

Н. Н. Рухляда, Ю. В. Цвелев

Отделение неотложной гинекологии  
НИИ скорой помощи им. И.И.  
Джанелидзе; Кафедра акушерства и  
гинекологии им. А.Я. Красовского  
Российской Военно-медицинской  
академии, Санкт-Петербург

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ АДЕНОМИОЗА

■ В статье описаны техника выполнения органосберегающих операций при манифестном аденомиозе, освещены результаты лечения женщин с различными клиничко-морфологическими формами заболевания хирургическими методами.

■ **Ключевые слова:** аденомиоз, эндометриоз, миометрий, биопсия, гистероскопия.

### Актуальность проблемы

Хирургическое лечение аденомиоза является нерешенной проблемой современной оперативной гинекологии. Единственный радикальный метод лечения аденомиоза — выполнение тотальной гистерэктомии [1,2]. Внедрение современных оперативных технологий не изменило это положение, однако добавило к арсеналу хирургов альтернативу при лечении бесплодия, вызванного аденомиозом, а также при категорическом отказе больной от предложенного ей удаления матки [4,8].

Развитие эндоскопических малоинвазивных методик подтвердило мнение о том, что хирургический метод — ведущий в лечении аденомиоза [5,6]. Авторы проведенного ранее многоцентрового исследования показали, что в 93% случаев фармакотерапия аденомиоза малоэффективна, неэффективна, или приводит лишь к временному улучшению состояния женщин. Сравнивая эффективность различных видов гормонотерапии и частоту развития побочных эффектов, а также эффективность хирургического лечения, исследователями сделан вывод о ведущем значении гистероскопических технологий в лечении всех форм аденомиоза [7]. Мнение некоторых авторов о том, что гемостатическая терапия зачастую более эффективна, чем гормональная, подчеркивает ведущее значение хирургического метода в лечении манифестного аденомиоза [3].

### Материалы и методы исследования

В ходе исследования нами проанализированы результаты хирургического лечения 162 пациенток с аденомиозом, находившихся на стационарном лечении в клинике гинекологии НИИ СП им. И.И. Джанелидзе за период с 10.2000 г. по 12.2002 г. Все женщины были разделены на 4 когорты в зависимости от реализованности репродуктивной функции (А и Б) и клинического варианта заболевания (1 и 2); это позволило выделить 4 группы пациенток (табл. 1).

Из числа 162 женщин 83 (51,2%) до операции получали гормональное лечение препаратами различных групп: даназол — 4 (4,8%); дюфастон — 5 (6,0%); бусерелин — 8 (9,6%); линестренол — 12 (14,5%); золадекс — 13 (15,7%); норколут — 41 (49,4%). Более чем у 1/3 женщин общая продолжительность приема препаратов превышала 1 год; 72 (86,7%) больным гормонотерапия назначалась по поводу рецидивирующей гиперплазии эндометрия, 14 (16,9%) — миомы матки и только 5 (6%) — по поводу аденомиоза. У всех женщин эпизод метrorрагии не был первым: 43 (26,5%) за последние 5 лет однократно госпитализированы в стационары города с диагнозом «метrorрагия», где выполнено диагностическое выскабливание матки, 69 (42,6%) — 2 и более диагностических выскабливаний; 50 (30,9%) — проходили амбулаторное обследование и лечение в различных медицинских центрах города.

Таблица 1

Группы исследования

Когорты	1 – Метроррагическая форма	2 – Болевая форма
А – Нереализованная репродуктивная функция	n = 31	n = 5
Б – Реализованная репродуктивная функция	n = 108	n = 18

Для предоперационной гистологической диагностики аденомиоза в 84 случаях нами использована пункционная трансцервикальная биопсия эндометрия. Только у одной пациентки (1,2%) в биоптатах не было найдено железистых элементов, однако диагноз аденомиоза подтвержден при исследовании удаленной матки. Полученные данные о максимальной глубине железистой инвазии (по морфометрии препаратов) использованы для выработки рациональной хирургической тактики.

Комплексное использование гистероскопии, сонографии и магнитно-резонансной томографии позволило также определить морфологическую форму патологии: очаговый аденомиоз обнаружен у 38 женщин, диффузное поражение миометрия выявлено в 126 случаях (2 — сочетание очагового и диффузного с глубиной инвазии более 15 мм). При наличии железистого очага у 6 (15,8%) пациенток в клинической картине заболевания преобладал болевой синдром, у 32 (84,2%) — метроррагия.

### Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов сонографии и МРТ показал, что толщина эхоплотных участков не является отражением глубины железистой инвазии, а показывает толщину гиперплазированного миометрия, окружающего железистые элементы при диффузном аденомиозе (табл. 2), которая в среднем в 2 раза больше глубины реальной инвазии. При аденомиозе 2 и 3 степени (классификация AFS) ни сонография, ни МРТ не дают реального представления о степени железистого поражения, поскольку выявляют тотальную трансмуральную гиперплазию миометрия.

