

УДК 618.141+618.145]-007.61-07-085

© В.В. Бондарчук, Л.П. Кузьмук, 2011.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА АДЕНОМІОЗ

В.В. Бондарчук, Л.П. Кузьмук

Клініка гінекології, Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ.

OPTIMIZATION THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH ADENOMYOSIS

V.V. Bondarchuk, L.P. Kuzmuk

SUMMARY

In the article are indicated the results of immunohistochemical research of the state of sexual receptors at hyperplasia of endometrium in 65 genesial age women with adenomyosis.. Setting of treatment taking into account receptor status to endometrium efficiency of treatment allows to promote and to avoid the relapses of disease.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКО-ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМИОЗОМ

В.В. Бондарчук, Л.П. Кузьмук

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты иммуногистохимического обследования состояния стероидных рецепторов при гиперплазии эндометрия у 65 больных аденомиозом женщин репродуктивного возраста. Назначение лечения с учетом рецепторного статуса эндометрия позволяет повысить эффективность лечения, восстановить репродуктивную функцию и избежать рецидивов заболевания.

Ключові слова: аденоміоз, гіперплазія ендометрія, рецептори до стероїдних гормонів.

Питання діагностики, диференційної діагностики та лікування аденоміозу у жінок репродуктивного віку не втрачають своєї актуальності. Це зумовлено високою частотою цієї патології, поширенням її у молодих жінок, ризиком малігнізації. Особливі діагностичні та лікувальні труднощі виникають при поєднанні гіперпластичних процесів ендометрію. Так, у 50-85% хворих аденоміоз поєднується з гіперплазією та поліпами ендометрію [1, 4]. 20-50% хворих з аденоміозом стають безплідними у репродуктивному віці, 40-44% хворих відзначають розлади менструальної функції та 60% – сексуальної функції [2, 3, 6]. Однотиповість преморбідного фону у хворих з різними сполученнями доброякісних гіперпластичних захворювань репродуктивної системи свідчить про спорідненість патогенетичних механізмів їх розвитку.

У зв'язку зі змінами клінічного перебігу аденоміозу матки, збільшенням відсотку поєднаної патології ендометрію, розробкою нових лікувальних технологій, все більш актуальним стає питання визначення оптимальних діагностичних і лікувальних заходів, які б дозволяли підвищити точність діагностики, скоротити терміни і вартість обстеження, проводити моніторинг захворювання і контроль за розвитком рецидивів та ускладнень. Вдосконалення діагностики та диференційної діагностики гіперпластичних

процесів матки дозволить обрати оптимальну тактику, покращити результати лікування, зберегти репродуктивну функцію.

Оскільки аденоміоз є гормонально залежним процесом, то значний інтерес представляє вивчення рецепторного апарату органів-мішеней при цьому захворюванні [2, 5] Згідно одних досліджень, експресія рецепторів до естрогенів та прогестерону була постійно підвищеною незалежно від фази менструального циклу, а в інших вказується на низький вміст як естрогенових, так і прогестеронових рецепторів в ендометрії, тому вивчення гормональної чутливості ектопічного та еутопічного ендометрію, яка реалізується через рецепторний апарат у таких хворих, представляє значний клінічний інтерес, так як дозволить обґрунтовно підійти до тактики лікування даного контингенту хворих.

Метою нашого дослідження було вдосконалення діагностичних алгоритмів у хворих на аденоміоз жінок для покращення результатів органозберігаючого лікування та відновлення репродуктивної функції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереження в клініці гінекології знаходилося 65 жінок з аденоміозом у репродуктивному віці 22-42 років. Репрезентативну контрольну групу склали 30 жінок, які звернулися для профілактичного огляду і у яких не виявлено патології ендометрію.

Всі жінки мали різні порушення менструальної та репродуктивної функції: кров'янисті виділення із статевих шляхів, ациклічні маткові кровотечі, гіперменорею, первинне та вторинне безпліддя.

Всім жінкам проводилося загально-клінічне, гормональне, ультразвукове дослідження органів малого тазу, гістероскопія з наступним імуногістохімічним дослідженням отриманих біоптатів.

Оцінка гормонального гомеостазу проводилася за визначенням концентрації гонадотропних та стероїдних гормонів імуноферментним методом. Ультразвукове дослідження органів малого тазу проводили за стандартною методикою в першу та другу фазу менструального циклу за допомогою сканеру «Pro Focus 2202» з застосуванням трансвагінального датчику (8 МГц). Гістероскопію та гістерорезектоскопію проводили на 5-10 день менструального циклу гістероскопом фірми «Еконт» (Росія) під внутрішньовенним знеболенням з використанням жорсткої оптики. В якості рідинного середовища використовували Турусол. Виявлення рецепторів до естрогенів та прогестерону було проведено непрямим стрептавідин-пероксидазним методом з використанням первинних антитіл до антигенів естрогенів та прогестерону (фірма ДАКО, Данія).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами обстеження встановлено, що середній вік настання менархе становив $12,5 \pm 1,1$ роки. На больовий синдром скаржилися 62,2% пацієнок, диспареунію – 42,4%, порушення менструального циклу спостерігалися у 52% хворих. Серед останніх порушення менструального циклу за типом дисменореї було виявлено у 34,2% хворих, гіперменорея у 43,5%, перименструальні мажучі виділення у 22,3%. Для обстежених хворих була характерна висока частота безплідності (первинна безплідність була у 25,8%, вторинна у 44,5% хворих). Майже кожна друга жінка в анамнезі мала аборти (44,9%).

