

На правах рукописи

АЛИЕВА АЙНУР САХАВАТ КЫЗЫ

**АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССАХ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

**Автореферат диссертации на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук**

Москва — 2018 год

Работа выполнена в отделении эндоскопической хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Попов Александр Анатольевич

Официальные оппоненты:

Кузнецова Ирина Всеволодовна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кафедра акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета, профессор;

Доброхотова Юлия Эдуардовна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, заведующая.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «___» _____ 2018 г., в _____ ч. на заседании диссертационного совета Д 208.048.01 при государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (101000, Москва, ул. Покровка, д. 22а).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии».

Автореферат диссертации размещен на сайте <http://moniiag.ru>

Автореферат разослан “___” _____ 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Зайдиева Янсият Зайдилаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) – группа заболеваний, характеризующиеся патологическим диффузным или очаговым пролиферативным ростом клеток слизистой оболочки полости матки на фоне абсолютной или хронической гиперэстрогении. В структуре гинекологической заболеваемости ГПЭ занимают второе место (до 40%) после инфекционных заболеваний (Шешукова Н.А., 2011; Вовк И.Б. и соавт., 2016; Palmer J.E. et al., 2008; Hannemann M.M. et al., 2010). При этом 50% всех случаев приходится на перименопаузальный период (Lacey J.V., 2010; Gerardi R.L., 2012;). Именно в этом возрасте резко увеличивается число ановуляторных циклов, в результате чего в нейроэндокринной системе женщины формируется состояние хронической гиперэстрогении (Краснопольский В.И. и соавт, 2012; Манухин И.Б. и соавт., 2014). Среди всех типов ГПЭ преобладает простая гиперплазия эндометрия, ее доля достигает 70% (Думановская М.Р. и соавт., 2015).

Повышенное внимание клиницистов и исследователей всего мира к данной проблеме обусловлено несколькими факторами. Во-первых, при длительном течении без лечения ГПЭ могут послужить фоном для развития злокачественных заболеваний. Во-вторых, их основным клиническим проявлением являются аномальные маточные кровотечения (АМК), значительно снижающее качество жизни больной. В-третьих, несмотря на успехи применения современных гормональных препаратов, частота рецидивов после лечения все еще остается достаточно высокой.

ГПЭ у 10–30% женщин протекают бессимптомно, в то время как существенная часть больных страдают АМК, которые занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости по данным ВОЗ, составляя 19% (Татарчук Т.Ф, 2013; Ефименко О.А., 2014; Доброхотова Ю.Э., 2016; Вовк И.Б., 2016; Kilonzo M.M., 2010; Cooper K., 2011). Учитывая то, что женщина к периоду

перименопаузы достигает высокого профессионального и социального статуса, улучшение качества ее жизни представляет большую социальную значимость.

Выбор оптимального метода лечения ГПЭ (в частности гиперплазии эндометрия) в перименопаузе часто затруднен ввиду увеличения частоты к этому возрасту как выраженных экстрагенитальных, так и сочетанных гинекологических заболеваний. (Ткаченко Л.В. и соавт., 2011; Munro M.G., 2011; Herman M.C. et al., 2013). Часто ГПЭ становятся причиной выполнения гистерэктомии.

При неизбежности оперативного лечения патологического процесса слизистой оболочки полости матки из-за неэффективности гормональной терапии и/или высокого риска осложнений при их применении все чаще рекомендуется абляция эндометрия как альтернатива гистерэктомии.

В 2010 году Министерством здравоохранения РФ зарегистрирована система микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis», которая дополнила ряд альтернативных медицинских технологий.

Сравнительная оценка безопасности и клинических результатов различных методов воздействия на эндометрий с целью рационального выбора того или иного метода при лечении ГПЭ и маточных кровотечений у пациенток периода перименопаузы легла в основу настоящего научного поиска.

Степень разработанности темы исследования

Несмотря на то, что существует достаточное количество зарубежных и отечественных работ, посвященных проблеме улучшения результатов лечения ГПЭ у пациенток перименопаузального возраста путем применения аблативных технологий, на территории РФ подобное исследование с использованием микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis» и ее сравнительная оценка с трансцервикальной резекцией и термической балонной деструкцией слизистой оболочки полости матки по технологии «Thermachoise» проводилась впервые.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде путем применения микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis».

Задачи исследования

1. Определить показания и противопоказания к проведению микроволновой абляции эндометрия при гиперпластических процессах эндометрия, выделить их отличия от таковых при гистероскопической резекции эндометрия и термической абляции эндометрия.

2. Изучить частоту и особенности интра- и послеоперационных осложнений при всех видах абляции.

3. Оценить течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов при разных формах абляции эндометрия.

4. Оценить качество жизни у пациенток, перенесших различные виды абляции эндометрия.

5. Обосновать преимущества микроволновой абляции эндометрия в сравнении с баллонной термоабляцией эндометрия и гистероскопической резекцией эндометрия.

Научная новизна исследования

Впервые в России оценен хирургический метод лечения гиперпластических процессов слизистой полости матки путем применения микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis». Эффективность данного метода составила 93,3%.

Впервые произведено сравнение клинической эффективности выполнения микроволновой абляции, термоабляции и гистероскопической резекции эндометрия при гиперплазии эндометрия без атипии у пациенток перименопаузального периода. Показано, что все три метода деструкции эндометрия обладают сопоставимой эффективностью, но микроволновая абляция

эндометрия является наиболее доступным, менее затратным и характеризуется наименьшей длительностью оперативного времени.

