

ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ. НУЖНА ЛИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ?

Актуальность проблемы полипов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиций восстановления и сохранения репродуктивной функции, так и профилактики онкопатологии. Во всем мире гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), а, согласно гистологической классификации ВОЗ, полипы эндометрия рассматриваются как один из вариантов гиперпластических процессов слизистой оболочки тела матки и как патологический фон для формирования рака эндометрия, который занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости у женщин после рака молочных желез [1, 3].

Для профилактики рака тела матки большое значение имеют своевременное выявление и терапия патологических процессов в эндометрии, в том числе полипов, сочетание которых с простой гиперплазией эндометрия достаточно часто встречается у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста [1, 8, 15]. В популяции женщин, у которых имеют место меноррагия, метроррагия, межменструальные кровянистые выделения и бесплодие, распространенность полипов матки составляет от 5,2–25% и непосредственно зависит от используемой диагностической методики. Рецидивирующий характер полипоза эндометрия отмечен в 27,7–46% случаев, асимптомное течение – в 12% [8, 9, 13].

Несмотря на развитие новых методов диагностики в гинекологии, до сих пор нет единого мнения относительно причин возникновения полипов матки. Результаты системного анализа 1067 исследований, представленного U. Indraccolo et al. (2013) [21], позволили выделить факторы, принимающие участие в развитии полипов эндометрия: возраст, менопауза, белки ki-67 и bcl-2, ангиогенез, избыток массы тела / ожирение, прием тамоксифена (не зависимо от длительности лечения), заместительная гормонотерапия, эндометрит / воспаление, соотношение эстрогенных и гестагенных рецепторов, антиэстрогенные воздействия, терапия эстрогенами, дисбаланс между уровнями эстрогенов и прогестерона.

В зависимости от установленной взаимосвязи с развитием полипов эндометрия и выраженности влияния факторы были поделены на отдельные группы (табл. 1).

Среди ключевых позиций гормональной гипотезы формирования полипов эндометрия выделяют нарушение гормонального гомеостаза, влияние локальных факторов,

включая состояние рецепторного аппарата эндометрия [20]. При формировании полипа, по-видимому, ограниченные участки эндометрия приобретают гиперчувствительность к эстрогенам, что способствует продолжению роста эндометрия в секреторной фазе с образованием микрополипов. Результаты исследования Ye et al. [16] подтверждают роль дисбаланса эстрогеновых рецепторов в формировании полипа. При этом ключевым моментом является гиперактивация β -рецепторов эстрогенов по сравнению с α -рецепторами во время пролиферативной и секреторной фазы менструального цикла (МЦ), что вызывает рост стромы эндометрия, активирует ангиогенез и способствует снижению чувствительности эндометрия к прогестерону. Кроме того, у больных с полипами эндометрия, преимущественно железистокистозного строения, концентрация рецепторов эстрадиола и прогестерона примерно в полтора раза выше, чем в железисто-фиброзных и фиброзных полипах [4, 16, 17]. Наиболее высокая концентрация рецепторов эстрадиола и прогестерона определяется при железистых полипах эндометрия, однако она в 4–5 раз ниже, чем при железистой гиперплазии эндометрия, что следует учитывать во время выбора тактики ведения больной.



Л.В. КАЛУГИНА

д. мед. н., ведущий научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

ТАБЛИЦА 1

Доказанная причинная связь	Протективный эффект	Факторы, нуждающиеся в изучении
<ul style="list-style-type: none"> ↪ возраст ↪ белок bcl-2 ↪ избыточный вес ↪ ожирение ↪ нарушение соотношения эстрогенных и гестагенных рецепторов в эндометрии ↪ прогестрон / эстрогенный дисбаланс ↪ терапия эстрогенами 	<ul style="list-style-type: none"> ↪ терапия гестагенами ↪ антиэстрогенные воздействия 	<ul style="list-style-type: none"> ↪ менопауза ↪ белок ki-67 ↪ ангиогенез ↪ эндометрит / воспаление ↪ заместительная гормональная терапия ↪ прием тамоксифена

