

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В АНАМНЕЗЕ

CLINICAL FEATURES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH A HISTORY OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

**M. Podgornyaya
R. Balter
T. Ivanova
L. Tselkovich
O. Ilchenko
A. Bogdasarov**

Summary. Clinical and ultrasound features of pregnancy development in patients with endometrial hyperplasia are considered. Examined 139 pregnant patients. Through the processing of statistical data, it was determined that some women with GE had chronic diseases that could affect pregnancy.

Keywords: pregnancy, endometrial hyperplasia with atypia, endometrial hyperplasia without atypia, risk factors for pregnancy complications.

Подгорная Милла Сергеевна

Соискатель,

Самарский государственный медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Балтер Регина Борисовна

Д.м.н., профессор,

Самарский государственный медицинский университет
regina.balter@yandex.ru

Иванова Татьяна Владимировна

К.м.н., доцент,

Самарский государственный медицинский университет
t.v.ivanova@samsmu.ru

Целкович Людмила Савельевна

Д.м.н., профессор,

Самарский государственный медицинский университет
samaraobsgyn2@yandex.ru

Ильченко Олеся Андреевна

Аспирант,

Самарский государственный медицинский университет
врач — акушер-гинеколог ГБУЗ СО СГП № 3, г. Самара
olesay.ilchenko@gmail.com

Богдасаров Азат Юрьевич

Д.м.н., профессор,

Ульяновский государственный университет
azat-01@mail.ru

Аннотация. Рассматриваются клинические и ультразвуковые особенности развития беременности у пациенток с гиперплазией эндометрия в анамнезе. Обследовано 139 беременных пациенток. Путем обработки статистических данных определено, что у части женщин с ГЭ имелись хронические заболевания, способные влиять на течение беременности.

Ключевые слова: беременность, гиперплазия эндометрия с атипий, гиперплазия эндометрия без атипии, факторы риска развития осложнений беременности.

Имеющиеся литературные данные о гиперплазии эндометрия (ГЭ) показывают, что данное заболевание у женщин является одной из основных причин аномальных маточных кровотечений в структуре гинекологической патологии [1–3]. Несмотря на тот факт, что большинство случаев гиперплазии приходится на поздний детородный и перименопаузальный возраст, начало патологических изменений связано с репродуктивным периодом женщины, что существенно влияет на возможности зачатия и вынашивания беременности [4–7].

В литературе приводятся сведения [8–11], что, помимо структурных изменений эндометрия, непосредствен-

но влияющих на процессы имплантации, у большинства пациенток имеется ряд сопутствующих заболеваний, относящихся к факторам риска развития гиперплазии эндометрия и оказывающих влияние на течение беременности в случае ее наступления [12–14]. На сегодняшний день активно обсуждаются вопросы консервативного лечения женщин с атипической гиперплазией и начальными стадиями рака эндометрия [15, 16]. Авторы приводят примеры успешной гестации и рождения жизнеспособных детей после проведенного лечения [17, 18]. Появились термины «онкофERTильность» и «онкорепродукция» [19]. Вместе с тем вопросы, касающиеся гиперплазии эндометрия без атипии, практически не рассмат-

тряиваются, хотя доказано, что данный диагноз является одной из стадий патологических изменений, приводящих к раку эндометрия в finale [13, 14, 20]. В связи с изложенным, вопросы, касающиеся течения беременности у женщин с гиперплазией эндометрия, как с атипиею, так и без нее, являются значимыми, так как позволяют оценить влияние ранних патологических изменений эндометрия на формирование хориона и дальнейшее развитие фето-плацентарного комплекса.

Целью данного исследования стало выделение клинических и ультразвуковых особенностей развития беременности у пациенток с гиперплазией эндометрия в анамнезе. Для этого было обследовано 139 беременных пациенток. В основной группе, состоящей из 64 пациенток, 52 женщины в анамнезе имели гиперплазию эндометрия без атипии, атипическую гиперплазию эндометрия — 12 человек. Диагноз гиперплазии выставлялся согласно бинарной классификации ВОЗ 2014 г.

Все женщины основной группы перед наступлением беременности испытывали трудности с зачатием, соответственно, им проводилось лечение, в результате которого часть пациенток забеременела самостоятельно — 45 человек, для другой части женщин — 19 пациенток — было проведено ЭКО. В контрольную группу вошли 75 здоровых женщин, 52 из которых были с самостоятельно наступившей физиологической беременностью, а 23 — прошли процедуру ЭКО по причине фактора мужского бесплодия. Такое распределение позволило учесть все факторы возможного риска развития осложнений беременности, в том числе, связанных с влиянием протоколов ЭКО на течение гестационного процесса.

Критерии включения в основную группу:

- беременность,
- наличие в анамнезе гиперплазии эндометрия (с атипиею и без атипии).

Критерии исключения из основной группы:

- возраст моложе 18 и старше 45 лет,
- отсутствие гиперплазии эндометрия,
- отсутствие беременности.

В группу контроля вошли здоровые женщины в возрасте от 18 до 45 лет с физиологической беременностью.

Ведение беременных осуществлялось на площадке единственного лечебного учреждения, что позволило устранить различия в стандартах оказания медицинской помощи, способныхказать влияние на течение беременности из-за неодинакового материального оснащения и квалификации медицинского персонала. Обследование и ведение женщин осуществлялось в со-

ответствии с действующими приказами Министерства здравоохранения РФ и актуальными клиническими рекомендациями. Все пациентки дали письменное согласие на участие в исследовании.

