

УДК 618.14-002-08-052-082.3

А. В. Кругликова¹, Ю. А. Лызикова², М. Е. Кацуба³

¹Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

³Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И РЕЦИДИВА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК К ЛЕЧЕНИЮ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Введение

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) — это несимметричная пролиферация желез эндометрия с увеличением железистого компонента по отношению к строме, обусловленная истинной или относительной несбалансированностью эстрогенной стимуляцией эндометрия в условиях недостаточного влияния прогестерона [1].

По литературным данным к факторам риска, вызывающим ГЭ можно отнести: длительную ановуляцию в перименопаузе либо при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), ожирение, сахарный диабет, артериальную гипертензию, метаболический синдром, воспалительные заболевания внутренних половых органов, использование внутриматочных контрацептивов, искусственные аборты, эстроген-заместительную терапию, прием тамоксифена, ранний возраст менархе, позднее начало менопаузы, отсутствие беременностей в анамнезе, эстрогенпродуцирующие опухоли яичников, синдром Линча. Это неполный перечень состояний, способных привести к нарушению апоптозной регуляции клеток эндометрия и возникновению гиперпластических процессов [1, 2].

Главными звеньями патогенеза ГЭ являются избыточное влияние эстрогенов без противодействующего эффекта прогестерона; аномальный ответ желез эндометрия на нормальные уровни эстрогенов; повышение активности инсулиноподобных факторов роста (ИФР) при гиперинсулинемии и инсулинорезистентности (СД 2 типа, метаболический синдром, СПКЯ) [2]. Однако регистрируются случаи спонтанного разрешения ГЭ при коррекции обратимых причин избытка эстрогена: ожирение и использование заместительной гормональной терапии [3].

Для лечения могут использоваться как местные — внутриматочная система с левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС), так и пероральные гестагены. В рекомендациях, представленных Канадским обществом акушеров-гинекологов, указана сильная рекомендация по поводу использования ЛНГ-ВМС. ЛНГ-ВМС должна использоваться в качестве первой линии лечения ГЭ без атипии вследствие ее высокой эффективности, благоприятного профиля побочных эффектов, а также длительности использования: система может оставаться в полости матки в течение 5 лет у пациенток, положительно отвечающих на данный метод лечения. Однако в инструкции ЛНГ-ВМС нет легитимных оснований для его использования у женщин, страдающих гиперпластическими процессами эндометрия [4].

Женщинам, которые отказываются от ЛНГ-ВМС, можно начать непрерывный пероральный прием прогестагенов. Продолжительность лечения и наблюдения должна составлять не менее 6 месяцев. Наблюдение за эндометрием с офисной биопсией эндометрия рекомендуется с интервалом в 6 месяцев. Женщины с ИМТ более 35, получавшие пероральные прогестагены, имеют более высокий риск рецидива, и им следует рекомен-

довать ежегодное последующее наблюдение [3]. Кроме того, таким пациенткам можно добавлять к основному лечению препарат метформина, т.к. существуют исследования, демонстрирующие дополнительные преимущества от комбинированного приема препаратов [4].

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в качестве препаратов 1-й линии у пациенток репродуктивного возраста по результатам крупного исследования Y. Wang и соавт. (2019 г.) показали свою эффективность. Ремиссия гиперплазии эндометрия на фоне лечения оральными контрацептивами достигнута в 93,52 % случаев, а на фоне прогестинов — в 86,02 %. Шансы достижения нормальной гистологии эндометрия при использовании КОК оказались на 2,35 выше, чем после аналогичной продолжительности лечения прогестином. Было выявлено улучшение профиля кровотечений у пациенток, применявших КОК [5].

Цель

Изучить факторы риска развития рецидива гиперплазии эндометрия и оценить приверженность пациенток к лечению данной патологии.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 38 амбулаторных карт, выписных эпикризов, пациенток, которым было выполнено раздельное диагностическое выскабливание в учреждении здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 4».

