

Заключение

Внутриматочная гормональная система «Мирена» является малоинвазивным, простым,

эффективным и безопасным методом лечения аденомиоза у женщин позднего репродуктивного возраста.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

© Д. Ф. Костючек, В. А. Печеникова, Е. Н. Дурасова

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

Актуальность проблемы

Из различных локализаций наружного генитального эндометриоза чаще встречается поражение яичников. Выделяют следующие гистологические варианты эндометриоза яичников (ЭЯ): железистый, кистозный (макро- и микрокистозный), железисто-кистозный. Эти морфологические варианты проходят стадии роста (растущий, пролиферирующий), стабилизации (фиброзный), регресса (дистрофический) и опухолевого превращения (малигнизированный).

Цель исследования

Провести сравнительный клиничко-морфологический анализ различных гистологических вариантов ЭЯ.

Материал и методы

Проведен анализ 139 наблюдений прооперированных больных с ЭЯ: 112 случаев (80,58%) — кистозный вариант, 25 (17,98%) — железисто-кистозный, 2 (1,44%) — железистый вариант. В связи с малочисленностью больных с железистым вариантом ЭЯ их объединили с наблюдениями железисто-кистозного варианта и сравнительный анализ проводили между двумя группами: первая — 27 пациенток с железисто-кистозным и железистым вариантом ЭЯ, вторая — 112 с кистозным.

Результаты

Возраст женщин из первой группы был от 23 до 52 лет, средний составил $39,93 \pm 9,24$ года, второй — от 18 до 62 лет, средний составил $37,3 \pm 9,23$ года, при этом большинство пациенток с кистозным ЭЯ было в возрасте до 35 лет (41,1%), а с железисто-кистозным — в возрасте от 46 до 55 лет (33,3%). Дисменорею отмечали 66,7% пациенток первой группы и 75,9% — второй, боли во время менструаций у большинства женщин как с железисто-кистозным, так и с кистозным вариантом ЭЯ имели умеренный или сильный характер. На диспареюнию указывали 33,3% пациенток первой группы и 29,5% — второй, у большинства женщин обеих групп боли во время полового акта были слабые

или умеренные. Усиление болевого синдрома в динамике развития заболевания отмечали 40,7% женщин первой и 42,0% второй групп. Длительность болевого синдрома при кистозном варианте ЭЯ составила в среднем $40,55 \pm 56,47$ месяцев, при железисто-кистозном варианте $31,76 \pm 31,32$ месяцев. Нарушение менструального цикла чаще отмечали пациентки с железисто-кистозным вариантом ЭЯ — 51,9%, чем с кистозным — 37,5%. Менструальный цикл у большинства пациенток оставался регулярным, при этом чаще они указывали на обильные кровянистые выделения во время менструаций и мажущие темно-коричневые выделения из половых путей до и после менструаций. Длительность нарушения менструального цикла при железисто-кистозном варианте ЭЯ составила в среднем $24,36 \pm 15,41$ месяцев, при кистозном варианте — $32,78 \pm 31,33$ месяцев. Субъективно в ходе опроса большинство пациенток обеих групп при сравнении соотношения болевого синдрома и симптомокомплекса, характеризующего нарушения менструального цикла, болевой синдром считали ведущим в динамике развития заболевания. У 62,9% пациенток с железисто-кистозным и у 65,2% больных с кистозным вариантом эндометриоза было одностороннее поражение яичника. Чаще у пациенток первой группы диагностировали выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника и распространенный спаечный процесс органов малого таза, а у больных с кистозным ЭЯ — незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника. Морфологическое исследование операционного материала выявило значительное разнообразие состояния эпителиального и стромального компонентов эндометриоидных гетеротопий в пределах как одного наблюдения, так и варианта с сохранением признаков функциональной активности процесса или их полной утратой. Чаще при железисто-кистозном ЭЯ диагностировали прогрессирующую морфо-функциональную форму (74,1%), а при кистозном — регрессирующую (60,7%). Прогрессирующая морфофункциональная форма при железисто-кистозном и кистозном вари-

