

Морфофункциональное состояние яичников у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия после внутриматочных хирургических вмешательств

В.Г.Бреусенко, Г.Н.Голухов, Ю.А.Голова, О.С.Ковалева, Т.А.Плахова, А.В.Овчинникова

Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация

Цель. Разработка и обоснование рационального метода лечения пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) с учетом морфологического и функционального состояния яичников.

Пациенты и методы. В исследование были включены пациентки с ГПЭ ($n = 191$), которым были выполнены современные методы внутриматочной хирургии, из них 98 были в пременопаузе, 93 – в постменопаузальном периоде. Всем обследованным больным до и после хирургического лечения проводились ультразвуковые исследования органов малого таза, определение концентраций фолликулостимулирующего гормона и эстрадиола в сыворотке крови.

Результаты. Опухоли и опухолевидные образования яичников в различные сроки обнаружены у 1/3 пациенток после внутриматочных хирургических вмешательств, что соответствует популяционным значениям. В пременопаузальном периоде за время динамического наблюдения структурные изменения в яичниках были выявлены у 41 (40,8%) из 98 пациенток, у 14 (14,3%) из них – опухоли яичников. В менопаузе доброкачественные опухоли яичников возникли у 12 (12,9%) из 93 обследованные больные.

Заключение. После применения органосохраняющих методов лечения доброкачественной патологии эндометрия возможно возникновение как функциональных яичниковых образований (в пременопаузе), так и истинных опухолей яичников (в пре- и постменопаузе), в соотношении, соответствующем популяционным значениям (27,7%).

Ключевые слова: абляция эндометрия, гиперпластические процессы эндометрия, постменопауза, пременопауза, опухоли яичников

Для цитирования: Бреусенко В.Г., Голухов Г.Н., Голова Ю.А., Ковалева О.С., Плахова Т.А., Овчинникова А.В. Морфофункциональное состояние яичников у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия после внутриматочных хирургических вмешательств. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019; 18(6): 21–27. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-6-21-27

Morphofunctional state of the ovaries in patients with endometrial hyperplasia after intrauterine surgical interventions

V.G.Breusenko, G.N.Golukhov, Yu.A.Golova, O.S.Kovaleva, T.A.Plakhova, A.V.Ovchinnikova

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Objective. Development and substantiation of a rational method of treatment of patients with EH taking into account the morphological and functional state of the ovaries.

Patients and methods. The study included patients with EH ($n = 191$), who underwent modern intrauterine surgery, of them 98 perimenopausal and 93 postmenopausal patients. All examined patients before and after surgical treatment underwent ultrasound examination of the pelvic organs with determination of serum concentrations of follicle-stimulating hormone and oestradiol.

Results. Ovarian tumours and tumour-like masses were found at various terms in 1/3 of patients after intrauterine surgical interventions, which corresponds to the populational rates. Dynamic follow-up in the premenopause found structural changes in the ovaries in 41 (40.8%) of 98 patients, in 14 (14.3%) of them – ovarian tumours. In the menopause, benign ovarian tumours developed in 12 (12.9%) of 93 examined patients.

Conclusion. After the use of organ-sparing methods of treatment of benign endometrial pathologies both functional ovarian masses (in the premenopause) and genuine ovarian tumours (in the pre- and postmenopause) might appear, with the ratio corresponding to populational rates (27.7%).

Key words: endometrial ablation, endometrial hyperplasia, postmenopause, premenopause, ovarian tumours

For citation: Breusenko V.G., Golukhov G.N., Golova Yu.A., Kovaleva O.S., Plakhova T.A., Ovchinnikova A.V. Morphofunctional state of the ovaries in patients with endometrial hyperplasia after intrauterine surgical interventions. *Vopr. ginek. akus. perinatol.* (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2019; 18(6): 21–27. (In Russian). DOI: 10.20953/1726-1678-2019-6-21-27

Для корреспонденции:

Бреусенко Валентина Григорьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского научного исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (499) 432-9897
E-mail: Breusenkovg@yandex.ru

Статья поступила 29.09.2019 г., принята к печати 16.12.2019 г.

For correspondence:

Valentina G. Breusenko, MD, PhD, DSc, professor at the department of obstetrics and gynaecology, paediatric faculty, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University

Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (499) 432-9897
E-mail: Breusenkovg@yandex.ru

The article was received 29.09.2019, accepted for publication 16.12.2019

В структуре гинекологических заболеваний особое место отводится внутриматочной патологии – гиперплазиям (ГЭ) и полипам эндометрия (ПЭ), аденомиозу, субмукозной лейомиоме. ГЭ встречаются в 15–40% наблюдений в любом периоде жизни женщины, однако частота их выявления увеличивается в пре- и постменопаузе, достигая 60–70% [1–5]. Не менее актуальной является проблема опухолей яичников (ОЯ) во все возрастные периоды жизни женщин. По данным различных авторов, частота ОЯ возрастает – за последние 10–15 лет она увеличилась с 6–11 до 19–25% от числа всей генитальной патологии [5, 6]. На долю доброкачественных опухолей приходится 69–85% от числа всех ОЯ, при этом наиболее обширную группу новообразований яичников (48–76%) представляют эпителиальные опухоли [8–10].

