

Проліферативні процеси ендометрія у жінок у постменопаузі: оптимізація діагностики, лікування та реабілітації

О.Ю. Мініна

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

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку на підставі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи. Було обстежено 213 пацієнок у постменопаузальний період з наявністю проліферативних процесів ендометрія. Усім пацієнткам проводили загальноклінічне (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, гемостазіограма), лабораторне (дослідження рівня рецепторів до статевих гормонів) та інструментальне обстеження.

Результати. Дані, отримані під час виконання ехографії, яку проводили всім пацієнткам після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція. За даними ультразвукового дослідження органів малого таза у перші дві доби після операції відзначено відсутність будь-яких ускладнень, під час контрольних ультразвукових обстежень статевих органів у більш віддалені терміни в обстежених виявлена наявність збережених вогнищ проліферації ендометрія, які мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції і гістерорезектоскопії. Дані методи хірургічних втручань є гідною альтернативою традиційним методам лікування пацієнок старшої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо обтяженою супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії.

Заключення. Використання удосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування та профілакувати розвиток рецидивів.

Ключові слова: проліферативні процеси ендометрія, постменопауза, діагностика, лікування, реабілітація.

Серед основної патології репродуктивної системи у старшій віковій період чільне місце посідають проліферативні процеси ендометрія [1, 2]. Часто при захворюваннях матки жінки старшої вікової групи не отримують належного об'єму діагностичних і лікувальних заходів або отримують неналежне лікування через невідповідне дотримання консервативної тактики терапії, що не відповідає принципам онкопрофілактики [3, 4].

Сучасний перелік лікувальних засобів при проліферативних процесах тіла матки включає механічне видалення патологічного ендометрія, його абляцію, гормонотерапію, гістеректомію лапароскопічним, вагінальним та абдомінальним методами [5, 6]. Вибір методу лікування та його застосування також залежить від супутньої соматичної патології, а особливо складності виникають під час лікування жінок старшої вікової групи через високий рівень ускладнень у разі оперативного втручання та анестезії [7].

Незважаючи на велике число наукових публікацій щодо проблем проліферативних процесів ендометрія, наукові до-

слідження, що стосуються жінок старшої вікової групи, практично відсутні, а наявні поодинокі публікації мають фрагментарний характер. Усе викладене вище свідчить про актуальність даного наукового питання.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики та лікування проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку на підставі удосконалення та впровадження алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 213 пацієнок у постменопаузальний період з наявністю проліферативних процесів ендометрія (ППЕ).

Усіх обстежених було розподілено на три групи:

- в основну групу було включено 118 пацієнок від 60 до 82 років – 1-а група;
- до групи порівняння увійшли 95 жінок від 46 до 59 років – 2-а група;
- у контрольну групу увійшли 30 жінок без гінекологічної патології, зіставні за віком і супутньою соматичною патологією, які знаходяться у постменопаузальному періоді.

Під час формування груп пацієнок було використано наступні критерії виключення:

- жінки, що ще менструують;
- жінки, у яких діагностована наявність атипії.

Окрім проведеного аналізу ефективності різних методів діагностики і лікування пацієнок основної групи і групи порівняння з метою визначення рівнів експресії мембранних і ядерних рецепторів стероїдних гормонів, було обстежено 90 пацієнок у період постменопаузи, яких було розподілено на дві групи з урахуванням віку, наявності або відсутності генітальної патології. До 3-ї групи увійшли 60 жінок з ППЕ, вік яких варіював від 46 до 82 років; до контрольної групи (4-а група) увійшли 30 жінок, зіставних за віком, без гінекологічної патології.

Усім пацієнткам обох груп під час госпіталізації до клініки проводили загальноклінічне (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, гемостазіограма), лабораторне та інструментальне обстеження.

Гістероскопію і роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки здійснювали жорстким гістероскопом фірми «Karl Storz» (Німеччина) з подальшим патоморфологічним дослідженням отриманого зскрібка за загальноприйнятою методикою [5].

Провідними методами лікування проліферативних процесів ендометрія були наступні:

- гістерорезектоскопія;
- електрохірургічна абляція ендометрія.

Так, в основній групі 80 пацієнткам було проведено гістерорезектоскопію та 38 пацієнткам – електрохірургічну абляцію ендометрія (відповідно 67,8% та 32,2%). У групі порівняння було виконано 69 гістерорезектоскопій та 26 абляцій ендометрія (відповідно 72,6% та 27,4%).

