

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ
В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ****Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии****(г. Баку)**

Работа является фрагментом кандидатской диссертации «Ранняя диагностика и коррекция гиперпластических процессов эндометрия».

Вступление. Быстро развивающаяся проблема гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) занимает одно из первых мест в современной гинекологии, вызывая интерес многих специалистов: морфологов, онкологов, гинекологов и эндокринологов. Вопросы лечения гиперпластических процессов эндометрия до сих пор являются одной из наиболее актуальных проблем гинекологии. Анализ данных литературы показывает, что предлагаемые методы лечения весьма разнообразны, начиная с простого выскабливания с последующим динамическим наблюдением и заканчивая пангистерэктомией [8,3]. С внедрением в гинекологическую практику гистероскопии впервые стало возможно достоверно разрушить весь эндометрий под визуальным контролем с помощью хирургического лазера или электрического тока высокой частоты. По данным литературы, наиболее часто резекция эндометрия выполняется как альтернатива гистерэктомии при неэффективности медикаментозных методов лечения меноррагии у женщин позднего репродуктивного возраста, завершивших репродуктивную функцию [2,5,8]. Однако внедрение резекции эндометрия как метода лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия в клиническую практику требует уточнения показаний и противопоказаний к операции, четкого определения контингента больных, у которых лечение будет наиболее эффективным с учетом возраста, особенностей гормонального статуса, морфологической формы гиперпластического процесса эндометрия, состояния миометрия и яичников [1,4,6]. Актуальными остаются вопросы совершенствования техники операции для повышения ее эффективности и безопасности. Необходима выработка рациональной тактики ведения пациенток в раннем и позднем послеоперационном периоде с использованием неинвазивных методов динамического наблюдения за прооперированными больными [7,9].

Цель исследования: разработка рациональной тактики ведения больных с ГПЭ и лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия с помощью резекции эндометрия у пациенток позднего репродуктивного возраста.

Объект и методы исследования. В клинике НИИ Акушерства и Гинекологии за период с 2005 по 2010 годы было проведено обследование и лечение 150 пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. Основную группу из 134 больных составили женщины, получавшие гормональную терапию. В группу сравнения вошли 16 женщин, которым была выполнена резекция эндометрия. Лечение больных осуществлялось на базе I гинекологического отделения Клиники. Амбулаторное лечение и динамическое наблюдение проводилось на базе научно-поликлинического отдела Клиники.

28,4% пациенток предъявляли жалобы на обильные длительные менструации, 37,3% – на нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения, 34,7% – на ациклические кровянистые выделения из половых путей. У 58% больных менструации были болезненными, у 36,7% отмечались боли в нижних отделах живота и пояснице, не связанные с фазой цикла. На момент обследования и начала лечения у всех пациенток имелись сопутствующие соматические заболевания, гинекологическая патология и перенесенные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы. У всех обследованных пациенток гиперпластические процессы эндометрия сочетались с другой гинекологической патологией. Для коррекции нарушений менструальной функции и воздействия на гиперпластические процессы эндометрия больные основной группы и группы сравнения получали в анамнезе различные гормональные препараты.

В процессе обследования, лечения и динамического наблюдения за пациентками основной группы и группы сравнения проводилось подробное изучение анамнеза, полное клинико-лабораторное обследование, гинекологическое бимануальное исследование, определение содержания гонадотропных гормонов и половых стероидов в сыворотке крови, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, кольпоцитологическое исследование, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия, в ряде случаев, при наличии кист, поликистоза яичников, миомы матки и т. д. – лапароскопия с кистэктомией, электрокаутеризацией яичников, консервативной миомэктомией, а также

гистологическое исследование соскобов эндометрия и эндоцервикса и послеоперационных биоптатов.

Для объективизации контроля за послеоперационным периодом всем больным группы сравнения проводили УЗИ в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Статистический анализ результатов проводился следующими методами: для выявления различий средних между группами (для количественных признаков) использовался однофакторный дисперсионный анализ. Распределение качественных признаков (например, частота выявления миомы матки, аденомиоза и т. д. у пациенток основной группы и группы сравнения) изучалось при помощи критерия χ^2 -квадрат и точного метода Фишера для таблиц сопряженности признаков размерности 2*2. Уровень значимости, если специально не оговорено другое, принимался на уровне 0,05. Накопление данных, их группировка и все статистические расчеты выполнялись в табличном процессоре MS Excel version 7.0. В этой же программе производилось построение графиков.

