

УДК 618.174-036.1-08

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*А.Р. Тен<sup>1,2\*</sup>, Т.А. Обоскалова<sup>1</sup>, И.В. Лаврентьева<sup>1</sup>, А.В. Воронцова<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург,

<sup>2</sup>Центральная городская больница № 2 им. А.А. Миславского, г. Екатеринбург, Россия

## PECULIARITIES OF MANAGEMENT IN WOMEN OF DIFFERENT AGE GROUPS WITH ABNORMAL UTERINE BLEEDING

*A.R. Ten<sup>1,2\*</sup>, T.A. Oboskalova, I.V. Lavrentieva<sup>1</sup>, A.V. Vorontsova<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Ural State Medical University, Ekaterinburg,

<sup>2</sup>Central City Hospital № 2 named after A.A. Mislavsky, Ekaterinburg, Russian Federation

**Цель.** Провести оценку ведения женщин с аномальными маточными кровотечениями (АМК), подвергшихся хирургическому гемостазу.

**Материалы и методы.** Было проанализировано 79 карт амбулаторного и стационарного больного женщин двух возрастных групп. Группа I – 39 женщин, имеющих стадию –4 и –3b по классификации STRAW + 10, группа II – 40 женщин, имеющих –3a и –2 стадии. Из соматической патологии у пациенток менопаузального перехода достоверно чаще фиксировались случаи артериальной гипертензии, ожирения и сахарного диабета II типа, в то время как заболевания гепатобилиарной системы с одинаковой частотой наблюдались у пациенток обеих групп. У 6 (15,3 %) женщин I группы и у 11 (27,5 %) из II возникшее кровотечение было повторным. Интервал между первым и повторным эпизодом АМК в группе I составил  $8,4 \pm 1,6$  мес., а в группе II –  $5,6 \pm 2,4$  мес. ( $p = 0,03$ ).

**Результаты.** Гистологическое исследование выявило наличие простой гиперплазии эндометрия (ППЭ) без атипии у 32 (82,5 %) пациенток группы I, у 7 (17,9 %) обнаружена неполноценная секреторная трансформация эндометрия. У 2 (5 %) женщин группы II была выявлена сложная ППЭ без атипии и у 12 (30 %) – множественный полипоз эндометрия, у остальных 23 (57,5 %) ( $p = 0,02$ ) также развилась железистая или железисто-фиброзная форма ППЭ. Противорецидивную терапию амбулаторно получила лишь 21 (53,8 %) женщина группы I и 35 (87,5 %) пациенток группы II. Пациенткам репродуктивного возраста назначались препараты прогестерона (12; 57 %), 7 (33,3 %) женщинам – внутриматочная спираль «Мирена», только 2 (9,5 %) были назначены комбинированные оральные контрацептивы. Пациентки группы II получали терапию агонистами гонадотропин-рилизинг гормона в течение 3–4 месяцев.

**Выводы.** Нарушения менструального цикла являются предрасполагающим фактором развития АМК, морфологическим субстратом которого в большинстве случаев является простая гиперплазия эндометрия. Необходимо проведение реабилитационных мероприятий в целях профилактики АМК.

**Ключевые слова.** Аномальное маточное кровотечение, гиперплазия эндометрия.

© Тен А.Р., Обоскалова Т.А., Лаврентьева И.В., Воронцова А.В., 2016

тел. 8 (343) 297 98 60

e-mail: tenar79@mail.ru

[Тен А.Р. (\*контактное лицо) – аспирант кафедры акушерства и гинекологии; Обоскалова Т.А. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии; Лаврентьева И.В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии; Воронцова А.В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии].

**Aim.** To assess management of women with abnormal uterine bleeding (AUB), who underwent surgical hemostasis.

**Materials and methods.** Seventy nine ambulatory and hospital medical records were analyzed. There were women of two age groups: group I – 39 women with stages 4 and 3b, group II – 40 women with stages 3a and 2 by "STRAW+10" classification. In patients of menopausal transition, cases of arterial hypertension, obesity and type 2 diabetes mellitus were fixed reliably more often, while hepatobiliary diseases were revealed with similar frequency in women of both groups. Six (15,3 %) women in group I, and eleven (27,5 %) women in group II had repeated hemorrhage. The interval between the first and the repeated episode of AUB in group I was  $8,4 \pm 1,6$  months, but in group II –  $5,6 \pm 2,4$  months ( $p = 0,03$ ).

