РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНА

Баранов Ш.Б., Сеницын С.Н., Филинов А.Г.
Оптимизация ведения больных с миомой матки

*ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Иваново)*

doi: 10.18411/sr-10-08-2021-01

Аннотация

Анализируется практический подход к пациенткам с миомой матки. Ретроспективно рассмотрено 120 случаев, в которых женщинам в возрасте от 35 до 55 лет была выполнена гистерэктомия по поводу миомы матки больших размеров. Результаты: в 55,0% случаев не использовались методы консервативной терапии, у 40,0% женщин применялись устаревшие препараты, лечение должным образом не контролировалось и подбиралось, не основываясь на принципах персонифицированного подхода, т. е. было неоптимальным.

Ключевые слова: миома матки, гистерэктомия, персонифицированный подход, антигестагены.

Актуальность. Миома матки достаточно распространенное гинекологическое заболевание, которое выявляется у 30-35% женщин репродуктивного возраста и часто протекает бессимптомно [6]. К сожалению, при симптомной миоме матки (сопровожающейся обильными кровотечениями) гистерэктомия выполняется в 60,9% - 92,5% случаев [3] [5], что может привести к развитию у прооперированных женщин постгистерэктомического синдрома, ранней менопаузы, пролапса органов малого таза и прочих нежелательных явлений, а, следовательно, снижению качества жизни [7] [2]. В отечественных клинических рекомендациях «Миома матки: диагностика, лечение, реабилитация» 2015 г. особенно выделяют следующее: «Тактика ведения больных с миомой матки включает наблюдение и мониторинг, медикаментозную терапию, различные методы хирургического воздействия и использование новых мини-инвазивных подходов. Для каждой пациентки разрабатывают индивидуальную тактику ведения, т.е. подход должен быть строго персонифицированным» [4, с.18]. Высокая частота применения радикальных операций говорит о недостаточном применении методов консервативной терапии – коррекции факторов риска, выполнения консервативных операций и использования рациональной гормональной терапии [4] [1] [5]. Среди гормональных препаратов предпочтение в настоящее время отдается антигестагенам и селективным модуляторам прогестероновых рецепторов, а агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) должны использоваться только в качестве предоперационной подготовки. Терапия выбирается индивидуально и пересматривается каждые три месяца [4]. Оптимизация подхода к данной группе пациенток поможет женщинам сохранить фертильность и здоровье вплоть до наступления естественной менопаузы.

Цель. Проанализировать ведение женщин с миомой матки, направленных на гистерэктомию, и на основе данного анализа сформулировать рекомендации по оптимизации подхода к ведению пациенток с данной патологией.

Задачи.

1. Выявить у женщин выборки встречаемость модифицируемых факторов риска развития миомы матки и возможность их коррекции.

2. Проанализировать особенности примененной гормональной терапии у пациенток до направления на оперативное лечение.
3. Оценить результаты гистологического исследования соскобов эндометрия у женщин.
4. Предложить рекомендации по оптимизации ведения пациенток с учетом персонифицированного подхода и возможностей консервативного лечения миомы матки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ дооперационного ведения 120 пациенток, госпитализированных с целью выполнения гистерэктомии в ОБУЗ ГКБ №8 г. Иваново с сентября по декабрь 2019 года. Использовались данные медицинской документации. Возраст женщин варьировал от 35 до 55 лет. Оценивались анамнестические данные, проведенное лечение и результаты гистологического исследования соскобов эндометрия. От всех пациенток получено информированное добровольное согласие на проведение исследования. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.0.

Результаты собственного исследования. Для изучения были выбраны 120 случаев, в которых планировалась плановая гистерэктомия при миоме матки крупных размеров (более 10 нед. беременности).

Таблица 1

Медикаментозное лечение в анамнезе

Группа пациенток	Абсолютное количество женщин	%
Пациентки, у которых применялась гормональная терапия	54	45,0%
Пациентки, у которых не применялась гормональная терапия	66	55,0%
Всего	120	100,0%

В 55% случаев (у 66 женщин), гормональная терапия не использовалась (см. табл. 1). Это может быть связано с поздней диагностикой миомы матки, ошибочной выжидательной тактикой врачей первичного звена.

