

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

**С.А. Величко, Л.А. Коломиец, И.Г. Фролова, Е.Н. Ротундо, О.С. Данилова,
А.Л. Чернышова, О.Н. Чуруксаева**

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

В течение многих лет патологические процессы эндометрия остаются важной медико-социальной проблемой в связи с тем, что в структуре онкологической заболеваемости женского населения рак эндометрия занимает второе место после злокачественного поражения молочных желез и составляет 20 % всех опухолей гениталий [1, 4]. Наиболее часто рак возникает на фоне гиперпластических процессов эндометрия, вероятность их озлокачествления колеблется в достаточно широких пределах (23–57,1 %) и определяется морфологическими особенностями заболевания, частотой его рецидивирования, возрастом пациентки, а также эндокринно-обменными нарушениями [2, 3]. Электрохирургическая абляция эндометрия, как новый органосохраняющий вид лечения гиперпластических процессов эндометрия, получила широкое распространение в гинекологической практике. Однако критерии оценки эффективности электрохирургической абляции при гиперпластических процессах эндометрия не нашли должного отражения в литературе, чему и посвящено данное исследование.

Оценка течения раннего послеоперационного периода проводилась с помощью ультразвукового мониторинга на аппарате «Logiq 400 CL», «Logiq 5» (фирма GE, США) с применением трансабдоминального конвексного датчика с частотой 3–3,5–4 МГц и трансвагинального конвексного датчика с частотой 7,5 МГц. Обследуемые пациентки находились в возрасте от 39 до 60 лет (средний возраст $49,7 \pm 1,4$ года). Из них 105 женщин были пременопаузального возраста, 4 (20,1 %) – репродуктивного и 6 (29,9 %) – постменопаузального. Показаниями для абляции явились: неэффективность гормонотерапии при рецидивирующей простой типичной железистой гиперплазии эндометрия (78 %), наличие простой атипической трансформации слизистой оболочки тела матки (22 %).

Основной жалобой больных при поступлении было наличие кровянистых выделений из половых путей. В анамнезе имелись хронические воспалительные заболевания репродуктивных органов. Всем пациенткам ранее неоднократно проводилось раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Сопутствующую экстрагенитальную патологию составили заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Перед аблацией эндометрия все больные прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование, в том числе была проведена гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала и морфологическим исследованием полученного соскоба. Электрохирургическая абляция (электрорезекция и коагуляция) эндометрия осуществлялась при помощи гистероскопа «Olympus» по стандартной методике. Все исследуемые пациентки в течение 7–8 дней после малоинвазивной эндоскопической операции находились под наблюдением в стационаре и получали антибактериальную терапию. В течение данного периода у 50 % больных отмечались сукровичные выделения из половых путей, вероятнее всего, связанные с отторжением в эти сроки сформировавшегося на стенках матки в результате коагуляционного некроза струпа.

Выявлены ультразвуковые особенности течения раннего послеоперационного периода после электрохирургической абляции эндометрия. Наиболее целесообразным явилось проведение сонографии органов малого таза на 1, 3, 7, 12, 30 и 45-е сут после абляции. При этом на 1–6-е сут размеры матки были несколько увеличены, они превышали исходные на 3–6 см. В 35,7 % случаев в первые 3 сут отмечалось расширение полости матки до 5–10 мм с неоднородным эхогенным содержимым. Для улучшения оттор-

жения оставшихся сгустков и жидкости и предотвращения развития такого осложнения, как гематометр, больным проводилось бужирование цервикального канала. При отсутствии признаков расширения полости матки, при наличии однородного М-эхо бужирование не проводилось.

В этот период отмечалось также наличие свободной жидкости в заднем своде. У большинства больных (64,3 %) свободная жидкость из заднего свода исчезала на 7-е сут после операции, а у пациенток, имеющих в анамнезе хронические воспалительные процессы в малом тазу, – только на 12-е сут. Вероятно, длительная визуализация свободной жидкости в малом тазу может косвенно свидетельствовать о наличии хронических воспалительных процессов, что должно настораживать в плане развития осложнений гнойно-воспалительного характера.

Толщина М-эхо в первые 6 сут послеоперационного периода составляла в среднем 8 мм, границы между проекцией эндометрия и миометрием оставались нечеткими, сохранялась некоторая неоднородность М-эхо, а также неравномерность толщины стенок матки (разница равнялась 4–9 мм). Практически у всех пациенток в первые сутки после операции отмечалось наличие гиперэхогенного ободка толщиной 2–3 мм по периферии полости матки, вероятнее всего, данная область соответствовала зоне коагуляционного некроза. С 7-х сут отмечалось уменьшение размеров матки вплоть до исходных. Границы между проекцией эндометрия и миометрием становились более отчетливыми, что свидетельствовало об уменьшении отека тканей. Срединное маточное эхо выглядело однородным, более эхогенным, толщиной в среднем до 4 мм. Исчезновение клинической симптоматики происходило параллельно появлению положительной динамики при эхографическом мониторинге. На 30-е сут у всех пациенток при УЗИ органов малого таза патологии выявлено не было. Проекция эндометрия выглядела однородной, аваскулярной, толщиной 2–4 мм.

При исследовании кровотока в сосудах матки и эндометрия не было отмечено достоверных различий в показателях СДО, ИР и ПИ в маточных, аркуат-

ных и радиальных артериях до и после операции. Базальные артерии после абляции эндометрия не визуализировались. Кровоток в спиральных артериях за данный период (1–30, 45 сут) наблюдения не регистрировался.

При неосложненном течении послеоперационного периода изменений со стороны яичников и шейки матки выявлено не было. Рецидив заболевания был отмечен у одной пациентки. На 45-е сутки после электрохирургического лечения определялось утолщение срединного М-эхо до 14 мм, неоднородность его структуры, повышение эхогенности, увеличение размеров матки на 9 см по сравнению с исходными. Проявлениями эффективно проведенного лечения на ранних этапах являются однородность срединного маточного комплекса, четкость и ровность его контуров, толщина – не более 4 мм, отсутствие регистрируемого в проекции М-эхо кровотока на 30-е, 45-е сутки после абляции.

Таким образом, динамический ультразвуковой контроль на ранних этапах после электрохирургической абляции эндометрия позволяет провести адекватную, неинвазивную оценку течения послеоперационного периода, выявить критерии эффективности лечения, предотвратить развитие возможных осложнений, а в случае возникновения рецидива заболевания определить своевременную и адекватную тактику дальнейшего ведения пациентки. Комплексная эхография, включающая стандартное ультразвуковое исследование и доплерографию, является доступным, неинвазивным и высокоинформативным методом в мониторинге электрохирургического лечения гиперпластических процессов эндометрия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. М.: Медицина, 2000. 860 с.
2. Новикова Е.Г., Пронин С.М. Диагностика и лечение начального рака эндометрия // Российский онкологический журнал. 2003. № 5. С. 19–22.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Трансвагинальная эхография: Атлас. М.: Медицина, 2001. 155 с.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. 264 с.