



Гистерорезектоскопические технологии в лечении гиперпластических процессов эндометрия

Д. м. н., проф. С.Э. САРКИСОВ, к. м. н. О.Г. УЛАНКИНА,
к. м. н. И.Н. ХУЖОКОВА

В статье обосновывается необходимость использования метода электродеструкции эндометрия у пациенток с рецидивирующей гиперплазией и полипами эндометрия. Приводятся данные обследования и лечения 220 пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального периода.

Доказано, что метод электродеструкции эндометрия является щадящей, органосохраняющей операцией, которая для определенного контингента больных может стать реальной альтернативой как длительному гормональному, так и радикальному лечению гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузальном периоде.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) занимают значительное место в структуре гинекологической заболеваемости и характеризуются высокой частотой рецидивирования [1, 2]. ГПЭ развиваются вследствие пролиферативных изменений желез и стромы эндометрия и обусловлены избыточной и продолжительной эстрогенной стимуляцией. Патологические маточные кровотечения при гиперпластических процессах эндометрия – распространенная гинекологическая патология, частота которой существенно увеличивается к периоду возрастных гормональных перестроек в перименопаузе.

Раннее выявление больных с данной патологией играет важную роль в профилактике рака эндометрия, которому гиперпластический процесс может предшествовать или служить фоном для его разви-

тия [3, 4, 5]. Лечение предраковых состояний эндометрия является одним из важных мероприятий в профилактике злокачественных процессов слизистой оболочки матки. При этом следует учитывать, что риск перехода ГПЭ в рак возрастает у женщин, страдающих ожирением и сахарным диабетом. Согласно гистологической классификации ВОЗ (1997), гиперпластические процессы эндометрия подразделяют на следующие основные типы: гиперплазия (железистая, железисто-кистозная), полипы (железистые, фиброзно-железистые, аденоматозные), атипическая гиперплазия. Атипическая гиперплазия эндометрия и рецидивирующее течение ГПЭ рассматриваются в литературе как предраковое состояние, частота их перехода в рак эндометрия колеблется от 1,5 до 57% [6]. Вследствие этого большое значение в профи-

лактике злокачественной трансформации эндометрия отводится своевременной диагностике и терапии гиперпластических процессов слизистой оболочки тела матки. В перименопаузе цель лечения заключается не только в прекращении кровотечений, но и нормализации состояния эндометрия.

Работами многих исследователей доказан высокий процент неэффективности гормональной терапии при лечении больных рецидивирующей ГПЭ, несмотря на расширение арсенала применяемых препаратов и разработку рациональных лечебных схем. Частота рецидивов после гормонального лечения полипов эндометрия составляет 25,9–37%, при рецидивирующей гиперплазии – от 2,5 до 37% [4, 7, 8, 9]. Это связано с морфологической неоднородностью пролиферации эндометрия. Лечение эффективно при гиперплазированном эндометрии и умеренном фиброзировании стромы. Если же при выраженном фиброзировании стромы гиперплазированная слизистая оболочка состоит из нефункционирующей эндометриальной ткани, то гормонотерапия малоэффективна [10].

Пациентки часто отягощены экстрагенитальной патологией. У них встречаются заболевания гепатобилиарной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, варикозная болезнь. Это еще сильнее затрудняет подбор гормональных препаратов и их применение в течение длительного времени. Рецидивирующие маточные кровотечения, онкологическая настороженность при длительно существующих пролиферативных процессах вы-



нуждают применять более активную тактику при лечении данного контингента больных [11, 12]. До последнего времени в такой ситуации выполнялась гистерэктомия, но в настоящий момент уже разработаны менее травматичные методики, ведущие к удалению эндометрия [13].

