

УДК 618.1:616.07(584.5)

Э.Х.Хушвахтова, Н.Д.Абдурахманова, З.Р.Нарзуллаева

**ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССОВ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ***Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
Министерства здравоохранения Республики Таджикистан**(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 26.01.2012 г.)*

Приведены результаты ультразвуковой диагностики и гистологического исследования макропрепарата у пациенток репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников. При сравнительном анализе ультразвукового и гистологического исследования достоверность трансвагинальной эхографии в диагностике доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников составила 96,9%. Результаты данного исследования показали, что ультразвуковая эхография является высокоинформативным методом диагностики доброкачественных новообразований матки и её придатков.

Ключевые слова: гиперпластические процессы эндо- и миометрия – доброкачественные опухоли яичников – опухолевидные образования яичников – ультразвуковая диагностика – гистологическое исследование.

В современной диагностике ультразвуковая эхография в двухмерном режиме является самым доступным и высокоинформативным дополнительным методом исследования в гинекологии. По мнению большинства авторов, с помощью эхографического исследования можно определить величину переднезаднего размера срединной структуры матки, а также строение и структуру её придатков [1-4]. Наиболее достоверным эхографическим критерием патологии эндометрия является расширение полости матки [5]. По данным исследователей [6], в норме максимальные значения толщины срединной структуры матки не превышают 10-16 мм. В связи с этим увеличение переднезаднего размера М-эха до 14-16 мм и более нами расценивалось как патология.

Трансвагинальная эхография проводилась в двухмерном режиме, при этом особое внимание уделяли состоянию срединного М-эха – отражению от эндометрия и стенок полости матки, а именно оценивали его форму, контуры и внутреннюю структуру [7]. При изучении ультразвуковых данных учитывали возраст пациенток и день менструального цикла.

Целью данной работы явилось изучение ультразвуковой диагностики пациенток с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в сочетании с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Адрес для корреспонденции: Хушвахтова Эргашой Хушвахтовна, Абдурахманова Нигора Джамолитдиновна, 734002, Республика Таджикистан, Душанбе, ул. М.Турсунзода, 31, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии. E-mail: hushvaxtova@mail.ru; babyh84@mail.ru

Методы исследования

Обследовано 195 женщин репродуктивного возраста. В результате проведённого исследования нами было выделено две группы женщин. I группу (основную группу) составила 91 больная с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в сочетании с доброкачественными новообразованиями яичников. Во II группу (группа сравнения) вошли 104 пациентки с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия. Все пациентки обеих групп подвергнуты динамическому ультразвуковому исследованию органов малого таза. В последующем больным основной группы было произведено хирургическое вмешательство с последующим гистологическим исследованием макропрепарата.

Результаты и их обсуждение

Исследуемые женщины были в возрасте от 18 до 45 лет, при этом средний возраст в основной группе составил 37.9 ± 0.5 , а в группе сравнения – 41.4 ± 0.2 лет. Характерными акустическими критериями миомы матки являлись увеличение её размеров (92.2% – в I группе, а во II группе – 92.3%), деформация наружных контуров ($92.3 \pm 2.7\%$ и $94.2 \pm 2.2\%$ соответственно в группах) и появление в стенках матки и её полостях округлой или овальной формы эхоструктур с меньшей по сравнению с миометрием акустической плотностью. У большинства женщин II группы были обнаружены единичные миоматозные узлы. Соотношение единичных и множественных узлов было практически одинаково в обеих группах пациенток ($50.5 \pm 5.2\%$ и $49.5 \pm 3.2\%$ соответственно). Размеры миоматозных узлов, диагностированные при трансвагинальном УЗИ, варьировали от 1 до 15 см. Диаметр миоматозных узлов у большинства женщин основной группы ($92 - 55.1 \pm 3.8\%$) и более чем у каждой третьей ($68 - 35.4 \pm 3.4\%$) группы сравнения не превышали 1-5 см. Из общего количества узлов каждый десятый узел имел размеры более 5 см в основной группе, а в группе сравнения такие размеры имели 52 (27.1%) узла.

На основании комбинированной эхографии интрамуральные миоматозные узлы обнаружены в 74 ($44.3 \pm 3.8\%$) случаях в I группе и у более половины наблюдений ($114 - 59.4 \pm 3.5\%$) в группе сравнения. Ультразвуковая динамика интрамуральных миоматозных узлов с центрипетальным ростом основывалась на визуализации деформированной полости матки в виде полумесяца с ровными контурами. Это образование имело более высокий уровень звукопроводимости, чем миометрий. В отличие от субмукозных узлов при интрамуральных миоматозных узлах с центрипетальным ростом характерной особенностью была деформация контуров полости матки, независимо от размеров опухоли.

Субсерозные миоматозные узлы, способствующие изменению контуров матки, делая её бугристой и ассиметричной, установлены в 1.4 раза достоверно чаще у женщин основной группы, чем у больных группы сравнения. Эхографическая диагностика субсерозных миоматозных узлов основывалась на визуализации интимносвязанного патологического образования округлой формы с более высокой звукопроводимостью, чем миометрий. Субсерозные миоматозные узлы на широком основании имели следующие эхографические признаки: акустическое отражение поверхности опухоли, обращённой в брюшную полость, имело повышенный уровень звукопоглощаемости, чем маточная поверхность миоматозного узла, следовательно, визуализировалось менее отчетливо.

