

©Л.І. Іванюта, І.С. Іванюта

ГІСТЕРОСКОПІЧНА ОЦІНКА СТАНУ МАТКИ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ ТА ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ*ДУ інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України*

ГІСТЕРОСКОПІЧНА ОЦІНКА СТАНУ МАТКИ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ ТА ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ. Наведені дані про застосування гістероскопії у жінок з лейоміомою матки та дисфункціональними захворюваннями молочних залоз. Показана висока інформативна, діагностична цінність, доцільність перспективи застосування консервативних та хірургічних засобів лікування. Визначена висока частота маткових чинників та мамологічної патології, обґрунтовані принципи і послідовність їх лікування.

ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. Приведены данные о применении гистероскопии у женщин с лейомиомой матки и дисфункциональными заболеваниями молочных желез. Показана высокая информативная, диагностическая ценность, целесообразность, перспективы применения консервативных и хирургических способов лечения. Определена высокая частота маточных факторов и маммологической патологии, обоснованы принципы и последовательность их лечения.

GISTEROSKOPICHNA ESTIMATION OF THE STATE OF UTERUS FOR WOMEN With LEIOMYOMA AND DISFUNKCIONAL'NIMI BY DISEASES OF SUCKLING ZALOZI. The data on the use of hysteroscopy in women with dysfunctional uterine leiomyomoyu diseases of the breast. Shown highly informative, diagnostic value and feasibility perspective of conservative and surgical modalities of treatment. Defined high frequency factors and uterine pathology Momlogical, reasonable principles and sequence of their treatment.

Ключові слова: гістероскопія, лейоміома матки, молочна залоза, дисфункція

Ключевые слова: гистероскопия, лейомиома матки, молочная железа, дисфункция.

Key words: hysteroscopy, leiomyoma uterus, mammary gland dysfunction.

ВСТУП. В теперішній час в якості додаткових методів діагностики різних патологічних станів матки, а також для застосування хірургічних втручань й маніпуляцій у порожнині матки все частіше впроваджуються ендоскопічні методи в тому числі гістероскопія. Вони є або основним доступом до виконання адекватної операції, або включаються в програму лікування в якості допоміжних технологій, які доповнюють, полегшують чи попереджують небезпеку основного втручання, дозволяють уточнити анатомічну ситуацію і провести корекцію супутньої патології. Сучасний етап розвитку гінекології характеризується поєднанням гістероскопії з лапароскопією як єдиного лапароскопічного лікувально-діагностичного комплексу. Виконання об'єму гістероскопічних втручань залежить від показань до їх застосування. У випадках підозри на органічну патологію (лейоміома матки, ендометріоз) у жінок репродуктивного віку дослідження проводять у ранній фазі менструального циклу. В термінових ситуаціях та при прийомі комбінованих естроген-гестагенних препаратів день менструального циклу не має принципового значення. В лютеїнову фазу циклу гістероскопія застосовується з метою функціональної оцінки ендометрія [1, 2].

Сьогодні проблема доброякісних процесів матки, до яких відносяться гіперплазія ендометрія, лейоміома, аденоміоз матки, а також їх поєднання набуло особливої актуальності. Це обумовлено зростанням частоти даної патології, порушенням репродуктивної функції, можливістю розвитку злякисних новоутворень [3, 4].

За даними низки авторів, частота виявлення гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з лейоміо-

мою матки коливається від 20,0 до 78,0 %, у жінок з аденоміозом – від 4,7 до 48,0 % [5, 6]. Поєднання лейоміоми матки та ендометріозу матки виявляється у 29,0–85,0 % гінекологічних хворих, а поєднання гіперплазії ендометрія, лейоміоми та аденоміозу спостерігається у 30 % жінок фертильного віку.

Відомо, що до репродуктивної системи належать молочні залози (МЗ), які є органами-мішенями для стероїдних гормонів, кори наднирників, щитоподібної залози, гіпофіза та різних чинників росту. Патологічні імпульси, що виникають в результаті порушень в складному ланцюгу гормональних співвідношень, можуть сприяти розвитку як гіпер-, так і гіпопластичних змін [1, 7, 8].

