



УДК 618.14–002–007.61+616.12–008.331.1]:618.173



Л.І. Бутіна, О.В. Маханькова,  
М.І. Солон, О.Г. Петрухіна

## Лікування гіперплазії ендометрія у жінок в пременопаузі з гіпертонічною хворобою

ДЗ «Дорожня клінічна лікарня станції Донецьк»  
ДП «Донецька залізниця»

**Ключові слова:** гіперплазія ендометрія, гіпертонічна хвороба, лікування, пременопауза, ускладнення.

Гіперплазія ендометрія (ГЕ) — основна форма гіперпроліферативних процесів слизової оболонки матки, яку виявляють у пременопаузі у 20% жінок, які звертаються у гінекологічне відділення з приводу порушень менструального циклу [1]. У період пременопаузи збільшується частота ановуляторних циклів, порушується синтез прогестерону в яєчниках, оскільки не утворюється жовте тіло. Це призводить до прогестеронової недостатності та відносної гіперестрогенії [6]. Відомо, що високі дози естрогенів при низькому рівні прогестерону призводять до надмірної проліферації та збільшення розміру залоз, гіперплазії ендометрія. Своєчасна діагностика та ефективне лікування є умовою успішної профілактики раку ендометрія, оскільки 5% випадків цього виду раку в пері- та постменопаузі є наслідком малігнізації гіперпластичних процесів [6].

Ключовою ланкою в лікуванні гіперплазії ендометрія є гормональне лікування, спрямоване на ліквідацію гіперестрогенії та дефіциту гестагенів. У зв'язку з тим, що в пременопаузі дисгормональні стани виникають внаслідок порушення процесу овуляції, на нашу думку, найфізіологічнішим способом є гормональна терапія, яка усуває процес овуляції, тобто застосування гормональних оральних контрацептивів. Саме таким лікувальним засобом, який має антипроліферативний вплив на ендометрій, є препарат «Жанін» [5]. Його застосування, на відміну від чистих гестагенів, допоможе жінці у пременопаузі уникнути такої небажаної вагітності. Але застосування «Жаніну» має і негативні побічні ефекти внаслідок затримки рідини у організмі, особливо у II фазу сформованого менструального циклу: збільшення маси тіла, нагрубання молочних залоз, головний біль, підвищення артеріального тиску. Останнє особливо небажане, оскільки частота артеріальної гіпертензії у 50-річних жінок значно збільшується і у клімактеричному періоді становить понад 50% [2]. Для періоду пременопаузи характерно підвищення систолічного та діастолічного тиску, його

висока варіабельність, схильність до кризів та ускладнень, нестабільність гіпотензивної терапії, що ускладнює лікування гіпертонічних станів у цієї категорії жінок [4]. Вкрай важливим є розробка лікування гіперплазії ендометрія у жінок в пременопаузі, які хворіють на гіпертонічну хворобу.

Мета дослідження — оцінити ефективність розробленого метода лікування гіперплазії ендометрія у жінок у пременопаузі з гіпертонічною хворобою.

### Матеріали та методи

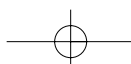
Дослідження проводили у 80 жінок віком від 40 до 50 років, яким у гінекологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні на станції Донецьк з приводу порушень менструального циклу виконували вишкрібання слизової оболонки порожнини матки та його патогістологічне дослідження (ПГД).

У 58 жінок встановили діагноз гіперплазії ендометрія. Вони були розподілені на групи. Основну групу склали 30 жінок з гіпертонічною хворобою I—II ступеня згідно із загальноприйнятою класифікацією [3].

Групу порівняння склали 28 жінок, які не перебували на обліку в терапевта з приводу гіпертонічної хвороби, але відмічали іноді підвищення артеріального тиску до рівня 130/90–150/100 мм рт. ст.

Контрольну групу склали 22 жінки, в яких не було епізодів підвищення артеріального тиску. При гістологічному дослідженні вишкрібу порожнини матки спостерігали ендометрій у різні фази менструального циклу (десквамація, проліферація, секреція). У інших 58 жінок при ПГД вишкрібу матки була виявлена гіперплазія ендометрія.

Усі жінки отримували лікування протягом одного року за розробленою нами схемою [7]. Жінки з гіпертонічною хворобою замість «Ноліпрелу» отримували «Ноліпрел форте» у безперервному режимі, та «Гіпотіазид» протягом усього періоду лікування на 5, 10, 15, 20, 25-й день сформованого менструального циклу. З метою профілактики



Таблиця 1

## Показники середнього М-ехо за даними ультразвукового дослідження матки

Група	Показники М-ехо	
	До лікування	Після лікування
Основна (n=30)	1,73±0,02 <sup>Δ</sup>	0,81±0,02*
Порівняння (n=28)	1,58±0,03	0,73±0,04*
Контрольна (n=22)	1,15±0,03 <sup>#</sup>	0,67±0,03*

**Примітка:**

<sup>Δ</sup> — показники М-ехо до лікування в основній групі та групі порівняння вірогідно не відрізнялися між собою (p>0,05);

<sup>#</sup> — показники М-ехо до лікування в контрольній групі були вірогідно менше, ніж у групі порівняння та в основній (p<0,05);

\* — показники М-ехо у групах після лікування вірогідно не відрізнялися від показників до лікування (p<0,05).

