

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-01-13
УДК 618.14-072-06:618.173

Гістероскопічна оцінка повторної поєднаної патології матки

Г. О. Толстанова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: провести гістероскопічну оцінку повторної поєднаної патології матки.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети проведено ретроспективний аналіз історії хвороби 128 жінок і проспективно вивчено 171 пацієнтка з кровотечами у постменопаузальний період. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння, до складу якої входить 61 жінка з повторною поєднаною патологією матки у постменопаузальний період (для порівняння методів лікування цього контингенту).

Результати. Встановлено, що найбільшу достовірність діагностики поєднаної патології матки у хворих постменопаузального віку (97,3%) вдалося досягти послідовним вживанням даних методів, тоді як кожен з них окремо міг давати діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності подібного алгоритму стала значна частка збігів клінічного і морфологічного діагнозу у прооперованих пацієнток. Крім того, до алгоритму обстеження хворих цієї групи, враховуючи безперечну синхронність розвитку проліферативних процесів статевої сфери жінки, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендо- і екзоцервіксу.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать про високий ступінь інформативності гістероскопічної оцінки повторної поєднаної патології матки у жінок постменопаузального періоду. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Ключові слова: поєднана патологія матки, рецидив, гістероскопія.

Актуальність вивчення особливостей клініки, діагностики і тактики ведення жінок у постменопаузальний період (ПМП) з поєднаною патологією матки (ППМ) обумовлена значним поширенням даної патології в цьому віці (15–35% кількості звернень в гінекологічні відділення) і значною частотою рецидивів — до 38% [1–5]. Клінічні прояви при цьому характеризуються виникненням рецидивуючих маткових кровотеч на тлі гіперпластичних або атрофічних станів ендометрія, що призводять до тимчасової втрати працездатності і зниження якості життя, що найактуальніше в плані онкологічної настороженості [6–10].

Складність ведення даного контингенту хворих обумовлена тим, що в ПМП вже є звичайні соматичні захворювання: гіпертонічна хвороба, остеохондроз, ендокринна патологія, метаболічні порушення, функціональні зміни центральної нерво-

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

вої системи. Цей контингент пацієнток зазвичай не організований, що знижує частоту профілактичних оглядів і збільшує ступінь занедбаності захворювання [11–16].

Незважаючи на тривалу історію досліджень ПМП, до сьогодні не можна вважати до кінця з'ясованими причини і механізм розвитку ППМ саме в цей період, а також гістероскопічну оцінку даної патології.

З огляду викладене на вище представляється актуальним і перспективним обґрунтування і розробка клінічної системи діагностики і тактики ведення жінок із ППМ у ПМП.

Мета дослідження: гістероскопічна оцінка повторної ППМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети нами піддалися ретроспективному аналізу історії хвороби 128 жінок і проспективному вивченню 171 пацієнтка з кровотечами в ПМП. Серед ретроспективно вивчених пацієнток виділена група порівняння – 61 жінка з поєднаною патологією матки (ППМ) у ПМП (для порівняння методів лікування даного контингенту).

Із дослідження виключені пацієнтки, в яких при патоморфологічному дослідженні були виявлені злоякісні або передракові зміни ендометрія. Водночас не можна не відзначити, що такі поєднання патологій, як метаболічний синдром (МС), лейоміома матки (ЛМ) і атрофія ендометрія (АЕ) (на тлі метроррагії); МС, ЛМ і гіперплазія ендометрія (ГЕ); рецидивуюча гіперплазія ендометрія (РГЕ), є доброякісними з точки зору патоморфолога, проте враховуючи вік пацієнток і комплексність ушкодження, можуть розглядатися передраковими з позицій клініциста.

Матеріалом дослідження були дані проспективного обстеження 171 хворої у ПМП. Усі пацієнтки пройшли повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. У ході поглибленого обстеження були сформовані дві клінічні групи.

До основної групи увійшли 89 жінок з наявністю МС, до контрольної групи – 82 жінки без МС. Основна група була розподілена на дві підгрупи:

1-а підгрупа – з ізольованою формою патології ендометрія ($n=30$),

2-а підгрупа – з ППМ ($n=59$).

