

Здоровье женщины

ISSN 1992-5921



№5 (131) '2018

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ:
ВНУТРИМАТОЧНАЯ ЖИДКОСТЬ
У ЖЕНЩИН
В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ
ПЕРИОД: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ
VS ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ
ПРИЗНАК 9

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ
И ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ 15

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТИРЕОЗ:
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ 48

ДЕСМОИДНАЯ ОПУХОЛЬ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
У ЖЕНЩИНЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ) 116

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ШЕЙКИ
МАТКИ 124



- Знижує тонус міометрія⁴
- Поліпшує плацентарний кровотік⁴
- Профілактика вкорочення шийки матки⁴
- Забезпечує нейропротекторний ефект⁴

СУЧАСНІ ФОРМИ МІКРОНІЗОВАНОГО НАТУРАЛЬНОГО ПРОГЕСТЕРОНУ

ШВИДКА ТА МАКСИМАЛЬНА БІОДУСТУПНІСТЬ
ЗА БУДЬ-ЯКОГО СПОСОБУ ЗАСТОСУВАННЯ¹



Єдина зареєстрована вагінальна форма
прогестерону до 36-го тижня вагітності^{2,3}

Сублінгвальна форма — швидка дія¹

Вагінальна форма — довготривала дія до 24-х годин^{1,2}



Виробник: ТОВ «АДАМЕД», Польща.
Публікаційно-фармацевтичний
завод Польфа А.Т., Польща.
Датчик: ТОВ «АДАМЕД», Польща.

● **ТАБЛЕТКИ ВАГІНАЛЬНІ № 30.** Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг; 100 мг і 200 мг в активаторі. Показання: лікування порушень, пов'язаних з дефіцитом прогестерону, порушення менструального циклу, вторинної аменореї, ановуляторних циклів, перименопаузальних синдромів, дисфункціональних маткових кровотеч, ендометриоз матки. Безпечна заміна в зародковій тканині, надійність позитивної фази передменопаузального періоду, а також у гормональній заміні терапії в періодах шуканого запліднення. Побічні реакції: під час застосування вагінальних таблеток Лютеїна ще містить прогестерон ідентичний ендogenous гормону, побічні ефекти спостерігалися спорадично. В окремих випадках значимість, порушення концентрації уяви, втрата снагу, депресивні стани, головний біль і запаморочення фізична пому інструції. Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, алергія на молочні залози. Реєстраційне посвідчення № ІС/024460/02, № ІС/024460/02, № ІС/024460/02.

● **ТАБЛЕТКИ СУБЛІНГВАЛЬНІ № 30.** Склад: 1 таблетка містить прогестерону мікронізованого 50 мг. Показання: лікування ендogenous дефіциту прогестерону у формі порушень менструального циклу, вторинної аменореї, ановуляторних циклів, перименопаузального синдрому, дисфункціональних маткових кровотеч, за шуканого запліднення, безпечна заміна в зародковій тканині, надійність позитивної фази передменопаузального періоду, а також у гормональній заміні терапії в періодах шуканого запліднення. Побічні реакції: під час застосування сублінгвальних таблеток Лютеїна ще містить прогестерон ідентичний ендogenous гормону, побічні ефекти спостерігалися спорадично. В окремих випадках значимість, порушення концентрації та інші шкідливі поведінку інструції. Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, період створення грудоз, парорналь або падаєрідженя молочних грудоз або статевих органів, невизначені кровотечі з статевих каналів. Реєстраційне посвідчення № ІС/024460/02.

1. Хомік Н. В. Клинико-фармакологические особенности современных лекарственных форм микронизованного прогестерона, примененных во время беременности // Н. В. Хомік // Здоровье женщины — 2014 — № 4 (98) — С. 29-35. 2. Инструкция для местного застосування препарату Лютеїна, таблетки вагінальні 3. Інформаційно-допоміжний станок на липень 2018. 4. Вольск А. Целесообразность применения препаратов микронизованного прогестерона // А. Вольск // Здоровье Украины. Тематический номер «Гинекология. Акушерство. Репродуктология» — 2018 — № 2 — С. 10-11.



9 771992 592002 >

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ 5 (131)/2018

УЧРЕДИТЕЛИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика (НМАПО)

ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

ГУ «УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ
СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
МЗ УКРАИНЫ»

ЩЕРБИНСКАЯ Е.С.

БАХТИЯРОВА Д.О.

**АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ
И ТЕЛЕФОНЫ РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЕЙ**

Украина, 03039, Киев, а/я 36
Тел.: +38(044) 220-15-41, 220-15-43, 498-08-80,
+38(067) 233-75-91
E-mail: office@zdr.kiev.ua

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: 74598

По вопросам подписки или приобретения обращаться
в почтовые отделения связи, в редакцию или на сайт:
www.medexpert.org.ua

Тираж – 5500 экз.

Периодичность издания – 10 номеров в год.
Журнал зарегистрирован в Государственном
комитете информационной политики, телевидения и
радиовещания Украины. Свидетельство о регистрации
КВ №20930-10730ПР от 29.08.2014 г.

*Приказом МОН Украины № 241 от 09.03.2016
журнал «Здоровье женщины» включен в перечень
специализированных научных изданий Украины
в области медицинских наук. В издании могут
быть опубликованы основные результаты
диссертационных работ.*

*Журнал «Здоровье женщины» реферировался
Институтом проблем регистрации информации
НАН Украины*

*Журнал «Здоровье женщины» включен
в международные наукометрические базы,
а также в реферативную базу данных «Україніка наукова»*

РЕКОМЕНДОВАНО

Ученым советом Национальной медицинской академии
последипломного образования
им. П.Л. Шупика. Протокол № 6 от 13.06.2018 г.

Подписано к печати 27.06.2018 г.

Статьи, публикуемые в журнале
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ», – рецензированы.
Ответственность за достоверность фактов
и прочих сведений в публикациях несут авторы.
Ответственность за содержание рекламы, а также за
соответствие приводимых в рекламе сведений требованиям
законодательства несут рекламодатели.
Редакция и издатели не несут ответственности
за достоверность информации, опубликованной
в рекламных материалах.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов
публикации.

Перепечатка материалов только с письменного разрешения
редакции. При перепечатке ссылка на журнал
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ» обязательна.