Широко изучена роль недостаточности апоптоза как причины формирования полипов эндометрия, связанной с активацией экспрессии гена, кодирующего синтез белка bcl-2, который отвечает за восстановление функционального слоя эндометрия. Следует отметить, что экспрессия гена белка bcl-2 зависит как от эстрогенной стимуляции, так и от уровня провоспалительных цитокинов [21]. Регуляция апоптоза инсулиноподобным фак-

ТАБЛИЦА 1. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ



В основе механизма развития полипов эндометрия лежит пролиферация эпителия желез базального слоя эндометрия

тором роста также опосредована через ген bcl-2, чем и объясняется выделение избыточного веса, ожирения, диабета и артериальной гипертензии как факторов риска развития полипов эндометрия [4, 21].

Исследования последних лет показали, что в модуляции пролиферативной активности эндометрия, помимо гормонов, играют роль и другие биологически активные соединения, такие как полипептидные факторы роста и цитокины, тесно связанные с иммунной системой [5, 7, 14]. Установлено, что эпидермальный фактор роста, связываясь со специфическим рецептором, останавливает синтез дезоксирибонуклеиновой кислоты и митотическую активность клеток эндометрия. Инсулиноподобный фактор роста, обнаруженный в эндометрии и миометрии, также участвует в процессах роста и дифференцировки клеток эндометрия. Выявлен фактор роста фибробластов, обладающий антигенной активностью и способствующий неоваскуляризации, т. е. росту новых капилляров не только в эндометрии, но и в опухолевой ткани [6].

Клетки воспалительного инфильтрата в эндометрии интенсивно продуцируют провоспалительные цитокины и факторы роста (эпидермальный фактор роста, фактор некроза опухоли α [TNF- α], инсулиноподобный фактор роста), которые являются паракринными медиаторами, опосредующими влияние эстрогенов на тканевые рецепторы. При этом некоторые факторы роста (эпидермальный фактор роста) могут самостоятельно активировать и усиливать транскрипцию эстрогеновых рецепторов даже при отсутствии лиганда, то есть эстрадиола. Следовательно, пролиферация железистого эпителия при хроническом эндометрите потенцируется самим воспалением [18, 19].

Однако развитие при хроническом эндометрите патологической пролиферации эндометрия или атрофии возможно при нарушении баланса между разнонаправленными процессами пролиферации и апоптоза клеток. При хроническом эндометрите повышена не только пролиферация клеток эндометрия, но и апоптоз, при этом баланс между этими процессами поддерживает тканевый гомеостаз, не давая преобладать одному из них. В механизмах апоптоза клеток при хроническом эндометрите большую роль играют TNF- α и трансформирующий фактор роста β , продуцируемые макрофагами [10].

Кроме того, сам инфекционный агент может способствовать очаговой пролиферации, на основании чего полипы эндометрия рассматривают как результат продуктивного воспаления в слизистой оболочке матки [7].

Длительные морфологические и функциональные изменения в слизистой оболочке тела матки при хроническом эндометрите обуславливают возможность патологической афферентации в структуры ЦНС, регулирующие деятельность гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Эти нарушения приводят к развитию вторичной гипофункции яичников, возникновению ановуляции и связанной с ней гиперэстрогении и, следовательно, ГПЭ [18, 19].

В основе механизма развития полипов эндометрия лежит пролиферация эпителия желез базального слоя эндометрия [4]. Утолщенные очаги этого слоя вытягиваются, удлиняются и принимают форму полипов, сначала расположенных на широком основании, а впоследствии, благодаря сократительной деятельности матки, на тонком основании (ножке). Железы и строма полипов могут иметь разнообразную гистологическую структуру, что позволяет выделить несколько гистотипов полипов эндометрия:

- 1) полипы, покрытые функциональным слоем (встречаются только у пациенток репродуктивного возраста с сохраненным двухфазным МЦ;
- 2) железистые (железисто-кистозные) полипы;
- 3) фиброзные полипы;
- 4) железисто-фиброзные полипы;
- 5) аденоматозные полипы;
- 6) полипы с очаговым аденоматозом.