Результаты исследований и их обсуждение. Для проведения гормональной терапии в основной группе использовались гестагены, в том числе внутриматочная спираль «Мирена», агонисты гонадотропинрилизинг гормонов, КОК. Наилучшие результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия были получены в подгруппе, получавшей аГРЛг «Золадекс». Наибольшее число рецидивов гиперпластических процессов эндометрия выявлено после терапии КОК.

При изучении общего и местного влияния резекции эндометрия в раннем послеоперационном периоде обращали внимание на самочувствие больных, наличие лихорадочного состояния, болевого синдрома, характер, количество и продолжительность выделений из половых путей, сроки возвращения к бытовой деятельности, восстановление трудоспособности. В позднем послеоперационном периоде оценивалось общее состояние пациенток с учетом их субъективного мнения, характер менструальной функции (аменорея или гипоменорея). Оценка эффективности резекции эндометрия проводилась не ранее, чем через 9 месяцев после операции, на основании клинических данных и на основании выявления остаточных участков эндометрия по данным трансвагинального ультразвукового исследования и гистероскопии.



Рис. 1. Зона коагуляционного некроза миометрия после резекции.



Рис. 2. Эхографическая картина полости матки на 1-е сутки после резекции эндометрия.



Рис. 3. Расширение полости матки после резекции эндометрия.

Таблица 1
Характеристика величины полости матки в раннем послеоперационном периоде после резекции эндометрия

Сутки	Ширина полости матки, мм
1е сутки после операции	12,2±5,9
6е сутки после операции	6,9±3,2

Таблица 2
Средние размеры матки у пациенток основной группы по данным ультразвукового исследования до и после резекции эндометрия

Размеры Матки	До абляции	После абляции	P
Длина	53,5±10,2	45,6±8,7	0,007
Переднезадний размер	46,9±10,5	40±7,8	0,019
Ширина	53,9±10,2	49,6±9.0	0,13

Для объективизации контроля за течением послеоперационного периода изучена ультразвуковая картина полости матки в ранние и поздние сроки после операции. В раннем послеоперационном периоде полость матки у всех больных характеризовалась яркими гиперэхогенными контурами при наличии или отсутствии содержимого. У пациенток после резектоскопической абляции эндометрия визуализировалась зона коагуляционного некроза миометрия, прилежащего к полости матки, в виде полосы неравномерной толщины с экзогенностью несколько выше средней (рис. 1).

Ширина полости матки на 1-е сутки после операции, измеряемая вместе с ее гиперэхогенными контурами, составила от 2 до 25 мм (рис. 2).

После резекции эндометрия у 90% пациенток полость матки была расширена до 10 мм и более и содержала, как правило, анэхогенную жидкость, реже была заполнена сгустками крови. Увеличение переднезаднего размера полости матки свыше 10 мм и наличие в ней жидкостного содержимого расценивалось как нарушение оттока из полости матки за счет спазма внутреннего зева или ретрофлексии матки. Данным больным проводили вакуум-аспирацию содержимого полости матки, при которой удалялось серозно-сукровичное отделяемое (рис. 3).

При контрольном ультразвуковом исследовании на 6-е сутки после операции независимо от техники операции переднезадний размер полости матки уменьшался, содержимое в полости матки сохранялось только у 4 (25%) пациенток. Данные о величине переднезаднего размера М-эха на 1-е и 6-е сутки после резекции эндометрия приведены в **таблице 1**.

На 21-е сутки после операции полость матки, как правило, визуализировалась в виде однородной гиперэхогенной структуры. Период наблюдения за прооперированными больными составил от 1 до 9 месяцев.

По данным УЗИ через 9 месяцев после операции выявлено статистически достоверное уменьшение длины и переднезаднего размера матки по сравнению с исходными показателями (табл. 2).

В течение периода наблюдения повторное оперативное лечение было проведено у 4 пациенток (2 – рецидив гиперплазии и 2 – с гематометрой); 1 пациентке в последующем была произведена радикальная операция.

