

Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, Л.В. САПРЫКИНА

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2016

Диагностика

Ультразвуковое исследование органов малого таза с применением доплерометрии

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (вне кровотока) имеет большую информативную ценность. Увеличение М-эха — основной прогностический маркер патологии эндометрия. У менструирующих женщин величина данного показателя определяется фазой менструального цикла и в норме достигает максимальных значений (16 мм) в позднюю стадию секреции — пик секреторных преобразований в слизистой оболочке тела матки [59]. Выполнять УЗИ с целью определения патологии эндометрия следует на 5–7-й день менструального цикла (у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста). При этом М-эхо не должно превышать 5–7 мм [72].

Для ГЭ характерно увеличение эхограммы эндометрия до 2–3 см.

Для оценки эндометрия с помощью 2D-эхографии широко используют определение толщины эндометрия в сагиттальной плоскости. Чувствительность УЗИ при карциноме эндометрия составляет 80%, специфичность 91,5% [72].

S. Granberg и соавт. [80] полагают, что толщина эндометрия у женщин в постменопаузе, равная 5 мм и менее, позволяет с высокой (96%) вероятностью исключить заболевание слизистой тела матки. Тем не менее толщина эндометрия не всегда позволяет дифференцировать процесс на доброкачествен-

ный и злокачественный. В последние годы для этих целей используют измерение объема эндометрия. К. Gruboesk и соавт., используя определение объема эндометрия с пороговым значением 13 мм³ у больных с верифицированным раком эндометрия (ретроспективное исследование), доказали, что чувствительность 3D-метода составляет 100%, а специфичность — 98% (при использовании двухмерного сканирования эти показатели достигли 83 и 88% соответственно) [81]. Однако в ходе проспективного исследования установлено: чувствительность определения объема эндометрия в диагностике рака эндометрия не превышает 70%, что аналогично чувствительности измерения толщины эндометрия [91].

С целью определения места УЗИ органов малого таза в диагностике ГПЭ нами было выполнено исследование, касающееся изучения информативности неинвазивных и малоинвазивных методов исследования. УЗИ органов малого таза было выполнено 133 пациенткам [46].

При этом был выявлен ряд закономерностей (табл. 4). У пациенток перименопаузального возраста без патологии эндометрия величина М-эха варьировала от 5 до 8 мм и составила в среднем $6,23 \pm 0,6$ мм. Структура эндометрия была однородной, граница «эндометрий — миометрий» визуализировалась четко. Анализ эхографической картины эндометрия у пациенток перименопаузального возраста показал, что ультразвуковая картина ГПЭ отличалась выраженным полиморфизмом. Однако чаще других вариантов встречались неоднородность структуры эндометрия и наличие полиповидных разрастаний в полости матки.

При УЗИ гиперплазированный эндометрий имел диффузно неоднородную эхо-структуру, что проявлялось наличием эхо-позитивных и эхо-негативных включений, отсутствием линии смыкания слизистой оболочки полости матки, неровным наружным контуром М-эха. У пациенток с ГЭ при УЗИ была

Таблица 4. Ультразвуковые характеристики эндометрия в норме и при патологии у пациенток перименопаузального возраста

Признак	Норма	ГЭ	ПЭ	Аденокарцинома
М-эхо, мм	6,23±0,6	9,32±1,12	От 4 до 10 мм	10,22±0,05
Ультразвуковая картина	Эндометрий однородный	Диффузно неоднородная эхо-структура эндометрия. Несоответствие эхогенности эндометрия фазе менструального цикла	Образование с ровными четкими контурами, эхогенность повышена	Эхогенность повышена. Структура эндометрия неоднородная, контур нечеткий
Индекс резистентности (ИР) спиральных артерий	Спиральные артерии в проекции М-эха не визуализировались	0,52±0,04	0,62±0,06	0,47±0,03

выявлена нечеткая граница «эндометрий — миометрий». М-эхо эндометрия в среднем составило $9,32\pm 1,12$ мм (в т.ч. на фоне кровотока). Кроме того, для пациенток перименопаузального возраста было характерно несоответствие эхогенности эндометрия фазе менструального цикла, а для больных в постменопаузе — снижение эхогенности. ПЭ визуализировались в виде овальных или округлых образований, имеющих повышенную эхогенность, однородную эхо-структуру, четкие, ровные контуры.