Фотовывод и печать

Типография «Аврора-принт»,
г. Киев, ул. Радистов, 64, тел. (044) 550-52-44

© Министерство здравоохранения Украины, 2018
© Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика, 2018
© ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии
НАМН Украины», 2018
© Щербинская Е.С., 2018
© Бахтиярова Д.О., 2018

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика МЗ УКРАИНЫ

ГУ «УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
МЗ УКРАИНЫ»

**ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ
ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ
HEALTH OF WOMAN**

Всеукраинский научно-практический журнал

ИЗДАЕТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ
МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ,
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УКРАИНЫ,
АССОЦИАЦИИ ПЕРИНАТОЛОГОВ УКРАИНЫ,
УКРАИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕКСОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Ю. Г. Антипкин,
академик НАМН Украины, д-р мед. наук,
профессор, директор ГУ «Институт ПАГ
НАМН Украины»

ГЛАВНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Ю. П. Вдовиченко,
член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор,
Первый проректор НМАПО
им. П.Л. Шупика,
зав. кафедрой акушерства, гинекологии
и перинатологии №1 НМАПО, Президент
Ассоциации перинатологов Украины

Р. А. Моисеенко,
д-р мед. наук, профессор, проректор
по научно-педагогической и лечебной
работе НМАПО им. Шупика

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Д. О. Бахтиярова
Е. С. Щербинская,
канд. мед. наук

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА РЕЦЕНЗЕНТОВ

Н. Г. Гойда, д-р мед. наук, профессор
О. В. Грищенко, д-р мед. наук, профессор
С. И. Жук, д-р мед. наук, профессор
А. Г. Корнацкая, д-р мед. наук, профессор
В. И. Медведь, член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор
В. И. Пирогова, д-р мед. наук, профессор

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Б. М. Венцовский, член-корр. НАМН
Украины, д-р мед. наук, профессор
И. И. Горпинченко, д-р мед. наук,
профессор – консультант рубрики
«Женская сексология»
В. В. Подольский, д-р мед. наук, профессор

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

А. Е. Дубчак, д-р мед. наук, профессор

ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ

И. Н. Лукавенко

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

А. А. Попильнюк

РЕКЛАМА

Е. О. Панова

ЛИТЕРАТУРНЫЙ РЕДАКТОР

Н. К. Багдасарян

КОРРЕКТОР

Л. В. Тищенко

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

С. О. Обедникова

Председатель

редакционной коллегии
В. В. Каминский

Редакционная коллегия

Т. В. Авраменко
В. А. Бенюк
В. В. Бережной
О. А. Берестовой
В. И. Бойко
Р. Г. Ботчоришвили (Франция)
Г. И. Брехман (Израиль)
Б. М. Венцовский
И. Б. Венцовская
И. Б. Вовк
Ю. В. Вороненко
В. А. Владимиров
Н. И. Геньк
И. З. Гладчук
Е. П. Гнатко
О. В. Горбунова
З. М. Дубоссарская
Т. Д. Задорожная
В. Н. Запорожан
С. О. Иванюта
Т. В. Лещева
И. С. Лукьянова
Л. Г. Назаренко
Л. И. Омельченко
С. П. Писарева
В. А. Потапов
А. Г. Резников
Т. Г. Романенко
Н. Н. Рожковская
А. Я. Сенчук
А. И. Соловьев
А. А. Суханова
Т. Ф. Татарчук
Р. А. Ткаченко
В. А. Товстановская
Л. Е. Туманова
А. Г. Цыпкун
Л. И. Чернышова
И. И. Хаща
З. А. Шкиряк-Нижник
Е. Е. Шунько
Н. А. Щербина
А. М. Юзько
С. Н. Янюта
Н. Е. Яроцкий

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Внутрішньоматкова рідина у жінок у постменопаузальний період: доброякісна vs злоякісна ознака
В.О. Бенюк, А.В. Кузьміна, Т.В. Ковалюк 9

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

Репродуктивне здоров'я і дисфункція щитоподібної залози
С.О. Шурпяк, В.І. Пирогова, М.Й. Малачинська,
В.В. Герасименко 15

Важливість діагностики TORCH-інфекцій перед проведенням програм допоміжних репродуктивних технологій
В.В. Камінський, М.Н. Шалько, І.В. Малишева,
В.В. Чайка, О.О. Сорокіна 20

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Аэробный вагинит: терминологические новости и выбор эмпирической терапии
И.В. Кузнецова, Е.В. Ших 23

Індивідуалізована тактика лікування хворих на саркому матки з урахуванням молекулярно-біологічних особливостей пухлини
В.С. Сухін 26

Ефективність прегравідарної підготовки у жінок групи високого інфекційного ризику
Т.Г. Романенко, О.М. Суліменко 31

Динаміка гормональних показників у пацієнок з клімактеричним синдромом на тлі цукрового діабету 2-го типу під впливом комплексної терапії із застосуванням антигомотоксикологічних препаратів
М.О. Павловська 36

Клінічна ефективність корекції стану мікробіоти піхви у жінок з порушеннями репродуктивного здоров'я і післяпологовими ускладненнями в анамнезі
В.І. Пирогова, Ю.Р. Фейта, С.О. Шурпяк 40

Результативність контрольованої стимуляції овуляції у жінок зі зниженим оваріальним резервом
Т.А. Продан, Н.О. Данкович, О.М. Бабенко 45

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Субклинический гипертиреоз: диагностические критерии и принципы лечения. Обзор руководства Европейской тиреодной ассоциации 2015 года «Diagnosis and Treatment of endogenous subclinical hyperthyroidism»
В.В. Галицкая 48

Журнал «Здоровье женщины» индексируется и/или представлен здесь:

- «Библиометрика украинской науки»
- «Научная периодика Украины» (Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статьям журнала присваивается цифровой идентификатор объекта (DOI))
- INFOBASEINDEX
- ReaserchBib
- SIS
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI)
- Open Academic Journals Index (OAJI)
- Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
- International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF)
- Hinari



Внутрішньоматкова рідина у жінок у постменопаузальний період: доброякісна vs злоякісна ознака

В.О. Бенюк, А.В. Кузьміна, Т.В. Ковалюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті представлені дані щодо походження внутрішньоматкової рідини у порожнині матки у жінок у постменопаузальний період. Висвітлені головні фактори, за даними літератури, які впливають на появу внутрішньоматкової рідини. Описані частота виявлення цієї патології, основні скарги пацієнток, оцінювання стану ендометрія. Наведені дані, що свідчать про доброякісний чи злоякісний перебіг процесу за наявності внутрішньоматкової рідини у порожнині матки у жінок у постменопаузальний період.

Ключові слова: *постменопаузальний період, внутрішньоматкова рідина (серозометра), патологічні процеси ендометрія.*

Останнім часом загальною тенденцією у всьому світі є неухильне зростання частки населення старших вікових груп. Цей процес отримав назву демографічного старіння населення. За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я та документів ООН, до літнього належить населення у віці від 60 до 74 років, до старого – від 75 до 89 років і до довгожителів – після 90 років. За сучасними прогнозами, до 2030 року кожна п'ята людина у світі буде віком понад 65 років [13]. Тобто, за цими даними, до цього часу в світі кількість жінок у постменопаузі досягне 1,2 млрд.

Так, за даними Державної служби статистики, середня тривалість життя жінок в Україні становить 75,5 року, при цьому вік настання менопаузи залишається у середньому 49–50 років. Отже, майже третину життя жінка перебуває у клімактеричному або постменопаузальному періоді.

