

Возможности внутриматочной хирургии в лечении больных с аномальными маточными кровотечениями в пременопаузальном периоде

Т.А. Чернышенко, Ф.В. Ненахов, О.С. Ковалева,
Т.Н. Сумеди, Н.Р. Черткова, М.Г. Мамаджанян, А.В. Сопина
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва

Intrauterine surgery in patients with abnormal uterine bleedings in premenopause period

T.A. Chernyshenko, F.V. Nenakhov, O.S. Kovaleva,
T.N. Sumedi, N.R. Chertkova, M.G. Mamadjanyan, A.V. Sopina
Central Clinical Hospital with Out-patient Clinic of Department of Presidential Affairs Moscow, Russia

Аннотация

Наиболее частой гинекологической патологией в пременопаузе являются аномальные маточные кровотечения. Пациентки в данном возрастном периоде нередко имеют выраженную экстрагенитальную патологию, отягощенный гинекологический анамнез, что определяет необходимость поиска наиболее щадящего и эффективного метода лечения маточных кровотечений. С развитием эндоскопических методов лечения и диагностики внутриматочной патологии широкое распространение получили методы абляции и резекции эндометрия. В статье представлен опыт применения метода биполярной электрохирургической резекции эндометрия в лечении аномальных маточных кровотечений в пременопаузе, проведена оценка его эффективности.

Ключевые слова: аномальное маточное кровотечение, электрохирургическая резекция эндометрия, пременопауза, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, гормональная терапия.

Abstract

The most common gynecological pathologies in the premenopause period are abnormal uterine bleedings. Patients in this age often have marked extragenital pathologies, burdened gynecological anamnesis. That motivates for searching the most sparing and effective techniques for treating uterine bleedings. Lately, new techniques in endoscopy and diagnostics which found their application in managing intrauterine pathologies brought ablation and resection of the endometrium to a higher and more widespread level. The authors present their experience in performing the bipolar electrosurgical resection of the endometrium when treating abnormal uterine bleedings in the premenopause period; they also assess the effectiveness of the discussed techniques.

Keywords: abnormal uterine bleeding, electrosurgical resection of the endometrium, premenopause, endometrial polyp, endometrial hyperplasia, hormonal therapy.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) занимают лидирующие позиции в структуре гинекологических заболеваний, причем частота их возникновения неуклонно увеличивается с возрастом, в пре- и постменопаузе достигая 30-50% [1]. В 25-30% АМК обусловлены органическими причинами: гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ), миомой матки, аденомиозом, реже – онкологическими заболеваниями. Маточные кровотечения у 2/3 пациенток периода пременопаузы рецидивируют, в 60% наблюде-

ний приводят к железодефицитной анемии, значительно снижают качество жизни [2–4].

В 2011 г. Международная федерация акушеров-гинекологов (FIGO) предложила систему PALM-COIEN для АМК, содержащую 9 категорий. Категории PALM определяют органические изменения эндометрия и миометрия, COIEN – неорганические причины АМК [5]. Для выбора оптимальной тактики лечения больных с АМК в 2013 г. организация ACOG (США) опубликовала клинические рекомендации, структурированные

по возрастным группам, репродуктивным планам и этапам лечения: медикаментозным и хирургическим [6].

Пациентки с АМК подвергаются неоднократным выскабливаниям слизистой стенок полости матки и в ряде случаев неоправданным радикальным оперативным вмешательствам, таким как гистерэктомия. У пациенток с сохраненной менструальной функцией как репродуктивного, так и пременопаузального возраста удаление матки приводит к психологической травме, метод является необратимым, воспринимается больными как калечащий [7–9]. Не менее чем у 30% оперированных возникает постгистерэктомический синдром, проявляющийся формированием симптомокомплекса вегетососудистых, психоэмоциональных и обменных нарушений [10].

До появления в клинической практике современных методов внутриматочной хирургии «золотым стандартом» второго этапа лечения АМК в пременопаузе являлась гормональная терапия [11, 12]. Однако выраженные сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, нарушение жирового обмена, сахарный диабет, варикозное расширение вен нижних конечностей) у больных этой возрастной группы ограничивают применение гормонотерапии [13, 14].

На протяжении последних 20 лет в клиническую практику стали активно внедряться различные методики абляции эндометрия: лазерная, термальная, микроволновая, электрохирургическая монополярная и биполярная [15, 16].

Абляция эндометрия, независимо от методики ее выполнения, обладает целым рядом неоспоримых преимуществ по сравнению как с гистерэктомией, так и с гормонотерапией: минимальная инвазивность, низкая частота интра- и послеоперационных осложнений, хорошая переносимость пациентками, снижение продолжительности пребывания в стационаре, ускоренная реабилитация [17, 18].

