УДК 616-09161:57.086:618

Э.Н. ШУМКОВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА, У.А. АЛШЕРИЕВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ЛЕЙОМИОМА МАТКИ И АДЕНОМИОЗ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Шумкова Э.Н.

В настоящее время эндометриоз является актуальной медико-социальной проблемой. В структуре гинекологических заболеваний он занимает 3 место после воспалительных болезней и миом матки. Эндометриоз может локализоваться как в теле матки (аденомиоз, или внутренний эндометриоз), так и вне матки (наружный эндометриоз).

***Цель работы** – выявить клинико-морфологические изменения при миоме матки и аденомиозе у женщин климактерического периода. Нами проанализирован операционный материал больных гинекологического отделения Городской клинической больницы скорой и неотложной помощи города Алматы за последний год.*

***Материал и методы.** Всего прооперировано 14 пациенток с миомой матки. Из общего числа женщины климактерического периода составляли 76%. Основное заболевание протекало в течение двух-трех лет. Пациентки жаловались на нерегулярные боли в нижней части живота, пояснице, мажущиеся выделения, иногда достаточно интенсивные. Для исследования вырезали кусочки ткани лейомиоматозных узлов из центра, промежуточных зон, периферии, а также ткань миометрия и эндометрия. Гистологическую обработку материала проводили по стандартной методике.*

***Результаты и обсуждение**. При обследовании помимо миомы выявлен аденомиоз матки, который в 60% носил смешанную форму. У 29% больных преобладала узловая форма, в 11% аденомиоз носил диффузный характер. При макроскопическом исследовании операционного материала матка была плотная на ощупь, деформирована, поверхность бугристая. Размеры органа колебались от 7х6,5х5 см до 14х10х10 см. При микроскопическом исследовании эндометрия преобладали атрофические процессы. Исследование миометрия выявило в 10% наблюдений, пролиферирующую лейомиому матки, у остальных 80% больных обычная миома, в 10% случаев в миоме выявлялись вторичные изменения в виде кальциноза, гиалиноза. Эндометриоидные поражения в 18% наблюдений, аденомиоз соответствовал 1 и 2 стадиям. Эндометриальные железы и строма локализовались в подслизистой оболочке матки при первой стадии, при второй патологический процесс переходил на мышечные слои до половины миометрия. В 63% случаев наблюдались 2 и 3 стадии аденомиоза. При третьей стадии эндометриоидные очаги распространялись на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова. У 18% больных эндометриоидные железы и строма локализовались в шейке матки. В 90% случаев степень функциональной активности очагов аденомиоза была высокой, а в 10% – низкой.*

***Выводы.** Лейомиома и аденомиоз наблюдались в 76% случаев у женщин климактерического периода. При клиническом обследовании в 60% наблюдений выявлялась смешанная форма аденомиоза. Микроскопическая картина соответствовала 2 и 3 стадиям аденомиоза, с высокой функциональной активностью желез и цитогенной стромы.*

***Ключевые слова:** эндометриоз тела матки, лейомиома, микроскопия.*

Для ссылки: *Шумкова Э.Н., Бастимиева Б.Е., Алшериева У.А. Лейомиома матки и аденомиоз у женщин климактерического периода // Журнал «Медицина». – 2015 – №4 (154). – С. 51-54*

По данным клинических исследований эндометриодные поражения встречаются в любом возрасте независимо от этнической принадлежности и социально-экономических условий. Эпидемиологические исследования указывают, что у 90-99% больных эти поражения выявляются в возрасте от 20 до 50 лет, причем наиболее часто в репродуктивном периоде [1, 2, 10, 11].

Эндометриоз – это доброкачественный патологический процесс с разрастанием ткани, сходной по строению со слизистой оболочкой матки, за пределами обычной локализации эндометрия. Эндометриоидный субстрат имеет признаки автономного роста и нарушений пролиферативной активности клеток.

Эндометриоз может локализоваться как в теле матки (аденомиоз, или внутренний эндометриоз), так и вне матки (наружный эндометриоз). Согласно современным представлениям о природе эндометриоза, это заболевание следует рассматривать как патологический процесс, с хроническим, рецидивирующим течением. Он формируется и развивается на фоне нарушенных иммунных, молекулярно-генетических

Контакты: Шумкова Эльмира Николаевна, канд. мед. наук., доцент кафедры патологической анатомии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. +7 700 469 16 03, e-mail: elmira.shumkova@mail.ru

Contact: Elmira Nikolaevna Shumkova, Candidates of Medical Science., the associate professor of pathological anatomy of the Kazakh National Medical University n.a. S. D. Asfendiyarov, Almaty c. Phone +7 700 469 16 03, e-mail: elmira.shumkova@mail.ru

и гормональных взаимоотношений в женском организме. До сих пор нет единого мнения о происхождении эндометриоза. Хотя последнее время специалисты придерживаются основных положений:

1. Имплантационная (транслокационная) теория – формирование очагов эндометриоза происходит в результате ретроградного заброса в брюшную полость жизнеспособных клеток эндометрия, отторгнувшихся во время менструации, и дальнейшей их имплантации на брюшину и окружающие органы.

