

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ В ЖІНОК ПІЗЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2024.74.8-12>



О.В. КРАВЧЕНКО

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці
ORCID: 0000-0001-8085-8637

Контакти:

58002 Україна, м. Чернівці,
Театральна площа, 2,
Буковинський державний
медичний університет,
кафедра акушерства, гінекології
та перинатології
e-mail: kravchenko.olena@bsmu.edu.ua

ВСТУП

У зв'язку з віковими ендокринними змінами в жінок у пізньому репродуктивному віці частіше зустрічається патологічна проліферація залоз ендометрія, що визначається як гіперплазія [1, 2]. За гіперплазії ендометрія (ГЕ) порушується також нормальне співвідношення залоз і строми в ендометріальній тканині [3–5]. Частота даної патології сягає 14–63%, а в структурі гінекологічної захворюваності гіперпластичні процеси ендометрія становлять 8,7–30,6% [6, 7].

Малосимптомний перебіг захворювання і наявність аномальних маткових кровотеч (АМК) призводять до серйозних наслідків, які не тільки погіршують здоров'я жінки, якість її життя, але можуть стати причиною передчасної смерті [8–12]. Діагноз ГЕ може бути встановлений під час ультразвукового та цитологічного дослідження, але, на жаль, далеко не кожна жінка звертається до гінеколога з метою профілактичного огляду [13]. Пізні звернення пацієнтки до лікаря, несвоєчасна діагностика, особливо атипової ГЕ, обумовлюють у 60% випадків розвиток раку ендометрія [14–19]. Рання діагностика та лікування ГЕ набувають особливого значення в жінок пізнього репродуктивного віку [20–22]. У цей період клінічний перебіг ГЕ характеризується високою частотою рецидивів [23, 24]. За застосування гормональної терапії протягом 6 місяців і довше рецидиви спостерігаються майже в кожній четвертій жінки. У випадках, коли пацієнтки не застосовують гормональну терапію, частота рецидивів протягом 6 місяців зростає до 95,6% [25].

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування прогестагенами ГЕ в жінок пізнього репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Спостереження охоплювало 48 пацієнок віком 37–45 років із ГЕ: з них 15 жінок – віком до 40 років і 30 осіб – після 40 років. 31 жінка – мешканки міста, 17 – жительки сільської місцевості.

Діагноз ГЕ в пацієнок був верифікований за даними гістологічного дослідження.

Критеріями виключення з групи обстежених були наявність у жінки атипової ГЕ та індивідуальної непереносимості прогестагенних препаратів.

Ефективність лікування оцінювалась за результатами клініко-інструментального та морфологічного обстежень через 6 місяців лікування і кожні 3 місяці в динаміці спостереження. Задовільними вважалися результати лікування, якщо за даними пайпель-біопсії виявлявся фізіологічний ендометрій, були відсутні рецидиви та прогресування гіперпластичного процесу.

Усі хворі з ГЕ отримували дієногест (препарат Вігест-КВ) – 2 мг раз на день у безперервному режимі протягом 6 місяців.

Як терапевтичний препарат був обраний дієногест – похідний нортестостерону, що не має андрогенної дії, активно впливає на проліферацію ендометрія, пригнічуючи її, має антиангіогенний та протизапальний ефекти. Завдяки периферичній дії на апоптоз гранульозних клітин дієногест блокує овуляцію. Слабка центральна дія препарату дає змогу зберегти концентрацію естрогенів у межах терапевтичного вікна, що не призводить до значного естрогенного дефіциту на тлі вираженого антипроліферативного впливу на ендометрій.

Статистичний аналіз проводився відповідно до стандартних методів варіаційної статистики. Достовірність отриманих результатів оцінювалась за t-критерієм Стьюдента. Відмінності визначались істотними за значення $p \leq 0,05$.

