну кількість наукових публікацій щодо проблем ГПЕ та НМТ окремо, наукові дослідження, що стосуються взаємозв'язку цих двох патологій, практично відсутні, а наявні по даній темі поодинокі публікації носять фрагментарний характер.

Усе зазначене вище є обґрунтуванням для проведення нашого наукового дослідження.

**Мета дослідження:** зниження частоти рецидивів гіперпластических процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку з надмірною масою тіла на основі удосконалення та впровадження алгоритму лікувально-профілактичних та прогностичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведені дослідження носили поетапний характер. Так, на I етапі було проведено аналіз клініко-анамнестичних, гормональних і метаболічних особливостей пацієнток репродуктивного віку з надмірною масою тіла (НМТ) та гіперпластическими процесами ендометрія (ГПЕ) – 1-а група (n=90), пацієнтки з НМТ, але без ГПЕ включені до 2-ї групи (n=60).

На II етапі було проведено прогресивне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії ГПЕ у 90 жінок репродуктивного віку з НМТ (1-а група) агоністом гонадотропін-рилізінг-гормону (підгрупа 1.1, n=30), прогестином (підгрупа 1.2, n=30), естроген-гестагеним препаратом (підгрупа 1.3, n=30).

На III етапі було виявлено фактори ризику неефективності лікування і рецидивного перебігу ГПЕ у жінок репродуктивного віку з ожирінням. Метод покрокового дискримінантного аналізу (n=90): пацієнтки з рецидивуючим перебігом ГПЕ (3-я група, n=40), пацієнтки без рецидиву ГПЕ (4-а група, n=50).

До 1-ї групи увійшли 90 пацієнток репродуктивного віку з НМТ та ГПЕ.

**Критерії включення у дослідження:** репродуктивний вік жінок, морфологічно верифікований діагноз ГПЕ (проста гі-

перплазія ендометрія без атипії), наявність НМТ (індекс мас тіла (ІМТ) більше 25,0 і менше 40,0 кг/м<sup>2</sup>).

**Критерії виключення з дослідження:** вік менше 18 і більше 45 років, атипова гіперплазія і рак ендометрія, морбідне ожиріння (ІМТ 40,0 і більше кг/м<sup>2</sup>), злоякісні новоутворення іншої локалізації.

До 2-ї групи увійшли 60 пацієнток з НМТ, але без ГПЕ.

**Критерії включення у дослідження:** репродуктивний вік жінок, наявність НМТ (ІМТ більше 25,0 і менше 40,0 кг/м<sup>2</sup>).

**Критерії виключення з дослідження:** вік менше 18 і більше 45 років, – проліферативні захворювання ендометрія, морбідне ожиріння (ІМТ 40,0 кг/м<sup>2</sup> і більше), злоякісні новоутворення будь-якої локалізації.

На II етапі дослідження проводили проспективне рандомізоване відкрите порівняльне дослідження ефективності гормональної терапії ГПЕ у жінок репродуктивного віку з ожирінням агоністом гонадотропін-рилізінг-гормону, прогестином, естроген-гестагеним препаратом і оцінювали її вплив на стан гормонально-метаболічного статусу. У дослідження включено 90 жінок – 1-а група.

**Критерії включення у дослідження:** репродуктивний вік жінок, морфологічно верифікований діагноз ГПЕ (проста гіперплазія ендометрія без атипії), наявність НМТ (ІМТ більше 25,0 і менше 40,0 кг/м<sup>2</sup>), бажання пацієнтки брати участь у дослідженні і дотримуватися протоколу.

**Критерії виключення з дослідження:** вік менше 18 і більше 45 років, атипова гіперплазія і рак ендометрія, морбідне ожиріння (ІМТ 40,0 кг/м<sup>2</sup> і більше), злоякісні новоутворення іншої локалізації, алкогольна та наркотична залежність, гіперпролактинемія, вагітність, лактація, важка артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гострий тромбоемболіт або тромбоемболія, жовтуха, гострі захворювання печінки, ниркова недостатність, попередня терапія гормональними препаратами протягом 6 міс до включення у дане дослідження, участь в інших клінічних випробуваннях.

Рандомізацію проводили з використанням методу конвертів.

Пацієнткам 1.1 підгрупи (n=30) призначали лікування агоністом гонадоліберину (а-ГнРГ у дозі 3,75 мг внутрішньом'язово 1 раз на добу, 28 днів).

Жінкам 1.2 підгрупи (n=30) призначали гестаген (норетистерон) у дозі 10 мг на добу з 16-го по 25-й день циклу.

Пацієнткам 1.3 підгрупи (n=30) призначали естроген-гестаген (30 мкг етинілестрадіолу та 150 мкг дезогестрелу) в циклічному режимі 21/7.

