

©М. В. Гроховська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ. Під спостереженням перебувало 98 пацієнок віком від 38 до 45 років. Найчастішими причинами звертання жінок були гіперменструальний синдром – у 52 (53,1 %), ациклічні маткові кровотечі – у 32 (32,6 %), затримка менструації з наступними нерегулярними кровотечами – у 14 (14,3 %). В діагностичний маршрут включали загальноклінічні обстеження, дослідження рівня статевих і гонадотропних гормонів, трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію. Здійснювали ендоскопічне обстеження з використанням гістероскопа фірми «Karl Storz» та біопсію ендометрія з наступним гістологічним дослідженням отриманих матеріалів з порожнини матки. Комплексну неатипову гіперплазію ендометрія спостерігали у 65 (66,3 %) хворих, поліпи ендометрія – у 15 (15,3 %), атипову гіперплазію – в 11(11,2 %), недружню секрецію – у 5 (5,1 %), аденокарциному – у 2 (2,1 %), недіагностований хронічний ендометрит – у 8 (8,2 %). Гістероскопія дає можливість оцінити характер і ступінь розповсюдження патологічного процесу в ендометрії, що особливо важливо в діагностиці ранніх стадій онкозахворювань, і обов'язково повинна бути включена в програму ведення хворих з гіперпластичними процесами ендометрія.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ. Под наблюдением находилось 98 пациенток в возрасте от 38 до 45 лет. Наиболее частыми причинами обращения были гиперменструальный синдром – у 52 (53,1 %), ациклические маточные кровотечения – у 32 (32,6 %), задержка менструации со следующими нерегулярными кровотечениями – у 14 (14,3 %). В диагностический маршрут включали общеклинические обследования, исследования уровня половых и гонадотропных гормонов, трансабдоминальную и трансвагинальную эхографию. Осуществляли эндоскопическое обследование с использованием гистероскопа фирмы «Karl Storz» и биопсию эндометрия со следующим гистологическим исследованием полученных материалов с полости матки. Комплексную неатипическую гиперплазию эндометрия наблюдали у 65 (66,3 %) больных, полипы эндометрия – у 15 (15,3 %), атипическую гиперплазию – у 11 (11,2 %), недружественную секрецию – у 5 (5,1 %), аденокарциному – у 2 (2,1 %), недиагностированный хронический эндометрит – у 8 (8,2 %). Гистероскопия дает возможность оценить характер и степень распространения патологического процесса в эндометрии, что особенно важно в диагностике ранних стадий онкозаболеваний, и обязательно должна быть включена в программу ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

ENDOSCOPIC TECHNOLOGY IN THE DIAGNOSTICS OF THE ENDOMETRIAL HYPERPLASIA. 98 patients of reproductive age, suffering from hyperpolymenorrhea or acyclic metrorrhagia, underwent hysteroscopy with endometrial biopsy followed by morphologic investigation, which revealed different endometrial pathology. All patients underwent general-clinical examination, the levels of sex hormones and gonadotropins were studied. In diagnostic complex there were also included the transabdominal and transvaginal sonography, endoscopic examination by «Karl Storz» endometrial biopsy followed by histological research materials that received from the uterus. Complex atypical hyperplasia was in 65 (66.3 %) patients, endometrial polyps – 15 (15.3 %), atypical hyperplasia – 11 (11.2 %), different secretion – 5 (5.1 %) and adenocarcinoma in 2 (2.1 %) patients, chronic endometrite that nondiagnostic in 8 (8.2 %). Hysteroscopy makes possible the evaluation of character and severity of endometrial pathology, that is essential for early diagnosis of oncologic diseases and have to be included into the management programme for hyperplastic processes of endometrium.

**Ключові слова:** гіперпластичні процеси ендометрія, гістероскопія.

**Ключевые слова:** гиперпластические процессы эндометрия, гистероскопия.

**Key words:** hyperplastic processes of endometrium, hysteroscopy.

**ВСТУП.** Впровадження у клінічну медицину ендоскопічних технологій забезпечило розвиток якісно нового методу діагностики і лікування – ендоскопічної, один із розділів якого представлений діагностичною та оперативною гістероскопією [1]. Протягом багатьох років провідним методом терапії хворих з патологічними станами порожнини матки, насамперед гіперпластичними процесами ендометрія і підслизовими міомами матки, було застосування гормональних препаратів, які блокують діяльність системи гіпоталамус – гіпофіз – яєчники, або радикальне хірургічне втручання. Із впровадженням у клінічну практику гістероскопії з'явилася можливість уникнути як невиправданого використання екзогенних гор-

монів, так і радикальних операцій [2–4]. Ендоскопічний напрямок дозволив не лише розширити діапазон діагностичних маніпуляцій, але й розробити нові оперативні методики, які за ефективністю не поступаються традиційним хірургічним операціям [5].

