

# Опыт органосохраняющего оперативного лечения женщин с диффузной формой аденомиоза III–IV стадии

А.А. Горпенко✉, В.Д. Чупрынин, А.В. Асатунова, Т.Ю. Смольнова, Н.А. Буралкина

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

## Аннотация

**Обоснование.** В популяции частота аденомиоза варьирует от 10 до 61%. Способы оперативного лечения заболевания являются предметом дискуссий. Гистерэктомия не может быть выполнена у пациенток, желающих реализовать репродуктивную функцию или сохранить матку. В связи с этим возрастает актуальность органосохраняющих операций при диффузных формах аденомиоза (ДАМ) с выраженными клиническими проявлениями.

**Цель.** Представить органосохраняющее оперативное лечение (метропластика) женщин с ДАМ III–IV стадии.

**Материалы и методы.** В отделении хирургии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» за период с января 2018 по июнь 2021 г. выполнено 30 органосохраняющих операций с применением метропластики у пациенток с ДАМ III–IV стадии.

**Результаты.** Выполнение аденомиоэктомии с последующей метропластикой имеет ряд преимуществ: возможность выполнения операции лапароскопическим доступом; двухслойная пластика стенки матки (по типу «сюртука») создает лучшие условия для формирования рубца на матке, тем самым снижает вероятность его несостоятельности.

**Заключение.** Метропластика может быть предложена женщинам с ДАМ III–IV стадии с выраженными клиническими проявлениями, которые ориентированы на сохранение матки и/или реализацию репродуктивной функции в последующем. Кроме того, после таких операций уменьшается болевой синдром, нормализуется менструальная функция, что улучшает качество жизни.

**Ключевые слова:** аденомиоз, метропластика, органосохраняющие операции на матке

**Для цитирования:** Горпенко А.А., Чупрынин В.Д., Асатунова А.В., Смольнова Т.Ю., Буралкина Н.А. Опыт органосохраняющего оперативного лечения женщин с диффузной формой аденомиоза III–IV стадии. Consilium Medicum. 2021; 23 (7): 552–557. DOI: 10.26442/20751753.2021.7.201076

## ORIGINAL ARTICLE

# Experience of uterus-sparing surgical treatment in diffuse (stages III–IV) adenomyosis

Anton A. Gorpenko✉, Vladimir D. Chuprinin, Aleksandra V. Asaturova, Tatyana Yu. Smolnova, Natalia A. Buralkina

Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

## Abstract

**Background.** The frequency of adenomyosis varies from 10 to 61%. Currently used methods of surgical treatment of adenomyosis are discussable. A hysterectomy it is not appropriate for women who wish to realize reproductive function or spare the uterus. Now it is very important to perform uterus-sparing surgery for treatment diffuse adenomyosis with severe manifestation of symptoms. Adenomyomecomy with hysteroplasty is modern method of surgical treatment for repair uterus anatomy and functions.

**Aim.** To demonstrate methods of uterus-sparing surgical treatment in diffuse adenomyosis (stages III and IV).

**Materials and methods.** In Surgical Department of Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology since January 2019 till June 2021 we performed 30 uterus-sparing adenomyomectomies with hysteroplasty in women with diffuse adenomyosis (stages III and IV).

**Results.** There are some advantages of adenomyomectomies with hysteroplasty: it is possible to perform this method laparoscopically assisted; also special performing double-flaps recovery of myometrium (like a “frock coat”) allow to avoid uterine scar defects and uterine rupture during pregnancy.

**Conclusion.** One of options of uterus-sparing surgical treatment for women with diffuse adenomyosis who wish to save their uterus and realize reproductive function is adenomyomectomy with hysteroplasty. Women who underwent this method notes pain relief and normalization of menstrual function and improvement life quality.

**Keywords:** adenomyosis, metroplasty, surgery, uterus conserving surgery

**For citation:** Gorpenko AA, Chuprinin VD, Asaturova AV, Smolnova TY, Buralkina NA. Experience of uterus-sparing surgical treatment in diffuse (stages III–IV) adenomyosis. Consilium Medicum. 2021; 23 (7): 552–557. DOI: 10.26442/20751753.2021.7.201076

## Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Горпенко Антон Александрович** – аспирант хирургического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: tohot@me.com

**Чупрынин Владимир Дмитриевич** – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: v\_chuprynin@oparina4.ru

**Асатунова Александра Вячеславовна** – д-р мед. наук, зав. 1-м патологоанатомическим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: a\_asaturova@oparina4.ru

**Смольнова Татьяна Юрьевна** – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. отделения общей хирургии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: smoltat@list.ru

**Буралкина Наталья Александровна** – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. хирургического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: natalyaburalkina@yandex.ru

✉ **Anton A. Gorpenko** – Graduate Student, Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: tohot@me.com

**Vladimir D. Chuprynin** – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: v\_chuprynin@oparina4.ru

**Aleksandra V. Asaturova** – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: a\_asaturova@oparina4.ru

**Tatyana Yu. Smolnova** – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: smoltat@list.ru

**Natalia A. Buralkina** – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: natalyaburalkina@yandex.ru

## Введение

Аденомиоз – доброкачественное гинекологическое заболевание [1]. Аденомиоз может быть диффузным, очаговым или узловым и кистозным. При этом характерным отличием от миомы матки является отсутствие капсулы и четких границ поражения (Л.В. Адамян, 2013).

