

УДК 618.145-006-07

Л.З. Базюта, С.П. Польова

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

ДІАГНОСТИКА ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Резюме. У статті наведені результати гістероскопічної діагностики гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного віку. Показані варіанти клінічного перебігу гіперпластичних процесів ендометрія. Встановлені клінічні та візуальні особливості проявів гіперплазії.

Ключові слова: гіперплазія ендометрія, гістероскопія, діагностика.

Молодий і соціальноактивний вік пацієнок з наявністю гіперплазії ендометрія вимагає особливих підходів щодо діагностики і лікування зазначеної патології: існує нагальна потреба збереження функцій жіночого організму і розробка максимально ошадних, але ефективних методів лікування [1-5]. Широке впровадження діагностичної та оперативної гістероскопії з прицільною біопсією ендометрія і фракційним вишкрібанням слизової оболонки порожнини матки суттєво змінило підходи до діагностики гіперплазії ендометрія (ГПЕ) у жінок репродуктивного віку з огляду на особливості перебігу ГПЕ в репродуктивному віці, а також гормональної залежності даного захворювання [2, 6-8]. Досвід застосування гістероскопії у хворих з гіперпластичними процесами ендометрія показав високу ефективність і надійність, а інформативність методу сягає 94,4% [3, 4, 7, 9].

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики гіперпластичних процесів ендометрія у жінок репродуктивного віку.

Матеріал і методи. У гінекологічному відділенні Хмельницького перинатального центру перебували на лікуванні 60 пацієнок репродуктивного віку з гістологічно верифікованою ГПЕ віком від 23 до 41 року. Середній вік пацієнок становив $35,7 \pm 3,2$ роки. У I-A групу дослідження ввійшли 20 пацієнок із залозистою ГПЕ (проста гіперплазія), I-B групу становили 23 жінки з залозисто-кістозною ГПЕ (складна гіперплазія), 15 осіб з атиповою ГПЕ (простою і складною) були включені у I-B групу. II групу становили 15 практично здорових жінок, що проходили обстеження за програмою "Безпліддя" для підготовки до екстракорпорального запліднення. У пацієнок ретельно збирали анамнез з уточненням перенесе-

них загальних і гінекологічних захворювань, визначали особливості менструальної, дітородної і статеві функцій.

УЗД проводили за загальноприйнятими методиками на апаратах SIEMENS-SL-250 (Німеччина) та Aloka SSD-680 (Японія) з використанням кольорового доплерівського картування (КДК) з вимірюванням кровотоку в судинах матки. Гістероскопію та гістероскопічні маніпуляції проводили в умовах операційної зали, оснащеної набором ендоскопічних та хірургічних інструментів. Застосовували спеціальні набори устаткування та інструменти виробництва KARL STORZ (Німеччина). Після забору матеріалу проводили його фіксацію 10% розчином формаліну. Кількість фіксуєної рідини в 20 разів перевищувала об'єм досліджуваного матеріалу. Тривалість фіксації – 12 та більше год. Подальше гістологічне дослідження проводили за загальноприйнятою методикою.

Результати дослідження та їх обговорення. Усім пацієнткам з діагностичною метою виконана гістероскопія з фракційним діагностичним вишкрібанням слизової оболонки порожнини матки і каналу її шийки. Гістероскопію проводили за загальноприйнятою методикою, згідно наказу МОЗ України № 676 від 29.12.2004 р. щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Обстеження порожнини матки починали із панорамного огляду, особливу увагу звертали на величину і форму порожнини матки, рельєф стінок матки, стан слизової оболонки, її забарвлення, товщину, характер складчастості, ступінь виразності і рівномірність судинного малюнка, на доступність і стан вічок маткових труб. Після проведеного огляду порожнини матки, кюреткою № 2 проводили фракційне діагностичне вишкрібання слизо-

вої оболонки порожнини матки та каналу її шийки. Матеріал відправляли на гістологічне та гістохімічне дослідження.

Гістероскопічна картина порожнини матки у групах спостереження мала наступний вигляд: у пацієток (контрольної) групи ендометрій визначався без патологічних змін, рівномірного світло-рожевого кольору, з візуалізацією маткових вічок та дрібних судин. Критерієм здорової порожнини матки за гістероскопічною картиною всередині секреторної фази є повна відсутність будь-яких анатомічних патологічних включень (синехій, поліпів, міоматозних вузлів, перетинок тощо), правильна форма порожнини матки та нормальний стан ендометрія – біляво-жовтий, сипкий (іноді спостерігаються протоки залоз, що секретують, у вигляді прозорих крапок), рівномірно розподілений на всьому протязі стінок порожнини матки, з візуальними вічками отворів маткових труб щілиноподібної, округлої або овальної форми.

