

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՄԿՈՅԱՆ ԳԱՅԱՆԵ ՅՈՒՐԻԿԻ

ԷՆԴՈՄԵՏՐԻՈՒՄԻ ՀԻՊԵՐՊԼԱՍՏԻԿ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ
ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՕՊՏԻՄԱԼԱՑՈՒՄԸ ՀԻՊՈԹԻՐԵՈԶ ՈՒՆԵՑՈՂ ԿԱՆԱՆՑ

ՄՈՏ

ԺԴ. 00.01 ., Մանկաբարձություն և զինեկոլոգիա „մասնագիտությամբ

Բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական
աստիճանի հայցման ատենախոսություն

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

Երևան – 2021

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

МКОЯН ГАЯНЕ ЮРЬЕВНА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14. 00.01 – «акушерство и гинекология»

Ереван - 2021

Ատենախոսության թեման հաստատվել է „Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի Հանրապետական ինստիտուտ,, - ի գիտակոորդինացիոն խորհրդի 04.04.2017թ. N2 նիստում

Գիտական ղեկավար

բ.գ.դ. Ա. Գ. Հարությունյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ

բ.գ.դ. Գ.Ս. Ավագյան

բ.գ.թ. Մ.Գ. Բադալյան

Առաջատար կազմակերպություն

Մոր և մանկան առողջության

պահպանման գիտահետազոտական կենտրոն

Պաշտպանությունը կայանալու է 2021թ. հունիսի 22-ին, ժամը 15⁰⁰-ին Երևանի Մ.

Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանին կից գործող 061

„Մանկաբարձագինեկոլոգիայի և ուռուցքաբանության,, մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, ք. Երևան, Կորյունի 2)

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքվել է 2021թ. մայիսի 10-ին:

061 մասնագիտական խորհրդի

գիտական քարտուղար

բ.գ.դ., պրոֆ. Ս. Գ. Ավագյան

Тема диссертации утверждена на заседании N2 Научно-координационного Совета Республиканского института репродуктивного здоровья, перинатологии и акушерства и гинекологии 04.04.2017г.

Научный руководитель:

д.м.н А. Г. Арутюнян

Официальные оппоненты:

д.м.н Г. С. Авагян

к.м.н. М.Г. Бадалян

Ведущая организация:

Научно исследовательский центр
охраны здоровья матери и ребенка

Защита состоится 22-ого июня 2021г. В 15⁰⁰ часов на заседании Специализированного совета 061 по „Акушерству, гинекологии и онкологии,, при ЕГМУ им. М. Герци (РА, 0025, г. Ереван, Корюна 2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. М.Гераци.

Автореферат разослан 10-ого мая 2021г.

Актуальность темы. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является потенциальной причиной снижения фертильности и риска развития онкологической патологии. Частота этой патологии не имеет тенденции к снижению и достигает 17,5% (Михельсон А.Ф. и соавт., 2018; Salman M.C. et al., 2010; Antonsen S.L. et al., 2012; De Marzi P. et al., 2015).

С современных позиций ГЭ рассматривается как полиэтиологический патологический процесс, развитию и прогрессированию которого могут способствовать множество разнообразных причин (Ткаченко Л.В. и соавт., 2016; Ciccone M.A. et al., 2019; Wang T. et al., 2019).

Многие годы одним из этиологических факторов развития патологии эндометрия считалось абсолютное или относительное повышение уровня эстрадиола или недостаток прогестерона (Mizunuma M. et al., 2016; Chang F.W. et al., 2019).

Однако одновременно публиковались и данные о том, что у 70-75% больных содержание эстрогенов и прогестерона во время менструального цикла находилось в пределах нормальных значений (Лапина И.А., Насырова Н.И., 2015). А сложная и атипичская ГЭ возникает на фоне различных изменений эндометрия, отражающих состояние как гипо, так и гиперэстрогении без какой-либо закономерности (Гулиева В.Н. и соавт., 2014).

Объяснением данному феномену служат следующие факты. Установлено, что торможение процессов структурной подготовки клеток эндометрия к воздействию гестагенов приводит к тому, что даже низкие концентрации эстрадиола способны поддерживать постоянную пролиферацию эпителия и обеспечить формирование ГЭ (Масыбаева А.А., 2015). Так же возникновению и прогрессированию пролиферативных процессов эндометрия способствует и нарушение соотношения рецепторов эндометрия к эстрогенам и прогестерону (Méndez-López L.F. et al., 2017).

Отмеченные факторы, в том числе и повышенное содержание эстрогенов, оказывают выраженное стимулирующее действие на биосинтез тиреоидных гормонов, реализация которого происходит двумя путями: на центральном (гипоталамо-гипофизарном) и периферическом уровне. Экспериментально доказано, что гиперэстрогения повышает чувствительность тиреотрофов гипофиза к тиролиберину. В то же время повышение содержания эстрадиола увеличивает концентрацию тиреоидных гормонов в сыворотке крови

за счет активизации рецепторов в щитовидной железе (ЩЖ) (Кубасов Р.В., 2014). Тиреоидные гормоны являются модуляторами действия эстрогенов на клеточном уровне. Дисбаланс этих гормонов может способствовать прогрессированию нарушений гисто- и органогенеза гормонально зависимых структур и формированию гиперпластических изменений эндометрия (Коваленко Е.П., 2014).

Дисфункция ЩЖ обуславливает ановуляцию, которая сопряжена с повышенным уровнем эстрогенов. Механизмы отмеченного эффекта окончательно не установлены (Rodríguez-Castelán J. et al., 2017). Считается, что для женщин с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) в сочетании с гипотиреозом характерно наличие ановуляции, обусловленное выраженными изменениями центральной регуляции выделения фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) при преобладании уровня ЛГ над ФСГ, что приводит к хронической гиперэстрогемии и проявляется в виде железисто-кистозной ГЭ в 53% случаев, чаще выявляемой у женщин с явным («манифестным») гипотиреозом (Резниченко Е.В., 2009).

У женщин раннего и позднего фертильного возраста формирование ГЭ более чем в половине случаев сочетается с заболеваниями ЩЖ в виде аутоиммунного тиреоидита, диффузного или узлового зоба (Коваленко Е.П., 2014). У женщин репродуктивного возраста, страдающих гипотиреозом, в 55% случаях выявляется железистая ГЭ (Резниченко Е.В., 2009).

Сложность этиопатогенеза ГПЭ создает значительные трудности в выборе методов лечения. Этим можно объяснить отсутствие единых рекомендаций по выбору лекарственного средства, дозе и оптимальной длительности его применения, которая часто является неадекватной, в связи с чем приходится сталкиваться с рецидивами ГЭ (Ткаченко Л.В. и соавт., 2016), в том числе и при патологии ЩЖ.

