

УДК 618.14.-006:618.176

Л.Х.Толибова, М.Х.Курбанова, З.Т.Мамедова, М.Н.Кармышева, Ф.В.Хусейнова

**ПРИМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ
У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 10.07.2009 г.)

Гиперпластические процессы эндо- и миометрия у женщин пременопаузального возраста, в связи с высоким риском их малигнизации, продолжают оставаться актуальной проблемой в течение многих десятилетий. У женщин этого возраста частота встречаемости этих процессов достигает 76% [1].

Гиперплазия эндометрия является одним из наиболее распространенных видов (15-40%) патологии в структуре гинекологических заболеваний, а при сочетании гиперплазии эндометрия (ГПЭ) с лейомиомой матки этот показатель увеличивается до 76% [3]. По данным различных авторов, гиперплазия эндо- и миометрия наиболее часто наблюдается в перимено- и постменопаузальном возрасте [1-5].

В основе патогенеза гиперпластических процессов эндо- и миометрия лежат сложные взаимодействия локальных и общих системных процессов. Структурные изменения тканей эндо- и миометрия выражены сильнее при сопутствующей патологии репродуктивной системы и экстрагенитальных заболеваниях и усугубляют нарушения гормонального и иммунного статусов.

В то же время остается неясным, почему гиперпластические процессы захватывают не весь эндо- и миометрий, а только их отдельные участки. Большое значение в возникновении патологических изменений в эндо- и миометрии придаётся наличию рецепторов к эстрогенам [6-8]. Предполагают, что именно активность рецепторного аппарата определяет возникновение патологических процессов.

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение эффективности диагностики и лечения гиперпластических процессов эндо- и миометрия.

Методы исследования

Для достижения поставленной цели под наблюдением в течение 7 месяцев находилось 30 женщин пременопаузального возраста, обследованных в гинекологическом отделении Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии Республики Таджикистан с последующим амбулаторным ведением. Возраст обследованных женщин колебался от 42 до 54 лет. Средний возраст составил 48.9 ± 1.96 лет.

Все обследованные женщины были распределены на три группы. В первую группу вошли пациентки с гиперплазией эндометрия, число которых составило 4 (13.3%), во вторую

группу – с гиперплазией миометрия – 12 (40%), в третью группу – женщины с сочетанием гиперплазии эндометрия с лейомиомой матки – 14 (46.7%). Анамнестические данные показали, что 14 (46.7%) больных были жительницами села и 16 (53.3%) – города.

Исследование начиналось с тщательного сбора анамнеза, общеклинического и гинекологического обследования пациенток. Пациенткам с наличием патологии шейки матки проводились расширенная кольпоскопия влагалищной части шейки матки, цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала на атипичические клетки.

Из специальных методов исследования применяли ультразвуковое сканирование с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков и отдельное диагностическое выскабливание слизистой матки и цервикального канала.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ структуры экстрагенитальной патологии представлен в табл.1, из данных которой видно, что ведущее место среди сопутствующей экстрагенитальной патологии при гиперпластических процессах эндо- и миометрия в пременопаузальном возрасте занимает патология щитовидной железы, которая в свою очередь возникает при йоддефицитном состоянии организма.

Таблица 1

Структура экстрагенитальной патологии у женщин пременопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия

Структура выявленных патологий	Гиперплазия эндометрия 1 группа, n=4	Гиперплазия миометрия (лейомиома) 2 группа, n=12	Сочетание гиперплазии эндо- и миометрия 3 группа, n=14	Итого, n=30
Заболевания щитовидной железы	4(13.3%)	6 (20%)	8(26.7%)	18 (60%)
Патология печени	3 (10%)	7 (23.4%)	7 (23.4%)	17 (56.8%)
Ожирение	-	7 (23.3%),	9 (30%)	16 (53.3%)
Патология почек	2 (6.67%)	5 (16.67%)	7 (23.35%)	14 (46.7%)
Анемия	1 (3.33%)	6 (20%)	4 (13.34%)	11 (36.7%)
Гипертоническая болезнь	2 (6.7%)	4 (13%)	3 (10%)	9 (29.7%)

Изучение особенностей менструальной функции показало, что возраст менархе у пациенток колебался от 11 до 18 лет, а средний возраст обследуемых групп был одинаков и составил в среднем 14.9 ± 1.9 . Нарушение менструального цикла в первой группе отмечалось у 2-х (6.7%) пациенток, во второй группе у 12 (40%), в третьей группе также у 12 (40%).