Несомненно, наибольшие сложности при оперативном лечении возникают при необходимости сохранения фертильности. Все выполняемые операции с целью разрушения очагов железистой инвазии в той или иной степени

травмируют эндометрий и различные участки мышечной ткани. Описанные ранее миометрэктомия (А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, 1995) и лапароскопическая лазерная деструкция миометрия или интерстициальная лазер-индуцированная термотерапия (В.Б. Осадчев, 2000; А.И. Ищенко, Е.А. Кудрина, 2002) эффективны в плане уменьшения железистой массы, тогда как травматизация стенки матки ставит под вопросом дальнейшее сохранение и восстановление фертильности.

С 2000 года нами выполняется гистероскопическая селективная коагуляция аденомиоза (Hysteroscopic Selective Adenomyosis Coagulation, HSAC). Операция разработана с целью наименее травматичного для окружающих тканей разрушения железистых зон при очаговом аденомиозе. Под сочетанным контролем гистероскопии и сонографии при помощи погружного биполярного электрода («Versapoint») трансцервикально производится коагуляция железистых очагов мощностью тока 45–50 Вт и продолжительностью воздействия 2–5 секунд. При этом контактные зоны электрода вводятся в толщу миометрия, прокалывая эндометрий, и проводятся в очаг или к очагу под визуальным контролем глубины погружения. Выполнение операции возможно при наличии в миометрии нескольких очагов, а также при их локализации в области перешейка. В результате коагулированные очаги подвергаются вторичному асептическому некрозу, а эндометриальная выстилка остается интактной.

Разработанная методика HSAC применялась нами не только у пациенток, заинтересованных в сохранении фертильности, но и при отказе от удаления матки (табл. 3).

Безусловно, все случаи гистерэктомии в группах 1А и 2А выполнялись при неэффективности других методов лечения, применявшихся женщинами в течение более чем 10–15 лет. Возраст всех 4 пациенток превышал 40 лет, у женщины с болевой формой аденомиоза сильные боли стали причиной развития невротического состояния и нарушения социальной адаптации, в других случаях наблюдались хроническая анемия (гемоглобин до 50 г/л), выраженные нарушения гормонального статуса в связи с бесконтрольным приемом больших доз гормональных препаратов (гестагены, андрогены). У 1 пациентки с метроррагической формой аденомиоза выявлены множественные миоматозные узлы различных локализаций, в том числе и перешеечный. И 1 пациентке с метроррагической формой аденомиоза, рецидивирующими кровотечениями, приведшими к анемизации до 67 г/л,

первичным бесплодием и преимущественным поражением задней стенки матки выполнена гистероскопическая абляция задней поверхности полости.

Показанием для выполнения пресакральной неврэктомии в группе 2А стал некупируемый болевой синдром при отказе от предложенного удаления матки и яичников. Пациентка страдала тазовыми болями в течение более чем 12 лет, неоднократно поступала в стационары города с «острым» животом, по поводу чего ей выполнено 2 чревосечения (резекции яичника по поводу эндометриозных кист), интраоперационно подтвержден распространенный эндометриоз тазовой брюшины и гениталий.

При лечении метроррагической формы диффузного аденомиоза нами широко используются гистероскопические резекционные методики,

однако эффективность данных операций зависит от глубины поражения миометрия. Резекция эндометрия была неэффективна и требовала в дальнейшем повторной операции или гистерэктомии у пациенток с глубиной инвазии более 5 мм (толщина эхоплотного миометрия до 10 мм при сонографии или МРТ). У 3 женщин рецидив метроррагии наблюдался уже через 1 месяц после первой резекции, у 2 — через 3 и 4 месяца. Двум пациенткам выполнена повторная резекция эндометрия с последующим стойким эффектом в течение 9 месяцев наблюдения, 2 — гистерэктомия и 1 женщина отказалась от дальнейшего лечения.

В 21 наблюдении, когда при пункционной биопсии максимальная глубина инвазии не превышала 5–6 мм, резекция эндометрия позволила достичь стойкой аменореи у 6 женщин, нор-

Таблица 2

Соотношение результатов гистологического исследования пункционных биоптатов с данными сонографии и МРТ

Параметр	Значения параметра				
	2–3 мм	3–5 мм	5–7 мм	7–9 мм	Более 9 мм
Максимальная глубина железистой инвазии, мм	2–3 мм	3–5 мм	5–7 мм	7–9 мм	Более 9 мм
Средняя толщина эхоконтрастного слоя (сонография), мм	4,7 мм	9,2 мм	13,1 мм	Тотальное поражение стенки матки	Тотальное поражение стенки матки
Средняя толщина контрастного слоя (МРТ), мм	Нет наблюдений	8 мм	14 мм	Тотальное поражение стенки матки	Нет наблюдений

Таблица 3

Виды и объем выполненных операций в исследуемых группах

Вид операции	Группа 1А	Группа 1Б	Группа 2А	Группа 2Б
Тотальная абдоминальная гистерэктомия	—	58	—	10
Тотальная лапароскопическая гистерэктомия	3	19	1	4
Тотальная резекция эндометрия	—	26	—	—
Неполная абляция эндометрия	1	—	—	—
HSAC	27	5	3	3
Пресакральная неврэктомия	—	—	1	1

