

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Академик РАМН Г.М. САВЕЛЬЕВА, профессор В.Г. БРЕУСЕНКО, к. мед. н. Ю.А. ГОЛОВА,  
профессор Л.М. КАППУШЕВА, Е.А. ШИЛИНА,  
к. мед. н. О.И. МИШИЕВА, к. мед. н. С.В. ШТЫРОВ

*Российский государственный медицинский университет, Москва,  
Российская Федерация*

**Рассмотрены все виды внутриматочной патологии у женщин в постменопаузе и современные методы их диагностики. Обоснован выбор оптимального метода лечения с учетом сопутствующих заболеваний больной. Показано, что своевременная диагностика внутриматочной патологии и правильный выбор метода лечения позволяют повысить его эффективность, снизить заболеваемость раком эндометрия и частоту послеоперационных осложнений.**

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии в постменопаузе [1, 2]. Доказано, что ГПЭ служат фоном для возникновения рака эндометрия [1–4], пик заболеваемости которым приходится на период постменопаузы. Своевременная диагностика и лечение ГПЭ в постменопаузе являются профилактикой рака эндометрия. Большое число работ посвящено оценке информативности различных методов диагностики гиперпластических процессов эндометрия. Особое значение для ранней диагностики имеет такой неинвазивный метод, как эхография, все большее распространение приобретают доплеровское исследование кровотока и гидросонография [5–7]. Многочисленные работы посвящены значимости гистероскопии в диагностике ГПЭ [5, 8].

Значительные трудности возникают при выборе метода лечения гиперпластических процессов эндометрия у пациенток пожилого возраста в связи с наличием у них выраженной экстрагенитальной патологии, часто сочетанной. При первом выявлении ГПЭ, как правило, рекомендуют гормональную терапию гестагенами. Показано, что гормональная терапия эффективна при наличии в патологической ткани эндометрия рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), причем эффект зависит от их концентрации [1, 9]. Частота рецидивов ГПЭ зависит от вида патологии эндометрия и колеблется от 6% при фиброзных полипах до 50% при железистой гиперплазии. Большинство клиницистов считают рецидив гиперплазии в постменопаузе показанием для гистерэктомии. Однако гистерэктомия сопряжена с немалым количеством осложнений и представляет риск для жизни пациенток в период постменопаузы [10]. До настоящего времени ведется поиск щадящих методов лечения ГПЭ [5, 8, 11–13]. Разработаны такие методики, как электрохирургическая, лазерная, термическая абляция эндометрия, но опыт их применения касается небольшого количества больных в постменопаузе, чаще всего с полипами эндометрия, а выводы являются предварительными.

В гинекологических клиниках кафедры акушерства и гинекологии за период с 1977 по 2004 г. было обследовано более 6000 пациенток в период постме-

нопаузы. Обнаружено, что в постменопаузе могут выявляться все виды внутриматочной патологии (ВМП): полипы эндометрия (55,1%); железистая гиперплазия эндометрия (4,7%); атипичная гиперплазия эндометрия (4,1%); аденокарцинома эндометрия (15,6%); атрофия эндометрия при кровяных выделениях (11,8%); субмукозная миома матки (6,5%); серозометра и синехии в матке (1,7%); эндометриальная саркома (0,04%).

В данной работе представлены результаты оценки современных методов диагностики и лечения полипов и гиперплазии эндометрия, составлявших 63,9% в структуре внутриматочной патологии в постменопаузе. Больные данной группы — 3550 человек — были в возрасте от 49 до 83 лет, большинство старше 55 лет. Длительность периода постменопаузы составляла от 1 года до 27 лет, у большинства — более 5 лет. Свыше 70% обследованных имели экстрагенитальную патологию, часто выраженную и сочетанную.

Для диагностики ВМП и контроля за эффективностью лечения на первом этапе использовали УЗИ, при необходимости с доплерографией, гидросонографией. Нормальными параметрами м-Эхо считали однородную структуру, симметричность и толщину, соответствующую длительности постменопаузы: до 1 года толщина м-Эхо в норме не превышает 5 мм; от 2 до 10 лет — 4 мм; более 10 лет — 3 мм. С диагностической и лечебной целью всем больным проводили гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскобов. В ткани эндометрия определяли наличие РЭ и РП, проводили морфоденситометрическое исследование хроматина интерфазных ядер для определения пролиферативной активности эндометрия и индивидуального выбора метода лечения.

