

выявлении очаговых образований - пункция под контролем УЗИ с цитологическим исследованием полученного материала.

Во всех группах пациенток, получавших ЗГТ, как субъективно, так и объективно состояние МЖ не ухудшалось, а более того, у 12,5%, у 20,0%, у 28,9% и у 32,5% женщин соответственно принимавших Овестин вагинально, Овестин перорально, Овестин сочетано и Ливиал со стороны МЖ отмечена положительная динамика (например, за счет регресса диффузной фиброзно-кистозной мастопатии (ДФКМ), диффузного фиброаденоматоза (ФАМ) и даже очагового ФАМ), в то время как в группе сравнения состояние МЖ не улучшалось, а у 13,7% - зарегистрировано прогрессирование имевшейся патологии (в виде увеличения очагов ФАМ, перехода умеренно выраженной ДФКМ в выраженную, трансформации диффузного ФАМ и инволютивных изменений в ДФКМ).

На основании полученных нами результатов можно сделать вывод о том, что индивидуально подобранная ЗГТ, проводимая в течение 5 лет у женщин с дефицитом половых гормонов, не только не оказывает отрицательного влияния на МЖ, но и способствует как субъективному, так и объективному улучшению их состояния.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА БЕЗ ТЕРАПИИ И ПОСЛЕ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

В.И. Коновалов, С.А. Берзин, Г.Х. Ханафиев, А.Е. Мазур, Е.Ю. Орлов

Уральская государственная медицинская академия

По данным различных авторов, эндометриоз (Э) признан одним из самых частых и тяжелых гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста, отрицательно сказывающимся на общем состоянии, работоспособности и качестве жизни больных.

До сих пор не существует единого мнения о причинах возникновения Э. Но известно, что это заболевание возникает на фоне дисбаланса половых стероидов. С другой стороны, ни один из существующих методов как консервативного гормонального, так и радикального хирургического лечения Э “не гарантирует от рецидива” и грубых нарушений гормонального гомеостаза. Так как молочные железы (МЖ) являются важной составляющей репродуктивной системы, а ее ткани - мишенями для активного воздействия половых стероидных гормонов яичников, тропных гормонов гипофиза и, опосредованно, гормонов всех эндокринных желез женского организма, то, очевидно, что дисгормоноз, наблюдающийся при Э и его лечении, должен отражаться и на состоянии МЖ. Однако, базовые знания, посвященные этим вопросам, крайне недостаточны и нередко противоречивы.

Вот почему целью нашей работы явилось проведение сравнительной оценки состояния МЖ у женщин репродуктивного возраста с Э и после проведения консервативных гормональных и радикальных оперативных методов его лечения.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить особенности состояния молочных желез у больных Э до и после его лечения по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.
2. Оценить данные инструментальных методов исследования состояния МЖ у больных Э до и после его лечения по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.
3. Оценить результаты пункционной биопсии под контролем УЗИ из очаговых образований в МЖ у больных Э до и после его лечения по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста.

В Лаборатории геронтологической гинекологии кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии совместно с Областным Онкомаммологическим Центром (г. Екатеринбург) нами проводи-

лось комплексное клинико-лабораторное обследование и наблюдение 576 жительниц г. Екатеринбурга и Свердловской области в возрасте 20-40 лет.

В контрольную группу вошли 30 женщин, у которых были исключены выраженные гинекологические и экстрагенитальные заболевания.

У 546 пациенток при оперативном вмешательстве и (или) гистологическом исследовании полученного материала был диагностирован генитальный Э различной локализации и степени выраженности. В зависимости от проведенного лечения все больные Э подразделились следующим образом:

I группа - 64 пациентки, получавшие до 6 месяцев консервативное гормональное лечение: Ia подгруппа - 18 больных, принимавших норколут (норэтистерона ацетат); Ib подгруппа - 16 женщин, использовавших неместран (производное 19-нортестостерона); Ic подгруппа - 15 пациенток, получавших дановал (производное 17 α -этинилтестостерона); Id подгруппа - 15 больных, принимавших золадекс (аналог лютеинизирующего релизинг-гормона). Степень распространенности Э, его клинические проявления на начало лечения, а также время от окончания гормонотерапии до нашего обследования (в среднем 12 \pm 3 месяца) у больных данных подгрупп существенно не отличались.

