

Гистерорезектоскопическая деструкция эндометрия в лечении больных с гиперпластическими процессами в эндометрии в перименопаузальном периоде

О.Г. УЛАНКИНА, С.Э. САРКИСОВ, И.Н. ХУЖОКОВА

Endometrial hysteroresectoscopic destruction in the treatment of patients with endometrial hyperplastic processes in the perimenopausal period

O.G. ULANKINA, S.E. SARKISOV, I.N. KHUZHOKOVA

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова (дир. — акад. РАМН проф. Г.Т. Сухих), Москва

Гиперпластические процессы в эндометрии (ГПЭ) занимают значительное место в структуре гинекологической заболеваемости и характеризуются высокой частотой рецидивирования [7, 10]. ГПЭ развиваются вследствие пролиферативных изменений желез и стромы эндометрия и обусловлены избыточной и продолжительной эстрогенной стимуляцией. Патологические маточные кровотечения при гиперпластических процессах в эндометрии — распространенная гинекологическая патология, частота которой существенно увеличивается к периоду возрастных гормональных перестроек в перименопаузе. Раннее выявление больных с данной патологией играет важную роль в профилактике рака эндометрия, которому гиперпластический процесс может предшествовать или служить фоном для его развития [11]. Лечение предраковых состояний эндометрия является одним из важных мероприятий в профилактике злокачественных заболеваний слизистой оболочки матки. При этом следует учитывать, что риск перехода ГПЭ в рак возрастает у женщин, страдающих ожирением и сахарным диабетом.

Согласно гистологической классификации ВОЗ (1997), ГПЭ подразделяют на следующие основные типы: гиперплазия (железистая, железисто-кистозная); полипы (железистые, фиброзно-железистые, аденоматозные); атипическая гиперплазия. Атипическая гиперплазия эндометрия и рецидивирующее течение ГПЭ рассматриваются в литературе как предраковые состояния, переход которых в рак эндометрия колеблется от 1,5 до 57% [9]. Вследствие этого большое значение в профилактике злокачественной трансформации эндометрия отводится своевременной диагностике и терапии гиперпластических процессов в слизистой оболочке тела матки. В пременопаузе цель лечения заключается не только в прекращении кровотечений, но и нормализации состояния эндометрия.

Работами многих исследователей доказан высокий процент неэффективности гормональной терапии при лечении больных рецидивирующей ГПЭ несмотря на рас-

ширение арсенала применяемых препаратов и разработку рациональных лечебных схем. Число рецидивов после гормонального лечения полипов эндометрия составляет 25,9—37%, при рецидивирующей гиперплазии — от 2,5 до 37% [2, 5]. Это связано с морфологической неоднородностью при развитии пролиферации эндометрия. Лечение эффективно при гиперплазированном эндометрии и умеренном фиброзировании стромы. Если же гиперплазированная слизистая оболочка состоит из нефункционирующей эндометриальной ткани при выраженном фиброзировании стромы, то гормональная терапия малоэффективна (Я.В. Бохман, 1989).

Состояние пациенток часто бывает отягощено экстрагенитальной патологией. У них встречаются заболевания гепатобилиарной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, варикозная болезнь. Это еще больше затрудняет подбор гормональных препаратов и их применение в течение длительного времени. Рецидивирующие маточные кровотечения, онкологическая настороженность при длительно существующих пролиферативных процессах вынуждают применять более активную тактику при лечении данного контингента больных [4]. До последнего времени в такой ситуации выполнялась гистерэктомия, но в настоящий момент существуют менее травматичные методики, заключающиеся в удалении эндометрия.

В связи с внедрением в практику гинекологических стационаров гистерорезектоскопических технологий стало возможным выполнение органосохраняющих операций, например, абляции эндометрия при ГПЭ, т.е. удаления базального слоя эндометрия. На сегодняшний день существует несколько способов необратимого разрушения эндометрия: криодеструкция, лазерная и электродеструкция и др. [8]. Сущность метода заключается в удалении базального слоя эндометрия и поверхностной части миометрия с целью достижения аменореи. Большинство исследователей проведенную абляцию считают успешной, если в результате наступает гипо- или аменорея. Проведение электрохирургической деструкции эндометрия эффективно в 60—98% случаев [1].

