

Клиническая эффективность гистерорезектоскопической деструкции эндометрия при лечении аденомиоза в пременопаузе

 Ю.Э. Доброхотова, Т.А. Чернышенко, Е.А. Горбунова

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета

Аденомиоз — частая разновидность генитального эндометриоза, при которой гетеротопии эндометриоидной ткани обнаруживаются в миометрии. В последние годы частота генитального эндометриоза увеличивается, при этом аденомиоз встречается в 15–90% случаев.

Ведущим **симптомом** заболевания аденомиоза является альгодисменорея. Следующий по значимости симптом заболевания — меноррагии (обильные и продолжительные менструации), но может наблюдаться и метроррагия. Кровотечения обильные либо упорные и длительные, плохо поддающиеся терапии гемостатическими препаратами и приводящие к развитию анемии. Нарушения метаболизма половых гормонов, развитие дефицита прогестерона отрицательно отражаются на кроветворении, способствуя анемии. Маточные кровотечения больше выражены при диффузном аденомиозе, чем при узловом. Кровотечения, вызванные аденомиозом, в 87% случаев оказываются рефрактерными к консервативной терапии, а у 22% пациенток требуют гистерэктомии по экстренным показаниям.

Ю.Д. Ландеховский и М.С. Шнайдер (2000 г.) считают, что степень распространения и форма аденомиоза не зависят от возраста больных, времени менархе, менструальной и репродуктивной функции. Диффузная форма аденомиоза обнаружена ими у 56% больных, очаговая — у 31%, узловая — у 13%. Обильные, со сгустками, менструации при диффузной форме аденомио-

за отмечены в 87% случаев, при очаговой — в 93%, альгодисменорея при диффузной форме встречалась в 69% наблюдений, при очаговой — в 71%. Сочетание аденомиоза и миомы матки имелось у половины больных, что клинически проявлялось симптомами обоих заболеваний, но при этом были более выраженными болевой синдром (главным образом за счет эндометриоза перешейка матки), гиперполименорея и вторичная анемия.

Данные **объективного обследования** зависят от особенностей аденомиоза (узловой или диффузный), его локализации (перешеек или добавочный рог матки), наличия сопутствующей миомы матки. При узловом аденомиозе матка может иметь обычные размеры или быть немного увеличенной. В области ее углов, тела или дна определяются плотные болезненные узлы. Накануне и во время менструации размеры их несколько увеличиваются, а болезненность резко возрастает. При диффузном аденомиозе величина матки обычно соответствует 5–8-недельной беременности. Отчетливо заметна зависимость величины матки от фаз менструального цикла. Наличие сопутствующей миомы, безусловно, влияет на размеры и форму матки.

Для диагностики аденомиоза применяются различные **инструментальные методы** — ультразвуковое исследование (УЗИ), гистероскопия, гистеросальпингография, точность которых колеблется от 32 до 98%.

Диагноз аденомиоза на практике нередко основывается только на данных **УЗИ**. Общеизвестными критериями аденомиоза при **УЗИ** являются увеличение матки, ассиметричное утолщение ее передней или задней стенки, неоднородная структура миометрия из-за экзонегативных включений. Необходимо отметить, что при использовании только **УЗИ** нередко наблюдается гипердиагностика аденомиоза, а точность диагностики при использовании **УЗИ** составляет 60–70%.

Реже используются **гистероскопия** и гистеросальпингография, хотя именно эти методы играют ведущую роль в выявлении аденомиоза. Гистероскопия благодаря многократному увеличению позволяет детально изучить состояние эндометрия и полости матки, провести четкую топическую диагностику и проконтролировать результаты терапии. Наиболее характерными гистероскопическими критериями аденомиоза являются изменение рельефа стенок полости матки, неровный “скальный” рисунок, который не изменяется после удаления функционального слоя эндометрия, эндометриоидные ходы и вытекающая из них кровь. По данным различных авторов диагностическая ценность гистероскопии колеблется от 32,2 до 91,4%. Большинство авторов считает, что гистероскопическая диагностика аденомиоза сложна, и при гистероскопии такой диагноз можно поставить лишь при гистологическом исследовании биоптата миометрия.

