

Ефективність різних методів лікування гіперпроліферативних процесів матки у жінок репродуктивного віку

О. Д. Лещова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: оцінювання ефективності різних методів лікування гіперпроліферативних процесів матки у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Хірургічне лікування проведено 445 пацієнткам з лейоміомою матки, а саме: 323 жінки входили в основну групу, 122 – у підгрупу А групи порівняння. У 80,9 ± 1,9% випадків виконані органозберігаючі операції (міомектомія), у 19,1 ± 1,9% – гістеректомія. Лапароскопічним доступом прооперовані 78,1 ± 2,2% пацієнток, з використанням лапаротомії – 6,4 ± 1,3%. У 15,6 ± 1,9% випадків пацієнткам із субмукозним розташуванням вузла міомектомія була проведена методом гістерорезектоскопії. Ранній і пізній післяопераційний період у всіх хворих був без ускладнень. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. Привертає увагу той факт, що ефективність використання як прогестагенів, так і комбінованих оральних контрацептивів при ізольованому аденоміозі була відносно високою і практично однаковою. Менш ефективним лікування прогестагенами порівняно з монофазними комбінованими оральними контрацептивами було в основній групі при поєднаних гіперпластичних захворюваннях матки. При застосуванні внутрішньоматкової левоноргестрел-видільної системи у 3 із 31 пацієнтки основної групи зафіксовано експульсію спіралі, у всіх інших лікування виявилось успішним.

Очевидна перевага внутрішньоматкової левоноргестрел-видільної системи в порівнянні з іншими гормональними засобами визначається високою ефективністю у поєднанні з більшою тривалістю лікування і відсутністю значущих побічних ефектів.

Висновки. Гістероскопічна абляція ендометрія мала високу ефективність при ізольованих гіперпластичних процесах ендометрія – 78 %. При їхньому поєднанні з лейоміомою матки частота успішного лікування знижувалася до 50 %. У разі поєднання гіперпластичних процесів ендометрія з аденоміозом і міомою матки очікуваний результат лікування був досягнутий лише в 11,1 %

випадків, а число гістеректомій збільшилося до 78,9 %, що дозволяє віднести вищезгадане поєднання гіперпластичних процесів матки в число протипоказань до гістероскопічної абляції ендометрія.

Ключові слова: проліферативні процеси матки, лікування, репродуктивний вік.

Доброякісні проліферативні захворювання матки – лейоміома (ЛМ), аденоміоз (АМ) і гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) є частою причиною порушень репродуктивного здоров'я, зниження якості життя і соціальної дезадаптації у жінок репродуктивного віку [1–3]. ЛМ діагностують у 12–25 %, ГПЕ – у 10–18 %, АМ – у 12–50% жінок репродуктивного віку. Різні поєднання цих захворювань зустрічаються у кожній третій з обстежених жінок [4–6]. Мастопатію фіксують у 36,8 % жінок із ГПЕ [7, 8].

Множинність і синхронність виникнення доброякісних пухлин зазвичай розцінюється як прогностично несприятливий чинник, що свідчить про активність проліферації, що з урахуванням онкологічної настороженості незрідка визначає активну хірургічну тактику [9, 10].

У сучасній літературі є багато публікацій, присвячених різним методам лікування ГПЕ і міометрія [11–15]. Проте не всі питання є повністю вирішеними, що свідчить про актуальність нашого наукового дослідження.

Мета дослідження: оцінювання ефективності різних методів лікування гіперпроліферативних процесів матки у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Хірургічне лікування проведено 445 пацієнткам з ЛМ, а саме: 323 жінки були включені в основну групу, 122 – у підгрупу А групи порівняння. У $80,9 \pm 1,9\%$ випадків виконані органозберігаючі операції (міомектомія), в $19,1 \pm 1,9\%$ – гістеректомія. Лапароскопічним доступом прооперовані $78,1 \pm 2,2\%$ пацієнток, з використанням лапаротомії – $6,4 \pm 1,3\%$. У $15,6 \pm 1,9\%$ випадків пацієнткам із субмукозним розташуванням вузла міомектомія була проведена методом гістерорезектоскопії. Ранній і пізній післяопераційний період у всіх хворих перебігав без ускладнень.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Передопераційна підготовка до лапароскопічної міомектомії агоністами гонадотропін-релізинг-гормону (а-ГнРГ) у 68 пацієнток віком 36–45 років дозволила досягти зменшення об'єму матки в середньому на $15,4 \pm 2,8\%$ від вихідного об'єму.

