

На правах рукописи

ОВЧИННИКОВА АНАСТАСИЯ ВЛАДИМИРОВНА

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В
ПОСТМЕНОПАУЗЕ. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,
академик РАН

Курцер Марк Аркадьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Гаспаров Александр Сергеевич**
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников, профессор кафедры

доктор медицинских наук, профессор **Давыдов Александр Ильгизирович**
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета, профессор кафедры

Ведущая организация:

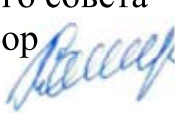
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области

Защита диссертации состоится «___» _____ 2021 года в 14.00 на заседании Диссертационного совета Д 208.072.15 на базе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1 и на сайте: www.rsmu.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2021 года

Ученый секретарь Диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор  **Хашукоева Асият Зульчифовна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Рак эндометрия в структуре гинекологических заболеваний до настоящего времени занимает 2 место (Marjoribanks J., 2016). Чаще всего данная патология встречается у пациенток периода постменопаузы. Общеизвестно, что рак эндометрия возникает на фоне различных патологических изменений в эндометрии, в связи с чем своевременная диагностика и лечение доброкачественных внутриматочных заболеваний является актуальной (Давыдов А.И. и соавт., 2018; Papadia A. et.al., 2007). Важным является то, что у 70-80% пациенток периода постменопаузы имеется выраженная сопутствующая патология, что представляет сложности для определения тактики ведения, особенно назначения гормонотерапии и проведения гистерэктомии (Гаспаров А.С., 2017; Попов А.А. и соавт., 2017; Бреусенко В.Г. и соавт., 2019).

В настоящее время с появлением новых малоинвазивных технологий в клиническую практику стали активно внедряться новые негистероскопические (микроволновая, термальная, радиоволновая) и гистероскопические (монополярная и биполярная электрохирургическая) методики абляции эндометрия, которые обладают целым рядом неоспоримых преимуществ: низкая частота интра- и послеоперационных осложнений, атравматичность, снижение продолжительности пребывания в стационаре и ускоренная реабилитация, высокая эффективность (Iliodromiti S., Murage A., 2011; Leathersich S.J., McGurgan P.M., 2018).

Степень разработанности научной темы

Внедрение биполярной электрохирургической резекции позволило снизить процент интра- и послеоперационных осложнений по сравнению с использованием монополярной резекции (Ключаров И.В. и соавт., 2015; Bigatti G. et.al., 2012).

В настоящее время хорошо изучена и доказана эффективность тотальной биполярной электрохирургической резекции у пациенток периода пременопаузы с аномальными маточными кровотечениями. По данным Попова А.А. эффективность тотальной биполярной электрохирургической резекции у пациенток пременопаузального периода составила 86,7%, по данным Попова Э.Н., Ниаури Д.А. - 96,7%. Однако, как в отечественной, так и в зарубежной литературе не освещены данные об опыте применения тотальной биполярной электрохирургической резекции с внутриматочными заболеваниями у пациенток в постменопаузе, нет четких указаний на показания и противопоказания к ее использованию, не оценена ее эффективность.

Несмотря на то, что биполярная электрохирургическая резекция (как локальная так и тотальная) обеспечивала надежный метод удаления внутриматочной патологии, проблемы с ирригационными жидкостями, риски

перфорации матки ввиду возрастных особенностей у пациенток периода постменопаузы (небольшие размеры матки, стеноз цервикального канала, создающие трудности при расширении цервикального канала и введении инструментов для удаления патологического очага, особенно больших полипов эндометрия) способствовали разработке альтернативных методов лечения.

В последние годы в клиническую практику стала внедряться новая оперативная гистероскопическая техника - электромеханическая морцелляция (Adelman M.R., 2015; Abbott J., Munro M., Singh S. et.al., 2017). В отечественной литературе накоплен лишь ограниченный опыт применения морцеллятора при лечении внутриматочных заболеваний (Ключаров И.В., Хасанов А.А., 2012; Ключаров И.В. и соавт., 2015; Коренная В.В., Пучков К.В., 2017). Авторы представили данные использования методики на небольшом количестве наблюдений, нет рекомендаций по использованию электромеханической морцелляции у больных периода постменопаузы. Все это послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования

На основании сравнительной оценки различных органосохраняющих методов внутриматочной хирургии разработать дифференцированный подход к лечению доброкачественных внутриматочных заболеваний у пациенток периода постменопаузы.

Задачи исследования

1. Оценить эффективность органосохраняющих внутриматочных операций (механическое, электромеханическое удаление патологического очага, локальная и тотальная электрохирургическая резекция эндометрия) у больных периода постменопаузы с доброкачественными внутриматочными заболеваниями.

2. Изучить неблагоприятное воздействие механического, электромеханического, электрохирургического методов удаления патологического очага у пациенток периода постменопаузы с доброкачественными внутриматочными заболеваниями.

3. Отработать показания и противопоказания для проведения механического, электромеханического удаления патологического очага, локальной и тотальной электрохирургической резекции эндометрия у больных периода постменопаузы с доброкачественными внутриматочными заболеваниями.

4. Оценить возможность и целесообразность выполнения органосохраняющих операций у больных периода постменопаузы с доброкачественными внутриматочными заболеваниями и тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием для проведения гистерэктомии.

Научная новизна

На большом количестве наблюдений больных с доброкачественными внутриматочными заболеваниями периода постменопаузы проведен сравнительный анализ течения операции, послеоперационного периода и эффективность использования механических, электромеханических и электрохирургических биполярных методов внутриматочной хирургии.