В связи с внедрением в практику гинекологических стационаров гистерорезектоскопических технологий стало возможным выполнение органосохраняющих операций, например, абляции эндометрия при ГПЭ, то есть удаление базального слоя эндометрия. На сегодняшний день существуют несколько способов необратимого разрушения эндометрия: криодеструкция, лазерная и электродеструкция [14, 15]. Сущность метода заключается в удалении базального слоя эндометрия и поверхностной части миометрия с целью достижения аменореи. Большинство исследователей считают проведенную абляцию успешной, если в результате наступает гипо- или аменорея. По данным разных авторов, проведение электрохирургической деструкции эндометрия эффективно в 60–98% случаев [16, 17, 18].

Нами проведено обследование и лечение 220 пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального периода с рецидивирующей гиперплазией и полипами эндометрия. Возраст обследованных больных колебался от 45 до 52 лет. Характер жалоб больных определялся их возрастом. Пациентки жаловались на обильные длительные менструации (79%), болезненные менструации (21%), нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения (26%), ациклические кровяные выделения из половых путей (14%), а у 17% из них отмечались боли в нижних отделах живота и пояснице, не связанные с фазой цикла. Нами проанализированы установленные гинекологические заболевания, которые обследуемые женщины перенесли в прошлом или имели в настоящий момент. ГПЭ у обследованных больных сочетались с миомой матки (22,7%), аденомиозом (29,5%), хроническим эндометритом (24%), воспалением

придатков (39,8%). Более чем у половины женщин (69%) в прошлом диагностировали и лечили эрозию шейки матки.

При ультразвуковой диагностике гиперпластических процессов эндометрия были получены данные, аналогичные результатам ряда исследователей [19], которые считают, что ведущим эхографическим признаком, позволяющим диагностировать ГПЭ, служит увеличение передне-заднего размера, М-эха по сравнению с нормативными для данной возрастной категории больных.

Длительность заболевания (на основании жалоб на нарушение менструального цикла) составляла от 3 месяцев до 7 лет. Динамику патологического процесса эндометрия отражали предыдущие диагностические выскабливания, число их достигало 5, составляя в среднем $2,1 \pm 1,1$. У большинства женщин с момента первого гистологически подтвержденного выявления гиперплазии и полипов эндометрия прошло более 3 лет. В целях коррекции менструальной функции и воздействия на ГПЭ 47% больных ранее получали различные гормональные препараты (Нон-овлон, Норколут, 17-ОПК, Дюфастон, Даназол). Число курсов гормональной терапии варьировало от 1 до 3. По данным гистероскопии, полипы были обнаружены у 100 больных (45,45%), чаще всего образования локализовались в области трубных углов и дна матки. Полипы имели различную форму: округлую, продолговатую, конусовидную. Размеры варьировали от 0,5 до 4,0 см, а количество – от 1 до 3. Цвет обнаруженных полипов был от бледно-розового и бледно-желтого до ярко-красного. Аденоматозные полипы характеризовались небольшими размерами (не более 1 см) и сероватым цветом. Во всех случаях полипы имели признак органонности строения, то есть наблюдалось наличие основания – «ножки». Фиброзные и железисто-фиброзные полипы эндометрия часто невозможно удалить при выскабливании полости матки. У 120 пациенток (54,55%) при гистероскопии была установлена диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия.

Данная патология визуализировалась в виде утолщенной, неравномерно складчатой поверхности от бледно-розового до красного цвета, с участками кровоизлияний, а при очаговой гиперплазии – в виде локальных очагов.

Патоморфологическое исследование соскобов эндометрия и эндоцервикса являлось обязательным, так как тактика лечения исследуемых больных определялась его результатами. Гистологическое исследование принималось за 100-процентную верификацию диагноза ГПЭ и других патологических процессов эндометрия и миометрия. При установлении диагноза пользовались международной гистологической классификацией опухолей женского полового тракта (ВОЗ, Женева, 1975, 1997). Гистологическое исследование соскобов эндометрия продемонстрировало следующее:

- железисто-фиброзные полипы эндометрия (22,7%) на фоне пролиферации (45,9%) или атрофии (54,1%) слизистой оболочки тела матки;
 - железисто-кистозная гиперплазия эндометрия выявлялась в 25,9% случаев, железистая гиперплазия – в 28,6%;
 - железистые полипы эндометрия выявлялись в 12,7% чаще на фоне железисто-кистозной гиперплазии;
 - аденоматозные полипы эндометрия (0,9%) на фоне пролиферации или эндометрия фазы начала секреции;
 - эндометрий в стадии пролиферации (5,5%), в стадии секреции (3,6%) у пациенток с оставшейся после попытки удаления полипа микрохирургическими инструментами «ножкой» полипа, при диагностической гистероскопии.
- Диагностическая значимость положительных результатов гистероскопии при полипах эндометрия независимо от морфотипа патологического образования составила 88,1% при очаговом гиперпластическом процессе эндометрия и 84,5% при диффузном.

Пациенткам с впервые выявленной гиперплазией эндометрия назначалась гормональная терапия агонистами ГнРГ (Бусерелин-лонг)

или гестагенами не менее чем на 6 месяцев с динамическим ультразвуковым контролем во время и после окончания лечения. У пациенток с сохраненной менструальной функцией значительная толщина эндометрия затрудняет проведение гистерорезекции, увеличивая длительность оперативного вмешательства, интраоперационную кровопотерю и интравазацию. Таким образом необходимо проведение предоперационной подготовки. Гормональная предоперационная супрессия эндометрия проводилась препаратом Бусерелин-лонг 3,75 (1 инъекция в 28 дней) в течение 2–3 месяцев. Конечным звеном терапевтического эффекта агонистов ГнРГ является блокада гонадотропной функции гипофиза, подавление выработки половых стероидов со снижением их до постменопаузальных значений, угнетение пролиферации клеток в эпителиальных и стромальных клетках органов-мишеней. В связи с этим наступает медикаментозная аменорея, позволяющая эффективно выполнять гистерорезекцию и аблацию эндометрия. Благодаря предоперационной медикаментозной подготовке уменьшается толщина и кровоснабжение эндометрия, что в свою очередь существенно сокращает длительность вмешательства и интраоперационную кровопотерю. При ультразвуковом исследовании толщина эндометрия после предоперационной медикаментозной подготовки составляет 3–4 мм. В ряде случаев в послеоперационном периоде больные продолжали прием препарата Бусерелин-лонг до 6 месяцев, что позволяло уменьшить риск рецидивирования полипов эндометрия в дальнейшем. Особое значение в применении агонистов ГнРГ имеет то, что препарат не оказывает влияния на углеводный, липидный обмен, гепатобилиарную систему и ЖКТ, сердечно-сосудистую и свертывающую систему крови, что делает возможным применение препарата у пациенток с сопутствующей соматической патологией.

При наличии полипов эндометрия и рецидивирующей гиперплазии эндометрия проводилась гистерорезектоскопическая деструкция эндометрия. Оперативное лечение выполнялось не позднее чем через 1–6 месяцев после гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания.

Необходимыми условиями для проведения гистерорезектоскопической деструкции эндометрия были следующие положения:

1. У пациентки должна быть выполнена генеративная функция или отсутствовать заинтересованность в ней.
2. Патологическая трансформация эндометрия должна быть доброкачественной, гистологически подтвержденная злокачественная трансформация эндометрия является противопоказанием для выполнения гистерорезектоскопической деструкции эндометрия.
3. Не должно быть грубой органической патологии матки.

Удаление крупных полипов эндометрия (1 см и более) производится при помощи петлевого электрода с монополярной коагуляцией ножки полипа; мелкие полипы эндометрия коагулируют, используя шариковый электрод. У пациенток с полипами эндометрия более 1 см и рецидивирующей гиперплазией эндометрия оперативное вмешательство начинали с аблации эндометрия, что позволило снизить интравазацию диэлектрика, а затем выполняли резекцию полипа. При крупных полипах эндометрия (2,5–3 см) данная методика неприменима из-за невозможности доступа к стенкам матки. Осуществлялся контроль количества поступившего и выведенного из полости матки 5% раствора глюкозы. При интравазации более 1 литра операция прекращалась.