Исходя из отмеченных особенностей, повышенный интерес вызывает изучение влияния функционального состояния ЩЖ при гипотиреозе у женщин армянской популяции на структуру ГПЭ и определение оптимальной тактики медикаментозной коррекции сочетанной патологии.

Цель исследования: Определение оптимального объема клинико-лабораторного обследования женщин с гипотиреозом и гиперпластическими процессами эндометрия и методов медикаментозной коррекции выявленных нарушений.

Задачи исследования:

1. Определить частоту и структуру гиперпластических процессов эндометрия у женщин фертильного возраста, страдающих гипотиреозом.

2. Оценить функцию яичников у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия и гипотиреозом.
3. Изучить частоту и структура генитальной и эндокринной патологии среди женщин с гипотиреозом и гиперпластическими процессами эндометрия
4. Определить эффективность терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом в зависимости от используемой методики лечения: коррекция функции щитовидной железы, лечение гиперпластических процессов эндометрия или сочетание отмеченных принципов.
5. Определить частоту рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия у женщин с гипотиреозом в зависимости от используемой методики лечения.

Научная новизна.

Установлена взаимосвязь развития гиперпластических процессов эндометрия у женщин с субклиническими и манифестными формами нарушения функции ЩЖ.

Проведены клинико-лабораторные параллели между ГПЭ у женщин репродуктивного возраста и функциональным состоянием ЩЖ.

Определен оптимальный объем комплексного обследования женщин репродуктивного возраста с ГПЭ, страдающих гипотиреозом.

Показаны возрастные особенности женщин с ГПЭ, страдающих гипотиреозом. Определено, что гипотиреоз у женщин с ГПЭ сопряжен с возрастанием частоты избыточной массой тела, но не ожирения. Наиболее частыми сопутствующими патологиями среди обследованного контингента женщин служили мастопатия, СПКЯ и гиперпролактинемия (ГПРЛ). Отмечено достоверное снижение концентраций эстрадиола при сохраненном уровне гонадотропных гормонов, причем наиболее низкие значения определены среди женщин с манифестным гипотиреозом. Установлено, что преимущественной формой полипоза эндометрия среди женщин детородного возраста служат железистые полипы.

Определена рецидивирования патологического процесса, ассоциированного с гипотиреозом среди всего контингента женщин с ГПЭ, а так же в зависимости от использованного метода медикаментозной коррекции.

Практическая значимость работы.

Определены структурные и функциональные изменения щитовидной железы у женщин репродуктивного возраста, страдающих ГПЭ.

Показана необходимость проведения консультации гинеколога у женщин репродуктивного возраста, страдающих гипотиреозом, с использованием УЗИ органов

малого таза и при наличии показаний использования аспирационной биопсии или гистероскопии.

Показано, что всем женщинам с ГПЭ в репродуктивном периоде необходима консультация эндокринолога с исследованием содержания тиреоидных гормонов в сыворотке крови.

Частое сочетание ГПЭ с овариальной недостаточностью и патологией ЩЖ диктует необходимость гормонального и эхографического обследования, направленного на оценку гормональной и овуляторной функции яичников и на выявление заболеваний ЩЖ у больных с СПКЯ, миомой матки, гиперплазией и полипами эндометрия, фиброзно-кистозной мастопатией. Определены наиболее эффективные методы медикаментозной терапии ГПЭ среди женщин с гипотиреозом.

Внедрение в практику

Результаты исследования учтены и внедрены в клиническую практику Медицинского Центра «Бегларян», Медицинского Центра «Измирлян» и городской поликлиники N 8 (г. Ереван).

Апробация работы

Основные материалы диссертации доложены на заседании Ученого Совета Республиканского института репродуктивного здоровья, перинатологии, акушерства и гинекологии от 22.09.2020г.

Апробация работы проведена 22.09.2020

Публикация результатов исследования

Потеме диссертации опубликовано 5 научных работ.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 105 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы с приведением характеристик материала и методов исследования, главы, отражающей результаты собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, содержащего 196 источника. Из них 98 русскоязычных и 98 – на иностранных языках. Работа иллюстрирована 19 таблицами и 4 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 180 женщин с ГПЭ. У 120 пациенток патология эндометрия была ассоциирована с гипотиреозом. Причем последний был выявлен впервые.

Пациентки с дисфункцией ЩЖ были разделены на группы в зависимости от степени тяжести гипотиреоза:

1. Субклинический – 47 наблюдений .
2. Манифестный – 44 наблюдений.
3. Компенсированный со слабо выраженными симптомами – 29 наблюдений.

Наблюдения с декомпенсированным гипотиреозом были исключены из нашего исследования.

Каждая из отмеченных групп была разделена на 2 подгруппы в зависимости от методики проводимой терапии: коррекция дисфункции ЩЖ или сочетанная терапия ГЭ и гипотиреоза. Контрольную группу составили 60 наблюдений, где у пациенток с ГЭ патологии ЩЖ не выявлено. Окончательный дизайн выделенных клинических групп представлен на рисунке 2.1.1.

Критериями включения в исследование служили:

- репродуктивный возраст,
- первичный гипотиреоз,
- установленный морфологический диагноз ГЭ без атипии,

Критерии исключения заключались в наличие декомпенсированного гипотиреоза; вторичного или третичного гипотиреоза (центральный гипотиреоз), который диагностировался при нормальном или сниженном содержании ТТГ и снижении концентрации св.Т₄.

Для верификации диагноза ГЭ использовали следующие классификации. Традиционная классификация, в которой используются описательные термины: кистозная гиперплазия, аденоматозная гиперплазия и атипическая аденоматозная гиперплазия. Классификация, принятая Международным обществом гинекологов и патоморфологов, подразумевает выделение простой гиперплазии, сложной гиперплазии без клеточной атипии и атипической гиперплазии (Вовк И.Б. и соавт., 2016).

Как было отмечено, наблюдения с клеточной атипией были исключены из нашего исследования.

Для верификации диагноза гипотиреоза использовали определение в сыворотке крови женщин уровня ТТГ и св.Т₄. Гипотиреоз предполагает наличие высокого уровня ТТГ (Calsolaro V. et al., 2018). Повышение концентрации ТТГ и снижение уровней св.Т₄ свидетельствовало о манифестном гипотиреозе. Субклиническому гипотиреозу соответствовало изолированное повышение содержания ТТГ при нормальных концентрациях св.Т₄.

Отметим, что повышенный интерес к субклиническому гипотиреозу обусловлен тем, что распространенность этого заболевания гораздо выше, чем распространенность манифестного гипотиреоза (Шестакова Т.П., 2016).

