

УДК 618.14 - 002. 18 - 07 - 085 (048. 83)

*І.О. Кожарко,**Л. М. Рак,**Л. В. Никифор*Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ
ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ (ОГЛЯД
ЛІТЕРАТУРИ)****Ключові слова:** гіперплазія ендометрія, поліп ендометрія, гіперпластичні процеси.**Резюме.** Літературний огляд присвячений сучасним підходам до діагностики гіперпластичних процесів ендометрія в жінок репродуктивного віку, зокрема, більш детальному вивченню ролі інфекційних агентів у генезі виникнення даного захворювання.

Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) займають вагоме місце в структурі гінекологічної захворюваності серед жінок репродуктивного віку та є серйозним показом до госпіталізації жінки в стаціонар для більш детального обстеження та вибору оптимальної тактики лікування [5, 2, 4, 22, 23]. Адже саме своєчасно проведена діагностика та лікування мають надзвичайну цінність в онкопрофілактиці ендометрія. Складність і неоднорідність патогенезу захворювання, різноманіття в тлумаченні окремих його ланок, неоднозначність тактичних підходів (з/без урахування індивідуальних особливостей гормональних зрушень) створюють певні труднощі у виборі патогенетично обґрунтованого лікування, особливо гормональної терапії, що викликає неабиякі труднощі в лікуванні. Саме цими обставинами зумовлений підвищений науковий і практичний інтерес до даної проблеми [19].

За даними [4, 14], саме гіперпластичні процеси ендометрія у 50,0 % випадків стають причиною розвитку раку ендометрія у жінок. При цьому, слід відмітити, що частота аденокарциноми ендометрія, яка займає перше місце серед злоякісних новоутворень жіночих геніталій, не лише залишається високою, але останнім часом має тенденцію до істотного зростання в багатьох країнах світу, в тому числі, і в Україні. Така висока частота рецидивів гіперпластичних процесів ендометрія, можливість їх злоякісної трансформації вимагають удосконалення методів діагностики даної патології, переосмислення накопиченого досвіду [5, 14].

На сьогоднішній день, на етапі діагностики ГПЕ в лікарській практиці, згідно діючого наказу МОЗ України, обстеження жінок з гіперпроліферативними процесами ендометрія за наявності клінічних показань включає: бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень цервікального каналу, гормональне обстеження стану гіпофізарно-гонадної системи, дослідження

функції щитоподібної залози та проведення тесту толерантності до глюкози [17]. Про інфекційний статус судять за результатами мікробіологічного дослідження виділень цервікального каналу [17]. Однак, результати досліджень деяких науковців вказують на можливість неспівпадіння персистоючої мікрофлори в різних відділах репродуктивного тракту [5,2]. Так, дані досліджень Гроховської М.В., що були отримані в результаті обстеження 224 жінок показали неспівпадіння персистоючої інфекції в слизовій оболонці матки та в цервікальному каналі, що може бути одним із патогенетичних механізмів виникнення гіперплазії ендометрія (ГЕ) [13]. Бенюк В.О. та співавтори зазначають, що за результатами їхніх досліджень важливу роль у розвитку поліпів ендометрія становить дисбаланс рецепторного статусу, в першу чергу, рецепторів естрогенів в епітелії та стромі ендометрія, що може бути результатом відповіді на подразнення будь-якого чинника (запалення, гормональний дисбаланс та ін.) [6]. Тривалі морфологічні та функціональні зміни сприяють патологічній аферентації в структурі центральної нервової системи, яка регулює діяльність гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, розвивається вторинна гіпофункція яєчників, формується ановуляція по типу абсолютної чи відносної гіперестрогенії, а, отже, гіперпластичний процес в ендометрії [20].

Тому виникає питання доцільності більш детальної діагностики стану ендометрія жінок із ГПЕ на етапі інфекційного пошуку. На нашу думку, з огляду на можливість різноманітності мікрофлори у різних відділах сечостатевого тракту, більш доцільним є забір зразків для інфекційного дослідження саме з порожнини матки. Враховуючи те, що значна кількість дослідників на сьогодні розглядають ГЕ як регенераторну проліферацію, що виникла внаслідок пошкодження ендометрія запальними процесами, а також внаслідок операції вишкрібання стінок

порожнини матки та інших травмуючих факторів на ґрунті дисгормонемії [7, 8, 18], вивчення впливу інфекційних агентів на стан морфологічної структури ендометрія є важливим для практичної гінекології, оскільки відкриває можливості для удосконалення методів лікування, а також надасть більш достовірну картину етіопатогенетичних механізмів виникнення гіперплазії ендометрія [16, 21].