Согласно классификации академика Российской академии наук Л.В. Адамян, диффузная форма аденомиоза (ДАМ) подразделяется на 4 стадии: I стадия – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки, II стадия – патологический процесс переходит на мышечные слои, III стадия – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова, IV стадия – вовлечение в патологический процесс помимо матки париетальной брюшины малого таза и соседних органов [2]. Клинически аденомиоз проявляется дисменореей, диспареунией, анемией, хронической тазовой болью и бесплодием.

В популяции частота аденомиоза варьирует от 10 до 61%. У 40% больных аденомиоз сочетается с другими формами эндометриоза [3]. По данным М. Bazot и соавт., опубликованным в журнале «Human Reproduction» в 2006 г., аденомиоз встречается в 34,6% случаев у больных глубоким инфильтративным эндометриозом, из них у 42,8% – колоректальным эндометриозом. Истинная частота аденомиоза, по данным литературы, неизвестна.

Оперативное вмешательство является единственным методом лечения ДАМ. Одним из распространенных способов консервативного удаления аденомиозного поражения является лапароскопическая аденомиозэктомия [4, 5]. Универсальным и действенным методом лечения ДАМ III–IV стадии является гистерэктомия [6], однако данный вид оперативного вмешательства не может быть выполнен у женщин, желающих реализовать репродуктивную функцию, или у пациенток, настойчиво желающих сохранить матку [7]. Становятся актуальными органосохраняющие операции, направленные не только на иссечение аденомиозного поражения, но и на восстановление функциональной способности матки, – так называемая метропластика (hysteroplasty). Н. Osada стал инициатором таких операций при аденомиозе (1998–2010 гг.). Хирургическое вмешательство представляет собой аденомиозэктомию с последующей метропластикой методом тройных лоскутов, выполняемую через лапаротомный доступ. По мнению Н. Osada (2018 г.), аденомиозэктомия сейчас на той стадии, когда оправданно предлагаются новые способы и методы проведения этой операции, однако возможности их выполнения ограничены и зависят от мастерства и опыта хирургов. Показания для аденомиозэктомии включают дисменорею, меноррагию, которые сложно купировать медикаментозно, бесплодие, невынашивание беременностей и желание сохранить матку и фертильность [8]. Также Н. Osada считает, что лапароскопически выполнять аденомиозэктомию можно при узловом аденомиозе, однако при диффузной форме отдается предпочтение лапаротомному доступу, чтобы максимально иссечь очаги поражения. При лапаротомии граница между пораженной и здоровой тканью определяется пальпаторно, при лапароскопии же судят по появлению диффузной кровоточивости из здорового миометрия. Кроме того, лапароскопическое выполнение манипуляций ограничивает степень свободы движений инструментов хирурга, что может повлиять на качество ушивания матки, длительность операции [9]. Однако лапароскопический доступ в хирургии и гинекологии является приоритетным при любых видах оперативных вмешательств [10]. При этом стоит принимать во внимание тот факт, что даже при самой тщательно выполненной операции при ДАМ не удастся добиться тотального иссечения измененной ткани [11]. Методики хирургического вмешательства тяжелых форм аденомиоза являются предметом дискуссий, что подталкивает нас совершенствовать хирур-

гические подходы для лечения таких пациенток. В статье мы представляем опыт лечения данной категории больных.

## Материалы и методы

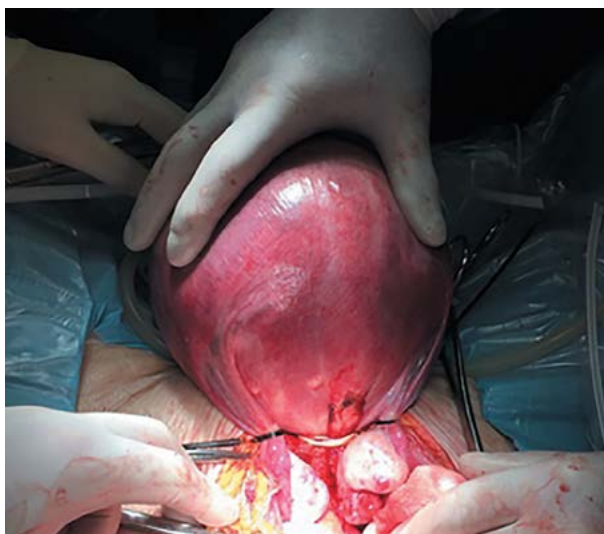
В отделении хирургии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» за период с января 2018 по июнь 2021 г. пролечены 30 пациенток с ДАМ III–IV стадии. После клинико-анамнестического и стандартного предоперационного лабораторного обследования, получения информированного согласия на медицинское вмешательство 15 больным проведена аденомиозэктомия с метрорпластикой лапаротомным доступом и 15 – лапароскопическим. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) матки в подавляющем большинстве случаев аденомиоз наиболее выражен по задней стенке матки (66,7%), реже – по передней или равномерно распределен по всем стенкам (37,3%).

