

Эндохирургические методы лечения предраковых состояний эндометрия

Ю.Э. Доброхотова, М.Г. Венедиктова, Л.В. Сапрыкина

*Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета
Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова*

Абляция эндометрия была выполнена по поводу предраковых состояний эндометрия у 53 пациенток перименопаузального возраста с экстрагенитальной патологией. Через 6 мес клинические проявления, гистологические и ультразвуковые признаки гиперплазии эндометрия не были зарегистрированы ни у одной из больных. Динамическое наблюдение длилось 6–18 мес. Абляция эндометрия является эффективным методом лечения гиперплазии эндометрия у женщин перименопаузального возраста и позволяет избежать гистерэктомии у пациенток с экстрагенитальной патологией.

Ключевые слова: абляция эндометрия, гиперплазия эндометрия, предраковые заболевания эндометрия.

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) – нефизиологическая пролиферация эндометрия, сопровождающаяся структурной перестройкой железистого и, в меньшей степени, стромального компонента. ГЭ является наиболее частой патологией слизистой оболочки матки, встречаясь у 15–40% гинекологических больных в различных возрастных категориях. Увеличение средней продолжительности жизни женщин, частые урогенитальные нарушения и рост психологических нагрузок способствуют повышению частоты ГЭ в перименопаузальный период до 60–76% среди всех гинекологических заболеваний.

Последняя **классификация гиперплазии эндометрия** предложена Международным обществом по гинекологической патоморфологии:

Гиперплазия без атипии:

- простая гиперплазия без атипии;
- сложная гиперплазия без атипии (аденоматоз без атипии).

Атипическая гиперплазия:

- простая атипическая гиперплазия;
- сложная атипическая гиперплазия (аденоматоз с атипией).

Отдельно выделяют полипы эндометрия.

Ведение пациенток с ГЭ состоит из нескольких этапов. На первом этапе с целью установления диагноза выполняют **раздельное диагностическое выскабливание (РДВ)** стенок полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Дальнейшее ведение пациентки зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии.

Традиционно **при ГЭ без атипии** в репродуктивном и перименопаузальном возрасте проводится гормонотерапия гестагенами. Гормональное лечение оказывает центральное (торможение выделения гонадотропных гормонов и стероидогенеза в яичниках) и местное (подавление пролиферации эндометрия) действие. Необходимо отметить, что к применению гормонотерапии имеется большой ряд противопоказаний.

Контактная информация: Сапрыкина Людмила Витальевна, lioudsap@yandex.ru

При атипической ГЭ у женщин старше 45 лет предпочтительным остается радикальное хирургическое вмешательство (экстирпация матки с придатками или без придатков). Одним из прогрессивных методов лечения ГЭ является **гистерорезектоскопия с абляцией эндометрия (АЭ)**, применяемая при незаинтересованности пациентки в сохранении менструальной и репродуктивной функции, при отсутствии эффекта от гормонотерапии или при наличии абсолютных противопоказаний к ней и к хирургическому лечению. Этот термин объединяет различные методы воздействия на эндометрий — деструкцию слизистой оболочки с помощью электродов с широким основанием (шар, бочонок, ролик) или ее резекцию с помощью электродапетли. Проблема выбора того или иного метода АЭ обсуждается до сих пор.

Цель настоящего исследования — определение места эндохирургического метода в лечении предраковых состояний эндометрия у женщин перименопаузального возраста с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Материал и методы

Было обследовано 53 пациентки, поступивших в онкогинекологическое отделение Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы в 2005–2008 годах. Средний возраст больных составил $56,0 \pm 3,2$ года, длительность постменопаузы варьировала от 2 до 15 лет (в среднем $3,4 \pm 1,3$ года).

Критерии включения пациенток в исследование: морфологическое заключение о наличии атипической ГЭ и экстрагенитальная патология, являющаяся противопоказанием к проведению радикального хирургического лечения. Из исследования исключались пациентки с раком тела матки, опухолями яичников, злокачественными процессами шейки матки и острыми

воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Основной жалобой при поступлении были кровянистые выделения из половых путей (у 62% пациенток). У 38% больных гиперпластические процессы эндометрия были выявлены при скрининговом ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза.

