

*Summary*

**FERTILITY OF WOMEN IN REPRODUCTIVE AGE AFTER  
SURGICAL TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS IN THE  
ANAMNESIS**

*Kukharchyk Y. V., Kukharchyk I. V.  
Grodno State Medical University, Grodno*

**Summary.** The article presents an analysis of the results of myomectomy in 69 women of reproductive age. Established factors affecting the occurrence of pregnancy after myomectomy. It was found that pregnancy and childbirth after myomectomy with a full-term fetus occurred in 76,8% of the examined women.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ  
ЛЕЙОМИОМЫ И ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН В  
РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

*Кухарчик Ю. В., Кухарчик И. В., Павловская М. А.  
Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Беларусь  
juliakukharchik@mail.ru*

**Введение.** Генитальный эндометриоз – одно из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы. Однако истинная популяционная частота его неизвестна. По сводным данным, он встречается у 7-50% женщин детородного возраста. Частота эндометриоза по отношению к общему числу гинекологических пациентов, подвергшихся операции, варьирует от 10 до 25%. Следует подчеркнуть, что эндометриоз представляет собой серьезное заболевание, приводящее в ряде случаев к выраженным анатомическим изменениям в зоне его расположения. Одним из важнейших аспектов эндометриоза является его метастазирование лимфогенным или гематогенным путем, что приводит к обнаружению очагов эндометриоза в лимфоузлах. Одна из особенностей эндометриоза в том, что вокруг патологического очага почти всегда возникает воспалительная реакция. Внутренний эндометриоз занимает ведущее место в структуре рассматриваемой

патологии, а его диагностика остается еще недостаточно разработанной [1, 3, 5].

Миома матки и ее осложнения продолжают оставаться наиболее частой причиной операций в гинекологии. Однако несмотря на значительный прогресс в исследовании миомы матки, ряд ключевых моментов патогенеза этого заболевания остаются недостаточно изученными, что и не позволяло поднимать вопрос о ранней диагностике миомы матки. Сверххранней диагностикой миомы матки имеет смысл называть не столько выявление мелких миоматозных узелков, сколько выявление длительно существующих доклинических стадий – субституционных. На этом этапе становится возможным не только успешное консервативное лечение, но и профилактика одного из самых распространенных опухолевых гинекологических заболеваний [1, 2, 3, 5].

Внутренний эндометриоз сочетается с миомой матки у 55-85 % пациентов. Дифференциальная диагностика данных патологических состояний миометрия представляет значительные трудности. Гинекологические заболевания носят вероятностный характер, большинство диагностических признаков выражаются качественными показателями, недостаток априорной информации приводит к тому, что принятие решений врачом на всех этапах лечения осуществляется в условиях ряда неопределенностей, а характеристики пациента индивидуальны [3-5].

**Цель.** Провести анализ клинических особенности течения лейомиомы и эндометриоза у женщин в разные возрастные периоды.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 113 женщин. Женщины всех групп были сопоставимы по возрасту. Для анализа пациентки были разделены на три группы: 1) с преобладанием поражения матки лейомиомой, 2) с преобладанием поражения матки аденомиозом; 3) с равным поражением аденомиозом и миомами. Критериями распределения по группам служили клинические проявления, локализация, размеры и форма миом, а также форма и степень распространения аденомиоза. Средний возраст обследованных составил  $39,6 \pm 6,4$  года. Анализ антропометрических данных у пациенток не выявил статистических различий. Индекс массы тела в 91% случаев соответствовал норме и в среднем составил  $23,1 \pm 0,2$  кг/м<sup>2</sup>.

В ходе исследования проведена оценка анамнеза, результатов клинико-лабораторного и инструментального методов обследования. Статистическая обработка собственных данных производилась с применением статистических пакетов Statistica 10.0, Microsoft Excel, 2013.