Пересмотрены и были определены показания и противопоказания к выполнению тотальной биполярной электрохирургической резекции эндометрия у пациенток периода постменопаузы. Научно обоснован тот факт, что методом выбора лечения больных с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) и выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологией может служить тотальная биполярная электрохирургическая резекция эндометрия. Доказано, что доступным и легко выполнимым методом удаления больших полипов эндометрия (ПЭ) у пациенток периода постменопаузы является электромеханическая морцелляция. Обоснована целесообразность послеоперационного динамического наблюдения с использованием 2D/3DУЗИ с целью определения эффективности лечения.

Теоретическая и практическая значимость работы

В ходе проведенного исследования была доказана возможность дифференцированного применения в практическом здравоохранении всех изучаемых нами методов внутриматочной хирургии с учетом их конструктивных возможностей, показаний и противопоказаний к их использованию. Обосновано применение тотальной биполярной электрохирургической резекции эндометрия у пациенток с рецидивирующими ПЭ и выраженной экстрагенитальной патологией как альтернатива гистерэктомии и назначения гормональной терапии, а также с кистозной атрофией эндометрия, сопровождающейся кровяными выделениями из половых путей, как профилактика рака эндометрия в последующем.

Показано, что конструктивные особенности электромеханического морцеллятора создают ограничения использования его при наличии ПЭ небольших размеров, несмотря на неоспоримые преимущества в виде простоты выполнения и низкого риска интраоперационных осложнений. В процессе работы отмечено, что режущие зубцы инструмента быстро теряли свои свойства, что снижало не только скорость, качество и безопасность оперативного вмешательства, но и стоимость лечения в последующем за счёт необходимости приобретения дополнительных насадок.

Разработан алгоритм лечения доброкачественной внутриматочной патологии в зависимости от характера патологического очага и сопутствующей внутриматочной и экстрагенитальной патологии.

Методология и методы исследования

Методология научно-исследовательской работы основана на изучении эффективности органосохраняющих методов лечения доброкачественных внутриматочных заболеваний у пациенток периода постменопаузы при помощи современных методов диагностики.

Диагностический алгоритм включал в себя изучение результатов клинико-анамнестических, эхографических, эндоскопических и гистологических исследований. В соответствии с аспектами доказательной медицины после архивации базы данных проводился статистический анализ полученных результатов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Скрининговым методом диагностики внутриматочной патологии у пациенток периода постменопаузы является 2DУЗИ. При получении сомнительных эхограмм, целесообразно проведение 3DУЗИ. Качественная дооперационная диагностика позволяет подобрать максимально эффективный метод хирургического вмешательства.

2. При наличии клинических или ультразвуковых признаков патологии эндометрия у пациенток периода постменопаузы первоначально показано проведение диагностической гистероскопии, по результатам которой, и в зависимости от характера сопутствующей экстрагенитальной патологии, возможно формирование дифференцированного интраоперационного подхода к выбору метода внутриматочной хирургии.

3. Каждый из органосохраняющих методов внутриматочной хирургии имеет как отрицательные так и положительные стороны, требующие индивидуального подхода к выбору оптимального метода лечения в зависимости от характера внутриматочной и сопутствующей экстрагенитальной патологии, оснащенности клиники и навыков хирурга.

Степень достоверности результатов исследования

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием пакетов IBM SPSS Statistics 23.0 и EViews 10. Построение таблиц, графиков и диаграмм производилось в пакете Microsoft Office 2010. Критерий Стьюдента (t-критерий) использовался для оценки достоверности различий между выборками, U-критерий Манна-Уитни использовался в случае малой численности выборки и распределения отличного от нормального. Используемое значение надежности статистических выводов составляет $p < 0,05$.

Апробация работы

Основные положения научной работы доложены и обсуждены на: XX Всероссийском научно-образовательном форуме «Мать и Дитя» (Москва, 2019); VIII съезде Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине с международным участием (Москва, 2019);

Международной научно-практической конференции «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ - ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ» (Самарканд, 2021).

Апробация диссертационной работы состоялась на совместной научно-практической конференции сотрудников кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и коллектива сотрудников гинекологических отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» ДЗ г. Москвы и Центра планирования семьи и репродукции ДЗ г. Москвы 19 мая 2021, протокол №12.

Личный вклад автора

Автором лично проведена работа по клинико-инструментальному скринингу тематических больных, подготовке пациентов к оперативному лечению и его осуществление, анализу клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Диссертант самостоятельно провела статистическую обработку полученных данных и анализ результатов исследования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационной работы соответствуют формуле специальности 14.01.01 – Акушерство и гинекология. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования, а именно пунктам 3, 4, 5 паспорта «Акушерство и гинекология».

Реализация и внедрение результатов работы в практику

Полученные практические данные внедрены в работу гинекологических отделений ГБУЗ ГКБ №31 ДЗМ (главный врач – к.м.н. Ефремова Н.М.), ГБУЗ Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ (главный врач – к.м.н. Латышкевич О.А.).

Материалы диссертационной работы используются в учебном процессе при подготовке студентов, ординаторов и аспирантов на кафедре акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (зав. кафедрой академик РАН, профессор, д.м.н. Курцер М.А.).

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертации опубликовано 9 работ, из них 5 – в рецензируемых изданиях, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 126 страницах печатного текста, состоит из четырех глав, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя литературы, включающего 298 источников, из них - 131 отечественных и 167 - зарубежных авторов. Иллюстративный материал представлен 7 таблицами, 3 диаграммами, 20 рисунками.

Материалы и методы исследования.

