

УДК №618.14:616-002.18:615357

**Саркисова В.В.,
Абдурахманова К.Н.**

**РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ГИПЕР-
ПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ И В ЧАСТНОСТИ
ПРИ МИОМЕ МАТКИ**

Гормональные препараты имеют большое значение в лечении гиперпластических процессов, что показано в исследовании. Они способствуют снизить частоту рецидивов, сокращают число гистерэктомий.

Ключевые слова: гиперпластические процессы, гормональные препараты, миома матки.

Hormonal drugs is of great importance in the treatment of hyperplastic processes, as shown in studies. They contribute to reduce the frequency of relapses, reduces the number of hysterectomy

Keywords: hyperplasia, hormone drugs, uterine fibroids.

Гормонал препаратлар тадқиқотларда курсатилгандек гиперпластик жараенларни даволашда кат- та ахамиятга эга. Улар рецидивларни қайталанишини камайтириб, радикал гистерэктомия сонини қискартиради.

Калит сузлар: гиперпластик жараенлар, гормонал препаратлар, бачадон миомаси.

Актуальность. Нарушения менструального цикла занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Повышение частоты гистерэктомии по-поводу нарушения менструальной функции с сопутствующими изменениями в эндометрии, связь гиперпластических процессов и рака эндометрия диктуют необходимость динамического наблюдения и лечения этих больных (В.И. Бо- хман, 1991).

На современном этапе разработаны различные схемы лечения для устранения патогенетических механизмов, способствующих развитию гиперэстрогении (В.И. Бохман, 1991; Е.М. Вихляева и соавт., 1996; В.Н. Серов и со- авт., 1995), однако данные о возможности и длительности консервативного лечения у больных с нарушениями менструальной функции, сопровождающиеся длительными и обильными кровотечениями, особенно в пери- менопаузальном периоде разноречивы.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности гормональной терапии при кровотечениях у больных миомой матки в перименопаузе.

Материал и методы. Согласно целям исследования под наблюдением находилось 63 больных с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст составил 47.3± 1.2 года. Длительность кровотечения колебалась от 7 месяцев до 3 лет.

В анамнезе обследованных установлено позднее менархе у 27.4%, нарушения менструальной функции по типу ювенильных кровотечений у 9.4%, достаточно высока частота бесплодия-12.3%. У 72.4% установлена экстраге- нитальная патология. Ведущее место занимает анемия (68.2%), затем гипертоническая болезнь, которая составила 38%, сахарный диабет составил 19%.

Всем пациенткам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование: общий анализ

крови, мочи, флора влагалища на степень чистоты, биохимическое исследование, характеризующую функцию печени, свертывающую систему, содержание сахара в крови, ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез, печени, гистероскопия с помощью гистероскопа с прицельной биопсией до и после отмены лечения. Длительность наблюдения составила 9 месяцев.

Первая группа - 20 пациенток, которые получали норколут с 5го по 25 дни менструального цикла по 10 мг в сутки, 2-ая группа- 20 пациенток, получавших ригевидон с 5 по 25 день цикла, 3-я группа- 23 пациентки, получавших 17-оксипрогестерон капронат (ОПК) по 500 мг 2 раза в неделю непрерывно в течение 6 месяцев.

В процессе наблюдения оценивались как клинические, так и морфологические признаки эффективности проводимого лечения.

К клиническим признакам эффективности относилось восстановление регулярной менструации, либо наступление аменореи (на фоне лечения 17ОПК), к морфологическим относилось развитие секреторных превращений в гиперплазированном эндометрии. До начала лечения гистероскопическая картина имела следующую характеристику: слизистая неравномерно утолщена с расширенными кровеносными сосудами на поверхности, иногда с кровоизлияниями и заметны обрывки слизистой эндометрия.

На фоне лечения при гистероскопии было выявлено уменьшение складчатости, истончение слизистой, бледно-розовый его оттенок, выраженный сосудистый рисунок.

Патология эндометрия выявлена на УЗИ у всех пациенток и составила 100%. Основными эхографическими признаками гиперпластических процессов были увеличение М-эха в передне-заднем направлении, средняя толщина его у пациенток в среднем составила 42±9.2 мм, с однородной структурой и пониженной эхогенностью. Диагноз

подтвержден при гистологическом исследовании соскоба эндометрия в 91% случаев, что и составляет диагностическую ценность УЗИ в выявлении гиперпластических процессов эндометрия. В динамике лечения пациенткам было произведено ультразвуковое исследование срединного М-эха, при котором установлено уменьшение эхографического изображения срединной эхоструктуры до 13 ± 1.2 мм у женщин репродуктивного возраста и 2.3 ± 0.07 мм у женщин в менопаузе. На фоне лечения при повторном патогистологическом исследовании через 6 месяцев установлено: у 49 (77.7%) больных отсутствовала гиперплазия эндометрия, у 9 (14.2%) отмечена атрофия эндометрия, у 5 (7.9%) несмотря на проведенное лечение патология эндометрия имела место.

В зависимости от получаемого препарата эффективность лечения через 6 месяцев была представлена следующим образом: гиперплазия эндометрия отсутствовала у 80% больных, получавших норколут, у 95%, получавших ригевидон и у 73.9% 17-ОПК. Из общего количества

больных 5 (7.9%) были оперированы, в связи с отсутствием эффекта от проведенного консервативного лечения, по-видимому, эти пациентки имели гормонорезистентную форму гиперплазии эндометрия.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что использование гормональных средств у больных миомой матки, сопровождающейся патологией эндометрия способствует нормализации менструальной функции при приеме норколута и ригевидона и аменореи при использовании 17-ОПК.

Гормональное лечение, направленное на нормализацию секреторных превращений в эндометрии позволяет снизить частоту рецидивов кровотечения, рост миомы матки, а следовательно снизить частоту производства оргоудаляющих операций, которые безусловно могут повлиять на эндокринно-метаболические параметры вызывая инвалидизацию женщин различных возрастных групп.

Литература

1. Лопухов Д.А. Клинико-диагностическая характеристика сочетанных доброкачественных патологий матки в перименопаузе.// автореф. дисс. к.м.н.-М. 1992.
2. Лысенко О.Н., Плиева Э.Г., Стрижакова Н.В. и соавт. Возможности гистероскопии в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия у пациенток репродуктивного возраста. // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки - М.- 1997 с. 120-121.
3. Галустян С.А., Ермошенко Б.Г., Белкина В.В. Возможности гистероскопии в диагностике гиперпластических процессов матки.// «Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщин» Ростов-на-Дону - 1994 - с.231.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). СПб.: «ЭЛБИ», 2001,- 236с.
5. Рудакова Е.Б., Кононов А.В., Акулинина И.Н. Клинико-морфологические параллели между рецепторным статусом полипов эндометрия и частотой возникновения рецидивов после применения гормонального лечения?// Ж. «Гинекология»- 2001 т.3 - № 6.
6. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Тагиева А.В. Гормональная внутриматочная рилизинг-система "Ми- рена".// Гинекология 1999. - № 1 Т.1., с. 26-29.
7. Макаров О.В., Исаева Е.Г. Гормонотерапия в профилактике рака эндометрия. М., «Academia», Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии. (Материалы II съезда Российской ассоциации врачей акушеров и гинекологов) 1997,- с. 74-75.