

УДК 618.173-085.357-06:618.14-006.5-07

Я.В. Вошкулат, О.С. Загородня

Патологія ендометрія в жінок у постменопаузі

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. (2025). 1(176): 54-58; doi: 10.15574/HW.2025.1(176).5458

For citation: Voskhulat YaV, Zagorodnya OS. (2025). Endometrial pathology in postmenopausal women. Ukrainian Journal Health of Woman. 1(176): 54-58. doi: 10.15574/HW.2025.1(176).5458

Вагінальні кровотечі є найчастішим клінічним проявом внутрішньоматкових патологій, вони спостерігаються у 12% жінок постменопаузального віку і є основною причиною звернення до гінеколога.

Мета – вивчити рівень поширеності гінекологічної патології в жінок у постменопаузі; оцінити вплив менопаузальної гормональної терапії (МГТ) в анамнезі на частоту її виникнення.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних записів 82 пацієнток у періоді постменопаузи, яких поділено на дві групи: ті, хто отримував МГТ під час менопаузального переходу (МГТ+; n=41), і ті, хто її не отримував (МГТ-; n=41). Оцінено гінекологічні скарги, результати трансвагінального ультразвукового дослідження (ТВУЗД) і дані гістологічних досліджень, отриманих за результатами пайпель-біопсії або гістероскопії. Статистичний аналіз проведено з використанням критерію хі-квадрат.

Результати. У 55 (67,0%) пацієнток відзначено гінекологічні симптоми, такі як кровомазання або кровотеча в постменопаузі, посткоїтальна кровотеча, переймоподібний біль унизу живота, дискомфорт під час статевого акту, патологічні виділення і сухість у піхві. За даними ТВУЗД, товщину ендометрія >5 мм виявлено у 23 пацієнток, а в 4 пацієнток – додатково множинні локуси кровотоку і неоднорідність ендометрія. За результатами гістологічного дослідження в обох групах найчастіше відмічено атрофічний ендометрій і гіперплазію ендометрія без атипії, рідше – поліпи ендометрія та атипову гіперплазію ендометрія.

Висновки. Найпоширенішим УЗ-проявом патології ендометрія була гіперплазія ендометрія, яку виявлено у 13 (31,7%) жінок у групі МГТ+ та в 10 (24,4%) жінок у групі МГТ-. Найчастішими гістологічними знахідками були атрофічний ендометрій (34,14% і 39,02% відповідно у групах МГТ+ і МГТ-) і гіперплазія ендометрія без атипії (26,82% і 19,51% відповідно у групах МГТ+ і МГТ-) незалежно від МГТ в анамнезі.

Такі результати свідчать про відсутність впливу МГТ на ультразвукові і гістологічні зміни ендометрія в постменопаузі.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: постменопауза, гінекологічна патологія, менопаузальна гормональна терапія, кровотеча в постменопаузі, гіперплазія ендометрія, поліпи ендометрія.

Endometrial pathology in postmenopausal women

Ya.V. Voskhulat, O.S. Zagorodnya

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Vaginal bleeding is the most frequent clinical manifestation of intrauterine pathologies, they are observed in 12% of postmenopausal women and are the main reason for consulting a gynecologist.

Aim – to study the prevalence of gynecological pathology in postmenopausal women and to assess the impact of menopausal hormone therapy (MHT) in the anamnesis on the frequency of its occurrence.

Materials and methods. A retrospective analysis of medical records of 82 postmenopausal patients was conducted, who were divided into two groups: those who received MHT during the menopausal transition (MHT+; n=41), and those who did not receive it (MHT-; n=41). Gynecological complaints, transvaginal ultrasound (TVUS) results, and histological findings from pipet biopsy or hysteroscopy were assessed. Statistical analysis was performed using the chi-square test.

Results. 55 (67,0%) patients had gynecological symptoms such as spotting or bleeding in postmenopause, postcoital bleeding, cramping pain in the lower abdomen, discomfort during intercourse, abnormal discharge, and vaginal dryness. According to TVUS, endometrial thickness of more than 5 mm was detected in 23 patients, and in 4 patients, additionally, multiple blood flow loci and endometrial heterogeneity were detected. According to the results of histological examination, atrophic endometrium and endometrial hyperplasia without atypia were most often detected in the both groups, and less often, endometrial polyps and atypical endometrial hyperplasia.