В литературе имеются данные о сочетании патологии эндометрия с заболеваниями яичников. В исследовании Н.В.Юматовой [7] отмечено, что 61% пациенток всех возрастных периодов с доброкачественными опухолями и ретенционными образованиями яичников имели изменения в миометрии и эндометрии (ГЭ, ПЭ, субмукозная миома матки, аденомиоз), при этом ОЯ сочетались с внутриматочной патологией в 55,2% наблюдений, с ретенционными образованиями яичников – в 69,4%, наиболее часто в пре- и постменопаузальном периодах (более 50% наблюдений). Данные закономерности, вероятно, являются результатом общности патогенетических механизмов развития внутриматочной патологии и яичников.

В последние годы для лечения ГЭ стали использоваться различные органосохраняющие методы внутриматочной хирургии (абляция и резекция эндометрия), обладающие рядом преимуществ: минимальная инвазивность, высокая эффективность, возможность применения у соматически ослабленных больных [3, 4].

Цель – разработать и обосновать рациональный метод лечения пациенток с ГЭ и ПЭ с учетом морфологического и функционального состояния яичников.

Пациенты и методы

В исследование включены 191 больная с доброкачественными формами гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), операции которым были выполнены с применением различных методов современной внутриматочной хирургии.

Критерии включения в исследование: доброкачественные ГПЭ. Критерии исключения: наличие опухолей яичников до начала исследования, атипичная гиперплазия и аденокарцинома эндометрия по данным гистологического заключения, острые воспалительные заболевания органов малого таза

Под нашим наблюдением находились 98 (51,3%) пациенток в пременопаузальном периоде и 93 (48,7%) – в постменопаузе. В пременопаузе возраст обследованных колебался от 45 до 55 лет, в среднем составляя $49,4 \pm 0,3$ года. В постменопаузальном периоде возраст пациенток был от 46 до 82 лет, составляя в среднем $62,8 \pm 0,9$ года.

В каждом возрастном периоде обследованные пациентки были разделены на основную группу и группу сравнения.

В пременопаузальном периоде основную группу составили 68 (69,4) больных, которым были выполнены операции с применением различных методов внутриматочной хирургии. Тотальная электрохирургическая резекция эндометрия произведена 16 (16,3%) больным с рецидивирующими ГПЭ; субтотальная электрохирургическая резекция (полипэктомия с прилежащей слизистой) – 22 (22,4%); баллонная абляция – 30 (30,7%).

Группу сравнения в пременопаузе составили 30 (30,6%) пациенток, которым после проведения гистероскопии с механическим удалением патологического очага в качестве второго этапа лечения проводилась гормональная терапия (норэтистерон 5 мг 2 раза/сут в течение 6 мес).

В постменопаузе основную группу составили 63 (67,7%) пациентки, которым были выполнены различные виды абляции эндометрия: баллонная абляция произведена 13 (14,1%) больным; тотальная электрохирургическая резекция – 20 (21,5%); субтотальная электрохирургическая резекция – 19 (20,4%); лазерная абляция (процедура ELITT – endometrial laser intrauterine thermo-therapy) – 11 (11,8%) пациенткам.

Группу сравнения в постменопаузе составили 30 (32,2%) пациенток, которым по поводу ГПЭ было выполнено механическое удаление патологического очага под контролем гистероскопии без последующего назначения гормональной терапии.

Негистероскопические методы абляции эндометрия (баллонная и лазерная абляции эндометрия) проводились через 14–21 день после гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания и получения результатов гистологического исследования.

У абсолютного большинства обследованных пациенток в пременопаузе были нарушения менструального цикла, проявляющиеся в виде: обильных менструальных кровотечений – у 47 (48%) наблюдаемых; межменструальных маточных кровотечений – у 6 (6%); нерегулярных длительных и обильных кровянистых выделений после задержки менструации – у 45 (46%) пациенток. У каждой второй больной была выявлена хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) преимущественно легкой степени тяжести, являющаяся результатом маточных кровотечений. У 3 наблюдаемых отмечалась более выраженная степень ЖДА со снижением гемоглобина до 80 г/л в анамнезе, по поводу чего неоднократно проводились курсы антианемической терапии.

Кровянистые выделения из половых путей в период постменопаузы явились поводом для обследования и госпитализации у 20 (31,7%) из 63 пациенток основной группы, в группе сравнения – у 12 (40%). У остальных больных ГПЭ были обнаружены по результатам ультразвукового исследования.

