

Особенности течения беременности и родов после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального рака эндометрия

А. В. Чархифалакян¹ 

О. Ф. Серова²

¹ Европейский медицинский центр, Москва, Россия, *dr.charkh@gmail.com*, <https://orcid.org/0009-0001-2002-8735>

² Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна, Москва, Россия, *olga-serova@yandex.ru*

Резюме

Введение. В последние десятилетия показатели выживаемости при раке эндометрия улучшились, поэтому необходимы стратегии, позволяющие избежать или уменьшить репродуктивный ущерб, вызванный онкологическим лечением. В медицине сегодня имеются вопросы, на которые не всегда есть ответы. Недостаточно работ, в которых были бы проанализированы и обобщены особенности, отражающие характер течения беременности и родов, возможности анте- и интранатального мониторинга и характера родовспоможения как основополагающих факторов формирования перинатальных показателей. Кроме того, крайне недостаточны сведения о влиянии беременности на дальнейшие риски рецидива, что убеждает в целесообразности дополнительного изучения данной проблемы. Наше исследование позволило показать возможность безопасного течения беременности и родов у таких пациенток, оценить особенности течения беременности и родов и отдаленные прогнозы для здоровья женщины.

Цель работы. Целью нашей работы явилось изучение особенностей течения беременности и родов у пациенток после консервативного лечения атипической гиперплазии и рака эндометрия.

Результаты. В исследование были включены 114 пациенток со спонтанной и индуцированной беременностью, наступившей после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального рака эндометрия. Проанализировано течение I, II и III триместров беременности, перинатальные исходы и безрецидивная выживаемость пациенток.

Заключение. Наше исследование позволило показать возможность безопасного течения беременности и родов в отношении рецидивов у таких пациенток, оценить особенности течения беременности и родов и отдаленные прогнозы для здоровья женщины. Полученные результаты указывают на низкую частоту рецидивов атипической гиперплазии и рака эндометрия после наступления беременности независимо от ее исхода. Следует особо подчеркнуть, что рецидивов, ассоциированных с беременностью, не наблюдалось.

Ключевые слова: рак эндометрия, атипическая гиперплазия эндометрия, онкофертильность, беременность и рак эндометрия

Для цитирования: Чархифалакян А. В., Серова О. Ф. Особенности течения беременности и родов после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального рака эндометрия. Лечебный Врач. 2025; 1 (28): 52-58. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.1.008>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Features of the course of pregnancy and childbirth after conservative treatment of initial atypical hyperplasia and endometrial cancer

Arevik V. Charkhifalakyan¹ 

Olga F. Serova²

¹ European Medical Center, Moscow, Russia, *dr.charkh@gmail.com*, <https://orcid.org/0009-0001-2002-8735>

² State Scientific Center of the Russian Federation – A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russia, *olga-serova@yandex.ru*

Abstract

Background. Survival rates for endometrial cancer have improved in recent decades, so strategies are needed to avoid or reduce reproductive harm caused by cancer treatment. In medicine today, there are questions that do not always have answers. There are not enough

works that would analyze and summarize the features that reflect the nature of the course of pregnancy and childbirth, the possibilities of ante- and intrapartum monitoring and the nature of obstetric care, as fundamental factors in the formation of perinatal indicators. In addition, there is extremely insufficient information about the effect of pregnancy on further risks of relapse, which convinces us of the advisability of further study of this problem. Our study allowed us to show the possibility of safe pregnancy and labour in such patients, to evaluate the peculiarities of the course of pregnancy and labour and the long-term prognosis for the woman's health.

Objective. The purpose of our work was to study the characteristics of the course of pregnancy and childbirth in patients after conservative treatment of atypical hyperplasia and endometrial cancer.

Results. The study included 114 patients with spontaneous and induced pregnancy that occurred after conservative treatment of atypical hyperplasia and initial endometrial cancer. The course of the 1st, 2nd and 3rd trimesters of pregnancy, perinatal outcomes and disease-free survival in patients were analyzed.

Conclusion. Our study made it possible to demonstrate the possibility of a safe course of pregnancy and childbirth in such patients, to evaluate the characteristics of the course of pregnancy and childbirth and long-term prognosis for the woman's health. These results indicate a low recurrence rate of atypical hyperplasia and endometrial cancer after pregnancy, regardless of pregnancy outcome. It should be emphasised that no pregnancy-associated recurrences were observed.