Полученные данные объединялись в единую базу, фиксировались в электронных таблицах Excel и рассчитывались при помощи программы медицинской статистики MedCalc (версия 15.2). Для выбора методов расчета проводилась оценка нормальности распределения показателей в группах в соответствии с критериями Колмого-

Таблица 1.
Сопутствующие хронические заболевания женщин сравниваемых групп (абс — M±m %)

Группы заболеваний	Шифр МКБ-Х	Основная группа, n=64	Контрольная группа, n=75	P ₁₋₂
Дистрофия печени (стеатогепатоз)	K72	10–15,6±4,6	0	—
Гипотензивный синдром у матери	026.5	5–7,8±3,4	4–5,3±2,6	0,56
Заболевания системы пищеварения	K21, K29, R14, R12	7–10,9±3,9	8–10,7±3,6	0,97
Варикозная болезнь	I83, 022.0	3 2–50,0±6,3	1–14,7±4,1	<0,0001
Заболевания нервной системы	G54, M50–M51,	15–23,4±5,3	12–16,0±4,3	0,28
Заболевания почек и мочевыносящей системы	N11, N20, N30,	3–4,7±2,7	4–5,3±2,6	0,87
Ожирение	E66	40–62,5±6,1	12–16,0±4,3	<0,0001
Гипотиреоз	E02	13–20,3±5,1	3–4,0±2,3	<0,0001
АИТ	E06.3	18–28,1±5,7	5–6,7±2,9	0,001
Гипертиреоз	E05.0	1–1,6±1,6	1–1,3±1,3	0,88
Миома матки	D25	32–50,0±6,3	4–5,3±2,6	<0,0001
Воспалительные заболевания шейки матки	N72	22–34,4±5,9	4–5,3±2,6	<0,0001
Тазовые перитонеальные спайки	N73.6	28–43,8±6,3	6–8,0±3,2	<0,0001
Эктропион	N86	8–12,5±4,2	4–5,3±2,6	0,15
Пролапс половых органов	N81.2	5–7,8±3,4	2–2,7±1,9	0,19

Примечание. P₁₋₂ — показатель уровня значимости различий между группами

рова-Смирнова (уровень значимости данных критериев $>0,05$). Для нормально распределенных количественных признаков с равной дисперсией в обеих группах использовался двухвыборочный критерий Стьюдента, в остальных случаях применялся U-тест Манна-Уитни ($p<0,05$), а количественные данные описывались с использованием медианы (M_e), верхнего и нижнего квартилей (Q1-Q3).

Обследование пациенток при постановке на диспансерный учет свидетельствовало о том, что у части женщин в обеих группах имели место хронические заболевания, которые не являлись противопоказанием к вынашиванию беременности, однако могли оказывать влияние на ее течение (табл. 1).

Исследования текущего состояния здоровья женщин при взятии на диспансерный учет по беременности указывали на то, что у пациенток основной группы статистически достоверно чаще диагностировались такие заболевания, как варикозная болезнь — $50,0\pm6,3\%$, ожирение — $62,5\pm6,1\%$, гипотиреоз — $20,3\pm5,1\%$ и АИТ — $28,1\pm5,7\%$. В контрольной группе женщин с указанными заболеваниями было $14,7\pm4,1$, $16,0\pm4,3$, $4,0\pm2,3$, ($p<0,0001$) и $6,7\pm2,9\%$ ($p=0,001$), соответственно. Что касается заболеваний органов репродуктивной системы, то в основной группе достоверно чаще определялись такие заболевания, как миома матки — $50,0\pm6,3\%$, $34,4\pm5,9\%$ и тазовые перитонеальные спайки $43,8\pm6,3\%$. В контрольной группе женщин с такой патологией было

$5,3\pm2,6$, $5,3\pm2,6$ и $8,0\pm3,2\%$, соответственно $p<0,0001$. Также заслуживают внимание случаи диффузной дистрофии печени — стеатогепатоза, которые продиагностированы только в основной группе ($15,6\pm4,6\%$).

Оценка течения первого триместра беременности отображены на рис. 1.

Анализ течения первого триместра гестации показал, что в основной группе пациенток статистически значимо чаще, чем в контрольной группе имела место угроза прерывания беременности — $67,2\pm5,9$ против $10,7\pm3,6\%$ ($p<0,0001$). Формирование ретрохориальная гематомы регистрировалось у каждой пятой женщины основной группы — $20,3\pm5,1$, против $4,0\pm2,3\%$ ($p=0,004$). Статистически достоверно чаще встречались такие гестационные осложнения, как кровотечения в ранние сроки беременности $21,9\pm5,2$ и $4,0\pm2,3\%$, соответственно ($p=0,002$). У $35,9\pm6,0\%$ беременных основной группы при первом обследовании диагностировалась железодефицитная анемия легкой степени, и у $4,7\pm2,7\%$ — анемия средней степени тяжести. В контрольной группе женщин с анемией средней степени тяжести не было, в то время как анемия легкой степени регистрировалась только у $5,3\pm2,6\%$ пациенток ($p<0,0001$).