2. Метапластическая теория – очаги эндометриоза могут возникать из мультипотентных клеток мезотелия брюшины.

3. Эмбриональная теория предполагает его развитие из остатков мюллеровых протоков и первичной почки. В пользу дизонтогенетической гипотезы исследователи приводят случаи сочетания эндометриоза с врожденными аномалиями половой системы, желудочно-кишечного тракта.

4. Гормональные нарушения – это зависимость развития эндометриоидных структур от гормонального статуса, нарушения содержания и соотношения стероидных гормонов. Для возникновения эндометриоза в первую очередь имеют значение особенности деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [4, 5, 6].

5. Иммунологическая теория – у больных с эндометриоидными поражениями наблюдаются общие признаки иммунодефицита и аутоиммунизации, приводящие к ослаблению иммунного контроля, которые создают условия для имплантации и развития функциональных очагов эндометрия вне их нормальной локализации.

6. Особенности межклеточных взаимодействий – эта гипотеза представляет комбинацию имплантационной и иммунологических теорий. Эндометриоидные фрагменты перемещаются через маточные трубы. В брюшной полости они перераспределяются иммунной системой, представленной главным образом перитонеальными макрофагами. Эндометриоз возникает, когда брюшинная распределительная система имеет дефект или несовершенна. Эктопическая эндометриальная пролиферация заканчивается образованием аутоантител [5, 6, 7].

В настоящее время наиболее распространена классификация Американского общества фертильности (1996), которая основана на оценке лапароскопических данных.

Классификация эндометриоза по стадиям

Стадия I: перитонеальная имплантация с мелкими дефектами брюшины и эндометриоидными очагами.

Стадия II: эндометриоз придатков матки с эндометриоидными очагами или кистами яичников, с развитием множественных спаек вокруг маточных труб и яичников, формированием эндометриоидных инфильтратов на брюшине малого таза.

Стадия III: распространение эндометриоидного процесса на клетчаточные пространства, начинающиеся позади шеечной клетчатки, и соседние органы:

IIIа: поражение серозного покрова соседнего органа или вовлечение в эндометриоидный инфильтрат экстраперитонеально расположенного органа (дистальный отдел толстой кишки, тонкая кишка, червеобразный отросток, мочевой пузырь, мочеточники);

IIIб: поражение мышечного слоя соседнего органа с деформацией его стенки, но без обтурации просвета;

IIIв: поражение всей толщи стенки соседнего органа с обтурацией просвета, поражение паравагинальной и параректальной клетчатки, параметрия с формированием структуры мочеточника.

Стадия IV: диссеминация очагов эндометриоза по брюшине малого таза, серозному покрову малого таза и брюшинной полости, асцит либо множественное поражение соседних органов и клетчаточных пространств малого таза.

Последние годы большое внимание уделяется вопросу сочетания аденомиоза и миомы матки у женщин климактерического периода, так как эти заболевания стоят на первых местах гинекологической патологии. По данным статистики диагностируются у 25-40% больных. Эти заболевания оказывают стимулирующее влияние друг на друга. Они способствуют пролиферации миомы матки и прогрессированию аденомиоза.

Аденомиоз, или внутренний эндометриоз, характеризуется появлением железистого эпителия и цитогенной стромы в миометрии. Он возникает из базального слоя эндометрия. Морфологическими особенностями, характерными для аденомиоза, являются определения: 1. Вариабильности соотношения желез и стромального компонента. 2. Полиморфизма железистого компонента (высокая, умеренная или низкая функциональная активность желез и цитогенной стромы). 3. Разнообразие васкуляризации стромы.

К факторам риска, приводящим к развитию патологического процесса, следует отнести:

- стрессы, психоэмоциональное напряжение и высокую жизненную активность, свойственную жительницам мегаполисов;
- внутриматочные вмешательства – контрацептивы, искусственное прерывание беременности, операции, в том числе кесарево сечение;
- нарушение гормонального статуса;
- наследственный фактор [11, 12].

