

сімейними відносинами та проблемами самих пацієнтів з деменцією, так і з наявністю мережі догляду за такими хворими. Фізичне, емоційне і економічне навантаження призводить до стресу та зростання випадків депресивних розладів та емоційного виснаження у піклувальників. У представленій статті розкрито особливості супроводу даного контингенту хворих та їх родичів на основі даних, що ґрунтуються на доказовій базі. У більшості літературних джерел інформація зводиться до загальних рекомендацій, що потребує удосконалення персоналізованих комплексних програм довгострокового супроводу та підтримки осіб, які опікуються хворими на деменцію.

**Ключові слова:** пацієнти з деменцією, члени родини, що здійснюють догляд, особливості психоемоційного стану, клініко-психологічна дезадаптація, психосоціальні втручання.

### ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ УХАЖИВАЮТ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ

**Животовская Л. В., Скрипников А. Н., Орлова А. В., Шкидченко А. А.**

**Резюме.** Проведенное теоретическое исследование показало, что почти за 80% больных деменцией ухаживают их родственники. Установлено, что высокий уровень нагрузки у тех, кто осуществляют уход в значительной степени связан как с семейными отношениями и проблемами самих пациентов с деменцией, так и с наличием сети ухода за такими больными. Физическая, эмоциональная и экономическая нагрузка приводит к стрессу и росту случаев депрессивных расстройств и эмоционального истощения в попечителей. В представленной статье раскрыты особенности сопровождения данного контингента больных и их родственников на основе данных, построенных на доказательной базе. В большинстве литературных источников информация сводится к общим рекомендациям и нуждается в усовершенствовании персонализированных комплексных программ долгосрочного сопровождения и поддержки лиц, которые занимаются больными деменцией.

**Ключевые слова:** пациенты с деменцией, члены семьи, осуществляющие уход, особенности психоэмоционального состояния, клиничко-психологическая дезадаптация, психосоциальные вмешательства.

### PECULIARITIES OF THE EMOTION-PERSONAL SPHERE OF MEMBERS OF THE FAMILY CARING FOR DEMENTIA PATIENTS

**Zhyvotovska L. V., Skrypnikov A. M., Orlova O. V., Shkidchenko O. A.**

**Abstract.** There are approximately 10 million new cases of various types of dementia every year. The places where professional assistance is provided in Ukraine for the treatment and care of patients with dementia are limited by the number of beds and may not always satisfy the need to provide these services. A theoretical study found that nearly 80% of dementia patients are cared for by their relatives. The reasons why people care for patients are obvious: family relationships, close affinity with the patient, marital relationships. The high level of caregiver burden has been found to be significantly related to both the family relationships and problems of dementia patients themselves and the availability of a care network for such patients. Physical, emotional and economic stress leads to stress and an increase in cases of depressive disorders and emotional exhaustion in caregivers. If you are depressed for an extended period of time, there is a risk of emotional exhaustion. Current scientific studies show that caregivers with dementia were 46% more likely to visit a general practitioner and 71% more likely to use medications than non-caregivers of the same age. More than 90% of people providing care for a loved one do not get enough rest at night. The results of theoretical studies of contemporary literature have shown the need for a detailed study of the clinical and psychological maladaptation of persons whose relatives are ill with dementia and ways of its psychocorrection. Professional health care tips related to the care of the problem, emotional support are necessary measures to prevent neurotic disorders. Individually designed complex interventions reduce the burden, improve the quality of life of the patient and caregiver. The article presents the relevance of the problem of accompanying patients with dementia and their relatives.

**Key words:** patients with dementia, caregivers, peculiarities of psycho-emotional state, clinical and psychological maladaptation, psychosocial interventions.

*Рецензент – проф. Сонник Г. Т.  
Стаття надійшла 05.05.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-30-36

УДК 618.14-006.5:616-073.97-079.4

**Ибадова Ш. Т.**

### ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Республиканская Клиническая Больница Им. Миркасилова

(г. Баку, Азербайджанская Республика)

[nauchnayastatya@yandex.ru](mailto:nauchnayastatya@yandex.ru)

Данная работа является самостоятельным исследованием.

В современных условиях отмечается неуклонный рост многих гинекологических заболеваний. Внутриматочная патология (ВМП), в том числе миома матки, гиперпластические процессы в эндометрии,

патология цервикального канала, внутриматочные синехии, остается актуальной проблемой гинекологических заболеваний из-за высокой распространенности – у 5-32% женщин репродуктивного возраста [1-5], в том числе у пациенток, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии [6].

Наиболее часто встречаются полипы эндометрия – у 32%, полипы эндоцервикса – у 22,8%, доля женщин с синехиями составляет 3-13%, с субмукозной миомой – 3%, гиперплазией эндометрия – 0,9%, внутриматочной перегородкой – 0,5%.

Гиперпластические процессы в эндометрии являются предметом изучения многих специалистов: гинекологов, онкологов, эндокринологов, морфологов, что обусловлено в первую очередь риском развития на их фоне рака эндометрия [7-11]. Рост заболеваемости, по данным разных авторов [12,13], наблюдается в возрастных группах от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет, хотя часто встречается в возрасте до 35 лет и может быть причиной бесплодия.

Полипы эндометрия (ПЭ) занимают первое место среди внутриматочной патологии у пациенток пожилого возраста (39,2-69,3%) [14,15]. В большинстве случаев они являются диагностической находкой при ультразвуковом исследовании органов малого таза и протекают бессимптомно [16,17], но в то же время преобладают среди причин маточных кровотечений в постменопаузе. Известно, что ПЭ являются распространенной находкой с частотой от 16 до 54% у женщин с кровотечением в постменопаузе [15,18-21].