При впервые выявленном гипотиреозе женщинам назначали заместительную гормональную терапию левотироксином в расчетной дозе 1,6-1,8 мкг на 1 кг веса. Доза препарата определялась следующими факторами: этиологией гипотиреоза, выраженностью дефицита тиреоидных гормонов, возрастом, веса тела и наличия сопутствующей патологии сердца. Препарат рекомендовали принимать один раз в день натощак, за 30-40 минут до приема пищи.

Начальная доза составляла 50 мкг с постепенным повышением до полной заместительной (1,6-1,8 мкг/кг массы тела). Оценка адекватности заместительной терапии заключалась в определении уровня ТТГ через 4-8 недель от достижения полной заместительной дозы левотироксина. Стандартным считали изменения дозы в 25 мкг.

2.2. Методы исследований

В комплексе принципов клинико-лабораторного обследования нами использовались следующие методы исследования.

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле:

$$\text{ИМТ} = m/h^2,$$

где:

m — масса тела в килограммах

h — рост в метрах,

и измеряли в кг/м².

При этом величина показателя ИМТ менее 19 соответствовала дефициту массы тела, 19-24 – норме, 25-29 - избыточной массе тела, 30-34 - ожирению первой степени, 35-40 - ожирению второй степени.

Объем щитовидной железы рассчитывали при помощи ультразвукового исследования, измеряя три основных размера каждой доли ЩЖ. Сначала рассчитывали объем каждой доли в отдельности по формуле:

$$\text{объем доли} = \text{длина} \times \text{ширина} \times \text{толщина} \times 0,479.$$

Перед этим измеряли размеры каждой доли ЩЖ (длина, ширина и толщина). После этого расчета объемы долей складывали друг с другом и получали величину объема всей ЩЖ.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили с использованием прибора Acuson XP 128/10 с трансабдоминальным (3,5 МГц) и трансвагинальным (7 МГц)

датчиками. Ультразвуковое исследование состояния эндометрия проводили с 15 по 18 дни менструального цикла, когда нормативные показатели толщины эндометрия соответствуют интервалу 14-16 мм.

Кроме определения толщины эндометрия оценивали однородность структуры, особенности эхогенности и контуров М-эхо. Ультразвуковыми показаниями для морфологического исследования эндометрия служили:

- увеличение толщины эндометрия более 16 мм;
- ультразвуковые признаки нарушения структуры эндометрия.

Гормональный статус определяли на основании уровней таких гормонов, как: тиреотропный (ТТГ), тироксин свободный (Т₄ св.), пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ), эстрадиол (Е2), прогестерон (П), дегидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-С), тестостерон, 17-ОН прогестерон. Определение уровня П проводили на 20-22 день менструального цикла. Определение концентрации ЛГ, ФСГ, ПРЛ, Е2, Т св. осуществляли на 3–5 день после диагностического выскабливания либо в эти же дни менструального цикла иммунофлюоресцентным методом с использованием иммуноферментных тест-систем Delfia (Wallac Oy, Turku, Finland). Содержание гормонов крови у больных в клинических группах сравнивали между собой и с аналогичными параметрами в контрольной группе.

Диагностическое выскабливание эндометрия под контролем гистероскопии проведено у всех обследованных женщин. Производили прицельную биопсию эндометрия с последующим гистологическим исследованием. Гистероскопия осуществлялась с использованием аппаратуры «KARL STORZ» (Германия). Во всех наблюдениях в независимости от метода терапии в течение года проводили динамическое контрольное наблюдение за состоянием эндометрия (ультразвуковое исследование и аспирационная пайпель-биопсия эндометрия через 3, 6, 9 и 12 месяцев). Выполнение биопсии эндометрия допускалось без извлечения ВМС «Мирена».

При гистологическом исследовании соскобов и аспириатов из полости матки удаленные фрагменты ткани фиксировали в 10 % забуференном (фосфатном) нейтральном формалине, подвергали обработке с помощью аппарата гистологической проводки тканей фирмы «Pool Scientific Instruments» (Швейцария) и заливали в парафин. Затем с каждого блока делали не менее 10 ступенчатых срезов толщиной 4 мкм с последующей окраской гематоксилин-эозином.

Методы статистического анализа результатов исследования. Статистические расчеты проводили в программе Excel с определением средней арифметической (M) и стандартного отклонения (m).

Достоверность различий определяли при помощи функции = ТТЕСТ (Массив 1; Массив 2; Н; Тип), где: Массив 1 – первый ряд множества данных; Массив 2 – второй ряд множества данных; Н – число хвостов распределения, которое может соответствовать 1 или 2. При Н=1 функция использует одностороннее распределение, а при Н=2 – двустороннее распределение; Тип – вид используемого t теста (1, 2 или 3). 1 – это парный тест для связанных выборок, 2 – двухвыборочный с равными дисперсиями, 3 – двухвыборочный с неравными дисперсиями.

При величине вероятности случайного появления анализируемых выборок меньше уровня значимости (0,05) нулевая гипотеза отклонялась, а, следовательно, различия между выборками определялись как неслучайные и средние выборок считались достоверно отличающимися друг от друга.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика сформированных клинических групп базировалась на определении возрастных диапазонов, массо-ростовых параметров, анамнестических данных.

Средний возраст в клинических группах достоверных изменений не претерпевал и колебался в интервале от $33,83 \pm 7,38$ лет в 1-ой группе до $35,53 \pm 7,19$ лет в 6-ой ($p > 0,05$). Для всего обследованного контингента пациенток с гипотиреозом средний возраст составил $35,06 \pm 6,90$ лет. В контрольной группе рассматриваемый показатель соответствовал $36,93 \pm 6,23$ лет, причем достоверных различий нами по-прежнему не выявлено ($p > 0,05$).

Заслуживает внимания следующая особенность. Почти каждая третья женщина с гипотиреозом (31,7%) находилась в возрастном диапазоне 25-30 лет, в то время как в контрольной группе пациентки в возрасте до 30 лет отмечены только в 15% случаев. То есть, более чем в 2 раза реже.

Данный факт позволяет заключить, что патология ЩЖ может обуславливать возрастание частоты возникновения гиперпластических процессов в более молодом возрасте или, говоря другими словами, приводить к «омолаживанию» патологического процесса.

Средние значения ИМТ в группах женщин, страдающих гипотиреозом, соответствовали незначительному интервалу от $23,4 \pm 3,1$ в 4-ой группе до $24,4 \pm 4,0$ в 6-ой. Достоверных различий в средних значениях ИМТ между группами женщин с гипотиреозом нами не установлено ($p > 0,05$).

Для всего обследованного контингента женщин с патологией ЩЖ средние значения ИМТ составили $23,9 \pm 3,4$, что практически не отличалось от значений рассматриваемого параметра в контрольной группе - $23,5 \pm 2,4$ ($p > 0,05$).