С одинаковой частотой в обеих группах, а именно у каждой третьей больной, встречалась деформация полости матки, обусловленная субмукозным расположением узлов (9 – $5.4 \pm 1.7\%$ и 10 – $5.2 \pm 1.6\%$ соответственно). Ультразвуковая диагностика субмукозных миоматозных узлов основывалась на визуализации внутри расширенной полости матки округлой или овальной формы образования с ровными контурами со средней эхонегативностью. Субмукозные миоматозные узлы отличались от полипов эндометрия более высокой звукопроводимостью.

Наряду с миоматозными узлами выявлены очаги аденомиоза, особенно в тех случаях, когда обнаружены множественные миоматозные узлы. При этом частота сочетания аденомиоза с миоматозными узлами была в 1.3 раза выше у женщин в группе сравнения.

Гиперплазия эндометрия установлена при трансвагинальном ультразвуковом исследовании в двухмерном режиме с одинаковой частотой в группах: в 27($29.7 \pm 4.7\%$) наблюдениях основной группы и в 31($29.8 \pm 4.4\%$) – группы сравнения. Толщина срединного М-эха колебалась от 10 до 32 мм (в среднем 20.8 ± 1.4 мм). В отличие от полипов, гиперплазия эндометрия диагностировалась при отсутствии чётких границ между патологическим образованием и стенками полости матки. Эхографическая диагностика данной патологии основывалась на выявлении срединной структуры матки с ровными контурами и повышенной эхоплотностью.

Диагноз «доброкачественные новообразования яичников» у пациенток основной группы был установлен с помощью ультразвукового обследования яичников и гистологического исследования макропрепарата.

Сравнительный анализ при ультразвуковом и гистологическом исследовании показал следующее.

Серозная цистаденома при УЗИ обнаружено в 32($36.8 \pm 5.1\%$) случаях, а при гистологическом исследовании операционного материала в 29($48.3 \pm 6.4\%$). В наших исследованиях размеры этих опухолей колебались от 4 до 17 см, составив в среднем 9.4 ± 0.7 см. На эхограммах серозные цистаденомы имели вид однокамерных образований округлой формы с высоким уровнем звукопроводимости. Акустическая структура этих опухолей существенно не отличалась от других однородных жидкостных образований яичников. Однако, в отличие от ретенционных кист, для серозных цистаденом было характерно наличие плотной (до 7-8 мм) капсулы.

В данном исследовании муцинозные цистаденомы наблюдались в 13($14.9 \pm 3.8\%$) случаях по данным ультразвуковой диагностики яичников и в 14($23.3 \pm 5.4\%$) наблюдениях – по результатам гистологического исследования. Двухмерными эхографическими критериями муцинозных цистаденом являлись большие размеры в сравнении с другими доброкачественными опухолями яичников (в данном исследовании от 6 до 18 см в диаметре, в среднем – 10.5 ± 0.1 см), наличие плотной капсулы и множественных внутренних перегородок на фоне высокого уровня звукопроводимости. На эхограммах вязкое содержимое муцинозных опухолей отражалось появлением равномерно расположенных мелкоточечных эхосигналов.

При ультразвуковом исследовании зрелые тератомы были выявлены в 11($12.6 \pm 3.5\%$) наблюдениях, а при гистологическом исследовании – 12($20.0 \pm 5.2\%$). Размеры дермоидных кист (зрелых тератом) в данном исследовании варьировали от 4 до 18 см в диаметре, составив в среднем 11.3 ± 1.1 см. Акустическими особенностями солидного компонента зрелых тератом являлись непра-

вильная форма, неровные контуры и расположение в дистальных отделах опухоли, что, вероятно, обусловлено различием удельного веса биологических тканей, составляющих содержимое тератом.

Эндометриоидные кисты с помощью ультразвукового исследования были обнаружены в 7($8.0 \pm 2.9\%$) и в 5($8.3 \pm 3.5\%$) – при гистологическом исследовании. В большинстве наблюдений (86.7%) эти кисты были однокамерными, округлой формы. Размеры их колебались от 4 до 8 см в диаметре (в среднем – 5.6 ± 0.5 см). Эхографический диагноз эндометриоидных кист яичников устанавливался в тех наблюдениях, когда внутри патологического образования с плотной капсулой и пониженным уровнем звукопроводимости визуализировалась мелкоочечная эхопозитивная взвесь.

В настоящих наблюдениях фолликулярные кисты яичников у пациенток при ультразвуковом исследовании отмечались в 13($14.9 \pm 3.8\%$) случаях, а при гистологическом исследовании – в 14($63.6 \pm 10.2\%$). Диаметр их варьировал в пределах 3 – 11 см, составив в среднем 7.3 ± 0.7 см. Эхографическая диагностика фолликулярных кист основывалась на визуализации в проекции яичника образования округлой формы с тонкими стенками (до 2 мм) и высоким уровнем звукопроводимости.

