

2. Ершова, Е. С. Морфометрия акромионового процесса / Е. С. Ершова // Региональный вестник. – 2020. – № 7(46). – С. 24-25.
3. Кинзерский, А. Ю. Определение типов акромиона с помощью метода ультразвуковой диагностики / А. Ю. Кинзерский, И. Н. Турдакина // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2011. – № 1(33). – С. 80-82.
4. Кинзерский А. Ю. Возможности ультрасонографии в определении типов акромиона как внешней причины импинджмент-синдрома плеча / А. Ю. Кинзерский, И. Н. Турдакина // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – Т. 10, № 1. – С. 117-121.
5. Чертовских, А. А. Определение степени развитости мускулатуры плечевого пояса по лопатке // Вестник судебной медицины. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 30–33.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

¹Павловская М. А., ²Гутикова Л. В., ²Кухарчик Ю. В.,
¹Костяхин А. Е.

¹Городская клиническая больница № 4 г.Гродно, Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост частоты наружного генитального эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости, от 12 до 60% женщин репродуктивного возраста страдают от этой патологии [1, 2].

Молодой возраст женщин эндометриозом, длительное и прогрессирующее течение заболевания, тяжесть клинических проявлений (выраженный болевой синдром, маточные кровотечения, хроническая анемия, бесплодие, нейроэндокринные расстройства), стойкое нарушение репродуктивной функции, снижение трудоспособности и качества жизни определяют как медицинское, так и социальное значение этой распространенной патологии [3].

Среди всех поражений наружного генитального эндометриоза ведущая роль принадлежит эндометриозу яичников, характеризующемуся рецидивирующим течением и сопровождающемуся бесплодием у женщин репродуктивного возраста. Частота заболевания у данной категории пациентов составляет 10-37% [1, 4].

Несмотря на большое количество клинических и морфологических исследований, посвященных этой патологии, очень многие аспекты проблемы еще остаются неразрешенными.

Ранняя диагностика эндометриоза яичников чрезвычайно сложна в связи со значительной вариабельностью проявления, отсутствием четких патогномоничных симптомов, многогранным характером нарушений, связанных с субъективизацией в интерпретации данных, получаемых при оценке инструментальных методов обследования [1, 3].

Безусловный интерес представляет проблема выбора оптимального хирургического и гормонального лечения, позволяющего предупреждать возможные рецидивы, а также сохранить репродуктивную функцию у пациентов с эндометриозом яичников [4].

Анализ современных научных данных о методах лечения эндометриоза показывает, что не существует определенного «золотого стандарта», более того, ни один медикаментозный препарат не обеспечивает стойкого противорецидивного клинического эффекта [1-5].

С этих позиций представляется обоснованным и перспективным изучение гистологического строения, а также морфофункциональных особенностей удаленных макропрепаратов эндометриоидных кист яичников, что имеет большое значение для разработки методов дифференцированного лечения в послеоперационном периоде.

Цель исследования: определение морфофункциональных вариантов эндометриоза яичников.

Материалы и методы исследования: Обследовано 120 женщин, наблюдавшихся и прооперированных в гинекологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за период 2010-2016 гг. Основную группу исследования вошли 90 пациентов с диагностированным эндометриозом яичников (I группа), в группу сравнения (II группа) – 30 женщин с кистами неэндометриоидной природы (дермоидные, серозные, муцинозные). Возраст пациентов I группы варьировал от 18 до 55 лет и в среднем составлял $35,5 \pm 0,6$ года. В группе II средний возраст женщин с кистами неэндометриоидной природы составил $31,2 \pm 1,3$ года (диапазон от 21 года до 46 лет). Проведена оценка клинических симптомов заболевания, ультразвуковое сканирование накануне операции. Критериями включения в обе группы исследования были кисты яичников эндометриоидной и неэндометриоидной природы. Критериями исключения были аденомиоз, миома матки более 8 недель и злокачественные процессы репродуктивных органов. Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически по общепринятым методикам.