Таблица 4

Результаты органосохраняющего хирургического лечения аденомиоза

Вид операции	Метроррагическая форма			Болевая форма	
	Достижение аменореи	Нормализация менструальной функции	Отсутствие эффекта	Положительный эффект	Отсутствие эффекта
Тотальная резекция эндометрия	6	15	5	Не выполнялась	Не выполнялась
Неполная абляция эндометрия	—	1	—	Не выполнялась	Не выполнялась
HSAC	—	22	10	4	2
Пресакральная неврэктомия	Не выполнялась	Не выполнялась	Не выполнялась	2	—

мализации менструального цикла у 13). Рецидив метrorрагии наблюдался у этой категории больных в 2 случаях и был связан с тем, что в результате обследования своевременно не были обнаружены железистые очаги в миометрии. В последующем им выполнена операция HSAC, приведшая к нормализации менструального цикла.

Применение технологии HSAC позволило добиться нормализации менструального цикла при метrorрагической форме аденомиоза у 22 женщин, в то же время операция не была эффективна почти у трети пациенток (10), что может быть связано с наличием диффузного компонента или железистых очагов, не визуализируемых при обследовании (табл. 4).

Похожие результаты эффективности получены и при лечении болевой формы заболевания (4 и 2 соответственно), вызванной наличием очагов в проекции перешейка. Неэффективным вмешательство было при больших размерах трансмуральных очагов (более 10–15 мм в диаметре), наличие которых было показанием для гистерэктомии, которую не представлялось возможным выполнить в связи с нереализованностью репродуктивной функции. В то же время выполнение пресакральной неврэктомии явилось эффективным паллиативным методом лечения синдрома тазовых болей.

За 14 месяцев наблюдения после HSAC у 3 женщин наступили желанные беременности (из них в 2 наблюдениях — при первичном бесплодии); после операции гормональная терапия не назначалась.

Очевидно, что выполнение гистерэктомии решает вопросы метrorрагии любого генеза, в то же время необходимо помнить, что удаление матки с билатеральной оофорэктомией при распространенном эндометриозе не является абсолютным методом лечения синдрома тазовых болей. В одном наблюдении через 11 месяцев после абдоминальной гистерэктомии с билатеральной аднексэктомией женщине выполнена лапароскопия по поводу рецидива болевого синдрома. Обнаружен железистый очаг в области культи левой крестцово-маточной связки, который иссечен и при гистологическом исследовании которого обнаружены железистые элементы, окруженные гиперплазированными мышечными элементами (морфологическая картина инвазивного аденомиоза).

Хирургическое лечение пациенток с аденомиозом, нереализовавших свою репродуктивную функцию, при неэффективности или непереносимости гормональных препаратов представляет значимую проблему. Предложенная нами операция HSAC позволила нормализовать менструальную функцию у 68,8% женщин с очаговым аденомиозом, в то же время показатели репродуктивной функции после операций такого рода требуют дальнейшего изучения. Резекция эндометрия при диффузном поверхностном аденомиозе, HSAC и пресакральная неврэктомия позволили достичь положительных результатов в лечении манифестного аденомиоза при сохранении матки — эффект достигнут у 50 женщин (52,6%).

#### Литература

1. Адамян Л.В., Селезнева Н.Д., Стрижаков А.Н., Ищенко А.И. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза: Методические рекомендации. — М., 1990. — 31 с.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Л.: Медицина, 1990. — 240 с.
3. Капнушева Л.М., Бреусенко В.Г. Эффективность современных методов лечения внутреннего эндометриоза (аденомиоза) // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — Том LI. — Вып. 3. — С. 73–77.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мымбаев О.А. Оперативная гинекология, хирургические энергии. М.: Медицина, 2000. — 860 с.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. Аденомиоз: возможности и перспективы эндохирургического лечения с учетом морфологического строения миометрия, эндометрия и яичников // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — Том LI. — Вып. 3. — С. 28–31.
6. Jones K.D., Sutton C. Endometriosis. Emphasis on medical treatment is misleading // BMJ. — 2002. — Jan. N 12. — P. 324–329.
7. Nezhat C.H., Kane L., Abolfathian P., Nezhat F.R. et al. Successful pregnancy in a series of patients with adenomyosis // Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 97. — P. 22.
8. Vercammen E.E., D'Hooghe T.M. Endometriosis and recurrent pregnancy loss // Semin. Reprod. Med. — 2000. — Vol. 18. — P. 363–368.

#### EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF MANIFESTING FORMS OF ADENOMYOSIS

Rukhliada N.N., Tseliov Yu.V.

■ **The summary:** One describes in this article the technique of performing surgeries with saved organs at manifested adenomyosis, one presents the treatment results of women with various clinico-morphological disease forms by means of different surgical methods.

■ **Key words:** adenomyosis, endometriosis, myometrium, biopsy, uteroscopy.