

УДК: 618.14:611.664 -007.61-08:618.14-072.1

ГІСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ  
ХВОРИХ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ  
ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ*О.П. Гнатко, Н.Г. Скурятіна,  
О.А. Кравченко*Національний медичний університет імені  
О.О. Богомольця МОЗ України  
(м. Київ, Україна)**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрію, репродуктивна функція, ендохірургічне лікування.**Резюме.** Представлені дані щодо ефективності лікувальної тактики з використанням органозберігаючого ендохірургічного лікування – гістерорезектоскопії у жінок за умов наявності гіперпластичних процесів ендометрію з врахуванням віку хворих, морфологічних характеристик ендометрія, репродуктивних задач.**Вступ**

Гіперпластичні процеси ендометрія представляють не тільки важливу медико-біологічну, а й соціально-економічну проблему [1,2]. Значущість даної проблеми визначається сталою тенденцією до тривалого, рецидивуючого перебігу, відсутністю специфічних патогномонічних симптомів, складністю диференційної діагностики [2,3]. Невпинне зростання ендокринних розладів, безпліддя, запальних та інфекційних захворювань у жінок призводить до омолодження даної патології ендометрію. Крім того, проблема гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку не втрачає свого значення як з позицій профілактики раку ендометрію, так і з позицій відновлення та збереження дітородної функції. Тому важливе значення має раннє виявлення, профілактика, якісна діагностика й адекватне поетапне лікування з наступним відновленням менструальної та репродуктивної функцій.

Клінічними проявами гіперпластичних процесів ендометрію є дисфункціональні маткові кровотечі різної інтенсивності та тривалості або порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї [1,4].

Алгоритм діагностики різних форм гіперплазії ендометрія у різні вікові періоди має деякі особливості [5]. Діагноз ґрунтується на комплексній оцінці даних анамнезу, результатів клінічних та спеціальних досліджень. Обстеження обов'язково включає роздільне вишкрібання слизової каналу шийки та стінок порожнини матки під контролем гістероскопії з обов'язковим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу [1,4,6]. Важливу роль у діагностиці гіперпластичних процесів відіграє ультразвукова діагностика [7].

Обґрунтування та вибір лікувальної так-

тики у хворих з гіперпластичними процесами ендометрію, на думку більшості авторів [1,5,6], визначається віком жінки, функціональним станом репродуктивної системи, клініко-морфологічними особливостями патологічного процесу, тривалістю захворювання, соматичним статусом хворої та супутньою гінекологічною патологією. Патогенетична терапія передбачає видалення патологічно зміненого ендометрію та нормалізацію порушень ендокринних, метаболічних та імунних процесів в організмі.

Лікування та профілактика гіперпластичних процесів ендометрію включає консервативні та хірургічні методи [1,2,5]. Критерієм вибору методу лікування вважається форма патології ендометрію, яка визнана гістологічно [8]. Гістологічне дослідження є найбільш вірогідним методом діагностики гіперпластичних процесів і визначення характеру даної патології (залозисто-кістозна гіперплазія; атипова гіперплазія – аденоматоз дифузний, вогнищевий; поліпи – залозистий, аденоматозний, фіброзний). У всіх ситуаціях за умов вибору методу лікування повинна враховуватись також вірогідність ризику прогресування патологічного процесу (залозиста гіперплазія – атипова гіперплазія – злоякісний ріст), що визначається після комплексної оцінки всіх діагностичних параметрів [6,8].

Серед консервативних методів лікування основним методом є гормонотерапія, яка підбирається індивідуально з дотриманням певних умов та суворим обліком протипоказань [4,6]. Традиційно тактика лікування передбачає проведення гормонотерапії протягом 3 місяців з наступним гістологічним дослідженням слизової оболонки матки. При відсутності клінічного або морфологічного ефекту консервативного лікування здійсню-

ється хірургічне втручання. Хірургічні методи переважно використовуються за умов рецидивуючих форм гіперплазії: залозисто-кістозної гіперплазії та поліпів, особливо тих, які розвинулись на тлі захворювань залоз внутрішньої секреції (діабет), ожиріння, гіпертонічної хвороби, захворювань печінки та вен. Хірургічне лікування показано за умов передракових станів (аденоматоз, аденоматозні поліпи) ендометрію, особливо при поєднанні вказаної патології ендометрію з аденоміозом та міомою матки, патологічними процесами в яєчниках.