Исходя из приведенных данных, на первый взгляд, связь между ожирением и гипотиреозом отсутствует. Однако обращает на себя внимание следующий факт. Избыточная масса тела среди женщин с гипотиреозом отмечена в 26,7% наблюдений, в то время, как в контрольной группе рассматриваемый показатель составил 11,7%. То есть, более чем в 2 раза меньше.

Что касается женщин с ожирением (1 и 2 степени), то последние встречались в единичных наблюдениях, что не позволило прийти к определенным выводам.

Таким образом, с нашей точки зрения, полученные результаты позволяют предположить, что гипотиреоз у женщин ассоциирован с избыточной массой тела, но не ожирением.

Столь пристальное внимание к массо-ростовым характеристикам обследованного контингента обусловлено тем, что избыточная масса тела и ожирение относятся к факторам риска возникновения ГЭ.

Нами рассмотрены и регионы проживания обследованных женщин, что обусловлено влиянием эколого-географических зон на функциональное состояние ЩЖ.

Согласно полученным нами данным подавляющее большинство женщин как клинических, так и контрольной групп были городскими жительницами. Так из пациенток с гипотиреозом жительницами города были 65,8%, а в контрольной группе – 71,7%.

Однако, с нашей точки зрения, тот факт, что более 2/3 всех обследованных женщин проживали в городе обусловлен не этиологическими факторами, а большей доступностью специализированной медицинской помощи в г.Ереване и обращением к врачебной помощи не по месту жительства, а в крупные медицинские учреждения Армении.

Количество женщин, занятых физическим и интеллектуальным трудом, во всех группах было сопоставимым. Отмечено превалирование женщин, занятых домашним хозяйством.

Данная особенность была присуща как всем клиническим группам женщин, страдающих гипотиреозом, так и контрольной группе. Так, среди всех женщин, страдающих гипотиреозом, домохозяйки составили 54,2%, а в контрольной группе – 50%.

Данный факт мы склонны объяснить не влиянием производственных факторов на репродуктивное здоровье женщины, а сложившейся социально-экономической ситуацией в Армении.

Перейдем к рассмотрению соматического статуса обследованных женщин. Наиболее частой патологией служила мастопатия, которая среди всего контингента женщин с гипотиреозом отмечена в 30,8% наблюдений. Превалирование рассматриваемой патологии было характерным для всех клинических групп.

В то же время, в контрольной группе, несмотря на то, что мастопатия по-прежнему служила наиболее частым заболеванием, мастопатия диагностирована только у 15% пациенток – в 2 раза реже.

Следующей по частоте диагностирования служила варикозная болезнь, которая среди женщин с гипотиреозом встречалась в 15% наблюдений. В контрольной группе сосудистая патология выявлена несколько реже – в 10% наблюдений.

Что касается частоты присутствия таких патологий как желчно-каменная болезнь и диабет, то они встречались в единичных наблюдениях, как среди женщин с гипотиреозом, так и в контрольной группе, что не позволило нам прийти к определенным выводам.

Как в клинических группах женщин с гипотиреозом, так и в контрольной группе в подавляющем большинстве наблюдений отмечено своевременное менархе 79,2% и 88,3% соответственно. Средний возраст менархе для женщин, страдающих гипотиреозом составил $13,1 \pm 1,38$ лет, а в контрольной группе - $13,2 \pm 2,61$ при отсутствии достоверных различий ($p > 0,05$).

Следует отметить, что для женщин с дисфункцией ЩЖ было характерным скорее позднее становление менструальной функции, которое отмечено почти у каждой десятой пациентки (11,7%), в то время как в контрольной группе рассматриваемый показатель соответствовал 5%.

Пристального внимания заслуживают результаты сравнительного анализа частоты диагностирования таких эндокринопатий, как СПКЯ и ГПРЛ среди женщин с гипотиреозом и контрольной группы.

Данная необходимость обусловлена тем, что гипотиреоз и СПКЯ имеют общие характеристики, факторы риска и патофизиологические нарушения. Однако этиопатогенетические факторы различны, а постановка диагноза СПКЯ требует исключения гипотиреоза.

Отмеченные особенности отразились на полученных нами результатах. Так, если достоверных различий в частоте диагностирования рассматриваемых эндокринопатий между группами женщин с гипотиреозом не выявлено, то частота выявления СПКЯ при наличии дисфункции ЩЖ составила 19,2%, ГПРЛ – 22,5% против 10% и 8,3% соответственно в контрольной группе.

Таким образом, в наших исследованиях гипотиреоз обуславливает почти 2-х кратное возрастание частоты СПКЯ и ГПРЛ.

Следующий аспект, на котором мы остановимся, это сравнительная оценка показателей гормонального статуса женщин с гипотиреозом и пациенток контрольной группы. Уровни 17-ОН прогестерона между группами пациенток с гипотиреозом достоверных изменений не претерпевали. При сравнении средних значений концентраций гормона среди общего количества женщин с гипотиреозом и среди пациенток контрольной группы значимых различий не установлено - $0,57 \pm 0,21$ нг/мл против $0,55 \pm 0,21$ ($p=0,6362$).

Аналогичная картина выявлена и при рассмотрении характера изменений концентраций таких гормонов, как ДГЭАС, тестостерон, прогестерон.

Заслуживает внимания динамика изменений уровней эстрадиола в клинических группах с гипотиреозом и по сравнению с контрольной группой. Так, наиболее низкие концентрации гормона отмечены в 3-ей и 4-ой группах - $51,4 \pm 21,94$ пг/мл и $52,9 \pm 21,30$ пг/мл соответственно. Напомним, что отмеченные группы составили женщины с манифестным гипотиреозом. При субклиническом гипотиреозе (1-ая и 2-ая группы) установлены наиболее высокие уровни эстрадиола $59,7 \pm 28,49$ пг/мл и $57,9 \pm 27,85$ пг/мл соответственно.

При сравнении средних значений концентрации эстрадиола среди всех женщин с гипотиреозом с таковым в контрольной группе выявлено достоверное их возрастание с $55,7 \pm 23,86$ пг/мл до $64,9 \pm 23,20$ пг/мл ($p=0,0364$).

Однако несмотря на выраженные изменения уровней эстрадиола концентрации ЛГ и ФСГ соответствовали нормативным значениям как в группах женщин с гипотиреозом, так и контрольной группе.

Достоверных различий между уровнями ЛГ и ФСГ в зависимости от присутствия гипотиреоза не выявлено ($p=0,2485$ и $p=0,2695$ соответственно).

При рассмотрении данных о количестве беременностей и их исходах обращают на себя внимание следующие особенности. Частота выкидышей среди женщин с гипотиреозом составила 20,8%, а в контрольной группе – 3,3%, то есть в 6 раз чаще.

