

Исмаилова З.И.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

РСНПМЦ АиГ (директор - проф. Султанов С.Н.)

Введение. Своевременная диагностика гиперпластических процессов эндометрия имеет большое значение в профилактике и снижении онкологической заболеваемости и смертности. Согласно литературным данным частота малигнизации гиперпластических процессов эндометрия колеблется в достаточно широких пределах (0(25-50 %) и определяется морфологическими особенностями заболевания, длительностью его рецидивирования, а также возрастом пациенток [1, 3, 5]. В связи с этим особого внимания заслуживает проблема раннего выявления предраковых заболеваний эндометрия, к которым относят атипическую гиперплазию эндометрия, аденоматозные полипы, железисто-кистозную гиперплазию во всех возрастных группах женщин.

Цель исследования - определение информативности и роли методов, применяемых в комплексной диагностике патологических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного клиничко-инструментального обследования 32 женщин в возрасте от 18 лет до 47 лет (средний возраст 32,4±1,5 лет). В раннем репродуктивном периоде находились 2 пациенток, в активном репродуктивном возрасте - 13 и в позднем репродуктивном возрасте - 17. Беспокоили боли внизу живота 17 (53%) женщин с сохранной менструальной функцией, длительные, обильные менструации были у 9 (28%), 6 (18,7%) пациенток, находившихся в позднем репродуктивном возрасте, жаловались на нарушения менструальной функции межменструальные кровянистые выделения, у 12 (37,5%) - патология эндометрия

Морфологическое исследование биопт

протекала бессимптомно. У 1/3 обследованных гиперпластический процесс сочетался с миомой матки (чаще - множественной), каждая 5-я больная имела гиперплазию или полипы эндометрия в анамнезе. В 50% случаев у женщин в возрастной группе до 40 лет выявлялась урогенитальная инфекция.

Всем больным после стандартного клинического обследования проводился комплекс инструментального обследования. На первом этапе выполнялось ультразвуковое исследование органов малого таза: вначале - трансабдоминальное сканирование по общепринятой методике с наполненным мочевым пузырем, затем осуществляли трансвагинальную эхографию конвексным датчиком с частотой 6,5 и 7.5 МГц на современных ультразвуковых приборах высокого класса с применением режимов цветового, энергетического картирования и импульсной доплерографии. Сонографию у всех женщинам проводили в раннюю пролиферативную фазу менструального цикла (6-7-й день).

При эхографии оценивали размеры, структуру, состояние матки и яичников. Доплеровский анализ включал определение характера кровотока количество цветовых сигналов от сосудов в исследуемой зоне, основные доплерометрические показатели, в частности, индекс резистентности и максимальную систолическую скорость кровотока. В 8 случаях для определения состояния полости матки произведена эхогистероскопия.

Всем проведено раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба (табл. 1).

Таблица 1

пациенток с патологией эндометрия

Морфологическая форма	Всего РРП (2)	СРП (13)	ПРП (17)	
Железистая гиперплазия	4	-	3	1
Железисто-кистозная гиперплазия	12	1	5	6
Железистый полип	2	1	1	-
Фиброзный полип	4		1	3
Железисто-фиброзный полип	3		1	7
Фиброзно-кистозный полип	1		-	1
Очаговый аденоматоз	2		-	2
Субмукозная миома	2		1	1
Нормальный эндометрий	2		1	1
	32	2	13	17

РРП - ранний; СРП - средний и ПРП -

Результаты и обсуждение. Наиболее частым патологическим состоянием - 12 (37,5%) случаев во всех возрастных группах были железисто-кистозная гиперплазия. Железистая

поздний репродуктивный период

гиперплазия встречалась у 4(12,5%) женщин среднего репродуктивного возраста, а субмукозный узел встречался у 2(6,3%) в средней и поздней возрастных группах, (рис. 1).

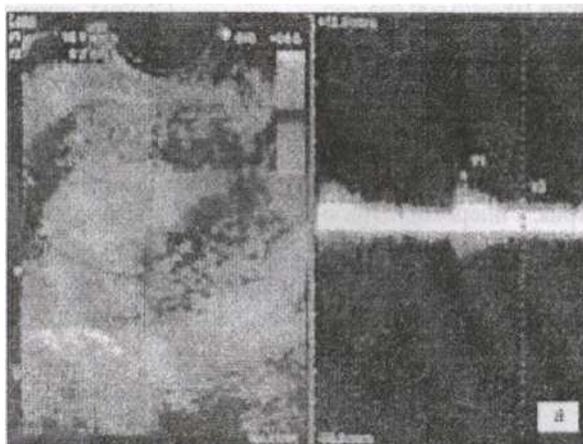


Рис. 1. Железистая гиперплазия эндометрия (а); субмукозный миоматозный узел, гиперплазия эндометрия (б).

