

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНИХ І ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЮ

Макагонов І. О.¹, Вергун А. Р.¹, Кітик В. В.², Вергун О. М.¹, Мощинська О. М.², Марко О. Г.², Унятицька О. Ю.², Служала Н. І.³, Литвинчук М. М.², Заремба О. О.⁴, Доценко Н. О.³

¹ м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2», відокремлений підрозділ «4 міська лікарня»

³ м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 1», відокремлений підрозділ «Львівська міська лікарня швидкої медичної допомоги»

⁴ м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2», відокремлений підрозділ «1 міська лікарня імені князя Лева»

Вступ. Гіперпластичні процеси ендометрію є морфофункціональним патологічним станом слизової оболонки матки, який характеризується дифузним або вогнищевим розростанням (проліферацією) залозистих та/або стромальних структур з переважним ураженням у функціональному або базальному шарі. Значна розповсюдженість, високий ризик, особливо атипичних форм, детермінує клінічний інтерес щодо розвитку раку ендометрію, який у загальній структурі онкозахворюваності жінок у пізньому репродуктивному періоді складає 20 % від усіх пухлин репродуктивної системи, чим викликає підвищену увагу до цієї проблеми науковців і практичних лікарів різних спеціальностей: гінекологів, морфологів, онкологів, лікарів ультразвукової діагностики. Частота злоякісної трансформації визначається насамперед особливостями захворювання, його тривалістю, супутньою соматичною патологією пацієнток (цукровий діабет, метаболічний синдром, тяжка артеріальна гіпертензія). При цьому необхідно відмітити високу схильність до прогресивного та рецидивуючого перебігу даної патології. Захворювання є однією з причин втрати репродуктивної функції і порушення менструального циклу. У старшому репродуктивному віці відбуваються зміни центральної регуляції репродуктивної функції, які призводять до порушення лютеїнової фази менструального циклу та ановуляції. Згідно з сучасними науковими даними, однією з основних патологічних ланок розвитку гіперплазії ендометрію є генетична схильність у деяких жінок до патологічного утворення нових судин у слизовій оболонці порожнини матки і порушення запрограмованої загибелі клітин, яка відбувається в нормі впродовж менструального циклу. Відсутність яскраво вираженої клінічної картини ускладнює своєчасну діагностику і відповідно призначення адекватного лікування; у 10–30 % випадків відзначають асимптомний перебіг захворювання. Не викликає сумніву, що «золотим стандартом» диференційної діагностики патологічних станів ендометрію є фракційне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і стінок порожнини матки або прицільна біопсія під контролем гістероскопії з подальшим гістологічним дослідженням вишкрібів або біоптату, яке дозволяє визначити характер морфоструктурних змін. За даними різних дослідників специфічність виявлення гіперпластичних процесів ендометрію за допомогою ультразвукової діагностики коливається у широких межах від 67,7 % до 92,2 %, тоді як гістологічна верифікація даної патології наближається до 100 %. У цьому контексті залишається актуальним висвітлення ролі та місця неінвазивних методик, у першу чергу комплексної ультрасонографії, для отримання максимальної інформації про стан ендометрію з метою виявлення його початкових патологічних змін на ранньому етапі обстеження.

Мета роботи: на підставі аналізу даних сучасної наукової літератури та власних спостережень оцінити інформативність обстеження жінок пізнього репродуктивного віку щодо гіперпластичних процесів ендометрію за допомогою комплексної ультрасонографії у порівнянні з результатами патоморфологічних досліджень.

Матеріал та методи

Проаналізовано 184 медичні карти пацієнток пізнього репродуктивного віку, обстежених у гінекологічних відділеннях м. Львова відповідно до наказу № 869 від 05.05.2021 МОЗ України без порушення норм біоетики. Хворим проведена комплексна ультрасонографія на апаратах з технологією 3D/4D стану порожнини матки та біопсія або лікувально-діагностичне вишкрібання ендометрію. Оцінка ультразвукових параметрів проводилась згідно з критеріями IETA. Ультразвукове сканування починали на 5-7-й день менструального циклу (рання проліферативна фаза менструального циклу) з абдомінального огляду (через передню черевну стінку за методикою наповнення сечового міхура) за допомогою конвексного датчика частотою 3,5 МГц. Оцінювали