В клиническом наблюдении представлена методика хирургического лечения тяжелой формы аденомиоза открытым доступом у пациентки **Р., 42 года**. Больная поступила в хирургическое отделение центра с жалобами: на боли внизу живота, боли во время полового акта (оценка по визуальной-аналоговой шкале – ВАШ 8 баллов), обильные, болезненные менструации (оценка по шкале учета менструальной кровопотери Pictorial Blood Loss Assessment Chart – PBAC 207 баллов), отсутствие наступления беременности. В анамнезе: страдает аденомиозом в течение 9 лет, в последние 2 года клинические проявления заболевания приняли более выраженный характер. В 2015 г. выполнена операция: лапароскопия, коагуляция очагов эндометриоза, резекция левого яичника (эндометриоидная киста левого яичника), гистероскопия, диагностическое выскабливание. В период с 2016 по 2018 г. пациентке проведено 7 программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в стимулированном цикле. Беременность не наступила.

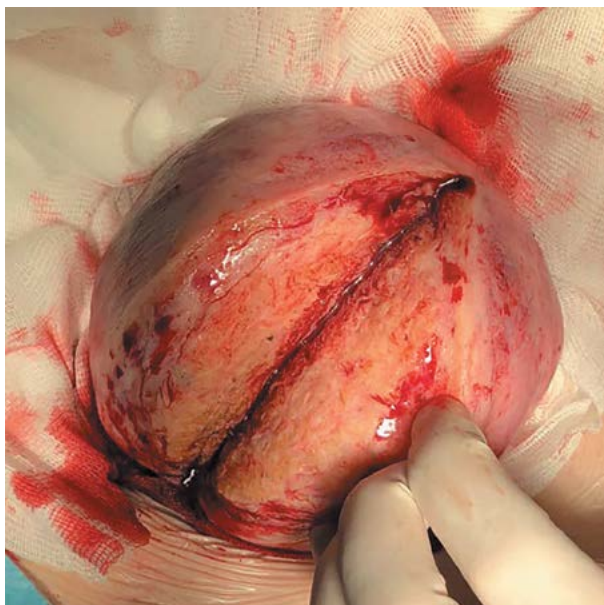
При гинекологическом осмотре тело матки увеличено в размерах до 10 нед беременности, округлой формы, болезненное при пальпации, подвижное, плотное. По данным УЗИ (ноябрь 2018 г.) тело матки размерами: длина 9,3 см, толщина 8,8 см, ширина 10,4 см. Объем матки составил 445,1 см<sup>3</sup>. Миометрий неоднородной эхоструктуры. Отмечается асимметрия стенок матки: толщина передней стенки 6,0 см, задней – 2,2 см. По передней стенке определяется эндометриоидный узел без четких контуров размерами 8,0×6,3×8,7 см (объем узла 256 см<sup>3</sup>).

Пациентке 08.11.2018 выполнены лапаротомия, аденомиозэктомия, метропластика. Ход операции: в асептических условиях поперечным разрезом над лоном длиной 14 см по Пфанненштилю послойно вскрыта брюшная полость. Матка выведена в рану. На шейку матки наложен турникет для дистального гемостаза (рис. 1). Передняя стенка матки рассечена по центру в продольном направлении, от дна до уровня внутреннего зева и на глубину до полости (рис. 2). С помощью монополярного диссектора и петли ткани измененного миометрия иссечены с оставлением 5 мм от слизистой полости и 8 мм у серозной оболочки матки (рис. 3, 4). Для контроля границ иссечения вскрыта полость матки. Полость матки ушита отдельными викриловыми швами нитью 4/0. После формирования 2 лоскутов миометрия передняя стенка восстановлена путем сшивания лоскутов в виде дубликатуры («скрутка»); рис. 5. Лоскут с помощью П-образных швов (Викрил 1/0), расположенных на расстоянии 1,5 см друг от друга, подтянут к основанию внутренней поверхности контралатерального лоскута и фиксирован (рис. 6, 7). Контралатеральный лоскут также фиксирован к серозной поверхности другого лоскута с формированием передней стенки матки (рис. 8). Тем самым линия первого ряда швов укрывалась целым лоскутом, что в последующем формировало более состоятельную в функциональном плане стенку матки. После удаления турникета с шейки матки наложены дополнительные

