

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

УЗ «Городской клинический родильный дом №2»

---

*В последние годы отмечен рост заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия. Из них полипы эндометрия обнаруживают у 5–25% гинекологических больных всех возрастных групп, наибольшая частота их (около 85%) приходится на репродуктивный период [1, с. 284].*

*Длительное существование полипов эндометрия, отсутствие их адекватного лечения приводит к развитию рака эндометрия. Целью исследования явилось определение процессов, на фоне которых происходит образование полипов эндометрия, круга профилактических мероприятий по предупреждению появления полипов, а также рекомендаций по их лечению, как меры предотвращения развития рака эндометрия.*

**Ключевые слова:** полипы, эндометрия, репродуктивный период.

**N.V. Volchok**

### **MODERN VIEWS ON ENDOMETRIAL'S POLYPS DEVELOPMEN IN REPRODUCTIVE PERIOD**

*Problems of endometrial's polyps origin, prophylactic and treatment in modern conditions are discussed in this article. In recent years growth of incidence by hyper plastic processes an endometriya is noted. From them polyps an endometriya find in 5–25% of gynecologic sick all age groups, their greatest frequency (about 85%) falls on the reproductive period [1, page 284].*

*The endometriya, lack of their adequate treatment leads long existence of polyps to cancer development an endometriya.*

**Key words:** polyps, endometriya, reproductive period.

---

**Материалы и методы**

Исследование проводилось у 85 женщин репродуктивного периода, госпитализированных в отделение оперативной гинекологии УЗ «ГКРД №2» в 2013 г. для удаления полипов эндометрия в плановом порядке под контролем гистероскопии. В обязательном порядке проводилось раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Соскобы из полости матки, цервикального канала, удаленные полипы эндометрия посылались на гистологическое исследование.

**Результаты и обсуждение**

Экстрагенитальная патология была у 11 женщин (13%). Из них у 8 женщин были различные заболевания сердца, сосудов, крови: хроническая артериальная гипертензия (у 4), варикозная болезнь (у 3), миокардический миокардиосклероз (у 1), ПМК 1 степени (у 1), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (у 1). У 4 женщин отмечались хронические воспалительные заболевания почек и желудочно-кишечного тракта, у 2 – нарушение метаболических процессов с исходом в ожирение, у 2 – аутоиммунный тиреоидит с клиническим и лабораторным эутиреозом, у 1 – гиперпролактинемия.

Преобладание из экстрагенитальной патологии заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациенток с полипами эндометрия объясняется тем, что эти заболевания, вызывая хроническую гипоксию, приводят к снижению иммунитета, нарушению процессов апоптоза на локальном уровне и способствуют развитию пролиферативных процессов в различных органах и тканях, в т.ч. и в эндометрии.

Установлено, что ожирение – фактор риска возникновения патологических состояний эндометрия, при этом при малой степени ожирения относительный риск развития рака эндометрия возрастает в 2 раза, а при большой – увеличивается в 10 раз [1, с. 285]. Это связано главным образом с тем, что жировая ткань является местом образования эстрогенов из андрогенов. Ожирение приводит к гиперэстрогении и, как следствие, к гиперпластическим процессам в органах-мишенях действия эстрогенов.

Заболевания щитовидной железы – фактор риска возникновения патологических процессов эндометрия, т.к. изменение уровня тиреоидных гормонов нарушает действие эстрогенов на клетки эндометрия и приводит к их избыточному росту.

Патология желудочно-кишечного тракта также играет роль в развитии хронической гиперэстрогении из-за нарушенного метаболизма эстрогенов в печени и в кишечнике.

Гинекологические заболевания были у 57 женщин (67%). Из них заболевания тела матки встречались у 21 женщины (у каждой третьей пациентки с гинекологическими проблемами: миома матки – у 17, аденомиоз – у 3, ВПР – двурогая матка – у 1); заболевания яичников – у 11 женщин (у каждой пятой пациентки с гинекологическими проблемами: новообразования яичников – у 9, поликистозные яичники – у 2). Хронические воспалительные процессы женских половых органов были у 29 пациенток (у каждой второй пациентки с гинекологическими проблемами). Из них хронический цервицит был у 17 женщин (у одной из них с дисплазией шейки матки 2-3 степени на фоне вирусного поражения), хронический сальпингоофорит – у 11, хронический эндометрит – у 1. Встречались и другие заболевания шейки матки – эрозия – у 4 женщин, гипертрофия шейки матки – у 2, рубцовые изменения шейки матки – у 1. В одном случае полип возник на фоне ВМС в полости матки.

Клинически полипы эндометрия проявляли себя меноррагиями и менометроррагиями, что встречалось у 19 женщин (22%), а также бесплодием у 20 пациенток (24%). Первичное бесплодие было у 17 женщин, вторичное – у

трех.

