

УДК 618.1–071.2/3

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ І ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ У ГІНЕКОЛОГІЇ

М. С. Золотухін, Л. І. Бутіна, М. І. Солон, Л. А. Плоткіна, М. В. Борисов

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького,
Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк Донецької залізниці

Ключові слова: ендометрій, клінічні прояви, діагностичне вишкрібання, інтерпретація.

Щоб дати правильне тлумачення функціонального стану ендометрія під час його гістологічного дослідження, потрібно не тільки мати уявлення про структурні особливості слизової оболонки тіла матки в різні фази менструального циклу й у різному віці, про індивідуальні варіанти будови ендометрія і лікування його за наявності патології, а й взяти до уваги клінічну картину та результати клініко-лабораторних досліджень [3].

Незважаючи на наявність морфологічних ознак патологічних змін ендометрія, за відсутності достатньої клінічної інформації не завжди можливо встановити повноцінний діагноз. Іншими словами, оцінка функціонального стану ендометрія залежить не тільки від мікроскопічного дослідження гістологічних зрізів, приготованих із матеріалу, отриманого під час діагностичного вишкрібання слизової оболонки тіла матки, а й від клінічної картини захворювання, тобто гістологічне діагностування фактично починається біля ліжка хворої.

У лікаря має бути чітке уявлення про значення гістологічного дослідження зіскрібка ендометрія для встановлення клінічного діагнозу і про небезпечність цього оперативного втручання для здоров'я жінки.

Хоча статистичні дані не відзначають смертності внаслідок діагностичного вишкрібання слизової оболонки тіла матки, однак інколи не вдається уникнути перфорації матки, анафілактичних реакцій і розвитку запалення.

Перш ніж провести вишкрібання ендометрія, лікар має з'ясувати, чи потребує встановлення клінічного діагнозу повного (тотального) вишкрібання, чи достатньо обмежитися частковим вишкрібанням ендометрія (цуг, штрих, біопсія). Для повноцінної гістологічної діагностики, як правило, потрібно зробити тотальне вишкрібання ендометрія. На підставі дослідження цугу, за якого звичайно відділяється лише частина обсягу тканини ендометрія, оцінка функціонального стану останнього найчастіше є відносною, а іноді її неможливо дати [2].

Неадекватна оцінка стану ендометрія на підставі дослідження цугу може бути зумовлена не тільки недостатньою кількістю вилученої тканини, а й видаленням тканини лише з істмічного відділу матки.

Як відомо, слизова оболонка істмічного відділу матки на гормональні впливи реагує значно слабше, ніж ендометрій дна матки [2]. Крім того, за осередкового характеру враження цуг ендометрія може бути взятий поза ділянкою ураження, причому така можливість тим більша, чим меншими є розміри патологічно зміненої слизової оболонки. Таким чином, якщо ураження ендометрія є осередковим, незначних розмірів (початкові етапи розвитку ураження), за допомогою штрих-біопсії воно може бути не діагностованим.

Незважаючи на ці недоліки, в окремих випадках, наприклад, контролюючи зміни слизової оболонки під час проведення гормональної терапії, та в деяких інших випадках, узяття цугу ендометрія видається більш доцільним, ніж тотальне його вишкрібання.

Ще одним способом взяти ендометрій для дослідження є вакуумна аспірація вмісту матки. Гістологічне оброблення та дослідження матеріалу, отриманого цим методом, мало відрізняється від таких у разі вишкрібання ендометрія кареткою. Однак, за даними літератури, видалення поліпів ендометрія під час вакуум-аспірації вмісту матки в половині випадків не відбувається, і вони залишаються не діагностованими [8].

Перспективним на сьогодні є забирання матеріалу з порожнини матки під контролем гістероскопа.

Діагностичне вишкрібання ендометрія потребує знеболювання, що вимагає індивідуального підходу під час його проведення в дівчат, жінок похилого віку, жінок з екстрагенітальними захворюваннями. Перевагу слід надавати внутрішньовенному введенню анестетиків короткої дії.