Теоретическая и практическая значимость работы

В исследовании были определены технические особенности подготовки эндометрия к аблации разными методами. Установлено, что для гистерорезектоскопической аблации эндометрия предоперационная подготовка эндометрия гормональными препаратами приводит к более частой аменореи, снижению объема экстравазации ирригационной жидкости и сокращению времени операции. В то время как истончение слизистой тела матки путем выскабливания перед методами аблации второго поколения обеспечивает гистологическую диагностику заболеваний эндометрия, являясь разумной альтернативой гормональной подготовки. При этом важную роль играет контрольная гистероскопия для определения адекватного удаления эндометрия, в частности в трубных углах.

Показаниями к микроволновой аблации эндометрия по технологии «Microsulis» установлены рецидивирующая гиперплазия эндометрия, не поддающаяся медикаментозной коррекции, отказ от проведения гормональной терапии, а также наличие противопоказаний к ее проведению, высокий риск радикального оперативного лечения. Обосновано, что большая длина полости матки, а также ее деформация миоматозными узлами (тип 2, диаметром не более 3 см), ранее проведенные оперативные вмешательства на теле матки (при толщине миометрия не менее 10 мм) являются показанием для микроволновой аблации эндометрия, в то время как для других аблативных технологий служат относительным или абсолютным противопоказанием.

Учитывая невозможность абсолютно полной деструкции эндометрия любым известным методом, сформулирован вывод о том, что пациентки с высоким риском развития рака эндометрия на фоне гиперплазии (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, морбидное ожирение и т.д.) нуждаются в более тщательном и частом наблюдении после перенесенной аблации.

На основе клинического примера сделан вывод о том, что абляция эндометрия у женщин с ранее перенесенной тубэктомией в отсроченном периоде может потребовать повторное оперативное вмешательство ввиду высокого риска развития постабляционного трубного синдрома.

Сравнительный анализ аблативных технологий продемонстрировал сопоставимость всех трех технологий результатами лечения и высокой удовлетворенностью качеством жизни пациенток. Тем не менее, результаты исследований по оценке микроволновой абляции по технологии «Microsulis» эндометрия показали, что она превосходит другие две техники меньшей длительностью операции, меньшей инвазивностью и низкими показателями осложнений. При этом выбор аблативной технологии зависит в первую очередь от предпочтения хирурга и материального обеспечения операционной.

Таким образом, в исследовании доказана безопасность и обоснованность проведения микроволновой абляции эндометрия женщинам перименопаузального периода. Микроволновая абляция эндометрия по технологии «Microsulis» является легко воспроизводимым, менее затратным методом из всех существующих на сегодняшний день аблативных технологий.

Благодаря внедрению в клиническую практику результатов, полученных в ходе исследования станет возможным уменьшение числа интра- и послеоперационных осложнений, сокращение сроков стационарного и амбулаторного периодов и тем самым позволит улучшить результаты оперативного лечения пациентов с рецидивирующими ГПЭ.

Методология и методы исследования

На клинической базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (ГБУЗ МО МОНИИАГ) обследованы и прооперированы 85 пациенток, которые были разделены на три группы. В I группу были включены 30 пациенток, которым выполнена трансцервикальная резекция эндометрия по стандартной технологии. II группу составили 25 пациенток с перенесенной термической абляцией эндометрия по

технологии «Thermachoise». В III группу вошли 30 женщин, которым проведена микроволновая абляция эндометрия (МАЭ) по технологии «Microsulis».

Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование пациенток до и после выполнения хирургического вмешательства. Помимо стандартного исследования органов малого таза ультразвуковое обследование включало измерение толщины миометрия и цветное доплеровское картирование (ЦДК) базальных артерий. С целью оценки качества жизни больных до проведенных оперативных вмешательств и по истечению срока наблюдения применялся вопросник «качество жизни» QoL SF (Quality of Life, Short Form).

Все пациентки дали информированное согласие на использование полученных данных в научных целях. Также получено согласие локального этического комитета ГБУЗ МО МОНИИАГ на проведение исследования.

Положения диссертации, выносимые на защиту

1. Показаниями к микроволновой абляции эндометрия следует считать рецидивирующую гиперплазию эндометрия, не поддающуюся медикаментозной коррекции, наличие противопоказаний или отказ к ее проведению, высокий риск радикальной операции. Ранее проведенные оперативные вмешательства на теле матки (при толщине миометрия не менее 10мм), объем и форма полости матки не являются противопоказанием для МАЭ в отличие от других аблативных технологий.

2. Микроволновая абляция эндометрия по технологии «Microsulis» является быстрой, безопасной и высокоэффективной процедурой (93.3%) для лечения гиперпластических процессов эндометрия и аномальных маточных кровотечений.

