

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

С.А. Поздняков Р.Я. Абдуллаев, О.В. Грищенко, В.В. Бобрицкая

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

РЕЗЮМЕ

Проведена трансвагинальная эхография в режиме цветного импульсного Допплера у 68 женщин с аденомиозом, представлены эхографические критерии аденомиоза различной степени. Изучены частота сочетания аденомиоза и цервикального эндометриоза. Основными критериями эндометриоза являлись наличие эндометриоидных гетеротопий в виде анэхогенных структур с гиперэхогенным ободком, мелкодисперсной взвесью. Среди линейных параметров наибольшее значение имел переднезадний размер матки, ассиметрия толщины стенок, толщина шейки матки. Цветной и импульсный Допплер имеет большое значение для исключения злокачественного процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: трансвагинальная эхография, аденомиоз, цервикальный эндометриоз

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний внутренних половых органов и уступает по частоте только воспалительным заболеваниям и миоме матки. У женщин репродуктивного возраста по данным разных авторов он встречается от 5 до 70%. Внутренний эндометриоз (аденомиоз), характеризующийся инвазивным ростом железистой ткани в миометрий, на ранних этапах протекает бессимптомно и впоследствии клинически проявляется маточными кровотечениями, болями и бесплодием [1]. У пациенток с меноррагией и дисменореей частота внутреннего эндометриоза достигает 40-60% [2]. Благодаря широкому применению современных диагностических методов – гистероскопии, гистероцервикографии, трансвагинальной эхографии (ТВЭ) точность диагностики аденомиоза возросла значительно.

При комплексном применении эхографии, гистероскопии, гистероцервикографии у 75 больных с морфологически верифицированным диагнозом эндометриоза выявлена малая информативность радиологических методов диагностики в уточнении степени поражения [3]. По данным этих авторов гистероцервикография позволяло подтвердить диагноз аденомиоза матки в 26,7% случаев, УЗИ в отдельности в 57,3% случаев, а эхогистероскопия – в 81,3% случаев [4].

В литературе в основном приведены данные об эхографической диагностике аденомиоза, а о частоте сочетания внутреннего и наружного эндометриоза, в частности о вовлечении в процесс шейки матки нет сообщений.

Цель – уточнить эхографические критерии эндометриоза тела и шейки матки, изучить частоту их сочетанного

поражения, используя трансвагинальный доступ с применением доплеровских методов.

Исследование выполнялось в соответствии с научно-исследовательской работой кафедры перинатологии и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования «Изучение действия патогенетических факторов повреждения репродуктивной системы женщины на структуру перинатальных потерь и гинекологическую заболеваемость и разработка новых терапевтических мероприятий, направленных на сохранение здоровья нации», номер госрегистрации 0105U002865.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

ТВЭ проведена 68 больным в возрасте от 32 до 47 лет с эндометриозом матки. ТВЭ выполняли на аппаратах Siemens Versa, Voluson-730, Sonoace-8000, Радмир-Pro, с помощью вагинальных датчиков работающих в частотном диапазоне от 5 до 9 МГц, с применением цветного, энергетического и импульсного доплеровского режимов. Исследования проводились в первой половине менструального цикла. В двумерном режиме оценивались размеры тела и шейки матки, форма М-эхо, локализация и характер эндометриоидных гетеротопий (вблизи М-эхо, в середине и периферии миометрия, в области шейки матки), состояние цервикального канала, степень васкуляризации очагов эндометриоза, индекс резистентности кровотоку.

Обработка данных проводилась с помощью компьютерного обеспечения ультразвукографических аппаратов. Оценивались частоты в абсолютных величинах и процентах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди количественных параметров об эндометриозе в наибольшей степени свидетельствовали изменения передне-заднего размера тела матки. Преимущественное увеличение его по сравнению с длиной матки, асимметрия толщины стенок при отсутствии явных узловых образований на фоне, даже малых клинических симптомов позволяло заподозрить аденомиоз и провести тщательный поиск эндометриозидных гетеротопий. За асимметрию толщины стенок принималась соотношение их свыше 1,3 раза.

