

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-68-72

УДК 618.177-02:618.1-018.7-006.03-07

^{1,2}Бондарук О. Я.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ПЕРЕДПУХЛИННИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІЮ ГЕНІТАЛІЙ З АТИПІЄЮ КЛІТИН НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

²Український державний інститут репродуктології НМАПО імені П. Л. Шупика (м. Київ)

bondaruk_olga@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття виконана згідно з планом науково-дослідницької роботи УДІР НМАПО імені П. Л. Шупика і є фрагментом комплексної НДР «Визначення ролі коморбідних станів в процесі формування безплідного шлюбу для оптимізації заходів по збереженню репродуктивного, соматичного здоров'я жінок та їх потомства» (№ державної реєстрації 0117U002470).

Вступ. Безпліддя є актуальною проблемою акушерсько-гінекологічної служби всього світу. Так, за даними ВОЗ, біля 15,0% подружніх пар є безплідними [1].

Запальні захворювання органів малого тазу реєструються більш ніж у 60% жінок, можуть призводити до невиношування вагітності, порушення процесу імплантації та безпліддя [2].

У жінок з безпліддям в структурі патології ендометрію до 65,2% займає хронічний ендометрит (ХЕ) [3], який діагностується до 96,7% в репродуктивному віці [4].

ХЕ – нозологія, яка зумовлює цілий комплекс розвитку різноманітних нейрогуморальних розладів, безпліддя і незадовільних результатів застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [5].

Ця патологія важко діагностується, схильна до тривалого перебігу, при якому в ендометрії виникають зміни вторинного характеру, що призводить до порушення чутливості рецепторів до статевих гормонів, внаслідок чого розвивається зміна циклічних процесів слизової оболонки матки [6].

При наявності гіперплазії ендометрію (ГЕ) істотно знижується фертильність. Так, відомо, що у 38,6% жінок з ГЕ відзначається безпліддя, а у 11,9% – звичне невиношування вагітності [7].

ГЕ характеризується патологічною проліферацією ендометріальних залоз, гістологічна картина якої варіює від легких, оборотних форм, до передракових залізистих розростань [8].

Рак шийки матки (РШМ) – одна з небагатьох нозологій, що мають тенденцію до омолодження і збільшення частоти захворювань [9], розвивається на тлі передракових процесів епітелію шийки матки, як плоского, так і залозистого епітелію [10].

Дисплазія епітелію шийки матки представляє собою один із етапів малігнізації епітелію, а ризик розвитку інтраепітеліального раку на тлі цервікальної інтраепітеліальної неоплазії підвищується в 20 разів [11].

За даними літератури, аденокарцинома шийки матки виявляється у 26,0% жінок та є захворюванням, що важко діагностується завдяки малосимптомному перебігу та труднощами діагностики [12].

Патологічні процеси шийки матки діагностуються у кожної четвертої жінки [13].

Патогенез захворювань шийки матки залишається дискусійним, немає визначених ланок розвитку даного процесу, що призводить до значної кількості рецидивів захворювання або відсутності позитивних результатів лікування і подальшого прогресування патологічних процесів [14].

Згідно класифікації Бетезда (2014), одним з результатів цитологічного дослідження є AGC-NOS (атипові залозисті клітини неясного значення).

На даний час відсутні чіткі рекомендації щодо ведення жінок з AGC-NOS та безпліддям, що обґрунтовує пошук діагностичних критеріїв для розробки тактики ведення цих жінок, що дасть змогу виявити та провести лікування патологічних процесів залозистого епітелію геніталій.

Мета дослідження. Визначити ультразвукові, цервікогістероскопічні, гістологічні та імуногістохімічні ознаки доброякісних та передпухлинних патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу у жінок з безпліддям.

Об'єкт і методи дослідження. На базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини та Клініки репродуктивних технологій Українського державного інституту репродуктології проведено дослідження 173 жінок з безпліддям та наявністю патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу (основна група). Дана група включала в себе жінок з патологією ендocerвіксу – 70 пацієнток та ендометрію – 103 обстежених.

У групу порівняння увійшли 100 жінок з безпліддям та відсутністю патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу.

Всім пацієнткам проводились ультразвукове, цервікогістероскопічне, гістологічне та імуногістохімічне дослідження після проведеної етіопатогенетичної терапії.