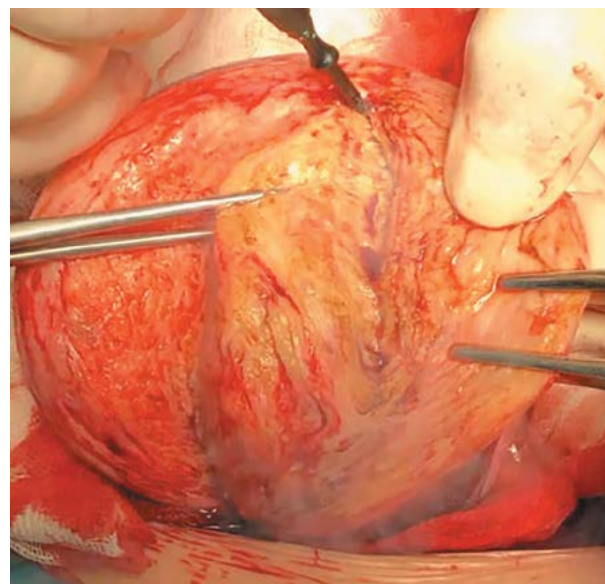
**Рис. 1. Этап операции: выполнена лапаротомия, матка выведена в рану, на шейку матки наложен дистальный гемостаз.**



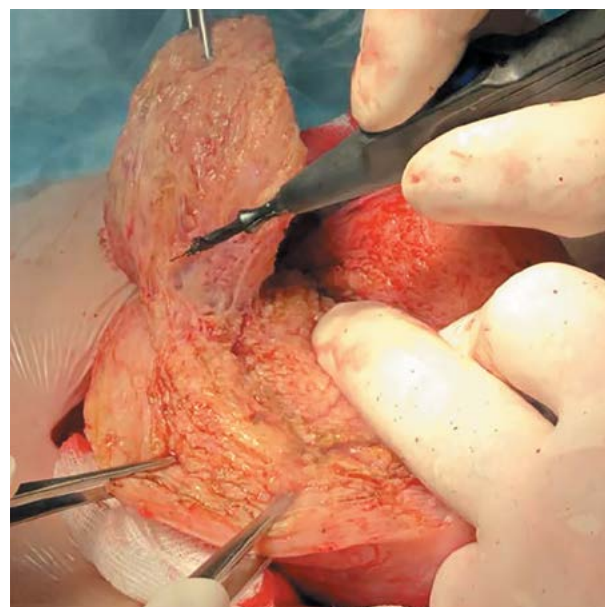
**Рис. 2. Этап операции: матка рассечена по выступающему контуру рассечена надвое с помощью скальпеля через всю толщу аденомиозного поражения.**



**Рис. 3. Этап операции: иссечение измененной ткани матки с помощью монополярного диссектора.**



**Рис. 4. Этап операции: иссечение измененной ткани матки с помощью монополярного диссектора.**



гемостатические швы (рис. 9). Рана передней брюшной стенки послойно ушита. В ходе операции иссечена большая часть измененного миометрия – 10×9 см, вес макропрепарата составил 460 г. Продолжительность операции составила 2 ч 20 мин, кровопотеря – 200 мл. По полученным данным гистологического исследования иссеченная ткань представляет собой гладкомышечную ткань с эндометриоидными гетеротопиями (рис. 10). Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции. В послеоперационном периоде пациенткой отмечалось отсутствие болей, улучшение общего самочувствия. При динамическом наблюдении отмечает отсутствие жалоб, готовится к проведению программы ЭКО. По данным УЗИ органов малого таза через 3 мес после операции размеры матки составили: длина 6,7 см, толщина 5,1 см, ширина 7,3 см. Толщина передней стенки 2,5 см, толщина задней стенки 2,4 см. Объем матки

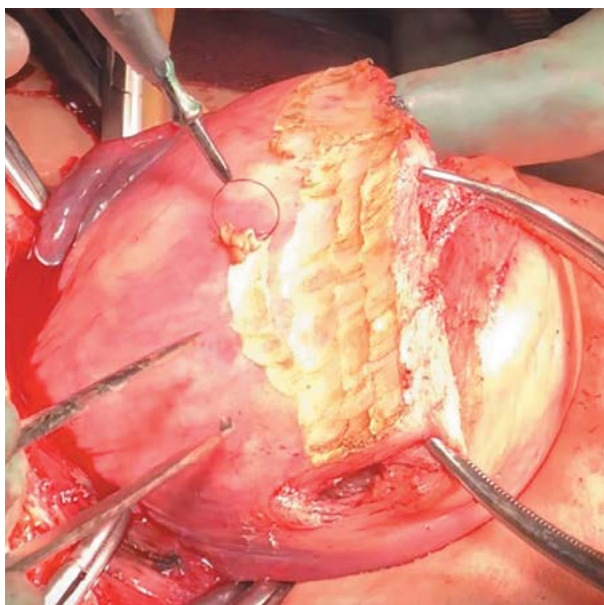
169 см<sup>3</sup>. Полость матки не расширена. М-эхо 0,2 см, обычной эхоструктуры.