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование и лечение 220 пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального периода с рецидивирующей гиперплазией и полипами эндометрия. Возраст обследованных больных колебался от 45 до 52 лет. Характер жалоб больных определялся возрастом обследуемых. Пациентки предъявляли жалобы на обильные длительные менструации (79%), болезненные менструации (21%), нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения (26%), ациклические кровяные выделения из половых путей (14%), а у 17% из них отмечались боли в нижних отделах живота и пояснице, не связанные с фазой цикла. Нами проанализированы установленные гинекологические заболевания, которые обследуемые женщины перенесли в прошлом или имели в настоящий момент. ГПЭ у обследованных больных сочетались с миомой матки (22,7%), аденомиозом (29,5%), хроническим эндометритом (24%), воспалением придатков матки (39,8%). Более чем у половины женщин (69%) в прошлом диагностировали и лечили эктопию шейки матки.

В качестве методов исследования использовали клиническое обследование пациенток, УЗИ, гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала, гистологическое исследование соскобов. При установлении диагноза пользовались международной классификацией опухолей женского полового тракта (ВОЗ, Женева, 1997).

Результаты исследования и обсуждение

При ультразвуковой диагностике гиперпластических процессов в эндометрии полученные нами данные аналогичны результатам ряда исследователей [6], считающих, что ведущим эхографическим признаком, позволяющим диагностировать ГПЭ, служит увеличение переднезаднего размера М-эха по сравнению с таковым у здоровых женщин данной возрастной категории. Длительность заболевания (на основании жалоб на нарушение менструального цикла) составляла от 3 мес до 7 лет. Динамику патологического процесса в эндометрии отражали предыдущие диагностические выскабливания, число их достигало 5, составляя в среднем $2,1 \pm 1,1$. У большинства женщин с момента первого гистологически подтвержденного выявления гиперплазии и полипов эндометрия прошло более 3 лет. В целях коррекции менструальной функции и воздействия на ГПЭ 47% больных ранее получали различные гормональные препараты (нон-овлон, норколут, 17-ОПК, дюфастон, даназол). Число курсов гормональной терапии варьировало от 1 до 3. По данным гистероскопии, полипы были обнаружены у 100 (45,45%) больных, чаще всего они локализовались в области трубных углов и дна матки. Полипы имели различную форму: округлую, продолговатую, конусовидную. Размеры варьировали от 0,5 см до 4,0 см, а количество — от 1 до 3. Цвет обнаруженных полипов был от бледно-розового и бледно-желтого до ярко-красного. Аденоматозные полипы характеризовались небольшими размерами (не более 1 см) и сероватым цветом. Во всех случаях полипы имели признак органонности строения: наличие основания — «ножки». Фиброзные и железисто-фиброзные полипы эндометрия часто невозможно удалить при выскабливании стенок полости матки. У 120

(54,55%) пациенток при гистероскопии была установлена диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия. Данная патология визуализировалась в виде утолщенной, неравномерно складчатой поверхности от бледно-розового до красного цвета, с участками кровоизлияний, а при очаговой гиперплазии — в виде локальных очагов.

Патоморфологическое исследование соскобов эндометрия и эндоцервикса являлось обязательным, так как тактика лечения исследуемых больных определялась его результатами. Данные заключения гистологического исследования принимались за 100% верификацию диагноза ГПЭ и других патологических состояний эндометрия и миометрия. В результате гистологического исследования соскобов эндометрия выявлено следующее:

— железисто-фиброзные полипы эндометрия (22,7%) на фоне пролиферации (45,9%) или атрофии (54,1%) слизистой оболочки тела матки;

— железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (25,9%), железистая гиперплазия (28,6%);

— железистые полипы эндометрия на 12,7% чаще на фоне железисто-кистозной гиперплазии;

— аденоматозные полипы эндометрия (0,9%) на фоне фазы пролиферации или начала фазы секреции;

— эндометрий в фазе пролиферации (5,5%), в фазе секреции (3,6%), у пациенток с оставшейся «ножкой» полипа, после попытки удаления его микрохирургическими инструментами при диагностической гистероскопии.