При трансабдоминальной эхографии в I степени эндометриоза не в одном случае не были выявлены эндометриозидные гетеротопии. Среди 27 больных со II степенью эндометриоза асимметрия толщины стенок матки отмечалась у 16 (59,3%), а эндометриозидные гетеротопии выявлялись только у 8 (29,6%), в виде анэхогенных участков с гиперэхогенным размытым контуром величиной свыше 6 мм. В шейке матки у 3 (11,1%) обследуемых с эндометриозом II степени визуализировались эндометриозидные кисты только размерами свыше 13 мм с нечетко определяемой мелкодисперсной взвесью. При III степени эндометриоза из 22 больных у 15 (68,2%) отмечалось диффузное шаровидное увеличение размеров матки, миометрий имел ячеистую структуру, эндометриозидные гетеротопии четко визуализировались только у 9 (40,9%). Эндометриоз шейки матки был диагностирован в 7 (31,8%) случаях, в виде жидкость содержащих структур размерами от 12 до 23 мм с четкими, неровными контурами. Низкая чувствительность трансабдоминальной эхографии в диагностике аденомиоза подтверждается результатами исследований [4]. По данным ряда авторов трансабдоминальная эхография позволяет диагностировать аденомиоз в лучшем случае только в каждом третьем случае.

Точность ультразвуковой диагностики внутреннего эндометриоза значительно повышается при использовании трансвагинальной эхографии. При трансвагинальной эхографии в I степени эндометриоза у всех 19 больных в разных комбинациях были обнаружены эхонегативные трубчатые структуры (13 случаев – 68,4%), неравномерность и зазубренность базального слоя (15 случаев – 78,9%), анэхогенные полости размерами 1-2 мм, непосредственно примыкающие к полости матки (12 случаев 63,2%), в

миометрии были выявлены отдельные очаги повышенной эхогенности с анэхогенным центром до 2 мм (7 случаев – 36,8%) на расстоянии 5-10 мм от базального слоя эндометрия. Только при комбинации хотя бы двух признаков диагноз эндометриоза I степени считался достоверным (рис. 1). Выявленные в шейке матки кистозные образования (наряду с кистами nabothovых желез) считались эндометриозидными, если в них четко определялась мелкодисперсная взвесь. При ТВЭ они обнаруживались у 4 (21,1%) больных размерами 6-9 мм в количестве 1-2.

Среди 27 больных со II степенью эндометриоза при ТВЭ асимметрия толщины стенок матки (соотношением их от 1,3 до 1,8) отмечалась у 19 (70,4%) больных, эндометриозидные гетеротопии величиной 3-5 мм в виде рассеянных гиперэхогенных очагов с размытым контуром в середине миометрия выявлялись у 11 (40,7%), единичные кистозные полости размерами 5-7 мм были обнаружены у 8 (29,6%) больных (рис. 2). В разных комбинациях эти изменения были обнаружены у всех больных. Цервикальный эндометриоз диагностировался у 11 (40,7%) обследуемых в виде кистозных полостей размерами 7-12 мм с четко определяемой мелкодисперсной взвесью. При этом трубчатые структуры идущие косо от цервикального канала выявлялись у 7 (63,6%) из них. Передне-задний размер шейки матки увеличивался и толщина ее в среднем составляла 32,9 мм.

При III степени эндометриоза диффузное шаровидное увеличение размеров матки отмечалось у 18 (81,8%) из 22 больных, напротив 68,2%, определяемых при трансабдоминальном исследовании, так как, ТВЭ позволяла точнее определить место перехода тела матки на шейку. Миометрий приобретал крупноячеистую, неоднородную структуру, очаги эндометриоза регистрировались в виде рассеянных участков повышенной эхогенности, кистозных полостей размерами от 4 до 13 мм, а также в виде гипоехогенных округлой формы очагов, похожих на мелкие миоматозные узлы, за счет густой мелкодисперсной взвеси (рис. 3). В разных комбинациях эти эхографические симптомы регистрировались у всех больных. Эндометриоз шейки матки был диагностирован в 13 (59,1%) случаях, в виде кистозных полостей с четко

определяемой мелкодисперсной взвесью размерами от 6 до 23 мм с четким, неровным контуром. В большинстве случаев цервикальный канал

визуализировался мелкими фрагментами, в поперечном сечении шейка матки приобретала шаровидную форму, толщина ее в среднем составляла 39,7 мм (рис. 4-6).



