

ского выскабливания полости матки. В то же время актуален поиск оптимального сочетания неинвазивных и малоинвазивных методик для получения максимальной информации о состоянии эндометрия, определения его начальных изменений на амбулаторном этапе обследования. К числу неинвазивных диагностических подходов следует отнести в первую очередь ультразвуковое исследование. Причем для оценки состояния эндометрия, безусловно, более информативной является трансвагинальная эхография, позволяющая визуализировать даже минимальные структурные нарушения. Согласно современным данным, ее использование улучшает качество диагностики, ведет к повышению частоты выявления рака I стадии на 50% и уменьшению заболеваемости раком III-IV стадии в 1,5 раза. По мнению ряда авторов, применение комплексного ультразвукового исследования с анализом кривых скоростей кровотока служит эффективным

методом диагностики карциномы эндометрия [2,3,5].

Таким образом, результаты нашего исследования дали основание заключить, что комплексное применение эхографии и РДВ позволяет повысить точность диагностики гиперпластических процессов эндометрия до 97%.

Выводы

Применение современных ультразвуковых методик, включая ультразвуковую ангиографию, эхогистероскопию в сочетании с РДВ полости матки, повышают точность диагностики гиперпластических процессов эндометрия до 97%.

Комплексное применение скрининговых и уточняющих методик способствует раннему выявлению предраковых состояний эндометрия, дает возможность в поликлинических условиях поставить окончательный диагноз и определить дальнейшую тактику наблюдения и лечения.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. - 463 с.
2. Зыкин Б.И., Проскурякова О.В., Буланов М.Н. Допплерографическая диагностика в онкогинекологии // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. - М.: Видар. 1997. Т. N. - С. 165-173.
3. Демидов В.Н., Гус.А.И. Ультразвуковая диагностика гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия // Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике, 3т.-М.: Видар, 1997.-С. 120-131.
4. Медведев М.В., Куница И.М. Цветовое доплеровское картирование в онкогинекологии // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии, педиатрии. - 1994. - N1. - С. 26-34.
5. Терская И.В., Полякова Ю.В. Трансвагинальная эхография при выявлении патологии эндометрия при ежегодном скрининговом обследовании /7 Кремлевская медицина. - 2000. - N3.- С. 29-32.
6. Sherman ME, Ronnett BM, Ioffe OB. Reproducibility of biopsy diagnoses of endometrial hyperplasia: evidence supporting a simplified classification. Int J Gynecol Pathol 2008; 27: 318-25.

Исмаилова З.И.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ

РСНПМЦ АиГ (директор - проф. Султанов С.Н.)

Введение. Очень часто гиперпластические процессы эндометрия сочетаются с миомой матки. Это связано, прежде всего, с тем, что в патогенезе миомы матки и предопухолевых состояниях эндометрия важная роль принадлежит гормональным нарушениям [1,2].

Применение в клинической практике гормональных препаратов открыло новые возможности профилактики и лечения больных с патологией матки. Тактика лечения миомы матки зависит от размеров и локализации узлов, результатов гистологического исследования, особенностей гистогенеза (простая или пролиферирующая миома), симптомов, возраста, репродуктивных планов, благосостояния пациентки и носит сугубо индивидуальный характер.

Традиционно консервативное лечение основывалось на временном угнетении функции яичников, то есть достижении медикаментозной менопаузы и/или индукции гипострогении. Исходя из прогестероновой теории развития миомы матки, не всегда эффективным может быть лечение только производными прогестерона.

Хорошие результаты получены при использовании аГнРГ, однако данная группа препаратов имеет ряд противопоказаний (например, остеопороз), что ограничивает их применение вообще или во времени (3-6 мес.). После терапии аГнРГ возникает необходимость стабилизации достигнутого лечебного эффекта и профилактики рецидивов роста миомы матки и гиперпластических процессов.

По данным ряда исследований, длительный прием низко и микродозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) не

только оказывает стабилизирующее влияние на развитие миомы после терапии базисными препаратами, но и проявляет значительное профилактическое действие относительно рецидивов роста миомы матки [3, 5,6,7].

Цель исследования — изучить влияние дезогестрелсодержащих КОК (Новинет и Регулон) при сочетании миомы матки (с размерами узлов — до 2 см) и гиперпластическими процессами эндометрия.