По результатам гистологического исследования чаще встречались железисто-фиброзные полипы – в 35 случаях (41%). Железистые полипы были в 31 случае (36%), из них только в одном был базальный вариант полипа, в других – функциональный вариант. Реже встречались фиброзно-железистые полипы – в 15 случаях (17%), плацентарные – в 2 (2%), фиброзные – в 1 (1%), аденоматозные – в 1 результате гистологического исследования (1%). В 6 случаях полипы возникали на фоне гиперплазии эндометрия (7%), в 2 (2%) – на фоне хронического эндометрита, в 5 (6%) – сочетались с полипами цервикального канала.

Наличие гормонопродуцирующих опухолей яичников, поликистозных яичников, хронического сальпингоофорита приводит к недостаточности лютеиновой фазы, ановуляции, и, как итог, к гиперэстрогении и к пролиферативным процессам в эндометрии. Преобладающее наличие по результатам гистологических исследований железисто-фиброзных (41%) и железистых (36%) полипов в функциональном варианте, а также сочетание полипов с гиперплазией эндометрия, подтверждает их развитие в репродуктивном периоде на фоне гиперэстрогении.

Изменения рецепторного аппарата клеток эндометрия, на который воздействуют эстрогены, могут быть вызваны воспалительными процессами в нем. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза также приводят к вторичным иммунодефицитам, что влияет на процессы апоптоза, нарушает регуляцию процессов пролиферации в тканях и удаление измененных клеток в организме.

Таким образом, мероприятия по профилактике образования полипов должны включать в себя своевременную диагностику и лечение у пациенток заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы; нарушений менструальной функции, овуляции, хронических воспалительных заболеваний половой сферы; коррекцию различных нейроэндокринных расстройств и нарушений обмена веществ; лечение новообразований яичников, а также пропаганду здорового образа жизни, воспитательную работу (в первую очередь среди подростков) с формированием отрицательного отношения к рискованному половому поведению, объяснением последствий инфекций, передающихся половым путем.

Адекватное лечение полипов эндометрия предотвращает в дальнейшем развитие рака эндометрия и бесплодия.

Основной метод лечения полипов эндометрия – хирургический. Диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки не позволяет полностью удалить полип, полноценное его удаление возможно только при использовании гистероскопического оборудования с применением механических эндоскопических инструментов, электрохирургической техники, лазерной энергии. При сочетании полипа эндометрия с субмукозной миомой матки (0 типа, размером до 4 см) проводится гистерорезектоскопия.

Рекомендации по ведению пациенток после удаления полипов эндометрия должны включать в себя назначение гормональной терапии при железистых полипах функционального типа, аденоматозных полипах, а также при сочетании полипов эндометрия с гиперплазией эндометрия. В остальных случаях необходимо лишь динамическое наблюдение с применением ультразвукового контроля [1, с. 288].

До назначения гормональной терапии должно быть проведено определение гормонального фона. Пациенткам с относительной гиперэстрогенией по данным обследования назначаются комбинированные оральные контрацептивы, при недостаточности лютеиновой фазы —

## □ Оригинальные научные публикации

гестагенные препараты, в случае аденоматозных полипов – агонисты гонадотропин-релизинг-гормона, антигонадо-тронпины; измененный уровень гормонов щитовидной железы, гиперандрогения, гиперпролактинемия корректируются совместно с эндокринологом. При сочетании полипов эндометрия (кроме аденоматозных) с аденомиозом и/ли миомой матки с интерстициальным расположением узлов размерами до 3 см, а также после удаления субмукозной миомы матки возможно введение внутриматочной спирали с левоноргестрелом.

Контроль эффективности лечения должен оцениваться с помощью ультразвукового исследования органов малого таза через 3, 6, 12 месяцев после начала терапии, при аденоматозных полипах – с помощью контрольной гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием через 6 месяцев.

После прекращения гормонотерапии у пациенток репродуктивного возраста необходимо следить за восстановлением спонтанной овуляции, при ее отсутствии необходимо провести стимуляцию овуляции (кломифеном). При поликистозных яичниках и при отсутствии овуляции проводится хирургическое вмешательство.

Гормональная терапия должна сочетаться с приемом

гепатопротекторов, антикоагулянтов, антиагрегантов.

Диспансерное наблюдение после удаления полипа осуществляют в течение двух лет с ультразвуковым контролем каждые 6 месяцев.

При хронических эндометритах, сальпингоофоритах, цервицитах должно быть проведено обследование на инфекции, передающиеся половым путем, взят посев из цервикального канала, влагалища, выполнена иммунограмма; при выявлении патологии должно быть проведено специфическое лечение.

Наличие новообразований яичника является показанием к оперативному лечению.

При рецидиве гиперплазии эндометрия пациенткам позднего репродуктивного периода, реализовавшим репродуктивную функцию, показана абляция эндометрия. При сочетании полипов эндометрия с выраженным аденомиозом или субмукозной миомой матки вопрос о тактике ведения решается в пользу гистерэктомии.

### **Литература**

1. Безнощенко, Г.Б. Неоперативная гинекология – М.: Медицинская книга, 2001. -392 с.

*Поступила 16.08.2013 г.*