

В результате сравнения качественного состава микрофлоры рожениц и родильниц трех рассматриваемых подгрупп достоверной разницы не обнаружено. Удельный вес высокочувствительных, чувствительных и резистентных к антибиотикам микробных ассоциаций в наблюдаемых подгруппах женщин не различался.

SUMMARY

The qualitative and quantitative characteristic of bacterial colonization of cervical channel of women recently confined with physiological course of atterbith period is represented.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гвійно-запалювальні процеси в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці //Тези пленуму правління акушерів-гінекологів України.- Запоріжжя, 1995. -157 с.
2. Berger E., Gillieson M.S., Walters H. Puerperal febrile complication and cervical flora following elective manual exploration of the uterus (Amer.J.Obstet.Gynecol.-1981.-Vol.139, N 2.-P. 320-323.

Поступила в редколлегию 9 декабря 1998 г.

УДК 618.145.477.52

СТРУКТУРА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК СУМСЬКОГО РЕГІОНУ

*Л.І.Карпенко**, лікар; *А.М.Романюк*, проф.
(*Сумське обласне патологоанатомічне бюро)

Гінекологічна патологія займає значне місце у структурі загальної захворюваності жінок працездатного віку. Своєчасна діагностика цієї групи захворювань можлива лише при кваліфікованому дослідженні морфологічного біопсійного матеріалу ендометрію. Слід відмітити, що у роботі лікаря-патологоанатома біопсійне дослідження гінекологічного матеріалу займає значне місце у прижиттєвій морфологічній діагностиці [1].

У зв'язку з відсутністю систематизованого вивчення стану згаданої проблеми у Сумському регіоні нами проведений скринінг біопсійних досліджень ендометрію жінок, що проживають у м. Сумах та районах області. З цієї метою проаналізований матеріал обласного патологоанатомічного бюро за період з 1980 до 1997 року. Цей проміжок часу дозволив висвітлити частоту і структуру змін в ендометрії до і після аварії на Чорнобильській АЕС. Проведено опрацювання 17647 прижиттєвих патоморфологічних досліджень ендометрію.

Якщо розглянути структуру морфологічних змін ендометрію, то можна відзначити, що перше місце серед них займають гіперпластичні процеси (71 %): залозиста (57,4 %) і залозисто-кістозна гіперплазія (13,6 %), на другому місці за чисельністю знаходяться дисфункціональні розлади менструального циклу (17 %), а передракові процеси і рак ендометрію знаходяться на третьому місці (8,5 %)-табл.1.

За вивчений період (1980-1997рр.) відмічається зростання кількості гіперпластичних процесів (залозистої та залозисто-кістозної гіперплазії). Серед біопсійних досліджень залозисто-кістозна гіперплазія зростає, починаючи з 1986 року.

Вивчивши вікову характеристику хворих жінок із гіперпластичними процесами, можна зауважити, що найбільший відсоток цієї патології припадає на жінок у віці 41-50 років, що збігається з літературними

даними [2]. Ці процеси складають значний відсоток у жінок репродуктивного віку та жінок після менопаузи.

Таблиця 1 - Структура морфологічних змін ендометрію

	Характер патології ендометрію	Частота видів патології	
		абсолютна	відносна, %
I	Гіперпластичні процеси: 1 залозиста гіперплазія ендометрію 2 залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію	12541	71
1		10133	57,4
2		2408	13,6
II	Атрофічні процеси: 1 гіпопластичний ендометрій 2 атрофічний ендометрій	611	3,5
1		266	1,5
2		345	2
III	Передракові і ракові процеси: 1 фіброматоз 2 аденоматоз 3 рак ендометрію	1518	8,5
1		1011	5,7
2		120	0,6
3		387	2,2
IV	Дисфункціональні порушення менструального циклу	2977	17
V	Разом	17647	100

У літературі відмічається, що однією з причин патологічних виділень у матці у післяменопаузальному періоді можуть бути гіперпластичні процеси в ендометрії [3]. У патогенезі гіперпластичних процесів і раку ендометрію у 70-80 % доведена роль продуктів порушеного вуглеводного і жирового обміну та наступного розладу функцій гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, а також функції надниркових залоз і інших ендокринних органів [4].

