

Інноваційні підходи до оперативного лікування жінок репродуктивного та пременопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія

В.М. Гончаренко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м.Київ

Мета дослідження: поліпшення результатів оперативного лікування хворих репродуктивного та пременопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія (ГПЕ) шляхом втілення індивідуалізованого лікувального алгоритму із застосуванням монополярної гістероскопічної та радіохвильової абляції ендометрія.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 62 жінки з неатиповою формою гіперплазії ендометрія, які знаходились на лікуванні у Центрі загальної гінекології клінічної лікарні «Феофанія», гінекологічному відділенні міського пологового будинку № 3 м. Києва. Залежно від вікової групи, характеру патологічного процесу та методу лікування проведено рандомізоване розподілення жінок за групами: 1-а група – 41 жінка репродуктивного та пременопаузального віку з неатиповими формами гіперплазії ендометрія (ШЕБА та КГЕБА), яким була проведена гістероскопічна монополярна абляція ендометрія; 2-а група – 21 жінка репродуктивного та пременопаузального віку з неатиповими формами гіперплазії ендометрія (ШЕБА та КГЕБА), яким була проведена радіохвильова абляція ендометрія (РХАЕ). У 1-й групі вік хворих коливався від 42 до 54 років, середній вік склав $49,9 \pm 4,7$ року. У 2-й групі вік хворих коливався в межах від 41 до 53 років, середній вік – $51,6 \pm 4,3$ року.

Результати. Порівняльний аналіз особливостей методик проведення гістероскопічної монополярної абляції та РХАЕ засвідчив той факт, що для проведення РХАЕ – застосовували місцеву анестезію, тоді як для проведення гістероскопічної монополярної абляції був необхідний внутрішньовенний наркоз.

Тривалість проведення гістероскопічної монополярної абляції ендометрія склала $28,6 \pm 5,5$ хв, РХАЕ згідно зі стандартною методикою – $44,3 \pm 0,3$ хв.

При проведенні гістероскопічної монополярної абляції ендометрія у 2 (3,7%) хворих спостерігали ознаки інтравазалії рідини, підвищення артеріального тиску та тахікардію. Даний синдром був успішно купований, але в подальшому у жінок проводили ретельне спостереження. При виконанні РХАЕ інтраопераційних ускладнень не виявлено.

Заключення. 1. Жінкам з неатиповими формами гіперплазії ендометрія пременопаузального віку та пізнього репродуктивного віку, які не мають репродуктивних планів як альтернативи гістеректомії, при наявності протипоказань або неефективності гормонального лікування може бути рекомендована монополярна гістероскопічна або радіохвильова абляція ендометрія.

2. Монополярна гістероскопічна абляція ендометрія показана жінкам з неатиповими формами гіперплазії ендометрія, може використовуватися за наявності субмукозної форми фіброміоми матки, післяопераційних рубців на матці, але за умов відсутності аденоміозу II–III ступеня. Ефективність монополярної гістероскопічної абляції ендометрія у жінок з неатиповими формами гіперплазії ендометрія складає 87,8%.

3. Жінки після абляції ендометрія повинні знаходитися під динамічним спостереженням протягом двох років. Методом вибору для динамічного спостереження за станом порожнини матки у жінок, яким проведена абляція ендометрія, є транспіхвове ультразвукове дослідження, яке слід проводити через 1, 3, 6, 12 та 24 міс спостереження.

4. У випадку рецидиву гіперпластичного процесу ендометрія (кровомазання, потовщення М-еха за даними УЗД) показано проведення гістероскопії з обов'язковим патогістологічним дослідженням та верифікацією діагнозу.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, жінки пременопаузального віку, жінки репродуктивного віку, абляція ендометрія.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) посідають провідне місце у структурі гінекологічної захворюваності. Клінічний інтерес до проблеми зумовлений високою частотою рецидивів і складає до 30–50%, а також тим, що хворі з ГПЕ входять до групи високого ризику щодо розвитку раку ендометрія та тіла матки [5].