Материал и методы. Обследовано 27 больных с миомой матки (размеры узлов — до 2 см), которая сочеталась с гиперпластическими процессами эндометрия. Возраст больных колебался от 27 до 36 лет (средний возраст составил $32 \pm 0,5$ лет).

Наряду с клинико-анамнестическими методами исследования, в комплекс диагностических мероприятий включались эхографическое исследование, доплерометрия, цветное доплеровское картирование (ЦДК) органов малого таза; раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки, исследование гонадотропных (ЛГ, ФСГ), стероидных (Е2, Р) гормонов.

Ультразвуковое исследование осуществлялось во второй фазе при сохраненном менструальном цикле с использованием трансабдоминального доступа конвексным датчиком с частотой 3,5-5 МГц и применением трансвагинального доступа конвексным датчиком с частотой 5-7 МГц. Оценивались размеры матки, величина, структура, количество и локализация узлов, состояние эндометрия и яичников.

ЦДК производилось в области сосудистых пучков матки с обеих сторон, также исследовалось состояние миометрия, определялись характер кровотока (артериальный или венозный), локализация внутриогрухолового кровотока (центральный или периферический), индекс резистентности в миоматозных узлах, максимальная скорость артериального и венозного кровотока.

Всем пациенткам после исключения противопоказаний было проведено комплексное консервативное лечение миомы матки и гиперплазии эндометрия аГнРг на протяжении 3-х месяцев. Учитывая риск развития остеопороза и симптомов, характерных для «медикаментозного климакса», дальнейшее лечение с целью профилактики рецидивов гиперпластических процессов проводилось с использованием дезогестрелсодержащих КОК (Новинет и Регулон).

Результаты исследований и их обсуждение. У обследуемых были выявлены миома-тозные узлы (единичные или множественные) имели интрамуральную или интрамурально-субсерозную локализацию и размеры от 1 до 2 см в диаметре, что определялось эхографически.

ЦДК выявила у 21 (77,8%) женщин простую форму, а у 6 (22,2%) - пролиферирующую форму миомы матки.

При ЦДК у больных с простой формой миомы было отмечено различное количество цветовых сигналов по периферии миоматозного узла, по ходу огибающих сосудов при отсутствии или единичных сигналах в центре. При этом средняя максимальная систолическая скорость артериального кровотока в огибающих сосудах составляла $15,4 \pm 1,2$ см/с, а средний индекс резистентности в миоматозных узлах — $0,64 \pm 0,03$. У пациенток с пролиферирующей миомой матки регистрировался интенсивный внутриопухольный кровоток. Максимальная систолическая скорость артериального кровотока составила $24,9 \pm 3,1$ см/с, максимальная скорость венозного кровотока в узлах — $10,7 \pm 1,4$ см/с, индекс резистентности в миоматозных узлах составил $0,46 \pm 0,04$.

У всех пациенток для оценки функционального состояния ГЯС и гормонального гомеостаза проводилось исследование концентрации ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона до лечения и через 6 мес. после его завершения (табл.1).

Таблица 1

Концентрация яичниковых и гипофизарных гормонов в лютеиновую фазу у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и миомой матки

Показатель	Уровень гормона	
	До лечения	После лечения
ФСГ, мМЕ/мл	$18,83 \pm 2,4$	$17,6 \pm 4,3$
ЛГ, мМЕ/мл	$8,06 \pm 9,7$	$16 \pm 2,7$
ЛГ/ФСГ	$0,43 \pm 0,02$	$0,91 \pm 0,04$
Эстрадиол, нмоль/л	$0,49 \pm 0,04$	$0,38 \pm 0,02$
Прогестерон, нмоль/л	$3,08 \pm 0,42$	$6,44 \pm 0,48$

Приведенные данные свидетельствуют о том, что у пациенток с миомой матки и гиперплазией эндометрия до лечения отмечались проявления гиперэстрогении на фоне прогестеронодефицитного состояния, обусловленные увеличением содержания ФСГ и снижением соотношения ЛГ/ФСГ.