Conclusions. The most common ultrasound manifestation of endometrial pathology was endometrial hyperplasia, which was detected in 13 (31.7%) women in the MHT+ group and in 10 (24.4%) women in the MHT- group. The most frequent histological findings were atrophic endometrium (34.14% and 39.02%, respectively, in the MHT+ and MHT- groups) and endometrial hyperplasia without atypia (26.82% and 19.51%, respectively, in the MHT+ and MHT- groups), regardless of the history of MHT.

These results indicate the absence of the effect of menopausal hormone therapy on ultrasound and histological changes of the endometrium in postmenopause.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of participating institution. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

Keywords: postmenopause, gynecological pathology, menopausal hormone therapy, postmenopausal bleeding, endometrial hyperplasia, endometrial polyps.

Вступ

Продовження очікуваної тривалості життя призвело до зростання кількості жінок у постменопаузі. На сьогодні більшість жінок проводять значну частку свого життя після менопаузи, що підвищує ризик розвитку гінекологічних захворювань. У цей період зростає важливість проблем зі здоров'ям, пов'язаних зі змінами опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, а також вуглеводного і ліпідного обміну.

Проте багато жінок у постменопаузі не відвідують гінеколога регулярно, вважаючи, що після припинення менструацій проблеми репродуктивного віку їх більше не стосуються [1]. Крім того, гінекологічний огляд може бути дискомфортним через атрофію піхви, спричинену зниженням рівня естрогенів [9]. Однак щорічне обстеження органів малого таза рекомендовано всім жінкам у постменопаузі незалежно від наявності скарг або симптомів, у т.ч. постменопаузальних кровотеч [1].

Важливо зазначити, що близько 80% випадків раку ендометрія (РЕ), найпоширенішого гінекологічного раку в розвинених країнах, діагностуються саме після менопаузи [10]. Тому точне оцінювання стану порожнини матки в жінок цієї вікової групи є надзвичайно важливою.

Низька обізнаність жінок щодо необхідності профілактичних гінекологічних оглядів призводить до зростання частоти виявлення гінекологічних патологій у менопаузі та постменопаузі. Найчастішим клінічним проявом внутрішньоматкових патологій є вагінальні кровотечі, які спостерігаються у 12% жінок цієї вікової групи і є основною причиною звернення до гінеколога [3,4].

Відсутність регулярних гінекологічних оглядів також може призводити до гіпердіагностики внутрішньоматкової патології через відсутність даних динамічного спостереження. Варто зазначити, що частота постменопаузальних кровотеч може зменшуватися з віком. Від настання менопаузи (за 12 місяців від останньої менструації) випадки вагінальних кровотеч спостерігаються в 40% жінок, але вже за 3 роки після настання менопаузи частота епізодів кров'янистих виділень знижується в 10 разів – до 4% випадків на рік [2].

Основні причини постменопаузальних кровотеч включають РЕ, гіперплазію ендометрія (ГЕ), поліпи ендометрія, атрофію ендометрія, міому матки, поліпи шийки матки, хронічний ендоме-

трит і рак шийки матки [3,4]. Однак багато випадків внутрішньоматкової патології перебігають безсимптомно і виявляються випадково під час рутинних оглядів або ультразвукового дослідження (УЗД). За наявності кровотечі в постменопаузі першочерговим завданням є виключення онкологічної патології ендометрія та шийки матки.

Гіпоестрогенія після припинення функції яєчників спричиняє зміни в ендометрії, які можна виявити гістологічно. На відміну від проліферативного ендометрія пременопаузи з рівномірно розташованими залозами, ендометрій у постменопаузі характеризується ширшим розташуванням залоз, які можуть варіюватися від малих до кістозно розширених, а мітотична активність відсутня [8]. Патологічні зміни ендометрія мають різноманітні гістологічні варіанти залежно від етіології. Такі стани, як поліпи ендометрія та міома матки, мають підвищений ризик злоякісної трансформації в жінок у постменопаузі [7]. Особливу увагу при постменопаузальних кровотечах привертають гіперплазія з атипією і карцинома ендометрія.

До 30% випадків постменопаузальних кровотеч викликані поліпами ендометрія, які можуть бути безсимптомними. Близько 1% усіх поліпів ендометрія є злоякісними і частіше трапляються в жінок у постменопаузі [5,7]. Комбінована гормональна терапія може знижувати ризик розвитку поліпів ендометрія [5]. Також частою причиною кровотеч у постменопаузі є ГЕ проста або комплексна, з атипією або без неї. Атипова ГЕ є передраковим станом і потребує більш агресивного лікування. Підхід до лікування доброякісної ГЕ в жінок у постменопаузі залежить від клінічних факторів і даних УЗД (товщина ендометрія, вища за певне значення) [6].