За останні роки значно розширився арсенал гормональних препаратів для лікування ГПЕ, проте у деяких хворих є протипоказання для їхнього застосування [3, 4, 7]. При неефективності гормональної терапії або за наявності протипоказань до її проведення методом вибору для хворих з ГПЕ, особливо у поєднанні з лейоміомою або аденоміозом, вважають хірургічне лікування в об'ємі гістеректомії. При визначенні тактики ведення хворих з ГПЕ лікарі часто дотримуються тактики, яка була висловлена Halban ще 50 років тому: «Гіперплазія ендометрія – не рак, але матку краще видалити». Проте радикальне оперативне лікування супроводжується значним числом ускладнень і високою частотою функціональних розладів у післяопераційний період [1, 6]. Одним з інноваційних методів лікування жінок з ГПЕ є абляція ендометрія, суть якого полягає у гістероскопічному видаленні або термоабляції базального шару з метою досягнення маткової форми аменореї [2, 5, 8].

Мета дослідження: поліпшення результатів оперативного лікування хворих репродуктивного та пременопаузального віку з ГПЕ шляхом втілення індивідуалізованого лікувального алгоритму із застосуванням монополярної гістероскопічної та радіохвильової абляції ендометрія.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 62 жінки з неатиповою формою гіперплазії ендометрія, які знаходились на лікуванні у Центрі загальної гінекології клінічної лікарні «Феофанія», гінекологічному відділенні міського пологового будинку № 3 м. Києва. Залежно від вікової групи, характеру патологічного процесу та методу лікування проведено рандомізоване розподілення жінок за групами (табл. 1): 1-а група – 41 жінка репродуктивного та пременопаузального віку з

Розподіл жінок по групах дослідження

Форма гіперплазії ендометрія	1-а група, n=41	2-а група, n=21
	Гістероскопічна монополярна абляція ендометрія	Радіохвильова термоабляція ендометрія
ПГЕБА, n	29	12
КГЕБА, n	12	9

Таблиця 2

Особливості перебігу післяопераційного періоду у жінок груп дослідження

Показник	1-а група, n=41	2-а група, n=21
Вид анестезії	Внутрішньовенна	Місцева
Тривалість оперативного втручання, хв	28,6±5,5	44,3±0,3
Синдром інтравазації, n (%)	2 (3,7)	0
Гіпертермія (субфебрильна) у перші 3 доби, n (%)	23 (56,1)	17 (81,5)
Призначення утеротоніків, n (%)	8 (19,5)	0
Застосування кровоспинних препаратів, n (%)	8 (19,5)	0
Передопераційний період, дів	0,5	0,4
Тривалість госпіталізації, дів	3,1±0,7	1,8±0,4
Виділення зі статевих шляхів, дів	23,5±3,7	27,8±1,4

неатиповими формами гіперплазії ендометрія (ПГЕБА та КГЕБА), яким була проведена гістероскопічна монополярна абляція ендометрія; 2-а група – 21 жінка репродуктивного та пременопаузального віку з неатиповими формами гіперплазії ендометрія (ПГЕБА та КГЕБА), яким була проведена радіохвильова абляція ендометрія (РХАЕ). У 1-й групі вік хворих коливався від 42 до 54 років, середній вік склав 49,9±4,7 року. У 2-й групі вік хворих коливався в межах від 41 до 53 років, середній вік – 51,6±4,3 року.

Усі хворі обстежені згідно з Наказом МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. На першому етапі після загальноклінічного обстеження характер патологічного процесу в ендометрії визначали шляхом проведення діагностичної гістероскопії з вишкрібанням стінок порожнини матки та каналу шийки матки з подальшою патогістологічною верифікацією діагнозу. Групи хворих були рандомізовані за віком, характером скарг, анамнезом та наявністю соматичної та супутньої генітальної патології.

Гістероскопічну монополярну абляцію ендометрія проводили на 7–8-й день менструального циклу під внутрішньовенним наркозом. У якості рідини для розширення порожнини матки застосовували 5% розчин глюкози. Абляцію ендометрія проводили після чіткої візуалізації порожнини матки, застосовували тактику поетапного використання двох видів електродів у режимі «різка» – електрод «петля», у режимі «коагуляція» – електрод «куля», що дозволяло послідовно проводити оперативне втручання. Послідовність обробки порожнини матки була наступною: у першу чергу проводили оброблення передньої та задньої стінок матки, потім бокових стінок та маткових кутів. Така послідовність зумовлена технічними труднощами при обробленні кутів матки та сприятливими умовами, коли бокові, передня та задня стінки вже оброблені і кути матки стають доступними для оброблення. Для обробки кутів матки застосовували електрод «куля», у зв'язку з тим, що саме тут великий ризик перфорації матки, а також поранення гілок маткової артерії.

