

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 1

охраняется.

**Течение беременности у женщин
с метаболическим синдромом
с учетом патогенетической роли
тромбофилии**

не предназначено для использования
в целях, отличных от научных.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Гулиева В.Н.¹, Биштави А.Х.², Костин А.Ю.³,
Иванов А.Е.³, Солопова А.Г.¹, Табакман Ю.Ю.³

¹ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ

³ Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения г. Москвы

Резюме: аномальные маточные кровотечения (АМК) являются одним из основных клинических симптомов заболеваний женских внутренних половых органов. АМК не являются специфическим симптомом для какого-либо конкретного заболевания. Знание причин АМК необходимо для рациональной лечебной тактики. Цель исследования. Изучить особенности состояния эндометрия (Э) у больных с АМК и сочетание различных форм патологических изменений эндометрия при АМК. Материал. Результаты гистологического исследования эндометрия у 688 больных. Результаты. Установлена структура патологических изменений эндометрия при АМК.

Заключение. Сложная и атипичная гиперплазия эндометрия возникает на фоне различных изменений эндометрия, отражающих состояние как гипо-, так и гиперэстрогении без какой-либо закономерности.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, диагностика, лечение.

Аномальные маточные кровотечения (АМК), то есть не соответствующие параметрам нормального менструального цикла или возникшие в постменопаузе, являются одним из основных клинических симптомов заболеваний женских внутренних половых органов. Нормальный менструальный цикл характеризуется следующими параметрами: длительность кровотечения – 3-7 дней, интервал между кровотечениями – 21-35 дней, кровопотеря – 30-80 мл. Частота АМК увеличивается с возрастом: в 15-19 лет она составляет 8%, в возрасте 40-49 лет – 50%, в постменопаузе – 30-40%.

Причины АМК многообразны. Несмотря на то, что АМК не являются строго специфическим симптомом для какого-либо конкретного заболевания, четкое представление о причинах АМК необходимо для выработки рационального порядка применения диагностических методов и лечебной тактики. Особую клиническую значимость АМК определяет то, что они могут быть симптомом не только доброкачественных заболеваний, но также предрака и рака эндометрия (РЭ). Причем частота РЭ, как причины АМК, увеличивается с возрастом, достигая максимума в постменопаузе [1,2,3,4].

Цель настоящего исследования – изучить особенности патологических изменений эндометрия (Э) у больных с АМК в различных возрастных группах и закономерности сочетания различных форм патологических изменений эндометрия при АМК. Материалом явились результаты гистологического исследования эндометрия у 688 больных. Из них в 450 наблюдениях данные получены из архивного материала одного гинекологического отделения. Все больные обследованы в течение одного года. Возраст больных: до 40 лет – 123 больные, 46-50 лет – 176, 51-55 лет – 69, 56 лет и старше – 92 больные.

Кроме того, были изучены результаты обследования 218 больных в возрасте старше 45 лет, направленных на консультацию в поликлинику Онкологического клинического диспансера №1 с диагнозом атипичная гиперплазия эндометрия (АГЭ). Гистологические препараты всех больных были пересмотрены в патоморфологическом отделении онкодиспансера. Первоначальный диагноз АГЭ был подтвержден у 51 больной, а у 167 больных изменения эндометрия расценены как сложная гиперплазия эндометрия (СГЭ) без

Возраст (лет), количество больных (n)	Количество больных							
	Простая гиперплазия эндометрия	Сложная гиперплазия эндометрия	Атипическая гиперплазия эндометрия	Полипоз	Пролиферативный эндометрий	Секреторный эндометрий	Атрофичный эндометрий	Рак эндометрия
До 45 лет (n=56)	46 82±5%	3 5±3%	3 5±3%	2 3±2%	2 3±2%	0	0	0
46-50 (n=105)	81 77±4%	2 2±1,4%	6 6±2%	3 3±1%	7 7±2%	5 5±2%	0	1 1±1%
51-55 (n=52)	31 59±7%	1 2±1,4%	1 2±1,4%	9 17±5%	6 11±4%	2 4±3%	1 2±1,4%	1 2±1,4%
56 и старше (n=74)	5 7±3%	0	2 3±2%	25 34±5%	0	0	16 21±5%	26 35±5%
Всего (n=287)	163 57±3%	6 2±1%	12 4±1%	39 14±2%	15 5±1%	7 3±1%	17 6±1%	28 10±2%

Таблица 1. Состояние эндометрия у больных с аномальными маточными кровотечениями, по результатам гистологического исследования.