Настоящее исследование было проведено в период 2017-2020гг. в гинекологической клинике кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (зав. кафедрой академик РАН, проф., д.м.н. Курцер М.А.), на базе ГБУЗ ГKB №31 Департамента здравоохранения г. Москвы (главный врач – к.м.н Ефремова Н.М.). Обследованы и прооперированы с учетом критериев включения и исключения 288 пациенток. Возраст обследованных колебался от 50 до 80 лет, составляя в среднем $59,4 \pm 0,79$ лет ($p < 0,05$). Все обследованные пациентки соответствовали критерию включения в исследование - наличие доброкачественных внутриматочных заболеваний, подтвержденных данными гистологического исследования. Критериями исключения послужили: длина полости матки по зонду более 12 см; аденокарцинома эндометрия или атипическая гиперплазия эндометрия, острые воспалительные заболевания органов малого таза, опухоли яичников.

Все обследованные пациентки в зависимости от использованного метода удаления патологического очага из полости матки были разделены на четыре группы. I группу составили 82 (28,5%) пациентки, которым было произведено механическое удаление патологического очага, II группу сформировали 58 (20,1%) пациенток, которым было выполнено электромеханическое удаление патологического очага, в III группу вошли 46 (16,0%) пациенток, которым была применена локальная электрохирургическая резекция эндометрия, IV группу составили 102 (35,4%) пациентки, которым была выполнена тотальная электрохирургическая резекция эндометрия.

Изучение анамнеза заболевания показало, что поводом для госпитализации у 279 (96,9%) обследованных послужили ультразвуковые признаки патологии эндометрия, у 9 (3,1%) - наличие кровяных выделений из половых путей.

Анализ структуры внутриматочной патологии у обследованных больных по данным гистологического исследования показал, что ПЭ были выявлены в 80,6% наблюдений, сочетание ПЭ и субмукозной миомы матки в 6,9% случаев, сочетание ПЭ и гиперплазии эндометрия (ГЭ) без атипии - в 2,8% наблюдений, очаговая гиперплазия на фоне атрофии эндометрия у 2,1% обследованных, ГЭ без атипии в сочетании с субмукозными миоматозными узлами в 0,7%

наблюдений, субмукозная миома матки в 2,1% случаев, кистозная атрофия эндометрия и внутриматочные синехии в 3,1% и 1,7% наблюдений соответственно.

Характер сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Характер сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у обследованных пациенток

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания	I группа		II группа		III группа		IV группа	
	абс. (n)	отн. (%)	абс. (n)	отн. (%)	абс. (n)	отн. (%)	абс. (n)	отн. (%)
Гипертоническая болезнь	49	59,8	33	56,9	11	24,0	63	61,7
Стенокардия напряжения	8	9,8	7	12,1	7	15,2	37*	36,3*
Сахарный диабет II типа	8	9,8	10	17,2	4	8,6	16	15,7
НЖО II-III ст.	37	45,1	23	39,7	11	23,9	38	37,2
ТЭЛА (тромбоэмболия легочных артерий) в анамнезе	0	0	0	0	0	0	2*	2,0*
Заболевания щитовидной железы (гипотиреоз, аутоиммунный тиреидит)	16	19,5	13	22,4	9	19,5	45*	44,1*
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	18	22,0	12	20,7	6	13,0	52*	50,9*
Фиброзно-кистозная мастопатия	28	34,1	18	31,0	13	28,3	31	30,4
Фиброаденома молочной железы	2	2,4	6	10,3	0	0	6	5,9
Рак молочной железы в анамнезе	4	4,9	2	3,4	0	0	8*	7,8*
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	0	0	2	3,4	0	0	5*	4,9*
Инфаркт миокарда в анамнезе	6	7,3	3	5,2	2	4,3	9*	8,8*

Примечание: *-статистически значимая выраженность сопутствующей экстрагенитальной патологии у пациенток IV группы по сравнению с пациентками других групп ($p < 0,05$ при сравнении данных)

Наиболее выраженная сопутствующая патология отмечалась у пациенток 4 группы ($p < 0,05$). Каждая пациентка этой группы требовала индивидуального

подхода к выбору тактики лечения, в связи с невозможностью назначения гормональной терапии и риска гистерэктомии для жизни.

Различная гинекологическая патология в анамнезе имела практически у всех пациенток. Миома матки малых размеров выявлена у 172 (59,7%) обследованных, аденомиоз – у 51 (17,7%) пациентки. Почти у каждой второй пациентки в анамнезе имелись доброкачественные пролиферативные процессы эндометрия.

Число гистероскопий, отдельных диагностических выскабливаний слизистой матки (РДВ), перенесенных ранее одной больной составило от 1 до 6 раз, у большинства 2-3 раза. Гормональную терапию в анамнезе получали 76 (54,7%) пациенток из 139, многие из них неоднократно – 58 (76,3%), с частичным эффектом или без него; 63 (45,3%) пациенткам проводилась симптоматическая терапия, так как применение гормональных препаратов было им противопоказано из-за выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологии.

У всех пациенток, помимо стандартного общеклинического и гинекологического обследования, были использованы следующие диагностические методы, характер и объем которых представлен в таблице 2.

Таблица 2 - Методы и объем исследований

Методы исследования	Количество исследований
Общеклинические методы исследования	168
УЗИ органов малого таза в режиме 2D	1 525
Допплерометрия в режиме 2D	1 525
УЗИ органов малого таза в режиме 3D	1 525
Допплерометрия в режиме 3D	1 525
Гистероскопия, механическое удаление патологического очага	82
Гистероскопия, электромеханическое удаление патологического очага	58
Гистероскопия, электрохирургическое удаление патологического очага	160
Гистологическое исследование биоптата	313
Лапароскопия	9
Итого	6 996

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с доплерометрией производилось на аппарате Toshiba Aplio 500 в режиме двухмерной и трёхмерной эхографии (2DUЗИ и 3DUЗИ).