Традиційно для оцінювання внутрішньоматкових патологій використовували сліпе вишкрібання порожнини матки. Проте цей метод мав обмеження через неможливість візуального контролю, що могло призводити до неправильного діагнозу або нерепрезентативних зразків біопсії ендометрія [1]. Останнім часом гістероскопія стала «золотим стандартом» діагностування і лікування внутрішньоматкових патологій у жінок як у пре-, так і в постменопаузі, у т.ч. офісної гістероскопії, яка може бути виконана амбулаторно без розширення цервікального каналу та анестезії [9].

Таблиця 1

Розподіл пацієнок за віковими групами

Вікова група (роки)	Група МГТ+, абс. (%)	Група МГТ-, абс. (%)
50–55	7 (17,07)	6 (14,63)
56–60	21 (51,22)	21 (51,22)
61–64	10 (24,39)	11 (26,83)
65 і більше	3 (7,32)	3 (7,32)

Таблиця 2

Розподіл пацієнок за тривалістю менопаузи

Роки тривалості менопаузи	Група МГТ+, абс. (%)	Група МГТ-, абс. (%)
3–4	19 (46,34)	18 (43,90)
5–8	12 (29,27)	13 (31,71)
9–10	8 (19,51)	10 (24,39)
>10	2 (4,88)	0 (0)

Мета дослідження – вивчити рівень поширеності гінекологічної патології в жінок у постменопаузі; оцінити вплив застосування або відсутності менопаузальної гормональної терапії (МГТ) в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено в період 2021–2023 рр. в умовах Перинатального центру м. Києва. До дослідження залучено 82 пацієнтки, які на час звернення перебували в постменопаузі від 3 до 10 років. Пацієнок поділено на дві групи: жінки, які застосовували МГТ під час менопаузального переходу (група МГТ+; $n=41$), і жінки, які не застосовували МГТ (група МГТ-; $n=41$).

Критерій залучення: жінки в постменопаузі, які звернулися до гінекологічного кабінету зі скаргами або для профілактичного огляду.

Критерій вилучення: пацієнтки, які отримували антикоагулянтну терапію, пацієнтки з кровотечею не з матки (наприклад, із шийки матки або піхви), пацієнтки з порушеннями згортання крові, травмами статевих органів в анамнезі, після променевої терапії або після хірургічної менопаузи.

Усім учасницям проведено трансвагінальне УЗД (ТВУЗД) органів малого таза. Під час УЗД оцінено товщину ендометрія в поздовжній площині, ехогенність і наявність патологічних змін, як поліп тіла матки зокрема.

За наявності скарг на кровомазання або кровотечу і/або підозри на внутрішньоматкову патологію за даними УЗД проведено забір зразків із порожнини матки шляхом пайпель-біопсії або гістероскопії з подальшим гістологічним дослідженням.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнок.

Статистичний аналіз отриманих даних виконано з використанням описової статистики та критерію хі-квадрат для порівняння частот між групами. Рівень значущості встановлено на рівні $p<0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік досліджуваних пацієнок становив $54,85\pm 5,25$ року. Наймолодша учасниця дослідження мала вік 50 років, найстарша – 67 років. Розподіл за віковими групами в обох групах (МГТ+ і МГТ-) був подібним, що свідчить про однорідність вибірки за цим показником (табл. 1).

У гінекологічному анамнезі в більшості (89,02%) жінок було двоє і більше пологів. Лише 2 (2,44%) пацієнтки не мали вагітностей в анамнезі, а 7 (8,54%) жінок народили один раз. У 10 (12,2%) пацієнок раніше діагностували міому матки, у 12 (14,6%) жінок – патологію ендометрія, а у 8 (9,8%) – кісти яєчників.

Розподіл пацієнок за тривалістю менопаузи в групах МГТ+ і МГТ- наведено в таблиці 2.

У 55 (67%) пацієнок відзначалися такі симптоми: кровомазання або кровотеча в постменопаузі (у групі МГТ+ – 28 (68,3%) пацієнок, у групі МГТ- – 27 (65,9%) жінок), посткоїтальна кровотеча (МГТ+ – 5 (12,2%) пацієнок, МГТ- – 7 (17,1%) жінок), переймоподібний біль внизу живота (МГТ+ – 8 (19,5%) пацієнок, МГТ- – 10 (24,4%) жінок), дискомфорт під час статевого акту (МГТ+ – 12 (29,3%) пацієнок, МГТ- – 15 (36,6%) жінок), патологічні виділення (серозні або серозно-геморагічні) (МГТ+ – 10 (24,4%) пацієнок, МГТ- – 11 (26,8%) жінок) і сухість у піхві (МГТ+ – 15 (36,6%) пацієнок, МГТ- – 18 (43,9%) жінок). У решти 27 (33%) пацієнок зміни були виявлені лише під час фізикального обстеження і потребували проведення біопсії (МГТ+ – 13 (31,7%) жінок, МГТ- – 14 (34,1%) жінок).

