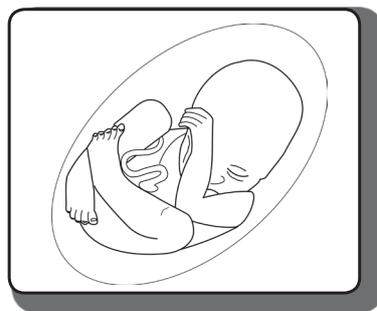


Акушерство и гинекология



УДК 618.1:612.018-053.8-055.2

Г.Б. Безнощенко¹, Л.Г. Макаркина², Е.Н. Кравченко¹, К.П. Кропмаер¹, К.С. Гуртавлева¹

СОЧЕТАННАЯ ДИСГОРМОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

¹Омский государственный медицинский университет,

644043, ул. Ленина, 12, тел. 8-(3812)-23-32-89, e-mail: rector@omsk-osma.ru;

²Городской клинический перинатальный центр, 644007, ул. Герцена, 69, тел. 8-(3812)-23-28-74, г. Омск

Резюме

Обследовано 145 женщин с сочетанной патологией матки и молочных желез в репродуктивном возрасте. В основную группу вошли 82 пациентки с метаболическим синдромом, в группу сравнения – 63 женщины, не имеющие его. Выявлено, что у пациенток с метаболическим синдромом при наличии сочетанной патологии матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия) заболевания молочных желез составили 40 %, в группе женщин, не имеющих метаболического синдрома, – 18,6 %. Полученную синхронность активации пролиферации в различных органах репродуктивной системы следует рассматривать как системный гормонассоциированный процесс, предполагающий комплексность подхода к диагностике и лечению на современном этапе.

Ключевые слова: дисгормональная патология гениталий, дисплазия молочных желез, детородный возраст.

G.B. Beznoshchenko¹, L.G. Makarkina², E.N. Kravchenko¹, K.P. Kropmaer¹, K.S. Gurtavleva¹

COMBINED DYSHORMONAL PATHOLOGY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

¹Omsk State Medical University;

²City Clinical Perinatal Center, Omsk

Summary

145 women with a combined pathology of the uterus and mammary glands at the reproductive age were examined. The main group included 82 patients with metabolic syndrome, compared to 63 women who did not have it. It was revealed that in patients with metabolic syndrome in the presence of a combined pathology of the uterus (myoma, adenomyosis, endometrial hyperplasia), breast diseases accounted for 40 %, in the group of women who do not have a metabolic syndrome – 18,6 %. The resulting synchronism of activation of proliferation in various organs of the reproductive system should be considered as a systemic hormone-associated process that requires a complex approach to diagnostics and treatment at the present stage.

Key words: dysgormonal pathology of the genitals, dysplasia of the mammary glands, reproductive age.

В настоящее время сформулирована концепция гиперпластического синдрома в гинекологии, свидетельствующая о том, что гормональный дисбаланс в репродуктивной системе с одинаковой вероятностью провоцирует нежелательную пролиферацию во всех органах, способных экспрессировать соответствующие рецепторы, в первую очередь – эстрогеновые [1, 2, 3]. Тесная системная и функциональная взаимосвязь между женскими половыми органами и молочными железами несомненна; в клинике почти 85 % пациенток, страдающих заболеваниями молочных желез, имеют в анамнезе гинекологические заболевания.

Изолированных заболеваний молочной железы практически не наблюдается: их диагностируют у 76 % пациенток, имеющих гинекологическую патологию, и, наоборот, гинекологическая заболеваемость у этого контингента составляет 115 %, т. е. на каждую женщину с доброкачественной дисплазией молочных желез (ДДМЖ) приходится более одного гинекологического диагноза. У наблюдаемых с дисгормональными пролиферативными процессами гениталий патологическая перестройка молочных желез (МЖ) наблюдается в 97,8 % [5, 6]. Наиболее значимую группу риска патологии молочных желез составляют женщины с гипер-

пластическими процессами эндометрия и миометрия, являющимися вместе с ДДМЖ звеньями одной цепи.

Цель исследования – изучение взаимосвязи и осо-

бенностей сочетания дисгормональной патологии репродуктивной системы у женщин детородного возраста.

Материалы и методы

Проспективное исследование проведено у 145 больных с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ), сочетанными доброкачественными процессами эндо- и миометрия и МЖ в репродуктивном возрасте [7]. В основную группу вошли 82 женщины с наличием метаболического синдрома (МС); группу сравнения составили 63 пациентки без такового. Внутри основной группы выделены подгруппы с изолированной формой ГПЭ (35,6 %) и сочетанной патологией матки (63,4 %); в группе сравнения наблюдалось 76,2 % пациенток с изолированными и 23,8 % с сочетанными формами пролиферативных процессов матки. Понятие сочетанной дисгормональной патологии матки (СДПМ) объединило патологию эндо- и миометрия: ГПЭ в сочетании с миомой матки, ГПЭ с аденомиозом, ГПЭ с миомой и аденомиозом. Сочетание неатипической ГПЭ и аденомиоза выявлено у 19 больных основной группы (13,1 %); у 98 (67,6 %) пациенток ГПЭ сочеталась с миомой матки. Женщины, имеющие доброкачественную дисплазию молочных желез, были разделены на 3 подгруппы. Эхографически при железистом варианте ДДМЖ (1-я подгруппа)