Найчастіше цей ефект був виражений при ізольованій міомі матки (ММ) і меншою мірою при її поєднанні з іншими гіперпластичними процесами.

Протягом 3 років після міомектомії рецидиви ЛМ виявлені у 140 ($38,9 \pm 2,6\%$) пацієнток із 360. Водночас у $9,4 \pm 0,5\%$ хворих рецидив захворювання спостерігався протягом першого року після операції, до закінчення третього року рецидив захворювання був виявлений ще у $29,4 \pm 2,4\%$ пацієнток. Найбільше число рецидивів протягом одного року ($20,0 \pm 4,3\%$) було при поєднанні ММ з АМ і доброякісними гіперпластичними процесами ендометрія. У цій самій підгрупі було найбільше число рецидивів за 3 роки – $60,0 \pm 5,3\%$.

Із пацієнток, що перенесли міомектомію, 123 ($34,2 \pm 2,5\%$) жінки планували вагітність. За період спостереження (24 міс) вагітність настала у 103 ($83,7 \pm 3,3\%$)

жінок. Водночас у пацієнок з ізольованою ЛМ частота настання вагітності становила $93,8 \pm 3,0 \%$, тоді як при поєднанні ЛМ з іншими гіперпластичними процесами – $72,9 \pm 5,8 \%$ ($p < 0,01$).

Проведена оцінка впливу удосконаленої терапії (індол-3-карбінол) на ефективність лікування у 40 пацієнок віком 36–45 років з поєднанням ЛМ з АМ і доброякісними ГПЕ, яким була виконана консервативна міомектомія. У 20 з них хірургічне лікування було доповнене післяопераційним призначенням протягом 6 міс удосконаленої терапії. Іншим 20 пацієнткам проведено лише хірургічне лікування.

Протягом 12 міс після комбінованого лікування рецидивів захворювання не зафіксовано. Водночас у 4 (25 %) із 20 пацієнок, які не отримували зазначеної терапії, через 12 міс під час ультразвукового дослідження виявлені міоматозні вузли, що було розцінено як рецидив захворювання.

Учасницям дослідження для гормональної терапії застосовували:

- прогестагени – норетістерон, лінестренол, медроксипрогестерон;
- монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) у режимі контрацепції;
- агоністи ГнРГ;
- внутрішньоматкова система (ВМС) з левоноргестрелом (ЛНГ).

Вибір виду гормональної терапії залежав від низки чинників, таких, як вік, репродуктивні плани, соматичне здоров'я тощо.

На тлі терапії у пацієнок основної групи і групи порівняння з АМ у більшості випадків був отриманий позитивний клінічний ефект. Найбільш високою ефективністю лікування в основній групі і групі порівняння була при вживанні а-ГнРГ як при ізольованих, так і при поєднаних формах АМ. Поліпшення в клінічному перебігу захворювання настало у всіх хворих вже через 3–4 тиж від початку лікування. За даними ультразвукового дослідження (УЗД), на тлі лікування відзначено аменорею, яка пов'язана з атрофією ендометрія, товщина середньої маткової ехо-камери на тлі лікування становила 4–6 мм. У хворих з постгеморагічною анемією через 2–3 міс терапії нормалізувалися показники крові.

При вживанні інших гормональних засобів у 45 ($20,5 \pm 2,0\%$) пацієнок із 217 терапія була перервана протягом перших 6 міс у зв'язку з неефективністю. З них у 29 проводили терапію прогестагенами, у 13 – КОК, а у 3 – ВМС ЛНГ. У 31 ($41,9 \pm 5,7 \%$) пацієнок основної групи консервативне лікування виявилось неефективним і лише в 14 ($9,8 \pm 0,5 \%$) випадках у жінок групи порівняння ($p < 0,001$). В основній групі найбільше число випадків неефективності лікування відзначено у хворих, що мали поєднання ММ, АМ і ГПЕ – 25 ($52,1 \pm 5,2 \%$) випадків із 48, порівняно з 6 ($23,1 \pm 8,3 \%$) випадками із 26 у хворих з поєднанням ММ і АМ ($p < 0,01$).

Первинний позитивний ефект гормональної терапії прогестагенами був відзначений у $64,6 \pm 5,3 \%$ випадків, а при використанні монофазних КОК був достовірно вище – $85,1 \pm 3,8\%$ ($p < 0,01$).

