

УДК 618.14-002.18:615.357

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

А.А. Масыбаева, А.О. Атыканов

Представлены данные применения различных гормональных препаратов и эффективность их применения по данным диагностического выскабливания полости матки при лечении женщин с гиперпластическими процессами эндометрия.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия; гиперплазия эндометрия; гормоны; диагностическое выскабливание матки.

EFFICIENCY OF HORMONOTHERAPY OF WOMEN WITH ENDOMETRIUM HYPERPLASTIC PROCESSES

A.A. Masybaeva, A.O. Atykanov

It presents the data of application of various hormonal agents and efficiency of their use by the data of biopsy of the lining of uterus in treatment of women with endometrium hyperplastic processes.

Keywords: endometrium hyperplastic processes; endometrium hyperplasia; hormones; biopsy of the lining of uterus.

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является наиболее частой формой патологии слизистой оболочки матки и трактуется как нефизиологическая пролиферация эндометрия. Несмотря на большое число исследований, механизмы развития гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) до сих пор недостаточно изучены, что затрудняет обоснование системы и тактики лечения пациенток с данной патологией [1–4].

Традиционным терапевтическим подходом к ГЭ является назначение гормональной терапии, а в случае неэффективности лечения или наличии дополнительных факторов – гистерэктомия. Выбор тактики ведения и лекарственного средства в первую очередь, зависит от морфологической характеристики гиперпластического процесса. Тем не менее, значение консервативной гормональной терапии велико и даже в группе больных с атипичной гиперплазией, особенно при желании сохранить фертильность, либо наличия медицинских факторов, создающих возможность избежать операции. Консервативные методы лечения ГЭ включают прогестины, комбинированные оральные контрацептивы (КОК) агонисты гонадолиберина. Наиболее часто используются прогестины и прогестинсодержащие препараты [5].

Однако использование в клинической практике лечения ГПЭ довольно большого количества гормональных средств с различными схемами назначения, дает зачастую неоднозначные результаты их эффективности на исходы заболевания, что и определило необходимость настоящих исследований.

Цель работы – определить эффективность гормональной терапии у женщин с простой, сложной неатипичной ГЭ и простой атипичной ГЭ по результатам диагностического выскабливания матки (ДВМ).

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования явились 883 женщины репродуктивного возраста, которые были разделены на три группы, в зависимости от формы ГЭ, а именно: 790 женщин – с простой неатипичной ГЭ; 70 женщин – со сложной ГЭ без атипичии; 23 женщины с простой атипичной ГЭ.

Диагноз ГПЭ верифицировался на основании клинической картины, данных ультразвукового исследования органов малого таза, гистероскопии, морфологической картины соскобов полости матки после ДВМ.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты лечения женщин с простой неатипичной ГЭ (таблица 1), среди гормональных лекар-

Таблица 1 – Распределение женщин с ГПЭ в зависимости от метода лечения гормональными препаратами

Используемые гормональные препараты	Группы женщин					
	с простой неатипичной ГЭ, n = 790		со сложной ГЭ без атипии, n = 70		с простой атипичной ГЭ, n = 23	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Медроксипрогестерон ацетат	11	1,14	3	4,54		
Норколут	151	19,58	7	10,6	10	43,47
Регивидон	57	7,4	1	1,5	1	4,0
Марвелон	1	0,1				
Новинет	93	12,0	8	12,1	1	4,0
Декапептил	1	0,1				
Трирегол	2	0,25				
Микрогенон	8	1,0				
Золадекс	56	7,2	16	24,24	1	4,0
Дюфастон	247	32,0	24	36,36	4	17,4
Нористерат	6	0,77				
Регулон	12	1,5				
Линдинет	3	0,39				
Дексаметазон	2	0,25				
Утрожестан	16	2,0				
Ярина	1	0,1				
Микровал	7	0,6				
ВМС Мирена»	20	2,59				
Антагонист гонадолиберина бусередин	1	0,1				
Депо – Провера	45	5,8	7	10,6		
Микролют	12	1,5			6	26

ственных средств наиболее часто применялись дюфастон (32,0 %), норколут (19,58 %) и новинет (12,0 %), что в совокупности составило 63,58 %. В группе женщин со сложной ГЭ без атипии, в гормональном лечении применялись преимущественно дюфастон (36,36 %) и золадекс (24,24 %). В группе женщин с простой атипичной ГЭ из 23 пациенток, получавших гормональную терапию, 10 женщин (43,47 %) применяли норколут; 6 женщин (26 %) – микролют; 4 женщины – дюфастон (17,4 %) и по 1 женщине получали регивидон, новинет, золадекс (12 %).

По нашему мнению, наиболее объективным показателем эффективности лечения должна быть морфологическая картина эндометрия посредством ДВМ. Результаты контрольного ДВМ в группе женщин с простой неатипичной ГЭ показали, что в результате лечения гиперплазия отсутствовала в 61,9 % случаев, а состояние гипопластического эндометрия отмечалось в 12,2 % случаев, признаки очагового железистого, железисто-кистозного и пролиферативного эндометрия сохранились в 9,5 % случаев (таблица 2). При этом у 36 женщин данной группы (4,5 %) наступила маточная бере-

менность, у 11,1 % женщин контрольное ДВМ по разным причинам не производилось. Следовательно, у женщин с простой ГЭ эффективность консервативной гормональной терапии оказалась довольно высокой (79,0 %).