Как правило, аденомиоз – заболевание женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста. У больных в этих возрастных периодах методом выбора считается **гистерэктомия**. В то же время частота аденомиоза среди женщин репродуктивного периода неуклонно растет, что требует поиска новых методов лечения. Консервативное лечение аденомиоза достаточно сложное, дорогостоящее и не обоснованное патогенетически. Гистерорезектоскопия предоставила возможность

избежать “большой” операции и сохранить матку пациенткам, у которых гормональная терапия оказалась неэффективной или которым ее невозможно было провести.

Абляция эндометрия является одной из наиболее перспективных методик в лечении внутриматочной патологии. Внедрение в практику гистероскопической хирургии и ряда новых технологий расширило показания к проведению органосохраняющих операций на матке, в результате чего частота радикальных операций по поводу рецидивирующих маточных кровотечений уменьшилась на 30–40%. Понятие “абляция” объединяет несколько методик деструкции слизистой оболочки матки, различающихся по глубине воздействия (коагуляция, резекция, вапоризация), и подразумевает любой вид удаления эндометрия с полным уничтожением его базального слоя с подлежащим миометрием на глубину 3–4 мм.

В настоящее время не сформировано единого мнения относительно показаний и противопоказаний к выполнению абляции эндометрия. Для большинства зарубежных исследователей показанием к абляции эндометрия служит патологическое маточное кровотечение, не обусловленное грубой органической патологией. Многие авторы не указывают на причину кровотечения и характер морфоструктурных изменений эндометрия, считая, что для достижения эффекта достаточно воздействовать непосредственно на источник кровотечения – эндометрий. Конечной целью такого воздействия является образование многочисленных внутриматочных синехий.

Отечественные исследователи выделяют следующие **показания к абляции эндометрия**:

- фоновые состояния эндометрия при незаинтересованности пациенток в сохранении менструальной и репродуктивной функций, неэффективности гормонотерапии или противопоказаниях к ее проведению;
- полипы эндометрия;

- субмукозная миома матки размером <5 см;
- внутриматочная перегородка (при бесплодии или невынашивании беременности);
- внутриматочные сращения.

Некоторые гинекологи придерживаются мнения, что сочетанная внутриматочная патология служит **противопоказанием** к проведению электрохирургической деструкции внутренней поверхности матки. По данным E. Cornier (1987) при аденомиозе более эффективна вапоризация эндометрия, нежели электрорезекция слизистой и подлежащей мышечной оболочки. Отечественные исследователи (Адамян Л.В., 1997; Стрижаков А.Н, Давыдов А.И., 1997; Саркисов С.Э., 1998) расценивают аденомиоз как абсолютное противопоказание к гистерорезектоскопии, полагая, что абляция эндометрия у этих больных может лишь временно снизить интенсивность маточного кровотечения, так как причиной его при аденомиозе является нарушение проницаемости и сократительной способности сосудов миометрия.

Среди хирургов-гистероскопистов до настоящего времени нет единого мнения относительно такого противопоказания к абляции как размеры полости матки. Одни авторы полагают нецелесообразным проведение абляции при длине полости матки 9–10 см, другие – 12 см.

Поскольку деструкция эндометрия предполагает дальнейшее развитие синдрома Ашермана, необходимым условием для оперативного вмешательства следует считать незаинтересованность женщины в репродуктивной функции (хотя описаны случаи наступления маточной и экстраматочной беременности у пациенток, перенесших абляцию эндометрия). Частота таких случаев составляет около 0,7%, поэтому большинство исследователей не рекомендуют применять метод **гистерорезектоскопической деструкции** (ГРСД) эндометрия с целью стерилизации.