Продолжительность операции во всех исследуемых случаях колебалась от 7 до 35 мин, что в основном зависело от длины полости матки, толщины эндометрия и количества полипов эндометрия. Интраоперационных осложнений не было ни в одном наблюдении. Следует остановиться на имевших место

в ранние сроки (1–2-е сутки) после электродеструкции эндометрия осложнениях. Так, у двух пациенток (0,9%) отмечался субфебрилитет, обусловленный развитием гематометры. Зондирование полости матки и пероральный прием антибиотиков способствовал полному выздоровлению. На пятые сутки после операции пациентки были выписаны. Случаев повторного формирования гематометры отмечено не было. Гематометра в послеоперационном периоде возникает ввиду стеноза шейечного канала, который формируется в результате слипчивого процесса раневой поверхности после электродеструкции однослойного цилиндрического эпителия, выстилающего канал шейки матки. Для уменьшения в послеоперационном периоде случаев развития гематометры необходимо прекращать гистерорезектоскопическую деструкцию эндометрия, не доходя до внутреннего зева 0,5 см.

Динамическое наблюдение за всеми исследуемыми больными осуществлялось в течение 30 месяцев. УЗИ трансвагинальным и трансабдоминальным доступами выполняли на 1-е, 3-и, 30-е сутки, а также через 2, 3, 6, 12, 18, 24, 30 месяцев после гистерорезектоскопической электродеструкции эндометрия. Регулярный контроль обеспечивал своевременную диагностику нежелательных осложнений и каких-либо отклонений от гладкого течения послеоперационного периода. В ранние сроки после проведенной гистерорезектоскопии при ультразвуковом сканировании обращали особое внимание на ширину полости матки в передне-заднем направлении, экзогенность и толщину контуров полости, характер содержимого. В отдаленном послеоперационном периоде определяли общие размеры матки: длину, передне-задний размер, срединное М-эхо, при наличии участков эндометрия – их структурность и локализацию, оценивали облитерацию полости матки за счет образовавшихся синехий и состояние яичников. Кроме ультразвукового сканирования в послеоперационном периоде у больных оценка эф-



фektivности абляции эндометрия проводилась при помощи офисной гистероскопии, цитологического исследования биоптатов и аспиратов из полости матки.

Мы посчитали целесообразным оценивать результаты лечения не ранее чем через 6 месяцев. Этот срок был определен с учетом продолжительности процессов фиброзного перерождения внутренней поверхности матки после электродеструкции. Большинство исследователей оценивают результаты гистерорезектоскопической деструкции эндометрия по характеру менструальной функции у пациенток после операции. Критерием эффективности в наших исследованиях была радикальность удаления патологически измененных тканей, отсутствие рецидивов патологических процессов в эндометрии. К 6-му месяцу после операции аменорея была выявлена у 165 больных (75%), у 25 (11,4%) пациенток отмечена гипоменорея. Незначительные изменения или их отсутствие были констатированы у 30 (13,6%) исследуемых. Следует отметить, что из сопутствующей гинекологической патологии только аденомиоз оказывал определенное влияние на течение послеоперационного периода. Так, из 165 женщин, у которых была достигнута аменорея, аденомиоз I степени имелся у 24 (10,9%). Среди остальных исследуемых с сохранившейся менструальной функцией (55 больных) доля пациентов с аденомиозом была значительно больше – 74,5% (41 больная).

Наши исследования показывают, что наилучшие результаты лечения достигнуты при использовании методики вапоризации эндометрия, которая характеризуется глубиной деструкции 6–8 мм и допустимыми цифрами интравазации до 1 литра. При использовании данного метода гистерорезектоскопической абляции эндометрия в послеоперационном периоде у всех больных отмечались аменорея и уменьшение размеров матки относительно первоначальных. К 12-му месяцу при динамическом контрольном обследовании женщин мы выделили группу из 28 пациенток. Данный

контингент составили больные, у которых при ультразвуковом исследовании было увеличенное М-эхо и/или имелись кровяные выделения из половых путей. Всем этим женщинам была выполнена контрольная гистероскопия с целью уточнения состояния полости матки и выяснения причины кровяных выделений.