На сьогодні основним методом скринінгу та моніторингу стану ендометрія є трансвагінальне ультразвукове дослідження. У той же час, діагноз гіперплазії ендометрія може бути встановлений лише в результаті гістологічного дослідження [17]. Основним методом отримання зразків ендометрія для гістологічного дослідження є діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки, яке за умови відсутності протипоказань проводиться за 7 днів до менструації. Проте, за даними літератури, при дослідженні матеріалу, отриманого при гістеректомії, більш ніж в 60,0% випадків при попередньому сліпому кюретажі діагноз було встановлено не повною мірою, або не точно, тому втілення ендоскопічних технологій є перспективним напрямком сучасної гінекології [2, 15, 5]. У той же час, якщо одним із моментів виникнення ГПЕ розглядати регенераторну проліферацію, що виникла внаслідок пошкодження ендометрія запальними процесами, а також внаслідок операції вишкрібання стінок порожнини матки та інших травмуючих факторів на ґрунті дисгормонемії [7, 8, 18], діагностична цінність вишкрібання значно розширюються при використанні гістероскопії [6, 11, 13, 17]. Гістероскопія є більш цінною з огляду на наступні моменти: дозволяє візуалізувати патологічні зміни ендометрія та визначати їх особливості й локалізацію, зокрема, діагностувати вогнищеві гіперпластичні процеси ендометрія та, в останньому випадку, проводити більш щадний забір зразків ендометрія шляхом біопсії, а не тотального вишкрібання стінок порожнини матки; контролювати якість діагностичного вишкрібання з прицільним видаленням можливих залишків гіперплазованого ендометрія або поліпів при мінімальному травматизмі здорової тканини; виконувати внутрішньоматкові операції, застосовуючи електро-і лазерну хірургію. Гістероскопія на сьогоднішній день має не лише діагностичне значення, а й дає можливість виконувати органозберігаючі операції, які часто є альтернативними традиційним гінекологічним операціям на матці [3, 9]. Окрім того, гістероскопія дає унікальну можливість проведення забору матеріалу (зразків ендометрія) для мікробіологічного дослідження саме з порожнини

матки без контамінації їх флорою цервікального каналу.

Оскільки метою наших досліджень є вивчення ролі персистуючої інфекції у виникненні ГПЕ та вивчення діагностичної цінності гістероскопії в даному напрямку, - наш огляд охопив результати дослідників, які також вивчали роль інфекційного агента в розвитку різних типів гіперплазій ендометрія у жінок репродуктивного віку [10]. Так, за даними досліджень [11, 12], отриманих в результаті діагностичного вишкрібання стінок порожнини матки, виявилось, що у жінок з поліпами ендометрія в структурі збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), найчастіше зустрічалася мікоплазмуреаплазмозова інфекція, як монофакторна так і в поєднанні з іншими збудниками. *Mycoplasma hominis* виявлялась у 18(47,36%) випадків, *Ureaplasma urealyticum* - у 16(42,1%), *Chlamidia trachomatis* - у 14(36,84%), *Herpes simplex virus 2 type* - у 4(10,52%), *Hum. papillomavirus 18, 16* типів - у 6(15,78%). Асоціації збудників діагностовано у 22(57,89%) випадків.

У пацієнток з дифузним типом гіперплазії ендометрія урогенітальна інфекція визначалась у наступних співвідношеннях: *Mycoplasma hominis* - у 25(41,66%), *Ureaplasma urealyticum* - у 24(40,0%), *Chlamidia trachomatis* - у 26(43,33%), *Herpes simplex virus 2 type* - у 6(10,0%), *Hum. papillomavirus 18, 16* типів - у 8 випадках(13,33%), асоціації збудників виявлено у 37(61,66%) жінок. У здорових жінок виділені збудники ІПСШ розподілилися наступним чином: *Mycoplasma hominis* - у 6(20,0%), *Ureaplasma urealyticum* - у 4(13,33%), *Chlamidia trachomatis* - у 3(10,0%), *Herpes simplex virus 2 type* - у 2(6,6%), *Hum. papillomavirus 18, 16* типів - у 1(3,33%), асоціації збудників виявлено у 9 (30,0%). Морфологічна структура ендометрія носіїв ІПСШ відповідала ексудативному серозному запаленню, що в умовах напруження місцевого клітинного імунітету сприяє "утриманню" інфекції в латентному стані [11, 12].