По данным гистологического исследования, кисты жёлтого тела были выявлены в 8($36.4 \pm 10.2\%$) случаях, а при ультразвуковом исследовании – в 11($12.6 \pm 3.5\%$). Диаметр их колебался от 5 до 12 см (в среднем 8.4 ± 0.7 см). Кисты жёлтого тела характеризовались более плотной капсулой (до 4-7 мм) в сравнении с фолликулярными кистами (стенки кисты жёлтого тела имеют схожие эхографические признаки со стромой яичников), а также появлением внутри образования множественных эхопозитивных сигналов различной конфигурации, отражающих геморрагическое содержимое кисты.

При сравнении данных гистологического исследования макропрепарата и эхографического исследования доброкачественных новообразований яичников установлено, что ошибки при диагностике серозных цистаденом составили $9.4 \pm 5.1\%$, при муцинозных цистаденомах – $7.1 \pm 6.7\%$ и при зрелой тератоме – $8.3 \pm 7.9\%$. Самая высокая частота в несовпадении гистологического диагноза с данными эхографии имела место при диагностике эндометриоидных кист – $28.6 \pm 17.1\%$. В результате проведенного комбинированного ультразвукового исследования женщин основной группы в 87(95.6%) случаях ($n=91$) были обнаружены объёмные образования яичников, а в 4(4.4%) случаях опухолевидные образования придатков не выявлены.

Таким образом, достоверность двумерной трансвагинальной эхографии в диагностике доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников составила 96.9%. Безусловно, что при выявлении опухолевого процесса придатков всем больным произведено хирургическое лечение. Результаты гистологического исследования макропрепарата подтвердили данные ультразвукового исследования. Анализируя результаты данного исследования, мы пришли к выводу, что ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом диагностики, использование которого позволяет избежать неоправданного полостного хирургического вмешательства у ($82 - 90.1 \pm 3.1\%$) больных с новообразованиями в малом тазу.

Поступило 27.01.2012 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гус А.И. – Акушерство и гинекология, 1985, №6, с.61-65.

2. Давыдов А.И. Возможности трансвагинальной эхографии в диагностике заболеваний внутренних половых органов: Автореф. дисс. к.м.н. – М., 1989, 23 с.
3. Зыкин Б.И., Медведев М.В. – Ультразвуковая диагностика, 1998, №1, с.8-15.
4. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада-Х, 1999, 149 с.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. – М.: Медицина, 1999.
6. Caspi B. et al. – Ultrasound Obstet. Gynec., 2000, v. 15, №4, pp. 327-330.
7. Краснова И.А., Бреусенко В.Г. – Акушерство и гинекология, 2003, №2, с.45-50.

Э.Х.Хушвахтова, Н.Д.Абдурахманова, З.Р.Нарзуллоева

ТАШХИСИ ЭХОГРАФИИ ЧАРАЁНҲОИ ГИПЕРПЛАСТИКИИ БАЧАДОН ВА ТУХМДОНҲО

*Пажӯҳишгоҳи илмӣ тадқиқоти акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии
Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Натиҷаҳои ташхиси ултрасадо ва тадқиқотҳои гистологии макропрепарат дар занҳои синни репродуктивии дорои чараёнҳои гиперпластикии эндо- ва миометрия дар якҷоягӣ бо омӯҳҳои безарар ва ҳосилоҳои омӯсмонанди тухмдонҳо, оварда шудааст. Ҳангоми таҳлили таносубии ултрасадо ва тадқиқоти гистологӣ дурустии санҷиши эхографияи трансвагиналӣ дар ташхиси омӯҳҳои безарар ва ҳосилоҳои омӯсмонанди тухмдонҳо 96,9%-ро ташкил медиҳад. Натиҷаҳои тадқиқотҳои гузаронидашуда нишон дод, ки ултрасадои эхографӣ яке аз усули натиҷабаланд мебошад.

Калимаҳои калидӣ: чараёнҳои гиперпластикии эндо- ва миометрия – омӯҳҳои безарари тухмдонҳо – ҳосилоҳои омӯсмонанди тухмдонҳо – ташхиси ултрасадо – тадқиқоти гистологӣ.

E.H.Hushvahtova, N.J.Abdurahmanova, Z.R.Narzullaeva

SOLOGRAPHY DIAGNOSTICS OF HYPERPLASTIC PROCESSES OF A UTERUS AND OVARIES

*Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of the Republic of Tajikistan*

Introduced results of ultrasonic diagnostics and histological examination of a macropreparation among patients of reproductive age with hyperplastic processes of endo - and myometria in combination with benign ovarian neoplasm. In comparative analysis of ultrasonic and histological examination, reliability of transvaginal solography in diagnostic of benign ovarian neoplasm and ovarian cyst equal to 96,9 %. Results of analysis have shown that ultrasonic examination is a high informative method of diagnostics of benign uterine neoplasm and its appendages.

Key words: hyperplastic processes of endo- and myometria – benign ovarian neoplasm – ovarian cyst – ultrasonic solography – histological examination.