Проводити діагностичне вишкрібання потрібно з урахуванням клінічної картини захворюван-

ня. У зв'язку з цим треба відзначити, що в деяких жінок ациклічні кров'янисті виділення або кровотечі зі статевих шляхів можуть бути наслідком лейкемії, ідіопатичної тромбоцитопенії, дефіциту факторів згортання крові й інших її захворювань. У цих жінок в анамнезі нерідко є свідчення тенденції до посилення інтенсивності менструальних кровотеч. У жінок репродуктивного віку внаслідок тривалої менорагії може розвинути залізодефіцитна анемія. Крім того, нестача заліза як така може бути причиною тривалих кровотеч. Порушення менструального циклу можуть спостерігатися й у жінок з різноманітними вадами серця (особливо в разі декомпенсації) і за наявності захворювань щитоподібної залози. У хворих на гіпертиреоз частіше спостерігається оліго- й аменорея, на гіпотиреоз — менорагії. Гістологічне дослідження ендометрія у хворих з порушеннями системи крові, з декомпенсованими захворюваннями серця і щитоподібної залози мають відносне значення: нормалізації менструального циклу в них сприяє проведення ефективної патогенетичної терапії [9].

Як відомо, тривалість менструального циклу не тільки в різних жінок, а й в однієї жінки є варіабельною. За даними літератури, у жінок репродуктивного віку більшість менструальних циклів триває 25–32 дні, причому тривалість лютеїнової фази на відміну від фолікулярної більш стабільна і становить 12–14 днів. Виразна варіабельність фолікулярної фази і та обставина, що перші морфологічні ознаки секреторної трансформації ендометрія проявляються через 36–48 годин після овуляції, діагностичне вишкрібання ендометрія в періовуляторний період є малоінформативним для визначення характеру циклу [2]. Для підтвердження овуляторного циклу діагностичне вишкрібання ендометрія доцільно здійснювати напередодні передбачуваної менструації (за 2–3 дні

до її початку). Щоб унеможливити переривання ймовірної вагітності внаслідок зіскребу ендометрія, у ці терміни можна застосовувати тести на вагітність.

Переваги гістологічного дослідження ендометрія за 2–3 дні до менструації усім відомі. У цей період морфологічна картина слизової оболонки тіла матки дає змогу судити як про виразність секреторних перетворень в ендометрії протягом лютеїнової фази, так і про зміни його під час інволюції жовтого тіла.

Діагностичне вишкрібання ендометрія є обов'язковим навіть за відсутності кровотечі або кров'янистих виділень у період госпіталізації. Створення М-ехо ендометрія під час ультразвукового дослідження в жінок у менопаузі або відразу ж після менструації в жінок репродуктивного віку є показанням для діагностичного вишкрібання ендометрія. При цьому слід окремо вишкріпати слизову оболонку цервікального каналу, збираючи вилучений матеріал у різні посудини [1].

Часто показанням до діагностичного вишкрібання ендометрія є дисфункціональні маткові кровотечі в передменопаузі [3].

Вишкрібання ендометрія та гістологічне дослідження вилученої тканини обов'язково здійснюються у разі мимовільного викидня, плацентарного поліпа. Важливе значення має гістологічне дослідження ендометрія в жінок із безплідністю різного генезу [2].

Порушення менструальної функції

Оптимальні терміни проведення діагностичного вишкрібання для повноцінного гістологічного діагностування стану ендометрія в жінок із порушенням менструальної функції подано в табл. 1.

Під час вишкрібування ендометрія потрібно видалити тканини з рогів матки, оскільки в цих

Таблиця 1

Оптимальні терміни проведення діагностичного вишкрібання порожнини матки залежно від виду порушення менструального циклу

Клінічна симптоматика	Оптимальний період для діагностичного вишкрібання
Метрорагії за наявності підозри на злоякісне ураження ендометрія, неповний викидень, плацентарний поліп	У найближчий можливий термін після госпіталізації
Менорагії, у тому числі в разі підозри на уповільнене (нерегулярне) відторгнення ендометрія	На 4–5 день менструального циклу
Олігоменорея: овуляторний цикл ановуляція	Напередодні або в перший день менструації У другу половину циклу, беручи до уваги час між двома послідовними кровотечами
Гіпоменорея	Безпосередньо перед або невдовзі після початку менструації
Аменорея (не зумовлена вагітністю) первинна або вторинна	У будь-який день незалежно від тривалості аменореї

