

УДК 618.145:616-007.61:616-006.5:616-08:615

© И.И. Иванов, И.В. Дурягин, 2011.

## ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**И.И. Иванов, И.В. Дурягин***Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. кафедрой проф. д.мед.н. Иванов И.И.),  
ГУ «Крымский государственный университет имени С.И. Георгиевского». г.Симферополь АР Крым, Украина.*

### TREATMENT OF WOMEN WITH ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

I.I. Ivanov, I.V. Duryagin

#### SUMMARY

The features of clinical presentation of patients are studied with the hyperplastic processes of endometrial. 100 patients were inspected with ferrous hyperplastic, atypical hyperplastic and fibrotic polypuses of endometrial of perimenopausal age. As a result of research the charts of treatment of women were worked out with the different forms of hyperplastic processes, in it is up of conditions of hormonal deground.

### ЛІКУВАННЯ ЖІНОК З ГИПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

I.I. Иванов, I.V. Дурягин

#### РЕЗЮМЕ

Вивчені особливості клінічної картини пацієток з гіперпластичними процесами ендометрія. Було обстежено 100 пацієток із залізистою гіперплазією, гіперплазією атипії і фіброзними поліпами ендометрія перименопаузального віку. В результаті дослідження були розроблені схеми лікування жінок з різними формами гіперпластичних процесів, в залежності від стану гормонального апарату.

**Ключевые слова:** эндометрии, гиперплазия, полипы, лечение.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) являются одной из актуальных проблем современной гинекологии (1). Гиперплазия эндометрия может быть проявлением гормональных нарушений, воспалительного процесса гениталий, нарушений в эндокринной и иммунной системе (2,4).

Высокая частота озлокачествления гиперпластических процессов эндометрия (10-50%) относит данную патологию не только к медицинской, но и к социальной проблеме нашего времени. Гиперпластические процессы эндометрия являются одним из основных факторов возникновения аномальных маточных кровотечений и составляют от 10 до 25% всех причин обращаемости женщин к гинекологу.

Частота возникновения гиперпластических процессов эндометрия существенно увеличивается к периоду возрастных гормональных перестроек в организме женщины (4,6). Биологическое своеобразие эндометрия в том, что эта гормончувствительная ткань обладает способностью не только к циклическому обновлению, но и к чуткому реагированию на все изменения гормональных влияний на уровне целого организма (3,5). Таким образом, гиперплазия эндометрия является свидетельством гормональных, обменно-эндокринных и иммунных нарушений в организме женщины.

Цель исследования - повысить эффективность диагностики и лечения гиперпластических процессов

эндометрия у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста в зависимости от состояния их рецепторного аппарата и гормонального статуса. Разработать алгоритм диагностики и лечения в зависимости от формы гиперпластического процесса эндометрия.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерием отбора пациенток и распределения их по группам служила морфологическая форма ГПЭ. Среди обследованных у 50 пациенток была диагностирована железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (1 группа), у 25 женщин - атипичную гиперплазию эндометрия (2 группа), у 25 пациенток - железисто-фиброзные и железистые полипы эндометрия (3 группа), 10 здоровых женщин - контрольная группа.

Все пациентки находились в возрасте от 45 до 55 лет, средний возраст составлял  $49,9 \pm 4,5$  лет (табл. 1).

Как следует из данных таблицы 1, больше половины всех женщин (60,0%) находилась в возрастной группе от 45 до 50 годов.

Возраст пациенток с железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия колебался от 45 до 55 годов и составлял, в среднем,  $49,3 \pm 1,3$  лет, что было обусловлено преобладанием в ней женщин возрастной группы от 45 до 50 лет (62,0%).

Железисто-фиброзные и железистые полипы эндометрия встречались одинаково часто у пациенток

Таблица 1

## Распределение больных за группами и возрастом

Показатель	Группа 1 n=50		Группа 2 n=25		Группа 3 n=25		Всего n=100	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
45-50 лет	31	62,0	9	36	10	40	60	60,0
51-55 лет	19	38,0	16	64,0	15	60,0	40	40,0
M±m	49,3±1,3		55,5±3,1		50,7±3,4		49,9±4,5	

Примечание: достоверность установлена между возрастом пациенток 1, 2 и 3 групп ( $p<0,05$ )

до и после 50 лет, средний возраст женщин в этой группе составлял 50,7±3,4 лет.

Что касается пациенток 2 группы, то с увеличением возраста увеличивается и число женщин с атипичической гиперплазией эндометрия, который в дан-

ном случае подтверждается преобладанием в этой группе пациенток от 50 до 55 годов (64,0%) ( $p<0,05$ ). Морфометрические методы исследования не обнаружили какие-либо отличия в особенностях телосложения пациенток всех групп (таблица 2).

Таблица 2

## Вес и рост обследованных женщин, M±m

Показатель	Группа 1 n=50	Группа 2 n=25	Группа 3 n=25
Рост, см	168,2±6,7	165,1±5,9	163,3±5,2
Вес, кг	72,6±4,3	70,5±3,5	71,1±2,2

Примечание: статистически достоверных отличий не установлено.