отмечено увеличение слоя паренхимы желез до 20-23 мм, уменьшение толщины пре- и ретромаммарного слоя. У пациенток 2-й подгруппы основным признаком явилось наличие конгломерата мелких кист в толще фиброзной ткани размерами 4-8 мм. В 3-й подгруппе достоверным признаком явилось увеличение толщины фиброгландулярного слоя МЖ до 15 мм, выраженное повышение эхогенности железистой ткани, наличие перидуктального фиброза. Проводилась оценка антропометрических параметров, бактериологическое и биохимическое исследование крови, изучение турецкого седла, данных морфологии эндометрия, показателей кольпоскопии, гистероскопии, УЗИ органов малого таза, молочных желез. Изучено содержание гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактин), щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ), стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон, кортизол, тестостерон, ДЭАС) в плазме крови. Статистическую обработку полученных данных проводили с определением средних величин, оценивая их достоверность. Использовали метод дисперсионного анализа, непараметрические критерии Вилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Экстрагенитальная патология предшествовала выявлению СДПМ в основной группе у 136 (98,8 %) обследованных и была представлена железодефицитной анемией, эндокринопатиями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, патологией почек, нарушением жирового обмена. 73,1 % пациенток имели ранее хронические воспалительные процессы малого таза и половые инфекции.

В основной группе обследованных неатипическая ГПЭ диагностирована в 86,5 %, полипы эндометрия – в 5,8 %, атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ) – в 7,7 %, среди пациенток группы сравнения соответственно 75,8 %, 12,3 % и 1,9 %. В группе больных с МС гиперплазия эндометрия (табл. 1) в сочетании с аденомиозом выявлена у 9,8 % наблюдаемых, с миомой – у 68,2 %, полипы эндометрия с миомой – у 9,8 %, сочетанная патология матки в 12,2 %. В группе сравнения сочетание миомы матки с аденомиозом и ГПЭ обнаружено у 14,3 % пациенток, аденомиоз и ГПЭ – у 9,5 %, ГПЭ с миомой матки – у 66,7 %, миома матки с полипами эндометрия – у 9,5 %.

У 63,5 % больных основной группы с СДПМ выявлены патологические состояния шейки матки; в группе сравнения – у 33,3 %. По данным лабораторных исследований миома матки и/или аденомиоз в сочетании с ГПЭ выявлены у женщин с МС на фоне гиперандрогении, избыточной секреции ЛГ и кортизола, снижения уровня ФСГ и прогестерона при неизменной концентрации тестостерона и гормонов щитовидной железы. Выраженность пролиферативных процессов эндо- и миометрия в достаточной мере отражала и степень функциональных изменений в яичниках: при

сочетанной форме патологии матки – в 75,6 %±0,55 %, при изолированной – в 44,4±0,76 % ($p<0,05$).

Таблица 1

Виды сочетанных процессов эндо- и миометрия в группах, % (M±m)

Патология эндо- и миометрия	Основная группа	Группа сравнения	p
ГЭ и миома матки	68,2±0,23	66,7±0,21	<0,05
Аденомиоз и миома матки	9,8±0,11	9,5±0,20	>0,05
Аденомиоз, ГЭ и миома матки	12,2±0,23	14,3±0,32	<0,001
Полипы эндометрия и миома матки	9,8±0,22	9,5±0,31	>0,05

В основной группе пациенток (табл. 2) ДДМЖ составила 49,0 % (17,9 % – при изолированной форме патологии матки и 31,1 % – при СДПМ). В группе сравнения ДДМЖ выявлена у 18,6 % пациенток (12,4 % среди больных с изолированной патологией матки; $p<0,05$). При ГПЭ в сочетании с миомой чаще, чем при иных вариантах, выявлялась ДДМЖ ($p<0,05$), тогда как в группе обследованных только с аденомиозом преобладал железистый компонент. При СДПМ наблюдалось также превалирование диффузных форм мастопатий в сравнении с частотой очаговых изменений в МЖ в обеих группах обследованных (49 % и 18,6 % соответственно; $p<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что при сочетанных пролиферативных процессах эндо- и миометрия в репродуктивном возрасте риск заболеваний МЖ более значим, чем при наличии изолированных форм патологии матки. Параллельное развитие СДПМ и ДДМЖ следует рассматривать как однопавленность реакций органов – мишеней в ответ на системные патологические воздействия [8, 9].

