

УДК: 616,24-006.03/618.17-008,8

А.К. Вородюхіна, М.Г. Бойко, Ю.П. Решетник, Л.М. Добровольська, Г.А. Одінцева, Т.О. Панасенко
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

ЕНДОМЕТРІОЗ ЛЕГЕНЬ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ -ФТИЗІАТРА

У статті представлений клінічний випадок діагностування ендометріозу легень у практиці лікаря-фтизіатра. Зазначено необхідність проведення диференціальної діагностики туберкульозу легень і ендометріозу легень у жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: туберкульоз, легені, ендометріоз, гістологічне дослідження.

Тема роботи є фрагментом комплексних наукових досліджень кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією Української медичної стоматологічної академії «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики» № держреєстрації 0110и8151.

Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке розвивається на тлі гормонального та імунного дисбалансу при наявності генетичної схильності і характеризується появою тканин, ідентичних за структурою та функцією з ендометрієм, розташованих за межами нормальної локалізації слизової оболонки тіла матки [4]. Ендометріодним гетеротопіям властива інвазивність в підлеглі тканини, вони можуть переноситися з током крові, мають проліферативну активність і властивість до ангиогенезу, тобто ендометріоз являє собою доброякісний неопластичний процес [1, 8, 5, 7]. У жінок репродуктивного віку частота ендометріозу коливається в межах від 7 до 59% [1, 4, 5]. За останні 10-15 років відмічається збільшення кількості пацієнток із ендометріозом, що, можливо, пов'язане з використанням сучасних інвазивних високоінформативних методів діагностики у жінок із хронічним тазовим болем [1, 4, 6].

Механізм походження і розвитку ендометріозу до теперішнього часу остаточно не з'ясований. Існує три групи теорій походження патології [1, 2, 5]:

- відповідно ембріональній та дизонтогенетичній теоріям, ендометріоз розвивається в процесі ембріогенезу із ділянок зародкового матеріалу, з яких в майбутньому формуються статеві органи жінки;
- метастатична теорія, згідно якої ендометріоз розвивається внаслідок метастазії ембріональної черевини або ціломічного епітелію під впливом гормональних порушень, хронічного запалення та механічної травми;
- транспортні теорії вважають, що ендометріоз виникає внаслідок механічного переносу клітин ендометрію через маткові труби в черевну порожнину, а також гематогенним та лімфогенним шляхом в окремі органи і тканини. Ця теорія в останній час має найбільшу кількість прихильників.

Ендометріоз розділяють на зовнішній та внутрішній [2, 4, 8,]:

- *зовнішній ендометріоз* – захворювання, при якому ендометріодні гетеротопії локалізуються за межами матки. Зовнішній ендометріоз, в свою чергу, розділяють на зовнішній генітальний (ураження зовнішніх статевих органів, піхви, вагінальної частини шийки матки, яєчників, маткових труб, черевини малого тазу) та зовнішній екстрагенітальний

(ендометріодні ураження інших внутрішніх органів – кишківника, сечового міхура, нирок, бронхів, легень, пупка, післяопераційного рубця, кон'юнктиви очей).

- *внутрішній ендометріоз (аденоміоз)* – захворювання, при якому ендометріодна тканина вражає тіло матки, першийшок маткової труби, інтерстиціальні відділи маткових труб.

Найрозповсюднішою є генітальна форма ендометріозу (92-94%), екстрагенітальна локалізація діагностується значно рідше (6-8%) [9].

Сьогодні ендометріоз є патологією, що потребує безперервного лікування [11], яке складається з призначення медикаментозних препаратів та проведення оперативного втручання. Майже у 30% хворих проводять оперативні втручання на різних органах. [3] Враховуючи естрогенозалежність патології, в лікуванні ендометріозу пріоритетним є консервативна терапія з використанням препаратів, що пригнічують секрецію естрогенів [7]. Роботи, що базуються на доказовості рівня А, рекомендують гормональне лікування ендометріозу з використанням агоністів гонадотропін-релізінг-гормонів (диферелін, золадекс, люкрин-депо), похідних тестостерону (даназол), комбінованих оральних контрацептивів, що вміщують прогестагени з максимальною антипроліферативною дією – дезогестрел (новінет, мерсілон), гестоден (ліндінет – 20, логест), дієногест (жанін) [8, 7].