Для лечения ГПЭ применяли полипэктомию, электрохирургическую резекцию и абляцию эндометрия, лазерную и термическую баллонную абляцию эндометрия, лапароскопическую двустороннюю аднексэктомию, гистерэктомию.

Гистероскопию, электрохирургическую монополярную резекцию и абляцию эндометрия выполняли, используя оборудование фирмы «KARL STORZ» (Германия). Для резекции эндометрия применяли

петлевой электрод 4 мм в режиме «резать» с мощностью тока 100–110 Вт, для абляции — шаровые электроды 2 и 4 мм при мощности тока 50–60 Вт. Биполярную резекцию и абляцию эндометрия осуществляли при помощи импедансконтролируемой системы Versapoint Johnson & Johnson Company (США).

Лазерную абляцию эндометрия (ELITT-Endometrial Laser Intrauterine Thermal Therapy) проводили при помощи диодного лазера с мультисканальным волоконно-оптическим световодом (расправляющийся внутриматочный наконечник, повторяющий форму полости матки) фирмы «KARL STORZ». Режим воздействия лазерной энергии имел компьютерное управление и заданные параметры (длина волны 830 нм, мощность — 21 Вт, глубина проникновения в ткани — 3–5 мм, длительность воздействия — 7 мин).

Процедуру внутриматочной баллонной термической абляции эндометрия осуществляли при помощи системы Gynecare Thermachoice II, Johnson & Johnson Company (США). Латексный баллонный катетер вводили в полость матки через цервикальный канал и заполняли 5% раствором глюкозы, добиваясь полного прилегания баллона к стенкам матки, оптимальные параметры воздействия обеспечивались контроллером с программным управлением (температура — 87°C, внутриматочное давление — 150–180 мм рт. ст., глубина термического воздействия — 4–5 мм, длительность — 8 мин).

Оперативная лапароскопия осуществлялась по общепринятой методике при помощи оборудования фирмы «KARL STORZ» с использованием монополярной и биполярной коагуляции.

Как показывает практика, патогномичным симптомом ГПЭ в постменопаузе являются кровяные выделения из половых путей. По нашим данным, они имеют место только у 64% больных с доброкачественными пролиферативными процессами в постменопаузе, у остальных 36% патология протекает бессимптомно. Это способствует позднему выявлению патологии эндометрия и делает обязательным ультразвуковой скрининг у женщин в постменопаузе, не предъявляющих соответствующих жалоб.

Мы использовали трансвагинальную эхографию в качестве скрининга у 750 женщин периода постменопаузы, не имевших клинических проявлений ГПЭ. У 24,7% из них была обнаружена ВМП, протекавшая бессимптомно: полипы эндометрия (7,4%); железистая и атипичная гиперплазия эндометрия (2,3% и 0,85% соответственно); аденокарцинома эндометрия (0,56%); субмукозная миома матки (0,85%); серозометра, обусловленная окклюзией цервикального канала (9,9%); внутриматочные синехии (2,8%).

Обследование больных с кровяными выделениями также начинали с УЗИ, что позволило оценить патологический процесс в матке, состояние миометрия и яичников.

Было выявлено, что точность трансвагинальной ультразвуковой диагностики зависит от вида ВМП и составляет при полипах эндометрия в постменопаузе 98%, при гиперплазии эндометрия — 86%, раке эндометрия — 96%, при субмукозной миоме матки — 100%. Информативность трансвагинальной эхо-

графии повышает гидросонография, основанная на контрастировании полости матки физиологическим раствором при УЗИ. По нашему мнению, гидросонографию целесообразно использовать при сложностях в диагностике внутриматочной патологии в постменопаузе; используя этот метод, мы дифференцировали внутриматочные синехии и полипы, оценивали состояние эндометрия при субмукозной миоме в постменопаузе. В последнем случае при трансвагинальной эхографии дифференцировать м-Эхо от капсулы подслизистого узла не представляется возможным. Чувствительность гидросонографии составляет 98%. Допплеровское исследование с изучением кровотока в структуре эндометрия следует оценивать как дополнительный метод диагностики.

При интерпретации полученных данных мы исходили из того, что для атрофического эндометрия не характерна регистрация эхосигналов кровотока в структуре м-Эхо.

Полипы эндометрия эхографически характеризуются наличием овоидных включений повышенной эхогенности в полости матки либо локальным утолщением м-Эхо. Затруднения интерпретации эхографической картины возникают при железистых полипах эндометрия, которые за счет конфигурации по форме полости матки имеют листовидную, уплощенную форму, они могут не приводить к утолщению м-Эхо и по звукопроводности близки к окружающему эндометрию. Наличие цветковых эхосигналов в структуре включения при доплеровском исследовании позволяет дифференцировать полипы и внутриматочные синехии, однако частота регистрации кровотока в полипах при цветном доплеровском картировании составляет лишь 30,7%. Гидросонография позволяет диагностировать полип и точно локализовать его ножку в 100% наблюдений.

