

Т. В. Мєліхова

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТРОМИ ЕНДОМЕТРІЯ І ПЕРЕХІДНОЇ ЗОНИ МАТКИ ПРИ АДЕНОМІОЗІ ТА ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

УДК 618.145-007.61-002.18-091.8-07

Т. В. Мєліхова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТРОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ И ПЕРЕХОДНОЙ ЗОНЫ МАТКИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ И ПРОЛІФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Целью исследования было выявление патоморфологических особенностей соединительно-тканного компонента эндометрия и переходной зоны матки при аденомиозе у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалом исследования служили фрагменты эндометрия с подчиненным миометрием.

В зависимости от характера патологического процесса в полученном биопсийном материале пациентки были разделены на такие группы: I группа — 18 случаев аденомиоза I–II степени, II группа — 6 случаев гиперплазии эндометрия, III группа — 6 случаев железисто-фиброзного полипа эндометрия, IV группа — 6 случаев железисто-фиброзного полипа на фоне железистой гиперплазии эндометрия.

В результате проведенного морфологического исследования, включавшего комплекс гистологических и гистохимических методов, выявлено, что строма эндометрия и переходная зона при аденомиозе и некоторых пролиферативных процессах эндометрия отличаются как по обзорной микроскопической картине, так и по количеству и расположению коллагеновых волокон, что может быть одним из дифференциальных критериев между патологическими процессами, изучаемыми в данном исследовании.

Ключові слова: переходная зона, аденомиоз, гиперплазия эндометрия.

UDC 618.145-007.61-002.18-091.8-07

T. V. Myelikhova

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE STROMA OF THE ENDOMETRIUM AND JUNCTIONAL ZONE OF THE UTERUS IN ADENOMYOSIS AND PROLIFERATIVE PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM

The Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim of the study was to identify the pathomorphological features of the connective tissue component of the endometrium and the junctional zone of the uterus in adenomyosis in women of late reproductive age.

Materials of the study were fragments of endometrium with the subject myometrium, which were obtained by hysteroscopic surgical intervention with subsequent mechanical evacuation of the tissue and conducting its histological examination.

Depending on the nature of the pathological process in the resulting biopsy material, the patients were divided into the following groups: I group consisted of 18 cases of adenomyosis I–II degree, II group — 6 cases of endometrial hyperplasia, group III — 6 cases of glandular fibrotic polyp of endometrium, IV group — 6 cases of glandular-fibrous polyp on the background of glandular hyperplasia of the endometrium.

In all the groups (the study group and the comparison group), in addition to the stroma, collagen fibers were detected along the basement membranes of the glands and blood vessels. As for the myometrial part of the junctional zone, collagen fibers surrounded the tufts of smooth muscle fibers. In adenomyosis, smooth muscle fibers are slightly enlarged in comparison with the comparison groups.

It has been established that the stroma of the endometrium and the junctional zone in adenomyosis and some proliferative processes of the endometrium differ both in the survey microscopic pattern and in the number and location of collagen fibers, which may be one of the differential criteria between the pathological processes studied in this study.

Key words: junction zone, adenomyosis, endometrial hyperplasia.

Ендоментріоз знаходиться у центрі медико-соціальних проблем і має більш ніж вікову історію вивчення. Він залиша-

ється на третьому місці у загальній структурі гінекологічних захворювань після запальних захворювань органів малого таза та лейоміоми матки [1].

У загальній популяції жінок частота виявлення даної патології становить від 6,2 до 50 % випадків захворювання у пацієнток репродуктивного віку. Ендоментріоз негативно впли-



ває на психоемоційний стан, знижує працездатність і репродуктивну функцію [2].

У структурі різних форм генітального ендометріозу істотне місце посідає аденоміоз, частота якого постійно зростає, особливо у поєднанні з лейоміомою матки і гіперпластичними процесами [1]. Ця своєрідна дисгормональна гіперплазія ектопованого ендометрія відбувається на фоні вираженої дисфункції імунної системи [3].

Труднощі діагностики аденоміозу пов'язані зі значною варіабельністю його клінічної картини, оскільки існують малосимптомні прояви захворювання. Відсутні критерії прогнозування розвитку аденоміозу та вибору раціональної тактики лікування [4; 5]. Тож доцільним є проведення комплексних досліджень з поглибленим морфологічним вивченням для розуміння окремих ланок патогенезу аденоміозу [6].