ділянках нерідко локалізуються поліпи, а також відбувається злякисне переродження передракових уражень. Якщо зіскрібок ендометрія рясний, коли є підозра на ракове ураження, проведення вишкрібання вимагає особливої обережності. У цьому разі завжди слід пам'ятати про ймовірність інвазійного росту ракової тканини в міометрії. Тому під час діагностичного вишкрібання ендометрія в жінок з цією патологією не слід намагатися видалити всю уражену ділянку з огляду на ризик перфорації стінки матки.

У разі метрорагії зіскріб ендометрія потрібно отримати відразу після госпіталізації хворої. Зі збільшенням терміну між початком кровотечі і вишкрібанням слизової оболонки тіла матки велика частина патологічно зміненого ендометрія може зазнати некрозу і відторгнення, що в свою чергу може затрудняти гістологічну діагностику характеру ураження внаслідок малої кількості тканини, що направляється для дослідження.

Можливість повноцінної діагностики за допомогою морфологічного дослідження зіскрібка ендометрія, отриманого невдовзі після припинення кровотечі, знижується вдвічі порівняно з дослідженням слизової оболонки тіла матки, вилученої незабаром після початку кровотечі.

За наявності дисфункціональних маткових кровотеч гістологічне дослідження ендометрія має важливе значення не тільки для розпізнавання причин захворювання, а й для проведення патогенетичної терапії.

Дисфункціональні маткові кровотечі, зумовлені ановуляцією, спостерігаються переважно в жінок віком понад 45 років і в дівчат у період статевого дозрівання, хоча нерідко — і в жінок репродуктивного віку.

У разі ановуляції внаслідок тривалого впливу естрогенів на слизову оболонку тіла матки в останній розвиваються проліферативні зміни. Гістологічне дослідження ендометрія у хворих з ановуляторними матковими кровотечами може виявити залозисту (залозисто-кістозну) гіперплазію ендометрія, а також осередковий аденоматоз або атипову гіперплазію ендометрія. Якщо симптоматика захворювання в жінки свідчить на користь ановуляції, морфологічна оцінка функціонального стану ендометрія в першу половину циклу не має клінічного значення. Справді, гістологічний стан слизової оболонки тіла матки (ранньої, середньої або пізньої стадії проліферації) не дає змоги ні ствердити, ні відкинути ановуляцію, досліджуючи ендометрій, вилучений відразу або невдовзі після кровотечі. У таких випадках вишкрібання ендометрія варто здійснювати в другу половину циклу.

Відсутність секреторних перетворень у складових слизової оболонки тіла матки на підставі

дослідження її зіскребу в другій половині циклу свідчить про ановуляцію, а характер морфологічних зрушень допомагає визначити тактику лікування хворої.

Передракові захворювання

Особливої уваги у визначенні тактики лікування потребують хворі з передраковими ураженнями ендометрія. До останнього відносять: осередковий аденоматоз, атипову гіперплазію й аденоматозні поліпи ендометрія з виділенням нерізкої і виразної форм на підставі їхніх структурних розходжень. Осередковий аденоматоз і атипова гіперплазія ендометрія мають ідентичну морфологічну картину і відрізняються лише розмірами ураження: за атипової гіперплазії змін зазнає весь ендометрій, у разі осередкового аденоматозу зміни наявні на обмеженій ділянці або ділянках [10, 11].

Осередковий аденоматоз та аденоматозні поліпи можуть спостерігатися не тільки в патологічно зміненому ендометрії (залозиста або залозисто-кістозна гіперплазія, диспластична слизова оболонка тіла матки), а й у незміненому та мало зміненому ендометрії (слизова оболонка тіла матки в стадії проліферації або секретії, стадії неповноцінної секретії, гіпопластична й атрофічна).

Оцінюючи передпухлинні ураження ендометрія, треба брати до уваги ступінь поширеності й інтенсивність проліферативних процесів у залозистому епітелії, ризик малігнізації, вік хворої, інші особливості.