Keywords: endometrial cancer, atypical endometrial hyperplasia, oncofertility, pregnancy and endometrial cancer

For citation: Charkhifalakyan A. V., Serova O. F. Features of the course of pregnancy and childbirth after conservative treatment of initial atypical hyperplasia and endometrial cancer. Lechaschi Vrach. 2025; 1 (28): 52-58. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.1.008>

Conflict of interests. Not declared.

Pак эндометрия является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей женских половых органов, занимая в России второе место после рака молочной железы [1, 3, 5]. Опубликованы результаты большого количества исследований, посвященных оценке эффективности консервативного лечения атипической гиперплазии и рака эндометрия (РЭ) с целью сохранения репродуктивного здоровья у женщин [2, 4, 6].

Почти у 5% женщин с РЭ моложе 40 лет часто выявляются различной степени дифференцировки эндометриоидные эстрогензависимые опухоли. В последние десятилетия показатели выживаемости при раке улучшились, поэтому необходимы стратегии, позволяющие избежать или уменьшить репродуктивный ущерб, вызванный онкологическим лечением. В медицине сегодня имеются вопросы, на которые не всегда есть ответы. Насколько безопасно сохранение fertильности при РЭ? Как протекает беременность пациенток после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального РЭ? Может ли беременность повлиять на рецидив РЭ? Консервативное лечение следует предлагать только пациенткам с высокодифференцированной опухолью 1-й степени, отсутствием лимфоваскулярной инвазии, признаков инвазии в миометрий и отдаленных метастатических поражений. Наше исследование позволило показать возможность безопасного течения беременности и родов у таких пациенток, оценить особенности течения беременности и родов и отдаленные прогнозы для здоровья женщины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено исследование 114 пациенток с беременностью, наступившей после консервативного лечения атипической гиперплазии эндометрия – АГЭ (56/114, 49,1%) и начального РЭ (58/114, 50,9%) в период с 2005 по 2017 г.

Критериями включения в исследование были:

- спонтанное или индуцированное наступление беременности;
- репродуктивный возраст (20-45 лет);

- 6 месяцев и более после окончания консервативного лечения АГЭ и начального РЭ (эндометриоидная аденокарцинома, стадия 1);

- полный ответ (излечение) после гормонотерапии и отсутствие рецидива опухоли в течение 6 месяцев наблюдения;

- отсутствие значимых соматических заболеваний – некомпенсированного гипотиреоза, сахарного диабета (СД) в стадии декомпенсации, системных и аутоиммунных заболеваний, ожирения 3-й степени, тяжелой патологии сердечно-сосудистой системы.

Критериями исключения явились:

- наличие значимой соматической патологии – декомпенсированного СД, гипотиреоза, аутоиммунной патологии, морбидного ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний в стадии декомпенсации;
- возраст старше 46 лет;
- прогрессирование опухоли на фоне консервативного лечения;
- отказ пациентки от наблюдения и предлагаемых методов обследования.

Пациентки были разделены на две группы в зависимости от варианта наступления беременности. В 1-ю группу вошли 70/114 (61,4%) женщин со спонтанной беременностью, во 2-ю – 44/114 (38,6%) с беременностью после использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В 1-й группе 36/70 (51,4%) пациенток имели в анамнезе АГЭ, 34/70 (48,6%) – начальный РЭ. Во 2-й группе 20/44 (45,5%) женщин были пролечены от АГЭ и 24/44 (54,5%) – от РЭ. Значимых различий по распределению пациенток в группы выявлено не было ($p > 0,05$).

После достижения полного ответа и при отсутствии данных за прогрессирование онкологического процесса решением онкологического консилиума пациенткам разрешалось планирование беременности.

Возраст женщин на момент завершения онкологического этапа лечения в 1-й группе составил от 19 до 40 лет ($31,1 \pm 1,1$ года), во 2-й – от 20 до 43 лет ($33,2 \pm 2,5$ года) [$p = 0,025$].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica (версии 10.0, StatSoft Inc., США). Для нахождения различий между группами пациентов для нормально распределенных числовых показателей использовали t-критерий Стьюдента для двух независимых выборок. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Суммарный показатель живорождения в обеих группах составил 77,2% (88/114): в 1-й – 75,7% (53/70), во 2-й – 79,5% (35/44). В нашем исследовании преобладали молодые пациентки с нормальным индексом массы тела (ИМТ) и отсутствием коморбидных заболеваний.