Впровадження в клінічну практику гістерорезектоскопії дозволило внести суттєві корективи в тактику лікування хворих з гіперпластичними процесами ендометрію. Серед основних переваг гістерорезектоскопії, як альтернативи радикальному хірургічному лікуванню, виділяють меншу травматичність, більш високу економічність (за рахунок зниження післяопераційних ліжкоднів), суттєве зменшення тривалості самої операції [9,10].

Певний час одним з дискусійних питань було питання про можливість настання вагітності після електрохірургічної деструкції слизової оболонки тіла матки. Однак, на сьогодні вже існує достатній досвід про позитивні результати відновлення і збереження менструальної та репродуктивної функцій у жінок з гіперпластичними процесами ендометрію після гістерорезектоскопії [11].

Широке впровадження та удосконалення ендохірургічних методик лікування жінок з гінекологічною патологією скероване на підвищення ефективності лікування, поліпшення якості життя пацієнток з певними формами гінекологічної патології, тому потребує аналізу результатів його застосування та оптимізації методик використання.

**Метою роботи** була оцінка ефективності гістерорезектоскопії в лікуванні жінок з гіперпластичними процесами ендометрію в залежності від віку та морфологічної форми гіперплазії.

#### **Матеріал і методи дослідження**

Проведено аналіз результатів ендохірургічного лікування 86 жінок у віці від 26 до 53 років з гіперпластичними процесами ендометрію, які діагностовано за клініко-ультразвуковими ознаками.

Всім пацієнткам проведено загальноклінічне обстеження з включенням ультразвуко-

вого дослідження (УЗД) внутрішніх статевих органів, яке здійснювалось на апараті Aloka SSD-1700 (Японія) трансвагінальним датчиком з частотою 7,5 МГц.

До здійснення резектоскопії для візуалізації внутрішньоматкової патології, визначення її характеру проводилась гістероскопія з використанням апаратури Karl Storz і діагностичне вишкрібання ендометрію з наступним гістологічним дослідженням матеріалу.

Для проведення внутрішньоматкових операцій використовувалась рідинна гістерорезектоскопія. Обсяг рідини розтягування порожнини матки становив в середньому від 1800,0 до 2560,0 мл

Тотальну абляцію ендометрія здійснювали за допомогою електроду-кулі в режимі роботи електрохірургічного комплексу «різання та коагуляція». Локальну резекцію слизової тіла матки здійснювали за допомогою тільки електроду-петлі без впливу на більшу частину слизової матки.

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

Середній вік обстежених становив  $41,5 \pm 2,1$  роки. Більшість пацієнток – 54 (62,8%) була старше за 35 років, жінок до 35 років було 32 (37,2%). Попередній діагноз гіперпластичного процесу ендометрія було встановлено за клініко-ультразвуковими ознаками: порушення менструального циклу, гіперплазія і/або поліп ендометрія.

Порушення менструальної функції серед обстежених жінок мала 61 (70,9%) пацієнтка. Маткові кровотечі, які є основним проявом гіперпластичного процесу, мали характер менорагій у 26 (42,6%), метрорагій – у 27 (44,3%), міжменструальні кровотечі – 6 (9,8%). Тільки 2 (3,3%) жінки відмічали контактні кров'яністі виділення. Слід відзначити, що серед жінок молодшої вікової групи маткові кровотечі відбувались за типом менометрорагій, а у пацієнток старшої вікової групи частіше спостерігались ациклічні кровотечі. Гормональну терапію раніше отримували 47 (77,0%) пацієнток.

Порушення репродуктивної функції відмічено у 34 (39,5%) жінок. Слід зазначити, що в молодшій віковій групі (до 35 років) частіше спостерігалось поєднання порушення менструальної та репродуктивної функції, ніж у старшій віковій групі, де переважали зміни характеру менструальної функції. Серед порушень репродуктивної функції найчастіше

відмічалось непліддя, яке спостерігалось серед жінок молодшої вікової групи у 53,1%, а у жінок старшої вікової групи – у 31,5%. Відсоток жінок з первинним непліддям в групі молодших пацієнток був у 4 рази вищим, ніж у старшій віковій групі, серед яких переважало вторинне непліддя. Інші форми порушення репродуктивної функції (вагітність, що не розвивається, позаматкова вагітність, невиношування вагітності) спостерігались у значно меншій кількості серед жінок обох вікових груп. Отже, серед жінок молодшої вікової групи з гіперпластичними процесами ендометрію 78,1% мали репродуктивні проблеми, у той час як в старшій віковій групі їх мали 40,7% жінок.

