

ЕНДОСКОПІЧНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Резюме. Гіперпластичні процеси ендометрія займають провідне місце в структурі гінекологічної захворюваності. Одним з інноваційних методів лікування жінок з гіперпластичними процесами ендометрія є абляція ендометрія з метою досягнення маткової форми аменореї.

Матеріали і методи дослідження. Проведено оперативне лікування 45 жінок постменопаузального віку з неатиповою формою гіперплазії ендометрія, з них 25 жінок – з гістероскопічною монополярною абляцією і 20 пацієнток – із радіохвильовою абляцією ендометрія. Відстежено віддалені результати і проведено порівняльний аналіз ефективності кожної з методик.

Результати дослідження та їх обговорення. Ми встановили, що радіохвильова абляція ендометрія показана жінкам постменопаузального віку з неатиповою формою гіперплазії ендометрія за відсутності рубців на матці, фіброміомі матки із субмукозною локалізацією, деформації порожнини матки. Визначено ефективність радіохвильової абляції ендометрія при неатиповій формі гіперплазії ендометрія – 85%.

Монополярна гістероскопічна абляція ендометрія показана жінкам із неатиповою формою гіперплазії ендометрія, може бути застосована за наявності субмукозної форми фіброміомі матки, післяопераційних рубців на матці. Ефективність її у жінок з неатиповою формою гіперплазії ендометрія становить 96%.

Висновок. Хворим з неатиповою формою гіперплазії ендометрія постменопаузального віку як альтернатива гормонального лікування або гістеректомії може бути рекомендована монополярна гістероскопічна або радіохвильова абляція ендометрія.

Ключові слова: гіперпластичні процеси ендометрія, жінки постменопаузального віку, абляція ендометрія.

Актуальність. Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) займають провідне місце в структурі гінекологічної захворюваності. Епідеміологічні дослідження свідчать, що гінекологічна захворюваність у постменопаузі на теперішній час характеризується зростанням, а частота непластичних процесів геніталій займає друге місце після злоякісних новоутворень молочної залози [4, 6]. Також на сьогодні у жінок спостерігається тенденція до збільшення середнього віку настання менопаузи, який, за даним літератури, наближається до 52–53 років [2, 3, 7]. Актуальність визначена тим фактом, що пацієнтки з ГПЕ в постменопаузі становлять групу високого ризику щодо розвитку раку ендометрія, тому своєчасна діагностика і лікування ГПЕ в постменопаузі є важливим методом профілактики даного виду раку.

Вибираючи метод лікування ГПЕ у жінок у період постменопаузи, гінекологи стикаються з труднощами, що обумовлено соматичною обтяженістю цієї категорії хворих і наявністю численних протипоказань до гормонального лікування [1, 5, 7, 8]. Гістеректомія як лапаротомічним, так і лапароскопічним доступом через часту важку соматичну патологію хворих періоду постменопаузи пов'язана з високим ризиком для життя або ризиком важких ускладнень і не є оптимальним методом лікування [2, 4, 6].

Але з розробкою та втіленням у гінекологічну практику малоінвазивних технологій проблема оперативного лікування хворих постменопаузального віку з ГПЕ отримала новий етап розвитку. Одним з інноваційних методів лікування жінок із ГПЕ є абляція ендометрія, його суть полягає в гістероскопічному видаленні або термоабляції базального шару з метою досяг-

нення маткової форми аменореї [3, 9, 10]. Тому розробка та втілення інноваційних малоінвазивних методів оперативного лікування жінок постменопаузального віку з неатиповими формами ГПЕ є пріоритетним напрямом сучасної гінекології.

Мета дослідження – поліпшити результати оперативного лікування хворих постменопаузального віку з ГПЕ шляхом втілення індивідуалізованого лікувального алгоритму із застосуванням монополярної гістероскопічної та радіохвильової абляції ендометрія (РХАЕ).