РХАЕ проводили з використанням апарату «Unitherm» – «ДСМ-УКРАІНА» на 6–7-й день менструального циклу під місцевою анестезією. В умовах денного стаціонару проведено РХАЕ 5 (23,8%) хворим, 16 (76,2%) хворим – в умовах гінекологічного відділення. Беручи до уваги технічні особливості

застосування методу РХАЕ, у цю групу дослідження не були включені хворі із субмукозною лейоміомою матки та з післяопераційним рубцем на матці, що обмежувало широту застосування методу. Після розширення каналу шийки матки в порожнину матки вводили аплікатор з визначенням температурного режиму 48–50 °С протягом 40 хв. Застосовували чотири стандартних положення аплікатора для рівномірного оброблення стінок матки.

У післяопераційний період проводили оцінювання скарг, контроль температури тіла та обсяг і характер виділень зі статевих шляхів. Подальше динамічне спостереження за хворими після абляції ендометрію проводили амбулаторно. На 3, 7-й день та через 1, 3, 6, 12, 24 міс проводили оцінювання скарг, загального стану, характеру виділень зі статевих шляхів, гінекологічний огляд з УЗД малого таза, за показаннями проводили офісну гістероскопію або аспірацію ендометрія з порожнини матки. Термін спостереження складав від 1 до 7 років.

При проведенні динамічного УЗД згідно з планом оглядів проводили оцінювання розмірів матки, стан порожнини, структуру ендометрія та наявність сінехій, уточнювали стан яєчників.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз особливостей методик проведення гістероскопічної монополярної абляції та РХАЕ засвідчив той факт, що для проведення РХАЕ застосовували місцеву анестезію, тоді як для проведення гістероскопічної монополярної абляції був необхідний внутрішньовенний наркоз.

Тривалість проведення гістероскопічної монополярної абляції ендометрія склала 28,6±5,5 хв, РХАЕ згідно зі стандартною методикою – 44,3±0,3 хв (табл. 2).

При проведенні гістероскопічної монополярної абляції ендометрія у 2 (3,7%) хворих спостерігали ознаки інтравазації рідини, підвищення артеріального тиску та тахікардію. Даний синдром був успішно купований, але в подальшому у жінок проводили ретельне спостереження. При виконанні РХАЕ інтраопераційних ускладнень не виявлено.

Дослідження особливостей перебігу післяопераційного періоду встановило, що субфебрильна температура тіла спостерігалася у 23 (56,1%) хворих 1-ї групи та у 17 (81,5%) – 2-

Таблиця 3

Динаміка УЗД-ознак у післяопераційний період у жінок 1-ї групи

УЗД-ознаки	Термін спостереження					
	7 днів	1 міс	3 міс	6 міс	1 рік	2 роки і більше
М-ехо мм, n (%)		Лінійне – 41 (100)	Лінійне – 41 (100)	Лінійне – 38 (92,8)	Лінійне – 37 (90,3)	Лінійне – 36 (87,8)
Рецидив або неповний ефект, n (%)	-	-	-	3 (7,3)	4 (9,7)	5 (12,2)
Сінехії	-	-	+	+	+	+
Вміст порожнини матки	Рідинний неоднорідний	Відсутній	Відсутній	Відсутній	Відсутній	Відсутній
Інфільтрація міометрія	0,3-0,5 см	Відсутня	Відсутня	Відсутня	Відсутня	Відсутня