Отмеченный факт служит подтверждением мнению о том, что патология ЩЖ, сопровождающаяся нарушением ее функции, в частности субклинический гипотиреоз, оказывает неблагоприятное воздействие на процессы эмбриогенеза, плацентации и гестации, что в свою очередь значительно ухудшает исходы беременности.

Так же необходимо отметить, что частота неразвивающейся беременности у женщин с дисфункцией ЩЖ отмечена в 9,2% наблюдений против 1,7% в контрольной. По-прежнему имеет место превалирование неблагоприятных исходов беременности в 6 раз.

Рассмотрим характер и частоту сопутствующей гинекологической патологии у женщин с гипотиреозом и пациенток контрольной группы.

Каких-либо закономерностей в частоте гинекологической патологии в клинических группах с гипотиреозом нами не установлено. Аналогичная картина определена и при сравнении полученных данных с характеристиками контрольной группы. Как среди женщин с гипотиреозом, так и в контрольной группе наиболее частой патологией служила миома матки, которая диагностирована в 8,3% и 10% соответственно.

Остальные нозологические единицы присутствовали во всех группах примерно с равной частотой.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что сопутствующая гинекологическая патология присутствовала более чем у каждой 5-ой пациентки.

Отдельного рассмотрения заслуживают данные о морфологических характеристиках патологии эндометрия среди женщин обследованных групп.

Частоте гистологической верификации простой и сложной ГЭ во всех группах была присуща одна особенность – незначительное превалирование простой гиперплазии. Наиболее выраженной данная особенность была в 3-ей группе (62,5% против 37,5%), а менее заметной – во 2-ой группе (52,2% против 47,8%). Однако достоверных различий между группами нами не установлено ($p > 0,05$).

Для всего обследованного контингента женщин с гипотиреозом простая гиперплазия диагностирована 56,7% наблюдений, а в контрольной группе отмеченная нозология присутствовала примерно с той же частотой – 61,7%. Отмеченный факт, с нашей точки зрения, позволяет заключить о том, что дисфункция ЩЖ способствует возрастанию частоты ГПЭ, но при этом не оказывает влияния на их структуру.

Следующей особенностью выявленной при рассмотрении морфологических характеристик ГПЭ служила частота и структура выявления полипов эндометрия. Полипы представляли из себя локальное экзофитное железистого характера с сосудистой ножкой, исходящей из базального слоя эндометрия.

Во всех клинических группах полипы присутствовали примерно с равной частотой. Причем характерным было диагностирование преимущественно железистых полипов.

Таким образом, для женщин репродуктивного возраста как с патологией ЩЖ так и без таковой было присуще следующее:

- превалирование частоты обнаружения простой гиперплазии по сравнению со сложной;
- наиболее частое обнаружение полипов железистого характера.

Отдельного рассмотрения заслуживает частота диагностирования ХЭ среди женщин с ГПЭ. Среди женщин с гипотиреозом частота присутствия ХЭ колебалась в незначительном интервале от 54,2% в 3-ей группе до 65,2% во 2-ой при отсутствии достоверных различий ($p > 0,05$). Для всего контингента с патологией ЩЖ ХЭ в среднем диагностирован в 60%, то есть более чем в половине наблюдений.

Аналогичная картина обнаружена и для женщин с ГПЭ без дисфункции ЩЖ – ХЭ гистологически верифицирован в 63,3% наблюдений.

Приведенные данные позволяют заключить, что:

- ХЭ среди женщин с ГПЭ присутствует более, чем в половине наблюдений;
- частота диагностирования ХЭ среди женщин с гипотиреозом и без такового сопоставима (60% против 63,3%), что свидетельствует, с нашей точки зрения, об отсутствии влияния патологии ЩЖ на воспалительные процессы эндометрия.

Данные обстоятельства позволяют поставить на повестку дня рассмотрение целесообразности включения в комплекс лечебных мероприятий при ГЭ антибиотикотерапии.

Таким образом, результаты рассмотрения клинической характеристики обследованного контингента женщин позволил нам установить следующие особенности:

- возраст женщин с ГПЭ, страдающих гипотиреозом, был меньше такового среди женщин без дисфункции ЩЖ;
- гипотиреоз у женщин с ГПЭ сопряжен с возрастанием частоты избыточной массой тела, но не ожирения;
- наиболее частой сопутствующей патологией для женщин с ГПЭ на фоне гипотиреоза служила мастопатия, которая диагностирована почти у каждой третьей пациентки;
- частота таких эндокринных патологий, как СПКЯ и ГПРЛ среди женщин с ГЭ возрастала почти в 2 раза при наличии гипотиреоза;
- при ГЭ на фоне гипотиреоза отмечено достоверное снижение концентраций эстрадиола при сохраненном уровне гонадотропных гормонов (ЛГ и ФСГ), причем наиболее низкие значения определены среди женщин с манифестным гипотиреозом.
- более чем в половине наблюдений среди пациенток с ГЭ присутствует ХЭ, частота выявления которого не зависит от дисфункции ЩЖ;
- преимущественной формой полипоза эндометрия среди женщин детородного возраста служат железистые полипы;

- в репродуктивном возрасте, как при гипотиреозе, так и среди женщин без патологии ЩЖ преимущественно диагностируется простая ГЭ.

Отмеченные особенности, с нашей точки зрения, свидетельствуют об участии дисфункции ЩЖ в механизмах развития ГПЭ. Последнее обстоятельство служит основанием для проведения скрининга функционального состояния ЩЖ среди женщин с патологией эндометрия.

Результаты клинико-лабораторных методов исследования ЩЖ

Обследование женщин с гипотиреозом начинали с пальпаторного исследования, при котором определяли следующие параметры: положение ЩЖ, степень ее увеличения, консистенцию, чувствительность (болезненность) и подвижность.

У 75% (90) пациенток ЩЖ при пальпации соответствовала нормальным размерам, была эластичной, безболезненной и легко смещалась; в 25% (30) пальпация ЩЖ была умеренно болезненной.

Следующий этап заключался в УЗИ ЩЖ, во время которого неравномерное снижение эхогенности и диффузная неоднородность тиреоидной паренхимы, характерная для аутоиммунного тиреоидита, было выявлено у 45% (54) пациенток.

Так же во время УЗИ в 48,8% (58) наблюдений диагностированы небольшие очаговые изменения размерами менее 1 см, так называемые “непальпируемые узлы”.

Отметим, что сколько-либо существенных различий между клиническими группами женщин с гипотиреозом в отмеченных параметрах не установлено. Поэтому нами приведены обобщенные данные.

Среди женщин с гипотиреозом объем ЩЖ менее 10см³ встречался почти у каждой третьей женщины – от 30% в 4-ой группе до 42,9% в 5-ой группе.

Что касается размеров ЩЖ, превышающих 18см³, то последние у женщин с дисфункцией ЩЖ отмечены в единичных наблюдениях – от 4,2% в 1-ой группе до 8,3% - в 3-ей. Более половины пациенток имели размер железы, соответствующий 10-18 см³.