При гиперплазии эндометрия увеличен переднезадний размер м-Эхо на всем протяжении, реже локально, эхоструктура может быть гомогенной с повышенной или пониженной звукопроводимостью либо неоднородной с наличием мелких жидкостных включений. При атипичной и железистой гиперплазии эхографические данные сходны, цветковые эхосигналы кровотока в структуре м-Эхо регистрируются в 27,3% случаев.

Синехии в полости матки являются вариантом нормальной эхографической картины в постменопаузе, визуализируются как линейные эхоплотные структуры и имитируют полипы. Наиболее точным методом диагностики синехий в полости матки является гидросонография.

Серозометра в постменопаузе характеризуется анэхогенным содержимым в полости матки, на фоне которого хорошо визуализируется эндометрий. По нашим данным, причинами скопления жидкостного содержимого в полости матки являются атрезия (42%) или возрастное сужение цервикального канала (47,2%), фиброзные полипы слизистой цервикального канала (8,3%), хронический цервицит в сочетании с гидросальпинксами (2,8%). Эхопризнаки патологии эндометрия на фоне серозометры служат показанием для гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания.

Эхографическая картина рака эндометрия вариабельна и зависит от стадии процесса, в ранних стадиях она сходна с таковой при полипах (малигнизация в полипе) и гиперплазии эндометрия (очаги малигнизации при гиперплазии). При распространенном процессе характерны утолщение м-Эхо, его ячеистая, неоднородная структура с чередованием участков пониженной и повышенной эхогенности. Инвазия рака в миометрий приводит к неровности контуров полости матки, отсутствию четкой границы миометрия и эндометрия, истончению миометрия. Характерной является регистрация цветовых эхосигналов кровотока в структуре измененного м-Эхо. Применение гирсонографии не оправдано.

Наш большой опыт привел к выводу, что гистероскопия, являясь методом выбора в диагностике внутриматочной патологии у пациенток в постменопаузе, позволяет осуществить как диагностические, так и лечебные мероприятия. При гистероскопии в 100% диагностируются внутриматочные изменения, определяются их характер и локализация, распространенность процесса по протяжению, она обеспечивает контроль за качеством диагностического выскабливания. Внутриматочные манипуляции необходимо осуществлять под визуальным контролем, без которого в 70–90% (в зависимости от вида патологии) не происходит полного удаления патологического очага в матке. Окончательно верифицировать вид патологии эндометрия позволяет гистологическое исследование.

Пиометра, которая может возникать как при раке эндометрия, так и при ГПЭ, не является противопоказанием для гистероскопии. Необходимо обеспечить адекватный отток вводимой в матку жидкостной среды, предотвратить попадание раствора через маточные трубы в брюшную полость, что достигается при достаточном расширении цервикального канала и подаче жидкости в полость матки при небольшом давлении. В жидкостную среду целесообразно добавить антибактериальный препарат, а пациентке назначить антибактериальную терапию. Ни у одной из наших больных при соблюдении этих методических рекомендаций не было осложнений, связанных с распространением воспалительного процесса по внутренним гениталиям.

Наши наблюдения показали, что оценить пролиферативную активность эндометрия, вероятность малигнизации и прогнозировать эффект гормонотерапии позволяют исследование рецепторов РЭ и РП в ткани эндометрия, морфоденситометрия с оценкой хроматина интерфазных ядер. Частота выявления и концентрация РЭ и РП уменьшаются по мере прогрессирования пролиферативных процессов эндометрия. При полипах эндометрия РЭ и РП выявляются в 96%, при железистой гиперплазии — в 50%, при атипичной гиперплазии — в 30%, при раке — менее чем в 30% случаев. Наиболее высокая концентрация РЭ и РП при полипах эндометрия, особенно железистых (600–800 фмоль/мг). При железистой и атипичной гиперплазии эндометрия концентрация РП и РЭ в 4–5 раз ниже по сравнению с их уровнем при полипах (30–150 фмоль/мг), самые низкие показатели имеют место при раке эндометрия (13–100 фмоль/мг).