У здорових жінок репродуктивного віку, залежно від фази менструального циклу, ендометрій має різноманітний вигляд. У середню стадію фази секреції ендометрій потовщений, соковитий, сипучий, можуть з'являтися жовто-рожеві відтінки забарвлення слизової, з-поміж складок ендометрія часто виявляються низькі ділянки слизової, через які можна спостерігати окремі субепітеліальні судини. Отвори залоз визначаються, якщо дистальний кінець гістероскопа підвести щільно до стінки матки. У порожнині матки може бути багато слизу. Отвори маткових труб при панорамній гістероскопії визначаються складно. Слизова каналу шийки матки гладка, біляво-жовта, слабо-складчаста, у вигляді тунеля, складки якого розпрямляються назустріч окуляра гістероскопа за ходом уведення його в порожнину матки та змикаються за окуляром гістероскопа при виведенні інструмента з порожнини матки (рис. 1).

У пацієток I-A групи візуально спостерігали залозисту та вогнищево-залозисту ГПЕ різної товщини, сипучої консистенції, з великою кількістю судин, крововиливами, на окремих ділянках – зі значними гіперплазованими залозами (рис. 2).

У I-B групі пацієток гістероскопічна картина ендометрія мала різноманітний характер: візуалізувалися залозисті та залозисто-кістозні розростання різної форми і величини, які виповнювали всю порожнину матки, або локалізувалися на одній із стінок порожнини матки (рис. 3). Ендометрій значно потовщений, блідо-рожевого кольору, утворює складки різної висоти, які коливаються в струмені рідини, що вводиться (симптом “підводних рослин”). Таку картину складно віддиферен-

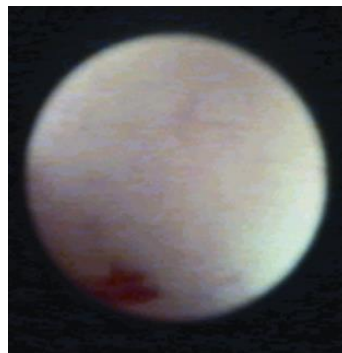


Рис. 1. Ендометрій без патологічних змін

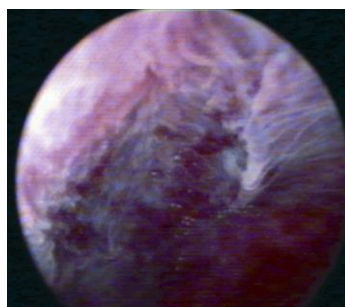


Рис. 2 Гіперплазія ендометрія

ціювати від здорового ендометрія в ранню проліферативну чи пізню секреторну фазу, що диктує необхідність проведення прицільної біопсії і встановлення кінцевого діагнозу після результатів гістологічного дослідження біоптатів. Така картина частіше виявляється в ділянці передньої та задньої стінок матки та в ділянці маткових вічок маткових труб. У такому випадку останні закриті складками гіперплазованого ендометрія.

У I-B групі пацієток переважно спостерігали деформацію форми порожнини матки різного ступеня вираженості, часто переважала атипова ГПЕ, виявляли поліпоз ендометрія (рис. 4), поліпи різної величини і форми, переважно по всій порожнині матки з деформацією останньої, вічка маткових труб не візуалізувалися. Ендометрій поліпоподібно потовщений, розділений борознами, блідо-рожевий, іноді блідо-жовтий, що робить ці потовщення схожими на міхурці. Частіше виявляється в ділянці дна матки та передньої її стінки.