Клімактерій – це перехідний період від віку статевої зрілості до літнього віку. Клімактерій у жінок проявляється порушенням періодичності менструального циклу до повного його припинення, що свідчить про настання нового періоду у житті жінки – менопаузи. Період клімактерію настає зазвичай у віці 45–54 роки, частіше – близько 47 років, і триває у середньому 15–18 міс. Визначають передчасне настання періоду клімактерію (до 40 років) – ранній клімактерій та пізній клімактерій (після 55 років). Ранній клімактерій зазвичай зумовлений первинною недостатністю яєчників (пізніше, у 17–18 років, настання першої менструації), важкими умовами життя, відіграють роль також перенесені інфекційні захворювання, потрясіння, конституційна і спадкова схильність. Пізній клімактерій зазвичай виникає у жінок, у яких внаслідок тих чи інших причин є застійні явища у малому тазі, а також за наявності лейоміом матки. В одних менструації припиняються відразу, в інших – поступово; нерідко у клімактеричний період можуть спостерігатися маткові кровотечі, які пов'язані з порушенням функції яєчників та утворенням в них жовтого тіла [5, 9].

Тому в останні роки з'явився значний інтерес до проблем постменопаузального періоду у зв'язку з тенденцією до старіння населення, несприятливою екологічною ситуацією, збільшенням частоти хронічних соматичних захворювань і зниженням імунітету, що призводить до збільшення кількості жінок із захворюваннями жіночої статевої системи [4, 11, 41, 58].

У структурі гінекологічних захворювань постменопаузального періоду патологічні процеси ендометрія посідають провідне місце. Схильність цих процесів до відсутності специфічних, патогномонічних симптомів та тривалого, рецидивного перебігу зумовлює певні труднощі у диференціальній діагностиці. Крім того, несвоєчасно проведена діагностика та нераціональне лікування призводять до їхнього прогресування та можливості злоякісного переродження [2].

В Україні, за даними Національного канцер-реєстру, у 2015 році зареєстровано 6383 нові хворі на злоякісне новоутворення тіла матки – захворюваність становила 28,0 на 100 тис. жіночого населення. У структурі онкогінекологічної захворюваності жіночого населення України злоякісне новоутворення тіла матки посідало 3-є місце, а найвищі показники спостерігалися у старшій віковій групі: 55–74 роки (11,5 %), тобто у жінок постменопаузального віку. Більш ніж 10,9 % пацієнток не прожили й 1 року з моменту встановлення діагнозу. Смертність від злоякісного новоутворення тіла матки в Україні становила 6,6 на 100 тис. жіночого населення, що на 2,6% перевищувало стандартизований показник смертності (світовий стандарт) [8].

На сьогодні на першому етапі обстеження жінок виконують стандартне трансвагінальне ультразвукове дослідження (УЗД) та доплерометричне дослідження судин матки, що є основними дослідженнями «першої лінії» під час масових обстежень населення. Це дозволяє візуалізувати патологічні зміни у порожнині матки, і за результатами обстеження пацієнткам проводять втручання для оцінювання характеру виявленого процесу, а також ступеня його поширеності у межах порожнини матки [1].

До переваг ультразвукового метода дослідження можна віднести:

- 1) його високу інформативність;
- 2) неінвазивність;
- 3) можливість використання під час масових обстежень жіночого населення у зв'язку з відносною простотою та швидкістю виконання [4].

Знання вікових особливостей внутрішніх статевих органів має принципове значення для діагностики початкових проявів різних патологічних станів та для адекватної корекції порушень. З цієї метою необхідне детальне вивчення розмірів тіла, шийки матки та яєчників, ехографічної структури міометрія, товщини і ехографічної структури слизової оболонки матки протягом постменопаузального періоду.

Під час фізіологічного перебігу постменопаузального періоду змінюється ехоструктура міометрія. При УЗД візуалізується неоднорідна ехоструктура міометрія за рахунок точкових або лінійних гіперехогенних включень. Дані зміни ультразвукової картини зумовлені процесами інволюції: атрофією диференційованих тканин з подальшою заміною сполучною тканиною [36].

Під час проведення УЗД одним з важливих діагностичних критеріїв є стан середнього маткового М-ехо, особливо передньозаднього розміру (ПЗР), що має найбільшу діагностичну цінність за патологічних станів ендометрія.

У постменопаузальний період візуалізація М-ехо є можливою у 100% випадків у разі проведення трансвагінального дослідження. Особливу увагу при цьому приділяють оцінюванню товщини М-ехо. Практично всі закордонні і деякі вітчизняні автори вважають, що у нормі товщина М-ехо у період постменопаузи не перевищує 5 мм [44].

Але для раннього виявлення патологічних процесів ендометрія слід орієнтуватися не тільки на його товщину. Не менш важливим для оцінювання стану ендометрія є уточнення структурних змін, уривчастість М-ехо, поява ділянок з підвищеною ехогенністю, нечітке зображення, нерівномірна товщина М-ехо у межах припустимих величин [31].

З розвитком діагностичних ультразвукових технологій та втілення доплерографії у діагностичному арсеналі сучасного лікаря-гінеколога з'явилась можливість кількісного оцінювання маткового кровообігу як додаткового діагностичного критерію, що є важливим під час проведення диференціальної діагностики.

Найбільша кількість досліджень присвячена вивченню маткових артерій, оскільки ці судини мають найбільший діаметр порівняно з усіма іншими артеріями малого таза жінки, що зумовило можливість їхньої візуалізації у першу чергу. За даними літератури, маткові артерії вдається візуалізувати у період постменопаузи у 80–100% випадків [15].

У разі розвитку онкологічного процесу спостерігається феномен неоваскуляризації, що проявляється наявністю аномальних судин з великою кількістю анастомозів з низьким судинним опором, тоді як під час доброякісних процесів судини розташовані правильно та мають високий коефіцієнт резистентності [12].

Дослідження індексу резистентності та пульсового індексу дозволило низці авторів довести відсутність м'язової оболонки у стінці судин у разі злоякісних процесів ендометрія [12].

Отже, аналіз сучасної літератури свідчить, що кровопостачання органів судин матки за настання постменопаузи зменшується, судинний опір у маткових, аркуатних, променевих артеріях зростає з кожним роком після припинення менструацій. Відзначається зменшення діастолічного компонента швидкості кривої, що проявляється появою прогресивно заглиблюючої діастолічної виїмки або повною відсутністю діастолічного кровотоку [50].

Тільки активний ехографічний та доплерографічний моніторинг жінок з безсимптомним перебігом постменопаузального періоду у суворій відповідності до вікових ехографічних та доплерографічних нормативів дозволяє здійснювати ранню діагностику і адекватну планову корекцію порушень.

У зв'язку з цим важливим є оцінювання такої УЗ-ознаки, як наявність рідини у порожнині матки – внутрішньоматкової рідини, або серозометри, у жінок у постменопаузальний період [6].

У сучасних медичних колах і досі немає єдиної думки щодо походження внутрішньоматкової рідини у порожнині матки у жінок у постменопаузальний період, тому тривають дослідження з вивчення цього явища та можливих ускладнень, пов'язаних з ним.

Насправді серозометра не є повноцінним діагнозом, а скоріше, є функціональним станом, позаяк рідина в матці може накопичуватися за наявності різних захворювань і бути проявом ускладнення інших хвороб.