По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) через 12 мес после операции: размеры матки 5,5×5,6×5,4 см, толщина передней стенки 2,1 см. По передней стенке определяются единичные эндометриоидные гетеротопии размерами 0,5×0,7 и 0,4×0,7 см. Толщина переходной соединительной зоны 5 мм, полость матки без деформации, кровотока в зоне послеоперационного рубца не снижен. Толщина рубца 10 мм, дефектов в зоне рубца не определяется.

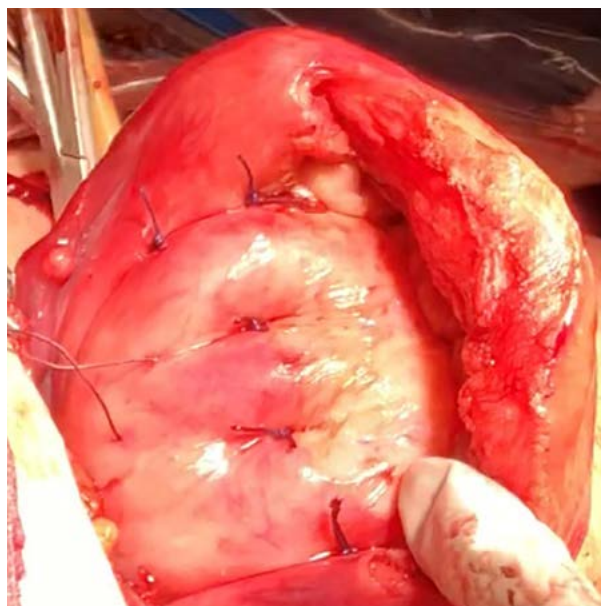
Пациентка обратилась 14.12.2020 за консультацией на амбулаторный прием. Отмечает отсутствие жалоб (оценка боли по ВАШ – 2 балла, оценка тяжести менструальной кровопотери по шкале РВАС – 77 баллов), наблюдается у гинеколога по месту жительства.

В другом клиническом случае операция выполнена лапароскопическим доступом. **Больная III. 35 лет** (г. Чебоксары) обратилась с жалобами на боли внизу живота спастического

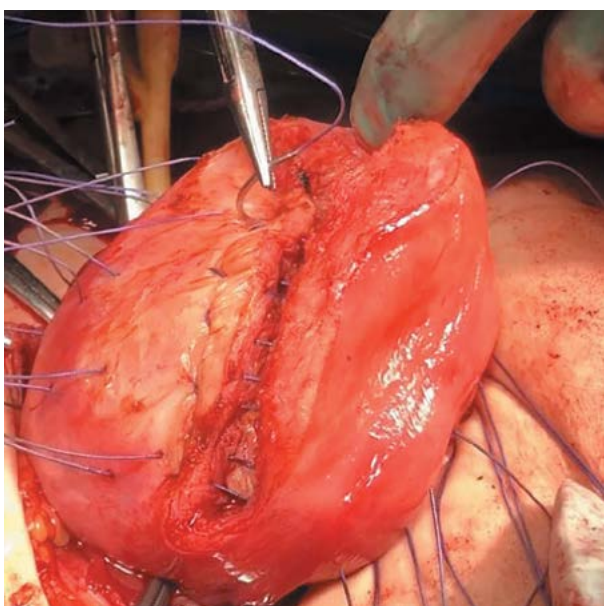
**Рис. 5. Этап операции: с помощью электропетли серозный покров одного лоскута иссекается соответственно площади внутренней поверхности коллатерального лоскута.**



**Рис. 7. Этап операции: десерозированный лоскут подтянут и фиксирован к основанию другого лоскута.**



**Рис. 6. Этап операции: наложение П-образных швов на лоскут с иссеченной серозной оболочкой и подтягивание его к основанию контралатерального лоскута.**



**Рис. 8. Этап операции: путем фиксирования контралатерального лоскута к серозной поверхности другого лоскута формируется передняя стенка матки.**