Биполярная электрохирургическая резекция относится к гистероскопическим методикам абляции эндометрия. Основным ее преимуществом, в отличие от негистероскопических методик, требующих морфологической оценки состояния эндометрия, является возможность выполнения манипуляции при первом обращении пациентки в клинику, а также возможность проведения атравматичных повторных внутриматочных манипуляций в случае рецидива ГПЭ [19].

Целью нашего исследования являлся выбор оптимального органосохраняющего метода лечения АМК у больных в пременопаузе на основа-

нии оценки эффективности биполярной электрохирургической абляции в сравнении с «золотым стандартом» – гормонотерапией.

Материалы и методы

В проспективное исследование были включены 98 пациенток с АМК периода пременопаузы. Структура изучаемых больных отражена в табл. 1. Исходя из выбранного метода лечения, боль-

Таблица 1

Методы органосохраняющего лечения у наблюдаемых больных

	1-я группа	2-я группа	Итого
	абляция эндометрия	гормонотерапия	
Количество больных, <i>n</i> (%)	68 (69,4%)	30 (30,6%)	98 (100%)

ные были разделены на группы: 1-ю группу составили 68 пациенток, перенесших биполярную электрохирургическую резекцию эндометрия. Во 2-ю группу были включены 30 наблюдаемых после гистероскопии с механическим удалением патологического очага, получавших традиционную гормональную терапию после морфологической верификации состояния эндометрия. Выбор лекарственного средства для второго этапа лечения представлен в табл. 2.

Таблица 2

Медикаментозная гормональная терапия у пациенток с АМК в настоящем исследовании

Группа лекарственного средства	Количество больных, <i>n</i> (%)	Длительность лечения, мес
КОК (этинилэстрадиол 30 мкг, гестоден 75 мкг)	15 (50%)	6-12
Гестаген (норэтистерон 20 мг)	15 (50%)	6-12

Критериями включения в исследование явились рецидивирующие гиперпластические процессы эндо- и миометрия у наблюдаемых больных, клинически проявляющиеся как АМК. Критериями исключения послужили наличие истинных опухолей яичников на момент взятия под динамическое наблюдение, атипичная гиперплазия и аденокарцинома эндометрия по данным гистологического заключения, острые воспалительные заболевания гениталий.

Больные в обеих группах были сопоставимы по возрасту и виду патологического процесса эндометрия и миометрия. Возраст обследованных колебался от 45 до 55 лет, составляя в среднем $49,4 \pm 0,3$ года. Длительность наблюдения составила от 1 до 3 лет.

У всех наблюдаемых как на первом этапе обследования, так и в дальнейшем при динамическом наблюдении, кроме общеклинических, использовали дополнительные методы исследования: ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки матки и последующим гистологическим исследованием соскобов. Ультразвуковое сканирование органов малого таза выполнялось спустя 1 мес после хирургического вмешательства, первые полгода наблюдения каждые 3 мес, в последующем 1 раз в год. В случаях возникновения яичниковых образований по показаниям проводилось лабораторное исследование концентрации онкомаркера СА 125.

Для абсолютного большинства пациенток были характерны нарушения менструального цикла. Обильные менструальные кровотечения встречались у 47 (48%) наблюдаемых, межменструальные АМК – у 6 (6%). АМК, проявляющиеся нерегулярными длительными и обильными кровяными выделениями после задержки менструации, отмечались у 45 (46%) пациенток. Длительность кровяных выделений до взятия пациенток под динамическое наблюдение варьировала от 14 до 120 дней, составляя в среднем 32 ± 6 дней. У каждой второй больной при клинко-лабораторном обследовании была выявлена хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) преимущественно легкой степени тяжести, являющаяся результатом маточных кровотечений. У 3 (3%) наблюдаемых отмечалась более выраженная степень ЖДА со снижением гемоглобина до 80 г/л в анамнезе, по поводу чего неоднократно проводились курсы антианемической терапии.