Установлено, що причин появи внутрішньоматкової рідини може бути декілька. По-перше, це пов'язано зі стенозом каналу шийки матки [35]. По-друге, серозометру діагностують у разі ендометріальної карциноми [18]. По-третє, внутрішньоматкова рідина може спостерігатися у разі наявності ендометріальної гіперплазії та ендометріальних поліпів у жінок у постменопаузальний період [42]. По-четверте, є дані про те, що поліпи каналу шийки матки можуть бути причиною появи серозометри [44]. Та по-п'яте, у жінок у постменопаузаль-

ний період, що вживають препарати замісної гормональної терапії, можуть виявляти внутрішньоматкову рідину під час проведення УЗД органів малого таза [19].

Найчастіше серозометра розвивається у жінок на початку клімаксу, коли через гормональні перебудови в організмі порушується проникність як судинної стінки, так і клітинних мембран слизової оболонки матки. Регенераторні здатності ендометрія поступово втрачаються за відсутності менструацій, а вишкрібання порожнини тіла матки у цей період може спричинювати розвиток серозометри [49].

Також існують непрямі фактори ризику, що побічно сприяють появі внутрішньоматкової рідини у жінок у постменопаузальний період, – це шкідливі звички жінки (зложивання алкоголем та тютюнопаління), малорухливий спосіб життя, травми та операції на матці, безладне статеве життя, одноманітне харчування без достатньої кількості мікроелементів і вітамінів, особливо жиророзчинних.

Приблизно 10–20% жінок у постменопаузальний період з внутрішньоматковою рідиною мають безсимптомний перебіг до моменту встановлення діагнозу [24]. Але існують декілька симптомів, за якими можна запідозрити серозометру, а саме:

- біль унизу живота різної інтенсивності, зазвичай тупий, ниючого або тягнучого характеру;
- час від часу можуть з'являтися рясні водянисті виділення сіруватої рідини з піхви;
- утруднене сечовипускання, біль під час сечовипускання або прискорене сечовипускання;
- біль під час статевого акту з появою рідких виділень після нього;
- у разі приєднання інфекції і розвитку гнійного запалення у порожнині матки можливе різке підвищення температури тіла до 39–40 градусів, поява симптомів інтоксикації, гострий біль унизу живота.

Також різняться дані щодо частоти виявлення внутрішньоматкової рідини у жінок у постменопаузальний період. Так, N. Seckin та співавтори (1996) під час обстеження жінок з безсимптомним перебігом постменопаузального періоду виявили рідину у порожнині матки в 1% випадків (у 15 з 1500) [53], B. Gull та співавтори (1998) – у 8,9% випадків (у 50 з 559) [32], Bar-Nava та співавтори (1998) – у 14,1% випадків (у 166 з 1175) [16], M. Vuento та співавтори (1999) – у 12,5% випадків (у 134 з 1074) [50], I.B. Климова та співавтори (2002) – у 12,9% випадків (у 20 з 215), O.B. Проскурякова (2002) – у 35,2% випадків (у 318 з 903) [7], Andrew M. Kaunitz (2002) – у 9% випадків (у 50 з 555), але при цьому в його дослідження входили жінки, що вживали препарати замісної гормональної терапії [38], U. Inceboz (2009) – у 3,2% випадків (у 31 з 968) [30].

Зі збільшенням тривалості постменопаузального періоду кількість жінок з виявленою у ході ехографічного дослідження внутрішньоматковою рідиною збільшується [16, 32, 51]. За даними O.B. Проскурякової, серозометра була виявлена у кожній шостій жінки у менопаузі тривалістю до 5 років і у кожній другій – у постменопаузальний період терміном понад 20 років [7].

Згідно з даними низки авторів, скопчення рідини у порожнині матки є першою ехографічною ознакою раку ендометрія або шийки матки [18, 20, 22, 37, 39]. Так, M. Mondion та співавтори (1993) досліджували можливий зв'язок між накопиченням внутрішньоматкової рідини під час пері- і постменопаузального періодів та злоякісними новоутвореннями жіночих статевих органів за допомогою УЗД і виявили, що у 22% пацієнтів був рак ендометрія, у зв'язку з чим вважали цей показник маркером злоякісного процесу. У дослідженнях S. Kupesik та співавторів (1997) серозометра супроводжувала карциному ендометрія у більшості випадків. J.A. Carlson та співавтори (1991) свідчать про підвищення ризику злоякісних процесів у малому тазі у разі виявлення рідини у порожнині матки. J.W. Breckenridge (1982) вважав, що накопи-

чення внутрішньоматкової рідини є маркером патологічних станів ендометрія, у тому числі раку ендометрія. S.W. Yang та співавтори (2014) описали один випадок мультифокальної мікроінвазивної плоскоклітинної карциноми ендометрія у 69-річної жінки у постменопаузальний період з наявною внутрішньоматковою рідиною, вважаючи її проявом злоякісного процесу [43].

Сьогодні поширеною думкою є те, що найбільшу прогностичну цінність має не стільки сам факт наявності рідини у порожнині матки, скільки товщина ендометрія при цьому, що виміряна під час проведення УЗД органів малого таза [24].

Частота внутрішньоматкової патології збільшується відповідно зі збільшенням товщини ендометрія [17, 24, 34]. Вимірювання товщини ендометрія заслуговує на особливу увагу у жінок у постменопаузі, оскільки саме в цей період найбільш часто діагностують злоякісні новоутворення ендометрія. За даними Я.В. Бохмана (2012), пік захворюваності на рак тіла матки припадає на 59 років [3]. А. Кур'як (1997) вважає, що в період менопаузи разом з товщиною ендометрія більше 5 мм, його неоднорідністю та низькорезистентним кровотоком у ньому наявність рідини у порожнині матки є ознакою, що свідчить про раковий процес. Хоча, на його думку, відсутність рідини у порожнині матки не доводить відсутності злоякісного процесу. А. Cursic та співавтори (2009) встановили, що наявність внутрішньоматкової рідини, виявленої за допомогою трансвагінального УЗД, є маркером патологічних змін ендометрія у жінок у період постменопаузи, якщо товщина ендометрія більше 4 мм [57]. В іншому дослідженні В. Seckin (2016) встановив, що за порогове значення потрібно брати товщину ендометрія 3 мм та більше [55].

J. Pardo та співавтори (1994) під час обстеження 20 жінок у постменопаузальний період виявили взаємозв'язок з товщиною ендометрія та наявною патологією. Так, у разі товщини ендометрія менше 4 мм були виявлені доброякісні зміни, а у разі товщини ендометрія більше 4 мм виявлено два випадки його раку [45].