Лікування у всіх підгрупах проводили протягом 6 міс. Крім того, всім пацієнткам рекомендовано базове лікування НМТ: раціональне харчування, збільшення фізичного навантаження, поведінкова терапія.

Було проведено стандартне опитування із заповненням статистичної карти.

Гінекологічне дослідження включало оцінку скарг, гінекологічного статусу, аналіз менструальної і репродуктивної функцій. Для кількісної оцінки ступеня ожиріння розраховували ІМТ, виходячи зі зросто-вагових показників за формулою [1]:

$$ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{ріст (м)}^2$$

Згідно з рекомендаціями ВООЗ (2017) «Класифікації типів маси тіла по ІМТ», значення ІМТ до 25,0 кг/м<sup>2</sup> розцінювалось як норма, 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup> – надмірна маса тіла.

При НМТ I ступеня ІМТ становить 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup>, II (виражена НМТ) – 35,0–39,9 кг/м<sup>2</sup>, III (морбідне ожиріння) – понад 40,0 кг/м<sup>2</sup> [1].

Характер розподілу жирової тканини у пацієнок оцінювали за допомогою визначення співвідношення: окружність талії / окружність стегон (ОТ / ОС). Величина ОТ / ОС, що перевищує 0,80, свідчила про андройдний тип ожиріння [1].

Рівень глюкози у сироватці капілярної крові визначали після 12-годинного голодування і через 1 і 2 год після навантаження 75,0 г сухої глюкози, розчиненої в 250,0 мл води, на аналізаторі Express-550. Оцінювання результатів орально-глюкозо-толерантного тесту проводили відповідно до рекомендацій Експертного комітету з діагностики та класифікації цукрового діабету (2017) [8].

Визначення рівня загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС-ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) проводили на біохімічному багатоканалному аналізаторі Express-550 після 16-годинного голодування, також визначали холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС-ЛПНЩ) і коефіцієнт атерогенності (КА) [8]. При визначенні типу гіперліпидемії використовували класифікацію ВООЗ (2018).

Рівень фолікулоstimулюючого гормону (ФСГ), лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину (Прл), естрадіолу (Е2), тестостерону (Т), дегідроепіандростерон-сульфату (ДЕА-с), кортизолу (К), глобуліну, що зв'язує статеві стероїди (ПССГ), інсуліну, лептину в сироватці крові досліджувалися на 5–6-й день менструального циклу (МЦ) у жінок зі збереженням МЦ, рівень прогестерону (ПГ) оцінювали на 21–22-й день МЦ. Гормональні дослідження проводили імуноферментним методом (ІФА) з використанням стандартних наборів [8].

Визначення вмісту тиреотропного гормону (ТТГ), трийодтироніну (Т3), тироксину (Т4) проводилося імунофлуоресцентним методом з використанням хемілюмінесцентного аналізатора [8].

Для оцінювання ступеня інсулінорезистентності використовували малу модель гомеостазу (Homeostasis Model Assesment-НОМА) з визначенням показника НОМА-ІR, що опосередковано відображає ступінь чутливості до інсуліну і обчислюється за формулою [8]:

$$\text{НОМА-ІR} = \text{рівень глікемії натще (ммоль/л)} \times \text{рівень ІРІ натщесерце} / 22,5.$$

Стан порожнини і слизової оболонки матки оцінювали за допомогою ендоскопічної техніки фірми «Karl Storz» (Німеччина) за загальноприйнятою методикою, з використанням жорсткого 5 мм гістероскопу, з фотодокументуванням на цифровому відеопринтері системи «over coat», забезпеченим системою пам'яті, ділення і мультимедійності зображення, що дозволяло вносити у пам'ять до 16 відеофрагментів, з можливістю їх моментального виклику і порівняння з поточним зображенням реального часу [10].

Верифікація патології ендометрія ґрунтувалася на морфологічному принципі згідно з гістологічною класифікацією ГПЕ ВООЗ (2017) [5].

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-анамнестичні особливості ГПЕ оцінювали у 90 жінок з НМТ і ГПЕ (1-а група). Результати дослідження порівнювали з аналогічними клініко-анамнестичними даними у 60 пацієнок з НМТ без патологічних змін ендометрія (2-а група)

Під час порівняльного аналізу вікового розподілу статистично значущої відмінності показників між групами не виявлено. Вік жінок 1-ї групи становив 35,4±3,1 року, 2-ї групи – 33,3±3,4 року (p=0,083).

Пацієнтки 1-ї групи мали статистично значуще більш високі показники маси тіла, ІМТ, окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС) порівняно з пацієнтками 2-ї групи.

Достовірних відмінностей в обтяженій спадковості щодо ожиріння, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, злоякісних гормонально-залежних пухлин репродуктивної системи (рак ендометрія, рак яєчників, рак грудних залоз) по материнській лінії між групами не виявлено.