Как видно из представленных данных, при среднем росте для половины обследованных женщин была характерна избыточная масса тела.

При изучении социального статуса пациенток нами обнаружено, что основной контингент всех обследованных женщин был представлен служащими - 56,0%. Социальный состав обследованных паци-

енток представлен в таблице 3.

Согласно данным таблицы 3, среди пациенток с железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия число служащих составляет подавляющее большинство - 70,0%, тогда как почти половина (44,0%) пациенток с атипичической гиперплазией - домохозяйки. Среди пациенток 3 группы служащие также со-

Таблица 3

## Социальный состав обследованных пациенток

Показатель	Группа 1 n=50		Группа 2 n=25		Группа 3 n=25		Всего n=100	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Работницы	13	26,0	5	20,0	7	28,0	25	25,0
Служащие	35	70,0	9	36,0	11	44,0	55	55,0
Домохозяйки	2	4,0*	11	44,0	7	28,0	20	20,0

Примечание: \* статистически достоверные отличия обнаружены между пациентками 1, 2 и 3 групп ( $p<0,05$ )

ставляли подавляющее большинство (44,0%). При изучении анамнестических данных пациенток особенное внимание было уделено состоянию органов репродуктивной системы. Анализ особенностей

менструальной функции пациенток показал, что возраст наступления менархе у пациенток варьировал от 10 до 18 лет и в среднем составлял в  $13,7 \pm 1,2$  года (таблица 4).

Таблица 4

**Возраст наступления менархе**

Показатель	Группа 1 n=50		Группа 2 n=25		Группа 3 n=25		Всего n=100	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
10-12 лет	12	24,0	4	16,0	5	20,0	21	21,0
13-15 лет	32	64,0	9	36,0*	15	60,0	56	56,0
16-18 лет	6	12,0	12	48,0*	5	20,0	23	23,0
M±m	13,2±1,4		15,9±1,5		13,2±1,9		13,7±1,2	

Примечание: \* - статистически достоверные отличия обнаружены между пациентками 2 и 1, 3 групп (p<0,05)

Таблица 5

**Возраст начала половой жизни**

Показатель	Группа 1 n=50		Группа 2 n=25		Группа 3 n=25		Всего n=100	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Менее 18 лет	6	12,0	6	24,0*	4	16,0	16	16,0
19-23 годы	28	56,0	11	44,0	10	40,0	49	49,0
24 и больше	16	32,0	8	32,0	11	44,0	35	35,0
M±m	23,9±3,5		21,4±4,2		25,1±3,6		24,1±2,9	

Примечание: \* - статистически достоверные отличия обнаружены между пациентками 2 и 1 группой (p<0,05)

Таблица 6

**Особенности репродуктивного анамнеза**

Показатель	Группа 1 n=50		Группа 2 n=25		Группа 3 n=25		Всего n=100	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Количество беременностей								
0	6	12,0	8	32,0	1	4,0	15	15,0
1-2	32	64,0	13	52,0	17	68,0	62	62,0
3 и больше	12	24,0	4	16,0	7	28,0	23	23,0

Количество родов								
0	6	12,0	8	32,0*	3	12,0	17	17,0
1-2	35	70,0	15	60,0	17	68,0	67	67,0
3 и больше	10	20,0	2	8,0*	5	20,0	17	17,0

Примечание: \* - статистически достоверные отличия обнаружены между пациентками 2 и 1,3 групп (p<0,05)

Из представленных в таблице 4 данных следует, что раннее наступление менархе отмечено не было, тогда как позднее менархе было обнаружено в 20,0% пациенток, то есть у каждой пятой женщины. При этом среди пациенток с гиперплазией атипичии эндометрия эта группа была наибольшей (48,0%), средний возраст менархе у них составлял 15,9±1,5 лет (p<0,05).

Состояние репродуктивного здоровья женщины определяется наследственностью, окружающей средой, условиями жизни, санитарной культурой населения, качеством медицинской помощи и особенностями социального и репродуктивного поведения. Возраст начала половой жизни представлен в таблице 5.

Согласно данным, представленным в таблице 5, в группе пациенток с гиперплазией атипичии эндометрия (2 группа) почти четверть (24,0%) женщин указывали на раннее начало половой жизни, что достоверно выше в сравнении с пациентками 1 группы (12,0%) (p<0,05).

Анализ репродуктивной функции обследованных женщин указывает на то, что 86,0% пациенток с разными формами гиперпластических процессов эндометрия имели в анамнезе беременности (таблица 6).