Ультразвукове дослідження проводилось на апараті Logiq Book XR на 5-7 день менструального циклу.

Цервікогістероскопія дозволяє провести діагностику патологічних процесів ендocerвіксу та ендометрію. Під час цервікогістероскопії проводиться огляд слизової оболонки цервікального каналу шийки

матки та ендометрію з метою виявлення патологічних процесів для прицільного забору матеріалу для гістологічного дослідження.

Отриманий біопсійний матеріал фіксували у 10% розчині забуференого формаліну. Біоматеріал після дегідратації заливали у високоочищений парафін з полімерними додатками (Richard-Allan Scientific, США) при температурі 56° С. Після стандартної процедури провідки, виготовляли гістологічні зрізи товщиною 4 мкм. Зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином за стандартною методикою. Для верифікації хронічного ендометриу проводили імуногістохімічне дослідження з визначенням маркера CD 138.

Для аналізу отриманих даних застосовували методи параметричної та непараметричної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні УЗД в основній групі виявлені патологічні УЗ-ознаки як в ділянці ендоцервіксу, так і ендометрію (табл. 1).

Так, товщина ендоцервіксу >5 мм діагностована в 61,4% випадках серед обстежуваних з патологією ендоцервіксу, що в 21,2 рази частіше, ніж у пацієнтів з патологією ендометрію та в 15,4 разів частіше в групі порівняння ($p < 0,05$).

Неоднорідна структура ендоцервіксу та наявність гіперехогенних субендоцервікальних включень відмічена у 97,1% і 41,4% жінок з патологією ендоцервіксу проти 1,9% і 4,9% у пацієнтів з патологією ендометрію та 3,0% і 6,0% в групі порівняння ($p < 0,05$).

У обстежуваних з патологією ендометрію при УЗД достовірно частіше визначались як потоншення ендометрію (15,5% проти 2,9% у жінок з патологією ендоцервіксу та 4,0% в групі порівняння), так і його потовщення (73,8% проти 5,7% та 9,0% відповідно).

Нерівний контур ендометрію зустрічався у цих пацієнток в 4,3 рази частіше, ніж у жінок з патологією ендоцервіксу та в 7,4 разів, ніж в групі порівняння, а його неоднорідна ехоструктура відмічалась в 13,5 разів та в 8,7 разів частіше відповідно.

Гіперехогенні включення в ділянці середнього М-еха виявлені в когорті з патологією ендометрію в 78,6% проти 5,7% з патологією ендоцервіксу та 7,0% в групі порівняння; гіперехогенні включення в проекції базального шару – 36,9% проти 1,4% та 2,0% відповідно ($p < 0,05$).

Цервікогістероскопічне дослідження дозволило провести макроскопічну оцінку слизової оболонки цервікального каналу та порожнини матки, що відображено в таблиці 2.

У обстежуваних з патологією ендоцервіксу груба складчастість слизової оболонки цервікального каналу виявлена у 70,0% жінок проти 3,9% досліджуваних з патологією ендометрію та не зустрічалась в групі порівняння; нерівний рельєф ендоцервіксу візуалізований в 77,1% випадків проти 2,9% у пацієнток з патологією ендометрію та в 1,0% випадку в групі порівняння; поліп цервікального каналу діа-

Таблиця 1 – Дані ультразвукового дослідження у обстежуваних жінок, n (%)

Ультразвукова ознака	Основна група, n = 173		Група порівняння, n = 100
	Патологія ендоцервіксу n = 70	Патологія ендометрію n = 103	
Шийка матки			
Різниця товщини передньої та задньої стінок ШМ	1 (1,4)	2 (1,9)	2 (2,0)
Товщина ендоцервіксу >5 мм	43 (61,4) *#	3 (2,9)	4 (4,0)
Неоднорідна структура ендоцервіксу, %	68 (97,1) *#	2 (1,9)	3 (3,0)
Гіперехогенні субендоцервікальні включення	29 (41,4) *#	5 (4,9)	6 (6,0)
Ендометрій			
Товщина <3 мм	2 (2,9) #	16 (15,5) *	4 (4,0)
Товщина 3 – 6 мм	64 (91,4) #	11 (10,7) *	85 (85,0)
Товщина >6 мм	4 (5,7) #	76 (73,8) *	9 (9,0)
Нерівний контур	6 (8,6) #	38 (36,9) *	5 (5,0)
Неоднорідна ехоструктура	5 (7,1) #	99 (96,1) *	11 (11,0)
Гіперехогенні включення в ділянці середнього М-еха	4 (5,7) #	81 (78,6) *	7 (7,0)
Гіперехогенні включення в проекції базального шару	1 (1,4) #	38 (36,9) *	2 (2,0)

