

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Гутикова Л.В., Павловская М.А., Кухарчик Ю.В.
Гродненский государственный медицинский университет,
Беларусь, Гродно

Обследованы 90 пациентов с эндометриозом яичников и 30 женщин с кистами неэндометриоидной природы. Прогрессирующий вариант эндометриоидной кисты (18,3%) имел признаки морфофункциональной активности эпителиального и стромального компонента эндометриоидных гетеротопий, стационарный вариант (31,7%) - разновременность и хроническое волнообразное течение заболевания с разными стадиями его развития, сочетанием стабилизации и активности, регрессирующий вариант (50,0%) - макрокистозную трансформацию желез с формированием «шоколадных» кист, отсутствие и/или атрофия и дистрофия эпителиальной выстилки, утрата цитогенной стромы и замещение ее на большем протяжении соединительной тканью. При прогрессирующем варианте эндометриоза яичников доказана эффективность агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов, при стационарном – диеногеста, при регрессирующем – дидрогестерона.

Ключевые слова: *эндометриоидные кисты; морфологический вариант; лечение.*

DETERMINATION OF MORPHOLOGICAL VARIANTS OF ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS FOR DIFFERENTIATED CORRECTIVE THERAPY

Gutikova L.V., Pavlovskaya M.A., Kuharchik Y.V.
Grodno State Medical University,
Belarus, Grodno

90 patients with ovarian endometriosis and 30 women with non-endometrioid cysts were examined. The progressive variant of the endometrioid cyst (18.3%) had signs of morphofunctional activity of the epithelial and stromal component of endometrioid heterotopias, the stationary variant (31.7%) had a multi-temporal and chronic undulating course of the disease with different stages of its development, a combination of stabilization and activity, a regressing variant (50.0%) - macrocystic transformation of the glands with the formation of "chocolate" cysts, the absence and/or atrophy and degeneration of the epithelial lining, the loss of the cytogenic stroma and its replacement over a greater extent by connective tissue. With a progressive variant of ovarian endometriosis, the effectiveness of agonists of

gonadotropin-releasing hormones has been proven, with stationary - dienogest, with regressing - dydrogesterone.

Key words: *endometrioid cysts; morphological variant; treatment.*

Актуальность. Среди всех поражений наружного генитального эндометриоза ведущая роль принадлежит эндометриозу яичников, характеризующемуся рецидивирующим течением и сопровождающемуся бесплодием у женщин репродуктивного возраста. Частота заболевания составляет 10 -37% [1-3].

Безусловный интерес представляет проблема выбора оптимального хирургического и гормонального лечения, позволяющего предупредить возможные рецидивы, а также сохранить репродуктивную функцию. Анализ современных научных данных о методах лечения эндометриоза показывает, что не существует определенного "золотого стандарта", более того, ни один медикаментозный препарат не обеспечивает стойкого противорецидивного клинического эффекта [1-3].

С этих позиций представляется обоснованным и перспективным изучение гистологического строения, а также морфофункциональных особенностей удаленных макропрепаратов эндометриоидных кист яичников, что имеет большое значение для разработки методов дифференцированного лечения в послеоперационном периоде.

Цель: разработать метод дифференцированного лечения эндометриоидных кист яичников в зависимости от их морфологических вариантов.

Материалы и методы исследования: Обследовано 105 женщин, наблюдавшихся и прооперированных в гинекологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» за период 2010-2016 гг. В основную группу исследования вошли 90 пациентов с диагностированным эндометриозом яичников (I группа), в группу сравнения (II группа) – 30 женщин с кистами неэндометриоидной природы (дермоидные, серозные, муцинозные). Также были проанализированы отдаленные результаты лечения через 3 года после хирургического этапа лечения. Критерии включения в обе группы исследования: кисты яичников эндометриоидной и неэндометриоидной природы. Критерии исключения: аденомиоз, миома матки более 8 недель и злокачественные процессы репродуктивных органов. Весь операционный материал был исследован макро-и микроскопически. Результаты обработаны статистически.

Результаты: Возраст пациентов I группы варьировал от 18 до 55 лет и в среднем составлял $35,5 \pm 0,6$ года. В группе II средний возраст женщин с кистами неэндометриоидной природы составил $31,2 \pm 1,3$ года (от 21 года до 46 лет).