При первичном ультразвуковом сканировании при поступлении пациенток в стационар эхографические признаки внутриматочной патологии выявлены у всех обследованных. Более чем в половине наблюдений (59 больных, 60,2%) при УЗИ малого таза были обнаружены полипы эндометрия, которые определялись как патологические включения повышенной эхогенности с кровотоком при ЦДК в прилегающем базальном слое. У 28 (28,6%) изучаемых больных ультразвуковая картина соответствовала гиперплазии эндометрия. Миома матки с различной локализацией узлов была диагностирована у 47 (48%) пациенток, размеры тела матки варьировали от 5 до 9 нед условной беременности, субмукозные миоматозные узлы определялись у 11 (11,2%) обследованных. Ультразвуковые признаки аденомиоза, во всех случаях сочетавшиеся с патологией эн-

Таблица 3

Средние размеры матки и яичников у обследованных больных до лечения

Ультразвуковые параметры внутренних гениталий	Размеры (min-max), мм	Средние размеры, мм ($M \pm SD$)
Матка: длина переднезадний размер поперечный размер	40-94 33-73 38-87	58,2 \pm 1,2 51,0 \pm 1,0 58,3 \pm 1,2
Шейка: длина переднезадний размер	26-34 23-31	28,5 \pm 0,8 24,3 \pm 0,5
Правый яичник: длина переднезадний размер ширина	20-35 17-23 12-18	25,7 \pm 1,2 22,5 \pm 0,9 14,8 \pm 0,4
Левый яичник: длина переднезадний размер ширина	22-32 17-26 13-16	29,6 \pm 1,3 20,1 \pm 1,4 14,7 \pm 1,2

дометрия, были выявлены у 40 (41%) наблюдаемых. Эхографические параметры размеров матки и яичников до лечения представлены в табл. 3.

Две трети больных (70,71,4%) ранее уже переносили внутриматочные манипуляции по поводу нарушений менструального цикла, связанных с наличием патологических процессов эндо- и миометрия, из них 13 (13, 2%) – более трех раз. При гистологических исследованиях полипы эндометрия (ПЭ) были выявлены ранее у 29 (41,4%), железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) – у 13 (18,6%), сочетание ПЭ и ЖГЭ – у 28 (70%).

Все наблюдаемые в связи с выявленной ранее патологией эндометрия получали на втором этапе лечения гормональную терапию, причем 9 (12,8%) из них проводилась замена группы препарата ввиду неэффективности (5 пациенток имели в анамнезе прием низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов с последующей заменой на гестагены, 2 – прием гестагенов с заменой на агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, 2 – прием всех трех групп лекарственных средств). Продолжительность гормональной терапии варьировала от 3 мес до 12 лет, составляя в среднем $9,6 \pm 2,6$ мес.

Оценка характера экстрагенитальной патологии изучаемых пациенток показала, что более чем у половины больных (50, 51%) имелись доброкачественные заболевания молочных желез, их них у 46 обнаружены ультразвуковые и рентгенологические признаки фиброзно-кистозной болезни, у 4 – фиброаденомы молочных желез, 2 пациентки были ранее прооперированы в объеме секторальной резекции молочной железы.

Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости заболеваний щитовидной железы у обследованных – практически у каждой третьей больной. Хирургическое лечение по поводу данной патологии в анамнезе имелось у 2 пациенток, у одной из них по поводу рака щитовидной железы. Медикаментозную поддержку в связи с гипотиреозом (L-тироксин) получала 21 (70 %) женщина с выявленной патологией щитовидной железы.

Следует отметить и высокий удельный вес наблюдаемых с гипертонической болезнью – 38 (38,7%). Несмотря на относительно небольшие значения среднего возраста больных – $49,9 \pm 0,34$ года, острые сердечно-сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда и транзиторные ишемические атаки) ранее имели место у 2 пациенток 1-й группы.

Варикозное расширение вен нижних конечностей имелось в 50% наблюдений (49 пациенток), из них 2 больных из 1-й группы ранее перенесли тромбоз глубоких вен нижних конечностей с последующей имплантацией кава-фильтра, длительной антикоагулянтной терапией.

Нарушение жирового обмена встречалось более чем в одной трети наблюдений, при этом III степень (ИМТ более 40) отмечена у 5 (5,1%) обследованных.

Таким образом, полученные данные анализа анамнеза, генитальной и экстрагенитальной патологии определили необходимость поиска наиболее эффективного и щадящего метода хирургического лечения у изучаемых больных. У ряда обследованных 1-й группы проведение гормональной терапии было недопустимо ввиду наличия выраженной соматической патологии, а также неэффективности предыдущих курсов лечения. Гистерэктомия, учитывая риски интра- и послеоперационных осложнений в связи с описанной экстрагенитальной патологией, являлась неприемлемым методом.