Пацієнтки контрольної групи також були розподілені на дві підгрупи:

1-а підгрупа – 48 пацієнток з ізольованою патологією ендометрія (ІПМ),

2-а підгрупа – 34 жінки з поєднаною формою проліферативних процесів матки.

Діагностика МС ґрунтувалася на критеріях, затверджених ВООЗ.

У поняття «патологія ендометрія» ми об'єднали патологію ендометрія: патологія ендометрія у поєднанні з ЛМ, патологія ендометрія і АМ, АМ і ЛМ, а також всі три патології одночасно. У поняття «патологія ендометрія» були включені гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ), поліпи ендометрія (ПЕ) залозиста гіперплазія ендометрія (ЗГЕ) та АЕ (за умови наявності метроррагії).

До комплексу обстеження учасниць дослідження входили: ретельний збір анамнезу життя і захворювання, об'єктивне обстеження, додаткові методи обстеження: гістероскопія за загальноприйнятими методиками.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При обстеженні пацієнток обох груп були виявлені наступні види ППМ:

- ЛМ і АЕ – у 18 ($20,22 \pm 2,25\%$) пацієнток групи з МС і в 14 ($17,07 \pm 1,15\%$) – групи без МС;
- ЛМ і ПЕ – у 30 ($33,71 \pm 3,01\%$) обстежуваних основної групи і у 18 ($21,95 \pm 2,57\%$) – контрольної групи ($p < 0,01$);

- ЛМ у поєднанні із ЗГЕ – у 7 ($7,87 \pm 1,85\%$) жінок основної групи, у контрольній групі не виявлена ($p < 0,001$);
- ЛМ у поєднанні з АМ і ПЕ – у 4 ($4,49 \pm 1,19\%$) пацієнток із МС і у 2 ($2,44 \pm 0,74\%$) жінок без ознак МС.

Ізольована патологія ендометрія (ІПЕ) в основній і контрольній групах представлена таким чином:

- АЕ в групі з МС – у 10 ($11,24 \pm 1,34\%$) жінок і у 23 ($28,05 \pm 2,96\%$; $p < 0,001$) без МС;
- ПЕ – у 16 ($17,98 \pm 1,01\%$) пацієнток основної групи і у 25 ($30,49 \pm 3,08\%$; $p < 0,001$) жінок групи контролю;
- ЗГЕ – у 4 ($4,49 \pm 1,19\%$; $p < 0,001$) основної групи, у групі контролю залозиста гіперплазія ендометрія не діагностована.

Отже, в основній групі достовірно частіше діагностовані поєднання ЛМ і ЗГЕ, ЛМ і ПЕ, при ізольованій формі патології ендометрія також в групі із МС частіше виявляли ГЕ. У групі контролю при ІПЕ достовірно частіше виявлені АЕ і ПЕ.

Під час аналізу віку проспективно обстежених хворих у підгрупах, розподілених за наявністю ізольованої або поєднаної форм патології ендометрія, було відзначено, що в основній групі з наявністю ІПЕ середній вік становив $60,51 \pm 1,51$ року, із ППМ – $57,86 \pm 0,99$ року, у контрольній групі з ІПЕ – $60,54 \pm 1,34$ і з ППМ – $58,02 \pm 1,53$ року ($p > 0,05$). Отже, вік хворих був трохи меншим у підгрупах із ППМ ($p > 0,05$) обох груп.

Аналіз віку настання менопаузи показав наступні особливості: у пацієнток, що мають МС, з ІПЕ менопауза настала в $50,64 \pm 0,66$ року, при поєднаній формі патології міо- і ендометрія – у $50,75 \pm 0,32$ року; у групі жінок, що не мають МС – $50,47 \pm 0,36$ і у $51,11 \pm 0,56$ року відповідно.

Кожна з проспективно обстежених груп зі свого боку були розділені на підгрупи з тривалістю ПМП: до 5 років, 6–10 років, більше 11 років.

Жінки з проявами МС і ІПЕ за тривалістю ПМП були розподілені таким чином: тривалість ПМП до 5 років – у 10 ($33,33 \pm 3,06\%$), 6–10 років – в 10 ($33,33 \pm 3,06\%$), більше 11 років – у 10 ($33,34 \pm 3,06\%$) пацієнток. Серед пацієнток без проявів МС з ІПЕ було 17 ($35,42 \pm 3,90\%$), 17 ($35,42 \pm 3,90\%$), 14 ($29,17 \pm 2,56\%$) жінок відповідно.

