

©В. О. Зуб, А. Я. Сенчук, І. І. Чермак

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ МАТКИ Й ЕНДОМЕТРІЮ У ХВОРИХ ІЗ ПОЛІПОЗОМ ЕНДОМЕТРІЮ*ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»*

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ МАТКИ Й ЕНДОМЕТРІЮ У ХВОРИХ ІЗ ПОЛІПОЗОМ ЕНДОМЕТРІЮ. З метою вивчення морфофункціональних змін ендометрію у хворих пре- і постменопаузального віку, які страждають на поліпоз ендометрію (ПЕ) проаналізовано 100 випадків ПЕ у жінок різних вікових груп, які були обстежені в обсязі вивчення особливостей субендометріального кровотоку, кровотоку в маткових та внутрішніх клубових артеріях з наступним морфологічним дослідженням ендометрію. Гістологічна структура ПЕ залежить від віку хворих, так, у пацієток, молодших за 50 років, переважають активні форми (залозисті і залозисто-фіброзні поліпи), в жінок у періоді постменопаузи – фіброзні ПЕ. Оцінка кривих швидкостей кровообігу в маткових та внутрішніх клубових артеріях у пацієток із ПЕ показує зменшення як систолічної так і діастолічної швидкостей кровотоку та збільшення показників периферійного опору. У субендометріальних артеріях картина прямо протилежна: зменшення показників периферійного опору та збільшення систолічної та діастолічної швидкості кровотоку. Визначено, що особливо несприятливим станом є сполучене ураження міометрія лейомиомою і аденоміозом, оскільки у даних пацієток гістогічні висновки значно частіше містять передпухлинні та передракові ураження ендометрію та шийки матки.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИПОЗОМ ЭНДОМЕТРИЯ. С целью изучения морфофункциональных изменений эндометрия у больных пре- и постменопаузального возраста, которые страдают полипозом эндометрия (ПЭ) проанализировано 100 случаев ПЭ, которые были обследованы в объеме изучения особенностей субэндометриального кровотока, кровотока в маточных и внутренних подвздошных артериях с последующим морфологическим исследованием эндометрия. Гистологическая структура ПЭ зависит от возраста больных, так, у пациенток моложе 50 лет, преобладают активные формы (железистые и железисто-фиброзные полипы), у женщин в периоде постменопаузы – фиброзные ПЭ. Оценка кривых скоростей кровообращения в маточных и внутренних подвздошных артериях у пациенток с ПЭ показывает уменьшение как систолической так и диастолической скоростей кровотока и увеличение показателей периферического сопротивления. В субэндометриальных артериях картина прямо противоположная: уменьшение показателей периферического сопротивления и увеличение систолической и диастолической скорости кровотока. Выявлено, что особенно неблагоприятным состоянием является сочетанное поражение миометрия лейомиомой и аденомиозом, поскольку у данных пациенток гистогические заключения значительно чаще содержат предопухольные и предраковые поражения эндометрия и шейки матки.

MORPHOFUNCTIONAL INDICATORS OF UTERUS AND ENDOMETRIUM IN PATIENTS WITH ENDOMETRIAL POLYPS. In order to study the morphological changes of the endometrium in patients with pre- and postmenopausal age suffering from endometrial polyps (EP) there were analyzed 100 cases of EP in women of different age groups that were surveyed in the study of features subendometrial blood flow, blood flow in the uterine and internal iliac arteries with following morphological study of the endometrium. Histological structure of EP depends on the age of patients, in patients younger than 50 years, dominated reactive (glandular and glandular-fibrous polyps) in women during menopause – fibroid EP. Estimation of the velocity curves and uterine blood flow in the internal iliac arteries in patients with EP shows a decrease of both systolic and diastolic blood flow velocities and increased peripheral resistance performance. In subendometrial arteries the picture is opposite: decrease of peripheral resistance and an increase in systolic and diastolic blood flow velocity. It is determined that the most unfavorable state is combined defeat of myometrium by leiomyoma with adenomyosis, because the histological conclusions in these patients contain significantly more precancerous lesions and Precancer of endometrium and cervix.

Ключові слова: поліпоз ендометрію, діагностика, морфологія, доплерометрія.

Ключевые слова: полипоз эндометрия, диагностика, морфология, доплерометрия.

Key words: endometrial polyps, diagnosis, morphology, Doppler.

ВСТУП. У структурі гінекологічної захворюваності поліпоз ендометрію (ПЕ) посідає провідне місце і має стійку тенденцію до зростання [1, 3]. Дана патологія є прерогативою жінок віком після 35 років і фактором ризику розвитку раку ендометрію [2, 4].