Результаты многочисленных исследований дают основание рассматривать эту патологию как особую и неоднородную в пато- и морфогенетическом отношении группу.

По данным J. Fletcher, полипы эндометрия возникают из моноклональных разрастаний генетически поврежденных стромальных клеток эндометрия, с вторичным вовлечением поликлональных доброкачественных желез посредством стромально-эпителиальных взаимоотношений, которые до сих пор не до конца изучены [22]. Хромосомный анализ стромы полипов выявил в большинстве случаев клональные транслокации включающие в себя регионы 6p21-22, 12q13-15 или 7q22 [23].

Современная теория патогенеза ПЭ основана на механизмах эстрогенной стимуляции эндометрия. Основными регуляторными гормонами в эндометрии являются эстроген и прогестерон, которые могут действовать прямо, путем взаимодействия с соответствующими рецепторами, или косвенно, через факторы роста и их регуляторы. Известны стимуляторы и блокаторы этих процессов, которые интегральны и сложно скоординированны в различные фазы менструального цикла с участием аутокринных и паракринных механизмов [24].

Одним из доказательств теории эстрогенной стимуляции является факт отсутствия ПЭ у девочек до наступления менархе [25], другими – обнаружение в них рецепторов к половым гормонам, а также четко установленная взаимосвязь между приемом препаратов, влияющих на стероидные рецепторы (тамоксифен, заместительная гормональная терапия) и частотой выявления ПЭ [26-29].

Исследования полипов у больных репродуктивного возраста показали, что в отличие от железистого компонента полипов, в стромальном компоненте содержится меньше прогестерона (ПР), чем эстрогена (ЭР). Считается, что это делает полипы нечувствительными к циклическим гормональным изменени-

ям и препятствует децидуализации стромы полипа с последующим менструальным отторжением [30].

Полип эндоцервикса – очаговый гиперпластический процесс, частота рецидивов которого достигает 19%. Может встречаться в любом возрасте, но чаще в 40-45 лет. Среди причин, способствующих его возникновению, отмечают нарушения гормонального статуса и хронические воспалительные процессы. Полипы исходят из всех отделов цервикального канала, в 43,3% – из нижней трети. По морфологическому типу различают фиброзный, железисто-фиброзный, железистый полипы. Реже встречается железистый полип слизистой шейки матки [31-35].

В отличие от полипов эндометрия, одни из которых без особого труда с помощью трансвагинальной эхографии диагностируются в середине пролиферативной, другие лучше – в секреторную фазу менструального цикла [35], распознавание полипов цервикального канала, которые почти всегда протекают бессимптомно и в большинстве своем являются случайными находками у женщин при профилактических посещениях гинеколога, представляет большие сложности.

В сомнительных случаях целесообразно повторить исследование в перивуляторной фазе (поздняя пролиферативная и ранняя секреторная), когда происходит физиологическое увеличение количества цервикальной слизи и на фоне анэхогенного содержимого четче визуализируется полип. Жидкое содержимое иногда позволяет визуализировать ножку полипа в виде линейной эхогенной структуры или его основание [33,35]. Диаметр просвета канала постепенно расширяется в течение пролиферативной фазы, достигая максимума к моменту овуляции (1,1 мм на 4-7-й день и 1,8 мм на 11-14 день). После овуляции просвет канала почти полностью сужается (до 0,5 мм), причем наиболее активно – в раннюю секреторную фазу [34].

Определить локализацию полипа помогает применение цветового доплеровского картирования и объемной реконструкции [32,33,36].

В отличие от доброкачественных опухолей эндометрия, полипы шейки матки всегда имеют длинную ножку, что обусловлено особенностями расположения в вытянутом узком «тоннеле» шеечного канала. При применении цветового доплеровского картирования имеется васкуляризация ткани полипа, однако чаще обнаруживаются сосуды в ножке, что существенно не отражается на общей васкуляризации шейки [33,34,36].

В В-режиме в перивуляторный период, как кажется авторам, ультразвуковая диагностика мелких полипов несколько сложна из-за постепенно идущей от периферии к центру секреторной трансформации эндометрия [37].

В секреторной же фазе для диагностики полипа эндометрия применяется [31] признак «хало» – тонкий эхонегативный ободок вокруг него.

Полип – это изолированное разрастание слизистой оболочки матки (эндометрия). Как правило, он формируется на так называемой «ножке». Полипы эндометрия могут быть единичными или множественными [31,38,39]. Основные методы диагностики гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) – трансвагинальное ультразвуковое исследование