Далее нами был проведен факторный анализ влияния сопутствующей патологии в основной группе на угрозу прерывания беременности (67,2 %), как наи-

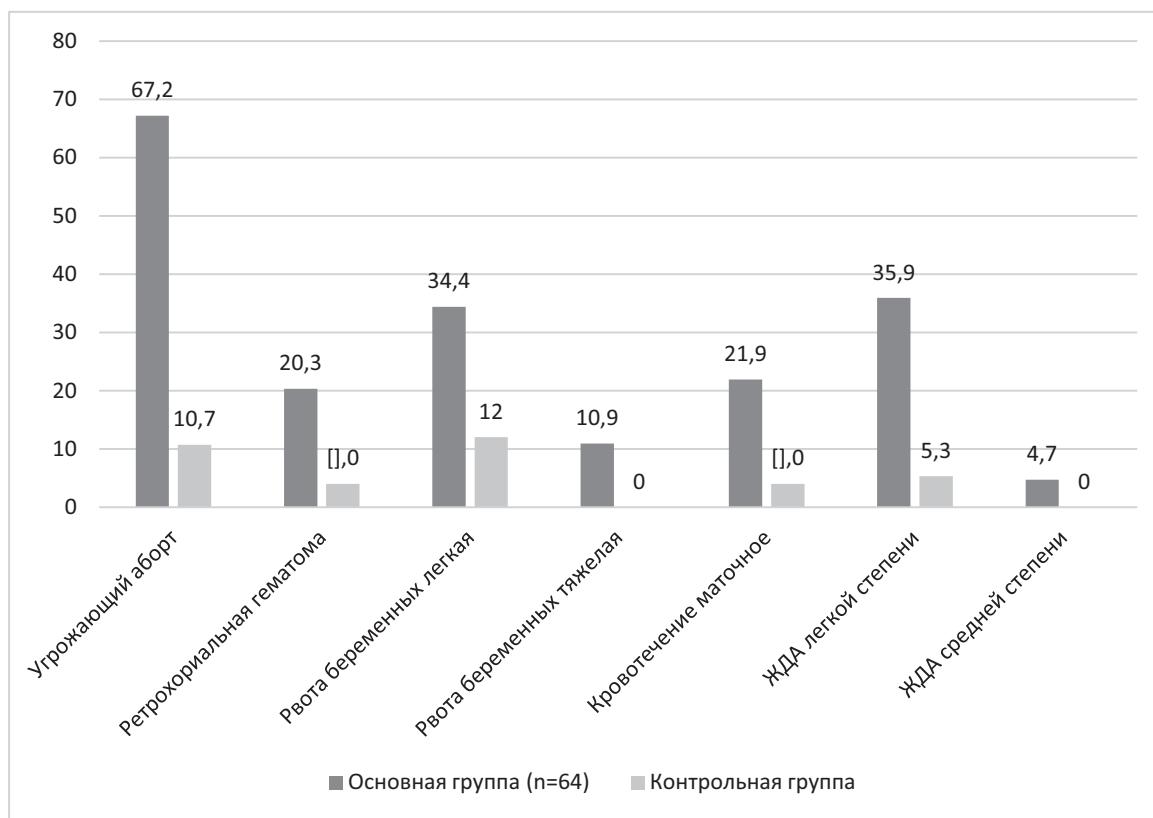


Рис. 1. Осложнения первого триместра беременности, %

более часто встречающееся осложнение гестационного процесса в первом триместре. Отметим, что в контрольной группе только у двух пациенток с угрозой прерывания беременности имелись установленные хронические заболевания такие, как ожирение I степени и хронический пиелонефрит. У остальных беременных контрольной группы хронических заболеваний диагностировано не было. Что касается основной группы, то хронические заболевания были выявлены у всех пациенток с угрозой прерывания беременности (табл. 2).

Также была установлена очень сильная связь между миомой матки и угрозой прерывания беременности ($\chi^2=31.256$, $C^1=0.810$), и связь средней силы между угрозой прерывания беременности и стеатогепатозом ($\chi^2=1,588$, $C^1=0,220$), заболеваниями почек и мочевыносящей системы ($\chi^2 =1,537$, $C^1=0,217$), тазовыми перитонеальными спайками ($\chi^2 =5,050$, $C^1=0,382$). Остальные сопутствующие патологии не были существенно связаны с угрозой прерывания беременности у женщин, имевших в анамнезе гиперплазию эндометрия.

Далее был проведен анализ клинического течения второго триместра гестации в сравниваемых группах (рис. 2).

Во втором триместре структура гестационных осложнений несколько поменялась. Отметим, что в контрольной группе, в целом, беременность протекала гладко и, за исключением эпизодических случаев протеинурии и анемии беременных легкой степени, нарушений гестационного процесса не выявлено. В то же время у половины пациенток основной группы ($51,5\pm6,3$ %) сохранилась анемия легкой степени, у $9,4\pm3,7$ % — средней степени тяжести. Присоединились такие состояния, как гестационный сахарный диабет (ГСД) — у $9,4\pm3,7$ % пациенток, инфекция мочевыводящих путей — у $12,5\pm4,1$ % женщин, угроза прерывания беременности, несмотря на проводимые мероприятия по ее сохранению, оставалась у $10,9\pm3,9$ % беременных.

Оценка фето-плацентарного комплекса проводилась с учетом показателей УЗИ-скриннинга и допплерометрии, которая дает возможность диагностировать нарушения кровотока и изменения состояния плода в динамике (табл. 3).

В процессе УЗ-исследования было установлено, что статистически значимых различий в большинстве показателей основной и контрольной группы нет. Однако, исследования средней мозговой артерии плода свидетельствовали о том, что в основной группе пульсационный индекс (ПИ) составлял $2,1\pm0,11$, что статистически значимо ниже, чем в группе контроля — $2,6\pm0,15$, ($p=0,008$). Кроме того, имелись статистически значимые различия СДО в левой маточной артерии — $2,2\pm0,12$ и $2,6\pm0,08$

Таблица 2.
Определение связи между сопутствующей патологией и угрозой прерывания беременности в первом триместре в основной группе

