

*С.А.Цинтар*

## **РІВЕНЬ СТАТЕВИХ ТА ГОНАДОТРОПНИХ ГОРМОНІВ ПРИ ГІПЕРПЛАЗІЯХ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК З ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ**

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Вивчено гормональний гомеостаз у 50 жінок з преклімактеричними та клімактеричними менометрорагіями. Виявлено, що морфологічним субстратом цих кровотеч у 77% випадків є гіперплазований ендометрій. У жінок з преклімактеричними і клімактеричними кровотечами поєднується гіперестрогенія з низьким рівнем прогестерону і високим рівнем пролактину.

**Ключові слова:** гіперплазія ендометрія, гормональний гомеостаз, преклімактеричні і клімактеричні менометрорагії.

**Вступ.** Гіперестрогенія є основним патогенетичним фактором розвитку ендометріальної гіперплазії та менометрорагії [1,5]. Причиною виникнення останніх є порушення в системі функціонування репродуктивного гомеостазу [3].

Поступове підвищення порогу чутливості гіпоталамуса до гомеостатичного гальмування, зникнення циклічних викидів лютеїнізуючого релізінг гормону при збереженій функції тонічного центру, збільшення продукції гонадотропних гормонів – призводять до виникнення ановулярних циклів і розвитку абсолютної та відносної гіперестрогенії [2,3,5].

Саме гормональною залежністю ендометрія пояснюється те, що рак цієї локалізації часто розвивається на фоні гіперестрогенії, а також на фоні цілого комплексу ендокринно-обмінних порушень [1,4]. Враховуючи те, що за останні 20 років суттєво збільшився кумулятивний ризик захворюваності на рак ендометрія, потребує особливої уваги група хворих на передракові стани цієї локалізації перименопаузального віку [3,5].

**Мета дослідження.** Вивчити деякі показники гормонального гомеостазу у взаємозв'язку з патологічними станами ендометрія в жінок з преклімактеричними і клімактеричними менометрорагіями.

**Матеріал і методи.** Обстежено 50 жінок з преклімактеричними і клімактеричними менометрорагіями (середній вік – 44,8±1,5 року) і 40 здорових жінок (середній вік – 41,6±2,4 року). Забір крові проводили на фоні менометрорагій, а в здорових жінок на 6-8-й день менструального циклу з 8 до 9 години ранку. Сироватку заморожували і до визначення рівня гормонів зберігали при температурі -20°C. Рівень фолікулодістимулювального (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), пролактину (ПТЛ), естрадіолу (E<sub>2</sub>), прогестерону (П), тестостерону (Т) досліджували імуноферментним методом на апараті АИФР -01 „Униплан” за допомогою наборів „Гонадотропин ИФА - ФСГ”, „Гонадотропин ИФА - ЛГ”, „Гонадотропин ИФА - ПТЛ”, „Стероид ИФА - эстрадиол”, „Стероид ИФА – прогестерон”, „Стероид ИФА - тестостерон”.

Для вивчення морфології ендометрія в жінок із преклімактеричними менометрорагіями зразки ендометрія забирали на фоні маткової кровотечі, а в здорових жінок - під час видалення внутрішньоматкової спіралі. Зразки ендометрія отримували при діагностичному вишкрібанні стінок матки. Перед діагностичним вишкрібанням стінок матки проводилась промивка гістероскопія із застосуванням гістероскопа фірми „Karl Stozz” (Німеччина.)

**Результати дослідження та їх обговорення.** При вивченні морфології ендометрія в жінок із преклімактеричними і клімактеричними менометрорагіями у більшості спостерігали гіперплазію (77%). Так, у 34,8% жінок виявлена залозиста гіперплазія, у 34,5% - залозисто-кістозна гіперплазія, у 8,6% - залозиста гіперплазія з вогнищевим аденоматозом, у 4,6% - аденоматозна гіперплазія, у 8,6% - стадія проліферації, у 8,6% - стадія секретії.

Морфологія ендометрія здорових жінок показала, що в 41,7% випадків відмічалася стадія проліферації, у 29,2% - стадія секретії і в 8,3% - стадія десквамації.

Ендометрій з ознаками зворотного розвитку траплявся у 20% жінок.