У всех больных имелась **экстрагенитальная патология**, препятствующая радикальному хирургическому лечению. Наиболее часто выявлялись сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз) — у 32% пациенток, артериальная гипертензия — у 75%; у 17% пациенток отмечалась посттромботическая болезнь вен нижних конечностей, осложнившаяся тромбоэмболией легочной артерии у 5 пациенток. Декомпенсированный сахарный диабет имел место у 13% больных, ожирение III–IV степени (в том числе препятствующее лапароскопическому или лапаротомному доступу) — у 64%. У 91% пациенток сочетались 2–3 серьезных заболевания.

Более двух РДВ под контролем гистероскопии ранее было выполнено у 47% больных. Результаты предыдущих гистологических исследований свидетельствовали о наличии гиперпластического процесса в эндометрии. Гормональную терапию гестагенами с положительным эффектом в течение 6–9 мес получали 68% пациенток. Однако через 3–10 мес после прекращения лечения был отмечен рецидив кровотечения и ГЭ.

У всех больных при поступлении в стационар и при динамическом наблюдении помимо общеклинических методов исследования: УЗИ, гистероскопии с РДВ слизистой оболочки матки и последующим гистологическим исследованием соскобов. Эффективность АЭ оценивалась при проспективном наблюдении.

Результаты и обсуждение

Все обследованные поступили в стационар в удовлетворительном состоянии. При УЗИ органов малого таза признаков патологии яичников не было выявлено. Переднезадний размер срединного маточного эха (М-эха) в среднем составил $9,3 \pm 1,1$ мм (в том числе на фоне кровотечения). По ультразвуковым данным в эндометрии не выявлялось изменений, специфичных для различных форм ГЭ (эхогенность средняя, эхоструктура однородная). У 21 пациентки (40%) визуализировались полипы эндометрия в виде округлых или овальных образований, имеющих повышенную эхогенность, однородную структуру и четкие, ровные контуры. В 29% случаев полипы при доплерографии были аваскулярными, а в 11% в них регистрировался кровоток, индекс резистентности составил $0,62 \pm 0,07$. Из подгруппы пациенток с полипами 8 женщин находились в постменопаузе. При гистологическом исследовании обнаружены аденоматозные полипы. Учитывая, что в норме в постменопаузе при доплерографическом исследовании кровотока в эндометрии не визуализируется, можно предположить, что васкуляризация полипов в постменопаузе является диагностическим критерием ГЭ с атипией.

При проведении гистероскопии особое внимание уделяли длине полости матки, которая варьировала от 6,5 до 11 см (в среднем $8,2 \pm 0,9$ см), деформации полости матки за счет миоматозных узлов не было. После осмотра полости матки выполнялось РДВ слизистой оболочки полости матки и цервикального канала. При гистологическом исследовании были обнаружены следующие морфологические изменения слизистой оболочки: аденоматозные полипы эндометрия на фоне железистой ГЭ (21%), сложная атипическая ГЭ (38%), сложная ГЭ без атипии (рецидивирующая) — 41% (в 4 наблюдениях в сочетании с полипами эндометрия). Несмотря на то что у ряда боль-

ных при гистологическом исследовании не было выявлено атипии, пациентки не были исключены из исследования, так как ГЭ в период постменопаузы относится к предраковым состояниям эндометрия.

С учетом тяжелой сочетанной экстрагенитальной патологии и высокого интраоперационного риска пациенткам проводилась **абляция эндометрия** (через 5–7 дней после РДВ). АЭ производилась шариковым электродом в условиях постоянно-проточной жидкостной гистероскопии под внутривенным наркозом. При наличии полипа эндометрия, при сочетании ГЭ с аденомиозом у женщин пременопаузального возраста и при атипической ГЭ с целью более глубокой деструкции внутренней поверхности матки (всего в 55% случаев) была выполнена резекция эндометрия с помощью электрода-петли, дополненная абляцией шариковым электродом в области маточных углов. В качестве средства, расширяющего полость матки, использовали 5% раствор глюкозы. По данным контрольной гистероскопии обработка стенок матки была равномерной и полной, эндометрий имел серо-белесоватый цвет. Интраоперационных осложнений АЭ, а также осложнений, связанных с экстрагенитальной патологией или анестезиологическим пособием, выявлено не было.

