

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА (АДЕНОМИОЗА)

Обследовано 457 пациенток в возрасте от 25 до 52 лет с внутренним эндометриозом (аденомиозом). Всем пациенткам проводилась гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием матки, 160 получали консервативную терапию, 72 выполнена гистероскопическая операция — резекция (абляция) эндометрия. Отдаленные результаты лечения оценены у 210 больных. Период наблюдения составил от 1 до 6 лет. Гормональное лечение было эффективным только у половины пролеченных больных с аденомиозом, при этом наибольшей эффективностью обладали оральные контрацептивы и гестринон. Обычные гемостатические препараты обладали большей эффективностью — 61,5%. По результатам обследования оперативная гистероскопия явилась эффективным методом лечения пациенток с поверхностным аденомиозом. За время наблюдения (до 6 лет) гистероскопическая операция оказалась эффективной у 72% обследованных, рецидивы маточных кровотечений возникли у 24% оперированных, еще у 4% эффекта от операции не отмечено.

В работе обосновано, что необходимость назначения гормональной терапии при внутреннем эндометриозе (аденомиозе) в отсутствие гиперпластических процессов эндометрия сомнительна, эффективность ее даже меньше, чем у пациенток, получавших гемостатическую терапию.

Внутренний эндометриоз (аденомиоз) остается одним из самых сложных среди гинекологических заболеваний в плане дооперационной диагностики и лечения. Существование многочисленных теорий этиопатогенеза эндометриоза, а также частое сочетание с другими гиперпластическими процессами матки (миома матки, гиперпластические процессы эндометрия), затрудняет выбор оптимальных методов лечения внутреннего эндометриоза.

Многие клиницисты гинекологии справедливо считают, что аденомиоз без клинических проявлений не требует назначения лечения. Однако традиционно все же назначается гормональная терапия. Арсенал назначаемых гормональных препаратов при аденомиозе широк: гестагены, синтетические прогестины, антигонадотропины, агонисты ГнРГ.

В последние годы широко распространены методы оперативной гистероскопии для лечения гиперпластических процессов эндометрия и маточных кровотечений. Среди этих пациенток встречаются и больные с аденомиозом.

Целью нашей работы являлась оценка эффективности различных методов лечения внутреннего эндометриоза (аденомиоза), широко распространенных в настоящее время.

### Материал и методы

Нами обследовано 457 пациенток, направленных в клинику с диагнозом внутренний эндометриоз (аденомиоз) для проведения гистероскопии за период с 1995 по 1999 годы.

Возраст обследованных больных колебался от 25 до 52 лет, составив в среднем  $40,9 \pm 3,4$  года. Подавляющее большинство больных с аденомиозом были в возрасте от 36 до 50 лет.

Характер сопутствующей экстрагенитальной патологии у обследованных пациенток с аденомиозом каких-либо особенностей в сравнении с общей популяцией не представлял, что, по-видимому, связано с преимущественно молодым возрастом пациенток.

При изучении менструальной функции установлено, что каких-либо особенностей в становлении менархе не было, практически у всех обследованных менструации начались своевременно.

У 86% обследованных менструальный цикл был регулярным, средняя продолжительность его составила  $26,9 \pm 0,28$  дней. Длительность менструаций была от 4 до 12 дней, составив в среднем  $6,4 \pm 0,4$  дней. Другие особенности менструальной функции представлены ниже, в характеристике жалоб больных.

При изучении репродуктивной функции больных с аденомиозом, выявлена высокая частота искусственных абортот от 2 до 14 у 63% обследованных. Обращает внимание также наличие у 29,3% осложненных родов и абортот в анамнезе (ручное отделение плаценты, поздние послеродовые кровотечения с выскабливанием слизистой матки, эндометрит, остатки плодного яйца с повторным выскабливанием слизистой матки). 10,5% обследованных пациенток с аденомиозом страдали бесплодием.