3. Все три технологии сопоставимы по результатам лечения и по показателю качества жизни пациенток. В 92% наблюдений пациентки были удовлетворены своим состоянием после абляции эндометрия. Выбор технологии зависит в первую очередь от предпочтения хирурга и материального обеспечения операционной.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Личный вклад автора состоит в выборе направления исследования, постановке целей и задач. Диссертантом лично осуществлен набор клинического материала, входящего в основную группу, сбор анамнестических данных, клиническое обследование и подготовка больных к оперативному лечению, проведение микроволновой абляции эндометрия в качестве хирурга, а также послеоперационное ведение больных. Также изучены и проанализированы амбулаторные карты, истории болезни у 55 пациенток перименопаузального возраста, которым ранее было проведено оперативное лечение в объеме трансцервикальной резекции эндометрия и балонной термоабляции слизистой полости матки.

Автор самостоятельно провел систематизацию полученных данных, их статистическую обработку и анализ, сформулировал выводы и практические рекомендации. Диссертант лично участвовал в подготовке научных публикаций по теме проведенного исследования.

Степень достоверности, апробация и внедрение результатов исследования в практику

Достижение достоверности полученных результатов осуществлялось путем адекватных объемов клинического материала и способов исследования, применения современных статистических методов обработки полученных результатов.

Подтверждением обоснованности полученных результатов в ходе проведенной работы является их успешное практическое применение на базе отделения эндоскопической хирургии ГБУЗ МО МОНИИАГ. Выводы, полученные в ходе исследования, ключевые практические рекомендации используются при обучении клинических ординаторов и практических врачей МО с проведением мастер-классов по методике применения микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis».

Апробация диссертации

Апробация диссертации проведена на заседании Ученого Совета Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» 23 мая 2017 года.

Публикации

По результатам проведенной работы опубликовано 5 научных работ, в том числе 3 работы в научных журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Структура и объем диссертации

Материалы диссертационной работы изложены на русском языке на 121 страницах машинописного текста. Диссертация включает четыре главы и состоит из обзора литературы, клинических материалов и методов исследования, собственных результатов и их обсуждения, выводов и практических рекомендаций. В список используемой литературы вошло 192 источников, 77 из которых работы отечественных и 115 зарубежных авторов. По теме научного исследования составлено 15 таблиц и 16 рисунков.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

С целью сравнительной оценки клинической эффективности и безопасности МАЭ по технологии «Microsulis» было обследовано 85 пациенток перименопаузального возраста с ГПЭ, которые были распределены по трем группам. Первую группу составили 30 больных после трансцервикальной абляции, вторую – 25 пациенток после баллонной термоабляции, в третью группу вошли 30 пациенток после микроволновой абляции эндометрия (Рисунок 1).

Критерии включения: 1) поздний репродуктивный и перименопаузальный период; 2) ГПЭ без признаков атипии (классификация ВОЗ, 1994); 3) отсутствие эффекта от гормональной терапии или при наличии противопоказаний к ней, а

также отказ от применения гормональных препаратов.

Критерии исключения: 1) ранний репродуктивный период или поздняя постменопауза; 2) планирование беременности в будущем. 3) ГПЭ с клеточной атипией или рак эндометрия (классификация ВОЗ, 1994); 4) миома матки, деформирующая полость (за исключением III группы, при II типе узла диаметром не более 3 см); 5) толщина миометрия менее 10мм (для III группы).

С целью подготовки к операции и для объективного контроля результатов лечения осуществлялся перечисленный алгоритм обследований: 1) изучение анамнеза заболевания, жалоб; 2) гинекологический осмотр; 3) лабораторные и специальные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, влагалищный мазок на флору, мазок из шейки матки на онкоцитологию, расширенная кольпоскопия, ФЛГ, ЭКГ, УЗИ молочных желез и трансвагинальное исследование органов малого таза с доплерометрией сосудов матки; 4) консультация смежных специалистов при необходимости; 5) гистероскопия с отдельным выскабливанием цервикального канала и стенок полости матки (во II и III группах); 6) морфологическое исследование полученного материала; 7) анкетирование пациенток; 7) офисная гистероскопия (во II и III группах); 8) статистическая обработка результатов.

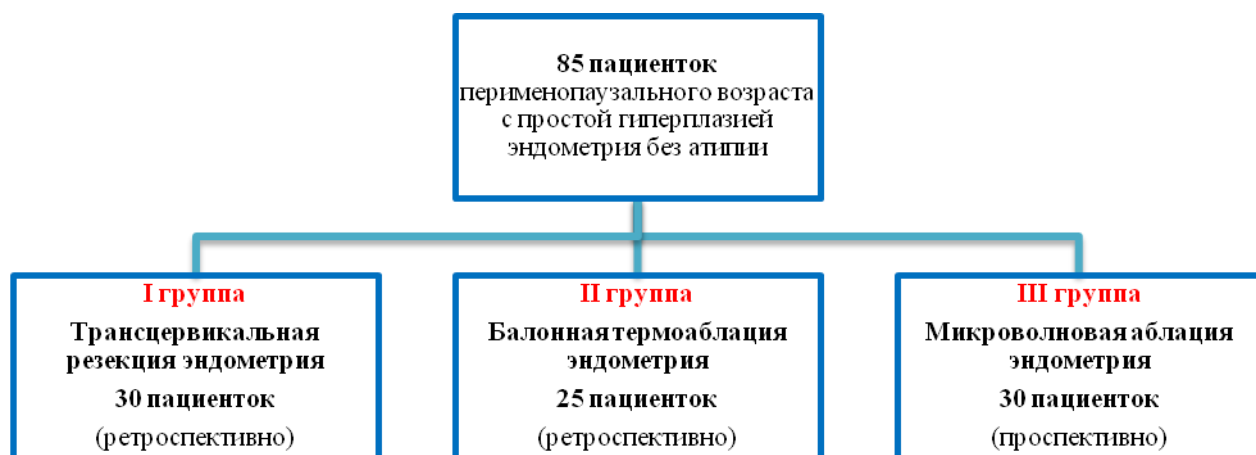


Рисунок 1. Дизайн исследования.