Проблеми діагностики гіперпластичних процесів ендометрія привертають усе більшу увагу дослідників, оскільки дана патологія нерідко слугує попередником онкологічних захворювань. Гіперпроліферативні процеси ендометрія складають від 35 до 45 % усієї гінекологічної патології, а частота трансформації у злоякісний процес досягає 25 % [6].

Метою даного дослідження було вивчити діагностичну цінність одного із сучасних ендоскопічних

методів дослідження – гістероскопії в жінок з гіперпластичними процесами ендометрія і передраковими станами ендометрія.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Під нашим спостереженням перебувало 98 пацієнток віком від 38 до 45 років.

Для вирішення поставленого завдання ми провели аналіз клінічних і анамнестичних даних. Найчастішими причинами звертання жінок були гіперменструальний синдром – у 52 (53,1 %), ациклічні маткові кровотечі – у 32 (32,6 %), затримка менструації з наступними нерегулярними кровотечами – у 14 (14,3 %). Усім хворим проводили загальноклінічні обстеження, дослідження рівня статевих і гонадотропних гормонів у сироватці крові (естрадіолу, прогестерону, ЛГ, ФСГ, пролактину, гормонів щитоподібної залози). В діагностичний маршрут також включали трансабдомінальну та трансвагінальну ехографію. Здійснювали ендоскопічне обстеження з використанням гістероскопа фірми «Karl Storz» та біопсію ендометрія з наступним гістологічним дослідженням отриманих матеріалів з порожнини матки. В якості об'єктів для гістологічних досліджень використовували зскрібки, прицільні біопсії з порожнини матки.

Гістероскопію проводили у другій фазі менструального циклу. Виконували рідинну гістероскопію (бідистильована вода) за допомогою операційного гістероскопа фірми «Karl Storz» (Німеччина).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Під час проведення ендоскопічних досліджень слизової порожнини матки було відзначено значну різноманітність патологічних змін ендометрія. Так, у 65 (66,3 %) хворих з гіперпроліферативними процесами ендометрія під час ендоскопічного дослідження відмічався потовщений ендометрій із численними складками, переважно блідо-рожевого кольору, при зміні тиску в порожнині матки спостерігався хвилеподібний рух слизової – ознака «підводних рослин», висота ендометрія коливалася в межах 10–17 мм, вивідні протоки залоз чітко визначалися і були розташовані рівномірно, вічка маткових труб, як правило, були вільні. Про присутність кістозного компонента гіперплазії свідчили феномен «пастки», діаметр кістозних структур 2–3 мм, іноді з бурим відтінком у результаті місцевого крововиливу в кісту. В результаті проведеного гістологічного дослідження патологічно зміненого ендометрія, отриманого шляхом прицільної біопсії та фракційного вишкрібання, у вказаній групі пацієнток виявили комплексну неатипову гіперплазію ендометрія, основною ознакою якої було тісне розташування залоз поширеного або вогнищевого характеру. Залози щільно прилягали одна до одної з втратою строми між ними. Виявлялась підвищена структурна складність залоз із численними латеральними та внутрішньозалозовими виступами епітелію у просвіт залоз і стром, спостерігалася більш виражена багаторядність епітелію в них.

Хронічний ендометрит, виявлений у 8 (8,2 %) пацієнток, не був діагностований до проведення гістероскопії. Гістероскопічна картина ендометриту характеризувалася поліморфізмом: нерівномірно потовщена, горбиста слизова оболонка з ін'єкцією судин-

ного малюнка, вогнищевими крововиливами, ділянками гіперемії. Ці зміни тією чи іншою мірою були властиві всім пацієнткам. У деяких випадках виявлялися внутрішньоматкові синехії, які виглядали як білосудинні тяжі різної щільності.