В структуре перенесенных гинекологических заболеваний наиболее

Таблица 1

Гистологическое состояние эндометрия у обследованных пациенток с аденомиозом		
Гистологическое состояние эндометрия	Количество больных	%
Железистая, железисто-кистозная гиперплазия	285	62,4
Железистые, железисто-фиброзные полипы	38	8,3
Фиброзно-железистые полипы	10	2,2
Эндометрий без патологии	124	27,1
ИТОГО	457	100%

часто встречались различные хирургические вмешательства на шейке матки (диатермокоагуляция, криодеструкция) у 49%, воспалительные процессы матки и придатков у 31,7%. Оперативные вмешательства (лапароскопические и лапаротомические) по поводу доброкачественных яичниковых образований ранее перенесли 17,9% обследованных. Лапароскопические операции по поводу наружно-генитального эндометриоза ранее перенесли 4,8%.

В анамнезе у 29,8% обследованных было от 1 до 4 отдельных диагностических выскабливаний матки с и без гистероскопии по поводу различных нарушений менструального цикла, из них гормональное лечение различными препаратами ранее получали 91,9%.

При изучении сопутствующей гинекологической патологии выявлено, что у 25,2% обследованных аденомиоз сочетался с миомой матки.

К моменту обследования длительность клинических проявлений заболевания колебалась от 4 месяцев до 5 лет.

Жалобы обследованных пациенток были: менометроррагии – 56,8%, метроррагии – 26,9%, болевой синдром – 12,7%.

На догоспитальном этапе всем проводилось трансвагинальное УЗИ, информативность которого в диагностике аденомиоза по нашим данным составила 84,8%.

Всем больным на 1 этапе проводилась гистероскопия с отдельным диагностическим выскаблива-

нием слизистой матки. Согласно гистероскопической классификации аденомиоза, принятой в нашей клинике, аденомиоз 1 стадии был выявлен только у 64 (14%), 2 стадия аденомиоза – у 343 (75%) больных, 3 стадия («узловая» форма аденомиоза) – у 50 (10,9%) обследованных нами пациенток.

Об информативности гистероскопии в диагностике аденомиоза у всех обследованных нами пациенток мы не можем судить, так как гистологическая верификация диагноза была возможна только у тех больных, которые в дальнейшем подверглись гистерэктомии или резекции эндометрия.

Аденомиоз – наиболее сложный для диагностики при гистероскопии вид патологии, с большим количеством ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Для точного установления диагноза иногда данных гистероскопии было недостаточно, и их часто подкрепляли данными трансвагинального УЗИ в динамике и МРТ.

У большинства обследованных внутренний эндометриоз сочетался с различными патологическими процессами в слизистой матки. По данным гистологического исследования состояние эндометрия у обследованных пациенток с аденомиозом представлено в таблице 1, из данных которой видно, что у большинства (72,9%) обследованных нами пациенток с аденомиозом при гистологическом исследовании были выявлены ги-

перпластические процессы в эндометрии, и только у 27,1% патологии в эндометрии не было.

60 больным из 457, обследованных через 1–2 месяца после гистероскопии, была выполнена гистерэктомия (46 – лапароскопическим доступом и 14 – лапаротомическим). Показанием к гистерэктомии были: «узловая» форма аденомиоза, сочетание аденомиоза с миомой матки, сопровождающиеся менометроррагией и неэффективностью проводимых ранее консервативных методов лечения. Возраст оперированных был от 38 до 49 лет.

При гистологическом исследовании удаленного препарата аденомиоз 2 и 3 степени (по гистологической классификации внутреннего эндометриоза, разработанной Б. И. Железновым и А. Н. Стрижаковым в 1985 г.) был выявлен у 58 из 60 оперированных (96,6%). У остальных 2 пациенток выявлена миома матки и хронический эндометрит.

## Результаты исследования и их обсуждение

1. Результаты консервативных методов лечения аденомиоза.

