

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**На правах рукописи**

**НАИДА ЧИНГИЗ КЫЗЫ ГУЛИЕВА**

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ  
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ  
ЭНДОМЕТРИЯ**

**3215.01 – Акушерство и гинекология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени доктора  
философии по медицине**

**Баку - 2013**

Работа выполнена на базе научно – исследовательского института акушерства и гинекологии

**Научные руководитель**

доктор медицинских наук,  
профессор

**И.А. Шамхалова**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор

**Н.М. Камилова**

кандидат медицинских наук,

**С.Н. Мамедова**

**Ведущее учреждение:** Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедры акушерства и гинекологии.

Защита состоится « 12 » ноября 2013 года в 16:00 часов на заседании Диссертационного Совета D 03.011 при Азербайджанском Медицинском Университете

Адрес: 1022, г. Баку ул. Бакиханова 23

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Автореферат отправлен « 03 » октября 2013 г.

Ученый секретарь  
Диссертационного Совета D 03.011  
доктор медицинских наук, профессор

**Ш.Ф.Ибрагимли**

**Актуальность темы.** Быстро развивающаяся проблема гиперпластических процессов эндометрия занимает одно из первых мест в современной гинекологии, вызывая интерес многих специалистов: морфологов, онкологов, гинекологов и эндокринологов. Актуальность предраковых заболеваний эндометрия определяется увеличением числа больных за счет повышения точности диагностики, сложности патогенеза заболевания, увеличения факторов и групп риска, трудностями распознавания клинически не выраженных форм синдрома, сравнительно частыми рецидивами (Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д.). К тому же у значительного числа таких больных выявляются эндокринные нарушения (сахарный диабет, ожирение), миома матки, синдром Штейна-Левенталя, эндометриоз, изменения в яичниках (развитие фолликулярных кист, гиперплазия текасткани).

По мнению Г.М. Савельевой и В.Н. Серова, рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия у женщин в пре- и постменопаузе должна рассматриваться как предрак эндометрия. В связи с этим, гиперпластические процессы эндометрия, резистентные к гормональной терапии, особенно у больных в пре- и постменопаузе, в настоящее время считаются показанием к радикальному хирургическому лечению - надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. Гистерэктомия является сложной и наиболее травматичной операцией в гинекологии, сопровождается значительным числом осложнений, а также вегетативно-сосудистыми, обменно-эндокринными, нервно-психическими и сексуальными расстройствами у больных в послеоперационном периоде (Алан Х., Дл. Черни, Лорен Натан.). Высокая частота подобных нарушений возможно связана с тем, что радикальные оперативные вмешательства осложняют ход естественной гормональной и функциональной перестройки организма. Все это диктует необходимость продолжения поисков эффективного и хорошо переносимого способа лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия. В последние годы внимание исследователей вновь было привлечено к способам разрушения эндометрия при помощи различных химических и физических факторов с целью достижения аменореи за счет воссоздания синдрома Ашермана (Атабекова Л.А., Виноградова Н.М., Шарапова Е.И).

С внедрением в гинекологическую практику гистероскопии впервые стало возможно достоверное разрушение и удаление всего эндометрия под визуальным контролем с помощью хирургического лазера или электрического тока. Эта операция получила название резекция эндометрия и широко применяется за рубежом для лечения меноррагии при неэффективности медикаментозных методов, при наличии противопоказаний к гормональной терапии и к радикальному хирургическому вмешательству из-за тяжести соматической патологии (Стрижакова Н.В., Зуева Е.А).

**Целью** настоящей работы является разработка рациональной тактики ведения больных с ГПЭ и лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия с помощью резекции эндометрия у пациенток позднего репродуктивного возраста.

Для достижения данной цели поставлены следующие **ЗАДАЧИ**:

1. Изучить факторы возникновения, разработать алгоритм ведения и сформировать группы риска развития гиперпластических процессов эндометрия.
2. Изучить особенности клинического течения и эффективность гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия в зависимости от возраста, гормонального статуса, наличия сопутствующей патологии миометрия, яичников, экстрагенитальной патологии и выработать критерии отбора больных для резекции эндометрия.
3. Определить показания, изучить эффективность лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия с помощью гистерорезектоскопии, оценить общий клинический и местный эффект резекции эндометрия.
4. Разработать тактику ведения больных после резекции эндометрия в раннем и позднем послеоперационном периоде.
5. Изучить отдаленные результаты лечения больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия и сравнить эффективность резекции эндометрия с эффективностью гормональной терапии при данной патологии.