Клінічна симптоматика у спостережуваних жінок відрізнялася значною різноманітністю симптомів, що обумовлене різними чинниками:

- тривалістю захворювання,
- поєднанням декілька патологічних процесів статевих органів,
- особливостями попереднього лікування,
- соматичною патологією.

Загалом клінічна картина гіперпластичних процесів матки в обстежуваних жінок характеризувалася матковими кровотечами (різного ступеня вираженості і тривалості) і больовим синдромом.

Під час проведення гістероскопії вдалося виявити підслизову локалізацію вузла у групі жінок із МС у 4 ($6,78 \pm 0,27\%$) випадках і в групі пацієнток, що не мають МС – у 3 ($8,82 \pm 0,86\%$). Збіг результатів із морфологічним діагнозом становив 87,50%.

У дослідженнях АМ 1 стадії вдалося виявити в основній групі у 3 ($5,08 \pm 1,85\%$) випадках, збіг з гістологічним діагнозом – 80,0%; у групі контролю відповідно в 2 ($5,88 \pm 1,03\%$), збіг з гістологічним діагнозом – 85,71%.

Поліпи в ПМП часто виявляють на тлі атрофічного ендометрія, при цьому видно поліпоподібні розростання від 0,5 см до 2,0 см і більше. У цьому дослідженні при гістероскопії ПЕ виявлені у групі із ППМ і МС у 30 ($50,85 \pm 4,50\%$) жінок, у групі без

МС і ППМ – у 20 (58,82±5,44%); в основній групі з ІПЕ – у 18 (60,00±5,99%) жінок, у контрольній із ІПЕ – у 22 (45,83±4,19%; $p<0,05$). Збіг гістероскопічного і гістологічного висновків становив у групі пацієнток з МС і ППМ 90,62% і з ІПЕ – 94,44%; у групі без МС – 93,10% і 90,90% відповідно.

АЕ при гістероскопії зазвичай мала наступну картину: тонка, бліда слизова оболонка, через яку видно варикозно-розширені вени, крововиливу різної величини від дрібноточкових до більших. Подібна картина виявлена в групі з МС і ППМ у 20 (33,90±3,16%) пацієнток, у групі без МС із ППМ – у 12 (35,29±3,19%); в основній групі з ІПЕ – у 8 (26,67±2,07%) жінок, у контрольній з ІПЕ – у 25 (52,08±4,21%; $p<0,001$). Збіг результатів з морфологічним дослідженням становив в основній групі із ППМ 91,66, із ІПЕ – 88,88%; у групі контролю – 88,88 і 92,85% відповідно.

Ознаками, характерними для гіперпластичного процесу ендометрія (простой форми) були наступні: потовщення ендометрія більше 5 мм; ендометрій, що створює складки різної висоти (феномен «пастки»), блідо-рожевого кольору з вираженим судинним малюнком. На поверхні слизової оболонки при кістозній формі гіперплазії була видимою значна кількість проток залоз (прозорі крапки) і кістозних порожнин діаметром 2–3 мм. При зміні швидкості подачі рідини наголошувався хвилюподібний рух ендометрія (феномен «водних рослин»).

Гістероскопічна картина ГЕ виявлена у жінок основної групи із ППМ у 9 (15,25±2,08%) випадках, у контрольній групі – у 2 (5,88±1,03%; $p<0,001$), в основній групі з ІПЕ – у 4 (13,33±1,20%), в аналогічній контрольній групі – в 1 (2,08±0,05%; $p<0,001$). Збіг результатів гістероскопії з морфологічним діагнозом становив у групі жінок з проявами МС і ППМ 87,50%, у цих же пацієнток з ІПМ – 80,00%, у групі без МС відповідно – 82,95%.

Отже, при гістероскопічному дослідженні у жінок основної групи (в обох підгрупах) частіше зустрічалася ГЕ, тоді як в контрольній групі жінок, що мають ІПЕ, частіше відмічена АЕ.

Збіг висновків морфологічного дослідження зіскрібків ендометрія і гістероскопічних досліджень виявлено у 156 (91,22%) жінок.

До комплексного обстеження хворих входила також проста і розширена кольпоскопія шийки матки з подальшою прицільною біопсією. Патологія екзоцервіксу підтверджувалася даними морфологічного дослідження біоптатів.