Примітка. * – різниця відносно показника жінок групи порівняння достовірна ($p < 0,05$); # – різниця відносно показника жінок з патологією ендометрію достовірна ($p < 0,05$).

гностований у 11,4% обстежуваних проти 1,9% та 4,0% відповідно ($p < 0,05$).

Деформація цервікального каналу зустрічалась у 7,1% досліджуваних з патологією ендоцервіксу проти 2,0% в групі порівняння та не була виявлена у пацієнток з патологією ендометрію.

Лише у жінок з патологією ендоцервіксу виявлені ацетобілі ділянки епітелію цервікального каналу – 95,7%.

Гіпертрофію ендометрію виявлено у 33,9% обстежуваних з патологією ендометрію, що в 3,4 рази частіше, ніж у досліджуваних з патологією ендоцервіксу та в 5,7 разів, ніж в групі порівняння; нерівномірною товщиною ендометрію спостерігалась в 4,4 та в 8,0 разів частіше; наявність мікрополіподібних розростань в 5,2 та в 3,4 разів частіше відповідно ($p < 0,05$).

Множинні поліпи ендометрію діагностовано у 4,9% жінок з патологією ендометрію та у 2,0% в групі порівняння, тоді як у обстежуваних з патологією ендоцервіксу даної гістероскопічної картини виявлено не було.

У 92,2% пацієнток з патологією ендометрію слизова ендометрію нерівномірно забарвлена (7,1% в когорті з патологією ендоцервіксу та в 17,0% випадках в групі порівняння), а у 5,8% слизова яскраво-рожева (1,4% та 1,0% відповідно).

Виразений судинний малюнок спостерігався у 84,5% жінок з патологією ендометрію проти 2,9% з патологією ендоцервіксу та 8,0% в групі порівняння. Масивні крововиливи слизової оболонки порожнини матки зустрічались в 4,3 рази частіше, ніж у досліджуваних з патологією ендоцервіксу та в 3,7 в групі порівняння, при цьому множинні крововиливи діагностовано в 11,7% випадках, що в 4,0 рази частіше, ніж у інших пацієнток відповідно.

Таблиця 2 – Результати цервікогістероскопічного дослідження у обстежуваних жінок, n (%)

Гістероскопічна ознака	Основна група, n = 173		Група порівняння, n = 100
	Патологія ендocerвіксу n = 70	Патологія ендометрію n = 103	
Цервікальний канал			
Груба складчастість слизової	49 (70,0) #	4 (3,9)	-
Нерівний рельєф	54 (77,1) *#	3 (2,9)	1 (1,0)
Ацетобілі ділянки епітелію	67 (95,7)	-	-
Поліп	4 (5,7) *#	2 (1,9)	1 (1,0)
Деформація	5 (7,1) *	-	2 (2,0)
Ендометрій			
Слизова: – атрофічна	-	1 (0,92)	1 (1,0)
тонка	-	9 (8,7) *	2 (2,0)
гіпертрофована	7 (10,0) #	35 (33,9) *	6 (6,0)
нерівномірної товщини	9 (12,9) #	58 (56,3) *	7 (7,0)
Судинний малюнок: – виражений	2 (2,9) *#	87 (84,5) *	8 (8,0)
невиражений	68 (97,1) #	16 (15,5) *	92 (92,0)
Локальна гіперваскуляризація	5 (7,1)	71 (68,9)	6 (6,0)
Крововиливи: – дрібні	67 (95,7)	84 (81,6)	95 (95,0)
масивні	3 (4,3) #	19 (18,4) *	5 (5,0)
поодинокі	68 (97,1)	91 (88,3)	97 (97,0)
множинні	2 (2,9) #	12 (11,7) *	3 (3,0)
Слизова: – блідо-рожева	64 (91,4) #	2 (1,9) *	82 (82,0)
яскраво-рожева	1 (1,4) #	6 (5,8) *	1 (1,0)
нерівномірно забарвлена	5 (7,1) *#	95 (92,2) *	17 (17,0)
Синдром «полуниці»	3 (4,3)	92 (89,3)	2 (2,0)
Поліпи: – поодинокі	2 (2,9)	7 (6,8)	4 (4,0)
множинні	-	5 (4,9) *	2 (2,0)
мікрополіпоподібні розростання	5 (7,1) #	38 (36,9) *	11 (11,0)