Велике значення для правильного гістологічного діагностування змін ендометрія має гістероскопія, яка дає змогу визначити локалізацію патологічно зміненої тканини, зробити прицільне видалення останньої і проконтролювати повноцінність її видалення.

Більшість авторів вважає, що дані про відсутність проліферативних процесів, отримані на підставі цитологічного дослідження аспірата з порожнини матки, у поєднанні з діагностуванням атрофічної слизової оболонки тіла матки шляхом гістероскопії дають підставу не проводити діагностичне вишкрібання ендометрія і можуть свідчити на користь припинення гормонального лікування. Крім того, вважають за доцільне застосовувати ультразвукове дослідження як додатковий метод діагностування внутрішньоматкової патології [1].

Слід відзначити, що розвиток передракових уражень ендометрія в дівчаток і дівчат спостерігається рідко. Морфологічним субстратом ановуляторних маткових кровотеч у дівчат-підлітків в основному є залозиста (залозисто-кістозна) гіперплазія ендометрія [2]. Вишкріпати слизову обо-

лонку тіла матки, незважаючи на ювенільні кровотечі, небажано. До вишкрібання ендометрія у підлітків і дівчат до 18 років варто вдаватися у виняткових випадках, коли консервативна терапія не дає бажаного ефекту. Визначаючи аргументи «за» і «проти» діагностичного вишкрібання ендометрія, слід брати до уваги також негативний вплив його на психіку дівчаток і дівчат. Якщо вишкрібання ендометрія є конче потрібним, то воно має бути особливо щадним, щоб унеможливити порушення регенерації ендометрія, а отже, розвиток маткової форми аменореї.

Нерідко ациклічні кровотечі, що почалися в період встановлення менструальної функції, зберігаються й у репродуктивному віці. Добираючи систему лікувальних заходів для жінок на кожному з етапів лікування, потрібно брати до уваги: стан репродуктивної системи, особливості тла, клінічного перебігу захворювання, а також механізми лікувального ефекту кожного з призначених засобів і способів впливу. Водночас слід зауважити важливе значення зіставлення результатів повторних діагностичних вишкрібань, особливо у хворих із передраковими ураженнями ендометрія для визначення ефективності проведеної терапії. Відсутність структурних змін або прогресування патологічного процесу, що визначаються на підставі зіставлення морфологічної картини попереднього й останнього зіскрібка ендометрія, дають змогу вчасно визначити необхідність припинення консервативної терапії і доцільність оперативного лікування.

У деяких жінок гіперпластичні та передракові зміни ендометрія можуть бути зумовленими склерозістозними яєчниками, гормонально активними пухлинами, доброякісними епітеліальними пухлинами яєчників із функціонально активною строמוю. Проведення консервативної (гормональної) терапії в цих хворих не дає бажаного результату [9].

Відновлення овуляторного циклу в них спостерігається після хірургічного лікування.

Безплідність

В останні роки намітилася тенденція проводити в жінок, що страждають від безплідності, особливо за регулярності менструального циклу, діагностичне вишкрібання ендометрія на 20–23 день циклу з метою визначення його стану в період імплантації заплідненої яйцеклітини. Однак ризик перервати вагітність внаслідок вишкрібування в цей період є вищим, ніж у разі втручання наприкінці лютеїнової фази циклу. З огляду на різну тривалість фолікулінової фази, про що йшлося вище, імплантація заплідненої яйцеклітини може відбутися як раніше, так і дещо піз-

ніше тих днів менструального циклу, коли рекомендується проводити вишкрібання ендометрія для визначення його стану в період бластоцисти. Через це навіть діагностування фази циклу ще не дає змоги цілком певно говорити про неповноцінний функціональний стан слизової оболонки тіла матки або жовтого тіла [8].