При порівняльному аналізі результатів морфологічної діагностики зразків ендометрія та бактеріоскопічного дослідження особливостей мікробіоценозу піхви та ПЛР епітеліальних клітин цервікального каналу у пацієнток з ГПЕ відмічено, що збудник урогенітального хламідіозу частіше виявляється при простій неатиповій гіперплазії (43,33%) і, в більшості випадків, зустрічається у вигляді мікст-інфекцій. Такі мікробні асоціації сприяють кращій адаптації збудника хламідіозу до внутрішньоклітинного паразитування, збільшують патогенність кожного представника асоціації мікроорганізмів та посилюють

їх толерантність до лікування. Найчастіше зустрічалась уреоплазми-мікоплазмова асоціація серед пацієнок з поліпами ендометрія. За даними літератури ці збудники характеризуються високою мінливістю антигенних структур, здатністю розмножуватись на мембранах клітин та внутрішньоклітинно, а також цитотоксичною дією на Т-лімфоцити [7, 8]. Завдяки цим властивостям уреоплазми і мікоплазми можуть викликати зрушення місцевого мікробіоценозу та стан тривалої персистуючої інфекції. Мікоплазми та уреоплазми також у більшості випадків знаходилися в полі-мікробних асоціаціях [18, 11].

Перспективою наших подальших досліджень є удосконалення діагностики та лікування ГПЕ. Подані вище матеріали сучасних досліджень є наглядними для нашої роботи і підтверджують доцільність ще більш детального діагностичного пошуку причин ГПЕ з метою удосконалення лікувальних підходів.

Література: 1. Агаджанян А.Г. Сравнительная оценка результатов комбинированного применения трансвагинального УЗИ, эхогистерографии, аспирационной биопсии эндометрия и диагностической гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии в условиях поликлиники / Материалы VIII всерос. науч. форума "Мать и дитя" - 2006. - Москва, Россия / РАМН, Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии РАМН. - М., 2006. - № 5 (8) С. 310-311. 2. Адамян Л.В. Минимально инвазивная хирургия в гинекологической практике / Л. В. Адамян // Акуш. и гинекол. - 2006. - С. 11-17. 3. Адамян Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста / Л.В. Адамян, З.Р. Зурабиани, С.И. Киселёв // Ак. и гин. - 2005. - № 3. - С. 40-43. 4. Ашрафян Л.А. Современные принципы первичной и уточняющей диагностики рака эндометрия / Л. А. Ашрафян, Н. В. Харченко, В. Л. Огрызкова // Практическая онкология. - 2004. - № 17. - С. 20-25. 5. Бенюк В.О. Сучасні аспекти діагностики гіперпластичних процесів ендометрію жінок репродуктивного віку / В. О. Бенюк, Я. М. Винярьський, В. М. Гончаренко та ін. // Тавричеський медико-біологічний весник. - 2012. - Т. 15, №2, С. 58-59. 6. Бенюк В.О. Діагностичний алгоритм внутрішньоматкової патології із застосуванням гистероскопії у жінок репродуктивного віку. / В.О. Бенюк, В.В. Курочка, Я.М. Винярьський // Здоров'я жінки. - 2009. - №6 (42). - С. 54-56. 7. Вдовиченко Ю.П. Использование сочетанной терапии для лечения хронического эндометрита последовательного нахождения внутриматочных контрацептивов / Ю.П. Вдовиченко, Т.В. Лещева // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №4 (24). - С. 187-188. 8. Гордеева Г.Д. Кладид в комплексном лечении воспалительных заболеваний женских половых органов / Г.Д. Гордеева. // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №4 (24). - С. 121-124. 9. Гладчук І.З. Репродуктивні наслідки у жінок, які перенесли консервативну міомектомію / І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - № 3 (23). - С. 104-106. 10. Гроховська М.В. Сучасні аспекти діагностики і лікування гіперпластичних процесів ендометрію / М.В. Гроховська // Acta Medica Leopoliensia. - 2002. - Vol. 8, №4. - С. 110-117. 11. Гроховська М.В. Гістероскопія у діагностиці і лікуванні гіперпластичних процесів ендометрію / М.В. Гроховська // Практична медицина. - 2003. - Т.9, №1. - С. 122-124. 12. Гроховська М.В. Прогностичні критерії ефективності терапії гіперпластичних процесів ендометрію у жінок з екстрагенітальною патологією / М.В. Гроховська // Практична медицина. - 2003. - Т. 9, №3. - С. 7-10. 13. Гроховська М.В. Гістероскопія у діагностиці і лікуванні гіперпластичних

