

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕ МЕНОПАУЗЕ: ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Курбаниязова Азиза Зафаржонова

Базовый докторант Бухарского Государственного Медицинского Институт

886111996

Аннотация: *В данной статье анализируются причины, патогенез, клинические симптомы, диагностика и лечение гиперплазии эндометрия в пременопаузальном периоде. Основное внимание уделяется влиянию гормонального дисбаланса, в частности, доминирования эстрогена и дефицита прогестерона на эндометрий. Также освещаются морфологические формы заболевания, особенно онкологический риск атипичной гиперплазии, рассматриваются современные диагностические и лечебные подходы, а также профилактические меры.*

Ключевые слова: *Пременопауза, гиперплазия эндометрия, гормональный дисбаланс, эстроген, прогестерон, ановуляция, меноррагия, биопсия, гормональная терапия.*

В последние годы гиперплазия эндометрия приобрела особое значение среди гинекологических заболеваний у женщин. Особенно в пременопаузальном периоде эта патология встречается чаще и оказывает серьезное влияние не только на функционирование репродуктивной системы, но и на общее состояние здоровья женщины.

Пременопауза — это физиологический переходный период, сопровождающийся реструктуризацией гормональной системы организма. В этот период функция яичников постепенно ослабевает, в результате чего нарушается баланс эстрогена и прогестерона. Именно этот дисбаланс приводит к неконтролируемой пролиферации клеток эндометрия. Актуальность гиперплазии эндометрия заключается в том, что некоторые её формы (особенно атипичный тип) могут привести к развитию онкологических заболеваний. Поэтому углубленное изучение, ранняя диагностика и эффективное лечение этого заболевания имеют важное значение. Пременопауза — это сложный физиологический этап в женском организме, сопровождающийся постепенным снижением репродуктивной активности. Этот период обычно начинается после 40 лет и продолжается до менопаузы. В течение этого промежуточного периода происходят значительные изменения в организме, особенно в активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Главной особенностью пременопаузы является постепенное снижение функциональной активности яичников. Этот процесс связан с уменьшением фолликулярного резерва, в результате чего процесс овуляции перестает происходить регулярно. Сначала овуляция наблюдается редко, а позже может полностью исчезнуть. Именно это приводит к преобладанию ановуляторных циклов.

Отсутствие овуляции вызывает резкое снижение выработки гормона прогестерона. Как известно, прогестерон является основным гормоном, ограничивающим чрезмерный рост клеток эндометрия и переводящим их в секреторную фазу. В период пременопаузы, из-за дефицита прогестерона, эндометрий длительное время остается под влиянием эстрогена. Это создает условия для непрерывного продолжения пролиферативных процессов в эндометрии.

В то же время выработка гормона эстрогена не прекращается полностью. Напротив, в некоторые периоды его уровень может оставаться относительно высоким. Это называется состоянием «относительной гиперэстрогении». В результате усиливается воздействие эстрогена на эндометрий, но прогестерона для противодействия ему недостаточно. Этот дисбаланс создает основу для патологического утолщения слоя эндометрия.

Другим важным аспектом в период пременопаузы является нарушение менструального цикла. Продолжительность цикла может сокращаться или, наоборот, увеличиваться, интервал между менструациями может быть нестабильным, а иногда может возникать длительная аменорея. Такие изменения часто воспринимаются женщинами как «нормальное возрастное состояние», но на самом деле они являются проявлением глубокой реструктуризации гормональной системы. Также в этот период изменяется уровень гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ) гипофиза. Поскольку активность яичников снижается, гипофиз начинает выделять больше гормонов для их стимуляции. Однако яичники не могут адекватно реагировать на эти сигналы, в результате чего гормональный дисбаланс становится еще более выраженным.

Еще одна особенность пременопаузального периода заключается в том, что другие системы организма также не остаются в стороне от этих изменений. Замедляются обменные процессы, нарушается жировой обмен, и может снижаться чувствительность к инсулину. Это приводит к развитию ожирения и метаболического синдрома. В жировой ткани продолжается синтез эстрогена, что еще больше усугубляет гормональный дисбаланс.

