

УДК 618.145

Е.С. Привалова, А.А. Кириллова, А.С. Числовская, Н.И. Блинова

ФАКТОРЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

*Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России*

Представлены результаты ретроспективного анализа 100 историй болезни пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) по выявлению факторов риска их развития и эффективности диагностики с использованием ультразвукового сканирования. Основными факторами риска возникновения данной патологии являются перименопаузальный возраст, избыточный вес, сопутствующая гинекологическая и соматическая патология, способ контрацепции с применением внутриматочных спиралей. Совпадение диагноза ГПЭ по данным УЗИ и гистологического исследования отмечено в 82% случаев. Основными причинами расхождения инструментального и гистологического диагноза являются изменения эндометрия воспалительного генеза.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндометрия, полип эндометрия, ультразвуковая диагностика, факторы риска.

RISK FACTORS AND EFFECTIVENESS OF ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES

Ye.S. Privalova, A.A. Kirillova, A.S. Chislovskaya, N.I. Blinova

Tver State Medical University

The article presents the results of a retrospective analysis of 100 medical histories of patients with endometrial hyperplastic processes (EHP) to identify risk factors and diagnostic efficiency using ultrasound scanning. The main risk factors for the occurrence of this pathology are perimenopausal age, overweight, concomitant gynecological and somatic pathology, method of contraception using intrauterine devices. The coincidence of the diagnosis of EHP according to ultrasound and histological examination was noted in 82% of cases. The main reasons for the discrepancy between instrumental and histological diagnosis are changes in the endometrium of inflammatory genesis.

Key words: endometrial hyperplastic processes, endometrial polyp, ultrasound diagnostics, risk factors.

Введение

В последние десятилетия наблюдается рост гормонозависимых опухолей репродуктивной системы. Рак эндометрия занимает 2-е место (после рака молочной железы) по распространенности, а в структуре онкологической смертности – 3-е место (после рака молочной железы, яичника). Одним из основных факторов риска развития рака эндометрия является гиперплазия эндометрия (ГЭ). Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) – это патология слизистой оболочки матки, заключающаяся в диффузном или очаговом ее утолщении. Основой патогенеза ГЭ является ановуляция и лютеиновая недостаточность, относительная гиперэстрогения [1]. Эстрогены, вступая во взаимодействие с рецепторными белками клеток эндометрия, усиливают их митотическую активность и стимулируют пролиферативные процессы. Это происходит в тех случаях, когда рецепторный аппарат эндометрия слабо развит или поврежден в течение жизни воспалительными, химическими или механическими воздействиями. И наоборот наличие активного рецепторного аппарата матки к эстрогенам может вызвать ГЭ в условиях относительно низкого эстрогенного уровня [2].

Наибольшее значение в диагностике ГПЭ имеют ультразвуковое исследование – УЗИ (трансабдоми-

нальное, трансвагинальное), отдельное диагностическое выскабливание матки (РДВМ) с последующим гистологическим исследованием материала. Заключительный диагноз может быть поставлен только на основании гистологического исследования. Гиперпластические процессы эндометрия имеют свои типичные особенности УЗ-картины, которые можно вовремя диагностировать [3]. Сейчас выделено много групп риска для вышеуказанного заболевания (возраст > 35 лет, отсутствие беременности в анамнезе, нерегулярный цикл, связанный с ановуляторным бесплодием и синдромом поликистозных яичников, поздняя менопауза, метаболический синдром, сахарный диабет, ожирение, нарушение функции щитовидной железы, а также курение, неблагоприятный семейный анамнез по раку яичника, матки и кишечника).

Цель – оценить наиболее значимые факторы риска и эффективность метода ультразвукового сканирования для своевременной диагностики ГПЭ.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 100 историй болезни женщин в возрасте от 20 до 80 лет, находившихся с диагнозом «Гиперпластический процесс эндометрия» в гинекологическом отделении областного роддома Твери в период с 15.01.2018–15.07.2018.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ клинического материала показал, что в структуре ГПЭ полипы тела матки определены в 72% случаев, гиперплазия эндометрия – 20%. В числе основных жалоб в разных сочетаниях отмечены боль в низу живота (55% случаев), кровянистые выделения вне менструации (30%), обильность менструальных выделений (15%), нерегулярность менструального цикла (8%), болезненность менструации (4%), бесплодие (3%). В 5% случаев обнаружение ГПЭ было случайной находкой при УЗИ органов малого таза.

