

ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

НУРХАНОВА Н.О.

*Бухарский государственный медицинский
институт, Бухара, Узбекистан.*

Актуальность.

В большинстве стран мира отмечается рост заболеваемости раком эндометрия. По статистике нашей Республики Узбекистан, за последние 5 лет эта патология увеличилась на 28,7% [14,15]. Известно, что развитие эндометриоидной аденокарциномы связано с гиперплазией эндометрия, особенно ее рецидивирующими формами, однако данные о ее распространенности крайне скудны, так как официальной регистрации этой коварной патологии нет, хотя оценка частоты ГЭ (гиперплазия эндометрия) играет важную роль не только в аспекте тактики ведения больных с маточными кровотечениями у женщин перименопаузального периода, но и в профилактике развития рака эндометрия [1,2]. Проллиферативные процессы в эндометрии рассматриваются как предраковое состояние с различной степенью вероятности малигнизации [3,4].

Частота малигнизации при ПЭ без атипии составляет до 1-3%, а у женщин с атипической гиперплазией и эндотелиально-интраэпителиальной неоплазией - более 30%. Столь тесная взаимосвязь и неуклонный рост частоты ПЭ и рака эндометрия диктуют специалистам и ученым необходимость поиска эффективных маркеров для доклинической диагностики и прогнозирования этой грозной патологии у пациенток позднего репродуктивного возраста [1,3,4].

Скрининговыми методами диагностики ПЭ являются трансвагинальное УЗИ, при неоднозначной эхографической картине возможно выполнение ГСГ, реже аспирации из полости матки. Методами достоверной диагностики могут быть гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки [4,5].

Цель исследования.

Изучить значение ультразвуковых исследований для ранней диагностики патологических пролиферативных процессов эндометрия.

Материалы и методы исследования.

Трансвагинальное УЗИ – сканирование является высокоинформативным, неинвазивным, безопасным методом диагностики гиперпластических процессов эндометрия. Этот метод проводится с целью определения патологии эндометрия на 5-7-й день менструального цикла у женщин перименопаузального возраста; в норме М-эхо не должно превышать 5-7 мм. При величине М-эхо менее 7 мм вероятность наличия ПЭ крайне мала. С целью определения роли УЗИ органов малого таза в диагностике ГГЭ нами было проведено исследование у 70 женщин перименопаузального возраста 45-55 лет, средний возраст пациенток $39,4 \pm 6,3$ года, у которых имелись клинические проявления патологической пролиферации эндометрия, поступивших на стационарное лечение в гинекологические отделения. Контрольную группу составили 30 женщин репродуктивного возраста, обследованных в пролиферативную фазу менструального цикла (5-7 дней). Все женщины обследованы по общей схеме: сбор анамнестических данных, осмотр, оценка факторов риска, ультразвуковое исследование органов малого таза с использованием трансабдоминальных и трансвагинальных датчиков. и трехмерных режимах с созданием единой фотобазы для каждой пациентки для последующей интерпретации результатов

эхографическое состояние эндометрия оценивали по наиболее значимым параметрам М-эхо: толщине и структуре.

С целью изучения особенностей кровотока выполняли цветовую доплерографию, с помощью которой визуально оценивали наличие кровотока, локализацию и количество цветовых локусов. Измеряли индекс резистентности (ИР) спиральных артерий. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента, точного метода Фишера, χ^2 (Пирсона), корреляционный анализ проводили с использованием пакета программ Stat Graf и Microsoft excel.

Результаты опроса и обсуждение.

Анализ полученных данных проводили с учетом толщины М-ЭХО эндометрия; у больных контрольной группы значение М-ЭХО варьировало от 5 до 8 мм и составило в среднем $6,21 \pm 0,6$ мм. Структура эндометрия однородная, четко визуализируется граница «эндометрий-миометрий».