Гистероскопия, РДВ слизистой матки, трансцервикальная резекция эндометрия (локальная и тотальная) проводились с использованием аппаратуры

«KARL STORZ» (Германия) и «Versapoint» (США) при помощи петли 5 и 4 мм, соответственно, по стандартной методике.

Электромеханическая морцелляция полипов эндометрия производилась под внутривенным обезболиванием с помощью косой оптики гистероскопа наружным диаметром 8,5 мм фирмы «KARL Storz» со встроенным рабочим каналом, в который вводилась жесткая шейверная система фирмы «KARL Storz», наружный диаметр которой составлял 6 мм. Шейверная система соединялась с моторным блоком управления и представляла собой две полые трубки, вставленные одна в другую. Обе трубки имели боковые окошечные вырезы, края которых были выполнены в виде зубцов разного размера и разной заточкой, что обеспечивало режущий эффект во время вращения внутренней трубки во внешней.

В процессе наблюдения всем пациенткам производилось комплексное обследование через 1, 3, 6, 12, 15, 18, 24, 36 месяцев после всех использованных оперативных методов лечения, включающее гинекологические методы исследования, УЗИ органов малого таза.

Статистическая обработка данных и тестирование на статистическую значимость производилось при помощи пакетов программ IBM SPSS Statistics 23.0 и EViews 10. Полученные результаты агрегировались в виде таблиц, графиков и диаграмм в Microsoft Excel 2010. Критерий Стьюдента (t-критерий) использовался для оценки достоверности различий между выборками с нормальным распределением, U-критерий Манна-Уитни использовался в случае малой численности выборки и отличного от нормального распределения. Используемое значение надежности статистических выводов составляет $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным общего осмотра и клинико-лабораторных исследований на дооперационном этапе состояние всех 288 больных оценивалось как удовлетворительное, течение экстрагенитальных заболеваний было в стадии компенсации. По данным ультразвукового исследования на дооперационном этапе нами были выявлены признаки различных видов внутриматочной патологии, что послужило показанием для госпитализации и проведения внутриматочной хирургии. В зависимости от предположительного ультразвукового диагноза и эндоскопической картины, мы применяли различные техники внутриматочной хирургии. В зависимости от использованного метода в последующем мы производили ранжирование пациентов по группам.

I группу составили 82 пациентки с ПЭ, располагающимися на фоне атрофии эндометрия. У 42 (51,2%) больных с ПЭ небольших (2-10 мм) и у 28 (34,2%) обследованных с ПЭ средних (10-20 мм) размеров произведено РДВ

слизистой матки с контрольной гистероскопией, по данным которой у 46 (56,1%) больных ПЭ были полностью удалены кюреткой, 24 (29,2%) - потребовалось проведение полипэктомии при помощи биопсийных щипцов, введенных в рабочий канал гистероскопа.

При выявлении ПЭ больших размеров (20-65 мм) у 12 (14,6%) больных, заполняющих всю полость матки потребовалось дополнительное расширение цервикального канала до 12-13 расширителей Гегара, ПЭ фиксированы окончатым зажимом и одномоментно удалены у 8 (9,8%) больных, у 4 (4,9%) больных ПЭ удалены фрагментарно с неоднократным гистероскопическим контролем.

Таким образом механическая полипэктомия является простой и доступной методикой для удаления полипов эндометрия небольших и средних размеров. Отрицательным моментом является тот факт, что удаление больших ПЭ требовало проведение неоднократных манипуляций (введения и выведения окончатого зажима), а также гистероскопа для осуществления контроля за полным его удалением. Необходимость дополнительного расширения цервикального канала, введение окончатого зажима и работа без эндоскопического контроля увеличивало риск перфорации матки и продолжительность оперативного вмешательства.

Электромеханическую морцелляцию мы использовали у 58 больных **II группы**, из них с ПЭ средних (2-10 мм) было 40 (69,0%), с ПЭ больших (10-20мм) размеров - 18 (31,0%). Все ПЭ располагались на фоне атрофии эндометрия.

Использованная нами модель внутриматочного морцеллятора позволяла независимо от размера ПЭ производить расширение цервикального канала только до 8,5 расширителей Гегара, после чего шейверная система подводилась к полипу эндометрия и производилось одномоментное срезание и эвакуация кусочков полипа эндометрия, что обеспечивало адекватный визуальный контроль при его удалении.

Наряду с положительными отмеченными нами моментами электромеханической морцелляции ПЭ, мы выявили и отрицательные – режущий элемент располагается таким образом, что делает затруднительным удаление небольших ПЭ, особенно располагающихся в дне матки, трудности в сборе гистологического материала из-за чрезмерного измельчения удаляемой ткани, режущие зубцы инструментов быстро теряют свои свойства, что снижает не только скорость выполнения операции, но и стоимость вмешательства со временем.

III группу больных представили 46 пациенток, которым произведена локальная электрохирургическая резекция только патологического очага (ПЭ

или его ножки у 32 (69,6%); субмукозного миоматозного узла у 8 (17,4%); сочетание резекции ПЭ и субмукозной миомы у 6 (13,0%).

Всем больным на первом этапе произведена гистероскопия, РДВ слизистой матки, по данным которой ПЭ у 38 (82,6%) пациенток были либо не удалены кюреткой, либо удалены частично, либо определялась только ножка ПЭ. Этим больным производилась резекция только не удаленного ПЭ или ножки ПЭ, потому что ПЭ у этих больных были выявлены впервые и располагались на фоне атрофии эндометрия, у 6 (17,6%) больных резекция ПЭ сочеталась с резекцией субмукозного миоматозного узла 0-1 типа небольших размеров (5-10 мм).