Диагностика полипов эндометрия обычно основывается на данных эхографии. Их акустической особенностью является появление внутри расширенной полости матки округлой или овальной формы образования с ровными контурами и высокой эхоплотностью. Ультразвуковая картина срединной структуры матки при полипах эндометрия отличается выраженным полиморфизмом и зависит от размеров, локализации и формы полипа. Вместе с тем лишь идентификация четких границ между патологическим образованием и стенками полости матки является убедительным признаком данной формы ГПЭ [9].

На сегодняшний день стандартом диагностики полипов эндометрия остается гистероскопия, позволяющая верифицировать диагноз со 100-процентной точностью, дифференцировать полип по типу, количеству, размерам, вторичным изменениям, оценить состояние окружающего эндометрия и выработать тактику лечения – кюретаж, полипэктомия микроинструментами, отдельное диагностическое выскабливание, локальная абляция с использованием электрокоагуляции либо резекция эндометрия полностью.

Таким образом, если в отношении хирургической тактики лечения патологического процесса получены однозначные доказатель-

ные данные (степень доказательности IA), то противорецидивная терапия полипов эндометрия остается дискуссионным вопросом. Некоторые авторы считают целесообразным назначение гормональной терапии для предупреждения рецидивов заболевания, при этом выбор препарата и длительность лечения зависят от возраста пациентки, морфологического строения полипа, характера сопутствующей патологии и совпадает с тактикой лечения ГПЭ [2].

Гормональная терапия, направленная на супрессию эндометрия, является основным терапевтическим этапом лечения ГПЭ после удаления и морфологического исследования измененных тканей согласно протоколу, утвержденному приказом МЗ Украины № 676 от 31.12.2004 г. Выбор дидрогестерона для противорецидивной терапии полипов эндометрия был обусловлен тем, что он связывается исключительно с прогестероновыми рецепторами и не проявляет сродства к андрогенным, эстрогенным, глюкокортикоидным и минералокортикоидным рецепторам, не может преобразовываться в эстрогены и обладает избирательной антиэстрогенной активностью в отношении эндометрия [3].

Ранее проведенные нами исследования [11, 12] показали, что на фоне хронического эндометрита изменяется экспрессия гестагенных рецепторов, которые теряют чувствительность к воздействию прогестерона и его аналогов. Эти свойства, играя немаловажную роль в развитии ГПЭ, очевидно, нередко служат и причиной рецидива. Поэтому в комплекс лечения ГПЭ на фоне хронического эндометрита обязательно должна входить этиотропная противовоспалительная терапия.

Исходя из изложенного, в современных условиях при ведении пациенток с полипами эндометрия приобретают большое значение профилактика, ранняя диагностика, адекватное поэтапное лечение с последующим восстановлением менструальной и детородной функций.

В данном контексте представляет интерес фитокомплекс Тазалок™ (производства компании Про-Фарма) в виде настойки (1:10) смеси селективных фитомолекул корня лабазника шестилепесткового, свежего корня петрушки кучерявой, свежего корня сельдерея, травы подмаренника настоящего, травы льнянки обыкновенной и цветков календулы. Растительные компоненты препарата Тазалок™ обладают широким спектром фармакологического действия. Биологически активные молекулы (флавоноиды, терпеноиды и фитостеролы) в лабазнике, льнянке, петрушке и сельдерее обладают прогестеронмодулирующим эффектом, устраняя состояние относительной эстрогении. Салициловая кислота (лабазник, календула) оказывает про-

тивовоспалительное действие, блокирует синтез простагландинов. Подмаренник также обладает выраженными противовоспалительными свойствами, которые проявляются снижением синтеза интерлейкина 2-го типа, спленоцитов и провоспалительных цитокинов. Биологически активные молекулы календулы и подмаренника оказывают мягкое успокаивающее действие на ЦНС. Высокое содержание витаминов В₁, В₂, К, РР, С, фолиевой кислоты в петрушке и корне сельдерея выявляют общеукрепляющее действие на организм женщины и повышают ее адаптационные возможности.