Матеріали та методи дослідження. В дослідження включили 45 жінок із неатиповою формою гіперплазії ендометрія, які перебували на лікуванні у Центрі загальної гінекології клінічної лікарні «Феофанія», у гінекологічному відділенні міського пологового будинку № 3 м. Києва.

Залежно від характеру патологічного процесу та методу лікування проведено рандомізований розподіл жінок за групами: група 1 – 25 жінок постменопаузального віку з неатиповими формами гіперплазії ендометрія, яким була проведена гістероскопічна монополярна абляція ендометрія; група 2 – 20 жінок постменопаузального віку з неатиповими формами гіперплазії ендометрія, яким була проведена РХАЕ. Проводячи порівняльний аналіз між групами жінок постменопаузального віку з неатиповими формами ГПЕ, встановили, що групи спостереження зіставні. У групі 1 вік хворих коливався від 49 до 66 років, середній вік – $56,3 \pm 3,9$ року. В групі 2 вік хворих коливався в межах від 50 до 64 років, середній вік – $54,6 \pm 4,1$ року.

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

Гістероскопічна монополярна абляція ендометрія проводилася з використанням обладнання «Karl Storz» під внутрішньовенним наркозом, рідиною для розширення порожнини матки був 5% розчин глюкози.

РХАЕ проводилася з використанням апарата «Unitherm» – «ДСМ – УКРАЇНА» під місцевою анестезією. Беручи до уваги технічні особливості застосування методу РХАЕ, в групу дослідження не включалися хворі з субмукозною лейоміомою матки та з післяопераційним рубцем на матці, що обмежувало широту застосування методу. Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводився аплікатор з визначенням температурного режиму $48\text{--}50$ °С протягом 40 хв. Застосовували чотири стандартних положення аплікатора для рівномірної обробки стінок матки.

У післяопераційному періоді проводили оцінку скарг, контроль температури тіла та обсяг і характер виділень зі статевих шляхів. Подальше динамічне спостереження за хворими після абляції ендометрія проводилося амбулаторно. На 3-й і 7-й дні та через 1, 3, 6, 12, 24 місяці здійснювали оцінку скарг, загального стану, характер виділень зі статевих шляхів, гінекологічний огляд з ультразвуковим дослідженням (УЗД) малого тазу, за показаннями проводили офісну гістероскопію або аспірацію ендометрія з порожнини матки. Термін спостереження становив від 1 до 7 років. При проведенні динамічного УЗД проводили оцінку розмірів матки, стан порожнини, структуру ендометрія та наявність синехій, уточнювали стан яєчників.

Результати дослідження та їх обговорення. Порівняльний аналіз особливостей методик проведення гістероскопічної монополярної та РХАЕ вказав на той факт, що для проведення РХАЕ застосовувалася місцева анестезія, тоді як для проведення гістероскопічної монополярної абляції необхідний внутрішньовенний наркоз.

Тривалість проведення гістероскопічної монополярної абляції ендометрія – $25,4 \pm 5,5$ хв, РХАЕ згідно зі стандартною методикою – $44,3 \pm 0,3$ хв (табл. 1).

При проведенні гістероскопічної монополярної абляції ендометрія у 2 (8%) випадках спостерігалися ознаки інтравазації рідини, підвищення артеріального тиску та тахікардія. Даний синдром було успішно зупинено, але в подальшому за жінками ретельно спостерігали. При виконанні РХАЕ інтраопераційних ускладнень не спостерігалося.