Вопрос о целесообразности и виде **предоперационной подготовки эндометрия** остается открытым. Гиперплазированный эндометрий не только затрудняет визуализацию, но и снижает эффективность электродеструкции, способствует повышению скорости интравазации жидкости, увеличивает продолжительность операции. Одни авторы не видят необходимости в предоперационной медикаментозной супрессии эндометрия и выполняют операцию в первую фазу менструального цикла сразу после окончания менструации или после выскабливания слизистой оболочки полости матки.

Другие авторы в течение 2–3 мес перед ГРСД назначают больным гормональные препараты – гестагены (норэтистерон, медроксипрогестерон), антигонадотропины (даназол) или **аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона** (АГРГ – гозерелин, трипторелин, бусерелин). Это приводит к атрофии эндометрия и миометрия, уменьшает их кровоснабжение, а, следовательно, и интравазацию жидкости во время операции.

Чистые **гестагены** в больших дозах, как правило, вызывают атрофию эндометрия. Однако у значительной части больных на фоне их приема вместо атрофии наступает децидуоподобная реакция слизистой оболочки матки с выраженным отеком стромы и повышенной васкуляризацией, что значительно ухудшает визуализацию во время операции. В связи с этим большинство авторов предпочитают назначать в качестве предоперационной подготовки **даназол** по 400–600 мг в день в течение 4–8 нед до операции. За это время, как правило, достигается равномерная атрофия эндометрия. К недостаткам даназола относятся его высокая стоимость и большое количество нежелательных эффектов (прибавка массы тела, появление акне, гирсутизм, изменение голоса и т.д.), что нередко заставляет пациенток прекращать его прием. В последние годы в качестве препаратов для предоперационной подготовки эндометрия наиболее широко используются АГРГ.

Хотя АГРГ имеют значительную стоимость, их применение оправдывается высокой эффективностью и относительно хорошей переносимостью. АГРГ вводятся парентерально однократно за 4–6 нед до операции. У 95% больных при этом возникает равномерная атрофия эндометрия, что облегчает выполнение операции.

ГРСД проводят путем воздействия электрического тока на ткань эндометрия. При монополярной методике активным электродом является рабочий инструмент, непосредственно осуществляющий деструкцию эндометрия, а пассивный электрод в форме пластины обеспечивает контакт с телом пациентки за пределами операционного поля. Для коагуляции используют роликовые электроды с гладкой поверхностью в форме шара, бочонка или оливы. Резекцию тканей осуществляют электродом-петлей с углом наклона 90° и 45°. Различные тепловые эффекты достигаются за счет применения различных электродов и выходных параметров электрического генератора. При внутриматочной хирургии в жидких средах с целью коагуляции используют мощность не более 100 Вт, а с целью рассечения тканей – до 300 Вт.

Одним из основных принципов эндохимирургии является ясная визуализация, которая обеспечивается как адекватным расширением полости матки, так и отмыванием из нее крови. Продолжительные электрохирургические процедуры в полости матки осуществляются в условиях постоянно-проточной жидкостной гистероскопии. Жидкостные средства, циркулируя в полости матки под определенным давлением, не только расширяют и промывают ее от крови, улучшая тем самым видимость, но и предотвращают перегрев органа.

Материал и методы

Цель проведенного исследования – определить эффективность ГРСД эндометрия

в терапии аденомиоза у женщин в пременопаузе.

В исследование было включено 30 пациенток с аденомиозом и продолжающимися маточными кровотечениями, проходивших лечение в гинекологическом отделении ГКБ № 1 в 2006 г. Возраст пациенток составлял от 45 до 53 лет (средний возраст – 49,6 года).

У всех пациенток было выполнено общеклиническое обследование; УЗИ органов малого таза; диагностика инфекций, передающихся половым путем (с помощью полимеразной цепной реакции, материал брался из полости матки); гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание.

