**ВЕДЕНИЕ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ И ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ**

Калиновская О.И., к.мед.н., доцент

Харьковский национальный медицинский университет

Лазуренко В.В., д.мед.н., профессор

Харьковский национальный медицинский университет

Старкова И.В., к.мед.н., доцент

Харьковский национальный медицинский университет

Овчаренко О.Б., к.мед.н., доцент

Харьковский национальный медицинский университет

Лященко О.А. к.мед.н., доцент

Харьковский национальный медицинский университет

**Аннотация**

Анализируется применение противорецидивной гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия в постэмболизационном периоде у больных миомой матки репродуктивного возраста. Keywords: uterine fibroids, endometrial hyperplasia, uterine artery embolization, reproductive age, hormonal drugs. Ключевые слова: миома матки, гиперплазия эндометрия, эмболизация маточных артерий, репродуктивный возраст, гормональные препараты. Одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста занимает миома матки и 20-30 % случаев в сочетании с патологией эндометрия. При этом клинические проявления миомы во многом определяются гиперплазией эндометрия (ГПЭ). В настоящее время наиболее эффективным методом лечения миомы матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА), но некоторые вопросы ведения постэмболизационного периода у пациенток репродуктивного возраста с миомой матки и ГПЭ остаются нерешенными. Основные принципы медикаментозного лечения миомы матки основаны на концепции о гормонально зависимом характере этой опухоли и использовании средств, тормозящих ее развитии. Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных миомой матки в сочетании с ГПЭ, перенесших ЭМА в репродуктивном возрасте, за счет назначения в послеоперационном периоде гормонального лечения ГПЭ (препарата на основе дидрогестерона и диеногестсодержащего монофазного комбинированного орального контрацептива).

**Материалы и методы исследования.** За период с 2006 по 2020 гг. на базе КЗОЗ «Харьковская Annali d’Italia №7/2020 31 областная клиническая больница –Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» было проведено обследование и лечение 210 больных миомой матки репродуктивного возраста. Основную группу составили 190 пациенток с сопутствующей ГПЭ. В группу контроля были включены 20 больных миомой матки без патологии эндометрия. Всем пациенткам в качестве метода лечения миомы матки была произведена эмболизация маточных артерий. Операция эмболизации проводилась на ангиографе Axiom Artis MP, «Siemens», Германия. Доступ к маточным артериям осуществлялся по стандартной методике Сельдингера с использованием частиц поливинилалкоголя (ПВА) и микросфер «Biosphere». После ЭМА больные с сочетанной патологией эндо- и миометрия были разделены на две группы: I группа - 60 пациенток, у которых лечение гиперплазии эндометрия не проводилось; II группа - 130 больных, которым назначалась циклическая гормональная терапия: в течение 6 месяцев 65 пациенток (IIа подгруппа) получали препарат на основе дидрогестерона (Дюфастон) по 10 мг 2 раза в день с 5 по 25 день менструального цикла, 75 больных (IIб подгруппа) – низкодозированный монофазный комбинированный оральный контрацептив, содержащий в качестве гестагенного компонента диеногест (Жанин), по контрацептивной схеме. Средний возраст пациенток I группы составил 35,0 ± 4,27 лет, II группы – 34,4 ± 4,30 лет, группы контроля – 33,9 ± 4,76 лет.