В структурі захворюваності жіночого населення патологічні зміни МЗ займають провідне місце, з частотою від 40 до 80 %. В теперішній час відмічена тенденція до збільшення числа доброякісних захворювань молочних залоз, які виявляються у кожній четвертій жінки молодшої 30 років [10,9]. Найпоширенішою патологією молочних залоз є мастопатія. Цей термін є узагальнений для визначення доброякісних захворювань молочних залоз (ДЗМЗ).

Найтяжчі форми ДЗМЗ з гіперплазією залозистого компоненту виникають у жінок з гінекологічними захворюваннями, особливо при ендометриозі, лейоміомі, гіперплазії та поліпах ендометрія, які часто є основними чинниками безплідності [2, 4]. Поєднання захворювань МЗ в репродуктивному періоді з гіперплазією ендометрія складає 60,5 %, з хронічним аднекситом – 65,7 %, з геніальним ендометріозом – 85,7 %, з лейоміомою матки – 86,3 % випадків [3, 9]. В міру накопичення результатів клінічних досліджень

про взаємозв'язок порушень функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи та щитоподібної залози з патологічними змінами МЗ змінюються підходи до лікування різних форм ДЗМЗ. Проте роботи по вивченню механізмів взаємозв'язку лейоміоми матки і безплідності у хворих з ДЗМЗ малочисленні і неоднозначні, а проблема підлягає вивченню [4].

Мета дослідження. Удосконалити діагностику та лікування жінок з лейоміомою матки та ДЗМЗ на основі гістероскопічного вивчення стану порожнини матки в співвідношенні з морфологічною характеристикою ендометрія і рекомендувати оптимальні варіанти лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 64 жінки з лейоміомою матки та ДЗМЗ. Середній вік хворих становив $27,8 \pm 3,4$ року.

Алгоритм обстеження включав вивчення анамнезу, клінічні та пара клінічні методи дослідження. Комплекс інструментальних та лабораторних досліджень включав: ультразвукове дослідження органів малого таза, молочних залоз, щитоподібної залози, гістеросальпінгографію, кольпоскопію, гістероскопію, при потребі – лапароскопію, біопсію ендометрія з наступним гістологічним дослідженням матеріалу, цитологію виділень із цервікального каналу та молочної залози, рентгенографію черепа (турецького сідла), бактеріологічні, ендокринні та імунологічні методи дослідження. Проводився гінекологічний та маммографічний скринінг, сонографія та рентгенографія лише за показаннями мамолога.

Для визначення внутрішньоматкової патології проводилась рідинна гістероскопія за допомогою гістероскопа Karl Storz (Німеччина). Гістероскопія проводилась за стандартною методикою у II фазу менструального циклу, а при підозрі на підслизову лейоміому чи аденоміоз матки – у I фазу менструального циклу.

Обстеження МЗ та ЩЗ починалося з сонографічного дослідження (УЗ скринінг), яке проводилося на 6–11 день менструального циклу ультразвуковим апаратом «SIEMENS SONO LINK G 40» лінійним датчиком з частотою 7,5 МГц.

Об'єм матки визначався при клінічному обстеженні до лікування і при кожному наступному огляді. Вимірювалися три основних розміри матки: довжина (R_1), ширина (R_2) та глибина (R_3) – задньопередній діаметр. Об'єм матки підраховувався за формулою $R_1 \times R_2 \times R_3 \times 0,5236$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Показанням для проведення гістероскопії було: порушення менструального циклу, підозра на підслизову лейоміому матки, вузлова лейоміома, болі, швидкий ріст, поєднання аденоміозу та лейоміоми матки, внутрішньоматкові синехії, виявлення при рентгенологічних та ехографічних дослідженнях внутрішньоматкової патології (дефекти наповнення, неправильна форма та контури порожнини матки). Оцінювали розміри та форму порожнини матки, наявність в них патологічних утворень, їх структуру, стан вічок маткових труб, колір і характер ендометрія, його судинний рисунок.

