

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗАТВЕРДЖЕНО
Протокол Вченої ради
№ 4 від «03» грудня 2024 року

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я

Чернівці 2024

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет

Автори:

Кравченко Олена Вікторівна – завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології, д.мед.н., професор

Міністерство охорони здоров'я України
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

№ 24 -2024

Рецензенти:

Рецензенти:

- А.Г. Волянська - професор закладу вищої освіти, кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, д.мед.н., професор

- В.К. Ліхачов - завідувач кафедри акушерства та гінекології №2

Полтавського державного медичного університету

д. мед. н., професор

напрям впровадження:
акушерство і гінекологія

**Спосіб профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія у жінок
пременопаузального віку**

УСТАНОВА-РОЗРОБНИК:

АВТОРИ:

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

О.В. Кравченко

Спосіб профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія у жінок пременопаузального віку

Олена Вікторівна Кравченко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Суть впровадження: Спосіб профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія у жінок пременопаузального віку.

Пременопауза – складний перехідний період у житті жінки. Гормональні перебудови, які пов'язані з недостатністю лютеїнової фази, збільшенням кількості ановуляторних циклів призводять до розвитку гіперестрогенії, гіпопрогестеронемії, що, як правило, є причиною розвитку гіперплазії ендометрія (ГЕ). Частота зустрічаємості ГЕ в цьому віці є максимальною і доходить до 85%.

Своєчасна діагностика та лікування патології ендометрія в пременопаузі є, сьогодні, вкрай важливою проблемою.

Автором запропонована медикаментозна терапія, а саме, гормональна терапія прогестогенами (дієногестом) в безперервному, довготривалому режимі.

При оцінці ефективності запропонованої терапії через 12 місяців встановлено, що величина ендометрія при транвагінальному УЗД в середньому склала $5,1 \pm 0,1$ мм. Клінічно - у 85,7% (36) пацієнток останні пів року місячні були відсутні. 14,3% (6) жінок в динаміці лікування відмічали нерегулярні мажучі виділення 1 раз на 3-4 місяці. За результатами пайпель біопсії у 95,2% (40) пацієнток відбулась регресія гіперплазованого ендометрія.

Автором показано, що терапія дієногестом в довготривалому безперервному режимі у жінок з ГЕ в пременопаузі дозволяє знизити як рівень персистенції захворювання так і рецидивів захворювання до 4,8%.

Інформаційний лист оформлений згідно вимог, зауважень до матеріалів інформаційного листа Кравченко О.В. «Спосіб профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія у жінок пременопаузального віку» немає. Даний інформаційний лист можна рекомендувати для впровадження в акушерсько-

гінекологічних, лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я МОЗ України.

Пропонується для впровадження в закладах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) акушерсько-гінекологічного профілю спосіб профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія у жінок пременопаузального віку.

Пременопауза – складний перехідний період у житті жінки. Гормональні перебудови, які пов'язані з недостатністю лютеїнової фази, збільшенням кількості ановуляторних циклів призводять до розвитку гіперестрогенії, гіпопрогестеронемії, що, як правило, є причиною розвитку гіперплазії ендометрія (ГЕ). Частота зустрічаємості ГЕ в цьому віці є максимальною і доходить до 85%.

В структурі гінекологічної захворюваності на частку гіперпластичних процесів ендометрія припадає від 15 до 50% відсотків. За даними вітчизняних та зарубіжних авторів частота рецидивів ГЕ становить 25,9% -78%, що в свою чергу, обумовлює зростання хірургічних втручань у пацієнток з даною патологією. В 2,1% випадків діагностують прогресування залозистої гіперплазії ендометрія в атипову. У 60% випадків атипова гіперплазія обумовлює розвиток раку ендометрія.

Все вище наведене вказує на те, що своєчасна діагностика та лікування патології ендометрія в пременопаузі є, сьогодні, вкрай важливою проблемою. Складнощі підбору препаратів гормональної терапії полягають ще в тому, що в пременопаузальному віці можуть з'являтися вазомоторні, психоемоційні симптоми дефіциту естрогенів, які не повинні поглиблюватися при застосуванні гормональної терапії.

Дієногест, є саме таким препаратом, який за рахунок слабкої центральної дії дозволяє зберегти концентрацію естрогенів в межах терапевтичного вікна, не створюючи значний естрогенодефіцит. Завдяки периферичній дії на апоптоз гранульозних клітин, дієногест блокує овуляцію, активно впливає на проліферацію клітин ендометрія пригнічуючи її. Потужна антипроліферативна дія препарату поєднується з антиангіогенним та протизапальним ефектами.

Під спостереженням були 42 пацієнтки з ГЕ у віці 48-51 рік. Діагноз ГЕ був верифікований за даними клініко-інструментальних та морфологічних методів

дослідження. Ефективність терапії оцінювали шляхом проведення пайпель біопсії ендометрія через 1 рік лікування і кожні 3 місяці в динаміці спостереження.

