

Роль гістерорезектоскопії в діагностиці та лікуванні жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки

М.А. Флаксемберг

Хмельницький обласний перинатальний центр

Мета дослідження: вивчення особливостей гістероскопічної картини порожнини матки та стану ендометрія у жінок з лейоміомою матки (ЛМ) і можливостей використання отриманих результатів для вибору методу лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 216 жінок репродуктивного віку з ЛМ. Серед них 118 жінок, яким проводили хірургічне лікування ЛМ, і 98 хворих, які отримували консервативну терапію. Крім загальноклінічних методів виконували УЗД, гістерорезектоскопію і гістологічне дослідження отриманого матеріалу з подальшим порівняльним аналізом отриманих результатів.

Результати. За даними гістерорезектоскопії найчастіше порожнина матки у жінок з ЛМ характеризувалася нерівним рельєфом стінок (47,7 %) і неправильною формою (43,1 %) за рахунок деформації субмукозними (14,4 %) і інтрамуральними вузлами з центрипетальним ростом (30,6 %). Це спостерігалось достовірно частіше порівняно з даними УЗД (13,9 %; $p < 0,05$).

Серед патологій ендометрія переважали поліпи ендометрія (55,6 %), що відповідало даним гістологічного дослідження (59,7 %) і спостерігалось у два рази частіше порівняно з даними УЗД (23,1 %; $p < 0,05$). І виявлення гіперплазії ендометрія (14,8 %) співпадало з даними УЗД (18,1 %), проте було у два рази рідше щодо гістологічного дослідження (36,6 %; $p < 0,05$). Хронічний ендометрит під час гістероскопії виявляли менш ніж в 1 % обстежених, тоді як під час гістологічного дослідження – у 26,4 % ($p < 0,05$). У 30,1 % жінок при УЗД виявлено відсутність трансформації ендометрія протягом циклу, що співпадало з невідповідністю розвитку ендометрія хронологічному дню менструального циклу за даними гістологічного дослідження (23,1 %).

Заключення. Гістерорезектоскопія є важливим етапом обстеження жінок з ЛМ, що дозволяє оцінити стан порожнини матки, зокрема ступінь деформації лейоматозними вузлами. Це зумовлює клінічний перебіг захворювання і є фактором, який спричинює безплідність, а також впливає на вибір тактики лікування даного контингенту хворих. Гістерорезектоскопія у поєднанні з УЗД і гістологічним дослідженням ендометрія дозволяє отримати більш вичерпну характеристику стану ендометрія (хронічний ендометрит, невідповідність дню менструального циклу) та інформацію щодо наявності супутніх патологічних процесів (поліпи та гіперплазія ендометрія), які потребують корекції.

Ключові слова: лейоміома матки, гістерорезектоскопія, ультразвукове дослідження, гістологічне дослідження ендометрія.

The role of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of reproductive age women with uterine leiomyoma

M.A. Flakseberg

The objective: to investigate the features of hysteroscopic picture of the uterine cavity and endometrium condition in women with uterine leiomyoma (UL) and the possibility of using the results to choose a treatment method.

Materials and methods. A total amount of reproductive age women with uterine leiomyoma that was examined is 216. Among them 118 women underwent surgical treatment for UL and 98 patients treated with conservative therapy. In addition to general clinical methods, ultrasound examination, hysteroscopy, and histological examination of the obtained material was performed, followed by a comparative analysis of the findings.

Results. According to hysteroscopy, the uterine cavity in women with UL was more frequently characterized by irregular wall relief (47.7%) and irregular shape (43.1%) due to submucosal (14.4%) and intramural nodes with centripetal growth (30.6%), which was significantly more frequent compared to ultrasound findings (13.9%, $p < 0.05$). Endometrial polyps predominated among endometrial pathology (55.6%), which was consistent with the histological finding (59.7%) and was twice as frequent as ultrasound findings (23.1%, $p < 0.05$). And endometrial hyperplasia (14.8%), which was consistent with ultrasound findings (18.1%) but was twice as rare compared to histological examination (36.6%, $p < 0.05$). Chronic endometritis was detected at hysteroscopy in less than 1% of subjects, whereas at histological examination, it was 26.4%, $p < 0.05$. Ultrasound examination revealed no endometrial transformation during the cycle in 30.1% of women, which was consistent with a mismatch in endometrial development to the chronological day of the menstrual cycle according to histological examination (23.1%).