При каждой нозологической форме патологии эндометрия пролиферативная активность клеток (по данным морфоденситометрии) может быть низкой, умеренной и высокой. Высокая степень пролиферативной активности эндометрия была выявлена у 100% больных раком эндометрия, у 30% пациенток с железистой гиперплазией, у 12,5% — с полипами эндометрия, у 16% — с атрофией эндометрия, сопровождающейся кровяными выделениями.

Проведенные у наших пациенток проспективные исследования, изучение рецепторного статуса и особенностей хроматина интерфазных ядер позволили определить группы риска возникновения злокачественного процесса гениталий. К группе высокого риска возникновения морфологического предрака и рака эндометрия мы относим рецидивирующие железистые полипы и железистую гиперплазию эндометрия в постменопаузе. Пациентки с кровяными выделениями на фоне атрофии эндометрия составляют группу риска развития патологии органов гениталий и рака матки. При проспективном наблюдении в течение 5 лет за больными с такой патологией у 3% из них возник рак эндометрия, у 2% — атипичная гиперплазия, у 19% — полипы эндометрия, у 2% — рак трубы, у 9,3% — опухоли яичников.

При выборе метода лечения больных мы учитывали характер патологии эндометрия, состояние яичников, выраженность сопутствующей патологии и состояние больной.

Гормональную терапию проводили при железистых полипах эндометрия и железистой гиперплазии. Обязательными условиями при этом были предварительное полное удаление патологического очага в матке под контролем гистероскопии и отсутствие эхографических признаков патологии яичников. Для лечения, как видно из данных приводимой таблицы, применяли синтетические прогестины в течение 6 мес.

#### *Гормонотерапия при ГПЭ в постменопаузе*

Препарат	Разовая доза, мг	Режим приема
17-ОПК	250–500 в/м	2 раза в неделю
МПА (провера)	20	Ежедневно
МПА (депо-провера)	500 в/м	1 раз в неделю
Норэтистерон (норколут, примолут-нор)	10	Ежедневно

Эффективность лечения оценивали с помощью УЗИ и гистероскопии, которые проводили через 6 мес.

Эффективность терапии полипов эндометрия (длительность наблюдения 3–5 лет) составила 96%, железистой гиперплазии эндометрия — 57%, что коррелирует с частотой обнаружения РЭ и РП. Поэтому при полипах эндометрия возможно использование гестагенов без предварительного определения рецепторов стероидных гормонов, при железистой гиперплазии эндометрия целесообразно исследовать РЭ и РП перед выбором метода лечения либо остановиться на оперативном методе.

Частота побочных эффектов лечения (обострение холецистита, панкреатита, тромбофлебит вен нижних конечностей, аллергические реакции и др.) составила 17%. Среди пациенток, нуждавшихся в гормонотерапии, 25% имели противопоказания к ней из-за сопутствующей патологии, около 30% были предубеждены против гормонального лечения, что немаловажно при выборе тактики ведения больных. При атипической гиперплазии эндометрия, учитывая низкую частоту обнаружения РЭ и РП в невысоких концентрациях, малую эффективность гормонотерапии (30%) и высокий риск малигнизации, предпочтительной следует считать гистерэктомию.

Малоинвазивные оперативные методики, выполняемые трансцервикальным путем, на наш взгляд, имеют ряд преимуществ перед другими методами лечения. Они не сопряжены с побочными эффектами, присущими гормонотерапии, могут использоваться как альтернатива гистерэктомии. Опыт длительного диспансерного наблюдения за больными с ГПЭ показал, что при фиброзных и железисто-фиброзных полипах эндометрия, возникших на фоне атрофичного эндометрия, возможно ограничиться полипэктомией с последующим динамическим наблюдением. Обязательным является полное удаление ножки полипа механическим (с использованием операционного канала гистероскопа либо прицельно абортангом) или электрохирургическим методом (резекция фиброзного полипа на широкой ножке, коагуляция основания полипа). Эффективность трансцервикальной полипэктомии, электрохирургического лечения полипов эндометрия составила 98%.

Лазерная (80 процедур) и баллонная (40 процедур) термическая абляция эндометрия выполнялась при рецидивирующих гиперпластических процессах эндометрия, невозможности проведения гормонотерапии, высоком риске гистерэктомии для жизни (абсолютные и относительные противопоказания к операции). Обе методики термоабляции отличала хорошая переносимость пациентками. В течение 2–5 нед после термоабляции наблюдались сукровичные выделения из половых путей, однако это не нарушало хорошего самочувствия больных и быстрой их реабилитации.