Усі 82 жінки на момент обстеження не застосовували жодних гормональних препаратів, однак

Таблиця 3

Гістопатологічні діагнози ендометрія в групах МГТ+ і МГТ-

Гістопатологічний діагноз	Група МГТ+, абс. (%)	Група МГТ-, абс. (%)
Атрофічний ендометрій	14 (34,14)	16 (39,02)
Проліферативний ендометрій	2 (4,87)	1 (2,43)
Секреторний ендометрій	1 (2,43)	1 (2,43)
Гіперплазія ендометрія без атипії	11 (26,82)	8 (19,51)
Ендометріальний поліп	8 (19,51)	11 (26,82)
Хронічний ендометрит	1 (2,43)	1 (2,43)
Атипова гіперплазія ендометрія	2 (4,87)	2 (4,87)
Аденокарцинома	0 (0)	1 (2,43)
Неадекватний для оцінки зразок	2 (4,87)	1 (2,43)
У цілому	41 (100)	41 (100)

їх умовно поділили на дві групи, враховуючи застосування МГТ у минулому, під час менопаузального переходу.

За даними ТВУЗД, товщина ендометрія ≥ 5 мм виявлялася у 23 (28,0%) пацієнток (МГТ+ – 13 (31,7%) пацієнток, МГТ- – 10 (24,4%) жінок), а у 4 (4,49%) пацієнток при товщині ендометрія ≥ 5 мм спостерігалися множинні локуси кровотоку і неоднорідність із гіперехогенними включеннями (МГТ+ – 2 (4,8%) жінки, МГТ- – 2 (4,8%) жінок), що потребувало подальшої верифікації.

За даними гістологічного дослідження отримали дані, наведені в таблиці 3.

В обох групах найчастіше діагностувалися атрофічний ендометрій (МГТ+ – 14 (34,14%) пацієнток); МГТ- – 16 (39,02% жінок), гіперплазія ендометрія без атипії (МГТ+ – 11 (26,82%) пацієнток; МГТ- – 8 (19,51%) жінок) та ендометріальні поліпи (МГТ+ – 8 (19,51%) пацієнток); МГТ- – 11 (26,82%) жінок). Атипова ГЕ спостерігалася по 4,87% 2 жінки) в обох групах. У групі МГТ- фіксувався 1 (2,43%) випадок аденокарциноми. Неадекватні для оцінювання зразки отримані у 2 (4,87%) пацієнток у групі МГТ+ і в 1 (2,43%) жінки в групі МГТ-.

Порівняльний аналіз гістопатологічних діагнозів ендометрія в групах МГТ+ і МГТ- не виявив статистично значущих відмінностей ($\chi^2=3,525$, $p=0,8967$).

Отже, між групами пацієнток, що застосовували або не застосовували МГТ у період менопаузального переходу вже за три роки після її закінчення відсутня різниця в частоті клінічних та ультразвукових проявів патології ендометрія.

Отримані результати не виявили статистично значущих відмінностей і в розподілі гістопатологічних діагнозів ендометрія між жінками, які застосовували МГТ в анамнезі, і тими, хто її не застосовував. Це може свідчити, що застосування МГТ під час менопаузального переходу не має суттєвого впливу на розвиток гінекологічних патологій ендометрія в подальшому постменопаузальному періоді.

Проте слід враховувати, що відсутність статистичної значущості не завжди виключає клінічну значущість. Клінічні спостереження можуть вказувати на важливі відмінності, не підтверджені статистично в наведеному дослідженні.

Найчастішими гістологічними знахідками в обох групах були атрофічний ендометрій, ГЕ без атипії та ендометріальні поліпи. Ці результати узгоджуються з даними літератури щодо поширеності гінекологічної патології в постменопаузальному періоді [8].

Для глибшого розуміння взаємозв'язку між застосуванням МГТ в анамнезі та гістопатологічними змінами ендометрія необхідні подальші дослідження з більшим обсягом вибірки та урахуванням додаткових клінічних факторів, таких як тривалість і вид МГТ, супутні захворювання і спосіб життя пацієнток. Таке ретроспективне дослідження підтвердило високу поширеність гінекологічної патології серед жінок у постменопаузі.