антах ЭЯ демонстрирует возможность сочетания функционально активных эндометриоидных гетеротопий с функционально неактивными в пределах одного яичника. Сохранение эпителиальной выстилки с признаками пролиферации и/или секреции в кистозно-трансформированных железах, наличие вокруг них цитогенной стромы с пролиферативными изменениями и/или явлениями децидуализации, сочетание свежих кровоизлияний с очаговым отложением гемосидерина, скоплением ксантомных клеток демонстрирует хроническое волнообразное течение патологического процесса при ЭЯ.

Заключение

При анализе имеющегося операционного материала и сопоставлении полученных данных можно предположить, что макро-микроскопические варианты и морфофункциональные формы ЭЯ

представляют собой последовательные стадии заболевания, этапы его эволюции, приводящие через определенный промежуток времени к формированию «шоколадной» кисты. Сроки формирования «шоколадной» кисты как конечного этапа эволюции эндометриоза обусловлены, очевидно, особенностями гормональной стимуляции эндометриоидных гетеротопий яичника и их рецепторной активностью. «Шоколадные» кисты чаще имели место у пациенток более молодого возраста, что объясняется достаточно высоким уровнем прогестерона, стимулирующего секреторную трансформацию эндометриоидных структур. Железистый и железисто-кистозный вариант ЭЯ чаще диагностировали у пациенток более старшего возраста, что объясняется возникающей в этом возрасте относительной гиперэстрогенией, способствующей пролиферативным процессам.

ПРИРОДНЫЕ ФАКТОРЫ В ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

© А. Б. Овсиенко, Н. П. Градиль, А. Э. Бестаева, Л. П. Луговая

ФГУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», Пятигорск, Россия

Актуальность проблемы

Терапия распространенных форм генитального эндометриоза (ГЭ) — одна из сложнейших задач гинекологии в настоящее время. Эффективность гормонотерапии недостаточно высока, так как на ее фоне не происходит элиминации эндометриоидных очагов; хирургические методы лечения при ряде локализаций эндометриоидных очагов носят откровенно паллиативный характер. Почти идеальным вариантом лечения данной патологии может быть комплексное воздействие лечебных факторов, учитывающее необходимость коррекции измененного гормонального фона, иммунных дисфункций, обменных нарушений, а также и необходимость влияния на органические изменения в органах-мишенях.

Цель исследования

Разработка неоперативных методов лечения больных ГЭ, в том числе с распространенными формами патологического процесса.

Материал и методы

Наблюдались 134 женщины, страдающие аденомиозом в сочетании с ретроцервикальным эндометриозом и эндометриозом прямой кишки. Проводились бимануальное, ректальное и ультразвуковое исследования гениталий, ректоско-

пия и консультация проктолога. В качестве компонента комплексной терапии наблюдаемым больным была назначена радонотерапия в виде радоновых ванн, гинекологических орошений и радоновых микроклизм с концентрацией радоновых вод 6,5 кБк/л (180 нКи/л). Процедуры назначались через день или с перерывом на третий день, на курс — от 10 до 14 комплексов радоновых процедур.

Результаты

91 % больным до лечения проводились лапароскопия и гистероскопия, при которых были подтверждены аденомиоз и позадишеечный эндометриоз. При ректоскопии, проводимой до лечения, у всех наблюдаемых женщин был диагностирован эндометриоз прямой кишки. При бимануальном исследовании у всех женщин определялись характерные для аденомиоза матки особенности консистенции тела и шейки матки. Позадишеечный эндометриоз выявлялся также у всех женщин. Все женщины предъявляли жалобы на боли внизу живота, появляющиеся перед и во время менструации, мажущие кровянистые выделения из половых путей перед менструацией, чувство дискомфорта, а также затруднения при дефекации, неприятные ощущения при половых контактах. У 28 женщин при менструа-