В пременопаузальном периоде при ультразвуковом сканировании органов малого таза до хирургического лечения отсутствие увеличения маточного эха (М-ЭХО) были выявлено у 30 (30,6%) пациенток, эхографические признаки ПЭ – у 38 (38,7%), гиперплазия эндометрия (ГЭ) – у 25 (25,5%). По данным ультразвукового исследования, тело матки было нормальных размеров у 55 (56,1%) из 98 пациенток группы пременопаузального периода, размеры тела матки соответствовали 6–8 неделям беременности у 40 (40,8%), 8–9 неделям – у 3 (3,1%) из всех обследуемых. Аденомиоз в соче-

тании с патологией эндометрия выявлен у 40 (40,8%) обследуемых. Ультразвуковых признаков патологических процессов в яичниках выявлено не было ни у одной больной в пременопаузальном периоде.

Эхографическое состояние эндометрия в предоперационном периоде у пациенток в постменопаузе также оценивалось по наиболее значимым параметрам маточного эха (М-эха) – толщине и структуре. Величина передне-заднего размера (толщины) М-эха варьировала от 5 до 20 мм, при этом у половины наблюдаемых не превышала 8 мм. Изменение структуры и эхогенности эндометрия было отмечено у 62 (66,7%) из 93 пациенток, у остальных 31 эндометрий был однородным.

У 67 (68,4%) из 98 обследованных в пременопаузе ГПЭ был рецидивирующим. Различные виды гормональных препаратов в качестве второго этапа лечения ГПЭ ранее принимали все 67 пациенток с рецидивирующими патологическими процессами эндометрия. Продолжительность гормональной терапии варьировала от 3 мес до 5 лет. Комбинированные оральные контрацептивы ранее назначались 23 (34,3%) наблюдаемым, гестагены – 25 (37,3%), агонисты гонадотропин рилизинг-гормона – 3 (4,4%) пациенткам.

В постменопаузе ГПЭ был рецидивирующим в анамнезе у 49 (52,6%) из 93 наблюдаемых, по поводу чего пациенткам проводились внутриматочные манипуляции с различной частотой.

У больных в пременопаузальном периоде по результатам гистологического исследования соскобов эндометрия или удаленной ткани при резекции эндометрия выявлены следующие патологические изменения: ПЭ у 52 (53%); ГЭ – у 21 (21,4%); сочетание ГЭ и ПЭ – у 25 (25,6%).

Более двух третей больных в постменопаузе были с полипами эндометрия (84,9%), у 5 из 7 пациенток с гистероскопической картиной гиперплазии эндометрия в постменопаузе при гистологическом исследовании диагноз был подтвержден, причем у двух из них железистая гиперплазия эндометрия (ЖГЭ) сочеталась с железистыми полипами эндометрия (ЖПЭ), у остальных пациенток при гистологическом исследовании диагностированы ЖПЭ.

Экстрагенитальные заболевания встречались у преобладающего большинства пациенток во всех возрастных периодах. Необходимо отметить высокую частоту встречаемости заболеваний вен нижних конечностей у обследованных пациенток всех периодов жизни – у каждой второй в постменопаузе и у каждой третьей в пременопаузе. Доброкачественная патология молочных желез была практически у каждой второй в пременопаузе и постменопаузе, что также ограничивало выбор гормонального препарата, длительность терапии. Гипертонической болезнью страдали более одной трети обследованных пациенток в пременопаузе и половина наблюдаемых в постменопаузе. Среди экстрагенитальных заболеваний у пациенток пременопаузального периода встречались: острый коронарный синдром в анамнезе у 8 (4,2%) из 191 больных, острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе у 4 (2%) наблюдаемых, обменно-эндокринные заболевания, такие как сахарный диабет II типа, узловые и диффузные изменения ткани щитовидной железы, отмечены у 8 (8,1%) и 22 (22,4%) из 98 наблюдаемых соответственно. В

постменопаузе сахарный диабет II типа был у 12 (12,9%) из 93 обследованных пациенток, 5 (5,4%) из них нуждались в терапии препаратами инсулина.

Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что назначение гормональной терапии имело свои ограничения, а радикальное хирургическое лечение могло представлять существенный риск для здоровья.

Длительность наблюдения за больными составила от 1 года до 5 лет.

11 пациенток, которым была выполнена процедура ELITT, включены в ретроспективное исследование, остальные 180 больных наблюдались проспективно. Ретроспективное исследование заключалось в изучении архивных данных: стационарных историй болезни, динамики наблюдения за пациентками в ходе предыдущих исследований (ультразвуковых, лабораторных).

Статистическая обработка данных производилась на ПК с применением пакета статистических программ Microsoft Excel и SPSS с использованием методов описательной статистики, непараметрическим анализом для оценки качественных величин был выбран критерий χ^2 Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе полученных результатов эхографии у пациенток в пременопаузе с ГПЭ до внутриматочной хирургии обнаружено, что объем овариальной ткани, а также количество антральных фолликулов были сопоставимы с данными здоровых женщин этого же возраста и соответствовали возрастной норме. С увеличением возраста отмечено снижение концентрации эстрадиола и повышение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) как у женщин с неизменным эндометрием, так и у пациенток с ГПЭ ($p > 0,05$).