Результаты исследования обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ. При проведении статистической обработки данных был использован непараметрический метод по критерию Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартиля. Было выявлено различие между двумя группами в изучаемых показателях, при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: Большинство женщин в обеих группах находились в раннем и позднем репродуктивном периодах и только 10,0% пациентов с эндометриоидными кистами яичников – в пременопаузальном периоде. Предъявляемые пациентами жалобы характеризовались полисимптомностью: были характерны периодические боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом или половой жизнью. У подавляющего большинства пациентов они носили тупой, ноющий характер и наблюдалось их усиление накануне или во время месячных (67,3%). При

неэндометриоидных кистах яичников эту характеристику болевого симптома обнаруживали только 16,7% женщин. У пациентов с эндометриозом дисменорея выявлялась в 2,5 раза чаще (78,9%), чем у пациентов с неэндометриоидными кистами яичников (33,3%). При этом болевой синдром у большинства женщин I группы носил умеренный или сильный характер и сопровождался значительным снижением работоспособности. Наши исследования согласуются с данными литературы [1-4].

Диспареуния слабой степени выраженности встречалась в 3 раза чаще, а умеренной силы почти в 1,5 раза чаще, чем у женщин с неэндометриоидными кистами яичников. В то время, как сильные боли были зарегистрированы почти с одинаковой частотой (3,9% и 3,3% соответственно).

Наиболее характерными проявлениями нарушений менструального цикла для пациентов с эндометриоидными кистами яичников были кровянистые или коричневые мажущие выделения до и после менструации (40,6%). Женщины II группы чаще указывали на нерегулярные месячные (36,7%).

В I группе первичное бесплодие зарегистрировано у 12,2% пациентов. Длительность этого состояния в данной группе в среднем составляла $9,2 \pm 1,8$ года. Вторичное бесплодие в I группе выявлено у 9,4% женщин. Длительность его в среднем продолжалась $6,1 \pm 1,0$ год. Во II группе обследованных женщин первичное бесплодие зарегистрировано у 13,3% пациенток. Длительность первичного бесплодия в данной группе составляла в среднем $4,9 \pm 1,3$ года. Вторичное бесплодие отмечено у двух пациентов (6,7%), его длительность была 10 лет и 4 года соответственно, что подтверждается данными авторов [2].

Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто в обеих группах встречались острые респираторные заболевания (32,8% и 30,0%, соответственно), а именно хронические тонзиллиты и рецидивирующие ангины, которые отмечались в детском возрасте и в период становления менархе. Вегето-сосудистая дистония выявлялась с одинаковой частотой в обеих группах (23,3% и 26,7% соответственно). Также довольно часто аллергологический анамнез был отягощен (19,4% и 30,0%, соответственно). Нарушение жирового обмена I – II степени наблюдалось у 12,3% женщин I группы и у 20,0% пациенток II группы.

Для обследованных с эндометриозом наиболее типичными являлись следующие ультразвуковые характеристики: локализация кисты сзади и сбоку от матки, наличие средней и повышенной эхогенности несмещаемой мелкодисперсной взвеси, двойной контур выявленного образования. У женщин с неэндометриоидными кистами яичников эти признаки зарегистрированы с значительно меньшей частотой.

Для пациентов I группы отличительной особенностью было наличие спаечного процесса в области придатков различной степени выраженности (84,9%). В группе сравнения такую особенность обнаружили только у 13,3% обследованных.

Проведенное нами морфологическое исследование показало неоднородность морфофункциональных особенностей эндометриоидных кист яичников. Следует отметить, что, несмотря на большое количество

классификаций, где отражены морфологические особенности эндометриоза яичников, мы сочли приемлемым всех женщин с эндометриоидными кистами яичников разделить на 3 группы согласно морфофункциональным вариантам по рекомендациям Колосова А.Е. (1985).

В группу П вошли 16 (18,3%) пациентов с прогрессирующим вариантом эндометриоидной кисты. Он характеризуется обнаруженными признаками морфофункциональной активности (имеется ввиду как эпителиальная, так и стромальная составляющая эндометриоидных гетеротопий). Группа С состояла из 28 (31,7%) женщин, имеющих стационарный вариант кисты. Морфофункциональные особенности этого варианта течения эндометриоза свидетельствуют о разновременности и хроническом персистирующем волнообразном течении патологии с различными стадиями его развития, а также сочетанием двух процессов – стабилизации и активности. Группу Р составили 45 (50,0%) обследованных женщин с регрессирующим вариантом течения эндометриоза, который характеризовался крупнокистозной трансформацией желез с образованием «шоколадных» кист. Эти кисты не имеют эпителиальной выстилки, которая становится атрофичной или дистрофичной, утрачивается цитогенная стромы и происходит ее замещение соединительной тканью на достаточно большем протяжении. Эти изменения являются типичными для данной формы течения эндометриоза. Полученные нами данные согласуются с результатами, полученными Дурасовой Е. Н. [2].