У структурі екстрагенітальних захворювань у пацієнок 1-ї групи порівняно з жінками 2-ї групи достовірно частіше зустрічалися есенціальна гіпертензія (p<0,001), хронічний гепатит (p=0,001), цукровий діабет (p=0,024), захворювання щитоподібної залози (p=0,002), при цьому менш часто спостерігалася захворюваність на хронічний бронхіт (p=0,034).

Вік менархе, середня тривалість менструації і менструального циклу (МЦ) між групами достовірно не розрізнялися. У більшості випадків у хворих з НМТ спостерігали порушення менструальної функції (ПМФ) (у 1-й групі – 96,7%, у 2-й групі – 93,3%). Серед ПМФ у пацієнок з НМТ переважали порушення ритму менструацій (у 1-й групі – 50,0%, у 2-й групі – 63,3%). У пацієнок з ГПЕ в 76,7% гіперполіменореєю виявляли достовірно частіше, ніж у групі порівняння (p<0,001). У 6,7% пацієнок 1-ї групи ГПЕ реєстрували на тлі аменореї і у 6,52% жінок – олігоменореї.

Під час ретроспективного аналізу репродуктивної функції у жінок із НМТ без ГПЕ зареєстровано достовірно меншу кількість вагітностей на одну жінку (p=0,027). Статистично значущих відмінностей у кількості пологів, абортів, частоті і структурі безпліддя між пацієнтками 1-ї та 2-ї груп не виявлено. Хворі з НМТ частіше страждали вторинним безпліддям: у 1-й групі – 43,3%, у 2-й групі – 40,0%. Виявлено достовірні відмінності в тривалості безпліддя: 6,1±0,5 року у хворих з ГПЕ порівняно з жінками без патології ендометрія (3,7±0,4 року; p=0,009).

У пацієнок 1-ї групи частіше діагностували запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) (p=0,006) і міому матки (p=0,011).

У пацієнок 1-ї групи при порівняльному аналізі залежно від варіанту гормональної терапії вікового розподілу статистично значущої відмінності між підгрупами не виявлено. Середній вік пацієнок 1.1 підгрупи становив 35,4±3,5 року, 1.2 підгрупи – 36,7±3,6 року, 1.3 підгрупи – 33,6±3,1 років (p>0,05).

Не встановлено статистично значущих відмінностей щодо маси тіла, ІМТ, ОТ, ОС, ОТ / ОС у пацієнок 1.1; 1.2 та 1.3 підгруп (p>0,05).

Під час порівняльного аналізу спадкової навантаженості, структури екстрагенітальних захворювань, а також тривалості ожиріння й артеріальної гіпертензії достовірних відмінностей між підгрупами не виявлено.

Отже, порівняльна характеристика анамнестичних даних соматичного та гінекологічного статусу обстежених жінок продемонструвала, що хворі з НМТ і ГПЕ щодо жінок з НМТ без патології ендометрія мали достовірно більші значення ІМТ, переважно абдомінальний характер розподілу жирової тканини, високу частоту екстрагенітальних захворювань (захворювання щитоподібної залози, гепатобіліарної системи, цукровий діабет, есенціальну гіпертензію), запальних захворювань статевих органів і міоми матки, більшу тривалість безпліддя.

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки репродуктивного віку із ГПЕ та НМТ характеризуються високими значеннями індексу маси тіла (36,3±3,8); переважним (80,0%) абдомінальним характером розподілу жирової тканини; значною частотою екстрагенітальних захворювань (есенціальна гіпертензія – 60,0%; патологія гепатобіліарної

## Чинники ризику неефективності терапії і рецидивуючого перебігу

Фактор	F-статистика	P
Значення ОТ/ОС > 0,92	30,698	0,001
Гіперглікемія > 5,7 ммоль/л	21,371	0,001
Тривалість безпліддя > 10	12,498	0,004
Гіперлептинемія > 50 нг/мл	4,701	0,049
Рівень тестостерону > 2,5	4,461	0,059
Тривалість ожиріння > 10	2,839	0,121
Рівень ХС-ЛПВЩ < 1,2	1,832	0,204
Відсутність пологів	1,831	0,205
Рівень естрадіолу > 77 пг/мл	1,799	0,208
Рівень ТГ > 1,7 ммоль/л	1,087	0,318
Значення КА > 4,0	0,005	0,955

системи – 23,3%; захворювання щитоподібної залози – 16,7% та цукровий діабет – 10,0%), а також запальних захворювань статевих органів (73,3%) та міоми матки (23,3%).

Ендокринологічний статус жінок репродуктивного віку із ГПЕ та НМТ характеризується підвищеним рівнем естрадіолу, тестостерону, лептину та інсуліну при одночасному зниженні вмісту прогестерону, глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, та незмінному рівні кортизолу та дегідроепіандростерон-сульфату.