Ожидаемым осложнением течения I триместра у женщин после заболевания эндометрия и многочисленных внутриматочных вмешательств является невынашивание беременности. По данным ряда авторов [7], прерывание беременности после пролеченного рака эндометрия обусловлено развитием хронического эндометрита и неполноценностью инвазии цитотрофобласта. В нашем исследовании угроза прерывания беременности была диагностирована в 52,9% (37/70) и 52,3% (23/44) случаев соответственно ($p = 0,879$), а суммарная частота выкидыша до достижения срока гестации 12 недель составила 17,5% (20/114) и не имела значимых различий при сравнении между группами со спонтанной и индуцированной беременностью – 17,1% (12/70) и 18,2% (8/44) соответственно. Все пациентки с ранних сроков беременности получали профилактическое лечение пре-

паратами прогестерона (микронизированный прогестерон, дидрогестерон), тем не менее самопроизвольный выкидыш до 12 недель был зафиксирован практически в каждом шестом случае (табл. 1). Близкие результаты были получены в исследованиях [7-9], в которых суммарный показатель прерывания беременности составлял 27% и 16%.

В 1-й группе все беременности были одноплодными, во 2-й – у 15,9% (7/44) диагностирована дихориальная дигамниотическая двойня, что соотносится со средними показателями частоты наступления многоплодных беременностей после применения ВРТ [13]. Несмотря на более высокий риск прерывания многоплодной беременности [13], в нашем исследовании все пациентки доносили ее до 36-38 недель и были родоразрешены путем кесарева сечения (КС). Из 114 пациенток, включенных в исследование, до II триместра беременность была пролонгирована у 78,9% (90/114) женщин. У двух из 55 пациенток 1-й группы прерывание беременности произошло по медицинским показаниям в 14 недель (синдром Дауна у плода) и в 26-27 недель (антенатальная гибель плода).

Осложнения II триместра беременности у пациенток сформированных групп представлены в табл. 2. Значимым осложнением II триместра стало развитие истмико-цervикальной недостаточности (ИЦН), диагностированной у 16,4% (9/55) и 34,3% (12/35) пациенток соответственно группам ($p = 0,061$). Распространенность ИЦН не превышает 0,2-2% в общей популяции беременных; по нашим данным, у пациенток после консервативного лечения АГЭ и РЭ риски ее формирования повышаются почти в 22 раза. Мы считаем,

Таблица 1. Осложнения I триместра беременности [таблица составлена авторами] / Complications of the first trimester of pregnancy [table compiled by the authors]

Осложнения	Всего, n = 114, абс. (%)	Группа 1, n = 70		Группа 2, n = 44		p
		абс.	%	абс.	%	
Угроза прерывания беременности	60 (52,6%)	37	52,9	23	52,3	0,879
Рвота беременных легкой степени	17 (14,9%)	13	18,6	4	9,1	0,124
Анемия легкой степени	13 (11,4%)	5	7,1	8	18,2	0,092
Самопроизвольный выкидыш	20 (17,5%)	12	17,1	8	18,2	0,888
Внематочная беременность	4 (3,5%)	3	4,3	1	2,3	0,543

Таблица 2. Осложнения II триместра беременности у пациенток сформированных групп [таблица составлена авторами] / Complications of the second trimester of pregnancy in patients of the formed groups [table compiled by the authors]

Осложнения	Всего, n = 90, абс. (%)	Группа 1, n = 55		Группа 2, n = 35		p
		абс.	%	абс.	%	
Угроза позднего выкидыша	32 (35,6%)	15*	27,3	17*	48,6	0,037
Угроза преждевременных родов	10 (11,1%)	5	9,1	6	17,1	0,258
Нарушение маточно-плацентарного кровотока	14 (15,6%)	11	20	3	8,6	0,145
ИЦН	21 (23,3%)	9	16,4	12	34,3	0,054
Гестационный СД	8 (8,9%)	5	9,1	3	8,6	0,933
Преэклампсия умеренной степени	2 (2,2%)	0	0	2	5,7	0,083
Острый пиелонефрит	1 (1,1%)	1	1,8	0	0	0,558
Прерывание беременности во II триместре по медицинским показаниям	1 (1,1%)	1	1,8	0	0	0,558
Антенатальная гибель плода	1 (1,1%)	1	1,8	0	0	0,558
Предлежание плаценты	8 (8,9%)	5	9,1	3	8,6	0,933