Диагностическая значимость положительных результатов гистероскопии при полипах эндометрия независимо от морфотипа патологического образования составила 88,1%, при очаговом и диффузном гиперпластическом процессе в эндометрии — 84,5%.

Пациенткам с впервые выявленной гиперплазией эндометрия назначалась гормональная терапия агонистами ГнРГ (бусерелин) или гестагенами не менее, чем на 6 месяцев с динамическим ультразвуковым контролем во время и после окончания лечения. У пациенток с сохраненной менструальной функцией значительная толщина эндометрия затрудняет проведение гистерорезекции, увеличивая длительность оперативного вмешательства, интраоперационную кровопотерю и интравазацию. Таким больным необходимо проведение предоперационной подготовки. Гормональная предоперационная супрессия эндометрия проводилась бусерелином-депо 3,75 мг в течение 2 месяцев. Конечным звеном терапевтического эффекта агонистов ГнРГ является блокада гонадотропной функции гипофиза и снижение половых стероидов до постменопаузальных значений, в связи с чем наступает медикаментозная аменорея, позволяющая эффективно выполнять гистерорезекцию и абляцию эндометрия. Благодаря предоперационной медикаментозной подготовке уменьшается толщина и кровоснабжение эндометрия, что, в свою очередь, существенно сокращает длительность вмешательства и интраоперационную кровопотерю. При ультразвуковом исследовании толщина эндометрия после предоперационной медикаментозной подготовки составляет 3—4 мм. В ряде случаев в послеоперационном периоде больные продолжали прием бусерелина-депо до 6 месяцев, что позволяло уменьшить риск рецидивирования полипов эндометрия в дальнейшем.

При наличии полипов и рецидивирующей гиперплазии эндометрия проводилась гистерорезектоскопическая

деструкция эндометрия. Оперативное лечение выполнялось не позднее, чем через 1—6 месяцев после гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания. Необходимыми условиями для проведения гистерорезектоскопической деструкции эндометрия были следующие: 1) у пациенток должна быть выполнена генеративная функция или отсутствовать заинтересованность в ней; 2) патологическая трансформация эндометрия должна быть доброкачественной; 3) не должно быть грубой органической патологии матки.

Гистологически подтвержденная злокачественная трансформация эндометрия является противопоказанием для выполнения его гистерорезектоскопической деструкции.

Удаление крупных полипов эндометрия (1 см и более) производится при помощи петлевого электрода с монополярной коагуляцией ножки полипа; мелкие полипы эндометрия коагулируют, используя шариковый электрод. У пациенток с полипами эндометрия более 1 см и рецидивирующей гиперплазией эндометрия оперативное вмешательство начинали с абляции эндометрия, что позволяло снизить интравазацию диэлектрика, а затем выполняли резекцию полипа. При крупных полипах эндометрия (2,5—3 см) данная методика неприемлема из-за невозможности доступа к стенкам матки. Осуществлялся контроль за количеством поступившего и выведенного из полости матки 5% раствора глюкозы. При интравазации более 1 л операция прекращалась. Продолжительность операции во всех исследуемых случаях колебалась от 7 до 35 мин, что, в основном, зависело от длины полости матки, толщины эндометрия и количества полипов эндометрия. Интраоперационных осложнений не было ни в одном наблюдении.

Следует остановиться на имевших место в ранние сроки (1—2-е сутки) после электродеструкции эндометрия осложнениях. Так, у 2 (0,9%) пациенток отмечался субфебрилитет, обусловленный развитием гематометры. Зондирование полости матки и пероральный приём антибиотиков способствовал полному выздоровлению. На 5-е сутки после операции пациентки были выписаны. Случаев повторного формирования гематометры отмечено не было. Гематометра в послеоперационном периоде возникает из-за стеноза шеечного канала, который формируется в результате слипчивого процесса раневой поверхности после электродеструкции однослойного цилиндрического эпителия, выстилающего канал шейки матки. Для уменьшения в послеоперационном периоде случаев развития гематометры, необходимо прекращать гистерорезектоскопическую деструкцию эндометрия, не доходя до внутреннего зева 0,5 см.