Биполярную гистерорезекцию производили с помощью системы Olympus с использованием биполярного электрода, который вводили через рабочий канал гистерорезектоскопа. Во время операции осуществлялось постоянное движение жидкости (0,9% раствор NaCl), через которую проходил электрический ток. Выполняли гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание. Эндоскопическое исследование проводили с использованием аппаратуры Karl Storz (Германия) по стандартной методике. Производили раздельное выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки, фиксацию скобков 10% раствором формалина. Приготовле-

ние гистологических препаратов и исследование осуществляли по общепринятым методикам. Ультразвуковое сканирование выполняли на ультразвуковом аппарате Toshiba Aplio 500 в режиме реального времени.

Статистическую обработку полученных результатов производили на ПК с применением пакета статистических программ Microsoft Excel и методов описательной статистики, непараметрического анализа, для оценки качественных величин был выбран критерий Хи-квадрат Пирсона.

Результаты и обсуждение

Биполярной гистерорезекции по поводу АМК подверглись 68 наблюдаемых. Процедура выполнялась под постоянным визуальным контролем. Продолжительность манипуляции варьировала от 15 до 60 мин, составляя в среднем 20 мин. Максимальный расход физиологического раствора составил 5000 мл, ни в одном случае не наблюдалось перегрузки сосудистого русла, интраоперационные потери жидкости не превышали 400 мл.

При объективном осмотре полости матки ПЭ обнаружены в виде одиночных (у 20) или множественных (у 27) образований бледно-розового цвета округлой или листовидной формы на тонкой ножке (у 30) или на широком основании (у 17) с типичной локализацией. У 17 (25%) из 68 пациенток ПЭ располагались на фоне утолщенной на всем протяжении слизистой оболочки бледно-розового цвета. Гистероскопические признаки гиперплазии эндометрия (слизистая ярко-розового или багрово-цианотичного оттенка, неравномерно утолщенная на всем протяжении в виде складок) определялись у 8 (11,7%) наблюдаемых. Деформация полости матки ввиду наличия субмукозных миоматозных узлов была выявлена у 11 (16,2%) пациенток, из них у 6 субмукозные узлы были 0 типа, у 5 – 1-го типа. Согласно гистероскопической классификации аденомиоза (В.Г. Бреусенко и соавт., 1997) I стадия аденомиоза выявлена у 25 (36,7%) больных, II стадия – у 12 (17,6%), III стадия – у 3 (4,4%), во всех случаях независимо от степени выраженности аденомиоз сочетался с признаками гиперпластического процесса эндометрия.

Учитывая доброкачественную визуальную картину у всех больных, технические возможности метода, биполярная электрохирургическая резекция эндометрия была выполнена непосредственно при первом обращении пациентки в стационар. Тотальная электрохирургическая резекция была произведена 46 (67,6%) больным,

субтотальная (электрохирургическая полипэктомия, резекция субмукозного узла) – 22 (32,4%). При контрольной гистероскопии явлений гиперкарбонизации не выявлено.

Во 2-й группе при гистероскопии ПЭ были выявлены у 20 (67%) наблюдаемых, 13 из них выполнена механическая полипэктомия с использованием механических операционных щипцов, введенных в операционный канал гистероскопа, 7- инструментальное удаление патологического очага кюреткой. У 10 (33%) пациенток гистероскопическая картина соответствовала гиперплазии эндометрия.

Во время процедуры резекции эндометрия интраоперационных осложнений, а также таковых, связанных с экстрагенитальной патологией и анестезиологическим пособием, не выявлено. Течение раннего послеоперационного периода было расценено как гладкое. У 45 (66,1%) пациенток основной группы в первые 3 сут отмечался субфебрилитет, связанный с термическим воздействием на ткани матки. В половине наблюдений требовалось назначение нестероидных противовоспалительных и десенсибилизирующих лекарственных средств длительностью от 3 до 5 дней. Также все наблюдаемые 1-й группы профилактически получали антибактериальные препараты широкого спектра действия. Во 2-й группе симптоматическая и антибактериальная терапия потребовалась 18 (60%) больным с длительностью АМК, превышавшей 14 дней, с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений и возможной восходящей инфекции. Превалирующее большинство наблюдаемых (70%) были выписаны на 3-и сутки после выполнения манипуляции, 30%- на 4-5-е сутки. Состояние всех пациенток было расценено как удовлетворительное.

Изучение результатов гистологического исследования операционного материала показало, что ПЭ морфологически диагностированы в абсолютном числе наблюдений (71 пациентка, 72,4%), из них в сочетании с железистой гиперплазией эндометрия (ЖГЭ) – в 17 (17,3%) случаях, с субмукозной лейомиомой – у 5 (5,1%) пациенток. Изолированно ЖГЭ обнаружена у 41 (41,8%) больной, фрагменты субмукозной лейомиомы – у 11 (11,2%). Структура внутриматочной патологии на основании данных гистологических заключений отражена на рис. 1.