Уменьшение объемов овариальной ткани при динамическом наблюдении за больными было выявлено через 3–6 мес после всех методов абляции эндометрия и через 2 года после проведения курса гормональной терапии у пациенток в возрастном интервале от 45 до 48 лет. Достоверно больший объем ткани яичников был у пациенток, получавших гормонотерапию, при различной длительности наблюдения. При динамическом наблюдении за больными в пременопаузе количество антральных фолликулов с возрастом снижалось, однако его достоверное уменьшение выявлено лишь в старшей возрастной группе (52–55 лет) при длительности наблюдения больше 5 лет после проведения гормональной терапии. Полученные данные можно объяснить возрастными особенностями и физиологическими изменениями пременопаузального периода.

Изменения концентраций ФСГ и эстрадиола в нашем исследовании можно было расценить как соответствующие возрастному периоду пременопаузы и характерные для ее физиологии.

У 41 (40,8%) из 98 пациенток пременопаузальной возрастной группы выявлены структурные изменения в яичниках. Из них 27 (27,5%) наблюдаемых были после операций с применением современных методов внутриматочной хирургии, 14 (14,2%) – получали традиционную гормональную терапию. Сроки возникновения структурных изменений

в яичниках в зависимости от метода лечения и характера патологического процесса представлены на рис. 1, 2.

Как видно из рис. 1, 2, в пременопаузальном периоде структурные изменения ткани яичников формировались в различные сроки после проведения внутриматочной хирургии, однако наиболее часто опухоли выявлялись через 1 год после лечения, ретенционные образования в яичниках – спустя 6 мес. Все ретенционные образования яичников имели тенденцию к регрессу спустя 3 мес после выявления.

Структурные изменения яичников у пациенток после проведенных операций с применением методов внутриматочной хирургии и после гормональной терапии были диагностированы по данным ультразвукового исследования. Важно отметить, что ни у одной из больных с образованиями в яичниках не было отмечено повышения опухоль-ассоциированного антигена СА125.

Хирургическое лечение в объеме гистерэктомии с придатками по поводу выявленных образований в яичниках проводилось у 10 (10,2%) из 98 наблюдаемых в пременопаузе (8 – из основной группы, 2 – из группы сравнения). При гистологическом исследовании: у 4 пациенток основной группы были выявлены серозные цистаденомы, у 2 – фибромы яичников, муцинозная цистаденома – у 1 больной и папиллярная цистаденофиброма – у 1 пациентки. В основной группе у 5 из 8 пациенток с опухолями яичников были выявлены рецидивы ГПЭ. Две больные из группы сравнения были подвергнуты гистерэктомии с придатками по поводу рецидива ГПЭ в сочетании с тонкостенными образованиями в яичнике, при гистологическом заключении выявлены серозные цистаденомы.

4 пациентки из основной группы с тонкостенными жидкостными аваскулярными образованиями небольших размеров без тенденции к уменьшению продолжали находиться под динамическим наблюдением, хирургическое лечение представляло для них риск для жизни ввиду наличия выраженной соматической патологии.

При анализе статистической значимости отличий выявлено, что метод хирургического лечения (абляция эндометрия с применением различных видов энергий, механическое удаление патологического очага с назначением гормональной терапии) не влияет на появление структурных изменений в яичниках у пациенток периода пременопаузы (критерий $\chi^2 - 0,414, p > 0,05$).

Одновременно с оценкой морфофункционального состояния яичников после внутриматочных хирургических вмешательств в пременопаузе нами была оценена эффективность проведенного лечения. Рецидивы ГПЭ в пременопаузе были у 21 (21,4%) из 98 обследованных пациенток. Анализ показал, что при пятилетнем наблюдении эффективность термической абляции эндометрия у пациенток с ГПЭ в пременопаузальном периоде составила 76,6%, тотальной электрохирургической резекции – 87,5%, парциальной электрохирургической резекции – 83,3%, гормональной терапии – 70,0%.

Рецидивы ГПЭ в пременопаузе возникали в различные сроки, однако наиболее часто при длительности наблюдения более 5 лет. Пациенткам с рецидивами ГПЭ и отсутствием истинных опухолей яичников после органосохраняющих методов внутриматочной хирургии были выполнены различные виды лечения: 3 наблюдаемым – повторная гистероскопия, механическое удаление патологического очага, 10 боль-

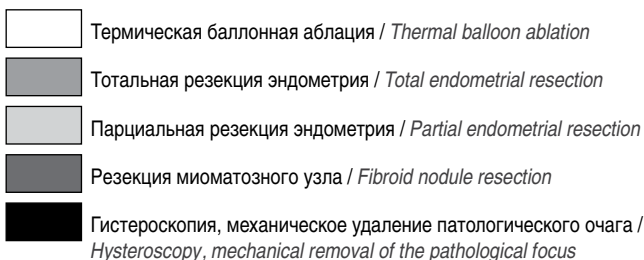
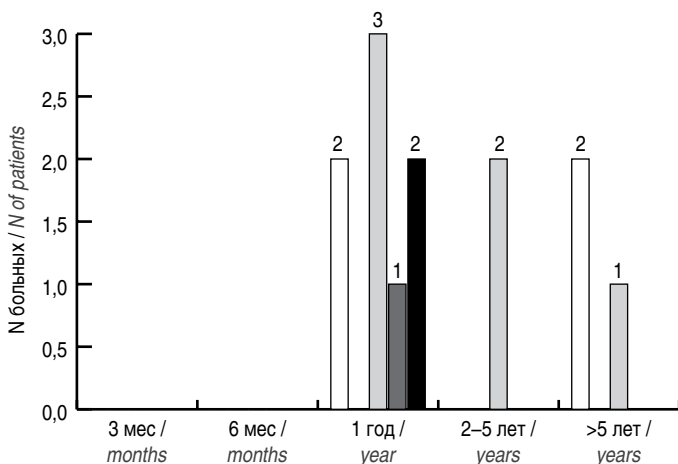