Із 64 жінок з лейоміомою матки (ЛМ) тривалість первинної неплідності була 2–5 років – у 30 (46,8 %),

вторинної 5–7 років у 34 жінок (53,2 %). В минулому 15 (23,4 %) пацієнок перенесли соматичні захворювання, 31 (48,4 %) хворіли дитячими інфекціями, більшість із них лікувались з приводу різних гінекологічних захворювань (43,7 %), у 29 (45,3 %) були хірургічні втручання на органах малого таза. Порушення менструального циклу такі як гіперполіменорея, нерегулярні менструації, дисменорея спостерігалися у 35 (52,3 %) пацієнок. Двофазний цикл був у 23 (35,9 %), недостатність другої фази – у 35 (54,6 %), монофазний – у 6 (9,5 %) жінок.

Досить високий був рівень патології шийки матки 29 (45,3 %) у обстежених жінок, що можливо, пов'язано з високим бактеріологічним та вірусним навантаженням в процесі захворювання.

У 12 (18,7 %) пацієнок відмічалась обтяжена спадковість у родичів (лейоміома матки та пухлини молочних залоз). Більшість обстежених жінок не мали скарг з приводу патології молочних залоз і лише у 16 (25,0 %) виявили зміни молочної залози при обстеженні. Зміни молочних залоз у пацієнок з лейоміомою матки розподілилися на: фіброзно-кістозні (39,4 %), фіброзно-склерозні (30,3 %), фіброаденоз (21,2 %) та вузлові форми (9,1 %).

Середні розміри матки за даними лапароскопії були $101,8 \pm 1,7$ мм (поздовжній), $60,9 \pm 2,1$ мм (передньо-задній) і $70,6 \pm 2,2$ мм (поперечний) об'єм матки був $22,9$ мм³.

Середня довжина матки при зондуванні у жінок з лейоміомою була по центру – $9,5 \pm 0,7$ см, по правому ребру – $9,6 \pm 0,6$ см, по лівому ребру – $9,5 \pm 0,8$ см. Деформація стінок порожнини матки за рахунок субмукозних та переважно інтрамуральних міоматозних вузлів різного розташування діаметром 1,5–5 см виявлена у 32 (50,0 %) жінок. Такі лейоматозні вузли мали вигляд обмежених напівсферичних випинань блідо-рожевого або жовто-червоного кольору і не змінювали свою конфігурацію під тиском розчину, який поступав в порожнину матки. У 10 (15,6 %) обстежених жінок діагностовано внутрішньоматкові синехії, у 5 (7,8 %) спайки були різко виражені і значно деформували порожнину матки.

У 32 (50,0 %) жінок ендометрій мав вигляд високих, рівномірних складок блідо-рожевого кольору з вертикально направленими гіллястими судинами.

Гіперплазія ендометрія виявлена у 11 (17,1 %) обстежених пацієнок. У 21 (32,8 %) виявлені поліпи ендометрія. У 23 (35,9 %) хворих ендометрій відповідав фазі менструального циклу без ознак жодної патології. Поєднання гіперплазії та поліпів ендометрія спостерігалось у 6 (9,3 %) пацієнок. Гіпопластичний ендометрій естрогенного типу зустрічався у 10 (15,6 %) жінок. Ознаки хронічного ендометриту відмічалися у 15 (23,4 %) хворих, у 6 (9,3 %) обстежених виявлені залозисті та залозисто-фіброзні поліпи цервікального каналу.

Результати патоморфологічного дослідження ендометрія у хворих з лейоміомою матки та дисгормональними захворюваннями молочних залоз показали, що поліпи ендометрія зустрічались у 37,5 % обстежених, у 60,5 % спостерігалась неатипова гіперплазія ендометрія, ендометрит – у 15,2 %.

Проведені дослідження показали, що у 50 % жінок з лейоміомою матки виявлена деформація порожнини матки, яка обумовлена наявністю підслизових та інтрамуральних вузлів діаметром від 1,0 до 5,0 см, що є показанням до хірургічного лікування жінок репродуктивного віку. Ультразвукове обстеження хворих з лейоміомою матки виявило кількість, розміри та локалізацію вузлів лейоміоми, об'єм пухлинних утворів, стан ендометрія, біометрія та особливості кровопостачання вузлів, що враховувалось при виборі методу лікування. У хворих з лейоміомою матки в порівнянні зі здоровими жінками були знижені показники судинної резистентності в маткових артеріях, що залежало від кількості і гістологічної структури міоматозного вузла. При простій лейоміомі ІР складав $0,76 \pm 0,04$, тоді як при проліферуючій – $0,64 \pm 0,06$.

