

Клинико-морфологическое состояние эндометрия в отдаленном постэмболизационном периоде у больных с сочетанной доброкачественной патологией эндометрия и миометрия

✎ Н.А. Литвинова¹, И.И. Гришин¹, А.А. Алиева¹, Л.А. Филатова¹, Т.А. Демура², С.А. Капранов³, Ю.Э. Доброхотова¹

¹ Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова

² Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

³ Кафедра факультетской хирургии Лечебного факультета Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова

В статье рассматривается сочетанная патология эндометрия и миометрия у пациенток пременопаузального возраста. Высокая распространенность данной патологии, ее связь с различными нарушениями менструального цикла и эндокринопатиями, повышенный риск развития злокачественных опухолей — всё это определяет актуальность проблемы. Обсуждается влияние эмболизации маточных артерий на клинико-морфологическое состояние эндометрия, а также эффекты гормональной терапии при гиперплазии эндометрия без атипии в постэмболизационном периоде.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, гиперплазия эндометрия, постэмболизационный период, пременопаузальный возраст.

В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает одно из первых мест. Несмотря на совершенствование методов лечения и профилактики, отмечается неуклонный рост частоты данной патологии, особенно у женщин в пременопаузальном возрасте. Высокая частота сочетания миомы матки с гиперпластическими процессами эндометрия нередко служит решающим фактором в пользу выбора радикального оперативного вмешательства. Однако после гистерэктомии существует высокий риск развития патологического симптомокомплекса, приводящего к суще-

ственному снижению качества жизни пациенток, поэтому на современном этапе широко внедряется малоинвазивный органосохраняющий метод хирургического лечения миомы матки — **эмболизация маточных артерий (ЭМА)**.

Цель нашего исследования состояла в изучении клинико-морфологического состояния эндометрия в отдаленном постэмболизационном периоде у больных пременопаузального возраста, у которых миома матки сочетается с **гиперплазией эндометрия (ГПЭ)**.

Материал и методы

Нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лече-

Контактная информация: Литвинова Наталья Александровна, natavrach@mail.ru

ние 101 больной миомой матки в пременопаузальном периоде. Основную группу составила 81 пациентка с сопутствующей ГПЭ, в группу сравнения были включены 20 больных миомой матки без патологии эндометрия.

Критерием отбора в основную группу являлось наличие у пациентки миомы матки в сочетании с гистологически верифицированной ГПЭ без атипии. Из исследования исключались пациентки с атипичской гиперплазией эндометрия, раком тела матки, опухолями яичников и молочных желез, злокачественными процессами шейки матки, острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза и тяжелой соматической патологией.

Пациенткам основной группы для лечения миомы матки была произведена ЭМА. В дальнейшем больные с миомой матки в сочетании с ГПЭ были разделены на две группы. В I группу были включены 22 пациентки, у которых лечение ГПЭ после ЭМА не проводилось (из-за противопоказаний или отказа больных от гормонотерапии). Во II группу вошли 59 пациенток, которым проводилась противорецидивная гормональная терапия ГПЭ дидрогестероном.

Средний возраст пациенток I группы составил $46,9 \pm 2,0$ года, II группы — $46,4 \pm 1,4$ года, группы сравнения — $47,4 \pm 1,6$ года.

Результаты исследования

В раннем постэмболизационном периоде у больных всех исследуемых групп наблюдались признаки постэмболизационного синдрома, наиболее часто (у 61%) — средней степени тяжести по балльной шкале для оценки тяжести постэмболизационного синдрома, предложенной И.И. Гришиным (2007).

До проведения ЭМА больные наиболее часто предъявляли **жалобы** на длительные обильные менструации.

В I группе меноррагии исходно наблюдались у 73% больных, менометроррагии — у 46%. Наличие болевого синдрома отмечали 27% женщин. Через 3 мес после ЭМА меноррагии или метроррагии сохранялись только у 2 пациенток (9%), боли в низу живота — у 3 (14%), диспареуния — только у 1 больной (4,5%). Через 6 мес после ЭМА жалоб на обильные менструации и боли в низу живота пациентки не предъявляли, однако у одной женщины отмечались метроррагии и слабость, а еще у одной пациентки — диспареуния.

Во II группе до ЭМА меноррагии отмечались у 71% женщин, менометроррагии — у 41%, боли в низу живота — у 34%. В этой группе, где после ЭМА назначалось гормональное лечение ГПЭ, через 3 мес нормализация менструальной функции произошла у большинства пациенток — менометроррагии сохранялись только у 8% женщин ($p < 0,05$). Жалобы на периодически возникающие боли в низу живота отмечались у 19% больных. Через 6 мес (после окончания курса гормонотерапии) жалоб на нарушения менструального цикла пациентки II группы не предъявляли.

По данным **клинического анализа крови** анемия (преимущественно легкой степени) была выявлена у большинства пациенток с миомой матки: у 73% больных в I группе и у 70% — во II группе. Через 3 мес после ЭМА анемия сохранялась у 23% больных в I группе и у 15% — во II группе, через 6 мес — у 9 и 3% женщин соответственно (различия между группами недостоверны).