Привертає увагу той факт, що ефективність використання як прогестагенів, так і КОК при ізольованому АМ була відносно високою і практично однаковою. Менш ефективним лікування прогестагенами порівняно з монофазними КОК було в основній групі при поєднаних гіперпластичних захворюваннях матки.

У разі застосування ЛНС ВМС у 3 із 31 пацієнтки основної групи зафіксовано експульсію спіралі, у всіх інших випадках лікування виявилось успішним. Очевидна перевага ЛНГ ВМС порівняно з іншими гормональними засобами визначається високою ефективністю у поєднанні з більшою тривалістю лікування і відсутністю значущих побічних ефектів.

У підгрупі з ізольованою гіперплазією ендометрія 38 пацієнткам віком 36–45 років була виконана електродеструкція ендометрія, іншим 188 пацієнткам проводили гормональна терапія. Ефективність гормонального лікування оцінювали по купуванню клінічних проявів захворювання і нормалізації товщини ендометрія за даними УЗД. У 164 (87,2 ± 2,4 %) із 188 пацієнток гормональна терапія ГПЕ була ефективною, тоді як у хворих з мультифокальними проліферативними процесами (поєднання ММ з АМ і ГПЕ) лікування було успішним у 23 (47,9 ± 7,2%) пацієнток із 48 ($p < 0,001$).

У процесі дослідження було проведено оцінювання ефективності гістероскопічної абляції ендометрія при лікуванні поєднаних гіперпластичних процесів матки у жінок віком 36–45 років. Маткові кровотечі, що повторюються, невдачі гормональної терапії, супутня соматична патологія, що обмежує вживання гормонів зробили цей метод реальною альтернативою як гормональному лікуванню, так і гістеректомії. Завдання полягало в безповоротному руйнуванні базального шару ендометрія. Результати лікування оцінювали через 6–12 міс після операції і вважалися успішними при розвитку стійкої аменореї. Результат лікування у вигляді гіпоменореї зазвичай позитивно оцінювався пацієнтками, але не міг вважатися успішним. Збереження функціонуючого ендометрія в порожнині матки визначали як можливий чинник рецидиву гіперплазії ендометрія. Виділення, пов'язані з вогнищами АМ, що збереглися, також вказували на нерадикальність операції.

Гістероскопічна абляція ендометрія була найбільш ефективна в лікуванні ізольованих ГПЕ. У підгрупі В лікування було успішним у 77,8% випадків, а число явних невдач, що зажадали гістеректомії – на рівні 5,6%. Інша картина складалася при оцінюванні успішності абляції ендометрія при поєднаних гіперпластичних процесах матки. При поєднанні доброякісних ГПЕ з ЛМ ефективність лікування була на рівні 54,5%, відсутність ефекту спостерігалася в 36,4%, гістеректомія була потрібна в 27,3% випадків. При поєднанні гіперплазії ендометрія з ЛМ і АМ успіх був досягнутий лише в одній з дев'яти пацієнток, частота невдач становила 78,9%. Цим пацієнткам було потрібно виконання гістеректомії.

ВИСНОВКИ

Отже, гістероскопічна абляція ендометрія мала високу ефективність при ізольованих ГПЕ – 78%. При їх поєднанні з ЛМ частота успішного лікування знижувалася до 50%. У разі поєднання ГПЕ з АМ і ММ очікуваний результат лікування був досягнутий лише в 11,1% випадків, а число гістеректомій збільшилося до 78,9%, що дозволяє віднести вищезгадане поєднання гіперпластичних процесів матки в число протипоказань до гістероскопічної абляції ендометрія.

The women of reproductive age have efficiency of different methods of treatment of endometrial hyperplasia

O. D. Leshchova

The objective: to estimate efficiency of different methods of treatment of endometrial hyperplasia for the women of reproductive age.

Materials and methods. Surgical treatment is conducted to 445 patients with the uterine leiomyoma, them them: 323 – groups were included in basic, and 122 – in a sub-group I groups of comparison. At 80,9 ± 1,9% cases organ-preserving operations (myomectomy) are executed, in 19,1 ± 1,9% – hysterectomy. Operated laparoscopic access 78,1 ± 2,2 % patients, with the use of

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

laparotomy – $6,4 \pm 1,3$ %. At $15,6 \pm 1,9$ % cases to the patients with the submucosal location of node a myomectomy was conducted by the method of operative hysteroscopy. An early and late postoperative period for all patients flowed without complications.