**Основные положения выносимые на защиту:**

1. Гормональная терапия гиперпластических процессов эндометрия эффективна в раннем репродуктивном периоде у женщин заинтересованных в продолжении репродуктивной функции. В

позднем репродуктивном периоде эффективность гормонотерапии составляет 30.5 % случаев и направлена на подавление менструальной функции.

2. В случае рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия, размеров матки не больше 8 недель, наличии противопоказаний к гормонотерапии у женщин не заинтересованных в продолжении репродуктивной функции рекомендуется резекция эндометрия.
3. При тщательном учете показаний к операции и правильном подборе контингента больных резекции эндометрия является реальной альтернативой как длительному гормональному, так и радикальному хирургическому лечению гиперпластических процессов эндометрия.

**Научная новизна.** В данной диссертационной работе усовершенствованы критерии отбора женщин групп риска развития гиперпластических процессов эндометрия и разработан избирательный подход к коррекции. Определены показания и противопоказания к резекции эндометрия, оценены общий клинический эффекты лечения гормональными препаратами и резекции эндометрия, а также местный эффект резекции эндометрия при гиперпластических процессах слизистой оболочки тела матки. Изучены результаты операции в зависимости от возраста пациенток, их гормонального статуса, исходного морфологического состояния эндометрия, наличия сопутствующей патологии миометрия и яичников и выработаны критерии отбора больных для резекции эндометрия. В результате проведенных исследований разработана рациональная тактика ведения больных после резекции эндометрия в раннем и позднем послеоперационном периоде, изучены отдаленные результаты лечения больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия, дана сравнительная оценка эффективности резекции эндометрия с эффективностью гормональной терапии при данной патологии.

**Практическая значимость.** Проведенное исследование позволит практическим врачам ограничить число лиц с высоким риском развития данной патологии, провести своевременную диагностику и использовать все методы профилактики перерождения гиперпластических процессов в предрак, а затем в рак эндометрия. Использование УЗИ, гистероскопии и морфологических исследований,

определение онкоантигенов в сочетании позволяет дать дифференцированную патогенетическую оценку тяжести течения гиперпластических процессов эндометрия. Комплексная терапия с применением гормонотерапии сопровождается нормализацией менструального цикла и положительной динамикой показателей cito- и гистограмм. В результате наших исследований разработана рациональная тактика ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия, предложен метод резекции эндометрия. На основании полученных результатов для внедрения в клиническую практику рекомендован метод резекции эндометрия в качестве альтернативы гормональной терапии и радикальному хирургическому лечению при рецидивирующих гиперпластических процессах эндометрия у больных раннего и позднего репродуктивного возраста.

**Апробация работы.** Настоящая работа проведена в соответствии с планом, научно-исследовательских работ НИИ акушерства и гинекологии.

**Публикации:** Основные положения диссертации опубликованы в 8 печатных работах.

**Объем и структура диссертации:** Диссертация изложена на 133 страницах и состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 160 источников. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 24 рисунками.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

В клинике НИИ Акушерства и Гинекологии за период с 2005 по 2010 годы было проведено обследование и лечение 150 пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. Основную группу из 134 больных составили женщины, получавшие гормональную терапию.; в группу сравнения вошли 16 женщин, которым была выполнена резекция эндометрия.

Возраст обследованных пациенток колебался от 25-45 лет и составил в среднем  $30 \pm 6$  лет (в основной группе –  $30 \pm 6$  в группе сравнения -  $35 \pm 7$ ).

68 больных находилось в раннем репродуктивном периоде, 82 в позднем репродуктивном периоде. 28.4 % пациенток предъявляли жалобы на обильные длительные менструации, 37.3% - на нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения, 34.7 % - на

ациклические кровянистые выделения из половых путей. У 58 % больных менструации были болезненными, у 36.7 % отмечались боли в нижних отделах живота и пояснице, не связанные с фазой цикла. В таблице 2 представлены основные жалобы пациенток при поступлении.