Діагностування неповноцінної стадії секреції в цей період становить значні труднощі. Гістологічний діагноз неповноцінної стадії секреції встановлюють на підставі розбіжності між днем менструального циклу і морфологічною картиною ендометрія в постовуляторному періоді (не менш як на 2 дні), а також у разі відсутності синхронного перетворення епітеліального і стромального компонентів ендометрія в лютеїнову фазу [8]. Слід зазначити, що неповноцінна секреторна трансформація ендометрія спорадично може спостерігатися у жінок репродуктивного віку зі збереженою дітородною функцією. Частота неповноцінної стадії секреції слизової оболонки тіла матки збільшується з віком і нерідко відзначається у жінок у передменопаузі. Не можна не відзначити, що неповноцінна секреторна трансформація ендометрія не завжди є свідченням неповноцінної лютеїнової фази. Як відомо, у деяких жінок гормональні показники другої половини менструального циклу можуть відповідати нормі, тоді як після дослідження ендометрія встановлюють діагноз неповноцінної секреції, і навпаки, морфологічна картина слизової оболонки тіла матки може цілком відповідати дню після овуляції, а отримані за допомогою гормонального дослідження дані свідчать про неповноцінну лютеїнову фазу [8]. Очевидно, за невідповідності між гормональними показниками лютеїнової фази і морфологічної картини слизової оболонки тіла матки слід провести подальші обстеження жінки (зіставлення вмісту статевих гормонів у крові зі структурними особливостями ендометрія) протягом кількох менструальних циклів [7].

У разі менорагії, особливо зумовленої уповільненим, нерегулярним відторгненням ендометрія, вишкрібання доцільно проводити на 4–5 день менструації. Фрагментарне відторгнення ендометрія спостерігається в жінок віком 40–50 років. Патогенез його недостатньо з'ясований. Не виключено, що ця патологія пов'язана з тривалою секрецією прогестерону жовтим тілом [3].

У деяких жінок із двофазним менструальним циклом менорагії може зумовлювати підвищений вміст простагландинів у матці. Про це свідчить клінічний ефект лікування їх інгібіторами простагландинів.

Водночас треба зазначити, що менорагії можуть мати зв'язок з ураженням матки, особливо

за наявності міоми й аденоміозу. Потрібно також брати до уваги, що менорагії можуть спостерігатися і в разі ендокринопатій, зокрема гіпотиреозу [9].

Хворим із гіпоменореєю вишкрібання ендометрія слід проводити перед менструацією або невдовзі після її початку. Діагностування передменструальної слизової оболонки в першому разі й менструальної в другому свідчить про відсутність змін функції яєчників.

Кров'янисті виділення в середині менструального циклу можуть бути пов'язані з овуляцією і спричинені крововиливом у поверхневому відділі функціонального шару ендометрія внаслідок зниження рівня естрогенів у крові в передовуляторному періоді. У більшості жінок кров'янисті виділення є незначними і, як правило, супроводжуються появою болю в низу живота. Однак у деяких жінок може з'явитися помірна кровотеча. Діагностичне вишкрібання ендометрія для встановлення її джерела рекомендують тільки тоді, коли такі кровотечі починають турбувати жінку, причому вишкрібання потрібно здійснювати саме в період кров'янистих виділень [2].

Гіперпластичні процеси

Міжменструальні кров'янисті виділення спостерігаються і в хворих із поліпами ендометрія. Крім того, характерною для цієї патології у жінок репродуктивного віку є наявність перед- і післяменструальних кров'янистих виділень, а також рясних, затяжних і болісних менструацій, у хворих у постменопаузі — непостійних кров'янистих виділень зі статевих шляхів.

У 12,4% жінок клінічної симптоматики може не бути. У більшості жінок звичайно є один поліп, видалення якого під час діагностичного вишкрібання є і лікувальним утручанням. Для добору тактики ведення хворих має значення не стільки вид поліпа (за винятком поліпів з осередковим аденоматозом і аденоматозного поліпа ендометрія, які належать до передракових змін), скільки стан слизової оболонки матки. У разі поєднання поліпів зі структурними змінами ендометрія, що свідчать про дисфункції яєчників, рекомендовано призначати гормональне лікування. Хворі, у яких виявлено поліп з осередковим аденоматозом або аденоматозний поліп ендометрія, після вишкрібання слизової оболонки тіла матки потребують проведення гормональної терапії з подальшим морфологічним дослідженням ендометрія для оцінення ефективності проведеного лікування [5].