Всем 27 женщинам проводилось диагностическое выскабливание полости матки или гистероскопия с последующим морфологическим исследованием материала. При морфологическом исследовании эндометрия фаза пролиферации наблюдалась у 11(40,7%) женщин, железистая гиперплазия — у 4(14,8%) и железисто-кистозная гиперплазия — у 9(33,3%).

В последующем (после применения аГнРГ) при отсутствии противопоказаний и, учитывая потребность женщин в выборе метода контрацепции, больным назначали Новинет и Регулон. Данные препараты назначали с целью стабилизации миоматозных узлов, размером до 2-х см в диаметре, нормализации оварио-менструального цикла при гиперполименорее, достижения лечебного и профилактического эффектов на эндометрий в течение 1-го года [4].

В ходе исследования переносимость Новинета и Регулона оценивалась как хорошая. Клинические проявления до приема препаратов в виде полименореи наблюдались у 18(66,7%) пациенток.

На протяжении курса терапии с применением Новинета или Регулона у всех больных отмечалось уменьшение количества менструальных дней (до 3-х) и, соответственно, уменьшалась кровопотеря на 63%, для чего использовалась визуальная оценка кровотечения, предложенная Янсенем (заполнение визуальных таблиц с подсчетом количества использованных тампонов и прокладок в разные дни менструации). Через 6 мес. средняя продолжительность дней менструации составляла $2,16 \pm 0,32$. Длится через каждые 6 месяцев

лечения. Среднее количество узлов в начале лечения достигало $3,54 \pm 1,3$ образований, а средний размер — $1,6 \pm 0,4$ см. Через 3 месяца от начала лечения среднее количество миоматозных узлов не изменилось, однако их средний размер уменьшился до $1,4 \pm 0,5$ см, а через 6 месяцев — до $1,2 \pm 0,4$ см. После 9-го и 12-го месяцев от начала терапии дальнейшего уменьшения размеров миоматозных узлов выявлено не было.

Клинически все пациентки отметили улучшение общего состояния и лучшую переносимость препаратов Новинет и Регулон по сравнению с аГнРГ. На 3-м и 6-м месяцах гормональной терапии использовалась аспирационная биопсия для мониторинга состояния эндометрия, по результатам которой у обследованных женщин не наблюдалось рецидивов гиперпластических процессов.

При оценке функции гипоталамо-яичниковой системы через 6 месяцев после лечения у всех обследованных была отмечена нормализация гормонального гомеостаза (снижение уровня эстрадиола и повышение такого прогестерона).

Выводы

1. Прием низко и микродозированных контрацептивов Новинет и Регулон на втором этапе лечения гиперпластических процессов и миомы матки приводит к прекращению роста и стабилизации «малых» миоматозных узлов матки.

2. После проведенной терапии у больных не наблюдалось рецидивов гиперпластических процессов эндометрия.

3. Препараты Новинет и Регулон целесообразно использовать не только как контрацептивы, но и как средства, которые оказывают выраженные терапевтический и профилактический эффекты при «малых формах» миомы матки и гиперпластических процессах в эндометрии.

Мониторинг размеров миоматозных узлов прово-

Литература

1. Ланчинский В.И., Ищенко А.И. Генетика и молекулярная биология миомы матки // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 2. — С. 14 — 17.
2. Самойлова Т.Е. Миома матки: обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. — 2003. — Т. 9, № 4. — С. 32—36.
3. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки — М.: МИА, 2006. — 174 с.
4. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки // Медицина. — 2003. — № 4. — С. 84—86.
5. A prospective study of reproductive factors and oral contraceptive use in relation to the risk of uterine leiomyomata / Marshall L.M., Spiegelman D., Goldman M.B. et al. // Ferti 1. Steril. — 1998. — V. 70 (3). — P. 432- 439.
6. Nowak R.A. Fibroids: pathophysiology and current medical treatment // Bailliere s Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol. — 1999. — V. 13 (2). — P. 223—238.
7. Oral contraceptive use and risk of uterine fibroids / Parrazzini F., Negri E., La Vecchia C. et al. // Obstet. Gynecol. — 1992. — V. 79 (3). — P. 430—433. 14. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk associated with oral contraceptives / Ross R.K., Pike M.C., ^essey M.P. et al. // Br. Med. J. Clin. Res. Ed. 1986. — V. 9. — P. 293; 359—362.