В исследование включались пациентки, имеющие следующие **признаки аденомиоза**:

- клинические (альгодисменорея – у 25%, меноррагия – у 100%, болевой синдром – у 10%, диспареуния – у 5%);
- ультразвуковые (увеличение матки до 6–7 нед беременности, шаровидная форма тела матки, неоднородность и “ячеистая” структура миометрия);
- гистероскопические (эндометриоидные ходы в виде “глазков” темно-синюшного цвета или открытые, кровоточащие, измененный рельеф стенок);
- гистологические (наличие в миометрии желез эндометрия и очагов эндометриоза).

При выявлении урогенитальных инфекций (в 3 случаях была выявлена *Mycoplasma hominis*, в 2 – *Ureaplasma urealyticum*, в 1 – сочетание этих возбудителей) была проведена этиотропная антибактериальная терапия. Пациентки с выявленной патологией яичников (по данным УЗИ и уровня маркера СА-125) в группу не включались.

После отдельного диагностического выскабливания и получения гистологического заключения пациенткам была предложена **гистероскопическая резекция эндометрия**, как способ устранения меноррагий. У 8 пациенток был выявлен эндометриальный секреторного типа, у 14 – простая

типичная гиперплазия эндометрия, у 8 — фиброзно-железистый полип эндометрия. У 12 пациенток из 30 аденомиоз сочетался с миомой матки с субмукозной и/или интерстициально-субмукозной локализацией узлов небольших размеров.

Анализ клинического опыта применения абляции в лечении внутриматочной патологии все больше убеждает нас в необходимости совершенствования методики ГРСД эндометрия. С целью уменьшения продолжительности оперативного вмешательства и снижения риска осложнений проводили **медикаментозную подготовку эндометрия**, которая заключалась в уменьшении его толщины с помощью АГРГ бусерелина. Это позволяло не только значительно облегчить технику проведения и сократить продолжительность операции, но и использовать меньшую мощность электротока. Без предварительной гормональной подготовки ГРСД эндометрия была проведена 4 пациенткам, у которых имелись противопоказания — тромбозы и тромбофлебиты в анамнезе (2 женщинам с эндометрием секреторного типа и 2 — с очаговой простой типичной гиперплазией эндометрия). У остальных 26 пациенток в качестве гормональной подготовки использовался эндоназальный спрей бусерелина в течение 3–4 мес. При проведении контрольной гистероскопии критерием эффективности предоперационной подготовки служило состояние внутренней поверхности полости матки. Пациенткам, у которых имелись субмукозные и/или субмукозно-интерстициальные узлы типов 0 и I по гистероскопической классификации, была выполнена консервативная миомэктомия.

После проведения ГРСД эндометрия пациентки находились под наблюдением в стационаре в течение 1–2 дней. В связи с возможным развитием септических осложнений в интра- и послеоперационном периоде всем женщинам с профилактической целью назначали антибиотики широкого спектра действия в течение 3–5 дней.

При выписке из стационара больным проводили УЗИ органов малого таза, при этом обращали особое внимание на наличие жидкости в полости матки. УЗИ позволяло исключить гематометру, обусловленную стенозом внутреннего зева в случаях электрохирургической обработки зоны перешейка. При выявлении гематометры производили повторное зондирование полости матки (такая необходимость возникла у 3 больных). Всем больным, которым проводилась предоперационная медикаментозная подготовка, было рекомендовано продолжить использование бусерелина в течение 2 мес после операции.

В последующем эхографический контроль осуществляли регулярно в течение года. При УЗИ (трансабдоминальным и трансвагинальным доступами) определяли размеры матки, величину срединного сигнала (М-эха), структуру и локализацию участков эндометрия при их наличии, оценивали облитерацию полости матки за счет образования синехий, а также размеры и структуру яичников.

Через 6 мес после проведения ГРСД эндометрия всем пациенткам выполняли аспирационную биопсию эндометрия, чтобы определить состояние внутренней поверхности полости матки. При увеличении М-эха более 3 мм проводили контрольную гистероскопию с прицельной биопсией эндометрия — у таких пациенток выявлены синехии в полости матки и атрофия эндометрия. Морфологических заключений о сохранившейся пролиферации эндометрия (то есть отсутствии эффекта от проведенного лечения) в группе получено не было.