Таблица 2

Распространенность факторов риска среди женщин выборки

Факторы риска	Абсолютное количество пациенток с данным фактором риска	%
Поздний репродуктивный возраст (начало заболевания в возрасте 40 лет и старше)	49	40,8%
Отсутствие родов в анамнезе	4	3,3%
ОАГА	69	57,5%
Ожирение	49	40,8%
Артериальная гипертензия	34	28,3%
Нарушение функции щитовидной железы	15	12,5%
Раннее менархе (в возрасте 11 лет и младше)	19	15,8%
Всего женщин	120	100,0%

В таблице 2 указана распространенность различных факторов риска исследуемой группы. У 40,8% (49) пациенток выявлено ожирение и у 28,3% (34) – артериальная гипертензия. Это модифицируемые факторы, влияющие на рост миомы матки. Их своевременная коррекция способствует снижению темпов роста узла и уменьшению выраженности симптомов. Кроме того, у 57,5% (69) женщин отягощен акушерско-гинекологический анамнез, что еще раз подчеркивает необходимость профилактики аборт, бережного отношения к пациенткам во время родов и хирургических манипуляций, своевременного лечения гинекологических заболеваний.

Таблица 3

Лекарственные средства, применявшиеся у пациенток с миомой матки

Лекарственные средства, применявшиеся у пациенток с миомой матки		
Группа препаратов	Абсолютное количество случаев	%
аГнРГ	48	40,0%
ЛНГ-ВМК	11	9,1%
Пероральные гестагены	8	6,6%
Депо гестагены	6	5,0%
Антигестагены и модуляторы прогестероновых рецепторов	3	2,5%
КОК	7	5,8%
Лечения не получали	66	55,0%
Применяли последовательно несколько препаратов	14	11,6%
Всего женщин	120	100,0%

Рисунок 1. Лекарственные средства, применявшиеся у пациенток с миомой матки

В таблице 3 проанализировано консервативное лечение среди пациенток с миомой матки. Более наглядно эти данные отображены на рисунке 1. 66 женщин (55,0%) никакого консервативного лечения не получали. Наиболее популярной группой препаратов оказались агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) – их применяли 40,0% (48) опрошенных, кроме того у 66,6 % (32 женщины) из них они использовались не с целью предоперационной подготовки. Средняя длительность лечения аГнРГ составила $4,6 \pm 0,3$ месяца, рекомендуемая длительность лечения – 6 месяцев. Новые группы лекарственных препаратов, такие как антигестагены и селективные модуляторы прогестероновых рецепторов применялись всего лишь в 2,5% процентах случаев (у 3 женщин). Их недостаточное применение в практике, по-видимому, обусловлено высокой стоимостью и относительной новизной.

Таблица 4

Контроль лечения

Группа пациенток	Абсолютное количество случаев	%
Пациентки с миомой матки, у которых осуществлялся контроль лечения	35	64,8%
Всего лечившихся пациенток с миомой матки	54	100,0%

Таблица 5

Регулярность профилактических осмотров

Группа пациенток	Абсолютное количество	%
Посещают акушера-гинеколога 1 раз в год и чаще	82	68,3%
Посещают акушера-гинеколога реже 1 раза в год	38	31,7%
Всего женщин	120	100,0%

Контроль лечения миомы матки (повторный осмотр, УЗИ) осуществлялся лишь в 64,8% случаев (у 35 женщин) – см. таблицу 4. Обусловлено это тем, что регулярными профилактическими осмотрами охвачено только 68,0% всех женщин в выборке (см. таблицу 5). Среднее время, прошедшее между последним курсом лечения и госпитализацией, для радикальной операции составило $1,2 \pm 0,4$ года. Во всех случаях решение об оперативном лечении было принято в связи с рецидивом симптомов миомы матки, таких как анемия и болевой синдром.

Таблица 6

Частота встречаемости анемий у пациенток с миомой матки

Патологическое состояние	Абсолютное количество пациенток без лечения	%	Абсолютное количество лечившихся пациенток	%
Миома матки в сочетании с анемией	30	45,4%	6	11,1%
Миома матки без анемии	36	54,6%	48	88,9%
Всего пациенток	66	100,00%	54	100,00%

В таблице 6 проанализирована частота встречаемости анемии в сочетании с миомой матки у пациенток, получавших и не получавших лечение. Выявлено, что анемия встречается чаще у пациенток, не получавших лечение 45,4% случаев (30 женщин), чем у пациенток, лечившихся 11,1% случаев (6 женщин). Это показывает эффективность применения терапии для предупреждения развития такого осложнения как анемия.

Таблица 7

Результаты гистологического исследования соскобов эндометрия у пациенток с миомой матки

Результаты гистологического исследования у пациенток с миомой матки				
Патологическое состояние	Абсолютное количество пациенток без лечения	% у пациенток без лечения	Абсолютное количество лечившихся пациенток	% у лечившихся пациенток
Простая гиперплазия без атипии	10	18,5%	2	3,0%
Сложная гиперплазия без атипии	2	3,7%	0	0,0%
Простая гиперплазия с атипией	0	0,0%	0	0,0%
Сложная гиперплазия с атипией	0	0,0%	0	0,0%
Признаки лейомиомы матки	13	24,1%	5	7,6%
Атрофический эндометрий	6	11,1%	3	4,2%
Эндометрий пролиферативного типа	16	29,6%	13	19,7%
Эндометрий переходного типа	0	0,0%	8	12,1%
Эндометрий секреторного типа	18	33,3%	8	12,1%
Гормонально наведенные изменения эндометрия	0	0,0%	3	4,5%
Полип эндометрия	0	0,0%	23	34,8%
Полип цервикального канала	2	3,7%	0	0,0%
Хронический цервицит	37	68,5%	14	21,2%
Всего пациенток	54	100,0%	66	100,0%