В качестве следующего этапа лечения пациенткам 2-й группы назначена гормональная терапия с учетом вида патологии эндо- и миометрия. 15 (50%) пациенткам, заинтересованным в заместительной гормональной терапии, с учетом от-

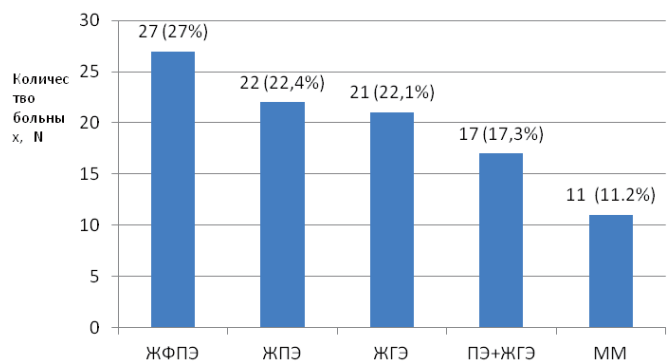


Рис. 1. Характер патологических процессов эндо- и миометрия у наблюдаемых больных.

сутствия противопоказаний со стороны соматического статуса назначены эстроген-гестагенные препараты курсом на 6-12 мес. Остальным был назначен норэтистерон в непрерывном режиме с аналогичной длительностью курса.

При анализе данных позднего послеоперационного периода выявлено, что у всех пациенток после резекции эндометрия имелись скудные кровяные или сукровичные выделения из половых путей в течение 2–3 нед. У каждой третьей через 10–14 дней отмечено усиление кровяных выделений, появление тянущих болей внизу живота, сопровождающихся отторжением небольшого количества серо-коричневых масс (посткоагуляционного струпа) в течение 2–4 дней.

Ультразвуковое сканирование, выполненное в первый месяц после резекции эндометрия, показало, что у 40 (58,8%) наблюдаемых присутствовали эхографические признаки незначительной гидрометры (наличие гипоэхогенного содержимого в полости матки) на фоне тонкого эндометрия, у 28 (41,2%) – полость матки была не расширена, эндометрий однородный, гиперэхогенный. У 46 больных после тотальной биполярной резекции была отмечена зона деструкции прилегающих к эндометрию участков миометрия (ткань смешанной эхогенности от 3 до 6 мм) в результате термического воздействия. К 3-му месяцу наблюдения описанная ранее гидрометра определялась лишь у 20 из 40 пациенток. Зона деструкции прилегающего миометрия определялась у 26 больных. К 6-му месяцу наблюдения у 7 (10,3%) обследованных отмечено формирование зоны фиброза эндометрия, у 3 из них – тенденция к облитерации полости матки (синдром Ашермана), у 13 (19,1%) сохранялись эхографические признаки гидрометры с тенденцией к уменьшению размеров, у 48 (70,6%) эндометрий был не утолщен, однородной структуры, из них у 13 определялись тонкие внутриматочные синехии. Обращала на себя внимание гиперэхогенность эндометрия при отсутствии

патологических кровотоков при ЦДК, что, вероятно, связано с последствиями термического воздействия на ткани. В указанный временной промежуток рецидивов субмукозных миоматозных узлов не отмечено. К 6-му месяцу аменорея возникла у 16 (23,5%) пациенток, гипоменструальный синдром – у 38 (55,8%), остальные 14 отмечали прежние характеристики менструального цикла, однако рецидивов ГПЭ по УЗИ и АМК клинически не обнаружено.

Анализ данных динамического наблюдения за 68 пациентками через 12 мес после биполярной электрохирургической резекции эндометрия показал, что полный клинический эффект (аменорея или гипоменорея) к первому году был отмечен у 52 (76,5%) больных, 10 (14,7%) отмечали умеренный характер менструаций. Рецидив ГПЭ через 12 мес после резекции эндометрия по данным УЗИ был выявлен у 2 (2,9%) наблюдаемых, клинически больные вновь отметили обильные и длительные менструации. Следует отметить, что при ультразвуковом сканировании, помимо признаков ГПЭ, были выявлены и односторонние жидкостные образования в структуре яичников, при лабораторном исследовании концентрация СА 125 не превышала референсных значений. На первом этапе больной была выполнена гистероскопия с отдельным гистологическим выскабливанием, морфологически подтвержден рецидив ЖГЭ в двух случаях. На втором этапе, учитывая рецидивирующий характер ГПЭ, наличие структурных изменений в яичниках, пациентки подверглись гистерэктомии с придатками, при гистологическом исследовании в яичниках выявлены эпителиальные опухоли - серозная цистаденома у одной больной, цистаденофиброма - у второй.