Большинству обследованных пациенток с аденомиозом 1 и 2 стадии традиционно назначалось гормональное лечение. Гормональные препараты подбирались с учетом возраста, степени выраженности аденомиоза и сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Независимо от наших рекомендаций в некоторых случаях врачи женских консультаций рекомендовали другие гормональные препараты для лечения этих пациенток с учетом их опыта работы. Отдаленные результаты удалось проследить у 160 из них. Всем им назначались различные гормональные препараты, но лечение проводили 108, а 52 пациентки отказались от гормонотерапии и получали гемостатические препараты.

Пациентки, проводившие гормональное лечение, были в возрасте

от 25 до 51 года. Длительность гормонотерапии была от 6 до 18 месяцев. Больные, не проводившие гормональное лечение, были в возрасте от 30 до 52 лет. Эффективность различных консервативных методов лечения пациенток с аденомиозом представлена в таблице 2, данные которой показывают, что гормональное лечение было эффективным только у половины пролеченных больных с аденомиозом, при этом наибольшей эффективностью обладали оральные контрацептивы и гестринон. Но, учитывая, что обычные гемостатические препараты эффективны у 61,5% пациенток, встает вопрос о необходимости и целесообразности гормональной терапии у пациенток с аденомиозом при отсутствии патологии эндометрия.

У 50 больных из 108, получавших гормональное лечение, ввиду его неэффективности и продолжающихся маточных кровотечений за время наблюдения были проведены следующие методы лечения: 28 пациенток подверглись гистерэктомии, 15 произведена резекция (абляция) эндометрия, 7 получают гемостатические препараты с частичным эффектом.

У 20 больных из 52 получавших гемостатические препараты, ввиду продолжающихся нарушений менструального цикла на фоне проводимой терапии за время наблюдения были применены следующие методы лечения: 8 подверглись гистерэктомии, остальные (12) продолжают лечение различными консервативными методами.

Таким образом, общепринятые методы консервативной терапии, включая гормональные препараты, используемые в настоящее время, для лечения аденомиоза малоэффективны.

2. Оперативная гистероскопия и ее отдаленные результаты в лечении аденомиоза.

Внимание многих исследователей, занимающихся проблемой эндометриоза, привлечено к поиску новых методов лечения во избе-

Результаты гормональных и негормональных методов лечения пациенток с аденомиозом

Метод лечения	Количество больных	Эффективно*	Без эффекта
Оральные контрацептивы	22	20	2
Норколут, дюфастон	38	10	28
Гестринон	27	18	9
Дановал (даназол)	13	6	7
Депо-провера	8	4	4
Гормональное лечение	108	58 (53,7%)	50 (46,3%)
Гемостатическая терапия	52	32 (61,5%)	20 (38,5%)

\* — По сравнению с оральными контрацептивами эффективность остальных гормональных препаратов достоверно ниже ( $p < 0,01$ )

жание гистерэктомии. Одним из таких методов лечения является абляция эндометрия, которая первоначально была предложена для лечения маточных кровотечений, не поддающихся консервативным методам лечения. Аденомиоз в течение многих лет рассматривался как одно из противопоказаний для проведения такого лечения. С приобретением опыта отношение к этому вопросу начало меняться.

Нами 71 пациентке с аденомиозом в сочетании с рецидивирующей гиперплазией эндометрия выполнена гистероскопическая операция — резекция (абляция) эндометрия. Возраст оперированных пациенток был от 37 до 50 лет, большинство в возрасте 45—48 лет. Основным показанием к проведению данной операции у этих пациенток была все же рецидивирующая гиперплазия эндометрия, не поддающаяся консервативным методам лечения и сопровождающаяся маточными кровотечениями. Аденомиоз в данном случае выступал как сопутствующая патология.

Противопоказанием к гистероскопической операции у пациенток с аденомиозом мы считали наличие болевого синдрома, величину матки более 9—10 недель беременности, «узловую» форму аденомиоза.

В анамнезе у всех 71 больных было от 1 до 4 раздельных диагностических выскабливаний слизистой матки с или без гистероскопии. По поводу выявленной железистой, железисто-кистозной гиперплазии эндометрия и аденомиоза 87,3% из них получали гормональную терапию различными препаратами с частичным эффектом или без такового. Остальные не проводили гормонального лечения ввиду сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Регулярный менструальный цикл к моменту операции сохранялся у 45% оперированных, у остальных менструации были нерегулярными.