В анамнезі соматичну патологію мали 57 (66,3%) жінок, з них: 6 (10,5%) - цукровий діабет, 11 (19,3%) - захворювання щитоподібної залози, 19 (33,3%) - гіпертонічну хворобу, 8 (14,0%) - ожиріння, 10 (17,5%) - захворювання печінки, 3 (5,3%) - тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок. Проведений аналіз показав, що в групі жінок молодшого віку досить високим був відсоток жінок із захворюваннями печінки (20,0% проти 16,7% в старшій віковій групі) та щитоподібної залози (26,7% проти 16,7% в старшій віковій групі). У той же час, в старшій віковій групі частіше відмічались випадки цукрового діабету (11,6% проти 6,6% у молодшій віковій групі) та гіпертонічної хвороби (38,1% проти 20,0%).

Запальні захворювання статевих органів в анамнезі мали 58 (67,4%) пацієнток, ендометріоз - 9 (10,5%), доброякісні пухлини матки - 21(24,4%), яєчників - 16(18,6%). У 24 (27,9%) жінок в анамнезі мало місце видалення поліпу ендометрію с наступним консервативним лікуванням. У жінок молодшої вікової групи частіше, ніж у старшої, зустрічались запальні захворювання статевих органів (75,0% проти 61,1%) і доброякісні пухлини яєчників (28,1% проти 12,9%). У жінок старшої вікової групи переважали доброякісні пухлини матки (24,4% проти 15,6%) та ендометріоз (11,1% проти 9,3%). Рецидиви поліпів ендометрію зустрічались в обох вікових групах практично з однаковою частотою (відповідно в групі молодшого віку 25,0%, старшого - 25,9%).

Проведення ультразвукового дослідження у всіх пацієнток підтвердило наявність гіперпластичного процесу. За даними УЗД, серед жінок молодшої вікової групи гіперплазію ендометрія діагностовано у 19 (59,4%), поліпи ендометрія - у 13(40,6%). В старшій

віковій групі гіперплазія ендометрію діагностована у 38 (70,4%), поліпи ендометрію – у 16 (29,6%). Отже, гіперплазія ендометрію частіше спостерігалась у жінок старшої вікової групи, а поліпоз – у жінок молодшої вікової групи.

За результатами гістологічного заключення були встановлені наступні морфологічні форми гіперпластичних процесів ендометрію: у 29 (36,3%) випадках діагностовано поліпи ендометрію і в 57 (66,3%) – гіперплазія ендометрію. За морфологічною характеристикою серед поліпів у 14 (48,3%) випадках визначено залозисто-фіброзні поліпи, у 11 (37,9%) - фіброзні та у 4 (13,8%) - аденоматозні поліпи ендометрію; серед випадків гіперплазії ендометрію у 16 (28,1%) - діагностована залозиста форма, у 36 (63,2%) - залозисто-кістозна гіперплазія, атипова гіперплазія – у 5 (8,8%). В обох вікових групах найчастіше зустрічались залозисто - фіброзні поліпи (їх відсоток становив 53,8% у молодшій та 43,8% - у старшій віковій групі) та залозисто-кістозна гіперплазія (відповідно 57,9% та 65,8%). Аденоматозні поліпи майже в 2,5 рази частіше зустрічались у старшій віковій групі. У молодшій віковій групі тільки в одному випадку (5,3%) діагностована атипова гіперплазія ендометрію, яка в старшій віковій групі виявлена у 4 (10,5%) випадків.

Основними показаннями до проведення гістерорезектоскопії були: наявність залозистої або залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію за умов абсолютних чи відносних протипоказань до гормональної терапії (цукровий діабет, ожиріння III-IV ст., тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок); рецидивуюча залозиста або залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію за умов відсутності ефекту від гормонотерапії; наявність атипової гіперплазії ендометрію; наявність залозисто-фіброзних, фіброзних або аденоматозних поліпів. Показання до проведення гістерорезектоскопії були визначені з урахуванням віку хворої, особливостей преморбідного фону, результатів морфологічного дослідження ендометрію та репродуктивних задач.

Серед жінок молодшої вікової групи гістерорезектоскопія проведена у 31 (96,9%) пацієнток. У тому числі, за умов залозистої або залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію при наявності протипоказань до гормональної терапії (соматична патологія) - 10 (32,3%); рецидивуючої гіперплазії ендометрію при відсутності ефекту від гормонотера

пії – 8 (25,8%); залозисто-фіброзних, фіброзних і аденоматозних поліпів ендометрію – 13 (41,9%). 1 (3,1%) жінці з цієї групи проведено хірургічне лікування гіперпластичного процесу (атипова гіперплазія за умов наявності тяжкої соматичної патології – цукрового діабету, гіпертонічної хвороби та ожиріння), яке виконано в об'ємі гістеректомії.