Дослідження погоджено Комісією з питань біомедичної етики Буковинського державного медичного університету щодо дотримання морально-правових правил проведення медичних наукових досліджень (протокол № 3 від 17.10.2024). Обстеження та лікування проводилося лише після отримання інформованої згоди пацієнток.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Менструації в обстежених пацієнок розпочалися в 11–13 років. У 75% (36) жінок місячні стали регулярними протягом 2–2,5 років і тільки в 25% (12) осіб цикл встановився протягом року. Порушення менструальної функції спостерігалось у 50% (24) обстежених, синдром полікістозних яєчників діагностовано в 14,5% (7) пацієнок, безпліддя – у 18,7% (9). 62,5% (30) жінок уже народжували, у 16,6% (8) були лише мимовільні викидні. З анамнезу встановлено, що 47,9% (23) обстежених отримували гормо-

нальне лікування. Аналіз соматичних захворювань показав, що 14,5% (7) жінок страждали на артеріальну гіпертензію, у 12,5% (6) осіб виявлено цукровий діабет II типу. Індекс маси тіла вище ніж 30 кг/м² мали 32,0% (25) жінок.

У 14,5% (7) обстежених був обтяжений сімейний анамнез: у 10,4% (5) – щодо раку молочної залози, у 4,1% (2) – щодо раку ендометрія та яєчників (рис. 1).

60,4% (29) жінок на момент обстеження страждали на АМК, вони спостерігали зміни регулярності, частоти й тривалості менструації. У 39,5% (19) пацієток вираженої клінічної симптоматики не було. Під час чергового звернення жінок до лікаря акушера-гінеколога за допомогою УЗД виявлялося потовщення ендометрія. Середнє значення товщини ендометрія становило 23,0 ± 2,8 мм. У 62,5% (30) пацієток ендометрій був неоднорідним через наявність гіпоехогенних ділянок із нечіткими контурами.

Усім жінкам із метою верифікації діагнозу проведено гістерорезектоскопію з патогістологічним дослідженням отриманого матеріалу. За результатами гістологічного обстеження у всіх виявлена ГЕ без атипії.

Під час оцінювання ефективності запропонованої терапії через 6 місяців лікування встановлено, що товщина ендометрія за даними трансвагінального УЗД в середньому становила 7,8 ± 0,36 мм, що було вірогідно нижче за показник до лікування ($p \leq 0,05$). Через 9 місяців товщина ендометрія дорівнювала практично такому ж значенню – 9,4 ± 0,48 мм ($p \geq 0,05$) (рис. 2).

Клінічна ситуація в обстежених жінок із хронічними АМК також покращилась. Рясних кровотеч не було в жодній жінки. Кров'янисті виділення під час менструації мали мазальний характер, були нерегулярними.

За результатами пайпель-біопсії, у 87,5% (42) пацієток відбулася регресія гіперплазованого ендометрія, нормалізувалось також співвідношення стромального та залозистого компонентів у гістологічних препаратах. У 12,5% (6) жінок спостерігалась персистенція захворювання, під час морфологічного дослідження після лікування виявлена ГЕ без атипії.

Отже, ефективність терапії протягом 6 місяців складала 87,5%. У процесі подальшого спостереження за цими