Трансцервикальная резекция эндометрия (ТЦРЭ) выполнялась по стандартной методике в виде электрохирургического иссечения эндометрия, в том числе и прилежащего мышечного слоя на глубину 3–4 мм (размер режущей петли).

Работа системы «Thermachoice» основана на деструкции слизистой полости матки с помощью внутриматочного баллонного приспособления путем температурного воздействия (87°C) на эндометрий при внутриматочном давлении 150–180 мм рт. ст. в течение 8 минут.

Система микроволновой абляции эндометрия по технологии «Microsulis» позволяет выполнить денатурацию (обезвоживание) эндометрия и поверхностных слоев миометрия на глубину 5–6 мм путем воздействия микроволнами низкой энергии (30 Ватт) при фиксированной высокой частоте 9,2 ГГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст пациенток колебался от 40 до 54 лет, был сопоставим во всех группах и в среднем составил 48 лет.

Значительная часть женщин (n=78, 91,8%) страдали АМК. Так, в I группе – 28 (93,3%) пациенток, во II группе – 25 (100%) и в III группе – 25 (83,3%) обследуемых обратились с данной жалобой. Кроме того, более чем у трети пациенток, а именно у 37,7% (n=32) клинические нарушения менструального цикла, в том числе проявлялись дисменореей. Различия частоты данных жалоб по группам недостоверны ($P>0,1$).

У большинства пациенток ГПЭ был диагностирован за несколько лет до проведенных оперативных вмешательств. Длительность заболевания во всех группах на момент обращения варьировала от 1 года до 5 лет и в среднем составила 3 года, в течение которого 61 пациенткам из общего числа (70,6%) были проведены неоднократные – до 12 раз (в среднем трижды) выскабливания стенок полости матки как с целью диагностики, так и с целью лечения АМК. Только у 2 (6,7%) пациенток I группы и у одной больной III группы лечебно-диагностическое выскабливание ранее не проводилось. При этом больные III

группы достоверно чаще ($P < 0,0002$) имели данное хирургическое вмешательство по сравнению с I и II группами.

Из 85 пациенток гормональную терапию (ГТ) получали 20 (66,7%) женщин I группы, 21 (84%) больная II группы и 21 (70%) пациентка III группы. Причем 10 (33,3%), 12 (48%) и 11 (36,7%) пациенток соответствующих групп неоднократно принимали различные гормональные препараты. Различия достоверны ($P < 0,02$).

Учитывая гиперэстрогению как основной этиологический фактор развития ГПЭ, при лечении обосновано применение гестагенов как препаратов первой линии в непрерывном режиме не менее 6 месяцев (Савельева Г.М. и соавт., 2012; Gunderson C.C. et. al., 2012).

Количество курсов терапии гестагенами у женщин I группы было от 1 до 2, у пациенток II группы – от 1 до 4, у III группы – от 1 до 3. В среднем длительность одного курса терапии в I группе составила 4 месяца, во II группе – 6, в III группе – 11 месяцев.

Из представленных данных, очевидно, что стандартная терапия ГПЭ оказалась недостаточной для полноценной коррекции гиперэстрогении и предупреждения возникновения рецидивов ее пролиферативного действия.

Следует отметить, что у остальной части пациенток причинами отказа от ГТ были относительные или абсолютные противопоказания к ней (в 26,7%, 16% и 20% случаях соответственно по группам) или гормонофобия и отказ от приема гормональных препаратов (6,7% пациенток I и 10% женщин III группы).

Особого внимания заслуживает анализ экстрагенитальной патологии. Мы, прежде всего, выделяли те расстройства, которые могли бы послужить неблагоприятным фоном для развития ГПЭ, являлись абсолютными или относительными противопоказаниями для применения ГТ, а также заболевания, повышающие риски радикального оперативного лечения (гистерэктомия).

Суммируя данные, можно сказать, что 91,8% ($n=78$) пациенток имели различную экстрагенитальную патологию, причем 89,8% ($n=70$) из них два и более заболевания, которые в 17,7% ($n=15$) случаях определили высокий риск для проведения общей анестезии и радикального хирургического вмешательства.

Достоверных различий по их количеству между группами не отмечено.

Наиболее часто (n=62, 73%) выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы: 32 пациентки (37,6%) страдали гипертонической болезнью, хроническая венозная недостаточность отмечена у 22 (26%), в том числе с тромбозом вен нижних конечностей – у 4 (4,7%), трое из которых перенесли ТЭЛА с установкой кава-фильтра в двух случаях. Трое женщин (3,5%) перенесли ишемический инсульт сердца.

У 27% (n=23) женщин имелись болезни эндокринной системы: патология щитовидной железы – у 8,2% (n=7) больных, сахарный диабет (СД) I или II типа – у 9,4% (n=8), аденома гипофиза – у 9,4% (n=8) пациенток.