Загальновідомо про труднощі морфологічного діагностування туберкульозу ендометрія, зокрема необхідність дослідження великої кількості гісто-

логічних зрізів. Тому в направленні, що супроводжує матеріал у лабораторію, лікареві потрібно обґрунтувати встановлений діагноз. За наявності припущення про неспецифічний хронічний ендометрит діагностичне вишкрібання слизової оболонки тіла матки доцільніше починати невдовзі після менструації, під час фолікулярної фази. Діагностувати хронічний ендометрит на підставі матеріалу, отриманого під час лютеїнової фази, а особливо в передменструальний період, не завжди можливо. Це зумовлене наявністю в стромі ендометрія набряку, дезінтеграції тканини, ендометріальних гранулоцитів, лімфоцитів і нейтрофільних лейкоцитів. На думку Б. І. Железнова, недостатнє знання цих гістофазаеологічних особливостей ендометрія у зазначений період менструального циклу може призвести до помилкового діагнозу. Це може статися і за відсутності в супровідному направленні достатньої інформації стосовно клінічної картини й характеру стінок тіла матки, оскільки морфологічну картину, дещо подібну до хронічного ендометриту, можна спостерігати за наявності міоми, що спричиняє деформацію просвіту матки, а також у разі застосування внутрішньоматкових контрацептивів [8].

Ці клінічні дані мають бути обов'язково зазначені в направленні, їх слід брати до уваги для розрізнення хронічного ендометриту та названої вище патології.

Гормональна терапія і стан ендометрія

Поряд із клінічною симптоматикою і даними про стан менструальної функції для встановлення повноцінного гістологічного діагнозу потрібна інформація про терапію, вже проведену, чи ту, що триває. Для лікування гінекологічних захворювань нині широко застосовують різноманітні стероїдні препарати, що впливають на стан ендометрія. Як свідчать дані літератури, структурні особливості слизової оболонки тіла матки в разі застосування гормональних засобів залежать від способу їхнього введення, дозування і тривалості лікування, морфофункціонального стану ендометрія перед призначенням естрогеногестагенних або гестагенних препаратів, а також від співвідношення гормонів у комбінованих засобах [4].

Недостатнє знання структурних перетворень компонентів ендометрія, що відбуваються під впливом гормональних препаратів, і відсутність даних про застосування останніх можуть зумовити помилковий діагноз. Прикладом може служити висновок про ймовірну вагітність (у разі лікування жінок із безплідністю гормональними препаратами з перетворенням гестагенної активності) на підставі формального підходу до структурних змін ендометрія, клітини якого набувають

децидуоподібного вигляду. Залежно від складу й тривалості застосування гормональних препаратів з метою контрацепції або лікування ендокринних порушень можна спостерігати морфологічну картину, для визначення якої іноді вживають термін «змішаний ендометрій». Вона характеризується поєднанням проліферативних змін і секреторних перетворень ендометрія. Потрібно відзначити, що таку картину можна діагностувати, досліджуючи зіскрібок ендометрія, отриманий невдовзі після початку менструації, тобто гістофазаологічні особливості властиві незмінній слизовій оболонці тіла матки (регенерації в ендометрії з ознаками менструального розпаду). Крім того, вона може спостерігатися в разі неповноцінної стадії секреції, застосування внутрішньоматкових контрацептивів, хронічного ендометриту тощо. Тож термін «змішаний ендометрит» поєднує хоча й морфологічно подібні зміни ендометрія, однак такі, що мають різний механізм виникнення [6].

З огляду на це виникають сумніви в доцільності такого гістологічного діагнозу, оскільки, ґрунтуючись на ньому, досить складно добрати патогенетичну терапію. Клінічно важливе значення має гістологічне дослідження матеріалу в разі мимовільного викидня.

Мимовільні викидні

Оскільки викидень можуть зумовлювати різноманітні чинники, для виявлення причин переривання вагітності за наявності умов поряд із морфологічним дослідженням матеріал слід піддавати бактеріологічному, вірусологічному і цитогенетичному дослідженню.