На втором году наблюдения рецидив ГПЭ, клинически проявившийся вновь АМК, диагностирован у 5 (7,3%) пациенток, у одной из них патологический процесс эндометрия сочетался с жидкостным образованием яичника. Четверым из них была выполнена гистероскопия, при осмотре полости матки в области трубных углов лоцировались полиповидные образования с гладкой, ровной поверхностью. Учитывая доброкачественную гистероскопическую картину, выполнена тотальная электрохирургическая резекция эндометрия (ранее указанные пациентки перенесли электрохирургическую полипэктомию), гистологически подтверждены полипы эндометрия (в 3 случаях железисто-фиброзный, в 1 – железистый). У больной с кистозным образованием спустя 3 мес отмечен его регресс, клиническая ситуация расценена как ретенционная

киста яичника (учитывая спонтанный регресс, нормативные показатели СА 125). У одной пациентки при повторной гистероскопии эндометрий был неравномерно утолщен, бледно-серого цвета с наличием кистозных полостей, частично распадающийся под током жидкости, в связи с чем от термического воздействия на ткани было решено воздержаться, при морфологическом исследовании выявлена прогрессия варианта ГПЭ – простая атипичная гиперплазия эндометрия. Учитывая полученные результаты, больная была прооперирована в объеме пангистерэктомии.

На третьем году наблюдения рецидивирование патологии эндометрия отмечено по данным ультразвукового сканирования у 5 больных после субтотальной электрохирургической резекции (полипэктомии), у 3 из них проявившееся АМК (у 1 – кровотечение в постменопаузе). Всем были выполнены внутриматочные манипуляции в объеме тотальной биполярной резекции, гистологически у 2 подтвержден ЖФПЭ, у 1 – ЖГЭ, у 2 – сочетание ЖПЭ и ЖГЭ. У больной с рецидивом ЖГЭ также выявлено жидкостное яичниковое образование без повышения уровня онкомаркеров, при динамическом наблюдении спустя 1 мес отмечен регресс, назначен прием гормонотерапии – норэтистерон 20 мг в непрерывном режиме. Структура полости матки у наблюдаемых больных после биполярной резекции представлена на рис. 2.

Таким образом, клинический эффект от биполярной электрохирургической резекции эндометрия в виде аменореи (гипоменореи), отсутствия рецидивов ГПЭ при ультразвуковом сканировании был достигнут в 56 (82,5%) наблюдениях.

Оценка клинической эффективности применения гормональной терапии через 6 мес показала, что гипоменорея была характерна для 23 (76,6%) пациенток 2-й группы, у 7 сохранялись жалобы на обильные менструации. Рецидивы

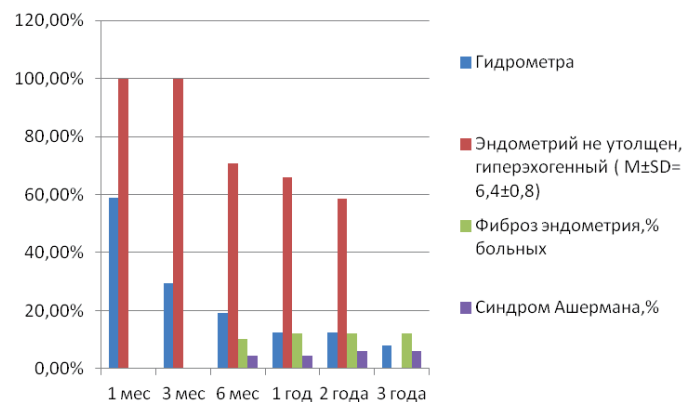


Рис. 2. Состояние полости матки после биполярной электрохирургической резекции эндометрия.

вы ГПЭ на фоне гормонотерапии выявлены у 9 (30%) больных, из них спустя 6 мес лечения — у 2, через 1 и 2 года — у 2 больных соответственно, через 3 года — у 3 наблюдаемых. Для 6 из 9 пациенток с рецидивами ГПЭ были также характерны вновь возникшие маточные кровотечения, у остальных патология эндометрия была диагностирована по данным ультразвукового сканирования. 7 больным с учетом рецидивирующего характера ГПЭ, неэффективности гормонотерапии была выполнена биполярная электрохирургическая резекция эндометрия, а 2 пациентки категорически отказались от радикальной операции. У остальных 5 наблюдаемых гистерэктомия не могла быть методом выбора, из них у 2 пациенток ввиду предполагаемого выраженного спаечного процесса в брюшной полости (большое количество лапаротомий в анамнезе), у 3 — в связи с манифестацией экстрагенитальной патологии (амилоидоз у 1 больной, транзиторные ишемические атаки у 2).