Анализ эхографической картины эндометрия у пациенток перименопаузального возраста показал, что ультразвуковая картина гиперплазии эндометрия характеризуется выраженным полиморфизмом. Однако неоднородность структуры эндометрия и наличие полиповидных разрастаний в полости матки встречались чаще других вариантов у 45% пациенток основной группы. На УЗИ эндометрий имел диффузно-неоднородную эхоструктуру, что проявлялось наличием эхопозитивных и эхонегативных включений. Отсутствие линии закрытия слизистой оболочки матки; неровный наружный контур М-эха и его показатели в среднем составили $9,32 \pm 1,12$ мм дополнительно. Для пациенток перименопаузального возраста характерно несоответствие эхогенности эндометрия в фазе менструального цикла, а для пациенток в постменопаузе - снижение эхогенности.

Использование методов ультразвуковой доплерографии имеет важное значение для оценки состояния эндометрия. При выполнении цветного доплеровского исследования у всех пациенток регистрировали магистральные маточные артерии. В эндометрии пациенток с гиперплазией эндометрия в 50% (n=35) случаев регистрировался кровоток в спиральных артериях, которые не визуализировались у пациенток без патологии слизистой оболочки матки в М-эхопроекции. Следует отметить, что визуализация кровотока в спиральных артериях у пациенток с гиперплазией эндометрия повышается при проведении УЗИ во вторую фазу менструального цикла. Индекс резистентности составил $0,53 \pm 0,03$. Отличительными признаками патологической гиперплазии эндометрия были наличие гиперваскуляризации субэндометриальной зоны в зоне поражения и усиление кровотока. ИР колебался от 0,43 до 0,5 и в среднем составил $0,46 \pm 0,04$.

Следует отметить, что 10 пациенток из этой группы исследования находились в постменопаузе. Принимая во внимание тот факт, что интраэндометриальный кровоток не визуализируется в норме у женщин в постменопаузе при доплеровском исследовании, можно предположить, что васкуляризация полипа эндометрия у женщин в постменопаузе является диагностическим критерием гиперплазии эндометрия с атипией.

Выводы.

Таким образом, ультразвуковая диагностика определяет наличие изменений в эндометрии с определенными параметрами, визуализацию кровотока в спиральных артериях можно отнести к ранним маркерам, прогнозирующим развитие пролиферативных процессов и формирование патологической гиперплазии эндометрия которые, несомненно требуют дальнейшего более тщательного изучения и на основании полученных данных осуществляется выбор тактики ведения и лечения пациенток перименопаузального возраста.

Список литературы.

1. Ashurova NG, Bobokulova SB. Prediction of menstrual-ovarian cycle disorders in adolescent girls based on the study of genetic markers. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2024;24(5):12-18. (In Russ.)
2. Доброхотова Ю.Е. Гиперплазия эндометрия. 2-е издание, переработанное и дополненное : монография / Доброхотова Ю.Е., Сапрыкина Л.В. // – М. : «ГЭОТАР-Медиа». 2019. – 112с
3. Синчихин С.П., Костенко Е.В., Степанян Л.В. Сравнительная эффективность гормональных препаратов для подготовки эндометрия к абляции у больных пременопаузального периода. // *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева*. - 2019. Т. 6. № 3. С. 151-156.
4. Nurkhanova N.O. Assessment of the risk of endometrial hyperplasia in the perimenopausal period. / *International Journal of Advanced Research in Engineering and Applied Sciences*, 2022. Vol. 11. No. 6. P. 8-15.
<https://garph.co.uk/IJAREAS/June2022/2.pdf>
5. Charalampakis V, Tahrani A, Helmy A et al. Polycystic ovary syndrome and endometrial hyperplasia: an overview of the role of bariatric surgery in female fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 207: 220–6.
6. Gressel GM, Parkash V, Pal L. Management options and fertility-preserving therapy for premenopausal endometrial hyperplasia and early-stage endometrial cancer. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 131(3):234-9.