

АБЛЯЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И РАННИХ СТАДИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

ABLATION OF THE ENDOMETRIUM AS A TREATMENT FOR PRECANCEROUS CONDITIONS AND EARLY STAGES OF ENDOMETRIAL CANCER

**I. Tripac
V. Stratan
V. Tutuianu
V. Sitnic
A. Dobrovolskaia
A. Misina**

Summary. Endometrial ablation is indicated for benign diseases of the endometrium, precancerous conditions and cancer of the uterine body in the early stage (IA) in pre- and postmenopausal patients who show ineffectiveness, resistance or contraindications to hormonal therapy or radical surgical treatment due to severe extragenital pathology. The results of the study allow us to recommend endometrial ablation as an alternative to classical methods of treatment in patients with atypical endometrial hyperplasia and early stages of endometrial cancer.

Keywords: endometrial cancer, atypical endometrial hyperplasia, minimally invasive surgery, endometrial ablation.

Трипак Ирина Евгеньевна

Кандидат медицинских наук, Институт Онкологии
Респ. Молдовы
i_iacovlev@yahoo.com

Стратан Валентина Георгиевна

Кандидат биологических наук, Институт
Онкологии Респ. Молдовы

Цуцуяну Валерий Григорьевич

Научный сотрудник, Институт Онкологии Респ.
Молдовы

Сытник Виктор Юрьевич

Научный сотрудник, Институт Онкологии Респ.
Молдовы

Добровольская Алена Викторовна

Молдавский Государственный Медицинский
и Фармацевтический Университет Респ. Молдовы
«Н. Тестемицану»

Мишина Анна Евгеньевна

Доктор медицинских наук, Институт Матери
и Ребенка Молдовы

Аннотация. Абляция эндометрия показана при доброкачественных заболеваниях эндометрия, предраковых состояниях и раке тела матки в ранней стадии (IA) у пациенток в пре- и постменопаузе, у которых выявляется неэффективность, резистентность или противопоказания к гормональной терапии или радикальному хирургическому лечению в связи с тяжелой экстрагенитальной патологией. Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать абляцию эндометрия как альтернативу классическим методам лечения у пациенток с атипичской гиперплазией эндометрия и ранними стадиями рака эндометрия.

Ключевые слова: рак эндометрия, атипичская гиперплазия эндометрия, миним-инвазивная хирургия, абляция эндометрия.

Введение

Рост заболеваемости раком эндометрия диктует необходимость не только своевременного выявления данной патологии, но и адекватного лечения. В последнее десятилетие в Республике Молдова, как и в большинстве стран мира, наблюдается четкая тенденция роста заболеваемости раком эндометрия с 13,7 случаев в 2000 г. до 15,0 случаев (на 100 тыс. женщин) в 2019 г. [5]. При этом преобладают ранние стадии процесса — I–II (64%), что на сегодняшний день является хорошим и перспективным показателем, говорящим о достаточном внимании к ранней диагностике [5]. Чаще всего рак возникает на фоне предраковых

изменений эндометрия, частота малигнизации которых колеблется в достаточно больших пределах (23–57,1%) и определяется морфологическими особенностями заболевания, частотой его рецидивов, возрастом пациентки (пре- и постменопауза), а также эндокринные и метаболические нарушения (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия) [1]. Риск малигнизации полипов эндометрия и гиперплазии эндометрия (железистой, железисто-кистозной, аденоматозной) без морфологических признаков клеточной атипии составляет 1–5%, что позволяет их отнести к фоновым состояниям, а не к предраковым. В этом смысле наибольший интерес представляет изучение атипичской гиперплазии и ранних стадий рака эндометрия.

Материалы и методы

В период 2018–2020 гг. гистерорезектоскопию выполнили 87 пациенткам позднего репродуктивного возраста, в пре- и постменопаузе. Весь спектр исследований, лечения и наблюдения за пациентами до и после абляции осуществлялся в условиях поликлиники Новамед.

Морфологическое исследование биоптата из полости матки и оперативных отделов выполнено в патоморфологической лаборатории «СИНЭВО».

