

21. Roshan, D. Predictive values of modified biophysical profile / D. Roshan, B. Petrikovsky // *Obstet. Gynecol.* - 2006. *Arkh. Patol.* - 2005. - Vol. 67, № 1. - P. 21-25. - Vol. 107, 4 Suppl. - P. 97S-98S.
22. The fetal biophysical profile and its predictive value / fetal hypoxia / J. Aranyosi, J. Zatik, A. G. Juhasz et al. // *Orv. A. M. Vintzileos, W. A. Cambele, C. J. Ingardia et al.* // *Obstet. Hetil.* - 2002. - Vol. 143, № 43. - P. 2427-2433. *Gynec.* - 1983. - Vol. 62. - P. 271-274.
23. Relationship between arterial and venous Doppler redistribution? / E. Krampl, K. Chalubinski, C. Schatten, P. and perinatal outcome in fetal growth restriction / A. A. Husslein // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* - 2001. - Vol. 18, № Baschat, U. Gembruch, I. Reiss et al. // *Ultrasound Obstet. 2.* - P. 175-177. *Gynecol.* - 2000. - Vol. 16, № 5. - P. 407-413.
24. Papageorghiou, A. T. The role of uterine artery Doppler in predicting adverse pregnancy outcome / A. T. Lik. Sprava. - 2002. - № 2. - P. 50-53. Papageorghiou, C. K. Yu, K. H. Nicolaides // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* - 2004. - Vol. 18, № 3. - P. 383-396.
25. Morphologic and dopplerometric characteristics of spiral arteries in chronic placental insufficiency / E. V. 2000. - Vol. 71, № 8. - P. 828-832. Borowski, K. Szaflik, M. Kozarzewski et al. // *Ginekol. Pol.*
26. The value of Doppler sonography in the detection of
27. Does acute hypoxia cause fetal arterial blood flow
28. Kramarenko, O. P. Prognosis, prophylaxis, and early therapy of fetoplacental insufficiency / O. P. Kramarenko //
29. Doppler evaluation as a predictor of asphyxia in fetuses with intrauterine growth retardation (IUGR) / D.

О. В. Лысенко

УО «Витебский
государственный
медицинский университет»,
г. Витебск

Анализ анамнестических данных пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями эндометрия и методов их диагностики

Фоновые и предраковые заболевания эндометрия до настоящего времени занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Несвоевременная или неточная диагностика внутриматочной патологии не всегда приводит к правильному выбору метода лечения. Существующие широко распространенные методы диагностики: клинические, рентгенологические, цитологические, ультразвуковые, даже гистероскопия, не всегда дают полную оценку функционального состояния эндометрия при гиперпластических процессах.

Актуальность

В последние годы отмечается рост заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ), что связывают как с увеличением продолжительности жизни женщин, так и с увеличением числа женщин с нейроэндокринными расстройствами [1, 2, 7]. Атипичная гиперплазия эндометрия чаще всего диагностируется в пери- и постменопаузальном периоде и варьирует в широких пределах от 2,1 до 10,1% [2, 5].

Основными методами диагностики ГПЭ в настоя-

щее время является трансвагинальное УЗИ, гидросонография, гистероскопия и гистологическое исследование [3, 10, 2]. Информативность эхографии в диагностике ГПЭ колеблется от 60 до 93,3% в зависимости от возрастного периода жизни женщины. При полипах эндометрия точность ультразвуковой диагностики достигает 80-98%. Информативность УЗИ снижается при ожирении, спаечном процессе в малом тазу, миоме матки, аденомиозе, низкая разрешающая способность аппаратуры.

В последнее время для диагностики ГПЭ применяется гидросонография (трансвагинальная эхография с контрастированием полости матки). Информативность метода составляет 78-99%, но данный метод не заменяет по информативности гистероскопию [2].

Информативность гистероскопии в диагностике ГПЭ достигает 97,3%. Ложноположительные результаты чаще встречаются в репродуктивном периоде.

Биопсия эндометрия остается «золотым стандартом» диагностики фоновых и предраковых заболеваний эндометрия [9, 4, 8].

Целью настоящей работы явилось ретроспективное исследование анамнестических данных женщин с патологией эндометрия, а также информативность

используемых методов диагностики данных патологических состояний.

Материалы и методы

Нами произведен ретроспективный анализ 334 историй болезни женщин с патологией эндометрия. Пациенткам произведено общеклиническое обследование, эхография, гистероскопия, а также биопсия эндометрия (в 100% случаев). При изучении анамнеза особое внимание обращалось на возраст, характер менструальной функции, паритет, внутриматочные вмешательства в анамнезе, перенесенные гинекологические и экстрагенитальные заболевания. Статистическая и аналитическая обработка полученного

материала в ходе исследования проводилась с помощью пакета STATISTICA 6.

