

Перименопауза

Денисова Н.С.

Сравнительная эффективность гормональной терапии гиперплазии эндометрия в перименопаузе

Смоленская государственная медицинская академия
Смоленская городская больница скорой помощи

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, частота которых значительно возрастает к перименопаузальному периоду. Нередко они проявляются маточными кровотечениями, высок риск малигнизации. Если учесть, что современная женщина проводит практически одну треть своей жизни в этом возрасте, то речь идет о качестве жизни у большого количества пациенток. Кроме того, достаточно много вариантов консервативной (гормональной) терапии, и нередко выбор определяется индивидуальными пристрастиями врача [1,3,6].

Целью исследования явилось изучение эффективности различных методов лечения ГЭ с учетом отдаленных результатов [2].

Было обследовано 100 пациенток в перименопаузе за период с 2003 по 2005 год. Возраст пациенток от 43 до 53 лет. Длительность периода перименопаузы составила от 6 месяцев до 5 лет.

Основной жалобой были длительные менструации в сочетании с межменструальными кровянистыми выделениями (44%), обильные менструации (15%), метроррагии (10%). Около трети пациенток (36%) жалоб не предъявляли, ГЭ была выявлена при ультразвуковом трансвагинальном исследовании.

Первично обратились 35 пациенток (35%). У 65 (65%) в анамнезе было от 1 до 4-х отдельных диагностических выскабливаний матки по поводу различных форм рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия. Все пациентки получали те или иные варианты гормональной терапии.

У многих пациенток имелись различные экстрагенитальные заболевания. Среди них: артериальная гипертензия – 42%, ожирение – 30%, варикозная болезнь вен – 10%, хронический гастрит – 8%, язва двенадцатиперстной кишки – 5%, бронхиальная астма – 3%, холецистопанкреатит – 2%.

Всем женщинам было проведено трансвагинальное ультразвуковое исследование, при котором обращали внимание на величину матки, состояние придатков, толщину и структуру М-эха.

Всем обследованным было произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии, во время которой оценивалось состояние слизистой оболочки цервикального канала, полости матки, толщина эндометрия, выраженность сосудистого рисунка, наличие эндометриоидных ходов, синехий, деформации полости матки с последующим гистологическим исследованием. Кроме того, 10 пациенткам проводилась оперативная гистероскопия.

Структура выявленной внутриматочной патологии выглядит следующим образом: гиперпластические процессы эндометрия без сопутствующих гинекологических заболеваний – 74%; в сочетании с аденомиозом – 18%; с подслизистыми миомами матки – 8%.

Варианты гиперпластических процессов эндометрия у 74 пациенток в нашем исследовании были следующими: полипы эндометрия – у 50 больных (67,5%) (на фоне неизмененного эндометрия – у 19; на фоне его атрофии – у 18; на фоне гиперплазии эндометрия – 13); гиперплазия эндометрия без атипии – у 22 (29,7%); атипичная гиперплазия – у 2 (2,8%).

Надо отметить, что разделение на группы по виду внутриматочной патологии представляет сложность в связи с большим числом сочетанных форм патологии.

С учетом гистологического заключения и данных дополнительных методов исследования 98 пациенткам рекомендованы различные варианты гормонального лечения: эстроген-гестагенные препараты;

норстероиды и прогестагены (норколут, дюфастон, провера) и агонисты ГнРГ (бусерелин). Длительность наблюдения от 1 года до 3 лет.

Выделено 3 группы:

1 группа (22 пациентки) получали лечение преимущественно препаратами ЗГТ, содержащими дигидрогестерон (фемостон). Это пациентки с диффузными и очаговыми ГЭ, у которых ранее не было эпизодов гиперпластических процессов, но уже имелись симптомы климактерического синдрома: приливы, потливость, сердцебиение, нарушение сна, рассеянность. Рецидивы ГЭ были у 5, что составило 22,7%;

2 группа – 48 пациенток в возрасте 48–50 лет, которые ранее уже получали гормональное лечение, преимущество прогестагенами, но оно оказалось неэффективным, рецидивы заболевания были у 7 пациенток (14,5 %).

3 группа – 28 пациенток с рецидивирующими гиперпластическими процессами в сочетании с аденомиозом и/или миомой матки. Препаратом выбора в данной группе больных явился бусерелин.

Раствор бусерелина ацетата 0,2% вводили в носовые ходы в дозе 0,9–1,2 мг в сутки. Суточную дозу вводили равными порциями по одному впрыскиванию в каждый носовой ход 3 раза в день через 8 часов. Часть больных получали бусерелин-депо в дозировке 3,75 мг 1 раз внутримышечно с интервалом 28 дней. Лечение начинали с 19–20 дня менструального цикла [7]. Коррекция вегетативных нарушений эффективно проводилась препаратами фитострогенов. Длительность лечения от 3 до 6 месяцев. Случаев рецидива заболевания не выявлено.

Отметим, что в эту группу вошли 8 пациенток, которым проводилась резекция субмукозных миоматозных узлов.

Контроль эффективности осуществлялся путем ультразвукового исследования через 3, 6 и 12 мес., аспирационной биопсией эндометрия через 3–6 месяцев. В случае наличия данных, указывающих на патологию эндометрия, проводилась повторная гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием матки и цервикального канала.

Диспансерное наблюдение проводилось от года до двух лет, до стойкой нормализации менструального цикла или одного года стойкой менопаузы.

Таким образом, лечение рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия, особенно в сочетании с миомой матки и/или аденомиозом представляется довольно сложной задачей и требует дифференцированного подхода.

Литература

1. Вихляева Е.М., Ищенко И.Г., Ходжаева З.С., Фанченко Н.Д. //Акуш. и гин //1996.— №6.— С.30–34.
2. Каплушева Л.М., Комарова С.В., Ибрагимова З.А., Коган О.М. //Акуш. и гин.— 2005.— №6.— С.37–42.
3. Каплушева Л.М. Гистероскопия в диагностике и лечении внутриматочной патологии. Автореф. дисс...д.м.н, М., 2001.
4. Климова И.В., Краснова И.А., Суцевич Л.В., Бреусенко В.Г. Лечение маточных кровотечений пременопаузального периода препаратом Дюфастон// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.— 2001.— №2.— С.51–55.
5. Макаренко Т.А, Цхай В.Б., Пашов А.И. и др. //Журн. прак. врача акуш. и гинек.— 2002.—№3.—С.18–25.
6. Макаров О.В., Сергеев П.В., Карева Е.Н. и др. //Акуш. и гин.— 2003.— №3.— С.32–36.
7. Пособие для врачей: «Применение Бусерелина Агониста ГнРГ в гинекологии», Науч. Центр акуш., гин. и перинат. РАМН, 2004.— 8с.