

СУБМУКОЗНАЯ МИОМА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Ахмедова Н.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Субмукозные миомы матки у женщин репродуктивного возраста являются одной из ведущих причин нарушений менструального цикла, бесплодия и анемии. В данной работе рассматриваются особенности роста, влияние на фертильность и современные методы диагностики.

Ключевые слова: субмукозная миома, матка, репродуктивный возраст, фертильность, диагностика, иммуногистохимия и клиничко-морфологические особенности.

SUBMUKOZAL BACHADON MIOMALARI REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA: KLINIK-MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Axmedova N.M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Reproduktiv yoshdagi ayollarda submukozal bachadon miomalari hayz tsikli buzilishlari, bepustlik va kamqonlikning yetakchi sabablaridan biridir. Ushbu maqolada o'sish xususiyatlari, fertilitetga ta'siri va zamonaviy diagnostika usullari ko'rib chiqiladi.

Kalit so'zlar: submukozal mioma, bachadon, reproduktiv yosh, fertilitet, diagnostika, immunogistokimyo va klinik-morfologik xususiyatlar.

SUBMUCOSAL UTERINE FIBROIDS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES

Akhmedova N.M.

Andijan state medical institute

Abstract

Submucosal uterine fibroids in women of reproductive age are one of the leading causes of menstrual disorders, infertility, and anemia. This study examines growth characteristics, their effect on fertility, and modern diagnostic methods.

Keywords: submucosal fibroid, uterus, reproductive age, fertility, diagnosis, immunohistochemistry, clinical-morphological features.

В рамках научных исследований продолжается активное изучение вопроса лечения пациенток репродуктивного возраста, страдающих миомой матки. Особое внимание уделяется разработке эффективной стратегии ведения таких женщин, поскольку именно в этом возрасте у врачей возникают наибольшие трудности при выборе оптимального метода лечения.

Миома матки — это доброкачественная опухоль, которая встречается у 25% женщин старше 30 лет. Она может стать причиной первичного или вторичного бесплодия, а также является основной причиной репродуктивных неудач у 12–20% пациенток с проблемами фертильности [1, 3, 4].

Одним из наиболее неблагоприятных вариантов расположения миомы является субмукозное, когда узел находится под слизистой оболочкой матки. В таких случаях хирургическое вмешательство становится практически неизбежным. При субмукозном расположении миоматозных узлов частота бесплодия достигает 30–35%, а наступление беременности может быть сопряжено с осложнениями, как во время вынашивания, так и во время родов [1, 2, 5].

Цель данного исследования — разработать оптимальную стратегию ведения женщин репродуктивного возраста с субмукозной миомой матки, учитывая клинические и морфологические особенности заболевания.

Методы исследования. В период с 2022 по 2024 год было обследовано 87 женщин, которым была проведена операция по удалению миомы матки. Спустя 2-3 года после хирургического вмешательства было проведено повторное обследование и анкетирование 62 из этих женщин.

В ходе исследования было выполнено полное клинико-лабораторное обследование и иммуногистохимическое исследование удалённых

миоматозных узлов. Это позволило определить экспрессию прогестероновых и эстрогеновых рецепторов, а также Ki-67 — маркер, отражающий степень активности клеток.

Для статистической обработки данных использовались популярные пакеты программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 87 пациенток репродуктивного возраста с субмукозной миомой матки. Средний возраст участниц составил $32,37 \pm 3,87$ года. У 54% пациенток была выявлена сопутствующая экстрагенитальная патология.

У 73,6% пациенток наблюдались нарушения менструального цикла. Только в 15% случаев миома матки была обнаружена изолированно. В остальных случаях она сочеталась с другими гинекологическими заболеваниями, среди которых преобладали воспалительные процессы (77%), гиперпластические процессы эндометрия (40,2%), полипы эндометрия (22,9%), кистозные изменения яичников (13,8%) и эндометриоз (5,7%).

Анализ наследственной предрасположенности к развитию миомы матки показал, что у 48,3% матерей и кровных родственников также была диагностирована миома матки, а у 20,7% — другие гинекологические заболевания.