Таблиця 1

Особливості післяопераційного періоду у жінок груп спостереження

Захворювання	Група 1 (n = 25)	Група 2 (n = 20)
Вид анестезії	внутрішньовенна	місцева
Тривалість оперативного втручання	25,4 ± 3,5	44,3 ± 0,3
Синдром інтравазазії	2 (8%)	0
Гіпертермія (субфебрильна) у перші 3 доби	14 (56%)	17 (85%)
Призначення утеротоніків	3 (12%)	0
Кровоспинні препарати	3 (12%)	0
Передопераційний період (доба)	1	0,4
Тривалість госпіталізації	3,7 ± 0,9	1,9 ± 0,8
Виділення зі статевих шляхів	18,6 ± 4,7	26,1 ± 3,8

Оцінку перебігу післяопераційного періоду проводили за наявністю скарг, показниками гемодинаміки, контролюючи температуру тіла та обсяг і характер виділень зі статевих шляхів. Аналіз даних показав, що субфебрильна температура тіла спостерігалася у 14 (56%) хворих групи 1 та у 17 (85%) групи 2, рівень гіпертермії становив 37,3–37,5 °С, необхідності в додаткових призначеннях не було.

У 3 (12%) пацієток групи 1 спостерігали рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів у

першу добу післяопераційного періоду, даній категорії хворих були призначені утеротоніки (окситоцин) протягом доби з позитивним ефектом. Виділення зі статевих шляхів спостерігалися протягом 18,6 ± 4,7 дня у жінок групи 1 та 26,1 ± 3,8 дня у жінок групи 2. Тривалість госпіталізації жінок групи 1 становила 3,7 ± 0,9 доби, групи 2 – 1,9 ± 0,8 доби, при цьому 6 (30%) пацієткам з групи 2 процедура виконана в умовах денного стаціонару.

Протягом 3-х місяців спостереження у всіх жінок групи 1 визначали зменшення розмірів порожнини матки, утворення фіброзної тканини та синехій. У 5 (20%) хворих спостерігали наявність тонкої рідинної смуги 2–3 мм завтовшки. На 6-му місяці спостереження при УЗД визначили лінійне М-ехо товщиною 2–3 мм, переривистий характер М-еха, наявність фіброзу та синехій (табл. 2).

Контрольне обстеження через 1 рік встановило прогресивне збільшення кількості синехій у порожнині матки, наявність фіброзу порожнини матки. Рецидиву ГПЕ протягом року не виявлено. При обстеженні через 2 роки після абляції ендометрія в 1 (4%) пацієнтки визначена ділянка потовщення ендометрія в ділянці перешийка матки, що стало приводом для проведення гістероскопії. При проведенні гістероскопії встановлено наявність поліпа ендометрія на рівні перешийкового відділу розмірами 2,2 на 1,8 см, клінічних проявів (кров'янисті виділення зі ста-

Таблиця 2

Динаміка УЗ ознак у післяопераційному періоді у жінок групи 1

УЗ ознаки	Термін спостереження					
	7 днів	1 місяць	3 місяці	6 місяців	1 рік	2 роки
М-ехо, мм		лінійне 100% n = 25	лінійне 100% n = 25	лінійне 100% n = 25	лінійне 100% n = 25	лінійне 96% n = 24
Рецидив або неповний ефект	–	–	–	–	–	4% n = 1
Синехії	–	–	+	+	+	+
Вміст порожнини матки	рідинний або неоднорідний	рідинний або відсутній	рідинний або відсутній	відсутній	відсутній	відсутній
Ширина порожнини матки	0,5–1,8 см	–	–	–	–	–

тевих шляхів, біль) у цієї жінки не визначалося. При патогістологічному дослідженні встановлено наявність фіброзного поліпа ендометрія, після проведення поліпектомії протягом 3-х років спостереження рецидиву не спостерігалось.

Звертає на себе увагу те, що в 1 (4%) пацієнтки, за даними УЗД, через 18 місяців після гістероскопічної монополярної абляції ендометрія встановлено наявність у порожнині матки рідинного компоненту з розширенням порожнини до 17 мм, хвора скаржилася на періодичний неінтенсивний біль у нижній частині живота. При гістероскопії встановлено: цервікальний канал облітерований у перешийковому відділі, наявність множинних синехій, порожнина матки заповнена прозорим слизом, стінки порожнини матки фіброзовані із синехіями по боках. Проведено резекцію синехій перешийкового відділу порожнини матки. Цей випадок ми не розцінювали як рецидив основного захворювання, оскільки серозометра та ГПЕ мають іншу патогенетичну основу.