На момент обследования и начала лечения у всех пациенток имелись сопутствующие соматические заболевания, причем у 43 женщин (28.6%) отмечалось 2-3 хронических экстрагенитальных заболевания, а у 20 (13.3%) - более 3. У пациенток основной группы 96 (71.6%) и у 15 пациенток группы сравнения (93.7%) в анамнезе были беременности, первичным бесплодием соответственно страдали 39 (29.1%) больных основной группы, вторичное бесплодие отмечалось у 14 (10.5%) пациенток основной группы. Число беременностей варьировало от 1 до 15. Роды были у 96 (71.6 %) больных основной группы и у 15 (93.7%) больных группы сравнения: одни роды были у 17 женщин (11.3%), двое - у 80 (53.3%), трое - 13 (8.6%), четверо - у 1 (0.6%).

Обращает на себя внимание высокая частота осложнений родов и послеродового периода у обследованных больных: у 60(44.7%) больных основной группы и у 13(81.2%) больных группы сравнения. Слабость родовой деятельности отмечалась у 8(5.9%)и 2(12.5%) больных, соответственно; преждевременное излитие околоплодных вод - у 19(14.2%) и 5(31.2%), преждевременная отслойка плаценты - у 4 (2.9%) и 2 (12.5%), плотное прикрепление плаценты - у 5(3.7%) пациенток основной группы, дефект плаценты - 17 (12.6%) и 3 (18.7%) , гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде - у 7 (5.2%) и 1(6.2%), послеродовые эндометриты - у 13 (9.7%)и 3 (18.7%) пациенток, соответственно.

Самопроизвольные выкидыши в анамнезе были у 35 больных (23.3%), причем у 9 женщин (6.0%) было привычное невынашивание беременности. Искусственные аборт были у 85 пациенток (72 пациенток основной группы (53.7%) и 13 пациенток группы сравнения (81.2%)). Число абортов у каждой конкретной пациентки варьировало от 1 до 15. У подавляющего большинства женщин было 1-4 искусственных аборта 63(47 %) и 11(68.7%) в основной группе и в группе сравнения). При этом у 9 (6.7%) пациенток основной группы и у 2(12.5%) пациенток группы сравнения было более 10 абортов в анамнезе.

У всех обследованных пациенток гиперпластические процессы эндометрия сочетались с другой гинекологической патологией. В

процессе обследования, лечения и динамического наблюдения за пациентками основной группы и группы сравнения проводилось подробное изучение анамнеза, полное клинико-лабораторное обследование, гинекологическое бимануальное исследование, определение содержания гонадотропных гормонов и половых стероидов в сыворотке крови, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, кольпоцитологическое исследование, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия. В ряде случаев, при наличии кист, поликистоза яичников, миомы матки и т.д. - лапароскопия с кистэктомией, электрокаутеризацией яичников, консервативной миомэктомией, а также гистологическое исследование соскобов эндометрия и эндоцервикса и послеоперационных биоптатов.

При объективном обследовании определяли рост и массу тела, состояние молочных желез. Состояние молочных желез определяли при осмотре, пальпации и уточняли на основании данных маммографии.

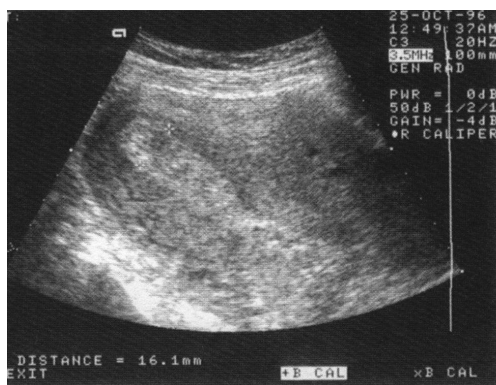
При гинекологическом исследовании особое внимание уделялось состоянию шейки и тела матки. При осмотре шейки матки в зеркалах выявляли наличие гипертрофии, рубцовой деформации, эктопии и ретенционных кист шейки матки. При бимануальном влагалищном исследовании определяли размеры, форму, подвижность матки, оценивали состояние придатков матки, крестцово-маточных связок.

Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное обследование, включавшее клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (уровень глюкозы, белка, креатинина, билирубина, АсАТ, АлАТ), коагулограмму.