Оценка отдаленных результатов через 1–3 года после термоабляции показала, что у всех пациенток отсутствовали клинические проявления патологии эндометрия, по данным эхографии и гидросонографии наблюдалась полная облитерация полости матки синехиями либо имело место тонкое м-Эхо с множественными синехиями в виде гиперэхогенных линейных включений. По данным аспирационной биопсии эндометрия (96) или гистероскопии с отдельным диагностическим выскабливанием (24), ГПЭ морфологически отсутствовали.

Лазерную и баллонную термоабляции, которые относятся к негистероскопическим методикам, отличают безопасность, минимальные инвазивность, травматичность и продолжительность манипуляции, равномерное термическое воздействие на эндометрий со снижением риска перфорации матки, отсутствие водно-электролитных нарушений и увеличения объема циркулирующей крови, ранняя реабилитация больных.

Гистерэктомию с придатками матки, выполненную лапаротомическим (180) или лапароскопическим доступом (235), проводилась пациенткам с атипической гиперплазией эндометрия, железистой гиперплазией эндометрия в сочетании с эхопризнаками патологии яичников, рецидивирующей гиперплазией эндометрия, рецидивирующими полипами (при отсутствии возможности проведения абляции эндометрия). В нашей клинике в качестве предпочтительного доступа при гистерэктомии используется лапароскопический доступ, который позволяет осуществлять операции более бережно, без выраженной травмы передней брюшной стенки, с минимальной кровопотерей и не приводит к ухудшению течения соматической патологии. Лапароскопический доступ характеризуется меньшей частотой легких и отсутствием тяжелых осложнений, меньшим количеством послеоперационных койко-дней (5–7 дней против 10–12 при чревосечении) и короткими сроками реабилитации больных. Ожирение, спаечный процесс в малом тазу и брюшной полости не всегда являются противопоказанием для оперативной лапароскопии.

У больных (380) с рецидивирующими железистыми полипами и железистой гиперплазией эндометрия, железистой гиперплазией в сочетании с ультразвуковыми признаками патологии яичников при отсутствии других показаний для удаления матки, при невозможности произвести гистерэктомию из-за вовлечения матки в массивный спаечный процесс, у больных с тяжелой экстрагенитальной патологией при необходимости минимизировать время операции мы выполняли двустороннюю лапароскопическую аднексэктомию. Предпосылкой для данного объема оперативного вмешательства служила высокая частота морфологической патологии яичников: при ГПЭ эпителиальные, стромально-клеточные опухоли яичников были выявлены у 42%, стромальная гиперплазия — у 39%, ретенционные структуры — у 18% больных. По данным гистохимических исследований с определением фермента стероидогенеза 3-стероиддегидрогеназы в патологически измененных яичниках, у больных с ГПЭ после менопаузы осуществляется биосинтез гормонов. После операции в сроки от 3 до 5 лет у 0,5% больных возник рак эндометрия, у 2% рецидивировали полипы эндометрия. Больные с возникшим раком эндометрия в течение 4 лет после операции не посещали гинеколога, им не проводилось УЗИ. Это послужило основанием для пересмотра нашей тактики: мы считаем целесообразным при ГПЭ в постменопаузе проводить оперативное вмешательство в объеме гистерэктомии с придатками.

Таким образом, оценив значимость используемых методов для диагностики ГПЭ у пациенток в период постменопаузы, мы пришли к выводу, что УЗИ органов малого таза следует применять как скрининг-метод выявления патологии органов гениталий. Для уточнения характера внутриматочной патологии в алгоритм обследования должны быть включены гистероцервикоскопия, раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскобов, при необходимости — эхография с доплеровским исследованием, гидросонография. Морфоденси-

тометрию и определение РЭ и РП в ткани эндометрия целесообразно проводить для индивидуализации подходов в лечении.

Диспансерное наблюдение за женщинами, не предъявляющими жалоб на какие-либо нарушения со стороны органов гениталий, должно включать в качестве скринингового УЗИ не реже 1–2 раз в год. При затруднении в интерпретации ультразвуковых данных у женщин, не предъявляющих характерных жалоб, целесообразно проводить гидросонографию, доплеровское исследование кровотока в матке. Пациенткам с патологическими выделениями (кровяными, гнойными) из половых путей показаны гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание; эхография у данного контингента женщин обязательна, ее целесообразно проводить на первом этапе до гистероскопии. Гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием является окончательным методом диагностики ГПЭ. Поскольку пролиферативные процессы эндометрия в постменопаузе отличаются высокий риск малигнизации, большое значение для определения тактики ведения больных имеют до-

полнительные методы диагностики: исследование РЭ и РП, морфоденситометрия.