Аналіз особливостей перебігу післяопераційного періоду у жінок групи 2 показав, що на 3-тю добу спостерігається помірно розширення порожнини матки (0,4–1,4 см) за рахунок неоднорідного рідинного вмісту (табл. 3). Зона інфільтрації – рівномірна, ущільнена, 1,2–1,3 см. При УЗД у зоні інфільтрації ехо-сигнали кровотоку не визначалися, що вказувало на відсутність кровообігу у цій зоні. Через місяць після проведеної РХАЕ при УЗД у 8 (40%) жінок визначали

тонкий шар неоднорідного гіпоехогенного вмісту до 4 мм, наявність синехій. При контрольному обстеженні через 2 роки після абляції ендометрія в 1 (5%) пацієнтки визначено потовщення ендометрія у ділянці перешийка матки, що стало приводом для проведення гістероскопії.

Дослідження, які проводилися на 3-му місяці спостереження, вказали на наявність зони фіброзу (зони підвищеної ехогенності навколо щільної порожнини матки). У подальшому спостерігали сформовану зону фіброзу до 1–4 мм у вигляді смуги. На 6-му місяці при контрольному обстеженні в 1 (5%) пацієнтки визначили наявність рецидиву ГПЕ. Так, у порожнині матки визначили появу локуса потовщення М-еха довжиною 3 см у ділянці середньої третини порожнини матки, локус мав неоднорідну структуру з ділянками фіброзу по периферії, що стало приводом для проведення гістероскопічного дослідження.

У ході гістероскопічного дослідження встановлено в ділянці внутрішнього вічка матки фіброз та синехії, після роз'єднання яких виявлена ділянка ГПЕ. За результатами гістологічного дослідження – залозистий поліп ендометрія. Після проведення повторної резекції у цієї хворої гіперпластичний процес не рецидивував. Через рік після проведення РХАЕ виявлено 2 рецидиви ГПЕ. Перше спостереження – 1 (5%) пацієнтка, в порожнині матки якої визначили локус потовщення М-еха розмірами 1,4 на 0,6 см з ділянками фіброзу по периферії у ділянці лівого трубного кута. При проведенні гістерорезекто-

Таблиця 3

Динаміка УЗ ознак у післяопераційному періоді у жінок групи 2

УЗ ознаки	Термін спостереження					
	7 днів	1 місяць	3 місяці	6 місяців	1 рік	2 роки
М-ехо, мм		лінійне 100% n = 20	лінійне 100% n = 20	лінійне 95% n = 19	лінійне 85% n = 17	лінійне 85% n = 17
Рецидив або неповний ефект	–	–	–	5% n = 1	15% n = 3	15% n = 3
Синехії	–	–	+	+	+	+
Вміст порожнини матки	рідина або неоднорідний	рідина або відсутній	відсутній	відсутній	відсутній	відсутній
Ширина порожнини матки	0,4–0,6 см	–	–	–	–	–

скопії встановлено, що порожнина матки фіброзована, по бокових стінках – множинні грубі синехії, у ділянці правого маткового кута визначається поодинокий поліп ендометрія, резекція якого проведена з резекцією основи. Гістологічно – поліп фіброзно-залозистий, при подальшому спостереженні гіперпластичний процес не рецидивував.

Також в 1 (5%) жінки виявили наявність локуса потовщення М-еха розмірами 1,1 на 0,8 см з ділянками фіброзу по периферії у ділянці перешийка порожнини матки. Гістероскопічне дослідження виявило наявність залозистого поліпа ендометрія 1 на 1 см у множинних синехіях у ділянці перешийка матки, після резекції якого ГПЕ не спостерігалось. Слід зазначити, що усі виявлені випадки рецидиву ГПЕ як групи 1, так і групи 2 мали термін менопаузи 1,5–2,5 року, що вказує на необхідність ретельного спостереження за даною категорією хворих після проведення абляції ендометрія.