Группы заболеваний	Основная группа с угрозой прерывания, n=43	Основная группа без угрозы прерывания, n=21	χ^2	C^1 (Пирсона) сила связи	P
Дистрофия печени (стеатогепатоз)	5	5	1,588	0.220 средняя	0.208
Заболевания системы пищеварения	4	3	0,360	0.106 слабая	0.549
Варикозная болезнь	23	9	0,638	0.140 слабая	0.425
Заболевания нервной системы	11	4	0,336	0.102 слабая	0.563
Заболевания почек и мочевыносящей системы	3	0	1,537	0.217 средняя	0.216
Добропачественные заболевания МЖ	22	12	0,203	0.079 несущественная	0.653
Ожирение	26	14	0,232	0.085 несущественная	0.539
Гипотиреоз	10	3	0,701	0.147 слабая	0.403
АИТ	14	4	1,274	0.198 слабая	0.260
Гипертиреоз	1	0	0,496	0.124 слабая	0.482
Миома матки	11	21	31,256	0.810 очень сильная	<0,001
Воспалительные заболевания шейки матки	14	8	0,192	0.077 несущественная	0.662
Тазовые перитонеальные спайки	23	5	5,050	0.382 средняя	0.025
Эктропион	4	4	1,225	0.194 слабая	0.269
Пролапс половых органов	4	1	0,404	0.112 слабая	0.526

Примечание. p — уровень значимости критерия χ^2

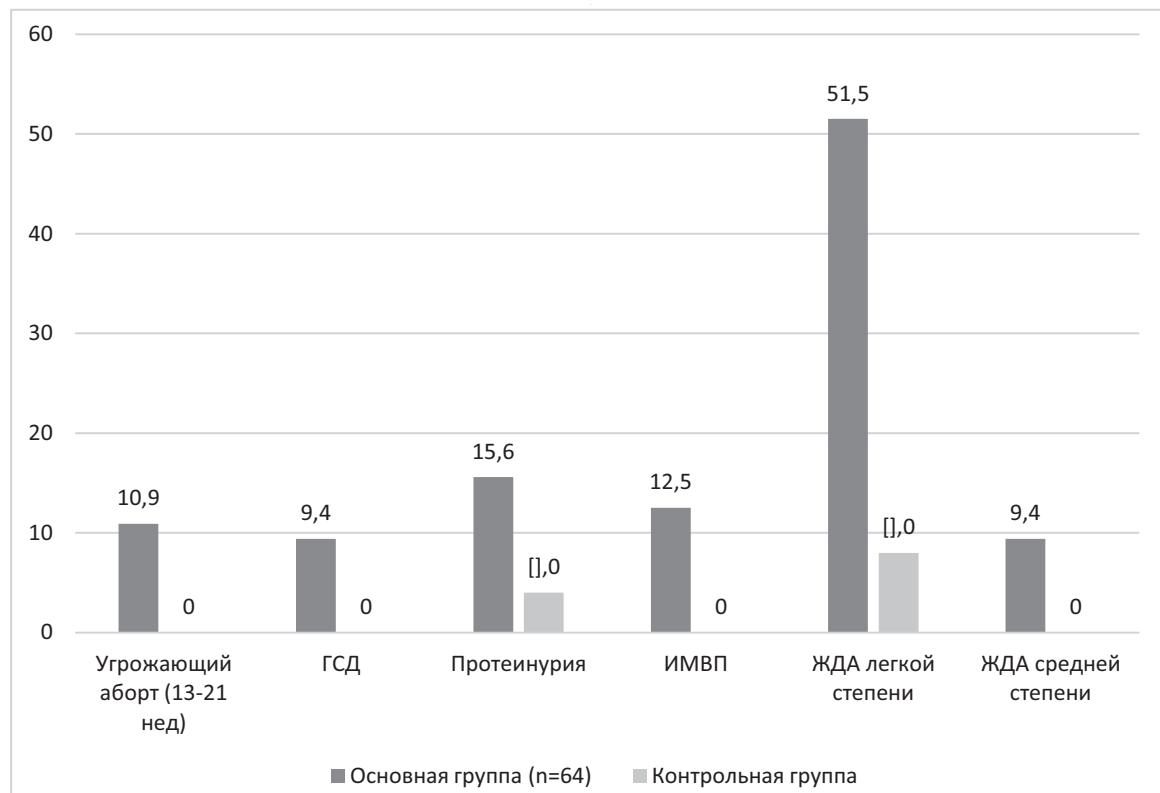


Рис. 2. Гестационные осложнения второго триместра у женщин сравниваемых групп, %

Таблица 3.

Показатели допплерометрии во втором скрининге (19–21 недели беременности) женщин сравниваемых групп ($M \pm m$)

Показатель допплерометрии	Основная группа, n=64			Контрольная группа, n=75			p_{1-2}
	СДО ¹	ПИ ²	ИР ³	СДО	ПИ	ИР	
Среднемозговая артерия плода (СМА)	$5,19 \pm 0,08$	$2,1 \pm 0,11$	$0,86 \pm 0,12$	$5,1 \pm 0,12$	$2,6 \pm 0,15$	$0,81 \pm 0,12$	$p_1 = 0,53$ $p_2 = 0,08$ $p_3 = 0,77$
Артерия пуповины 1 (АП 1)	$3,81 \pm 0,21$	$1,29 \pm 0,19$	$0,65 \pm 0,14$	$3,92 \pm 0,12$	$1,32 \pm 0,12$	$0,71 \pm 0,07$	$p_1 = 0,65$ $p_2 = 0,89$ $p_3 = 0,70$
Артерия пуповины 2 (АП 2)	$3,83 \pm 0,11$	$1,34 \pm 0,09$	$0,70 \pm 0,11$	$3,89 \pm 0,12$	$1,31 \pm 0,12$	$0,79 \pm 0,09$	$p_1 = 0,71$ $p_2 = 0,84$ $p_3 = 0,53$
Маточная артерия левая (МАЛ)	$2,2 \pm 0,12$	$1,3 \pm 0,15$	$0,56 \pm 0,14$	$2,6 \pm 0,08$	$1,6 \pm 0,07$	$0,53 \pm 0,11$	$p_1 = 0,006$ $p_2 = 0,07$ $p_3 = 0,87$
Маточная артерия правая (МАП)	$2,4 \pm 0,14$	$1,4 \pm 0,11$	$0,57 \pm 0,12$	$2,7 \pm 0,09$	$1,6 \pm 0,08$	$0,51 \pm 0,08$	$p_1 = 0,07$ $p_2 = 0,14$ $p_3 = 0,68$