**Results.** While performing histological study of endometrium, presence of simple endometrial hyperplasia (EHP) without atopy was detected in 32 (82,5 %) patients of group I; in 7 (17,9 %) patients – deficient secretory endometrial transformation was observed. In women of group II there were 2 cases (5 %) of complicated EHP without atopy and 12 (30 %) cases of multiple endometrial polyposis, in the rest 23 cases (57,5 %) glandular and glandular-fibrous EHP was developed ( $p = 0,02$ ). Only 21 (53,8 %) patients of group I and 35 (87,5 %) patients of group II underwent ambulatory antirelapsing therapy. Patients of reproductive age received progesteron drugs – 12 (57 %), "Mirena" – 7 (33,3 %) and only 2 (9,5 %) women took combined oral contraceptives. Women of group II received therapy with gonadotropin-releasing hormone agonists for 3–4 months.

**Conclusions.** Menstrual cycle disorders are the predisposing factor for AUB development. In most cases, simple endometrial hyperplasia is a morphological substrate of AUB. Rehabilitation measures are to be conducted for prevention of abnormal uterine bleeding

**Key words.** Abnormal uterine bleeding, endometrial hyperplasia.

## ВВЕДЕНИЕ

Частота аномальных маточных кровотечений (АМК), по данным разных авторов, у женщин в репродуктивном возрасте колеблется от 10 до 30 %, а в перименопаузальном возрасте – до 70 % [2, 3, 5]. По данным Министерства здравоохранения Свердловской области, в 2015 г. случаи АМК и другие нарушения менструального цикла в структуре первичной гинекологической заболеваемости составили 67,2 на 100 тысяч населения. Морфологическим субстратом у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста чаще всего выступает гиперплазия эндометрия (ГПЭ), которая, в свою очередь, чревата развитием онкопатологии и нарушением репродуктивной функции. Согласно современной номенклатуре аномальные маточные кровотечения определяются как кровотечения, чрезмерные по длительности (более 8 дней) и/или в объеме, превышаю-

щем 80 мл, возникающие с частотой более 4 эпизодов за 90 дней или в интервале менее 24 дней [6].

Лечение АМК является многоэтапным процессом. Первый этап лечения направлен на остановку кровотечения путем хирургического или медикаментозного гемостаза, применяемого в зависимости от причины АМК [1, 4]. Современные требования к лечению АМК, в основе которых нет органической патологии, – это применение медикаментозного гемостаза без проведения внутриматочных манипуляций, что снижает риск возникновения внутриматочных синехий. Второй этап наиболее значим в плане профилактики рецидива данной патологии и включает в себя дополнительное обследование с целью выявления фоновой патологии, которая часто является фактором риска возникновения АМК. На этом этапе должна назначаться противорецидивная гормональная терапия, вид которой зависит от возраста, степени тяжести нарушения репро-

дуктивной функции и дальнейших планов женщины. Заключительным этапом является реабилитация, направленная на восстановление репродуктивной функции у пациенток, планирующих беременность [4, 5].

*Цель исследования* – проанализировать этапы ведения пациенток с АМК, подвергшихся хирургическому гемостазу.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 79 пациенток, наблюдавшихся в женской консультации МБУ ЦГБ № 2 им. А.А. Миславского и подвергшихся хирургическому гемостазу по поводу АМК в гинекологическом отделении ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. «Возраст» пациенток, участвовавших в исследовании, определялся по классификации STRAW + 10 в интервале от –4 до –2. В результате отбора образовались две группы: группа I – 39 женщин с заболеванием в стадии –4 и –3b, группа II – 40 женщин со стадией –3a и –2. Оценке подвергались амбулаторные карты гинекологического и стационарного больного. Выяснялись жалобы пациенток, возраст начала менархе, паритет, наличие гинекологической и соматической патологии, данные предварительного обследования, клиника АМК, вид оказанной помощи и результаты гистологического исследования полученного материала из полости матки, а также дальнейшая тактика ведения.

Статистический анализ проводился в пакете программы Gretl.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Группу I составили женщины репродуктивного возраста – от 30 до 45 лет (средний возраст –  $35,23 \pm 3,9$  г.), группу II – женщи-

ны в возрасте от 46 до 55 лет (средний возраст –  $51,4 \pm 3,3$  г.). Средний возраст начала менархе у пациенток в обеих группах не отличался и составил  $12,4 \pm 1,3$  г. Средняя длительность менструального цикла до возникновения АМК в группе I составила  $27,5 \pm 2,6$  дня, а у женщин группы II –  $35,6 \pm 4,2$  дня, при этом 10 (25 %) женщин этой группы находились в периоде менопаузального перехода (стадия –2). Среднее количество беременностей в группе I составило  $2,0 \pm 1,6$ , в то время как в группе II –  $3,3 \pm 1,7$  ( $p = 0,0002$ ), при этом количество родов в группе I составило  $2,1 \pm 1,2$  против  $1,2 \pm 0,9$  в группе II ( $p = 0,00016$ ). Таким образом, частота прерывания беременности составила  $1,1 \pm 1,2$  в группе II и  $1,7 \pm 0,9$  в группе I ( $p = 0,07$ ). В группе женщин репродуктивного периода на момент исследования не имели беременностей 10 (25,6 %) пациенток, в группе II – 2 (5 %) ( $p = 0,002$ ).