Conclusion. Hysteroscopy is an important stage in the examination of women with UL, which helps to assess the condition of the uterine cavity, in particular, the degree of deformation of leiomatous nodules, which determines the clinical course of the disease and is a contributing factor to infertility, and affects the choice of treatment tactics in this cohort of patients.

Hysteroscopy when combined with ultrasound and histological examination of the endometrium, a more comprehensive characterisation of the endometrial condition (chronic endometritis, mismatch of the day of the menstrual cycle) and the presence of associated pathological processes (polyps and endometrial hyperplasia) that require correction can be obtained.

Keywords: uterine leiomyoma, hysteroscopy, ultrasound, histological examination of the endometrium.

Роль гистерорезектоскопии в диагностике и лечении женщин репродуктивного возраста с лейомиомой матки

М.А. Флаксемберг

Цель исследования: изучение особенностей гистероскопической картины полости матки и состояния эндометрия у женщин с лейомиомой матки (ЛМ) и возможностей использования полученных результатов для выбора метода лечения.

Материалы и методы. Обследовано 216 женщин репродуктивного возраста с ЛМ. Среди них 118 женщин, которым проводили хирургическое лечение ЛМ, и 98 больных, получавших консервативную терапию. Кроме общеклинических методов выполняли УЗИ, гистерорезектоскопию и гистологическое исследование полученного материала с дальнейшим сравнительным анализом полученных результатов.

Результаты. По данным гистерорезектоскопии чаще полость матки у женщин с ЛМ характеризовалась неровным рельефом стенок (47,7%) и неправильной формой (43,1%) за счет деформации субмукозными (14,4%) и интрамуральными узлами с центрипетальным ростом (30,6%). Это наблюдалось достоверно чаще по сравнению с данными УЗИ (13,9%; $p < 0,05$).

Среди патологии эндометрия преобладали полипы эндометрия (55,6%), что соответствовало данным гистологического исследования (59,7%) и наблюдалось в два раза чаще по сравнению с данными УЗИ (23,1%; $p < 0,05$). И выявление гиперплазии эндометрия (14,8%) совпадало с данными УЗИ (18,1%), однако было в два раза реже относительно гистологического исследования (36,6%; $p < 0,05$). Хронический эндометрит при гистероскопии выявляли меньше чем у 1% обследованных, тогда как во время гистологического исследования – у 26,4% ($p < 0,05$). У 30,1% женщин при УЗИ выявлено отсутствие трансформации эндометрия в течение цикла, что совпадало с несоответствием развития эндометрия хронологическому дню менструального цикла по данным гистологического исследования (23,1%).

Заключение. Гистерорезектоскопия является важным этапом обследования женщин с ЛМ, которая позволяет оценить состояние полости матки, в частности степень деформации лейоматозными узлами, что обуславливает клиническое течение заболевания и является фактором, способствующим бесплодию, а также влияет на выбор тактики лечения данного контингента больных.

Гистерорезектоскопия в сочетании с УЗИ и гистологическим исследованием эндометрия позволяет получить более исчерпывающую характеристику состояния эндометрия (хронический эндометрит, несоответствие дню менструального цикла) и информацию о наличии сопутствующих патологических процессов (полипы и гиперплазия эндометрия), которые нуждаются в коррекции.

Ключевые слова: лейомиома матки, гистерорезектоскопия, ультразвуковое исследование, гистологическое исследование эндометрия.

Останні десятиліття характеризуються підвищенням частоти лейомиоми матки (ЛМ), яку діагностують у 20–40% жінок репродуктивного віку [1]. ЛМ значно знижує якість життя хворих, у тому числі негативно впливаючи на репродуктивну функцію. У 55% жінок активний ріст ЛМ призводить до репродуктивних втрат і є однією з основних причин безплідності [2].

Наявність цього захворювання до сьогодні у всьому світі залишається одним з основних показань до проведення гістеректомії [3, 4]. У той самий час, у сучасній гінекологічній практиці в останнє десятиліття відзначається виражена спрямованість на проведення органозберігальних і менш травматичних оперативних втручань у пацієнок з ЛМ [5, 6].

Проте на сьогодні немає чітких критеріїв вибору лікувальної тактики щодо ЛМ, особливо у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією. Не визначена роль різних діагностичних методів на етапі формування алгоритму ведення у кожному конкретному випадку.