Примечание. Р— показатель уровня значимости различий между группами

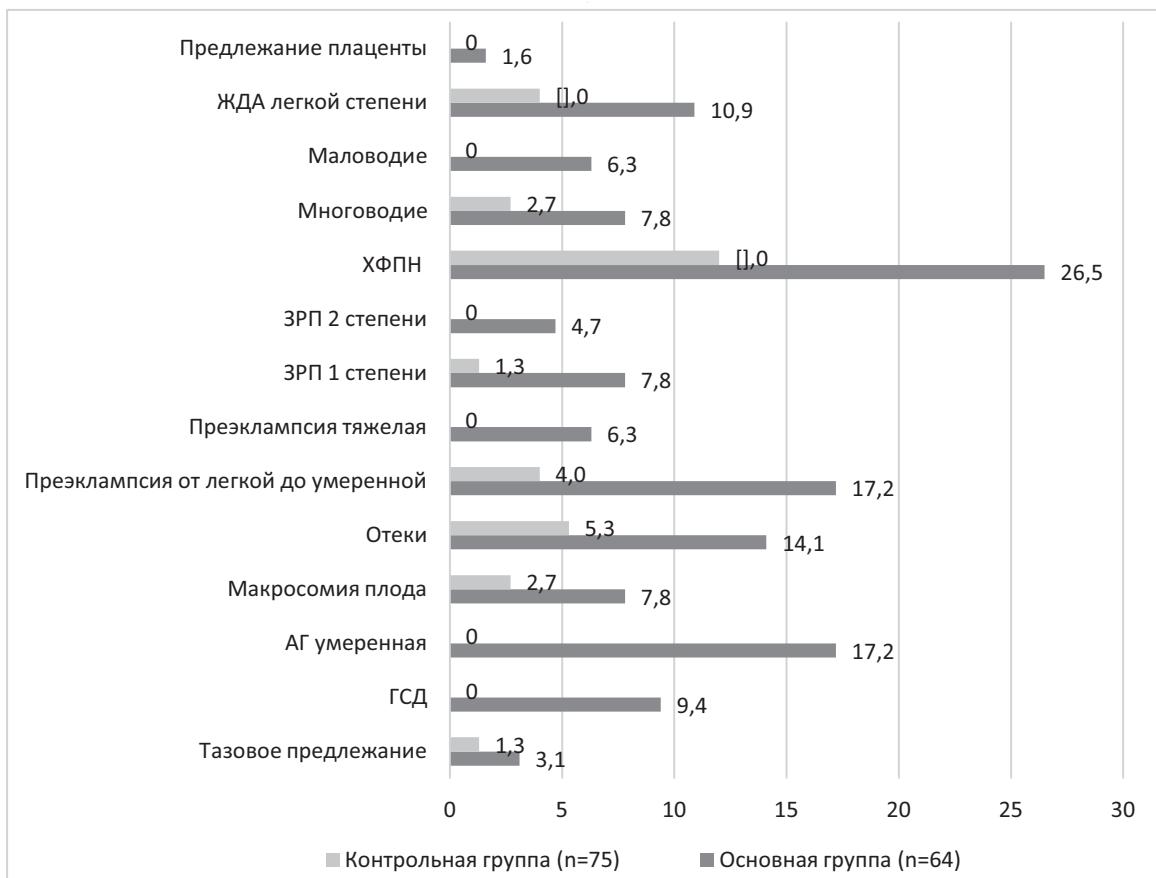


Рис. 3. Гестационные осложнения третьего триместра у женщин сравниваемых групп, %

($p=0,006$). Отмечено, что в рассматриваемом сроке беременности изменения кривых скоростей кровотока могут свидетельствовать о начале патологических (гипоксических) процессах и, в совокупности с клиническим течением, служить основанием для назначения соответствующей терапии. В то же время, указанные показатели допплерометрии не выходили за пределы стандартных норм, соответствующих сроку беременности и имели статистически значимые различия только в выделенных группах пациенток.

Что касается третьего триместра беременности, то результаты его клинического течения показаны на рис. 3.

В третьем триместре (табл. 4) основной группы женщин в первую очередь на себя обращали внимание осложнения, связанные с нарушением функции фетоплацентарного комплекса: ЗРП I и II степени — $7,8 \pm 3,4$ и $4,7 \pm 2,7$ %, УЗ-признаки внутриутробной гипоксии плода — $26,5 \pm 5,7$ %; преэклампсия легкой и тяжелой степени ($17,2 \pm 4,7$ и $6,3 \pm 3,0$ % соответственно). У $17,2 \pm 4,8$ % пациенток регистрировалась артериальная гипертензия (АГ), индуцированная беременностью. При этом в контрольной группе выявлены такие осложнения, как макросомия плода — $2,7 \pm 1,9$ %, преэклампсия легкой степени — $4,0 \pm 2,3$ % ($p=0,01$). У $12,0 \pm 3,8$ % пациенток ре-

гистрировались УЗ-признаки внутриутробной гипоксии плода ($p=0,05$), однако ЗРП I степени диагностировалась только у одной беременной ($p=0,07$).