Пременопауза – это не только период снижения репродуктивной функции, но и период реорганизации всей эндокринной системы. Именно в этот период гормональные дисбалансы, в частности дефицит прогестерона и относительное преобладание эстрогена, играют решающую роль в развитии патологий эндометрия, включая гиперплазию эндометрия. Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс, характеризующийся чрезмерной пролиферацией железистых элементов и стромы в ткани эндометрия, внутреннем слое матки. При этом увеличивается толщина слоя эндометрия, нарушается его нормальный циклический процесс обновления, и преобладает клеточная пролиферация. Это заболевание особенно актуально в период пременопаузы, и гормональный дисбаланс играет ведущую роль в его развитии. Морфологически гиперплазия эндометрия подразделяется на несколько форм, и эта классификация важна для определения тяжести и риска заболевания. При простой

(железистой) гиперплазии количество желез эндометрия увеличивается, но их структура и клеточная архитектура практически сохраняются. В этом случае, несмотря на пролиферативный процесс, атипия в клетках не наблюдается.

При железисто-кистозной форме железы не только размножаются, но и их внутренние полости расширяются, возникают кистозные изменения. Этот тип чаще формируется в результате длительного гормонального дисбаланса, и в нем структура эндометрия становится более сложной.

Наиболее важной и клинически опасной формой является атипичная гиперплазия. В этом случае наблюдаются значительные изменения в структуре клеток, увеличение размера ядер, искажение их формы и потеря дифференцировки. Наличие атипии указывает на то, что этот процесс перешел в предраковую стадию. По статистике, до 20-30% пациенток в таких случаях имеют риск развития рака эндометрия.

Очаговая гиперплазия проявляется в виде ограниченных новообразований — полипов — в отдельных участках эндометрия. Эти новообразования часто локализованы, иногда сопровождаются кровотечением и выявляются в процессе диагностики.

Происхождение гиперплазии эндометрия носит многофакторный характер, и в её этиологии взаимодействуют несколько системных и локальных факторов. Основной причиной считается гормональный дисбаланс, в частности, дисбаланс между эстрогеном и прогестероном. Эстроген — это гормон, стимулирующий пролиферацию клеток эндометрия, тогда как прогестерон, наоборот, регулирует этот процесс и обеспечивает секреторную фазу. В пременопаузальный период на фоне дефицита прогестерона наблюдается относительное преобладание эстрогена, что приводит к непрерывной пролиферации эндометрия.

Метаболические факторы также играют важную роль. Особенно при ожирении увеличивается синтез эстрогена из андрогенов в жировой ткани. В результате повышается уровень эстрогена в организме, что оказывает постоянное пролиферативное воздействие на эндометрий. Кроме того, одним из факторов, стимулирующих рост клеток, считается инсулинорезистентность.

Эндокринные заболевания, включая диабет и патологии щитовидной железы, также нарушают гормональный баланс, создавая основу для развития гиперплазии эндометрия. Кроме того, ановуляция наблюдается при гинекологических заболеваниях, таких как синдром поликистозных яичников, который приводит к дефициту прогестерона. Среди внешних факторов также важны неконтролируемый прием гормональных препаратов, длительный стресс и факторы образа жизни. Кроме того, в некоторых случаях наследственная предрасположенность также повышает вероятность развития заболевания.

Патогенез гиперплазии эндометрия — это сложный и многостадийный процесс, который в основном определяется изменениями на гормональном и клеточном уровнях. Процесс обычно начинается с ановуляции, то есть яйцеклетка не созревает, и

овуляция не происходит. В результате прогестерон не вырабатывается, и эндометрий остается под влиянием эстрогена.

Непрерывное действие эстрогена усиливает пролиферацию клеток эндометрия. Одновременно замедляется процесс апоптоза, который обычно разрушает избыточные клетки. Это приводит к неконтролируемому размножению клеток. Со временем в клетках могут происходить генетические изменения, то есть мутации, что приводит к более опасной стадии. В результате резко увеличивается количество желез в эндометриальном слое, их расположение становится нерегулярным и уменьшается относительно стромы. При атипичных формах нарушается структура клеток, что повышает вероятность злокачественной трансформации. Если этот процесс не остановить вовремя, это может привести к раку эндометрия.

Таким образом, гиперплазия эндометрия — это не просто гормональное расстройство, а сложный патофизиологический процесс, в котором взаимодействуют эндокринные, метаболические и генетические факторы. Особенно в пременопаузальный период эти процессы активизируются, повышая риск развития заболевания.

Клинические проявления гиперплазии эндометрия в пременопаузальный период часто неясны и путаются с другими гормональными расстройствами. Поэтому многие женщины первоначально воспринимают эти симптомы как нормальные возрастные изменения. Однако главным и наиболее важным симптомом заболевания является дисфункциональное кровотечение из матки. Это кровотечение проявляется независимо от менструального цикла, то есть происходит между циклами или является чрезмерно длительным и обильным.

