

УДК 618.14-006-089

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Г.В. Долгая

Рассматриваются различные методы лечения гиперпластических процессов репродуктивной системы.

*Ключевые слова:* репродуктивная система; миома матки; аденомиоз матки.

---

## FEATURE THERAPY OF HYPERPLASTIC PROCESS IN REPRODUCTIVE SYSTEM BY REPRODUCTIVE AGE WOMEN

G.V. Dolgaya

In the article different methods treatments of hyperplastic process is considered.

*Keywords:* reproductive system; mioma; adenomiosis of womb.

Нарушение гормонального гомеостаза женщины может привести к изменению роста и дифференцировки клеточных элементов миометрия и эндометрия и повлечь за собой развитие в них гиперпластических или неопластических процессов.

Ведущее место в патогенезе гиперплазии отводят гиперэстрогении (относительной или абсолютной), возникающей на фоне отсутствия или недостаточного антиэстрогенного влияния прогестерона. Немаловажную роль в повышении концентрации эстрогенов и генезе пролиферативных процессов эндометрия играют нейрогуморальные расстройства и нарушения обмена веществ, возникающие в результате сопутствующих экстрагенитальных нарушений. Причинами гиперэстрогении могут быть: патологические или возрастные изменения центральной регуляции репродуктивной функции, приводящие к нарушению лютеиновой фазы или ановуляции; гиперпластические процессы в яичниках или гормонопродуцирующие опухоли яичников; гиперплазия коры надпочечников; неправильное использование гормональных препаратов (эстрогены, антиэстрогены) [1–5].

Эндометрий – орган-мишень для половых гормонов из-за присутствия в нем специфических рецепторов. Сбалансированное гормональное воздействие через цитоплазматические и ядерные рецепторы обеспечивает физиологические циклические превращения слизистой оболочки матки. В основе патогенетических механизмов лежит нарушение

нейроэндокринного контроля синтеза и выделения гонадотропных гормонов, регулирующих функцию яичников, в результате этого возникает абсолютная или относительная гиперэстрогения при низком уровне прогестерона, что и вызывает гиперпластические процессы в эндометрии, который становится субстратом маточного кровотечения [1–6].

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) репродуктивного периода – ановуляторные кровотечения, обусловленные нарушением функции яичников, проявляющиеся маточным кровотечением в течение более чем 7 дней после задержки менструации на 1,5–3 мес. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном возрасте – диагноз исключения органической причины кровотечения [1–3, 6].

Миома матки занимает первое место по частоте среди доброкачественных опухолей половых органов при этом каждая десятая гинекологическая больная страдает миомой матки [1–3, 6].

Лечение гиперпластических процессов в настоящее время осуществляется консервативным и оперативным методами, а также их сочетанием [1–4, 7].

Цель исследования – оценка эффективности существующих методов лечения гиперпластических процессов. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Сравнить эффективность лечения миомы матки с использованием агонистов гонадотропных

релизинг-гормонов (аГнРГ), комбинированных оральных контрацептивов (КОК), гестагенов и внутриматочной гормональной спирали “Мирена”, хирургического метода лечения и их сочетания.

2. *Оценить эффективность* консервативного, хирургического методов лечения ДМК и их сочетания, путем выявления рецидивов, возникших на фоне ранее проводимой терапии.
3. *Исследовать результаты* гистологического исследования эндометрия с целью выявления патологических процессов.

Для решения поставленных задач было проведено динамическое наблюдение за 103 пациентками в возрасте от 25 до 45 лет. В данные обследования входили: анамнез, клинико-лабораторное исследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза, кольпоскопия, цитологическое исследование материала из эндо- и экзоцервикса, аспирационная биопсия эндометрия, гистероскопия.

У обследуемых пациенток присутствовали сопутствующие жалобы: менометроррагии – 23 %, бесплодие – 19 % (в большинстве своем связанные с мужскими факторами или инфекционными воспалительными факторами), тазовые боли – 8,1%, (у 2 % – на установленной ВМС “Мирена”), полименоррея – 7 %, меноррагии – 5 %, альгоменоррея – 4,1 %, олигоменоррея – 3 %, аменоррея – 3 %, приливы – 0,8 %.

С диагнозом ДМК амбулаторно получали лечение 22,27 % женщин, при этом у большинства рецидив наступил в течение одного (у 52,0 %) – двух лет (у 32,0 %) (рисунок 1).

После проведения хирургического гемостаза, гистологически было обнаружено: простая гиперплазия (85,4 %), железисто-кистозная гиперплазия (11,6 %), аденомиоз (2,0 %), миома матки (7,8 %), полип эндометрия (1,0 %) (рисунок 2).

При дальнейшем наблюдении эффективность терапии оценили по частоте возникновения рецидивов. При использовании КОК рецидивы наблю-

дались в 3 % случаев, длительность удовлетворительного состояния в среднем составляла 8 лет; на фоне установленной внутриматочной “Мирене” – 47,6 % и интервал 4 года, соответственно (что связано с повторными обращениями по поводу экпультсии, дискомфорта и болей); аГнРГ – рецидивы в 33 % случаев, длительность – 1,5 года; на гестагенах – в 85 %, длительность – 4,5 года; в контрольной группе пациенток, не использовавших поддерживающую терапию после лечения, – рецидивы в 40 % случаев, средняя длительность – 6 лет. В группе пациенток, использовавших КОК, было выявлено отсутствие жалоб. Это объяснимо особенностью препаратов – созданием “искусственного менструального цикла” и нормализацией гормонального фона.