Примітка. * – різниця відносно показника жінок групи порівняння достовірна ($p < 0,05$); # – різниця відносно показника жінок з патологією ендометрію достовірна ($p < 0,05$).

Локальна гіперваскуляризація визначалась у 68,9% обстежених з патологією ендометрію проти 7,1% та 6,0% у жінок з патологією ендocerвіксу та в групі порівняння. Відповідно синдром «полуниці» (ділянка гіперемованого ендометрію з білими крапочками) зустрічався у 89,3% жінок проти 4,3% та 3,0% пацієнток.

Проведений гістологічний аналіз біопсійного матеріалу у 86 (83,5%) жінок з патологією ендометрію визначив наявність непрямих гістологічних маркерів хронічного ендометриту.

Так, у цих пацієнток спостерігались лімфо-макрофагальна інфільтрація (вогнищева навколо залоз та судин або дифузної) строми, фіброз та склероз строми, а також склероз спіральних артерій ендометрію.

У 17 (16,5%) обстежених виявлена гіперплазія ендометрію. З них, у 6 (35,3%) жінок спостерігались поліпи ендометрію, залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію змішаного типу – у 4 (23,5%) досліджуваних, гіперплазія ендометрію з поліпозом в 5 (29,4%) випадках та гіперплазія ендометрію з дисплазією залоз – 2 (11,8%) випадки.

У пацієнток з патологією ендocerвіксу в 64 (91,4%) випадках діагностовано дисплазію залозистого епітелію цервікального каналу різного ступеня тяжкості.

Отже, дисплазія легкого ступеня спостерігалась у 42 (65,6%) жінок, дисплазія середнього ступеню в 19 (29,7%) випадках та дисплазія важкого ступеню зустрічалась у 3 (4,7%) обстежуваних.

У 2 (2,9%) досліджуваних з патологією ендocerвіксу виявлена гістологічна картина хронічного ендocerвікозу та у 4 (5,7%) – залозисті та залозисто-фіброзні поліпи цервікального каналу.

З метою підтвердження хронічного ендометриту проведено імуногістохімічне дослідження біопатів з визначенням експресії сіндекана-1 CD138 – маркеру хронічного ендометриту. За результатами даного дослідження, експресія CD138 виявлена у 86 (83,5%) пацієнток з патологією ендометрію.

Проведення УЗД дозволяє виявити ознаки патології слизової оболонки цервікального каналу та порожнини матки.

Цервікогістероскопія дає змогу оцінити макроскопічну картину ендocerвіксу та ендометрію та провести прицільну біопсію патологічних ділянок.

«Золотим стандартом» уточнення діагнозу є гістологічне та імуногістохімічне дослідження, завдяки чому у жінок з AGC-NOS та безпліддям виявлені як хронічні доброякісні (ендocerвікоз та ендометрит, гіперпластичні процеси без атипії), так і передпухлинні (дисплазії різних ступенів тяжкості) процеси залозистого епітелію геніталій.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про раціональність внесення цих методів до комплексу діагностичних заходів жінкам з безпліддям та наявністю AGC-NOS з метою диференційованого підходу до лікування патологічних процесів залозистого епітелію геніталій та, відповідно, своєчасного та ефективного лікування безпліддя у цих пацієнток.

Висновки

1. Найбільш частішими ультразвуковими ознаками патологічних процесів залозистого епітелію цервікального каналу у жінок з безпліддям та атипією клітин неясного генезу є потовщення ендocerвіксу (61,4%), його неоднорідна структура (97,1%), наявність гіперехогенних субендocerвікальних включень (41,4%).