Поліпи ендометрія діагностовано у 15 (15,3 %) пацієнток. Часто локалізацією поліпів були маткові кути і дно. За даними гістологічних досліджень, у 5 (33,3 %) випадках діагностовано залозисто-кістозні поліпи, що виявлялися у вигляді поодиноких утворів видовженої чи конусоподібної форми, блідо-рожевого, блідо-жовтого кольору, з гладкою поверхнею, над якою виступають кістозні утвори з тонкою стінкою та прозорим вмістом. У 6 (40 %) – залозисто-фіброзні поліпи, що визначалися як невеликі, округлі чи овальної форми утвори над слизовою маткою, з достатньо щільною структурою та гладкою поверхнею. У 4 (26,7 %) пацієнток поліпи, які за гістологічною будовою трактували як аденоматозні, ендоскопічно відрізнялися від навколишнього ендометрія значно світлішим забарвленням і виглядали тьмянішими, сірими та пухкими. На загальному блідому тлі поліпа був добре виражений судинний малюнок. Плями темно-багряного або синюшно-багряного кольору свідчили про нерівномірність розвитку судинної стінки, що спричинило порушення живлення окремих ділянок поліпа.

Для атиполої гіперплазії ендометрія, діагностованої при патолого-морфологічному дослідженні зскрібка, ендоскопічно була характерна виражена нерівномірність ендометрія у вигляді вогнищевих розростань та дифузних змін. Спостерігалися дрібні поліпоподібні утвори, невелика висота слизової оболонки, застійні ціанотичні судини різної форми, що різко переривалися. Описана гістероскопічна картина виявлена в 11 (11,2 %) жінок, при цьому дифузні зміни мали місце у 4 (36,4 %), вогнищеві – у 7 (63,6 %) жінок з атиполою гіперплазією ендометрія.

У 2 (2,1 %) випадках було виявлено аденокарциному й у 5 (5,1 %) жінок стан ендометрія відповідав недружній секреції.

Ускладнень після проведення гістероскопій не було.

Застосування гістероскопії дозволило встановити точний діагноз патологічних змін ендометрія у 100 % випадків і виконати під контролем зору прицільне вишкрібання порожнини матки, що запобігло розвитку рецидивів повторних кровотеч після вишкрібання порожнини матки і безуспішної гормональної терапії.

**ВИСНОВКИ.** Таким чином, на сучасному етапі розвитку гінекології оцінка гістероскопічної картини ендометрія обов'язково повинна бути включена у програму ведення хворих з ендометріозом, міомою матки, гіперпластичними процесами ендометрія і передраковими станами ендометрія. Гістероскопія дозволяє оцінити характер і ступінь розповсюдження патологічного процесу, що особливо важливо в онкологічних хворих, враховуючи тенденцію до зростання онкологічних захворювань.

Гістероскопія особливо важлива в діагностиці ранніх стадій онкологічних процесів ендометрія, коли відсутня клінічна картина захворювання.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Враховуючи неспинний розвиток наукових досліджень та технічного забезпечення, проведення діагностичної гістероскопії стане можливим і на догоспітальному етапі. Впровадження ендоскопічного обстеження на цьому етапі надання медичної допомоги та проведення візуальної оцінки стану слизової порож-

нини матки з прицільною топичною діагностикою патологічно змінених ділянок ендометрія при офісній гістероскопії зменшить тривалість діагностичних заходів та сприятиме підвищенню ефективності лікування, профілактики та контролю за станом ендометрія в жінок, особливо в групі ризику розвитку злоякісних процесів в ендометрії.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кулаков В. И. Эндоскопическая хирургия в гинекологии: состояние и перспективы развития / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С.83–90.
2. Попов Э. Н. Патогенетически ориентированная эндоскопия в лечении гиперпластических процессов эндометрия / Э. Н. Попов, Д. А. Ниаури // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 44–46.
3. Пирогова В. І. Діагностична та оперативна гістероскопія : навч. посіб. / В. І. Пирогова, Н. С. Вереснюк. – Львів : Простір – М, 2012. – 110 с.
4. Наказ МОЗ України від 30.12.2004 р. № 676.
5. Coats P. M. Flexible hysteroscopy: an outpatient evaluation in abnormal uterine bleeding / P. M. Coats, P. Haines, A. S. H. Kent // Gynecol. Endosc. – 1997. – No. 6. – P. 229–235.
6. Anne Weber M. Risk factors for endometrial hyperplasia and cancer among women with abnormal bleeding / M. Anne Weber, L. Jerome Belinson, R. Marion // Obstetrics & Gynecology. – 1999. – Vol. 93, No. 4. – P. 594–598.

Отримано 27.03.15