Динамическое наблюдение за всеми исследуемыми больными осуществлялось в течение 30 мес. УЗИ трансвагинальным и трансабдоминальным доступами выполняли на 1-е, 3-е, 30-е сутки, а также через 2, 3, 6, 12, 18, 24, 30 месяцев после гистерорезектоскопической электродеструкции эндометрия. Регулярный контроль обеспечивал своевременную диагностику нежелательных осложнений и каких-либо отклонений от гладкого течения послеоперационного периода. В ранние сроки после проведенной гистерорезектоскопии при ультразвуковом сканировании обращали особое внимание на ширину полости матки в передне-заднем направлении, экзогенность и толщину

контуров полости, характер содержимого. В отдаленном послеоперационном периоде определяли общие размеры матки: длину, передне-задний размер, срединное М-эхо, при наличии участков эндометрия — их структурность и локализацию, оценивали облитерацию полости матки за счет образовавшихся синехий и состояние яичников. Кроме ультразвукового сканирования, в послеоперационном периоде у больных оценка эффективности абляции эндометрия проводилась при помощи офисной гистероскопии, цитологического исследования биоптатов и аспиратов из полости матки.

Мы посчитали целесообразным оценивать результаты лечения не ранее, чем через 6 месяцев. Этот срок был определен с учетом продолжительности процессов фиброзного перерождения внутренней поверхности матки после электродеструкции. Большинство исследователей оценивают результаты гистерорезектоскопической деструкции эндометрия по характеру менструальной функции у пациенток после операции. Критерием эффективности в наших исследованиях была радикальность удаления патологически измененных тканей, отсутствие рецидивов патологических процессов в эндометрии. К 6-му месяцу после операции аменорея была выявлена у 165 (75%) больных, у 25 (11,4%) пациенток отмечена гипоменорея. Незначительные изменения или их отсутствие были констатированы у 30 (13,6%) обследованных. Следует отметить, что из сопутствующей гинекологической патологии только аденомиоз оказывал определенное влияние на течение послеоперационного периода. Так, из 165 женщин, у которых была достигнута аменорея, аденомиоз I степени имел место у 24 (10,9%). Среди остальных обследованных с сохранившейся менструальной функцией (55 больных) процент больных с аденомиозом был значительно больше — 74,5% (41 больная).

Наши исследования показывают, что наилучшие результаты лечения были достигнуты при использовании методики вапоризации эндометрия, которая характеризуется глубиной деструкции 6—8 мм и допустимыми цифрами интравазации до 1 л. При использовании данного метода гистерорезектоскопической абляции эндометрия в послеоперационном периоде у всех больных отмечались аменорея и уменьшение размеров матки относительно первоначальных. К 12-му месяцу при динамическом контрольном обследовании женщин мы выделили группу из 28 пациенток. Данный контингент составили больные, у которых при ультразвуковом исследовании М-эхо было увеличенным и/или наблюдались кровяные выделения из половых путей. Всем этим женщинам была выполнена контрольная гистероскопия с целью уточнения состояния полости матки и выяснения причины кровяных выделений.

При контрольной гистероскопии полость матки была заполнена нежными или грубыми синехиями желтоватобелого цвета, преимущественно располагающимися в 80% случаев в области трубных углов и дна матки. Для визуализации трубных углов матки и устьев маточных труб, зоны наибольшей пролиферативной активности эндометрия было произведено разделение сращений при помощи гистероскопа и микрохирургических инструментов. В результате гистероскопического исследования нами установлено следующее: среди 28 больных у 13 пациенток обнаружена ткань эндометрия. В области трубных углов