Тривалість менопаузи у пацієнок основної групи і групи порівняння

| Тривалість менопаузи, роки | Група обстежених пацієнок | | | | Усього, n=213 | |
|----------------------------|---------------------------|------|------------------|-------|---------------|------|
| | Основна, n=118 | | Порівняння, n=95 | | | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| 2–5 | 3 | 2,5 | 34 | 35,7* | 37 | 17,4 |
| 6–9 | 12 | 10,2 | 31 | 32,6* | 43 | 20,2 |
| 10–13 | 18 | 15,3 | 19 | 20,0 | 37 | 17,4 |
| 14–17 | 19* | 16,1 | 9 | 9,5* | 28 | 13,1 |
| 18–21 | 24* | 20,3 | 2 | 2,1* | 26 | 12,2 |
| 22–25 | 29 | 24,6 | - | - | 29 | 13,6 |
| 26 і більше | 13 | 11,0 | - | - | 13 | 6,1 |

Примітка. * – Відмінності достовірні (p<0,05) порівняно з основною групою.

Таблиця 2

Показання для госпіталізації пацієнок основної групи і групи порівняння

| Об'єктивні дані та скарги | Група обстежених пацієнок | | | | Усього, n=213 | |
|---|---------------------------|------|------------------|-------|---------------|------|
| | Основна, n=118 | | Порівняння, n=95 | | | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Проліферативні процеси ендометрія | 118 | 100 | 95 | 100 | 213 | 100 |
| Рецидив патології ендометрія | 12 | 10,2 | 8 | 8,4 | 20 | 9,4 |
| Патологія ендометрія у поєднанні з утвореннями яєчників | 18 | 15,6 | 13 | 13,7 | 31 | 14,6 |
| Кров'яні виділення зі статевих шляхів | 37 | 31,3 | 23 | 24,2* | 60 | 28,2 |
| Біль різного характеру | 3 | 2,5 | 5 | 5,3* | 8 | 3,8 |

Примітка. * – Відмінності достовірні (p<0,05) порівняно з основною групою.

Після проведення оперативного втручання пацієнткам обох груп було призначено наступне відновлювальне лікування:

- комплексний естрогенний препарат, який містить рослинні компоненти, вітаміни та органічні сполуки, у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс;
- препарат кальцію холекальциферолу у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс;
- комплексний вітамінний препарат спрямованої дії для постменопаузального періоду у загальноприйнятій дозі протягом 3 міс.

Щодо необхідності повторного курсу відновлювального лікування – вирішували індивідуально під контролем клініко-лабораторних показників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість постменопаузального періоду в обстежуваних основної групи становила від 3 до 39 років, у середньому 19,3±0,8 року; у групі порівняння – від 2 до 10 років, у середньому 4,4±0,3 року.

Розподіл обстежених хворих залежно від тривалості постменопаузального періоду представлений у табл. 1.

Як видно з даних, представлених у табл. 1, у 3 пацієнок основної групи тривалість постменопаузального періоду варіювала від 2 до 5 років. Такий нетривалий постменопаузальний період визначався пізнім настанням менопаузи – 57,0±0,3 року. Найбільша тривалість постменопаузального періоду – більше 26 років – відзначена у пацієнок в основній групі – 13 (11,0%).

Показаннями до госпіталізації були:

- патологія ендометрія у пацієнок основної групи і групи порівняння, виявлена при УЗД органів малого таза, – 70 (59,3%) і 67 (70,5%) жінок відповідно;
- наявність кров'яних виділень зі статевих шляхів у постменопаузальний період – 24 (20,3%) і 16 (16,8%) жінок відповідно;

– біль різного характеру – у 13 (11,0%) пацієнок основної групи і в 11 (11,6%) жінок групи порівняння.

Більшість обстежених хворих – 156 (73,2%) – були госпіталізовані у стаціонар з патологією ендометрія, виявленою за результатами УЗД. Останні пацієнтки пред'являли ті або інші скарги – 57 (26,8%).

Підстави для госпіталізації пацієнок основної групи і групи порівняння представлені у табл. 2.

