

метрия. Эффективность этой процедуры зависит от возраста пациентки, гормонального статуса, наличия патологии матки и яичников, морфологической формы гиперпластического процесса.

**Целью** нашего исследования является повышение эффективности лечения ГПЭ посредством сочетания гистерорезектоскопической деструкции эндометрия с патогенетически обоснованными операциями: разобщением маточно-яичникового кровотока и резекцией яичников.

**Материал и методы.** С применением малоинвазивных технологий нами проведено оперативное лечение 103 пациенток с ГПЭ в возрасте от 38 до 57 лет. Отягощенный соматический фон отмечался у 82,5 % больных и имел более высокий уровень, чем средний в популяции. В структуре сопутствующих заболеваний преимущественно встречались гипертоническая болезнь (40,8 %) и ожирение (57,3 %). По данным морфологического исследования соскоба из полости матки атрофия эндометрия имела место у 7 (6,8 %) больных, полипоз эндометрия — у 25 (24,3 %), гиперплазия эндометрия — 71 (68,9 %). Рак эндометрия был выявлен в 1 случае, больная направлена в онкодиспансер. 63 женщинам была выполнена только гистерорезектоскопическая абляция эндометрия (1 группа). У 40 больных (2 группа) деструкция слизистой была дополнена лапароскопической операцией в объеме пересечения маточно-яичниковых сосудов и резекции яичников, из них 2 пациенткам постменопаузального возраста произведена двухсторонняя овариоэктомия.

**Результаты исследования.** Абляция производилась по следующим показаниям: отказ больной от радикальной операции на матке; неэффектив-

ность предшествующей гормональной терапии; медицинские противопоказания к гормональной терапии у пациенток с отягощенным соматическим анамнезом; медицинские противопоказания к гистерэктомии. Лапароскопический этап выполнялся женщинам позднего репродуктивного возраста с реализовавшей генеративной функцией, не возражающим против стерилизующей операции, пациенткам старшего возраста — при отсутствии противопоказаний. Оценку отдаленных результатов абляции эндометрия проводили через 6–12–18–24 месяцев на основании клинических данных и инструментальных методов обследования, позволяющих выявить наличие остаточного эндометрия (УЗИ, гистероскопия, гистологическое исследование биоптатов регенерировавшего эндометрия). Устранение основных клинических симптомов заболевания (менометрорагии) наблюдалось у 35 женщин (55,6 %) 1 группы и 40 (100 %) — 2 группы. Наступление аменореи имело место у 24 (38,1 %) и 16 (40 %) больных соответственно по группам. Выявление участков эндометрия при динамическом трансвагинальном ультразвуковом сканировании и гистероскопии отмечалось у 25 (39,7 %) и 8 (20 %) женщин соответственно по группам. Рецидивы гиперпластических процессов диагностированы только у 4 пациенток (6,3 %) 1 группы.

**Вывод.** Таким образом, патогенетически обоснованные оперативные вмешательства создают условия, улучшающие результаты основного этапа операции за счет изменения гемодинамики и устранения локальной гиперэстроидемии, позволяют снизить риск рецидивирования гиперпластических процессов эндометрия.

Рухляда Н.Н., Левитина Е.И., Фридман Д.Б., Аракелян Б.В.

ГУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ, СТРАДАЮЩИМ НЕГРАВИДАРНЫМИ МЕТРОРРАГИЯМИ

**Цель исследования:** повышение эффективности диагностики аденомиоза на этапе оказания экстренной специализированной медицинской помощи женщинам, страдающим urgentными негравидарными метроррагиями (УНМ).

**Материал и методы.** Выполнено рандомизированное клиническое исследование, включающее анализ обследования 160 пациенток с urgent-

ными негравидарными метроррагиями за период с 2002 по 2005 гг.