Тотальна абляція слизової тіла матки виконана у 18 (58,1%) хворих цієї вікової групи: у 9 (50,0%) випадках через наявність протипоказань до гормонотерапії у зв'язку із соматичною патологією, у 8 (44,4%) – з неефективністю гормонотерапії та в 1 (5,6%) випадку – через наявність аденоматозного поліпу і гіпертонічної хвороби. 13 (41,9%) хворим молодшої вікової групи проведена локальна резекція слизової тіла матки у зв'язку із залозисто-фіброзними і фіброзними поліпами ендометрію для збереження репродуктивної функції і бажанням народжувати в подальшому.

Серед жінок старшої вікової групи гістерорезектоскопія проведена 52 (96,3%) жінкам: за умов залозистої або залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію при наявності протипоказань до гормональної терапії (соматична патологія) – 21 (40,4%); рецидивуючої гіперплазії ендометрію при відсутності ефекту від гормонотерапії – 11 (21,1%); атипової гіперплазії ендометрію 4 (7,7%) та залозисто-фіброзних, фіброзних і аденоматозних поліпів ендометрію – 16 (30,8%).

2 (3,7%) жінкам цієї вікової групи проведено хірургічне лікування гіперпластичного процесу (атипова гіперплазія за наявності тяжкої соматичної патології – цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, ожиріння, тромбофлебіту вен нижніх кінцівок), яке виконано в об'ємі гістеректомії з додатками.

Тотальна абляція слизової тіла матки виконана у 44 (84,6%) хворих цієї вікової групи. Тільки 8 (15,4%) хворим пізнього репродуктивного віку даної групи проведена локальна резекція слизової тіла матки у зв'язку із залозисто-фіброзними й фіброзними поліпами ендометрію.

Оцінка ендохірургічного методу за такими показниками як тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, післяопераційний ліжко-день, відновлення активної діяльності пацієнтки показала, що метод має ряд переваг порівняно з традиційним хірургічним лікуванням за рахунок скорочення часу операції, суттєвого зменшення інтраопераційної крововтрати, скорочення післяопераційного

ліжко-дня та швидкого відновлення активної діяльності пацієнтки. Тривалість операції у всіх випадках коливалась у межах 10-40 хв., що залежало від довжини порожнини матки, товщини ендометрію та кількості поліпів. Інтраопераційних ускладнень в жодному випадку не відмічено. Середня величина загальної крововтрати становила  $50,0 \pm 5,0$  мл. Після резекції поліпів хворі виписувались на 1-2 добу, після абляції ендометрію – на 2-3 добу.

Динамічне спостереження за жінками проводилось протягом 2 років. УЗД трансвагінальними та трансабдоминальними доступами виконували на 1, 3 добу, через 3 тижні та 3, 6 місяців і в подальшому через кожні 3 місяці після гістерорезектоскопії. Ефективність гістерорезектоскопічної деструкції ендометрію оцінювалась за характером менструальної функції у пацієнток після операції, радикальністю видалення патологічно змінених тканин, відсутністю рецидивів патологічних процесів в ендометрії. На 6-й місяць спостереження після гістерорезектоскопії у 53 (63,9%) пацієнток виявлена аменорея, у 18 (21,7%) – гіпоменорея, у 12 (14,5%) жінок збереглась менструальна функція. Слід зазначити, що серед жінок молодшої вікової групи збереження менструальної функції відмічено у 10 (32,2%), гіпоменорея – у 3 (9,7%) після проведення локальної гістерорезектоскопії. Після виконання тотальної гістерорезектоскопії на цей термін спостереження серед жінок цієї вікової групи у 3 (9,7%) спостерігалась гіпоменорея. Серед жінок старшої вікової групи після проведення локальної абляції менструації збереглись тільки у 2 (3,8%) жінок та у 6 (11,5%) пацієнток відмічена гіпоменорея. Серед жінок старшої вікової групи після виконання тотальної абляції гіпоменорея спостерігалась у 6 (11,5%), а аменорея – у 38 (73,1%). Безумовно, що на перебіг післяопераційного періоду впливала та чи інша гінекологічна патологія, особливо, гормонозалежна (аденоміоз, доброякісні пухлини матки, яєчників).