Таблица 3. **Осложнения III триместра беременности [таблица составлена авторами]** / Complications of the third trimester of pregnancy [table compiled by the authors]

Осложнения	Всего, n = 88, абс. (%)	Группа 1, n = 53		Группа 2, n = 35		p
		абс.	%	абс.	%	
Угроза преждевременных родов	30 (34,1%)	13*	24,5	17*	48,6	0,019
ИЦН	21 (23,9%)	9	16,9	12	34,3	0,061
ГСД	8 (9,1%)	5	9,4	3	8,6	0,889
ПЭ умеренной степени	5 (5,7%)	2	3,8	3	8,6	0,342
Нарушение маточно-плацентарного кровотока	7 (7,9%)	4	7,5	3	8,6	0,864
Задержка роста плода	4 (4,5%)	1	1,9	3	8,6	0,145
Анемия легкой степени	17 (19,3%)	8	15,1	9	25,7	0,235
Предлежание плаценты	2 (2,3%)	0	0	2	5,7	0,079
Панкреонекроз	1 (1,1%)	1	1,9	0	0	0,286

Примечание. * p ≤ 0,05 – различия между группами значимы.

что данное осложнение беременности может быть обусловлено высокой частотой внутриматочных вмешательств в процессе консервативного лечения онкологического заболевания. Нами установлено, что суммарная частота выполненных лечебно-диагностических гистероскопий с раздельным диагностическим высабливанием в 1-й группе составила $5,1 \pm 1,2$, во 2-й – $5,2 \pm 1,3$ ($p < 0,05$).

Все пациентки с ИЦН получали терапию микронизированным прогестероном, которая была эффективна у 44,4% (4/9) и 41,7% (5/12) женщин 1-й и 2-й группы соответственно. У трех пациенток с многоплодной беременностью и ИЦН помимо микронизированного прогестерона использовался разгрузочный акушерский пессарий. В связи с прогрессированием ИЦН 55,6% (5/9) и 58,3% (7/12) пациенток соответственно группам в 17-22 недели гестации дополнительно выполнялся хирургический серклаж. Все пациентки с ИЦН доносили беременность до III триместра.

Наиболее распространенными осложнениями II триместра у пациенток 1-й и 2-й групп были угрозы:

- позднего выкидыша – 27,3% (15/55) и 48,6% (17/35), $p = 0,037$;
- преждевременных родов – 9,1% (5/55) и 17,1% (6/35), $p = 0,258$.

Во всех случаях угрожающих преждевременных родов проводилась стандартная токолитическая терапия и профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) плода. Обращает на себя внимание значимо большая частота развития угрозы невынашивания у пациенток 2-й группы, что может быть обусловлено долей многоплодных беременностей.

У 5,7% (2/35) пациенток 2-й группы с многоплодной беременностью в 27-28 недель была диагностирована преэклампсия (ПЭ), проявляющаяся умеренной артериальной гипертензией и следовой протеинурией. Раннее начало ПЭ может быть связано с плацентарными нарушениями, ассоциированными с исходной неполноценностью эндометрия [10], многоплодием и применением ВРТ. Среди пациенток, включенных в исследование, не было ни одного случая выявления повышенного риска ПЭ и задержки развития плода (ЗРП) по данным биохимического скрининга в I триместре, и никто не получал профилактического лечения ацетилсалициловой кислотой. Нарушение маточно-плацентарного кровотока

с изменением пульсационного индекса в маточных артериях было диагностировано у 20% (11/55) и 8,6% (3/35) пациенток по группам и в 71,4% (10/14) случаев сопровождалось клиническими проявлениями угрожающих преждевременных родов.

Гестационный СД (ГСД) развился у 9,1% (5/55) и 8,6% (3/35) пациенток соответственно группам ($p = 0,933$), что соотносится с популяционными данными (Federation ID. IDF Diabetes Atlas, 2019). Проведенный корреляционный анализ выявил прямую связь между частотой развития ГСД и исходными показателями ИМТ женщин и ее отсутствие в зависимости от наличия АГЭ и начального РЭ в анамнезе.

