

АБЛЯЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА РАДИКАЛЬНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Доцент В.Д. УСАНОВ, И.Ю. БЕРЕСНЕВА

*Медицинский институт при Пензенском государственном университете,
Российская Федерация*

Изложены основные аспекты патогенеза, клиники, диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия. Описан один из методов хирургического лечения – абляция эндометрия. Проанализированы отдаленные результаты лечения в зависимости от метаболического профиля пациенток.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) остается одной из самых актуальных проблем в гинекологии [1–3]. Гиперплазией эндометрия страдают до 50% женщин [3]. В последние годы наибольший рост заболеваемости отмечен у молодых женщин. Проблема усугубляется в связи с возможностью злокачественной трансформации гиперплазии эндометрия, риск которой при некоторых вариантах достигает до 25–50% [3, 4].

Предметом глубокого и всестороннего изучения остаются механизмы патогенеза ГПЭ.

Последние исследования в этой области подтверждают концепцию о двух основных патогенетических вариантах ГПЭ, выдвинутую и обоснованную Я.В. Бохманом [5]. Первый патогенетический вариант характеризуется многообразием и глубиной проявлений гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена. Клинический симптомокомплекс проявляется в ановуляторных маточных кровотечениях, бесплодии, позднем наступлении менопаузы, гиперплазии тектаткани яичников, сочетании с феминизирующими опухолями яичников и синдромом поликистозных яичников, зачастую в наличии миомы матки и в диффузной гиперплазии эндометрия, на фоне которой возникают полипы, очаги атипичной гиперплазии и рак. Обменные нарушения сводятся к ожирению, гиперлипидемии и сахарному диабету. При втором патогенетическом варианте указанные эндокринно-обменные нарушения выражены нечетко или вообще отсутствуют. Характерно сочетание фиброза стромы яичников и нормального строения или атрофии эндометрия, на фоне которых появляются полипы, очаговая гиперплазия (в том числе и атипичная) и рак эндометрия.

Гиперпластические процессы в эндометрии формируются на фоне повышенного содержания общих и свободных фракций инсулиноподобного фактора роста, измененных соотношений рецепторов факторов роста и половых стероидов, нарушения локального иммунитета, на фоне нарушений процессов апоптоза, сопровождающихся снижением способности клеток к их запланированной гибели [4, 6, 7]. Знание патогенетических вариантов возникновения гиперпластических процессов эндометрия необходимо для

выбора правильной тактики ведения больных. Однако для выработки индивидуальной программы лечения не менее важно уточнение морфологической структуры эндометрия.

В гистологической классификации ВОЗ 1975 г. выделяются три основных вида ГПЭ: эндометриальные полипы, эндометриальная гиперплазия, атипичная гиперплазия эндометрия. В нашей стране обычно используется классификация Б.И. Железнова [8], согласно которой ГПЭ подразделяются следующим образом: 1) полипы эндометрия; 2) железистая гиперплазия эндометрия; 3) железисто-кистозная гиперплазия эндометрия; 4) атипичная гиперплазия эндометрия (аденоматоз, аденоматозная гиперплазия).

Основными клиническими проявлениями ГПЭ являются маточные кровотечения, совпадающие со сроками менструаций или наступающие после их задержки, кровянистые межменструальные выделения из половых путей, а также кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе. При полипах эндометрия помимо менометроррагии больных беспокоят схваткообразные боли внизу живота во время менструации. В постменопаузе возможно бессимптомное развитие полипов эндометрия.

Для диагностики ГПЭ в последние годы широко используются ультразвуковое исследование органов малого таза, цитологическое исследование аспирата из полости матки, гистероскопия и гистологическое исследование соскоба эндометрия, являющееся «золотым стандартом» [1, 9].

Лечение гиперпластических процессов эндометрия предусматривает комплексный подход к этой проблеме с учетом возраста пациенток, гистологического варианта ГПЭ, метаболического профиля пациенток, морфологического состояния яичников. Базисной в лечении ГПЭ является гормональная терапия [1, 2, 4, 10]. Наиболее эффективными принято считать препараты агонистов ГнРГ (золадекс и декапентил), стероидные антиандрогены и прогестагены (медоксипрогестерона ацетат, оргаметрил, гестринон) [4, 10, 11]. Однако у женщин позднего репродуктивного, пре- и постменопаузального возраста в связи с высокой частотой сопутствующей патологии (заболевания

сердечно-сосудистой, гепатобилиарной системы, ожирение) применение гормональных препаратов ограничено. У таких пациенток, а также при неэффективности гормональной терапии, при наличии сопутствующей миомы матки и аденомиоза методом выбора является радикальное хирургическое лечение — гистерэктомия, после которой у 50% больных развиваются вегетативно-сосудистые, обменно-эндокринные и невротические расстройства.