З метою профілактики рецидивів захворювання в перименопаузальному віці всі хворі з ГЕ отримували дієногест (Вігест -КВ) – 2 мг. в день протягом 12 місяців в безперервному режимі.

Аналізуючи менструальні фактори ризику розвитку ГЕ, нами встановлено, що 57,1% (24) пацієнток страждали на порушення менструальної функції, у 19,0% (8) жінок було безпліддя, у 5,9% (4) був діагностований синдром полікістозних яєчників, у 9,5% (4) пацієнток репродуктивна функція не була реалізована через самовільні викидні в I триместрі гестації.

Соматичні фактори ризику були знайдені практично у всіх обстежених: 9,5% (4) жінок страждали на цукровий діабет II типу, у 28,5% (12) була гіпертонічна хвороба, 61,9% (26) жінок мали надмірну масу тіла (ІМТ був вищий за 30 кг/ м²).

Ятрогенні фактори ризику розвитку ГЕ були знайдені у 61,9% (26) пацієнток. Всі вони в репродуктивному віці отримували з лікувальною метою гормональну терапію. Спадкові фактори ризику діагностовані у 21,4% (9) жінок: у 11,9% (5) був обтяжений спадковий анамнез по раку молочної залози, у 7,1% (3) – по раку ендометрія, у 2,4%(1) – по раку яєчників.

Всі жінки на момент обстеження страждали на аномальні маткові кровотечі.

За даними інструментального обстеження середня товщина ендометрія становила $22,1 \pm 2,4$ мм.

При морфологічному обстеженні виявлена гіперплазія ендометрія без атипії у всіх жінок. У 19% (8) пацієнток ще діагностований поліп ендометрія.

При оцінці ефективності запропонованої терапії через 12 місяців встановлено, що величина ендометрія при транвагінальному УЗД в середньому склала $5,1 \pm 0,1$ мм. Клінічно - у 85,7% (36) пацієнток останні пів року місячні були відсутні. 14,3% (6) жінок в динаміці лікування відмічали нерегулярні мажучі виділення 1 раз на 3-4 місяці.

За результатами пайпель біопсії у 95,2% (40) пацієнток відбулась регресія гіперплазованого ендометрія, у 4,8% (2) жінок в гістологічних препаратах знов була діагностовано ГЕ без атипії. Тобто незважаючи на проведену терапію відмічалась персистенція захворювання в 4,8% випадках.

Спостереження після закінчення терапії здійснювалось ще 6 місяців. При УЗ обстеженні через 3 місяці величина ендометрія в групі пацієнток в середньому становила $6,4 \pm 0,24$ мм., ще через 3 місяці – $7,8 \pm 0,35$ мм. Слід зазначити, що у 16,6% (7) жінок відмічались нерегулярні, нерясні місячні.

При морфологічному дослідженні в динаміці спостереження через 3 місяці у 40 жінок (100%), як і одразу після лікування була підтверджена регресія захворювання. Через пів року після закінчення лікування у 4,8%(2) пацієнток була знов діагностована ГЕ без атипії.

Ні у однієї обстеженої жінки не відмічались виражені симптоми естрогендефіциту. Лише 9,5% (4) пацієнток скаржилися на порушення сну, 21,4% (9) – на підвищену втомлюваність.

Побічні ефекти не спостерігались.

Показання до застосування: гіперплазія ендометрія у жінок пременопаузального віку.

Протипоказання до застосування: важкі екстрагенітальні захворювання у жінок та індивідуальна непереносимість препаратів.

Висновки В пременопаузальному віці методом вибору для профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія є препарати з периферичним механізмом дії на блокування овуляції, що дозволяє зберегти рівень естрогенів в межах терапевтичного вікна і покращує якість життя жінки, не створюючи в організмі стан естрогендефіциту.

Терапія дієногестом в довготривалому безперервному режимі у жінок з ГЕ в пременопаузі дозволяє знизити як рівень персистенції захворювання так і рецидивів захворювання до 4,8%.

Інформаційний лист складено з матеріалами НДР «Розробка диференційованого лікування первинної палацитарної дисфункції у вагітних

групи високого перинатального ризику» № держреєстрації 0121U110022 (01.01.2021-31.12.2025 рр.)

За додатковою інформацією з проблеми звертатися до авторів листа: Буковинський державний медичний університет, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, професор Кравченко Олена Вікторівна (58029, м. Чернівці, вул. Суворова, 16/1; моб. тел. 095-659-35-54).

Підписано до друку 5.12.2024. Формат 60х84/16. Папір офсетний.

Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.

Тираж 100 пр. Зам. №122-2024.

Віддруковано ФОП Лівак У.М. Реєстр № ДК-7505.

58018, м. Чернівці, вул. Головна 244/5.

Видавництво БДМУ

Свідоцтво державного реєстру

Серія ДК, №2610 від 12.09.2006 р.