Проведенное морфологическое исследование выявило неоднородность морфофункциональных особенностей эндометриоидных кист яичников. В

группу II вошли 16 (18,3%) пациентов с прогрессирующим вариантом эндометриозной кисты. Этот вариант характеризуется наличием признаков морфофункциональной активности как эпителиального, так и стромального компонента эндометриозных гетеротопий. Группу С составили 28 (31,7%) обследованных со стационарным вариантом. Морфофункциональные особенности этой формы эндометриоза отражают разновременность и хроническое волнообразное течение заболевания с разными стадиями его развития, сочетанием стабилизации и активности. Группу Р составили 45 (50,0%) пациенток с регрессирующим вариантом, который был характерен для макрокистозной трансформации желез с формированием «шоколадных» кист. Для них является типичным отсутствие и/или атрофия и дистрофия эпителиальной выстилки, утрата цитогенной стромы и замещение ее на большем протяжении соединительной тканью.

При сравнении морфофункциональных форм в различных вариантах эндометриоза у всех пациентов с прогрессирующим вариантом наблюдался морфологически активный тип эндометриоза, в то время как у всех пациенток со стационарным и регрессирующим вариантами отмечался морфологически неактивный тип. Достоверно чаще макрокистозная трансформация желез диагностировалась у пациенток с регрессирующим вариантом (95,6%) эндометриоза по сравнению с пациентками II группы (54,5%) ($p < 0,05$). Во всех трех группах исследования наиболее часто диагностировали "старые" кровоизлияния в просветы кист и/или кистозно-трансформированных желез, либо сочетание "старых" и "свежих" кровоизлияний.

При прогрессирующем варианте эндометриоза статистически достоверно чаще обнаруживали признаки функциональной активности процесса в виде пролиферативных и секреторных изменений эпителиальной выстилки желез и кист, ангиоматоз цитогенной стромы, скопления секрета в железах и кистах, высокую частоту "старых" и "свежих" кровоизлияний в железах, кистах и строме. Наряду с этим морфофункциональные особенности стационарного варианта эндометриоза отражают разновременность и хроническое волнообразное течение заболевания с разными стадиями его развития, сочетанием стабилизации и активности.

При прогрессирующем варианте эндометриоза яичников мы назначали агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов (ГнРГ) (6 мес.), при стационарном – диеногест (6-9 мес.), при регрессирующем – дидрогестерон (с 11 по 26 день менструального цикла 6 мес.). Агонисты ГнРГ, оказывая свое действие на локальном уровне, нарушают функционирование внутриклеточной системы реализации биологических эффектов факторов роста, половых гормонов и других веществ, способствующих развитию патологического процесса. Гибридный гестаген диеногест обеспечивает патогенетические механизмы блокады эндометриозного очага за счет подавления гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, селективной модуляции содержания эстрогенов и прогестагенов, подавления пролиферации и неоангиогенеза.

Дидрогестерон является мощным, перорально активным прогестагеном, который не имеет сродства к эстрогенным, андрогенным рецепторам и не обладает анаболической активностью.

После лечения болевой синдром отмечался с одинаково низкой частотой во всех группах исследования. Наступление беременности после проведенного хирургического и гормонального лечения примерно с одинаковой частотой отмечалось у пациентов с прогрессирующим и стационарным вариантами (23,0% и 24,0% соответственно) и с меньшей частотой у пациенток с регрессирующим вариантом (15,0%) При оценке отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения рецидивы возникли у 4 (8,0%) пациентов из 50 обследованных нами, то есть у каждой двенадцатой пациентки. Все рецидивы заболевания были подтверждены гистологическими исследованиями операционного материала. У пациентов с регрессирующим вариантом рецидив возник у 1 женщины, со стационарным – у 2 обследованных, с регрессирующим – у 1 пациентки.

Таким образом, детальная оценка отдаленных результатов лечения помогла определить неоднородность течения различных морфофункциональных вариантов эндометриоза яичников. Результаты данного исследования выявили разновременность и хроническое волнообразное течение заболевания с разными стадиями его развития, сочетанием стабилизации и активности. Данное обстоятельство имеет большое клиническое значение, позволяющее выделить группы риска больных по развитию рецидива эндометриоза яичников. В связи с высокой степенью эффективности предлагаемого метода в снижении риска рецидивирования эндометриоидного процесса, мы считаем целесообразным определение морфофункционального варианта при выборе тактики лечения пациентов с данной патологией.

Выводы. 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 и тем самым позволяет уменьшить частоту рецидивов.

Список литературы

1. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / Л.В. Адамян [и др.] // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 78-81.
2. Giudice, L.N. Endometriosis / L.N. Giudice // Engl J Med. – 2010. – Vol. 362. – P. 2389-2398.
3. Jiang, Q.Y. Growth mechanisms of endometriotic cells in implanted places: a review / Q.Y. Jiang, R.J. Wu // Gynecol Endocrinol. – 2012. – Vol. 28, №7. – P. 562-567.