Все больные были разделены на две группы. В первую группу (основную) вошли 75 пациенток с фоновыми изменениями — железистой гиперплазией и полипами эндометрия. Вторую группу составили 12 женщин, которым была выполнена электрохирургическая абляция эндометрия по поводу атипической гиперплазии (n=9) и ранней стадии рака эндометрия (n=3).

Средний возраст больных в основной группе составил $45,06 \pm 1,23$ года, во второй $56,26 \pm 1,03$ года.

Цели исследования были:

1. Разработка показаний к абляции эндометрия.
2. Разработка методов предоперационной подготовки и определение условий повышения эффективности эндоскопических операций у больных с атипической гиперплазией эндометрия и раком эндометрия в ранней стадии.
3. Анализ эффективности деструкции слизистой оболочки матки методом плазменной вапоризации эндометрия.
4. Изучение морфологических изменений операционных препаратов, глубины деструкции в эндометрии и миометрии при абляции эндометрия.
5. Определение противопоказаний к абляции эндометрия.
6. Оценка непосредственных результатов абляции эндометрия как метода лечения предраковых состояний и ранних стадий рака эндометрия.

Результаты

Принципиально новым методом деструкции эндометрия является плазменная вапоризация, представляющая собой выпаривание тканей под действием плазмы [11].

Процедуру проводят с помощью биполярного электрода в режущем режиме, используя специальный электрод — вапоротрод. Форма вапоротрода может быть разной, но она должна сочетать в себе большую рабочую поверхность с острыми краями по периметру.

Это дает возможность более глубокого проникновения в ткани и при достаточной мощности более глубокой деструкции эндометрия.

Техника обработки внутренней поверхности матки вапоротродом такая же, как и при коагуляции, так как электрод также представляет собой валик, который можно последовательно перемещать по поверхности.

Однако, учитывая способность вапоротрода вызывать нагрев глубоких слоев миометрия, область трубных углов обрабатывают шаровым электродом в режиме коагуляции (электрическая мощность — 120 Вт) для предотвращения перфорации матки.

Абляция эндометрия была выполнена у 12 пациенток с атипической гиперплазией (n=9) и раком эндометрия на ранней стадии (n=3) путем плазменной вапоризации ткани эндометрия. Для вапоризации использовали шарообразный роликовый вапоротрод. Резекцию тканей проводили электрической петлей с углом наклона 90 градусов. Разные эффекты парообразования достигались не только за счет использования разных электродов, но и за счет программируемых выходных параметров электрогенератора. Разнообразие эндоскопического и морфологического строения эндометрия обусловило применение методов электрохирургической абляции с разной силой тока и глубиной деструкции.

Гистероскопические признаки атипической гиперплазии эндометрия в виде утолщенной, неравномерно складчатой поверхности слизистой оболочки матки, с наличием мягких разрастаний с неровными контурами, распространяющимися в устья маточных труб и с выраженным сосудистым рисунком, обусловили преобладающее использование методики коагуляции, обеспечивающей наиболее равномерное удаление эндометрия (рис. 1).

Деструкция эндометрия методом вапоризации в резекционном режиме и коагуляция шаровым электродом при мощности тока 80–120 Вт выполнена у 12 пациенток со следующей патологией эндометрия: у 9 женщин с атипической гиперплазией эндометрия и у 3 женщин с начальным раком эндометрия IA стадии (рис. 2,3).

Продолжительность операции в каждом исследованном случае варьировала от 30 до 55 минут. Время, необходимое для разрушения эндометрия, зависело не только от размеров зоны распространения по стенкам полости матки и, соответственно, от величины обрабатываемой поверхности, но и от характера патологии эндометрия, что также определяло скорость движения электрода. Наиболее длительными были