Як видно з табл. 2, патологію ендометрія у пацієнок 2-ї групи діагностували в 1,1 разу частіше порівняно із обстеженими основної групи. Рецидив патології ендометрія за даними УЗД у пацієнок основної групи і групи порівняння діагностували з однаковою частотою: 10,2% і 8,4% відповідно.

Важливо відзначити, що поєднання патології ендометрія з утвореннями яєчників виявляли з приблизно однаковою частотою як в основній групі – 18 (15,6%) випадків, так і в групі порівняння – 13 (13,6%).

Результати проведених досліджень свідчать, що у структурі проліферативних процесів ендометрія у жінок постменопаузального віку переважали поліпи ендометрія (79,4%) порівняно з атрофією (10,8%) та гіперплазією ендометрія (9,8%). При цьому фіброзні поліпи діагностували у 45,1%, залозисто-фіброзні – у 34,3% випадків відповідно. Залежно

від віку пацієнток та тривалості періоду постменопаузи достовірних відмінностей не спостерігали ($p > 0,05$).

Частота поєднаної генітальної патології у жінок у постменопаузальний період з проліферативними процесами ендометрія становить 91,5%. У структурі гінекологічної захворюваності переважають хронічний ендометрит (24,4%), новоутворення яєчників (16,0%), міома матки (14,1%), аденоміоз (12,8%) та патологія шийки матки (9,4%). У порівняльному аспекті у жінок віком від 46 до 59 років частіше діагностували патологічні зміни шийки матки (11,6% проти 7,6%) та запальні захворювання придатків матки (10,5% порівняно з 6,8% у жінок віком понад 60 років).

У жінок постменопаузального віку з проліферативними процесами ендометрія частота супутньої екстрагенітальної патології становить 100,0%. У її структурі частіше фіксували захворювання серцево-судинної системи (34,7%); варикозну хворобу (29,6%); надмірну масу тіла (22,1%) та патологію травного тракту (20,7%). У порівняльному аспекті у жінок віком понад 60 років частіше виявляли варикозну хворобу (35,6% проти 22,1% у жінок віком від 46 до 59 років).

Серед різних варіантів попередніх оперативних втручань у жінок постменопаузального віку з проліферативними процесами ендометрія слід виділити високу частоту операцій на придатках матки – 38,6% та безпосередньо на матці (кесарів розтин та міомектомія) – 20,9%. Серед оперативних втручань екстрагенітальної локалізації можна виділити певний рівень апенд- та холецистектомій (по 12,8%). Достовірної різниці у частоті перенесених операцій залежно від віку та тривалості постменопаузи не встановлено ($p > 0,05$).

Розвиток поліпів ендометрія у пацієнток віком понад 60 років супроводжується зміною параметрів стероїдної ре-

цепції у моноклеарній фракції клітин крові. Ці зміни стосуються виключно альтернативного типу стероїдних рецепторів, що належать до суперсімейства рецепторів, які 7 разів пронизують мембрану і асоційовані з білком: mER і Pr-7.

Розвиток проліферативних процесів ендометрія у пацієнток у період постменопаузи супроводжується зміною експресії рецепторів статевих стероїдів у моноклеарній фракції клітин крові. При цьому спостерігаються незалежно від віку пацієнток різноспрямовані зміни рецепції стероїдів – зниження рівня естрогену (mER і Egr) при підвищенні експресії рецепторів прогестерону (PR-у).

Використання удосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів дозволяє підвищити ефективність лікування та профілакувати розвиток рецидивів.

ВИСНОВКИ

Дані, отримані під час виконання ехографії, яку проводили всім обстеженим після абляції ендометрія, підтвердили високу безпеку такого щадного методу малоінвазивної хірургії, як електрохірургічна абляція. За даними УЗД органів малого таза у перші дві доби після операції відзначали відсутність будь-яких ускладнень; під час контрольних ультразвукових обстежень статевих органів протягом 6 років у хворих виявлена наявність збережених вогнищ проліферації ендометрія, що мали доброякісний характер. Це підтверджує високу ефективність, малу травматичність і хорошу переносимість абляції та гістерорезектоскопії.

Дані методи хірургічних втручань є гідною альтернативою традиційним методам лікування пацієнток старшої вікової групи з доброякісною патологією матки, особливо обтяженою супутньою соматичною патологією, за наявності протипоказань до оперативного лікування і гормонотерапії.