Несколько иная картина имела место в контрольной группе. Здесь уже 88,3% пациенток имели объем ЩЖ в интервале 10-18 см³. Количество наблюдений, где размеры органа были менее 10см³ и более 18 см³ отмечены в единичных случаях – 6,7% и 5% соответственно.

Что касается средних значений объема ЩЖ среди женщин с гипотиреозом, то он изменялся в небольшом интервале от 10,5±3,94 см³ в 5-ой группе до 12,8±3,76 см³ в 4-ой.

Достоверных различий между группами пациенток с патологиями ЩЖ нами не определено ($p > 0,05$).

Средние значения объема ЩЖ среди женщин с ГПЭ без дисфункции ЩЖ соответствовали $13,0 \pm 2,62$ см³, что достоверно превышало значения рассматриваемого показателя для всех женщин с гипотиреозом ($p = 0,0122$).

Таким образом, в наших исследованиях среди женщин с ГПЭ и гипотиреозом более чем в половине наблюдений отмечено наличие размеров ЩЖ, соответствующих норме.

В то же время, среди пациенток с ассоциацией рассматриваемых патологий было скорее присуще уменьшение размеров ЩЖ по сравнению с нормативными, чем их возрастание.

Результаты клинико-лабораторных методов обследования в группах, соответствовали общепринятым критериям верификации патологии ЩЖ. Отметим, что довольно часто (более чем в трети наблюдений) выявлено снижение объема ЩЖ среди женщин с ГПЭ и на фоне гипотиреоза.

Принципы терапии гиперпластических процессов эндометрия и ее исходы

Нами как во всех клинических группах, так и среди пациенток контрольной группы в большинстве случаев были использованы гестагены (таб. 1).

Как в клинических группах пациенток с гипотиреозом, так и в контрольной гестагены были назначены более чем в половине наблюдений, что суммарно составило 60,6%. Значимых различий в частоте назначения гестагенов не определено ($p < 0,05$).

Гестагены назначали с 16-го по 25-й день менструального цикла (по 10 мг дидрогестерона 2 раза в день) в течение 6 месяцев.

КОК среди всего обследованного контингента (пациентки с гипотиреозом и контрольной группы) использованы у каждой четвертой пациентки – 25%.

По-прежнему во всех группах пациенток терапия препаратами данной группы проводилась примерно с равной частотой - от 20,8% в 1-ой группе до 30% в 4-ой.

В качестве КОК использовали монофазные пероральные контрацептивы с содержанием эстрадиола 0,05 мг. КОК назначали в циклическом режиме (21 день с 7-дневным перерывом) на протяжении 6 мес.

ВМС «Мирена», содержащая левоноргестрел, применена в наименьшем количестве наблюдений, что, с нашей точки зрения, обусловлено ценовым фактором. Суммарно среди женщин с гипотиреозом спираль введена 15% пациенток, а в контрольной группе – 14,4%.

Таблица 1

Принципы терапии гиперпластических процессов эндометрия в клинических и контрольной группах

Принципы терапии	Группы														Всего	
	1 (n=24)		2 (n=23)		3 (n=24)		4 (n=20)		5 (n=14)		6 (n=15)		Контрольная (n=60)			
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%
Гестагены (норколут)	15	62,5	16	69,6	14	58,3	11	55	8	57,1	8	53,3	37	61,7	109	60,6
Внутриматочная спираль «Мирена»	4	16,7	2	8,7	5	20,8	3	15	2	14,3	2	13,3	8	13,3	26	14,4
КОК	5	20,8	5	21,7	5	20,8	6	30	4	28,6	5	33,3	15	25	45	25

Во всех наблюдениях в независимости от метода терапии в течение года проводили динамическое контрольное наблюдение за состоянием эндометрия (ультразвуковое исследование и аспирационная пайпель-биопсия эндометрия через 3, 6, 9 и 12 месяцев). Выполнение биопсии эндометрия допускалось без извлечения ВМС «Мирена».

Как видно из отмеченных данных, значимых различий в структуре характера проводимой терапии между группами не было.

В 1-ой группе через три месяца терапия оказалась неэффективной у 2 пациенток (8,3%). Частота выявления патологии эндометрия через 6 и 9 месяцев составила 4,5% и 4,8% соответственно. Причем рецидивирования ГЭ среди оставшихся наблюдений через 12 месяцев наблюдения не было.

Суммарно за все время наблюдения частота рецидивов ГЭ составила 16,7%, что незначительно превышало показатели контрольной группы – 11,7%. Причем наиболее высокая частота рецидивов отмечена при использовании гестагенов – 20%, а наиболее эффективным методом терапии служило введение ВМС «Мирена», при котором излечение достигало 100%.

Во 2 группе отмеченные особенности сохранялись. По прежнему эффективность ВМС «Мирена» составила 100%, а КОК – 20%. Общая частота рецидивов ГЭ среди женщин с гипотиреозом сохранялась почти на идентичном уровне 17,4%.

Аналогичная картина установлена и для 3 и 4 групп, где частота рецидивов ГЭ в зависимости от проводимой терапии незначительно возростала и составила 20,8% и 20% соответственно. Однако в данном случае установлено возрастание рецидивов патологических процессов эндометрия почти в 2 раза по сравнению с 11,7% в контрольной группе. Наименее эффективными препаратами служили уже гестагены – 28,6% и 27,3% соответственно. Лидирующие позиции оставались за ВМС.

Что касается 5 и 6 групп, то имело место возрастание частоты рецидивов ГЭ до 28,6% и 26,7% соответственно, то есть почти в 2,5 раза по сравнению с контрольной группой.

Обобщая полученные результаты, отметим, что среди всего обследованного контингента женщин, включая пациенток контрольной группы, рецидивы ГЭ отмечены в 18,3% наблюдений, то есть почти у каждой пятой. Причем, наиболее часто рецидивирование патологического процесса выявлено при обследовании на 3-ем и 6-ом месяцах наблюдения – 10% и 6,2%. В дальнейшем, на 9-ом и 12-ом месяцах частота рецидивов резко снижалась и составила 2,0% и 1,3%.

Таким образом, ГЭ присуща наиболее высокая частота рецидива на 3-ем и 6-ом месяцах наблюдения.

Пристального внимания заслуживает то факт, что эффективность лечения ГЭ практически идентична как при назначении только препаратов левотироксина, так и в сочетании его с гестагенами и КОК.

С нашей точки зрения, полученные данные позволяют прийти к заключению о том, что терапия ГЭ у пациенток с гипотиреозом должна прежде всего заключаться в коррекции дисфункции ЩЖ. Данная тактика позволяет получить практически идентичные результаты с меньшими экономическими затратами.