З іншого боку, низка дослідників не знайшли кореляції між товщиною ендометрія і виявленою онкопатологією. Так, Н. Krissi (1998) описує випадок раку ендометрія у безсимптомної жінки у постменопаузальний період з наявною внутрішньоматковою рідиною під час ультразвукової візуалізації атрофічного ендометрія [28]. Y. Zalel та співавтори (1997), обстеживши 9 жінок віком від 61 до 79 років та з періодом менопаузи від 7 до 30 років з серозометрою і середньою товщиною ендометрія від 1 до 3 мм, виявили рак ендометрія і дійшли висновку, що товщина ендометрія не має прогностичного значення при встановленні діагнозу [22]. С. Billingsley та співавтори (2015) під час дослідження 58 жінок з діагностованим раком ендометрія II типу на тлі тонкого ендометрія, товщина якого була менше 5 мм, діагностували внутрішньоматкову рідину у 12,1% обстежених [54].

J. Wang та співавтори (2006) дійшли висновку, що навіть у разі тонкого ендометрія (менше 4 мм) за наявності внутрішньоматкової рідини, а також інших аномалій, виявлених під час УЗД, достовірно не можна виключати рак ендометрія II типу [56].

Adam Bitner (2004) інформує, що у безсимптомних жінок у постменопаузальний період з наявною внутрішньоматковою рідиною тільки з обстеженням ендометрія можливо давати подальше закінчення [23].

Деякі дослідники свідчать, що окрім визначення товщини ендометрія треба звертати увагу на ехогенність самої внутрішньоматкової рідини під час проведення УЗД. Так, Р. Takacs та співавтори (2005) під час проведення ретроспективного дослідження даних 343 жінок постменопаузального віку з наявною внутрішньоматковою рідиною дійшли висновку, що за середньої товщини ендометрія 3 мм і більше та ехогенної внутрішньоматкової рідини потрібно подальше дослідження

проб ендометрія. Якщо середня товщина ендометрія 3 мм або менше та внутрішньоматкова рідина не ехогенна, то подальший відбір проб ендометрія не є необхідним, але рекомендований відбір проб з каналу шийки матки, щоб виключити його злоякісне новоутворення [25].

M.N. Vuento та співавтори (1996) висловили сумнів у тому, що поява внутрішньоматкової рідини пов'язана зі злоякісним процесом у порожнині матки. Так, у своєму когортному проспективному дослідженні, обстеживши 1074 жінок у постменопаузальний період у віці 57–67 років (у середньому – 59 років), виявили внутрішньоматкову рідину у 134 (12,5%) з них. Автори виявили рак ендометрія тільки в одному спостереженні (0,09%) і зробили висновок, що накопичення ендометріальної рідини є досить частою знахідкою під час проведення трансвагінальної сонографії серед безсимптомних жінок у постменопаузальний період, і цей процес може бути багатофакторним, і не завжди її присутність є показником малігнізації. R. Bedner та I. Rzepka-Gorska (1998) описують лише один випадок аденокарциноми ендометрія серед 36 жінок з серозометрою, а у 97,2% спостережень патологічні зміни ендометрія були відсутні за даними патогістологічного дослідження.

K.A. McCarthy та співавтори (1986) виявили внутрішньоматкову рідину у 75% жінок у постменопаузальний період з доброякісною внутрішньоматковою патологією ендометрія [42]. Т. Schmidt та співавтори (2005), обстеживши 74 жінок у постменопаузальний період з серозометрою, діагностували: поліпи – у 23 (31,1%), гіперплазію ендометрія – у 12 (16,2%), атрофію ендометрія – у 35 (47,3%), карциному ендометрія – у 4 (5,4%) хворих [24].

Деякі автори не пов'язують серозометру з патологічними змінами матки та вважають, що скупчення невеликої кількості рідини у порожнині матки, що візуалізується під час сагітального сканування та проведення УЗД у формі анехогенної смужки на тлі атрофічного тонкого ендометрія, є нормою. Також вони вважають, що серозометра є транссудатом рідкої частини крові, що накопичилася у порожнині матки у результаті стенозу каналу шийки матки [4, 14, 24, 34]. S.R. Goldstein та співавтори (1994) під час обстеження 30 жінок постменопаузального віку з тривалістю менопаузи 9–24 роки виявили стеноз каналу шийки матки у всіх жінок з внутрішньоматковою рідиною та нормальним атрофічним ендометрієм. У роботах Т. Schmidt та співавторів (2005) стеноз каналу шийки матки знайдено у 80% жінок з серозометрою у постменопаузальний період.

На думку деяких авторів, стеноз каналу шийки матки підтверджується тим, що періодично відбувається часткове або повне спороження серозометри. Л.Є. Терегулова (1999), спостерігаючи у динаміці протягом від 1 міс до 1 року жінок з внутрішньоматковою рідиною, помітила поступове зменшення об'єму рідини у порожнині матки та зазначила, що за нормальної ехоструктури постменопаузального ендометрія необхідно утриматися від діагностичного вишкрібання стінок порожнини матки [10]. А. Fleischer, А. Kurjak, S. Granberg (1997) спостерігали більше 1 року 50 жінок у постменопаузальний період, у яких під час трансвагінальної ехографії була виявлена серозометра. При повторному обстеженні, проведеному через рік, у цих жінок будь-якої патології матки не знайдено [33].

У дослідженні В. Gull, В. Karlsson, М. Wikland, I. Milsom, S. Granberg (1998) при однорічному спостереженні 22 жінок з внутрішньоматковою рідиною у постменопаузальний період та товщиною ендометрія менше 8 мм було виявлено: через 1 рік – зменшення об'єму рідини в 11 пацієнток та відсутність рідини у порожнині матки – у решти 11 жінок [32]. Проте M.N. Vuento та співавтори (1996), обстеживши 134 жінок з внутрішньоматковою рідиною, діагностували у 12 (9%) стеноз каналу шийки матки та зробили висновок, що стеноз каналу шийки матки не є етіологічним фактором серозометри [29].

У своєму дослідженні Elizabeth Poynor (2008), обстеживши 1000 жінок у постменопаузальний період, що не мали жодних скарг, виявила внутрішньоматкову рідину у 134 (12%) пацієнток, з них 12 – мали стеноз каналу шийки матки. В інших вдалося отримати ендометрій для патогістологічного дослідження, за результатами якого виявлено один випадок злоякісного новоутворення ендометрія, а другий випадок діагностовано через два роки після дослідження у пацієнтки, якій не була проведена біопсія. У результаті зроблено припущення, що у жінок зі стенозом каналу шийки матки може бути кров усередині порожнини матки, а тому у них немає маткової кровотечі – однієї з основних ознак злоякісного новоутворення ендометрія. Тому дуже важливо під час проведення УЗД звертати увагу на ехогенність внутрішньоматкової рідини. Також за наявності серозометри потрібно виключити патологію шийки матки та яєчників, тому що рак шийки матки та яєчників, а також маткових труб асоціюється з внутрішньоматковою рідиною [47].

P.V. Hurst та співавтори (2013) висловили сумнів щодо доброякісного перебігу у разі наявності стенозу каналу шийки матки та серозометри, описавши випадок виявленої ендометріальної сквамозної метаплазії у безсимптомної пацієнтки у постменопаузальний період [26].