Рассматривая результаты фетометрии в 32 недели гестации отмечено, что в основной группе имелись статистически значимые различия по таким показателям, как окружность живота: $265,2 \pm 1,4$ мм в основной группе и $290,1 \pm 1,6$ мм — в контрольной ($p<0,0001$), ДБК пр. — $59,2 \pm 0,5$ и $61,9 \pm 0,5$ мм ($p=0,0002$), ДБК л. — $60,1 \pm 0,4$ и $62,3 \pm 0,5$ мм ($p=0,0007$), соответственно; ДПК пр. — $50,5 \pm 0,3$ и $52,9 \pm 0,2$ мм ($p<0,0001$), ДПК л. — $50,6 \pm 0,4$ и $52,7 \pm 0,4$ мм ($p=0,0002$), соответственно. Имелись различия в соответствии гестационного срока показателям фетометрии. В основной группе этот показатель составил $31,3 \pm 0,3$ недель, в группе контроля статистически значимо больше — $32,2 \pm 0,1$ ($p=0,005$).

Оценка влияния осложнений гестации на внутриутробное состояние плодов проводилась с учетом допплерометрии (табл. 5).

Анализ показателей допплерометрии плодов в третьем триместре полностью укладывался в клиническую картину сформировавшихся к этому периоду гестации осложнений. В основной группе статистически досто-

Таблица 4.

Показатели третьего УЗИ-скрининга плодов (32–34 недели беременности) в сравниваемых группах

Показатели фетометрии	Основная группа, n=64	Контрольная группа, n=75	p ₁₋₂
Бипариетальный размер головы (БПР), мм	77,1±0,3	78,1±0,4	0,04
Окружность головы (ОГ), мм	286,9±1,2	288,2±1,3	0,46
Окружность живота (ОЖ), мм	265,2±1,4	290,1±1,6	<0,0001
Длина бедренной кости правой (ДБК пр.), мм	59,2±0,5	61,9±0,5	0,0002
Длина бедренной кости левой (ДБК л.), мм	60,1±0,4	62,3±0,5	0,0007
Длина плечевой кости правой (ДПК пр.), мм	50,5±0,3	52,9±0,2	<0,0001
Длина плечевой кости левой (ДПК л.), мм	50,6±0,4	52,7±0,4	0,0002
Размер мозжечка, мм	37,7±0,2	38,1±0,3	0,27
Предполагаемая масса плода, гр	1650,2±139,1	2110,4±141,3	0,02
Соответствие размера плода сроку беременности, нед.	31,3±0,3	32,2±0,1	0,005

Примечание. Р₁₋₂ — показатель уровня значимости различий между группами

верно выше были показатели маточных артерий — ПИ МАЛ 0,81±0,07 против 0,56±0,04 контрольной группы (p=0,002), ИР МАЛ 0,58±0,03 и 0,47±0,02 (p=0,002), соответственно. В правой маточной артерии имелись те же тенденции: ПИ МАП в основной группе 0,79±0,04 против ПИ МАП в контрольной группе — 0,44±0,04 (p=0,004). Кроме того, отмечены статистически значимые различия в показателях среднемозговой артерии плода — СДО в основной группе — 4,53±0,18, в контрольной группе — 5,18±0,16 (p=0,007).

Кроме описанных результатов допплерометрии, было проведено измерение толщины плаценты, описаны ее Уз-критерии (табл. 6).

Полученные результаты говорят о том, что в 19–22 недели гестации толщина плаценты у пациенток основной группы была статистически меньше, чем в контрольной группе: 21,9±1,3 и 26,6±1,7 мм (p=0,03). При этом отмечено, что указанные размеры плаценты не выходили за нормальные показатели указанного срока беременности. Далее, к третьему скриннингу (32–34 недели) статистически значимых различий не было, хотя у большинства пациенток основной группы плаценты были тоньше, чем в контроле: 27,4±1,8 и 32,7±2,1 мм (p=0,06), соответственно.

Что касается расположения плаценты, то у половины пациенток основной группы плацента располагалась по боковым стенкам матки, у 20,3±5,1 % — в дне матки, у 15,6±4,6 % — по задней стенке матки. В группе контро-

Таблица 5.

Показатели допплерометрии (32–34 недели беременности) женщин сравниваемых групп (M±m)

Показатель допплерометрии	Основная группа (n=64)			Контрольная группа, n=75			p ₁₋₂
	СДО ¹	ПИ ²	ИР ³	СДО	ПИ	ИР, см/с	
Среднемозговая артерия плода (СМА)	4,53±0,18	2,1±0,27	0,81±0,07	5,18±0,16	2,2±0,30,273	0,78±0,03	p ₁ =0,007 p ₂ =0,80 p ₃ =0,91
Артерия пуповины 1 (АП 1)	2,41±0,07	0,85±0,17	0,63±0,14	2,72±0,08	0,71±0,23	0,56±0,15	p ₁ =0,004 p ₂ =0,62 p ₃ =0,73
Артерия пуповины 2 (АП 2)	2,34±0,12	0,86±0,15	0,62±0,13	2,51±0,01	0,76±0,21	0,57±0,18	p ₁ =0,16 p ₂ =0,69 p ₃ =0,82
Маточная артерия левая (МАЛ)	1,85±0,08	0,81±0,07	0,58±0,03	1,63±0,04	0,56±0,04	0,47±0,02	p ₁ =0,02 p ₂ =0,002 p ₃ =0,002
Маточная артерия правая (МАП)	1,82±0,02	0,79±0,04	0,56±0,01	1,59±0,09	0,59±0,02	0,44±0,04	p ₁ =0,01 p ₂ <0,0001 p ₃ =0,004