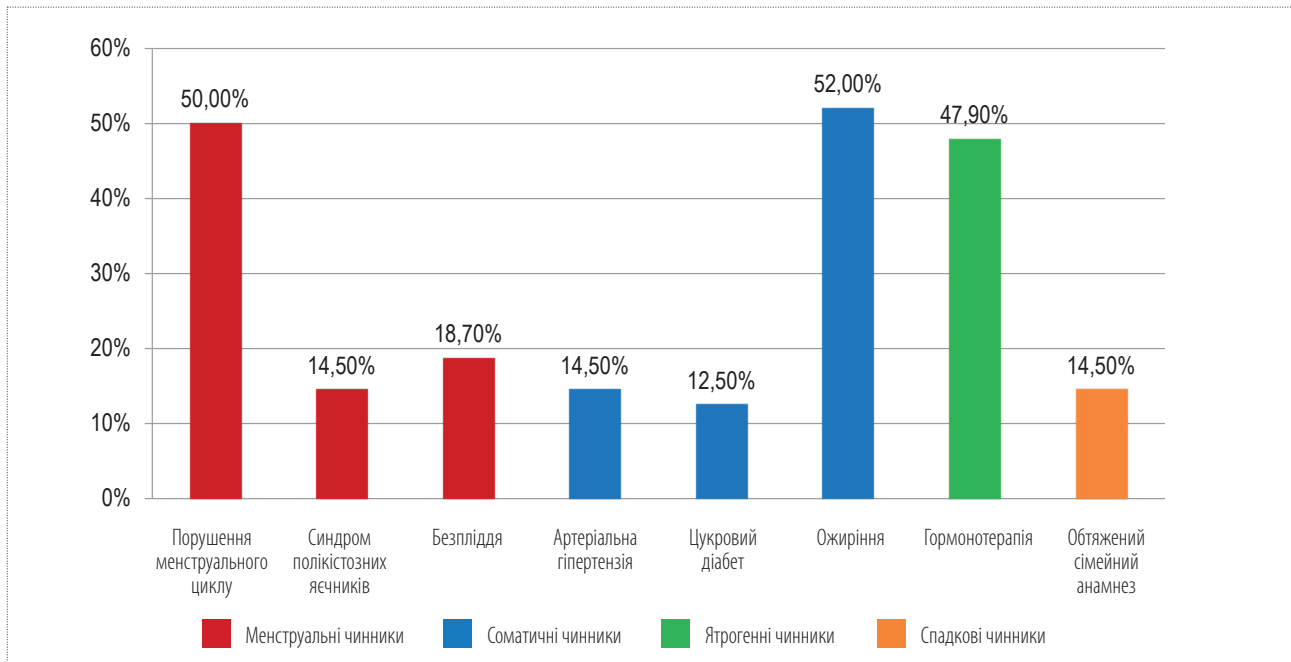


Рисунок 1. Характеристика чинників ризику ГЕ в пацієток пізнього репродуктивного віку

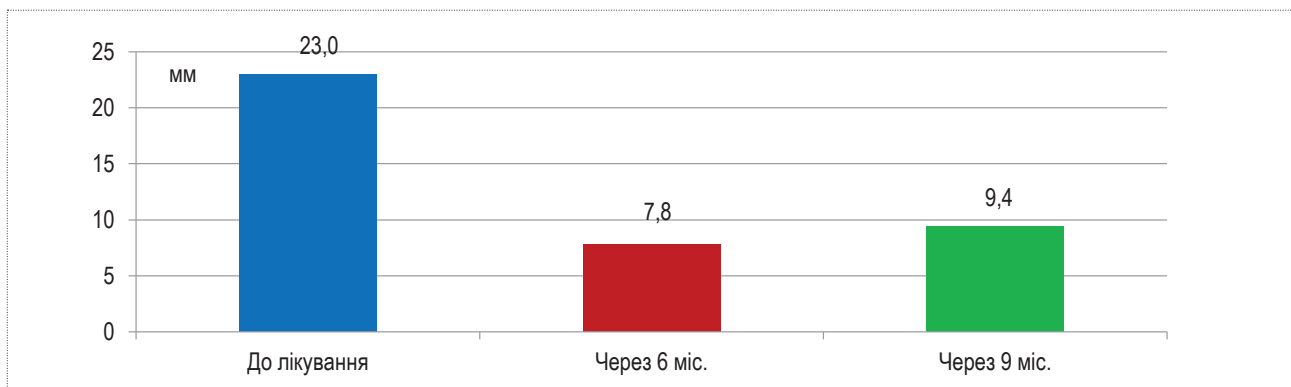


Рисунок 2. Товщина ендометрія в учасниць дослідження (n = 48) у динаміці лікування

42 пацієнтками з регресом захворювання в 14,9% (5) з них через 3 місяці під час пайпель-біопсії діагностовано рецидив захворювання – повторно виявлена ГЕ без атипії (рис. 3).