69,2 % (95%-ный доверительный интервал (ДИ) – 55; 83) женщин группы I и 45 % (95%-ный ДИ – 43,8; 46,2) из группы II до возникновения АМК не предъявляли никаких жалоб. Жаловались на нарушения менструального цикла 30,7 % (95%-ный ДИ – 16; 44) женщин группы I и 55 % (95%-ный ДИ – 40; 70) группы II. Различия нарушений менструальной функции были связаны с обильностью выделений. Пациенток репродуктивного возраста больше беспокоили нерегулярные обильные менструальные кровотечения, а у пациенток менопаузального перехода чаще отмечались беспорядочные длительные скудные мажущие кровянистые выделения.

В структуре гинекологической патологии, представленной на рис. 1, а, у пациенток группы I достоверно чаще встречался хронический цервицит, реже – кистомы, нарушения менструального цикла и миома матки. Частота воз-

никновения полипов шейки матки и эндометриоза в группах была примерно одинаковой.

Сопутствующая экстрагенитальная патология была выявлена у всех пациенток, но структура ее в группах значительно отличалась (см. рис. 1, б). Так, у пациенток менопау-

зального перехода достоверно чаще фиксировались случаи артериальной гипертензии, ожирения и сахарного диабета II типа. Заболевания гепатобилиарной системы с одинаковой частотой наблюдались у пациенток обеих групп.

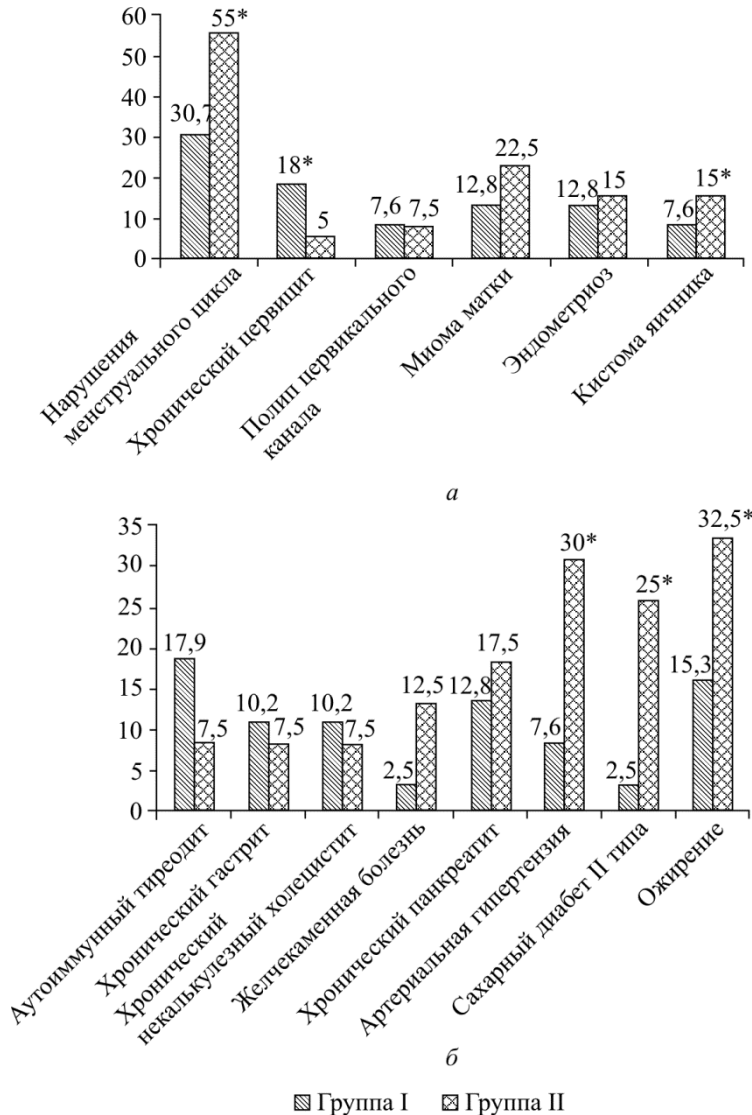


Рис. Структура гинекологической (а) и экстрагенитальной (б) патологии обследованных женщин, %: \* –  $p < 0,05$

Стоит отметить, что у 6 (15,3 %) женщин группы I и у 11 (27,5%) из группы II возникшее кровотечение было повторным. Всем