В останні роки в лікуванні ендометріозу набувають популярності прогестагени як такі, що мають високу ефективність та безпеку, чим обумовлена можливість їх тривалого використання. Сьогодні серед прогестагенів, рекомендованих до застосування при ендометріозі, препаратом вибору є візан (діюча речовина – дієногест), який має виразну антипроліферативну, протизапальну та протиангіогенну дію, зменшує, але не пригнічує зовсім секрецію ендogenous естрадіолу [11].

Незважаючи на значні досягнення в сучасній консервативній терапії ендометріозу, оперативні втручання продовжують залишатись провідним компонентом їх комплексного лікування [10, 4, 6, 7, 11].

Вперше ендометріоз легень виявив С. Hart ще в 1912 р. під час аутопсії 72-річної жінки. На секції в легенях було виявлено безліч вузлів, що розташовувалися переважно під плеврою і при гістологічному дослідженні мали картину аденоміоза маткового походження. [14] В 1940 г. J. Hobbs, A. Bortnick експериментально показали можливість гематогенного генезу ендометріозу легень.

Серед найбільш частих клінічних проявів ендометріозу легень виділяють: пневмоторакс – в 72%, кровохаркання – в 14%, гемоторакс – в 12% випадків. Правостороннє ураження грудної клітки виявляється частіше (85%), ніж з лівого боку [12]. Важливе місце в обстеженні хворих займають багатопозиційна рентгенографія, томографія, комп'ютерна томографія і магнітно-резонансна томографія органів грудної клітки. Виявляються затемнення, інфільтрація легеневої тканини, кісти, округлі тіні. Таке обстеження більш інформативне під час менструації. Клінічне дослідження харкотиння в цей період може вказувати на наявність елементів ендометріозу. [2] Проте остаточний діагноз ендометріозу можливий лише при безпосередній візуалізації вогнищ, підтвердженій гістологічним дослідженням, при якому виявляється не менше двох з наступних ознак: ендометріальний епітелій; ендометріальні залози; ендометріальна строма; гемосидеринвмісні макрофаги.

Окрім класичних темно-синюшних дрібних розсіяних вогнищ можуть бути виявлені білі, червоні або пухирчасті прозорі осередки, білі або жовтуваті папули, геморагічні вогнища, а також фіброзні ділянки [13].

Метою роботи було представлення клінічного випадку діагностики ендометріозу легень.

Результати дослідження та їх обговорення. Хвора Ж., 38 років, історія хвороби №468, госпіталізована до фтизіохірургічного відділення Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру 31.08.09 р. із скаргами на періодичний кашель із прожилками крові в мокроті один раз на місяць (під час менструації) протягом 3-4 днів, задишку при фізичному навантаженні. Вважає себе хворою з 2000 р., коли перенесла правобічний пневмоторакс, після чого періодично спостерігалось кровохаркання, яке мало циклічний характер. Кровохаркання набувало тенденції до зростання, виникало без причини та зникало без лікування. В травні 2009 р. жінка звернулася до дільничного лікаря з приводу кровохаркання. Була обстежена рентгенологічно (оглядова рентгенограма органів грудної клітки від 21.05.09): в середній долі правої легені округла тінь 3,5 x 2,5 см з просвітленням в центрі (вказує на наявність деструкції). З підозрою на туберкульоз правої легені хвора була госпіталізована до фтизіохірургічного відділення Полтавського клінічного протитуберкульозного диспансеру. З анамнезу життя відомо, що пацієнтка працює майстером на Полтавському заводі газорозрядних ламп (виробництво пов'язане з дією шкідливих факторів – пари ртуті). Мала одну вагітність, що закінчилася нормальними пологамі. Остання менструація 2 тижні тому, в цей період відмічала кровохаркання. Дитячих хвороб не пам'ятає, дорослою хворіла на грип та ГРВІ. При об'єктивному огляді суттєвих патологічних змін не виявлено: перкуторно над легенями ясний легеневий звук, аускультативно над правою легенею жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи. 25.08.09 р. при проведенні комп'ютерної томографії була виявлена негативна, в порівнянні з рентгенологічним обстеженням 21.05.09 р., динаміка – в правій легені діагностовано збільшення розмірів новоутворення до 4,5 x 3,0 см із одночасним збільшення розмірів деструкції.