2. При ультразвуковому дослідженні пацієнток з безпліддям та патологією ендометрію з атипією клітин неясного генезу спостерігається потовщення ендометрію (73,8%) або його витончення (15,5%), нерівний контур (36,9%) та неоднорідна структура ендометрію (96,1%), наявність гіперехогенних включень як в ділянці середнього М-еха (78,6%), так і в проекції базального шару (36,9%).

3. Цервікогістероскопічне дослідження у жінок з безпліддям та патологічними процесами залозистого епітелію цервікального каналу з атипією клітин не-

ясного генезу дозволило виявити грубу складчастість ендочервіксу (70,0%), його нерівний рельєф (77,1%) та ацетобілі ділянки ендочервіксу (95,7%).

4. У жінок з безпліддям та патологією ендометрію з атипією клітин неясного генезу при цервікогістероскопічному дослідженні достовірно частіше зустрічаються тонка (8,7%) або гіпертрофована (33,9%) слизова матки, нерівномірної товщини (56,3%), судинний малюнок виражений (84,5%), крововиливи поодинокі (88,3%) або масивні (18,4%), ендометрій нерівномірно забарвлений (92,2%), мікрополіпоподібні розростання в 36,9%, локальна гіперваскуляризація (68,9%), синдром «полуниці» (89,3%).

5. Гістологічне дослідження біопсійного матеріалу виявило лімфо-макрофагальну інфільтрацію стромы, її фіброз та склероз, а також склероз спіральних

артерій ендометрію у 83,5% пацієнок з безпліддям та патологією ендометрію з атипією клітин неясного генезу, а у 16,5% обстежених – гіперплазію ендометрію. У пацієнок з патологією ендочервіксу в 91,4% випадках діагностовано дисплазію залозистого епітелію цервікального каналу різного ступеня тяжкості.

6. У 83,5% обстежених з безпліддям та патологією ендометрію з атипією клітин неясного генезу діагностований ендометрит при визначенні експресії CD138.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дослідження обґрунтовують доцільність визначення та уточнення алгоритму ведення жінок з безпліддям та атипією залозистих клітин неясного генезу для діагностики та лікування патологічних процесів залозистого епітелію геніталій.

Література

1. Volkova LV, Lisenkova AD, Antishina AA. Jekspressija receptorov k jestrogenam i progesteronu jendometrija pri besplodii. Alleja nauki. 2017;2(12):428-30. [in Russian].
2. Blesmanovich AE, Alehina AG, Petrov JuA. Hronicheskij jendometrit i reproduktivnoe zdorov'e zhenshhiny. Glavnyj vrach Juga Rossii. 2019;2(66):46-51. [in Russian].
3. Sepebrennikova KG, Babichenko II, Arutjunjan NA, Kacalap SN, Akat'eva AS. Novoe v diagnostike i terapii hronicheskogo jendometrita pri besplodii. Ginekologija. 2019;21(1):14-8. [in Russian].
4. Abramova VN, Gajdukov SN, Tajc AN. Znachenie immunogistohimicheskogo issledovanija pri patologii jendometrija u pacientok s neudachami v programmah vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij. Pediatr. 2017;8(1):82-8. [in Russian].
5. Manuhin IB, Semencova NA, Mitrofanova JuJu, Livshic LJu. Hronicheskij jendometrit i nevnashivanie beremennosti. Medicinskij sovet. 2018;7:46-9. [in Russian].
6. Pljasunova MP, Hlybova SV. Hronicheskij jendometrit kak odna iz aktual'nyh problem v sovremennoj ginekologii. Vjatskij medicinskij vestnik. 2013;1:44-53. [in Russian].
7. Gusejnova ZS. Narushenija reproduktivnoj funkcii pri dobrokachestvennyh patologijah matki. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2018;3(63):307-13. [in Russian].
8. Zavalko AF, Kotel'nikova NA. Giperplazija jendometrija-patogeneticheskie aspekty, klassifikacija i rasprostranennost' patologii sredi pacientok reproduktivnogo vozrasta (obzor literatury). Vestnik medicinskogo instituta «REAVIZ»: Reabilitacija, vrach i zdorov'e. 2016;1(21):22-7. [in Russian].
9. Cherenkov VG, Petrov AB, Ivanchenko OG, Shpenkova AA, Loseva JuS. Novye podhody k skriningu i lecheniju nsil kak osnova snizhenija smertnosti ot raka shejki matki. Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta im. Jaroslava Mudrogo. 2017;3(101):29-32. [in Russian].
10. Abusueva ZA, Hashaeva ThM, Medzhidova ZA, Jesedova AJe, Omarova HM. Patologija shejki matki. Vestnik Dagestanskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii. 2015;3(16):33-7. [in Russian].
11. Kindrativ EO. Tservikalna patolohiia v zhinok iz rozladamy reproduktivnoi funktsii. Klinichna ta eksperymentalna patolohiia. 2015;3(53):68-72. [in Ukrainian].
12. Grigoruk OG, Cherdanceva TM, Moskvina TA, Bazulina LM, Shul'c KV, Lazarev AF. Ocenka vozmozhnostej citologicheskogo metoda diagnostiki adenokarcinomy po materialu s shejki matki. Opuholi zhenskoj reproduktivnoj sistemy. 2016;2:52-9. [in Russian].
13. Dan'kina IA, Dzhelomanova SA, Dan'kina VV, Chistjakov AA. Vlijanie razlichnyh faktorov na vozniknovenie zabolovanij shejki matki u pacientok reproduktivnogo vozrasta. V kn.: Aktual'nye problemy medicyny (materialy ezhegodnoj itogovoj nauchno-prakticheskoi konferencii. 26-27 janvarja 2017 g. g. Grodno). 2017. s. 250-4. [in Russian].
14. Boichuk AV, Shadrina VS, Sopol VV, Khudobiak VO. Suchasni aspekty diahnozyky patolohichnykh protsesiv shyky matky v zhinok iz endokrynnyh nepliddiam. Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekolohii. 2017;2:31-5. [in Ukrainian].