M. Wojcieszyn та співавтори (2000), виявивши серозометру при двосторонньому пухлинному ураженні маткових труб у жінки у постменопаузальний період, дійшли висновку, що скупчення рідини у порожнині матки є першою ознакою раку маткової труби [48].

У практичних рекомендаціях товариства акушерів-гінекологів Канади (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), 2010, зазначено, що жінки, які мають потовщення ендометрія та інші позитивні ознаки за даними УЗД, такі, як підвищення васкуляризації, неоднорідність ендометрія, наявність внутрішньоматкової рідини або потовщення ендометрія понад 11 мм, потребують подальшого обстеження (II–1A). При цьому рішення про подальші дослідження слід приймати у кожній конкретній ситуації індивідуально та зважати на фактори ризику раку ендометрія, такі, як ожиріння, гіпертензія і пізня менопауза (II–1B) [46].

M. Kenneth та співавтори (2001) звертають увагу на обсяги накопиченої рідини. Автори вважають, що невелике накопичення рідини всередині матки у період постменопаузи може бути нормою, але великий обсяг накопиченої серозної

рідини є патологією та вимагає ретельного огляду всього генітального тракту, включаючи тіло матки, шийку матки, маткові труби та яєчники, для виключення онкопатології органів малого таза [36]. Keun Jaí Yoo та співавтори (1994) також зазначають, що залежно від обсягу серозометри залежить наявна патологія. Так, $1,76 \pm 1,35$ мл обсягу внутрішньоматкової рідини частіше діагностують у разі наявності гіперплазії ендометрія або лейоміоми матки, $2,33 \pm 1,16$ мл обсягу внутрішньоматкової рідини – у разі раку ендометрія, $8,00 \pm 0,00$ мл обсягу внутрішньоматкової рідини – у разі раку шийки матки та 1000 мл – у разі доброякісної пухлини яєчників [21].

Також багато дослідників пов'язують появу внутрішньоматкової рідини у жінок у постменопаузальний період із використанням замісної гормональної терапії. Так, багато дослідників, вивчаючи стан порожнини матки у жінок, які вживають тамоксифен, ралоксифен, відзначають наявність стромального набряку і пов'язують з ним появу внутрішньоматкової рідини [19, 40, 52]. Le Bouëdec G. та співавтори (1994) виявили серозометру у 49,3% жінок, що вживали тамоксифен, і тільки у 6,6% жінок у постменопаузальний період, які не використовували супресивної гормональної терапії через рак грудної залози. Різниця була статистично значуща ($p < 0,01$). Крім того, середня товщина ендометрія була оцінена у 12 мм (діапазон: 3–60) у першій групі порівняно з 6 мм (діапазон: 2–40) у другій групі ($p < 0,001$). Вочевидь, поява внутрішньоматкової рідини стала відображенням парадоксальної дії тамоксифену на слизову оболонку матки [40].

Також Andrew M. Kaunitz та співавтори (2002) під час обстеження 500 безсимптомних жінок у постменопаузальний період, що використовували замісну гормональну терапію, виявили серозометру у 55 (9%) жінок. Автори дійшли висновку, що наявність внутрішньоматкової рідини не була пов'язана зі злоякісною пухлиною. Поширеність серозометри у цих жінок також зростала зі збільшенням менопаузального періоду [38]. T. Kalampokas та співавтори (2013), спостерігаючи 45 жінок постменопаузального віку з онкопатологією грудної залози, які довготривало вживали тамоксифен (6–48 міс), виявляли серозометру у цих жінок під час проведення ультразвукографії, пов'язуючи її появу з вживанням препарату [27].

Отже, у медичних колах й досі не визначена основна причина виникнення серозометри та не впроваджена єдина тактика ведення жінок постменопаузального віку з наявністю внутрішньоматкової рідини.

Внутриматочная жидкость у женщин в постменопаузальный период: доброкачественный vs злокачественный признак

В.А. Бенюк, А.В. Кузьмина, Т.В. Ковалюк

В статье представлены данные о происхождении внутриматочной жидкости в полости матки у женщин в постменопаузальный период. Освещены главные факторы, по данным литературы, которые влияют на появление внутриматочной жидкости. Описаны частота выявления этой патологии, основные жалобы пациенток, оценка состояния эндометрия. Приведенные данные свидетельствуют о доброкачественном или злокачественном течении процесса при наличии внутриматочной жидкости в полости матки у женщин в постменопаузальный период.

Ключевые слова: *постменопаузальный период, внутриматочная жидкость (серозометра), патологические процессы эндометрия.*

Intrauterine fluid in postmenopausal women: benign vs malignant symptom

V.O. Benyuk, A.V. Kuzmina, T.V. Kovalyuk

The article presents data on the origin of intrauterine fluid in the uterine cavity in women in the postmenopausal period. The main factors, according to the literature, that affect the appearance of intrauterine fluid are highlighted. The described frequency of detection of this pathology, the main complaints of patients, assessment of the state of the endometrium. These data indicate a benign or malignant course of the process in the presence of intrauterine fluid in the uterine cavity in women in the postmenopausal period.

Key words: *postmenopausal period, intrauterine fluid (serosometer), pathological endometrium processes.*

Сведения об авторах

Бенюк Василий Алексеевич – Кафедра акушерства и гинекологии №3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7. E-mail: benyuk@i.ua

Кузьмина Анна Владимировна – Кафедра акушерства и гинекологии №3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7