Залежно від гістероскопічної картини ГПЕ проводили біопсію, або вишкрібання слизової ендометрія, матеріал підлягав цитологічному і гістологічному дослідженню. Біопсію проводили з патологічних ділянок за наявності вогнищевих патологічних змін слизової та за відсутності візуальної патології (з передньої і/або задньої стінок). У випадку виявлення поліфакторної патології слизової матки дослідженню піддавали декілька біоптатів, отриманих із різних патологічних діля-

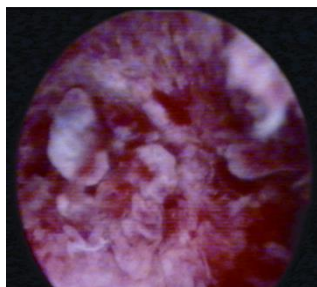


Рис. 3. Вогнищево-залозиста гіперплазія ендометрія

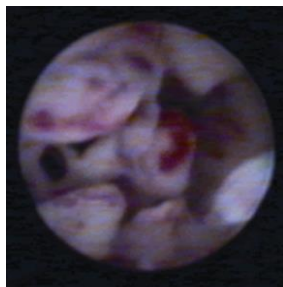


Рис. 4. Поліпоз ендометрія

нок. За наявності тотального ураження ендометрія патологічним процесом проводили діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки з гістероскопічним контролем за повнотою проведення маніпуляції. Морфологічному дослідженню підлягали поліпи ендометрія та каналу

шийки матки, видалені під час гістероскопії.

Отже, візуальне дослідження стану порожнини матки та ендометрія за допомогою гістероскопії сприяє покращанню своєчасної діагностики їх патологічних станів, що дозволяє вибрати єдиноправильну подальшу лікувальну тактику ГПЕ.

Висновки. 1. Впровадження гістероскопії з прицільною біопсією ендометрія суттєво змінило підходи до діагностики гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного віку. 2. Сучасні ендоскопічні технології забезпечують збереження репродуктивної функції у жінок і дозволяють використовувати максимально ошадні та ефективні методи лікування гіперплазії ендометрія.

Перспектива подальших досліджень. У перспективі планується провести клінічно-морфологічні та гістероскопічні паралелі при гіперпластичних процесах ендометрія.

Список використаної літератури

1. Антипкін Ю.Г. Збереження репродуктивного здоров'я жінки як важлива складова покращення демографічної ситуації в Україні / Ю.Г. Антипкін // *Внутрішня мед.* – 2007. – № 4. – С. 137-138.
2. Запорожан В.М. Ендоскопічна хірургія в гінекології / В.М. Запорожан // *Ж. АМН України.* – 2009. – Т. 5, № 1. – С. 44-52.
3. Запорожан В.М. Особливості онкогенезу в органах репродуктивної системи і стратегія ведення хворих / В.М. Запорожан // *Ж. АМН України.* – 2009. – Т. 5, № 3. – С. 495-502.
4. Польова С.П. Малоінвазивні методи діагностики та лікування в гінекології / С.П. Польова // *Шпитальна хірург.* – 2001. – № 2. – С. 130-131.
5. Черновская Р.У. Клинико-морфологические и гистероскопические параллели при гиперпластических процессах эндометрия в перименопаузе / Р.У. Черновская, Л.М. Тухватуллина, И.М. Боголюбова // *Проблемы пери- и постменопаузального периода.* – 2006. – С. 92-93.
6. Запорожан В.М. Ендохірургія в гінекології: тенденції та перспективи / В.М. Запорожан // *Одеський мед. ж.* – 2008. – № 3. – С. 3-7.
7. Кулаков В.И. Новые технологические и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков // *Акушер. и гинеколог.* – 2007. – № 5. – С. 3-5.
8. Татарчук Т.Ф. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия / Т.Ф. Татарчук, Е.В. Бурлака // *Здоровье женщины.* – 2003. – № 4(16). – С. 107-114.
9. Польова С.П. Діагностична цінність новітніх технологій у виявленні туберкульозу жіночих статевих органів / С.П. Польова // *Клін. анатом. та оператив. хірург.* – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 32-34.

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. В статье наведены результаты гистероскопической диагностики гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста. Показаны варианты клинического течения гиперпластических процессов эндометрия. Установлены клинические и визуальные особенности проявлений гиперплазии.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, гистероскопия, диагностика.

DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Abstract. The results of hysteroscopic diagnosis of endometrial hyperplasia in women of reproductive age are presented in the paper. Variants of clinical course of endometrial hyperplastic processes are shown. Clinical manifestations and visual features of hyperplasia are found.

Key words: endometrial hyperplasia, hysteroscopy, diagnosis.

M.I. Pyrogov Vinnitsa National Medical University (Vinnitsa)

Надійшла 28.01.2015 р.

Рецензент – проф. Кравченко О.В. (Чернівці)