анатомо-топографічні особливості матки і яєчників, їх розміри і ехоструктуру. Проводили обстеження суміжних органів і прилеглих тканин, нирок. Продовжували дослідження за допомогою об'ємного трансвагінального трансдюсера (6–12 МГц), який дає можливість отримати обсяг даних, що включають весь ендометрій, у тому числі ділянку трубних кутів, де найчастіше локалізуються поліпи ендометрію, а також визначити від якої стінки «виходить» поліп, що важливо для планування гістерорезектоскопічних операцій. Обстеження, крім ехографії, включало кольорове доплерівське картування, імпульсно-хвильову доплерометрію судин матки та еластографію. Енергетичне картування – це монокольорове картування, показники якого не залежать від напрямку та швидкості, а визначаються інтенсивністю потоку крові, що дозволяє під будь-яким кутом візуалізувати дрібніші судини, забезпечуючи детальну оцінку матки. Для оцінки кровотоку в дрібних судинах використовували індекс резистентності та індекс пульсації. Індекс резистентності – це співвідношення різниці між максимальною швидкістю систоли і кінцевою швидкістю діастоли до максимальної швидкості систоли, а індекс пульсації розраховують як відношення аналогічної різниці, але вже до середньої швидкості кровотоку. Морфологічне дослідження проводили шляхом аналізу біоптатів або вишкрібів ендометрію, отриманих на 21–24-й день менструального циклу. Отримані дані були статистично опрацьовані загальноприйнятими методами.

Результати дослідження

Ендометрій на ехограмі при гіперплазії мав підвищену акустичну щільність, гетерогенну структуру з наявністю ехопозитивних та ехонегативних включень, відсутністю лінії змикання слизової оболонки матки, характерна тришаровість ендометрію у проліферативну фазу менструального циклу частково або повністю втрачалась. М-ехо нерідко овоїдної форми, потовщене у передньозадньому розмірі, не відповідало фазі менструального циклу, при цьому відмічався акустичний ефект посилення потовщеного ендометрію. Наявність у пацієнок деформації порожнини матки, до прикладу, за рахунок субмукозного міоматозного вузла, знижувала проведення точної діагностики на 30 %. Ультразвукова структура при атипівій гіперплазії була більш щільною і однорідною порівняно з неатиповою. При неатипівій гіперплазії ендометрію частіше відмічалась неоднорідна структура ендометрію нерідко з переважанням дрібних анехогенних включень. Поліпи при ультрасонографії візуалізувалися у вигляді овальних або округлих утворень, що мали однорідну підвищену або середню ехоструктуру, чіткі та рівні контури. Розбіжності з патологоанатомічним діагнозом виникали при залозистих поліпах ендометрію, які часто не призводили до значного його потовщення і за ехогенною структурою були близькі до навколишнього ендометрію. За допомогою програми Virtual Organ Computeraided AnaLysis визначали індекс васкуляризації (vascularization index – VI), що демонструє насиченість тканини судинами, визначається у відсотках, індекс кровотоку (flowindex – FI) – середню інтенсивність кровотоку в заданій швидкості та визначається цілим числом від 0 до 100 та співвідношення васкуляризація–кровоток (VFI), що характеризує як васкуляризацію, так і кровоток та визначається цілим числом. У 48 % жінок пізнього репродуктивного віку з гіперпластичними процесами ендометрію на 5-7-й день менструального циклу візуалізувався кровоток у спіральних артеріях. При цьому спостерігалися низькі швидкісні показники кровотоку (максимальна швидкість кровотоку 7,2 см/с), індекс резистентності становив $0,55 \pm 0,03$. При поліпах різної гістологічної структури у 54 % субвибірці визначалися поодинокі артерії, швидкісні показники та індекс резистентності у яких не відрізнявся від аналогічних при гіперплазії ендометрію. У пацієнок з неатиповими гіперплазіями ендометрію спостерігалось гетерогенне насичення судинами периферійної зони гіперплазії. Загалом, у пацієнок з неатиповими гіперплазіями ендометрію констатовалось зниження швидкісних характеристик при незначному збільшенні індекса резистентності. У той же час, у 38,9 % пацієнок з атипівій гіперплазіями ендометрію спостерігався інтенсивний кровообіг у центральних зонах гіперплазії, що свідчило про підвищену васкуляризацію, яка характеризувалась середніми показниками резистентності маткових судин, – достовірно при атипівій гіперплазіях відбувалося зниження індексу резистентності в середньому на 41,1 % ($p \leq 0,05$) порівняно з групою неатипівій гіперплазії. Згідно з отриманими нами результатами у пацієнок з неатиповими гіперплазіями ендометрію спостерігалось гетерогенне насичення судинами периферійної зони гіперплазії. Аналізуючи дані, отримані під час сканування, констатовано, що поліпи візуалізувалися у трубних кутах у 33 % випадків, в ділянці дна матки – у 31 % у середніх та верхніх відділах стінок матки – у 36 %. Діаметр поліпів був від 1 до 3,6 см, у 9 % діагностовано множинні поліпи ендометрію. У випадках гіперплазії ендометрію без тенденції до атипівій дегенеративних змін еластографічний індекс становив 3-4, а картування було синьо-зелено-червоним. Для атипівій гіперплазії ендометрію еластографічний індекс знижувався до 1-2 і характерним було сине картування.