Многократные внутриматочные вмешательства являются самостоятельным фактором риска развития аномалий плацентации [10]. В нашем исследовании предлежание плаценты было выявлено у 8,9% (8/90) пациенток, случаев врастания плаценты не было. Распространенность аномального прикрепления плаценты в популяции достигает 0,17% [11, 12]. Для развития предлежания плаценты необходимо наличие исходных изменений матки, таких как рубец после КС, атрофических и воспалительных процессов после раздельного диагностического высабливания или миомэктомии (E. Jauniaux, 2019). Высокий процент данного осложнения у пациенток с АГЭ и РЭ в анамнезе обусловлен высокой частотой лечебно-диагностических внутриматочных манипуляций, проводимых на фоне терапии онкологического заболевания.

Осложнения III триместра беременности у пациенток сформированных групп представлены в табл. 3.

ПЭ умеренной степени диагностировалась с равной частотой в обеих группах – 5,7% (3/53) и 5,7% (2/35) соответственно, $p = 0,992$. У 4,5% (4/88) пациенток ПЭ сочеталась с задержкой роста плода и у 3,4% (3/88) – с нарушением маточно-плацентарного кровотока. Частота развития ПЭ в развитых странах составляет от 2% до 8% (C. W. Ives, 2020; S. Rana, 2020) и ассоциируется прежде всего с нарушением процессов инвазии цитотрофобlasta. Низкие показатели развития ПЭ у пациенток после АГЭ и РЭ свидетельствуют о том, что перенесенное заболевание не оказывает значимого влияния на качество плацентации и не должно рассматриваться в качестве ведущего фактора риска развития данной патологии.

Угроза преждевременных родов диагностирована почти у каждой третьей пациентки в обеих группах наблюдения. При этом во всех случаях многоплодной беременности отмечались клинические признаки угрожающих преждевременных родов (20%, 7/35), а их суммарная частота была значимо выше в группе женщин после ВРТ – 37,1% (17/35), а также у пациенток с ранее диагностированной ИЦН – 34,3%, 12/35 ($p \leq 0,05$).

В литературе отсутствуют данные о частоте развития ПЭ и ЗРП у пациенток с АГЭ и РЭ в анамнезе. В нашем исследовании методически обеспеченный анализ специфики течения беременности по триместрам показал отсутствие связи между перенесенным консервативным лечением АГЭ и РЭ и вероятностью развития умеренной ПЭ, ГСД и ЗРП.

Реализация риска в каждом конкретном случае зависит от совокупности факторов и условий, воздействие на которые позволяет предотвратить развитие осложнений беременности и родов у женщин с АГЭ и РЭ в анамнезе. Данное заключение позволяет отнести таких беременных к группе высокого риска по развитию гестационных осложнений и актуализировать для них проведение профилактической терапии.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК СФОРМИРОВАННЫХ ГРУПП

Суммарный показатель живорождения в обеих группах составил 77,2% (88/114): в 1-й группе – 75,7% (53/70), во 2-й – 79,5% (35/44).

Исходы беременностей после консервативного лечения АГЭ и начального РЭ представлены в табл. 4. Исходы беременности, сравниваемые по количеству выкидышей и родов, не имели значимых различий между группами со спонтанно

и индуцированно наступившей беременностью. В 1-й группе отмечен более высокий процент внематочной беременности по сравнению со 2-й группой (4,3% и 2,3% соответственно).

Характер течения родов у пациенток сформированных групп представлен в табл. 5. Беременность закончилась родами в срок у 47,2% (25/53) пациенток 1-й группы и у 62,9% (22/35) 2-й группы. Преждевременные роды произошли у 24,5% (13/53) женщин 1-й и у 48,6% (17/35) – 2-й группы. Суммарная частота преждевременных родов была значимо выше в группе женщин после ВРТ 37,1% (17/35) и у пациенток с ранее диагностированной ИЦН (34,3%, 12/35) [$p \leq 0,05$].

Суммарная частота родов через естественные родовые пути составила 32,9% (29/88): в 1-й группе у 44,8% (13/29) и во 2-й – у 55,2% (16/29) женщин. Отмечена более высокая частота развития слабости родовой деятельности у рожениц 2-й группы – 15,1% (8/53) и 42,9% (15/35) соответственно, $p = 0,01$.

Объем лекарственной терапии у женщин с упорной слабостью родовой деятельности включал применение утеротоников (5 ЕД окситоцина через инфузомат со скоростью 1,8 мл/ч, с увеличением дозы каждые 30 минут до достижения частоты схваток 3-4 за 10 мин). При неэффективности проводимых мероприятий роды заканчивали путем КС. У 1 (2,9%) пациентки 2-й группы в родах произошла отслойка плаценты и дистресс плода, в связи с чем было выполнено экстренное КС.