Таким образом, фармакологические эффекты, свойственные препарату Тазалок™, позволили включить его наряду с гестагенами в комплексную схему противорецидивного лечения полипов эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 63 женщины репродуктивного возраста с полипом эндометрия, которые проходили стационарное и амбулаторное лечение в отделении эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины. Все пациентки, принимающие участие в исследовании, методом рандомизации были разделены на 2 группы. Основную группу составили 32 пациентки, которые получали комбинированную терапию, включающую: исследуемый препарат Тазалок™ в форме настойки (по 40 капель за 30 мин до еды 2 раза



На сегодняшний день стандартом диагностики полипов эндометрия остается гистероскопия, позволяющая верифицировать диагноз с точностью, равной 100%



в сутки в течение 3 мес.) и дидрогестерон (по 20 мг с 5-го по 25-й день МЦ на протяжении 3 мес.). Пациентки контрольной группы (31 женщина) получали монотерапию гестагенами по аналогичной схеме в течение 3 мес. Пациенткам основной группы на 3 мес. был пролонгирован курс приема фитокомплекса Тазалок™.

Патоморфологическое исследование структуры полипов и эндометрия показало преобладание железистого гистотипа, который наблюдался на фоне пролиферирующего эн-

РИС. 1. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН



Гормональная терапия, направленная на супрессию эндометрия, является основным терапевтическим этапом лечения ГПЭ после удаления измененных тканей

дометрия, сочетание полипа с простой железистой гиперплазией эндометрия у каждой пятой из обследованных женщин (рис. 1). По гистологической структуре эндометрия группы были сопоставимы, структурных межгрупповых различий выявлено не было.

Обследование женщин основной и контрольной групп выполнялось согласно единому протоколу и включало:

- 1) общеклиническое обследование;
- 2) специальные инструментальные методы исследования (УЗИ органов малого таза; гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки; перед выполнением диагностической гистероскопии с фракционным выскабливанием проводили обследование на хроническую урогенитальную инфекцию с ее последующим лечением; аспирационная биопсия эндометрия методом Pipelle);
- 3) комплекс лабораторных методов исследования (общеклинические, обследование на урогенитальную инфекцию; гистологическое исследование соскоба из цервикального канала и полости матки; цитологическое исследование аспирата эндометрия).

УЗИ органов малого таза выполняли в стадии ранней пролиферации на 5–7-й день менструального цикла на ультразвукографе Siemens (Германия) с наборами трансабдоминальных конвексных и трансвагинальных датчиков. Кроме того, УЗИ использовали в качестве контроля эффективности проводимой терапии с очередностью 1 раз в 3 мес.

Объем менструальной кровопотери оценивали с помощью метода визуальной оценки, предложенной Янсенем. Женщины заполняли специальную таблицу с подсчетом количества использованных прокладок или тампонов в различные дни менструации. Подсчитывалось общее количество баллов соответственно степени промокания санитарного материала, а именно: 1, 5 и 20 баллов для прокладок; 1, 5 и 10 – для тампонов. Количество баллов 185 и выше считалось показателем меноррагий.

Проведено предварительную проверку данных на нормальность распределения с помощью критерия Уилки – Шапиро, согласно которому гипотеза о нормальности распределения не отклонялась (при $p = 0,05$). В таком случае использовались параметрические методы статистического анализа – непарный и парный двусторонний критерий Стьюдента. Для установления различия между процентным соотношением частоты определенного признака среди двух статистических выборок применяли специальный статистический метод – углового ф-преобразования Фишера. При множественном сравнении – критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони.

Группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациенток в группах составил $37,3 \pm 3,35$ года.

Изучение структуры жалоб пациенток выявило, что абсолютное большинство женщин обеих групп беспокоили обильные менструации, задержки менструации с последующими менометроррагиями. Оценка особенностей становления менструальной функции показала, что средний возраст менархе у обследованных женщин составлял $13,2 \pm 0,4$ года у пациенток основной группы и $13,1 \pm 0,3$ года у женщин контрольной группы. МЦ установился сразу у 20 (62,5%) женщин основной группы и у 16 (51,62%) пациенток группы сравнения, а в течение года, соответственно, у 12 (37,5%) и 15 (48,38%) женщин выделенных групп.