**Результаты.** В результате гистологического исследования операционного материала от пациенток с диагнозом симптомной миомы в 84% случаев была подтверждена лейомиома, в 26,5% случаев миома сочеталась с аденомиозом. Лейомиома без аденомиоза выявлена у 27% пациенток, аденомиоз без лейомиомы – у 11,5%. Нами отобраны гистологические образцы материала, полученного в результате 30 лапаротомических гистерэктомий от пациенток разного возраста с сочетанной патологией. Из исследования были исключены пациентки с гиперпластическими процессами в эндометрии, доброкачественными образованиями яичников и быстрорастущими (пролиферирующими) миомами. Все миомы в исследовании соответствовали гистологической классификации «простая лейомиома». Основными жалобами пациенток были АМК и хроническая тазовая боль. При обследовании часто выявляли сопутствующую умеренную анемию с показателями гемоглобина 80-90 г/л. Анализ морфологического соотношения объемов поражения матки показал преобладание лейомиомы в 33,3% случаев, преобладание аденомиоза – в 26,7% случаев и преобладание лейомиомы со значительным влиянием аденомиоза – в 40% случаев. По формам аденомиоз распределился следующим образом: диффузная форма – 50%, диффузно-очаговая – 33%, диффузно-узловая – 10%. В группе пациенток, у которых по клинико-морфологической оценке превалировало поражение матки миомами, они характеризовались многоузловым поражением с наличием субмукозных узлов крупных размеров (более 5 см). Во всех случаях аденомиоз выявлялся в диффузной форме и не более 1 степени распространения. В группе пациенток с клинико-морфологическим преобладанием аденомиоза миомы характеризовались разнообразием форм и размеров: одиночные интрамуральные или субмукозные размерами до 3 см либо множественные мелкие интрамуральные и субмукозные до 1-2 см. Узлы были расценены как клинически малозначимые, то есть наличие только таких узлов не могло объяснять имевшуюся у

пациенток симптоматику. Таким формам поражения лейомиомой соответствовало разнообразие форм аденомиоза 2-3 степени, который в основном и определял клинику заболевания.

В третьей группе женщин преобладали множественные узлы миомы с собственной клинической значимостью, в том числе субмукозные, а также диффузно-очаговая форма аденомиоза, которая оказывала существенное влияние на течение сопутствующей патологии.

**Заключение.** При наличии у пациенток многоузлового поражения, миом крупных размеров или с субмукозным расположением узлов коморбидный аденомиоз не оказывает значительного влияния на клиническое течение миомы; при наличии мелких одиночных интрамуральных или субсерозных узлов, мелких субмукозных узлов клиника симптомных миом определяется поражением аденомиозом диффузно-узловой и диффузно-очаговой форм 2-3 степени.

#### *Литература*

1. Современные представления о тактике ведения больных с инфильтративным эндометриозом / В. Д. Чупрынин [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 11. – С. 16–22.
2. Dueholm, M. Uterine adenomyosis and infertility, review of reproductive outcome after in vitro fertilization and surgery / M. Dueholm // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. – 2017. – Vol. 96 (6). – P. 715–726.
3. Epidemiology of uterine myomas: a review / R.Sparic [et al.] // International Journal of Fertility & Sterility. – 2016. – Vol. 9 (4). – P. 424–435.
4. Garcia, C. R. Management of the symptomatic fibroid in women older than 40 yrs of age: hysterectomy or myomectomy? / C. R. Garcia // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. – 1993. – Vol. 20. – P. 337–338.
5. Chronic pelvic pain in women: an epidemiological perspective / A.A.Ayorinde [et al.] // Medical Center Womens Health (Lond). – 2015. – Vol. 11 (6). – P. 851–864.

#### *Summary*

### **CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF LEIOMIOMA AND ENDOMETRIOSIS IN WOMEN DURING VARIOUS AGE PERIODS**

***Kuharchyk Y. V., Kuharchyk I. V., Pavlovskaya M. A.***

*Grodno State Medical University, Grodno  
juliakukharchik@mail.ru*

If patients have a multinodular lesion, large fibroids or with a submucous arrangement of nodes, comorbid adenomyosis does not significantly affect the clinical course of fibroids.

## ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОДУКТОВОГО НАБОРА ЖЕНЩИН-ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Лисок Е. С.*

*Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Беларусь  
lisok.elena@yandex.ru*

**Введение.** Женщины-врачи акушеры-гинекологи выполняют профессиональные обязанности во вредных условиях труда, что оказывает комплексное негативное влияние на состояние их здоровья [4] и требует существенной коррекции рационов питания [2]. Однако в ряде исследований, посвященных проблемам рационального питания медицинских работников, показано, что их пищевые рационы далеко не всегда соответствуют физиологическим потребностям организма в энергии и пищевых веществах [3]. При этом гигиенические особенности питания женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста все еще остаются практически неизученными, что определяет актуальность проведенного исследования.

**Цель исследования.** Оценить с гигиенических позиций рационы питания женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста.

**Материал и методы.** Изучены рационы питания 300 женщин репродуктивного возраста (23-49 лет), занятых в организациях здравоохранения г. Гродно и Гродненской области.

Основную группу составили врачи акушеры-гинекологи (n=100), которая была разделена на две подгруппы: первая (n=50) – врачи, осуществлявшие производственную деятельность в стационарных условиях; вторая (n=50) – врачи, оказывавшие медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. В группу сравнения были включены врачи-терапевты участковые