Ожирением II–III степени (ИМТ \geq 35 кг/м²) страдали треть больных (n=28 или 33%). Это подтверждает предположение, что, являясь внегонадным источником эстрогенов это состояние, несомненно, повлияло на развитие патологии эндометрия (Берлев И.В. и соавт., 2014; Ali A.T., 2014; Nagle S.M. et al., 2015).

Гормональные изменения у 16,5% (n=14) женщин послужили причиной доброкачественной патологии молочных желез (фиброзно-кистозная мастопатия), что также требовало ограничение приема ГТ.

Из других экстрагенитальных заболеваний, исключающие применение системной ГТ можно выделить гормонозависимую бронхиальную астму у 7% (n=6) пациенток, а также хроническая почечная недостаточность IV степени – у 2,4% (n=2), СД I или II типа – у 9,4% (n=8), системная красная волчанка – у 1,2% (n=1), рак прямой кишки – у 1,2% (n=1) больной.

Триада «сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ожирение» наблюдалась у 13,3% (n=4), 8% (n=2) и 6,7% (n=2) пациенток соответствующих групп, что диктовало необходимость относить их к категории больных высокого онкологического риска (Кузнецова И.В. и соавт, 2007; Андреева Е.Н. и соавт, 2009;)

На выбор консервативной лечебной тактики влияло частое сочетание патологии эндометрия с другими гормонозависимыми заболеваниями матки:

аденомиозом – в 80% (n=69) случаев и миомой матки – у 57,6% (n=49) женщин. С другой стороны частые подобные сочетания являются подтверждением теории о сходстве патогенетических механизмов, которые приводят к пролиферативным изменениям, как в эндометрии, так и в миометрии (Манухин И.Б., 2012; Щербакова Л.А. и соавт., 2012; Baird D.D. et al., 2009; Joseph D.S. et al., 2010)

Учитывая вышеперечисленное, можно заключить, что нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, неоднократные внутриматочные оперативные вмешательства, гормонозависимые заболевания половой сферы в сочетании с экстрагенитальной патологией сыграли роль преморбидного фона при развитии ГПЭ у обследуемых нами пациенток.

Показаниями для проведения внутриматочного хирургического вмешательства стали следующие состояния: 1) неэффективность проводимой гормональной терапии и рецидив ГПЭ – в 73% (n=62) случаев; 2) наличие ГПЭ у пациенток, имеющих противопоказания к проведению ГТ в сочетании с высокой и крайне высокой степенью риска радикального оперативного вмешательства – 21% (n=18) наблюдений; 3) отказ от проведения ГТ, предпочтение малоинвазивной операции – 6% (n=5) случаев.

ТЦРЭ выполнялась в среде физиологического раствора с использованием биполярной энергии в течение 40–60 мин под эндотрахеальной анестезией. Преимуществом гистерорезектоскопического оперативного вмешательства является возможность гистологического исследования резецированного материала. В тоже время данная методика связана с высокими рисками интра- и послеоперационных осложнений (Давыдов А.И., Стрижаков А.Н., 2015; Савельева Г.М. и соавт., 2012). Во время проведения ТЦРЭ у 7 (23,3%) пациенток возникли осложнения различной степени тяжести: в 6 (20%) случаях наблюдались ТУР-синдром в виде цианоза, тахикардии и артериальной гипертензии, которые у четырех из них были быстро купированы назначением диуретиков. У двух больных потребовалось более длительное послеоперационное наблюдение и лечение с целью устранения экстравазации, гипергидратации и дисэлектrolитемии как основных патологических нарушений при ТУР-синдроме.

У 1 (3,3%) оперируемой больной произошла перфорация стенки матки, в связи с чем потребовалось расширение объема операции до экстирпации матки.

Термическая балонная абляция выполнялась под общим внутривенным наркозом. Операция начиналась с гистероскопии и последующего отдельного выскабливания стенок полости матки и цервикального канала. Цель кюретажа полости матки заключалась как в уменьшении толщины эндометрия без его предварительной гормональной подготовки, так и в получении материала для гистологического исследования (Попов А.А. и соавт., 2017; Бреусенко В.Г. и соавт., 2017; Shawki O. et. al., 2002; ASRM, 2008). Далее проводилась балонная термоабляция эндометрия по стандартной методике. С целью контроля адекватного удаления патологически измененной слизистой полости матки, в частности в трубных углах выполнялась повторная гистероскопия.

Микроволновая абляция эндометрия выполнялась по стандартной технологии, описанной производителем. Также до проведения процедуры проводилась гистероскопия. Надо отметить, что в III группе у 8 (26,7%) женщин при гистероскопии была выявлена деформация полости матки субмукозными миоматозными узлами II типа диаметром до 3 см, а у 3 (10%) пациенток этой же группы длина полости матки превышала 10 см. В отличие от других аблативных технологий (в том числе и балонной термоабляции эндометрия) эти состояния не являются противопоказаниями для МАЭ (Kilonzo M.M.,2010; Tsuda A., Kanaoka Y., 2015).

Придерживаясь мнению зарубежных авторов (Sambrook A.M. et al., 2014; Nakayama K. et al., 2014), эффективность проведенной МАЭ (особенно в углах маточных труб) мы также оценивали путем контрольной гистероскопии по окончанию процедуры. При необходимости (3 случая) выполнялась дополнительная локальная экспозиция аппликатора на необработанных участках эндометрия.