Очаги поражения принято называть гетеротопиями, а от их локализации и глубины проникновения в мышечную оболочку зависят формы и стадии внутреннего эндометриоза:

- для аденомиоза диффузной формы свойственно равномерное распределение гетеротопий в толще миометрия;
- узловая форма аденомиоза характеризуется образованием различных по размеру и местонахождению в миометрии эндометриоидных узлов, особенностью которых можно считать отсутствие капсулы;
- встречающиеся совместно разновидности образуют смешанную форму аденомиоза, которая называется диффузно-узловой.

В зависимости от глубины расположения эндометриоидных очагов в мышечной оболочке различают четыре стадии аденомиоза:

- аденомиоз 1 степени характеризуется поражением 1/3 мышечного слоя;
- аденомиоз 2 степени отличается проникновением эндометриоидных гетеротопий до половины миометрия;

• аденомиозу 3 степени свойственно распространение на всю толщу миометрия вплоть до серозной оболочки;

• аденомиоз 4 степени захватывает не только миометрий. Проникая через серозную оболочку, очаги эндометриоза распространяются по брюшине малого таза и брюшной полости с поражением соседних органов и клетчатки малого таза [8, 9].

Течение внутреннего эндометриоза хронически прогрессирующее, поэтому ранняя диагностика и своевременно начатое лечение играют существенную роль в прогнозе заболевания.

Учитывая вышеизложенное, цель работы – выявить клинико-морфологические изменения при миоме матки и аденомиозе у женщин климактерического периода.

Нами проанализирован операционный материал больных гинекологического отделения Городской клинической больницы скорой и неотложной помощи города Алматы за последний год.

Материал и методы

Всего прооперировано 14 пациенток с миомой матки. Из общего числа женщины климактерического периода составляли 76%. Основное заболевание протекало в течение двух-трех лет. Пациентки жаловались на нерегулярные боли в нижней части живота, пояснице, мажущиеся выделения, иногда достаточно интенсивные. Для исследования вырезали кусочки ткани лейомиоматозных узлов из центра, промежуточных зон, периферии, а также ткань миометрия и эндометрия. Гистологическую обработку материала проводили по стандартной методике.

При обследовании помимо миомы выявлены эндометриодные поражения матки, которые в 60% носили смешанную форму. У 29% больных преобладала узловая форма, в 11% аденомиоз носил диффузный характер. Из общего числа женщин климактерического периода в 17% случаев проведена лапароскопическая операция с экстирпацией матки, у 83% больных произведена операция лапаротомии с экстирпацией матки и придатков.

При макроскопическом исследовании операционного материала матка была плотная на ощупь, деформирована, поверхность бугристая. Размеры органа колебались от 7х6,5х5 см до 14х10х10 см. На разрезе просвет матки щелевидный. Субсерозно и интрамурально, субмукозно располагались узлы различных размеров величиной с горошину до размера с куриное яйцо. Эндометрий гладкий.

При микроскопическом исследовании у 30% больных в эндометрии картина простой гиперплазии эндометрия без атипии. В 15% случаев в эндометрии была картина сложной железисто-кистозной гиперплазии эндометрия с очагами пролиферации эпителия желез. У остальных пациенток в эндометрии преобладали атрофические процессы. Исследование миометрия выявил в 10% наблюдений, пролиферирующую лейомиому матки, у остальных 80% больных обычная миома, в 10% случаев в миоме выявлялись вторичные изменения в виде кальциноза, гиалиноза.

При гистологическом исследовании эндометриоидных поражений в 18% наблюдений аденомиоз соответствовал 1 и 2 стадии. Эндометриальные железы и строма локализовались в подслизистой оболочке матки при первой стадии, при второй патологический процесс переходил на мышечные слои до половины миометрия. В 63% случаев наблюдались 2 и 3 стадии аденомиоза. При третьей стадии эндометриоидные очаги распространялись на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова. У 18% больных эндометриоидные железы и строма локализовались в шейке матки. В 90% случаев степень функциональной активности очагов эндометриоза была высокой, а в 10% – низкой. При микроскопическом исследовании придатков у 50% больных имело место сочетание внутреннего эндометриоза с наружным в виде эндометриоза яичников и трубы.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие **выводы:**

1. Лейомиома и аденомиоз наблюдались в 76% случаев у женщин климактерического периода.

2. При клиническом обследовании в 60% наблюдений выявлялась смешанная форма аденомиоза.

3. Микроскопическая картина соответствовала 2 и 3 стадиям аденомиоза, с высокой функциональной активностью желез и цитогенной стромы.

4. В 50% случаев имело место сочетание аденомиоза с эндометриозом яичника и трубы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Адамян Л.В. Эндометриозы. – М.: Медицина, 2006. – 450 с.