Полип эндометрия чаще всего клинически проявлялся нарушениями менструальной функции по типу гиперменструального синдрома разной интенсивности и длительности. Так, гиперполименорею отмечали у 52 (82,53%) обследованных, болезненные менструации – у 38 (60,32%), на межменструальные кровянистые выделения жаловались 34,92% женщин. При этом средняя длительность МЦ по группам составила $28,1 \pm 1,8$ дня.

При анализе структуры экстрагенитальной патологии было отмечено преобладание заболеваний пищеварительного тракта у женщин основной и контрольной групп, практически у трети обследованных женщин в анамнезе – патология мочевыделительной системы, у более чем половины пациенток – избыточный вес. Детальное изучение гинекологического анамнеза показало наличие воспалительных заболеваний гениталий у большей части обследованных женщин (82,53%). Кистозные изменения яичников были отмечены в анамнезе более чем у трети пациенток.

Показанием к проведению гистероскопии с диагностическим выскабливанием послужили выявленные при трансвагинальной сонографии признаки гиперплазии эндометрия (толщина эндометрия – более 16 мм, эндометриально-маточный коэффициент – более 0,33). Полипы эндометрия обнаруживались как образования несколько повышенной эхогенности со множественными анэхогенными включениями диаметром до 0,3 см и несколько повышенной звукопроводимостью. С целью контроля эффективности лечения через 3 и 6 мес. наблюдения выполняли аспирационную биопсию эндометрия. Клиническое наблюдение осуществлялось в динамике – включение в исследование через 3 мес. терапии и через 6 мес. после окончания лечения.

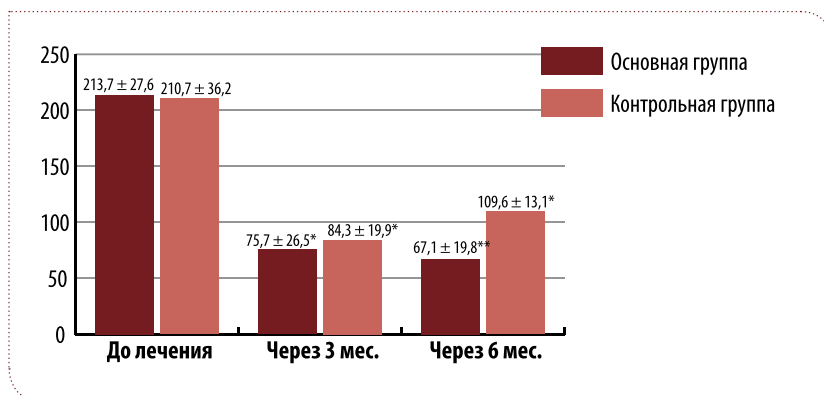
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Гиперполименорея является характерным симптомом у пациенток как с полипозом, так и с ГПЭ. Анализ объема менструальных кровопотерь подтвердил, что до начала лечения все пациентки исследованных групп страдали менометроррагией. Это нарушение не только ухудшает качество жизни, но и часто ведет к анемии, на фоне которой усугубляется гипоксия тканей, снижающая качество жизни женщины.

Следует отметить, что применение комбинированной схемы лечения достоверно эффективно уменьшало менструальное кровотечение. Это говорит о позитивном влиянии терапии на морфологическую трансформацию эндометрия и возможное антипролиферативное ее воздействие.

Проведенная терапия достоверно снижала объем кровопотери в обеих выделенных группах, однако показатели основной группы оказались лучше через полгода наблюдения, что можно расценить как положительное влияние на эндометрий пролонгированного неспецифического противовоспалительного лечения (рис. 2).

При УЗИ матки в динамике лечения определяли ее величину путем измерения продольного, поперечного и переднезаднего размеров, а также толщину эндометрия (ТЭ) и структуру М-эхо, его контур и рельеф полости матки.



* Разница достоверна относительно показателя до лечения в границах групп (p < 0,05).
** Тенденция (t = 1,7) между группами.

от показателей в контрольной группе, где показатель ТЭ колебался от 17,1 ± 1,98 до 7,8 ± 2,25 мм (p < 0,05). При этом внешний контур М-эхо оставался ровным, рельеф полости матки был не изменен.