Существенные различия в технике проведения данных операций обуславливают различные степени риска развития осложнений во время их проведения. Так, в отличие от группы ТЦРЭ интра- и послеоперационных

осложнений во время проведения термо- и микроволновой абляции эндометрия обнаружено не было.

Обе технологии второго поколения занимали значительно меньше времени в сравнении с ТЦРЭ, что было особенно важно для больных с высоким риском оперативного вмешательства: общая длительность процедуры составила в среднем 20 и 15,5 минут соответственно.

Таким образом, данное исследование показало преимущество термической и микроволновой абляции эндометрия перед его резекцией ввиду меньшей инвазивности, отсутствия интра- и послеоперационных осложнений и меньшей продолжительности.

При морфологическом исследовании наиболее часто выявлялась железисто-кистозная гиперплазия эндометрия без атипии: у 18 (60%) больных I группы, у 20 (80%) пациенток II группы и у 16 (53,3%) женщин III группы. Сочетание гиперплазии и полипа эндометрия наблюдалось у 5 (16,7%), 2 (8%) и 6 (20%) пациенток соответствующих групп. У остальной части пациенток гистологическое исследование выявило множественные железистые или железисто-кистозные полипы эндометрия.

После операции оценивались жалобы, проводилось УЗИ через 7–14 дней, 3 и 6 месяцев, 1 и 1,5 года. Надо отметить, что УЗ-картина после абляции эндометрия (в частности после микроволновой абляции) выглядит специфически и требует определенного опыта от врача ультразвуковой диагностики.

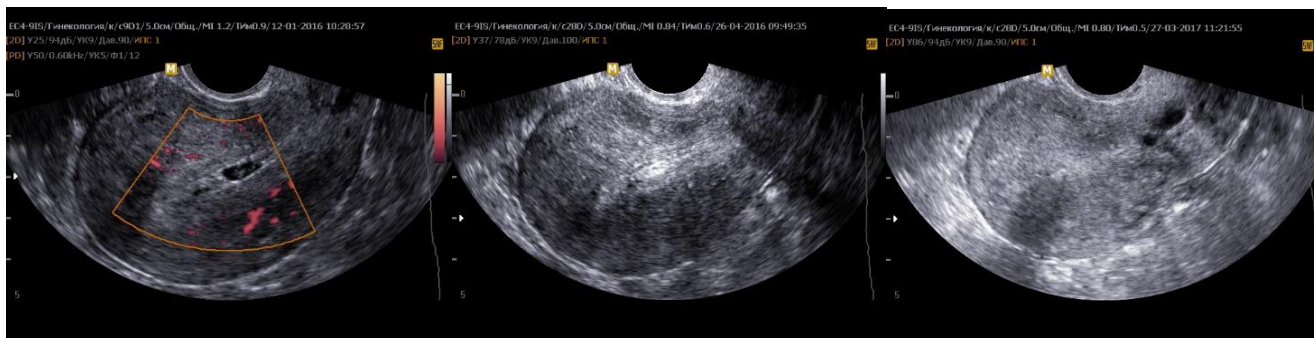
В послеоперационном периоде болевые ощущения купировались применением НПВС (кеторолак), лишь в одном случае в группе МАЭ потребовалось однократное применение наркотического анальгетика. Выписка из стационара всех больных II и III групп осуществлялась в первые сутки после операции.

После ТЦРЭ в течение 30 дней наблюдались умеренные сукровичные выделения из половых путей и периодические тянущие боли внизу живота.

Во II и III группах наблюдались выделения из половых путей в течение 25–40 дней, которые вначале носили кровянистый характер, а затем серозный в

незначительном объеме. Боли в позднем послеоперационном периоде не отмечались.

Через 7–14 дней после всех операций УЗ-картина была представлена расширенной полостью матки, заполненной неоднородным содержимым за счет экссудативного послеоперационного процесса и сгустков крови, субэндометриальным отеком на глубину 0,5–1 см, что расценивалось как нормальное течение послеоперационного периода и была идентичной у всех больных. При цветном доплеровском картировании (ЦДК) кровотоков в базальных артериях не определялся (рисунок 2А).



А. УЗ-картина через 2 недели после МАЭ

Б. УЗ-картина через 3 месяца после МАЭ

В. УЗ-картина через 1 год после МАЭ

Рисунок 2. Динамика УЗ-картины после МАЭ.

При контрольном обследовании через 3 месяца после операций жалобы отсутствовали у всех 84 пациенток. В I и II группах при УЗИ определялась сомкнутая полость матки, наличие линейного М-эхо и отсутствие субэндометриального отека в миометрии. Отек миометрия сохранялся до полугода у значительной части пациенток III группы (n=22, 73%), что объяснялось более глубоким действием микроволн (рисунок 2Б). При ЦДК кровотоков в базальных артериях не определялся ни в одном случае.

В последующих исследованиях у всех женщин УЗ-картина зависела от характера менструальной функции после операции. Так у основной части пациенток с аменореей срединная структура матки имела линейный характер,

отмечались синехии в полости матки (рисунок 2В). У менструирующих женщин выявлялось М-эхо толщиной 0,3–0,5 см, при ЦДК в базальном слое определялись единичные локусы кровотока.