Таким чином, порівняльний аналіз ефективності методик абляції ендометрія встановив, що загальна ефективність гістероскопічної монополярної абляції неатипових форм ГПЕ у жінок постменопаузального віку становила 96%, ефективність РХАЕ у даної категорії хворих – 85%.

Висновки

Хворим із неатиповими формами ГПЕ постменопаузального віку як альтернатива гормо-

нальному лікуванню або гістеректомії може бути рекомендована монополярна гістероскопічна або РХАЕ.

РХАЕ показана жінкам постменопаузального віку з неатиповими формами ГПЕ за відсутності рубців на матці, фіброміоми матки із субмукозною локалізацією, деформації порожнини матки. Ефективність РХАЕ при неатипових формах ГПЕ у жінок репродуктивного та пременопаузального віку становить 85%.

Монополярна гістероскопічна абляція ендометрія показана жінкам із неатиповими формами ГПЕ, може бути застосована за наявності субмукозної форми фіброміоми матки, післяопераційних рубців на матці. Ефективність монополярної гістероскопічної абляції ендометрія у жінок із неатиповими формами ГПЕ становить 96%.

Жінки після абляції ендометрія повинні перебувати під динамічним спостереженням протягом двох років. Методом вибору для динамічного спостереження за станом порожнини матки у жінок, яким проведено абляцію ендометрія, є транспіхвове УЗД, яке повинно проводитися через 1, 3, 6, 12 та 24 місяці спостереження.

У разі рецидиву ГПЕ (кровомазання, потовщення М-еха за даними УЗД) показано проведення гістероскопії з обов'язковим патогістологічним дослідженням та верифікацією діагнозу.

Список використаних джерел

1. Бенюк В.А., Гончаренко В.Н., Кувита Ю.В. Внутриматочная патология: справочник врача. «Гинеколог»: руководство. – К.: Библиотека «Здоровье Украины», 2013. – 203 с.
2. Бенюк В.А., Гончаренко В.Н. Клинико-морфологическое обоснование дифференциального алгоритма лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста // Охрана материнства и детства. Рецензируемый научно-практический журнал. – 2014. – № 1 (23). – С. 17–21.
3. Бенюк В.О., Макаренко М.В., Говсеев Д.А., Гончаренко В.Н. Алгоритмы в акушерстве и гинекологии // Справочник врача. – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2016. – 510 с.
4. Гончаренко В.М. Інноваційні підходи до оперативного лікування жінок репродуктивного та пременопаузального віку з гіперпластичними процесами ендометрія // Здоровье женщины. – 2016. – № 6 (112). – С. 36–41.
5. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А., Гончаренко В.Н. Теория и практика гинекологической эндокринологии. – Днепропетровск: ЧП «Лири ЛТД», 2005. – 412 с.
6. Запорожан В.Н. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия / В.Н. Запорожан, Т.Ф. Татарчук, В.Г. Дубинина // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – 1 (3). – С. 32–38.
7. Татарчук Т.Ф. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. – 2003. – № 4. – С. 107–113.

8. Beniuk V., Goncharenko V., Kalenska O.V. et al. Predictive diagnosis of endometrial hyperplasia and personalized therapeutic strategy in women of fertile age // EPMA J. – 2013. – Vol. 4, N 24 (<http://europepmc.org/articles/PMC3866390>).

9. Goncharenko V., Kalenska O., Demchenko O. et al. Predictive diagnosis of endometrial hyperplasia and personalized therapeutic strategy in women of fertile age // EPMA J. – 2013. – Vol. 4, N 24 (<http://www.epmajournal.com/content/4/1/24/abstract>) (01.09.2013).