2 Дамиров М.М., Слюсарь Н.Н., Шабанов А.М., Сюч Н.И., Полетова Т.Н., Бабков К.В., Бойчук В.С. Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении больных аденомиозом // Акушерство и гинекология. – 2003. – №1. – С. 34-37

3 Леонова Н.Г. Влияние социально-экономических условий на процессы воспроизводства // Проблемы социальной гигиены, ЗО и истории медицины. – 2007. – №1. – С. 19-25

4 Материалы Дальневосточной региональной научно-практической конференции «Новые технологии в акушерстве и гинекологии». – Хабаровск: ДВГМУ, 2011. – 247 с.

5 Сидорова И.С., Коган Е.А., Зайратьянц О.В., Унанян А.Л., Леваков С.А. Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза) // Акушерство и гинекология. – 2002. – №3. – С. 32-38

6 Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С., Посисеева Л.В., Соловьева Т.А., Букина Е.А. Фенотипический профиль лимфоидных клеток на системном и локальном уровне у женщин с внутренним эндометриозом // Акушерство и гинекология. – 2001. – №2 – С. 28 – 32

7 Янбердина Э.М., Султанаева З.М., Шарафутдинова Н.Х. Региональные аспекты медико-социальных проблем материнства и детства // Проблемы социальной гигиены, ЗО и истории медицины. – 2007. – №2. – С. 18-20

8 Bakkum E.A., Trimbos J.B., Trimbos T.C. Postsurgical adhesion formation and prevention – recent developments with regard to the consecutive stages in adhesion formation // Reproductive Medical Review. – 2009. – Vol. 5. – Issue 01. – P. 37-49.

9 Balen A.H., Rutherford A.J. Clinical Review: Management of infertility. 2007. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1988991/.

10 Haney A.F. Endometriosis – associated infertility //

Reproductive medical Review. – 2009. – Vol. 6. – Issue 03. – P. 145-161

11 Tomas E.J., Prentice A. The aethology and pathogenesis of endometriosis // Reproductive Medical Review. – 2009. – Vol. 1. – Issue 01. – P. 21-36

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Э.Н. ШУМКОВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА, У.А. АЛШЕРИЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Казақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.

КЛИМАКС КЕЗЕҢІНДЕГІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫР ЛЕЙОМИОМАСЫ МЕН АДЕНОМИОЗЫ

Қазіргі заманда эндометриоз медико-әлеуметтік мәселелердің бірі болып саналады. Гинекологиялық аурулардың ішінде құрылымы бойынша жатыр миомасымен қабыну ауруларынан кейінгі 3 орынды алады. Эндометриоз орналасуына байланысты жатыр денесімен (аденомиоз, немесе ішкі эндометриоз), жатырдан тыс орналасады (сыртқы эндометриоз).

Зерттеу мақсаты – климакс кезеңінде әйелдердің жатыр миомасы мен аденомиозы кезіндегі клиникалық-морфологиялық өзгерістерді анықтау. Біздің талдауымызда Алматы қаласының шұғыл жәрдем көрсету қалалық клиникалық ауруханасының гинекология бөлімшесіндегі науқастардан алынған операциялық материал қаралды.

Материал және әдістері. Барлық операцияға алынған жатыр миомасымен емделушілер саны 14. Климакс кезеңінде әйелдердің жалпы саны 76% құрайды. Негізгі ауруларының болғанына екі үш жылдай өткен. Науқастар аздаған жұғынды түріндегі, кейде қомақты бөліністерге, ішінің төменгі бөлігінің бел аймағының ретсіз ауруы сезіміне шағымданған. Зерттеуге лейомиоматозды түйіндердің ортасынан аралық шекарадан, шеттен, сонымен қатар миометрия мен эндометрия тінінен тін кесіндісі алынған. Гистологиялық зерттеуге алынған материалдар стандартты әдістер бойынша жүргізілді.