Ендометрій при гіперплазії візуалізувався неоднорідної (іноді з анехогенними включеннями) структури, іноді М-ехо овоїдної форми, зовнішній контур чіткий та рівний, при цьому відмічався акустичний ефект посилення сигналу. Наявність у пацієток деформації порожнини матки (субмукозного міоматозного вузла) знижувала проведення точної діагностики на 25–30 %. На підставі даних патоморфологічного дослідження діагностовано наступні види гіперплазії ендометрію: гіперплазія ендометрію, обмежена поліпом ендометрію – 31,5 %, гіперплазія ендометрію без атипії – 34,8 %, гіперплазія ендометрію з атипією – 33,7 % вибірки.

Висновки

Дослідженням стверджено, що при атипових формах гіперплазії ендометрію спостерігається зниження індексу резистентності судин в середньому на 41,1 % ($p \leq 0,05$) порівняно з неатиповими варіантами. Результати дослідження та дані літератури свідчать, що зниження індексу резистентності можна вважати важливим критерієм вірогідності гіперпластичних процесів ендометрія з атипією, тобто малігнізації. Еластографія, як додатковий метод, дозволяє з високою вірогідністю діагностувати гіперплазію ендометрію, що було підтверджено морфологічними дослідженнями.

ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЛИ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Міщода Р., Міщода К.-М.

м. Ужгород, ДВНЗ УжНУ, Факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства

Не дивлячись на досягнення медицини, вірусні гепатити є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності.

Мета: простежити перебіг гестаційного процесу у жінок з перенесеним гепатитом А під час вагітності і ранній неонатальний період їхніх новонароджених з метою прогнозування та запобігання акушерським ускладненням.

Матеріали та методи. Проведено аналіз перебігу 50 вагітностей, пологів, післяродових періодів у жінок, які страждали на гепатит А під час вагітності, і 100 вагітностей, родів та післяродових періодів у жінок без соматичної патології. Статистичне оброблення результатів спостереження проведено за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 6.0. Для оцінки достовірності отриманих даних використано t-критерій Стьюдента в модифікації Н.М. Амосова та співавторів і кореляційний аналіз. Критичний рівень значущості 5 %. Групи є однорідними за віком, соціальним станом, певною мірою за спеціальністю, проживають у межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

Результати. Згідно з обрахунками, прогнозованими ускладненнями для даних жінок є: респіраторні інфекції протягом вагітності (2,84), пієлонефрит під час гестації (2,36), швидкі пологи (2,36) та раннє злиття навколоплідних вод (2,16).

Висновки. Жінки, які страждали на вірусний гепатит А протягом вагітності частіше страждають від екстрагенітальної патології, а їхні пологи достовірно частіше є швидкими і супроводжуються раннім злиттям навколоплідних вод.

УЛЬТРАЗВУКОВІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Михайлик-Пішак Л. В., Пішак В. Д.

м. Івано-Франківськ. Коомунальне некомерційне підприємство «Івано-Франківський обласний перинатальний центр Івано-Франківської обласної ради»

Розвиток преєклампсії складає значну частку в структурі материнської і перинатальної захворюваності та смертності у жінок високого ризику. Відбір в групу ризику щодо розвитку преєклампсії проводився серед жінок високого ризику, за ознакою зниження кровоплину в маткових артеріях в 11–13 (+6 днів) тижнів вагітності.

Метою дослідження було призначення ранньої профілактики розвитку преєклампсії.