

© А. Я. Сенчук, С. Г. Гичка, Р. М. Закордонець, С. В. Іваненко

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет УАНМ»

## КЛІНІЧНІ І ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ

КЛІНІЧНІ І ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЯ. Проаналізовано 320 патогістологічних висновків діагностичних зскрібків пацієнток із лейоміомою матки і геморагічним синдромом. Виявлено, що патоморфологічно лейоміома матки з геморагічним синдромом найчастіше проявляється залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (50,7 %), поліпозом ендометрія (36,9 %). Вважаємо, що під час вибору методу лікування пацієнток із лейоміомою матки і геморагічним синдромом необхідно враховувати дані анамнезу, наявність екстрагенітальної патології, клінічні та патоморфологічні результати обстеження даної групи пацієнток.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ. Проаналізовано 320 патогістологічних висновків діагностичних соскобів пацієнток з лейоміомою матки і геморагічним синдромом. Виявлено, що патоморфологічно лейоміома матки з геморагічним синдромом проявляється частіше за все залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (50,7 %), поліпозом ендометрія (36,9 %). Считаем, что при выборе метода лечения пациенток с лейомиомой матки и геморрагическим синдромом необходимо учитывать данные анамнеза, наличие экстрагенитальной патологии, клинические и патоморфологические результаты обследования данной группы пациенток.

CLINICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL CRITERIA FOR CHOOSING A METHOD OF ENDOMETRIAL PATHOLOGY TREATMENT. A retrospective analysis of 320 diagnostic histopathological conclusions of swabs from patients with uterine leiomyoma and hemorrhagic syndrome were analyzed. We managed, that hystologically uterine leiomyoma with hemorrhagic syndrome in most cases looks like glandular and glandular-cystic endometrial hyperplasia (50.7 %), endometrial polyps (36.9 %). We consider that in the choice of treatment for patients with uterine leiomyoma and hemorrhagic syndrome we should take anamnesis data into account as well as presence extragenital pathology, clinical and pathomorphological examination results in this group of patients.

**Ключові слова:** лейоміома матки, клініка, патоморфологія.

**Ключевые слова:** лейомиома матки, клиника, патоморфология.

**Key words:** uterine leiomyoma, clinic, pathomorphology.

**ВСТУП.** Гіперпластичні процеси ендо- й міометрія посідають значне місце серед гінекологічної патології і спостерігаються з частотою від 17 до 59 % серед усієї гінекологічної патології [1, 3].

Своєчасна діагностика гіперпластичних процесів матки є запорукою успішної профілактики раку даної локалізації, який посідає друге місце (17,6 %) серед онкологічних захворювань жіночих статевих органів [2, 4]. Успішність своєчасної діагностики залежить від клінічних проявів захворювання. Однією з найчастіших скарг хворих на гіперпластичні процеси ендо- й міометрія є маткові кровотечі, коли після первинного обстеження встановлюється діагноз лейоміоми матки з геморагічним синдромом [5, 6].

Збіг клінічного діагнозу і патогістологічного висновку є важливою характеристикою професіоналізму клініцистів і важливим моментом у прогнозуванні подальшого перебігу захворювання.

Метою нашої роботи було здійснення ретроспективного аналізу патогістологічних висновків матеріалу, видаленого під час діагностичного вишкрібання порожнини матки у хворих із лейоміомою матки, яка клінічно проявлялась геморагічним синдромом.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Проаналізовано 320 патогістологічних досліджень операційного матеріалу. Залежно від частоти діагностованої патології ендометрія всіх

поділили на 5 груп. До 1-ї групи ввійшли 124 пацієнтки (38,8 % від усіх прооперованих хворих), в яких діагностовано залозисто-кістозну гіперплазію. До 2-ї групи ввійшло 118 (36,9 %) пацієнток з поліпозом ендометрія (ПЕ), переважно залозисті поліпи і рідко гіперпластичні. У 38 хворих (11,9 %), що утворили 3-тю групу, встановлено залозисту гіперплазію ендометрія. У 21 (4-та група) пацієнтки (6,6 %) діагностовано гіпопластичний ендометрій і в 19 (5,9 %) ендометрій перехідного типу (5-та група).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Аналізуючи поділ пацієнток за групами, слід відзначити, що частіше за все діагноз лейоміома матки з геморагічним синдромом існує у поєднанні із залозисто-кістозною гіперплазією (38,8 %), ПЕ (36,9 %) і залозистою гіперплазією ендометрія (11,9 %). Необхідно звернути увагу, що у даному випадку переважають гіперпластичні процеси ендометрія – 50,7 % порівняно з 2-ю, 4-ю і 5-ю групами пацієнток. Отримані результати наведено в таблиці 1.