Таблиця 4

Динаміка УЗД-ознак у післяопераційний період у жінок 2-ї групи

УЗД-ознаки	Термін спостереження					
	7 днів	1 міс	3 міс	6 міс	1 рік	2 роки і більше
М-ехо мм, n (%)		Лінійне – 21 (100)	Лінійне – 20 (95,2)	Лінійне – 18 (85,7)	Лінійне – 17 (78,9)	Лінійне – 16 (76,2)
Рецидив або неповний ефект, n (%)	-	-	1 (4,8)	3 (7,3)	4 (19,1)	5 (23,8)
Сінехії	-	-	+	+	+	+
Вміст порожнини матки	Рідинний неоднорідний	Відсутній	Відсутній	Відсутній	Відсутній	Відсутній
Інфільтрація міометрія	0,5-1 см	Відсутня	Відсутня	Відсутня	Відсутня	Відсутня

Таблиця 5

Віддалені результати оперативного лікування жінок з неатиповими формами гіперплазії ендометрія

Показник	1-а група, n=41	2-а група, n=21
Загальна ефективність, %	87,8	76,5
Аменорея, %	87,8	76,2
Гіпоменорея, n (%)	4 (9,1)	3 (14,2)
Відсутність ефекту, n (%)	1 (2,4)	2 (9,6)

ї групи, рівень гіпертермії складав 37,3–37,5 °С, необхідності у додаткових призначеннях не було.

Рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів протягом перших 2–3 днів спостерігалися у 8 (19,5%) хворих 1-ї групи, що стало приводом для призначення утеротоніків одноразово, у 2-й групі виділення мали помірний сукроватий характер, після чого спостерігались серозні мізерні виділення.

Виділення зі статевих шляхів спостерігалися протягом 23±3,7 доби у жінок 1-ї групи та у 27,8±1,4 доби – у жінок групи 2. Тривалість госпіталізації жінок 1-ї групи склала 3,1±0,7 доби, пацієток 2-ї групи – 1,8±0,7 доби, при цьому у 5 (23,8%) хворих з 2-ї групи процедура виконана в умовах денного стаціонару.

Аналіз характеру перебігу післяопераційного періоду у 1-ї групи засвідчив, що при УЗД на 7-у добу спостерігали розширення порожнини матки 0,5–1,8 см, заповнення порожнини матки неоднорідним рідинним вмістом, помірні сукроваті виділення зі статевих шляхів. У подальшому протягом 3 міс у всіх жінок спостерігали фіброзування стінок порожнини матки, формування сінехій, у 4 (9,7%) жінок відзначено наявність рідинного компонента у порожнині матки з розширенням порожнини матки до 4–5 мм. На 6-у місяці спостереження у 3 (7,3%) жінок визначили появу ендометрія товщиною 3–4 мм, під час контрольного дослідження через рік спостерігали збільшення даної категорії хворих – 6 (14,6%). Дані УЗД були зіставними з клінічними даними. Так, загальна

ефективність – 85,4%: у 35 жінок була діагностована аменорея. У 4 (9,7%) жінок виявлена гіпоменорея, рецидив гіперпластичного процесу був виявлений у 2 (4,8%) жінок, що стало приводом для проведення гістероскопії (табл. 3).

Дослідження перебігу післяопераційного періоду у жінок 2-ї групи після РХАЕ встановило, що на 7-у добу спостерігалося помірне розширення порожнини матки 0,5–1,1 см, де визначався неоднорідний рідинний вміст. Зона інфільтрації була рівномірною, ущільненою, 1,2–1,4 см, кровообіг не визначався (табл. 4).

Через місяць після проведеної РХАЕ при УЗД визначали тонкий шар гіпоехогенного вмісту до 4 мм, наявність формування сінехій. Дослідження, які проводили на 3-у та 6-у місяцях спостереження, встановили наявність зони фіброзу – зони підвищеної ехогенності навколо щільної порожнини матки. У подальшому спостерігали сформовану зону фіброзу до 1–4 мм у вигляді смуги.

Аналіз ефективності РХАЕ засвідчив, що в 1 (4,7%) хворі на 3-у місяці дослідження спостерігали появу мізерної менструації. На 6-у місяці дослідження спостерігали наявність у 1 (4,7%) пацієнтки в порожнині матки локусу гіперплазованого ендометрія 6 мм з ланками фіброзу, а також появу менструації ще у 1 (4,7%) хворі. Протягом року зі скаргами на кровомазання звернулися ще 2 (9,5%) хворі, у яких спостерігалася наявність ланок гіперплазованого ендометрія на тлі фіброзу (табл. 5).

