

УДК 618.2-06:618.39.-039.41:612.017

DOI: 10.17816/JOWD65596-99

ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ АДЕНОМИОЗА

© Т.А. Макаренко, В.Б. Цхай

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, Красноярск

Поступила в редакцию: 01.09.2016

Принята к печати: 20.10.2016

■ **Актуальность.** Тяжелые формы аденомиоза по-прежнему остаются серьезной гинекологической проблемой у женщин, не выполнивших свою репродуктивную функцию. Около 93 % неудачных исходов консервативного лечения данной патологии заставляет искать новые пути решения. *Цель работы:* повышение эффективности органосохраняющего оперативного лечения больных с тяжелыми формами аденомиоза при помощи метода аденомиомэктомии Х. Осада. **Материалы и методы.** С 2012 по 2016 год сотрудниками Красноярского государственного медицинского университета было прооперировано 18 больных с аденомиозом по методике японского профессора Х. Осада. **Результаты.** Период наблюдения за прооперированными пациентками в настоящее время составляет от 2 до 42 месяцев. Нормализация менструальной функции наблюдается у всех женщин (100 %). Возобновления патологических симптомов заболевания не зарегистрировано ни у одной больной. Спонтанная беременность наступила у двух женщин, закончилась родоразрешением путем операции кесарева сечения и рождением живых доношенных детей. В настоящее время 7 больных получают послеоперационное гормональное лечение и 6 больных готовятся к циклам ВРТ. **Заключение.** Таким образом, органосохраняющее оперативное лечение тяжелых форм аденомиоза по методике Х. Осада является достойной альтернативой гистерэктомии у этой категории больных, позволяющей эффективно купировать патологические симптомы заболевания, а в некоторых случаях — реализовать репродуктивную функцию.

■ **Ключевые слова:** тяжелый аденомиоз; гистерэктомия; миометрэктомия; методика операции по Х. Осада.

THE EXPERIENCE OF ORGAN-PRESERVING SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORMS OF ADENOMYOSIS

© Т.А. Makarenko, V.B. Tskhay

Krasnoyarsk state medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

For citation: Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2016;65(5):96-99

Received: 01.09.2016

Accepted: 20.10.2016

■ **Relevance.** Severe forms of adenomyosis still remain a serious gynecological problem regarding reproductive outcomes. There are about 93% of unsuccessful results after conservative treatment of this pathology what makes doctors search new solutions of this disease. *Objectives:* improving the efficiency of organ-preserving surgical treatment of patients with severe forms of adenomyosis using the method of adenomyomectomy by Japanese professor H. Osada. **Materials and methods.** 18 patients with adenomyosis were operated by the method of H. Osada from 2012 to 2016 by the staff of the Krasnoyarsk state medical University. **Results.** Period of following up the operated patients currently ranges from 2 to 42 months. Normalization of menstrual function is observed in all women (100%). The resumption of the pathological symptoms of the disease are not registered. Spontaneous pregnancy occurred in two women, ended by cesarean delivery and birth of live full-term babies. Currently 7 patients are receiving postoperative hormonal treatment and 6 patients are planning their pregnancy with the help of reproductive technologies. **Conclusion.** Organ-saving surgery of severe adenomyosis by the method of H. Osada is a good alternative to hysterectomy in such group of patients; it stops the development of pathological symptoms of the disease, and in some cases facilitates woman's reproductive function.

■ **Keywords:** severe Adenomyosis; hysterectomy; myometrectomy; the method of H. Osada.

Лечение больных с тяжелыми формами аденомиоза до настоящего времени остается не-

решенной проблемой гинекологии. В 93 % наблюдений фармакотерапия этого заболевания

малозэффективна или неэффективна, поэтому ведущая роль в его лечении отводится хирургическим технологиям [1–6]. Сочетание хирургического лечения и вспомогательных репродуктивных технологий существенно повышает частоту наступления беременности у данной категории пациенток.

В хирургическом лечении прежде всего нуждаются пациентки с диффузной формой аденомиоза 3-й и 4-й степеней, узловыми или смешанными формами заболевания. До недавнего времени вариантом выбора оперативного лечения тяжелых форм аденомиоза оставалась гистерэктомия. Однако многие женщины, страдающие от этого заболевания, желают не только сохранить матку, но и заинтересованы в репродуктивной функции. В настоящее время с развитием новых оперативных технологий в гинекологии появились новые возможности оперативного лечения аденомиоза, которые позволяют не только восстановить анатомию патологически измененной матки, но и ликвидировать тяжелые клинические проявления заболевания, а также восстановить утраченную детородную функцию у пациенток репродуктивного возраста [4, 6, 8].