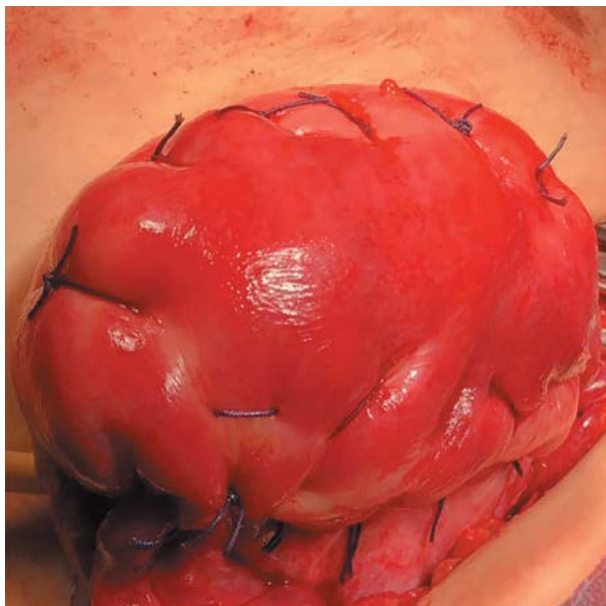
характера, усиливающиеся во время менструаций, отсутствие наступления беременности в течение 10 лет регулярной половой жизни (бесплодие 1-й степени). Оценка болей по ВАШ – 8 баллов. Оценка тяжести менструальных кровотечений по шкале РВАС – 156 баллов. При гинекологическом осмотре матка увеличена до 12 нед, округлой формы, болезненная при пальпации, малоподвижна, плотная. По данным УЗИ органов малого таза (июль 2019 г.) тело матки размерами: длина 9,8 см, толщина 8,6 см, ширина 6,9 см. По передней стенке матки справа определяется образование неправильной вытянутой формы размерами 55×45×66 мм с неоднородным содержимым (мелкодисперсная взвесь). Полость матки не расширена. М-эхо 0,9 см обычной эхоструктуры.

По данным МРТ определяется матка размерами 10,1×9,3×6,7 см, толщина передней стенки 6,7 см, по передней стенке визуализируется эндометриоидное образова-

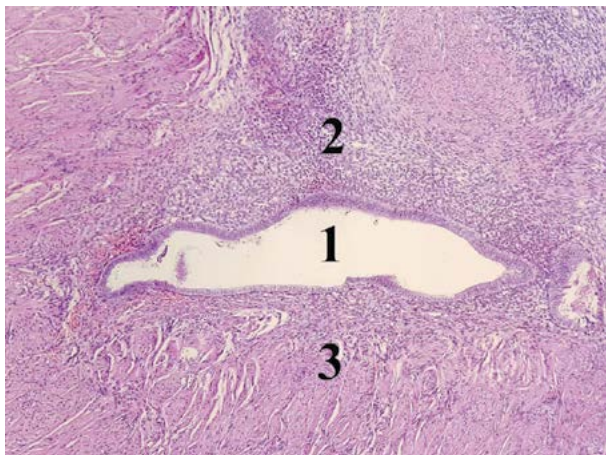
ние размерами 62×55×35 мм – узел аденомиоза. Толщина переходо-соединительной зоны 12 мм, полость матки деформирована.

Выполнены 12.08.2019 лапароскопия, аденомиоэктомиа с последующей метропластикой по методике 2 лоскутов «внахлест». Ход операции: после выполнения стандартного лапароскопического доступа (установлен центральный троакар 10 мм с лапароскопом, 2 рабочих троакара в подвздошных областях: 5 мм слева и 12 мм справа) с помощью монополярного крючка в режиме коагуляции по выступающему контуру аденомиозного узла выполнен продольный полулунный разрез серозной оболочки матки, аденоматозно измененного миометрия длиной около 5 см в направлении от дна к шейке матки с рассечением полости матки. Полость матки вскрывалась для контроля границ иссечения измененной части миометрия относительно слизистой оболочки

**Рис. 9. Окончательный вид матки после операции: выполнена аденомиоэктомия, метропластика с формированием передней стенки матки. Дополнительно наложены гемостатические швы.**

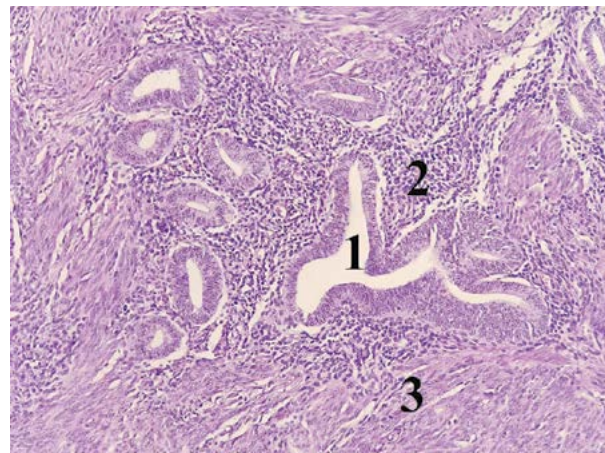


**Рис. 10. Микропрепарат. Фрагмент миометрия с эндометри-оидными гетеротопиями: 1 – просвет эндометриальной железы; 2 – цитогенная строма; 3 – миометрий. Окраска гематоксилином и эозином. Объектив  $\times 20$ . Окуляр  $\times 10$ .**