Згідно з даними літератури, цитогенетичний аналіз ворсин хоріона в разі мимовільних викиднів у I триместрі вагітності в 25 % випадків виявляють різноманітні хромосомні аномалії. За результатами гістологічного дослідження на підставі структурних особливостей ворсин хоріона може бути висловлене припущення про поліплоїдію як можливу причину мимовільного викидня. Морфологічна характеристика децидуальної тканини, зокрема відсутність в останній гранулярних лімфоцитів, дає підставу припустити, що мимовільний викидень спричинила недостатність клітин супресорів [4].

Всебічне обстеження клініцистом і патологом морфологічної картини плодової і материнської тканин у разі мимовільного викидня нерідко сприяє виявленню причин переривання вагітності й призначенню цілеспрямованого лікування.

Позаматкова вагітність і стан ендометрія

Проводячи диференційне діагностування

у хворих із наявністю кров'янистих виділень зі статевих шляхів після затримки менструації, варто мати на увазі позаматкову вагітність. У разі ектопічної вагітності ендометрій зазнає тих же структурних змін, що й за матковою вагітністю. Тому немає можливості розрізнити позаматкову вагітність і повний мимовільний аборт у ранній термін вагітності, коли немає елементів плодово-го яйця, а ендометрій має специфічно змінені судини.

Переривання ектопічної вагітності і, як наслідок, зміна гормональних показників можуть зумовити зворотний розвиток ендометрія, відторгнення його з подальшою регенерацією, проліферацією та секреторною трансформацією. Іншими словами, під час гістологічного дослідження слизової оболонки тіла матки у жінок з позаматковою вагітністю можуть спостерігатися різноманітні морфологічні картини.

За даними літератури, дослідження зіскрібка ендометрія виявляє децидуальну тканину і гравідарну слизову оболонку тіла матки менш як у половині жінок із позаматковою вагітністю. Тож результати морфологічного дослідження зіскрібка ендометрія у жінок з ектопічною вагітністю мають відносне клінічне значення [2]. Однак наявність у зіскрібку децидуальної тканини і гравідарної слизової оболонки тіла матки в поєднанні з кров'янистими виділеннями, що тривають після вишкрібання, поряд із клінічною симптоматикою допомагає встановити правильний діагноз. У сумнівних випадках істотно полегшують діагностування позаматкової вагітності визначення в крові хоріогонічного гонадотропіну, УЗД і лапароскопія.

Насамкінець треба наголосити, що в ідентифікації для повноцінного тлумачення морфологічної картини ендометрія велике значення має тісна співпраця клініциста й патогістолога.

Відсутність у патогістолога даних про менструальну функцію і її порушення, проведену гормональну терапію, про перебіг захворювання, супровідні екстрагенітальні хвороби, зокрема про гіпертонічну хворобу, діабет, порушення жирового обміну, характер генеративної функції, стан статевих органів й інші чинники, може призвести до неповноцінного, а іноді й помилкового гістологічного висновку. Не дає змоги встановити правильний діагноз і недостатня кількість матеріалу, ось чому весь зіскріб ендометрія слід направляти на дослідження, не можна поділяти його на частини.

Неможливо встановити діагноз, коли зіскрібок містить тільки базальний шар ендометрія, який, на відміну від функціонального, протягом менструального циклу не змінюється. Матеріал,

отриманий шляхом діагностичного вишкрібання слизової оболонки тіла матки, слід негайно направляти для його гістологічного опрацювання, оскільки ендометрій швидко піддається автолізу.

Таким чином, щоб встановити правильний гістологічний діагноз, а отже, призначити хворій

адекватне лікування, велике значення мають вчасно проведене діагностичне вишкрібання ендометрія і наявність у лікаря чіткого уявлення про структурні зміни слизової оболонки тіла матки протягом нормального менструального циклу і за наявності патології.

