

Кириленко В.П., Грудницкая Е.Н., Русакевич П.С., Дыдышко Е.С.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика
Беларусь

СНИЖЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ПОЛИПАХ ТЕЛА МАТКИ

Введение. Полипы тела матки и (или) эндометриальная железистая гиперплазия (МКБ-11, полип матки обозначается кодом GA16.0 эндометриальная железистая гиперплазия) широко распространенная патология в структуре гинекологических заболеваний и характеризуется высоким процентом выполняемых хирургических вмешательств [1, 2]. Своевременная их диагностика и лечение являются актуальными проблемами гинекологии, поскольку имеют важное значение в профилактике рака эндометрия, которому они могут предшествовать или служить фоном для его развития [3, 4]. Проведенный анализ выполненных малых инвазивных операций за 9 месяцев показал, что из 325 пациенток, которым выполнена гистероскопия по поводу полипа тела матки, у 232 (71,4%) он был подтвержден, а у 93 (28,6%) женщин наличие полипа не оказалось и (или) не подтвердилось.

Цель исследования. На основании клинико-анамнестического анализа установить наиболее значимые факторы для подтверждения полипа(ов) тела матки с целью снижения диагностических ошибок и оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. С целью удаления полипа(ов) тела матки у гинекологических пациенток применяется хирургическая гистерорезектоскопия, которая проводится в условиях малой операционной.

Результаты и обсуждение результатов исследования. В эндовидеохирургическом центре Родильного дома Минской области (УЗ «КРДМО») было выполнено 325

гистероскопий у женщин с установленным диагнозом «Полип тела матки». Диагноз в основном был установлен на основании УЗ-исследования. Клинико-анамнестические проявления, как элемента так называемой классической триады, в медицинских документах был прописан скудно, а то и вовсе отсутствовал. По протоколам записи хирурга и полученным гистологическим заключениям было установлено, что из 325 пациенток, которым выполнена гистероскопия по поводу полипа тела матки, у 232 (71,4%) он был подтвержден, а у 93 (28,6%) женщин наличие полипа не оказалось и (или) неподтвердилось. Проведенный детальный анализ историй болезни пациенток установил следующую клиническую характеристику обследованных.

По возрасту, обследуемые женщины распределились следующим образом: наиболее часто полипы эндометрия диагностировались в возрастном ранге от 41–61 года, их количество составило – 182 ($78 \pm 15,2\%$), однако в этой же группе по возрасту у 57 ($61 \pm 5\%$) пациенток наличие полипов не подтвердилось. Прослеживается определенная тенденция в увеличении патологии эндометрия с возрастом. Если в молодом возрасте от 20–30 лет наличие патологических образований было у $23 \pm 2,7\%$ ($n=54$), то в последующие возрастные интервалы вплоть до постменопаузы только возрастало и соответствовало $38 \pm 5,1\%$ ($n=89$) в 31–40 лет и $78 \pm 15,2\%$ ($n=182$) в 41–61 соответственно.

Из особенностей менструальной функции обследованных пациенток следует отметить, что регулярный менструальный цикл был установлен у $26 \pm 2,8\%$ ($n=62$) с подтверждением полипа(ов) и у $34 \pm 4,9\%$ ($n=32$) женщин, у которых полип эндометрия был неподтвержден. Позднее наступление и установление менструальной функции у пациенток с подтверждением полипа(ов) отметили $16 \pm 2,4\%$ ($n=39$), а женщины с неподтвержденным полипом тела матки составили $11 \pm 3,2\%$ ($n=11$). Нерегулярный менструальный цикл отметили $20 \pm 2,6\%$ ($n=47$) женщин при наличии подтвержденных полипов и такой же в цифровом процентном соотношении $20 \pm 4,1\%$ ($n=19$) был в группе обследованных с неподтверждением полипа(ов). Другие нарушения менструальной функции, которые объединили целый ряд клинических проявлений в виде: болевого синдрома накануне менструаций, схваткообразные боли внизу живота во время месячных, обильные кровотечения во время месячных, кровомазанье после месячных были отмечены у $36,1 \pm 2,6\%$ ($n=84$) пациенток с подтверждением полипа(ов), а у тех, где был неподтвержден полип(ы) установлен у $33 \pm 2,4\%$ ($n=31$).