Відзначено високу частоту запальних захворювань геніталій, захворювань ендокринної та нервової систем, оперативних втручань на органах репродуктивної системи, доброякісних захворювань молочних залоз.

Визначення гормонального профілю в динаміці менструального циклу показало, що у 38 жінок (58,5%) мало місце значне підвищення рівня естрадіолу як у першу, так і у другу фазу циклу. У значній кількості обстежених – 42 (64,6%) спостерігалася прогестеронова недостатність. Відмічено підвищення рівня ФСГ майже в 2 рази ($7,3 \pm 2,4$ МЕ/л), ЛГ в 1-1,5 рази ($8,1 \pm 0,9$ МЕ/л), ніж у здорових жінок. Базальний рівень пролактину у обстежених був також вищим за середні значення (25,5 ммоль/л). Високі рівні естрадіолу та пролактину у поєднанні з низьким рівнем прогестерону перешкождали розвитку повноцінних секреторних перетворень в ендометрії та приводили до розвитку гіперпластичних процесів.

Найбільш типовими ультразвуковими ознаками

аденоміозу були: шаровидна форма матки за рахунок збільшення її передньо-заднього розміру (48,3%), асиметричне потовщення однієї з стінок матки (39,6%), поява окремих гіпер- і гіпоехогенних вогнищ в міометрії діаметром 3-20 мм (31,2%); трубчастих структур, що проходили від ендометрію до міометрію (15,9%); нерівномірність і стовщення базального шару ендометрія (13,8%).

Гістероскопічна картина аденоміозу залежала від форми процесу і його локалізації: визначалися ендометріюїдні ходи у вигляді крапкових або щілевидних плям темно-червоного кольору, зміни рельєфу стінок матки у вигляді хребтів, розпушених м'язових волокон із ендометріюїдними ходами або без них. При вузловій формі аденоміозу спостерігалися витинання стінок матки без чітких контурів, з наявністю на їх поверхні ендометріюїдних ходів.

Гістологічне дослідження показало, що у 32 жінок (49,2%) встановлено залозисту, у 18 (27,7%) – залозисто-кистозну гіперплазію, а у 15 (23%) – поліпи ендометрію.

Імуногістохімічне дослідження експресії рецепторів до естрогенів виявило значне зниження останньої в ендометрії жінок з аденоміозом, особливо на фоні запальних процесів ендометрію. Особливістю імуноідентифікації рецепторів до прогестерону була значна експресія рецепторів до прогестерону в ядрах стромальних клітин та епітелія залоз в ендометрії жінок з аденоміозом.

Пацієнткам з відсутністю або зменшенням рецепторів до прогестерону було запропоновано лікування агоністами гонадотропін-рилізінг-фактору (декапептил 3.75 мг внутрішньом'язово один раз на чотири тижні протягом 3 місяців). Пацієнткам з відсутністю або порушенням рецепторів до естрогенів було призначено жанін за схемою контрацепції протягом 3 місяців. При підвищенні вмісту естрогенових рецепторів або за відсутності порушень прогестеронових рецепторів був призначений дуфастон 10 мг 1 таб 2 рази на добу з 16 по 25 день циклу протягом 3 місяців.

Після трьох місяців лікування клінічна ефективність терапії складала 82,7%, що проявлялося зменшенням больового синдрому до 7.4%, диспареунії до 4,5%, порушень менструального циклу до 8,3%. У період диспансерного спостереження протягом року після закінчення лікування відмічено позитивні клінічний та ехографічний ефекти. Констатовано 35 випадків вагітності.

ВИСНОВКИ

Вивчення результатів запропонованої тактики лікування жінок репродуктивного віку з аденоміозом з використанням гістероскопії та імуногістохімічного дослідження отриманих біоптатів, диференційованого підходу до корекції гормональних порушень в залежності від супутньої патології ендометрія свідчить, що вибрана тактика дозволяє досягти

позитивного клінічного ефекту та відновити репродуктивну функцію у більшості хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – Л., 1998. – 384с.

2. Дубініна В.Г. Експресія рецепторів стероїдних гормонів при різних видах гіперпластичних процесів ендометрія / В.Г. Дубініна // Досягнення біології і медицини. – 2007. – №1. – С. 11-14.

3. Дубоссарская З.М. Теория и практика

гинекологической эндокринологии. - Днепропетровск. «Лира ЛТД», 2005.- 409 с.

4. Как выбрать прогестаген? // Здоровье женщины 2010. -№4 (50) с.2-7

5. Коган Е.А. Морфологические и иммуногистохимические параллели при гиперплазиях эндометрия /Е.А. Коган, И.В.Станоевич, Е.А.Кудрина, А.И. Ищенко // Архив патологии. – 2007. – №6. – С. 21-24.

6. Чепик О.Ф. Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия // Практ. онкология. – 2004. - №5. – с.9-15.