

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ: РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

О.В. ЛЫСЕНКО

*Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

ВВЕДЕНИЕ

В течение последних десятилетий в Республике Беларусь, как и в большинстве стран мира, отмечается отчетливая тенденция к увеличению частоты гиперпластических процессов и рака эндометрия (РЭ). Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), предраковые состояния и рак эндометрия чаще всего встречаются у социально активной группы женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов.

У большинства больных патологические процессы эндометрия развиваются на фоне предшествующих эндокринно-обменных нарушений. Эти нарушения, отмечаемые у больных с различной частотой, образуют клинический синдром, который имеет единый механизм возрастных нарушений гипоталамической регуляции, свойственных нормальному старению и некоторым опухолевым процессам.

Одним из основных факторов успешной профилактики РЭ является патогенетически обоснованное ведение больных с гиперпластическими и предраковыми изменениями эндометрия, риск развития раковой трансформации на их фоне достигает 23-57 %. Особую значимость эта проблема приобретает у молодых женщин, когда стоит вопрос не только о сохранении здоровья, но и о восстановлении репродуктивной функции. Среди факторов, способствующих возникновению гиперпластических процессов эндометрия, ведущая роль отводится гиперэстрогении.

Известно, что риск развития пролиферативных процессов эндометрия значительно возрастает на фоне ожирения, сахарного диабета, синдрома поликистозных яичников, при которых наблюдаются схожие метаболические нарушения, такие как инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, роль которых в стимуляции клеточной пролиферации окончательно не определена.

Метаболическая форма гиперэстрогении при фоновых и предраковых заболеваниях эндометрия связана с повышенным образованием эстрогенов из липидов при ожирении. Данный механизм редко имеет самостоятельное значение, а чаще выступает как дополнительный фактор, усугубляющий ГЭ при склерокистозных яичниках в пре- и климактерическом периодах. Ожирение является источником эндогенного образования эстрогена в результате периферической ароматизации андростендиола, происходит депонирование эстрогена в адипоцитах, тем самым увеличивается «эстрогенный пул» в организме и стимулируется развитие гиперпластических процессов в тканях-мишенях, особенно в эндометрии (этот процесс протекает интенсивнее по мере старения организма и при увеличении массы жировой ткани). Комплекс эндокринно-обменных сдвигов, свойственных ожирению, сохраняясь некомпенсированным и после излечения ГЭ, создает условия для развития рецидивов заболевания и развития гиперпластических процессов в гормональнозависимых органах.

Целью настоящей работы явилось ретроспективное исследование анамнестических данных женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями эндометрия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами произведен ретроспективный анализ 253 случайно выбранных историй болезни женщин с патологией эндометрия, госпитализированных в УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №1» в 2008г. Пациенткам произведено общеклиническое обследование, эхография, гистероскопия, а также биопсия эндометрия (в 100% случаев). При изучении анамнеза особое внимание обращалось на возраст, род занятий, характер менструальной функции, паритет, внутриматоч-

ные вмешательства в анамнезе, перенесенные гинекологические и экстрагенитальные заболевания и эндокринно-обменные нарушения. Статистическая и аналитическая обработка полученного материала в ходе исследования проводилась с помощью пакета STATISTICA 6.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проанализировано 253 истории болезни женщин с гистологически установленным диагнозом гиперплазии эндометрия (ГПЭ), полипоза эндометрия (ПЭ) и аденокарциномы эндометрия. Из них в детородном возрасте было 112 (44,3%) женщин; в перименопаузальном возрасте — 88 (34,8%); в постменопаузальном периоде — 53 (20,9%) пациенток.

На основании результатов гистологического исследования ведущее место занимали гиперпластические процессы эндометрия в сочетании с миомой матки (43,9%); на втором месте полипы эндометрия в сочетании с миомой матки (13,4 %); на третьем месте — изолированные гиперпластические процессы эндометрия без сопутствующей патологии миометрия (18,1%); на четвертом — полипы эндометрия без сопутствующей патологии миометрия (15%).

В плановом порядке в стационар было госпитализировано 113 (44,7%) пациенток, 140 (55,3%) женщин были госпитализированы в стационар в экстренном порядке по поводу кровотечения. Из них в плановом порядке было повторно госпитализировано 16 (6,3%) женщин, имеющих в анамнезе гиперпластические процессы эндометрия, а повторные экстренные госпитализации составили 38,3% (97 человек).

