

И.П. БОНДАРЕНКО, к. м. н., врач акушер-гинеколог-эндокринолог-маммолог, МКДЦ «Здоровье и материнство», г. Барнаул

## Гиперпластический синдром - найти «золотую» середину в лечении

**Гиперпластический синдром включает в себя миому матки, эндометриоз, гиперплазию эндометрия, доброкачественную дисплазию молочных желез, патологию щитовидной железы, надпочечников и жировой ткани. Данные заболевания имеют сходную клиническую картину и сходные молекулярно-биологические особенности патогенеза, связанного с нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе, что подтверждается частым сочетанием вышеперечисленных заболеваний.**

**Т**ак, по разным данным сочетание миомы матки и гиперпластических изменений эндометрия колеблется от 30,1 до 58%, миома матки сочетается с железистой гиперплазией эндометрия у 25% больных, с атипической гиперплазией – у 10,7%, раком эндометрия – у 7%, у 64% больных с различными формами мастопатии выявлена патология щитовидной железы, при сахарном диабете мастопатия встречается в 67–70% случаев.

Наиболее выраженными общими признаками гиперпластического синдрома могут быть: сильнейший пролиферативный потенциал, увеличение ароматазной активности, устойчивость к апоптозу, системная иммуносупрессия, усиленный ангиогенез, локальная воспалительная реакция.

На протяжении 7 лет нами были пролечены 160 пациенток с гиперпластическим синдромом в возрасте от 35 до 45 лет, которые прошли комплексное обследование с использованием общеклинического, ультразвукового, морфологического исследований.

В ретроспективное исследование были включены пациентки с гиперпластическим синдромом с объемом матки не более 110 см<sup>3</sup>, с 1–5 миоматозными узлами, диаметром до 4 см субсерозной или интерстициальной локализацией.

Показанием для назначения лечения являлись: нарушение менструальной функции, наличие ретенционных образований яичников, гиперплазия эндометрия.

Пациентки были разделены на 2 группы. Первой группе (n=80) в качестве первого этапа лечения назначались агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (Бусерелин-лонг ФС, 3,75 мг/м каждые 28 дней в течение 3–6 месяцев), вторым

этапом – применение прогестинов, ЛНГ-ВМС, КОК. Второй группе (n=80) проводилось лечение по поводу сочетанной патологии в органах репродуктивной системе только прогестинами, КОК, ЛНГ-ВМС.

По данным УЗИ на фоне применения Бусерелина-лонг ФС быстрее отмечалось уменьшение размеров миомы матки, была более выражена облитерация очагов аденомиоза, обратное развитие ретенционных образований в яичниках, уменьшение количества кист в области молочных желез, уменьшения их диаметра. В группе, получавшей Бусерелин-лонг ФС выраженность УЗ-критерией пролиферативного синдрома сократилась на 38%, во второй группе, получавшей КОКи прогестины на 14%. При этом улучшилось состояние молочных желез: в первой группе выраженность доброкачественной дисплазии молочных желез снизилась на 60%, во второй на 14%.

Назначение Бусерелина-лонг ФС способствовало быстрому наступлению атрофических процессов в эндометрии. Это отразилось на состоянии менструальной функции. Так, в первой группе состояние менструального цикла улучшилось на 80%, во второй группе на 40%.

Использование в алгоритме лечения пролиферативного синдрома агониста гонадотропин-рилизинг гормона в качестве первого этапа позволило быстрее купировать болевой синдром. В группе, получавшей Бусерелин-лонг ФС, отмечено снижение выраженности болевого синдрома на 90%, во второй группе – на 40%.

Несмотря на имеющие место побочные эффекты – вегето-сосудистые симптомы в виде приливов и жара – пациентки, ощутившие положительный клинический эффект (нормализация мен-

струального цикла, купирование болевого синдрома, значительное улучшение общего самочувствия), были благоприятно настроены на проведение данного метода лечения.

Применение Бусерелина-лонг ФС в качестве первого этапа лечения пациенток с гиперпластическим синдромом способствует более быстрому наступлению атрофии эндометрия, уменьшению размеров миомы, очагов эндометриоза, аденомиоза, ретенционных образований яичников. Препарат не оказывает влияния на липидный и углеводный обмен, свертывающую систему крови, поэтому может быть рекомендован пациенткам с отягощенным соматическим анамнезом.

Применение отечественного препарата «Бусерелин-лонг ФС» при лечении гиперпластического синдрома соответствует требованиям «затратная стоимость лечения – эффективность-безопасность», что в условиях ограниченных экономических ресурсов является важным аспектом терапии.

### Литература

1. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 528 с.
2. Кулаков В.И., Волобуев А.И., Сеницын В.А. и др. Тактика ведения больных с сочетанными доброкачественными гиперплазиями молочных желез и женских половых органов // Гинекология. – 2003. – Т. 5. - № 3. – С. 113-115.
3. Сметник В.П. Половые гормоны и молочная железа // Акушерство и гинекология. – 2000. – Т. 2. - № 5. – С. 133-136.
4. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: МИА, 2006. – 784 с.
5. Бурлев В.А., Волков Н.И., Павлович С.В. Влияние агониста гонадотропин-рилизинг гормона на пролиферативную активность и апоптоз у больных с миомой матки // Проблемы репродукции. – 2003. - № 3. – С. 27-31.
6. Вишневицкий А.С. Гиперпластический синдром в гинекологии: монография / СПб.: ИнформМед, 2013. – 188 с.