У зв'язку з цим цікавими, на нашу думку, можуть бути результати дослідження особливостей субендометріального кровотоку, кровотоку в маткових та внутрішніх клубових артеріях та патогістологічних висновків видаленого під час діагностичного вишкрібання порожнини матки матеріалу. Вивчення частоти ураження тіла матки, ендометрію і шийки матки та структури патологічних процесів у разі ПЕ необхідно для визначення оптимального обсягу лікування [5, 6].

Метою нашого дослідження було вивчення морфофункціональних змін ендометрію у хворих пре- і постменопаузального віку, які страждають на ПЕ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проаналізовано 100 випадків ПЕ у жінок різних вікових груп (основна група), які були обстежені в обсязі вивчення особливостей субендометріального кровотоку, кровотоку в маткових та внутрішніх клубових артеріях з наступним морфологічним дослідженням ендометрію. Усіх пацієток залежно від періоду життя було розподілено на групи. До I-ої групи увійшли 50 пацієток у преклімактеричному віці (жінки до 50 років, середній вік – $45,6 \pm 3,1$ років), до II-ої групи – 50 пацієток у постклімактеричному віці, протягом 5 років

(жінки віком від 51 до 55 років, середній вік – $53,4 \pm 2,4$ років).

Контрольну групу склали 30 жінок відповідного віку (від 42 до 55 років), що звернулися з метою проходження ультразвукового дослідження, у яких був відсутній клініко-анамнестичний комплекс, характерний для ПЕ, а за даними ультразвукового дослідження (на 10–12-ий, 22–26-ий дні менструального циклу) у разі нормальної ультразвукової картини були констатовані овуляторні цикли.

Ультразвукове дослідження проводили на сканері HDI-1500 (ATL) трансабдомінальним та трансвагінальним датчиками з частотою 7,5–9 мГц у режимах сірої шкали кольорового доплерівського картування (КДК) та імпульснохвильової доплерографії при частотному фільтрі 100Гц. Частота серцевих скорочень перебувала в діапазоні 60-80 уд./хв. У процесі дослідження під час КДК оцінювали ступінь та характер субендометріального кровотоку та патологічних вогнищ, під час імпульснохвильової доплерографії аналізували криві швидкості кровотоку (КШК) в артеріях субендометріальних, маткових, внутрішніх клубових з визна-

ченням максимальної систолічної швидкості кровотоку (МСШК), кінцевої діастолічної швидкості кровотоку (КДШК), систоло-діастолічного відношення (СДВ), індексу резистентності (ІР), пульсаційного індексу (ПІ) і середньої швидкості кровотоку (СШК).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. За результатами проведених досліджень ми визначили, що середня товщина гіперплазованого ендометрію до лікування, за даними трансвагінальної сонографії, становила $15,9 \pm 1,3$ мм у проліферативній фазі менструального циклу. Нерівні переривчасті контури базального пласта ендометрію спостерігали у 84 жінок (84,0 %). Під час проведення КДК було отримано значне збільшення кількості кольорових шматків, що мають схильність до з'єднання.

Отримані нами результати доплерометричного дослідження показників субендометріального кровотоку в обстежених групах наведені в таблиці 1. Аналіз отриманих даних свідчить про зменшення показників периферичної протидії та збільшення систолічної та діастолічної швидкості кровотоку.

Таблиця 1. Показники субендометріального кровотоку в обстежених групах пацієнток

Показники	Основна група n = 100	Контрольна група n = 30
МСШК	$7,77 \pm 0,91$	$6,42 \pm 0,83$
КДШК	$1,92 \pm 0,77$	$1,79 \pm 0,92$
СДВ	$1,97 \pm 0,15$	$2,23 \pm 0,12$
ІР	$0,54 \pm 0,10$	$0,62 \pm 0,06$
ПІ	$1,35 \pm 0,2$	$1,43 \pm 0,11$
СШК	$4,65 \pm 1,7$	$4,48 \pm 1,5$

Примітка: * – різниця достовірна ($p < 0,05$) в показниках основної та контрольної груп.

На нашу думку, компресія субендометріальних судин зумовлена розвитком навколо фіброзних ПЕ інфільтративно-рубцьових змін внаслідок проникнення в тканини протеолітичних та липолітичних ферментів, продуктів деструкції тканин, що виникають у зоні поліпа, що спричиняє підвищення судинного опору кровотоку в усьому судинному руслі матки. Даний висновок підтверджується результатами дослідження особливостей кровотоку в маткових та внутрішніх клубових артеріях у пацієнток з ПЕ.