Повторну гістероскопію проводили в умовах гінекологічного стаціонару під внутрішньовенною анестезією. Беручи до уваги наявність вираженого фіброзу та сінехій в області внутрішнього зіву, була запроваджена методика двоетапного гістероскопічного доступу. На першому етапі використовували гістероскоп Bittocchi (Karl Storz) з діаметром тубуса 5 мм, після візуалізації каналу шийки матки та порожнини матки, роз'єднання сінехій застосовували стандартний гістероскоп (Karl Storz) з діаметром 10 мм для проведення резекції локусів ендометрія та сінехій. За повторної гістероскопії виявили наявність в порожнині матки вираженого спайкового процесу, множинних сінехій. У жінок з гіпоменструальним синдромом було визначено наявність зон росту ендометрія, іноді спостерігалися порожнини до 0,3–0,4 мм з кров'янистим вмістом.

В одній хворій 2-ї групи виявлений залозисто-фіброзний поліп ендометрія, який був розташований в області лівого трубного кута порожнини матки, діагноз був підтверджений гістологічно. Проста гіперплазія ендометрія без атипії гістологічно виявлена у 3 хворих (в 1 (2,4%) хворій 1-ї групи та у 2 (9,5%) хворих 2-ї групи). Треба зазначити, що клінічно ця патологія проявлялася тривалими кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Ендометрій у фазі проліферації виявлено у 6 жінок – 4 (9,7%) жінок 1-ї групи та 2 (9,5%) жінок 2-ї групи. Після проведення повторної гістероскопії з абляцією ендометрія рецидивів не спостерігалось. Причинами рецидиву патологічного процесу, за даними цього дослідження, були наступні чинники: глибокі маткові кути, недостатня їхня резекція і електродеструкція області вичок маткових труб кульковим електродом та області перешийку матки, наявність аденоміозу.

ВИСНОВКИ

1. Жінкам з неатиповими формами гіперплазії ендометрія пременопаузального віку та пізнього репродуктивного віку, які не мають репродуктивних планів як альтернативи гістеректомії, за наявності протипоказань або неефективності гормонального лікування може бути рекомендована монополярна гістероскопічна або радіохвильова абляція ендометрія.

2. Радіохвильова абляція ендометрія показана жінкам з неатиповими формами гіперплазії ендометрія за відсутності рубців на матці, фіброміоми матки з субмукозною локалізацією, аденоміозу II–III ступеня, деформації порожнини матки. Ефективність радіохвильової абляції ендометрія при неатипових формах гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного та пременопаузального віку складає 76,5%.

3. Монополярна гістероскопічна абляція ендометрія показана жінкам з неатиповими формами гіперплазії ендометрія, може використовуватися за наявності субмукозної форми фіброміоми матки, післяопераційних рубців на матці, але за умов відсутності аденоміозу II–III ступеня. Ефективність монополярної гістероскопічної абляції ендометрія у жінок з неатиповими формами гіперплазії ендометрія складає 87,8%.

4. Жінки після абляції ендометрія повинні знаходитися під динамічним спостереженням протягом двох років. Методом вибору для динамічного спостереження за станом порожнини матки у жінок, яким проведена абляція ендометрія, є транспіхвове ультразвукове дослідження, яке слід проводити через 1, 3, 6, 12 та 24 міс спостереження.

5. У випадку рецидиву гіперпластичного процесу ендометрія (кровомазання, потовщення М-ека за даними УЗД) показано проведення гістероскопії з обов'язковим патогістологічним дослідженням та верифікацією діагнозу.

Инновационные подходы к оперативному лечению женщин репродуктивного и пременопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия В.Н. Гончаренко

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения больных репродуктивного и пременопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) путем внедрения индивидуализированного лечебного алгоритма с применением монополярной гистероскопической и радиоволновой абляции эндометрия.

