

II. ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618145—00761-07

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИН В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

А. А. Беляев, Н. И. Белугина, Т. Л. Гуревич

Уральская государственная медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
г. Екатеринбург

В представленной статье проведен анализ эхографических критериев гиперпластических процессов эндометрия как по имеющимся в отечественной и зарубежной литературе данным, так и по результатам собственных исследований. Мы попытались дать оценку эхографическим критериям гиперпластических процессов в первую очередь с клинических позиций. На примере наших наблюдений представлены результаты ультразвуковой диагностики гиперпластических процессов эндометрия, в большинстве случаев подтвержденные гистологическим исследованием эндометрия и гистероскопией. К сожалению, эти параллели формальны, поскольку сами методы подтверждения данных ультразвукового исследования страдают определенными недостатками.

Введение

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) — распространенная гинекологическая патология, частота которой существенно возрастает к периоду климактерических перестроек и нередко сопровождается развитием сочетанных доброкачественных заболеваний матки (СДЗМ) [1]. По данным ряда авторов, частота выявления гиперпластических процессов эндометрия у больных миомой матки колеблется от 20 до 75%, у больных с внутренним эндометриозом от 4,7 до 48%, у больных с дисфункциональными маточными кровотечениями от 12 до 18%, изолированный гиперпластический процесс эндометрия встречается в 9—16% случаев [2].

В настоящее время для выявления патологии эндометрия используют диагностическое выскабливание полости матки с гистологическим исследованием эндометрия, гистероскопию, аспирационно-цитологическое исследование и эхографию. К недостаткам первого и второго методов относится их инвазивность, третьего — низкая и переменная информативность, которая согласно данным А. И. Гуса [3], колеблется от 24 до 98%. Всех этих недостатков лишен метод эхографии. Известно, что у женщин детородного возраста эндометрий (М-эхо) претерпевает на протяжении менструального цикла существенные изменения. Проведенные нами, а

также другими авторами исследования [4] показали, что толщина эндометрия в цикле варьирует от 6—11 мм на 3—4 день, до 20 мм на 19—23 день и 17—18 мм на 24—28 день. Большинство специалистов считает, о чем свидетельствуют данные, суммированные М. В. Медведевым и В. Л. Хохолным [5], что толщина М-эхо в менопаузе не должна превышать 5 мм. Состояние эндометрия оценивалось по ширине М-эхо и его структуре с учетом возраста, фазы цикла и менопаузы. Для улучшения диагностики рассматриваемой патологии у пациенток с сохраненной менструальной функцией обследование осуществляли на 3—4 день после окончания менструации, то есть дни, когда эндометрий наименее выражен. В эти дни, в норме, эндометрий либо вообще не определялся, либо определялся в виде тонкой эхогенной полоски. Наиболее часто встречающейся патологией эндометрия является железисто-кистозная гиперплазия (1,19%, 43%, 62% — соответственно репродуктивному, климактерическому и постменопаузальному периоду). Рак эндометрия выявляется в 0,02%, 0,27%, 0,26%, то есть в климактерическом и постменопаузальном периодах рак выявляется в 13 раз чаще, чем в репродуктивном. Большинство авторов считают, что применение эхографии дает ценную информацию о патологии эндометрия. В. А. Лебедев, применив трансабдоминальную эхографию, обнаружил ГПЭ в 68,4%. По данным А. И. Гуса, патологические изменения М-эхо при гиперплазии обнаруживаются в 90,9% случаев, при полипах 80,3%, при раке 75%. В. Н. Демидов и С. П. Красикова установили, что в целом точность выявления или отсутствия патологии эндометрия составляет 85,8%. Наша работа является еще одним подтверждением успешного применения метода УЗИ для выявления гиперпластических процессов эндометрия у пациенток климактерического и постменопаузального периодов в сочетании с доброкачественными заболеваниями матки.

Материалы и методы

Всем 97 пациенткам производилось диагностическое выскабливание полости матки с гистологическим исследованием эндометрия, 75 из них — гистероскопия. Для контроля за лечением использовалась аспирация содержимого полости матки с цитологическим исследованием содержимого.

Ультразвуковые исследования проводились на приборе Toshiba SAL32B (Япония) с использованием линейного трансдюсера 3,5 МГц. Под нашим наблюдением находилось 97 пациенток с клиническими подозрениями на ГПЭ и СДЗМ. Контрольную группу составили 43 пациентки. Обследованных разделили на 3 воз-

растные группы: 18—45 лет, 46—54 года, 55—65 лет. Средний возраст 47 лет.

Алгоритм диагностического процесса включал: сбор жалоб и анамнеза, оценка генитального и экстрагенитального статуса, УЗИ, гистероскопию, диагностическое выскабливание полости матки.