Рис. 1. Аденомиоз I степени

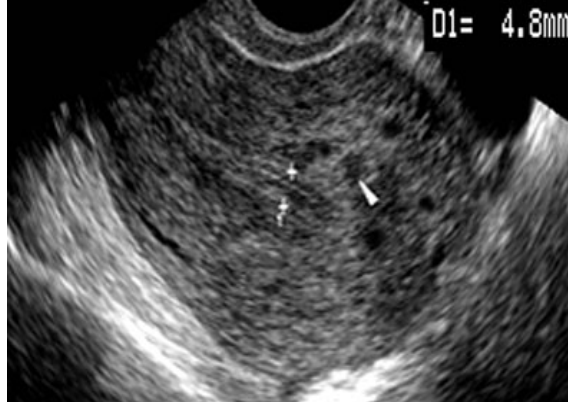


Рис. 2. Аденомиоз II степени



Рис. 3. Аденомиоз III степени

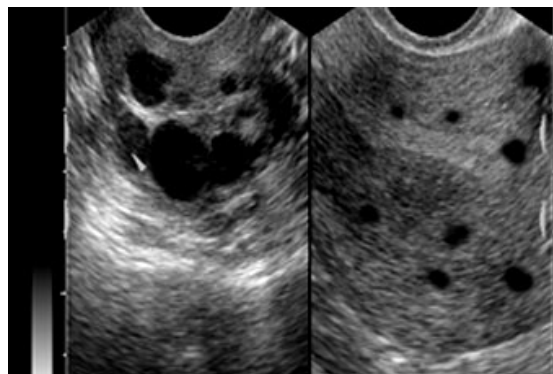


Рис. 4. Сочетанный эндометриоз

Результаты проведенных исследований также свидетельствуют о преимуществе трансвагинальной эхографии в диагностике аденомиоза. Основными критериями аденомиоза по данным этих авторов являлись: увеличение передне-заднего размера матки, неравномерное утолщение стенок миометрия, увеличение срединного М-эхо на 2-6-й дни менструального цикла с появлением вокруг

него эхонегативного валика, неоднородная структура миометрия. Чаще всего увеличивалась задняя стенка матки в первой половине менструального цикла. Миометрий приобретал ячеистое строение за счет появления в нем анэхогенных структур округлой формы диаметром до 4 мм, в секреторной фазе цикла. Эти эхографические симптомы появлялись только во II-III степени аденомиоза.

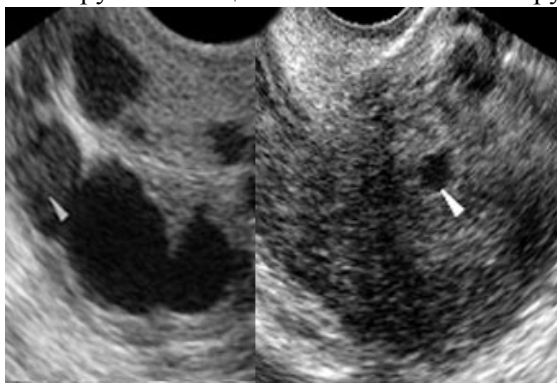


Рис. 5. Сочетанный эндометриоз

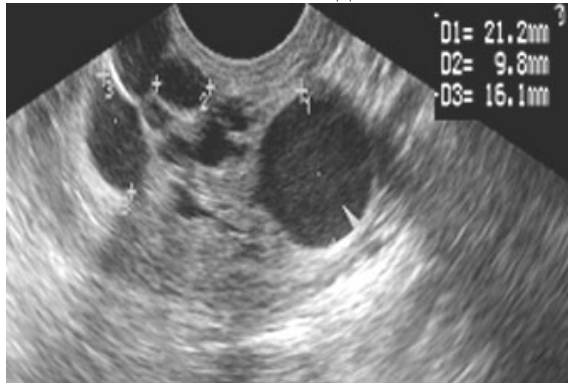


Рис. 6. Цервикальный эндометриоз

Сочетанное применение трансвагинальной эхографии серой шкалы, импульсной и цветной доплерэхографии значительно улучшает дифференциальную диагностику

маточных образований. Среди доплеровских показателей достоверно отличаются пиковая систолическая скорость

и индекс резистентности кровотока в области очагов эндометриоза.

При сравнении этих показателей у больных с миомой и аденомиозом обнаружено, что индекс резистентности кровотока среди последних был достоверно ниже. В наших исследованиях умеренно выраженная васкуляризация в области очагов

эндометриоза была обнаружена только в случаях II и III степени эндометриоза. При цветном доплеровском исследовании определялись точечные (2-3мм) диффузно расположенные сосуды в области эндометриoidных гетеротопий. Индекс резистентности колебался в пределах 0,56-0,63 (рис. 7).