Показатели свертывающей системы крови у больных исследуемых групп не были изменены по сравнению с нормативными значениями как исходно, так и после ЭМА.

Для оценки влияния ЭМА на **гормональный статус** пациенток проводилось исследование концентрации половых гормонов в сыворотке крови. Согласно полученным данным, ЭМА не оказывает воздействия на основные показатели гормонального статуса. В группе пациенток, у которых не

использовалась гормональная терапия, уровень фолликулостимулирующего гормона в сыворотке превышал нормативные значения как до ЭМА ($11,2 \pm 1,2$ МЕ/л), так и после эмболизации: через 3 мес — $12,4 \pm 1,3$ МЕ/л, через 6 мес — $10,8 \pm 1,7$ МЕ/л. Уровни лютеинизирующего гормона и эстрадиола варьировали в пределах референсных значений, тогда как уровень прогестерона на протяжении всего периода наблюдения оставался ниже возрастной нормы (до ЭМА — $2,76 \pm 0,23$ нмоль/л, после ЭМА — $2,92 \pm 0,42$ и $3,03 \pm 0,21$ нмоль/л через 3 и 6 мес соответственно). В группе пациенток, которым после ЭМА назначалась гормональная терапия, выявлено закономерное достоверное повышение среднего уровня прогестерона в сыворотке крови (до $35,5 \pm 6,2$ нмоль/л).

Динамика **размеров миоматозных узлов** у больных изучалась с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), при котором оценивали объем узлов миомы до ЭМА и в течение 6 мес постэмболизационного периода. Выраженное уменьшение среднего объема миоматозных узлов, свидетельствующее о высокой эффективности ЭМА, установлено у пациенток обеих групп. До эмболизации объем наибольшего узла в среднем составлял в I группе 313 см^3 , во II группе — 289 см^3 , а через 6 мес после ЭМА этот показатель снизился до 58 и 67 см^3 соответственно. При оценке отдаленных результатов лечения было установлено, что через 12 мес после ЭМА нормализация размеров матки с полным исчезновением миоматозных узлов произошла у 36% больных в каждой из групп, а у остальных женщин размеры матки оставались увеличенными соответственно 6–8 нед беременности.

Для оценки состояния эндометрия после ЭМА пациенткам проводилось **УЗИ матки** на 5–7-й день менструального цикла. В I группе переднезадний размер (ПЗР) срединного маточного эха (М-эхо) через 3 мес после ЭМА колебался от 4 до 10 мм

(в среднем $5,7 \pm 1,7$ мм). У 3 больных (14%) ПЗР М-эха превышал нормативные показатели для пролиферативной фазы менструального цикла, на основании чего этим пациенткам была проведена пайпель-биопсия эндометрия с целью исключения его патологии (см. ниже). Через 6 мес после ЭМА у пациенток I группы ПЗР М-эха в среднем составлял $5,9 \pm 2,0$ мм (от 4 до 11 мм), при этом у 6 больных этот показатель достигал 9–11 мм. В группе пациенток, которым проводилась гормональная терапия дидрогестероном, размеры М-эха через 3 и 6 мес после ЭМА не превышали нормативных значений и были достоверно ниже, чем в I группе.

При анализе доплерометрических показателей после ЭМА у всех больных установлено повышение индексов, характеризующих **сопротивление в артериях матки и эндометрия**. В I группе средние значения пульсационного индекса, систолодиастолического отношения и индекса резистентности маточных сосудов статистически достоверно повышались лишь через 6 мес после ЭМА (табл. 1). При этом показатели достоверно не отличались от значений, полученных при доплерометрическом исследовании нормального пролиферативного эндометрия.

Во II группе статистически достоверная динамика показателей сосудистого сопротивления по сравнению с исходным уровнем происходила уже через 3 мес после ЭМА (табл. 2). Таким образом, у пациенток, получавших гормональное лечение ГПЭ, изменение артериального кровотока матки и эндометрия отмечалось в более ранние сроки.

Следует отметить, что в отличие от результатов доплеровского исследования, выполненного до ЭМА, визуализация спиральных артерий эндометрия у больных после ЭМА была возможна всего в 2 случаях (в I группе).

Наиболее важным критерием для оценки состояния эндометрия являлось **морфо-**

Таблица 1. Динамика доплерометрических показателей кровотока в артериях маточного русла у пациенток I группы

Показатель	Артерии			
	маточные	аркуатные	радиальные	базальные
Пульсационный индекс				
до ЭМА	2,13 ± 0,12	1,53 ± 0,15	1,29 ± 0,08	0,83 ± 0,06
через 3 мес	2,19 ± 0,10	1,63 ± 0,20	1,32 ± 0,11	0,86 ± 0,08
через 6 мес	2,52 ± 0,14*	1,72 ± 0,20*	1,68 ± 0,04*	1,28 ± 0,02*
Систолиадиастическое отношение				
до ЭМА	5,26 ± 0,28	4,12 ± 0,37	3,29 ± 0,26	2,05 ± 0,03
через 3 мес	5,46 ± 0,61	4,25 ± 0,40	3,42 ± 0,35	2,14 ± 0,31
через 6 мес	5,80 ± 0,63*	4,89 ± 0,51*	3,75 ± 0,62*	2,67 ± 0,10*
Индекс резистентности				
до ЭМА	0,75 ± 0,08	0,69 ± 0,06	0,61 ± 0,08	0,43 ± 0,07
через 3 мес	0,78 ± 0,09	0,71 ± 0,04	0,64 ± 0,06	0,46 ± 0,06
через 6 мес	0,88 ± 0,02*	0,78 ± 0,03*	0,77 ± 0,05*	0,60 ± 0,02*

* Динамика достоверна по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$).