атипии. У всех больных были проанализированы также изменения эндометрия в участках, непосредственно прилежащих к очагам СГЭ и АГЭ.

При анализе данных у 450 больных было установлено, что у 163 (36±2,3%) больных материал ДВ оказался непригодным для гистологического исследования из-за распада ткани. Чаще всего это наблюдалось у женщин детородного возраста (54±3%), а также у женщин в возрасте 46-50 лет (40,3±2,3%). У больных в возрасте 51-55 лет частота неинформативных соскобов составила 25±2,1%, а у женщин в возрасте 51 год и старше – 9,76±1,4%. У больных детородного и перименопаузального возраста АМК, как правило, имеют характер обильных кровотечений, вызванных распадом тканей, тогда как в постменопаузе это чаще всего мажущиеся кровянистые выделения.

Таким образом, у каждой третьей больной после ДВ причина кровотечения остается невыясненной. Поэтому необходимо повторное исследование после проведения соответствующего лечения (по показаниям – противовоспалительные, сокращающие, гемостатические, гормональные средства) (см. табл. 1).

У 287 больных на материале ДВ были установлены различные изменения эндометрия. Как видно из таблицы 1, ПГЭ почти одинаково часто является причиной АМК в детородном возрасте (82,14±5,1%) и в пременопаузе (77,1±3,8%), в возрасте 51-55 лет – несколько реже (59,6±6,8%) и значительно реже – у женщин 56 лет и старше (6,76±2,9%). В старшей возрастной группе основной причиной АМК явились полипы (33,8±5,5%) и РЭ (35,14±5,5%). Сложная и атипическая ГЭ выявлялись почти одинаково редко (1-6%) во всех возрастных группах, как правило, на фоне других патологических изменений эндометрия. Простая ГЭ, по определению, изначально является диффузным процессом с выраженными признаками пролиферации в железах и строме [2,4], тогда как СГЭ и АГЭ изначально возникают как микрофокусы. Можно предположить, что не они являются причиной АМК и выявляются случайно на фоне ПГЭ, пролиферативного эндометрия, поли-

поза, деструктивных изменений в атрофичном эндометрии. При изучении протоколов гистологического исследования 51 больной с АГЭ и 167 больных с СГЭ выяснилось, что эти изменения имели очаговый характер на фоне различных состояний эндометрия, отражающих как явные признаки выраженной эстрогенной стимуляции: простая гиперплазия эндометрия (ПГЭ), пролиферативный эндометрий, так и явные признаки гипозэстрогении: атрофичный эндометрий, часто с признаками деструктивных изменений, полипоз, как правило, на фоне атрофичного эндометрия (см. табл. 2).

Строение эндометрия, прилежащего к очагам сложной и атипической гиперплазии эндометрия	Количество больных	
	Сложная гиперплазия эндометрия	Атипическая гиперплазия эндометрия
Простая гиперплазия эндометрия	39 23±3% 17-30%*	10 20±5% 9-30%
Эндометрий пролиферативного типа	32 19±3% 13-25%	5 10±4% 2-18
Эндометрий с секреторными изменениями	11 7±2% 3-10%	2 4±3% -1-9%
Полип и полиповидные фрагменты	56 33±4% 26-40%	22 43±7% 29-56%
Эндометрий переходного типа или атрофичный	29 17±3% 12-23%	12 23±6% 12-35%
Всего	167 (100%)	51 (100%)

Таблица 2. Гистологическая характеристика эндометрия, на фоне которого возникли очаги сложной и атипической гиперплазии эндометрия.

**Доверительный интервал.*

На основании данных литературы [5,6,7,8] и результатов собственных наблюдений можно высказать некоторые суждения о патогенезе и тактике ведения различных форм ГЭ. Так, ПГЭ, являясь следствием

дисбаланса эстрогенов и прогестерона, подлежит заместительной циклической терапии прогестинами, если она сопровождается ациклическими кровотечениями. В то же время вполне допустимо только наблюдение, если после установления диагноза маточные кровотечения не возобновлялись, так как у подавляющего числа больных патологический процесс (ПГЭ и

СГЭ без атипии) не рецидивирует [9]. При этом необходим динамический контроль за состоянием эндометрия (УЗИ, биопсия эндометрия). При АГЭ показано хирургическое лечение, так как у значительного числа больных высока вероятность сосуществования АГЭ и РЭ, не выявленного при первоначальном исследовании [5].