У 8 (17,4%) из 46 больных в нашем исследовании, госпитализированных с диагнозом гиперплазия эндометрия, по данным гистероскопии выявлены субмукозные миоматозные узлы 0-1 типа больших размеров (от 25 до 35 мм), осмотреть весь эндометрий без их резекции не представлялось возможным. Этим больным произведена резекция миоматозного узла, после чего создавалась возможность осмотреть всю полость матки (у 2 визуализировался утолщенный эндометрий на всем протяжении, у 6 отмечалось локальное утолщение слизистой) и произвести РДВ слизистой матки для получения ткани эндометрия на гистологическое исследование.

Субмукозная миома матки в постменопаузе не требует удаления, в то же время при наличии условий для ее безопасного удаления, целесообразнее эту манипуляцию выполнять, так как пациентки могут быть повторно направлены на оперативное лечение из-за снижения диагностических возможностей 2ДУЗИ при наличии субмукозного узла.

В **IV группу** вошли 102 пациентки с выраженной экстрагенитальной патологией и рецидивирующими ГПЭ, которым как альтернатива назначения гормональной терапии и гистерэктомии осуществляли тотальную биполярную электрохирургическую резекцию эндометрия по общепринятой методике.

Анализ гистероскопических данных у пациенток 4 группы (102) показал, что ПЭ были обнаружены у 82 (80,4%) больных, из них у 12 (14,6%) пациенток было выявлено сочетание ПЭ с субмукозными узлами 0-1 типа небольших размеров (5-10 мм). У 6 (5,9%) пациенток при гистероскопии определялось незначительное локальное утолщение слизистой эндометрия, что при УЗИ определялось как локальное утолщение эндометрия до 3-4 мм без четких контуров. У 5 (4,9%) больных, перенесших ранее аблацию эндометрия (микроволновую и баллонную) при гистероскопии внутриматочные сращения заполняли всю полость матки и осмотреть ее без резекции или разрушения синехий не представлялось возможным. После резекции синехий визуализировался атрофичный эндометрий (гистологическое исследование подтвердило диагноз внутриматочные синехии). У 9 (8,8%) пациенток с

рецидивирующими кровяными выделениями и неоднозначной ультразвуковой картиной (дезорганизация структуры М-эхо за счет множественных аваскулярных анэхогенных включений до 1 мм в диаметре) при гистероскопии визуализировался тонкий отечный эндометрий бледно-розового цвета с кистозными включениями. Этим больным с диагностической целью так же была произведена тотальная биполярная электрохирургическая резекция эндометрия. По данным гистологического исследования у данных больных выявлен кистозный вариант атрофии эндометрия.

В связи с тем, что 90,3% из всех 288 обследованных нами больных были с ПЭ, мы считали целесообразным оценить общепринятые параметры проведения операции в группе больных с ПЭ. Все интраоперационные характеристики колебались в пределах допустимых величин, осложнений во время операций не было выявлено ни у одной больной.

Оценивая продолжительность операции всех использованных методов, мы выявили, что время проведения полипэктомии колебалось от 15 до 30 минут и было достоверно выше у пациенток, которым осуществлялась тотальная электрохирургическая резекция эндометрия. Время проведения операции полипэктомии представлено в таблице 3.

Таблица 3 - Продолжительность операции полипэктомии в зависимости от используемых методик

Размеры полипов	Продолжительность операции, мин.			
	Механическое удаление	Электромеханическое удаление	Локальная резекция	Тотальная резекция
ПЭ (2-10 мм.)	16 ± 3,2	-	15 ± 2,1	27 ± 2,0*
ПЭ (10-20 мм.)	17 ± 2,9	14 ± 1,9	16 ± 2,0	29 ± 2,1*
ПЭ (20-65 мм.)	21 ± 3,0	15 ± 2,0	16 ± 1,8	33 ± 2,1*

Примечание: *-статистически значимое увеличение времени проведения тотальной резекции эндометрия по сравнению с локальным удалением патологического очага; $p < 0,05$.

В раннем послеоперационном периоде состояние и самочувствие всех обследуемых (288) расценивалось как удовлетворительное. Уже через 2–3 часа после операции все пациентки были активными. У каждой третьей пациентки были жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота, которые купировались после приема таблетированных анальгезирующих средств.

Пациентки после оперативного лечения были выписаны на 2 сутки в удовлетворительном состоянии и сразу после выписки могли возвратиться к обычному ритму жизни. Всем больным с профилактической целью в течение первых 5 суток было рекомендовано в амбулаторных условиях проведение антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии.

После получения результатов гистологического исследования гормональная терапия гестагенами (Норэтистерон) в обязательной комбинации с Ацетилсалициловой кислотой была рекомендована 22 (15,7%) из 140 пациенток I и II группы (после механического и электромеханического удаления ПЭ) с железистыми полипами эндометрия (ЖПЭ), а так же 2 (4,3%) из 46 пациенток III группы с гиперплазией эндометрия без атипии (в непрерывном режиме для профилактики рецидивирования внутриматочной патологии в течение 6 месяцев). После получения результатов гистологического исследования гормональная терапия не была назначена ни одной пациентке IV группы, им производилось обязательное динамическое наблюдение с ультразвуковым контролем в регламентированные сроки.