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory instrumental and statistical methods were included.

Results. Pays attention on itself circumstance that efficiency of the use both progestagens and the combined oral contraceptives at isolated adenomyosis was relatively high and practically identical. Less effective treatment of progestagens by comparison to the monophasic combined oral contraceptives was in a basic group at the combined hyperplastic diseases of uterus. At the use of endometrial levonorgestrel excretory systems, in 3 from a 31 patient of basic group happened to the expulsion of an IUD, in all last cases of treatment it appeared successful.

Obvious advantage of endometrial levonorgestrel excretory systems as compared to other hormonal facilities it is determined by high efficiency in combination with greater duration of treatment and absence of meaningful side effects.

Conclusions. Hysteroscopic ablation of endometrium had high efficiency at the isolated endometrial hyperplasia – 78%. At their combination with the uterine leiomyoma frequency of successful treatment went down to 50%. In the case of combination of endometrial hyperplasia from adenomyosis and the expected result of treatment was attained a uterine fibroids only in 11,1% cases, and the number of hysterectomy grew to 78,9%, that allows to take afore-mentioned combination of endometrial hyperplasia in the number of contra-indications to hysteroscopic ablation of endometrium.

Keywords: *endometrial hyperplasia, treatment, reproductive age.*

Відомості про автора

Лещова Ольга Дмитрівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0000-0001-6496-7307; e-mail: doctorolga11@gmail.com

Information about the author

Leshchova Olga D. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kiev

ORCID: 0000-0001-6496-7307; e-mail: doctorolga11@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Styer AK, Rueda BR, The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. Best Pract.Res. Clin Obstet Gynaecol. 2016;34:3–12. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.018
2. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer A. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. Fertility Sterility. 2010;94(7):2703–7. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2010.04.065
3. El-Balat A, DeWilde RL, Schmeil I, Tahmasbi-Rad M, Bogdanyova S, Fathi A, Sven B. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. 2018;4593875. DOI: 10.1155/2018/4593875
4. Laughlin SK, Stewart EA. Uterine Leiomyomas: Individualize the Approach to Heterogeneous Condition. Obstetrics & Gynecology. 2011;17(1):396–400. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31820780e3
5. Downes E, Sikirica V, Gilabert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, Subramanian D. The burden of uterine fibroids in five European countries. Obstet Gynecol Reprod. 2010;152(1):96–102. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2010.05.012
6. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update. 2016;22(6):665–86. DOI: 10.1093/humupd/dmw023
7. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. Obstet Gynaecol. 2008;22(4):571–88. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2008.04.002
8. Lisięcki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. Prz Menopauzalny. 2017;16(4):137–40. DOI: 10.5114/pm.2017.72759
9. Baird DD, Harmon QE, Upson K, et al. A prospective, ultrasound – based study to evaluate risk factors for uterine fibroid incidence and grow: methods and results of Recruitmen. J. Womens Health (Larchmt). 2015;24(11):907–15. DOI: 10.1089/jwh.2015.5277

10. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501–12. DOI: 10.1111/1471-0528.14640
11. Eun Ji Choi, Seong Beom Cho, Sa Ra Lee, Young Mi Lim, et al. Comorbidity of gynecological and non-gynecological diseases with adenomyosis and endometriosis. *Obstet Gynecol Sci*. 2017;60(6):579–86. DOI: 10.5468/ogs.2019.60.6.579.
12. Cha PC, Takahashi A, Hosono N, et al. A genome wide association study identifies three loci associated with susceptibility to uterine fibroids. *Nat Genet*. 2011;43:447–50. DOI: 10.1038/ng.805
13. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH. Leiomyomatosis of the uterus. A case report with clonality analysis. *Hum Pathol*. 2000;31(11):1430–2.
14. Baranov VS, Osinovskaya NS, Yarmolinskaya MI. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. Baranov VS. *Int J Mol Sci*. 2019;20(24):e6151. DOI: 10.3390/ijms20246151
15. Lin CY, Wang CM, Chen ML, Hwang BF. The effects of exposure to air pollution on the development of uterine fibroids. *Int J Hyg Environ Health*. 2019;222(3):549–55. DOI: 10.1016/j.ijheh.2019.02.004

*Стаття надійшла до редакції 20.10.2025. Дата першого рішення 22.11.2025.
Стаття подана до друку 19.12.2025*