Рис. 1. Видалені середня та нижня долі правої легені, уражені ендометріозом.



Рис. 2. Поперечний розріз патологічної ділянки легень, ураженої ендометріозом.

При лабораторному 3-х кратному обстеженні мазка мокроти (методом бактеріоскопії, забарвлення за Ціль-Нільсоном) МБТ не знайдені; загальний аналіз крові: гемоглобін – 136 г/л, еритроцити – $4,3 \times 10^{12}$ /л, кольоровий показник – 0,94, лейкоцити – $4,8 \times 10^9$ /л, швидкість осідання еритроцитів – 5 мм/год, лейкоцитарна формула: паличкоядерні лейкоцити – 4%, сегментоядерні – 63%, еозинофіли – 2%, лімфоцити – 25%, моноцити – 6%. Враховуючи негативну рентгенологічну динаміку, збільшення об'єму порожнини в правій легені, рецидивуюче кровохаркання, 8.09.2009 р. консилиумом було прийнято рішення про хірургічне лікування пацієнтки. Операція виконана під інтубаційним наркозом, в асептичних умовах. Зроблена бокова торакотомія справа по 5 міжребер'ю, тотальна облітерація плевральної порожнини, інтраплевральний пневмоліз, розшаровані міждольові бороздки. У ході операції в паренхімі середньої долі правої легені було виявлено безкапсульну шоколадного кольору овальну м'якоеластичну пухлину розміром 4,5x3,0 см з ділянками некрозу. Пухлина поширювалась на верхні відділи нижньої долі, була пов'язана з судинним пучком (нижхідна гілка легеневої артерії). Після ретельної ревізії з'ясовано, що

радикальне видалення пухлини можливо лише шляхом виконання нижньої правобічної білобектомії. Легеневу тканину нижньої і середньої долей з пухлиною було відправлено на патологогістологічне дослідження.

На рисунку 1 представлені видалені середня та нижня долі правої легені. На макрпрепараті добре видно вузли в легеневій тканині, розташовані субплеврально. На рисунку 2 бачимо розріз ендометріальних залоз (вузлів), розташованих в легеневій тканині. При лабораторному дослідженні мазків із видаленої частини легені, мікобактерій туберкульозу не виявлено, знайдені пласти ендометріального залозистого епітелію. Патологогістологічний висновок від 21.09.09: ендометріоз легені з проростанням в найближчий лімфатичний вузол. В оточуючих тканинах виявлено скопичення гемосидеринвмісних макрофагів у великій кількості.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Пацієнтка була виписана в задовільному стані через місяць після оперативного втручання. При виписці зі стаціонару з метою контрацепції та профілактики маніфестації патології на перший післяопераційний рік жінці був призначений *жанин* в пролонгованому режимі (63+7), починаючи з другого післяопераційного року рекомендований прийом препарату за традиційною контрацептивною схемою (21+7). Протягом двох років диспансерного спостереження жінка почувала себе добре, кровохаркання не спостерігалось, ознаки ендометріозу не діагностувались.

Висновок

Наведений приклад свідчить про схожість клінічної та рентгенологічної картини ендометріозу легень з туберкульозом легень. Отже, на основі скарг, анамнезу, даних об'єктивного, рентгенологічного, лабораторного обстеження у хворої на ендометріоз легень може бути констатовано туберкульоз. Лише результати гістологічного дослідження дозволили підтвердити діагноз ендометріозу легень та виключити ураження легеневої тканини туберкульозом. Це дало можливість призначити адекватну терапію, що відповідає доказовій медицині, повернути хвору до нормального життя, роботи, попередити виникнення тяжких наслідків захворювання, інвалідності.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку. Зважаючи на прогресуючу розповсюдженість ендометріозу (в тому числі екстрагенітального), слід враховувати можливість потрапляння хворого з ендометріозом легень до лікаря-фтизіатра. Тому, на етапі діагностики туберкульозу легень у жінок репродуктивного віку, слід диференціювати його й з ендометріозом легень, що повинно включати проведення лабораторних досліджень під час менструації, гістологічних досліджень ураженої патологічним процесом легеневої тканини.