Изучение отдаленных результатов резекции эндометрия показало, что в течение всего периода

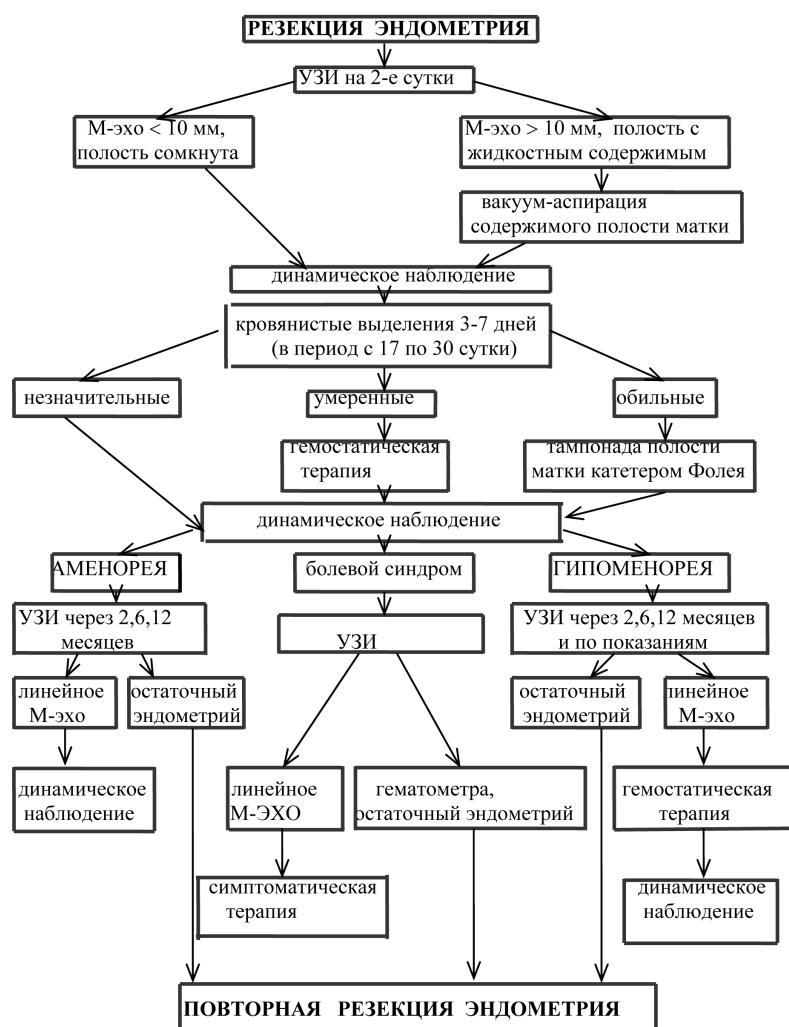


Рис. 4 Тактика ведения больных после резекции эндометрия.

наблюдения у прооперированных больных не было отмечено вегето-сосудистых и психо-эмоциональных нарушений, обострения или ухудшения течения хронических соматических заболеваний. Субъективно 10 (62,5%) пациенток были удовлетворены результатами лечения, независимо от наличия или отсутствия аменореи. В целом в течение периода наблюдения болевой синдром был отмечен у 3 прооперированных пациенток (19%). У двух из них боли были связаны с формированием гематометры. У одной пациентки после резекции эндометрия боли носили постоянный характер при отсутствии кровянистых выделений. По данным УЗИ полость матки визуализировалась в виде тонкой гиперэхогенной линии толщиной 2 мм, содержимого в полости матки не было; единственной особенностью были варикозно расширенные вены матки. Учитывая отсутствие видимой органической патологии, данная ситуация была расценена как синдром хронических тазовых болей.

На основании изучения особенностей течения послеоперационного периода нами разработаны принципы ведения пациенток в ранние и поздние сроки после операции. Поскольку, как продемонстрировано выше, по наличию или отсутствию

кровянистых выделений не представляется возможным достоверно судить о радикальности удаления эндометрия, то особое значение приобретает оценка состояния полости матки при помощи ультразвукового исследования. Тактика ведения пациенток после резекции эндометрия схематично представлена на **рисунке 4**.