Слід зазначити, що наведене дослідження не виявило статистично значущого впливу МГТ, застосованої в анамнезі, на частоту виникнення гінекологічної патології в постменопаузальному

періоді. Це спостереження є важливим, оскільки питання про довгострокові наслідки МГТ на стан ендометрія залишається предметом дискусій у науковій літературі. Відсутність статистично значущого зв'язку в наведеному дослідженні може свідчити про те, що попереднє застосування МГТ не є основним фактором ризику розвитку найпоширеніших гінекологічних патологій у жінок після менопаузи.

Отримані результати підкреслюють непересічну важливість регулярних гінекологічних оглядів для жінок у постменопаузі, незалежно від наявності або відсутності симптомів та історії застосування МГТ. Своєчасне виявлення і діагностування гінекологічних захворювань, у т.ч. передракових станів і РЕ, є критично важливими для поліпшення прогнозу та якості життя жінок у цьому віковому періоді.

Висновки

Найпоширенішим УЗ-проявом патології ендометрія була гіперплазія ендометрія, яку виявлено

в 13 (31,7%) жінок у групі МГТ+ і в 10 (24,4%) жінок у групі МГТ-.

Найчастішими гістологічними знахідками були атрофічний ендометрій (34,14% і 39,02% відповідно у групах МГТ+ і МГТ-) і гіперплазія ендометрія без атипії (26,82% і 19,51% відповідно в групах МГТ+ і МГТ-) незалежно від МГТ в анамнезі.

Такі результати свідчать про відсутність впливу МГТ на ультразвукові і гістологічні зміни ендометрія в постменопаузі.

Перспективи подальших досліджень. У майбутніх дослідженнях доцільно було б розширити вибірку пацієнток, врахувати тривалість і тип застосовуваної МГТ, а також проаналізувати вплив супутніх захворювань та інших факторів ризику на розвиток гінекологічної патології в постменопаузі. Подальші проспективні дослідження могли б надати глибше розуміння взаємозв'язку між МГТ і ризиком гінекологічних захворювань у жінок старшого віку.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. ACOG. (2012). Committee Opinion no. 534: Well-woman visit. *Obstet Gynecol.* 120: 421-424.
2. Carugno J. (2020, Aug). Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women. *Climacteric.* 23(4): 343-349.
3. Clarke MA, Long BJ, Del Mar Morillo A, Arbyn M, Bakkum-Gamez JN, Wentzensen N. (2018, Sep 01). Association of Endometrial Cancer Risk With Postmenopausal Bleeding in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 178(9): 1210-1222.
4. Jo HC, Baek JC, Park JE, Park JK, Cho IA et al. (2018, Dec). Clinicopathologic Characteristics and Causes of Postmenopausal Bleeding in Older Patients. *Ann Geriatr Med Res.* 22(4): 189-193.
5. Nijkang NP, Anderson L, Markham R, Manconi F. (2019). Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment. *SAGE Open Med.* 7: 2050312119848247.
6. Oguz S, Sargin A, Kelekci S et al. (2005). The role of hormone replacement therapy in endometrial polyp formation. *Maturitas.* 50(3): 231-236.
7. Ring KL, Mills AM, Modesitt SC. (2022, Dec 01). Endometrial Hyperplasia. *Obstet Gynecol.* 140(6): 1061-1075.
8. Swain M, Kulkarni AD. (2021, Oct-Dec). Endometrium at Menopause: The Pathologist's View. *J Midlife Health.* 12(4): 310-315.
9. Ulin M, Ali M, Chaudhry ZT, Al-Hendy A, Yang Q. (2020, Feb). Uterine fibroids in menopause and perimenopause. *Menopause.* 27(2): 238-242.
10. Vitale SG, Capriglione S, Zito G et al. (2019). Management of endometrial, ovarian and cervical cancer in the elderly: current approach to a challenging condition. *Arch Gynecol Obstet.* 299: 299-315.

Відомості про авторів:

Вошкулат Яна Вячеславівна – аспірант каф. акушерства і гінекології №1 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел.: +38(044) 252-87-48. <https://orcid.org/0009-0003-9859-5208>.

Загородня Олександра Сергіївна – д.мед.н., проф. каф. акушерства і гінекології №1 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел.: +38 (044) 252-87-48. <https://orcid.org/0000-0003-0424-8380>.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2024 р.; прийнята до друку 26.02.2025 р.