Огляд попередніх досліджень, проведених науковцями за даною проблемою, показав, що участь перехідної зони стінки матки у розвитку аденоміозу недостатньо вивчена.

Згідно з даними літератури, перехідна зона виявляється за допомогою МРТ і трансвагінального ультразвукового дослідження і має в нормі ширину від 2,0 до 5,0 мм, збільшуючись при аденоміозі до 10–12 мм [7].

Проведені дослідження показали, що на ділянці перехідної зони превалюють фактори гіпертрофії гладком'язових клітин [4]. Імуногістохімічний профіль стромі ділянки ендометрія, що належить перехідній зоні, за наявності аденоміозу характеризується присутністю переважно колагену III типу, а в зоні екстрацелюлярного матриксу, навколо ендометріаль-

них залоз, — і колагену I типу. Останній трапляється і навколо вогнищ аденоміозу, і в шарках сполучної тканини, що супроводжує кровоносні судини. Колаген IV типу виявляється у вигляді тонких фібрил у цитогенній стромі ендометрія і в базальній мембрані ендометріальних залоз. Співвідношення фібрилярного й аморфного компонентів на ендометріальній ділянці перехідної зони свідчить про превалювання обсягу аморфного компонента. Вивчення коефіцієнта ентропії з усією очевидністю показало наявність відмінностей між ендометріальною порцією перехідної зони в нормі та при аденоміозі, статистично ці відмінності виявилися достовірними, цей феномен був повторений і на міометріальній ділянці, що вказує на дезорганізацію структурної цілісності й міометрія. Це узгоджується з даними літератури про те, що при аденоміозі відбуваються гіперплазія і гіпертрофія міометрія, що в подальшому може призвести до дисфункції контрактильності [7].

На початковому етапі нашого дослідження ми дослідили стан сполучнотканинного компонента ендометрія і перехідної зони матки при аденоміозі порівняно з такими при деяких проліферативних процесах ендометрія.

Мета дослідження — виявлення патоморфологічних особливостей сполучнотканинного компонента ендометрія і перехідної зони матки при аденоміозі у жінок пізнього репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом дослідження слугували фрагменти ендометрія з підлеглим міометрієм, які були отримані при гістероско-

пічному оперативному втручанні з подальшою механічною евакуацією тканини і проведенням її гістологічного дослідження.

Матеріал отримували під час проведення вказаної маніпуляції пацієнткам пізнього репродуктивного віку, які перебували на хірургічному лікуванні (гістероскопія з біопсією ендометрія) у відділенні оперативної гінекології з малоінвазивними технологіями Регіонального перинатального центру на базі КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» (Харків) і яким при клініко-інструментальному дослідженні було діагностовано аденоміоз або проліферативні процеси ендометрія.

У дослідженні взяли участь 36 жінок пізнього репродуктивного віку. Залежно від характеру патологічного процесу в отриманому біопсійному матеріалі пацієнтки були розподілені на такі групи: I група — 18 випадків аденоміозу I–II ступеня; групами порівняння були: II група — 6 випадків гіперплазії ендометрія, III група — 6 випадків залозисто-фіброзного поліпа ендометрія, IV група — 6 випадків залозисто-фіброзного поліпа на фоні залозистої гіперплазії ендометрія.

Для морфологічного дослідження зразки тканини фіксували у 10 % розчині формаліну, потім піддавали стандартному проведенню через спирти концентрації, що збільшується, рідину Никифорова (96 % спирт і діетиловий ефір у співвідношенні 1 : 1), хлороформ, після чого заливали парафіном. З приготовлених таким чином блоків робили серійні зрізи завтовшки 4–5·10⁻⁶ м.