**Результаты собственных исследований и их обсуждение.** Наиболее частыми жалобами, которые предъявляли больные миомой матки, были жалобы на маточные кровотечения – мено-, метроррагии и межменструальные кровяные выделения. При этом нарушения менструального цикла по типу метроррагий были у 48,3% пациенток с патологией эндометрия, в отличие от больных контрольной группы, у которых данный показатель составил 20%. Сопутствующими жалобами являлись слабость, быстрая утомляемость и снижение работоспособности у каждой третьей больной I группы, 26,7% пациенток II группы и у каждой четвертой больной миомой матки без патологии эндометрия. Наличие болевого синдрома отмечалось со сходной частотой во всех исследуемых группах – в 8 (29,6%) случаях в I группе, в 12 (20%) во II группе и у 5 (25%) больных в группе контроля. Анемия I-II степени была выявлена у 45% пациенток с сочетанной патологией эндо- и миометрия и у 35% женщин контрольной группы. В результате УЗИ у большинства пациенток с миомой матки (58,6%) были выявлены единичные миоматозные узлы. В зависимости от локализации и характера роста 15% из них были отнесены к субсерозным узлам I типа, 32,8% – к субсерозным II типа, 18,7% – к интерстициальным и 41,1% – к субмукозным узлам II типа. Более чем у половины больных при изучении структуры и кровоснабжения узлов были выявлены интерстициальные и интерстициально субсерозные миомы неоднородной эхоструктуры, повышенной эхогенности с преобладанием периферической васкуляризации. В 43% случаев было установлено наличие гипоэхогенных узлов с неоднородной эхоструктурой и смешанной васкуляризацией, в большинстве случаев – субмукозных II типа. При УЗИ эндометрия установлены достоверные различия в показателях средней величины срединного маточного эхо у больных миомой матки основных групп (в I группе 13,8 ± 1,13 мм, во II группе – 16,05 ± 1, мм) и контрольной (7,7 ± 1,34 мм). Эффективность противорецидивной терапии ГПЭ оценивалась через 3 и 6 месяцев после эмболизации. У пациенток I группы через 3 месяца после ЭМА установлено снижение частоты жалоб на меноррагии в 4,3 раза, через 6 месяцев данная жалоба присутствовала у 7 (25,9%) больных, что позволило заподозрить рецидив ГПЭ. Метроррагии, наблюдавшиеся у 51,2% больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия до ЭМА, после процедуры не отмечались. Среди пациенток II группы, у 60% которых до ЭМА были жалобы на менометроррагии, через 3 месяца после ЭМА данные жалобы сохранялись у 12,8% больных IIа подгруппы и у 7,8% пациенток IIб подгруппы. Через 6 месяцев после эмболизации жалобы на нарушения менструального цикла по типу олигоменорреи были только у 1 больной IIб группы. При анализе лабораторных показателей клинического анализа крови установлено достоверное снижение частоты анемии у пациенток всех исследуемых групп уже через 3 месяца после ЭМА. Однако анемия I степени сохранялась у 20,5% больных I группы, у 11,8% IIа подгруппы и 8,7% IIб подгруппы, что, по-видимому, обусловлено особенностями течения постэмболизационного периода. Через 6 месяцев после ЭМА количество пациенток, у которых выявлялась анемия, в группе больных, не получавших противорецидивное гормональное лечение ГПЭ, было в 3 раза больше, чем во II группе. При этом показатели свертывающей системы крови пациенток исследуемых групп в сроки наблюдения находились в пределах нормативных значений. При изучении динамики размеров матки и миоматозных узлов после процедуры ЭМА оценивалась с помощью УЗИ в течение 12 месяцев постэмболизационного периода. Установлено, что объем матки у всех пациенток через год после ЭМА уменьшился в 2,2 раза и практически соответствовал нормальному показателю. У пациенток I группы произошло уменьшение объема узлов в 5 раз, у больных II группы – в 4,5 раза во IIа подгруппе и в 4,3 раза во IIб подгруппе. При УЗИ эндометрия у пациенток с миомой матки и гиперплазией после ЭМА средние значения М-эхо были достоверно ниже через 3 и 6 месяцев, чем до эмболизации; причем, в группе пациенток с 32 Annali d’Italia №7/2020 миомой матки, которым назначалась противорецидивная терапия ГПЭ после ЭМА средние показатели М-эхо были достоверно ниже, чем у пациенток I группы. Следует отметить, что в I группе показатель М-эхо через 6 месяцев после ЭМА превышал аналогичный показатель через 3 месяца после эмболизации, что свидетельствует о повышенном риске развития рецидива ГПЭ. Согласно данным морфологического исследования в течение постэмболизационного периода рецидивы ГПЭ наблюдались у 26,2% больных, которые не получали противорецидивного лечения ГПЭ после ЭМА (I группа); у 5,7% пациенток IIа подгруппы и у 3,9% больных IIб подгруппы. Достоверные различия в частоте развития рецидивов ГПЭ установлены между показателями в I группе и во IIб подгруппе больных. У пациенток репродуктивного возраста с миомой матки и гиперплазией эндометрия, которым после ЭМА назначался курс гормонального лечения ГПЭ с использованием препарата на основе дидрогестерона, после отмены гормональной терапии рецидивы типичной гиперплазии эндометрия наблюдаются в 3 – 3,5 раза реже, чем у больных, не получавших противорецидивной гормональной терапии. Развитие рецидива ГПЭ у больных миомой матки, получавших после ЭМА диеногестсодержащий монофазный оральный контрацептив в пролонгированном режиме в течение 6 месяцев, наблюдается достоверно реже, чем в отсутствие противорецидивного лечения – в 3,2%. При назначении пациенткам с миомой матки и ГПЭ в постэмболизационном периоде диеногестсодержащего монофазного орального контрацептива в пролонгированном режиме рецидивы гиперплазии эндометрия отмечаются в 2,2 раза реже, чем у больных, применявших с данной целью аналог прогестерона. Таким образом, наиболее эффективным гормональным препаратом для предупреждения развития рецидива ГПЭ у больных в репродуктивном возрасте с сочетанной доброкачественной патологией эндо- и миометрия после ЭМА, является диеногестсодержащий монофазный комбинированный оральный контрацептив, применяемый в течение 6 месяцев в пролонгированном режиме.

**Выводы:** Применение противорецидивной гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия в постэмболизационном периоде у больных миомой матки репродуктивного возраста позволяет существенно снизить риск развития рецидива доброкачественной патологии эндометрия и улучшить качество жизни пациенток.

**Список источников**

1. Капранов С.А., Гришин И.И., Озерова Р.И. Сочетанные гинекологические операции при эмболизации маточных артерий у больных миомой матки // Журнал акушерства и женских болезней специальный выпуск, материалы 3-го Международного Научного Конгресса «Новые технологии в акушерстве и гинекологии», 2011. - том LVII. - С.217-231. 2. Каусева О. И., Капранов С.А., Доброхотова Ю.Э. Эмболизация маточных артерий – как метод лечения миомы матки. Акушерство и гинекология: современность и традиции. // Юбилейный сборник научных работ, посвященный 5-летию кафедры акушерства и гинекологии Московского факультета РГМУ. М., 2008. С. 5-11. 3. Siskin G.O., Eaton L.A. Jr., Stainken B.F. et al. J. Vasc. Interv. Radiol. 2010; 10: 891–894. 4. Healey S., Buzaglo K., Seti L., et al. Ovarian function after uterine artery embolization and hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2014; 11 (3): 348- 52. 5. Richter G.M., Radeleff B., Rimbach S., Kauffmann G.W. CIRSE. Annual Meeting and Postgraduate Course of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe; 2013: 56. 6. Pelage J.P., Le Dref O., Soyer P. et al. Fibroidrelated menorrhagia: treatment with superselective embolization of the uterine arteries and mid-term followup // Radiology. – 2010. – Vol. 215. – P. 428-431.