Клиническими критериями эффективности абляции эндометрия считаются формирование маточной формы аменореи, а также удовлетворенность пациенток результатом проведенного лечения (Бреусенко В.Г. и соавт., 2013; Попов А.А. и соавт., 2016; Cooper K. et. al., 2011; Peeters L.A. et. al., 2013; Matsumoto N. et. al., 2015).

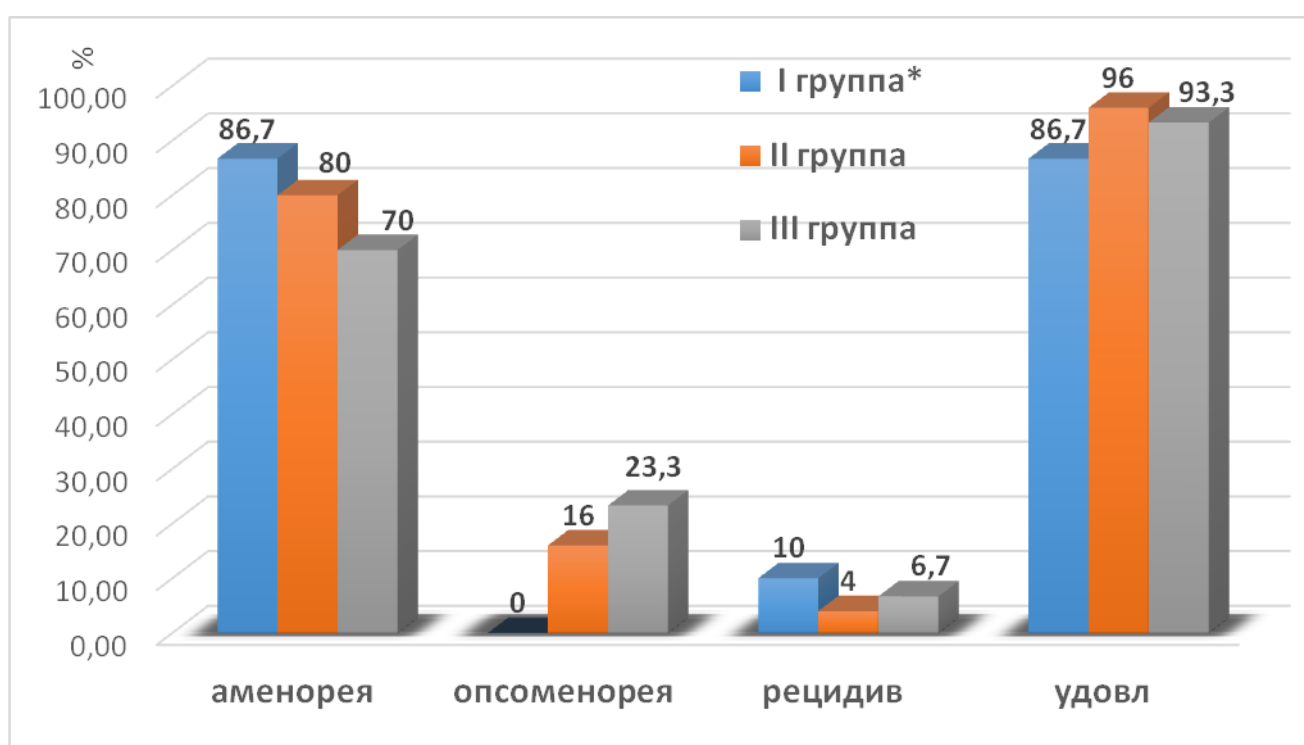


Рисунок 3. Результаты лечения.

Примечание: * – в связи с перфорацией матки во время выполнения ТЦРЭ одна пациентка не включена в данный расчет.

В период наблюдения 18 месяцев аменорея после ТЦРЭ наблюдалась у 87%, после термоабляции – 80%, после МАЭ – у 70% пациенток (Рисунок 3.).

Возобновление менструации по типу опсоменореи у 16% (n=4) пациенток во II группе и у 23,3% (n=7) женщин в III группе также расценен как положительный эффект лечения.

Через 6-12 мес. у 10% (n=3) больных I группы, у 4% (n=1) II группы и у 6,7% (n=2) пациенток III группы возобновились маточные кровотечения и выявлены УЗ признаки рецидива ГЭ, что потребовало дополнительного оперативного вмешательства в объеме экстирпации матки.

Надо отметить, что обе пациентки из III группы, подвергшиеся радикальному объему оперативного вмешательства, были из числа тех, кому МАЭ была проведена впервые в нашей практике.

При гистологическом исследовании послеоперационного материала у всех 6 больных подтвердилась простая гиперплазия эндометрия без атипии.

Как указывалось ранее, всем пациенткам было проведено анкетирование с использованием специализированных вопросников QoL SF (quality of life, short form) при поступлении в стационар и спустя год после проведения операции. В 91,8% (n=78) случаев была отмечена высокая удовлетворенность пациенток качеством своей жизни после абляции эндометрия. Различия по группам больных не имели статистической достоверности.

Таким образом, клинический эффект лечения и удовлетворенность пациенток качеством жизни в группе ТЦРЭ составил 86,7%, в группе балонной термоабляции эндометрия по технологии «Thermachoise» – 96% и в группе МАЭ по технологии «Microsulis» – 93,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все три метода продемонстрировали высокую эффективность лечения и удовлетворенность пациенток качеством жизни. Тем не менее, результаты применения МАЭ превосходят ТЦРЭ, так как эта методика проста в освоении, требует значительно меньше оперативного времени и более безопасна. К тому же МАЭ выполнима при больших размерах полости матки, при ее деформации миоматозными узлами (диаметром не более 3 см). Это является неоспоримым преимуществом в сравнении с балонной термоабляцией эндометрия.

