

Проведенное исследование показало, что ультразвуковое исследование с использованием бальной оценки формы, объема, количества образований, области вхождения афферентной артерии, наличия симптома «артериальной дуги», наличия «центральной гиперэхогенной зоны» в образовании, является высокоинформативным в дифференциальной диагностике образований паращитовидных желез с измененными лимфатическими узлами при лимфаденопатии: чувствительность метода составила 80,65% специфичность 95,18%.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Е.Н. Сницаренко¹, С.М. Яковец², Н.Л. Андрианова²

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г.Гомель, Беларусь

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г.Гомель, Беларусь

Гиперпластические процессы эндометрия являются наиболее распространенной патологией эндометрия. Актуальность гиперпластических процессов эндометрия определяется их онкологической настроенностью и аномальными маточными кровотечениями – наиболее характерным симптомом гиперплазии эндометрия. У женщин детородного возраста с нарушениями менструальной функции гиперплазия эндометрия встречается примерно у 50%.

Причинами гиперплазии эндометрия могут быть нарушения рецепции, ангиогенеза, увеличение локального синтеза простагландина E₂, простоглицина, эндотелина-1 или ускоренный лизис образующегося во время менструации сгустка крови из-за избыточной продукции активатора пламиногена. До настоящего времени нет тестов для диагностики этих нарушений.

Кровотечения, чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (интервал менее 21 дня или более 4 эпизодов за 90 дней), определяются как аномальные маточные кровотечения (АМК). В структуре АМК наиболее значительное место занимает гиперплазия эндометрия. Она может не иметь клинической симптоматики, что больше характерно для сложной и атипической гиперплазии. Простая гиперплазия эндометрия практически всегда проявляется теми или иными вариантами АМК. Отсутствие АМК еще не означает отсутствие гиперпластического процесса эндометрия. В репродуктивном возрасте АМК чаще являются следствием органической патологии матки.

Меноррагии довольно редко являются симптомом гормонозависимых диффузных гиперплазий. Они чаще сопутствуют полипам эндометрия.

Метроррагии (нерегулярные, непрогнозируемые длительные и/или обильные кровянистые выделения, чаще возникают после задержек менструаций) более характерны для гиперплазии и рака эндометрия.

Менометроррагии встречаются при самых разнообразных вариантах патологии эндометрия, в том числе и гиперплазиях.

Частота АМК в репродуктивном возрасте составляет 10-30%. АМК являются одной из основных причин железодефицитных анемий, снижающих работоспособность и качество жизни.

Цель исследования: выявить изменения гемостаза на фоне гормонального лечения гиперплазии эндометрия без атипии у женщин репродуктивного возраста.

Обследовано 62 женщины репродуктивного возраста от 18 до 40 лет. Все исследуемые женщины были разделены на две группы: основную – 30 женщин с гиперплазией эндометрия без атипии и контрольную – 32, не имеющие данной патологии. Для лечения гиперплазии эндометрия применялось у 14 пациенток введение внутриматочной системы «Мирена» и у 16 – комбинированные оральные контрацептивы (КОК) регулон, марвелон и новинет, содержащие в одинаковой дозировке дезогестрел (гестаген 3 поколения). Проводился общий анализ крови и коагулограмма до и на фоне гормонального лечения. Антианемическое лечение не назначалось. Медикаментозная коррекция гемостаза не проводилась.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 6,0. При отсутствии согласия данных с нормальным распределением, статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов. Так как распределение данных большинства изученных параметров не соответствовало нормальному закону, данные представлены в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (G_{25} , G_{75}); среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений, доли и ошибки доли ($\pm \%$) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе.

Сравнение качественных признаков проводили с использованием критерия χ^2 . При сравнении двух групп, когда учитывалось более двух качественных признаков, использовался критерий χ^2 . Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Критический уровень значимости статистической гипотезы принимали равным 0,05.

При анализе менструальной функции перед назначением гормонального лечения отмечено, что регулярный менструальный цикл имели 13 (43,3±9,05%) женщин основной и 27 (90,0±5,48%) контрольной групп ($\chi^2=12,67$; $p=0,0004$), что согласуется с литературными данными о роли нарушений менструального цикла в патогенезе гиперплазии эндометрия. Значимые различия между двумя группами выявлены при нарушениях менструального цикла по типу метроррагий ($\chi^2=38,78$; $p < 0,0001$) и менометроррагий ($\chi^2=16,87$; $p < 0,0001$), что подтверждает литературные данные о аномальных маточных кровотечениях как симптоме при гиперплазии эндометрия. На фоне гормонального лечения через 3 менструальных цикла аномальных маточных кровотечений выявлено не было.