Альтернативным хирургическим лечением ГПЭ, позволяющим сохранить матку, является деструкция эндометрия [9]. Цель ее — добиться облитерации полости матки и тем самым аменореи. Достигается это различными методами: с помощью криодеструкции [12], термодеструкции [13], электродеструкции и с использованием хирургического лазера [14–17].

Абляция эндометрия (АЭ)—это операция, заключающаяся в удалении функционального и базального слоев эндометрия с подлежащим миометрием на глубину 3–5 мм. Наиболее распространенными являются лазерная АЭ и электродеструкция или электрокоагуляция эндометрия. Главный недостаток лазерной АЭ—невозможность послеоперационного морфологического исследования материала [16, 17].

Большинство хирургов предпочитает сочетание электрорезекции и коагуляции эндометрия. АЭ обычно выполняется под общей анестезией.

В результате накопления данных об отдаленных результатах АЭ была доказана возможность восстановления эндометрия и бессимптомного существования его участков после резекции. Отечественные и зарубежные авторы оценивали эффективность АЭ в зависимости от возраста, гормонального статуса, патологии матки и яичников, морфологической формы гиперпластического процесса [14, 17]. Показано, что наличие аденомиоза у пациенток ухудшает прогноз АЭ.

Нами была изучена возможность восстановления эндометрия после абляции за период от 2 до 5 лет в зависимости от метаболического профиля пациенток. Для исследования отбирались пациентки, страдающие ожирением, гипертонической болезнью, заболеванием гепатобилиарной системы, нарушением толерантности к глюкозе. Проанализированы результаты АЭ у 54 пациенток в возрасте от 27 до 72 лет. 21 из них (38,9%) находилась в репродуктивном, 24 (44,4%) — в пременопаузальном и 9 (16,7%) — в постменопаузальном возрасте.

Среди пациенток были выделены две группы. Первая состояла из 30 больных с рецидивирующими ГПЭ и ожирением, вторая — из 24 пациенток без ожирения. Критерием метаболических нарушений считался индекс массы тела более 26, повышение уров-

ня холестерина и липопротеидов низкой плотности, нарушение толерантности к глюкозе. Динамическое наблюдение производилось каждые 6 мес. С целью определения эффективности АЭ оценивали менструальную функцию, данные УЗИ и данные гистологического исследования после контрольной гистероскопии. При достижении аменореи и гипоменструального синдрома результат расценивался как положительный, при сохранении меноррагий результат считался неудовлетворительным.

Через 2 года в первой группе аменорея была достигнута у 13 (43%), гипоменорея — у 15 (50%) пациенток. Меноррагия сохранилась у 2 (7%) больных, одной из них по ее настойчивому желанию была выполнена гистерэктомия, одной — контрольная гистероскопия и повторная АЭ. Во второй группе: аменорея и гипоменорея были достигнуты у 15 (63%) и 8 (33%) больных соответственно. Неэффективной АЭ оказалась у одной пациентки (4%), у которой сохранился геморрагический синдром.

Всем больным, у которых по данным УЗИ было заподозрено наличие остаточного эндометрия, производилась контрольная гистероскопия. В первой группе, независимо от наличия аменореи и гипоменореи, у 11 женщин выявлены участки регенерировавшего эндометрия, у 8 из них — рецидив ГПЭ. Во второй группе у 3 больных обнаружены островки эндометрия, у одной из них — рецидив ГПЭ. Всем этим пациенткам произведена повторная АЭ. Подводя итог, мы увидели, что у женщин, страдающих ожирением, рецидив ГПЭ возник в 26,6% случаев, во второй — в 4% (у одной). Достоверность различий составила $p < 0,01$. В целом эффективность АЭ составила 83,4%.