Следующий аспект, который заслуживает пристального внимания, заключается в рассмотрении частоты рецидивов ГЭ в зависимости от использованного препарата: гестагены, КОК или ВМС «Мирена».

Сравнительная оценка эффективности методов лечения в каждой группе и на различных сроках представилась нам нецелесообразной в виду малого количества наблюдений согласно отмеченному принципу анализа.

Как видно из представленных данных наибольшая частота рецидивов отмечена при использовании гестагенов, как среди женщин, страдающих гипотиреозом, так и пациенток контрольной группы. Причем рассматриваемый показатель среди контингента с дисфункцией ЩЖ был почти в 2 раза выше такового в контрольной группе 15% против 8,3%.

Наиболее высокая эффективность была присуща ВМС «Мирена» - по одному наблюдению для женщин с гипотиреозом и контрольной группы.

Отмеченные факты позволяют нам заключить, что наиболее эффективным методом терапии ГЭ у женщин с гипотиреозом является использование ВМС «Мирена».

ВЫВОДЫ

1. Гипотиреоз у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия сопряжен с возрастанием частоты избыточной массой тела, но не ожирения.
2. Наиболее частой сопутствующей патологией для женщин с гиперпластическими процессами на фоне гипотиреоза служила мастопатия (почти у каждой третьей пациентки), а частота СПКЯ и ГПРЛ возросла почти в 2 раза.
3. При ГЭ на фоне гипотиреоза отмечено достоверное снижение концентраций эстрадиола при сохраненном уровне гонадотропных гормонов (ЛГ и ФСГ), причем наиболее низкие значения определены среди женщин с манифестным гипотиреозом.

4. Более чем в половине наблюдений среди пациенток с ГЭ присутствует ХЭ, частота выявления которого не зависит от дисфункции ЩЖ.
5. Преимущественной формой полипоза эндометрия среди женщин детородного возраста служат железистые полипы.
6. Наибольшая частота рецидивов ГПЭ отмечена при использовании гестагенов, как среди женщин, страдающих гипотиреозом, так и пациенток контрольной группы. Причем рассматриваемый показатель среди контингента с дисфункцией ЩЖ был почти в 2 раза выше такового в контрольной группе 15% против 8,3%.
7. Эффективность лечения ГЭ практически идентична как при назначении только препаратов левотироксина, так и сочетанном использовании его с гестагенами и КОК.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У женщин с гиперпластическими процессами органов репродуктивной системы, ассоциированными с гипотиреозом в первую очередь должна проводиться коррекция дисфункции ЩЖ, что позволит снизить количество принимаемых препаратов, приведет к снижению возможных побочных эффектов (КОК) и стоимости курса лечения.
2. На фоне отмеченной схемы терапии гиперпластических процессов эндометрия возможно наступление беременности, что недопустимо при использовании комбинированной терапии с КОК.
3. При отсутствии эффекта от проведения медикаментозной коррекции патологии ЩЖ целесообразно проведение терапии, направленной непосредственно на эндометрий с использованием внутриматочных левоноргестрел-содержащих средств. Последние служат наиболее эффективным методом терапии ГЭ у женщин с гипотиреозом.
4. Динамическое наблюдение за пациентками с ГПЭ на фоне гипотиреоза должно проводиться в течении не менее 1 года, с учетом того факта, что рецидивы ГЭ отмечены почти у каждой пятой женщины. Наиболее часто рецидивирование патологического процесса выявлено при обследовании на 3-ем и 6-ом месяцах наблюдения – 10% и 6,2%, а в дальнейшем, на 9-ом и 12-ом месяцах частота рецидивов резко снижалась и составила 2,0% и 1,3%.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мкоян Г.Ю., Арутюнян А.Г. Гиперпластические процессы эндометрия : нерешенные вопросы определения и этиопатогенеза // The medical journal Erebouni . Ереван 2017, N1 (3) с. 15-22.
2. Мкоян Г.Ю. Взаимосвязь гипотиреоза и гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста // Медицина Наука и Образование . Ереван 2019 N 28 , с.8-14.
3. Мкоян Г.Ю. Клинико-морфологические характеристики женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, ассоциированными с гипотиреозом // Медицинская наука Армении. Ереван LIX N-4 2019, с. 20-31
4. Мкоян Г.Ю. Гиперпластические процессы эндометрия, вопросы определения, классификации и этиопатогенеза. // Акушерство, гинекология, неонатология. Научно- практический журнал. Ереван 2019 N-1, с.23-29
5. Мкоян Г.Ю., Особенности клинической характеристики женщин с гиперплазией эндометрия , ассоциированной с гипотиреозом //5-ый международный медицинский конгресс Армении „Армения-Диаспора-Арцах: слияние ради здоровья,, министерство здравоохранения Республики Армения „5-ММКА-2019,, фонд здравоохранения, с.179-180
- 6 . Мкоян Г.Ю., Арутюнян А.Г., Айрапетян М.М. К вопросу об оптимизации терапии женщин с гиперпластическими процессами эндометрия и гипотиреозом. // Акушерство и гинекология. Москва 2020 N5, с.144-149

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ

Пристальное внимание вызывает изучение влияния функционального состояния ЩЖ при гипотиреозе у женщин армянской популяции на структуру ГПЭ и определение оптимальной тактики медикаментозной коррекции сочетанной патологии.

Под нашим наблюдением находилось 180 женщин с ГПЭ. У 120 пациенток патология эндометрия была ассоциирована с гипотиреозом. Пациентки с дисфункцией ЩЖ были разделены на группы в зависимости от степени тяжести гипотиреоза: субклинический – 47 наблюдений, манифестный – 44 женщины, компенсированный со слабо выраженными симптомами – 29 пациенток.

Каждая из групп была разделена на 2 подгруппы в зависимости от методики терапии: коррекция дисфункции ЩЖ или сочетанная терапия ГЭ и гипотиреоза. Контрольную группу составили 60 наблюдений, где у пациенток с ГЭ патологии ЩЖ не выявлено.

Для женщин репродуктивного возраста как с патологией ЩЖ так и без таковой было присуще следующее: превалирование частоты обнаружения простой гиперплазии по сравнению со сложной; наиболее частое обнаружение полипов железистого характера; ХЭ среди женщин с ГПЭ присутствует более, чем в половине наблюдений; частота диагностирования ХЭ среди женщин с гипотиреозом и без такового сопоставима (60% против 63,3%), что свидетельствует, с нашей точки зрения, об отсутствии влияния патологии ЩЖ на воспалительные процессы эндометрия.

Данные обстоятельства позволяют поставить на повестку дня рассмотрение целесообразности включения в комплекс лечебных мероприятий при ГЭ антибиотикотерапии.