Проведенный морфологический анализ эндометрия, полученного при гистерорезектоскопии и последующей аспирационной биопсии, являлся объективным критерием эффективности назначенной терапии.

Как предполагалось протоколом, в исследование включались пациентки, у которых в начале лечения был диагностирован железистый полип эндометрия на фоне как соответствующей дню цикла структуры эндометрия, так и простой неатипической гиперплазии эндометрия, гистологическими признаками которой являлись: повышение

РИС. 2. СРЕДНИЙ ОБЪЕМ МЕНСТРУАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН СОГЛАСНО ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ПО ЯНСЕНУ (БАЛЛЫ)

ТАБЛИЦА 2

Морфологический диагноз	Через 3 мес. после начала лечения		Через 6 мес. наблюдения	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Железистый полип + простая неатипическая гиперплазия	1 (3,12)	1 (3,23)	-	1 (3,23)
Децидуоподобная трансформация эндометрия	3 (9,37)	5 (16,12)	2 (6,25)	3 (9,37)
Гипотрофия или атрофия эндометрия	28 (87,6)	25 (80,65)	5 (15,62)	10 (32,26)
Железисто-фиброзный полип эндометрия	-	-	1 (3,12)	2 (6,45)
Эндометрий, соответствующий фазе МЦ	-	-	24 (75,0)*	15 (45,28)

* p < 0,05 в сравнении с показателями контрольной группы.

Продольный размер матки в обеих группах статистически значимых различий не имел и составлял 62,3 ± 0,67 мм. Переднезадний размер матки в основной группе составлял 43,1 ± 0,57 мм, а в контрольной – 45,12 ± 0,47 мм и существенно до и после лечения не менялся.

Одним из основных диагностических ультразвуковых критериев ГПЭ является его толщина. ТЭ у женщин, получивших комбинированную терапию (гестагены и Тазалок™) статистически достоверно снижалась от 16,2 ± 1,96 до 7,9 ± 1,75 мм после лечения (p < 0,05), но практически не отличалась

количества как железистых, так и стромальных элементов с некоторым преобладанием первых. Это указывает на роль в патогенезе полипоза не только хронического воспалительного процесса в эндометрии, но и вторичной гипофункции яичников с формированием ановуляции и связанной с ней гиперэстрогении.

Результаты анализа динамики морфологических изменений эндометрия (табл. 2) через 3 мес. терапии (на фоне комбинированного лечения и монотерапии гестагенами) показали одинаковую эффективность предложен-

ТАБЛИЦА 2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН, АБС. ЧИСЛО (%)

ТАБЛИЦА 3

Критерии эффективности	Основная группа (n = 32)	Контрольная группа (n = 31)
Клиническое выздоровление	31 (96,8)	29 (93,54)
Нормализация ультразвуковой картины	31 (96,8)	28 (90,32)
Рецидив, подтвержденный морфологически	–	3 (9,68)

ТАБЛИЦА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК В ХОДЕ ТЕРАПИИ, АБС. ЧИСЛО (%)

ных схем, которая подтверждалась развитием в большинстве случаев (84,12%) гипотрофии (или атрофии) эндометрия и децидуоподобной реакции стромы.

Сравнение гистологических заключений полученного аспирата эндометрия через 6 мес. терапии показало, что наряду с его атрофическими изменениями, отмеченными у 15,62% пациенток, соответствие фазности МЦ наблюдалось у 75,0% пациенток основной группы,

что свидетельствует о восстановлении цикличности изменений эндометрия. Однако, если клиническое выздоровление отмечали почти 93,54% женщин контрольной группы, результаты ультразвукового исследования указывали на рецидив патологии у 9,68% пациенток (табл. 3), что послужило показанием к проведению повторной гистероскопии.