Материалы и методы. В исследование были включены 62 женщины с неатипической формой гиперплазии эндометрия, которые находились на лечении в Центре общей гинекологии клинической больницы «Феодания», гинекологическом отделении городского родильного дома № 3 г. Киева. В зависимости от возрастной группы, характера патологического процесса и метода лечения проведено рандомизированное распределение женщин по группам: 1-я группа – 41 женщина репродуктивного и пременопаузального возраста с неатипичными формами гиперплазии эндометрия (ПГЭБА и КГЭБА), которым была проведена гистероскопическая монополярная абляция эндометрия; 2-я группа – 21 женщина репродуктивного и пременопаузального возраста с неатипичными формами гиперплазии эндометрия (ПГЭБА и КГЭБА), которым была проведена радиоволновая абляция эндометрия (РХАЕ). В 1-й группе возраст больных колебался от 42 до 54 лет, средний возраст составил $49,9 \pm 4,7$ года. Во 2-й группе возраст больных колебался в пределах от 41 до 53 лет, средний возраст – $51,6 \pm 4,3$ года.

Результаты. Сравнительный анализ особенностей методик проведения гистероскопической монополярной абляции и РХАЕ показал тот факт, что для проведения РХАЕ применяли местную анестезию, тогда как для проведения гистероскопической монополярной абляции был необходим внутривенный наркоз.

Продолжительность проведения гистероскопических монополярной абляции эндометрия составила $28,6 \pm 5,5$ мин, РХАЕ – согласно стандартной методике – $44,3 \pm 0,3$ мин.

При проведении гистероскопической монополярной абляции эндометрия у 2 (3,7%) больных наблюдали признаки интравазационной жидкости, повышение артериального давления и тахикардию. Данный синдром был успешно купирован, но в дальнейшем женщинам проводили тщательное обследование. При выполнении РХАЕ интраоперационных осложнений не выявлено.

Заключение. 1. Женщинам с неатипичными формами гиперплазии эндометрия пременопаузального и позднего репродуктивного возраста, не имеющих репродуктивных планов как альтернативы гистеректомии, при наличии противопоказаний или неефективности гормонального лечения может быть рекомендована монополярная гистероскопическая или радиоволновая абляция эндометрия.

2. Монополярная гистероскопическая абляция эндометрия показана женщинам с неатипичными формами гиперплазии эндометрия, может использоваться при наличии субмукозной формы фибромиоми матки, послеоперационных рубцов на матке, но при отсутствии аденомиоза II–III степени. Эффективность монополярной гистероскопической абляции эндометрия у женщин с неатипической формой гиперплазии эндометрия составляет 87,8%.

3. Женщины после абляции эндометрия должны находиться под динамическим наблюдением в течение двух лет. Методом выбора для динамического наблюдения за состоянием полости матки у женщин, которым проведена абляция эндометрия, является трансвагинальное ультразвуковое исследование, которое следует проводить через 1, 3, 6, 12 и 24 мес наблюдения.

4. В случае рецидива гиперпластического процесса эндометрия (кровянистые выделения, утолщение М-эха по данным УЗИ) показано проведение гистероскопии с обязательным патогістологічним дослідженням і верифікацією діагнозу.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, женщины пременопаузального возраста, женщины репродуктивного возраста, абляция эндометрия.

Innovative approaches to operational treatment of women of reproductive eligibility age with hyperplastic processes of the endometrium

V. N. Goncharenko

The aim of the study: was improvement of results of surgical treatment of patients of reproductive age eligibility with hyperplastic processes of endometrium (HPE) through the introduction of individualized treatment algorithm with the use of monopolar radio wave and hysteroscopic endometrial ablation.

Materials and methods. The study included 62 women with non-atypical form of hyperplasia of the endometrium who were treated at the Center of General gynecology of the clinical hospital "Feofania", gynecological Department at the city maternity hospital № 3 of Kyiv. Depending on the age group, nature of the pathological process and method of treatment is randomized, the distribution of women according to groups: group 1 – 41 women's reproductive eligibility age netipichnaya forms of endometrial hyperplasia (PHEBA and KGEB), who were subjected to hysteroscopic monopolar endometrial ablation; group 2 – 21 female reproductive eligibility age netipichnaya forms of endometrial hyperplasia (PHEBA and KGEB), which was held radiowave ablation of the endometrium (RHAЕ). In the 1st group the age of patients ranged from 42 to 54 years, mean age was 49,9±4.7 years. In the 2nd group the age of patients ranged from 41 to 53 years, mean age of 51.6±4.3 years.