При анализе состояния репродуктивной функции установлено, что число многорожавших женщин в первой группе составило – 3 (10%), во второй – 6 (20%) и в третьей – 12 (40%), кроме этого частота аборт в группах составила 10, 23.4 и 13.3% соответственно.

В результате, большое количество беременностей, независимо от исходов, увеличивает риск развития гиперпластических процессов эндо- и миометрия.

Бесплодие отмечено во второй и в третьей группах в 3.3 и 6.7% случаев соответственно. Структура гинекологической заболеваемости, по данным нашего наблюдения, была представлена воспалением эндо- и миометрия: в первой группе – в 3-х (10%), во второй – в 9 (30%), в третьей – в 10 (33.3%) случаях. Число случаев патологии молочных желез во всех трех группах пациенток в целом составило 10 (33.3%), из них на долю железисто-фиброзной мастопатии пришлось 13.3%, диффузной – 10%, железисто-кистозной – 6.7% и кистозно-фиброзной – 3.3%. Кисты яичников отмечены лишь в третьей группе больных, удельный вес которых составил 6.7%. Патология шейки матки выявлена в 3 (10%), 8 (26.65%), 8 (26.65%) наблюдениях по группам соответственно.

Особое внимание уделялось состоянию эндометрия (М-эхо) и росту миоматозных узлов при УЗИ матки, которое проводилось на 5-7, 14-16, 24-27 дни менструального цикла.

При кольпоскопическом исследовании шейки матки выявлен наибольший процент железисто-мышечной гипертрофии (43.3%) по сравнению с эндоцервикозом (36.7%), рубцовой деформацией (13.3%), эрозией (13.3%), полипом цервикального канала (13.3%), лейкоплакией и ретенционными кистами (по 6.7%) (табл.2).

Таблица 2

Результаты кольпоскопического исследования шейки матки у обследуемых женщин

Кольпоскопия шейки матки	Гиперплазия эндометрия 1 группа, n=4	Гиперплазия миометрия (лейомиома) 2 группа, n=12	Сочетание гипер- плазии эндо- и миометрия 3 группа, n=14	Итого n=30
Гипертрофия шейки матки	-	6 (20%)	7 (23.3%)	13 (43.3%)
Эндоцервикоз	2 (6.67%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)	11 (36.7%)
Рубцовая деформация	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)
Эрозия	1 (3.3%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	4 (13.3%)
Полип цервикального канала	-	3 (10%)	1 (3.3%)	4 (13.3%)
Лейкоплакия	-	-	2 (6.7%)	2 (6.7%)
Ретенционные кисты	1 (3.35%)	-	1 (3.35%)	2 (6.7%)

Верификация диагноза устанавливалась на основании данных анамнеза, жалоб больных, результатов гинекологического осмотра. Женщинам обследуемых групп проводилось раздельное диагностическое выскабливание с последующим контролем через 6 месяцев. Наблюдаемым пациенткам назначалось консервативное лечение. Выбор гормональных препаратов проводился с учетом возраста пациентки, выраженности нейро-обменно-эндокринных

расстройств, длительности гиперпластического процесса, частоты диагностических выскабливаний, наличия экстра- и генитальной патологии и других факторов.

По данным нашего исследования, воспалительные изменения эндометрия и цервикального канала сочетаются с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в 80% наблюдений.