II группа - 111 женщин, перенесших по поводу Э радикальное оперативное вмешательство: IIa подгруппа - 20 больных после односторонней оварио- или аднексэктомии; IIb подгруппа - 28 женщин после односторонней аднексэктомии с гистерэктомией; IIc подгруппа - 32 пациентки после двухсторонней оварио- или аднексэктомии; IId подгруппа - 31 больная после ампутации или экстирпации матки с придатками. У большинства пациенток операция выполнялась в плановом порядке, а почти 1/3 больных были прооперированы экстренно. Основным доступом при проведении оперативных вмешательств являлась лапаротомия. Время от момента проведения хирургического вмешательства до поступления под наше наблюдение в среднем составило 12 \pm 3 месяца и достоверно не различалось во всех подгруппах прооперированных женщин.

III группа - 371 пациентка, у которых диагноз Э был установлен нами впервые.

Для изучения состояния МЖ всем женщинам было проведено комплексное обследование, включавшее: выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр и пальпацию МЖ, маммографию и/или УЗИ МЖ. При наличии очаговых образований проводилась пункция под контролем УЗИ, цитологическое и морфологическое исследование выделений из сосков, дуктография, исследование уровня тропных гормонов (ТСГ, пролактин) в крови и компьютерная томография черепа (прицельно "турецкое седло").

Особенности состояния молочных желез у больных эндометриозом до и после его лечения. У всех здоровых женщин репродуктивного возраста отмечены: пропорциональная величина МЖ, отсутствие очагов уплотненной ткани, округлых образований и выделений из сосков. Консистенция молочных желез у большинства (у 90,0%) обследованных была диффузно-однородной. Жалобы на болезненность МЖ при пальпации отсутствовали у 93,3% женщин.

В группе больных Э без лечения гипертрофия МЖ выявлена у 12,9%, очаги уплотненной ткани - у 1/3 (у 33,2%) пациенток, округлые образования - у 12,1%, а выделения из сосков - у каждой четвертой женщины (причем, у 14,8% - скудные, а у 17,5% - умеренные). У большинства (у 87,3%) обследованных консистенция МЖ была диффузно-неоднородной. Мастодиния и болезненность МЖ при пальпации выявлена у 2/3 пациенток III группы (соответственно у 33,2% и у 36,7%).

Среди женщин, получавших ранее консервативное гормональное лечение, гипертрофия МЖ обнаружена у 6,7%, очаги уплотненной ткани - у 20,3% (от 13,3% - в подгруппах пациенток, принимавших дановал и неместран, до 33,3% - норколут), округлые образования - у 6,3% (от 6,3% - в Ib до 16,7% - в Ia подгруппах), а выделения из сосков - почти у 1/3 женщин: скудные - у 14,1% (от 11,1% - в подгруппе, получавших норколут до 20,0% - золадекс), умеренные - у 6,3%, а обильные (при лактации) - у 9,4%. У 70,6% пациенток консистенция МЖ была диффузно-неоднородной. На спонтанную болезненность МЖ предъявляли жалобы

почти половина обследованных I группы (45,3%), а на болевые ощущения при пальпации - 20,3% (от 13,3% - в Id до 33,3% - в Ia подгруппах).

В группе больных, перенесших оперативное лечение Э, почти у 1/3 (у 30,6%) обнаружена гипотрофия МЖ, очаги уплотненной ткани диагностированы - у 9,0% (из них все женщины, перенесшие одностороннюю оварио- или аднексэктомию без (или) с гистерэктомией), округлые образования - у 12,6% (от 9,4% - во Пс до 17,9% - во Пд подгруппах), а выделения из сосков - у 18,9% (причем, у большинства - скудные и лишь у одной женщины была лактация). Практически у всех обследованных II группы (у 90,1%) выявлена диффузно-неоднородная консистенция МЖ. Спонтанная болезненность МЖ отмечена более, чем у 1/3 пациенток (от 28,1% - среди женщин, перенесших двухстороннюю оварио- или аднексэктомию, до 45,0% - после односторонней оварио- или аднексэктомии), тогда как болезненность при пальпации - у 9,0% (от 0% - во Пс до 20,0% - во Па подгруппах).

Следовательно, для маммологического статуса больных Э без терапии, лечившихся консервативно или хирургически, по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста является характерным: субъективно - масталгия, а объективно - признаки мастопатии (диффузно-неоднородная консистенция), очаги уплотненной ткани и округлые образования в МЖ.

Данные инструментальных методов исследования состояния молочных желез у больных эндометриозом и после его лечения. Практически у всех (у 90%) женщин из контрольной группы патологии со стороны МЖ выявлено не было.

В группе пациенток с Э, ранее не получавших лечения, у большинства (у 87,3%) выявлены патологические отклонения в состоянии МЖ, причем преобладали фиброаденоматозные изменения (у 29,9% - диффузный вариант и у 33,2% - очаговый). Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) обнаружена - у 12,1%, фиброаденома - у 9,2%, а кистозная болезнь - у 3,0% женщин.

