

Морфологическую структуру рубцовой ткани определяли на 2-3 и 6-7 месяцы после получения ожоговой травмы. Под нашим наблюдением находились 34 пациента, разделенных на две группы: 11 пациентов с ранними ПРКиД составили первую группу, вторую группу составили 13 пациентов с поздними ПРКиД. Им были выполнены: пластика трапецевидным лоскутом, аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом, пластика полнослойным кожным лоскутом и пластика треугольными лоскутами. Хорошим результатом оперативного лечения считали рубцовые контрактуры в суставе не более 1 степени, удовлетворительным – не более 2 степени. За неудовлетворительный результат принимались рубцовые контрактуры 3 и 4 степени.

Результаты и их обсуждение. Изучение микропрепаратов показало, что морфологическая структура рубцовой ткани на 6-7 месяцы позволяет выполнение лоскутных местных методик лечения ПРКС и Д. Хорошие и удовлетворительные результаты пластики в первой группе отмечены в 76,52% случаев, во второй группе – в 92,34% случаев.

Выводы. В ходе нашего исследования удалось выяснить, что в лечении ранних ПРКиД предпочтительным будет выбор методов свободной пластики полнослойными кожными лоскутами. Лечение поздних ПРКиД предпочтительно выполнять путем применения местно-пластических лоскутных методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hultman, C. S. Use of scarred flaps and secondary flaps for reconstructive surgery of extensive burns / C. S. Hultman // Burns Incl Therm Inj. – 2010. – Vol. 7, № 12. – P. 470-471.

ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НА ОСНОВАНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭУ- И ГЕТЕРОТОПИЙ

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

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) является причиной бесплодия и выраженного болевого синдрома [1,2]. Одни авторы считают органосохраняющие хирургические вмешательства первым этапом лечения НГЭ, при этом фертильность восстанавливается в 20–53% случаев [1], другие отстаивают единственность этого метода, указывая, что последующая супрессивная гормонотерапия малоэффективна [2].

Цель. Обосновать патогенетическую терапию наружного генитального эндометриоза с помощью морфологического исследования.

Методы исследования. Обследовано 80 бесплодных женщин репродуктивного возраста с НГЭ I-IV стадий, прооперированных лапароскопически. Проводилось гистологическое исследование парафиновых срезов эндометриоидных гетеротопий и эутопического эндометрия с окрасками гематоксилином и эозином, с использованием азотнокислого серебра при 1000-кратном увеличении с применением универсального исследовательского микроскопа.

Результаты и их обсуждение. В 76,25% случаев в эндометриоидных гетеротопиях обнаружены железы эндометрия, в фазе пролиферации – 48,75%, в фазе секреции – 52,5%, в фазе средней секреции – 18,75%, поздней – 81,25%. В 73,75% случаев в эутопическом эндометрии была железисто-кистозная гиперплазия пролиферативного типа, в 15% - железисто-кистозная гиперплазия секреторного типа, в 11,25% – пролиферативный эндометрий. Ангиоматоз в гетеротопии был более выраженным (26,25% случаев) у пациенток с III-IV стадиями НГЭ. Достоверные отличия между I-II и III-IV стадиями НГЭ, а также III-IV и рецидивом НГЭ по ангиоматозу ($p < 0,05$). В строме обнаружена слабо выраженная лимфоидная и плазмоцитарная инфильтрация – 11,25%, имеющая очаговый характер. Склероз стромы гетеротопий обнаружен в 53,75% случаев. Диффузный склероз выявлен у половины, очаговый - у четверти, при I-II стадиях НГЭ у 46,25%, при III-IV стадиях НГЭ – у 53,75% женщин. Гиалиноз обнаружен у 32,5% пациенток, причем более выраженный при НГЭ III-IV стадий – 47,5%, против 20% при I-II стадиях. Воспаление в строме эндометриоидных гетеротопий обнаружено в 45% случаев, причем при I-II стадиях НГЭ в 2 раза чаще, чем при III-IV. Обнаруженные морфологические изменения в гетеротопиях – воспаление, ангиоматоз, гиалиноз – являются обоснованием к назначению аГнРГ при НГЭ III-IV стадий с последующим приемом дидрогестерона с 16 по 25 день менструального цикла, а при I-II стадиях НГЭ назначение дидрогестерона по той же схеме. В течение года после отмены лечения у 34 (42,5%) обследованных нами женщин наступила спонтанная беременность.

Выводы. Хирургическое лечение в сочетании с противорецидивной терапией в зависимости от стадии НГЭ является эффективным методом преодоления бесплодия у субфертильных пациенток при НГЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clinical picture and diagnosis of genital endometriosis / M.I. Yarmolinskaya, E.I. Rusina, A.R. Khachatryan et al. // *Journal of Obstetrics and Womans Diseases*. – 2016. – Vol. 65, №5. – P. 4-21. doi: 10.17816/JOWD6554-21. (In Russian).
2. Pathophysiology and Immune Dysfunction in Endometriosis / S.H. Ahn, S.P. Monsanto, C. Miller et al. // *BioMed. Res. Int.* – 2015. – Vol. 2015. – P.1-12. doi: 10.1155/2015/795976.