Примечание. Р — показатель уровня значимости различий между группами

Таблица 6.
Показатели УЗИ плаценты (19–22 и 32–34 недели беременности) в сравниваемых группах

Показатели УЗ-исследования	Основная группа, n=64	Контрольная группа, n=75	p ₁₋₂
19–22 недели			
Толщина плаценты, мм	21,9±1,3	26,6±1,7	0,03
Расположение по передней стенке	9–14,1±4,3	16–21,3±4,8	0,26
Расположение по задней стенке	10–15,6±4,6	6–8,0±3,2	0,17
Расположение в дне матки	13–20,3±5,1	38–50,7±5,8	<0,0001
Расположение по боковой стенке матки	32–50,0±6,3	15–20,0±4,6	<0,0001
Наличие включений (кальцинаты)	6–9,4±3,7	3–4,0±2,3	0,22
Плацентарные гематомы	5–7,8±3,4	0	—
Низкое расположение (предлежание) плаценты	1–1,6±1,6	0	—
32–34 недели			
Толщина плаценты, мм	27,4±1,8	32,7±2,1	0,06
Наличие включений (кальцинаты)	14–21,9±3,5	2–2,7±1,9	<0,0001
«Инфаркты» плаценты (утолщение базальной пластинки, неоднородность плаценты)	5–7,8±3,4	0	—
Низкое расположение (предлежание) плаценты	1–1,6±1,6	0	—

Примечание. Р — показатель уровня значимости различий между группами

у половины женщин группы расположение плаценты было в дне матки, у 21,3±4,8 % — по передней стенке и у 20,0±4,6 % — по боковым стенкам матки. Отметим, что боковое расположение плаценты при изменениях кровоснабжения в маточных артериях может служить одним из факторов формирования нарушений маточно-плацентарного кровотока.

Далее, рассматривая структуру плаценты, зафиксировано, что в основной группе в сроке 19–22 недели у 9,4±3,7 % пациенток обнаруживались признаки присутствия кальцинатов, у 7,8±3,4 % женщин — наличие организованных гематом. В контрольной группе кальцинаты обнаруживались только у двух пациенток (2,7±1,9 %),

других структурных изменений плаценты не выявлено. В 32–34 недели женщин с нарушением строения плаценты стало больше — кальцинаты выявлены в 21,9±3,5 % случаев, у 7,8±3,4 % женщин имелось утолщение базальной пластины и структурная неоднородность плаценты.

Отметим, что на основании комплексного обследования с учетом УЗ-картины и допплерометрического исследования к 32 неделям беременности в основной группе хроническую внутриутробную гипоксию плода диагностировали у 22 (34,4±5,9 %) и у 6 (8,0±3,2 %) пациенток контрольной группы (p=0,0001).

Подводя итог анализа течения беременности у женщин с гиперплазией эндометрия в анамнезе, отметим, что в первом триместре гестации основными осложнениями являлись угроза прерывания беременности (67,2±5,9 %) и формирование ретрохориоральной гематомы, которая регистрировалась у каждой пятой женщины, что сопровождалось кровотечениями различной интенсивности.

Факторный анализ позволил выявить наиболее значимые сопутствующие заболевания, влияющие на течение первого триместра гестации: миому матки, стеатогепатоз, заболевания мочевыносящей системы и тазовые перитонеальные спайки.

Второй триместр беременности характеризовался наличием железодефицитной анемии у половины женщин и присоединением таких состояний, как гестационный сахарный диабет, инфекция мочевыводящих путей. Угроза прерывания беременности, несмотря на проводимые мероприятия по ее сохранению, присутствовала у 10,9±3,9 % женщин. На фоне указанной патологии развивалась дисфункция фето-плацентарного комплекса, которая проявлялась нарушением кровотока (по данным допплерометрии), формированием к 32 неделям беременности хронической внутриутробной гипоксии плода, крайней степенью проявления которой являлась задержка роста плода (ЗРП) и структурные изменения плаценты. У 22 % женщин с гиперпластическими процессами в анамнезе развивалась презклампсия различной степени тяжести.

