

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК АБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ БЕЗ АТИПИИ У ПАЦИЕНТОК ПЕРИОДА ПЕРИМENOПАУЗЫ

© З. А. Ибрагимова, Л. М. Каппушева, В. Г. Бреусенко, Ю. А. Голова

Российский государственный медицинский университет;
Центр планирования семьи и репродукции ДЗ Москвы;
Городская клиническая больница № 31, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) — распространенная гинекологическая патология, встречающаяся в любом возрасте женщины, но частота их значительно возрастает к периоду перименопаузы. В 80-е годы прошлого века были предложены различные методики гистероскопических операций деструкции эндометрия (абляция эндометрия), которые в течение десятилетий считались «золотым стандартом» в лечении маточных кровотечений. В дальнейшем появились и широко распространились негистероскопические методики абляции эндометрия. В последние годы появилась возможность выбора методики операции как у лечащих врачей, так и у пациенток.

Материал и методы

Нами обследовано 242 пациентки периода перименопаузы с гиперплазией эндометрия, проходившие лечение за период с 2000 по 2004 г. Возраст обследованных колебался от 45 до 55 лет, в среднем $48,2 \pm 2,8$ года. Всем обследованным на I этапе проводилась гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием матки, а у ряда больных операционная гистероскопия. При гистологическом исследовании у всех включенных в исследование больных была выявлена гиперплазия эндометрия без атипии, из них у 76 (31,4%) пациенток на фоне гиперплазии эндометрия также выявлялись железисто-фиброзные полипы.

После получения результатов гистологического заключения и дополнительных методов исследования пациенткам были предложены различные методы абляции эндометрия: электрохирургическая (монополярная) комбинированная абляция эндометрия (Гистерорезектоскоп фирмы “Storz” (Германия) — 175 больных, баллонная абляция эндометрия по системе «ThermaChoice» (Gynecare, Division of Ethicon, Somerville, NJ) — 46, и эндометриальная лазерная интраутеринная термальная терапия (процедура ELITT — Endometrial Laser Intrauterine Thermal Therapy) — 21 пациентка.

Результаты

Возможность проведения той или иной методики абляции зависит от множества факторов.

Одними из них являются размеры матки. Лазерная и баллонная абляция эндометрия у подавляющего большинства больных выполнялись при размерах матки до 6 недель беременности. Так как эти методики имеют определенные ограничения, связанные с длиной наконечника и степенью раздувания баллона. Только у 8,7% больных с размерами матки 8 недель и более была выполнена баллонная абляция эндометрия. При этом электрохирургическая абляция эндометрия при размерах матки 8–10 недель беременности была выполнена у 19,4% оперированных по данной методике.

Преимуществом электрохирургической методики абляции эндометрия была возможность одновременно с основной операцией выполнять также дополнительные операции по удалению выявленной очаговой внутриматочной патологии. Помимо основной операции в данной группе больных у 50,3% были выполнены дополнительные гистероскопические операции по удалению выявленной внутриматочной патологии: у 9 (5,1%) больных была одновременно произведена миомрезекция субмукозных миоматозных узлов, у 68 (38,8%) — полипэктомия, у 7 (4,8%) — рассечение внутриматочных синехий, у 4 (2,3%) — рассечение внутриматочной перегородки.

В группе больных с негистероскопическими методами абляции эндометрия только на этапе предварительной гистероскопии проводилось удаление полипов эндометрия у 8 (11,9%) и рассечение внутриматочных синехий у 2 (2,9%) обследованных. Необходимо отметить, что эти предварительные гистероскопические операции выполнялись с помощью электрохирургических методик.

Одним из преимуществ электрохирургической абляции эндометрия, по данным нашего исследования, являлась также возможность выполнения операции сразу же при первом обращении в клинику. Баллонную и лазерную термоабляцию эндометрия, с учетом одноразовости и дороговизны наконечников, выполняли при повторной госпитализации, не позднее 2 недель после выскабливания. Такая тактика, естественно, создает определенные сложности для пациенток.