Мета дослідження: вивчення особливостей гістероскопічної картини порожнини матки та стану ендометрія у жінок з ЛМ і можливостей використання отриманих результатів для вибору методу лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів гістерорезектоскопії та морфологічного дослідження ендометрія у зіставленні з УЗД у 216 хворих репродуктивного віку з ЛМ. Серед них 118 жінок, яким проводили хірургічне лікування ЛМ (хірургічна група – ХГ) і 98 хворих, які отримували консервативну терапію (консервативна група – КГ).

Загальноклінічні методи дослідження проводили згідно з рекомендаціями ВООЗ, протоколами МОЗ України. Вони включали вивчення характеру скарг, анамнезу хвороби, репродуктивного анамнезу, терапії, що проводилась. Гінекологічне обстеження виконували за загальними схемами.

Ультразвукове сканування проводили за допомогою системи УЗД Esaote MyLabSeven MOD 6400 (Італія) з використанням трансабдомінального датчика з частотою 3–7 мГц та піхвового датчика з частотою 7 мГц на 5–7-й день менструального циклу.

Гістерорезектоскопію виконували на 6–8-й день менструального циклу з використанням гістерорезектоскопа фірми Olympus за стандартною методикою і застосуванням стерильного 0,9 % фізіологічного розчину у якості середовища. Оцінювали величину та форму порожнини матки, наявність у ній патологічних утворень, їхню структуру, стан ендометрія та вічок маткових труб. За наявності внутрішньоматкової патології проводили її лікування.

Для підвищення ефективності діагностики здійснювали біопсію ендометрія з наступним патогістологічним дослідженням біоптату. Застосовували загальногістологічний метод із забарвленням препаратів гематоксиліном та еозином і пікрофуксином за ван Гізоном згідно із загальноприйнятим протоколом з урахуванням дня менструального циклу та критеріїв R.W. Noyes.

Статистичний аналіз проводили з використанням пакета Microsoft Excel. Ураховували частоту ознаки, стандартне відхилення. Достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для визначення стану порожнини матки та встановлення наявності її патології використовують безпосередню візуалізацію за допомогою гістероскопії, УЗД для оцінювання структури, розмірів і співвідношення стінки матки, вузлів та ендометрія, гістологічне дослідження з метою виявлення супутньої патології, що необхідно ураховувати під час вибору тактики лікування [7].

За даними гістерорезектоскопії найчастіше порожнина матки у жінок з ЛМ характеризувалася нерівним рельєфом стінок, який виявлено у 103 жінок, або 47,7 %. Неправильну форму порожнини матки встановлено у 93 хворих, що становило 43,1 %. Субмукозні вузли діагностували у 31 (14,4 %) пацієнтки, вони були видалені під час втручання з наступним гістологічним дослідженням.

Інтрамуральні вузли з центрипетальним ростом, що деформували порожнину матки, виявлено у 66 (30,6 %) жінок, що спостерілося достовірно частіше порівняно з даними УЗД, які візуалізували їх тільки у 30 жінок, що становило 13,9 % ($p < 0,05$). У подальшому ураховували вплив такого розташування вузлів на клінічний перебіг захворювання, можливість реалізації репродуктивної функції і залежно від проявів, розмірів вузлів і намірів пацієнтки вибирали хірургічне (консервативна міомектомія, гістеректомія) або консервативне лікування.

За даними гістероскопії атрофія ендометрія не була характерною для жінок з ЛМ (виявлено у 7 хворих, або 3,2 %). Тоді як супутню гіперпроліферативну патологію виявляли часто. Гіперплазію ендометрія виявлено у 32 (14,8 %) хворих, що співпадало з даними УЗД (39 жінок, або 18,1 %), проте спостерігалось рідше у два рази, ніж за даними гістологічного дослідження (79 хворих, або 36,6 %); $p < 0,05$.

Поліпи ендометрія під час гістероскопії виявлено у 120 (55,6 %) жінок, що співпадало з даними гістологіч-

ного дослідження (129 жінок, або 59,7 %; рис. 1) і було у два рази частіше порівняно з даними УЗД (50 жінок, або 23,1 %); $p < 0,05$. Поліпи ендометрія та гіперплазований ендометрій видаляли з наступним гістологічним дослідженням.

