

Новикова О. В., Дарьялова С. Л., Адамян Л. В.,
Бычкова Н. М.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена;
ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Москва, Россия

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСМОИДНЫХ ФИБРОМ У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Десмоидные фибромы (ДФ) представляют собой незлокачественные опухоли мягких тканей, состоящие из фибробластов и избыточного количества коллагеновых волокон. ДФ возникают преимущественно у молодых женщин и отличаются высокой частотой рецидивов после хирургического вмешательства (70–90 %). В лечении ДФ также используют химиотерапию, облучение и гормонотерапию тамоксифеном. Считается, что рост опухоли стимулируют эстрогены, однако эстрогеновые рецепторы в ДФ определить в подавляющем большинстве случаев не удастся, в связи с чем, остается не ясным механизм противоопухолевого действия тамоксифена.

Цель. Оценить эффективность тамоксифена в лечении ДФ у женщин репродуктивного возраста. Учитывая данные о высокой частоте возникновения фолликулярных кист в яичниках с одновременным увеличением уровня эстрадиола на фоне приема тамоксифена у женщин репродуктивного возраста, мы сочетали лечение тамоксифеном с фармакологической блокадой функции яичников агонистом ГнРГ золадексом.

Материал и методы. Гормонотерапия ДФ по схеме золадекс 3,6 мг 1 раз в 28 дней + тамоксифен 40 мг/сут проводилась 24 женщинам в возрасте от 17 до 52 лет (средний возраст $33,3 \pm 9,5$ лет) с сохраненной менструальной функцией. Большинство женщин (16 чел) получали лечение по поводу рецидивов ДФ после ранее проведенного хирургического лечения (от 1 до 5 операций в анамнезе), лучевой терапии, химиогормонотерапии. Пять женщин получали лечение по поводу первичной опухоли, три пациентки — для профилактики рецидива ДФ после оперативного лечения. Эффективность гормонотерапии оценивали

по результатам КТ, МРТ и УЗИ. В случае увеличения размеров ДФ на фоне гормонотерапии изменяли схему гормонотерапии, либо переходили к другим вариантам, включая облучение, полихимиотерапию, оперативное лечение. Состояние матки и яичников на фоне гормонотерапии оценивали по данным УЗИ.

Результаты исследования. Длительность гормонотерапии составила в среднем 7,8 мес (3–15 мес). Стабилизация размеров ДФ наблюдалась у 12 пациенток (50 %). У 3 женщин, получавших гормонотерапию сразу после оперативного лечения, рецидивов не выявлено в сроках от 9 до 12 мес. Прогрессирование ДФ на фоне гормонотерапии отмечено у 9 больных (37,5 %), однако необходимо отметить, что темпы роста у 6 из 9 пациенток оказались значительно ниже, чем без лечения. Образования функциональных кист в яичниках на фоне лечения тамоксифеном в сочетании с золадексом не наблюдалось ни в одном случае, однако у 1 пациентки (4,2 %) зарегистрирован побочный эффект в виде гиперплазии эндометрия.

Заключение. Полученные результаты убедительно свидетельствуют в пользу гормонозависимости ДФ. Использование у женщин репродуктивного возраста нового варианта самостоятельной гормонотерапии ДФ в виде сочетания тамоксифена с золадексом позволяет более чем у половины больных остановить прогрессирование опухолей и во всех случаях избежать побочного эффекта тамоксифена в виде возникновения функциональных кист в яичниках. Течение ДФ после прекращения антиэстрогенной гормонотерапии нуждается в дальнейшем изучении. Отсутствие достоверной резорбции ДФ на фоне предложенной схемы гормонотерапии диктует необходимость поиска других вариантов лечения.