Полученные данные отражают низкий процент рецидива полипоза эндометрия у пациенток, пролеченных по схеме: Тазалок™ в сочетании с дидрогестероном, свидетельствуют о целесообразности проведения комбинированной терапии. Для снижения риска рецидива и восстановления менструальной функции рекомендована пролонгация приема фитопрепарата Тазалок™ до 6 мес.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Адамян Л.В. Воспалительный процесс в этиологии и патогенезе рака эндометрия / Л. В. Адамян, Д. С. Глякин, А. В. Самойлова, А.Г. Гунин // Проблемы репродукции. – 2007. – № 1. – С. 21–25.
Adamyán LV
 The inflammatory process in the etiology and pathogenesis of endometrial cancer / LV Adamyán, DS Glyákin, AV Samoilova, AG Gunin // Reproduction Problems. – 2007. – № 1. – P. 21–25.

2. Горенкова О.С. Дифференциальный подход к гестагенотерапии ГПЭ у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. на степень канд. мед. н. – М., 2005. – 24 с.
Gorenkova OS
 differential approach to gestagen treatment of endometrial hyperplasia in women of reproductive age: Author. dis. for the Ph.D. scientific degree. – M., 2005. – 24 p.

3. Запорожан В.Н., Татарчук Т.Ф., Дубинина В.Г., Косей Н.В. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия // Репродуктивная эндокринология. №1(3) / февраль 2012. – С. 5–12.
Zaporozhan VN, Tatarchuk TF, Dubinina VG, Cossey NV
 Timely diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes // Reproductive Endocrinology. Number 1 (3) / February 2012. – P. 5–12.

4. Клинышкова Т.В., Фролова Н.Б., Мозговой С.И. Клинико–морфологические взаимосвязи при полипах эндометрия // Проблемы репродукции. – 2010. – №3. – С. 30–34.
Klinyshkova TV, Frolova NB, Mozgovyi SI
 Clinical and morphological relationship of endometrial polyps // Reproduction Problems. – 2010. – № 3. – P. 30–34.

5. Коваленко Е.П. Гиперплазия эндометрия и воспаление: оценка лейкоцитарной инфильтрации и уровня провоспалительных цитокинов. / Е.П. Коваленко, Т.Ф. Татарчук, А.В. Кубышкин, Т.Г. Филоненко / Здоровье женщины. – № 7 (63). – 2011. – С. 142–145.

Kovalenko EP
 Endometrial hyperplasia and inflammation: assessment of leukocyte infiltration and the levels of proinflammatory cytokines. / EP Kovalenko, TF Tatarchuk, AV Kubyshkin, TG Filonenko / Women's Health. – № 7 (63). – 2011. – P. 142–145.

6. Коробкова Е.А. Системные изменения и состояние эндометрия у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов в перименопаузе и в постменопаузе // Украинський медичний альманах. – 2009, Том 12, № 6. – С. 232–234.
Korobkova EA
 System changes and the state of the endometrium in women with chronic inflammatory diseases of the female genital organs in the perimenopausal and postmenopausal // Ukrainian medical almanac. – 2009, Vol. 12, № 6. – P. 232–234.

7. Савченко Т.Н., Воропаева Е.А., Батиян Т.С., Мельников А.В., Стрыгина В.А. Состояние микробиоты и локального иммунитета у пациенток с полипами эндометрия в постменопаузе // Доктор. Ру. – 2011. – № 9. – С. 33–38.
Savchenko TN, Voropaeva EA, Bhatia TS, Melnikov AV, Strygina VA
 Microbiota and local immunity status in patients with endometrial polyps in postmenopausal period // Doctor. Ru. – 2011. – № 9. – P. 33–38.

8. Сапрыкина Л.В., Доброхотова Ю.Э., Литвинова Н.А. Гиперпластические процессы эндометрия: вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения // Лечебное дело. – 2011. – №3. – С.4–10.
Saprykina LV, Dobrokhotova JE, Litvinova NA
 Endometrial hyperplasia: etiology and pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment issues // Medicine. – 2011. – № 3. – P. 4–10.

9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А. Добракачественные заболевания матки. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2011. – С. 105–120.

Strizhakov AN, Davydov AI,
Pashkov VM, Lebedev VA

Benignant diseases of the uterus. – Moscow: GEOTAR Media, 2011. – P. 105–120.

10. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В.