Исследование включало статистическую обработку с помощью программного обеспечения Statistica 12. Полученные данные были представлены в виде Me (Q 25–Q 75); абсолютным числом (n) и относительной величиной (%) с расчетом доверительного интервала (ДИ) по методу Клоппера — Пирсона. Статистическую значимость определяли с помощью непараметрического критерия Манна — Уитни (U) — для количественных показателей и точного критерия Фишера — для качественных показателей. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ или > 95 %.

Результаты исследования и их обсуждение

В группу исследования были включены 38 женщин в возрасте 44 (41,25–49,75) лет, которым было проведено раздельное диагностическое исследование в 2020–2021 гг. Через год был произведен анализ амбулаторных карт данных пациенток в женских консультациях по месту жительства, в результате которого было выяснено, что на приеме у акушера-гинеколога после госпитализации побывали только 17 (44,74 %) женщин. Женщины были разделены на 2 группы: с гиперплазией эндометрия (основная группа) — 26 (68,42 %) пациенток и без патологии эндометрия (контрольная группа) — 12 (31,58%) пациенток. У 6 (15,79 %) пациенток произошел рецидив ГЭ в течение года наблюдений.

Нами было изучено влияние различных факторов на риск возникновения ГЭ. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка факторов риска возникновения ГЭ у пациенток.

Сравниваемый критерий	1 группа, n = 26	2 группа, n = 12	p
Возраст, лет	46,50 (42,00–49,75)	43,50 (40,25–49,50)	1,000
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м ²	27,00 (23,29–31,23)	25,46 (23,00–29,65)	1,000
Избыточная масса тела и ожирение, %	65,38 (44,33–82,79)	50,00 (21,09–78,91)	0,291
Курение, %	3,85 (0,10–19,64)	8,33 (0,21–38,48)	0,538

**СЕКЦИЯ
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Окончание таблицы 1

Сравниваемый критерий	1 группа, n = 26	2 группа, n = 12	p
Артериальная гипертензия (АГ),%	15,38 (4,36–34,87)	0	0,202
Заболевания органов пищеварения, %	15,38 (4,36–34,87)	16,67 (2,09–48,41)	0,631
Сахарный диабет (СД),%	3,85 (0,10–19,64)	8,33 (0,21–38,48)	0,538
Менопауза, %	30,77 (14,33–51,79)	8,33 (0,21–38,48)	0,134
Количество беременностей	2,00 (1,25–3,75)	2,00 (2,00–3,00)	1,000
Беременность в анамнезе, %	100	100	
Количество родов	1,50 (1,00–2,00)	2,00 (1,00–2,25)	1,000
Роды в анамнезе, %	96,15 (80,36–99,90)	100	0,567
Количество аборт	0,50 (0,00–2,00)	0,00 (0,00–1,00)	1,000
Аборты в анамнезе, %	50,00 (29,93–70,07)	33,33 (9,92–65,11)	0,273
Миома матки в анамнезе, %	26,92 (11,57–47,79)	58,33 (27,67–84,83)	0,673
Киста яичника в анамнезе, %	30,77 (14,33–51,79)	16,67 (2,09–48,41)	0,309
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе, %	7,69 (0,95–25,13)	8,33 (0,21–38,48)	0,692
Эндометриоз в анамнезе, %	7,69 (0,95–25,13)	33,33 (9,92–65,11)	0,066

По результатам расчетов достоверных отличий между группами выявлено не было.

Для определения факторов риска рецидива ГЭ основная группа была разделена на две подгруппы: с рецидивом ГЭ — 6 (23,08 %) пациенток и без рецидива ГЭ — 20 (76,92 %) женщин. Данные исследования приводятся в таблице ниже (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка факторов риска рецидива ГЭ у пациенток.