Основным звеном патогенеза и причиной рецидивирования ГПЭ после АЭ у пациенток, страдающих ожирением, являлись метаболические нарушения, сопровождающиеся яичниковыми формами гиперандрогении, что снижало эффективность лечения. У женщин без ожирения ведущим звеном патогенеза, по-видимому, были длительно существующие воспалительные заболевания гениталий. Полученные результаты подтверждают, что АЭ является эффективным методом лечения рецидивирующих ГПЭ. В сравнении с радикальным хирургическим методом АЭ дает существенно меньшее количество осложнений, хорошо переносится больными и приводит к быстрому восстановлению трудоспособности. Следует считать, что соблюдение комплексного подхода в лечении ГПЭ, коррекция метаболических нарушений, проведение противовоспалительной и иммунокорректирующей терапии позволят снизить возможность рецидивирования и сделать АЭ реальной альтернативой радикальному хирургическому методу лечения ГПЭ.

Литература

1. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой.— М.: Мед. информ. агентство, 1998.— С. 684–770.
2. Современные аспекты ведения пациенток периода постменопаузы / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, П.В. Сергеев и др. // Проблемы пери- и постменопаузального периода: Матер. симпозиума.— М., 1996.— С. 62–66.
3. Fox H. Endometrial hiperplasia: a conceptual and practical approach // Eur. Menopause J.— 1995.— Vol.2, № 4.— P. 10–12.
4. Чернуха Г.Е. Аденоматозная и железистая гиперплазия эндометрия в репродуктивном возрасте (патогенез, клиника, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1999.— 28 с.
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии.— М., 1986.

6. *Чернуха Г.Е., Сметник В.П.* Роль факторов роста в функции репродуктивной системы: Клиническая лекция // Пробл. репродукции.— 1996.— № 2.— С. 8–12.
7. Содержание цитоплазматических рецепторов стероидных гормонов у больных с гиперпластическими процессами эндометрия в периоде постменопаузы / Г.М. Савельева, Л.С. Бассалык, В.Г. Бреусенко и др. // Акуш. и гинекол.— 1988.— № 3.— С. 43–46.
8. *Железнов Б.И.* О некоторых гиперпластических процессах эндометрия (вопросы терминологии и тактики врача) // Там же.— 1978.— № 5.— С. 1–7.
9. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Бахтияров К.Р.* Гистерорезектоскопия— альтернативный метод лечения патологической трансформации эндометрия в пре- и постменопаузе // Проблемы пери- и постменопаузального периода: Матер. симпозиума.— М., 1996.— С. 77–78.
10. *Чернуха Г.Е., Сметник В.П.* Применение агонистов ГнРГ (золадекс-депо) при аденоматозе эндометрия у женщин репродуктивного возраста // Пробл. репродукции.— 1997.— № 2.— С. 40–44.
11. *Плиева Э.Г.* Оптимизация лечения больных репродуктивного периода с гиперпластическими процессами эндометрия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1997.— 23 с.
12. *Запорожан В.Н.* Комбинированное криогенное лечение гиперпластических процессов матки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Харьков, 1982.— 36 с.
13. Effects of thermal endometrial ablation. Clinicopatologic correlations / J.R. Davis, D.D. King, V.F. Sibley et al. // Am. J. Clin. Pathol.— 1998.— Vol. 109, № 1—P. 96–100
14. *Попов Э.Н.* Опыт применения электродеструкции эндометрия для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин перименопаузального возраста // Акуш. и гинекол.— 1996.— № 5.— С. 41–43.
15. *Л.В. Посисеева, В.Н. Романов, Д.Н. Шишков и др.* Абляция и резекция эндометрия при лечении гиперпластических процессов эндометрия у женщин пери- и постменопаузального периода: Матер. симпозиума.— М., 1996.— С. 49–50.
16. *Hart R., Magos A.* Endometrial ablation // Cur. Opin. Obstet. Gynecol.— 1997.— Vol. 9, № 4.— P. 226–232.
17. *Бахвалова А.А.* Эффективность абляции эндометрия при рецидивирующих гиперпластических процессах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1998.— 16 с.

Поступила 06.04.2004

ENDOMETRIUM ABLATION AS AN ALTERNATIVE TO RADICAL SURGICAL TREATMENT FOR RELAPSING HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM

V.D. Usanov, I.Yu. Beresneva

S u m m a r y

Main aspects of pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of hyperplastic processes of the endometrium are reported. One of the methods of surgical treatment, endometrium ablation, is described. Long-term results of treatment depending on the metabolic profile of the patients is analyzed.