Результаты исследования и обсуждение

Через 3 мес после проведенного эндохирургического лечения у 25 пациенток наблюдалась аменорея (эффективность 83%), у 5 — олигоменорея. Болевой синдром и диспареуния купировались у всех пациен-

ток. При УЗИ определялось уменьшение размеров матки на 0,5 см по всем плоскостям, но в миометрии сохранялась неоднородность у всех пациенток.

Через 6 мес у 26 пациенток наблюдалась аменорея (эффективность 87%), у 4 — олигоменорея. При УЗИ определялось уменьшение размеров матки до нормальных (на 1,0 см по всем плоскостям), данных за гематометру не выявлено ни у одной пациентки.

Одной пациентке с сочетанием аденомиоза и миомы матки, которой была проведена ГРСД эндометрия без предварительной гормональной подготовки в связи с противопоказаниями, на 4-й день после гистерорезектоскопии была выполнена гистерэктомия, так как, несмотря на предпринятые меры, метроррагия продолжалась уже в раннем послеоперационном периоде.

Одним из существенных показателей, характеризующим преимущество ГРСД эндометрия перед традиционными оперативными методами лечения, являлось число послеоперационных койко-дней. Операция выполнялась в стационаре в плановом порядке, длительность госпитализации после операции составляла 1—2 дня. Незначительные боли внизу живота беспокоили больных в течение первых 12—24 ч после операции, а к труду пациентки возвращались через 5—7 дней.

Заключение

Маточные кровотечения в пременопаузе вызываются различной органической патологией. Наиболее частыми их причинами служат гиперпластические процессы эндометрия, аденомиоз и субмукозная миома матки. Основным методом терапии меноррагий и метроррагий в пременопаузе должны быть малоинвазивные гистероскопические операции. При маточных кровотечениях в пременопаузе, обусловленных гиперплазией эндометрия и аденомиозом, возможно назначение гормонального лечения с тщательным учетом возможных про-

тивопоказаний (экстрагенитальных и гинекологических). Использование бусерелина для предоперационной гормональной подготовки перед абляцией эндометрия значительно облегчает технику проведения операции и улучшает ее отдаленные эффекты. Полученные результаты позволяют рекомендовать гистерорезектоскопическую деструкцию эндометрия в качестве органосохраняющей операции пациенткам в пременопаузе, имеющим аденомиоз 1—2 степени без наружного эндометриоза. Целесообразно использовать комплексный подход к лечению аденомиоза в пременопаузе, используя и гормонотерапию, и малоинвазивную операцию.

Рекомендуемая литература

- Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Роль гистерорезектоскопии в хирургическом лечении внутриматочной патологии. М., 2002.
- Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриодная болезнь. СПб., 2002.
- Рухляда Н.Н. Диагностика и лечение манифестного аденомиоза / Под ред. Ю.В. Цвелева. СПб., 2004.
- Серова О.Ф. Клиническая эффективность применения бусерелина в лечении больных эндометриозом // Вестник Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 2000. № 1. С. 117—119.
- Стрижаков А.П., Давыдов А.И. Гистерорезектоскопия. М.: Медицина, 1997.
- Bieber E.J., Loffer F.D. Gynecologic Resectoscopy. Cambridge, 1995.
- Celis R. Use of GnRH analogs in hysteroscopic surgery // Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 1994. V. 59. № 2. P. 153—157.
- Garry K., Overton C., Maresh M. Британское национальное исследование техник абляции эндометрия MISTLETOE // Международный конгресс “Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки”. М., 1997.
- Namou J., Raossanaly K., Caruso G. et al. Лечение стойкой меноррагии с помощью гистероскопической резекции эндометрия // Международный конгресс “Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки”. М., 1997.