Часто у пациенток наблюдается меноррагия, то есть менструальные кровотечения становятся более обильными и продолжительными, чем обычно. Со временем это приводит к дефициту железа в организме, вызывая анемию. Анемия, в свою очередь, проявляется такими симптомами, как общая слабость, усталость, головокружение и учащенное сердцебиение. Некоторые пациентки также могут испытывать тянущие или болезненные ощущения внизу живота, что связано с изменениями в стенке матки.

Хотя снижение репродуктивной функции в пременопаузе является естественным процессом, он дополнительно осложняется в случаях наличия гиперплазии эндометрия. Некоторые женщины могут испытывать бесплодие или неспособность забеременеть в результате нарушений овуляции и патологических изменений в эндометрии.

Современные методы диагностики играют важную роль в выявлении заболевания. Первоначальным и наиболее широко используемым методом является ультразвуковое исследование. Оно оценивает толщину эндометрия и выявляет изменения в его структуре. Чрезмерное утолщение эндометрия в пременопаузе считается подозрительным состоянием и требует дополнительных обследований.

Для более точной оценки используется гистероскопия. Этот метод позволяет непосредственно визуализировать внутреннюю полость матки и, при необходимости,

проводить прицельную биопсию подозрительных участков. Биопсия эндометрия является наиболее важным этапом диагностики. Она определяет изменения на клеточном уровне, особенно наличие атипии, что имеет решающее значение при определении тактики лечения.

Кроме того, важно оценить гормональный фон. Степень гормонального дисбаланса в организме оценивается путем определения уровней эстрогена, прогестерона и гормонов гипофиза – ФСГ и ЛГ. В сложных или подозрительных случаях могут быть использованы дополнительные методы исследования, такие как магнитно-резонансная томография.

Лечение гиперплазии эндометрия требует комплексного и индивидуального подхода. План лечения выбирается в зависимости от возраста пациентки, формы заболевания и, особенно, наличия или отсутствия атипии. В большинстве случаев основным методом лечения является гормональная терапия. Препараты, содержащие прогестин, останавливают чрезмерный рост клеток эндометрия и вызывают их регрессию. Эти препараты особенно эффективны при гиперплазии, связанной с ановуляторными циклами.

В некоторых случаях для восстановления баланса между эстрогеном и прогестероном используется комбинированная гормональная терапия. В тяжелых или рецидивирующих случаях применяются агонисты ГнРГ, которые временно подавляют функцию гипофиза, что снижает функцию яичников и уменьшает гормональную нагрузку на эндометрий.

Если консервативное лечение не дает достаточного эффекта или выявляется атипичная гиперплазия, прибегают к хирургическим методам. В диагностических и терапевтических целях используется кюретаж для очистки внутреннего слоя матки. Один из современных методов, абляция эндометрия, считается малоинвазивным и уменьшает кровотечение за счет разрушения эндометриального слоя. В наиболее тяжелых и опасных случаях, особенно при высоком риске развития рака, проводится гистерэктомия.

Нелеченная гиперплазия эндометрия может привести к серьезным осложнениям. Одним из наиболее опасных последствий является развитие рака эндометрия. Кроме того, в результате постоянного кровотечения развивается хроническая анемия, что значительно ухудшает общее состояние пациентки. Повторяющиеся кровотечения также негативно влияют на социальное и психологическое благополучие женщины.

Поэтому профилактика заболевания имеет важное значение. Профилактические меры включают регулярные гинекологические осмотры, контроль веса, гормональный баланс и своевременное лечение эндокринных заболеваний. Поддержание здорового образа жизни, правильное питание и физическая активность также являются важными профилактическими факторами. В заключение следует отметить, что гиперплазия эндометрия — распространенное заболевание у женщин в перименопаузальном периоде, которое может иметь серьезные последствия. Хотя его клинические симптомы

часто скрыты, современные методы диагностики и лечения позволяют контролировать заболевание и предотвращать осложнения.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Sh.M. Mirziyoyev. Yangi O'zbekiston taraqqiyot strategiyasi. – Toshkent: O'zbekiston, 2022.
2. Ayollar reproduktiv salomatligi bo'yicha milliy qo'llanma. – Toshkent, 2021.
3. Савельева Г.М. Гинекология. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
4. Кулаков В.И., Манухин И.Б. Гинекология. – Москва, 2019.
5. Адамян Л.В. Современная гинекология. – Москва, 2021.
6. Berek J.S. Berek & Novak's Gynecology. – Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020.
7. Williams Gynecology. – New York: McGraw-Hill, 2021.
8. Hoffman B.L. Williams Gynecology Study Guide. – 2021.