По наличию беременностей и их исходов обследуемые группы распределились следующим образом: Срочные роды в кагорте женщин с подтверждением полипа(ов) были у $76,1 \pm 2,8\%$ ($n=178$), преждевременные – $8 \pm 1,7\%$ ($n=19$), а их отсутствие имело место у $23 \pm 2,7\%$ ($n=54$). В группе с установленным неподтверждением полипа(ов) по срочным родам данный показатель составил $84 \pm 3,8\%$ ($n=79$), преждевременные – $2 \pm 1,4\%$ ($n=2$), отсутствие родов было у $15 \pm 3,7\%$ ($n=14$). Замершую или неразвивающуюся беременность в анамнезе имели $14 \pm 2,2\%$ ($n=34$) пациенток с подтверждением полипа(ов) и нарушенную внематочную беременность отметили $3 \pm 1\%$ ($n=7$), у женщин с неподтверждением полипа(ов) данный показатель варьировал на уровне $4 \pm 2\%$ ($n=4$) и $1 \pm 1\%$ ($n=1$) соответственно. В рубрике искусственных абортов доминировала

группа с подтверждением полипа(ов) $37\pm 3,1\%$ ($n=86$), а у тех, у кого был неподтвержден полип(ы) составил $23\pm 4,3\%$ ($n=22$).

Из перенесенных соматических заболеваний в исследуемых группах с эндометриальной железистой гиперплазией отмечена высокая в процентном отношении заболеваемость по перенесенным детским и вирусным инфекциям $87\pm 2,2\%$ ($n=204$) и $93\pm 2,6\%$ ($n=87$) соответственно. На втором месте доминировали болезни сердечно-сосудистой системы, включая, артериальную гипертензию и ожирение I-IV степени $65\pm 3,1\%$ ($n=151$) и $47\pm 5,1\%$ ($n=44$) и завершали данный «призерный» ряд заболевания бронхолегочной системы, включая перенесенную пневмонию $37\pm 3,1\%$ ($n=88$) и $38\pm 5\%$ ($n=36$). Следует отметить, что в группе женщин с подтверждением полипа(ов) до $21\pm 2,6\%$ ($n=49$) имели варикозную болезнь нижних конечностей, по сравнению с другой группой этот процент был на уровне $12\pm 23,4\%$ ($n=12$). Некоторой неожиданностью явилось то, что болезни почек и мочевыводящих путей были значительно выше в кагорте женщин с неподтверждением полипа(ов) $23\pm 4,3\%$ ($n=22$) и $11\pm 2\%$ ($n=26$) соответственно. Также в данной группе было больше пациенток с патологией щитовидной железы $29\pm 4,7\%$ ($n=27$) и болезнями ЛОР-органов $20\pm 4,1\%$ ($n=19$) по сравнению с аналогичными $18\pm 2,5\%$ ($n=43$) и $16\pm 2,4\%$ ($n=38$). Болезни желудка, желчного пузыря и 12-перстной кишки были незначительны в обеих группах и колебались на уровне $11\pm 2\%$ ($n=27$) и $11\pm 3,2\%$ ($n=11$) соответственно.

Из заболеваний репродуктивного аппарата в группе обследованных женщин с подтверждением полипа(ов) в большом проценте случаев были экстрагенитальные поражения шейки матки $70\pm 3\%$ ($n=163$) и $58\pm 5,1\%$ ($n=54$) по аналогии. Далее отмечено большое количество проведенных операций Кесарево сечение в данной группе $46\pm 3,3\%$ ($n=46$) по сравнению с противоположной $12\pm 3,4\%$ ($n=12$). Другие заболевания репродуктивного тракта: воспалительные заболевания органов малого таза, кольпит, операции на придатках, бесплодие в процентном отношении достоверно не различались и находились в равном соотношении.

При проведении анализа историй болезни пациенток, которым проводилась гистероскопия по поводу «полипа тела матки», нас интересовали наиболее значимые клинические проявления и(или) их последствия при данной патологии. Поскольку маточные полипы возникают вследствие разрастания клеток эндометрия, то для проявления клинических симптомов необходимо время. На начальном этапе этот процесс, как правило, проходит бессимптомно, но при наличии нескольких образований или увеличения их до крупных размеров могут проявляться следующие клинические проявления. Из наиболее часто встречаемых клинических проявлений в группе женщин с подтверждением полипа(ов) практически у половины обследуемых встречались кровянистые, мажущие выделения, не связанные с менструальным циклом и постпонирующие кровянистые, мажущие выделения $50\pm 3,3\%$ ($n=116$) и $50\pm 3,3\%$ ($n=117$) у пациенток с неподтверждением полипа(ов) соответственно $22\pm 4,3\%$ ($n=21$) и $38\pm 5\%$ ($n=36$). Следует отметить клиническую симптоматику, связанную с болями внизу живота перед и во время месячных $37\pm 3,2\%$ ($n=88$) и обильные *menstruationes* во время месячных $34\pm 3,1\%$ ($n=81$). По аналогии с другой группой данный процент колебался

на уровне $19 \pm 4\%$ ($n=18$). Болевые ощущения с наличием кровянистых выделений во время или после полового акта в обеих группах были незначительными и составили $5 \pm 1,4\%$ ($n=13$) и $9 \pm 3\%$ ($n=9$), т.е. где-то на уровне статистической погрешности.