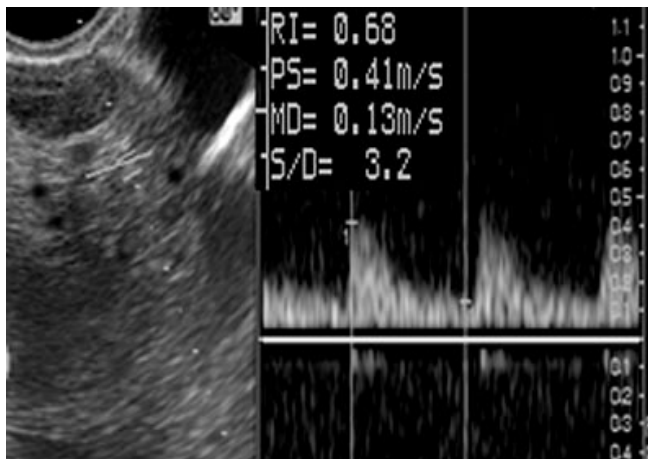


Рис. 7. Допплерография при аденомиозе II степени. Высокий индекс резистентности кровотока

ВЫВОДЫ

1. Диагностика аденомиоза I степени возможна только при ТВЭ при сочетании не менее двух вышеперечисленных признаков в первой половине пролиферативной фазы.
2. Для II степени аденомиоза характерно сочетание асимметрии толщины стенок, мелкоячеистой структуры миометрия с низкой васкуляризацией и средней величиной индекса резистентности кровотока, определяемые при ТВЭ.

3. Аденомиоз III степени характеризуется ячеистой структурой стенок миометрия, средней васкуляризацией и величиной индекса резистентности кровотока, наличием кистозных полостей, частым сочетанием эндометриоза шейки матки.

Перспективой исследования является контроль динамики изменений патологических структур миометрия при различных степенях аденомиоза на фоне лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vinatier D., Orazi G., Cosson M. et al. // Eur. J. Obstetric and Gynecologie. - 2001. - Vol. 96. - № 1. - P. 21-34.
2. Swiersz L.M. ment // Ann. N.Y. Academie of Sciences. - 2002. - Vol. 955. - P. 281-292.
3. Кулющина Е.А. // Медицинская визуализация. - 2003. - № 3. - С. 93-100.
4. Sarpe-Timms K.L. // Ann.N.Y. Academie of Sciences. - 2001. - Vol. 943. - P. 131-147.

ТРАНСВАГИНАЛЬНА ЕХОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ АДЕНОМІОЗУ ТА ЦЕРВІКАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРИОЗУ

С.А. Поздняков Р.Я. Абдуллаєв, О.В. Грищенко, В.В. Бобрицька
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

РЕЗЮМЕ

Проведена трансвагінальна ехографія в режимі кольорового імпульсного Доплера у 68 жінок з аденоміозом, представлені ехографічні критерії аденоміозу різних ступенів. Вивчені частота поєднання аденоміозу та цервікального ендометриозу. Основними критеріями ендометриозу були наявність ендометриoidних гетеротопій у вигляді анехогенних структур з гіперехогенним обідком, дрібнодисперсною звіссю. Серед лінійних параметрів найбільше значення мав передньо-задній вимір матки, асиметрія товщини стінок, товщина шийки матки. Кольоровий та імпульсний Доплер має велике значення для виключення злоякісного процесу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: трансвагінальна ехографія, аденоміоз, цервікальний ендометриоз

TRANSVAGINAL ECHOGRAPHY IN THE DIAGNOSTICS OF ADENOMIOSIS AND CERVICAL ENDOMETRIOSIS

S.A. Pozdnjakov, R.Ya. Abdullajev, O.V. Grischenko, V.V. Bobrytskaya
The Medical Postgraduate Academy of Kharkov, Ukraine

SUMMARY

The results of transvaginal ultrasound investigation in the mode of colour and impuls Doppler from the 68 women with the adenomiosis and endometriosis are represented, the features of different degrees of the adenomiosis were found. The main criterions of endometriosis were the endometrioid getherotopies like anechogenic structures with hyperechogenic circle, grind-disperse suspension registered in cervix. The main line characteristics are frontodorsal uterine measuring, asymmetry of their size, cervical thikness. The importance of colour and impuls Doppler is in the exception of the cancerogeneous processes

KEY WORDS: transvaginal echography, adenomiosis, cervical endometriosis