Из 114 пациенток, включенных в исследование, роды путем КС произошли в 67% (59/88) случаев, что в 3 раза превышает средние показатели по Москве за 2022-2023 гг.

В 1-й группе основным показанием к КС было наличие в анамнезе РЭ или АГЭ – 53,6% (15/28). К другим причинам относились: крупный плод – 14,3% (4/28), тазовое предле-

Таблица 4. Исходы беременностей после консервативного лечения АГЭ и начального РЭ [таблица составлена авторами] / Pregnancy outcomes after conservative treatment of AEH and initial EC [table compiled by the authors]

Исходы беременностей	Всего, $n = 114$, абс. (%)	Группа 1, $n = 70$	Группа 2, $n = 44$	p
Самопроизвольный выкидыш в I триместре	20 (17,5%)	12 (17,1%)	8 (18,1%)	0,888
Внематочная беременность	4 (3,5%)	3 (4,3%)	1 (2,3%)	0,543
Прерывание беременности во II триместре	1 (0,9%)	1 (1,4%)	0	0,868
Антепатальная гибель плода во II триместре	1 (0,9%)	1 (1,4%)	0	0,868
Роды	88 (77,2%)	53 (75,7%)	35 (79,5%)	0,631

Примечание. Различия между группами статистически не значимы (критерий Хи-квадрат Пирсона, $p > 0,05$).

Таблица 5. Характер течения родов у пациенток сформированных групп [таблица составлена авторами] / The nature of the course of labour in the patients of the formed groups [table compiled by the authors]

Роды	Всего, $n = 88$, абс. (%)	Группа 1, $n = 53$		Группа 2, $n = 35$		p
		абс.	%	абс.	%	
Срочные роды	47 (53,4%)	25	47,2	22	62,9	0,145
Преждевременные роды	30 (34,1%)	13*	24,5	17*	48,6	0,019
Запоздалые роды	1 (1,1%)	1	1,9	0	0	0,558
КС	59 (67,0%)	27*	50,9	32*	91,4	0,001
Слабость родовой деятельности	23 (26,1%)	8*	15,1	15*	42,9	0,004
Кровотечение	1 (1,1%)	0	0	1	2,9	0,474
Преждевременная отслойка плаценты	1 (1,1%)	0	0	1	2,9	0,474
Дистресс плода	2 (2,3%)	0	0	2	2,9	0,079

Примечание. * $p \leq 0,05$ – различия между группами значимы.

жение – 10,7% (3/28), миома матки больших размеров – 3,6% (1/28) и рубец на матке – 3,6% (1/28).

У пациенток 2-й группы в 74,2% (23/31) случаев показанием к КС был онкологический анамнез. Также операция была проведена в связи с многоплодной беременностью – 22,6% (7/31), предлежанием плаценты – 6,5% (2/31), преждевременной ее отслойкой – 3,2% (1/31), дистрессом плода – 6,5% (2/31) и его тазовым предлежанием – 3,2% (1/31).

Пациентки со спонтанным наступлением беременности значимо чаще родоразрешались через естественные родовые пути, чем путем КС в плановом порядке ($p = 0,01$). Во 2-й группе преобладало оперативное родоразрешение, а основными показаниями к нему были сочетание онкологического анамнеза с многоплодием – 22,6% (7/31) и применением ВРТ – 74,2% (23/31).

Частота осложнений послеродового периода не имела значимых различий по группам ($p > 0,05$) и характеризовалась развитием послеродового эндометрита – 3,8% (2/53) и 8,6% (3/35), тромбофлебита поверхностных вен – 1,9% (1/53) и 5,7% (2/35) и послеродового геморроя – у 9,4% (5/53) и 5,7% (2/35) родильниц соответственно.

Средняя продолжительность госпитализации после самоизъязвленных родов в обеих группах составила $3,1 \pm 1$ день, после операции КС – $5,2 \pm 1,5$ дня.

Терапия послеродового эндометрита проводилась согласно протоколу, включала назначение цефалоспоринов 2-3 поколения (1,5 г цефуроксима внутривенно 3 раза в сутки) и 500 мг метронидазола внутривенно 3 раза в сутки (в течение 7 дней). Перевод пациенток на пероральный прием препаратов проводили через 48–72 часа после клинического и лабораторного улучшения.