На основании проведенного исследования можно говорить о том, что всех пациенток с любой формой гиперплазии эндометрия в анамнезе можно отнести к группе повышенного риска по развитию нарушений формирования фето-плацентарного комплекса, что указывает на необходимость дальнейшей разработки мер по профилактике указанных нарушений, включающих гормональную поддержку данных пациенток с самого начала гестации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габидуллина Р.И., Смирнова Г.А., Нухбала В.А. и др. Гиперпластические процессы эндометрия: современная тактика ведения пациенток // Гинекология. 2019. Т. 21. № 6. С. 53–58. URL: <https://doi.org/10.26442/20795696.2019.6.190472>
2. Думановская М.Р., Чернуха Г.Е., Табеева Г.И., Асатурова А.В. Гиперплазия эндометрия: поиск оптимальных решений и стратегий // Акушерство и гинекология. 2021. № 4. С. 23–31. URL: [https://doi.org/https://doi.org/10.18565/aig.2021.4.23-31](https://doi.org/10.18565/aig.2021.4.23-31)
3. Ерофеева Л.Г., Сидоркина А.Г., Новопашина Г.Н., Ерофеев Б.Б. Современное представление о проблеме гиперплазии эндометрия // Научное обозрение. Медицинские науки. 2022. № 6. С. 82–88. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1308>
4. Чернуха Г.Е., Асатурова А.В., Иванов И.А., Думановская М.Р. Структура патологии эндометрия в различные возрастные периоды // Акушерство и гинекология. 2018. № 8. С. 129–134. URL: <https://doi.org/10.18565/aig.2018.8.129-134>
5. Хачатрян Л.Г., Хачатрян Н.А., Назаренко Т.А., Бирюкова А.М., Дмитриева И.Е. Репродуктивная функция больных с атипической гиперплазией и раком эндометрия IА-стадии в анамнезе: когортное исследование // Гинекология. 2022. Т. 24. № 4. С. 277–282. URL: <https://doi.org/10.26442/20795696.2022.4.201670>
6. Куценко И.И., Хорольская Е.А., Сафонова Ю.С. Оптимизация подготовки к беременности пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия // Вестник РУДН, сер. Медицина. Акушерство и гинекология. 2011. № 1. С. 254–260. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-podgotovki-k-beremennosti-patsientok-s-giperplasticheskimi-protsessami-endometriya/viewer>
7. Novikova O.V., Nosov V.B., Panov V.A. et al. Live births and maintenance with levonorgestrel IUD improve disease-free survival after fertility-sparing treatment of atypical hyperplasia and early endometrial cancer // GynecolOncol. 2021. T. 161(1). P. 152–159. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.01.001>
8. Новикова О.В., Авасова Ч.А., Новикова Е.Г. Новый вариант гормонального лечения атипической гиперплазии и начального рака эндометрия с сохранением fertильности // Онкогинекология. 2019. № 1. С. 36–45. URL: https://doi.org/10.52313/22278710_2019_1_36
9. Пашов А.И., Цхай В.Б., Сивова Е.Н. Первый опыт органосохраняющего лечения женщин репродуктивного возраста с начальными формами рака эндометрия // Мать и Дитя в Кузбассе. 2010. № 1. С. 132–134. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/poisk-vozmozhnostey-provedeniya-organosohranayayushchih-meropriyatiy-v-lechenii-nachalnogo-raka-endometriya/viewer>
10. Пронин С.М., Мацнева И.А., Новикова Е.Г. Возможности репродукции после лечения начального рака эндометрия // Акушерство и гинекология. 2018. № 10. С. 100–104. URL: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.10.100-104>
11. Серова О.Ф., Дорохотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Чархифалакян А.В. Возможности сохранения репродуктивной функции у пациенток с атипической гиперплазией и начальным раком эндометрия // РМЖ. Мать и дитя. 2023. № 6(4). С. 352–361. URL: <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2023-6-4-5>
12. Черняков А.А., Чернышова А.Л., Коломиец Л.А., Трушук Ю.М. и др. Рак эндометрия и беременность // Акушерство и гинекология. 2023. № 12. С. 404–406. URL: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2023.178>
13. Коган Е.А., Станоевич И.В., Кудрина Е.А., Ищенко А.И. Морфологические и иммуногистохимические параллели при гиперплазиях эндометрия // Архив патологии. 2007. № 6. С. 21–24. URL: <http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=175426>
14. Giannella L., Carpini G.D., Sopracordevole F. Atypical endometrial hyperplasia and unexpected cancers at final histology: a study on endometrial sampling methods and risk factors // Diagnostics (Basel). 2020. Т. 10(7). P. 474. URL: <https://doi.org/10.3390/diagnostics10070474>
15. Chao A.S., Chao A., Wang C.J. Obstetric outcomes of pregnancy after conservative treatment of endometrial cancer: case series and literature review // Taiwan J Obstet Gynecol. 2011. Т. 50(1). P. 62–66. URL: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2009.10.006>
16. Li M., Song J., Zhao Y., Wu S., H. Liu, Tang R. Fertility rates in infertile women with complex hyperplasia or complex atypical hyperplasia who received progestin therapy and in vitro fertilization // J. Zhejiang Univ Sci B. 2017. Т. 18(11). P.1022–1025. URL: <https://doi.org/10.1631/jzus.B1600523>
17. Park J.-K., Yoo E.—J., Lee N., Eun P.-J., Song S.—J., Lee W.—S., Lee H.—J. Analysis of in vitro fertilization results after fertility-supporting therapy for endometrial hyperplasia or carcinoma // Gynecological and obstetric examination. 2024. Т. 89(6). P. 461–468. URL: <https://doi.org/10.1159/000539315>
18. De Rocco S., Buka D., Oronzi L., Petrillo M., Fanfani F., Nappi L. Reproductive functions and pregnancy after treatment men to early-stage endometrial cancer or atypical hyperplasia with preserved fertility: a systematic review and meta-analysis // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022. Т. 273. P. 90–97. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.019>
19. Петров И.А., Чуркин Е.О., Архипов Я.И., Чернышова А.Л., Черняков А.А., Севостьянова Н.В. Современные вопросы онкофERTильности и онкорепродукции // Опухоли женской репродуктивной системы. 2024. Т. 20. № 1. С. 131–138. URL: <https://doi.org/10.17650/1994-4098-2024-20-1-131-138>
20. Котельникова Н.А., Балтер Р.Б., Целкович Л.С., Иванова Т.В., Ильченко О.А., Подгорная М.С., Руденко Ю.А. Факторы риска развития гиперпластических процессов в репродуктивном возрасте. Особенности клинической картины заболевания // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. 2025. № 1. С. 207–214. URL: <https://doi.org/10.37882/2223-2966.2025.01.22>

© Подгорная Милла Сергеевна (samaraobsgyn2@yandex.ru); Балтер Регина Борисовна (regina.balter@yandex.ru);
Иванова Татьяна Владимировна (t.v.ivanova@samsmu.ru); Целкович Людмила Савельевна (samaraobsgyn2@yandex.ru);
Ильченко Олеся Андреевна (olesay.ilchenko@gmail.com); Богданов Азат Юрьевич (azat-01@mail.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»