Ендометріодні ходи як ознаку супутнього ендометріозу матки виявляли у 30 жінок, або 13,9 %. За допомогою УЗД супутній аденоміоз діагностували достовірно частіше – у 48 хворих, або 22,2 % ($p < 0,05$).

У жінок з ЛМ виражений судинний малюнок ендометрія під час гістероскопії виявляли у кожній четвертій жінки (55 пацієток, або 25,5 %). Слизова оболонка порожнини матки найчастіше була блідо-рожевою (129 хворих, або 59,7 %), нерівномірно забарвленою (97 хворих, або 44,9 %) та нерівномірної товщини (118 пацієток, або 54,6 %). Значно рідше виявляли яскраво-рожеву (31 жінка, або 14,3 %), складчасту (42 хворі, або 19,4 %) або гіпертрофовану (35 пацієток, або 16,2 %) слизову оболонку. І нехарактерною була тонка слизова оболонка (15 жінок, або 6,9 %).

Хронічний ендометрит під час гістероскопії виявляли менш ніж в 1 % обстежених (2 жінки, або 9,1 %), тоді як під час гістологічного дослідження ознаки хронічного ендометриту встановлено у 57 жінок, що становило 26,4 % ($p < 0,05$; рис. 2).

У 65 жінок, що становило 30,1 %, при УЗД спостерігали потовщений гіперехогенний ендометрій, що свідчить про відсутність його трансформації протягом циклу. Це співпадало з невідповідністю розвитку ендометрія хронологічному дню менструального циклу за даними гістологічного дослідження, а саме – його відставання у дозріванні, дисонхроз залоз і строми – у 50 (23,1 %) хворих.

Як продемонстрували проведені дослідження, гістерорезектоскопія є інформативним методом діагностики стану порожнини матки і супутньої внутрішньоматкової патології, що допомагає оцінити рельєф порожнини матки та її деформацію лейоматозними

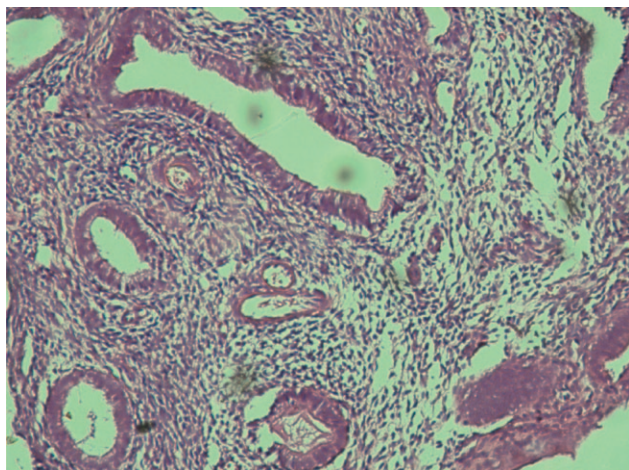


Рис. 1. Пацієнтка В. Фрагмент залозистого поліпа ендометрія. Фіброваскулярне ядро, лімфоцитарна інфільтрація строми та хаотично розташовані залозисті структури. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення: 100

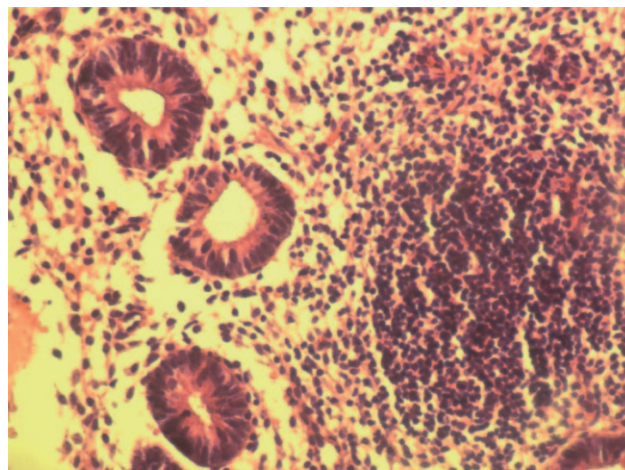


Рис. 2. Пацієнтка Ш. Морфологічні ознаки хронічного ендометриту. Виражена вогнищева лімфоплазмочитарна інфільтрація строми ендометрія. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення: 200

вузлами, а також встановити наявність такої супутньої патології, як поліпи ендометрія. Усе це дозволяє більш виважено підходити до вибору лікування жінок з ЛМ.

