

трансформации желез, атрофия эпителия, фибропластическая перестройка и ангиоматоз стромы. По направлениям морфогенеза и морфофункциональной активности наиболее разнообразна морфология АМ. Изученные наблюдения АМ были распределены на четыре формы: растущий (пролиферирующий 23,9%; секретирующий 1,5%), стационарный (7,5%), регрессирующий (3,0%), смешанный (59,6%). Смешанный — самая частая морфофункциональная форма АМ. Для нее характерно сосуществование в одном наблюдении ЭГ с различным морфофункциональным состоянием. При этом даже в пределах одного очага можно обнаружить гистологические проявления различных направлений эволюции АМ. Преобладание смешанной формы определяется хроническим волнообразным течением АМ, разновременным возникновением очагов. При АМ экспрессия ароматазы Р-450 варьировала в различных по морфологическому строению и морфофункциональной характеристике ЭГ, ее верифицировали как в очагах АМ с пролиферативными изменениями эпителия желез и клеток цитогенной стромы, так и в кистозно-трансформированных железах. Экспрессия ароматазы Р-450 преобладала в эпителиальном компоненте ЭГ (64,81%), количество ее в строме было меньше (58,82%). Максимум экспрессии энзима был обнаружен в сохранившейся эпителиальной выстилке кистозно-трансформированных желез с признаками очаговой пролиферации (76,52%).

При ЭЯ чаще выявляли кистозный вариант — 64%, реже железисто-кистозный — 36%. При кистозном варианте капсула кист была представлена фиброзной тканью с гемосидерозом, сидерофагами, местами с сохранившейся выстилкой в виде цилиндрического или уплощенного эпителия и очагами цитогенной стромы. Для железисто-кистозного варианта было характерным наличие железисто-стромальных очагов с признаками функциональной активности эндометриального эпителия, пролиферативными и секреторными изменениями в цитогенной строме. Максимум экспрессии ароматазы

Р-450 при ЭЯ определялся в сохранившейся эпителиальной выстилке кистозно-трансформированных желез (68,5%), несколько меньше в эпителии желез (54,2%) и в клетках цитогенной стромы (48,5%) эпителиально-стромальных очагов.

Заключение

Для ЭГЗ с локализацией в толще передней брюшной стенки, пупочной области, тонкой кишке, легких также было характерно сочетание функционально активных прогрессирующих очагов с пролиферативными и/или секреторными изменениями в эпителии желез и клетках цитогенной стромы и регрессирующих очагов с кистозной трансформацией желез, склерозом и редукцией цитогенной стромы. Железистый и стромальный компоненты очагов ЭГЭ характеризовались положительной экспрессией ароматазы Р-450 (57,4% для эпителия желез и 62,3% для цитогенной стромы).

Независимо от варианта ЭЗ и однотипности морфогенеза гистологические и иммуногистохимические особенности варьировали, что отражало характерное для ЭЗ мультицентрическое поражение и разновременное возникновение очагов в пределах одного органа. Проведенное исследование установило наличие патологического синтеза ароматазы Р-450 в различных по морфофункциональной характеристике очагах ЭЗ, что способствует местной гиперэстрогении и приводит, таким образом, к дальнейшему росту ЭГ и прогрессии заболевания. Экспрессия ароматазы Р-450 в сохранившейся эпителиальной выстилке кистозно-трансформированных гетеротопий характеризует ЭЗ как хроническое волнообразно протекающее заболевание дисгормональной природы с возможностью возобновления функциональной активности в регрессирующих очагах. Дальнейшее изучение молекулярных механизмов, имеющих пато- и морфогенетическое значение и способствующих прогрессии этого заболевания открывает перспективы для поиска новых эффективных способов консервативного лечения ЭЗ, что имеет особенно важное значение для пациенток репродуктивного возраста.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА РАЗЛИЧНОЙ ОРГАННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

© В. А. Печеникова

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, кафедра акушерства и гинекологии

Актуальность проблемы

Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) — редкая патология, при которой эндометриоидные

гетеротопии (ЭГ) обнаруживаются за пределами органов половой системы.

Цель исследования

Анализ клинических проявлений ЭГЭ различной органной локализации.