процесів ендометрію // Практична медицина. - 2003. - Т, №3. - С. 7-10. 14. Демидов В. Н. Эхография органов малого таза у женщин. Патология полости матки и эндометрия. ВМК : практическое пособие / В. Н. Демидов, А. И. Гус. - М. : РАМН, 2011. - 138 с. 15. Каппушева Л. М. Полипы эндометрия (диагностика, тактика, лечение). Эндоскопия в гинекологии / Л. М. Каппушева, под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. - М. : Медицина, 2009. - 594 с. 16. Корінна К.О. Стан мікро біоценозу вагіни у жінок з гіперпроліферативними процесами ендометрія / К.О. Корінна, Т.А. Лисяна, Н.В. Косей // Здоров'я жінки. - 2005. - №2 (22). - С. 90-93. 17. Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги. Розділ 1.14. Гіперплазія ендометрія // Згідно з наказом МОЗ України № 676 від 31.12.2004. - Київ. - 2004. - С. 117-126. 18. Мат'юха Т.В. Вплив етіопатогенетичного лікування жінок, інфікованих збудниками, що передаються статевим шляхом, на стан морфологічної структури та локальний клітинний імунітет ендометрія / Т.В. Мат'юха, В.К. Ліхачов, І.П. Кайдашев // Здоров'я жінки. - 2005. - №2(22). - С. 165-168. 19. Оцінка ефективності терапії гіперпластичних процесів репродуктивної системи у пізньому репродуктивному періоді / В.І. Пирогова, Н.С. Вереснюк, М.В. Томич та ін. Репродуктивна ендокринологія - 2012 - №5(7). С. 85-88. 20. Состояние гормонального статуса и рецепторного аппарата эндометрия у женщин с хроническим воспалением гениталий / Чайка В.К., Демина Т.Н., Гошкодера И.Ю., Селезнев А.А. и др. // Здоров'я жінки. - 2005. - №2(22). - С. 66-70. 21. Сучасні підходи до лікування гіперпроліферативних процесів ендометрію у жінок на тлі хронічного ендометриту / Т.Ф. Татарчук, Т.Д. Задорожна, Т.О. Лисяна та ін. // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №2 (22). - С. 103-106. 22. Bakour S. H. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps / S.H. Bakour, K.S. Khan, J.K. Gupta // Acta Obstet. Gynec. Scand. - 2012. - Vol. 81, № 2. - P. 182-183. 23. Five-year follow-up of endometrial ablation: endometrial coagulation versus endometrial resection / V.H. Boujida, T. Philipsen, J. Pelle [et al.]. - Obstet. Gynec. - 2012. - Vol. 99, № 6. - P. 988-992.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

И.О. Кожарко, Л. М. Рак, Л.В. Никуфорова

Резюме. Литературный обзор посвящен современным подходам к диагностике гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста, в частности более детальному изучению роли инфекционного агента в генезе возникновения данного заболевания.

Ключевые слова: гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, гиперпластические процессы.

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSING HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM IN WOMEN OF THE REPRODUCTIVE AGE (LITERATURE REVIEW)

I.O. Kozharko, L.M. Rak, L.V. Nykyfor

Abstract. Literature review deals with the methods of diagnosing hyperplastic processes of the endometrium in women of the reproductive age specifically with more detailed of the infectious agent role in genesis of the patients, of the given disease origin.

Key words: endometrium hyperplasia, endometrium polypus, hyperplastic processes.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2014. - Vol. 13, №2 (48). - P. 205-207.

Надійшла до редакції 01.06.2014

Рецензент – доц. І.Р. Нізович

© І.О. Кожарко, Л.М. Рак, Л.В. Никуфорова, 2014