Рис. 1. Сроки возникновения истинных опухолей в пременопаузе в зависимости от метода лечения.

Fig. 1. Terms of development of genuine tumours in the premenopause depending on a method of treatment.

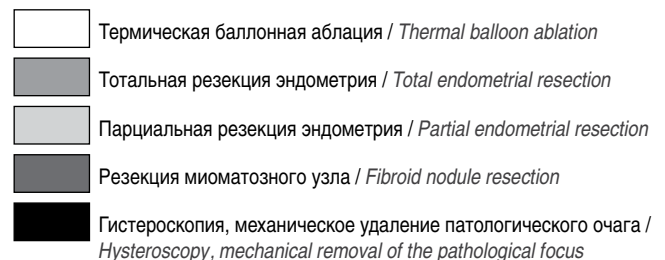
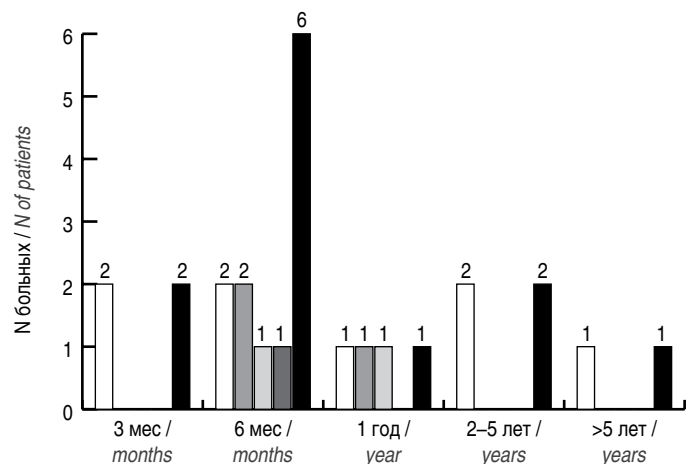


Рис. 2. Сроки возникновения функциональных кист яичников в пременопаузе в зависимости от метода лечения.

Fig. 2. Terms of development of functional ovarian cysts in the premenopause depending on a method of treatment.

ным – повторные электрохирургические методики воздействия на эндометрий, 1 больной, ввиду выявленной при морфологическом исследовании атипической гиперплазии эндометрия, произведена гистерэктомия с придатками.

Важно отметить, что наличие образований в яичниках влияет на вероятность возникновения рецидива ГПЭ в пременопаузе после современных методов внутриматочной хирургии. У 7 (33,3%) из 21 пациентки с рецидивами ГПЭ были выявлены истинные опухоли яичников, у 6 (28,5%) из них – эпителиальные опухоли, функциональные кисты были выявлены у 4 (19%) пациенток с рецидивами ГПЭ в пременопаузе.

При анализе статистической значимости отличий выявлено, что в пременопаузе появление образований яичников влияет на возникновение рецидивов ГПЭ как после современных методов абляции эндометрия ($\chi^2 - 7,582, p < 0,05$), так и после механического удаления патологического очага и проведения курса гормональной терапии ($\chi^2 - 5,000, p < 0,05$).

У больных в постменопаузе также важной явилась оценка структурных и функциональных изменений ткани яичников. Размеры яичников у пациенток в постменопаузе до лечения были сопоставимы.

При оценке состояния яичников у пациенток после проведенного лечения при динамическом наблюдении достоверное уменьшение овариальной ткани было выявлено спустя 5 лет после абляции эндометрия у пациенток в поздний постменопаузальный период.

При сравнении концентраций эстрадиола и ФСГ до лечения у пациенток в постменопаузе без ГПЭ и с наличием патологических изменений в эндометрии достоверных отличий получено не было, однако статистически значимыми были снижение концентрации эстрадиола и повышение ФСГ с увеличением продолжительности постменопаузы, что соответствует физиологическим изменениям постменопаузального периода.

При динамическом наблюдении после применения методов внутриматочной хирургии концентрация эстрадиола снижалась, а ФСГ увеличивалась, без статистической значимости, как после абляции эндометрия, так и после механического удаления патологического очага.

Таким образом, анализ динамического наблюдения за больными периода постменопаузы, перенесших выполнявшиеся различными методами абляцию эндометрия и механическое удаление патологического очага по поводу ГПЭ, не выявил значимых изменений объема овариальной ткани и концентрации ФСГ и эстрадиола между группами.