Заслужують на увагу і атрофічні зміни в ендометрії, які, за нашими даними, складають 3,5% (табл.1). Найбільша кількість їх виявляється у жінок після 50 років. При цьому слід відмітити, що атрофія ендометрію є частим фоном для розвитку раку і гіперпластичних процесів в ендометрії [3].

Рядом авторів відмічається, що будь-яка атрофічна тканина легко піддається впливу різних неспецифічних несприятливих факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, оскільки є морфологічним субстратом з пониженою або відсутньою функцією [5]. Такі подразники викликають дифузну гіперплазію епітелію і строми, а потім і вогнищеві проліферативні зміни, які особливо часто виникають в ендометрії у післяменопаузальному періоді. Крім того, ознаки гіперпластичного процесу після менопаузи можуть бути викликані запально-дегенеративними змінами [6].

Дисфункціональні розлади менструального циклу зустрічаються частіше у жінок репродуктивного віку. Серед функціональних порушень виділяють персистенцію або атрезію фолікула як основну причину розвитку гіперплазії ендометрію і як наслідок геморагії у хворих [7].

Атипова залозиста гіперплазія ендометрію частіше виявляється у хворих жінок після 50 років. У літературі є дані, що вона у цьому віці зустрічається частіше, ніж інші види гіперплазій, але дані вітчизняної і зарубіжної літератури важко порівняти у зв'язку з розбіжностями у термінології [5].

Таблиця 2 - Вікова характеристика жінок з гіперпластичними процесами

	Вік жінок	Всього обстежених жінок	Кількість хворих з гіперпластичними процесами	
			абсолютна	Відносна, %
1	20-30	2638	1637	62
2	31-40	3983	2828	71
3	41-50	7927	5986	75
4	51-60	2689	1954	72
5	ст. 60 р.	410	136	33
6	всього	17647	12541	71

У наших дослідженнях атипова гіперплазія складає незначний відсоток – всього 0,6%. Але, не дивлячись на це, атипова гіперплазія заслуговує уваги, оскільки є передраковим процесом у ендометрії. Ряд авторів відносять її до карциноми *in situ*, а ступені вираженості атипової гіперплазії розглядають як етапи прогресування раку [5]. В останні роки у нашій країні, як і у багатьох розвинутих країнах, відмічається зростання раку тіла матки [8-11]. Згідно із сучасними даними рак тіла матки є третьою за частотою пухлиною у жінок після раку молочної залози і раку шийки матки. [12]. Найбільш епідеміологічно доведеними факторами розвитку раку ендометрію є вік після 50, а особливо – після 60 років. При цьому середній вік хворих раком тіла матки без розподілу на вікові групи складає 60 років [5]. Слід зауважити, що основне місце у розвитку раку тіла матки посідають гіперпластичні процеси ендометрію [12].

Таблиця 3 - Вікова характеристика хворих раком тіла матки

	Вік жінок	Всього обстежених жінок	Кількість хворих на рак тіла матки	
			абсолютна	відносна, %
1	20-30	2638	2	0,08
2	31-40	3983	21	0,5
3	41-50	7927	71	0,9
4	51-60	2689	123	4,5
5	старше 60	410	170	41,5
6	всього	17647	387	2,2

За нашими даними (табл.3), рак ендометрію у жінок Сумщини частіше зустрічається після 60 років, що збігається з літературними даними [2]. У жінок до 50 років дуже низька вірогідність виявлення передраку і раку ендометрію [11]. Наші дослідження показали, що частота раку ендометрію до 50 років становить всього 0,5 - 0,9 % (табл.3).