(УЗИ), гидросонография и гистероскопия. Однако окончательный диагноз с указанием вида ГПЭ устанавливается после гистологического исследования соскоба эндометрия [40,41]. Ультразвуковая диагностика ГПЭ основывается на выявлении увеличенного в переднезаднем размере срединного маточного эха (М-эха) с повышенной акустической плотностью. Во время УЗИ видно увеличение толщины эндометрия, которое не соответствует дню менструального цикла. В норме непосредственно после менструации толщина эндометрия находится в пределах 4–6 мм, в середине цикла – около 10 мм, а во второй фазе – 10–15 мм. Однако в период постменопаузы толщина эндометрия не должна превышать 4 мм при его однородной структуре. У пациенток в постменопаузе, которые получают заместительную гормональную терапию (ЗГТ), толщина эндометрия не должна быть более 10 мм (при этом раз в полгода необходимо проводить контрольное УЗИ). Кроме того, врач обращает внимание на структуру эндометрия [42–45]. У менструирующих женщин толщину М-эха следует оценивать в соответствии с фазой менструального цикла. Лучше всего проводить исследование сразу после менструации, когда тонкое М-эхо соответствует полному отторжению функционального слоя эндометрия, а увеличение его переднезаднего размера на всем протяжении либо локально расценивается как патология. Структура гиперплазированного эндометрия может быть гомогенной или с эконегативными включениями, которые трудно дифференцировать с полипами. Может определяться атипичская ГПЭ, при которой на эхограмме визуализируются ровные утолщенные контуры эндометрия с низкой эхогенностью, ограничивающие гомогенную зону с меньшим волновым импедансом. В большинстве наблюдений отличить железистую гиперплазию эндометрия от атипичской при УЗИ не удается [44,46,47]. В постменопаузе длительностью до пяти лет толщину М-эхо до 5 мм можно считать нормой, позже – не более 4 мм (при однородной структуре эндометрия). У пациенток, принимающих ЗГТ, характер М-эха определяют в зависимости от вида и режима терапии и доз гормональных препаратов [44,42]. Точность ультразвукового метода диагностики ГПЭ составляет 60–70 %. Гидросонография не улучшает диагностику. Если эндометрий длительное время подвергается воздействию высокого уровня эстрогенов, он может находиться в состоянии гиперплазии. Очаговый гиперпластический процесс эндометрия – часто встречающаяся патология. Однако сама гиперплазия эндометрия не так страшна, гораздо опаснее то, что рано или поздно некоторые клетки такого эндометрия могут превратиться в злокачественные [42,44,46–49]. В качестве скрининга патологии эндометрия и его состояния на фоне гормональной терапии рекомендуется цитологическое исследование аспирата из полости матки. Метод позволяет определить выраженность пролиферативных изменений, но не дает четкого представления о патоморфологической структуре эндометрия [50]. Ультразвуковая картина эндометриальных полипов показывает овальные, реже округлые, включения повышенной эхоплотности в структуре М-эха и полости матки. Диагностические затруднения возникают при железистых полипах эндометрия, которые в соответ-

ствии с формой полости матки бывают листовидными, уплощенными, могут не приводить к утолщению М-эха и по эхогенности близки к окружающему эндометрию. Регистрация цветовых эхосигналов при цветном доплеровском картировании (ЦДК) позволяет дифференцировать полипы с внутриматочными синехиями, а у менструирующих пациенток – со сгустками крови. Однако кровотоки в полипах при ЦДК определяется не всегда. Информативность трансвагинального УЗИ при полипах эндометрия составляет 80–98 %. Контрастирование полости матки при гидросонографии расширяет диагностические возможности УЗИ и позволяет точно локализовать «ножку» полипа [48,49,51]. Многие характерные признаки аденомиоза, выявляемые при УЗИ, гораздо лучше определяются с помощью магниторезонансной томографии (МРТ) на T2-ВИ и T1-ВИ, на которых благодаря высокой контрастности мягких тканей можно четко проследить морфологические изменения отдельных слоев стенки матки. Чувствительность 86–100 % и специфичность 85,0–90,5 % в выявлении ГПЭ, высокая точность в проведении дифференциальной диагностики – важный приоритет лучевых методов диагностики [42,48,49,51,52]. МРТ достаточно редко применяется в рутинной клинической практике для диагностики гиперплазии эндометрия по ряду причин, среди которых – дороговизна этого исследования. Поэтому МРТ не показана в качестве первого метода исследования данной патологии, а остается вспомогательным методом в обследовании [53]. Эхография не определяет морфологическую структуру патологического процесса в эндометрии. Однако высокая информативность наряду с минимальной инвазивностью позволяют применять трансвагинальную ультрасонографию для массового обследования, особенно женщин в постменопаузе и получающих ЗГТ, а также для дифференциальной диагностики различных патологических состояний слизистой оболочки матки, сопровождающихся кровотечением. Метод УЗИ выполняет функцию контроля за состоянием внутренних органов женщины, помогает проводить диагностику и мониторинг опухолевых образований матки и яичников, состояния эндометрия, выявлять причины бесплодия, маточных кровотечений и другие изменения [28,42,49,53]. Принимая во внимание распространенность и доступную стоимость УЗИ, которое считается первичным методом диагностики доброкачественных образований полости матки, а также учитывая бесспорные преимущества МРТ в контрастности изображения мягкотканевых образований матки, рентгеновская компьютерная томография имеет весьма ограниченное применение [31,52,54]. Сопоставление данных лучевой диагностики и морфологического исследования свидетельствует о высокой точности выявления ГПЭ и их морфологической верификации. Однако в ряде случаев гиперпластических изменений эндометрия, особенно у пациенток в пре- и постменопаузальном периоде, трансвагинальная эхография не позволяет определить характер патологических изменений. Возможность их дифференциации достигается с помощью ЦДК, представляющего собой перспективное направление в УЗИ, и пока недостаточно разработанных параметров скрининга с использованием