Причем у подавляющего большинства обследованных пациенток была одна-две беременности (62,0%), три и более беременности отмечено почти у четверти женщин (23,0%). У большинства пациенток (74,0%) беременности закончились родами, однако наибольшим их число было у женщин с полипами эндометрия: одни-двое родов отмечено у 68,0% женщин, трое и более - у 21,0% пациенток. Для лечения больных с гиперплазией эндометрия нами была разработана и предложена следующая схема лечения:

Дуфастон 5-10мг 16-25 день цикла в течение 6 месяцев. Как антипролиферативные средства нами были использованы антигомотоксичные препараты:

- Траумель С по 1 таб. 3 раза в день в дни месячных на протяжении 3 месяцев.
- Геникохель 10 кап. 2 раза в день 3 месяца. Для усиления эффекта антигомотоксической терапии добавлен витаминный комплекс, принимаемый по схеме Паллади Г.А. с соавт.(1986):

- пентовит 1 драже 2 раза в день с 5-го по 14-й день цикла,
- витамин с по 0.025г 2 раза в день с 12-го по 26-й день цикла
- токоферол по 1 капсуле с 14-го по 26-й день цикла.

Длительность терапии 3 месяца.

Эффективность лечения оценивали по окончании курса терапии по клиничко - анамнестическим данным, результатам контрольного УЗИ. Через 3 месяца по результатам УЗИ ни у одной пациентки не была обнаружена гиперплазия эндометрия. Еще через 3 месяца четверем пациенткам (8,0%), учитывая рецидивирующий характер заболевания, была проведена гистерорезекто-скопическая абляция эндометрия.

Лечебная тактика у пациенток с атипичической гиперплазией эндометрия (2 группа) зависела от морфологической картины атипичии и, в частности, от степени эндометриальной интраэпителиальной неоплазии. Двенадцати пациенткам 2 группы был назначен прием агонистов ГНРГ (диферелин) 3,75 миллиграмм 1 раз в месяц внутримышечно в течение 3 месяцев. У одной пациентки (4,0%) прием препарата был отменен из-за возникновения побочных эффектов, ей было назначено оперативное лечение. Тринадцати пациенткам 2 группы, учитывая наличие такой сопутствующей патологии, как лейомиома матки и аденомиоз было произведено оперативное лечение (тотальная гистерэктомия). Одиннадцати женщинам по окончании курса терапии проводились контрольные гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки с морфологическим исследованием соскобов. У двух пациенток (8,0%) был обнаружен рецидив атипичической гиперплазии эндометрия; им было назначено оперативное лечение.

Лечение полипов эндометрия основывалось на степени экспрессии рецепторов эстрогенов и прогестеронов. Железистые полипы были представлены 2 формами: функционального и базального типа.

1. Железистые полипы функционального типа:
  - Дуфастон 10мг 16-25 день цикла в течение 6 месяцев.
  - Траумель С по 1 таб. 3 раза в день в дни месячных на протяжении 3 месяцев.
  - Геникохель 10 кап. 2 раза в день 3 месяца

2. ЖФП и ЖП базального типа: гистероректоскопия с коагуляцией ножки полипа.

Рецидив заболевания в 3 группе был отмечен лишь у одной пациентки (4,0%), на УЗИ был диагностирован полип в полости матки, в дальнейшем ей было проведено гистерорезектоскопическое удаление полипа с коагуляцией ножки полипа.

Использование предлагаемого алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий больных с гиперпластическими процессами позволяет добиться низкого уровня рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия, при неэффективности консервативной терапии в 8,0% наблюдений была проведена гистерорезектоскопическая абляция эндометрия и в 2,0% - оперативное лечение в объеме тотальной гистерэктомии.

#### ВЫВОДЫ

Полученные позитивные результаты лечения ГПЭ свидетельствуют об эффективности предложенной модели лечебной тактики у данной категории больных, которая требует последующего изучения, накопления клинического опыта, и в то же время - открывает широкие перспективы в лечении и профилактику заболеваний эндометрия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чайка В.К. Прогнозирование рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия в женщин репродуктивного возраста / В.К. Чайка, Т.И. Холдьяк, Г.Д. Мисуна / Медико-социальные проблемы семьи. – 2008. – Т. 8 № 2. – С. 103–108.

2. Рожковская И.М. К вопросу относительно оптимальной тактики ведения больных с полипами эндометрия / И.М. Рожковская // Одесский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 49–50.

3. Стрижова Н.В. Роль половых гормонов и их рецепторного аппарата при выборе методов лечения в пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в сочетании с миомой матки / Н.В. Стрижова, П.В. Сергеев, О.И. Лысенко [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 30–33.

4. Кондриков н.И. Структурно-функциональные изменения эндометрия под воздействием стероидных гормонов / Н.И. Кондриков // Практическая гинекология. – 2009. – Т. 1 № 1. – С. 20–25.

5. Вихляева Е.М. К механизму лечебного эффекта норэтистерона при гиперпластических заболеваниях эндо- и миометрия в женщин репродуктивного возраста / Е.М. Вихляева, Е.В. Уварова, Н.Ч. Самедова // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 36 № 6. – С. 683–688.

6. Железнов Б.И. Изменение пролиферативных процессов эндометрия под влиянием прогестерона и норэтистерона в условиях органной культуры / Б.И. Железнов, Л.А. Беляева // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 3. – С. 32–35.