Проте гістероскопічну візуалізацію потрібно доповнювати не тільки УЗД матки, а й гістологічним дослідженням ендометрія, що дає більш повне уявлення про стан матки, зокрема ендометрія, і наявності такої супутньої патології, як гіперплазія ендометрія, невідповідність останнього дню менструального циклу, аденomioз. Усі зазначені супутні стани потребують корекції і також можуть негативно впливати на реалізацію репродуктивної функції.

ВИСНОВКИ

Гістерорезектоскопія є важливим етапом обстеження жінок з лейоміомою матки. Вона дозволяє оцінити стан

порожнини матки, зокрема ступінь деформації лейоматозними вузлами, що зумовлює клінічний перебіг захворювання і є фактором, який спричинює безплідність, а також впливає на вибір тактики лікування даного контингенту хворих. Крім того, у жінок із субмукозним розташуванням вузлів, поліпами ендометрія під час гістерорезектоскопії є можливість видалення вузлів та поліпів з наступним гістологічним дослідженням матеріалу.

Гістерорезектоскопія у поєднанні з УЗД і гістологічним дослідженням ендометрія дозволяє отримати більш вичерпну характеристику стану ендометрія та інформацію щодо наявності супутніх патологічних процесів, які потребують корекції і впливають на вибір тактики лікування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про автора

Флаксемберг Майя Аркадіївна – Хмельницький обласний перинатальний центр, 29000, м. Хмельницький, вул. Пілотська, 1; тел.: (038) 265-76-81. *E-mail: flakseberg.maja@gmail.com*
orcid.org/0000-0002-7419-0180

Informations about author

Flakseberh Maiia A. – Khmelnytskyi Regional Perinatal Center, 29000, Khmelnytskyi, 1 Pilotskaia Str.; tel.: (038) 265-76-81. *E-mail: flakseberg.maja@gmail.com*
orcid.org/0000-0002-7419-0180

Сведения об авторе

Флаксемберг Майя Аркадьевна – Хмельницкий областной перинатальный центр, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1; тел.: (038)265-76-81. *E-mail: flakseberg.maja@gmail.com*
orcid.org/0000-0002-7419-0180

ПОСИЛАННЯ

1. Adamyan LV, Andreeva EN, Artyuk NV, Belotserkovtseva LD, Bezhenar VF, Gevorkyan MA, et al. Uterine fibroids: diagnosis, treatment and rehabilitation. Clinical guidelines for the management of patients. Moscow: Nauchnyy tsentr akusherstva, ginekologii i perinatologii imeni akademika V.I. Kulakova; 2015. 100 p.
2. Tskhay VB, Grigoryan ES, Kostareva OV, Badmaeva SZ. Uterine fibroids and infertility: etiology, pathogenesis and modern treatment principles (literature review). Siberian Medical Review. 2019;(4):25-33. DOI: 10.20333/2500136-2019-4-25-33)
3. Hoh JK, Lee WM, Lee HJ, Hwang JH. Misdiagnosis of a large uterine vein thrombosis as a uterine myoma prior to hysterectomy: a case report. Ann Acad Med Singapore. 2013;42(2):88-90.
4. Gu Y, Zhu L, Liu A, Ma J, Lang J. Analysis of hysterectomies for patients with uterine leiomyomas in China in 2010. Int J Gynaecol Obstet. 2015;129(1):71-4.
5. Ciavattini A, Clemente N, Delli Carpini G, Saccardi C, Borgato S, Litta P. Laparoscopic uterine artery bipolar coagulation plus myomectomy vs traditional laparoscopic myomectomy for «large» uterine fibroids: comparison of clinical efficacy. Arch Gynecol Obstet. 2017;296(6):1167-73.
6. Naval S, Naval R, Naval S, Rane J. Tips for Safe Laparoscopic Multiple Myomectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(2):193.
7. Klyucharov IV, Trubnikova LI, Hasanov AA. Hysteroscopy in complex diagnosis of the intrauterine and endometrial pathology. Ulyanovsk med. and biol. J. 2013;1:155-8.

Стаття надійшла до редакції 26.04.2021. – Дата першого рішення 30.04.2021. – Стаття подана до друку 18.06.2021