У жінок із пременопаузальними і менопаузальними менометрорагіями рівень естрадіолу ( $204 \pm 29$  пкг/мл) в 1,5 раза вищий ( $p < 0,05$ ) порівняно з рівнем естрадіолу в здорових жінок ( $130,0 \pm 2,5$  пкг/мл). Рівень прогестерону ( $2,0 \pm 0,9$  нмоль/л) вірогідно відрізнявся і був нижчим у 2,9 раза порівняно з контрольною групою ( $5,9 \pm 1,9$  нмоль/л) ( $p < 0,05$ ). Вміст тестостерону, ФСГ, ЛГ в крові знаходився в межах гормонів у здорових жінок. Рівень пролактину в жінок з пременопаузальними і менопаузальними менометрорагіями ( $26,5 \pm 8,9$  мМО/мл) майже відповідав показникам у здорових жінок ( $15,0 \pm 7,2$  мМО/мл), але зберігалася тенденція до підвищення його рівня в жінок з кровотечами.

Отже, патологічні стани ендометрія дисгормональної природи в жінок пременопаузального і менопаузального віку проявлялися матковими кровотечами. В ендометрії при маткових кровотечах у жінок цього віку в 77,0% випадків спостерігалися гіперпластичні процеси. Це вказує на те, що морфологічним субстратом маткової кровотечі був гіперплазований ендометрій. Високий рівень естрадіолу в поєднанні з низьким рівнем прогестерону перешкоджають розвитку повноцінних секреторних перетворень і призводять до гіперплазії ендометрія. Високий рівень пролактину, поєднаний з гіперестрогенією, сприяє зниженню синтезу прогестерону та викликає гіперплазію ендометрія. Тривалі та рецидивні гіперпластичні процеси ендометрія, патогенез і клінічні особливості дуже схожі з такими при захворюванні на рак [1,4]. Вирішення питання ранньої діагностики раку ендометрія пов'язано з вивченням схильності до розвитку раку і комплексним дослідженням клініко-морфологічних особливостей гіперпластичних станів ендометрія, які залежно від багатьох умов дуже варіабельні за ризиком малігнізації. Хоча відомі деякі клінічні та морфологічні чинники можливої малігнізації ендометрія, питання диференціальної діагностики залишається не вирішеним [3,5].

#### **Висновки.**

1. Морфологічним субстратом пременопаузальних і менопаузальних менометрорагій у 77,0% випадків є гіперплазований ендометрій.

2. Гіперестрогенія в поєднанні з низьким рівнем прогестерону та зростанням концентрації пролактину перешкоджає розвитку повноцінних секреторних перетворень в ендометрії і призводить до гіперпластичних процесів.

**Перспективи подальших досліджень.** Потребує подальшого диференційованого вивчення гормональний гомеостаз та особливості клінічного перебігу гіперплазії ендометрія в жінок з обтяженим онкологічним сімейним анамнезом із метою уточнення груп високого ризику по захворюванню на рак цієї локалізації.

**Література.** 1. Беспольная В.В. Коррекция иммуно-гормональных нарушений у больных с гиперпластическими процессами в эндометрии // Лік. справа.-1999.-№ 3.-С.82-85. 2. Беспольная В.В. Тактика ведення хворих на гіперпластичні процеси ендометрія // Одеський мед. ж.-1999.- № 1.-С.56-58. 3. Макаров О.В., Исаева Е.Г. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению предрака эндометрия // Акуш. и гинекол.-1999.- № 1.-С.8-10. 4. Adamopoulos D.A., Loraine J.A., Dove G.A. Endocrinological Studies in women approaching the menopause // J.Obstet. Gynaecol. Brit. Commonwealth.- 1999.-Vol.78.-P.62-79. 5. Benedetto C., Giarola M., Marosio L. et al. Premenopausal dysfunctional menometrorrhagia: therapeutic approach // Minerva Ginecol.-2001.-Vol.45.-P.223-233.

## **THE LEVEL OF SEX AND GONADOTROPIC HORMONES IN ENDOMETRIAL HYPERPLASIAS IN WOMEN WITH PREMENOPAUSAL HEMORRHAGES**

*S.A. Tsyntar*

**Abstract.** Hormonal homeostasis in 50 women with preclimacteric and climacteric menometrorrhagias has been studied. It has been established that hyperplastic endometrium is a morphologic substrate of these hemorrhages in 77% of the cases. Hyperestrogenemia combined with a low level of prolactin were noted in women with preclimacteric and climacteric hemorrhages.

**Key words:** endometrial hyperplasias, hormonal homeostasis, preclimacteric and climacteric menometrorrhagia.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Buk. Med. Herald.-2004.-Vol.8, №1.-P.127-128.*

*Надійшла до редакції 11.12.2003 року*