Results. A comparative analysis of the techniques for hysteroscopic monopolar ablation and RHEE showed the fact that for RHEE used local anesthesia, while carrying out hysteroscopic monopolar ablation was necessary intravenous anesthesia.

The duration of the hysteroscopic monopolar endometrial ablation was 28.6±5.5 min, RAE – according to the standard method – 44,3±0,3 min.

When performing hysteroscopic monopolar endometrial ablation in 2 patients (3,7%) patients observed the signs of intravasation of fluid, increased blood pressure and tachycardia. This syndrome was successfully docked, but in the future, women have conducted a thorough examination. When you run RHAЕ intraoperative complications have been identified.

Conclusion. 1. Women with netipichnaya forms of endometrial hyperplasia eligibility and late reproductive age who do not have reproductive plans as an alternative to hysterectomy, in the presence of contraindications or ineffectiveness of hormone treatment may be recommended or radiowave monopolar hysteroscopic ablation of the endometrium.

2. Monopolar hysteroscopic endometrial ablation is indicated for women with netipichnaya forms of endometrial hyperplasia, can be used in the presence of submucous form of uterine fibroids, postoperative scars on the uterus, but in the absence of adenomyosis II–III degree. The effectiveness of monopolar hysteroscopic endometrial ablation in women with non-atypical form of hyperplasia of the endometrium is 87,8%.

3. Women after endometrial ablation should be under observation for two years. The method of choice for dynamic monitoring of the condition of the uterus in women who underwent endometrial ablation is transvaginal ultrasound which should be performed after 1, 3, 6, 12 and 24 months of follow up.

4. In case of recurrence of hyperplastic process of the endometrium (bleeding, thickening of the M-mode echo according to the ultrasound) shows a hysteroscopy with a mandatory histopathological examination and verification of the diagnosis.

Key words: endometrial hyperplasia, women eligibility age, women of reproductive age, ablation of the endometrium.

Сведения об авторе

Гончаренко Вадим Николаевич – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. Василия Кучера, 7; тел.: (044) 259-67-84. E-mail: Dr.V.Goncharenko@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бениук В.А., Гончаренко В.Н., Куви́та Ю.В. Внутриматочная патология: справочник врача «Гинеколог»: руководство. Киев: Библиотека «Здоровье Украины», 2013: 203.
2. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Гиперплазия эндометрия. Жіночий лікар. 2009; 5: 22–29.
3. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А., Гончаренко В.Н. Теория и практика гинекологической эндокринологии. Днепропетровск: ЧП «Лира ЛТД», 2005: 412.
4. Запорожан В. Н., Татарчук Т. Ф., Дубініна В.Г. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия. Репродуктивная эндокринология. 2012; 1 (3): 32–38.
5. Татарчук Т.Ф. Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия. Здоровье женщины. 2003; 4: 107–113.
6. Vasyly O. Beniuk, Rostyslav V. Bubnov, Olga Melnychuk . [Updating personalized management algorithm of endometrial hyperplasia in premenopausal women.] EPMA Journal 2016; 7(Suppl 1): A28. <http://link.springer.com/article/10.1186/s13167-016-0054-6>. (16.09.2015)
7. Beniuk V., Goncharenko V., Kalenska O., Demchenko O., Spivak M., Bubnov R. Predictive diagnosis of endometrial hyperplasia and personalized therapeutic strategy in women of fertile age. EPMA J. 2013; 4: 24. Доступен по: <http://www.epmajournal.com/content/4/1/24/abstract> (01.09.2013)
8. Goncharenko V., Bubnov R. Endometrial hyperplasia in women of fertile age: personalized diagnosis and therapeutic strategy. Conference Paper: 16th World Congress of the International Society of Gynecological Endocrinology (ISGE), Florence, Italy, March 2014.; 03/2014 Доступен по: <http://gest.btcongress.it/viewAbstractPdf.php?id=2048> (15.10.2-14)

Статья поступила в редакцию 22.06.2016