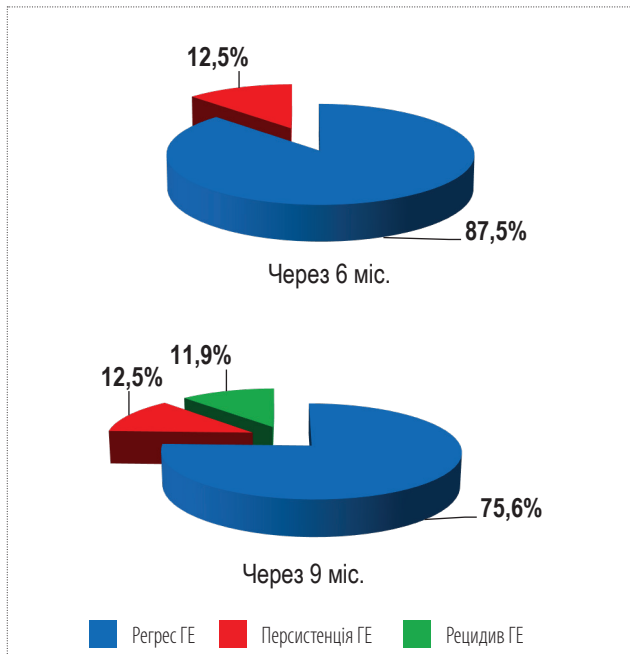


Рисунок 3. Ефективність запропонованої терапії в жінок із ГЕ в пізньому репродуктивному віці

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Vitale SG, Riemma G, Carugno J, et al. Hysteroscopy in the management of endometrial hyperplasia and cancer in reproductive aged women: new developments and current perspectives. *Transl Cancer Res* 9(12) (2020): 67–77. DOI: 10.21037/tcr-20-2092
- Wang Y, Nisenblat V, Tao L, et al. Combined estrogen-progestin pill is a safe and effective option for endometrial hyperplasia without atypia: a three-year single center experience. *J Gynecol Oncol* 30(3) (2019):49. DOI: 10.3802/jgo.2019.30.e49
- Садів'як ІД, Татарчук ТФ, Ідоєтова ЄЖ, та ін. Гіперплазія ендометрія. Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ: МОЗ України. 2021. С. 74. Sadoviak, I.D, Tatarchuk, T.F, Idoyatova, et al. Endometrial hyperplasia. Clinical guideline, based on evidence. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine (2021):74.
- Татарчук ТФ, Дубоссарська ЮО, Дубоссарська ЗМ, та ін. Гіперплазія ендометрія: сучасні підходи до діагностики та лікування (Огляд літератури та власний досвід). *Репрод. ендокринолог.* 2021;2:18–27. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.18-27
- Tatarchuk TF, Dubossarskaya YO, Dubossarskaya ZM, et al. Endometrial hyperplasia: modern approaches to diagnosis and treatment (Literature review and personal experience). *Reprod endocrinol.* 2021;2:18–27. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.18-27
- Татарчук ТФ, Кваша ТІ, Захарченко НФ, та ін. Терапевтичні опції менеджменту гіперплазії ендометрія. Сучасні рекомендації та перспективні напрями лікування (огляд літератури). *Репродукт. ендокринолог.* 2021;4:86–90. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.60.86-90
- Tatarchuk TF, Kvasha T, Zakharchenko NF, Therapeutic options for the management of endometrial hyperplasia. Current recommendations and promising areas of treatment (literature review). *Reprod endocrinol.* 2021;4:86–90. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.60.86-90

- Shiwani H, Clement NS, Daniels JP, Atiomo W. Metformin for endometrial hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;5(5):CD012214. DOI: 10.1002/14651858.cd012214.pub3
- Бенюк В, Гончаренко В, Кравченко Ю, та ін. Сучасні аспекти етіології та патогенезу гіперпластичних процесів ендометрія. *Репродуктивне здоров'я жінки.* 2021;4:7–18. DOI: 10.30841/2708-8731.4.2021.238156
- Benyuk V, Goncharenko V, Kravchenko Y, et al. Modern aspects of the etiology and pathogenesis of hyperplastic processes of the endometrium. *Reproductive health of women.* 2021;4:7–18. DOI: 10.30841/2708-8731.4.2021.238156
- Абдуллаєв ВЕ, Григоренко АМ. Результати лікування гіперплазії ендометрія із застосуванням протизапальних нестероїдних засобів на тлі хронічного ендометриу та без супутнього запального процесу. *Буковинський медичний вісник.* 2022;26(3):3–8. DOI: 10.24061/2413-0737.XXVI.3.103.2022.1
- Abdullaev VE, Grigorenko AM. The results of treatment of endometrial hyperplasia with the use of anti-inflammatory nonsteroidal drugs in the setting of chronic endometritis and without concomitant inflammatory process. *Bukovinian Medical Journal.* 2022;26(3):3–8. DOI: 10.24061/2413-0737.XXVI.3.103.2022.1
- Бойчук АВ, Шадріна ВС, Верещачіна ТВ. Гіперплазія ендометрія – сучасний системно-патогенетичний погляд на проблему (огляд літератури). *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* 2019;1:67–72. DOI: 10.11603/24116-4944.2019.1.9906
- Boychuk AV, Shadrina VS, Vereshchagina TV. Endometrial hyperplasia – a modern systemic and pathogenetic view of the problem (literature review). *Topical issues of pediatrics, obstetrics and gynecology.* 2019;1:67–72. DOI: 10.11603/24116-4944.2019.1.9906
- Chatzipantelis P, Koukourakis M, Balaska K, Giatoromanolaki A. Endometrial Stromal Expression of ER, PR, and B-Catenin Toward Differentiating Hyperplasia Diagnoses. *Int J Surg Pathol.* (2022);30(5):49–8. DOI: 10.1177/10668969211065110