Выводы. При сравнении результатов лечения пациенток основной и сравнительной групп выявлено, что частота рецидивов гиперпластических процессов эндометрия у пациенток после резекции эндометрия достоверно ниже, чем после гормональной терапии. Полученные данные убедительно свидетельствуют, что резекция эндометрия является эффективным, минимально травматичным и хорошо переносимым методом лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия и при правильном отборе пациенток может рассматриваться как реальная альтернатива длительной гормональной терапии.

Перспективы дальнейших исследований. Планируется дополнительное проведение исследований по разработке оптимальных лечебных комплексов гиперпластических процессов эндометрия.

Литература

1. Алан Х. Гинекология / Х. Алан, Д. Черни, Н. Лорен. – М.: 2009. – Т. II. – С. 172-176, С. 466-470.
2. Атабекова Л. А. Значение эхографии в комплексной диагностике гиперпластических процессов эндометрия в условиях поликлиники / Л. А. Атабекова, Н. М. Виноградова, Е. И. Шарапова, С. Г. Бурков // SonoAce-International. – 2006. – № 14. – С. 34-37.
3. Бурак А. Т. Оптимизация лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузальном периоде: автореф. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А. Т. Бурак. – М., 2004. – 18 с.
4. Бурлев В. А. Аутопаракринные нарушения регуляции ангиогенеза при пролиферативных формах заболеваний женской репродуктивной системы / В. А. Бурлев // Акуш. и гин. – 2006. – № 3. – С. 34-40
5. Вдовенко И. А. Клинико-морфологическое обоснование комплексного лечения доброкачественных гиперпластических процессов в эндометрии в менопаузе: автореф. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / И. А. Вдовенко. – Челябинск, 2006. – 20 с.
6. Давыдов А. И. Гиперпластические процессы эндометрия. В кн.: Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова, Л. Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 215-230.
7. Денисова Н. С. Значение агониста ГнРГ бусерелина-депо в терапии больных гиперпластическими процессами эндометрия в менопаузальном периоде / Н. С. Денисова // Журнал Российского Общества Акушеров-гинекологов. – 2006. – № 2. – С. 32-33.
8. Alcazar J. L. Reproducibility of Endometrial Vascular Patterns in Endometrial Disease as Assessed by Transvaginal Power Doppler Sonography in Women With Postmenopausal Bleeding / J. L. Alcazar, S. Ajossa, S. Floris [et al.] // J. Ultrasound Med. – 2006. – Vol. 25, № 2. – P. 159-163.
9. Baak J. P. A. Prospective Multicenter Validation Confirms the Prognostic Superiority of the Endometrial Carcinoma Prognostic Index in International Federation of Gynecology and Obstetrics Stage 1 and 2 Endometrial Carcinoma / J. P. A. Baak, W. Sniijders, van Diermen B. [et al.] // J. Clin. Oncology. – 2003. – Vol. 21. – P. 4214-4221.

УДК 618. 7:618. 145-002-089

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ЕНДОМЕТРІЯ В РАНЬОМУ І ПІЗНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Гулієва Н. Ч.

Резюме. Питання лікування гіперпластичних процесів ендометрія до цих пір є однією з актуальних проблем гінекології. Основою гормональної терапії є: 1) місцева дія, направлена на придушення проліферації ендометрія, що приводить до його атрофії; 2) центральна дія, направлена на придушення гонадотропних гормонів гіпофіза, а, отже, гальмування стероїдогенезу в яєчниках. У репродуктивному періоді кінцевою метою лікування є відновлення овуляторних циклів; а в пізньому репродуктивному – пригнічення менструальної функції. Для проведення гормональної терапії рекомендуються: гестогени, у тому числі внутрішньоматкова спіраль «Мірена», КОК, антогоністи гонадотропінрелізінг гормонів. Під час неефективності гормональної терапії, в разі рецидиву ГПЕ, розмірів матки менше 8 тижнів, в разі існування протипоказань

гормонотерапії для жінок, не зацікавлених в продовженні репродуктивної функції, рекомендується резекція ендометрія. Резекція ендометрія не супроводиться порушенням загального стану пацієнтів, виникненням вегето-м'язових, психоневрологічних і сексуальних порушень в післяопераційному періоді, при гарному перебігу характеризується короткостроковим знаходженням в стаціонарі, що обумовлює швидку медичну і соціальну реабілітацію хворих, скорочення періоду їх непрацездатності.