**Результаты исследования.** Проведена оценка эффективности новых методик (мультифокальной трансцервикальной пункционной биопсии эндометрия, прицельной пункционной биопсии эндометрия под гистероскопическим контролем) в дифференциальной диагностике причин

УНМ в условиях оказания экстренной специализированной медицинской помощи. Клинически обоснована целесообразность включения пункционной методики биопсии миометрия в программу обследования женщин с УНМ. С целью повышения эффективности дифференциальной диагностики данной патологии на этапе оказания экстренной специализированной медицинской помощи разработан и апробирован алгоритм принятия решений при поступлении пациенток этой категории в стационар. Разработанный алгоритм

позволяет достоверно установить причину развития УНМ у 98,5 % пациенток, диагностировать аденомиоз на ранних стадиях развития процесса у 27,9 % больных, сократить время от начала заболевания до постановки заключительного диагноза до 7–10 суток, что даёт возможность своевременно определить лечебную тактику в каждом конкретном случае, снизить частоту назначения гормональной терапии *ex juvantibus* на 55,3 %, уменьшить число гистерэктомий с 68,2 % до 38,4 % ( $p < 0,001$ ).

<sup>1</sup>Станоевич И.В., <sup>1</sup>Ищенко А.И., <sup>1</sup>Кудрина Е.А.,  
<sup>2</sup>Коган Е.А.

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии №1,

<sup>2</sup>кафедра патологической анатомии,

Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова,  
Россия

## ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫБОРА АБЛЯЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИЯХ ЭНДОМЕТРИЯ

**Актуальность проблемы.** Гиперплазии эндометрия (ГЭ) являются значимой медико-социальной проблемой, разрешение которой приведет к снижению заболеваемости аденокарциномой эндометрия.

**Материал и методы.** 76 пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста (средний возраст  $43,4 \pm 6,7$  лет) с морфологически верифицированной гиперплазией эндометрия или аденокарциномой эндометрия составили основную группу, из них у 49 диагностирована простая гиперплазия эндометрия без атипии, у 16 — комплексная гиперплазия без атипии, у 8 — комплексная гиперплазия с атипией, у 3 высоко- и умереннодифференцированная аденокарцинома эндометрия. 22 пациентки без патологии эндометрия (средний возраст  $45,6 \pm 6,1$  лет) составили контрольную группу. Всем женщинам проведено клинико-лабораторное исследование, трансвагинальная эхография, гистероскопия с выскабливанием эндоцервикса и эндометрия, морфологическое исследование, которое в 41 случае (8 — контроль, 19 — простая гиперплазия, 6 комплексная гиперплазия без атипии, 5 — комплексная гиперплазия с атипией, 3 — аденокарцинома эндометрия) было дополнено иммуногистохимическим определением биомолекулярных маркеров (Ki-67, EGF, EGFR, VEGF, белка апоптоза, TGF- $\beta$ , P53, рецепторов эстрогенов и прогестерона).

**Результаты исследования.** Статистически достоверной разницы в характере жалоб, данных, полученных при физикальном исследовании, пациенток с ГЭ (основной группы) и без ГЭ (пациенток контрольной группы) не получено. У 76,1 % больных основной группы ГЭ сочеталась

с миомой матки и/или аденомиозом. У 56,1 % женщин процесс носил рецидивирующий характер. В основной группе у всех пациенток наблюдались отклонения от нормативных показателей в величине и/или структуре М-эхо. При гистероскопии у 71 пациентки основной группы были обнаружены признаки ГЭ, однако, у 5 пациенток, находящихся в ранней постменопаузе и предъявлявших жалобы на метроррагию, с величиной М-эхо менее 4 мм, достоверных признаков ГЭ не обнаружено. Гистероскопический диагноз ГЭ во всех случаях был подтвержден морфологически, однако, заключения об очаговости/диффузности процесса не совпадали в 27,6 % случаев. Статистически достоверная разница в экспрессии биомолекулярных маркеров обнаружена в ряду контроль (нормальный эндометрий фазы пролиферации) — простая гиперплазия — комплексная гиперплазия без атипии — комплексная гиперплазия с атипией — аденокарцинома эндометрия.

Так, простая гиперплазия характеризуется низким уровнем пролиферации (по экспрессии Ki — 67) и еще более низким уровнем апоптоза (по экспрессии белка апоптоза) по сравнению с контролем, что ведет к относительному преобладанию первой; утолщением эндометрия преимущественно за счет гипертрофии эпителия и стромообразования; усилением неоангиогенеза за счет механизмов, присущих нормальному эндометрию (EGF, EGFR), отсутствием экспрессии VEGF и P53. Комплексные гиперплазии характеризуются высоким очаговым уровнем пролиферации и апоптоза в условиях абсолютного преобладания первой; прогрессирующим нарастанием эпителиально-стромального соотношения, которое происходит как за счет гиперплазии