Органосохраняющее оперативное лечение диффузного аденомиоза представляет существенные трудности, что связано с его характерными морфофункциональными и анатомическими особенностями (экспансивный инфильтративный рост, тотальное поражение всех отделов и слоев матки, отсутствие демаркационной линии между патологической и здоровой тканями матки). В настоящее время предложены многочисленные эксцизионные [6, 7, 9] и неэксцизионные методики [11, 12] органосохраняющего оперативного лечения этой патологии.

На наш взгляд, очень перспективным в решении проблемы органосохраняющего оперативного лечения больных с аденомиозом является метод аденомиомэктоми, предложенный японским профессором Н. Osada, который в 2011 году опубликовал собственный опыт выполнения подобных операций у 104 пациенток с этой патологией по авторской методике. Эта оперативная методика показала свою высокую эффективность в устранении симптомов заболевания и восстановлении репродуктивной функции, а также малое количество рецидивов заболевания (при длительности наблюдения около 10 лет) [10].

Материал и методы

С 2012 по 2016 год сотрудниками Красноярского государственного медицинского университета в условиях городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича и Красноярского краевого перинатального центра было прооперировано 18 больных с аденомиозом по методике Х. Осада. Средний возраст больных составил $35,3 \pm 7,2$ (от 22 до 47) года. Все пациентки (100 %) предъявляли жалобы на хронические аномальные маточные кровотечения, 17 (94,4 %) — на альгодисменорею, 11 (61,1 %) — на диспареунию, у 15 (83,3 %) больных имела место хроническая постгеморрагическая анемия различной степени тяжести. У 12 (66,7 %) больных в анамнезе было бесплодие. Однако 6 женщин не были заинтересованы в репродуктивной функции, но настаивали на проведении органосохраняющей операции. Все больные в анамнезе имели неоднократные, но безуспешные курсы гормональной терапии аденомиоза (гестагены, агонисты гонадолиберина, комбинированные гормональные контрацептивы).

Всем пациенткам помимо общеклинического обследования было проведено УЗИ и МРТ органов малого таза. При первичном осмотре размеры матки до операции у 8 больных составили от 12 до 14 недель беременности; еще у 8 женщин — от 15 до 16 недель и у 2 — до 18 недель.

Результаты исследования

Все больным была выполнена операция в объеме лапаротомии, аденомиомэктоми с восстановлением стенки матки по трехлепестковой методике Х. Осада. Интра- или послеоперационных осложнений в представленных случаях зарегистрировано не было. Средняя продолжительность операции составила $156,8 \pm 52,2$ минуты. С целью кровосбережения во время операции нами использовался жгут, проведенный через созданные отверстия в широких маточных связках, наложенный вокруг перешейка матки на восходящие ветви маточной артерии. Средняя кровопотеря во время операции составила $512,0 \pm 219,4$ мл. Масса удаленных во время операции тканей матки, пораженных аденомиозом, составила в среднем $416,6 \pm 254,1$ г.

Результаты гистологического исследования удаленных тканей выявили в миометрии практически во всех полях зрения участки внутрен-

него железисто-стромального эндометриоза и отдельно расположенные эндометриальные железы с резко расширенными просветами. У каждой третьей больной — у 6 (33 %) — гистологически выявлено сочетание эндометриоза и миоматоза миометрия.

В послеоперационном периоде все больные получали гормональную терапию: трипторелина ацетат 11, 25 № 2 с последующим назначением диеногеста 2 мг в сутки и эпигенетической терапии (индол-3-карбинол) от 6 до 18 месяцев.

Период наблюдения за прооперированными пациентками в настоящее время составляет от 2 до 42 месяцев. Следует отметить, что нормализация менструальной функции наблюдается у всех женщин (100 %). Возобновления патологических симптомов заболевания не зарегистрировано ни у одной больной. Желанная беременность наступила у двух женщин, в обоих случаях спонтанная, закончившаяся родоразрешением путем операции кесарева сечения и рождением живых доношенных детей. В настоящее время 7 больных получают послеоперационное гормональное лечение и 6 больных планируют беременность при помощи вспомогательных репродуктивных технологий.

Заключение

Таким образом, полученный нами опыт выполнения операции аденомиомэктомии по методике проф. Х. Осада показал, что данная методика может являться операцией выбора для молодых пациенток репродуктивного возраста с распространенными диффузными и диффузно-узловыми формами аденомиоза, не реализовавших свою детородную функцию. Для успешного лечения таких пациенток кроме высокой оперативной техники, наличия хорошего операционного инструментария и современного шовного материала необходимо проведение адекватной и полноценной гормональной терапии, длительного и тщательного динамического наблюдения.