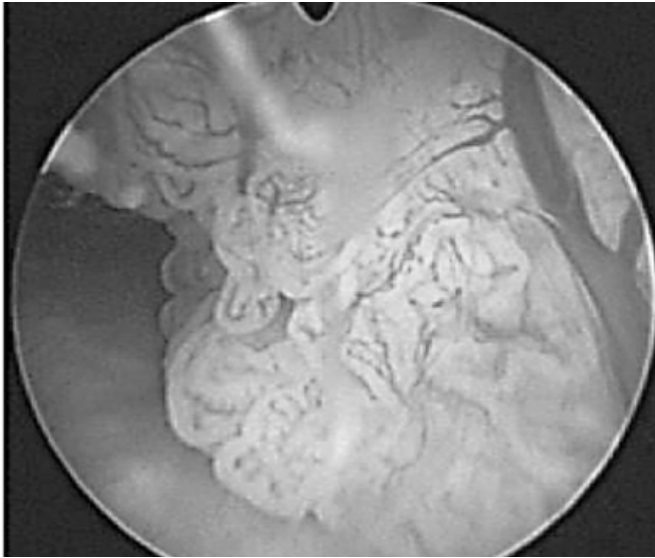


Рис. 1. Рак эндометрия при гистерорезектоскопии



Рис. 2. Резекция рака эндометрия IA стадии

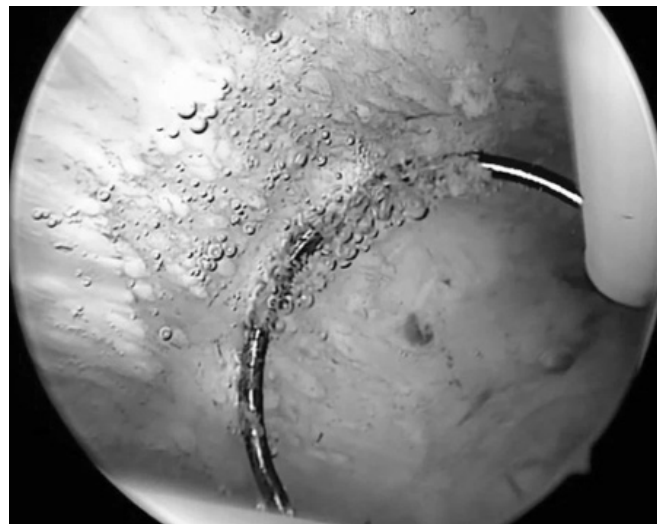


Рис. 3. Резекция рака эндометрия IA стадии

операции по разрушению неподготовленного эндометрия. В подавляющем большинстве случаев мы имеем дело с женщинами с атипической гиперплазией эндометрия ($n=5$), которым предоперационное внутриматочное выскабливание не проводилось. В таких случаях эндометрий оставался толстым, складчатым, устья маточных труб часто не визуализировались из-за отека слизистой оболочки матки, что требовало более длительного электрохирургического лечения.

Следует отметить, что скорость прохождения электрода по внутренней поверхности матки не фиксиро-

валась (в среднем 3–4 мм/сек), являясь субъективным параметром.

Выбранная скорость движения активного электрода определялась изменением цвета и внешнего вида эндометрия. Ткани, подвергнутые электродеструкции, приобретали характерную желто-коричневую окраску и теряли мягкую структуру.

После гистерорезектоскопической абляции эндометрия все исследуемые пациентки находились в стационаре под нашим наблюдением в течение 4 часов.

В связи с риском развития септических осложнений в послеоперационном периоде всем женщинам с профилактической целью назначали противовоспалительную терапию сроком на 7 дней. При выписке из стационара всем пациенткам проводили УЗИ органов малого таза, обращая внимание на состояние матки и наличие остаточной жидкости в полости матки. УЗИ позволило исключить гематому, обусловленную стенозом внутреннего шейного отверстия, при электрохирургическом лечении области перешейка. Аджювантная гормональная терапия не назначалась.

В дальнейшем ультразвуковой контроль проводили регулярно 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, затем 1 раз в 3 месяца, а в дальнейшем, при отсутствии данных за рецидив заболевания, 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет.

При УЗИ, проводимом как трансабдоминально, так и трансвагинально, оценивали следующие показатели: длину тела матки, переднезадний размер, размер м-эхо, структуру и расположение участков эндометрия, при их наличии, облитерация полости матки за счет образования синехий, а также размеров и строения яичников.