Размеры матки по данным УЗИ и бимануального исследования на момент операции были от нормальных до 9 недель беременности соответственно.

40 (56,3%) проводилась предоперационная гормональная подготовка различными препаратами, остальной операция выполнялась либо после кюретажа, либо сразу после окончания менструаций.

62 пациенткам этой группы выполнена комбинированная электрохирургическая резекция эндометрия, 9 — шаровая абляция эндометрия.

Техника проведения операций хорошо описана в литературе. Но у пациенток с аденомиозом



имеются особенности хода операции в сравнении с пациентками без аденомиоза. Операция резекции эндометрия при наличии аденомиоза технически более сложная в связи с повышенной кровоточивостью, неоднородность миометрия приводит к неравномерному сокращению стенки матки и затрудняет полноценное срезаение всей слизистой матки.

По нашему мнению, при наличии аденомиоза более предпочтительна шаровая электрохирургическая абляция эндометрия в сравнении с электрохирургической резекцией эндометрия.

У пациенток, подвергшихся резекции (абляции) эндометрия, информативность гистероскопической диагностики аденомиоза составила 80%.

Отдаленные результаты оперативной гистероскопии удалось проследить у 50 пациенток с аденомиозом. Сроки наблюдения за ними составили от 1 до 6 лет. Анализ результатов лечения у этих пациенток показал, что у 30% пациенток с аденомиозом и рецидивирующей гиперплазией эндометрия в возрасте от 45 до 49 лет после резекции (абляции) эндометрия за время наблюдения наступила аменорея, а у 42% – гипоменорея. Характер менструаций не изменился у 2 (4%) оперированных больных. У 12 пациенток (24%) с аденомиозом в возрасте от 37 до 49 лет после гистероскопической операции в течение первых 2 лет наступил рецидив ациклических маточных кровотечений, из них 7 была выполнена повторная гистероскопическая операция – шаровая абляция эндометрия, 3 произведена лапароскопическая гистерэктомия и еще 2 пациентки в настоящее время получают консервативное лечение.

Из 12 пациенток с рецидивами маточных кровотечений 2 были в репродуктивном возрасте – 37 и 43 лет, остальные 10 в перименопаузе от 46 до 49 лет. У 11 из 12 больных с рецидивами маточных кровотечений после резекции

(абляции) эндометрия аденомиоз по данным гистероскопии был 2 стадии выраженности, еще у 1 пациентки – была выявлена «узловая» форма заболевания, во время операции иссекались узлы аденомиоза, подтвержденные при гистологическом исследовании. Величина матки к моменту операции у всех 12 больных с рецидивом маточных кровотечений соответствовала 7–9 неделям беременности, у 8 из них имелось сочетание аденомиоза с миомой матки. Предоперационная гормональная подготовка проводилась 4 из 12 с рецидивом кровотечений: норколут у 2, даназол и бусерелин получали по 1 пациентке. В 11 случаях выполнялась комбинированная электрохирургическая резекция эндометрия, у 1 больной 37 лет была выполнена частичная абляция эндометрия шаровым электродом (коагуляция передней и задней стенки матки, не обрабатывались боковые стенки, углы матки и область перешейка).

Повторной гистероскопической операции – шаровой абляции эндометрия подверглись 7 пациенток с рецидивами маточных кровотечений в перименопаузе. Предоперационную гормональную подготовку перед первой операцией получали 2 больные, остальным проводился кюретаж перед выполнением резекции эндометрия. При повторной гистероскопии у всех у них на фоне множественных синехий в полости матки определялись участки регенерировавшего эндометрия, чаще в замкнутых полосках между внутриматочными сращениями. Поэтому перед повторной абляцией полости матки проводилось разделение внутриматочных синехий для выявления всех возможных участков с эндометрием. У всех у них в последующем наступила аменорея.