При контрольной гистероскопии полость матки была заполнена нежными или грубыми синехиями желтовато-белого цвета, преимущественно располагающимися (80% случаев) в области трубных углов и дна матки. Для визуализации трубных углов матки и устьев маточных труб, зоны наибольшей пролиферативной активности эндометрия было произведено разделение сращений при помощи гистероскопа и микрохирургических инструментов. В результате гистероскопического исследования нами установлено следующее: из 28 больных у 13 пациенток обнаружена ткань эндометрия. В области трубных углов матки эндометрий локализовался в 9 случаях и в зоне перешейка в 4 случаях. Регенерировавший эндометрий представлял собой единичные островки розового цвета, окруженные рубцовой тканью. Всем больным была выполнена биопсия эндометрия. Наличие пролиферирующей ткани эндометрия, подтвержденное морфологически, явилось показанием к проведению повторной абляции эндометрия. Мы проанализировали причины неэффективности первой операции и разделили их на технические и морфологические, хотя деление это достаточно условное, так как и те, и другие причины взаимосвязаны. Одной из причин наличия ткани эндометрия в области трубных углов матки было то, что при проведении электродеструкции эндометрия с целью профилактики перфорации стенки матки мы обрабатывали область устьев маточных труб шариковым электродом в щадящем режиме «коагуляция» при мощности тока 70–80 Вт независимо от характера патологического процесса. Такая оперативная тактика связана с особым анатомо-морфологическим

строением, так как толщина стенки матки в области трубных углов составляет около 8 мм, а устье труб – около 3 мм, поэтому производить абляцию в этом месте следует с осторожностью во избежание перфорации матки [20]. Кроме того, у 11 больных имелись глубокие трубные углы, что, по нашему мнению, явилось причиной недостаточной деструкции эндометрия в области устьев маточных труб.

Анализ эффективности проведенной электродеструкции эндометрия в зависимости от морфологического типа ГПЭ показал, что процессов регенерации не наблюдалось при железисто-фиброзных, фиброзных полипах эндометрия. В тех случаях, когда мы наблюдали рост эндометрия после абляции, все пациентки до операции имели железисто-кистозную и железистую гиперплазию слизистой оболочки тела матки.

Таким образом, внедрение гистерорезектоскопических технологий дало возможность разрушать под контролем зрения источник патологической пролиферации – базальный слой эндометрия и одновременно определять эффективность и безопасность проведенного лечения. Электродеструкция эндометрия позволяет не только значительно уменьшить число радикальных вмешательств, но и является щадящей, менее травматичной, органосохраняющей операцией, обеспечивающей уменьшение длительности операции, объема интраоперационной кровопотери, быстрое выздоровление больных, укорочение послеоперационного периода, и позволяет избежать риска развития осложнений, связанных с длительным наркозом. При правильном выборе контингента больных, учете показаний и противопоказаний к операции, предоперационной подготовке, постоянном совершенствовании техники операции и накоплении опыта по ее выполнению абляция эндометрия может и должна стать реальной альтернативой как длительному гормональному, так и радикальному оперативному лечению ГПЭ в перименопаузальном периоде. ♡



Литература

complicated by threatened abortion supplemented with vaginal micronized progesterone or oral dydrogesterone // *Fertil. Steril.* Vol. 87. 2007. № 3. P. 613–618.

8. Szekeres-Bartho J., Balasch J. Progestagen therapy for recurrent miscarriage // *Hum. Reprod. Update.* Vol. 14. 2008. № 1. P. 27–35.