Пролиферативные процессы эндометрия у женщин в постменопаузе: оптимизация диагностики, лечения и реабилитации О.Ю. Минина

Цель исследования: повышение эффективности диагностики и лечения пролиферативных процессов эндометрия у женщин постменопаузального возраста на основе усовершенствования и внедрения алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Было обследовано 213 пациенток в постменопаузальный период с наличием пролиферативных процессов эндометрия. Всем пациенткам проводили общеклиническое (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, гемостазиограмма), лабораторное (исследование уровня рецепторов к половым гормонам) и инструментальное обследование.

Результаты. Данные, полученные при выполнении эхографии всем пациенткам после абляции эндометрия, подтвердили высокую безопасность такого щадящего метода малоинвазивной хирургии. По данным ультразвукового исследования органов малого таза в первые двое суток после операции отмечено отсутствие каких-либо осложнений; при контрольных ультразвуковых обследованиях половых органов в более отдаленные сроки у обследованных выявлено наличие сохраненных очагов пролиферации эндометрия, которые имели доброкачественный характер. Это подтверждает высокую эффективность, малую травматичность и хорошую переносимость абляции и гистерорезектоскопии. Данные методы хирургических вмешательств являются альтернативой традиционным методам лечения пациенток старшей возрастной группы с доброкачественной патологией матки, особенно отягощенной сопутствующей соматической патологией, при наличии противопоказаний к оперативному лечению и гормонотерапии.

Заключение. Использование усовершенствованного алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность лечения и профилактировать развитие рецидивов.

Ключевые слова: пролиферативные процессы эндометрия, постменопауза, диагностика, лечение, реабилитация.

Proliferative processes an endometrium at women in postmenopause: optimization of diagnostics, treatment and rehabilitation O.Yu. Minina

The objective: to increase efficiency of diagnostics and treatment of proliferative processes an endometrium at women of post-menopausal age on the basis of improvement and introduction of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions.

Materials and methods. We surveyed 213 patients of the postmenopausal period with existence of proliferative processes an endometrium. To all patients carried out all-clinical (the clinical analysis of blood, the biochemical analysis of blood, hemostaziograma), laboratory (research of level of receptors to sexual hormones) and tool inspection.

Results. The data received at performance of echography by all observed after ablation an endometrium, confirmed high safety of such sparing method of low-invasive surgery. According to ultrasonic research of organs small to basin in the first two days after operation testified to lack of any complications, at control ultrasonic inspections of organs of genitalias in more remote terms taped existence at the kept centers surveyed existence an endometrium which had good-quality character. It confirms high efficiency, small injury and a good acceptability of ablyation and a hysterorectoscopy. Dany methods of surgical interventions are alternative to traditional methods of treatment of patients of the senior age group with proliferative processes an endometrium, especially in cases burdened by accompanying somatic pathology and in the presence to expeditious abdominal operative treatment and hormonotherapy.

Conclusion. Use of advanced algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions allows to increase efficiency of treatment and prophylaxis development of recurrence.

Key words: proliferative processes an endometrium, postmenopause, diagnostics, treatment, rehabilitation.

Сведения об авторе

Минина Ольга Юрьевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., 2016. Эндометриозы: Руководство для врачей. М.: Медицина: 320.
2. Бохман Я.В., 2009. Руководство по онкогинекологии. СПб: Фолиант: 542.
3. Бреусенко В. Г., 2009. Значение современных методов диагностики патологии эндометрия у женщин в период постменопаузы. Российский вестник акушера-гинеколога: 2:67–72.
4. Вихляева Е.М., 2014. Руководство по эндокринной гинекологии: Руководство для врачей. М.: МИА: 768.
5. Шамрай В.А., 2016. Гистероскопическая диагностика поеднаной патологии матки в постменопаузальном периоде // Здоровье женщины : 1 : 146–150.
6. Шамрай В.А., 2016. Эндоскопическая диагностика поеднаной патологии матки в постменопаузальном периоде // Сборник научных работ співробітників НМАПО імені П.Л.Шупика : Київ : 25 : 6 : 78–82.
7. Шамрай В.А., 2016. Поєднана патологія геніталій у жінок постменопаузального періоду: діагностика і тактика хірургічного лікування // Здоровье женщины : 6 : 56–59.

Статья поступила в редакцию 13.04.2018

ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. Персональна електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому містити як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.