

Литература:

1. Giudice, L. N. Endometriosis / L. N. Giudice // Engl J Med. – 2010. – Vol. 362. – P. 2389-2398.
2. Адамян, Л. В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков, Е. Н. Андреева. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2006. – 411 с.
3. Диагностика эндометриоза / Л. В. Адамян [и др.] // Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2012. – С. 409-451.
4. Колотовкина, А. В. Морфофункциональные особенности эндометрия у больных эндометриозом ассоциированным бесплодием (обзор литературы) / А. В. Колотовкина, Е. А. Калинина, Е. А. Коган // Консилиум медиком. – 2012. – № 4. – С. 74-79.
5. Логинова, О. Н. Клинические особенности наружного генитального эндометриоза / О. Н. Логинова, М. М. Сонова // Акушерство. Гинекология. Репродукция. – 2011. – № 6. – С. 28-29.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

¹Павловская М.А., ¹Гутикова Л.В.,
¹Кухарчик Ю.В., ²Костяхин А.Е.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Рост частоты наружного генитального эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости не имеет тенденции к снижению, примерно от 12 до 60% женщин репродуктивного возраста страдают этой патологией [1-3].

Выраженный болевой синдром, маточные кровотечения, хроническая анемия, бесплодие, нейроэндокринные расстройства у женщин репродуктивного возраста, длительное и прогрессирующее течение эндометриоза, бесплодие, снижение трудоспособности и качества жизни определяют как медицинское, так и социальное значение этой распространенной патологии [3].

Среди всех поражений наружного генитального эндометриоза ведущее значение имеет эндометриоз яичников, который характеризуется рецидивирующим течением и сопровождается нарушением репродуктивной функции [1, 4, 5]. Несмотря на большое количество клинических и морфологических исследований, посвященных этой патологии, очень многие аспекты проблемы еще остаются неразрешенными.

Цель исследования: определение морфофункциональных вариантов эндометриоза яичников.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 женщин, наблюдавшихся и прооперированных в гинекологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за период 2010-2016 гг. В основную группу (I группа) исследования вошли 90 пациентов с диагностированным эндометриозом яичников, в группу сравнения (II группа) – 30 женщин с кистами неэндометриоидной природы (дермоидные, серозные, муцинозные). Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически по общепринятым методикам.

Результаты. Предъявляемые пациентами жалобы характеризовались полисимптомностью: были характерны периодические боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом или половой жизнью. У большинства пациентов они носили тупой, ноющий характер и наблюдалось их усиление накануне или во время месячных (67,3%). При неэндометриоидных кистах яичников эту характеристику болевого симптома обнаруживали только 16,7% женщин. У пациентов с эндометриозом дисменорея выявлялась в 2,5 раза чаще (78,9%), чем у пациентов с неэндометриоидными кистами яичников (33,3%). При этом болевой синдром у большинства женщин I группы носил умеренный или сильный характер и сопровождался значительным снижением работоспособности. Диспареуния слабой степени выраженности встречалась в 3 раза чаще, а умеренной силы почти в 1,5 раза чаще, чем у женщин с неэндометриоидными кистами яичников. В то время как сильные боли были зарегистрированы почти с одинаковой частотой (3,9% и 3,3% соответственно). Наиболее характерными проявлениями нарушений менструального цикла для пациентов с эндометриоидными кистами яичников были кровянистые или коричневые мажущие выделения до и после менструации (40,6%). Женщины II группы чаще указывали на нерегулярные месячные (36,7%).

В I группе первичное бесплодие зарегистрировано у 12,2% пациентов. Длительность этого состояния в данной группе в среднем составляла $9,2 \pm 1,8$ года. Вторичное бесплодие в I группе выявлено у 9,4% женщин. Длительность его в среднем продолжалась $6,1 \pm 1,0$ год. Во II группе обследованных женщин первичное бесплодие зарегистрировано у 13,3% пациенток. Длительность первичного бесплодия в данной группе составляла в среднем $4,9 \pm 1,3$ года. Вторичное бесплодие отмечено у двух пациентов (6,7%), его длительность была 10 лет и 4 года соответственно, что подтверждается данными авторов [2].

Проведенное нами морфологическое исследование показало неоднородность морфофункциональных особенностей эндометриоидных кист яичников. Следует отметить, что, несмотря на большое количество классификаций, где отражены морфологические особенности эндометриоза яичников, мы сочли приемлемым всех женщин с эндометриоидными кистами яичников разделить на три группы согласно морфофункциональным вариантам по рекомендациям А. Е. Колосова (1985).

Прогрессирующий вариант эндометриоидной кисты (18,3%) характеризовался признаками морфофункциональной активности. Стационарный вариант кисты (31,7%) свидетельствовал о разновременности и хроническом персистирующем волнообразном течении патологии с разными стадиями его развития, а также сочетанием двух процессов – стабилизации и активности. Регрессирующий вариант течения эндометриоза (50,0%) характеризовался крупнокистозной трансформацией желез с образованием «шоколадных» кист. Эти кисты не имеют эпителиальной выстилки, которая становится атрофичной или дистрофичной, утрачивается цитогенная строма и происходит ее замещение соединительной тканью на достаточно большем протяжении.

Кроме того, наиболее часто во всех группах обследованных нами женщин была зарегистрирована крупнокистозная трансформация желез – более 2 см в диаметре. Значимо чаще это изменение желез выявлялось при регрессирующем варианте течения эндометриоза (95,6%) в сравнении с прогрессирующим вариантом эндометриоидной кисты (54,5%) ($p < 0,05$). Во всех трех группах обследованных нами пациентов наиболее часто обнаруживали «старые» кровоизлияния в просветы кистозных образований и/или кистозно-измененных желез или отмечалось также одновременное выявление и «старых», и «свежих» кровоизлияний. Во всех группах исследования в капсуле и строме кисты либо только в капсуле статистически чаще диагностировалось отложение гемосидерина, причем независимо от диагностированных морфофункциональных особенностей.

Выводы:

1. Детальное изучение особенностей строения удаленных препаратов дает возможность найти новый подход к использованию принципов гормонального лечения пациентов в зависимости от строения стенки эндометриоидной кисты яичника.

2. Диагностика разных морфологических вариантов эндометриоидных кист яичников (прогрессирующий, стационарный и регрессирующий) необходима для своевременного проведения дифференцированной корригирующей терапии и способствует снижению риска развития рецидивов заболевания.

Литература:

1. Дмитрян, Ю. Э. Эндометриоз как причина бесплодия / Ю. Э. Дмитрян, Б. Р. Бекова // Молодой ученый. – 2017. – № 14.2. – С. 13-16.
2. Дурасова, Е. Н. Клинико-морфологические варианты и молекулярные особенности эндометриоза яичников: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Е. Н. Дурасова. – СПб., 2011. – 153 с.
3. Кузнецова, И. В. Эндометриоз: патофизиология и выбор лечебной тактики / И. В. Кузнецова // Гинекология. – 2008. – № 5. – С. 74-79.
4. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения / С. А. Гаспарян [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015. – Т. 9. – С. 66-70.
5. ASRM (American Society for Reproductive Medicine). The Practice Committee. Endometriosis and infertility: a committee opinion // Fertil Steril. – 2012. – Vol. 98. – P. 591-598.