Эффективность лечения оценивалась в совокупности по клиническим, гистероскопическим и ультразвуковым критериям. Клиническими критериями служили отсутствие кровяных выделений из половых путей, ультразвуковыми-эхографические показатели М-эхо, свидетельствующие об отсутствии гиперпластического патологического процесса.

Эффективность всех использованных нами методов была высокой (рисунок 1).

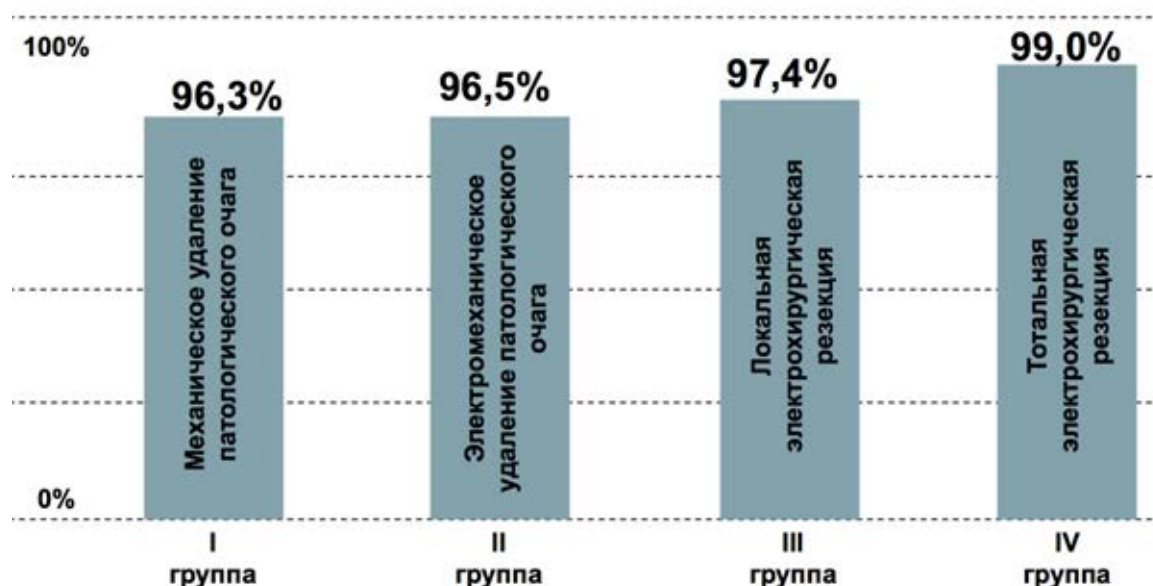


Рисунок 1 - Эффективность использованных методов лечения доброкачественных внутриматочных заболеваний в постменопаузе

Эффективность механического удаления патологического очага составила 96,3%, электромеханического - 96,5%; локальной электрохирургической резекции эндометрия - 97,4%; тотальной электрохирургической резекции эндометрия - 99,0%.

Анализ результатов динамического наблюдения (до 3 лет после операции) показал, что у 3 (3,7%) из 82 пациенток I группы с железисто-фиброзными полипами эндометрия (ЖФПЭ) с преобладанием железистого компонента по данным гистологического исследования, не получающих гормональную терапию и не предъявляющие жалоб, через 6, 12, 18 месяцев после удаления ПЭ по данным УЗИ был заподозрен рецидив патологии эндометрия. Этим пациенткам была произведена повторная гистероскопия, при которой выявлен ПЭ, в связи с чем им была проведена биполярная электрохирургическая полипэктомия, и как профилактика рецидива возникновения полипа эндометрия – тотальная биполярная электрохирургическая резекция эндометрия, выскабливание слизистой цервикального канала. Гистологическое заключение подтвердило рецидив ПЭ (ЖФПЭ). При дальнейшем наблюдении в течение последующих 2 лет не выявлено рецидивирования ПЭ. У остальных обследованных I группы (79) после механического удаления ПЭ клинических и ультразвуковых признаков патологии эндометрия выявлено не было.

У 2 (3,4%) из 58 пациенток II группы с ЖФПЭ, удаление полипов эндометрия у которых осуществлялось при помощи внутриматочного морцеллятора, через 3 и 9 месяцев после удаления ПЭ по данным УЗИ был заподозрен рецидив ПЭ. Этим пациенткам была произведена повторная гистероскопия, при которой подтвержден рецидив ПЭ, в связи с чем им произведена биполярная электрохирургическая полипэктомия, тотальная электрохирургическая резекция эндометрия. При гистологическом исследовании выявлены ЖФПЭ. При дальнейшем динамическом наблюдении у данных больных в течение 2,5 лет не выявлено рецидивирования ПЭ. У остальных 56 (96,6%) обследованных II группы клинических и ультразвуковых признаков патологии эндометрия выявлено не было.

Анализ результатов динамического наблюдения (до 3 лет после операции) показал, что у 1 (2,6%) из 38 пациенток III группы с ПЭ, которой было произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки, локальное удаление полипа эндометрия петлей биполярного гистерорезектоскопа, на 6 месяце наблюдения по данным УЗИ был заподозрен рецидив ПЭ, этой пациентке была произведена повторная гистероскопия, тотальная биполярная электрохирургическая резекция эндометрия, выскабливание слизистой цервикального канала, гистологическое заключение

подтвердило рецидив ГПЭ (ЖФПЭ). При динамическом наблюдении в течение последующих 2 лет не выявлено рецидивирование ГПЭ.

Таким образом, только у 6 (3,2%) из 186 пациенток первых трех групп в различные сроки наблюдения (от 3 до 18 месяцев) заподозрена патология эндометрия по данным ультразвукового исследования, им произведена гистероскопия, подтверждено наличие ПЭ, в связи с чем этим больным произведена тотальная электрохирургическая резекция эндометрия с эффектом.