Кроме того, у пациенток основной группы и пациенток группы сравнения определялось содержание в сыворотке крови гормонов: ЛГ, ФСГ, пролактина, прогестерона, эстрадиола, тестостерона, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>, ТSH. Забор крови для исследования производили из кубитальной вены утром натощак на 3-5 или 19-21 день цикла у больных с сохраненным менструальным циклом и независимо от фазы цикла у больных с ациклическими кровянистыми выделениями. Исследования выполнялись в гормональной лаборатории «Медлаб», «Медикс», «Шафа». В качестве нормативных показателей для сравнения полученных результатов использовались стандартные показатели для здоровых женщин репродуктивного возраста.



Для уточнения состояния шейки матки некоторым больным выполнялась расширенная кольпоскопия на бинокулярном кольпоскопе фирмы «Leisegang» (Германия), модель, при 10-кратном увеличении. Анатомические особенности и состояние внутренних половых органов уточнялось при трансвагинальном ультразвуковом исследовании. Использовался ультразвуковой аппарат «Sono Scape S6», «Sono Scape 9000», «Logic 280» с трансвагинальным конвексным датчиком. Всем больным ультразвуковое исследование производилось до начала лечения на 3-5 день менструального цикла у больных с сохраненным менструальным циклом и независимо от фазы цикла у больных с ациклическими кровянистыми выделениями; при этом оценивались общие размеры матки, структура миометрия, выявлялось наличие миоматозных узлов, их размеры, локализация, наличие эхо-признаков аденомиоза. Особое внимание уделялось изучению срединного маточного эха (М-ЭХО) - отражению от эндометрия и стенок полости матки. Определялась величина переднее - заднего размера и структура М-ЭХО.



.Рисунок 1. УЗ картина гиперплазии эндометрия.

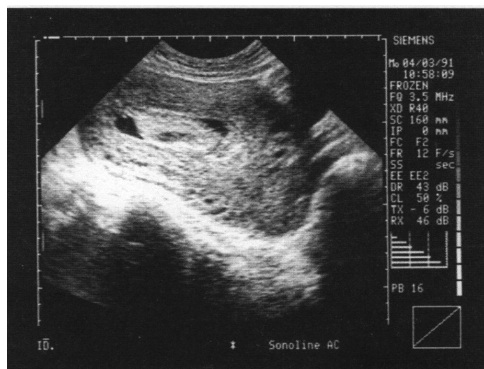


Рисунок № 2. УЗ картины полипа эндометрия

Состояние полости матки и ее слизистой оболочки оценивалось при жидкостной гистероскопии в первую фазу менструального цикла у больных с сохраненным менструальным циклом и независимо от фазы цикла у больных с ациклическими кровянистыми выделениями. Гистероскопия производилась с помощью жесткого 7 миллиметрового гистероскопа фирмы «Karl Storz» (ФРГ) после предварительного расширения цервикального канала расширителями Гегара; в качестве среды для расширения полости матки использовали изотонический раствор хлорида натрия. Во всех случаях гистероскопию осуществляли под общим внутривенным наркозом. При гистероскопии оценивали размеры и форму полости матки, наличие ее деформации, особое внимание обращали на цвет, толщину, складчатость эндометрия, наличие полипов эндометрия, внутриматочных синехий, эндометриоидных ходов. Для определения состояния яичников и выявления гиперпластических процессов при наличии поликистозных яичников, миомы матки у пациенток основной группы и у пациенток группы сравнения произведена биопсия яичников при лапароскопии. Полученный материал (биоптаты и соскобы эндоцервикса и эндометрия) подвергали гистологическому исследованию.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ОСНОВНОЙ ГРУППЫ.**

Гормональная терапия не требуется у больных с тщательно удаленными фиброзными полипами эндометрия, развившимися на фоне секреторной трансформации слизистой оболочки тела матки. В

остальных случаях с целью профилактики рецидивов показано назначение гормональных препаратов. Основой гормональной терапии являются: 1) местное действие, направленное на подавление пролиферации эндометрия, приводящее к его атрофии 2) центральное действие, направленное на подавление гонадотропных гормонов гипофиза, а, следовательно торможение стероидогенеза в яичниках. В репродуктивном периоде конечной целью лечения является восстановление овуляторных циклов, при ановуляции и наступлении беременности при бесплодии ; в позднем репродуктивном - подавление менструальной функции. Необходимо отметить, что при наличии кист яичников и миом матки больших размеров, гормональную терапию надо начинать только после хирургического удаления последних.

Таблица № 1

Оперативные вмешательства до назначения гормональной терапии.

