

УДК 618.174-036.1-08

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А.Р. Тен^{1,2}, Т.А. Обоскалова¹, И.В. Лаврентьева¹, А.В. Воронцова¹*

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург,

²Центральная 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^{1,2}, T.A. Oboskalova, I.V. Lavrentieva¹, A.V. Vorontsova¹*

¹Ural State Medical University, Ekaterinburg,

²Central 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.

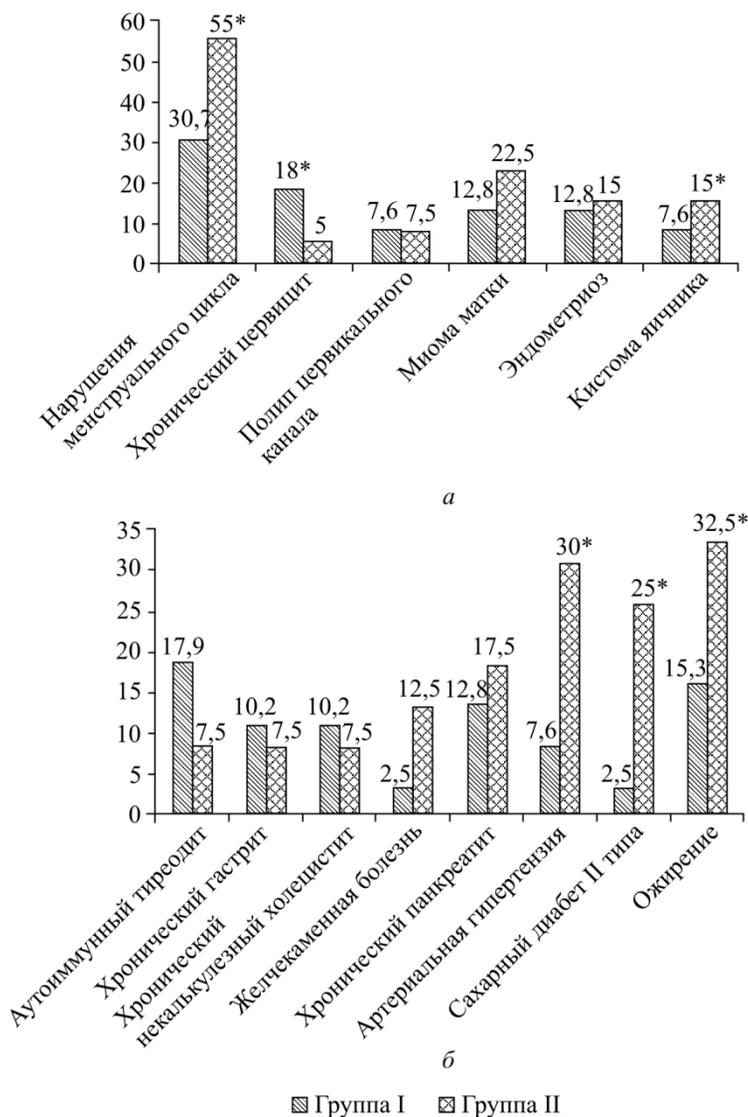


Рис. Структура гинекологической (а) и экстрагенитальной (б) патологии обследованных женщин, %: * – $p < 0,05$

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