Среди пациенток, находившихся на операционном лечении, рецидивы после консервативной миомэктомии (КМЭ). В 31,4 % случаев (длительность после операции в среднем 3 года), после гистерорезектоскопии (ГРС) – в 41,6 % случаев (длительность в среднем 2,5 года).

Среди пациенток на комбинированной терапии: КМЭ + КОК – рецидивы в 10 %, длительность – в среднем 4 года; “Мирена” + КМЭ – 33 %, длительность – 1,3 года; КМЭ + гестагены – 50 % рецидивов и 1 год длительности; КМЭ + “Мирена” – 33 %, 2 года; ГРС + “Мирена” – 10 %, в среднем 2 года.

Таким образом, можно сказать, что в репродуктивном возрасте ДМК не отдельный процесс, а одно из проявлений патологии репродуктивной системы. При этом симптоматическая гемостатическая терапия неэффективна. Эти препараты только уменьшают кровопотерю и рассматриваются как дополнительные средства. Гормональный гемостаз допустим у молодых пациенток (18–30 лет) с умеренной интенсивностью кровянистых выделений при отсутствии признаков постгеморрагической анемии и после исключения других причин маточного кровотечения по данным осмотра и УЗИ.

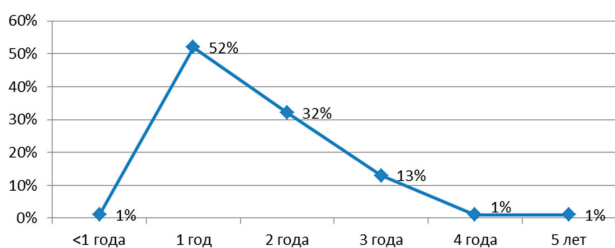


Рисунок 1 – Рецидивы кровотечений

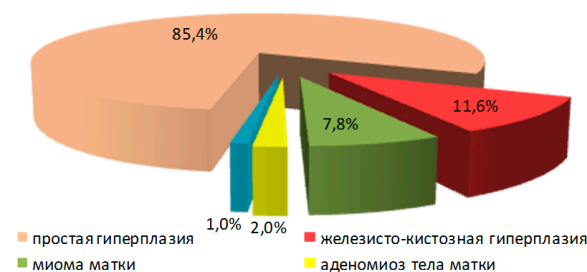


Рисунок 2 – Результаты гистологического исследования

Учитывая высокую частоту рецидивов (24,27 %), наличие сопутствующей патологии эндометрия (14,6 %) стационарное хирургическое лечение необходимо рекомендовать всем пациенткам старше 30 лет независимо от интенсивности кровотечения, что позволяет не только полностью удалить гиперплазированный эндометрий, но и выявить сопутствующую патологию (полипы, субмукозную миому, внутренний эндометриоз).

В дальнейшем, при выявлении гиперплазии эндометрия или миомы матки и появлении вопроса выбора терапии, можно сказать, что на 1-м месте по эффективности в лечении миомы больших размеров стоит сочетанная терапия; а в лечении простой гиперплазии (как второй этап терапии) и миомы небольших размеров – гормонотерапия (КОК либо ВМС “Мирена”).

На короткий период терапии предпочтительнее применение КОК, несмотря на риск использования, тем не менее, они оказывают общее воздействие на организм, нивелируют жалобы, уменьшают процент повторных обращений за помощью, в том числе при планировании беременности.

Если женщина не планирует в ближайшие годы беременность, то целесообразно рекомендовать введение “Мирены” – внутриматочной гормональной релизинговой системы, надежно защищающей от пролиферативных процессов.

Гистерэктомия как метод лечения дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте, используют крайне редко, как

правило, при сочетании дисфункционального маточного кровотечения с миомой и/или внутренним эндометриозом при наличии противопоказаний для гормонотерапии.

#### *Литература*

1. *Радзинский В.Е.* Гинекология: практикум / В.Е. Радзинский. М.: Изд-во РУДН, 2006. 577 с.
2. *Фанченко Н.Д.* Руководство по эндокринной гинекологии / Н.Д. Фанченко, Р.Н. Щедрина / под ред. Е.М. Вихляевой. М., 1997. С. 150–175.
3. *Сильвия К. Роузвиа.* Гинекология / Сильвия К. Роузвиа. М.: МЕДпресс-информ”, 2004. С. 51–93.
4. *Хмельницкий О.К.* Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний / О.К. Хмельницкий. СПб.: Сотис, 1994. 478 с.
5. *Чепик О.Ф.* Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия / О.Ф. Чепик // Практическая онкология. 2004. № 1. С. 9–15.
6. *Сметник В.П.* Неоперативная гинекология: руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. 3-е изд., перераб. и доп. М.: МИА, 2005. 632 с.
7. *Савельева Г.М.* Современные подходы к ведению больных с миомой матки / Г.М. Савельева, И.А. Краснова, В.Г. Бреусенко // Международный медицинский журнал. 2001. № 4. Т. 7. С. 22–28.