У 14 (43,8%) больных имели место случаи сочетанной патологии: гиперплазия эндометрия и полипы различной гистологической структуры, полип и очаговый аденоматоз в 2 (6,3%) случаях, а полип и субмукозная миома в одном случае (3,2%).

В 2 случаях при нормальной ультразвуковой картине эндометрия были выявлены и подтверждены

гиперпластические процессы при раздельном диагностическом выскабливании (РДВ).

Одним из критериев наличия гиперпластического процесса эндометрия является увеличение толщины эндометрия в определенные дни менструального цикла. Проведен анализ выявленной толщины эндометрия в соответствии с морфологическими группами (табл. 2,3).

Таблица 2

Толщина эндометрия в зависимости от морфологической формы гиперпластического процесса

Морфологическая форма	М-эхо	М-эхо, 10-15	М-эхо	Всего
	< 10 мм	мм	> 15 мм	
Железистая гиперплазия	2	1	1	4
Железисто-кистозная гиперплазия	2	5	5	12
Фиброзный полип	2	1	1	4
Железисто-фиброзный полип	1	2		3
Фиброзно-кистозный полип	1	-		1
Очаговый аденоматоз	2	-		2
Субмукозная миома	1	1		2
Нормальный эндометрий	1	1		2

В репродуктивном возрасте толщина эндометрия была весьма вариабельной. Наибольшая (более 15 мм) - определялась при железистой гиперплазии эндометрия в 5(15,6%) случаях. По нашим данным, максимальная толщина эндометрия (более 12 мм) у женщин в позднем репродуктивном возрасте отмечалась при железисто-фиброзных полипах эндометрия - 2 (6,25%). Причем большее количество (37,5%) гиперпластических процессов наблюдалось при толщине эндометрия свыше 8 мм.

Значимый диагностический критерий в выявлении гиперпластических процессов - оценка структурных изменений эндометрия. Проведенный анализ эхографической картины эндометрия больных показал, что ультразвуковая картина гиперпластических процессов во всех возрастных группах отличалась выраженным полиморфизмом, но чаще других вариантов встречалась неоднородность структуры эндометрия и наличие полиповидных разрастаний в полости матки.

При трансвагинальной эхографии эндометрий при железисто-кистозной гиперплазии имел повышенную

эхогенность и неоднородную губчатую эхоструктуру с множественными мелкими анэхогенными включениями и эффектом акустического усиления. Толщина эндометрия при этом составляла в среднем $17,0 \pm 0,5$ мм. Полипы визуализировались в виде овальных или округлых образований, имеющих повышенную эхогенность, однородную эхоструктуру, четкие, ровные контуры.

Ценную информацию о состоянии эндометрия дает применение доплеровских методик. Кровоток в спиральных артериях визуализировался у 38% женщин репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. При этом отмечались низкие

скоростные показатели кровотока (максимальная скорость кровотока 7,1 см/с), индекс резистентности составил 0,49x0,05. При полипах различной гистологической структуры у 8 (25%) женщин определялись единичные артерии, скоростные показатели и индекс резистентности в которых не отличался от аналогичных при гиперплазии эндометрия. Гиперваскуляризация субэндометриальной зоны и наличие мультисосудистого кровотока в зоне поражения, которые являются отличительными признаками карциномы эндометрия в нашем исследовании не наблюдались. Индекс резистентности в наших наблюдениях колебался от 0,43

до 0,5.

Особые трудности возникают в дифференциальной диагностике полипов эндометрия и мелких субмукозных миоматозных узлов, ультразвуковая картина которых часто бывает сходной. В таких случаях дополнительную информацию может дать метод эхо-гистероскопии, при котором после контрастирования полости матки жидкостью (в нашей серии исследований стерильным физиологическим раствором) при контрольном ультразвуковом исследовании хорошо визуализируются все внутриматочные структуры (рис. 2).



Рис. 2. Эхогистероскопия. Фиброзный полип на фоне анэхогенного контраста

Следует помнить, что ультразвуковой метод не позволяет поставить морфологический диагноз, и цель его - не в этом. Эхография лишь выявляет наличие гиперпластического процесса эндометрия и позволяет

сделать предварительное заключение о характере поражения. При сопоставлении случаев несовпадения ультразвукового заключения и данных раздельного диагностического выскабливания получены результаты, которые отражены в табл. 3.

Таблица 3

Несовпадение результатов ультразвукового и морфологического исследования

УЗИ	РДВ	n
Полип	Гиперплазия	4
Гиперплазия	Нормальный эндометрий	2
Полип	Нормальный эндометрий	1
Полип	Субмукозная миома	2
Подозрение на рак	Полип	1

РДВ - раздельное диагностическое выскабливание

По нашим данным, чувствительность ультразвукового метода в выявлении патологии эндометрия составила 97%. Специфичность же эхографии в определении характера патологического процесса оказалась достаточно низкой и соответствовала 75%, точность - 83%.