В группе женщин со сложной ГЭ без атипии результаты контрольного ДВМ после лечения показали, что в 54,28 % случаев эндометрий находился в фазе секреции соответствующему периоду менструального цикла, в 11,4 % случаев наблюдался гипопластический эндометрий и в 2,8 % случаев наступила маточная беременность, т. е. эффективность гормональной терапии в 68,48 % случаев оказалась положительной, что в целом можно оценить, как достаточно высокий результат (таблица 3).

В группе женщин с простой атипичной ГЭ по результату контрольного ДВМ после окончания лечения выявлено, что эндометрий в фазе соответствующей секреции составил 40 % (12 женщин), гипопластический эндометрий – 23,3 % (7 женщин) и у 1 женщины наступила желанная беременность. Следовательно, у 66,6 % женщин данной группы результаты лечения оказались с положительным эффектом. У 5 женщин (16,6 %) кон-

трольное ДВМ не было произведено. У 5 женщин (16,6 %) морфологическая картина эндометрия состояла из децидуальной трансформации стромы, атипичной железистой гиперплазии, фиброзно-кистозного полипа с очаговым аденоматозом пролиферативного эндометрия.

Таблица 2 – Результаты проведенного лечения у женщин с простой неатипичной ГЭ по данным контрольного ДВМ

Данные контрольного ДВМ	Показатели	
	абс. ч.	%
Гиперплазия отсутствует	424	61,9
Очаговая гиперплазия	30	3,8
Железистая гиперплазия	29	3,7
Полипы	1	0,1
Миома матки	1	0,1
Гипопластический эндометрий	97	12,2
Пролиферативный эндометрий	10	1,2
Атрофия эндометрия	4	0,5
Контрольное ДВМ не произведено	88	11,1
Контрольное ДВМ не произведено в связи с наступлением беременности	36	4,5

Таблица 3 – Результаты проведенного лечения у женщин со сложной ГЭ без атипии по данным контрольного ДВМ

Данные контрольного ДВМ	Показатели	
	абс. ч.	%
Фаза секреции	38	54,28
Железистая гиперплазия с очаговым аденоматозом	3	4,28
Железистая гиперплазия	3	4,28
Железисто-кистозная гиперплазия	1	1,4
Полипы	1	1,4
Гиперплазия эндометрия	1	1,4
Гипопластический эндометрий	8	11,4
Пролиферативный эндометрий	8	11,4
Смешанная гиперплазия	1	1,4
Контрольное ДВМ не произведено в связи с оперативным лечением	2	2,8
Децидуальная трансформация стромы	2	2,8
Контрольное ДВМ не произведено в связи с наступлением беременности	2	2,8

Следует отметить, что фактически первым этапом лечения ГЭ становится удаление патологи-

чески изменённой ткани во время выскабливания слизистой тела матки под контролем гистероскопии. У женщин в возрасте до наступления естественной менопаузы гормональная терапия преследует только устранение гиперэстрогении, ановуляции, достижения циклических секреторных превращений эндометрия и формирование правильного менструального цикла. У женщин, желающих осуществить детородную функцию, лечение маточных кровотечений, связанных с простой ГЭ, совпадает с лечением эндокринного бесплодия. Основной целью использования прогестеронсодержащих препаратов является защита эндометрия, так как рецепторы эстрогенов, расположенные в ядрах клеток, контролируют клеточный цикл эпителия желез эндометрия, т. е. эстрогены индуцируют начало клеточного цикла, а прогестерон блокирует этот процесс. Использование КОК в основном предназначено сексуально активным пациенткам при отсутствии клеточной атипии. Благоприятными эффектами этих препаратов являются, в частности, уменьшение выраженности гиперандрогении и её клинических проявлений, снижение менструальной кровопотери, симптомов дисменореи и др.

Таким образом, правильный выбор гормональной терапии у больных с ГПЭ позволяет в большинстве случаев избежать оперативного вмешательства, обеспечить контроль состояния эндометрия, хорошую переносимость и долговременный протективный эффект.

Литература

1. *Чепик О.Ф.* Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия / О.Ф. Чепик // Практическая онкология. 2004. № 1. С. 9–15.
2. *Чернуха Г.Е.* Аденоматозная и железистая гиперплазия эндометрия в репродуктивном возрасте (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Е. Чернуха. М., 1999. 42 с.
3. *Новикова Е.Г.* Предрак и начальный рак эндометрия у женщин репродуктивного возраста / Е.Г. Новикова, О.В. Чулкова, С.М. Пронин. М.: МИА, 2005. 131 с.
4. *Clark T.J.* The management of endometrial hyperplasia: an evaluation of current practice / T.J. Clark. D. Neelakantan, J.K. Gupta // Eur. L. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2006. Vol. 125. P. 259–264.
5. *Clark T.J.* Accuracy of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review / T.J. Clark. D. Voit, J.K. Gupta et al. // JAMA. 2002. Vol. 288. P. 1610–1162.