Интраоперационных осложнений не было отмечено нами у всех пациенток, включенных в исследование. На показателях оценки качества жизни

ни отражаются преимущественно особенности течения раннего послеоперационного периода.

Боли, требовавшие однократного введения наркотических анальгетиков, достоверно чаще выявлялись у пациенток после лазерной абляции эндометрия (38,1%). Ненаркотические анальгетики использовались у 50–60% больных после всех методик абляции эндометрия только в течение первых суток.

Период наблюдения за пациентками после абляции эндометрия составил от 3 до 7 лет, у большинства 5 лет. По результатам данного исследования, общая эффективность всех методик абляции эндометрия достоверно не различалась, хотя и была несколько выше после электрохирургической операции, соответственно 84,6% и 78,3% при баллонной абляции, 72,7% — при лазерной методике. При этом достоверно выше был процент аменореи после электрохирургической методики абляции эндометрия, составив 62,8%, а после баллонной абляции этот показатель составил только 17,4%, после лазерной абляции аменорея не наступила ни у одной из оперированных больных.

Рецидивы маточных кровотечений в течение первых 3 лет после операции наступали примерно с одинаковой частотой после электрохирургической и баллонной абляции эндометрия (15,4% и 17,4%). После лазерной абляции эндометрия по системе ELITT практически у каждой третьей пациентки наступил рецидив маточных кровотечений (27,3%). Все случаи рецидивов маточных кровотечений и гиперплазии эндометрия (по данным УЗИ) потребовали проведения повторной гистероскопии.

Повторные гистероскопии после различных методик абляции эндометрия имели свои определенные особенности. Немаловажным преимуществом гистероскопических операций является возможность их повторения. Так, в группе больных с рецидивом заболевания после электрохирургической абляции эндометрия в половине случаев была выполнена повторная операция абляции эндометрия с положительным эффектом.

Итого среди всех 242 пациенток, перенесших абляцию эндометрия различными методиками,

повторные операции потребовались у 16,5%, а гистерэктомия вследствие неэффективности абляции эндометрия — у 3,7%.

Заключение

Сравнительный анализ клинической эффективности и инвазивности 3 методик абляции эндометрия, использованных среди обследованных нами больных, показал, что по показателю общей эффективности и проценту аменореи наилучшие результаты получены после электрохирургической резекции/абляции эндометрия, незначительно хуже результаты по достижению аменореи у больных после баллонной абляции эндометрия (методика «Thermachoice»). Результаты лазерной термальной абляции эндометрия (процедура ELITT) по результатам нашего исследования наихудшие — у каждой третьей пациентки наступил рецидив маточного кровотечения.

Электрохирургическая гистероскопическая методика абляции эндометрия обладает рядом преимуществ: возможность выполнения операции при наличии органической внутриматочной патологии (полипы, синехии, подслизистые узлы); отсутствие необходимости выполнения предварительной гистероскопии, возможность выполнения повторной гистероскопической операции при рецидиве заболевания.

Преимуществами негистероскопических методик абляции эндометрия являются: стандартизированность методики выполнения операции, что позволяет выполнять эти операции всеми практикующими гинекологами и не требует опыта и высокой квалификации, короткая длительность операции и возможность выполнения их в амбулаторных условиях. К недостаткам методик 2-го поколения относится одноразовость аппликатора, что повышает стоимость операции для пациентки, ограничение по величине полости матки и наличию органической внутриматочной патологии, а также необходимость предварительной гистероскопии, что увеличивает количество вмешательств у пациентки.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ: МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

© И. Ю. Коган, Е. В. Мусина

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время более половины случаев злокачественной патологии женской репродуктивной сферы приходится на долю рака молочной железы. Возможности его первичной профилак-

ки, направленной на устранение этиологических факторов, представляются в настоящее время проблематичными. Более эффективной представляется вторичная профилактика, включающая