Сравниваемый критерий	1 группа, n = 6	2 группа, n = 20	p
Возраст, лет	47,00 (46,25–50,00)	43,50 (41,00–49,25)	1,000
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м ²	27,94 (24,00–29,81)	26,92 (23,76–31,82)	1,000
Избыточная масса тела и ожирение, %	66,67 (22,28–95,67)	65,00 (40,78–84,61)	0,669
Курение, %	0	5,00 (0,13–24,87)	0,769
Артериальная гипертензия (АГ),%	16,67 (0,42–64,12)	15,00 (3,21–37,89)	0,676
Заболевания органов пищеварения, %	33,33 (4,33–77,72)	10,00 (1,23–31,70)	0,218
Сахарный диабет (СД),%	0	5,00 (0,13–24,87)	0,769
Менопауза, %	16,67 (0,42–64,12)	35,00 (15,39–59,22)	0,378
Количество беременностей	2,50 (2,00–3,00)	2,00 (1,00–4,00)	1,000
Беременность в анамнезе, %	100	100	
Количество родов	1,50 (1,00–2,00)	1,50 (1,00–2,00)	1,000
Роды в анамнезе, %	83,33 (35,88–99,58)	100	0,231
Количество аборт	1,50 (0,25–2,00)	0,00 (0,00–2,00)	1,000
Аборты в анамнезе, %	66,67 (22,28–95,67)	45,00 (23,06–68,47)	0,322
Миома матки в анамнезе, %	33,33 (4,33–77,72)	25,00 (8,66–49,10)	0,529
Киста яичника в анамнезе, %	33,33 (4,33–77,72)	30,00 (11,89–54,28)	0,622
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе, %	16,67 (0,42–64,12)	5,00 (0,13–24,87)	0,415
Эндометриоз в анамнезе, %	0	10,00 (1,23–31,70)	0,585

В случае изучения факторов риска так же не было выявлено статистически значимой разницы.

Из 17 пациенток, посетивших врача после госпитализации, рекомендованное гормональное лечение ГЭ получали только 4 (23,53 %). Эти женщины имели рецидивы данного заболевания. Для лечения были назначены: норэтистерон в 75,00 % случаев, ЛНГ–ВМС в 25,00 % случаев.

Выводы

Таким образом, выявить факторы риска, способствующие возникновению и рецидивированию ГЭ, не удалось. Данный факт связан с малым размером выборки, что обусловлено низкой приверженностью пациенток к лечению. В то же время врачи придерживаются наблюдательной тактики и только после рецидива ГЭ назначают лечение. Данный вопрос требует дальнейшего изучения, так как такие трудные для отслеживания пациентки требуют гормонального лечения по современным рекомендациям, чтобы не допустить развития рака эндометрия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток / Р. И. Габидуллина [и др.] // Consilium Medicum. – 2019. – 21(6). – С. 53–58.
2. Алгоритм действий клинициста при гиперпластических процессах эндометрия / М. Р. Оразов [и др.] // Трудный пациент. – 2021. – 19 (3). – С. 39–42.
3. Singh, G. Endometrial Hyperplasia. / G. Singh, Y Puckett // StatPearls Publishing. – 2021 Apr 13.
4. Guideline No. 390-Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. / М. Н. Auclair [et al.] // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2019. – 41 (12). P. 1789–1800.
5. Combined estrogen-progestin pill is a safe and effective option for endometrial hyperplasia without atypia: a three-year single center experience / Y. Wang [et al.] // Journal of Gynecologic Oncology. – 2019. – 30 (3). – P. 49.

УДК 618.3:616.61-007-053.1

Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

Введение

Среди всех врожденных пороков развития человека аномалии мочевыводящих путей встречаются в 30 %. Чаще они протекают бессимптомно и диагностируются случайно у беременных во время их диспансерного обследования во время беременности. Аномалии почек увеличивают риск инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и внутриутробного инфицирования плода, сопровождаются акушерскими и перинатальными осложнениями [1, 2]. При наличии пороков развития почек беременность осложняется у 60 % женщин преэклампсией, у 40 % пациенток анемией, невынашивание беременности и хроническая плацентарная недостаточность выявляется в 30 % [3].