Ключові слова: жінки репродуктивного віку, гіперпластичні процеси ендометрія, лікування.

УДК 618. 7:618. 145-002-089

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Гулиева Н. Ч.

Резюме. Вопросы лечения гиперпластических процессов эндометрии до сих пор являются одной из актуальных проблем гинекологии. Основой гормональной терапии являются: 1) местное действие, направленное на подавление пролиферации эндометрия, приводящее к его атрофии 2) центральное действие, направленное на подавление гонадотропных гормонов гипофиза, а, следовательно, торможение стероидогенеза в яичниках. В репродуктивном периоде конечной целью лечения является восстановление овуляторных циклов; а в позднем репродуктивном – подавление менструальной функции. Для проведения гормональной терапии рекомендуется: гестогены, в том числе внутриматочная спираль «Мирена», КОК, антагонисты гонадотропинрилизинг гормонов. Во время неэффективности гормональной терапии, в случае рецидива ГПЕ, размеров матки менее 8 недель, в случае существования противопоказаний гормонотерапии для женщин, не заинтересованных в продолжении репродуктивной функции, рекомендуется резекция эндометрия. Резекция эндометрия не сопровождается нарушением общего состояния пациентов, возникновением вегето-мышечных, психоневрологических и сексуальных нарушений в послеоперационном периоде, при хорошей переносимости характеризуется краткосрочным нахождением в стационаре, что обуславливает скорую медицинскую и социальную реабилитацию больных, сокращение периода их нетрудоспособности.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, гиперпластические процессы эндометрия, лечение.

UDC 618. 7:618. 145-002-089

Tactics Conducting Patients after Endometry's Resection in the Early and Late Postoperative Period

Guliyeva N. Ch.

Abstract. Questions of treatment of hyper plastic processes an endometriya still are one of the most actual problems of gynecology. From 2005 for 2010 examination and treatment of 150 patients of early and late reproductive age with hyper plastic processes an endometriya was conducted. The main group of 134 patients was made by the women receiving hormonal therapy. The group of comparison included 16 women to whom the resection an endometriya was executed. At the time of inspection and an initiation of treatment all patients had accompanying somatic diseases, gynecologic pathology and the transferred surgeries on bodies of reproductive system. For correction of violations of menstrual function and impact on hyper plastic processes an endometriya patients of the main group and group of comparison received various hormonal preparations in the anamnesis.

In the course of inspection, treatment and dynamic supervision over patients of the main group and group of comparison detailed studying of the anamnesis, full kliniko-laboratory inspection, gynecologic bimanualny research, definition of the maintenance of gonadotropny hormones and sexual steroids in blood serum, transvaginalny ultrasonic research of bodies of a small basin, colpocytology research, hysteroscopy, a separate diagnostic scraping endocervicitis and an endometriya, in some cases, in the presence of cysts, поликистоза yaichnik, uterus myoma, etc. – a laparoscopy with a kistektomiya, elektrokauterizatsiy yaichnik, a conservative miomektomiya, and also histologic research соскобов an endometriya and endocervicitis and postoperative biopsy material was carried out.

For an objektivization of control of the postoperative period all patient of group of comparison carried out ultrasonography in the early and late postoperative period.

The assessment of efficiency of a resection an endometriya was carried out not earlier than in 9 months after operation, on the basis of clinical data and on the basis of identification of residual sites an endometriya according to transvaginalny ultrasonic research and hysteroscopy. When comparing results of treatment of patients of the main and comparative groups it is shown that the frequency of recurrence of hyper plastic processes an endometriya at patients after a resection an endometriya reliable below, than after hormonal therapy. Frequency of recurrence of hyper plastic processes an endometriya at patients of the main and comparative groups. The resection an endometriya is effective, minimum travmatichny and well transferable method of treatment of recidivous hyper plastic processes an endometriya and at the correct selection of patients can be considered as real alternative of long hormonal therapy.

Key words: women of reproductive age, hyper plastic processes endometriya, treatment.

Рецензент – проф. Громова А. М.

Стаття надійшла 5. 12. 2013 р.