Література

1. Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – М.: Медицина, 2006. – 411 с.
2. Дужий І.Д. Місце торакаскопії при верифікації торакального ендометріозу / І.Д. Дужий, В.В. Мадяр, В.І. Бойко, О.І. Дужа. // Лікарська справа. – 2002. – №7 – С.83-85
3. Клименко В.И., Апостолов В.И., Волошин Я.М. // Тез.докл. 1 съезда фтизиатров и пульмонологов Украины (Винница, 14-16 сент. 1993 г.). – Винница, 1993. – с.128.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей / Лихачов В.К. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 664 с.
5. Манухин И.Б. Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции: руководство для врачей. / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. – [2-е изд., испр. и доп.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 280 с.
6. Манушарова Р.А. Комплексное лечение эндометриоза с применением аналога гонадотропин-релизинг-гормона и рилизинг системы «Мирена» / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкесова. // Гинекология. – 2004. – Т.7, № 2. – С.1 – 6.
7. Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.03 «Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги».
8. Пероральні гормональні контрацептиви (Клінічне керівництво) / [Б.М. Венцковський, Л.І.Воробйова, І.І. Горпінченко та ін.]. – Київ, 2007. – 36 с.
9. Супрун Л.Я. Патогенез и методы лечения эндометриоза: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. н. / Л.Я. Супрун. – Минск, 1983. – 24с.
10. Сухих Г.Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. – [2-е изд. испр.и доп.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 784 с.
11. Alfred O. Mueck Почему диеногест является уникальным прогестагеном для лечения эндометриоза? / Alfred O. Mueck. // Здоровье женщины. – 2011. – №4 (60) . – С.3 – 7.
12. Channabasavaiah A. Thoracic endometriosis: revisiting the association between clinical presentation and thoracic pathology based on thoracoscopic findings in 110 patients / A. Channabasavaiah, J. Joseph. // UCSF Fresno, Division of Pulmonary & Critical Care Medicine – 2010. – P.183-188.
13. Peter Y. Lu Endometriosis: Current Management. / Peter Y. Lu, Steven J. Ory // Mayo Clinic. Proc. – 1995. – P.453-463.
14. Ranney B. Obstet. And Gynec / Ranney B. – 1971. – Vol. 37, N5. – P.734-737.

Реферати

ЭНДОМЕТРИОЗ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА

Вородюхина А.К., Бойко М.Г., Решетник Ю.П., Добровольская Л.М., Одинцова А.А., Панасенко Т.А.

В статье представлен клинический случай диагностики эндометриоза легких в практике врача-фтизиатра. Отмечена

LUNG ENDOMETRIOSIS IN THE PHTHISIATRICIAN – PRACTICE

Vorodukhina A.K., Boyko M.G., Reshetnik Y., Dobrovolska L., Odintsova G.A., Panasenko T.O.

The clinical case of lung endometriosis diagnostic in the phthisiatrician practice is presented in this article.

необхідність проведення диференціальної діагностики туберкульоза легких і ендометріоза легких у жінок репродуктивного віку.

Ключевые слова: туберкульоз, легені, ендометріоз, гістологічне дослідження.

Стаття надійшла 22.12.2011 р.

There is noticed the necessity of a differential diagnostic between lung tuberculosis and lung endometriosis among reproductive-age women.

Key words: tuberculosis, lungs, endometriosis, histological analysis.

УДК: 616. 316. 5 – 002 – 08

В.М. Гаврильєв, О.В. Рибалюк

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ З БОКУ ПРИВУШНИХ ЗАЛОЗ У ХВОРИХ НЕВРОГЕННИМ СІАЛОЗОАДЕНІТОМ ТА ЇЇ РЕЗУЛЬТАТИ

Метою роботи стала розробка диференційованого підходу до корекції функціональних порушень з боку привушних залоз у хворих з підвищеними психологічними реакціями. Для корекції функціональних порушень з боку привушних залоз хворим з урахування ступеню важкості неврогенного сіалозаденіту призначалося бужування проток зацікавлених залоз, їх масаж, інсталяція в протоки ектерициду, протеолітичних ферментів (трипсин), електрофорез 5% розчину аскорбінової кислоти на ділянку уражених залоз, професійна гігієна порожнини рота у терапевта-стоматолога, «Седасен форте», «Но-шпа», ретинолу ацетат, полівітамінний комплекс «Алфавіт». Лікувально-профілактичне забезпечення хворих неврогенним сіалозаденітом сприяло ліквідації у більшості хворих запального процесу в уражених залозах (за даними цитологічного дослідження секрету), покращенню їх морфофункціонального стану, покращенню загальносоматичного стану хворих (за характером зниження рівня тривоги).