Наибольший интерес представляет оценка эффективности тотальной электрохирургической резекции эндометрия, которая была выполнена у 102 пациенток IV группы. Анализ результатов динамического наблюдения показал, что у 86 (84,3%) больных формировалось тонкое линейное «ложное» м-эхо средней или повышенной эхогенности, представленное частично облитерированной полостью матки и частично оставшейся интактной субэндометриальной зоной, у 9 (8,8%) обследованных больных м-эхо превышало нормативные 3-4 мм из-за формирования обширной аваскулярной зоны фиброза. Отсутствие динамического утолщения «ложного м-эхо» при последующем наблюдении позволило нам судить об отсутствии рецидива патологии эндометрия у этих больных. У 7 (6,9%) из 102 обследованных больных в различные сроки наблюдения (от 9 до 36 месяцев) динамические изменения эхографической картины и параметров м-эхо послужили показанием для проведения повторной гистероскопии и РДВ слизистой матки.

У 6 (5,9%) из 102 пациенток в сроки наблюдения от 9 до 36 месяцев у которых по поводу рецидива ЖФПЭ была произведена тотальная биполярная электрохирургическая резекция эндометрия, при эхографии в структуре тонкого линейного м-эхо в области трубных углов визуализировалось локальное утолщение м-эхо от 6 до 11 мм гетерогенной структуры, которое нами было расценено как патология эндометрия, в связи с чем им так же была выполнена повторная гистероскопия, при которой в полости матки определялись множественные синехии, гиперпластического процесса эндометрия выявлено не было. Пациенткам произведено разрушение и иссечение синехий. По гистологическому заключению выявлены внутриматочные синехии с прилежащим миометрием и очагами аденомиоза. При проведении контрольного УЗИ через 3 месяца у всех этих больных после гистерорезекции М-эхо не превышало 3 мм, было представлено гиперэхогенной аваскулярной структурой, в течение последующего 2 лет динамического наблюдения у них не было отмечено рецидива ГПЭ.

Только у 1 (1,0%) пациентки 52 лет из IV группы, с длительностью постменопаузы 1 год, у которой по поводу рецидива ЖФПЭ и впервые выявленной гиперплазии эндометрия без атипии произведена тотальная биполярная электрохирургическая резекция эндометрия в связи с

невозможностью назначения гормональной терапии из-за выраженной соматической патологии, через 12 месяцев после оперативного вмешательства при УЗИ органов малого таза вновь были выявлены эхо-признаки патологии эндометрия- отмечалось утолщение М-эхо до 12 мм, структура которого была гетерогенной с кистозными включениями, кровоток при ЦДК не регистрировался. Данной пациентке была произведена повторная гистероскопия, РДВ слизистой матки. По данным гистологического заключения выявлена гиперплазия эндометрия без атипии, в связи с чем ей была выполнена экстирпация матки с придатками лапароскопическим доступом. При гистологическом исследовании выявлен рецидив гиперплазии эндометрия без атипии, миометрий с очагами аденомиоза и миоматозными узлами, правый и левый яичник атрофичного строения.

Таким образом, эффективность тотальной резекции эндометрия при лечении доброкачественных внутриматочных заболеваний в постменопаузе составила 99,0%. Полученные результаты позволили нам выработать алгоритм лечения больных с доброкачественной внутриматочной патологией (рисунок 2).



Рисунок 2 - Алгоритм лечения доброкачественной внутриматочной патологии

Таким образом, все использованные нами методы внутриматочной хирургии могут быть дифференцированно применены для лечения доброкачественной внутриматочной патологии в зависимости от ее характера и сопутствующих внутриматочных и экстрагенитальных заболеваний.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Полученные практические результаты позволяют сформулировать перспективы дальнейшей разработки темы диссертации: внедрение в рутинную клиническую практику использование 3DUЗИ с целью правильного

определения метода внутриматочной хирургии на дооперационном этапе и ведения пациентов в послеоперационном периоде. Учитывая высокую эффективность использованных нами методик, целесообразно их внедрение в широкую практику как в стационарах кратковременного пребывания, так и в оснащенных поликлинических учреждениях.

ВЫВОДЫ

1. Каждый из органосохраняющих методов внутриматочной хирургии (механическое, электромеханическое удаление патологического очага, локальная и тотальная электрохирургическая резекция) у больных периода постменопаузы с доброкачественными процессами в матке имеет высокий процент эффективности. Эффективность механического удаления патологического очага составила 96,3%, электромеханического - 96,5%; локальной электрохирургической резекции эндометрия - 97,4%; тотальной электрохирургической резекции эндометрия - 99,0%.

2. Отрицательным моментом механического удаления больших полипов эндометрия является непреднамеренное травматическое воздействие на шейку матки. При электромеханическом методе внутриматочной хирургии возникают сложности при удалении полипов эндометрия небольших размеров, располагающихся в дне матки и трудности для полноценного забора материала для гистологического исследования. Опасность биполярной электрохирургической резекции патологического очага - развитие синдрома жидкостной перегрузки сосудистого русла, перфорация матки.

3. Показания и противопоказания для проведения органосохраняющих методов внутриматочной хирургии определяются характером внутриматочной патологии. Показанием для электрохирургического и механического удаления патологического очага под контролем гистероскопии являются все виды доброкачественных внутриматочных заболеваний в постменопаузе. Методом выбора удаления больших полипов эндометрия следует считать электромеханическую морцелляцию. Противопоказанием для проведения органосохраняющих методов внутриматочной хирургии является гиперплазия эндометрия с атипией и без, аденокарцинома эндометрия.