В послеоперационном периоде состояние больных соответствовало тяжести перенесенной операции. Профилактически всем пациенткам проводилась антибактериальная терапия. В первые сутки после АЭ отмечались тянущие боли в нижних отделах живота различной интенсивности, которые купировались ненаркотическими анальгетиками. Кровянистые выделения из половых путей в 43% случаев потребовали назначения гемостатической терапии. Выписка больных из стационара осуществлялась на 5-е сутки после АЭ. В последующем контроль осуществлялся 1 раз в месяц в течение 3 мес, затем через 6 мес после АЭ и в дальнейшем с интервалом в 6 мес в течение

2 лет при отсутствии данных о рецидиве заболевания.

Через 6 мес после АЭ выполняли УЗИ органов малого таза трансвагинальным и трансабдоминальным датчиками. У 72% пациенток была выявлена атрофия эндометрия (размер М-эха $3,0 \pm 0,1$ мм), а у 28% размер М-эха находился в пределах нормы ($4,5 \pm 1,2$ мм). Хотя через 6 мес после АЭ, проведенной по поводу предраковых состояний эндометрия, всем больным рекомендовано выполнять гистероскопию, у 55% пациенток это было невозможно вследствие полной облитерации полости матки на уровне внутреннего зева. У остальных 45% больных при гистероскопии визуализировался атрофичный эндометрий и внутриматочные синехии (синдром Ашермана). Соскоб для морфологического исследования был крайне скуден, содержал слизь и мелкие сгустки крови. Отдаленная эффективность АЭ оценивалась при проспективном наблюдении длительностью 6–24 мес на основании клинических данных и УЗИ. Рецидива патологии ни в одном случае зарегистрировано не было.

По результатам исследования можно сделать вывод о том, что абляция эндометрия эффективна при лечении атипической гиперплазии эндометрия в пременопаузе и постменопаузе и может служить альтернативой гистерэктомии у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Endosurgical Technologies in Treatment of Precancer Diseases of Endometrium

Yu.E. Dobrokhotova, M.G. Venediktova, and L.V. Saprykina

Fifty three perimenopausal women with precancer diseases of endometrium and extragenital pathology underwent endometrial ablation. The women were examined at 6 months after ablation. Clinical manifestations, ultrasound and histological signs of hyperplasia disappeared in 100% of the patients. Follow-up ranged from 6 to 18 months. Endometrial ablation is effective method of treatment for precancer diseases of endometrium in perimenopausal women, and helps avoid hysterectomy in patients suffering from extragenital pathology.

Key words: endometrial ablation, endometrial hyperplasia, precancer diseases of endometrium.

Рекомендуемая литература

- Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989. 464 с.
- Манухин И.Б., Тумлович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. М.: Мед. информ. агентство, 2001. 248 с.
- Новикова Е.В., Чулкова О.В., Пронин С.М. Лечение атипической гиперплазии эндометрия // Практик. онкол. 2004. Т. 5. № 1. С. 52–59.
- Савельева Г.М., Серов В.Н. Предрак эндометрия. М.: Медицина, 1980. 168 с.
- Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. М.: Медицина, 1997. 306 с.
- Djurdjevic S., Stojanovic S., Kopitovic V. Diagnostic value of endosonography scoring systems in the detection of ovarian and endometrial carcinoma // J. BUON. 2009. V. 14. № 1. P. 97–102.
- Reed S.D., Newton K.M., Clinton W.L. et al. Incidence of endometrial hyperplasia // Am. J. Obstet. Gynecol. 2009. V. 200. № 6. P. 1–6.
- Rosati M., Vigone A., Capobianco F. et al. Long-term outcome of hysteroscopic endometrial ablation without endometrial preparation // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2008. V. 138. № 2. P. 222–225.
- Scully R.E., Bonfiglio T.A., Kurman R.J. et al. World Health Organization. Histologic Typing of Tumors of the Female Genital Tract. Heidelberg: Springer-Verlag, 1994. P. 26–28.