- Nosenko O M, Yurchenko SV. Restoration of endometrial receptivity and reproductive function in infertile women with excess body weight and complex non-atypical endometrial hyperplasia. *Journal of Education, Health and Sport.* 2022;12(1):523–8. DOI: 10.12775/JEHS.2022.12.01.044
- Ring KL, Mills AM, Modesitt SC. Endometrial Hyperplasia. *Obstet Gynecol.* (2022);140(6):1061–75. DOI: 10.1097/aog.00000000000004989
- De Francis P, Riemma G, Schiattarella A, et al. Concordance between the Hysteroscopic Diagnosis of Endometrial Hyperplasia and Histopathological Examination. *Diagnostics (Basel).* 2019;9(4):142. DOI: 10.3390/diagnostics9040142
- Potapov VO, Khaskhachikh DA, Finkova OP, et al. Epigenetic profile of endometrial proliferation in the different morphotypes of endometrial hyperplasia. *Reprod. Endocrinol.* 2021;57:68–78. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.57.68-78
- Потапов ВО, Хасхачих ДА, Кукіна ГО. Рецепторний статус ендометрію при гіперпластичних процесах у жінок перименопаузального віку. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2021;Т. XI, 1(39):33–8. Potapov VO, Khaskhachikh DA, Kukina GA, et al. Endometrial receptor status in hyperplastic processes in premenopausal women. *Neonatology, surgery and perinatal medicine.* 2021;11;1(39): 33–8.
- Хасхачих ДА, Потапов ВО, Кукіна ГО. Диференційований підхід до лікування гіперплазії ендометрія без атипії у жінок репродуктивного віку. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* 2019. 2 (24):149–54. DOI 10.11603/24116-4944.2019.2.10935
- Khaskhachikh DA, Potapov VO, Kukina GA. Differentiated approach to the treatment of endometrial hyperplasia without atypia in women of reproductive age. *Actual issues of pediatrics, obstetrics and gynecology* 2 (24) (2019):149–54. DOI 10.11603/24116-4944.2019.2.10935

Отже, проведене дослідження підтвердило високу ефективність прогестагенів для лікування ГЕ в жінок пізнього та репродуктивного віку. Завдяки активній антипроліферативній дії дієногоесту, зменшенню ендогенної продукції естрадіолу утворюється гіпоестрогенне й гіпергестагенне ендокринне середовище, що сприяє безперервному довготривалому застосуванню препарату за атрофії ендометрія.

Водночас дія дієногоесту є більш ефективною, ніж мікронізованих прогестеронів. Ефективність названих вище препаратів, за даними Д.А. Хасхачик та співавт., становить 75% [25]. Дидрогестерон є менш ефективним: як зазначають В.О. Бенюк та співавт., частота рецидивів через 9 місяців терапії дидрогестероном сягає 44,4% [26].

ВИСНОВКИ

1. Ефективність запропонованої терапії в пацієнок із ГЕ в пізньому репродуктивному віці через 6 місяців становила 87,5%, прогресування захворювання не фіксувалось, рівень рецидивів через 9 місяців спостереження становив 11,9%.

2. Терапія дієногоестом у безперервному довготривалому режимі в жінок із ГЕ в пізньому репродуктивному віці показала високу клініко-морфологічну ефективність завдяки потужній антипроліферативній дії препарату.

Конфлікт інтересів.

Конфлікт інтересів відсутній.