Ковалюк Татьяна Владимировна – Кафедра акушерства и гинекологии №3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы в акушерстве и гинекологии: справочник врача [В.А. Беньюк, Е.А. Дындарь, И.Б. Венцовская и др.] — К.: Доктор-медиа, 2011. — 472 с.
2. Беньюк В.А. Внутриматочная патология / В.А. Беньюк. — К.: Библиотека «Здоровье Украины», 2013. — 203 с.
3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. — Москва: Книга по Требованию, 2012. — 464 с.
4. Демидов В.Н. Эхография органов малого таза у женщин. Патология полости матки и эндометрия. ВМК: Практическое пособие / В.Н. Демидов, А.И. Гус. — М.: РАМН, 2001. — № 3. — С. 138.
5. Менопауза: доклад Научной группы ВОЗ [Электронный ресурс] // Медицина. — 1984. — Режим доступа к ресурсу: <http://www.who.int/iris/handle/10665/91051>
6. Мерц Э. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: в 2 т. — Т. 2 Гинекология / Эберхард Мерц. — М.: Медпресс, 2011. — 360 с.
7. Проскуракова О.В. Прогностическое значение внутриматочной жидкости в постменопаузальном периоде / О.В. Проскуракова // Эхография. — 2002. — Т. 3, № 1. — С. 89–93.
8. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 18 [Електронний ресурс]. — Київ, 2017. — Режим доступу до ресурсу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_18/index.htm
9. Савельева Г. Період постменопаузи: клімактерическіє розлади, змієнення в матці і яєчниках / Г. Савельєва, В. Бреусенко, Ю. Голова // Врач. — 2002. — № 8. — С. 3–6.
10. Терегулова Л.Е. Значение трансвагинальной эхографии и доплерографии в диагностике патологии эндометрия в постменопаузальном периоде: Дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Терегулова Л.Е. — Казань, 1999. — 108 с.
11. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки: теория и практика: Руководство / О.К. Хмельницкий. — СПб.: Сотис, 2000. — 333 с.
12. Федорова Е.В. Возможности трансвагинальной эхографии, цветового доплеровского картирования и доплерометрии в диагностике гиперпластических процессов эндометрия и оценке эффективности проводимого лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Федорова Е.В. — М., 2000.
13. Ярыгина В.Н. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 томах. — Т. 2. Введение в клиническую гериатрию / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 784 с.
14. Ambulatory hysteroscopy in evaluation of postmenopausal bleeding / [F. Wieser, K. Albrecht, C. Kurz et al.]. // Wien Klin. Wochenschr. — 1999. — № 3 (7). — P. 289–293.
15. An ultrasound algorithm for identification of endometrial cancer / [M. Dueholm, C. Møller, S. Rydberg та ін.]. // Ultrasound Obstet Gynecol.. — 2014. — № 43. — P. 557–568.
16. Asymptomatic postmenopausal intrauterine fluid accumulation: characterization and significance / [I. Bar-Hava, R. Orvieto, A. Ferber et al.]. // Climacteric. — 1998. — № 1 (4). — P. 279–83.
17. Bedner R. Diagnostic value of uterine cavity fluid collection in the detection of pre-neoplastic lesions and endometrial carcinoma in the asymptomatic postmenopausal women / R. Bedner, I. Rzepka-Gorska // Gynecol. Pol. — 1998. — № 69 (5). — P. 237–40.
18. Breckenridge J.W. Postmenopausal uterine fluid collection: indicator of carcinoma / [J.W. Breckenridge, A.B. Kurtz, W.G. Ritchie et al.]. // Am J Roentgenol. — 1982. — V. 139 (3). — P. 529–534.
19. Bronstein J. Diagnostic pitfalls of ultrasonographic uterine screening in women treated with tamoxifen / J. Bronstein, R. Auslender, B. Pascal. // J. Reprod. Med.. — 1994. — № 39. — P. 674–678.
20. Carlson J.A. Clinical and pathologic correlation of endometrial cavity fluid detected by ultrasound in the postmenopausal patient / J.A. Carlson, P. Arger, S. Thompson. // Obstet. Gynecol.. — 1991. — № 77. — P. 119–123.
21. Clinical Significance of Endometrial Cavity Fluid Detected by Ultrasonography in Patients with Gynecologic Neoplasm / [K.J. Yoo, S.N. Kim, I.J. Cho et al.]. // Journal of the Korean Cancer Association. — 1994. — № 26. — P. 460–466.
22. Clinical significance of endometrial fluid collections in asymptomatic postmenopausal women / [Y. Zalel, R. Tepper, I. Cohen et al.]. // J. Ultrasound Med. — 1997. — № 16 (3). — P. 208.
23. Clinical significance of fluid collection in the endometrial cavity in postmenopausal women / [A. Bitner, E. Wlazlak, G. Surkont et al.]. // Prz Menopauz. — 2004. — № 2. — P. 68–72.
24. Differential indication for histological evaluation of endometrial fluid in postmenopause / [T. Schmidt, F. Nawroth, M. Breidenbach et al.]. // Maturitas. — 2005. — № 50 (3). — P. 177–81.
25. Echogenic endometrial fluid collection in postmenopausal women is a significant risk factor for disease / [P. Takacs, T. De Santis, M. Nicholas et al.]. // J Ultrasound Med. — 2005. — № 24 (11). — P. 1477–81.
26. Echogenic Uterine Fluid Collection as an Unusual Presentation of Endometrial Squamous Metaplasia / [P.V. Hurst, M.J. Nicosia, I. Datkhaeva et al.]. // Journal of Gynecologic Surgery. — 2013. — № 29 (3). — P. 148–150.
27. Effect of tamoxifen on postmenopausal endometrium / [T. Kalampokas, C. Sofoudis, C. Anastasopoulos et al.]. // Eur J Gynaecol Oncol. — 2013. — № 34 (4). — P. 325–8.
28. Endometrial carcinoma in a postmenopausal women with atrophic endometrium and intra-cavity fluid: a case report / [H. Krissi, I. Bar-Hava, R. Orvieto et al.]. // J. Obstet Gynecol Reprod. Biol.. — 1998. — № 77 (2). — P. 245–7.
29. Endometrial fluid accumulation in asymptomatic postmenopausal women / [M.H. Vuento, J.P. Pirhonen, J.L. Makinen et al.]. // Ultrasound Obstet. Gynecol.. — 1996. — № 8 (1). — P. 37–41.
30. Endometrial fluid in postmenopausal women / U. Inceboz, Y. Uyar, Y. Baytur, A. Kandiloglu. // Int J Gynaecol Obstet.. — 2009. — № 107. — P. 154–5.
31. Evaluation of different transvaginal sonographic diagnostic parameters in women with postmenopausal bleeding / G. Weber, E. Merz, F. Bahlmann, B. Rosch. // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 1998. — № 12. — P. 285–270.
32. Factors influencing the presence of uterine cavity fluid in a random sample of asymptomatic postmenopausal women / [B. Gull, B. Karlsson, M. Wikland et al.]. // Ac. Obstet Gynecol Scand.. — 1998. — № 77 (7). — P. 751.
33. Fleischer A. C. Transvaginal sonography of endometrial cancer // Ultrasound and the Endometrium // Ed. A.C. Fleischer, A. Kurjak, S. Granberg. — NY: L.p. The Parthenon Publishing Group, 1997. — P. 69–74.
34. Goldstein S.R. Postmenopausal endometrial fluid collections revisited: look at the doughnut rather than the hole / S.R. Goldstein. // Obstet. Gynecol. — 1994. — № 83 (5 pt 1). — P. 738–40.
35. Goldstein S.R. The presence of endometrial fluid in asymptomatic postmenopausal women is associated with clinically relevant cervical stenosis / S.R. Goldstein. // J Ultrasound Med. — 1997. — V. 16 (3). — P. 208.
36. Imaging the Endometrium: Disease and Normal Variants / M. Kenneth, Nalaboff, J. Pellerito, E. Ben-Levi. // RadioGraphics. — 2001. — № 3. — P. 85–89.
37. Intrauterine fluid collections as echographic findings in postmenopause / [M. Mondion, E. Oyarzun, R. Gomez et al.]. // Obstet. Gynecol.. — 1993. — № 58 (6). — P. 461–4.
38. Kaunitz A.M. Endometrial Fluid on Ultrasound of Postmenopausal Woman on HRT [Електронний ресурс] / A.M. Kaunitz // Medscape. — 2002. — Режим доступу до ресурсу: <https://www.medscape.com/viewarticle/442863>.
39. Kupesc S. Uterine perfusion. The Parthenon Publ. Gr. / S. Kupesc, A. Kurjak // Ultrasound and the Uterus. — 1995. — P. 87–90.
40. Le Bouedec G. Postmenopausal hydrometra. Influence of tamoxifen / G. Le Bouedec, Y. Ptak, H. Ronayette. // Rev. Fr. Gynecol. Obstet. — 1994. — № 89 (12). — P. 597–601.
41. Marsh F.A. A randomised controlled trial comparing outpatient versus daycase endometrial; polypectomy / F.A. Marsh, L.J. Rogerson, S.R. Duffy. // BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol. — 2006. — Vol. 113 (8) — P. 896–901.
42. McCarthy K.A. Postmenopausal endometrial fluid collection: always an indicator of malignancy? / [K.A. McCarthy, D.A. Hall, D.B. Kopans et al.]. // J. Ultrasound Med. — 1986. — V. 5 (11). — P. 647–649.
43. Multifocal microinvasive squamous cell carcinoma with extensive spread of squamous cell carcinoma in situ (CIS) into the uterine corpus, vagina, and left salpinx diagnosed five years after conization of cervical CIS / [S. Yang, W. Kim, S. Cho et al.]. // Eur J Gynaecol Oncol. — 2014. — № 35 (5). — P. 600–3.
44. Naloboff K. Imaging the endometrium: disease and normal variants / K. Naloboff, J. Pellerito, E. Ben-Levi. // Radiographics. — 2001. — № 21 (6). — P. 1409–24.
45. Postmenopausal intrauterine fluid collection: correlation between ultrasound and hysteroscopy / [J. Pardo, B. Kaplan, S. Nitke et al.]. // Ultrasound Obstet Gynecol.. — 1994. — № 4 (3). — P. 224–6.
46. Postmenopausal thick endometrium (query bank) [Електронний ресурс]. — 2016. — Режим доступу до ресурсу: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/postmenopausal-thick-endometrium--query-bank/>
47. Poynor E. Hormone Therapy and Diagnostic Tests: Interpretation is Important [Електронний ресурс] / E. Poynor // General Medical. — 2008. — Режим доступу до ресурсу: <https://womensvoicesforchange.org/hormone-therapy-and-diagnostic-tests-interpretation-is-important.htm>
48. Primary bilateral fallopian tube cancer — case report / [M. Wojcieszyn, K. Blaszczyk, M. Biernat et al.]. // Ultrasound Obstet. Gynecol.. — 2000. — № 16. — P. 98.
49. Rumack C.M. Diagnostic ultrasound. 5th edition / C.M. Rumack, D. Levine, 2017. — P. 528–564.
50. Screening for endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women with conventional and colour Doppler sonography / [M.H. Vuento, J.P. Pirhonen, J.I. Makinen et al.]. // Br. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — № 106 (1). — P. 14–20.
51. The clinical significance of endometrial fluid collection in asymptomatic postmenopausal women / [HO Topcu, U Tasdemir, M İslimye et al.]. // Climacteric. — 2015. — № 18 (5). — P. 733–6.
52. The endometrium in asymptom-