Всего родились 95 детей, в 1-й группе – 53, во 2-й – 42 ребенка, из них 7 двоен.

При оценке массы и роста новорожденных установлены значимые различия между группами: средние показатели составили $3964 \pm 80,1$ и $2543 \pm 54,6$ г по массе и $52,8 \pm 0,5$ и $47,3 \pm 0,3$ см по росту соответственно ($p < 0,05$). Более низкие показатели массы тела новорожденных у пациенток 2-й группы обусловлены большей частотой преждевременных родов и долей многоплодных беременностей.

Анализ структуры осложнений у новорожденных в группах показал, что наибольшее их количество в раннем неонатальном периоде наблюдалось у недоношенных.

С признаками морффункциональной незрелости родились 24,5% (13/53) и 57,1% (24/42) детей соответственно ($p = 0,001$).

Конъюгационная желтуха отмечена у 9,4% (5/53) в первой группе и у 7,1% (3/42) новорожденных во второй группе. РДС развился у двух детей (4,8%) во второй группе.

БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ

Длительность наблюдения после окончания противоопухолевого лечения у 114 пациенток, включенных в исследование, составила от 6 до 205 месяцев, медиана – 54 месяца.

За время наблюдения у 9 (8%) пациенток были установлены рецидивы АГЭ и РЭ в сроки от 6 до 121 месяца. Медиана времени до рецидива составила 20 месяцев.

Среди 9 случаев выявления рецидивов ни в одном наблюдении нами не установлено рецидива АГЭ или РЭ, ассоции-

ированного с беременностью, то есть рецидива во время нее или в ближайшие 6 мес после родов.

Среди 114 пациенток, получивших консервативную терапию по поводу АГЭ и начального РЭ, профилактическая гистерэктомия выполнена 7,02% (8/114) женщинам, из них в 50,0% до профилактической гистерэктомии была спонтанная беременность и роды, а у одной (12,5%) до гистерэктомии была беременность и роды после ВРТ. При плановом патоморфологическом исследовании операционного материала после профилактической гистерэктомии ни у одной пациентки данных за рецидив АГЭ или РЭ не получено.

Таким образом, проведенное исследование позволяет впервые сформулировать прогноз в отношении течения и исходов беременностей, наступающих после консервативного лечения АГЭ и начального РЭ. Полученные результаты указывают на низкую частоту рецидивов АГЭ и РЭ после наступления беременности независимо от ее исхода. Следует особо подчеркнуть, что рецидивов, ассоциированных с беременностью, не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

1. Суммарный показатель живорождения у пациенток после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального РЭ составил 77,2% (75,7% при спонтанной и 79,5% при индуцированной беременности). Частота перинатальных потерь достигла 22,8% и по структуре не имела значимых различий между группами. Самопроизвольное прерывание беременности в I и II триместрах отмечено у 17,1% и 18,2%, внематочная беременность – у 4,3% и 2,3% пациенток соответственно группам, а антенатальная гибель плода произошла у одной (1,4%) пациентки 1-й группы.

2. Частота невынашивания беременности у женщин с АГЭ и РЭ в анамнезе составила 22,8% (26/114). В I триместре самоизъязвленный выкидыш произошел у 21,4% (15/70) в группе со спонтанной беременностью и у 20,5% (9/44) – в группе после ВРТ. Преждевременными родами закончилась беременность у 48,6% (17/44) пациенток из группы с ВРТ и у 24,5% (13/53) – со спонтанным наступлением беременности.

3. У пациенток с АГЭ и РЭ в анамнезе течение I триместра осложняется угрозой прерывания беременности в каждом втором случае (52,9% и 52,3% соответственно). ИЦН диагностируется у каждой четвертой (16,4%) пациентки с АГЭ и у каждой третьей (34,3%) женщины с РЭ в анамнезе. Угроза преждевременных родов значимо чаще развивается после применения ВРТ (17,1%). Частота КС составляет 50,9% и 91,4% в группах спонтанного и индуцированного наступления беременности.