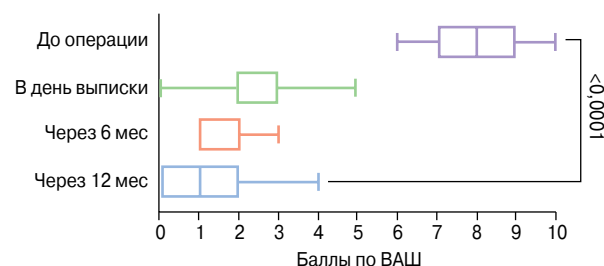


матки. Далее выполнены дополнительные разрезы серозной оболочки матки и миометрия длиной около 3 см от верхней и нижней точки продольного разреза в поперечном направлении в сторону наибольшего поражения миометрия. Сформированы боковые лоскуты слева и справа с наиболее полным иссечением измененных тканей. Аденомиозно измененная ткань максимально иссечена с помощью I-образного монополярного диссектора до появления диффузной кровоточивости миометрия с оставлением миометрия толщиной 5 мм от полости матки и 8 мм от серозного покрова матки. Таким образом, сформировались лоскуты справа и слева. Серозная оболочка на одном из лоскутов с помощью монополярного коагулятора иссечена соответственно площади внутренней поверхности контралатерального лоскута. Полость матки ушита отдельными викриловыми швами 3/0. Лоскут с иссеченной серозной оболочкой с помощью П-образных швов Викрил 1/0, расположенных на расстоянии 1,5 см друг от друга, подтянут к основанию внутренней поверхности контралатерального лоскута. Контралатеральный лоскут внахлест фиксирован к серозной поверхности дру-

**Рис. 11. Микропрепарат. Фрагмент миометрия с эндометри-оидными гетеротопиями: 1 – просвет эндометриальной железы; 2 – цитогенная строма; 3 – миометрий. Окраска гематоксилином и эозином. Объектив  $\times 10$ . Окуляр  $\times 10$ .**



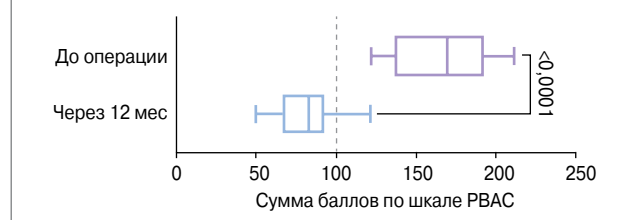
**Рис. 12. Результаты проведенного лечения по ВАШ.**



го лоскута отдельными викриловыми швами на расстоянии 1,5–2 см друг от друга, и таким образом сформирована стенка матки с созданием дубликатуры, линию шва перитонизировали. В ходе операции иссечена аденомиозная ткань матки размерами 9×9 см, вес макропрепарата равен 210 г. Продолжительность операции составила 1 ч 45 мин, кровопотеря – 150 мл. По полученным данным гистологического исследования иссеченная ткань представляет собой гладкомышечную ткань с эндометриоидными гетеротопиями (рис. 11). Послеоперационный период протекал без особенностей. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после операции. В послеоперационном периоде пациенткой отмечались отсутствие болей, улучшение общего самочувствия. По данным УЗИ органов малого таза через 4 мес после операции тело матки размерами: длина 5,1 см, толщина 4,0 см, ширина 4,6 см. Миометрий по задней стенке ячеистой структуры. Область послеоперационных рубцов без эхографических особенностей. Полость матки не расширена. Эндометрий 0,5 см, без видимой патологии. По данным МРТ через 8 мес после операции: в брюшной полости спаечный процесс 1–2-й степени, в полости малого таза определяется матка размерами 5,2×4,3×5,3 см, толщина передней стенки 1,8 см. Толщина переходной-соединительной зоны 6 мм, полость матки без деформации, кровотоков в зоне послеоперационного рубца не снижен. Толщина рубца 9 мм, дефектов в зоне рубца не определяется.

Пациентка обратилась 02.04.2020 за консультацией на амбулаторный прием. Отмечает отсутствие жалоб (оценка боли по ВАШ – 1–2 балла, оценка тяжести менструальной кровопотери по шкале РВАС – 84 балла), планирует беременность.

В мае 2020 г. пациентка сообщила о наступлении беременности, которая велась по месту жительства и протекала без особенностей. Родоразрешение производилось на базе БУ Чувашской Республики «Президентский перина-

**Рис. 13. Результаты проведенного лечения по шкале РВАС.**

тальный центр». На сроке 38 нед (29.12.2020) путем операции кесарева сечения родилась живая доношенная девочка массой 2830 г, длиной 50 см, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Интраоперационно признаков несостоятельности рубца на матке и других особенностей не выявлено. Ранний послеродовый период протекал без осложнений. Выписана домой с ребенком в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после родоразрешения.

В июне 2021 г. заочно (по телефону) пациентка сообщила о полном отсутствии болевого синдрома (0 баллов по ВАШ), оценка по шкале РВАС не производилась (лактационная аменорея). Состояние ребенка благополучное: девочке 6 мес, растет и развивается в соответствии с возрастом.