МРТ [46,55]. Основное достижение ЦДК в диагностике опухолевых процессов эндометрия – визуализация и оценка кровотока новообразованных сосудов опухоли, которые имеют свои характерные особенности. Система васкуляризации опухоли представлена множеством мелких, очень тонких, аномальных по форме и расположению сосудов, хаотично разбросанных в пределах опухолевых тканей. Кровоток в этих сосудах имеет крайне низкое сосудистое сопротивление, высокую скорость и разнонаправленность [42,44]. Особенности кровотока обусловлены трансформацией кровеносных сосудов в широкие капилляры или синусоиды, лишённые гладкой мускулатуры, с наличием прекапиллярных дренажей и множественных артериовенозных анастомозов с очень низким сосудистым сопротивлением. В результате многочисленных исследований было установлено, что описанный тип кровообращения является особенностью первично злокачественных опухолей полости матки и яичников. Это подтверждает гипотезу о том, что все быстро растущие злокачественные новообразования продуцируют собственные сосуды для обеспечения дальнейшего роста [56,57]. Допплерометрическими характеристиками кровотока в этих сосудах являются постоянное наличие невысокого диастолического компонента, низкая скорость и высокие значения индекса резистентности. По мнению большинства авторов, периферическая, с единичными сосудами васкуляризация опухоли должна ассоциироваться с доброкачественностью, а наличие множественных сосудов в центральной части, на перегородках и в папиллярных разрастаниях – с признаком злокачественности [38,41]. В том случае, если у врача после проведения УЗИ остались неразрешённые вопросы, используется МРТ [47,52]. Неинвазивная

оценка эндометрия включает высокоразрешающую трансвагинальную ультрасонографию, ультрасонографию в режиме 3D, комбинацию трансвагинальной ЦДК с импульсной доплерометрией и эхографией в реальном масштабе времени, а также МРТ [47,58-60]. Преимущества МРТ заключаются в высокой диагностической эффективности метода, визуализации любых тканей в норме и при наличии патологии, неинвазивности обследования (отсутствие лучевой нагрузки), дополнительных возможностях получения изображений тканевых структур в условиях естественной контрастности и при искусственном контрастировании. Применение МРТ в диагностике полости матки, эндометрия позволяет точно оценить локализацию патологического процесса относительно стенки матки (субмукозная, субсерозная, интерстициальная, интралигаментарная, внематочная), а также установить стадию злокачественности [50,61]. Данные об информативности пороговых значений доплеровских показателей в дифференциальной диагностике ГПЭ остаются противоречивыми. Сегодня недостаточно данных о применении трансвагинального УЗИ в сочетании с ЦДК, энергетическим и спектральным доплером, а также МРТ в дифференциальной диагностике гиперпластических изменений эндометрия.

**Выводы.** Наиболее оптимальным периодом для одновременной визуализации полипов эндометрия и цервикального канала у пациенток репродуктивного возраста в ходе рутинной трансвагинальной эхографии является конец пролиферативной фазы менструального цикла.

**Перспективы дальнейших исследований.** Планируется усовершенствование диагностики патологии эндометрия для снижения показателей заболеваемости и смертности.

### Література

1. Kulakova VI, Savel'eva GM, Manuhina IB. Ginekologija. Nacional'noe rukovodstvo. M.: GJeOTAR-Media; 2009. 1150 s. [in Russian].
2. Kulakov VI. Reproductivnoe zdorov'e naselenija Poccii. Consilium medicum. 2007;9(1):26. [in Russian].
3. Volkov VG, Mal'ny NE. Vozrastnye osobennosti patologij jendometrija. Vestnik novyh medicinskih tehnologij. 2000;7(3-4):109. [in Russian].
4. Popov AA, Machanskite OV, Golovina EN. Ofisnaja gisteroskopija v diagnostike i lechenii zhenskogo besplodija. Problemy reprodukcii. 2011;17(2):43-5. [in Russian].
5. Savel'evaj GM, Breusenko VG. Ginekologija. M.: GJeOTAR-Media; 2014. 432 s. [in Russian].
6. Piroli A, Necozone S, De Lellis V, Patacchiola F, Carta G, Palermo P, Marinangeli F. Waiting time and pain during office hysteroscopy. J Minim Invasive Gynecol. 2012;19(3):360-4.
7. Kassanos D, Siristatidis C, Chrelias C, Salamalekis G. Office hysteroscopy: current trends and potential applications: a critical review. Arch Gynecol Obstet. 2010;282(4):383-8.
8. Bettocchi S, Achilarré MT, Ceci O, Luigi S. Fertility-enhancing hysteroscopic surgery. Semin Reprod Med. 2011;29(2):75-82.
9. Bohman JaV. Rukovodstvo po onkoginekologii. M.: Kniga po trebovaniju; 2012. 464 s. [in Russian].
10. Chandra V, Kim JJ, Benbrook DM, Dwivedi A, Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia. Journal of Gynecologic Oncology. 2016;27(1):8-15.
11. Mahina EV, Pichigina AK, Koldysheva EV, Molodyh OP, Lushnikova EL. Diagnosticheskaja i prognosticheskaja znachimost' ocenki proliferativnoj aktivnosti kletocnyh populacij jendometrija pri giperplasticheskij i neoplasticheskij processah. Fundamental'nye issledovanija. 2014;10(2):420-7. [in Russian].
12. Pavlovskaja MA. Giperplazija jendometrija u zhenshin fertil'nogo vozrasta: klinika, diagnostika, patogenez i vozmozhnosti terapii. Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2015;2(50):123-7. [in Russian].
13. Lubián López DM, Orihuela López F, García-Berbel Molina L, Boza Novo P, Pozuelo Solís E, Menor Almagro D, Comino Delgado R. Endometrial polyps in obese asymptomatic pre and postmenopausal patients with breast cancer: is screening necessary. Gynecol Oncol. 2014 Apr;133(1):56-62. DOI: 10.1016/j.ygyno.2013.12.029
14. Breusenko VG, Golova JuA, Kappusheva LM, Mishieva OI, Kirikova JuM, Cechoeva TS. Sovremennye podhody v lechenii proliferativnyh processov jendometrija v postmenopauze. V kn.: Pilepskaja V.N., red. Klinicheskaja ginekologija. M.: MEDpress-inform; 2007. s. 315-23. [in Russian].
15. Hitryh OV. Otdalennye rezul'taty i optimizacija taktiki lechenija polipov jendometrija v postmenopauze [avtoreferat]. M.: 2009. 18 s. [in Russian].
16. Sviridova NI. Obosnovanie differencirovannogo podhoda k lecheniju giperplasticheskij processov jendometrija v sochetanii s hronicheskim jendometritom. Materialy VIII Obshherossijskogo seminaru «Reproductivnyj potencial Rossii: versii i kontraversii». Sochi. 2015. s. 81-2. [in Russian].
17. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yang YS, Chen MJ. Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy. PLoS One. 2015 Dec 11;10(12):e0144857. DOI: 10.1371/journal.pone.0144857.
18. Hamani Y, Eldar, Sela HY, Voss E, Haimov-Kochman R. The clinical significance of small endometrial polyps. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Oct;170(2):497-500. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.011