При обращении в стационар большинство пациенток жаловались на бесплодие. При детальном анализе 10,3% женщин указывали на диспареунию, 26,4% — на болевой синдром, который часто был связан с менструальным циклом. Более трети женщин страдали от обильных и длительных менструаций, а у 17,2% менструации были нерегулярными, с тенденцией к укорочению цикла и увеличению продолжительности кровотечения.

По результатам ультразвукового исследования, в 37,9% случаев была обнаружена истинная субмукозная миома матки. В остальных случаях были выявлены узлы, частично расположенные в мышечной ткани.

Примечательно, что у трети пациенток размер миомы не превышал 2 см, у четверти — 4 см, а у остальных (44,8%) — 5 см и более.

Чаще всего миома обнаруживалась на задней стенке матки — в 36,8% случаев. На передней стенке узлы располагались в 24,1% случаев, на боковых стенках — в 18,4%, а в области дна матки — в 20,7%.

У 74,7% пациенток были выявлены признаки гиперплазии эндометрия, которые гистологически подтвердились в 62,1% случаев.

Всем пациенткам была проведена миомэктомия. В зависимости от размера, локализации и количества миоматозных узлов, операция проводилась либо через разрез в брюшной полости (38% случаев), либо с использованием

внутриматочной хирургии (62% случаев).

В 78,6% случаев в тканях нормального миометрия не было обнаружено экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона. Слабая и умеренная экспрессия к эстрогену наблюдалась в 10% случаев, а сильная — только в 1,4%.

Слабая экспрессия к прогестерону была выявлена в 21,1% случаев, а умеренная и сильная — менее чем в 1% случаев.

Индекс пролиферативной активности в тканях субмукозной миомы матки был низким и составлял от 0 до 14,7%. В нормальном миометрии не было обнаружено клеток, содержащих Ki-67.

При обзорной микроскопии сосудов было выявлено типичное гистологическое строение в тканях субмукозных узлов. Однако площадь сосудистого русла в них была на 8,8% меньше, чем в ткани неизменённого миометрия. Это свидетельствует о нарушении кровоснабжения в узле.

Отдалённые результаты удалось проанализировать у 62 женщин. Они были разделены на две группы:

В первую группу вошли 30 пациенток, которым гормональные препараты назначались с учётом иммуногистохимических данных. Вторую группу составили 32 женщины, которые получали лечение только на основании морфологического исследования миомы и эндометрия.

Одним из критериев эффективности оперативного лечения является характер менструальной функции, который оценивался через три месяца после отмены гормональной терапии.

Было отмечено значительное сокращение продолжительности менструаций и уменьшение объёма теряемой крови. При этом у пациенток, получавших терапию с учётом иммуногистохимии, разница была более выраженной.

Также значительно уменьшилось количество всех ранее предъявляемых жалоб. Снизился болевой синдром.

Показателем успешного проведения миомэктомии является реализация детородной функции в будущем. Из 62 женщин, участвовавших в исследовании, 56 страдали бесплодием. У 37,5% из них наступила беременность.

Во всех случаях беременность закончилась родами, но у четырёх пациенток произошли преждевременные роды.

При анализе возникновения рецидива заболевания было выявлено всего 8,1% случаев повторного формирования миоматозных узлов. Они были обнаружены через 2–3 года после операции. Ни в одном случае не было обнаружено субмукозной локализации миомы. Как правило, определялись

интерстициальные узлы диаметром не более 1,5–2 см.

В результате исследования было выявлено, что удаление миомы в сочетании с гормональной терапией, подобранной на основе иммуногистохимического анализа, способствует восстановлению менструального цикла и значительно повышает вероятность успешного зачатия.

Использованная литература:

1. Субмукозная миома матки у женщин репродуктивного возраста: клиничко-морфологические особенности] / Ю. В. Кухарчик, Л. В. Гутикова, Т. А. Колесникова, Т. М. Гарелик // Материалы республиканской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 60-летию Гродненского государственного медицинского университета,. – Гродно, 2018. – С. 469-471.
2. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М:ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2014.-1024С. — Москва, 2014. - №6. – 156 с.
3. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство. –М.: Гэотар-Медиа. – 2015. – С. 145-152.
4. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. - М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд., 2017. – 253 с.
5. Гинекология. Национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, И.Б. Манухина, В.Е Радзинского. ГЭОТАРМедиа, 2017. – 1048 с.