У жінок репродуктивного віку з ГПЕ та НМТ встановлені статистично значущі кореляційні залежності між вмістом статевих стероїдів (естрадіол, тестостерон, прогестерон), рівнем гормонів, що регулюють харчову поведінку і метаболізм

мом, а також рівнем ліпідів у сироватці крові. Це свідчить про можливу роль тривалості НМТ, а також його ступеня тяжкості на формування гіперестрадіолемії, гіпертестостеронемії, гіпопрогестеронемії, зниження рівня глобуліну, що зв'язує статеві стероїди, посилення метаболічних порушень (гіперглікемії, дисліпідемія).

Установлені кореляційні залежності у жінок репродуктивного віку з рецидивуючою ГПЕ і НМТ між тривалістю захворювання і рівнем глікемії, вмістом естрадіолу, лептину, інсуліну, холестерину, ліпопротеїдів низької щільності порівняно з жінками без рецидиву гіперплазії ендометрія підтверджують негативний вплив метаболічних порушень на ризик рецидиву захворювання.

З метою прогнозування ефективності лікування ГПЕ у жінок репродуктивного віку із НМТ необхідно враховувати найбільш значущі чинники ризику неефективності терапії і рецидивуючого перебігу (таблиця).

Порівняльне оцінювання ефективності лікування ГПЕ у жінок із НМТ засвідчило, що частота рецидивів через 24 міс спостерігається у 6,7% пацієток після терапії а-ГнРГ, у 46,7% хворих, що отримували норетистерон, у 63,3% жінок, пролікованих комбінованими оральними контрацептивами. Рівень вимушеного оперативного лікування (гістеректомія) становить 3,3% у жінок, які отримували а-ГнРГ та 23,3% – у пацієток, які вживали норетистерон та комбіновані оральні контрацептиви.

## ВИСНОВКИ

У жінок репродуктивного віку із гіперпластичними процесами ендометрія та надмірною масою тіла для лікування найбільш ефективним і безпечним щодо дії на метаболічні процеси і гормональний статус є застосування а-ГнРГ. Використання норетистерону і комбінованих оральних контрацептивів можливо за відсутності виявлених чинників ризику.

## Відомості про автора

**Семенюк Андрій Олександрович** – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

## Information about the author

**Semenyuk Andrii Oleksandrovych** – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

## Сведения об авторе

**Семенюк Андрей Александрович** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Беляков НА. Метаболический синдром у женщин: СПб: МАПО, 2015. 438 с.
2. Бенюк ВА, Щерба ЕА. Микрокосмос півхи у жінок репродуктивного віку і методи її корекції. Здоровье женщины. 2017;8:44–50.
3. Булаченко ОВ, Дзись НР, Фурман ОВ. Лечение гиперпластических процессов эндометрия у женщин позднего репродуктивного возраста с избыточным весом. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2015;3:124–30.
4. Жабченко ІА, Сюдмак ОР, Ковален-

- ко ТМ. Ожиріння у жінки як причина репродуктивних проблем. Здоровье женщины. 2017;10:34–8.
5. Задорожная ТД, Подольский ВВ, Ещенко ОИ, Арчакова ТН, Килихевич СМ, Парнищкая ОИ, и др. Морфологические и иммуногистохимические особенности онкомаркеров в плацентарном барьере. Патология. 2012;1:38–41.
6. Камінський ВВ, Суменко ВВ, Бондарук ОЯ, Гак ОІ. Роль мікст-інфекцій при патологічних процесах залозистого епітелію статевих органів з ати-

- пією клітин неясного генезу у жінок з безплідністю. Здоровье женщины. 2019;8(144):58–63.
7. Макарчук ОМ, Абдулбасет Мослем Абдулрахман. Особливості перебігу гіперпластичних процесів матки у жінок з ожирінням. Галицький лікарський вісник. 2016;23(3):58–60.
8. Назаренко ГИ, Кишкун АА. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. М.: Медицина, 2006. 540 с.
9. Пирогова ВИ, Гроховская МВ, Кишакевич ИТ. Эффективность применения бусерелина в лечении

- доброкачественных опухолевых и гиперпластических процессов женской репродуктивной системы. Здоровье женщины. 2016;1(25):134–6.
10. Рожковська ІМ. До питання щодо оптимальної тактики ведення хворих з поліпами ендометрія. Одеський медичний журнал. 2018;2:49–50.
11. Татарчук ТФ, Косей НВ, Перегада СІ, Тутченко ТМ, Гламазда МІ. Роль порушень репродуктивного здоров'я в розвитку метаболічного синдрому у жінок. Журнал Національної академії медичних наук України. 2019;25(1):77–87.

Стаття постула в редакцію 18.09.2020