19. Newell S, Overton C. Postmenopausal bleeding should be referred urgently. *Practitioner*. 2012;256(1749):13-5.
20. American Association of Gynecologic Laparoscopists. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2012;19(1):3-10.
21. Costa-Paiva L, Godoy CE Jr, Antunes AJr, Caseiro JD, Arthuso M, Pinto-Neto AM. Risk of malignancy in endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women according to clinicopathologic characteristics. *Menopause*. 2011;18(12):1278-82.
22. Fambirni M1, Buccoliero AM, Bargelli G, Cioni R, Piciocchi L, Pieralli A, et al. Clinical utility of liquid-based cytology for the characterization and management of endometrial polyps in postmenopausal age. *Int J Gynecol Cancer*. 2008 Mar-Apr;18(2):306-11.
23. Elyashiv O, Sagiv R, Kerner R, Keidar R, Menczer J, Levy T. Hysteroscopic Resection of Premalignant and Malignant Endometrial Polyps: Is it a Safe Alternative to Hysterectomy? *J Minim Invasive Gynecol*. 2017 Nov-Dec;24(7):1200-3. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.08.002
24. Smetnik VP, Tumilovich LG. Neoperativnaja ginekologija: Rukovodstvo dlja vrachej. 3-e izd. M.: MIA; 2005. 632 s. [in Russian].
25. Baikpour M, Hurd WW. Hysteroscopic Endometrial Polypectomy with Manual Vacuum Aspiration Compared to Mechanical Morcellation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Sep-Oct;26(6):1050-5. DOI: 10.1016/j.jmig.2018.10.006
26. Dreisler E, Sorensen SS, Lose G. Endometrial polyps and associated factors in Danish women aged 36–74 years. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009;200:147. e1–6.
27. Elyashiv O, Sagiv R, Kerner R, Keidar R, Menczer J, Levy T. Hysteroscopic Resection of Premalignant and Malignant Endometrial Polyps: Is it a Safe Alternative to Hysterectomy? *J Minim Invasive Gynecol*. 2017 Nov-Dec;24(7):1200-3. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.08.002. Epub 2017 Aug 9.
28. Cohen I. Endometrial polyps in pre-and postmenopausal women: factors associated with malignancy. *Maturitas*. 2008;59(1):99-100.
29. Van den Bosch T, Van Schoubroeck D, Ameye L, De Brabanter J, Van Huffel S, Timmerman D. Ultrasound assessment of endometrial thickness and endometrial polyps in women on hormonal replacement therapy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003;188:1249-53.
30. Taylor LJ, Jackson TL, Reid JG, Duffy SR. The differential expression of oestrogen receptors, progesterone receptors, Bcl-2 and Ki67 in endometrial polyps. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2003;110:794-8.
31. Demidov VN, Zykin BI. Ul'trazvukovaja diagnostika v ginekologii. M.: Medicina; 1990. 354 s. [in Russian].
32. Medvedev MV, Miheeva NG, Rud'ko GG, Ljutaja ED. Osnovy ul'trazvukovyh issledovanij v ginekologii. M.: Real Tajm; 2010. s. 48-9. [in Russian].
33. Ozerskaja IA. Jehografija v ginekologii. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Vidar-M; 2013. [in Russian].
34. Bulanov MN. Ul'trazvukovaja diagnostika patologii shejki matki [avtoreferat]. M.: 2004. 30 s. [in Russian].
35. Hachkuruzov SG. UZI v ginekologii. Simptomatika. Diagnosticheskie trudnosti i oshibki. SPb: JeLSBI; 1999. [in Russian].
36. Bulanov N. Ul'trazvukovaja ginekologija: kurs lekcij: v dvuh chastjah. 3-e izd., dop. M.: Izdatel'skij dom Vidar – M; 2014. [in Russian].
37. Rjabov II. Morfojeheograficheskie aspekty dvuh momentov periovuljatornogo perioda. *UZD v Akush. ginek. pediatr.* 2000;8(4):325-7. [in Russian].
38. Lubián López DM, Orihuela López F, García-Berber Molina L, Boza Novo P, Pozuelo Solís E, Menor Almagro D, Comino Delgado R. Endometrial polyps in obese asymptomatic pre and postmenopausal patients with breast cancer: is screening necessary. *Gynecol Oncol.* 2014 Apr;133(1):56-62. DOI: 10.1016/j.ygyno.2013.12.029
39. de Godoy Borges PC1, Dias R, Bonassi Machado R, Borges JB, Spadoto Dias D. Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy as predictors of endometrial polyps in postmenopause. *Womens Health (Lond)*. 2015 Jan;11(1):29-33. DOI: 10.2217/whe.14.50
40. Egorov OO. Kompleksna diagnostika giperplastichnih procesiv i peredruku endometrija. *Eksperiment. i klin. medicina*. 2008;3:133-9. [in Ukrainian].
