

**ГОРМОНОТЕРАПИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ.**

Якуббекова Сохибахон Садик кизи - к.м.н, доцент кафедры онкологии

**Урманбаева Дилбарой Абдулкосимовна - к.м.н, доцент кафедры
онкологии**

**Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан.**

Аннотация. Комбинированное применение агонистов гонадолиберина с введением внутриматочных левоноргестрел релизинг систем, является эффективным методом лечения сложной атипической гиперплазии и высокодифференцированного рака эндометрия IA стадии без инвазии эндометрия у молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией и может рассматриваться как альтернатива радикальному оперативному лечению.

Ключевые слова: рак эндометрия, самостоятельная гормонотерапи, высокодифференцированный рака эндометрия.

**HORMONE THERAPY FOR HIGHLY DIFFERENTIATED
ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA.**

**Yakubbekova Soxibaxon Sadik kizi - candidate of medical sciences, associate
professor of the department of oncology**

**Urmanbaeva Dilbaroy Abdulkosimovna - candidate of medical sciences,
associate professor of the department of oncology**

**Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan.**

Annotation. The combined use of GnRH agonists with the introduction of intrauterine levonorgestrel releasing systems is an effective method for the treatment of complex atypical hyperplasia and well-differentiated stage IA endometrial cancer without endometrial invasion in young women with unrealized

reproductive function and can be considered as an alternative to radical surgical treatment.

Key words: endometrial cancer, independent hormone therapy, well-differentiated endometrial cancer.

Актуальность. На современном этапе развития онкологии, важнейшей задачей является развитие органосохраняющих методов лечения. Принимая во внимание постоянный рост заболеваемости раком эндометрия в России, тенденцию к омоложению контингента больных, в некоторых клинических случаях возникает необходимость сохранить фертильность у женщин репродуктивного возраста. За последние годы наметилась тенденция к увеличению числа больных с начальной формой рака эндометрия (РЭ) репродуктивного возраста, что требует поиска современных консервативных методов терапии, позволяющих сохранить детородную функцию, таким образом решить вопросы социального здоровья. В последние годы активно развивается направление органосохраняющей терапии гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), даже начальных форм рака эндометрия (РЭ) [3, 6]. Это особенно важно, если речь идет о больных молодого возраста с нереализованной репродуктивной функцией, когда врачу трудно решиться на органосохраняющую радикальную операцию [3]. Точные механизмы развития ГПЭ и их перерождение в рак эндометрия неизвестны. Влияние генетической предрасположенности, целого ряда гормональных и негормональных факторов имеют огромное значение в развитии ГПЭ и РЭ. Отсутствие четких представлений о формировании ГПЭ и РЭ делают фактически невозможной проведение патогенетической терапии. До сегодняшнего дня нет единых рекомендаций по выбору лекарственного средства, дозы и оптимальной длительности лечения ГПЭ и начальных форм РЭ. К сожалению зачастую о неадекватности терапии мы судим уже *post factum*, когда в очередной раз возникает рецидив [2, 3, 7].

Высокая распространенность и рецидивирующее течение пролиферативных процессов эндометрия (ППЭ), сопряженность с маточными кровотечениями и возникновением рака эндометрия (РЭ) отражают актуальность проблемы профилактики и повышения эффективности лечения данного патологического состояния. Решение этих вопросов возможно либо за счет расширения показаний к оперативному лечению, либо за счет совершенствования консервативных методов лечения, что имеет приоритетное значение, поскольку ППЭ характерны для социально активной группы женщин репродуктивного возраста, у которых часто стоит вопрос о деторождении [3, 6]. Не менее актуальным аспектом данной проблемы и современной онкогинекологии является то, что повсеместно отмечается неуклонный рост частоты и «омолаживание» рака органов репродуктивной системы, в том числе и РЭ [1, 2, 3, 6, 7]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ППЭ, некоторые вопросы, касающиеся патогенетической терапии этих заболеваний, не решены окончательно. В частности одной из проблем являются их рецидивирование и резистентность к гормонотерапии [4, 5]. Широкое внедрение в клиническую практику гормональных рилизинг систем, их доказанные лечебные эффекты при дисфункциональных маточных кровотечениях, гиперплазии эндометрия, аденомиозе и протективное воздействие на эндометрий при проведении заместительной гормональной терапии явилось основанием для проведения научных исследований по их применению при ГПЭ и даже при аденокарциноме эндометрия [6,7].

