

# Сравнительные аспекты консервативной терапии аденомиоза на фоне гиперпластических процессов матки

**А.И. Остапенко**

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика

Результаты проведенных исследований позволяют выделить сравнительные аспекты консервативного лечения аденомиоза в сочетании с гиперпластическими процессами матки путем использования внутриматочных гормональных спиралей и гормональных препаратов для системного применения. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать предложенную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

**Ключевые слова:** аденомиоз, гиперпластические процессы матки, консервативная терапия.

Проблема аденомиоза и гиперпластических процессов матки тесно связаны с вопросами их терапии, в том числе и консервативной [1–9]. В Украине, также как и в других развитых странах, наиболее часто используется гормональный метод лечения аденомиоза и гиперпластических процессов матки.

В последние годы отмечен ряд осложнений, связанных с неэффективностью лечения данной патологии, особенно среди женщин позднего репродуктивного возраста, что определяет важность проблемы выбора надежного метода терапии у данных пациенток. Известно, что в позднем репродуктивном возрасте возрастает частота нарушений менструальной функции, одной из основных причин развития которой является наличие аденомиоза и сочетанных гиперпластических процессов матки [1, 2, 6]. Как правило, в анамнезе женщин старшего репродуктивного возраста наблюдается высокая частота экстрагенитальной патологии, оперативных вмешательств, гинекологических заболеваний: лейомиома матки, эндометриоз, фиброзно-кистозная мастопатия, гиперпластические процессы в различных звеньях репродуктивной системы, которые в дальнейшем нередко являются фоном для развития онкологической патологии [7–9].

Основные трудности при решении вопроса о методе лечения связаны с целым рядом особенностей, свойственных этому возрастному периоду: высокой частотой перенесенных оперативных вмешательств на половых органах и их последствий, наряду с факторами, которые отягощают эти заболевания: гипертония, избыточная масса тела, курение, частые стрессы, нерегулярная половая жизнь и др. [3–5].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме аденомиоза и гиперпластических процессов матки, вопросы сравнительных аспектов терапии у женщин позднего репродуктивного возраста практически не изучены, хотя их необходимость не вызывает сомнений.

**Цель исследования** – повышение эффективности консервативной терапии аденомиоза в сочетании с гиперпластическими процессами матки на основе изучения основных эхографических, эндокринологических, биохимических и морфологических изменений, а также разработки алгоритма различных способов использования гормональной терапии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью реализации поставленных задач нами было проведено обследование и лечение 100 больных с установленным диагнозом аденомиоза в сочетании с гиперпластическими

процессами эндо- и миометрия. Пациентки разделены на две группы в зависимости от варианта консервативной терапии: I группа – 50 женщин, где для лечения использовалась левоноргестрелсодержащая внутриматочная система (ЛНГ – ВМС), II группа – 50 женщин, где применялись агонисты гонадотропинрилизинг гормона (а-ГнРГ) на протяжении 6 мес наблюдения.

Всем пациенткам было проведено специальное клиническое обследование с углубленным изучением нейроэндокринной системы, гормонального гомеостаза, системы гемостаза, обмена железа, анатомических особенностей и функции половой системы.

При изучении анамнестических данных проводили анализ особенностей преморбидного фона, наследственности, перенесенных и сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. При этом особое внимание было уделено изучению перенесенных заболеваний в различные периоды жизни: детские инфекции, соматические и гинекологические заболевания и оценке их выраженности. Отмечались ранее проведенные методы консервативной гормональной терапии, с уточнением времени, длительности и режима введения.

Тщательно была изучена специфическая функция женского организма – менструальная (возраст менархе, период становления менструальной функции, длительность и объем менструальных, кровотечений, наличие болевых ощущений). При наличии нарушений выясняли их длительность и характер. Репродуктивная система оценивалась по количеству беременностей, их течению, исходу, наличию осложнений, особенностям родов и послеродового периода.

Изучение истории настоящего заболевания включало предъявляемые жалобы, время возникновения, особенности клинического течения, характер, объем и эффективность проведенного консервативного гормонального лечения, наличие других гинекологических заболеваний.

При клиническом обследовании проводили общий осмотр, оценку телосложения и конституциональных особенностей, состояния молочных желез, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, пищеварительной, нервной, эндокринной систем.

Гинекологический статус определяли на основании осмотра наружных половых органов, исследования влагалища и шейки матки, особенностей заднего свода с помощью зеркала, бимануального влагалищного исследования. Обращали внимание на размеры матки, характер поверхности, консистенцию, форму, подвижность, болезненность, состояние перешейка матки, крестцово-маточных связок, придатков матки (величину, подвижность, болезненность, консистенцию). Бимануальное исследование проводили в динамике менструального цикла. Для большей объективности считали целесообразным проведение ректовагинального исследования.

Из лабораторных методов исследования были использованы как рутинные (клинический анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование влагалищного отделяемого, онкоцитология, анализ биохимических пара-

метров и гемостазограммы, глюкоза крови, исследование сыворотки крови на содержание гормонов), так и современные высокоинформативные специальные методы – ультразвуковое трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование органов малого таза, гистероскопия, пайпель – биопсия эндометрия.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в структуре сочетанной патологии матки в 33% случаев наблюдается сочетание аденомиоза и лейомиомы; в 32% – аденомиоз; в 18% – сочетание аденомиоза и гиперплазии эндометрия и в 17% – сочетание аденомиоза, лейомиомы и гиперплазии эндометрия.