Морфологічна обробка включала комплекс гістологічних і гістохімічних методів. У всіх



випадках використовували рутинний метод забарвлення гематоксиліном і еозином, а також пікрофуксином за Ван Гізоном, методом Маллорі. Кожний досліджуваний випадок піддавали оглядовій мікроскопії, при якій давали загальну оцінку стану досліджуваних тканин: визначали характер патологічного процесу, проводили гістологічну верифікацію доброякісної проліферативної патології ендометрія (поліп, гіперплазія, поєднана проліферативна патологія ендометрія). За допомогою методів забарвлення за Ван Гізоном, методом Маллорі оцінювали стан сполучнотканинного компонента ендометрія і перехідної зони стінки матки. При цьому методом за Ван Гізоном колагенові волокна сполучної тканини забарвлюються кислим фуксином у червоний колір, методом Маллорі — аніліновим синім у темно-синій колір, а еластичні волокна кислим фуксином — у червоний.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведеного морфологічного дослідження виявлено, що у II, III та IV досліджуваних групах межа між ендометрієм і міометрієм досить чітка, колагенові волокна спостерігаються у невеликій кількості в стромі базальних відділів ендометрія, тобто в ендометріальній частині перехідної зони, а в поліпах колагенові волокна розташовані здебільшого у так званій ніжці у помірній кількості.

У I досліджуваній групі перехідна зона «зазубрена» за рахунок занурення ендометрія в міометрій по міжфасцикулярних просторах сполучної тканини, ендометріальні залози гіпертрофовані, у базальному відділі оточені стромою

з великою кількістю клітин. У стромі нижньої третини, а подекуди 1/2 шару ендометрія колагенові волокна виявлялися дифузно у помірній кількості, місцями — у значній кількості.

В усіх групах (досліджуваній і групах порівняння), окрім стромі, колагенові волокна виявлялися за ходом базальних мембран залоз і судин. У міометріальній частині перехідної зони колагенові волокна оточували пучки гладком'язових волокон. При аденоміозі гладком'язові волокна дещо збільшені у розмірах, ніж у групах порівняння.

За даними літератури, ріст гетеротопічних вогнищ супроводжується втратою колагеновими волокнами здатності сприймати забарвлення фуксином за Ван Гізоном. Ці волокна виглядають «розчиненими», «желатинізованими» і набувають характерного жовто-жовтогарячого забарвлення, з вираженим повнокров'ям мікроциркуляторного русла міометрія, лімфостазом, набряком периваскулярної тканини міометрія, збільшенням навколо осередків ендометріозу кількості тканинних базофілів [8]. Проте в нашому дослідженні у випадках з аденоміозом цих ознак ми не спостерігали, відзначалося тільки осередкове порушення архітекtonіки пучків колагенових волокон, що свідчить про «спокійність» процесу або, скоріше за все, про збереженість захисної функції сполучнотканинних компонентів від інфільтруючого росту ендометрія в міометрії.

Висновки

Установлено, що строма ендометрія і перехідна зона при аденоміозі та деяких проліферативних процесах ендометрія відрізняються як за оглядовою мікроскопічною картиною, так і за кількістю та розташуванням колагенових волокон, що може бути одним з диференційних критеріїв між патологічними процесами, які вивчалися у даному дослідженні.

метрія відрізняються як за оглядовою мікроскопічною картиною, так і за кількістю та розташуванням колагенових волокон, що може бути одним з диференційних критеріїв між патологічними процесами, які вивчалися у даному дослідженні.

Перспективи подальших розробок у цьому напрямі.

У подальшому для більш достовірної диференційної діагностики вищезазначених патологічних станів матки і для прогнозу імовірності швидкості прогресування доцільно планувати проведення імуногістохімічних досліджень.

Ключові слова: перехідна зона, аденоміоз, гіперплазія ендометрія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бирчак І. В., Гошовська А. В. Особливості загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з ендометріозом. *Буковинський медичний вісник*. 2016. т. 20. № 3. С. 224–226.
2. Запорожан В. М., Татарчук Т. Ф., Камінський В. В. Національний консенсус щодо ведення пацієнток із ендометріозом. *Репродуктивна ендокринологія*. 2015. № 4. С. 7–12.
3. Веропотвелян П. Н., Бондаренко А. А., Веропотвелян Н. П. Эндометриоз: взгляд практического врача на патогенез [Текст]. *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2015. № 9. С. 23–28.
4. Benagiano G., Brosens I., Habiba M. Adenomyosis: a life-cycle approach. *Reproductive BioMedicine Online*. 2015. Vol. 30, № 3. P. 220–232.
5. Vercellini P., Consonni D., Dridi et al D. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 2014. Vol. 29, № 5. P. 964–977.
6. Тапильская Н. И., Гайдуков С. Н., Шанина Т. Б. Аденомиоз как самостоятельный фенотип дисфункции эндомиометрия. Эффективная фармакотерапия. *Акушерство и гинекология*. 2015. Т. 5, № 1. С. 62–68.
7. Могильная Г. М., Куценко И. И., Симовоник А. Н. Компоненты пере-



ходной зоны стенки матки при аденомиозе. *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 6. С. 1–11.