Результаты

Из 97 пациенток жалобы на длительные и обильные менструации предъявляли 70 пациенток, 12 — на межменструальные кровотечения, 4 — на контактные кровотечения, 6 — на обильные менструации, переходящие в кровотечения.

Анамнез: Менархе с 11 лет у 5 (5,2%), с 12—14 лет у 73 (75,3%), после 14 лет у 19 (19,5%).

Акушерско-гинекологический анамнез отягощен: абортами у 35 (36%), выкидышами у 13 (13,4%), бесплодием у 12 (12,3%), кесаревым сечением у 7 (7,3%), длительно текущими воспалительными процессами у 35 (36%), ВМК более 5 лет у 15 (15,5%).

Идентификация гормонального гомеостаза выявила: ановуляторные циклы у 75 (77,3%), из них у 50 на фоне гиперэстрогенности, у 25 — на фоне гипоэстрогенности.

Соматические заболевания: ожирение I стадии — у 5, II—III стадии — у 3, гипертоническая болезнь I—II стадии у 13 (13,4%).

Состояние щитовидной железы оценено у 75 (77,3%), из них у 17 (17,1%) выявлен гипотериоз, у 27 (27,8%) — эутериоидная гиперплазия первой стадии.

В результате ультразвуковых исследований выявлено: фибромиома матки с размерами, не превышающими 110 мм × 90 мм × 105 мм, у 29 (29,8%), не превышающими 84 мм × 61 мм × 79 мм, у 45 (46,4%), у остальных 23 (23,7%) размеры матки соответствовали норме. Контур матки деформирован межмышечно-подбрюшинными узлами у 23 (23,7%) больных, у остальных — ровный. Преимущественное расположение фиброматозных узлов было интралиминальным. Узлы, деформирующие полость, были выявлены в 11 (11,3%) случаях.

При исследовании эндометрия обнаружено, что у 63 (65%) менструирующих пациенток ширина М-эха была от 12 до 20 мм, и у 9 (9,2%) в менопаузе ширина М-эха достигала 10—26 мм.

Кроме толщины М-эха, мы особое внимание уделяли структуре эндометрия. Опыт работы показывает, что эндометрий в указанные дни должен быть полностью однородным и гипоэхогенным. Выполненные исследования показали, что патологические участки эндометрия имеют повышенную эхогенность, часто занимают

всю полость матки, имеют однородное губчатое строение, иногда позади значительного утолщения эндометрия наблюдался эффект акустического усиления. Такая структура эндометрия выявлена у 69 (71%) пациенток. У 17 (17,5%) выявлено расширение полости матки, в эндометрии гиперэхогенные включения. Визуализация яичников выявила увеличение последних по сравнению с нормой у 34 (35,8%) пациенток: у 20 за счет гиперплазии единичных фолликулов, у 7 — за счет мультифолликулярной гиперплазии, у 2 — «шоколадные» кисты, у 5 — кистомы.

По данным УЗИ из 97 пациенток у 86 выявлены ультразвуковые маркеры ГПЭ. У 75 пациенток с УЗ-признаками ГПЭ произведена гистероскопия, в результате которой выявлено, что у 45 пациенток (60%) имела место железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 15 (20%) — железистые полипы, у 13 (17,4%) — очаговый аденомиоз, у 2 (2,6%) — атипическая гиперплазия эндометрия. Таким образом, результат ультразвуковой диагностики верифицирован гистероскопически. Всем пациенткам произведено выскабливание полости матки с лечебно-диагностической и диагностической целью.

Гистологическое исследование эндометрия подтвердило разные формы гиперпластических процессов эндометрия у 81 (83,5%) пациентки: изолированная ГПЭ — 32%, сочетание ГПЭ и фибромиомы матки — 43%, сочетание ГПЭ и аденомиоза — 3%.

Всем пациенткам, у которых данные УЗИ верифицированы гистероскопией и гистологическим исследованием, проведено лечение (см. ниже).

Оставшиеся 16 пациенток с УЗ-маркерами ГПЭ, не подтвержденными гистологическим исследованием, и 5 из них, не подтвержденные гистероскопически, оставили под наблюдением. Через 3 месяца обследование повторили. Получили у 13 пациенток (81%), в дополнение к УЗ-маркерам, гистероскопическое подтверждение ГПЭ. Всем провели лечение.

Дифференциальный подход к лечению исследуемой патологии основывался на состоянии эндометрия, возрасте пациентки, гормональном гомеостазе и данных УЗИ. Так, 25 пациенткам с СДЗМ (множественная миома матки, субмукозная миома матки, миома и киста яичника, миома и киста яичника) проведено оперативное лечение в объеме экстирпации матки в 8 случаях и надвлагалищной ампутации матки в 17 случаях (с придатками или без).