Основными клиническими проявлениями сочетанной патологии матки являются дисменорея (89%); полименорея (87%); боль внизу живота, усиливающаяся во время менструации (77%); незначительные кровянистые выделения в перед- и постменструальный периоды (70%) и диспареуния (64%).

Использование ЛНГ-ВМС – приводит к нормализации менструальной функции: у 24,6% больных отмечается стойкая нормализация менструального цикла, у 50,8% – опсоменорея, у 24,6% – аменорея; полностью устраняется дисменорея, уменьшается БИ на 68,7%; размеры матки – на 13,7% с тенденцией к уменьшению среднего размера узлов лейомиомы; при сопутствующих гиперпластических процессах эндометрия – в 79,8% наблюдений железистый эпителий не имеет функциональной активности, эндометрий атрофичный, а строма – с децидуальноподобной реакцией.

Через 12 мес использования ЛНГ-ВМС происходит повышение показателей гемоглобина в среднем на 25,4%; сывороточного железа на 59,1%; ферритина крови на 76,4%. Уровни стероидных гормонов достоверно не изменяются на фоне терапии ЛНГ-ВМС. Показатели уровней ЛГ в процессе лечения ЛНГ-ВМС достоверно не изменяются, ФСГ снижается на 33,3%, оставаясь в пределах нормативных значений.

Побочные эффекты ЛНГ-ВМС в виде преходящих ациклических кровянистых выделений в первые 3–4 мес наблюдаются у 82,6% больных, через 12 мес у 4%; в виде функциональных кист яичников у 33,3% на протяжении 3–4 мес, которые купируются самостоятельно.

Использование ЛНГ-ВМС в терапии аденомиоза и сочетанных гиперпластических процессов эндометрия и миометрия достоверно улучшает параметры ролевого физического функционирования (73,3±6,5 балла), интенсивности боли (78,4±7,4 балла), общего состояния здоровья (89,6±8,5 балла) и жизненной активности (90,2±8,8 балла), что улучшает показатели как физического, так и психологического компонентов здоровья, повышая уровень качества жизни.

Для практического здравоохранения мы можем рекомендовать следующие моменты:

- применение ЛНГ-ВМС целесообразно при начальных стадиях аденомиоза (I–II ст.) в сочетании с гиперпластическими процессами миометрия и эндометрия (простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия). В остальных случаях необходимо использовать а-ГнРГ;
- пациенткам, получавшим ранее консервативное лечение аденомиоза и сочетанных гиперпластических процессов

эндометрия и миометрия а-ГнРГ, в последующем как противоречивую терапию рекомендовать применение ЛНГ-ВМС;

- в комплексе диагностических манипуляций до введения ЛНГ-ВМС необходимо включать гормональный, инфекционный скрининги, ультразвуковое сканирование трансвагинальным доступом, гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием эндоцервикса и эндометрия;

- в течение первого года терапии ЛНГ-ВМС ультразвуковое сканирование необходимо проводить через 3, 6, 12 мес после введения для контроля расположения в полости матки, величины М-эхо, состояния яичников. При наличии функциональных кист яичников и ациклических кровянистых выделений в процессе первых 3–4 мес терапии ЛНГ-ВМС проведение дополнительной терапии не требуется.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют выделить сравнительные аспекты консервативного лечения аденомиоза в сочетании с гиперпластическими процессами матки путем использования внутриматочных гормональных спиралей и препаратов для системного применения а-ГнРГ. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать предложенную методику для широкого использования в практическом здравоохранении.

### Comparative aspects of conservative therapy adenomioses against hyperplastic processes of a uterus

A.I. Ostapenko

Results of the spent researches allow to allocate comparative aspects of conservative treatment adenomioses in a combination to hyperplastic processes of a uterus by use внутриматочных hormonal spirals and hormonal preparations for system application. The received results allow us to recommend the offered technique for wide use in practical public health services.

**Key words:** adenomioses, hyperplastic processes of a uterus, conservative therapy.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В., Бобкова М.В. Современные подходы к лечению аденомиоза // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 10–14.
2. Адамьян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2003. – 317 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Изд. 2. – Л.: Медицина, 1999. – 240 с.
4. Баскаков П.М., Литвинов В.В., Хомуленко І.А. Використання декапептилу-3,75 у комплексі реабілітаційних заходів після лапароскопічного лікування ендометріозу // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 5. – С. 120–121.
5. Давыдов А.И., Пашков В.М. Генитальный эндометриоз / Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 241–261.
6. Коханевич Е.В., Дудка С.В., Судова И.О. Современные методы диагностики и лечения генитального эндометриоза // 36. наук. праць асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Фенікс», 2001. – С. 340–342.
7. Antoni J. Duleba Diagnosis of endometriosis // Obstet. Gynecol. Clin. – 1998. – V. 24. – P. 331–332.
8. Audebert A.J.M. formes occultes et minimes de l'endometriose: strategie therapeutique // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. – 2000. – V. 85, № 2. – P. 79–84.
9. Barbieri R.L. Etiology and epidemiology of endometriosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – V. 162, № 2. – P. 565–567.