Состояние молочных желез у пациенток с СДПМ, % (M±m)

Патология матки/состояние МЖ	Основная группа (n=82)			Группа сравнения (n=63)		
	изолированная (n=30)	сочетанная (n=52)	P	изолированная (n=48)	сочетанная (n=15)	P
ФКМ	17,9±0,63	31,1±0,55	<0,001	12,4±0,14	6,2±0,57	<0,05
Доброкачественные опухоли МЖ	1,4±0,48	3,4±0,52	<0,01	1,4±0,53	2,8±0,39	<0,05
Патологических изменений нет	1,4±0,29	1,4±0,25	–	19,3±0,76	1,4±0,19	<0,001

Выводы

1. Среди пациенток с метаболическим синдромом преобладает сочетанная дисгормональная патология эндо- и миометрия; у больных без проявлений метаболического синдрома чаще выявляются изолированные формы гиперплазий эндометрия.

2. Гиперпластические процессы эндометрия нередко сочетаются с патологическими состояниями гормонозависимых структур репродуктивной системы: лейомиомой матки, аденомиозом, пролиферативными процессами яичников и молочных желез.

Литература

1. Киселов В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л. Гиперпластические процессы органов репродуктивной системы; теория и практика. – М.: Медпрактика-М, 2010. – 203 с.
2. Макаркина Л.Г. Сочетанная дисгормональная патология эндо- и миометрия у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2003. – 20 с.
3. Макаров И.О., Овсянникова Т.В., Шешунова М.А., Боровская Е.И., Федотова А.С., Молекулярные аспекты гиперпластических процессов эндометрия // Росс. вестник акуш.-гинеколог. – 2010. – № 6. – С. 18-22.
4. Молочная железа и гинекологические болезни / Под ред. В.Е. Радзинского. – М., 2010. – 195 с.
5. Павловская М.А., Тутикова Л.В., Современные представления об этиопатогенезе гиперпластических процессов эндометрия в репродуктивном возрасте //

- Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – Т. 3 (67). – С. 10-13.
6. Сидорова И.С., Шешунова М.А., Федотова А.С. Современный взгляд на проблему гиперпластических процессов // Росс. вестник акуш.-гинеколог. – 2008. – № 5. – С. 19-23.
7. Belgin S., Kayisli Umit A., Naciyc M., Ayain A. Regulation of Fas Liganal Expression by Estradiol and progesterone in Human Endometrium // Biology of Reproduction. – 2001. – Vol. 65, № 4. – P. 279-285.
8. Ivanov S., Kovachev E., Tsonev A., Abbud A. Modern tendencies in treatment of atypical glandular hyperplasia-our and foreign experience // Akush Ginekol. – 2010. – № 49 (2). – P. 47-49.
9. Levy B.S. Management of uterine fibroids // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2008. – № 87 (8). – P. 812-823.

Literature

1. Kiselov V.I., Sidorova I.S., Unanyan A.L. Hyperplastic processes of the organs of the reproductive system; theory and practice. – M.: Medpraktika-M, 2010. – 203 p.
2. Makarkina L.G. Combined dysghormonal pathology of endo- and myometrium in women of reproductive age: Abstract of a thesis ... of a Candidate of Medical Science. – Perm, 2003. – 20 p.
3. Makarov I.O., Ovsyannikova T.V., Sheshunova M.A., Borovskaya E.I., Fedotova A.S. Molecular aspects of the hyperplastic processes of the endometrium // Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist. – 2010. – № 6. – P. 18-22.
4. Mammary gland and gynecological diseases / Ed. by V.E. Radzinsky. – M., 2010. – 195 p.
5. Pavlovskaya M.A., Tutikova L.V. Modern concepts of the etiopathogenesis of the endometrial hyperplastic

- processes in reproductive age // Medical Aspects of Women's Health. – 2013. – Vol. 3 (67). – P. 10-13.
6. Sidorova I.S., Sheshunova M.A., Fedotova A.S. A modern view on the problem of hyperplastic processes // Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist. – 2008. – № 5. – P. 19-23.
7. Belgin S., Kayisli Umit A., Naciyc M., Ayain A. Regulation of Fas Liganal Expression by Estradiol and progesterone in Human Endometrium // Biology of Reproduction. – 2001. – Vol. 65, № 4. – P. 279-285.
8. Ivanov S., Kovachev E., Tsonev A., Abbud A. Modern tendencies in treatment of atypical glandular hyperplasia – our and foreign experience // Ostetrics and Gynecology. – 2010. – № 49 (2). – P. 47-49.
9. Levy B.S. Management of uterine fibroids // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2008. – № 87 (8). – P. 812-823.

Координаты для связи с авторами: Безнощенко Галина Борисовна – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДПО ОмГМУ, тел.: 8-(3812)-23-02-93, +7-913-964-29-11; Макаркина Людмила Геннадьевна – канд. мед. наук, зав. отделением ВРТ БУЗОО ГКПЦ г. Омска; Кравченко Елена Николаевна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ДПО ОмГМУ, тел. 8-(3812)-23-02-93, e-mail: kravchenko.en@mail.ru; Кропмаер Кирилл Петрович – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ДПО ОмГМУ, тел.: 8-(3812)-23-02-93, +7-913-638-64-05, e-mail: kirillka75@mail.ru; Гуртавлева Ксения Сергеевна – клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии ДПО ОмГМУ, тел. 8-(3812)-23-02-93, +7-983-624-34-99.