С.Э. САРКИСОВ, О.Г. УЛАНКИНА, И.Н. ХУЖОКОВА

Гистерорезектоскопические технологии в лечении гиперпластических процессов эндометрия

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Сергеев П.В. и др. Современные аспекты ведения пациенток периода постменопаузы // Проблемы пери- и постменопаузального периода: Материалы симпозиума. М., 1996. С. 62–66.
2. Федорова Е.В. Возможности трансвагинальной эхографии, цветового доплеровского картирования и доплерометрии в диагностике ГПЭ и оценке эффективности проводимого лечения: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000.
3. Бойко Ю.В. Морфофункциональные особенности хроматина интерфазных ядер эпителиальных клеток при гиперплазии и раке эндометрия: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Киев, 1990.
4. Бохман Я.В., Прянишников В.А., Чепик О.Ф. Комплексное лечение при гиперпластическом процессе и раке эндометрия. Л.: Медицина, 1979.
5. Хохлова И.Д., Кудрина Е.А. Диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия (клиническая лекция) // Акушерство и гинекология. 1996. № 4. С. 50–55.
6. Умаханова М.М. Оценка структуры хроматина интерфазных ядер железистого эпителия при ГП и раке эндометрия у больных в пре- и постменопаузе // Акушерство и гинекология. 1996. № 6. С. 41–44.
7. Вихляева Е.М., Алексеева Н.П., Уварова Е.В. Тактика ведения больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия в репродуктивном возрасте // Акушерство и гинекология. 1987. № 9. С. 62–68.
8. Гуменюк Е.Г. Клинико-патогенетический подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений в перименопаузе: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. М., 1999.
9. Липман А.Д. Диагностика и комплексное лечение больных гормонозависимыми заболеваниями матки с использованием эхографического мониторинга: Автореф. дис... докт. мед. наук. М., 2000.
10. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989. С. 418–425.
11. Капустина И.Н. Клинико-ультразвуковая характеристика доброкачественной и злокачественной патологии матки: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000.
12. Erian J. Endometrial ablation in the treatment of menorrhagia // *BJOG.* Vol. 101. 1994. Suppl. 11. P. 19–22.
13. Hatou J. и др. Лечение стойкой меноррагии с помощью гистероскопической резекции эндометрия // Материалы Международного конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки». М., 1997.
14. Paskowitz R.A. Rollerball ablation of the endometrium // *J. Reprod. Med.* Vol. 40. 1995. № 5. P. 333–336.
15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Гистерорезектоскопия. М.: Медицина, 1997. 180 с.
16. Montagna S., Zacche G. Endometrial ablation. The authors' experience // *Minerva Ginecol.* Vol. 47. 1995. № 1–2. P. 17–21.
17. Pinion S.B., Parkin D.E., Abramovich D.R., Naji A., Alexander D.A., Russell I.T., Kitchener H.C. Randomised trial of hysterectomy, endometrial laser ablation and TCER for dysfunctional uterine bleeding // *Br. Med. J.* Vol. 309. 1994. № 6960. P. 979–983.
18. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Принципы гистерорезектоскопической хирургии (гистерорезектоскопии) // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М., 2000. С. 484–500.
19. Медведев М.В., Хохлин В.Л. Ультразвуковое исследование матки // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева. М.: Видар, 1997. Т. 2. С. 40–43.
20. Капнушева Л.М. Оперативная гистероскопия // Акушерство и гинекология. 2000. № 3. С. 53–59.

И.С. СИДОРОВА, А.Л. УНАНЯН, Е.А. КОГАН

Рецидивирующий и нерецидивирующий эндометриоз яичников: клинико-патогенетические механизмы

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы: Руководство для врачей. М., Медицина, 2006. 416 с.
2. Давыдов А.И., Стрижаков М.А., Орлов О.Н. Клиническая экспрессия лептина и интерлейкина-6 при эндометриозе яичников // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. Т. 4. 2004. № 2. С. 40–46.
3. Дамиров М.М. Аденомиоз. М.: Бином-Пресс, 2004. 320 с.
4. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. 104 с.
5. Киселев В.И., Ляшенко А.А. Молекулярные механизмы регуляции