Рисунок 2. Результаты гистологического исследования соскобов эндометрия у пациенток с миомой матки

Таблица 7 и рисунок 2 показывают влияние проведенного лечения на структуру эндометрия. После курса гормональной терапии снижается частота выявления хронического цервицита (68,5% у женщин без лечения - 21,2% у женщин после лечения) и реже выявляется простая гиперплазия эндометрия (18,5% у женщин без лечения – 3,0% у женщин после лечения). Однако в 34,8% случаев после лечения впервые выявлялись полипы эндометрия. Можно предположить, что неправильно подобранное и бесконтрольное лечение может приводить к негативному влиянию на эндометрий.

Выводы

1. Среди женщин выявлены такие модифицируемые факторы риска развития миомы матки, как избыточная масса тела и артериальная гипертензия. Кроме того, недостаточна охваченность женщин ежегодными профилактическими осмотрами.

2. Гормональная терапия проводилась лишь в 45% случаев, 40,0% женщин получали аГнРГ, в т.ч. в 66,6% из этих случаев данная группа препаратов была назначена не с целью предоперационной подготовки. Лечение контролировалось лишь у 64,8% применявших гормонотерапию женщин.

3. Результаты гистологического исследования эндометрия (впервые обнаруженные полипы эндометрия у 34,8% пациенток после лечения) свидетельствуют о негативном влиянии на репродуктивную систему неоптимально подобранных лекарственных препаратов.

4. С целью оптимизации ведения пациенток с миомой матки могут быть предложены следующие меры:

- a. увеличение числа женщин, охваченных профилактическими осмотрами; коррекция модифицируемых факторов риска;
- b. рациональный подбор медикаментозного лечения исходя из размеров миоматозного узла, репродуктивных планов женщины, возможностей консервативных и оперативных вмешательств;
- c. внедрение в практику новых групп гормональных препаратов – селективных модуляторов прогестероновых рецепторов и антигестагенов;
- d. тщательный контроль за проводимой терапией, пересмотр тактики ведения каждые три месяца.

Четкое следование клиническим рекомендациям и персонализированный подход к каждой пациентке с миомой матки способствуют сохранению репродуктивной функции и повышению качества жизни женщины.

1. No G.G. Management of Endometrial Hyperplasia Green-top Guideline No. 67 RCOG/BSGE Joint Guideline. - 2016. - № 67. - С. 10–11.
2. Добрынина М.Л. [и др.]. Темпы роста миомы матки и психологические особенности женщин // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2013. - № 4 (18). - С. 31–34.
3. Памфамиров Ю.К. [и др.]. Органосохраняющее лечение миомы матки у пациенток репродуктивного возраста // Вестник науки и образования. - 2017. - № 26 (2). - С. 97–99.
4. Письмо Минздрава РФ от 2 октября 2015 г. №15-4/10/2-5805 Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. - 2015.
5. Радзинский В.Е., Тотчиев Г.Ф. Миома Матки: Курс На Органосохранение // StatusPraesens. - 2014. - № 8–9. - С. 1–24.
6. Тайц А.Н. [и др.]. Современные представления о патогенезе миомы матки // Педиатр. - 2019. - № 1 (10). - С. 91–99.
7. Фатеева А.С., Петров И.А., Тихоновская О.А. Л.С.В. Морфофункциональное состояние яичников после гистерэктомии // Бюллетень сибирской медицины. - 2014. - № 1 (13). - С. 145–152.

Карпенко В.А., Кривых Е.А., Сизиков Н.О.

Аналитические данные заболеваемости, смертности при инфаркте миокарда на примере ОКБ города Ханты-Мансийска

*БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»
(Россия, Ханты-Мансийск)*

doi: 10.18411/sr-10-08-2021-02

Аннотация

В статье изложены результаты анализа, по данным заболеваемости, смертности, при инфаркте миокарда, предоставленные отделом медицинской статистики Окружной клинической больницы города Ханты-Мансийска за период 2017-2020 год.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, смертность от инфаркта миокарда, заболеваемость, диспансерный учет.

Abstract

The article presents the results of the analysis, according to morbidity, mortality, myocardial infarction, provided by the Department of medical statistics of the District clinical hospital of Khanty-Mansiysk for the period 2017-2020.