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ПЕРЕДПУХЛИННИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЗАЛОЗИСТОГО ЕПІТЕЛІЮ ГЕНІТАЛІЙ З АТИПІЄЮ КЛІТИН НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Бондарук О. Я.

Резюме. *Мета дослідження.* Визначити ультразвукові, цервікогістероскопічні, гістологічні та імуногістохімічні ознаки доброякісних та передпухлинних патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу у жінок з безпліддям.

Об'єкт і методи. Були досліджені 173 жінки з безпліддям та наявністю патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу. Всім пацієнткам проводились ультразвукове, цервікогістероскопічне, гістологічне та імуногістохімічне дослідження.

Результати. Виявлені найбільш часті УЗ-ознаки: потовщення ендочервіксу, його неоднорідна структура, наявність гіперехогенних субендочервікальних включень; потовщення ендометрію, наявність гіперехогенних включень як в ділянці серединного М-еха, так і в проекції базального шару. Цервікогістероскопічна картина: груба складчастість ендочервіксу, його нерівний рельєф та ацетобілі ділянки, ендометрій гіпертрофований з поодинокими крововиливами, мікрополіпоподібними розростаннями, синдром «полуниці». Гістологічне дослідження визначило непрямі ознаки хронічного ендометриту, що було підтверджено при визначенні експресії сіндекана-1 CD138, а також дисплазію залозистого епітелію ендочервіксу різного ступеня тяжкості.

Висновок. УЗД і цервікогістероскопія дозволяють виявити ознаки патологічних процесів залозистого епітелію геніталій з атипією клітин неясного генезу у жінок з безпліддям, що підтверджують гістологічне та імуногістохімічне дослідження.

Ключові слова: доброякісні та передпухлинні патологічні процеси залозистого епітелію геніталій з атипією залозистих клітин неясного генезу (AGC-NOS), безпліддя, цервікогістероскопія, гістологічне дослідження, CD 138.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ ГЕНИТАЛИЙ С АТИПИЕЙ КЛЕТОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Бондарук О. Я.

Резюме. Цель исследования. Определить ультразвуковые, цервикогистероскопические, гистологические и иммуногистохимические признаки доброкачественных и предопухолевых патологических процессов железистого эпителия гениталий с атипией клеток неясного генеза у женщин с бесплодием.

Объект и методы. Были исследованы 173 женщины с бесплодием и наличием патологических процессов железистого эпителия гениталий с атипией клеток неясного генеза. Всем пациенткам проводились ультразвуковое, цервикогистероскопическое, гистологическое и иммуногистохимическое исследования.