41. Lejtis HA. Vozmozhnost' ispol'zovanija jehografii i dopplerometrii v kachestve skringingovyh metodov issledovanija pri patologii jendometrija u zhenshhin v menopauze [avtoreferat]. Tomsk: 2005. 24 s. [in Russian].
42. Abdullaev RJa, Pozdnjakov SA. Rol' dopplerivs'kih vimirjuvan' u vidvidnih matkovih venah u diagnostici puhlin endometrija. *Ukr. radiologichnij zhurn.* 2010;18(2):151-3. [in Ukrainian].
43. van Hanegem N1, Prins MM, Bongers MY, Opmeer BC, Sahota DS, Mol BW, Timmermans A. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Feb;197:147-55. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2015.12.008
44. Abdullaev RJa, Pozdnjakov SA. Diferencial'na diagnostika raku endometrija za dopomogoju transvaginal'noi ehografii. *Ukr. radiologichnij zhurn.* 2008;16(3):267-8. [in Ukrainian].
45. Cavkaytar S1, Kokanali MK, Ceran U, Topcu HO, Sirvan L, Doganay M. Roles of sonography and hysteroscopy in the detection of premalignant and malignant polyps in women presenting with postmenopausal bleeding and thickened endometrium. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(13):5355-8.
46. Manzhura OP. Rak endometrija: zahvorjuvanist', patogenez, diagnostika, likuvannja. *Zdorov'e zhenshhiny*. 2007;1:270-4. [in Ukrainian].
47. Chestnova GP. «Ofisnaja gisteroskopija» v diagnostike giperplasticheskikh processov jendometrija u zhenshhin v period dlitel'noj postmenopauzy. *Voen.-med. zhurn.* 2013;10:59-60. [in Russian].
48. De Franciscis P, Riemma G, Schiattarella A, Cobellis L, Guadagno M, Vitale SG, et al. Concordance between the Hysteroscopic Diagnosis of Endometrial Hyperplasia and Histopathological Examination. *Diagnostics (Basel)*. 2019 Oct 7;9(4). pii: E142. DOI: 10.3390/diagnostics9040142
49. Chandra V, Kim JJ, Benbrook DM, Dwivedi A, Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2016;27(1):8-15.
50. Abdullaev RJa, Senchuk AJa, Tamm TI, Dolenko OV, Shherbakov AJu. Porivnjal'na ocinka informativnosti ul'trazvukovogo i laboratornogo doslidzhennja v diagnostici funkcional'nogo stanu jaechnikiv i endometrija. *Ukr. radiologichnij zhurn.* 2011;19(1):42-7. [in Ukrainian].
51. Orbo A, Rise CE, Mutter GL. Regression of latent endometrial precancers by progesterin infiltrated intrauterine device. *Cancer Res.* 2006;66(11):5613-7.
52. Trufanova GE, Panova VO. Rukovodstvo po luchevoj diagnostike v ginekologii. Pb.: Jelbi-SPb; 2008. 590 s. [in Russian].
53. Mihajlov MK. Znachenie luchevoj diagnostiki v sovremennoj klinike. *Kazanskij med. zhurn.* 2005;LXXXVI(2):101-12. [in Russian].
54. Pugach HA. Ul'trazvukovaja diagnostika giperplasticheskikh processov jendometrija s pomoshh'ju jehogisteroskopii. *Prenatal'naja diagnostika*. 2004;3(3):237. [in Russian].
55. Dikareva LV, Shvarev EG. Puti usovershenstvovanija diagnostiki giperplasticheskikh processov i raka jendometrija u zhenshhin iz grupp riska. *Mater. VI Rossijskogo foruma «Mat' i ditja»*. M.: 2004. s. 339-40. [in Russian].
56. Berezovskaja TP, D'jachkov AA, Val'kova VN. Magnitno-rezonansnaja tomografija pri opuholjah matki i pridatkov. *Arhangel'sk*: 2002. 111 s. [in Russian].
57. Grohovs'ka MV. Gisteroskopija u diagnostici i likuvanni giperplastichnih procesiv endometriju. *Praktichna medicina*. 2003;9(1):122-3. [in Ukrainian].
58. Bengtson MB, Veres K, Nørgaard M. First-time postmenopausal bleeding as a clinical marker of long-term cancer risk: A Danish Nationwide Cohort Study. *Br J Cancer*. 2020 Feb;122(3):445-51. DOI: 10.1038/s41416-019-0668-2
59. de Godoy Borges PC, Dias R, Bonassi Machado R, Borges JB, Spadoto Dias D. Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy as predictors of endometrial polyps in postmenopause. *Womens Health (Lond)*. 2015 Jan;11(1):29-33. DOI: 10.2217/whe.14.50
60. Laban M, Hussain SH, Hassanin AS, Khalaf WM, Etman MK, Elsafty MS, et al. Endometrial Volume Measured by VOCAL Compared to Office Hysteroscopy for Diagnosis of Endometrial Polyps in Premenopausal Women with Abnormal Uterine Bleeding. *Obstet Gynecol Int.* 2016;2016:3561324. DOI: 10.1155/2016/3561324. Epub 2016 Nov 24.
61. Fadl SA, Sabry AS, Hippe DS, Al-Obaidli A, Yousef RR, Dubinsky TJ. Diagnosing Polyps on Transvaginal Sonography: Is Sonohysterography Always Necessary? *Ultrasound Q*. 2018 Dec;34(4):272-7. DOI: 10.1097/RUQ.0000000000000384

### ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Ібадова Ш. Т.

**Резюме.** В сучасних умовах відзначається неухильне зростання багатьох гінекологічних захворювань. Внутрішньоматкова патологія (ВМП), в тому числі міома матки, гіперпластичні процеси в ендометрії, патологія цервікального каналу, внутрішньоматкові синехії, залишаються актуальною проблемою гінекологічних захворювань через високу поширеність – у 5-32% жінок репродуктивного віку, в тому числі у пацієнок, які використовували допоміжні репродуктивні технології. Гіперпластичні процеси в ендометрії є предметом вивчення багатьох фахівців: гінекологів, онкологів, ендокринологів, морфологів, що обумовлено в першу чергу ризиком розвитку на їх фоні раку ендометрія. Зростання захворюваності, за даними різних авторів, спостерігається в вікових групах від 40 до 49 років і від 50 до 59 років, хоча часто зустрічається у віці до 35 років і може бути причиною безпліддя. Поліпи ендометрія (ПЕ) займають перше місце серед внутрішньоматкової патології у пацієнок похилого віку (39,2-69,3%). У більшості випадків вони є діагностичною знахідкою при ультразвуковому дослідженні органів малого таза і протікають безсимптомно, але в той же час переважають серед причин маткових кровотеч в постменопаузі. Відомо, що ПЕ є поширеною знахідкою з частотою від 16 до 54% у жінок з кровотечею в постменопаузі. Результати численних досліджень дають підставу розглядати цю патологію як особливу і неоднорідну в пато- та морфогенетичному відношенні групу. За даними J. Fletcher, поліпи ендометрію виникають з моноклональних розростань генетично пошкоджених стромальних клітин ендометрія, з вторинним залученням поліклональних доброякісних залоз за допомогою стромально-епітеліальних взаємин, які до сих пір не до кінця вивчені.

**Ключові слова:** поліпи ендометрію, ультразвукова діагностика, репродуктивний вік, постменопаузальний вік.

### ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ибадова Ш. Т.

**Резюме.** В современных условиях отмечается неуклонный рост многих гинекологических заболеваний. Внутриматочная патология (ВМП), в том числе миома матки, гиперпластические процессы в эндометрии, патология цервикального канала, внутриматочные синехии, остается актуальной проблемой гинекологических заболеваний из-за высокой распространенности – у 5-32% женщин репродуктивного возраста, в том числе у пациенток, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии. Гиперпластические процессы в эндометрии являются предметом изучения многих специалистов: гинекологов, онкологов, эндокринологов, морфологов, что обусловлено в первую очередь риском развития на их фоне рака эндометрия. Рост заболеваемости, по данным разных авторов, наблюдается в возрастных группах от 40 до 49 лет и от 50 до 59 лет, хотя часто встречается в возрасте до 35 лет и может быть причиной бесплодия. Полипы эндометрия (ПЭ) занимают первое место среди внутриматочной патологии у пациенток пожилого возраста (39,2–69,3%). В большинстве случаев они являются диагностической находкой при ультразвуковом исследовании органов малого таза и протекают бессимптомно, но в то же время преобладают среди причин маточных кровотечений в постменопаузе. Известно, что ПЭ являются распространенной находкой с частотой от 16 до 54% у женщин с кровотечением в постменопаузе. Результаты многочисленных исследований дают основание рассматривать эту патологию как особую и неоднородную в пато- и морфогенетическом отношении группу. По данным J. Fletcher, полипы эндометрия возникают из моноклональных разрастаний генетически поврежденных стромальных клеток эндометрия, с вторичным вовлечением поликлональных доброкачественных желез посредством стромально-эпителиальных взаимоотношений, которые до сих пор не до конца изучены.

**Ключевые слова:** полипы эндометрия, ультразвуковая диагностика, репродуктивный возраст, постменопаузальный возраст.

### RADIATION DIAGNOSTICS OF ENDOMETRIAL POLYPS (LITERATURE REVIEW)

Ibadova Sh. T.

**Abstract.** In modern conditions, there is a steady increase in many gynecological diseases. Intrauterine pathology (IUI), including uterine fibroids, hyperplastic processes in the endometrium, pathology of the cervical canal, intrauterine synechiae, remains an urgent problem of gynecological diseases due to the high prevalence-in 5-32% of women of reproductive age, including patients who used assisted reproductive technologies. Hyperplastic processes in the endometrium are the subject of study by many specialists: gynecologists, oncologists, endocrinologists, morphologists, which is primarily due to the risk of developing endometrial cancer against their background. The increase in the incidence, according to various authors, is observed in the age groups from 40 to 49 years and from 50 to 59 years, although it is often found at the age of 35 years and can be a cause of infertility. Endometrial polyps (PE) occupy the first place among intrauterine pathology in elderly patients (39.2–69.3%). In most cases, they are a diagnostic finding during ultrasound examination of the pelvic organs and are asymptomatic, but at the same time they predominate among the causes of uterine bleeding in postmenopause. PE is known to be a common finding with a frequency of 16 to 54% in postmenopausal women with bleeding. The results of numerous studies give reason to consider this pathology as a special and heterogeneous group in patho- and morphogenetic terms. Endometrial polyps arise from monoclonal growths of genetically damaged endometrial stromal cells, with secondary involvement of polyclonal benign glands through stromal-epithelial relationships that have not yet been fully studied. The modern theory of PE pathogenesis is based on the mechanisms of estrogenic stimulation of the endometrium. The main regulatory hormones in the endometrium are estrogen and progesterone, which can act directly by interacting with the corresponding receptors, or indirectly through growth factors and their regulators.