<b>Операции</b>	<b>Количество Больных</b>
Гистероскопия. Выскабливание Полости матки	35
Гистероскопия. Полипэктомия.	65
Лапароскопия. Кистэктомия. Гистероскопия. Выскабливание полости матки.	12
Лапароскопия. Аднексектомия. ГС. ДВ.	2
Лапароскопия. Электрокаутеризация яичников. ГС. ДВ.	11
Лапароскопия. Консервативная миомэктомия. ГС. ДВ	10
Гистероскопия. Удаление субмукозного узла. ДВ.	4
Диагностическое выскабливание полости матки.	15

Для проведения гормональной терапии нами в основной группе использовались гестагены, в том числе внутриматочная спираль «Мирена», антагонисты гонадотропинрилизинг гормонов,

При анализе результатов лечения в зависимости от возраста выявлено, что терапия КОК и гестагены, с последующим восстановлением овуляторных циклов, эффективна у пациенток

раннего репродуктивного возраста, заинтересованных в продолжении репродуктивной функции. С пациентками позднего репродуктивного возраста дело обстоит иначе. В данном случае эффективны внутриматочная спираль «Мирена» и аГРлг, то есть терапия направленная на подавление менструальной функции.

В течение периода наблюдения радикальное оперативное лечение было проведено у пациенток 24 (17.9%). У из них в 16.4% случаев рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия сочетались с патологией миометрия (миома матки и/или аденомиоз). Показаниями к операции явилось рецидивирование заболевания, сохранение меноррагии, рост миомы матки и возникновение злокачественной трансформации эндометрия (у 15 больных с атипической гиперплазией эндометрия), несмотря на проводимую гормональную терапию.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ГРУППЫ СРАВНЕНИЯ.**

В соответствии с поставленными задачами резекция эндометрия произведена у 16 больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия.

Пациентки активизируются в день операции через 6-8 часов. Незначительные тянущие боли внизу живота беспокоят в течение первых 12-24 часов после операции и купируются приемом ненаркотических анальгетиков. У 7(44%) пациенток в первые сутки после операции отмечалась субфебрильная температура. В последующие дни температура тела нормализовалась. С целью профилактики инфекционных осложнений всем пациенткам проводился курс антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра действия в течение 3-5 дней. По данным клинического анализа крови на 2-е и 5-е сутки после абляции эндометрия не было отмечено нарастания лейкоцитоза, сдвигов в лейкоцитарной формуле или повышения скорости оседания эритроцитов. Для объективизации контроля за течением послеоперационного периода изучена ультразвуковая картина полости матки в ранние и поздние сроки после операции. В раннем послеоперационном периоде полость матки у всех больных характеризовалась яркими гиперэхогенными контурами при наличии или отсутствии содержимого. У пациенток после

резектоскопической абляции эндометрия визуализировалась зона коагуляционного некроза миометрия, прилежащего к полости матки, в виде полосы неравномерной толщины с экзогенностью несколько выше средней.

При динамическом наблюдении у всех пациенток, независимо от наличия или отсутствия аменореи, отмечено постепенное уменьшение размеров матки. По данным УЗИ через 9 месяцев после операции выявлено статистически достоверное уменьшение длины и передне-заднего размера матки по сравнению с исходными показателями.

При сравнении результатов лечения пациенток основной и сравнительной групп продемонстрировано, что частота рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у пациенток после резекции эндометрия достоверно ниже, чем после гормональной терапии. Частота рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у пациенток основной и сравнительной групп (в том числе в различных возрастных подгруппах) представлена в таблице 2.

Таблица № 2

Частота рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия после резекции эндометрия и гормональной терапии у пациенток различных возрастных групп.

<b>Возраст</b>	<b>Основная группа n (%)</b>	<b>Группа сравнения n (%)</b>	<b>P</b>
Ранний репродуктивный	10 (7.4%)	3 (18.7%)	0,123
Поздний репродуктивный	29 (21.6%)	1 (6.2%)	0,019
<b>ВСЕГО</b>	<b>39 (29.1%)</b>	<b>4 (25%)</b>	<b>0,0005</b>

Частота радикальных операций и минимальных инвазивных вмешательств (гистероскопия) выполненных в течение периода наблюдения, была достоверно выше в основной группе.