Хронический эндометрит: руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 64 с.

Suhih GT, Shurshalina AV

Chronic endometritis: guidelines. – Moscow: GEOTAR – Media, 2013. – 64 p.

11. Татарчук Т.Ф.

Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія / Т.Ф.Татарчук, О.В. Бурлака, К.О. Корінна // Ліки та життя. – 2005. – №1. – С. 100–101.

Tatarchuk TF

Drug therapy of hyperproliferative endometrial processes / TF Tatarchuk, OV Burlaka, KO Korinna // Medicine and life. – 2005. – № 1. – P. 100–101.

12. Татарчук Т.Ф.

Противоспална терапія як складова комплексу лікування рецидивуючої гіперплазії ендометрія / Т.Ф.Татарчук, С.И. Переда / Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3. – С. 75–76.

Tatarchuk TF

Anti-inflammatory therapy as a part of treatment of recurrent complex endometrial hyperplasia / TF Tatarchuk, SI Reheda / Reproductive Women's Health. – 2007. – № 3. – P. 75–76.

13. DeWaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE et al.

Natural history of uterine polyps and leiomyomata // Obstet. Gynecol. – 2002. – 100: 3–7.

14. Antonio Mollo, Antonella Stile, Carlo Alviggi, Marcello Granata, Giuseppe De Placido

Endometrial polyps in infertile patients: do high concentrations of

interferon-gamma play a role? // Fertility and Sterility. – Volume 96, Issue 5, November 2011, P. 1209–1212.

15. Getpook C

Endometrial thickness screening in premenopausal women with abnormal uterine bleeding / C Getpook, S Wattanakumtornkul // Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2006. – Vol. 32, Is. 6. – P. 588 – 592.

16. Hakan Cakmak, Hugh S Taylor

Assessment of Uterine Receptivity // Practical Manual of In Vitro Fertilization 2012, pp. 559 – 566.

17. Bulent Tirasa, Umit Korucuoglu, Mehtap Polatc, Hulusi Bulent Zeyneloglu, Ayse Saltik, Hakan Yarialiea Gazi

Management of endometrial polyps diagnosed before or during ICSI cycles Reproductive Bio Medicine Online Volume 24, Issue 1, January 2012, Pages 123–128.

18. Monif GRG, Baker DA

Infectious diseases in obstetrics and gynecology (fifth edition) / Monif GR, Baker DA. – 2005. – 723 p.

19. Petersen EE

Infections in Obstetrics and Gynecology / EE Petersen. – Textbook and Atlas. New York: Thieme. – 2006. – 260 p.

20. Aplin JD, Fazleabas AT, Glasser SR, Giudice LC

The Endometrium: Molecular, Cellular and Clinical Perspectives by / Reproductive Medicine & Assisted Reproductive Techniques. – 2008. – P. 820–850.

21. Indraccolo U, Di Iorio Matteo RM, Corona G, Greco P, Indraccolo SR

Eur J Gynaec. The pathogenesis of endometrial polyps: a systematic semi-quantitative review. Oncol. XXXIV, n. 1, 2013. P. 5–23.

ПОЛІПИ ЕНДОМЕТРІЯ. ЧИ ПОТРІБНА ПРОТИРЕЦИДИВНА ТЕРАПІЯ?

Л.В. Калугіна, д. мед. н., провідний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, зав. відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

У статті представлено результати проведеної протирецидивної терапії поліпів ендометрія в жінок репродуктивного віку. Обґрунтовано доцільність застосування комбінованої схеми лікування поліпів ендометрія в цього контингенту пацієнок з використанням фітокомплексу Тазалок™.

Ключові слова: поліп ендометрія, гестагени, протирецидивна терапія.

ENDOMETRIAL POLYPS. IS PREVENTIVE TREATMENT NECESSARY?

L.V. Kalugina, MD, senior researcher, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine

The article presents the results of the preventive treatment of endometrial polyps in women of reproductive age. Substantiates the necessity of the combined regimen of endometrial polyps in this group of patients with phytocomplex Tazalok™.

Keywords: endometrial polyp, gestagens, anti-recurrence treatment.