Аналіз ефективності проведеної деструкції ендометрію в залежності від морфологічного типу гіперплазії ендометрія показав, що регенерація ендометрію після абляції спостерігалась частіше за умов залозистої або залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію в порівнянні з залозистими або залозисто-кістозними поліпами ендометрію, особливо у жінок молодшої вікової групи. У подальшому жінкам активного репродуктивного віку з

гіперпластичними процесами ендометрію, які були зацікавлені у збереженні репродуктивної функції для виконання репродуктивних задач, призначалась гормонотерапія з урахуванням гормонального профілю пацієнтки.

### Висновки

1. Гістерорезектоскопія є ефективним методом ендохірургічного лікування хворих з гіперпластичними процесами ендометрію за рахунок низької травматичності (зменшення часу оперативного втручання, зниження величини крововтрати) та високої економічності (скорочення тривалості операції, ліжко-днів, швидке відновлення активної діяльності пацієнтки).

2. Гістерорезектоскопічна деструкція ендометрію є доцільною альтернативою гормоно-

терапії у випадках неможливості (соматична патологія) або неефективності її використання.

3. Оптимізація результатів гістерорезектоскопії можлива з урахуванням віку, морфологічної форми гіперпластичного процесу ендометрію, репродуктивних задач, чіткого визначення контингенту хворих.

### Перспективи подальших досліджень

Подальша розробка ендохірургічних методів лікування пацієток з гіперпластичними процесами ендометрію дозволить визначити більш конкретні категорії хворих, що підлягають цьому виду лікування з визначенням обґрунтованих показників для забезпечення ефективності лікування, профілактики прогресування даної патології, збереження репродуктивної функції та поліпшення якості життя.

### Література

1. Дубоссарская З.М. Теория и практика гинекологической эндокринологии / Дубоссарская З.М. - Днепропетровск: «Лира ЛТД», 2005.-409с.
2. Манухин. И.Б. Избранные лекции по гинекологии: учеб. пособ. / И.Б. Манухин, М.М. Высоцкий, О.Г. Харлова.- М.: Издательский дом «Династия», 2006.-108с.
3. Гаспарян Н.Д. Современные представления о патогенезе гиперпластических процессов в эндометрии / Н.Д. Гаспарян, Е.Н. Карева, О.С. Горенкова // Рос. Весн. акушера-гинекол.-2004.-№4(1).-С.27-30.
4. Татарчук Т.Ф. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия / Т.Ф.Татарчук, Е.В. Бурлака // Здоровье женщины.- 2003.-№4.-С.107-114.
5. Лысенко О.В. Гиперпластические процессы эндометрия в различные возрастные периоды: исследования цитокинового статуса и содержание sFas-лиганда / О.В. Лысенко, С.Н. Занько //Акушерство и гинекология. - 2011.-№4.-С.27-29.
6. Серов В.Н. Гинекологическая эндокринология /В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.Я. Пшеничникова.- М.:Медицина, 2008.- 178 с.
7. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологии / В.Н. Демидов, Б.И. Зыкин.- М., Медицина, 2001.- 124 с.
8. Чепик О.Ф. Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия / О.Ф. Чепик // Практ. онкология.- 2004.-№5.- С.9-15.
9. Стрижаков А.Н. Гистерорезектоскопия. / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов.- М.:Медицина, 1997.- 186 с.
10. Попов А.Л. Малоинвазивные методы лечения женщин с гиперпластическими процессами в эндометрии / А.Л. Попов, И.В. Баринаева, М.А. Чечнева // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007.-№4.-С.50-53.

### ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Е.П. Гнатко, Н.Г. Скурятина, Е.А. Кравченко*

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины  
(г. Киев, Украина)

**Резюме.** Представлены данные об эффективности лечебной тактики с использованием органосохраняющего эндохирургического лечения – гистерорезектоскопии у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия с учетом возраста больных, морфологических характеристик эндометрия, репродуктивных задач.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, репродуктивная функция, эндохирургическое лечение.

### HYSTERORESECTOSCOPY IN PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA

*O.P.Gnatko, N.G.Skuriatina, O.A. Kravchenko*

National Medical University in honor of O.O. Bogomoletz  
(Kiev, Ukraine)

**Summary.** The data on therapeutic effect of organ-sparing endosurgical treatment, hysteroresectoscopy, in women with endometrial hyperplasia considering patients' age, morphological characteristics of endometrium, and reproductive problems were presented.

**Keywords:** endometrial hyperplastic processes, reproductive function, endosurgical treatment.