У подавляющего большинства женщин ($> \frac{3}{4}$ исследуемой группы) характер менструальной функции не нарушен (возраст менархе от 11 до 14 лет, регулярный менструальный цикл, нормальная продолжительность менструации, нормальный ритм менструаций, отсутствие болевого синдрома).

При анализе паритета женщин выявлено следующее:

- более $\frac{3}{4}$ группы женщин имели в анамнезе 2 и более беременностей, а также 2 и более родов, тогда как 8,3% пациенток не реализовали своей репродуктивной функции;
- в 58,5% случаев имели место медицинские аборт (от 1 до 10); в 34,4% — прерывание беременности путем вакуумаспирации, а в 10,3% — самопроизвольные аборт.

Из сопутствующей экстрагенитальной патологии на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы (42,3%), на втором — заболевания желудочно-кишечного тракта (22,9%), на третьем — нарушение жирового обмена (21,3%), на четвертом — заболевания щитовидной железы (7,9%), на пятом — заболевания почек (6,3%), на шестом — заболевания легких (4,3%).

Метаболическая форма гиперэстрогении при фоновых и предраковых заболеваниях эндометрия связана с повышенным образованием эстрогенов из липидов при ожирении. Проведенный нами анализ показал, что $\frac{1}{4}$ группы пациенток (социально активной группы женщин детородного и перименопаузального периода) страдали нарушением жирового обмена I—III степеней. Следовательно, необходима пропаганда здорового образа жизни, направленная на снижение массы тела.

Это может быть достигнуто путем:

- дозированной физической нагрузки (занятия в спортзалах: аэробика, шейпинг, гимнастика; зарядка в домашних условиях при отсутствии времени для посещения спортзала и финансов для оплаты занятий);
- рациональной диетотерапии, содержащей сбалансированный комплекс жиров, белков и углеводов, а также режим питания в течение суток;
- при отсутствии эффекта от немедикаментозных мероприятий, назначение препаратов, направленных на снижение веса.

Снижение веса не только снизит риск развития ГПЭ, но и облегчит течение хронической экстрагенитальной патологии (заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания легких, заболевания желудочно-кишечного тракта и пр.).

ВЫВОДЫ

1. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия чаще всего встречаются у социально активной группы женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов (79,1%).

2. В 55,3% случаев при фоновых и предраковых заболеваниях эндометрия требовалось оказание urgentной помощи (гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание).

3. В анамнезе женщин с патологией эндометрия отмечается высокий процент внутриматочных вмешательств (искусственные аборты (58,5%), выскабливания в экстренном и плановом порядке по поводу патологии эндометрия (44,6%)).

4. Выявлено, что ¼ группы пациенток имеют нарушение жирового обмена I—III степеней, среди которых необходима пропаганда здорового образа жизни, направленная на снижение массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология: национальное руководство / Под редакцией В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – С. 761–783.

2. Дедов, И.И. Гиперплазия эндометрия: патогенез, диагностика, клиника, лечение: методическое пособие для врачей / И.И. Дедов, Е.Н. Андреева. – М., 2001. – С. 3–28.

3. Подлозкова, Н.М. Гиперпластические процессы эндометрия / Н.М. Подлозкова, И.В. Кузнецова. – Москва, 2007. – 31 с.

4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под редакцией В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – С. 793–798.

5. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – С. 263–276.

6. Gwo, L.N. Atypical hyperplasia and complex hyperplasia of endometrium in women of reproductive age / L.N. Gwo // Chung Hua Fu Chin. – 1993. – Vol. 28, № 12. – P. 725-7.

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA: THE ROLE OF ACCOMPANYING GENITAL AND EXTRAGENITAL PATHOLOGIES

O.V. LYSENKO

Summary

High prevalence of endometrial hyperplasia in gynecologic morbidity causes an urgency of the problem. Pathological processes of endometrium develop against previous endocrine disorders of the majority of patients, in particular alimentary obesity. It is necessary the propagation of a healthy way of life directed on decrease of weight of the body.

Поступила в редакцию 7 мая 2009г.