матки эндометрий локализовался в 9 случаях и в зоне перешейка в 4 случаях. Регенерировавший эндометрий представлял собой единичные островки розового цвета, окруженные рубцовой тканью. Всем больным была выполнена биопсия эндометрия. Наличие пролиферирующей ткани эндометрия, подтвержденное морфологически, явилось показанием к проведению повторной абляции эндометрия. Мы проанализировали причины неэффективности первой операции, и разделили их на технические и морфологические, хотя деление это достаточно условное, так как и те, и другие причины взаимосвязаны. Одной из причин наличия ткани эндометрия в области трубных углов матки было то, что при проведении электродеструкции эндометрия с целью профилактики перфорации стенки матки мы обрабатывали область устьев маточных труб шариковым электродом в щадящем режиме коагуляции при мощности тока 70—80 Вт независимо от характера патологического процесса. Такая оперативная тактика связана с особенностями анатомического строения стенки матки. Толщина стенки матки в области трубных углов составляет около 8 мм, а в области устьев маточных труб около 3 мм, поэтому производить абляцию в этом месте следует с осторожностью во избежание перфорации матки [3]. Кроме того, у 11 больных были отмечены глубокие трубные углы, что, по нашему мнению, явилось причиной недостаточной деструкции эндометрия в области устьев маточных труб.

Анализ эффективности проведенной электродеструкции эндометрия в зависимости от морфологического типа ГПЭ показал, что процессов регенерации не наблюдалось

при железисто-фиброзных, фиброзных полипах эндометрия. В тех случаях, когда мы наблюдали рост эндометрия после абляции, все пациентки до операции имели железисто-кистозную и железистую гиперплазию слизистой оболочки тела матки.

Выводы

1. Внедрение гистерорезектоскопических технологий дало возможность разрушать под контролем зрения источник патологической пролиферации — базальный слой эндометрия и одновременно определять эффективность и безопасность проведенного лечения.

2. Электродеструкция эндометрия позволяет не только значительно уменьшить число радикальных вмешательств, но и является щадящей, менее травматичной, органосохраняющей операцией, обеспечивающей уменьшение длительности операции, объема интраоперационной кровопотери, быстрое выздоровление больных, укорочение послеоперационного периода и позволяет избежать риска развития осложнений, связанных с длительным наркозом.

3. При правильном выборе контингента больных, учете показаний и противопоказаний к операции, постоянном усовершенствовании техники операции и накоплении опыта ее выполнения абляция эндометрия может и должна стать реальной альтернативой как длительному гормональному, так и радикальному оперативному лечению ГПЭ в перименопаузальном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Принципы гистерорезектоскопической хирургии (гистерорезектоскопии). В кн.: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М 2000; 484—500.
2. Гуменюк Е.Г. Клинико-патогенетический подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений в перименопаузе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1999; 49.
3. Каттушева Л.М. Оперативная гистероскопия. Акуш и гин 2000; 3: 53—59.
4. Капустина И.Н. Клинико-ультразвуковая характеристика доброкачественной и злокачественной патологии матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2000; 24.
5. Липман А.Д. Диагностика и комплексное лечение больных гормонозависимыми заболеваниями матки с использованием эхографического мониторинга: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2000; 48.
6. Медведев М.В., Хохлин В.Л. Ультразвуковое исследование матки: Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева. М: Видар 1997; 2: 40—43.
7. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Сергеев П.В. и др. Проблемы пери- и постменопаузального периода: Материалы симпозиума. М 1996; 62—66.
8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Гистерорезектоскопия. М: Медицина 1997; 180.
9. Умаханова М.М. Оценка структуры хроматина интерфазных ядер железистого эпителия при ГП и раке эндометрия у больных в пре- и постменопаузе. Акуш и гин 1996; 6: 41—44.
10. Федорова Е.В. Возможности трансвагинальной эхографии, цветового доплеровского картирования и доплерометрии в диагностике ГПЭ и оценке эффективности проводимого лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2000; 24.
11. Хохлова И.Д., Кудрина Е.А. Диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия: Клиническая лекция. Акуш и гин 1996; 4: 50—55.