Таблица 2. Динамика доплерометрических показателей кровотока в артериях маточного русла у пациенток II группы*

Показатель	Артерии			
	маточные	аркуатные	радиальные	базальные
Пульсационный индекс				
до ЭМА	2,03 ± 0,12	1,51 ± 0,13	1,30 ± 0,08	0,81 ± 0,07
через 3 мес	2,48 ± 0,12	1,69 ± 0,21	1,62 ± 0,20	1,30 ± 0,02
через 6 мес	2,50 ± 0,10	1,71 ± 0,19	1,65 ± 0,03	1,29 ± 0,04
Систолиадиастическое отношение				
до ЭМА	5,61 ± 0,25	4,30 ± 0,56	3,20 ± 0,44	2,15 ± 0,07
через 3 мес	5,79 ± 0,60	4,87 ± 0,51	3,77 ± 0,51	2,63 ± 0,10
через 6 мес	5,82 ± 0,71	4,89 ± 0,57	3,80 ± 0,60	2,65 ± 0,12
Индекс резистентности				
до ЭМА	0,74 ± 0,06	0,69 ± 0,02	0,62 ± 0,02	0,47 ± 0,03
через 3 мес	0,86 ± 0,03	0,80 ± 0,02	0,75 ± 0,04	0,60 ± 0,01
через 6 мес	0,87 ± 0,02	0,82 ± 0,02	0,75 ± 0,05	0,63 ± 0,02

* Динамика всех показателей через 3 и 6 мес достоверна по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$).

логическое исследование. С учетом жалоб и результатов УЗИ у 3 пациенток I группы через 3 мес после ЭМА была произведена пайпель-биопсия эндометрия, при кото-

рой выявлена персистенция гиперпластического процесса исходного морфологического варианта. У больных II группы на данном этапе наблюдения клинических

признаков патологии эндометрия выявлено не было.

В результате морфологического исследования, выполненного всем пациенткам через 6 мес после ЭМА, в I группе у 18% пациенток была установлена гиперплазия эндометрия, в остальных 82% случаев был выявлен эндометрий фазы пролиферации. В группе больных, которым назначалось гормональное лечение, морфологическая картина у 5% пациенток соответствовала гиперплазии эндометрия без атипии, у 14% больных обнаружена атрофия эндометрия, и у 81% — эндометрий фазы пролиферации.

Заключение

Пациенткам с сочетанной доброкачественной патологией эндометрия и миометрия, которым для лечения миомы матки выполняется эмболизация маточных артерий, необходимо назначение противорецидивного гормонального лечения гиперплазии эндометрия. Клинико-лабораторную оценку эффективности лечения, включающую анализ жалоб и УЗИ органов малого таза с доплерометрией сосудистого сопротивления, целесообразно проводить че-

рез 3 мес от начала терапии. После окончания курса лечения необходимо выполнить морфологическое исследование слизистой оболочки матки.

Рекомендуемая литература

- Алиева А.А.* Непосредственные результаты эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
- Гришин И.И.* Эмболизация маточных артерий — постэмболизационный синдром. Тактика ведения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
- Задонская Ю.Н.* Гиперпластические процессы эндометрия в перименопаузе: современные аспекты патогенеза и лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008.
- Краснова Н.В.* Медико-социальные и ультразвуковые аспекты скрининговых исследований гиперпластических процессов эндометрия : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2004.
- Побединский Н.М.* Особенности внутриматочного кровотока при гиперплазии эндометрия по данным цветного доплеровского картирования и доплерометрии // Ультразвуковая диагностика. 2000. № 4. С. 18–23.

Clinical and Morphological Endometrial Condition in Postembolization Period in Premenopausal Women with Combine Pathology of Endometrium and Myometrium

N.A. Litvinova, I.I. Grishin, A.A. Alieva, L.A. Filatova, T.A. Demura, S.A. Kapranov, and J.E. Dobrohotova

Combine pathology of endometrium and myometrium in premenopausal women is discussed. High prevalence of this pathology, relations with various menstrual cycle disorders and endocrinopathies, risk of malignancy formation — all it defines the importance of this problem. Influence of uterine arteries embolization on clinical and morphological endometrial condition and effects of hormonal therapy in endometrial hyperplasia in postembolization period are discussed.

Key words: uterine myoma, uterine arteries embolization, endometrial hyperplasia, postembolization period, premenopausal age.