Нәтижелері және талқылаулы. Науқасты зерттеп анықтау барысында жатыр миомасынан басқа науқастарда жатыр аденомиозы кездесті, олардың 60% аралас формасы анықталды. Науқастардың 29% түйінді формасы кездесті, 11% науқастарда аденомиоз диффузды сипатта болғаны анықталды. Операциялық материалды макроскопиялық зерттеу кезінде қолмен ұстап қарағанда жатыр тығыз деформацияланған беті төмпешікті тегіс емес. Ағзаның өлшемдері 7х6,5х5 см ден 14х10х10 см ге дейін аралықта. Микроскопиялық зерттеу кезінде эндометриде атрофиялық үрдістер кездескен. Миометриді зерттеу барысында 10% жатырдың пролиферацияланған лейомиомасы анықталған, ал қалған 80% науқастарда жатырдың қарапайым миомасы, 10% науқастарда жатыр миомасында кальцинаттар, гиалиноз түрінде қайталама өзгерістер анықталды. Эндометриоидты зақымдалу науқастардың 18% аденомиоз 1 және 2 сатысына сәйкес келеді. Бірінші сатысы кезінде эндометриальді бездер мен строма жатырдың шырышасты қабатына дейін орнықты таралған, ал екінші сатысында патологиялық үдеріс жатырдың бұлшықет қабатымен миометридің жартысына дейін жетті. 63% науқастарда аденомиоздың 2 және 3 сатысы байқалды. Үшінші сатысы кезінде эндометриоидты ошақтар жатырдың бүкіл бұлшықет қабатына таралып тіптен сірлі қабатқа дейін жетеді. 18% науқастарда эндометриальді бездер мен строма жатырдың мойнына дейін орнықты таралған. 90% жағдайларда аденомиоз ошақтарының функциональды белсенді дәрежесі жоғары болды, ал 10% төмен болды.

Қорытынды. Климакс кезеңіндегі әйелдерде 76% жағдайында лейомиома мен аденомиоз анықталды. Клиникалық зерттеу кезіндегі 60% науқастарда аденомиоздың аралас формасы кездесті. Микроскопиялық көрініс аденомиоз ошақтарының 2 және 3 сатысына сәйкес келеді, бездер бен цитогенді строманың функционалды белсенділік дәрежесі жоғары.

Негізгі сөздер: *эндометриоз, жатыр денесі, лейомиома, микроскопия.*

S U M M A R Y

E.N. SHUMKOVA, B.E. BASTIMIYEV, U.A. ALSHERIYEV

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

UTERINE LEIOMYOMA AND ADENOMYOSIS IN CLIMACTERIC WOMEN

Endometriosis is a current medical and social issue. It is the 3rd most acute condition among gynecological diseases after inflammatory diseases and uterine myomas. Endometriosis can be localized both in the uterine body (adenomyosis, or internal endometriosis), and outside the uterus (external endometriosis).

Objective. The purpose of the study was to reveal clinical and morphological changes in uterine myoma and adenomyosis in climacteric women. We analysed specimens surgically obtained from patients of gynecology division of Almaty city clinical emergency hospital over the last year.

Material and methods. The overall number of 14 patients with uterine myoma were operated on, which made up 76% of the total number of climacteric women. The primary disease progressed during two to three years. The patients complained of irregular pains in the lower abdomen, at the waist, spotting, sometimes rather profuse. For the purpose of examination, specimens were cut out leiomyotic nodes from the medial and distal areas, as well as myometrial issue from endometrium. Histologic examination of the specimens was carried out using a standard technique.

Results and discussion. Apart from myoma, the examination revealed uterine adenomyosis which proved to be of mixed type in 60% cases. The nodular form prevailed in 29% of patients, diffuse adenomyosis was seen in 11%. In the course of macroscopic examination, the surgically obtained uterine specimen was solid to the touch, deformed, with bumpy surface. The sizes of organ varied from 7x6,5x5 cm to 14x10x10 cm. The microscopic examination of endometrium revealed major atrophy. Examination of myometrium revealed uterine myoma with proliferation in 10% of cases, the remaining 80% of patients had typical presentation of myoma, in 10% of cases secondary calcinotic, hyalinotic changes were found. Endometrial lesion in 18% of cases, adenomyosis was compatible with stages 1 and 2. Endometrial glands and the stroma were localized in the uterne submucous in stage 1 patients, whereas in stage 2 patients the pathological process involved muscular layers of half of the miometrium. Stage 2 and 3 adenomyosis was seen in 63% of cases. In stage 3 patients endometrial foci involved the whole thickness of the uterine muscular wall to the depth of the perimetrium. In 18% of patients endometrial glands and stroma were localized in the uterine neck. In 90% of cases a high degree of the functional activity of the adenomyotic foci was seen, and in 10% it was low-degree.

Conclusion. Leiomyoma and adenomyosis were revealed in 76% of climacteric women. In the course of clinical examination in 60% of patients adenomyosis was of mixed type. The microscopic evidence was compatible with stage 2 and adenomyosis, with increased functional activity of glands and a cytogenic stroma.

Key word: *endometriosis, uterine body, leiomyoma, microscopic examination.*

Статья поступила в редакцию 09.04.2015 г.