Среди больных I группы (табл. 1) патологические изменения в МЖ отсутствовали почти у каждой четвертой обследованной (до 33,3% - после лечения дановалом). Проявления диффузного фиброаденоматоза (ФАМ) диагностированы у 21,9% (у 27,8%, у 25,0%, у 20,0% и у 13,3% - соответственно в Ia, в Ib, в Ic и в Id подгруппах), а очагового - у 20,3% (у 33,3% - в Ia, у 18,8% - в Ib, у 13,3% - в Ic и у 13,3% - в Id подгруппах). ФКМ выявлена у 23,4% больных (от 11,1% - у пациенток, получавших лечение норколутом, до 40,0% - золадексом), фиброаденомы - у 4,7% (у 6,3% - принимавших неместран и у 11,1% - норколут), проявления кистозной болезни - у 1,6% (только у одной женщины, получавшей норколут). Кроме того, у 4,7% больных из I группы зарегистрированы инволютивные изменения МЖ (у 6,7% и у 13,3% соответственно из Ic и из Id подгрупп).

Таблица 1

Данные инструментальных методов исследования состояния молочных желез у больных эндометриозом и после его лечения, %

Результаты исследований	I группа n=64	Подгруппы				II группа n=111	Подгруппы			
		Ia n=18	Ib n=16	Ic n=15	Id n=15		IIa n=20	IIb n=28	IIc n=32	IId n=31
Патологии не выявлено	23,4	11,1	31,2	33,3	20,0	9,9	15,0	10,7	9,4	6,5
ФКМ	23,4	11,1	18,8	26,7	40,0	27,0	25,0	28,6	25,0	29,0
ФАМ -диффузный	21,9	27,8	25,0	20,0	13,3	8,1	20,0	14,3	3,1	0
-очаговый	20,3	33,3	18,8	13,3	13,3	9,0	20,0	17,9	0	3,2
Фиброаденома	4,7	11,1	6,3	0	0	6,3	5,0	7,1	6,3	6,5
Кистозная болезнь	1,6	5,6	0	0	0	6,3	10,0	10,7	3,1	3,2
Инволютивные изменения	4,7	0	0	6,7	13,3	33,3	5,0	10,7	53,1	51,6

Как видно из табл.1, у пациенток, перенесших радикальное хирургическое лечение, патология со стороны МЖ была у 91,1% (у 85,0% - после односторонней оварио- или аднексэктомии, у 89,3% - после односторонней аднексэктомии с гистерэктомией, у 90,6% - после двухсторонней оварио- или аднексэктомии и у 93,5% - после двухсторонней аднексэктомии с гистерэктомией). Диффузный ФАМ диагностирован у 8,1% обследованных II группы (у 20,0% - во Па, у 14,3% - во Пб и у 3,1% - во Пс подгруппах), а очаговый ФАМ - у 9,0% пациенток (у 20,0%, у 17,9% и у 3,2% - соответственно из Па, из Пб и из Пд подгрупп). ФКМ обнаружена у 27,0% (от 25,0% - после односторонней оварио- или аднексэктомии и после односторонней аднексэктомии с гистерэктомией до 29,0% - после двухсторонней аднексэктомии с гистерэктомией), фиброаденома - у 6,3% (от 5,0% - после односторонней оварио- или аднексэктомии до 7,1% - после двухсторонней оварио- или аднексэктомии), а кистозная болезнь - у 6,3% (до 10,7% - во Пб подгруппе). Инволютивные изменения отмечались у 1/3 (у 33,3%) прооперированных (от 5,0% и 10,7% - во Па и во Пб до 53,1% и 51,6% - во Пс и во Пд подгруппах соответственно).

Следовательно, развитие Э у пациенток репродуктивного возраста сопровождается не характерными для здоровых женщин отклонениями в состоянии МЖ с преобладанием очагового или диффузного ФАМ; при проведении вышерассмотренных методов консервативного гормонального лечения Э отмечается положительная динамика состояния МЖ, а радикальные хирургические вмешательства на органах малого таза способствуют возникновению дегенеративно-инволюционных изменений в МЖ на фоне уже имеющихся, причем прогрессирование их нарастает по мере расширения объема оперативного лечения.

Результаты пункционной биопсии под контролем ультразвукового аппарата из очаговых образований молочных желез у больных эндометриозом и после его лечения

Поскольку у здоровых женщин репродуктивного возраста очаговые образования отсутствовали, то никому из обследованных контрольной группы пункция не проводилась.

Как видно из Рис.2, в группе пациенток с Э, еще не получавших лечения, пункционная биопсия была выполнена у 45,3% больных, и у каждой из них обнаружены те или иные изменения: наличие пролиферативных процессов выявлено более, чем у 1/3 (у 39,4%) женщин, диспластические изменения - у 5,7%, а у одной обследованной - признаки атипии.