There are known stimulators and blockers of these processes, which are integral and complexly coordinated in different phases of the menstrual cycle with the participation of autocrine and paracrine mechanisms. One of the proofs of the theory of estrogenic stimulation is the fact that girls do not have PE before menarche, others – the detection of sex hormone receptors in them, as well as a clearly established relationship between the use of drugs that affect steroid receptors (tamoxifen, hormone replacement therapy) and the frequency of detection of PE. Studies of polyps in patients of reproductive age have shown that, in contrast to the glandular component of polyps, the stromal component contains less progesterone (PR) than estrogen (ER). It is believed that this makes the polyps insensitive to cyclic hormonal changes and prevents the decidualization of the polyp stroma with subsequent menstrual rejection. Unlike benign endometrial tumors, cervical polyps always have a long leg, which is due to the features of the location in an elongated narrow “tunnel” of the cervical canal. When using color Doppler mapping, there is vascularization of the polyp tissue, but more often vessels are detected in the pedicle, which does not significantly affect the overall vascularization of the neck.

**Conclusions.** The most optimal period for simultaneous visualization of endometrial and cervical canal polyps in patients of reproductive age during routine transvaginal echography is the end of the proliferative phase of the menstrual cycle.

**Key words:** endometrial polyps, ultrasound diagnostics, reproductive age, postmenopausal age.

Рецензент – проф. Тарасенко К. В.

Стаття надійшла 08.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-36-42

УДК 616-001.4-036.12-039.22-002.2-089.844

<sup>1</sup>Касрашвілі Г. Г., <sup>2</sup>Ксьонз І. В., <sup>1</sup>Гюльмамедов П. Ф., <sup>1</sup>Андрєєв П. О., <sup>1</sup>Колеснік Г. І.

### СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ РАН

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет (м. Лиман)

<sup>2</sup>Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

Giga03@i.ua

ivksonz@ukr.net

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дослідження проводилося в рамках науково-дослідної роботи кафедри хірургії № 3 «Розробка науково обґрунтованих принципів стратифікації, моніторингу і прогнозування перебігу хірургічних захворювань та травм», № державної реєстрації 0120U101176.

**Вступ.** Лікування хронічних ран є значущою проблемою в повсякденній практиці хірурга. Незважаючи на багаторічний досвід, лікування таких ран є трудомістким та дорогим. Майже кожен випадок потребує міждисциплінарного підходу для отримання позитивних результатів. Хронічні рани називають «мовчазною епідемією», від якою страждають 1-2% населення в розвинених країнах світу [1]. З огляду на тенденцію збільшення тривалості життя людини, ці цифри будуть обов'язково збільшуватися, так як з віком здатність ран до загоєння погіршується. Їх наявність негативно впливає на здоров'я і якість життя пацієнтів: викликаючи біль, втрату функції, рухливості, депресію, дистрес і занепокоєння. Наявні дані свідчать про те, що дана патологія накладає значний фінансовий тягар на людину, систему охорони здоров'я і суспільство в цілому [2].

Термін «хронічна рана» був вперше використаний в літературі в 1950-х роках, для позначення ран, які складно піддавались лікуванню, або не слідували нормальному процесу загоєння. Проте, термін зустрів критику за його невизначеність, що до тривалості хронічного процесу. Були запропоновані альтернативні визначення: важко виліковні рани, трофічні виразки, складні рани. Навіть сьогодні думки авторів розходяться. Одні вважають, що «хронічна рана», це рана у якої відсутні ознаки зменшення її розміру на 20-40% після 2-4 тижнів оптимального лікування, або коли нема повного загоєння через

6 тижнів [3,4]. На думку інших авторів «хронічною» можна назвати рану, яка не пройшла через упорядковану та своєчасну репарацію для створення анатомічної та функціональної цілісності на протязі 3 місяців [5].

**Мета роботи.** Вивчити та проаналізувати за даними літературних джерел сучасні методи лікування хронічних ран.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для пошуку інформації були використані методи системного і порівняльного аналізу та бібліосемантичний метод вивчення сучасного погляду на лікування хронічних ран. Опрацьовані наукові джерела в наступних базах даних: Web of Science, Scopus, Pub Med, Google Scholar, eLIBRARY.ru за період з 2015 по 2020 рр. Були застосовані такі ключові слова, як «хронічні рани», «очистка ранового ложа», «сучасний перев'язувальний матеріал», «колаген», «фактори росту», «стромальна судинна фракція», «PRP терапія», «вакуумні технології». Результат пошуку – 250 джерел, з яких 135 відповідали умовам запиту.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Існує багато факторів, що впливають на процес загоєння ран: похилий вік пацієнта, неправильне харчування, ожиріння, наявність супутньої патології (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, захворювання нирок, імунodefіцитні стани і т. ін.); іонізуюче випромінювання, вплив навколишнього середовища [6].

До локальних причин можна віднести: порушення притоку артеріальної крові, порушення венозного відтоку, повторні травми, інфекції, локальне порушення іннервації та мікроциркуляції, наявність в рані чужорідних тіл, протезів. Існують і рідкісні чинники, які можуть вплинути на процес загоєння рани: порушення синтезу колагена, порушення системи гемостазу, тромбоцитопенія, авітаміноз, дефіцит мі-