4. У больных периода постменопаузы с доброкачественными внутриматочными заболеваниями и тяжелой экстрагенитальной патологией, являющейся противопоказанием для проведения гистерэктомии, методом выбора лечения следует считать органосохраняющие внутриматочные операции.

Практические рекомендации

1. При наличии ультразвуковых признаков патологии эндометрия или кровяных выделений из половых путей у пациенток периода постменопаузы на первом этапе показано проведение диагностической гистероскопии в

засисимости от данных которой и характера сопутствующей экстрагенитальной патологии показан дифференцированный подход к выбору метода внутриматочной хирургии.

2. У пациенток периода постменопаузы с полипами эндометрия небольших и средних размеров возможно и допустимо применение механической или электрохирургической полипэктомии в зависимости от оснащённости клиники и навыков хирурга.

3. При обнаружении полипов эндометрия больших размеров более оправданным и оптимальным следует считать применение электромеханической полипэктомии. Использование механического метода (с использованием окончатого зажима, биопсийных щипцов, кюретки) с контролем гистероскопии допустимо, при этом требуется дополнительное расширение цервикального канала расширителями Гегара до №12-13, что является неблагоприятным у больных этой возрастной группы. Более предпочтительным следует считать электрохирургический метод с применением биполярного электрода.

4. У больных периода постменопаузы с сочетанием полипа эндометрия и субмукозной миомы матки, с внутриматочными синехиями, атрофией эндометрия, сопровождающейся кровяными выделениями из половых путей методом выбора следует считать биполярную электрохирургическую резекцию.

5. У пациенток с сочетанием патологии эндометрия и субмукозного миоматозного узла или с синехиями в полости матки после ранее выполненных внутриматочных манипуляций целесообразно предварительно производить электрохирургическую резекцию миоматозного узла (при наличии условий для её выполнения) или разрушение синехий, что позволяет осмотреть эндометрий на всем протяжении и осуществить прицельное удаление патологического очага если он будет выявлен.

6. При наличии рецидива полипа эндометрия и выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологии целесообразно применение тотальной электрохирургической резекции эндометрия. Применение тотальной электрохирургической резекции эндометрия при гиперплазии эндометрия допустимо только у больных с высокими рисками проведения оперативного лечения и назначения гормональной терапии для жизни.

7. Все больные периода постменопаузы перенесшие органосохраняющие операции должны находиться на динамическом наблюдении с обязательным ультразвуковым контролем. При появлении кровяных выделений из половых путей или эхо-признаков патологии эндометрия показано проведение гистероскопии, после которой решать вопрос об использовании дальнейшего метода внутриматочной хирургии.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Овчинникова, А.В. Диагностика и лечение доброкачественных внутриматочных заболеваний у пациенток в постменопаузе / М.А. Курцер, В.Г. Бреусенко, Г.Н. Голухов, А.В. Овчинникова и др. // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.** - 2019. - №18(3). - С.71–79.
2. Овчинникова, А.В. Морфофункциональное состояние яичников у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия после внутриматочных хирургических вмешательств / В.Г. Бреусенко, Г.Н. Голухов, Ю.А. Голова, А.В. Овчинникова и др. // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.** - 2019. - №18(6). - С.21–27.
3. Овчинникова, А.В. Возможности трехмерной эхографии в оценке эффективности микроволновой абляции эндометрия в лечении гиперпластических процессов эндометрия у пациенток пременопаузального и постменопаузального периодов / В.Г. Бреусенко, И.А. Есипова, А.В. Демидов А.В. Овчинникова и др. // **Ультразвуковая и функциональная диагностика.** - 2019. - №2. - S12.
4. Овчинникова, А.В. Морфофункциональное состояние яичников у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в пременопаузе после современных методов внутриматочной хирургии / В.Г. Бреусенко, Ю.А. Голова, И.А. Есипова, А.В. Овчинникова и др. // Материалы XX Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и Дитя-2019». - Москва, 25-27 сентября 2019. - С.98.
5. Овчинникова, А.В. Возможности ультразвукового исследования у пациенток с подслизистыми миоматозными узлами в репродуктивном периоде / Л.М. Каппушева, И.А. Есипова, Д.М. Ляфешева, А.В. Овчинникова // Материалы XX Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и Дитя-2019». - Москва, 25-27 сентября 2019. - С.107.
6. Овчинникова, А.В. Полипы эндометрия в постменопаузе. Место электромеханической морцелляции в лечении полипов эндометрия / М.А. Курцер, В.Г. Бреусенко, Г.Н. Голухов, А.В. Овчинникова и др. //

Материалы XX Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и Дитя-2019». - Москва, 25-27 сентября 2019. - С.111.

7. Овчинникова, А.В. Полипы эндометрия в постменопаузе. Место электромеханической морцелляции в лечении полипов эндометрия / М.А. Курцер, В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева, А.В. Овчинникова и др. // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии**. - 2020. - №19(1). - С.12-19.

8. Овчинникова, А.В. Ультразвуковая оценка состояния стенки матки после гистерорезектоскопии подслизистых миоматозных узлов / И.А. Есипова, Л.М. Каппушева, В.Г. Бреусенко, А.В. Овчинникова и др. // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии**. - 2020. - №19(4). - С.5–21.

9. Овчинникова, А.В. Органосохраняющие операции у пациенток постменопаузы с доброкачественными заболеваниями эндометрия / В.Г. Бреусенко, И.А. Есипова, А.В. Овчинникова // Материалы Международной научно-практической конференции «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ - ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ». - Самарканд, 21 января 2021. - С.412.