Среди больных после проведенной консервативной гормональной терапии (табл.2), пункция проводилась у 26,6% пациенток и по ее результатам: пролиферативных изменений в пунктате не было у 7,8% (до 33,3% - в Id подгруппе), пролиферирующий эпителий обнаружен - у 17,2% (у 33,3% женщин - после приема норколута, у 12,5% - неместрана, у 13,3% - дановала и у 6,7% - золадекса), а признаки дисплазии - только в подгруппе лечившихся неместраном (у 6,3%).

Таблица 2

Результаты пункционной биопсии очаговых образований молочных желез у больных эндометриозом и после его лечения, в %

Результаты пункции	I группа n=64	Подгруппы				II группа n=111	Подгруппы			
		Ia n=18	Ib n=16	Ic n=15	Id n=15		Па n=20	Пб n=28	Пс n=32	Пд n=31
Отсутствие пролиферативных изменений в пунктате	7,8	16,7	6,3	0	6,7	13,5	20,0	14,3	9,4	12,9
Пролиферация	17,2	33,3	12,5	13,3	6,7	7,2	15,0	17,9	0	0
Дисплазия	1,6	0	6,3	0	0	0,9	0	3,6	0	0
Атипия	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Пункция не проводилась	73,4	50,0	75,0	86,7	86,7	78,4	65,0	64,3	90,6	87,1

В группе женщин, подвергнутых хирургическому лечению (табл.2), пункционная биопсия была проведена у 21,6%: изменения в полученном материале отсутствовали у 13,5% пациенток данной группы (у 20,0%, у 14,3%, у 9,4% и у 12,9% - во IIa, во IIb, во IIc и во IIд подгруппах соответственно), явления пролиферации эпителия диагностированы у 7,2% (у 15,0% - перенесших одностороннюю оварио- или аднексэктомию и у 17,9% - одностороннюю аднексэктомию с гистерэктомией), а диспластические изменения выявлены лишь у одной больной с удаленными яичником и маткой.

Следовательно, Э сопровождается пролиферативными процессами в МЖ вплоть до атипии, не наблюдающимися у здоровых женщин репродуктивного возраста, выраженность которых несколько снижается после проведенного как консервативного, так и хирургического лечения Э.

Таким образом, выявленные особенности состояния МЖ как у еще нелечившихся больных Э, так и после традиционных методов консервативного и хирургического его лечения настоятельно диктуют необходимость совместного ведения данного контингента больных гинекологами и онкомамологами.

Очевидно, что дисгормоноз, наблюдающийся при эндометриозе и его лечении, должен отражаться и на состоянии молочных желез. Однако базовые знания, посвященные этим вопросам, крайне недостаточны. С целью проведения сравнительной оценки состояния молочных желез у женщин репродуктивного возраста с эндометриозом и после проведения консервативных гормональных и радикальных оперативных методов его лечения нами было обследовано 576 женщин в возрасте 20-40 лет. Для изучения состояния молочных желез всем женщинам проводилось: выяснение жалоб, сбор анамнеза, осмотр и пальпация молочных желез, маммография и/или УЗИ молочных желез; при необходимости - пункция под контролем УЗИ, цитологическое и морфологическое исследование выделений из сосков, дуктография, исследование уровня тропных гормонов (ТСГ, пролактин) в крови и компьютерная томография черепа (прицельно "турецкое седло"). На основании полученных результатов сделан вывод о том, что выявленные особенности состояния молочных желез как у еще нелечившихся больных эндометриозом, так и после традиционных методов консервативного и хирургического его лечения настоятельно диктуют необходимость совместного ведения данного контингента больных гинекологами и онкомамологами.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

В.И. Коновалов

Уральская государственная медицинская академия

Возникновение и развитие эндометриоза (Э) сопровождается, помимо нарушений менструальной и генеративной функций, сложными реакциями регулирующих систем, влекущими за собой изменения деятельности всего женского организма и характеризующими процесс его дезадаптации в новых условиях, резко ухудшающих общее состояние и качество жизни, а нередко приводящих к инвалидизации женщин в репродуктивном возрасте.

Все имеющиеся на сегодня и консервативные, и оперативные методы лечения Э не только не "гарантируют от рецидива", но и оказывают подчас необратимое воздействие на репродуктивную систему (вплоть до полного выключения функции яичников), усугубляя тем самым имеющийся гормональный дисбаланс. Следует отметить, что результаты лечения больных Э зависят не только от тяжести течения заболевания и степени распространенности процесса, объема и радикальности оперативного вмешательства, адекватности гормональной