Ключові слова: неврогенний сіалозаденіт, корекція, лікування.

Робота є фрагментом комплексно-асоціативної академічної теми науково-дослідницьких робіт: «Вроджені та набуті морфо функціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та ший, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (державний реєстраційний номер 011U06301).

З часів І.П. Павлова відомо, що слинні залози є високочутливим об'єктом до нервових впливів, що визначило їх провідне місце в науковому обґрунтуванні оцінки умовно-рефлекторної діяльності [1, 2]. І разом з тим, зі всіх захворювань слинних залоз найменш вивченими є їх реактивні зміни, що виникають в результаті таких порушень загального характеру як невротії [5, 12, 13]. На сьогоднішній день кількість пацієнтів з невротіями в зв'язку з активним розвитком техносфери неухильно зростає [3]. Фактично позаосередкові невротії – це своєрідне відображення реакцій у відповідь на стресові ситуації і, як наслідок цього впливу, розвиток функціональних порушень у всіх паренхіматозних органах, в тому числі і у великих слинних залозах з наступним виникненням в них явищ хронічного запалення [6, 7, 9]. В науковій літературі питанням неврогенного сіалозаденіту (НС) приділено вкрай мало уваги [8, 10, 11].

Метою роботи була розробка диференційованого підходу до корекції функціональних порушень з боку привушних залоз у хворих з підвищеними психологічними реакціями.

Матеріал та методи дослідження. В залежності від інтенсивності клінічних проявів НС (змін об'єму привушних залоз (ПВЗ), ступеню ксеростомії, клітинного складу секрету ПВЗ, рентгено-анатомічних порушень в системі проток, рівню тривожності) хворі, що досліджувалися, були розподілені на 3 групи: I група – хворі з легким ступенем важкості (44 чоловіки); II група – хворі з середнім ступенем (48 чоловік); III група – хворі з важким перебігом НС (21 чоловік). Усі дослідження проводились нами по загальноприйнятим принципам, що включали загальні, власні і спеціальні методи. Загальні клінічні дослідження – опитування, огляд, пальпація слинних залоз, зондування проток застосовували у всіх хворих. З'ясували: скарги, анамнез захворювання; причини, що могли слугувати пусковим механізмом розвитку змін з боку слинних залоз (стан психоемоційної напруги: сімейні та соціальні негаразди, фобії та ін.); лікування, яке проводилось раніше, його ефективність; уточнювали анамнез життя, наявність інших загальносоматичних і стоматологічних захворювань.

Зі скарг локального порядку виділяли: появу відчуття сухості в порожнині рота, характер і частоту загострень, характер та хронології змін об'єму слинних залоз, порушення функцій, пов'язаних зі слиновиділенням (жування, ковтання, мовлення) і ін. Скарги, зв'язані безпосередньо зі станом психоемоційної напруги: порушення сну, апетиту, зміни артеріального тиску, пітливість, роздратованість та ін.

Уточнювали попередні патологічні стани організму (супутні захворювання, гострі та хронічні інтоксикації, дитячі інфекції), які могли сприяти порушенню функцій великих слинних залоз.

Основна увага приділялась клінічному дослідженню слинних залоз. Огляд проводили оцінюючи порушення конфігурації обличчя в області ПВЗ, стан шкірних покривів над ними, стан червоної облямівки губ та слизової оболонки порожнини рота, ступінь її вологості, зміни з боку вустів вивідних проток, характер ротової рідини (в'язка, піниста, прозорість, наявність включень). При пальпаторному дослідженні залоз відмічали їх розмір і консистенцію, відношення до оточуючих тканин, ділянки больових відчуттів, прохідність