## Результаты

Основное преимущество выполнения аденомиозэктомии с последующей метропластикой заключается в том, что формирование дубликатуры из лоскутов оставшегося миометрия создает условия для более качественного формирования рубца и способствует профилактике его несостоятельности. Кроме того, возможно выполнение операции лапароскопическим доступом, что соответствует концепциям современной оперативной гинекологии. Формирование стенки матки путем сшивания лоскутов миометрия в виде дубликатуры позволяет добиться оптимального восстановления не только анатомии органа, но и его функции. Результаты проведенного лечения оценивались по продолжительности операции, величине кровопотери, продолжительности пребывания в стационаре, выраженности регресса болевого синдрома, снижению выраженности менструальной кровопотери, уменьшению размеров матки. Длительность лапароскопической аденомиозэктомии, метропластики составила в среднем  $107 \pm 22$  мин и средняя кровопотеря  $200 \pm 50$  мл, при лапаротомном доступе –  $125 \pm 16$  мин и кровопотеря  $150 \pm 50$  мл. Койко-дни составили в среднем  $5 \pm 2$  дня. Все пациентки отметили отсутствие или значительное уменьшение болевого синдрома при выписке, а также через 6 и 12 мес после операции ( $p < 0,0001$ ) по ВАШ; рис. 12.

При оценке менструальной кровопотери до операции средняя сумма по шкале РВАС составляла  $166,4 \pm 28,7$  балла. Через 12 мес после операции отмечается значимое уменьшение величины менструальной кровопотери до нормальных показателей (в среднем  $81,4 \pm 20,2$  балла;  $p < 0,0001$ ); рис. 13.

У 1 пациентки после операции наступила самостоятельная беременность, закончившаяся родоразрешением пу-

тем операции кесарева сечения на доношенном сроке. В настоящее время 3 пациентки вступили в программу ЭКО.

## Заключение

Оперативное лечение аденомиоза – задача, которая до сих пор остается предметом дискуссий. Ни одна из хирургических техник, используемых при аденомиозе, не может гарантировать абсолютно полного иссечения пораженной ткани. Выполнение аденомиозэктомии, метропластики может быть предложено женщинам с ДАМ, которые ориентированы на сохранение матки и/или реализацию репродуктивной функции. После выполнения аденомиозэктомии, метропластики пациентки отмечают отсутствие болей, уменьшение объема и продолжительности менструальных кровотечений по данным УЗИ отмечается уменьшение размеров матки. Пациентки имеют потенциал к реализации репродуктивной функции. В настоящее время метропластика не рассматривается в качестве основного метода хирургического лечения аденомиоза ввиду сложности выполнения таких операций, необходимости технического оснащения операционных, высокой квалификации хирургов. Решение о выполнении хирургической метропластики необходимо принимать совместно с пациенткой после взвешенной оценки рисков и возможностей данной операции.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

## Литература/References

- Bergeron C, Amant F, Ferenczy A. Pathology and physiopathology of adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20:511-21.
- Адамян Л.В., Андреева Е.Н. Генитальный эндометриоз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение: методическое пособие для врачей. М., 2001 [Adamyan LV, Andreeva EN. Genital endometriosis: etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment: a methodological guide for doctors. Moscow, 2001 (in Russian)].
- Larsen SB, Lundorf E, Forman A, Dueholm M. Adenomyosis and junctional zone changes in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;157:206-11.
- Kwak JY, Kwon YS. Laparoscopic surgery for focal adenomyosis. *JSL.* 2017;21(2): e2017.00014. DOI:10.4293/JSL.2017.00014
- Jun-Min X, Kun-Peng Z, Yin-Kai Z, et al. A new surgical method of U-shaped myometrial excision and modified suture approach with uterus preservation for diffuse adenomyosis. *Biomed Res Int.* 2018;1657237. DOI:10.1155/2018/1657237
- Li X, Liu X, Guo SW. Clinical profiles of 710 premenopausal women with adenomyosis who underwent hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(2):485-94. DOI:10.1111/jog.12211
- Abbott JA. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding (AUB-A) – pathogenesis, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017;40:68-81.
- Osada H. Uterine adenomyosis and adenomyoma: the surgical approach. *Fertil Steril.* 2018;109(3):406-17.
- Hampton T. Critics of fibroid removal procedure question risks it may pose for women with undetected uterine cancer. *JAMA.* 2014;311:891-3.
- Шкляр А.А. Диагностика, хирургическое лечение и реабилитация женщин репродуктивного возраста с узловой формой аденомиоза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2015 [Shklyar AA. Diagnostika, khirurgicheskoe lechenie i reabilitatsiya zhenshchin reproduktivnogo vozrasta s uzlovoi formoi adenomioza. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2015 (in Russian)].
- Hong HC, Chen CH, Chen CY, et al. Uterine-sparing surgery for adenomyosis and/or adenomyoma. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014;53(1):3-7. DOI:10.1016/j.tjog.2014.01.001

**Статья поступила в редакцию / The article received:** 22.08.2021

**Статья принята к печати / The article approved for publication:** 15.09.2021



OMNIDOCTOR.RU