Результати доплерометричного дослідження показників кровотоку в маткових артеріях в обстежених групах наведені в таблиці 2.

Аналіз доплерометричних показників кровотоку в маткових артеріях в обстежених групах свідчить про достовірне ($p < 0,05$) зниження МСШК у пацієнток, що страждають на ПЕ. Виявлено тенденцію до зниження СДВ, ІР, ПІ, СШК. Показники мали достовірну різницю

у хворих з ПЕ порівняно із показниками кровотоку в маткових артеріях у здорових жінок.

Отже, дані, наведені в таблиці, свідчать про зменшення систолічної і діастолічної швидкості кровотоку, збільшення показників периферичного опору.

Результати доплерометричного дослідження показників кровотоку у внутрішніх клубових артеріях в обстежених групах наведені в таблиці 3.

Аналіз доплерометричних показників, наведених у таблиці 3, свідчить про достовірне ($p < 0,05$) зниження МСШК у внутрішніх клубових артеріях у пацієнток, що страждають на поліпоз, а також про зменшення систолічної і діастолічної швидкості кровотоку, збільшення показників периферічного опору у внутрішніх клубових артеріях.

Аналіз патогістологічних висновків операційного матеріалу показав, що патологічні ураження у жінок із ПЕ стосуються тіла матки, ендометрію та шийки матки.

Таблиця 2. Доплерометричні показники кровотоку в маткових артеріях в обстежених групах

Показники	Основна група n = 100	Контрольна група n = 30
МСШК	$55,32 \pm 1,71$	$62,42 \pm 1,41$
КДШК	$17,38 \pm 1,47$	$20,59 \pm 1,24$
СДВ	$3,27 \pm 0,14$	$3,07 \pm 0,19$
ІР	$0,76 \pm 0,11$	$0,72 \pm 0,05$
ПІ	$1,97 \pm 0,09$	$1,82 \pm 0,11$
СШК	$20,1 \pm 2,5$	$21,47 \pm 2,4$

Примітка: * – різниця достовірна ($p < 0,05$) у показниках I-ої та II-ої груп.

Таблиця 3. Доплерометричні показники кровотоку у внутрішніх клубових артеріях в обстежених групах

Показники	Основна група n = 100	Контрольна група n = 30
МСШК	78,35±1,52	88,38±1,42
КДШК	22,64±1,59	26,72±1,61
СДВ	4,52±0,46	3,34±0,17
ІР	0,81±0,16	0,76±0,12
ПІ	2,40±0,17	2,1±0,23
СШК	21,53±3,1	26,46±3,1

Примітка: * – різниця достовірна ($p < 0,05$) в показниках I та II груп.

Аналіз результатів свідчить, що у жінок у постменопаузі (II-га група) достовірно частіше трапляється ураження міометрію лейоміомою. Ураження міометрію тільки аденоміозом трапляється приблизно з однаковою частотою, а сумісне ураження міометрію лейоміомою й аденоміозом частіше діагностовано у пацієнток віком до 55 років (II-га група). Патогістологічний висновок про відсутність патологічного ураження міометрію ми частіше отримували у хворих з ПЕ у періоді пременопаузи (30,0 %) й у періоді менопаузи більше 5 років (35,0 %).

Доброякісні стани ендометрію, які відповідають віковому стану обстежених пацієнток, виявлені нами у 30,0 % усіх обстежених. Аналізуючи гістологічні висновки за групами, слід відзначити, що у I-ій групі пацієнток, перехідний, гіпопластичний і атрофічний ендометрій не діагностувався, що свідчить про збереженість циклічних гормонально-морфологічних змін в ендометрії у даній категорії пацієнток.

У II-ій групі, на відміну від цього показника у I-ій групі, перехідний і гіпопластичний ендометрій зареєстровані у 36,0 % випадків. Атрофічний ендометрій у пацієнток II-ої групи не зустрічався.

Патологічні форми ендометрію, ПЕ, залозиста гіперплазія, залозисто-кістозна гіперплазія, аденоматоз та синільний ендометрій виявлені нами у 42,0 % хворих серед усіх обстежених пацієнток. Наш аналіз частоти патологічних форм ендометрію залежно від розподілу хворих за віком і періодом життя свідчить про те, що таке вкрай тяжке передпухлинне ураження ендометрію, як аденоматоз, однаково часто трапляється у періоді пременопаузи і постменопаузи. Активні гормонозалежні процеси ендометрію – залозиста і залозисто-кістозна гіперплазія – частіше реєструється в періоді пременопаузи і ранньої постменопаузи (до 5 років). Патологічна стромальна реакція, а саме ПЕ, частіше виявляється в періоді пременопаузи (16,0 %).