8. Дамиров М. М., Шабанов А. М. Новый взгляд на патогенез аденомиоза. *Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2013. № 3. С. 23–27.

REFERENCES

1. Byrchak I.V., Hoshovs'ka A.V. Peculiarities of general and obstetric-gynecological history of women with endometriosis. *Bukovyns'kyu medychnyu visnyk* 2016; 20 (3): 224–226.

2. Zaporozhan V.M., Tatarchuk T.F., Kamins'kyu V.V. National Consensus on the Management of Patients with

Endometriosis. *Reproduktyvnaya endokrynolohyia* 2015; 4: 7–12.

3. Veropotvelyan P.N., Bondarenko A.A., Veropotvelyan N.P. Endometriosis: a practical doctor's view on pathogenesis. *Meditsynskiye aspekty zdorov'ya zhenshchiny* 2015; 9: 23–28.

4. Benagiano G., Brosens I., Habiba M. Adenomyosis: a life-cycle approach. *Reproductive BioMedicine Online* 2015; 30 (3): 220–232.

5. Vercellini P., Consonni D., Dridi-etal D. Uterine adenomyosis and in vitro fertilization outcome: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 2014; 29 (5): 964–977.

6. Tapil'skaya N.I., Gaydukov S.N., Shanina T.B. Adenomyosis as an independent phenotype of dysfunction of

endomyometry. *Effektivnaya farmakoterapiya. Akusherstvo i ginekologiya* 2015; 5 (1): 62–68.

7. Mogil'naya G.M., Kutsenko I.I., Simovonik A.N., Components of the transition zone of the uterine wall in adenomyosis. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* 2016; 6: 1–11.

8. Damirov M.M., Shabanov A.M. A new look at the pathogenesis of adenomyosis. *Zhurnal im. N. V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaya meditsynskaya pomoshch»* 2013; 3: 23–27.

Надійшла до редакції 10.10.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. М. Рожковська,
дата рецензії 15.10.2018

УДК 616.65-006.6-089.87-074

Л. Г. Роша

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИК ПРИЖИТТЄВОЇ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ (НА ПРИКЛАДІ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ)

Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка),
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.65-006.6-089.87-074

Л. Г. Роша

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИК ПРИЖИЗНЕННОЙ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ (НА ПРИМЕРЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Центр реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника),
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Разработанный метод направлен на совершенствование определения топографии рака предстательной железы относительно простатической капсулы на дооперационном этапе. Этот метод позволяет оценить степень распространения процесса, принять решение о сохранении сосудисто-нервных пучков во время радикальной простатэктомии. Усовершенствована методика восстановления единства микропрепарата простаты с последующей маркировкой краев резекции. Метод позволяет точно определить стадии рака предстательной железы после операции, избежать ошибок относительно определения «положительности» края резекции, способствует своевременной адьювантной терапии. Усовершенствована интраоперационная оценка хирургического края препарата во время радикальной простатэктомии у пациентов с местнораспространенным раком предстательной железы, что повысило радикальность оперативного вмешательства и улучшило результаты лечения.

Ключевые слова: рак предстательной железы, патоморфологическое исследование, край резекции.

UDC 616.65-006.6-089.87-074

L. G. Rosha

IMPROVING THE METHODS OF INTRAVITAL PATHOMORPHOLOGICAL DIAGNOSIS (AT THE EXAMPLE OF PROSTATE CANCER)

Center for Reconstructive and Restorative Medicine (University Hospital), the Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Relevance. The need to establish the topography of cancer of the prostate due to the difference data of the lesion volume and extent of the process at the pre- and post-operative examination. This concerns the question whether the process is close to the capsule of the gland or the spread of