Dienogest Вігест-КВ

**Стандарт
лікування
ендометріозу¹**



- **Ефективне зменшення болю при ендометріозі²**
- **Достовірне зменшення кількості та розмірів вузликів ендометріозу²**
- **Добре переноситься при тривалому використанні²**

Реєстраційне посвідчення № UA/19230/01/01 від 23.02.2022. Наказ МОЗ України від 23.02.2022 р. № 360.
Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату.
Інформація про лікарський засіб призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.
Виробник. АТ «КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД».
Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. 04073, Україна, м. Київ, вул. Копилівська, 38.



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

17. Громова ОЛ, Потапов ВО, Хасхачих ДА, та ін. Аналіз причин неефективності гормонотерапії гіперплазії ендометрія без атипії в жінок у менопаузі. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2020;24(4):625–31.
DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-08
Gromova OL, Potapov VO, Khaskhachikh DA, et al. Analysis of the reasons for the ineffectiveness of hormone therapy for endometrial hyperplasia without atypia in premenopausal women. Bulletin of Vinnytsia National Medical University. 2020;24(4):625–31.
DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-08
18. Horban NY, Vovk IB, Lysiana TO, et al. Peculiarities of uterine cavity biocenosis in patients with different types of endometrial hyperproliferative pathology. J. Med. Life. 2019;12(3):266–70.
DOI: 10.25122/jml-2019-0074
19. Полякова ЕМ. Діагностика гіперплазії ендометрія у рутинній гінекологічній практиці. Запорізький медичний журнал. 2019;21(1):95–9.
DOI: 10.14739/2310-1210.2019.1.155836
Polyakova EM, Lutsenko NS, Gaidai NV. Diagnosis of endometrial hyperplasia in routine gynecological practice. Zaporizhzhya Medical Journal. 2019;21(1): 95–9.
DOI: 10.14739/2310-1210.2019.1.155836
20. Семенюк АО. Тактика ведення жінок репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрія на фоні надмірної маси тіла. Репродуктивне здоров'я жінки. 2020.;3:28–31.
DOI: 10.30841/2708-8731.3.2020.215009
Semenyuk AO. Tactics of management of women of reproductive age with hyperplastic endometrial processes on the background of overweight. Women's reproductive health. 2020;3:28–31.
DOI: 10.30841/2708-8731.3.2020.215009
21. Auclair MH, Yong PJ, Salvador S, et al. Guideline No. 390-Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(12):1789–800.
DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025
22. Dore M, Filoche S, Danielson K, Henry C. Efficacy of the LNG-IUS for treatment of endometrial hyperplasia and early stage endometrial cancer: Can biomarkers predict response? Gynecol Oncol Rep 2021;36 :100732.
DOI: 10.1016/j.gore.2021.100732
23. Raffone A, Travaglino A, Saccone G, et al. Should progesterone and estrogen receptors be assessed for predicting the response to conservative treatment of endometrial hyperplasia and cancer? A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98(8):976–87.
DOI: 10.1111/aogs.13586
24. Ren H, Zhang Y, Duan H. Recent advances in the management of postmenopausal women with non-atypical endometrial hyperplasia. Climacteric. 2023. –26(5):411–418.
DOI: 10.1080/13697137.2023.2226316
25. Хасхачих ДА, Потапов ВО, Кукіна ГО. Лікування гіперплазії ендометрія без атипії мікронізованим прогестероном. Очікувані та реальні результати. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2021.2:125–130.
DOI: 10.11603/24116-4944.2021.2.12425
Khaskhachikh DA, Potapov VO, Kukina GO. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia with micronized progesterone. Expected and actual results Topical issues of pediatrics, obstetrics and gynecology. 2(2021):125–130.
DOI: 10.11603/24116-4944.2021.2.12425
26. Бенюк ВО, Гінзбург ВГ, Говсєєв ДО, та ін. Нові підходи до профілактики рецидивів гіперплазії ендометрія в жінок у менопаузі. Репрод ендокринолог. 2021;2:33–66.
DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.63-72
Beniuk VO, Ginzburg VG, Govseev DO, et al. New approaches to the prevention of recurrence of endometrial hyperplasia in premenopausal women. Reprod. Endocrinol. 2 (2021):63–66. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.63-72

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ В ЖІНОК ПІЗЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

О.В. Кравченко, д. мед. н, професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування прогестагенами гіперплазії ендометрія (ГЕ) в жінок пізнього репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Спостереження охоплювало 48 пацієнток віком 37–45 років із ГЕ. Діагноз ГЕ в пацієнток був верифікований за даними гістологічного дослідження. Ефективність лікування оцінювалася за результатами клініко-інструментального та морфологічного обстеження через 6 місяців лікування і кожні 3 місяці в динаміці спостереження. Усі хворі з ГЕ отримували дієногест (препарат Вігест-КВ) – 2 мг раз на день у безперервному режимі протягом 6 місяців.

