

УДК 618.1 (584.5)

М.Х.Курбанова, Л.Х.Толибова, Э.Х.Хушвахтова, Л.М.Сайфиддинова**ВЛИЯНИЕ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ НА ЧАСТОТУ
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ***(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 24.05.2007 г.)*

Гиперплазия эндо- и(или) миометрия - это гормонально зависимое заболевание, развитие которого связано с состоянием стероидных рецепторов, в частности рецепторов эстрогенов и прогестерона [1-3].

По данным некоторых авторов, количество рецепторов эстрогена в пролиферирующей ткани эндо- и миометрия больше, чем в слизистой и мышце матки или в медленно растущей миоме (гиперплазия миометрия) [4-6]. Уровень рецепторов прогестерона зависит от величины гиперпластического процесса.

Пролиферирующий эффект эстрадиола в гиперпластически измененных тканях эндо- и миометрия зависит от степени связывания эстрадиола специфическими гормональными рецепторами матки [2,4,7].

Таким образом, возникновению гиперпластических процессов эндо- и миометрия способствуют нарушения эндокринного гомеостаза в звеньях цепи гипоталамус-гипофиз-яичник-матка.

Причиной этих нарушений могут быть наследственная предрасположенность, воспалительные и атрофические изменения, дисфункция яичников, эндокринопатия, соматические заболевания, гинекологическая патология и др.[1,2]. Многообразие перечисленных факторов, вызывающих гиперплазию эндо- и(или) миометрия и способствующих их поддержанию и длительному течению, свидетельствует об отсутствии на сегодняшний день единого мнения о причинах этой патологии.

Целью нашей работы явилось изучение влияния генеративной функции на развитие гиперплазии эндо- и(или) миометрия в пременопаузальном возрасте.

Методы исследования

Для достижения поставленной цели под наблюдением в течение 1-2 лет находились 52 пациентки пременопаузального возраста с различными формами гиперплазии эндометрия (ГПЭ) и(или) гиперплазии миометрия (ГПМ) в гинекологическом отделении Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и педиатрии (г. Душанбе). Они были разделены на две группы: многорожавшие – 40 (1-я группа) и малорожавшие – 12 (2-я группа).

Исследование начиналось с тщательного сбора анамнеза, общеклинического и гинекологического обследования пациенток. В свою очередь при изучении генеративной функции особое внимание уделялось особенностям становления менструальной функции, возрасту начала сексуальной жизни, а также репродуктивной функции исследуемых женщин. Пациенткам с наличием патологии шейки матки проводилась расширенная кольпоскопия влагалищной части шейки матки, цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала на атипические клетки.

Из специальных методов исследования всем женщинам проводилось ультразвуковое сканирование с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков и раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки и цервикального канала.

Результаты исследования и обсуждение

Возраст обследованных женщин в обеих группах колебался от 40 до 65 и от 45 до 55 лет соответственно. Средний возраст у многорожавших составил 47.5 ± 2.21 лет, у малорожавших 49.6 ± 2.06 . Изучение особенностей менструальной функции показало, что возраст менархе колебался от 10 до 18 лет и средний возраст его наступления в обследуемых группах в среднем составил 14.59 ± 1.9 . Однако у 24 (46.2%) обследуемых пациенток отмечалось несовпадение возраста в пределах нормы, характерное для начала менархе. В 1 группе раннее менархе имело место у 2-х (3.8%) женщин, позднее - у 19 (36.6%), во 2-й группе число обследуемых с ранним и поздним менархе составило 1 (1.9%) и 2 (3.9%).

Раннее начало половой жизни отмечалось лишь в 1-й группе у 5 (9.6%) пациенток. Позднее начало и отсутствие половой жизни не отмечалось ни в одной из обследуемых групп.

При сравнении нарушений менструального цикла в 1-й и во 2-й группах разница составила 34 (65.4%) : 6 (11.5%). При анализе состояния репродуктивной функции установлено, что частота абортс имела место у 24 (46.2%) пациенток в 1-й группе и 5 (9.6%) во 2-й группе. Вторичное бесплодие отмечено в 4 (7.7%) и в 5 (9.6%) случаях. Изучение структуры гинекологической заболеваемости показало, что воспаление эндо- и миометрия в обследуемых групп отмечено у 30 (57.7%) и 6 (11.5%) пациенток. Кисты яичников обнаружены лишь в 9.6% случаев в 1-й и 3.9% во 2-й группах. В качестве контрацепции внутриматочная спираль (ВМС) была использована у 20 (38.4%) многорожавших и у 3-х (5.8%) малорожавших женщин. Число патологии молочных желез в целом составило 25 (48.1%), из них на долю много-рожавших пришлось 40.4% (21), малорожавших 7.7% (4).

Патология шейки матки встречалась в 65.4 и в 11.5% случаев соответственно. Анализируя результаты кольпоскопического исследования шейки матки, мы выявили наибольший процент железисто-мышечной гипертрофии у 28 (53.9%) женщин, из них в 24 (46.2%) случаях в 1-й группе и в 4 (7.7%) во 2-й группе обследуемых.