Литература:

1. Кузнецова И.В. Возможности терапии гиперпластических процессов эндометрия. Трудный пациент. 2010; 1-2.
2. Перельмутер В.М. Морфологические изменения эндометрия при гиперплазии и эндометриальной интраэпителиальной неоплазии. Сибирский онкологический журнал, 2008; 5 (29): 5-10.
3. Табакман Ю.Ю. Рак эндометрия. М. 2009: 32-46.
4. Чепик О.Ф. Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия. Практическая онкология. 2004; 5 (1): 9-15.

5. Horn L.C., Schnurrbusch U., Bilek K., Hentschel B., Eienkel J. Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment. Int. J. Gynecol. Cancer. 2004 Mar-Apr; 14 (2): 348-53.
6. Kurman R., Kaminski P., Norris H. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. Br. J. Cancer. 1985 Jul 15; 56 (2): 403-12.
7. Lacey J.V., Sherman M.E., Rush B.B. Absolute Risk of Endometrial Carcinoma During 20-Year Follow-Up Among Women With Endometrial

- Hyperplasia. J. Clin. Oncol. 2010 February 10; 28 (5): 788-792.
8. Lacey J.V. Jr., Ioffe O.B., Ronnett B.M. et al. Endometrial carcinoma risk among women diagnosed with endometrial hyperplasia: the 34-year experience in a large health plan. Br. J. Cancer. 2008 Jan 15; 98 (1): 45-53.
9. Terakawa N., Kigawa J., Taketani Y et al. The behavior of endometrial hyperplasia: a prospective study. Endometrial Hyperplasia Study Group. J. Obstet. Gynecol. Res. 1997 Jun; 23 (3): 223-30.

References:

1. Kuznecova I.V. Vozmozhnosti terapii giperplasticheskikh processov jendometrija. Trudnyj pacient. 2010; 1-2.
2. Perel'muter V.M. Morfologicheskie izmenenija jendometrija pri giperplazii i jendometrial'noj intrajepitelial'noj neoplazii. Sibirskij onkologicheskij zhurnal, 2008; 5 (29): 5-10.
3. Tabakman Ju.Ju. Rak jendometrija. M. 2009: 32-46.
4. Chepik O.F. Morfogenez giperplasticheskikh processov jendometrija. Prakticheskaja onkologija. 2004; 5 (1): 9-15.

5. Horn L.C., Schnurrbusch U., Bilek K., Hentschel B., Eienkel J. Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinicopathologic analysis in cases with and without progestogen treatment. Int. J. Gynecol. Cancer. 2004 Mar-Apr; 14 (2): 348-53.
6. Kurman R., Kaminski P., Norris H. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. Br. J. Cancer. 1985 Jul 15; 56 (2): 403-12.
7. Lacey J.V., Sherman M.E., Rush B.B. Absolute Risk of Endometrial Carcinoma During 20-Year

- Follow-Up Among Women With Endometrial Hyperplasia. J. Clin. Oncol. 2010 February 10; 28 (5): 788-792.
8. Lacey J.V. Jr., Ioffe O.B., Ronnett B.M. et al. Endometrial carcinoma risk among women diagnosed with endometrial hyperplasia: the 34-year experience in a large health plan. Br. J. Cancer. 2008 Jan 15; 98 (1): 45-53.
9. Terakawa N., Kigawa J., Taketani Y et al. The behavior of endometrial hyperplasia: a prospective study. Endometrial Hyperplasia Study Group. J. Obstet. Gynecol. Res. 1997 Jun; 23 (3): 223-30.

PECULIARITIES OF ENDOMETRIAL STATE OF THE PATIENTS WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING

Gulieva V.N.¹, Bishtavi A.Kh.², Kostin A.Yu.³, Ivanov A.E.³, Solopova A.G.¹, Tabakman Yu.Yu.³

¹ State Federal-Funded Educational Institution of Higher Vocational Training I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

² Moscow State University of Medicine and Dentistry

³ Clinical Oncology Dispensary number 1 Department of Health in Moscow

Abstract: abnormal uterine bleeding (AUB) is one of the main clinical symptoms of the diseases of female internal reproductive organs. AUB cannot be considered as the specific symptom of a particular disease. To know the causes of AUB is necessary for rational treatment strategy. Aim. to study the peculiarities of endometrial state of the patients suffering from AUB and the combination of different forms of pathological endometrial (E) changes on the background of AUB. Material. the results of histological examination of endometrium (E) samples taken from 688 patients. Results. the structure of pathological changes of endometrium in case of AUB was identified. Conclusion. complex endometrial hyperplasia and atypical endometrial hyperplasia occur without any regularity on the background of various changes of E reflecting the state of both hypo- and hyper-estrogenia.

Key words: endometrial hyperplasia, pathogenesis, treatment.