Патологічні зміни шийки матки достатньо часто супроводжують таку патологію, як опущення та випадіння статевих органів. Окремо і в сполученні запальні, гіперпластичні і передпухлинні процеси шийки матки дуже часто реєструються у пацієнток з ПЕ. Аналіз отриманих результатів за виділеними нами групами показав, що частіше за все доброякісні патологічні зміни шийки матки (ендоцервіцит, залозиста псевдоерозія, псевдоерозія, що епідермізується та стаціонарний ендодервікоз), визначаються у пацієнток I-ої та II-ої груп, а саме у жінок у періоді пременопаузи та ранньої менопаузи.

Аналізуючи гістологічні висновки за групами, слід зазначити, що у I-ій групі пацієнток лейоміома в 30,0 % випадків була у сполученні з перехідним, гіпопластичним і атрофічним ендометрієм. На відміну від цього показника у I-ій групі, перехідний, гіпопластичний і атрофічний ендометрій у пацієнток II-ої групи траплявся рідше, а саме в 24,9 % випадків.

Нами виявлена пряма залежність гістологічної структури ПЕ від віку хворих. Так, активні форми поліпів (залозистий, залозисто-фіброзний) найчастіше (72,0 %) виявляють у жінок у віці пременопаузи. Фіброзні поліпи переважно діагностують у хворих у віці постменопаузи (58,0 %).

ВИСНОВКИ. 1. Доплерометричні показники кровотоку в субендометріальних, маткових та внутрішніх клубових артеріях у пацієнток із поліпозом відрізняються від показників у здорових пацієнток. Оцінка кривих швидкостей кровообігу в маткових та внутрішніх клубових артеріях показує зменшення в них як систолічної так і діастолічної швидкостей кровотоку та збільшення показників периферійного опору. В субендометріальних артеріях картина прямо протилежна: зменшення показників периферійного опору та збільшення систолічної та діастолічної швидкостей кровотоку.

2. Пацієнткам, які страждають ПЕ, притаманні патологічні захворювання тіла матки, ендометрію і шийки матки. У жінок у постменопаузі достовірно частіше трапляється ураження міометрія лейоміомою, а сумісне ураження міометрія лейоміомою і аденоміозом частіше діагностується у пацієнток віком до 55 років. Тому в разі діагностики ПЕ необхідно провести додаткові дослідження для з'ясування стану міометрія і шийки матки у даній категорії хворих.

3. Гістологічна структура ПЕ залежить від віку хворих, так, у пацієнток, молодших за 50 років, переважають активні форми (залозисті і залозисто-фіброзні поліпи), в жінок у періоді постменопаузи – фіброзні ПЕ.

4. Під час аналізу попередніх результатів обстеження необхідно враховувати, що особливо несприятливим станом є сполучене ураження міометрія лейоміомою і аденоміозом, оскільки у даних пацієнток гістогічні висновки значно частіше містять передпухлинні та передракові ураження ендометрію та шийки матки.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Перспективами подальших досліджень може бути визначення нових підходів до вибору методу лікування патології ендометрію у жінок різних вікових груп. Це дозволить підвищити ефективність лікування, визначить його спрямування на використання органозбережних методів для підвищення якості життя пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение: учебно-метод. пособие / под ред. проф. Е. Б. Рудаковой. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 80 с.
2. Малоинвазивные методы лечения женщин с гиперпластическими процессами в эндометрии / А. А. Попов, И. В. Барина, М. А. Чечнева и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – № 4. – т. 7. – 2007. – С. 50–53.
3. Прогнозування та рання діагностика пухлинних захворювань ендометрія / Дубініна В. Г. // Автореф. дис. на здобуття наук. ступ. д. мед. наук ... 14.01.01. – Київ. – 2007.
4. Современная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия / В. Н. Запорожан, Т. Ф. Татарчук, В. Г. Дубинина, Н. В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – № 1(3). – 2012. – С. 5–12.
5. Сучасні принципи діагностики та лікування гіперпластичних процесів ендометрія / Т. Ф. Татарчук, Т. Д. Задорожна, Л. І. Воробйова та ін. // Методичні рекомендації. – Київ, 2005. – 16 с.
6. Шешукова Н. А. Оценка функционального статуса слизистой оболочки тела матки у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия / Н. А. Шешукова, И. О. Макаров // Акушерство и гинекология. – № 2. – 2007. – С. 72–75.

Отримано 16.01.2014