На основании изучения особенностей течения послеоперационного периода нами разработаны принципы ведения пациенток в ранние и поздние сроки после операции. Поскольку, как продемонстрировано выше, по наличию или отсутствию кровянистых выделений не представляется возможным достоверно судить о радикальности

удаления эндометрия, то особое значение приобретает оценка состояния полости матки при помощи ультразвукового исследования.

Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют, что резекция эндометрия является эффективным, минимально травматичным и хорошо переносимым методом лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия и при правильном отборе пациенток может рассматриваться как реальная альтернатива длительной гормональной терапии.

Однако, учитывая, что отсутствие рецидивирования гиперплазии и полипов эндометрия возможно только при радикальном удалении базального слоя слизистой оболочки тела матки и полном отсутствии роста эндометрия при дальнейшем наблюдении, мы решили проанализировать условия, при которых регенерация эндометрия выявлялась с большей вероятностью. Учитывая, что, как было показано выше, регенерация слизистой оболочки тела матки после резекции практически не зависит от техники выполнения операции, была изучена зависимость частоты обнаружения зон роста эндометрия от возраста пациенток, размеров матки и толщины М-ЭХО перед операцией, от наличия сопутствующей патологии миометрия и яичников, концентраций гонадотропных гормонов и эстрадиола в сыворотке крови пациенток и морфологической формы гиперпластического процесса эндометрия.

Как видно из приведенных выше данных, в группу высокого риска вошли больные моложе 40-45 лет с диффузной железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия, с размерами матки, превышающими 6 недель беременности, и с толщиной М-эхо на момент операции более 10 мм, с наличием аденомиоза и гиперпластических процессов яичников, сопровождающихся гиперэстрогенией. К группе низкого риска, в которой резекция эндометрия будет наиболее эффективной, следует относить пациенток старше 40 лет с железисто-фиброзными полипами на фоне атрофического или пролиферирующего эндометрия, с размерами матки не более 5 недель беременности и с неизменным миометрием и яичниками, при низкой концентрации эстрогенов и высоких уровнях гонадотропных гормонов в сыворотке крови.

Все вышеотмеченное определяет важное значение алгоритма ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия, который включает следующие этапы

## **АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ.**



## ВЫВОДЫ

1. В группу риска по развитию гиперпластические процессы эндометрия относятся женщины,страдающие ановуляторными маточными кровотечениями,ожирением 18%, гипертонической болезнью 30%,заболеванием щитовидной железы 19.6 %,в семейном анамнезе которых отмечается высокая частота соматических и гинекологических заболеваний. Факторами риска развития гиперпластические процессы эндометрия являются раннее менархе 3 %, воспалительные заболевания придатков матки 28.8 %, невынашивания беременности 23.3% ,аборты 56.6 %, осложнения абортот и самопроизвольных выкидышей 49.6 % ,частое выскабливания полости матки 14.4 %, применения внутриматочных спиралей 50 %, высокая частота осложнений родов и послеродового периода 16.9%,заболевания яичников 13.9% и т.д.

2. Гиперпластические процессы эндометрия клинически проявляются обильными длительными менструациями 28.4 %, нерегулярными менструациями, переходящими в кровотечения 37.3 %,ациклическими кровянистыми выделениями из половых путей 34.7% ,болями в нижних отделах живота и пояснице 36.7 % ,не связанные с фазой цикла и болезненными менструациями 58%.

3. Алгоритм ведения больных с гиперпластических процессов эндометрия включает: уточнение источника кровотечения, клинико-анамнестические данные, УЗИ (абдоминальное и трансвагинальное), определение онкоантигенов, гормональные исследования крови ,диагностический минимум (гистероскопия, выскабливание, аспирация),гистологическое исследование полученного материала и в итоге комплексная оценка и определение лечебной тактики.

4. Гормональная терапия эффективна в раннем репродуктивном периоде,у женщин заинтересованных в продолжение репродуктивной функции. Эффективность гормонотерапии в раннем репродуктивном периоде составила 40.2 %; терапия направлена на устранение гиперпластических процессов эндометрия, восстановление овуляторных циклов,при ановуляции и наступления беременности, при бесплодии.В позднем репродуктивном периоде эффективность гормонотерапии составила 30.5% и направлена на подавление менструальной функции. Рецидивирование гиперпластических процессов эндометрия в этом возрасте составила 21.6 % ( против 7.5 % в раннем репродуктивном возрасте).В случае рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия, размеров матки меньше 8 недель,наличии противопоказаний



к гормонотерапии у женщин не заинтересованных в продолжении репродуктивной функции рекомендуется резекция эндометрия.