У пациенток с аденокарциномой М-эхо варьировало от 10 до 12 мм, в среднем $10,22\pm 0,05$ мм, эндометрий имел повышенную эхогенность, неоднородную структуру с гипозоногенными включениями, нечеткие контуры, отсутствовала визуализация границы «эндо-

метрий — миометрий», что позволило заподозрить малигнизацию процесса уже на стадии УЗИ.

Использование доплеровских методик при УЗИ важно для оценки состояния эндометрия. При проведении цветового доплеровского картирования основные маточные артерии регистрировались у всех больных. В эндометрии больных с ГЭ в 36,88% случаев ($n=52$) регистрировался кровоток в спиральных артериях, которые у пациенток без патологии слизистой оболочки матки в проекции М-эха не визуализировались. Необходимо отметить, что визуализация кровотока в спиральных артериях у больных с ГЭ увеличивалась при выполнении УЗИ во вторую фазу менструального цикла. ИР при этом составил $0,52 \pm 0,04$.

Отличительным признаком аденокарциномы явилось наличие гиперваскуляризации субэндометриальной зоны в зоне поражения и усиление кровотока. Индекс резистентности при этом колебался от 0,43 до 0,5 и составил в среднем $0,47 \pm 0,03$.

Несмотря на то, что ПЭ в 27,75% случаев ($n=48$) при доплерографии были аваскулярными, у ряда пациенток при УЗИ с использованием доплеровских методик визуализировался кровоток, питающий данное образование.

В 5,78% случаев ($n=10$) регистрировался кровоток, ИР составил $0,62 \pm 0,06$ ($p < 0,05$ по сравнению с аденокарциномой). Необходимо отметить, что 8 пациенток из этой подгруппы находились в постменопаузе. Результат гистологического заключения у данной категории больных — «аденоматозный полип». Учитывая, что в норме в постменопаузе при доплерографическом исследовании интраэндометриальный кровоток не визуализируется, можно предположить, что васкуляризация полипов в постменопаузе является диагностическим критерием ГПЭ с атипией.

У ряда пациенток с ПЭ различной гистологической структуры (53%, $n=25$) при УЗИ органов малого таза с использованием доплеровских методик в первую фазу определялись единичные спиральные артерии, при этом ИР в них не отличался от аналогичных показателей, зарегистрированных у больных с ГЭ. Необходимо отметить, что при УЗИ органов малого таза, выполненном во вторую фазу менструального цикла, количество артерий было больше.

В ряде случаев было несовпадение заключения УЗИ и результатов гистологического исследования. Как правило, трудности возникают в дифференциальной диагностике ПЭ и субмукозных миоматозных узлов небольших размеров (диаметром до 1 см).

Цель УЗИ — не определение морфологического диагноза при патологии эндометрия, а предварительное заключение как о наличии или отсутствии ГПЭ, так и о характере поражения. При изучении случаев несовпадения заключения УЗИ и результатов гистологического исследования биоптатов эндометрия были получены данные, которые отражены в табл. 5.

Таблица 5. Несовпадение результатов ультразвукового и морфологического исследований

Заключение УЗИ	Результат гистологического исследования	Количество больных л (%)
Неизменная картина эндометрия (М-эхо — 4-5 мм)	ГЭ без атипии	12 (6,94%)
ГЭ (без атипии)	ПЭ (железистый)	12(6,94%)
ГЭ (без атипии)	Эндометрий фазы пролиферации	4 (2,31%)
ПЭ (без четкого кровотока; РДВ в анамнезе)	Эндометрий фазы пролиферации	2 (1,16%)
ПЭ (железистый?)	ГЭ	1 (0,58%)
ПЭ (фиброзный?)	Субмукозная миома матки	2 (1,16%)