В случае увеличения м-эхо по данным УЗИ более чем на 4 мм через 6 месяцев после операции (когда пришло время отторжения корки коагуляции) выполняли аспирационную биопсию эндометрия. Через 6 месяцев с момента абляции всем пациенткам была выполнена контрольная гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия для определения состояния внутренней поверхности полости матки.

Выводы

1. Абляция эндометрия показана при доброкачественных заболеваниях эндометрия, предра-

ковых состояниях и раке тела матки в ранней стадии (IA) у пациенток в пре- и постменопаузе, у которых выявляется неэффективность, резистентность или противопоказания к гормональной терапии или радикальному хирургическому лечению в связи с тяжелой экстрагенитальной патологией (ожирение, сахарный диабет и др.). Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать абляцию эндометрия как альтернативу классическим методам лечения (заместительная гормональная терапия и иссечение матки с придатками) у пациенток с атипичской гиперплазией эндометрия и ранними стадиями рака эндометрия.

2. Для повышения эффективности эндоскопической операции и предупреждения значительной интравазации интерстициальной жидкости абляцию следует проводить в I фазу менструального цикла (9–10-е сутки).
3. Наиболее эффективными являются режимы резекции и вапоризации. Вапоризация является наиболее безопасным способом абляции эндометрия, так как исключает кровотечение и перфорацию стенки матки.
4. Гистологическое исследование оперативных отделов вскоре после абляции показало большую глубину некроза при электродеструкции эндометрия в режимах вапоризации и резекции. Поэтому глубина некроза тканей при вапоризации составляла 0,4–1 см, а при коагуляции — до 0,4 см.
5. Абляция противопоказана в следующих случаях: инвазивный рак эндометрия и выраженная органическая патология эндометрия (миома матки более 12 недель, аденомиоз II–III степени).
6. Повышение эффективности эндоскопической хирургии (95%) зависит от эффективности диагностического этапа и выбора адекватного метода абляции (коагуляция, резекция, вапоризация).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. «Медицина», Л. с. 464.
2. Al Hilli, M.M. Hopkins, M.R. Famuyide Endometrial cancer after endometrial ablation: systematic review of medical literature. J Minim Invasive Gynecol. 2011; 18: 393–400
3. Duckitt K. Managing perimenopausal menorrhagia. Maturitas. 2010; 66: 251–256
4. Cromwell D.A., Mahmood T.A., Templeton A. van der Meulen J.H. Surgery for menorrhagia within English regions: variation in rates of endometrial ablation and hysterectomy. BJOG. 2009; 116: 1373–1379
5. Cancer Registru IMSP IO
6. McCausland A.M., McCausland V.M. Long-term complications of endometrial ablation: cause, diagnosis, treatment, and prevention. J Minim Invasive Gynecol. 2007; 14: 399–406
7. National Comprehensive Cancer Network Practice Guidelines in Oncology Uterine neoplasms, version 1.2014. J Natl Compr Canc Netw. 2014; 12: 248–280
8. Huang G.S. Gebb, J.S. Einstein M.H. et al. Accuracy of preoperative endometrial sampling for the detection of high-grade endometrial tumors. Am J Obstet Gynecol. 2007; 196: 243.e1–243.e5

9. Svirsky R., Smorgick N., Rozowski U. et al. Can we rely on blind endometrial biopsy for detection of focal intrauterine pathology? Am J Obstet Gynecol. 2008; 199: 115.e1–115.e3
10. Steed H.L., Scott J.Z. Adenocarcinoma diagnosed at endometrial ablation. Obstet Gynecol. 2001; 97: 837–839
11. Morelli M., Rocca M.L., Mocciano R. et al. Sonographic findings in postmenopausal women with a prior endometrial ablation: interpretation and management of women with endometrial thickening and bleeding. J Minim Invasive Gynecol. 2015; 22: 489–494

© Трипак Ирина Евгеньевна (i_iacovlev@yahoo.com), Стратан Валентина Георгиевна,
Цуцьяну Валерий Григорьевич, Сытник Виктор Юрьевич,
Добровольская Алена Викторовна, Мишина Анна Евгеньевна.
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»