тромбогеморагічних ускладнень, які можуть виникнути при застосуванні естроген-гестагенних оральних контрацептивів, усі жінки отримували пентоксифілін по 1 табл. тричі на добу протягом 1 місяця кожні 3 місяці, а жінки основної групи додатково приймали «Аспірин» по 75–100 мг кожен день протягом усього періоду лікування.

Для оцінки ефективності розробленої схеми лікування досліджували рівень артеріального тиску, масу тіла, протромбіновий індекс, показники М-ехо за даними ультразвукового дослідження (УЗД) матки до та після лікування.

**Результати та обговорення**

Середній вік жінок у досліджуваних групах статистично не відрізнявся і становив в основній групі (46,3±1,5) року, у групі порівняння — (45,8±1,7) року та у контрольній — (44,7±1,3) року. За характером морфологічних змін при гіперплазії ендометрія групи статистично не відрізнялися (p<0,05).

Результати дослідження середнього М-ехо наведено у табл. 1.

До лікування ступінь гіперплазії ендометрія в основній групі і групі порівняння був значно більшим, ніж у контрольній групі, де за даними УЗД була нормальна товщина ендометрія.

За допомогою запропонованого методу лікування вдалось провести корекцію гіперплазії ендометрія таким чином, що показники М-ехо після лікування в усіх групах вірогідно не відрізнялися між собою, а ендометрій не мав ознак гіперплазії. При цьому не спостерігалось достовірної різниці між групами у таких показниках, як збільшення маси тіла. Після лікування у жінок основної групи маса тіла збільшилася на (2,3±0,07) кг, у групі порівняння — на (2,15±0,03) кг, а у контрольній групі — на (1,85±0,02) кг (p>0,05). Унаслідок цього протягом всього лікування артеріальний тиск утримувався на вихідному рівні, кризів не спостерігали (табл. 2).

Таким чином, запропонована схема лікування дає змогу проводити корекцію гіперплазії ендометрія і при цьому не ускладнює перебіг гіпертонічної хвороби, не призводить до її прогресування. Застосування антикоагулянта «Аспірину» та антиагреганта пентоксифіліну запобігає підвищенню ризику тромботичних ускладнень. Величина протромбінового індексу у жінок досліджених груп вірогідно не відрізнялася від вихідної (p>0,05) (табл. 3).

Крім того, за величиною протромбінового індексу після лікування групи статистично не відрізнялися між собою (p>0,05), це свідчить про те, що

Таблиця 2

## Показники систолічного та діастолічного артеріального тиску (M±m)

Група	Артеріальний тиск			
	До лікування		Після лікування	
	Систолічний	Діастолічний	Систолічний	Діастолічний
Основна (n=30)	158,3±4,7	96,3±2,9	163,5±3,2*	92,3±2,3*
Порівняння (n=28)	132,5±3,1	82,2±1,7	129,4±1,8*	80,3±1,8*
Контрольна (n=22)	123,4±2,3	76,5±2,1	125,4±1,5*	79,4±1,9*

**Примітка:** \* — показники артеріального тиску після лікування вірогідно не відрізнялися від показників до лікування (p>0,05).



Таблиця 3

## Протромбіновий індекс

Група	Протромбіновий індекс, %	
	До лікування	Після лікування
Основна (n=30)	89,3±1,7 <sup>Δ</sup>	92,3±1,8*
Порівняння (n=28)	91,4±1,2 <sup>Δ</sup>	90,4±1,5*
Контрольна (n=22)	87,4±1,8 <sup>Δ</sup>	89,4±1,2*

**Примітка:**

\* — показники у досліджених групах після лікування вірогідно не відрізнялися від показників до лікування (p&gt;0,05);

Δ — показники до лікування у досліджених групах вірогідно не відрізнялися між собою (p&gt;0,05).

за допомогою запропонованого методу лікування гіперплазії ендометрія вдалося підтримати показники згортальної системи у жінок з гіпертонічною хворобою в межах норми, як і у жінок без гіпертонічної хвороби і запобігти небажаним ускладненням. Перевагами запропонованого методу лікування гіперплазії ендометрія є комплексна взаємодоповнювальна дія препаратів. Монофазний оральний контрацептив «Жанін» містить 30 мкг етінілестрадіолу та 2 мг дієногесту — гестагену, що має супресивну дію на ендометрій [5]. Це найфізіологічніше моделювання менструального циклу. «Жанін» забезпечує контроль циклу, сприяє зниженню частоти міжменструальних кровотеч та інтенсивності менструальних кровотеч, а також кількості дисменорей за рахунок зменшення проліферативних та секреторних процесів у ендометрії.