Результаты и обсуждение

Нами проанализировано 334 истории болезни женщин с гистологически установленным диагнозом гиперплазии эндометрия (ГПЭ), полипоза эндометрия (ПЭ) и аденокарциномы эндометрия. Из них в детородном возрасте было 149 (44,6%) женщин; в перименопаузальном возрасте — 142 (42,5%); в постменопаузальном периоде — 43 (12,9%) пациентки.

Различные варианты заключительного диагноза обследованных пациенток на основании гистологического заключения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Заключительный диагноз на основании гистологического заключения

Диагноз	Абсолютное число	%
ГПЭ	45	13,5
ГПЭ + ПЭ	7	2,1
ПЭ	43	12,9
Аденоматоз эндометрия	2	0,6
ПЭ аденоматозный	4	1,2
Аденокарцинома эндометрия высокодифференцированная	3	0,9
ГПЭ + миома матки	145	43,4
ПЭ + миома матки	51	15,3
ГПЭ + ПЭ + миома матки	21	6,3
ГПЭ + аденомиоз	2	0,6
ПЭ + аденомиоз	2	0,6
ГПЭ + миома матки в сочетании с аденомиозом	2	0,6
ПЭ аденоматозный + миома матки	2	0,6
ГПЭ + саркома матки	1	0,3
Аденокарцинома эндометрия высокодифференцированная + миома матки	4	1,2
Итого:	334	100

Как видно, ведущее место занимают гиперпластические процессы эндометрия в сочетании с миомой матки; на втором месте полипы эндометрия в сочетании с миомой матки; на третьем месте — изолированные гиперпластические процессы эндометрия без сопутствующей патологии миометрия; на четвертом — полипы эндометрия без сопутствующей патологии миометрия.

В плановом порядке в стационар было госпитализировано 212 (63,5%) пациенток, 122 (36,5%) женщин были госпитализированы в стационар в экстренном порядке по поводу кровотечения. Из них в плановом порядке было повторно госпитализировано 49 (14,7%) женщин, имеющих в анамнезе гиперпластические процессы эндометрия, а повторные экстренные госпитализации составили 29,9% (100 человек).

Особенности менструальной функции женщин представлены в таблице 2.

Анализируя данные таблицы 2, можно сделать вывод о том, что у подавляющего большинства женщин (> ¾ исследуемой группы), характер менстру-

альной функции не нарушен (возраст менархе от 11 до 14 лет, регулярный менструальный цикл, нормальная продолжительность менструации, нормальный ритм менструаций, отсутствие болевого синдрома).

Данные о начале половой жизни пациенток представлены на рис. 1.

При анализе паритета женщин выявлено следующее (табл. 3):

- более ½ группы женщин имели в анамнезе 2 и более беременностей, а также 2 и более родов, тогда как 15% пациенток не реализовали своей репродуктивной функции;
- более ½ группы пациенток имели в анамнезе искусственные аборты; ¼ — прерывание беременности путем вакуумаспирации, а 1/7 — самопроизвольные аборты.

Из перенесенных гинекологических заболеваний у этих женщин чаще всего (52,9%) встречается различная патология шейки матки (эрозия, дисплазия, эндометриоз, цервицит, рубцовая деформация), а так-

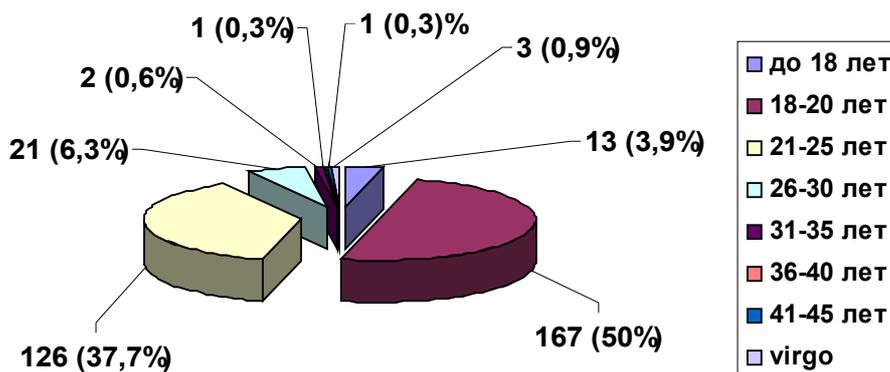
же использование электрохирургических методов лечения шейки матки. В 30,5% случаев данный контин-

гент женщин страдал хроническим двухсторонним аднекситом.