Гистерэктомии в связи с рецидивом маточных кровотечений за время наблюдения подверглись 3 пациентки с аденомиозом после гистероскопической операции. Возраст их был 43, 46 и 48 лет. У всех троих имелось сочетание

аденомиоза 2 стадии с миомой матки. Величина матки в момент гистероскопической операции соответствовала 8–9 неделям беременности. В связи с выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологией (тромбофлебит вен нижних конечностей в анамнезе) предоперационную гормональную подготовку они не получали. При гистологическом исследовании удаленного макропрепарата выявлен аденомиоз 2–3 степени выраженности и узлы лейомиомы.

Консервативную гемостатическую терапию в связи с рецидивом маточных кровотечений после резекции (абляции) эндометрия получают 2 больные 37 и 47 лет. Одной из них была выполнена частичная абляция эндометрия (37 лет), второй – комбинированная резекция эндометрия. Обе получали предоперационную гормональную подготовку. У больной 47 лет наряду с аденомиозом выявлены множественные узлы лейомиомы; за время наблюдения роста матки у нее не отмечено. Время наблюдения за этими пациентками составило 6 и 2 года. Через 8 и 11 месяцев у них восстановились регулярные обильные менструации, хотя и менее обильные, чем до гистероскопической операции. У пациентки 47 лет начались задержки менструаций, появились симптомы климактерического синдрома слабой степени выраженности. Обе они находятся под наблюдением, им регулярно проводится трансвагинальное УЗИ, при котором патологии со стороны слизистой матки не выявлено.

По результатам нашего обследования оперативная гистероскопия является эффективным методом лечения пациенток с поверхностным аденомиозом. За время наблюдения (до 6 лет) гистероскопическая операция оказалась эффективной у 72% обследованных, рецидивы маточных кровотечений возникли у 24% оперированных, еще у 4% эффекта от операции не отмечено. Выраженные формы аденомиоза,

особенно в сочетании с миомой матки, при величине матки более 9 недель беременности и особенно наличие болевого синдрома должны рассматриваться как противопоказание для проведения резекции (абляции) эндометрия.

### **Заключение**

Таким образом, необходимость назначения гормональной терапии при внутреннем эндометриозе (аденомиозе) в отсутствии гиперпластических процессов эндометрия сомнительна, эффективность ее даже меньше, чем у пациенток, получавших гемостатическую терапию. Основным методом лечения внутреннего эндометриоза на сегодняшний день все же остается хирургический — гистерэктомия лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Из 270 пациенток с аденомиозом, у

которых нам удалось проследить отдаленные результаты, 98 подверглись гистерэктомии. Гистероскопическая резекция (абляция) эндометрия является альтернативой гистерэктомии у пациенток с поверхностными формами аденомиоза в отсутствии болевого синдрома. По данным нашего исследования резекция (абляция) эндометрия оказалась эффективной у 72% пациенток с аденомиозом в сочетании с рецидивирующей гиперплазией эндометрия.

### **Литература**

1. Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М., Мишиева О. И., Никологорская И. О. Эндоскопические критерии аденомиоза. // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Междунар. Конгресс с

курсом эндоскопии. — М., 1997. — Т. 2. — С. 52.

2. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. — М.: Медицина, 1985. — 159 с.

3. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М. Гистероскопия — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 176 с.

4. Audebert A. Medical treatment of endometriosis // Rev. Prat. — 1999 Feb 1. — Vol. 49 (3). — P. 269–75.

5. Bousquet M. C., Canis M., Bruhat M. A. Adenomyose // Rev. Prat. — 1999 Feb 1. — Vol. 49. — N 3. — P. 282–6.

6. McCausland V., McCausland A. The response of adenomyosis to endometrial ablation/resection // Hum. Reprod. Update. — 1998 Jul-Aug. — Vol. 4. — N 4. — P. 350–9.

7. Quemere M. P., Cravallo L., Rager V., et.al. Impact of adenomyosis on results of endometrial ablations // Contracept. Fertil. Sex. — 1999 May. — Vol. 27. — N 5. — P. 357–63.