72 пациенткам проводились курсы консервативной терапии. Препаратами выбора явились норколут, примолут-нор,

17-ОПК, дановал. Выбор препарата норстероидного ряда был обусловлен тем, что норколут, помимо торможения роста миомы и эндометрионидных гетеротопий, способствует регуляции ритма менструации и наступлению полноценных секреторных превращений эндометрия. Длительность приема препарата во второй фазе цикла составляла 6—12 месяцев при суммарной дозе 300—600 мг на курс лечения с последующим контролем на 7—14 месяц наблюдения, с учетом динамики ведущих симптомов заболевания и состояния репродуктивной системы. Для контроля лечения использовался цитологический метод изучения содержимого матки, полученного путем аспирации во второй половине менструального цикла. В конечном итоге мы наблюдали положительный эффект от проведенной нами консервативной терапии в 85% случаев после 6 месяцев лечения и в 95% после 12 месяцев лечения.

Обсуждение

Обобщая результаты ультразвуковых исследований с данными гистероскопии и гистологического исследования эндометрия, следует подчеркнуть достаточно высокую информативность эхографии в диагностике патологии эндометрия. Известно, что при диагностическом выскабливании полости матки полного удаления эндометрия удается достичь только в 35% случаев (Г. М. Савельева, В. Т. Бреусенко), а при гистероскопическом методе оказываются неудаленными около 10% патологических образований эндометрия. Поэтому при положительных данных эхографии и отрицательных результатах диагностического выскабливания, гистероскопического или морфологического исследования эндометрия следует производить повторные УЗИ (М. В. Медведев) и продолжать наблюдение.

Важное практическое значение имеет решение вопроса о том, через какие временные интервалы необходимо производить УЗИ, чтобы до минимума снизить неблагоприятные исходы рассматриваемой патологии. В. Н. Демидов и С. П. Краскова считают, что профилактические УЗИ должны проводиться не реже одного раза в 1,5 года. Это позволит своевременно выявить патологические процессы в эндометрии и даст возможность избежать их злокачественной трансформации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я. И., Лоскутова Л. П., Волкова А. Г. и др. Современные аспекты изучения гиперпластических процессов репродуктивной системы женщины. М., 1987, с. 131—138.
2. Вихляева Е. М., Бохман Я. И. Факторы риска гиперпластических процессов репродуктивной системы женщины. Рига, 1985, с. 21—23.

3. Гус А. И. Значение эхографии в выявлении патологии эндометрия: автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1988 г., с. 19.

4. Струков А. В., Левитас С. Г. Использование трансвагинальной эхографии для наблюдения за динамикой изменения эндометрия у здоровых женщин на протяжении менструального цикла // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии, № 1, 1992, с. 23—25.

5. Медведев М. В., Хохолин В. Л. Ультразвуковая диагностика рака эндометрия в менопаузе // Ультразвуковая диагностика № 3, 1995, с. 14—20.

УДК 616.693:616—092:616—08

К ПРОБЛЕМЕ ОСТЕОПОРОЗА, ОСЛОЖНЯЮЩЕГО ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАКТЕРИЙ У МУЖЧИН

*И. И. Бенедиктов, А. А. Герасимов, А. Б. Тарасюк,
М. А. Звычайный, Р. А. Судницын, А. А. Ковалева*

Уральская государственная медицинская академия,
кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профи-
лактического факультета, г. Екатеринбург

Остеопороз (ОП) — одно из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета человека, характеризующееся снижением массы кости, что повышает вероятность переломов. Так как встречаются различные толкования термина «остеопороз», на международной конференции, посвященной профилактике и лечению остеопороза, в 1993 г. было предложено следующее определение: «Остеопороз — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы кости в единице объема, микроархитектурными нарушениями костной ткани, приводящими к повышению ломкости костей и риску переломов» [2, 3].

По значимости проблемы ранней диагностики, лечения и профилактики ОП сейчас, по данным ВОЗ, занимает среди неинфекционных заболеваний четвертое место после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета. Это обусловлено его широкой распространенностью, частой инвалидизацией больных и летальными исходами в ряде случаев [4, 6]. Имеются многочисленные данные о значительных материальных затратах, связанных с лечением и реабилитацией больных с ОП и переломами в различных странах мира. Кроме того, современные исследования по эпидемиологии ОП показывают, что его большая распространенность в мире имеет прямую связь с неблагоприятной экологической обстановкой; наблюдается тревожная тенденция к росту заболеваемости людей молодого и среднего возраста [8]. Таким образом, ОП является не только причи-