Таблица 2

Особенности менструальной функции женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями эндометрия

Характеристики менструального цикла	Абсолютное число n=334	%
Возраст менархе		
До 11 лет	4	1,2
От 11 до 14 лет	230	68,9
От 15 до 20 лет	100	29,9
Итого:	334	100
Регулярность менструального цикла		
Регулярные	313	93,7
Нерегулярные	21	6,3
Итого:	334	100
Период становления менструальной функции		
Сразу	294	93,9
Через 1-20 лет	19	6,1
Итого:	313	100
Продолжительность менструаций		
Олигоменорея	47	14,1
Нормальная продолжительность	273	81,7
Полименорея	14	4,2
Итого:	334	100
Ритм менструаций		
Пройоменорея	2	0,6
Нормальный ритм	308	98,4
Опсоменорея	3	1
Итого:	313	100
Болезненность менструаций (альгоменорея)		
Болезненные	78	23,4
Безболезненные	256	76,6
Итого:	334	100



Рисунки 1

Начало половой жизни женщин исследуемой группы с патологией эндометрия

Из перенесенной экстрагенитальной патологии ведущее место занимает сердечно-сосудистая патоло-

гия (33,5%); на втором месте — анемия (27,8%); на третьем — эндокринная патология (25,1%).

С целью диагностики патологии эндометрия, а также другой патологии матки и придатков женщинам производилось рутинное ультразвуковое исследование в 2D режиме. Пациенткам, госпитализированным в плановом порядке УЗИ производилось в условиях женских консультаций, а пациенткам, поступившим в экстренном порядке — в стационаре. Толщина эндометрия по данным УЗИ составила $10,8 \pm 5,7$ мм. При этом ультразвуковым критерием по-

становки диагноза чаще всего была неоднородность эндометрия, а не его толщина и соответствие дню менструального цикла. Нами проанализировано совпадение ультразвукового диагноза с окончательным гистологическим заключением после отдельного диагностического выскабливания. Совпадение наблюдалось в 60% случаев, тогда как в 40% заключения не совпадали (рис.2).

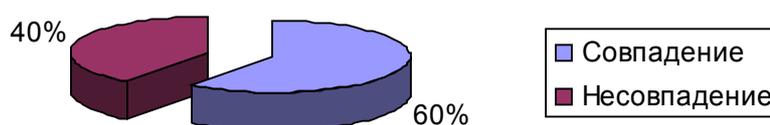
Таблица 3

Паритет женщин

	Не было	1	2	3	4	5	6 и более	Итого абс. число (%)
Количество беременностей в анамнезе, абс. число (%)	38 (11,3)	43 (12,8)	62 (18,6)	57 (17,1)	51 (15,3)	34 (10,2)	49 (14,7)	334 (100)
Родов в анамнезе, абс. число (%)	50 (15,0)	96 (28,7)	168 (50,3)	15 (4,5%)	1 (0,3)	4 (1,2)	—	334 (100)
Медицинских аборт в анамнезе, абс. число (%)	159 (47,6)	79 (23,6)	53 (15,9)	23 (6,9)	8 (2,4)	6 (1,8)	6 (1,8)	334 (100)
Вакуум аспираций в анамнезе, абс. число (%)	251 (75,1)	52 (15,6)	22 (6,6)	6 (1,8)	—	1 (0,3)	2 (0,6)	334 (100)
Самопроизвольных аборт в анамнезе, абс. число (%)	287 (85,9)	35 (10,5)	9 (2,7)	1 (0,3)	1 (0,3)	1 (0,3)	—	334 (100)
Неразвивающихся беременностей в анамнезе, абс. число (%)	332 (99,4)	2 (0,6)	—	—	—	—	—	334 (100)

Такой высокий процент несовпадения результатов вероятно можно объяснить эхографическим опытом врачей и сложностью интерпретации ультразвуковых данных, полученных на аппаратах среднего и низкого класса, которыми оборудованы женские консультации. Однако вопрос оснащения ультразвуковым оборудованием учреждений часто лежит за пределами

компетенции главных врачей, и тем более специалистов ультразвуковой диагностики. Подавляющее большинство лечебных учреждений оснащены ультразвуковой аппаратурой невысокого класса с низкой разрешающей способностью, что существенно снижает качество диагностики.



Рисунки 2

Анализ совпадения результатов ультразвукового исследования с данными патогистологического

исследования в диагностике фоновых и предраковых заболеваний эндометрия

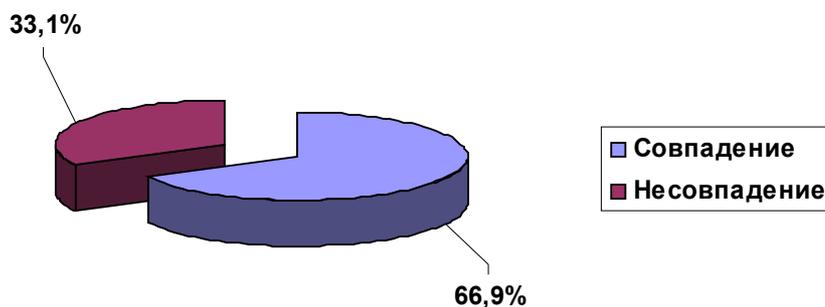
Для повышения качества ультразвуковой диагностики фоновых и предраковых заболеваний эндометрия следует придерживаться следующих критериев:

1. у менструирующих женщин толщину эндометрия интерпретируют с учетом фазы менструального цикла; оптимальным сроком для исследования является 5-7-й день менструального цикла, эндометрий должен быть тонким, однородным;
2. локальное или равномерное увеличение толщины эндометрия у менструирующих женщин следует расценивать как патологию (10 мм в первую фазу цикла и 15 мм и более — во вторую);
3. в постменопаузе толщина эндометрия не долж-

на превышать 4-5 мм, должна быть равномерной, структура — однородной;

4. толщина эндометрия в постменопаузальном периоде более 5-8 мм требует более углубленного обследования, взятия биоптата эндометрия для гистологического исследования.

Нами также проанализирована частота совпадения гистероскопического заключения с окончательным гистологическим заключением. Совпадение наблюдалось в 66,9% случаев, тогда как в 33,1% заключения не совпадали, причем при полипах эндометрия процент несовпадений был ниже, чем при ГПЭ (30,4 и 69,6% соответственно)(рис.3).



Рисисунок 3

Анализ совпадения результатов гистероскопии с данными патогистологического исследования в диагностике фоновых и предраковых заболеваний эндометрия

На основании вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. У подавляющего большинства женщин, страдающих патологией эндометрия менструальная функция не нарушена;
2. Из сопутствующей гинекологической патологии чаще всего отмечается патология шейки матки (52,9%), миома матки (66,8%) и хронический двухсторонний аднексит (30,5%).
3. Высокий процент женщин с патологией эндометрия имеют в анамнезе внутриматочные вмешательства (искусственные аборты (52,4%), выскабливания в

экстренном и плановом порядке по поводу патологии эндометрия (44,6%).

4. Все указанные внутриматочные вмешательства, а также операции на шейке матки создают благоприятные условия для инфицирования эндометрия и хронизации воспалительного процесса в слизистой матки.

5. Для повышения информативности эхографии в диагностике ГПЭ необходимо оснащение лечебных учреждений аппаратурой высокого и экспертного класса, постоянное повышение квалификации врачей ультразвуковой диагностики.

Литература

1. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. — Л.: Медицина, 1989. — С. 464.
2. Гинекология: национальное руководство / Под редакцией В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. — С.761-783.
3. Дедов, И.И. Гиперплазия эндометрия: патогенез, диагностика, клиника, лечение: методическое пособие для врачей / И.И. Дедов, Е.Н. Андреева. — М., 2001. — С. 3-28.
4. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под редакцией А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковской. — М.: Медицина, 2000. — С. 215-230.

5. Подлозкова, Н.М. Гиперпластические процессы эндометрия / Н.М. Подлозкова, И.В. Кузнецова. – Москва, 2007. – 31 с.
6. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии / Под общей редакцией В.И. Кулакова, В.Н. Серова. – М.: Литтерра, 2007. – С. 450-457.
7. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под редакцией В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – С.793-798.
8. Руководство по эндокринной гинекологии / Под редакцией Е.М. Вихляевой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 447-462.
9. Савельева, Г.М. Предрак эндометрия / Г.М. Савельева, В.Н. Серов. – М.: Медицина, 1980. – 168 с.
10. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – С. 263-276
11. Тактика ведения больных с полипами эндометрия в пре- и постменопаузе в амбулаторных условиях / Т.А. Кузнецова [и др.] // Проблемы перименопаузального периода: материалы симпозиума. – М., 1996. – С. 25 – 26.
12. Endometrial hyperplasia and endometrial cancer / T.W. Burke [et al.] // *Obstet-Gynecol-Clin-North-Am.* – 1996. – Vol. 23, № 2. – P. 411-56.
13. Endometrial hyperplasia: a prospective randomized study of histopathology, tissue steroid receptors and plasma steroids after abrasio.with or without high dose gestagen treatment / B. Lindahl [et al.] // *Anticancer-Res.* –1990. – Vol. 10, № 3. – P. 725-30.
14. Gwo, L.N. Atypical hyperplasia and complex hyperplasia of endometrium in women of reproductive age / L.N. Gwo // *Chung Hua Fu Chin.* – 1993. – Vol. 28, № 12. – P. – 725-7.
15. Wheeler, D.T. Histologic alterations in endometrial hyperplasia and well-differentiated carcinoma treated with progestins / D.T. Wheeler, R.E. Bristow, R.J. Kurman // *Am J Surg Pathol.* –2007. – Vol. 31, № 7. – P. – 988-98.