Анализируя результаты лечения 30 пациенток пременопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия, мы выявили высокую (90%) эффективность гормональной терапии. При гиперпластических процессах эндо- и миометрия на фоне сопутствующих воспалительных процессов наряду с гормональной терапией было назначено противовоспалительное и иммунокорректирующее лечение. Для подавления пролиферативных процессов эндо- и миометрия обследуемым женщинам были назначены гормональные препараты прогестинового ряда (17-ОПК, норколут). Учитывая возраст женщин и характер гиперпластического процесса, 17-ОПК назначался по 250 мг ежедневно или по 500 мг 3 раза в неделю. Норколут назначался по 1-2 таблетки (5-10 мг) в течение 6-12 дней, начиная с 16 по 25 дни цикла. Пациентки продолжали прием гормональных препаратов до прекращения менструации. Длительность лечения всеми препаратами составляла не менее 6 месяцев. Наблюдение за пациентками, принимающими гормональные препараты, осуществляли через 1, 3 и 6 месяцев. Данные УЗИ, результаты морфологического исследования, цитология влагалищного мазка, анализы крови, коагулограмма и другие методы исследования свидетельствовали о положительном эффекте гормональных препаратов. Согласно нашему наблюдению, положительное влияние гормональных препаратов наступало уже через 3 месяца от начала приема с последующим нарастанием динамики. Вместе с тем у 3 (10%) пациенток, несмотря на улучшение клинических проявлений, лейомиоматозные узлы продолжали расти. Это можно объяснить тем, что тяжесть течения гиперпластических процессов эндо- и миометрия обусловлена патологией щитовидной железы, молочных желез, а также хроническими процессами печени и почек. При неэффективности гормональной терапии больным было произведено оперативное лечение.

В ы в о д ы

Таким образом, гиперпластические процессы эндо- и миометрия являются сложным заболеванием, в патогенез которого вовлечены многие органы и системы организма, и правильный подход к лечению больных пременопаузального возраста зависит от своевременной и поэтапной диагностики не только основного, но и сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний

*Таджикский научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и перинатологии*

Поступило 11.07.2009 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л.: Медицина, 1989, 463 с.
2. Вихляева Е.М. – Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: 2000, с.684-710.
3. Лысенко О.И. Стрижова Н.В. и др. – Акуш. и гин., 2000, №4, с.33.
4. Макаров О.В., Сергеев В.В. и др. – Акуш. и гин., 2003, №3, с.32.
5. Сухих Г.Г., Серов В.П. и др. – Акуш. и гин., 2000, №4, с.41.
6. Цвелев Ю.В., Рухляда Н.Н. – Акуш. и гин., 2003, №6, с.5.
7. Studd J. W.W., Zakaria F.B.P. – Gynecol. Endocrinol., 1997, v.11, №2, pp. 5-10.
8. Studee D.- Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1997, v.76, Suppl. 167, p. 40.

Л.Х.Толибова, М.Х.Қурбанова, З.А.Мамедова, М.Н.Кармишева, Ф.В. Ҳусейнова
МАНСУБИЯТҲОИ МАХСУСИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ҲОЛАТИ
ГИПЕРПЛАСТИКИИ ҚАБАТИ ДАРУНӢ ВА МУШАКИИ БАЧАДОН,
ДАР ЗАНҲОИ ДОРОИ СИННУ-СОЛИАШОН ПЕШ АЗ БАЧАМОНӢ

Марҳилаи татқиқот 30-зани дорои синну-солиашон пеш аз бачамонӣ бударо, ки ҳолати гиперпластикии қабати дарунӣ ва мушакии бачадонро доро буданд, дар бар мегирад. Инчунин дар онҳо чунин бемориҳо дида мешуд: бемории ғадуди сипаршакл дар 18 нафар (60%), бемории чигар дар 17 (56.7%), фарбеҳӣ дар 16 (53.3%), бемории гурдаҳо дар 14 (46.7%), камхунӣ дар 11 (36.7%) ва фишорбандии хун дар 9 нафар (30%). Аз ин рӯ табобати ҳолати гиперпластикии қабати дарунӣ ва мушакии бачадон дар якҷоягӣ бо касалиҳои маъмул гузаронида шавад, зеро дар ин ҳолат дараҷаи фойданокии табобат хеле босамар аст.

L.Kh.Tolibova, M.Kh.Kurbanova, Z.A.Mamedova, M.N.Karmysheva, F.V.Huseinova
DIAGNOSIS AND TREATMENT PECULARITIES OF HYPERPLASTICAL
ENDO- AND MIOMETRY PROCESSES OF WOMEN IN PREMENOPAUSAL AGE

30 women in premenopausal age with hyperplastic processes of endo- and miometry which concomitant by thyroid in 18 (60%), liver pathology in 17 (56.7%), obesity in 16 (53.3%), kidney pathology in 14 (46.7%), anaemia in 11 (36.7%) and hypertonic diseases in 9 (30%) cases were detected. Based on this appropriate treatment of hyperplastic processes of endo- and miometry were carried out according to concomitant extra genital diseases.