10. 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 (<http://gest.btcongress.it/viewAbstractPdf.php?id=2048>) (15.10.2014).

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В.М. Гончаренко, В.С. Ярмак

Резюме. Гиперпластические процессы эндометрия занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Одним из инновационных методов лечения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия является абляция эндометрия с целью достижения маточной формы аменореи.

Материалы и методы исследования. Проведено оперативное лечение 45 женщин постменопаузального возраста с неатипическими формами гиперплазии эндометрия, из них 25 женщинам проведена гистероскопическая монополярная абляция и 20 пациенткам – радиоволновая абляция эндометрия. Отслежены отдаленные результаты и проведен сравнительный анализ эффективности каждой из методик.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что радиоволновая абляция эндометрия показана женщинам постменопаузального возраста с неатипическими формами гиперплазии эндометрия при отсутствии рубцов на матке, фибриомы матки с субмукозной локализацией, деформации полости матки. Определена эффективность радиоволновой абляции эндометрия при неатипических формах гиперплазии эндометрия – 85%.

Монополярная гистероскопическая абляция эндометрия показана женщинам с неатипическими формами гиперплазии эндометрия, может быть применена при наличии субмукозной формы фибриомы матки, послеоперационных рубцов на матке. Эффективность ее у женщин с неатипическими формами гиперплазии эндометрия составляет 96%.

Вывод. Больным с неатипическими формами гиперплазии эндометрия постменопаузального возраста как альтернатива гормонального лечения или гистерэктомии может быть рекомендована монополярная гистероскопическая или радиоволновая абляция эндометрия.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, женщины постменопаузального возраста, абляция эндометрия.

ENDOSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF HYPERPLASTIC ENDOMETRIAL PROCESSES IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

V. Goncharenko, V. Yarmak

Summary. Hyperplastic endometrium processes are the leading ones in the gynecological case rate structure. Endometrium ablation (destruction), that is the hysteroscopic endometrial ablation or basal layer thermal ablation aimed at the menolipsis fallopian form, is one of the innovative methods of treatment of women with hyperplastic endometrium processes.

Materials and methods of investigation. 45 postmenopausal aged women with the Atypical Endometrial Hyperplasia underwent surgery. Among them, 25 women were the subjects for the hysteroscopic monopolar endometrial ablation, and 20 – radio-wave endometrial ablation. The results were obtained and analyzed, and the comparative analysis of each of the methods' effectiveness was conducted.

Investigation results and their review. Endometrial ablation methods effectiveness gave all the grounds to state that the radio-wave ablation is indicated for postmenopausal aged women with atypical endometrial hyperplasia forms, in case the uterine scars, metrofibrioma with submucosus location and uterine cavity deformations are absent. It is defined that the effectiveness of the radio-wave endometrial ablation in case of the atypical endometrial hyperplasia among women of reproductive and premenopausal age stands for 85%.

Also, the results of the research conducted gave the grounds to state that the hysteroscopic monopolar endometrial ablation is indicated to women in case the uterine scars, metrofibrioma with submucosus location and uterine cavity deformations are detected. The effectiveness of the method stands for 96%.

Conclusion. Both the hysteroscopic monopolar endometrial ablation and the radio-wave endometrial ablation may be recommended as the alternative to the hormone treatment for women of postmenopausal age with the Atypical Endometrial Hyperplasia.

Keywords: hyperplastic endometrium processes, postmenopausal aged women, endometrial ablation.

Рекомендовано до публікації:
доктор мед. наук, професор **В.В. Камінський**

Дата надходження рукопису: 12.12.2018

Гончаренко Вадим Миколайович – доктор медичних наук,
заслужений лікар України,
керівник центру жіночого здоров'я КЛ «Феофанія» ДУС

Адреса: 03143, м. Київ, вул. акад. Заболотного, 21

E-mail: dr.v.goncharenko@i.ua

Контактні телефони: (067) 639-37-14; (044) 259-69-31 (для кореспонденції)