пациенткам группы II в условиях гинекологического стационара на первом этапе был выполнен хирургический гемостаз – гисте-

роскопия с отдельным диагностическим выскабливанием, так как они поступили в гинекологическое отделение с клиникой маточного кровотечения. Имея маточное кровотечение, 9 (22,5 %) пациенток изначально обратились в амбулаторную службу, откуда были экстренно направлены в стационар. В группе I 18 (46,2 %) пациенткам была проведена гистероскопия с мануальной вакуумной аспирацией в условиях женской консультации, так как АМК у них протекало в виде беспорядочных мажущих выделений, а поводом для мануальной вакуумной аспирации стало подозрение на патологию при ультрасонографии. Остальным пациенткам этой группы (21 (53,8 %)) была проведена гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием в условиях гинекологического стационара. Медикаментозная терапия АМК в стационаре включала стандартное сочетание антибиотика (цефалоспорины) и утеротоника (окситоцин).

Последующее гистологическое исследование полученных биоптатов эндометрия выявило наличие простой ГПЭ без атипии у 32 (82,5 %) пациенток группы I, у 7 (17,9 %) была обнаружена неполноценная секреторная трансформация эндометрия. У женщин группы II в 2 (5 %) случаях была установлена сложная ГПЭ без атипии и в 12 (30 %) – множественный полипоз эндометрия. У остальных 23 (57,5 %) ( $p = 0,02$ ) развилась железистая или железисто-фиброзная форма ГПЭ. Единичные железисто-фиброзные полипы эндометрия с одинаковой частотой встречались в обеих группах – 3 (7,5 %).

Противорецидивную терапию амбулаторно получила лишь 21 (53,8 %) женщина группы I и 35 (87,5 %) пациенток группы II, остальные на контрольную явку после хирургического лечения не явились.

Пациенткам репродуктивного возраста назначались препараты прогестерона (12; 57%), 7 (33,3 %) женщинам была установлена внутриматочная спираль «Мирена» и только 2 (9,5 %) были назначены комбинированные оральные контрацептивы. Женщины группы II получали терапию агонистами гонадотропин-рилизинг гормона в течение 3–4 месяцев: «Люкреин-депо» – 17 (48,5 %) человек, «Бусерелин-лонг» – 18 (51,5 %). Дальнейший исход в отношении менструальной функции (аменорея) по данным амбулаторных карт прослеживается только у 8 (22,8 %) женщин.

Кроме того, были проанализированы реабилитационные мероприятия, проведенные у женщин с рецидивирующими АМК, для выявления причин их повторного возникновения. Интервал между первым и повторным эпизодом АМК у пациенток в группе I составил  $8,4 \pm 1,6$  мес., а в группе II –  $5,6 \pm 2,4$  мес. ( $p = 0,03$ ). Было установлено, что все 6 пациенток группы I после первого эпизода АМК получали комбинированные оральные контрацептивы только 1–2 цикла, как было рекомендовано в стационаре, после этого лечения не было. В группе II из 11 пациенток с рецидивом АМК реабилитацию прошли только 4 женщины, которые в течение 3 мес. получали агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. После лечения аменорея не выявлена.

## Выводы

1. Предшествующие АМК нарушения менструального цикла должны подвергаться коррекции в целях профилактики возникновения АМК.

2. Морфологическим субстратом АМК в большинстве случаев является простая гиперплазия эндометрия.

3. Отсутствие реабилитационных мероприятий приводит к рецидиву АМК у каждой четвертой женщины.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»: Приказ № 572-н от 1 ноября 2012 г., available at: [http://www.opc.kursk.ru/files/Приказ%20Минздрава%20России%20от%20001\\_11\\_2012%20N%20572н%20\(ред\\_%20от%2017\\_01\\_.pdf](http://www.opc.kursk.ru/files/Приказ%20Минздрава%20России%20от%20001_11_2012%20N%20572н%20(ред_%20от%2017_01_.pdf)

2. Чернуха Г.Е., Немова Ю.И. Диагностика и медикаментозная терапия маточных кровотечений с позиций международных рекомендаций // Акушерство и гинекология 2013; 2.

3. Fraser I.S., Langham S., Uhl-Hochgraeber K. Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine

bleeding. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2009; 4 (2): 179–189.

4. Harlow S.D., Gass M., Hall J.E., Lobo R., Maki P., Rebar R.W. STRAW 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause* 2012; 19 (4): 387–395.

5. Iram S., Musonda P., Ewies A.A. Premenopausal bleeding: When should the endometrium be investigated? A retrospective non-comparative study of 3006 women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 148 (1): 86–89.

6. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S. FIGO classification system (PALM-COEIN) of causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 113: 3–13.

Материал поступил в редакцию 19.06.2016