Гистологическое исследование, проведенное нами и уже показанное другими авторами выявило, что в результате сравнения морфофункциональных изменений при различных формах течения эндометриоза у всех женщин с прогрессирующим вариантом выявлялся морфологически активный эндометриоз. Следует отметить, что в сравнении с прогрессирующим вариантом, при регрессирующем и стационарном нами обнаружен морфологически неактивный эндометриоз.

Кроме того, наиболее часто во всех группах обследованных нами женщин была зарегистрирована крупнокистозная трансформация желез – более 2 см в диаметре. Значимо чаще это изменение желез выявлялось при регрессирующем варианте течения эндометриоза (95,6%) в сравнении с прогрессирующим вариантом эндометриоидной кисты (54,5%) ($p < 0,05$). Во всех трех группах обследованных нами пациентов наиболее часто обнаруживали «старые» кровоизлияния в просветы кистозных образований и/или кистозно-измененных желез, или отмечалось также одновременное выявление и «старых», и «свежих» кровоизлияний. Во всех группах исследования в капсуле и строме кисты либо только в капсуле статистически чаще диагностировалось отложение гемосидерина, причем независимо от диагностированных морфофункциональных особенностей [2].

Кроме того, статистически достоверно чаще при прогрессирующем варианте эндометриоидных кист яичников выявляли признаки функциональной активности патологического процесс, проявлениями которого были пролиферативные и секреторные изменения эпителиальной выстилки желез и кист, а также ангиоматоз цитогенной стромы, скопления секрета в железах и

кистах, высокая частота выявляемости «старых» и «свежих» кровоизлияний в железах, кистах и строме. Наши исследования согласуются с данными авторов, свидетельствующих, что наряду с вышеизложенным, морфофункциональные характеристики стационарного варианта эндометриоидной кисты являются отражением разновременности и хронического персистирующего волнообразного течения патологии с разными стадиями его развития, сочетанием процессов стабилизации и активности [2].

Выводы:

1. Детальное изучение особенностей строения удаленных препаратов дает возможность найти новый подход к использованию принципов гормонального лечения пациентов в зависимости от строения стенки эндометриоидной кисты яичника.

2. Диагностика различных морфологических вариантов эндометриоидных кист яичников (прогрессирующий, стационарный и регрессирующий) необходима для своевременного проведения дифференцированной корригирующей терапии и способствует снижению риска развития рецидивов заболевания.

Список литературы:

1. Дмитрян, Ю. Э. Эндометриоз как причина бесплодия / Ю. Э. Дмитрян, Б. Р. Бекова // Молодой ученый. – 2017. – № 14.2. – С. 13-16.
2. Дурасова, Е. Н. Клинико-морфологические варианты и молекулярные особенности эндометриоза яичников : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Е. Н. Дурасова. – СПб., 2011. – 153 с.
3. Кузнецова, И. В. Эндометриоз: патофизиология и выбор лечебной тактики / И. В. Кузнецова // Гинекология. – 2008. – № 5. – С. 74-79.
4. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения / С. А. Гаспарян [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015. – Т. 9. – С. 66-70.
5. ASRM (American Society for Reproductive Medicine). The Practice Committee. Endometriosis and infertility: a committee opinion // Fertil. Steril. – 2012. – Vol. 98. – P. 591-598.

ВНЕДРЕНИЕ МНЕМОНИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАЗДЕЛА «АНАТОМИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ» ДЛЯ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТУДЕНТОВ

Петько И. А., Усович А. К.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
Республика Беларусь

Интенсификация образовательного процесса, увеличение объема учебной информации, широко распространенное в обучении механическое заучивание приводят к серьезной перегрузке нервной системы и зрительного анализатора и общему переутомлению организма, что негативно сказывается на здоровье