Погіршення демографічної ситуації, наявність у навколишньому середовищі високих концентрацій шкідливих факторів сприяли підвищенню рівня захворюваності і смертності серед населення України [11]. Чорнобильська катастрофа негативно вплинула на здоров'я населення, яке більше 10 років живе в умовах дії малих доз іонізуючого випромінювання та інших негативних чинників навколишнього середовища [11]. Питання про хронічну дію малих доз іонізуючого випромінювання на людину в наш час є одним із актуальних, оскільки практично вся територія України тією чи іншою мірою забруднена

радіонуклідами. Хронічна дія малих доз згаданих політантів конкретні хвороби не викликає, але знижує реактивність організму, створюючи тим самим сприятливі умови для усіх видів захворювань, в тому числі і злоякісних [10]. В цьому плані наші дослідження перекликаються з літературними даними і показують, що після 1986 року на Сумщині відмічається стійкий ріст частоти раку ендометрію з піковими стрибками у 1993-94 та 1996 роках (рис.2).

Отримані нами дані свідчать про тенденцію до зростання гіперпластичних та пухлинних захворювань ендометрію у жінок Сумського регіону, починаючи з 1986 року, з підйомами чисельності захворювань у всіх вікових групах в 1990 і 1995 роках.

ВИСНОВКИ

1 У структурі нозологій хвороб ендометрію найбільша частота захворювань припадає на залозисту гіперплазію ендометрію, на другому місці знаходяться дисфункціональні розлади менструального циклу, на третьому - передракові і ракові процеси ендометрію.

2 Найбільший відсоток гіперпластичних процесів відмічається у жінок віком від 41 до 50 років, атипової гіперплазії і атрофії ендометрію - у жінок після 50 років, раку ендометрію - після 60 років, дисфункціональні розлади менструального циклу - у жінок репродуктивного віку.

SUMMARY

Analysed the structure of pathology of endometry beside women of Sumy region from 1980 to 1997 years. Shown the increasing of the hyperplastical processes and malignant innovation in the endometry of women after 50 years. The increasing of specified pathological processes is noted in 1986, 1993 and 1996 years.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хмельницький О.Б. Патологическая диагностика гинекологических заболеваний.- С.-Пб.: 1994.- 477 с.
2. Прилепская В.Н. Контрацепция от репродуктивного периода до менопаузы // Акуш. и гинек., 1991.- №5.- С. 57-60.
3. Табакман Ю.Ю., Васильева И.А. О патогенезе гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе// Акуш. и гинек., 1987.- №9.- С. 53 - 56.
4. Коханевич С. В., Суменко В.В., Доценко Ю.С., Федоренко З.П. Онкологічне захворюваність на Україні та можливості онкологічної профілактики // ПАГ, 1990.- №5 - С. 58-60.
5. Васильева Н.А. Причины кровотечений в постменопаузе // Акуш. и гинек., 1992.- №2.- С. 9-12.
6. Герасимович Г.И., Сафина М.Р., Барсуков А.Н. Оценка прогностических факторов развития рака у больных с кровотечениями на фоне атрофии // Акуш. и гинек., 1993.- №3.- С.48-51.
7. Bokman Ya.V., Vikhlyayeva E.M., Vishnevsky A.S., Zaporozhan V.N. Functional oncology.- M.:Mir-publishers.-1992.-240p.
8. Беспоясна В.В. Сучасні аспекти патогенезу гіперпластичних процесів у матці // Лікарська справа, 1998.- №3.- С.41-44.
9. Петрова И.В., Лещенко Г.М., Мальков Ю.Н., Рябова М.А. и др. Состояние иммунной системы отдельных категорий населения// Гигиена и санитария, 1998.- №4.- С.64-67.
10. Коваль А.И., Третяк Н.Н. Клинико-морфологическая характеристика миелоидных лейкозов в современных экологических условиях Украины// Врачебное дело, 1998.- №1.- С.18.
11. Киндельский ЛЛЛ, Злочевская ЛЛЛ, Шевченко Ю.Н., Осипенко Н.И. Состояние естественной резистентности жителей Киева спустя 10 лет после аварии на ЧАЭС // Врачебное дело, 1998.- №5.
12. Новик В.И., Пучков Ю.Г., Бокман Я.В., Юдковская И.Л. и др. Выявляемость атипичической гиперплазии и рака эндометрия при цитологическом скрининге//Сов.медицина, 1991.- №1.- С.81-82.

Надійшла до редколегії 3 лютого 1999 р.