Цитована література

1. *Внутриматочная патология в постменопаузе, диагностика и лечение* / В. Г. Бредсенко, Ю. А. Голова, Л. М. Каптушева и др. // *Акушерство и гинекология*.— 2003.— № 2.— С. 36–40.
2. *Вихляева Е. М.* Руководство по эндокринологической гинекологии.— М.: МИА, 2000.— 768 с.
3. *Зайдиева Я. З.* Функция эндометрия в перименопаузе: заместительная гормонотерапия // *Акушерство и гинекология*.— 2000.— № 3.— С. 8–11.
4. *Лысенко О. Н.* Дифференциально-диагностическая роль полоидометрии при различных клинико-морфологических вариантах гиперпластических процессов эндометрия // *Рос. вестник акушера-гинеколога*.— 2003.— № 2.— С. 16–20.
5. *Макаров О. В.* Гиперпластические процессы эндометрия: диагностика и лечение с учетом рецепторного профиля эндометрия / О. В. Макаров, П. В. Сергеев, Е. Н. Карева // *Акушерство и гинекология*.— 2003.— № 3.— С. 32–36.
6. *Петрикова Т. Ю.* Ранняя диагностика и патогенетическое обоснование терапии при гиперпластических процессах эндометрия / Т. Ю. Петрикова, Н. И. Безрукова, В. А. Беликов // *Акушерство и гинекология*.— 2003.— № 3.— С. 36–40.
7. *Серова О. Ф.* Дифференцированная гормональная терапия недостаточности лютеиновой фазы с учетом морфофункционального состояния эндометрия / О. Ф. Серова, Н. В. Зароченцева, Н. Липовенко // *Рос. вестник акушера-гинеколога*.— 2003.— № 4.— С. 67–70.
8. *Сметник В. Г.* Неоперативная гинекология / В. Г. Сметник, А. Г. Тумилович.— СПб: Сотис, 1995.— Книга 1.— 224 с.
9. *Сметник В. Г.* Неоперативная гинекология / В. Г. Сметник, А. Г. Тумилович.— СПб: Сотис, 1995.— Книга 2.— 224 с.
10. *Dedersen F.* Postmenopausal hormone therapy and mortality / F. Dedersen, M. I. Stampfer, Z. Coldit // *Engl. Med.*— 1997.— N 336.— P. 1769–1775.
11. *Dedersen A. T.* Hormone replacement therapy Danish doctor compliance / A. T. Dedersen, P. M. Larsen, B. Offeson // *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*.— 1997.— Vol. 76, L 167/5.— P. 56.

Морфологическая диагностика заболеваний и патологических состояний в гинекологии

Н. С. Золотухин, Л. И. Бутина, Н. И. Солоп, Л. А. Плоткина, М. В. Борисов

В работе приведены собственные и литературные данные о состоянии эндометрия при различных заболеваниях и патологических состояниях матки у женщин. Показана роль морфологических исследований в диагностике гинекологических заболеваний. На основании собственного опыта и литературных данных определены сроки диагностического выскабливания при различных видах гинекологической патологии. Даны рекомендации врачу о правильности выполнения этой манипуляции, разработаны протоколы диагностического выскабливания при различных состояниях. Особое внимание уделено правильной интерпретации врачом-гинекологом полученных при гистологическом исследовании данных и, исходя из этих данных, назначению адекватного лечения. Уделено внимание правильному заполнению направлений на гистологическое исследование соскоба эндометрия при различных заболеваниях. Таким образом, для назначения адекватного лечения большое значение имеют своевременно произведенное диагностическое выскабливание полости матки, наличие у врача четкого представления о структурных изменениях слизистой тела матки на протяжении менструального цикла в норме и при патологии, что необходимо для постановки правильного гистологического диагноза.

Morphological diagnostic of diseases and pathological conditions in gynecology

M. S. Zolotukhin, L. I. Butina, M. I. Solop, L. A. Plotkina, M. V. Borysov

In the article data of own investigations and literature review concerning uterus endometrium in different diseases and pathological conditions are reported. The role of morphological diagnostic methods in gynaecological diseases is shown. Time of diagnostic curettage in different gynaecological abnormalities based on the own experience and analysis of published data of literature has been determined. Guidelines to practitioner about performance of diagnostic curettage and protocols of this procedure have been developed. Particular attention is paid to correct interpretation of results of histological investigation and administration of adequate treatment on their basis. Attention is also paid to the correct completion of referral forms to histological investigation of endometrium scrape at various diseases. Thus, administration of adequate treatment requires the timely carrying out of diagnostic curettage of uterus cavity and presence of clear doctor's idea of structural changes in mucosa of corpus uteri during menstrual cycle in norm and pathology which is necessary for making the correct histological diagnosis.