По результатам РДВ имела место высокая степень дифференциации патологии эндометрия. У 3 пациенток с нормальной эхографической картиной РДВ установила гиперплазию и фибрино-железистый полип эндометрия. У 1 женщины вместо предполагаемого злокачественного процесса выявлен железистофиброзный полип, а в 2 случаях эхографические полипы оказались субмукозными миоматозными узлами.

Ложнооприцательные результаты диагностики полипов наиболее часто - 4 (12,5%) случаев при РДВ наблюдались при сопутствующей гиперплазии эндометрия.

Всем известно, что решающим методом дифференциальной диагностики патологических состояний эндометрия является гистологическое исследование соскоба, полученного после раздельного диагностиче

ского выскабливания полости матки. В то же время актуален поиск оптимального сочетания неинвазивных и малоинвазивных методик для получения максимальной информации о состоянии эндометрия, определения его начальных изменений на амбулаторном этапе обследования. К числу неинвазивных диагностических подходов следует отнести в первую очередь ультразвуковое исследование. Причем для оценки состояния эндометрия, безусловно, более информативной является трансвагинальная эхография, позволяющая визуализировать даже минимальные структурные нарушения. Согласно современным данным, ее использование улучшает качество диагностики, ведет к повышению частоты выявления рака I стадии на 50% и уменьшению заболеваемости раком III-IV стадии в 1,5 раза. По мнению ряда авторов, применение комплексного ультразвукового исследования с анализом кривых скоростей кровотока служит эффективным

методом диагностики карциномы эндометрия [2,3,5].

Таким образом, результаты нашего исследования дали основание заключить, что комплексное применение эхографии и РДВ позволяет повысить точность диагностики гиперпластических процессов эндометрия до 97%.

Выводы

Применение современных ультразвуковых методик, включая ультразвуковую ангиографию, эхогистероскопию в сочетании с РДВ полости матки, повышают точность диагностики гиперпластических процессов эндометрия до 97%.

Комплексное применение скрининговых и уточняющих методик способствует раннему выявлению предраковых состояний эндометрия, дает возможность в поликлинических условиях поставить окончательный диагноз и определить дальнейшую тактику наблюдения и лечения.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. - 463 с.
2. Зыкин Б.И., Проскураева О.В., Буланов М.Н. Допплерографическая диагностика в онкогинекологии // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. - М.: Видар. 1997. Т. N. - С. 165-173.
3. Демидов В.Н., Гус.А.И. Ультразвуковая диагностика гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия // Под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике, 3т.-М.: Видар, 1997.-С. 120-131.
4. Медведев М.В., Куница И.М. Цветовое доплеровское картирование в онкогинекологии // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии, педиатрии. - 1994. - N1. - С. 26-34.
5. Терская И.В., Полякова Ю.В. Трансвагинальная эхография при выявлении патологии эндометрия при ежегодном скрининговом обследовании /7 Кремлевская медицина. - 2000. - N3.- С. 29-32.
6. Sherman ME, Ronnett BM, Ioffe OB. Reproducibility of biopsy diagnoses of endometrial hyperplasia: evidence supporting a simplified classification. Int J Gynecol Pathol 2008; 27: 318-25.

Исмаилова З.И.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДО- И МИОМЕТРИЯ

РСНПМЦ АиГ (директор - проф. Султанов С.Н.)

Введение. Очень часто гиперпластические процессы эндометрия сочетаются с миомой матки. Это связано, прежде всего, с тем, что в патогенезе миомы матки и предопухолевых состояниях эндометрия важная роль принадлежит гормональным нарушениям [1,2].

Применение в клинической практике гормональных препаратов открыло новые возможности профилактики и лечения больных с патологией матки. Тактика лечения миомы матки зависит от размеров и локализации узлов, результатов гистологического исследования, особенностей гистогенеза (простая или пролиферирующая миома), симптомов, возраста, репродуктивных планов, благосостояния пациентки и носит сугубо индивидуальный характер.

Традиционно консервативное лечение основывалось на временном угнетении функции яичников, то есть достижении медикаментозной менопаузы и/или индукции гипоэстрогении. Исходя из прогестероновой теории развития миомы матки, не всегда эффективным может быть лечение только производными прогестерона.

Хорошие результаты получены при использовании аГнРГ, однако данная группа препаратов имеет ряд противопоказаний (например, остеопороз), что ограничивает их применение вообще или во времени (3-6 мес.). После терапии аГнРГ возникает необходимость стабилизации достигнутого лечебного эффекта и профилактики рецидивов роста миомы матки и гиперпластических процессов.

По данным ряда исследований, длительный прием низко и микродозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) не