Проведение гормональной терапии ограничивают сопутствующая патология, наличие гормонпродуцирующих структур в яичниках, побочные эффекты и предубеждение пациенток против применения гормонов. Недостаточная эффективность гормонотерапии при железистой, особенно атипической, гиперплазии эндометрия не позволяет считать ее методом выбора при лечении данной патологии.

Абляция эндометрия (тотальная, парциальная электрохирургическая, термоабляция лазерная и баллонная) дает возможность отказаться от гормонотерапии при полипах эндометрия, железистой гиперплазии эндометрия и служит альтернативой гистерэктомии при рецидивах ГПЭ.

Гистерэктомия, выполненная лапароскопическим доступом, является методом выбора при лечении атипической гиперплазии эндометрия, рецидиве железистой гиперплазии и полипов эндометрия, сочетании ГПЭ с эхографическими признаками патологии яичников.

#### Л и т е р а т у р а

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Постменопауза. Физиология и патология // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов.— 1998.— № 2.— С. 45–49.
2. Feldman S. Predicting endometrial cancer among older women who present with abnormal vaginal bleeding // Gynecol. Oncol.— 1995.— Vol. 56, № 3.— P. 376–381.
3. Герасимович Г.И., Сафина М.Р., Барсуков А.Н. Оценка прогностических факторов развития рака у больных с кровотечениями на фоне атрофии эндометрия // Акуш. и гинекол.— 1993.— № 3.— С. 48–50.
4. Newell Guy R. Risk factors for endometrial cancer // Cancer Bull.— 1990.— Vol. 42, № 2.— P. 117–118.
5. Применение современных малоинвазивных технологий и методов визуализации (СКТ) в диагностике и хирургическом лечении гиперпластических процессов и сочетанной гинекологической патологии / Л.В. Адамян, Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселев, А.Х. Гайдарова // Журн. акуш. и жен. бол.— 2001.— №1.— С. 23–25.
6. Гидросонография как метод ультразвуковой диагностики внутриматочной патологии / И.А. Краснова, А.А. Соломатина, О.И. Мишиева и др. // Акуш. и гинекол.— 2000.— № 6.— С. 30–34.
7. Полипы эндометрия: особенности внутриматочного кровотока по данным цветового доплеровского картирования и доплерометрии / Н.М. Побединский, Е.В. Федорова, И.Д. Хохлова, А.Д. Липман // Ультразвук. и функц. диагностика.— 2001.— № 1.— С. 24–31.
8. Hysteroscopic treatment of endometrial polyps / L. Cravello, C. d'Ercole, P. Azoulay et al. // Gynaecol. endocrinol.— 1995.— Vol. 4, № 3.— P. 201–205.
9. Серов В.Н., Табакман Ю.Ю., Ретин А.Б. Новые подходы к патогенетической терапии маточных кровотечений в постменопаузе // Рос. мед.-биол. вестн.— 1994.— № 1–2.— С. 39–43.
10. Garry R., Fountain J. The evaluate study: two parallel randomiade trial one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy // B. M. J.— 2004.— Vol. 328 (74–32).— P. 129.
11. Абляция и резекция эндометрия при лечении гиперпластических процессов у женщин пери- и постменопаузального возраста / Л.В. Посисеева, В.Н. Романов, Д.Н. Шишков и др. // Пробл. пери- и постменопаузального периода: Матер. симп.— М., 1996.— С. 49–50.
12. Freude G., Leodolter S. Hysteroscopic rollerball endometrial ablation combined with hormonal medication, a procedure to prevent hysterectomies in postmenopausal women // Int. J. Gynecol. Obstet.— 1994 (1–2).— Vol. 46.— P. 54.
13. Shushan A., Revel A. // J. Am. Assoc. Jynecol. Laparosc.— 2002.— Vol. 9 (2).— P. 209–213.

Поступила 21.02.2005

#### MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM DURING MENOPAUSE

G.M. Savelieva, V.G. Breusenko, Yu.A. Golova, L.M. Kappusheva, E.A. Shilina, O.I. Mishieva. S.V. Shtyrov

#### S u m m a r y

All types of the intrauterine pathology in postmenopausal women and modern methods of diagnosis are discussed. The choice of optimum treatment methods considering the accompanying diseases was substantiated. Timely diagnosis of the intrauterine pathology and the correct choice of the treatment are shown to improve its efficacy, reduce the incidence of endometrial cancer and frequency of post-operative complications.