Найбільшою кольпоскопічною ознакою, що часто зустрічається, був ендоцервіцит, який виявлений у 16 (27,12±3,78%) пацієнток основної групи з ППМ, у контрольній – у 5 (14,71±3,07%; $p<0,01$) жінок; доброякісна зона трансформації з відкритими і закритими залозами без острівців циліндрового епітелію виявлена у групі жінок із МС і ППМ у 13 (22,03±2,39%) випадках, у групі без проявів МС і ППМ – у 7 (20,59±2,93%).

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки відзначена у 7 (11,86±2,24%) пацієнток основної групи із ППМ і в 3 (8,82±0,86%) – у контрольній групі. Частим було поєднання доброякісної зони трансформації із залозисто-м'язовою гіпертрофією. Дифузна атрофія епітелію шийки матки у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви і екзоцервіксу діагностована у 6 (10,57±1,93%) жінок із МС і у 4 (11,76±2,04%) пацієнток без МС. Рубцева деформація шийки матки діагностована у 5 (8,47±1,62%) жінок із ППМ в основній групі, у групі контролю – у 4 (11,76±2,04%).

Поліп каналу шийки матки виявлений у 5 (8,47±1,62%) пацієнток із ППМ в основній групі; у групі контролю із ППМ – у 3 (8,82±0,86%). У поліпах ендокервіксу у 75,65% випадків наголошувалася плоскоклітинна гіперплазія з резервних кліток циліндрового епітелію, що виникає зазвичай на тлі запальних процесів. Елонгація

шийки матки виявлена у 3 ($5,08 \pm 0,85\%$) пацієнток із ППМ у групі з ознаками МС і у 2 ($5,88 \pm 1,03\%$) жінок із ППМ – у групі без МС.

Ендоцервіцит в основній групі з ІПЕ виявлений у 8 ($26,67 \pm 3,07\%$) і в контрольній групі – у 3 ($6,25 \pm 0,49\%$; $p < 0,001$) пацієнток. Дифузна атрофія епітелію у поєднанні із запаленням слизової оболонки піхви й екзоцервіксу діагностована у 4 ($13,33 \pm 1,20\%$) і 4 ($8,33 \pm 0,98\%$) обстежених відповідно.

Доброякісна зона трансформації із відкритими і закритими залозами у групі з МС і ІПЕ діагностована у 3 ($10,00 \pm 1,47\%$) жінок, у групі без МС і ІПЕ – у 3 ($6,25 \pm 0,49\%$). Поліп каналу шийки матки в основній групі з ІПЕ виявлений у 2 ($6,67 \pm 0,55\%$) пацієнток і у 10 ($20,83 \pm 3,86\%$; $p < 0,001$) жінок групи контролю.

Залозисто-м'язова гіпертрофія шийки матки у групі з ознаками МС і ІПЕ виявлена у 2 ($6,67 \pm 0,55\%$) пацієнток, у групі без МС – у 3 ($6,25 \pm 0,49\%$); рубцева деформація в основній групі з ІПЕ відзначена у 2 ($6,67 \pm 0,55\%$) і 3 ($6,25 \pm 0,49\%$) жінок групи контролю.

Наведені дані дозволяють дійти висновку, що в обстежених хворих значно поширені супутні патологічні стани шийки матки з переважаанням фонових процесів. Ендоцервіцит і поліп каналу шийки матки мають достовірно значущі відмінності в обох підгрупах основної і контрольної груп, що свідчить про безперечну роль запального компонента в патогенезі даної патології. Достовірно частіше в обох підгрупах основної групи зустрічалися поєднання декількох фонових процесів шийки матки.

Слід зазначити, що найбільшу достовірність діагностики ППМ у хворих віку (97,3%) ПМП вдалося досягти послідовним вживанням даних методів, тоді як кожен з них окремо міг давати діагностичні помилки. Підтвердженням високої діагностичної цінності подібного алгоритму стала значна частка збігів клінічного і морфологічного діагнозу у прооперованих пацієнток. Крім того, до алгоритму обстеження хворих даної групи, враховуючи безперечну синхронність розвитку проліферативних процесів статеві сфери жінки, необхідно включати адекватне ендоскопічне обстеження ендо- і екзоцервіксу.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать про високу міру інформативності гістероскопічної оцінки ППМ у жінок ПМП. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів у цих пацієнток.