atic breast cancer patients on tamoxifen: value of transvaginal ultrasonography with saline infusion and Doppler flow / [O. Develioglu, M. Omak, T. Bilgin et. al.]. // Gynecol Oncol. – 2004. – № 93 (2). – P. 328–35.

53. The importance of endometrial fluid collection in post menopause / [N.C. Seckin, A.B. Sener, A. Gozen et.

al.]. // Gynecol Obstet Invest. – 1996. – № 41 (4). – P. 244–6.

54. The Use of Transvaginal Ultrasound in Type II Endometrial Cancer / [C.C. Billingsley, K.A. Kenne, C.D. Cansino et. al.]. // Int J Gynecol Cancer. – 2015. – № 25 (5). – P. 858–62.

55. The utility of endometrial thickness measurement in asymptomatic

postmenopausal women with endometrial fluid / [B. Seckin, A.S. Ozgu-Erdinc, M. Dogan et. al.]. // J Obstet Gynaecol. – 2016. – № 36 (2). – P. 230–3.

56. Thin endometrial echo complex on ultrasound does not reliably exclude type 2 endometrial cancers / [J. Wang, C. Wieslander, G. Hansen et. al.]. // Gynecol Oncol. – 2006. – № 101 (1). – P. 120–5.

57. Ultrasound detection of endometrial fluid in postmenopausal women / [A. Curcić, S. Durdević, S. Mihaldžić-Tubić et. al.]. // Med Pregl. – 2009. – № 62 (7–8). – P. 337–41.

58. Wamsteker K. Complications of hysteroscopy/ K. Wamsteker. // Gynaecol. Endoscopy. – 2000. – Vol. 9 (1) – P. 17.

Стаття постула в редакцію 13.06.2018

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ (одна або декілька правильних відповідей)

1. Який вік настання періоду раннього клімактерію?

- До 35 років
- До 40 років
- До 45 років
- До 50 років.

2. Який вік настання періоду пізнього клімактерію?

- Після 45 років
- Після 50 років
- Після 55 років.

3. Яке місце посідає злоякісне новоутворення тіла матки у структурі онкогінекологічної захворюваності жіночого населення України?

- 1-е місце
- 2-е місце
- 3-е місце
- 4-е місце.

4. Основні причини появи внутрішньоматкової рідини у жінок постменопаузального віку:

- Стеноз каналу шийки матки
- Ендометріальна карцинома
- Ендометріальна гіперплазія та ендометріальні поліпи
- Поліпи каналу шийки матки
- Використання замісної гормональної терапії
- Усе, перераховане вище.

5. Який відсоток жінок у постменопаузальний період з внутрішньоматковою рідиною мають безсимптомний перебіг до моменту встановлення діагнозу:

- 1–10%
- 10–20%
- 20–30%
- 30–40%
- 40–50%.

6. Зі збільшенням тривалості постменопаузального періоду кількість жінок з виявленою у ході ехографічного дослідження внутрішньоматковою рідиною:

- Збільшується
- Зменшується.

7. За даними літератури, найбільш прогностичну цінність має оцінювання серозометри разом з оцінюванням товщини ендометрія, проведеними під час УЗД:

- Так
- Ні.

8. Яке мінімальне порогове значення, за даними літератури, товщини ендометрія треба брати до уваги для подальшого дослідження стану жінки у постменопаузальний період?

- 3 мм та більше
- 4 мм та більше
- 5 мм та більше.

9. Чи може свідчити підвищена ехогенність внутрішньоматкової рідини про злоякісний процес (за даними літератури)?

- Так
- Ні.

10. У жінок у постменопаузальний період зі стенозом каналу шийки матки та наявною внутрішньоматковою рідиною за даними патогістологічного дослідження завжди спостерігають доброякісний перебіг?

- Так
- Ні
- Не завжди.

11. Про що свідчить обсяг накопиченої внутрішньоматкової рідини?

- Збільшений обсяг – ознака доброякісності процесу
- Збільшений обсяг – ознака злоякісності процесу
- Зменшений обсяг – ознака доброякісності процесу
- Зменшений обсяг – ознака злоякісності процесу.