В ходе наблюдения за пациентками периода постменопаузы структурные изменения в яичниках выявлены у 12 (12,9%) из 93 больных, из них после абляции эндометрия опухоли яичников возникли у 8 (12,7%) из 63 пациенток, после гистероскопии с механическим удалением патологического очага – у 4 (13,3%) из 30. На рис. 3 представлены сроки возникновения опухолей яичников и их количество в зависимости от метода лечения.

Как видно из рис. 3, в постменопаузе опухоли яичников возникали в различные сроки и не зависели от метода лечения и/или механизма воздействия на эндометрий.

Учитывая выявленные при ультразвуковых исследованиях объемные образования яичников, 7 (87,5%) из 8 больных из основной группы периода постменопаузы были прооперированы в объеме гистерэктомии с придатками.

В постменопаузе в группе сравнения опухоли яичников в различные сроки были выявлены у 4 (13,3%) из 30 наблюдаемых больных, у одной из них на фоне рецидива ГПЭ спустя 1 год после лечения.

У 5 (41,7%) из 12 пациенток в постменопаузе после применения современных методов внутриматочной хирургии были выявлены опухоли яичников, при гистологическом исследовании новообразований яичников все они были отнесены к группе опухолей стромы полового тяжа (текомы яичников), эпителиальные опухоли яичников встречались у 6 (50,0%) больных (у 5 – серозные цистаденомы, у 1 – муцинозная цистаденома), у одной пациентки была выявлена стромальная гиперплазия ткани яичников.

При анализе статистической значимости отличий выявлено, что у больных в постменопаузе после абляции эндометрия и механического удаления патологического очага по поводу ГПЭ метод хирургического лечения не влияет на появление структурных изменений в яичниках ($\chi^2 - 0,007, p > 0,05$).

При оценке эффективности использованных видов внутриматочной хирургии в нашем исследовании было отмечено, что у пациенток в постменопаузе эффективность лазерной абляции составила 91,0%, термической баллонной абляции – 69,0%, тотальной электрохирургической резекции

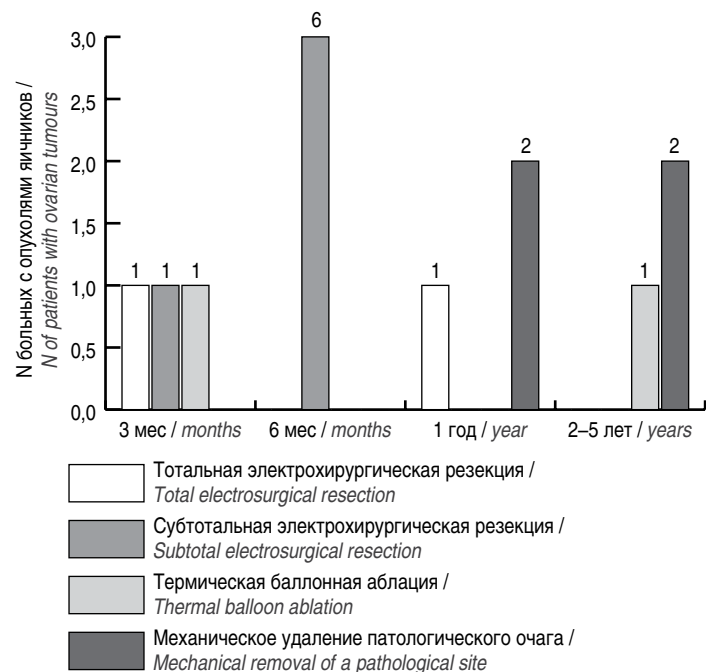


Рис. 3. Сроки возникновения истинных опухолей в постменопаузе в зависимости от метода лечения. Обследованы 93 пациентки в постменопаузе с ГПЭ. *Абляция эндометрия выполнена 63 больными; *Гистероскопия, РДВ – 30 больным.

*Fig. 3. Terms of development of genuine tumours in the postmenopause depending on a method of treatment. 93 postmenopausal patients with EH were examined. *63 underwent endometrial ablation. *30 patients underwent diagnostic hysteroscopy and dilation and curettage.*

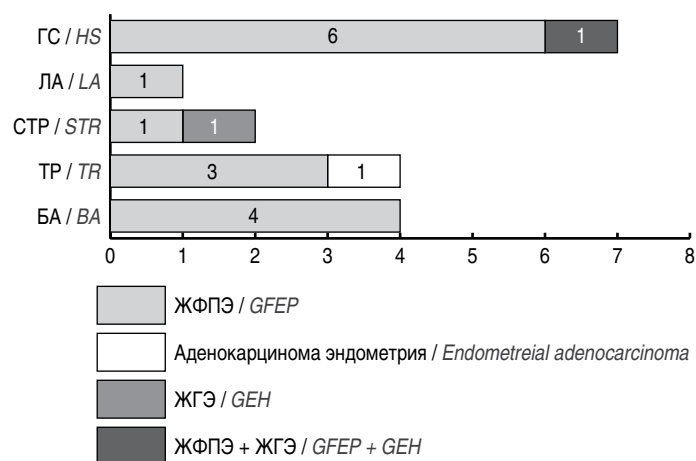


Рис. 4. Характер вида патологии эндометрия у больных периода постменопаузы при рецидиве ГПЭ в зависимости от метода внутриматочной хирургии.