5. Показаниями к резекции эндометрия являются изолированные или сочетанные с патологией миометрия (миома матки, аденомиоз I степени распространения) доброкачественные рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия у пациенток позднего репродуктивного возраста, завершивших генеративную функцию, с размерами матки, не более 7-8 недель беременности, особенно при наличии резистентности к гормональной терапии и противопоказаниях к ней или к радикальному хирургическому вмешательству.

6. Исход резекции эндометрия зависит от возраста пациентки, размеров матки, величины передне-заднего размера М-эха, наличия сопутствующей патологии миометрия и яичников, гормонального профиля пациентки и морфологической формы гиперпластического процесса эндометрия. Эффективность операции существенно снижалась у пациенток моложе 40 лет с гиперэстрогенией, при наличии аденомиоза и гиперпластических процессов яичников, а также у пациенток с большими размерами матки.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Гормональная терапия не требуется у больных с тщательно удаленными фиброзными полипами эндометрия, развившимися на фоне секреторной трансформации слизистой оболочки тела матки. В остальных случаях с целью профилактики рецидивов показано назначение гормональных препаратов. Основой гормональной терапии являются: 1) местное действие, направленное на подавление пролиферации эндометрия, приводящее к его атрофии 2) центральное действие, направленное на подавление гонадотропных гормонов гипофиза, а следовательно торможение стероидогенеза в яичниках.

2. При наличии кист яичников и миом матки больших размеров, гормональную терапию надо начинать только после хирургического удаления последних. В репродуктивном периоде конечной целью лечения является устранение гиперпластических процессов эндометрия, восстановление овуляторных циклов при ановуляции, наступление беременности при бесплодии; в позднем репродуктивном - подавление менструальной функции. Продолжительность лечения составляла не менее 6 месяцев. Период наблюдения от 3- 6 месяцев.

3. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать метод резекции эндометрия в качестве альтернативы гормональной

терапии и радикальному хирургическому вмешательству для лечения изолированных или сочетанных с патологией миометрия (миома матки, аденомиоз 1 степени распространения) доброкачественных рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия у пациенток позднего репродуктивного возраста, завершивших генеративную функцию с размерами матки менее 7 недель беременности.

4. Для улучшения результатов операции необходимо проводить комплексное предоперационное обследование пациенток, включающее определение концентраций гонадотропных гормонов и эстрогенов в сыворотке крови, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза с измерением размеров матки и величины передне-заднего размера М-эхо, гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием эндометрия и эндоцервикса и биопсией миометрия и гистологическое исследование соскобов и биоптатов. Рекомендуется оценка полученных данных, при высоком риске регенерации эндометрия, целесообразно рассмотреть вопрос о применении альтернативных методов лечения.

#### **Список напечатанных статей.**

1. Шамхалова И.А., Гулиева Н.Ч., «Ранняя диагностика гиперпластических процессов эндометрия» Журнал «Saglamliq» №6, 2006 г: стр.175-179.
2. Гулиева Н.Ч., «Гистероскопия в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия» Журнал «Saglamliq» №8 , 2007г : стр.167-170.
3. Гулиева Н.Ч., Шамхалова И.А., «Факторы риска развития гиперпластических процессов эндометрия» Журнал «Saglamliq» №9 , 2008 г : стр.140-144.
4. Гулиева Н.Ч, Журнал «Возможные критерии ранней диагностики и коррекции гиперпластических процессов эндометрия» «Azərbaycan Tibb Jurnalı» №4 , 2009 г стр.58-61.
5. Гулиева Н.Ч., Шамхалова И.А., «Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri» Журнал №4, 2009 г. «Лечение гиперпластических процессов эндометрия агонистами гонадотропин релизинг гормона», стр.46-49.
6. Гулиева Н.Ч., Шамхалова И.А., « Экспериментальная и клиническая медицина» Журнал Грузия,2010, № 3.стр.15-19.
7. Гулиева Н.Ч., Шамхалова И.А., «Проблемы репродукции» Москва, Журнал 2011, №2 «Дифференцированный выбор метода лечения

гиперпластических процессов эндометрия в репродуктивном периоде», стр.35-39.