В зависимости от клеточной морфологии (состава клеток) полип тела матки может быть: железистым (с задействованием желез), фиброзным (из фиброзных волокон), железисто-фиброзным (с задействованием обеих тканей), аденоматозным (из измененных железистых клеток, перерастающих в злокачественные). Отдельно выделяют плацентарные, которые возникают из остатков плаценты при тяжелых родах или аборте из-за неполного выскабливания. Визуально он похож на своеобразный гриб – скопление узловатых тканей на тонкой ножке, которой полип крепится к стенке матки. По результатам морфологического исследования субстрата, полученного в результате проведения гистероскопии по поводу установленной патологии тела матки, в когорте женщин с подтверждением полипа(ов), доминировали железистый полип $58 \pm 3,2\%$ ($n=136$) и железисто-кистозный полип $20 \pm 2,6\%$ ($n=48$). Замыкал эту триаду атрофический полип с $11 \pm 2\%$ ($n=27$). Аденоматозный и железисто-фиброзный полип(ы) составили менее 10% от данной группы исследуемых женщин и составили $4 \pm 1,2\%$ ($n=4$) и $7 \pm 1,7\%$ ($n=17$) соответственно. В группе пациенток с неподтверждением полипа(ов) заключение по морфологическому материалу было более разнообразным и пестрым. В тройке лидеров оказались гистологические заключения, связанные с циклическими изменениями эндометрия. В процентном отношении они распределились следующим образом: циклические пролиферативные изменения эндометрия – $24 \pm 4,4\%$ ($n=23$), эндометрий ранней и поздней стадии фазы пролиферации – $23 \pm 4,3\%$ ($n=22$), циклические секреторные изменения эндометрия – $17 \pm 3,9\%$ ($n=16$). Другие перечисленные заключения были обусловлены эндометрием гипопластического типа $9 \pm 2,9\%$ ($n=9$) и $11 \pm 3,2\%$ ($n=11$), эндоцервиксом с клеточной метаплазией $7 \pm 2,6\%$ ($n=7$) и попавшими в морфологическое исследование фрагменты субмукозной лейомиомы $5 \pm 2,2\%$ ($n=5$).

Исходя из полученных данных следует отметить высокий процент неподтвержденных случаев наличия «полипа(ов) тела матки» у обследованных женщин, которым выполнена гистероскопия. Их количество в данном исследовании составило практически 1/3 от общего числа ($n=325$) и колебалось на уровне $28,6\%$ ($n=93$). Несмотря на то, что УЗ визуализация с целью диагностики была применена во всех случаях, однако около 30% случаев оказались ошибкой, т.е. наличие патологического субстрата не подтвердилось.

Выводы. С целью снижения диагностических ошибок и гипердиагностики, что влечет за собой использование дорогостоящего эндовидеохирургического оборудования, нам представляется следующее:

1. Более активно и детализировано использовать клиничко-анамнестические данные, особенно в части жалоб, связанных с нарушениями менструального цикла, а также анамнестических факторов, которые могут быть причинно-следственными в росте патологических образований в матке.

2. Не следует проявлять излишнюю поспешность и экстренность при наличии полипа и срочном проведении гистерорезектоскопии. Рекомендуется провести тройной УЗ скрининг с соблюдением всех правил обследования и фазы менструального цикла.
3. Установлено, что около 95% пациенток, которым проведена операция, гормональное лечение не проводилось, не исследовался гормональный фон, а во многих случаях банально, не проводилась коррекция длительной менструальной дисфункции. Следует активно использовать раздельно-диагностическое выскабливание, особенно в сомнительных случаях и(или) наличии полипа(ов) небольших размеров.

Литература

1. Гончаренко, В.Н. Клинико-морфологическое обоснование дифференциального алгоритма лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / В.Н. Гончаренко, В.А. Бенюк // Охрана материнства и детства. – 2014. – №1, том 23. – С. 17–20.
2. Кондриков, Н.И. Патология матки / Н. И. Кондриков, И.В. Баринаова. – М.: Практическая медицина, 2019. – С. 229.
3. Bel, S. Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women / S. Bel, C. Billard, J. Godet, V. Viviani, C. Akladios, A. Host, E. Faller, T. Boisrame, M. Hummel, J-J. Baldauf, L. Lecoindre, O. Garbin // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2017. – Vol. 216. – P. 138–142.
4. Clark, T.J. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? / T. J. Clark, H. Stevenson // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. – 2017. – Vol. 40. – P. 89–104.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом факультета повышения
квалификации и переподготовки

ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

(Гомель, 29 марта 2024 г.)

Научное электронное издание

Минск
«Профессиональные издания»
2024