Цель исследования. Оценить эффективность гормонотерапии, как самостоятельного метода лечения минимального рака эндометрия.

Материалы и методы. В отделении опухолей женской репродуктивной системы ГУЗ КОД№1 ДЗ КК с 2005 по 2009г. самостоятельная гормонотерапия минимального рака эндометрия проведена 7 пациенткам с диагнозом высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия.

Возраст больных колебался от 21 до 34 лет (средний 28,7 года). Репродуктивная функция была реализована у 2 (28,6%) пациенток. Преобладали пациентки с нормальным ИМТ, только 1(14,3%) больная страдала ожирением 1 ст. Сопутствующая патология гениталий выявлена в 3-х случаях (42,9%): аденоматоз -1(14,3%), хр. эндометрит, аднексит – 2 (28,6%). Во всех случаях диагноз установлен после гистероскопии с РДВМ и консультации гистопрепаратов в онкогинекологии. Принимая во внимание молодой возраст больных, категорический отказ от оперативного лечения, нереализованную репродуктивную функцию проводилась двухэтапная гормонотерапия.

Результаты. На первом этапе у 4-х пациентов (57,1%) использовались агонисты ГнРг (золадекс 3,6мг/28 дней), у 3-х (42,8%) – антигонадотропины (даназол 800мг/ сутки) в течение 4-х месяцев с ежемесячным УЗИ гениталий и контрольной гистероскопией с биопсией эндометрия после 1-го и 4-го месяцев лечения. Положительный результат (отсутствие клеток аденокарциномы эндометрия в гистопрепаратах, гипоплазия эндометрия по данным УЗИ и гистероскопии) после первого этапа был получен у всех 7 пациенток. На втором этапе проводилась гормонотерапия комбинированными эстроген-гестагенными препаратами по контрацептивной схеме в течение 8 месяцев с ежемесячным УЗИ контролем. У одной пациентки в возрасте 33 лет, (14,3%) с сопутствующим ожирением 1 ст. и аденомиозом, через 9 месяцев от начала гормонотерапии отмечены УЗ признаки гиперплазии эндометрия, произведена гистероскопия с РДВМ, выявлена железистая гиперплазия эндометрия. В связи с отсутствием убедительного положительного эффекта от лечения, больной была произведена гистерэктомия, в гистопрепарате клетки аденокарциномы не обнаружены. Остальные пациентки наблюдаются с безрецидивным периодом от 2 до 3,5 лет. В 2-х случаях (28,6%) после 2-хлетнего динамического

наблюдения, реализована репродуктивная функция: двое пациенток родили здоровых детей.

Выводы. Таким образом, проведение самостоятельной гормонотерапии минимального рака эндометрия пациенткам, раннего репродуктивного периода, с целью сохранения органа и реализации фертильной функции, возможно только при тщательном отборе группы больных, постоянном динамическом наблюдении в КОД и реализации репродуктивной функции в ближайшие 2-3 года от начала лечения.

Литература.

1. Аспирационная биопсия эндометрия - значение комплексного гистологического и цитологического исследования / Ю.Ю. Табакман [и др.] // Сиб. онкол. журн. - 2007. - Прил. № 1. - С. 85-88.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - СПб: Фолиант, 2002. - С. 309-381.
3. Новикова Е.Г., Чулкова О.В., Пронин С.М. Предрак и начальный рак эндометрия у женщин репродуктивного возраста. - М.: Мед. информ. агентство, 2005. - 136 с.
4. Ранняя диагностика рака эндометрия и яичников / ЛА. Лшрафян [и др.] // Практ. онкология. - 2009. - № 2. - С. 71-75.
5. Роль доплерометрии в дифференциальной диагностике патологических процессов эндометрия / А.И. Пашов [и др.] // Сиб. мед. обозрение. — 2002. - № 4. - С. 18-25.
- Г.Е., Могиревская О.А., Шиго-рева Т.В. Лечебные аспекты внутриматочного воздействия левоноргестрела при гиперплазии эндометрия // StatusPraesens. - 2010. - Т. 2, № 4. - С. 36-38.
6. Чулкова О.В., Новикова Е.Г., Пронин С.М. Органосохраняющее и функционально щадящее лечение начального рака эндометрия // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2007. - № 1-2. - С. 50-53.

7. Hysteroscopy for asymptomatic postmenopausal women with sonographically thickened endometrium / T. Schmidt [et al.] // Maturitas. - 2009. - Vol. 62, N 2. - P. 176-178.