Заключено, что терапия ГЭ у пациенток с гипотиреозом должна прежде всего заключаться в коррекции дисфункции ЩЖ. Данная тактика позволяет получить практически идентичные результаты с меньшими экономическими затратами, возможностью снизить количество принимаемых препаратов и соответственно возможных побочных эффектов. На фоне предлагаемой терапии возможна наступление беременности.

Наибольшая частота рецидивов отмечена при использовании гестагенов, как среди женщин, страдающих гипотиреозом, так и пациенток контрольной группы. Наиболее высокая эффективность была присуща ВМС «Мирена».

ԷՆԴՈՄԵՏՐԻՈՒՄԻ ՀԻՊԵՐՊԼԱՍՏԻԿ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ

ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՕՊՏԻՄԱԼԱՑՈՒՄԸ ՀԻՊՈԹԻՐԵՈԶ ՈՒՆԵՑՈՂ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ

Էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի կառուցվածքի վրա, հայ բնակչության կանանց մոտ, հիպոթիրեոզի ժամանակ վահանաձև գեղձի ֆունկցիոնալ վիճակի ազդեցության ուսումնասիրությունը և համակցված պաթոլոգիայի դեդորայքային շտկման օպտիմալ մարտավարության որոշումը պահանջում է մեծ ուշադրություն:

Մենք ուսումնասիրեցինք էնդոմետրիումի հիպերպլազիա ունեցող 180 կանանց: 120 հիվանդի մոտ էնդոմետրիումի պաթոլոգիան կապված էր հիպոթիրեոզի հետ: Վահանաձև գեղձի դիսֆունկցիա ունեցող հիվանդները բաժանվել են խմբերի՝ կախված հիպոթիրեոզի ծանրության աստիճանից՝ ենթա-կլինիկական՝ 47 դեպք, սիմպտոմատիկ՝ 44 կին, 29 հիվանդի մոտ կոմպենսացվել է թույլ արտահայտված ախտանիշներով:

Խմբերից յուրաքանչյուրը բաժանվեց 2 ենթախմբի՝ կախված թերապիայի մեթոդից. Վահանաձև գեղձի դիսֆունկցիայի շտկում կամ էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի և հիպոթիրեոզի համակցված թերապիա: Վերահսկիչ խումբը բաղկացած էր 60 դիտումներից, որտեղ վահանաձև գեղձի պաթոլոգիա չի հայտնաբերվել էնդոմետրիումի հիպերպլազիա ունեցող հիվանդների մոտ:

Վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ, ինչպես վահանաձև գեղձի պաթոլոգիայով, այնպես էլ առանց դրա, բնորոշ է հետևյալը՝ պարզ հիպերպլազիայի հայտնաբերման հաճախականության տարածվածություն՝ համեմատած բարդի հետ. գեղձային բնույթի պոլիպների առավել հաճախակի հայտնաբերում: քրոնիկ էնդոմետրիտը հիպոթիրեոզով կանանց շրջանում առկա է դեպքերի կեսից շատերի մոտ: Հիպոթիրեոզ ունեցող և առանց դրա կանանց քրոնիկ էնդոմետրիտի ախտորոշման հաճախականությունը համեմատելի է (60%՝ 63,3%-ի դիմաց), ինչը, մեր կարծիքով, վկայում է այն մասին, որ վահանաձև գեղձի պաթոլոգիան ազդեցություն չունի էնդոմետրիումի բորբոքային պրոցեսների վրա:

Տվյալ հանգամանքները հնարավորություն են տալիս օրակարգ մտցնել էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի թերապևտիկ միջոցառումների համալիրում հակաբիոտիկները ներառելու իրագործելիության քննարկումը:

Եզրակացվում է, որ հիպոթիրեոզով հիվանդների մոտ էնդոմետրիումի հիպերպլազիայի թերապիան առաջին հերթին պետք է բաղկացած լինի վահանաձև գեղձի դիսֆունկցիայի շտկումից: Այս մարտավարությունը մեզ թույլ է տալիս գրեթե նույնական արդյունքներ ստանալ ավելի քիչ տնտեսական ծախսերով, ընդունված դեղորայքի քանակը նվազեցնելու ունակությամբ համապատասխանաբար և իր հնարավոր կողմնակի ազդեցություններով: Առաջարկվող թերապիայի ֆոնի վրա հնարավոր է հղիություն:

Ռեցիդիվի ամենաբարձր հաճախականությունը նշվում է գեստագենների օգտագործման ժամանակ՝ ինչպես հիպոթիրեոզով տառապող կանանց, այնպես էլ վերահսկիչ խմբի հիվանդների շրջանում: Ամենաբարձր արդյունավետությունը հատուկ էր «Միրենա» ներարգանդային թերապևտիկ համակարգին:

OPTIMIZATION OF THE VOLUME OF CLINICAL AND LABORATORY EXAMINATION AND CONSERVATIVE THERAPY FOR HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM IN WOMEN WITH HYPOTHYROSIS

The examination of the influence of the functional state of the thyroid gland in hypothyreosis in women of the Armenian population on the structure of endometrial hyperplasia and the determination of the optimal tactics of medicamentous correction of combined pathology calls for careful attention.

We observed 180 women with endometrial hyperplasia. In 120 patients endometrial pathology was associated with hypothyreosis. Patients with thyroid gland dysfunction were divided into groups depending on the severity of hypothyreosis: subclinical - 47 cases, symptomatic - 44 women, compensated with mild symptoms in 29 patients.

Each of the groups was divided into 2 sub-groups depending on the method of therapy: correction of thyroid gland dysfunction or combined therapy of endometrial hyperplasia and hypothyreosis. The control group consisted of 60 observations, where thyroid gland pathology was not revealed in patients with endometrial hyperplasia.

For women of reproductive age, both with thyroid gland pathology and without it, the following is relatable: prevalence of the frequency of detection of simple hyperplasia as compared to complex one; the most frequent detection of polyps of a glandular nature; chronic endometritis among women with hypothyreosis is present in more than half of the cases; the frequency of diagnosing chronic endometritis among women with and without hypothyreosis is comparable (60% versus 63.3%), which, in our opinion, indicates that there is no effect of thyroid gland pathology on inflammatory processes of endometrium.

The mentioned circumstances make it possible to put the consideration of the feasibility of including antibiotics in the complex of therapeutic measures for endometrial hyperplasia on the agenda.

It is concluded that the therapy of endometrial hyperplasia in patients with hypothyreosis should first of all consist of the correction of thyroid gland dysfunction. This tactic allows us to get almost identical results with lower, economic costs, the ability to reduce the number of medication taken and, accordingly, possible side effects. Against the background of the proposed therapy pregnancy is possible.

The highest relapse rate is noted with the use of gestagens both among women suffering from hypothyreosis and patients of the control group. The highest efficiency was relatable in “Mirena” intrauterine therapy system.