Особое внимание уделялось состоянию эндометрия (М-эхо) и росту миоматозных узлов при УЗИ матки. Всем женщинам проводилось раздельное диагностическое выскабливание с последующим контролем через 6 месяцев. У 35(67.3%) наблюдаемых женщин была выявлена лейомиома матки (гиперплазия миометрия), у 1(1.9%) гиперплазия эндометрия и у 16 (30.8%) сочетание гиперплазии эндо- и миометрия матки (таблица 1).

Таблица 1

Структура гиперпластических процессов эндо- и(или) миометрия в обследуемых группах

Структура	Малорожавшие		Многорожавшие	
	Абс.	%	Абс.	%
Лейомиома матки	8	15.4	27	51.9
Гиперплазия эндометрия	-		1	1.9
Сочетание гиперплазии эндо- и миометрия	4	7.7	12	23.1
Всего	12	23.1	40	76.9

При изучении структуры экстрагенитальной патологии у обследуемых групп было выявлено, что ведущее место занимают заболевания щитовидной железы и печени (табл.2).

Таблица 3

Структура экстрагенитальной патологии у обследуемых женщин

Экстрагенитальная патология	Всего		Многорожавшие		Малорожавшие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
щитовидной железы	26	50.0	22	42.3	4	7.7
печени	26	50.0	20	38.5	6	11.5
почек	22	42.3	17	32.7	5	9.6
гипертоническая болезнь	19	36.5	17	32.7	2	3.8
анемия	18	34.6	15	28.8	3	5.8
ожирение	16	30.7	13	24.9	3	5.8

Принимая во внимание сопутствующие экстрагенитальные и генитальные заболевания у обследуемых пациенток, наряду с основной (гормональной) терапией (норколут, 17-ОПК), для подавления пролиферативных процессов эндо- и (или) миометрия им было назначено также противовоспалительное и иммунокорректирующее лечение.

Таким образом, данные настоящего исследования свидетельствуют, что наиболее часто пациентки пременопаузального возраста в регионе Таджикистана страдают лейомиомой матки. При этом анализ факторов, вызывающих развитие гиперпластических процессов эндо- и миометрия и способствующих их поддержанию и длительному течению, показал, что ведущими предрасполагающими причинами этой широко распространенной патологии являются позднее менархе и большое количество беременностей, то есть число многорожавших и прервавших беременностей среди исследуемых нами пациенток было значительно больше, чем малорожавших и страдающих бесплодием.

В заключение необходимо отметить, что большое количество беременностей, независимо от исходов, увеличивает риск развития гиперпластических процессов эндо- и миометрия, являющихся сложным заболеванием, в патогенез которых вовлечены многие органы и системы организма.

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

Поступило 24.05.2007 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. Макаров О.В., Сергеев В.В. и др. – Акушерство и гинекология, 2003, №3, с. 32.
4. Гилязутдинова З.Ш. и др. – Онкогинекология «Руководство для врачей». – М., 2000, с. 205-214.
5. Пачинский В.И., Ищенко А.И. и др. – Акушерство и гинекология, 2004, №2, с. 11-16.
6. Studd J. W.W., Zakaria F.B.P. – Gynecol. Endocrinol., 1997, vol. 11, №2, p. 5-10.
7. Burger C.W., Koomen I. et al. – Eur. Menopausal J., 1997, vol. 4, №1, p. 23-33.

М.Х.Қурбанова, Л.Х.Толибова, Э.Х.Хушвахтова, Л.М.Сайфиддинова
ТАЪСИРИ ҚОБИЛИЯТИ ҲОМИЛОДАДОРШАВӢ БА ШУМОРАИ
ПАЙДОШАВИИ НОЌУРИИ ГИПЕРПЛАСТИКӢ
ДАР ЭНДО- ВА МИОМЕТРИЯ

Дар давоми 1,2 сол дар шӯъбаи амрози занонаи Пажӯҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии момағӣ, гинекологӣ ва педиатрия Тоҷикистон бо назорати тиббӣ 52 зане, ки синну соли пеш аз бачамонӣ доштанд ва ба касалии гиперпластикии эндо- ва миометрия гирифтор буданд, фаро гирифта шуданд.

Дар натиҷаи таҳқиқот маълум гардид, ки шумораи занҳои бисёр таваллуд карда, нисбат ба занҳои кам таваллуд карда 4 баробар зиёд аст.

Аз ин рӯ чунин хулоса бар меояд, ки шумораи зиёди ҳомиладорӣ, новобаста ба оқибати он, хавфи гирифторшавӣ ба касалии гиперпластикии эндо- ва миометриаро зиёд мекунад.

M.Kh.Kurbanova, L.Kh.Tolibova, E.Kh.Khushvahtova, L.M.Saifiddinova

**REPRODUCTIVE FUNCTIONS INFLUENCE TO HYPERPLASTIC FREQUENCY
OF ENDO- AND MYOMETRY PROCESSES**

52 patients of premenopausal age with hyperplastic processes of endo- and myometries were observed in the course of 1-2 years in Tajik Science Research Institute of Obstetric Gynecology and Pediatrics.

During the research, there were pointed out that, the number of multi birth women exceeded the number of few birth women in 4 time.

So, the high number of pregnancy in spite of outcome, predisposition to developing hyperplastic process of endo- and myometries.