

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 радоноterapia 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-

циях имелись кровянистые выделения из ануса. До лечения концентрация эстрадиола превышала уровень показателя у здоровых ($115,6 \pm 9,5$ пг/мл) в среднем на 115,7%, прогестерон был пониженным в среднем в 8,5 раз от уровня нормальных значений. Отмечались нарушения клеточного иммунитета, фагоцитарной активности и уровней иммуноглобулинов у 79,3% пациенток.

В результате полученного лечения у всех пациенток уменьшился болевой синдром, кровянистые мажущие выделения перед менструацией, при наблюдении в отдаленном периоде практически исчезли кровянистые выделения из ануса во время менструации. При бимануальном, ректальном исследованиях, УЗИ гениталий и повторно проводимой ректороманоскопии наблюдалось уменьшение размеров матки, очагов эндометриоза в миометрии, ретроцервикального эндометриоза и эндометриоза прямой кишки, уменьшились проявления деформации заднего свода влагалища, прорастания паравагинальной и параректальной клетчатки. После лечения эстрадиол понизился на 24,5% по сравнению с исходными данными

после радонотерапии, а после комплексного лечения — на 25,2%, прогестерон повысился на 215% у женщин первой группы и на 218% — во второй группе наблюдения. У всех пациенток отмечалась тенденция к повышению уровней иммунологических показателей (иммуностимулирующее действие лечебного фактора).

Заключение

Таким образом, результаты исследований показали клинический эффект проводимого лечения у всех наблюдаемых больных и дали возможность рекомендовать использование данных методов в комплексной восстановительной терапии при распространенных формах генитального эндометриоза. Результатом лечения является стабилизация, а в ряде случаев — регресс эндометриозных очагов. С учетом малой эффективности медикаментозных препаратов радонотерапия является альтернативной формой лечения и, как минимум, занимает существенное место в этапной реабилитации больных ГЭ, в том числе при его распространенных формах.

АНАЛИЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПРЕССИИ АРОМАТАЗЫ P-450 В РАЗЛИЧНЫХ ПО ОРГАННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОЧАГАХ ЭНДОМЕТРИОЗА

© В. А. Печеникова¹, Д. Ф. Костючек¹, И. М. Кветной²

¹ Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, кафедра акушерства и гинекологии;

² ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, лаборатория патоморфологии, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Вопрос о морфогенезе эндометриоза (ЭЗ) остается предметом дискуссий и научных исследований. Считается, что развитию заболевания способствует патологический синтез ароматазы P-450 — фермента, под действием которого происходит образование эстрогенов (эстрона и эстриола) из C19 стероидов (андростендиона и тестостерона).

Цель исследования

Сравнительное изучение патологической экспрессии ароматазы P-450 в различных по органной локализации и морфофункциональной активности очагах ЭЗ.

Материал и методы

Проведен морфологический анализ 104 наблюдений ЭЗ: 67 — аденомиоза (АМ), 22 — эндометриоза яичников (ЭЯ), 15 — экстрагенитального эндометриоза (ЭГЭ). Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование выполняли по авидин-

биотиновой методике с использованием кроличьих поликлональных антител к ароматазе P-450 (Abcam, Англия). Морфометрический анализ проводили с помощью микроскопа Nikon Eclipse E400 и программного обеспечения «Видеотест Морфология 5.0». Определяли отношение площади экспрессии фермента к общей площади цитоплазмы.

Результаты

При гистологическом исследовании операционного материала установлено значительное разнообразие морфофункционального состояния эндометриозных гетеротопий (ЭГ) независимо от органной локализации. Выделено два направления эволюции в ЭГ — прогрессия и регрессия. Прогрессию характеризуют пролиферация клеток цитогенной стромы и эпителия желез с развитием ложных сосочков, секреторные изменения в эпителии желез с децидуализацией цитогенной стромы и кровоизлияниями в просвет желез и в строму; регрессию — тенденция к кистозной