8. Гулиева Н.Ч., Шамхалова И.А., Материалы VI (XV) Международной научной конференции "Онкология- XXI век", Дубаи, ОАЭ, 14-21 мая 2011г, стр.137-141 .«Эффективность абляции эндометрия при рецидивирующих гиперпластических процессах эндометрия».

**GULIYEVA N.CH.**

**EARLY DETECTION AND CORRECTION OF HYPERPLASTIC  
PROCESSES OF ENDOMETRIUM**

**SUMMARY**

The issues of treatment of hyperplastic processes of endometrium are one of current problems of gynecology. Basis of hormonal therapy is: 1) local impact aimed at repression of proliferation leading to atrophy of endometrium, 2) central impact aimed at repression of gonadotropic hormone of hypophysis, and consequently at inhibition of steroidogenesis in ovaries. The final purpose of treatment is restoration of ovulation cycles in reproductive period, and repression of menstrual function in late reproductive period. To conduct hormonal therapy, the following is advised: gestagens, antagonists, gonadotropin-releasing hormones, combined oral contraceptives, intrauterine "Mirena" Coil. In inefficiency of hormonal therapy, in case of recurring of HPE, and in case uterus sizes are shorter than 8 weeks, and in case the women wishing to discontinue reproductive function have contraindications against hormonal therapy then ablation of endometrium is advised. Ablation of endometrium is not accompanied by disorder of general state of the patients, and occurrence of vegetovascular, nervous-psycho and sexual disorders in postsurgical periods and is characterized with better tolerance, short-term hospital stay which determine the rapid medical and social rehabilitation of patients, and reduction of period of disability. Irrespective of the technique for conducting the ablation of endometrium, it results in formation of cicatricial tissue replacing endometrium on the walls of uterine cavity, reduction of either the sizes of uterine cavity, or the general sizes of uterus, and appearance of synechias of uterine cavity.

**QULIEVA N.Ç**

**ENDOMETRİNİN HIPERPLASTİK PROSESLƏRİNİN ERKƏN  
DİAQNOSTİKASI VƏ KORREKSİYASI**

**XÜLASƏ**

Endometrının hiperplastik proseslərinin müalicəsi məsələləri hələ də ginekologiyanın ən aktual problemlərindən biridir. Hormonal terapiyanın əsas bunlardır: 1) endometrının atrofiyasına gətirib çıxaran proliferasiyanın zəiflədilməsinə yönəldilmiş yerli təsir 2) hipofizin qonadotrop hormonlarının zəiflədilməsinə, nəticə etibarlı ilə isə yumurtalıqlarda steroidogenezin tormozlanmasına yönəldilmiş mərkəzi təsir. Reproduktiv dövrdə müalicənin son məqsədi ovulyasiya tsiklərinin bərpası; gecikmiş reproduktiv dövrdə isə - menstrual funksiyanın zəiflədilməsidir. Hormonal terapiyanın keçirilməsi üçün bunlar məsləhət görülür: gestogenlər, qonadotropinrilizinqi hormonların antoqonistlər, KOK, uşaqlıqdaxili “Mirena” spirali. Hormonal terapiyanın qeyri-effektivliyi zamanı, EHP-nin residivi, uşaqlığın ölçülərinin 8 həftədən az olması halında, reproduktiv funksiyanın davam etdirilməsinə istəməyən qadınlarda hormonoterapiyaya əks göstərişlər mövcud olduqda endometrının rezeksiyası məsləhət görülür. Endometrının rezeksiyası xəstələrin ümumi vəziyyətinin pozulması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə veqeto-damar, rusi-əsəb və seksual pozuntuların yaranması ilə müşayiət olunmur və yaxşı keçiriciliklə, stasionarda qısa müddət olma ilə xarakterizə edilir ki, bu da xəstələrin sürətli tibbi və sosial reabilitasiyasını, əmək qabiliyyətsizliyi dövrünün azalmasını şərtləndirir.



Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Ofset çap üsulu.  
Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Tiraj 100.

**AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI  
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ**

**AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ**

*Əlyazması hüququnda*

**NAHİDƏ ÇİNGİZ QIZI QULİYEVA**

**ENDOMETRİNİN HİPERPLASTİK PROSESLƏRİNİN ERKƏN  
DİAQNOSTİKASI VƏ KORREKSİYASI**

**3215.01 – Mamalıq və ginekologiya**

**Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş  
dissertasiyanın**

**AVTOREFERATI**

**Bakı – 2013**