Литература

1. Богуславская Д.В., Lebovic D.I. Эндометриоз и бесплодие // Пробл. репродукции. — 2011. — Т. 17. — № 2. — С. 69–74. [Boguslavskaja DV, Lebovic DI. Endometriosis and infertility. *Probl. reprodukcii*. 2011;17(2):69-74. (In Russ.)]
2. Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н. Современные подходы к лечению больных аденомиозом // Вопро-

сы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2011. — Т. 10. — № 3. — С. 45–49. [Damirov MM, Sljusar' NN. Modern approaches to treatment of patients with adenomyosis. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2011;10(3):45-49. (In Russ.)]

3. Ищенко А.И., Жуманова Е.Н., Горбенко О.Ю., и др. Органосохраняющее лечение аденомиоза — современные аспекты // Материалы XIII Всероссийского форума «Мать и дитя». — М., 2012. — С. 262–263. [Ishhenko AI, Zhumanova EN, Gorbenko OJu, et al. Organosohranjajushhee lechenie adenomioza — sovremennye aspekty. *Materialy XIII Vserossijskogo foruma "Mat' i ditja"* [conference proceedings]. Moscow; 2012: 262-3. (In Russ.)]
4. Панкратов В.В., Карпова И.О., Белоцерковцева Л.Д., и др. Патогенетическое обоснование лечения больных аденомиозом в репродуктивном периоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2011. — Т. 10. — № 2. — С. 33–38. [Pankratov VV, Karpova IO, Belocerkovceva LD, et al. A pathogenetic basis for treatment of patients with adenomyosis in the reproductive period. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2011;10 (2):33-8. (In Russ.)]
5. Рухляда Н.Н., Цвелев Ю.В. Опыт хирургического лечения манифестных форм аденомиоза // Журнал акушерства и женских болезней. — 2003. — Вып. 3. — С. 43–46. [Ruhljada NN, Cvelev JuV. Experience of surgical treatment of manifesting forms of adenomyosis. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2003;(3):43-6. (In Russ.)]
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М., и др. Миометрэктомия — метод выбора органосберегающего лечения больных аденомиозом при больших размерах матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2007. — Т. 6 — № 5. — С. 109–116. [Strizhakov AN, Davydov AI, Pashkov VM, et al. Myometrectomy as a method of choice for organ-saving management of patients with adenomyosis in large sizes of the uterus. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2007;6(5):109-16. (In Russ.)]
7. Grimbizis GF, Mikos T, Tarlatzis B. Uterus-sparing operative treatment for adenomyosis. *Fertil Steril*. 2014;101(2):472-87. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.10.025.
8. Koch J, Rowan K, Rombauts L, et al. Endometriosis and infertility — a consensus statement from ACCEPT (Australasian CREI Consensus Expert Panel on Trial evidence). *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012;52(6):513-22. doi: 10.1111/j.1479-828X.2012.01480.x.
9. Nishida M, Takano K, Arai Y, et al. Conservative surgical management for diffuse uterine adenomyosis. *Fertil Steril*. 2010;94(2):715-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.03.046.

10. Osada H, Silber S, Kakinuma T, et al. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis. *Reprod Biomed Online*. 2011 Jan;22(1):94-9. doi: 10.1016/j.rbmo.2010.09.014.
11. Ryo E, Takeshita S, Shiba M, Ayabe T. Radiofrequency ablation for cystic adenomyosis: a case report. *J Reprod Med*. 2006;51:427-30.
12. Yang Z, Cao YD, Hu LN, Wang ZB. Feasibility of laparoscopic high-intensity focused ultrasound treatment for patients with uterine localized adenomyosis. *Fertil Steril*. 2009;91:2338-43.

■ **Адреса авторов для переписки** (*Information about the authors*)

Татьяна Александровна Макаренко — д-р мед. наук, доцент, заведующая кафедрой оперативной гинекологии. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск. **E-mail:** makarenko7777@yandex.ru.

Виталий Борисович Цхай — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии, медицинский факультет. ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск. **E-mail:** tchai@yandex.ru.

Tatyana A. Makarenko — MD, associate professor, head of Department of operative gynecology of postgraduate studies. Krasnoyarsk state medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia. **E-mail:** makarenko7777@yandex.ru.

Vitaly Borisovich Tskhay — MD, Professor, head of Department of Perinatology, obstetrics and gynecology, medical faculty; Krasnoyarsk state medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of Russian Federation, Krasnoyarsk, Russia. **E-mail:** tchai@yandex.ru.