Докладно аналізуючи кожну групу, ми помітили, що пацієнтки 2-ї групи (ПЕ) дещо ( $p > 0,05$ ) молодші за хворих в інших групах, зокрема в групі з гіпопластичним ендометрієм.

На фоні основної патології ендометрія (за принципом формування груп) ми виділили також супутню патологію (табл. 1). Так, у 1-й групі, до якої ми зарахували жінок із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія, у 9 паці-

енток (7,3 %) ми виявили також ПЕ. Варто відзначити, що у цих пацієнток жодного разу не діагностовано інших гістологічних висновків.

У пацієнток 2-ї групи найчастіше спостерігалася супутня патологія, а саме у 53 хворих (44,9 %) виявлено аденоматоз, залозисту, залозисто-кістозну гіперплазію та гіпопластичний ендометрій.

Вражають дані про поєднання у 84,2 % ПЕ із залозистою гіперплазією ендометрія.

Детального вивчення, на нашу думку, потребують дані про наявність аденоматозу ендометрія у 15,3 % хворих 2-ї групи (ПЕ) та у 26,3 % пацієнток 3-ї групи (залозиста гіперплазія).

Крім цього, детального вивчення і обговорення потребують наші дані про те, що тяжча порівняно з залозистою гіперплазією патологією ендометрія – залозисто-кістозна гіперплазія – тільки у 7,3 % випадків поєднувалася з ПЕ. Хоча у таких самих хворих залозиста гіперплазія (3-тя група) була у поєднанні з аденоматозом (26,3 %) і ПЕ.

Окремо стоїть 2-га група пацієнток (ПЕ). Під час аналізу отриманих результатів виникає питання: Чому, незважаючи на різний етіопатогенез виникнення ПЕ й залозистої та залозисто-кістозної гіперплазії, їх виявляють у досить частому (табл. 1) поєднанні порівняно з репрезентативними групами обстежених нами жінок?

Відповіді на поставлені запитання ми спробували знайти шляхом проведення аналізу анамнестичних даних у кожній з груп. Аналіз даних вказує на те, що у пацієнток із гіперпластичними процесами ендометрія (1-ша і 3-тя групи) і пацієнток з гіпопластичним ендометрієм не можна констатувати достовірну залежність частоти захворювання від віку хворих.

Аналіз даних про менархе вказує, що в усіх групах патологія ендометрія супроводжується раннім початком менструації, а саме до 14 років, що не є фізіологічним для нашого регіону.

Заслужують на увагу дані про екстрагенітальну патологію у жінок із патологією ендометрія. Так, гіперпластичні процеси (1-ша і 3-тя групи) частіше поєднувалися з такою екстрагенітальною патологією, як анемія. Це можна пояснити переважанням у цих жінок геморагічного синдрому. У разі діагностування ПЕ (2-га група) екстрагенітальна патологія найчастіше представлена анемією (26,3 %), гіпертонічною хворобою (31,6 %) і варикозною хворобою

вен нижніх кінцівок (78,9 %), а також ожирінням (31,6 %) і дифузним еутиреоїдним зобом (15,3 %).

У пацієнток 4-ї групи (гіпопластичний ендометрій) переважали варикоз вен нижніх кінцівок, ожиріння і дифузний еутиреоїдний зоб.

Варто відзначити, що в усіх чотирьох групах пацієнток із супутньою патологією переважала екстрагенітальна патологія у вигляді захворювань серцево-судинної системи (гіпертензія, варикоз вен нижніх кінцівок, патологія ендокринних органів). Це, без сумніву, свідчить про належність цих пацієнток до групи високого ризику виникнення ТЕУ.