4. При наличии беременности после консервативного гормонального лечения АГЭ и начального РЭ частота рецидивов при последующем наблюдении составила 9,6%. Вариант достижения беременности (спонтанная или после ВРТ) и ее исход не влияли на показатели безрецидивной выживаемости. Рецидивов АГЭ и РЭ на фоне беременности не наблюдалось. **ЛВ**

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

1. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. 250 с. ISBN 978-5-85502227-8.
2. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. Malignant neoplasms in Russia in 2015. Moscow: Moscow Scientific and Research Oncological Institute named after P. A. Herzen, branch of National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2017. 250 p. ISBN 978-5-85502227-8. (In Russ.)
3. Новикова О. В., Лозовая Ю. А. Показатели fertильности при рецидивах атипической гиперплазии и начального рака эндометрия после самостоятельной гормонотерапии. Репродуктивные технологии в онкологии. 2015. 26 с.
4. Novikova O. V., Lozovaya Yu. A. Fertility indicators in recurrences of atypical hyperplasia and initial endometrial cancer after independent hormone therapy. Reproduktivnye tehnologii v onkologii 2015. 26 p. (In Russ.)
5. Новикова, Е. Г., Чулкова О. В., Пронин С. М. Лечение атипической гиперплазии эндометрия. Практическая онкология. 1 (4): 52-59.
6. Novikova, E. G., Chulkova O. V., Pronin S. M. Treatment of atypical endometrial hyperplasia. Prakticheskaya onkologiya. 1 (4): 52-59. (In Russ.)
7. Новикова О. В., Новикова Е. Г., Краснопольская К. В. и др. Возможно ли сохранение fertильности при рецидивах после консервативного лечения атипической гиперплазии и начального рака эндометрия? Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. 2017; 4: 45-51.
8. Novikova O. V., Novikova E. G., Krasnopol'skaya K. V., et al. Is it possible to preserve fertility in recurrences after conservative treatment of atypical hyperplasia and initial endometrial cancer? Akusherstvo i ginekologija Sankt-Peterburga. 2017; 4: 45-51. (In Russ.)
9. An-Shine Chao, Angel Chao, Chin-Jung Wang, Chyong-Huey Lai, Hsin-Shih Wang. Obstetric outcomes of pregnancy after conservative treatment of endometrial cancer: Case series and literature review. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011; Vol. 50, Issue 1: 62-66. ISSN 1028-4559. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2009.10.006>.
10. Baker J., Obermair A., Gebski V., Janda M. Efficacy of oral or intrauterine device-delivered progestin in patients with complex endometrial hyperplasia with atypia or early endometrial adenocarcinoma: a meta-analysis and systematic review of the literature. Gynecol. Oncol. 2012; 125: 263.
11. Chao A. S., Chao A., Wang C. J., et al. Obstetric outcomes of pregnancy after conservative treatment of endometrial cancer: case series and literature review. Taiwan J. Obstet. Gynecol. 2011; 50: 62-66.
12. Magnowska M., Nowak-Markwitz E., Frankowski A., Rzeszutko W., Spaczyński M. Successful pregnancy after conservative management of early stage endometrial carcinoma in a young nulliparous woman. Arch Med Sci. 2015; 11 (1): 237-239. DOI: 10.5114/aoms.2013.36183. Epub 2015 Mar 14. PMID: 25861314; PMCID: PMC4379357.
13. Chae S. H., Shim S., Lee S. J., et al. Pregnancy and oncologic outcomes after fertility-sparing management for early stage endometrioid endometrial cancer. International Journal of Gynecologic Cancer. 2019; 29: 77-85.

Сведения об авторах:

Чархиfalакян Аревик Вачагановна. акушер-гинеколог, онколог, Акционерное общество «Европейский медицинский центр», Россия, 129110, Москва, ул. Щепкина, 35; dr.charkh@gmail.com

Серова Ольга Федоровна, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист Минздрава Московской области по акушерству и гинекологии, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России; Россия, 123182, Москва, ул. Живописная, 46; olga-serova@yandex.ru

Information about the authors:

Arevik V. Charkhifalakyan, obstetrician-gynecologist, oncologist, European Medical Center Joint-Stock Company, 35 Schepkina str., Moscow, 129110, Russia; dr.charkh@gmail.com

Olga F. Serova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chief Consultant Specialist of the Ministry of Health of the Moscow Region in Obstetrics and Gynecology, Head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Federal State Budgetary Institution State Scientific Center of the Russian Federation – A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the FMBA of Russia; 46 Zhivopisnaya str., Moscow, 123098, Russia; olga-serova@yandex.ru

Поступила/Received 05.11.2024

Поступила после рецензирования/Revised 02.12.2024

Принята в печать/Accepted 10.12.2024