

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. ГЕРАСИМОВ, А.В. ТАРХОВ, Е.В. БАБАЯНЦ, В.Г. СИСАКЯН,
Н.А. АФАНАСЬЕВА, А.П. КУЛИДЖАНЫЯН, С.Э. КРАСИЛЬНИКОВ

ОГУЗ «Новосибирский областной онкологический диспансер»

Актуальность. Рак тела матки является гормонозависимой опухолью и занимает первое место среди злокачественных опухолей женских половых органов. Доля женщин репродуктивного возраста, заболевших раком эндометрия, неуклонно увеличивается и составляет около 40 % от общего числа больных. В связи с этим проблема органосохраняющего лечения начального рака эндометрия у женщин репродуктивного возраста чрезвычайно актуальна. Учитывая важность сохранения менструальной и репродуктивной функции у женщин молодого возраста при атипической гиперплазии эндометрия, наиболее целесообразным является проведение гормонотерапии прогестинами.

Материал и методы. В гинекологическом отделении Новосибирского областного онкологического диспансера самостоятельной гормонотерапией прогестинами пролечено 15 пациенток репродуктивного возраста с атипической гиперплазией эндометрия, и только у одной женщины из этой группы через 9 мес выполнена экстирпация матки.

Результаты. После проведения гистероскопии и получения морфологического результата (атипическая гиперплазия эндометрия), при отсутствии противопоказаний назначалась гормонотерапия: 17-ОПК по 500 мг в/м 3 раза в нед в течение 3 мес (тест-доза 17–18 г). Затем проводилось ультразвуковое исследование малого таза, гистероскопия, при которой оценивалась чувствительность опухоли по степени гормонального патоморфоза. Если степень патоморфоза была выраженной и опухоль гормоночув-

ствительна, лечение считалось прогностически эффективным. В следующие 3 мес больные получали 500 мг ОПК 2 раза в нед. Затем еще 3 мес вводился ОПК 500 мг 1 раз в нед. Всего на курс лечения больные получали 33–35 г ОПК (включая тест-дозу). После завершения первого (онкологического) этапа лечения вновь выполнялось УЗИ малого таза, гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия. Основным критерием достижения эффекта в результате проведенного лечения являлось наступление атрофии эндометрия, доказанной морфологическим и гистероскопическим исследованиями, что соответствовало на данный момент терапии излечению онкологического заболевания. Далее назначался второй этап лечения – восстановление нормальных овуляторных менструальных циклов комбинированными гормональными препаратами (КОК) в течение 6 мес. Лечение проводилось по контрацептивной схеме, т.е. с 5-го по 26-й день по 1 таблетке с перерывом на 7 дней. Прием этих препаратов позволял восстановить функциональную активность эндометрия.

Выводы. Самостоятельная гормонотерапия при атипической гиперплазии эндометрия у женщин молодого возраста является оптимальной с точки зрения «качества жизни», сохранения менструальной и детородной функции и должна шире использоваться в практической онкогинекологии. Однако органосохраняющее лечение должно быть обязательно обеспечено строгим динамическим наблюдением в специализированных онкологических учреждениях.