Результати. 60,4% (29) жінок на момент обстеження мали аномальні маткові кровотечі. У 39,5% (19) пацієнток вираженої клінічної симптоматики не було. Під час оцінювання ефективності запропонованої терапії через 6 місяців лікування встановлено, що товщина ендометрія за даними трансвагінального УЗД в середньому склала $7,8 \pm 0,36$ мм, що вірогідно нижче за показник до лікування – $23,0 \pm 2,8$ мм ($p \leq 0,05$). Через 9 місяців цей показник практично дорівнював такому ж значенню – $9,4 \pm 0,48$ мм ($p \geq 0,05$). Як показала пайпель-біопсія, у 42 пацієнток (87,5%) відбулася регресія гіперплазованого ендометрія, також нормалізувалось співвідношення стромального та залозистого компонентів у гістологічних препаратах. У 12,5% (6) жінок спостерігалась персистенція захворювання, під час морфологічного дослідження після лікування виявлено ГЕ без атипії. Через 3 місяці в 14,9% (5) цих 42 пацієнток, які мали регрес захворювання, під час пайпель-біопсії діагностовано рецидив захворювання – виявлена ГЕ без атипії.

Висновки. Ефективність запропонованої терапії в пацієнток із ГЕ в пізньому репродуктивному віці через 6 місяців становила 87,5%, прогресування захворювання не спостерігалось, рівень рецидивів через 9 місяців спостереження становив 11,9%.

Отже, терапія дієногестом у безперервному довготривалому режимі в жінок із ГЕ в пізньому репродуктивному віці показала високу клініко-морфологічну ефективність завдяки потужній антипроліферативній дії препарату.

Ключові слова: гіперплазія ендометрія, пізній репродуктивний вік, лікування, дієногест.

MODERN VIEW ON THE TREATMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE

O.V. Kravchenko, MD, professor, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Objective of the study: to evaluate the effectiveness of progestagen treatment of endometrial hyperplasia (EG) in women of late reproductive age.

Materials and methods. 48 patients aged 37–45 with EG were under observation. The EG diagnosis in patients was verified by histological examination. The treatment effectiveness was evaluated based on the results of clinical-instrumental and morphological examination after 6 months of treatment and every 3 months in the dynamics of observation. All patients with EG received dienogest (Vigest-KV) 2 mg once a day continuously for 6 months.

Results. 60.4% (29) of women had abnormal uterine bleeding at the time of examination. 39.5% (19) of patients had no pronounced clinical symptoms. Evaluating the effectiveness of the proposed therapy after 6 months of treatment showed that the endometrium thickness was 7.8 ± 0.36 mm on average, which is significantly lower than it was before treatment – 23.0 ± 2.8 mm ($p \leq 0.05$). This indicator was practically at the same level after 9 months – 9.4 ± 0.48 mm ($p \geq 0.05$). Pipelle biopsy showed that 42 patients (87.5%) experienced regression of the hyperplastic endometrium, and the ratio of stromal and glandular components in histological preparations also normalized. Persistence of the disease was noted in 12.5% (6) of women according to the morphological examination after treatment, EG without atypia was found. In 14.9% (5) of these 42 patients with a regression of the disease were a relapse of the disease according to a pipelle biopsy after 3 months, – EG without atypia was detected.

Conclusions. The effectiveness of the proposed therapy in patients with EG in late reproductive age after 6 months was 87.5%, the progression of the disease was not noted, and the relapse rate after 9 months of observation was 11.9%.

Thus, dienogest therapy in a continuous long-term regimen in women with EG in late reproductive age showed high clinical and morphological effectiveness due to the powerful antiproliferative effect of the drug.

Keywords: endometrial hyperplasia, late reproductive age, treatment, dienogest.