У зв'язку з високою частотою патогістологічного висновку ПЕ у всіх обстежених пацієнток і серед усіх вікових груп хворих за всіма клінічними паралелями ми вважали за необхідне окремо проаналізувати паралелі між гістологічними формами поліпів і віком хворих.

З обстежених нами 320 пацієнток гістологічний висновок про наявність ПЕ ми отримали у 118 випадках (36,9 %). За гістологічною структурою у 88 (74,6 %) хворих виявлено активні форми поліпів, а саме: залозисті та залозисто-фіброзні, а в 30 (25,4 %) випадках – фіброзні поліпи.

Нами виявлено пряму залежність гістологічної структури ПЕ від віку хворих. Так активні форми поліпів (залозистий, залозисто-фіброзний) найчастіше (71,6 %) виявляють у жінок віком до 50 років. Фіброзні поліпи переважно діагностують у хворих постменопаузального віку (57,2 %).

Отже, морфологічно лейоміома матки з геморагічним синдромом характеризується найчастіше залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (50,7 %), ПЕ (36,9 %). Вважаємо, що під час вибору методу лікування пацієнток із лейоміомою матки і геморагічним синдромом (операційне, медикаментозне, комбіноване – органозберігаюче) необхідно враховувати дані анамнезу та наявну екстрагенітальну патологію.

**ВИСНОВКИ.** 1. Клінічний діагноз «лейоміома матки з геморагічним синдромом» гістологічно супроводжується залозистою і залозисто-кістозною гіперплазією ендометрія (50,7 %), ПЕ (39,6 %). Частота атипової гіперплазії ендометрія у жінок молодого репродуктивного віку сягає 28,8 %, хворі пізнього репродуктивного віку і періоду перименопаузи мають високий відсоток поєднання гіперплазій та ПЕ.

Таблиця 1. Середній вік та патологія ендометрія відповідно до визначених груп (n, %)

Досліджені хворі n=320	Середній вік (M±m)	Патологія ендометрія				
		аденоматоз	поліпоз ендометрія	залозиста гіперплазія ендометрія	залозисто-кістозна гіперплазія	гіпопластичний ендометрій
1 група n=124	50,1±4,8	-	9 (7,3)	-	-	-
2 група n=118	45,5±4,1	18 (15,3)	-	23 (19,5)	9 (7,6)	3 (2,5)
3 група n=38	51,2±3,6	10 (26,3)	32 (84,2)	-	-	-
4 група n=21	50,0±6,1	2 (9,5)	3 (14,3)	-	-	-
5 група n=19	50,0±9,2	-	-	-	-	-

2. Гістологічна структура ПЕ залежить від віку хворих. Так, у пацієнок, молодших за 50 років, переважають активні форми (залозисті та залозисто-фіброзні поліпи), у пацієнок періоду постменопаузи – фіброзні ПЕ.

3. Вважаємо, що під час вибору методу лікування пацієнок із лейоміомою матки і геморагічним синдромом

(операційне, медикаментозне, комбіноване, органозберігаюче) необхідно враховувати дані анамнезу та наявну екстрагенітальну патологію.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**

Подальшого поглибленого вивчення потребують отримані нами дані про поширене поєднання залозистої та залозисто-кістозної гіперплазії ендометрія з ПЕ.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение : учебно-методическое пособие / под ред. проф. Е. Б. Рудаковой. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 80 с.

2. Диференційне лікування гіперпластичних процесів ендометрія на фоні внутрішнього ендометріозу. – 2010. – № 9 (55). – С. 129–131.

3. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия / В. Н. Запорожан, Т. Ф. Татарчук, В. Г. Дубинина, Н. В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 5–12.

4. Принципы лечения лейомиомы матки / Н. В. Косей, Л. А. Васильченко, Е. И. Сухоребрая, И. Н. Шакало // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 14–20.

5. Памфамиров Ю. К. Современные взгляды на этиологию, патогенез и лечение миомы матки / Ю. К. Памфамиров, В. А. Заболотнов // Здоровье женщины. – 2011. – № 5 (61). – С. 15–19.

6. Зуб В. О. Морфофункціональні показники матки й ендометрія у хворих із поліпозом ендометрія / В. О. Зуб, А. Я. Сенчук, І. І. Чермак // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2014. – № 1 (13). – С. 142–145.

Отримано 02.03.16