Результаты. Выявлены наиболее частые УЗ-признаки: утолщение эндоцервикса, его неоднородная структура, наличие гиперэхогенных субэндоцервикальных включений, утолщение эндометрия, наличие гиперэхогенных включений как в области срединного М-эха, так и в проекции базального слоя. Цервикогистероскопическая картина: грубая складчатость эндоцервикса, его неровный рельеф и ацетобелые участки, эндометрий гипертрофированный с единичными кровоизлияниями, микрополипоподобными разрастаниями, синдром «клубники». Гистологическое исследование определило косвенные признаки хронического эндометрита, который был подтвержден при определении экспрессии синдекана-1 CD138, а также дисплазию железистого эпителия эндоцервикса различной степени тяжести.

Вывод. УЗИ и цервикогистероскопия позволяют выявить признаки патологических процессов железистого эпителия гениталий с атипией клеток неясного генеза у женщин с бесплодием, что подтверждают гистологическое и иммуногистохимическое исследования.

Ключевые слова: доброкачественные и предраковые патологические процессы железистого эпителия гениталий с атипией железистых клеток неясного генеза (AGC-NOS), бесплодие, цервикогистероскопия, гистологическое исследование, CD 138.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR BENIGN AND PRE-TUMOR PATHOLOGICAL PROCESSES OF THE GLANDULAR EPITHELIUM OF THE GENITALS WITH ATYPIA OF CELLS OF UNCLEAR GENESIS IN WOMEN WITH INFERTILITY

Бондарук О. Я.

Abstract. Goal of the study: to determine ultrasound, cervicohisteroscopic, histological and immunohistochemical signs of benign and pre-tumor pathological processes of genital epithelium with atypia of cells of unclear genesis in women with infertility.

Object and methods: 173 women with infertility and pathological processes of genital epithelium with atypia of cells of unclear genesis (main group) were examined. This group included women with endocervical pathology – 70 patients and endometrium – 103 patients. All patients underwent ultrasound, cervico-hysteroscopic, histological and immunohistochemical examination.

Results. The most common ultrasound signs of pathological processes of the glandular epithelium of the genitals are: thickening of the endocervix (61.4%), its heterogeneous structure (97.1%), the presence of hyperechogenic subendocervical inclusions (41.4%); endometrial thickening (73.8%) and heterogeneous endometrial structure (96.1%), presence of hyperechogenic inclusions both in the mid-M-echo area (78.6%) and in the basal layer projection (36.9%). Cervicogisteroscopic examination revealed in women with infertility and pathological processes of the glandular epithelium of the genitalia a gross folding of endocervix (70.0%), its uneven relief (77.1%) and atypia sections of endocervix (95.7%), hypertrophic (33.9%) uterine mucosa, 56.3% of uneven thickness, vascular pattern expressed (84.5%), single hemorrhages (88.3%) or massive (18.4%), endometrium unevenly colored (92.2%), polypodium growths in 36.9%. Histological examination in 83.5% of patients with infertility and endometrial pathology with atypia of cells of unclear genesis identified lympho-macrophage infiltration of stroma, fibrosis and sclerosis of the stroma, as well as sclerosis of the spiral arteries of the endometrium, and in 16.5% of examinations.

In patients with endocervical pathology, 91.4% of cases were diagnosed with dysplasia of the glandular epithelium of the cervical channel of varying severity. In 83.5% of patients with infertility and endometrial pathology with atypia of cells of unclear genesis, endometritis was diagnosed when determining the expression of syndecan-1 CD138.

Conclusion. Ultrasound examination reveals signs of pathological processes of the glandular epithelium of the genitals with atypia of cells of unclear genesis in women with infertility. Cervicogisteroscopy allows to evaluate the macroscopic picture of the endocervix and the endometrium and to conduct a biopsy of pathological areas. Histological examination diagnoses both benign (endocervicosis and endometritis, hyperplastic processes without atypia), and pre-tumor (dysplasia of varying severity) processes of epithelium of the genitals with atypical glandular cells not otherwise specified (AGC-NOS). Determination of CD 138 expression confirms endometritis in these women.

Key words: benign and pre-tumor pathological processes of epithelium of the genitals with atypical glandular cells not otherwise specified (AGC-NOS), infertility, cervicogisteroscopy, histological examination, CD 138.

Рецензент – проф. Тарасенко К. В.

Стаття надійшла 18.12.2019 року