Сравнительный анализ уровня гемоглобина выявил достоверные различия по этому показателю между двумя исследуемыми группами до начала гормонального лечения ($\chi^2=4,61$; $p=0,03$). Средний уровень гемоглобина в контрольной группе женщин был в пределах нормы: 128±4,8 [126,0 (121,0; 131,0)] г/л, анемия не была выявлена ни одной пациентки. Средний уровень гемоглобина в основной группе составил 114±8,7 [115,0 (105,0; 124,0)] г/л.

У 14 (46,67±9,11%) женщин основной группы до гормонального лечения наблюдалась анемия легкой степени тяжести 109±2,4 [111,0 (111,0; 112,0)] г/л. У 3 (10,0±5,48%) женщин была анемия средней степени тяжести 94±5,7 [94,0 (93,7; 98,4)] г/л. У 13 (43,3±9,05%) пациенток на момент начала гормонального лечения анемия не наблюдалась: 122±1,9 [123,0 (121,5; 125,0)] г/л. Анемия легкой степени тяжести в основной группе встречается достоверно чаще, чем анемия средней степени тяжести ($\chi^2=8,2$; $p=0,004$).

После проведенного гормонального лечения через 3 и 6 менструальных циклов ни у одной женщины с гиперплазией эндометрия без атипичии анемия не была выявлена, соответственно 123±1,7 [124,0 (121,3; 124,7)] г/л и 125±1,9 [126,0 (124,5; 127,0)] г/л ($\chi^2=14,1$; $p=0,0002$).

Количество тромбоцитов у женщин контрольной группы не выходило за пределы физиологической нормы: 320±10,7 [310,0 (280; 340)]×10⁹/л. Анализируя число тромбоцитов у пациенток основной группы до начала гормонального лечения установлено: у 11 (36,7%) пациенток было выявлено снижение числа тромбоцитов: 145±3,3 [(149,1 (141,5; 156,7)]×10⁹/л, различия достоверны по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=11,13$; $p=0,0008$). После гормонального лечения через 3 и 6 менструальных циклов уровень тромбоцитов у всех женщин нормализовался: соответственно 165±3,4 [163,0 (158,0; 168,0)]×10⁹/л ($\chi^2=3,66$; $p=0,05$) и 227±8,7 [217,1 (210,0; 225,9)]×10⁹/л ($\chi^2=5,33$; $p=0,02$).

У 11 (36,7%) женщин основной группы снижен (норма 30-40 секунд) показатель АЧТВ до начала гормонального лечения: 26,5±3,1 [25 (21,0; 29,0)]сек. ($\chi^2=11,13$; $p=0,0008$) по сравнению с контрольной. После 3 и 6 циклов гормонального лечения показатель АЧТВ у всех женщин нормализовался: соответственно 33,0±0,5 [33,0 (31,0; 35,0)] сек. ($\chi^2=2,7$; $p=0,09$) и 34,0±0,3 [35,0 (32,0; 38,0)] сек. ($\chi^2=2,8$; $p=0,09$).

Выводы:

1. Гиперплазия эндометрия без атипичии у женщин репродуктивного возраста чаще сопровождается анемией легкой, чем средней степени тяжести ($\chi^2=8,2$; $p=0,04$).
2. У 36,7% женщин репродуктивного возраста с гиперплазией эндометрия без атипичии выявляется тромбоцитопения ($\chi^2=11,13$; $p=0,0008$) и снижение АЧТВ ($\chi^2=11,13$; $p=0,0008$).
3. У женщин репродуктивного возраста с гиперплазией эндометрия без атипичии после трех циклов гормонального лечения не была выявлена анемия, тромбоцитопения и снижение АЧТВ, что указывает на его эффективность в нормализации показателей гемостаза ($\chi^2=14,1$; $p=0,0002$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Е.Н. Сницаренко¹, С.М. Яковец², Н.Л. Андрианова²

¹ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Гиперпластические процессы эндометрия представляют важную медико-социальную проблему, интересующую не одно поколение исследователей. Доброкачественные гиперпластические процессы эндометрия на-