2 из 9 больных с рецидивом ГПЭ на 1-м этапе были выполнены гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание, после получения результатов гистологического исследования (у всех выявлено сочетание ЖГЭ и ПЭ) в качестве 2-го этапа была произведена пангистерэктомия. Стоит отметить, что у обеих наблюдаемых при УЗИ малого таза и интраоперационно были выявлены тонкостенные жидкостные яичниковые образования, при морфологическом исследовании операционного материала подтверждены эпителиальные опухоли — серозные цистаденомы.

При анализе результатов гистологического исследования больных с рецидивами ГПЭ после гормональной терапии выявлено, что сочетания ПЭ и ЖГЭ были у 3 (33,3%), ЖГЭ — у 2 (22,2%), ЖФПЭ — у 1, ЖПЭ — у 2 (22,2%). У 6 из 9 наблюдаемых также обнаружены ретенционные кисты яичников, регресс образований был отмечен через 3 мес.

Анализ статистической значимости отличий показал, что выбор метода не влияет на количество рецидивов ГПЭ, несмотря на больший процент вновь возникших патологических процессов эндометрия во 2-й группе (критерий Хи-квадрат 1,887, $p > 0,05$).

Следует обратить особое внимание на структуру и функцию яичников у пациенток с рецидивами ГПЭ. Ретенционные (функциональные) кисты были диагностированы у 8 (38%) наблюдаемых, истинные опухоли (эпителиальные) — у 4 (19%). Достоверно чаще яичниковые образования выявлялись у пациенток с рецидивами ГПЭ,

получавших гормональную терапию. Таким образом, при анализе данных отмечена взаимосвязь между выбором метода лечения (резекция эндометрия, лекарственная терапия) и структурными изменениями яичников (критерий Хи-квадрат 6,481, $p < 0,05$), что может быть расценено как фактор риска рецидива ГПЭ.

Заключение

Биполярная электрохирургическая резекция эндометрия является высокоэффективным органосохраняющим методом хирургического лечения АМК в пременопаузе у пациенток с доброкачественной патологией эндо- и миометрия. Безрецидивное течение в нашем исследовании выявлено у 82,5% наблюдаемых. Гормонотерапия — признанный метод терапии ГПЭ, эффективность его применения в настоящем исследовании составила 76,6 %, однако противопоказания со стороны общесоматического статуса больных могут ограничивать его применение. Внедрение гистероскопии в клиническую практику и использование альтернативных классическим оперативным методам лечения малоинвазивных методик, таких как резекция и абляция эндометрия, с целью воздействия на патологический процесс эндометрия существенно расширили возможности лечения маточных кровотечений. Основоположающим преимуществом такого метода лечения является сохранение матки, что не только избавляет пациентку от послеоперационных осложнений, обусловленных радикальным оперативным вмешательством в объеме гистерэктомии и длительным наркозом, но и обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода.

Благодарность

Коллектив отделения выражает благодарность Бреусенко Валентине Григорьевне, д.м.н., профессору кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России за неоценимый вклад в подготовке кадров в качестве основоположника метода оперативной гистероскопии в России, за обмен практическим и научным опытом.

Литература

1. Singh S., Best C., Dunn S. et al. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women: *J. Obstet. Gynaecol. Canada*. 2013 May; 35(5): 473-475. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30939-7.
2. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А., Шевчук Т.В. Современный менеджмент аномальных маточных кровотечений. *Репродуктивная эндокринология* 2013; 4: 12: 18-

28 [Tatarchuk T.F., Yefimenko O.A., Shevchuk T.V. *Current Management of Abnormal Uterine Bleeding. Reproductive gynecology*. 2013; 4: 12: 18-28. In Russian].

3. Talukdar B., Mahela S. *Abnormal uterine bleeding in perimenopausal women: Correlation with sonographic findings and histopathological examination of hysterectomy specimens. Midlife Health.* 2016; 7:2:73-77. doi: 10.4103/0976-7800.185336.

4. Matsumoto N., Ikeda N., Takenaka T. et al. *Clinical practice and short-term efficacy of 2.45-GHz microwave endometrial ablation to treat menorrhagia. Gynaecol. Minimally Invasive Ther.* 2015; 4: 3: 76-80.

5. Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S., Fraser I.S. *FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2011 Apr; 113(1): 3-13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011.

6. Khrouf M., Terras K. *Diagnosis and Management of Formerly Called "Dysfunctional Uterine Bleeding" According to PALM-COEIN FIGO Classification and the New Guidelines. J. Obstet. Gynaecol. India.* 2014 Dec; 64(6): 388-393. doi: 10.1007/s13224-014-0641-1.

7. Макаров О.В., Сергеев П.В., Карева Е.Н. Гиперпластические процессы эндометрия: диагностика и лечение с учетом рецепторного профиля эндометрия. *Акушерство и гинекология.* 2003; 3: 32-40 [Makarov O.V., Sergeev P.V., Kareva E.N. *Hyperplastic processes of endometrium: diagnostics and treatment taking into account the receptor profile of endometrium. Akusherstvo and gynecologiya=Obstetrics and gynaecology.* 2003; 3: 32-40. In Russian].

8. Fergusson R.J., Lethaby A., Shepperd S., Farquhar C. *Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Nov 29; (11):CD000329. doi: 10.1002/14651858.CD000329.

9. Zupi E., Zullo F., Marconi D. et al. *Hysteroscopic endometrial resection versus laparoscopic supracervical hysterectomy for menorrhagia: a prospective randomized trial. Am. J. Obstet Gynecol.* 2003 Jan; 188(1): 7-12.

10. Доброхотова Ю.Э. Постгистерэктомический синдром. *Вопросы гинекологии акушерства и перинатологии.* 2010; 9(6): 90-94 [Dobrohotova Yu.E. *Posthysterectomy syndrome. Voprosi ginekologii, akusherstva i perinatologii=Questions of gynaecology, obstetrics and perinatology.* 2010; 9(6): 90-94. In Russian].

11. Marjoribanks J., Lethaby A., Farquhar C. *Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jan 29; (1): CD003855. doi: 10.1002/14651858.CD003855.

12. Römer T. *Prospective comparison study of levonorgestrel IUD versus Roller-Ball endometrial ablation in the management of refractory recurrent hypermenorrhea. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2000 May; 90(1): 27-29.

13. Herman M.C., Penninx J.P., Mol B.W., Bongers M.Y. *Ten-year follow-up of a randomised controlled trial comparing bipolar endometrial ablation with balloon ablation for heavy menstrual bleeding. BJOG* 2013; 120:966-70.

14. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Мишьева О.И., Ивановская Т.Н. Гиперпластические процессы эндометрия в пре- и постменопаузе. *Методы терапии. Онкогинекология.* 2012; 1: 43-46 [Savelieva G.M., Breusenko V.G., Golova Yu.A., Mishieva O.I., Ivanovskaya T.N. *Hyperplastic processes of endometrium of patients in pre- and postmenopausal period. Methods of treatment. Onkogineologiya=Oncogynaecology.* 2012; 1: 43-46. In Russian].

15. Sambrook A.M., Elders A., Cooper K.G. *Microwave endometrial ablation versus thermal balloon endometrial ablation (MEATBall): 5-year follow up of a randomised controlled trial. BJOG* 2014; 121: 6: 747-753. doi: 10.1111/1471-0528.12585.

16. Sesti F., Ruggeri V., Pietropolli A., Piancatelli R., Piccione E. *Thermal balloon ablation versus laparoscopic supracervical hysterectomy for the surgical treatment of heavy menstrual bleeding: a randomized study. J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2011 Nov; 37(11): 1650-1657. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01596.x.

17. Vilos G.A., Vilos A.G., Abu-Rafea B. *Randomized comparison of goserelin versus suction curettage prior to Thermachoice II balloon endometrial ablation: one-year results. J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2010 Oct; 32(10): 973-979.

18. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Голухов Г.Н., Капранов С.А., Краснова И.А. и др. Современные технологии в диагностике и лечении заболеваний матки. *Российский медицинский журнал.* 2006; 5: 22-25 [Savelieva G.M., Breusenko V.G., Golova Yu.A., Goluhov G.N., Kapranov S.A., Krasnova I.A. *Modern technologies in diagnostics and treatment of diseases of uterus. Rossiiski medicinskii jurnal=Russian medical journal.* 2006; 5: 22-25. In Russian].

19. Lethaby A., Hickey M., Garry R., Penninx J. *Endometrial resection / ablation techniques for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7; (4): CD001501. doi: 10.1002/14651858.CD001501.

Для корреспонденции/Corresponding author
Ковалева Ольга Сергеевна/Kovaleva Olga
replikaciya1987@mail.ru