С помощью механической подготовки слизистой полости матки непосредственно до процедуры абляции II поколения можно добиться требуемой

толщины эндометрия, не прибегая к его предварительной ГТ, дает возможность проведения морфологического исследования полученного материала.

ВЫВОДЫ

1. Показанием к микроволновой абляции эндометрия следует считать рецидивирующую гиперплазию эндометрия, не поддающуюся медикаментозной коррекции, наличие противопоказаний к ее проведению, а также отказ от проведения гормональной терапии и высокую степень риска радикального оперативного вмешательства.

2. Большая длина полости матки, а также ее деформация миоматозными узлами (тип 2, диаметром не более 3 см), ранее проведенные оперативные вмешательства на теле матки (при толщине миометрия не менее 10 мм) являются показанием для микроволновой абляции эндометрия, в то время как для других аблативных технологий служат относительными или абсолютными противопоказаниями.

3. Интра- и послеоперационных осложнений при микроволновой и термической абляциях эндометрия не отмечено в отличие от ее резекции.

4. Абляция эндометрия у женщин с ранее перенесенной тубэктомией в отсроченном периоде может потребовать повторное оперативное вмешательство ввиду высокого риска развития постабляционного трубного синдрома.

5. По данным специализированных вопросников, характеризующих качество жизни пациенток с гиперпластическим процессом эндометрия, после абляции эндометрия положительный результат достигается в 91,8% наблюдений.

6. Микроволновая абляция эндометрия характеризуется наименьшей длительностью операции, низкими затратами, меньшей инвазивностью и низкими показателями осложнений, но тем не менее, все три технологии сопоставимы лечебными результатами и высокой удовлетворенностью качеством жизни пациенток. Выбор аблативной технологии зависит в первую очередь от предпочтения хирурга и материального обеспечения операционной.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предоперационная оценка должна быть всеобъемлющей (полноценной) для исключения любых противопоказаний к абляции эндометрия и выбора правильного контингента пациенток.

2. При наличии значительной внутриполостной патологии (полип, миома 0–1 типа), рекомендована резектоскопическая абляция эндометрия, объединенная с гистероскопической миомэктомией или полипэктомией.

3. При резектоскопической абляции эндометрия следует соблюдать строгий протокол мониторинга жидкости с целью сведения к минимуму риска ТУР-синдрома. Предпочтение – высокочастотная биполярная резектоскопия.

4. Перед оперативным вмешательством пациенток следует информировать о необходимости постоянной барьерной контрацепции после эндометриальной абляции в виду риска наступления нежелательной беременности.

5. Предоперационная гормональная подготовка эндометрия может быть использована для создания условий радикальной ТЦРЭ, а также может быть рассмотрена для подготовки к методам абляции второго поколения. Для резектоскопической абляции эндометрия предоперационная подготовка эндометрия гормональными препаратами приводит к более частой аменореи, снижению объема экстравазации ирригационной жидкости и сокращению времени операции.

6. Выскабливание слизистой матки перед микроволновой и термической балонной абляцией эндометрия дает возможность морфологического исследования и является разумной альтернативой гормональной подготовки эндометрия.

7. Учитывая невозможность абсолютно полной деструкции эндометрия любым известным методом пациентки с высоким риском развития рака эндометрия (СПКЯ, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, морбидное

ожирение и т.д.) нуждаются в более частом наблюдении после перенесенной абляции эндометрия.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Попов А.А. Абляция эндометрия при аномальных маточных кровотечениях у женщин без репродуктивных планов /Попов А.А., Мананникова Т.Н., Алиева А.С., Федоров А.А., Тюрина С.С., Коваль А.А.// Медицинский алфавит. №27 –2016. – том №3. – С. 33–38 **(перечень ВАК РФ)**.

2. Попов А.А. Безопасность и эффективность микроволновой абляции эндометрия/ Попов А.А., Мананникова Т.Н., Алиева А.С, Федоров А.А., Барто Р.А. // Российский вестник акушера гинеколога 2017. – Т. 17. – №3. – С.39–42 **(перечень ВАК РФ)**.

3. Попов А.А. Сравнение различных методов абляции при гиперпластических процессах эндометрия / Попов А.А., Алиева А.С., Мананникова Т.Н., Барто Р.А. // Русский медицинский журнал. – 2017. – № 26. – С. 1942–1945 **(перечень ВАК РФ)**.

4. Попов А.А. Абляция эндометрия при гиперпластических процессах у женщин перименопаузального возраста / Попов А.А., Мананникова Т.Н., Алиева А.С, Барто Р.А. // Сборник тезисов междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов «Достижения современной науки – медицине Подмосковья». – Москва,. 2015. – С. 20–22.

5. Попов А.А. Абляция эндометрия при гиперпластических процессах у женщин перименопаузального возраста / Попов А.А., Мананникова Т.Н., Алиева А.С, Барто Р.А. // Сборник тезисов Российской научно-практической конференции с международным участием Снегиревские чтения 2016 «Здоровье женщин и определяющие его факторы». – Москва, 2016. – С. 51–53.