Лікування жінок з лейоміомою матки та ДЗМЗ проводили індивідуально з урахуванням гінекологічного статусу. Оскільки патологія геніталій передуює диспластичним захворюванням молочних залоз, то на першому етапі проводили первинну профілактику патології молочної залози, яка полягає у адекватному лікуванні гінекологічних захворювань. Оптимальним підходом до лікування неплідності у хворих з субмукозною лейоміомою та інтрамуральними вузлами розмірами більше 5 см є поєднання гормонотерапії (диферелін, бусерелін, данол, «Мірена») та консервативної хірургічної корекції. Відновлення репродуктивної функції при застосуванні гормональної корекції досягають 42,0 %, а після поєднаної терапії – 45, 82 % випадків.

Отже, діагностична інформативність гістероскопії з наступним патогістологічним вивченням біоптату досить висока оскільки поряд з візуальною оцінкою порожнини матки допомагає установити діагноз, фазу менструального циклу, причину неплідності, а при необхідності виконати необхідне хірургічне втручання (видалення поліпа, лейоміоми, розсічення спайок) які часто є причиною репродуктивної дисфункції.

ВИСНОВКИ.

1. Гістероскопія займає важливе місце в комплексному обстеженні та лікуванні жінок з лейоміомою матки та ДЗМЗ, оскільки дозволяє виявити або виключити маткові чинники у хворих з порушенням репродуктивної функції.

2. Застосування гістероскопії дозволяє конкретизувати, оцінити динаміку маткової патології, з'ясувати патогенетичні механізми виникнення захворювання зпрогнозувати доцільність та перспективність застосування консервативних та хірургічних засобів лікування.

3. Оскільки патологія геніталій часто передуює прояву диспластичних захворювань молочних залоз, запорукою запобігання мамологічної патології є своєчасна та адекватна корекція генітальної патології.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Подальше вдосконалення нових методів діагностики та лікування дозволить більш детально уточнити анатомічну ситуацію, та проводити корекцію супутньої патології, що значно розширить можливості лікувально-діагностичного комплексу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Кулаков В.И. и соавт. Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний молочных желез. // Акуш. и гинеколог. – 2007. – № 2. – С. 55–58.
- Vertolini G., Zang M., Gruber G. Hysteroscopy in the evaluation of patient with recurrent pregnancy loss: a cohort study in a primary care population. // Surg. Endosc. – 2004. – № 18:12. – P. 1782–1784.
- Іванюта Л.І., Іванюта С.О. принципи діагностики та лікування неплідності у жінок. // Вісник асоціації акуш. і гінеколог. України. – 2001. – № 5–6. – с. 3–9.
- Корсак В.С., Заберкина О.И., Исакова Э.В., Попов Э.Н. Диагностика патологии полости матки у больных страдающих трубно-перитонеальной формой бесплодия. // Журн. акуш. и жен. бол., – 2005. – № 3–4. – С. 50–53.
- Бурлей В.А., Павлович С.В. Воздействие медикаментозной терапии на процессы пролиферации и апоптоза у больных с миомой матки (обзор литературы) – // Проблемы репродукции. – 2004. – № 1. – С.13–18.
- Іванюта Л.І., Іванюта С.О., Бринь В.М. Маткові чинники неплідності. // Здоровье женщины. – 2004. – № 3. – С. 15–18.
- Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., Киселев С.И. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки // Практическая гинекология. (Под ред. В.И.Кулакова, В.Н. Прилепской, – 2001. – С. 89–115.
- Verhaak C., Smeenk G., Evers A. et al. Outpatient hysteroscopy: pain assessment by visual analogue scale. Aust NZ J Obstet Gynaecol. – 30. – P. 89–90.
- Харченко В.П. Клиническая маммология. // Тематический сборник, – 2005, – с. 28.
- Бурдина Л.М. Клинико-рентгенологические особенности заболеваний молочной железы у гинекологических больных репродуктивного возраста с нейро-эндокринной патологией. – дисс. д-ра мед. наук, – 1993. – 276 с.

Отримано 17.01.12 р.