Fig. 4. Character of an endometrial pathology in postmenopausal patients with EH recurrence depending on an intrauterine surgery technique.

эндометрия – 80,0%, субтотальной резекции эндометрия – 84,0%. У пациенток группы сравнения эффективность гистероскопии с применением механического удаления патологического очага составила 77,0%.

В послеоперационном периоде рецидивы ГПЭ в постменопаузе были отмечены у 18 (19,3%) из 93 обследованных пациенток и выявлялись при различной продолжительности наблюдений, однако чаще всего в сроки от 2 до 5 лет. При гистологическом исследовании в случае рецидива преобладали полипы эндометрия. У 14 (77,7%) из 18 больных с рецидивами ГПЭ в постменопаузе не было выявлено структурных изменений ткани яичников, им были проведены повторные внутриматочные хирургические вмешательства с использованием биполярной энергии. Результаты морфологических исследований при рецидивах ГПЭ у пациенток в постменопаузе после органосохраняющих внутриматочных хирургических вмешательств представлены на рис. 4.

Как видно из рис. 4, у одной пациентки возник рак эндометрия. По жизненным показаниям из-за выраженной экстрагенитальной патологии ранее ей была произведена тотальная электрохирургическая резекция эндометрия, при гистологическом исследовании выявлена ЖГЭ. Через 6 мес после лечения по поводу патологического М-ЭХО и кровянистых выделений на фоне постменопаузы ей была произведена гистероскопия и биопсия эндометрия, при гистологическом исследовании выявлена высокодифференцированная аденокарцинома. Пациентке выполнена гистерэктомия с придатками. Описанная клиническая ситуация еще раз подтверждает возможную вероятность неполного удаления эндометрия при тотальной резекции. Выполнение абляции эндометрия при гиперплазии эндометрия в постменопаузе мы считаем нецелесообразным, методом выбора является пангистерэктомия.

У больных в постменопаузе наличие опухолей яичников влияет на вероятность возникновения рецидива ГПЭ. У 4 (22%) пациенток из 18 больных с рецидивами ГПЭ были

выявлены истинные опухоли яичников, у 3 (16,6%) из них – опухоли стромы полового тяжа (текомы).

При оценке статистической значимости было выявлено, что появление опухолей яичников не влияет на возникновение рецидивов ГПЭ у больных в постменопаузе как после органосохраняющих внутриматочных хирургических вмешательств с применением различных видов энергии ($\chi^2 - 0,341$, $p > 0,05$), так и после механического удаления патологического очага под контролем гистероскопии ($\chi^2 - 0,007$, $p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, у больных после применения органосохраняющих методов лечения доброкачественной патологии эндометрия возможно возникновение как функциональных яичниковых образований (в пременопаузе), так и истинных опухолей яичников (в пре- и постменопаузе), в процентном соотношении соответствующее популяционным значениям (в нашем исследовании 27,7%). Пациентки после применения органосохраняющих методов внутриматочной хирургии должны находиться под динамическим наблюдением, скрининговым методом которого должно являться УЗИ малого таза в экспертном учреждении. При возникновении образований в яичниках у больных в пре- и постменопаузе после применения органосохраняющих методов лечения по поводу ГПЭ целесообразно выполнять гистерэктомию с удалением придатков матки.

Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература

1. Курцер МА, Бреусенко ВГ, Голухов ГН, Голова ЮА, Есипова ИА, Овчинникова АВ, и др. Диагностика и лечение доброкачественных внутриматочных заболеваний у пациенток в постменопаузе. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019;18(3):71-9. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-3-71-79
2. Савельева ГМ, Бреусенко ВГ, Карева ЕН, Ивановская ТН, Тихонов ДА, Гуторова ДС. Стероидно-рецепторный профиль мононуклеаров периферической крови у пациенток в постменопаузе с пролиферативными процессами эндометрия. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019;18(3):80-6. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-3-80-86
3. Давыдов АИ, Новрузова НХ, Стрижаков АН. Гиперплазии эндометрия: анализ классификации ВОЗ 2014 и протокола RCOG & BSGE с позиций собственных результатов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(4):11-24. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-4-11-24
4. Давыдов АИ, Новрузова НХ. Атипичная гиперплазия эндометрия: насколько приемлема абляция слизистой тела матки? Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016;15(3):75-7. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-3-75-77

5. Савельева ГМ. Эпителиальные опухоли яичников. Клиника, диагностика, лечение. Доктор.Ру. 2009;6-1(50):32-3.
6. Давыдов АИ, Дубровская КС. IOTA «simple rules» и энергетический доплер: предикторы ранней диагностики рака яичников. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2017;16(1):33-7. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-1-33-37
7. Юматова ТД. Гиперпластические процессы эндометрия (этиопатогенез, диагностика, лечение). Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2006;2:71-4.
8. Давыдов АИ, Саакян КС. «Ультразвуковая мини-хирургия» при новообразованиях яичников. Проблема для дискуссий. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016;15(1):71-6.
9. Соломатина АА, Братчикова ОВ, Аргун МЗ, Чабиева ЛБ, Штыров СВ, Тюменцева МЮ, и др. Значимость современных методов ультразвуковой диагностики в оценке яичниковых образований малой величины. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019;18(2):41-7. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-2-41-47
10. Zaman S. A retrospective study of ovarian tumours and tumour-like lesions. Ayub Med Coll Abbottabad. 2010; 22(1):104-8.