Материал и методы

Изучено 45 наблюдений ЭГЭ, преобладало поражение передней брюшной стенки: послеоперационные рубцы, мягкие ткани, область пупочного кольца — 28 случаев (62,22%), кишечника — 10 случаев (22,22%). К редким локализациям ЭГЭ относились легкие, паравезикальная, параметральная, илеоректальная клетчатки, промежность, паховые лимфатические узлы, лонная кость — по одному наблюдению (по 2,22%).

Результаты

Возраст больных с ЭГЭ передней брюшной стенки 25–77 лет (средний $36,9 \pm 14,31$). У 9 больных ЭГЭ локализовался в рубце после операции кесарева сечения, у одной пациентки 77 лет после экстирпации матки по поводу сочетания аденомиоза с лейомиомой матки. Все пациентки жаловались на периодически появляющиеся боли в области послеоперационного рубца или пупка накануне и во время менструаций, различные по характеру и интенсивности: тупые, ноющие, приступообразные, «дергающие», у некоторых пациенток сопровождалась тошнотой и рвотой. Многие пациентки отмечали во время менструаций появление темно-коричневых (кровянистых) выделений из рубца или пупка. При обильных выделениях интенсивность болей снижалась. Реже больные отмечали появления локального зуда и повышенную влажность кожи в области узлов ЭГЭ. Во всех наблюдениях было характерным периодическое увеличение размеров и болезненности узлов в связи с менструальным циклом. В период усиления болей прощупывались плотные болезненные узелки или кистозные образования величиной от 1 до 5 см. У некоторых пациенток (4–40%) имелся конгломерат узлов, общим диаметром от 5 до 8 см. Как правило, узлы имели плотную консистенцию, реже — тугоэластическую (при кистозной форме заболевания), располагались в толще брюшной стенки на различной глубине и были интимно сращены с окружающими тканями. Пальпация узлов была болезненная, особенно в дни менструаций. При разрезе по Пфаненштилю (70%) узлы ЭГЭ располагались по углам рубца и не имели сращений с брюшиной, а в рубцах после нижнесрединной лапаротомии (30%) — в средней части разреза. Возраст больных с ЭГЭ кишечника от 24 до 63 лет (средний $39,7 \pm 9,69$), у 6 пациенток (60,0%) сочетался с генитальным эндометриозом — яичника (4), аденомиозом (2). Очаги ЭГЭ локализо-

вались в различных отделах кишечника: дистальный отдел тонкой кишки (2), ректо-сигмоидный отдел (2), прямая кишка (2), сигмовидная кишка (2), червеобразный отросток (1). Всех пациенток беспокоили боли в животе спастического или ноющего характера, продолжающиеся несколько дней и временами носящие приступообразный характер. Боли в животе не были связаны с приемом пищи, локализовались в нижних отделах живота, у некоторых больных — в подложечной области, в области пупка, а в части наблюдений были без определенной локализации, носили циклический характер, появлялись за несколько дней до начала менструаций и прекращались с их окончанием или через 1–2 дня. Накануне менструаций они были особенно выражены, во время менструаций наблюдались метеоризм и вздутие живота, рвота и тошнота. Нередко имели место боли во время полового акта. При поражении прямой и сигмовидной кишки одной из жалоб были частые и сильные тенезмы, при этом выделялась только слизь, иногда с примесью крови. У двух больных с ЭГЭ прямой кишки наблюдались ректальные кровотечения, рецидивирующие во время менструаций. Две пациентки с ЭГЭ дистального отдела тонкого кишечника были прооперированы в экстренном порядке в связи с развитием клиники острой кишечной непроходимости. Эндометриоз легкого — пациентка 52 лет, в анамнезе 6 лет назад чревосечение, экстирпация матки без придатков по поводу сочетания миомы матки с аденомиозом. Клиническими проявлениями заболевания были периодические ноющие боли в грудной клетке, кашель и кровохарканье в течение 1,5 лет. При рентгеновском исследовании в нижней доле правого легкого была обнаружена округлая тень диаметром 4 см. Эндометриоз параметрия — пациентка 34 лет, в анамнезе 12 лет назад операция кесарева сечения, три года назад выполнена лапаротомия с резекцией эндометриодной кисты яичника. Через год возникли резкие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу и в прямую кишку накануне и во время менструаций. При осмотре в правом параметрии обнаружен узел ЭГЭ 5×4 см, плотный, резко болезненный. На слизистой правого свода влагалища и слизистой влагалищной порции шейки матки по верхней губе и по правой боковой стенке также были обнаружены очаги ЭЗ.