Большинство женщин (57%) находились в репродуктивном возрасте (при этом диагноз «бесплодие» из них имели 3,5%), в менопаузе находилось 43% пациенток.

Данная патология чаще выявлялась в пременопаузальном периоде, что соответствует данным других авторов [3], в частности, в возрасте 40–49 лет ГПЭ обнаружены в 35% случаев. Реже диагноз был установлен в более позднем возрасте пациенток: в 60–64 года – у 15% больных, в 65–69 лет – у 12%. При этом в возрасте 25–39 лет ГПЭ обнаруживались с частотой 6% случаев на каждые пять лет возраста и проявлялись в виде полипов тела матки. Данные литературы, обобщенные в клинических рекомендациях, дают следующую статистику по типам ГЭ: простая ГЭ (ПГЭ) имеет пик заболеваемости в 41–50 лет, атипичная ГЭ (АГЭ) – в 36–40 лет, комплексная ГЭ (КГЭ) – в 41–45 лет [2].

Особую роль в генезе гиперэстрогении отводят чрезмерной экстрагландулярной продукции эстрогенов жировой тканью [3]. При этом 42% пациенток с ГПЭ имели нормальную массу тела по индексу Кетле (18,5–24,9), 25% – избыточную (25–29,9), ожирение разной степени (ИМТ свыше 30,0) отмечено в 31% наблюдений.

Обращает на себя внимание высокая представленность пациенток, использовавших ранее или использующих на момент обращения внутриматочную спираль (ВМС) в качестве метода контрацепции (37% случаев). При этом наименьшая частота ГПЭ имела место у принимавших комбинированные оральные контрацептивы (21%), что соответствует данным, приведенным в литературе [1].

При анализе особенностей менструальной функции обследованных женщин установлено, что менархе чаще наступал в 14 (28%) и 13 лет (27%) соответственно, позднее наступление менархе (в 16 лет) отмечено в 7% случаев, ранее (в 10–11 лет) – в 10%. Длительность менструального цикла чаще усредненно составляла: 28 дней – в 43% наблюдений, 30 дней – 22%, 29 и 25 дней – по 10%, 24 дня – 6%. Регулярность менструального цикла имела место в 89% случаев, нерегулярен он был в 11% наблюдений. Продолжительность менструации в основном составляла 4–5 дней (55%), 6–7 дней (34%), 3 дня (11%). Болезненность обычного менструального цикла отмечали 18% пациенток, в то время как у 82% он был безболезнен. Обильность менструальной кровопотери имела место в 27% случаев, в основном она была

умеренной – 70% и скудной – у 3% женщин. Начало половой жизни у большинства женщин происходило в 17–18 лет (26%), в 19–20 лет – в 25% случаев.

Многие пациентки имели отягощенный акушерский анамнез (медицинские аборты – 58%, самопроизвольные аборты – 13%), что также является фактором риска для ГПЭ.

При анализе гинекологического анамнеза отмечена высокая частота таких заболеваний, как миома матки (46%), эндометриоз (36%), воспаления органов малого таза – сальпингит, сальпингоофорит, оофорит (27%), полипы матки в прошлом (18%), ГЭ ранее (11%), лишь у 6% больных сопутствующие гинекологические заболевания отсутствовали.

Патологии эндометрия часто сопутствует нейро-эндокринно-обменный синдром. Вегетативные и нервно-психические расстройства, характерные для перименопаузы, протекают тяжело и длительно, быстро прогрессирует ожирение [1]. У наших пациенток отмечено, что чаще гиперпластические процессы возникали на фоне таких соматических болезней, как болезни желудочно-кишечного тракта (32%), артериальная гипертензия (28%), хронические воспалительные очаги (22%), болезни эндокринной системы (21%), болезни соединительной ткани, костей и суставов (по 19%), ожирение (31%).

Всем пациенткам проводили в женской консультации УЗИ органов малого таза для уточнения морфологии матки и эндометрия (гипо- и гиперэхогенные включения в эндо-, миометрии, яичниках, толщина эндометрия, наличие жидкости в малом тазу). Гиперплазия эндометрия в перименопаузе и репродуктивном возрасте на УЗИ проявляется увеличением толщины эндометрия, несоответствующей дню цикла (в первой фазе размер стенки не превышает 3–4 мм, во второй достигает 12–15 мм) или признаками нарушения структуры эндометрия (неоднородность). В менопаузе нормальная толщина эндометрия составляет 2–3 мм, при толщине 8–9 мм следует подозревать наличие полипоза, при толщине 11–12 мм – гиперплазию. Полипы визуализируются как анэхогенное и пониженной эхогенности образование при железисто-фиброзных полипах или как образование высокой плотности – при фиброзных полипах. При этом иногда можно различить сосудистую ножку этого образования [4–5].

