

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

¹Кухарчик Ю.В., ¹Гутикова Л.В., ²Колесникова Т.А., ³Гарелик Т.М.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

³УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Проблема лечения пациентов репродуктивного возраста с миомой матки продолжает оставаться в центре внимания ряда научных исследований. Особое место занимает разработка тактики ведения таких женщин, так как именно в этом возрасте у клиницистов возникают наибольшие трудности при выборе основного пути лечебного воздействия. Миома матки встречается у 25% женщин после 30 лет, способствует формированию первичного и вторичного бесплодия и, как единственная причина репродуктивных неудач, встречается у 12-20% пациенток с нарушением фертильности [1, 3, 4]. Субмукозное расположение миоматозного узла является неблагоприятной разновидностью локализации миомы, так как практически всегда требует хирургического лечения. При данном расположении миоматозных узлов частота бесплодия достигает 30-35%, а при наступлении беременности возможно невынашивание, возникновение осложнений как в период гестации, так и во время родов [1, 2, 5].

Цель: оптимизация тактики ведения женщин репродуктивного возраста с субмукозной миомой матки с учетом клинико-морфологических особенностей заболевания.

Методы исследования. Проведено обследование 87 женщин, которым была выполнена миомэктомия в 2014-2016 гг. С целью анализа отдаленных результатов в 2016-2017 гг. проведен осмотр и анкетирование 62 женщин спустя 2-3 года после операции. Женщинам проведено полное клинико-лабораторное обследование, иммуногистохимическое исследование удаленных миоматозных узлов (экспрессию прогестероновых и эстрогеновых рецепторов, Ki-67). Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. Проведено проспективное исследование у 87 пациенток репродуктивного возраста с субмукозной миомой матки, средний возраст которых составил $32,37 \pm 3,87$ года. У 54% отмечалась сопутствующая экстагенитальная патология. Выявлялась высокая частота анемии (17,2%), причем больше половины пациенток отмечали неоднократные курсы проводимой антианемической терапии. У 73,6% пациенток имелись нарушения менструального цикла. Только в 15% случаев миома матки встречалась изолированно. Во всех остальных сочеталась с отягощенным гинекологическим анамнезом, где преобладали воспалительные заболевания (77%), гиперпластические процессы эндометрия (40,2%), полипы эндометрия (22,9%), кистозные изменения яичников (13,8%), эндометриоз (5,7%). Анализ наследственной предрасположенности к развитию миомы матки показал, что у

матерей и кровных родственников миома матки имела место у 48,3%, у 20,7% другая гинекологическая патология.

При обращении в стационар основной жалобой у большинства женщин было бесплодие. При детальном анализе 10,3% женщин указывали на диспареунию, 26,4% на болевой синдром, часто имевшем связь с менструальным циклом. Больше трети женщин беспокоили обильные, длительные менструации, а у 17,2% носили нерегулярный характер со склонностью к укорочению менструального цикла и увеличению продолжительности дней кровотечения.

По данным УЗИ истинная субмукозная миома матки диагностировалась в 37,9% случаях, в остальных наблюдениях имели место субмукозные узлы с интрамуральным компонентом. Следует отметить, что у каждой третьей пациентки размер миомы не превышал 2 см, у каждой четвертой был не более 4 см и у остальных пациентов (44,8%) размеры достигали 5 см и более. Наиболее частой локализацией оказалась задняя стенка матки – 36,8%. Расположение узлов по передней стенке отмечалось у 24,1% женщин, по боковым стенкам у 18,4%, в дне матки у 20,7%. У 74,7% пациенток визуализировались признаки гиперплазии эндометрия, гистологическое подтверждение которой было отмечено в 62,1% наблюдений. Всем пациенткам была выполнена миомэктомия, в зависимости от размеров, локализации, количества миоматозных узлов лапаротомным 38% пациентам, методом внутриматочной хирургии 62% женщинам.

В тканях нормального миометрия в 78,6% случаев экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона отсутствовала, слабая и умеренная к эстрогену составила 10%, на сильную рецепторную зависимость пришлось только 1,4%. Слабая рецепторная зависимость к прогестерону составила 21,1%, на долю умеренной и сильной менее 1%.

Индекс пролиферативной активности в тканях субмукозной миомы матки был низким и находился в интервале от 0 до 14,7%, в нормальном миометрии мы не обнаружили позитивных клеток по Ki-67.

Обзорная микроскопия сосудов показала типичное гистологическое строение в тканях субмукозных узлов, но площадь сосудистого русла в них была на 8,8% меньше по сравнению с тканью неизмененного миометрия, что свидетельствует о нарушении кровоснабжения в узле.

Проанализировать отдаленные результаты удалось у 62 женщин, которые были разделены на 2 группы: в первую вошли 30 пациенток, которым гормональные препараты назначались с учетом иммуногистохимических данных; вторую группу составили 32 женщины, получавшие лечение только на основании морфологического исследования миомы и эндометрия.

Одним из критериев эффективности оперативного лечения является характер менструальной функции, который оценивался спустя 3 месяца после отмены гормонотерапии. Отмечено достоверное снижение длительности менструации, уменьшилось количество теряемой крови. Причем у пациенток, получавших терапию с учетом иммуногистохимии, разница была более выраженной. Достоверно снизилось количество всех предъявляемых ранее

жалоб. Снижился болевой синдром.

Показателем успешного проведения миомэктомии – реализация детородной функции в последующем. Из 62 женщин бесплодием страдали 56, из них беременность наступила у 37,5% женщин. Во всех случаях беременность закончилась родами, однако у 4 пациенток произошли преждевременные роды.

При анализе возникновения рецидива заболевания было выявлено всего 8,1% случаев повторного формирования миоматозных узлов, которые выявлялись спустя 2-3 года после операции. Ни в одном из наблюдений не было субмукозной локализации миомы, как правило, определялись интерстициальные узлы диаметром не превышавшие 1,5-2,0 см.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что миомэктомия в сочетании с гормонотерапией, назначенной с учетом иммуногистохимии, способствует нормализации менструальной функции и создает благоприятные условия для восстановления фертильности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста/ Л.В. Адамян, З.Р. Зарубиани, С.И. Киселев // Акуш. и гин. – 1997. – № 3. – Р. 40-44.

2. Краснопольский, В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова // М: Миклош. –2005. – 162 с.

3. Опыт лечения пролиферативных процессов матки у женщин, страдающих бесплодием / Л.А. Щербакова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /онкогинекология. – 2012. – № 2. – С. 73-77.

4. Borja de Mozota, D. Fertility, pregnancy outcomes and deliveries following myomectomy: experience of a French Caribbean University Hospital / D. Borja de Mozota, P.Kadhel, E.Janky // Arch. Gynecol. Obstet. – 2014. – № 289(3). – Р. 681-686.

5. Brady, P.C. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy / P.C. Brady, A.K. Stanic, A.K. Styer // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2013. – № 25(3). – Р. 255-259.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА У ДЕТЕЙ

¹Лашковская Т.А., ²Кизелевич А.И., ²Яхимчик А.И., ³Аржанович Л.В.,
³Комаровская И.С.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

³ГУЗ «Детская поликлиника № 1», ГУЗ «Детская поликлиника № 2»

Актуальность. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) – это аномалия строения проводящей системы сердца между предсердиями и желудочками в виде дополнительного пучка или нескольких пучков. Известно, что основными клиническими проявлениями при синдроме WPW являются