Заключение

Таким образом, клинические проявления ЭГЭ разнообразны и зачастую «скрываются» под «маской» различной хирургической патологии, что обуславливает высокий процент гиподиагностики этого заболевания на дооперационном этапе.

Однако при тщательном опросе и обследовании больных, сопоставлении данных анамнеза и клинических проявлений заболевания имеется возможность выявить симптомы, характерные для этой патологии, особенно при «наружной» локализации очагов ЭГЭ, доступных для осмотра

и пальпации. Диагностика ЭГЭ на дооперационном этапе принципиально важна, так как влечет за собой необходимость тщательного дообследования пациенток с целью выявления у них или исключения ЭЗ другой локализации, особенно генитального.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

© С. Я. Сольский, В. С. Сольский

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, Украина

Актуальность проблемы

Проблема лечения генитального эндометриоза, несомненно, является одной из наиболее актуальных в гинекологии. На сегодняшний день практически не вызывает дискуссий необходимость использования хирургического лечения при наличии эндометриом. В то же время еще и сегодня обсуждается вопрос об оперативном доступе — лапаротомия или лапароскопия. С нашей точки зрения, которая разделяется большинством отечественных и зарубежных авторов, единственным методом хирургического лечения больных с наружным генитальным эндометриозом должен быть лапароскопический метод, так как именно он обеспечивает максимально широкий обзор операционного поля, что крайне необходимо для обнаружения и удаления всех возможных очагов эндометриоза.

Цель исследования

Оценка эффективности комбинированного лечения больных с эндометриоидными кистами (эндометриомами).

Материал и методы

Всего в исследование было включено 346 пациенток с подтвержденным патогистологическими исследованиями диагнозом. Односторонние эндометриоидные кисты имели место в 83,2% случаев, двухсторонние — 16,8% случаев. Все больные были прооперированы эндоскопическим путем. Частота перехода на лапаротомию (при крайне тяжелом спаечном процессе в малом тазу) составила всего лишь 1,15%. В большинстве случаев (92,8%) проводилось энуклеация капсулы (капсул) кисты (кист). Средний послеоперационный койко-день после лапароскопических операций составил 1,02. После оперативного вмешательства и получения гистологического подтверждения диагноза всем женщинам было рекомендовано проведение противорецидивного лечения.

Результаты

Среди 47 женщин, отказавшихся от противорецидивного лечения, под нашим наблюдением остались лишь 32 пациентки. В течение последующих 2–3 лет у 7 (21,8%) из них возник рецидив заболевания, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Повторные эндометриоидные кисты возникли у 2 из них в том же яичнике, где и в первый раз, а у 5 — в противоположном.

Большинство же женщин (299 пациенток) последовали нашим рекомендациям и на протяжении от 3 до 6 месяцев получали трипторелин 3,75 мг каждые 28 дней. Практически все они находились под нашим наблюдением и после окончания противорецидивного лечения на протяжении как минимум двух лет. Частота рецидивов эндометриоза в данной группе составила 2,34%.

Заключение

Приведенные результаты оценки эффективности комбинированного метода лечения наружного генитального эндометриоза позволяют утверждать следующее:

- методом выбора на хирургическом этапе лечения должно быть выполнение оперативного вмешательства лапароскопическим путем;
- лечение наружного генитального эндометриоза должно быть обязательно комбинированным и включать в себя, на первом этапе, хирургическое вмешательство, а после получения патогистологического заключения — проведение противорецидивного лечения;
- в качестве противорецидивного лечения наиболее целесообразным является назначение декапептила депо или подобных ему препаратов, так как именно аналоги гонадолиберина позволяют максимально снизить вероятность возникновения рецидивов заболевания.