Всем пациенткам в условиях гинекологического отделения выполнена гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием, материал направляли на гистологическое исследование. При сравнении диагноза по данным УЗИ и гистологического исследования совпадение отмечено в 82% случаев.

Заключение

Собственные данные и анализ литературы свидетельствуют: основными факторами риска возникновения данной патологии являются возраст, в основном в интервалах 40–49 и 60–64 года, избыточный вес, сопутствующая гинекологическая и соматическая патология, способ контрацепции – внутриматочная спираль.

точная спираль. Последний фактор обусловлен тем, что ВМС представляет инородное тело, на которое организм реагирует путем активации различных дегенеративных процессов в эндометрии. Имеет значение и возможность развития восходящей инфекции в полости матки. При этом особую упоминания заслуживают металлосодержащие спирали, которые окисляют среду полости матки и маточных труб.

Следует признать, что УЗИ – безопасное, относительно дешевое, широкодоступное исследование и является эффективным методом выявления ГПЭ. Основными причинами ошибок УЗИ при диагностике ГПЭ являются изменения эндометрия вследствие воспалительных заболеваний с развитием фиброзной ткани, которую трудно дифференцировать методом ультразвукового сканирования с гиперпластическими процессами. С этой точки зрения по-прежнему оправданной остается рекомендация каждой женщине ежегодно проходить профилактические осмотры у гинеколога, включающие УЗИ малого таза и цитологическое исследование.

Литература/References

1. *Обоскалова, Т.А.* Оказание медицинской помощи женщинам с гиперпластическими процессами эндометрия: учебное пособие для врачей / Т.А. Обоскалова, Е.Ю. Глухов, Е.И. Нефф. – Екатеринбург: ФОТЕК, 2008. – 72 с. – Текст: непосредственный.

Oboskalova, T.A. Okazanie medicinskoj pomoshchi zhenshchinam s giperplasticheskimi processami endometriya: uchebnoe posobie dlya vrachej / T.A. Oboskalova, E.Yu. Gluhov, E.I. Neff. – Ekaterinburg: FOTEK, 2008. – 72 s. – Tekst: neposredstvennyj.

2. *Адамян, Л.В.* Сочетанные доброкачественные заболевания матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эн-

дометрия) / Л.В. Адамян. – Текст: электронный. – М., 2015. – URL: <https://www.mediexpo.ru/> (дата обращения 15.01.2019).

Adamyan, L.V. Sochetannyye dobrokachestvennyye zabolovaniya matki (mioma, adenomioz, giperplaziya endometriya) / L.V. Adamyan. – Tekst: elektronnyj. – M., 2015. – URL: <https://www.mediexpo.ru/> (data obrashcheniya 15.01.2019).

3. *Сапрыкина, Л.В.* Гиперпластические процессы эндометрия: вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения / Л.В. Сапрыкина, Ю.Э. Доброхотова, Н.А. Литвинова. – Текст: непосредственный // Лечебное дело. – 2011. – № 3. – С. 4–10.

Saprykina, L.V. Giperplasticheskie processy endometriya: voprosy etiopatogeneza, kliniki, diagnostiki, lecheniya / L.V. Saprykina, Yu.E. Dobrohotova, N.A. Litvinova. – Tekst: neposredstvennyj // Lechebnoe delo. – 2011. – № 3. – S. 4–10.

4. *Озерская, И.А.* Эхография в гинекологии / И.А. Озерская. – М.: Медика, 2005. – 292 с. – Текст: непосредственный.

Ozerskaya, I.A. Ekhografiya v ginekologii / I.A. Ozerskaya. – M.: Medika, 2005. – 292 s. – Tekst: neposredstvennyj.

5. *Аллахвердов, Ю.А.* Ультразвуковая диагностика: атлас: учебно-практическое пособие / Ю.А. Аллахвердов. – Ростов-на-Дону: АзовПечать, 2013. – 323 с. – Текст: непосредственный.

Allahverdiv, Yu.A. Ul'trazvukovaya diagnostika: atlas: uchebno-prakticheskoe posobie / Yu.A. Allahverdiv. – Rostov-na-Donu: AzovPechat', 2013. – 323 s. – Tekst: neposredstvennyj.

Блинова Нина Ивановна (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-905-128-96-90; e-mail: selizharovskaja.liza@yandex.ru.