References

1. Kurtser MA, Breusenko VG, Golukhov GN, Golova YuA, Esipova IA, Ovchinnikova AV, et al. Diagnosis and treatment of benign intrauterine pathologies in postmenopausal patients. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2019;18(3):71-9. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-3-71-79 (In Russian).
2. Savelyeva GM, Breusenko VG, Kareva EN, Ivanovskaya TN, Tikhonov DA, Gutorova DS. Steroid-receptor profile of the peripheral blood mononuclear cells in postmenopausal patients with endometrial proliferative processes. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2019; 18(3):80-6. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-3-80-86 (In Russian).
3. Davydov AI, Novruzova NK, Strizhakov AN. Endometrial hyperplasia: the analysis of the 2014 WHO Classification and Protocol RCOG & BSGE in the perspective of own results. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2018;17(4):11-24. DOI: 10.20953/1726-1678-2018-4-11-24 (In Russian).
4. Davydov AI, Novruzova NK. Atypical endometrial hyperplasia: in what measure ablation of the lining of the uterus is acceptable? Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2016;15(3):75-7. DOI: 10.20953/1726-1678-2016-3-75-77 (In Russian).
5. Savel'eva GM. Epitelial'nye opukholi yaichnikov. Klinika, diagnostika, lechenie. Doktor.Ru. 2009;6-1(50):32-3. (In Russian).
6. Davydov AI, Dubrovskaya KS. The IOTA "Simple Rules" and power Doppler: predictors of early diagnosis of ovarian cancer. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2017;16(1):33-7. DOI: 10.20953/1726-1678-2017-1-33-37 (In Russian).
7. Yumatova TD. Giperplasticheskie protsessy endometriya (etiopatogenez, diagnostika, lechenie). Vestnik KRSU. 2006;2:71-4. (In Russian).
8. Davydov AI, Saakyan KS. "Ultrasound mini-surgery" in ovarian neoplasms. A problem for discussion. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2016;15(1):71-6. (In Russian).
9. Solomatina AA, Bratichikova OV, Argun MZ, Chabieva LB, Shtyrov SV, Tyumen-tseva MYu, et al. Significance of modern ultrasound diagnostic methods for

assessment of small-sized ovarian tumours. Vopr. ginekol. akus. perinatol. (Gynecology, Obstetrics and Perinatology). 2019;18(2):41-7. DOI: 10.20953/1726-1678-2019-2-41-47 (In Russian).

10. Zaman S. A retrospective study of ovarian tumours and tumour-like lesions. Ayub Med Coll Abbottabad. 2010; 22(1):104-8.

Информация о соавторах:

Голухов Георгий Натанович, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета Российского научного исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (499) 432-9897
E-mail: info@gkb-31.ru

Голова Юлия Арнольдовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского научного исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (499) 432-9897
E-mail: info@gkb-31.ru

Ковалева Ольга Сергеевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского научного исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (499) 432-9897
E-mail: replikaciya1987@mail.ru

Плахова Татьяна Александровна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского научного исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (499) 432-9897
E-mail: tanya_plakhova@mail.ru

Овчинникова Анастасия Владимировна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского научного исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (499) 432-9897
E-mail: a.ovchinnikova92@mail.ru

Information about co-authors:

Georgiy N. Golukhov, corresponding member of the Russian Academy of Sciences, MD, PhD, DSc, professor at the department of public health, healthcare management and economics, paediatric faculty, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (499) 432-9897
E-mail: info@gkb-31.ru

Yulia A. Golova, MD, PhD, associate professor at the department of obstetrics and gynaecology, paediatric faculty, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (499) 432-9897
E-mail: info@gkb-31.ru

Ol'ga S. Kovaleva, PhD student at the department of obstetrics and gynaecology, paediatric faculty, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (499) 432-9897
E-mail: replikaciya1987@mail.ru

Tat'yana A. Plakhova, PhD student at the department of obstetrics and gynaecology, paediatric faculty, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (499) 432-9897
E-mail: tanya_plakhova@mail.ru

Anstasiya V. Ovchinnikova, PhD student at the department of obstetrics and gynaecology, paediatric faculty, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University
Address: 1 Ostrovityanov str., Moscow, 117997, Russian Federation
Phone: (499) 432-9897
E-mail: a.ovchinnikova92@mail.ru