До складу препарату «Ноліпрел» входить інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту — периндоприл та діуретик індапамід. Останній є сульфонамідним похідним, який фармакологічно споріднений з тіазидовими діуретиками та призначається для лікування артеріальної гіпертензії. Антигіпертензивна дія індапаміду в монотерапії триває 24 год та виникає при застосуванні доз, за яких діуретичний ефект є мінімальним. Артеріальний тиск знижується пропорційно поліпшенню еластичності артерій та зниженню резистентності периферійних судин. Завдяки складному механізму дії індапамід знижує артеріальний тиск,

але не спричиняє значного збільшення діурезу. На рівні нирок індапамід зменшує реабсорбцію натрію в кортикальному сегменті, підвищує виділення натрію і хлору в сечу, меншою мірою — виділення калію і магнію, таким чином спричиняє збільшення діурезу. Застосування «Ноліпрелу» запобігає затримці рідини та усуває пов'язане з цим підвищення артеріального тиску. Завдяки цьому побічні ефекти від прийому «Жаніну», пов'язані із затримкою рідини, відсутні.

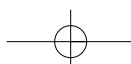
Лікувальну дію «Жаніну» доповнює препарат циклоферон, який є індуктором інтерферону і має широкий спектр біологічної активності: протівірусної, імуномодуючої, протизапальної, антипроліферативної, протипухлинної. Застосування циклоферону у жінок у пременопаузі зменшує онкоризик унаслідок підвищення імунологічної резистентності організму і запобігає розвитку у пременопаузі продуктивних процесів у слизовій оболонці унаслідок формування хронічних вогнищ запалення в ендометрії.

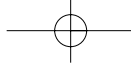
**Висновки**

Завдяки застосуванню запропонованого методу лікування гіперплазії ендометрія у жінок в пременопаузі з гіпертонічною хворобою вдалося уникнути небажаних побічних ефектів та ускладнень за високої ефективності лікування. Отже, запропонований метод може бути рекомендований для широкого використання в лікувальній практиці у цієї категорії жінок.

**Література**

1. Агабекян Г.Г., Вартазян Н.Д., Капаян С.А., Капаян А.С. Роль хронического воспаления в патогенезе маточных кровотечений в перименопаузальном периоде // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2005. — № 3. — С. 56–59.
2. Беседін В.М., Грабоус О.В. Акупунктура та фармакотерапія патологічного клімаксу у жінок з артеріальною гіпертонією // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2006. — № 1. — С. 104–109.
3. Лечение артериальной гипертонии в особых клинических случаях / Под ред. В.Н. Коваленко, Е.П. Свищенко. — Каменец-Подольский: ПП Мошак М.Н., 2005. — 504 с.





4. Караченцева А.Н., Кузнецова И.В., Кобалава К.Д., Моисеев В.С. Заместительная гормонотерапия и гипотензивная терапия в пери- и постменопаузе у больных с артериальной гипертонией // Акушерство и гинекология. — 2004. — № 6. — С. 10–13.
5. Коханевич Е.В., Берестова О.А. Новые перспективы в лечении эндометриоза // Здоровье женщины. — 2003. — № 4 (16). — С. 99–105.
6. Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. — 2003. — № 4 (16). — С. 107–114.
7. Чурилов А.В., Бутина Л.И., Деев Э.А. и др. Опыт восстановления менструального цикла у женщин в пременопаузе // Вестн. неотложной и восстановительной медицины. — 2008. — Т. 9, № 2. — С. 224–225.

*Л.И. Бутина, Е.В. Маханькова, Н.И. Солоп, О.Г. Петрухина*

**Лечение гиперплазии эндометрия у женщин  
в пременопаузе с гипертонической болезнью**

Представлены результаты исследования эффективности разработанного метода лечения гиперплазии эндометрия у женщин с гипертонической болезнью. Предложенный метод позволяет при высокой эффективности лечения гиперплазии эндометрия и стабильном течении гипертонической болезни избежать возможных побочных эффектов и осложнений.

*L.I. Butina, O.V. Machankova, M.I. Solop, O.G. Petruchina*

**The treatment of endometrial hyperplasia in women  
with premenopausal essential hypertension**

The results of the efficacy study of the treatment method of endometrial hyperplasia in women with premenopausal essential hypertension have been presented. The proposed method enables to avoid possible side effects with the high efficacy of endometrial hyperplasia treatment and stable essential hypertension course.