Hysteroscopic estimation of the repeated combined pathology of uterus

G. O. Tolstanova

The objective: to conduct the hysteroscopic estimation of the repeated combined pathology of uterus.

Materials and methods. For the decision of the put purpose we were add to the retrospective analysis of hospital chart 128 women and to the prospective study a 171 patient with bleeding in a postmenopausal period. Among the retrospectively studied patients the selected group of comparison which consists of a 61 woman with the repeated combined pathology of uterus in a postmenopausal period (for comparison of methods of treatment of this contingent).

Results. It is set that most authenticity of diagnostics of the combined pathology of uterus for the patients of postmenopausal age (97,3%) it was succeeded to attain the successive use these methods, while each of them separately could give diagnostic errors. Considerable part of coincidences of clinical and morphological diagnosis appeared confirmation of high diagnostic value of similar algorithm for the operated patients. In addition, to the algorithm of inspection of patients of this group, taking into account indisputable synchronicity of development of proliferative pro-

cesses of sexual sphere of woman, it is necessary to include the adequate endoscopic inspection of endocervix and exocervix.

Conclusions. Testifies the results of the conducted researches to the high degree of informing of hysteroscopic estimation of the repeated combined pathology of uterus for the women of post-menopausal period. The set features must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures for these patients.

Keywords: *combined pathology of uterus, relapse, hysteroscopy.*

Відомості про автора

Толстанова Галина Олександрівна – канд. мед. наук, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: tolstanova.galina@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-6998-4595

Information about the author

Tolstanova Galina O. – Ph.D, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: tolstanova.galina@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-6998-4595

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aden P., 2020. GnRH analogues, transvaginal ultrasound-guided drainage and intracystic injection of recombinant intricucin-2 in the treatment of endometriosis//Gynecol. Obstet. Invest.:55 (2):96-104.
2. Agarwal S.K., 2021. Comparative effects of GnRH agonist therapy// J. Reprod. Med.:43 (3):293-298.
3. Ahmed S., 2022. Green tea polyphenol epigallocatechin-3-gallate (EGCG) differentially inhibits interleukin-1 beta-induced expression of matrix metalloproteinase-1 and -13 in human chondrocytes // J. Pharmacol. Exp. Ther.:308(2):767-73.
4. Ahn C., 2020. Uterine arterial embolization for the treatment of symptomatic adenomyosis of the uterus // J. Vase Interv. Radiol.:11 (2,2):192-201.
5. Ajossa S., 2021. The prevalence of endometriosis in premenopausal women undergoing gynecological surgery // Clin. Exp. Obstet. Gynecol.:2 (1):195-197.
6. Bai S.W., 2022. Uterine Arterial Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomas // Yonsei Medical Journal:43:3:346 - 350.
7. Barbieri R. L., 2020. Elevated serum concentrations of CA-125 in patients with advanced endometriosis // Fertil. Steril.:45:630-634.
8. Bast R., 2022. C. A radio-immunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer // N. Engl. J. Med. 309:883-7.
9. Bazot M., 2021. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison // Hum. Reprod.:18:1686-1692.
10. Becker E.J., 2020. Added Value of Transvaginal Sonohysterography Over Transvaginal Sonography Alone in Women With Known or Suspected Leiomyoma // J Ultrasound. Med.:21:237-247.
11. Berube S., 2021. Characteristics related to the prevalence of minimal or mild endometriosis in infertile women // Canadian Collaborative Group on Endometriosis. Epidemiol.:9:504-510.
12. Cahill D.J., 2022. Pre-ovulatory granulosa cells of infertile women with endometriosis are less sensitive to luteinizing hormone // Am. J. Reprod. Immunol.:49 (2):66-69.
13. Carlson K.J., 2021. Indications for hysterectomy // N. Eng. J. Med.:328:856-860.
14. Chapron C., 2020. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenor-rhoea and extent of disease // Hum. Reprod.:18(4):760 - 768.
15. Chatman D.L., 2022. Modern Diagnosis of Endometriosis // J. reprod. Med.:33:11:861-866.
16. Chatman D.L., 2020. Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observation // Fertile Steril.:46: 711-4.