

ляет собой смесь кофеоловой и хинной кислот, флавоноидов, секвитерпенлактона, инулина, пинарина, а также аскорбиновой кислоты, витаминов В₁ и В₁₂, каротина.

Помимо комплексной метаболической терапии беременные исследуемых групп получали хофитол по 2,5-5,0 мг раствора в день, на протяжении 3-4 дня в сроке беременности 41 неделя.

После включения в комплексной проводимой медикаментозной терапии хофитола, были получены достоверные данные показателей, указывающие на улучшения итоговой оценки и соответственно функциональной активности внутриутробного плода.

Увеличилось число случаев получавший итоговый индекс 5-4 балла от 60% до 88% во второй группе, а в 3 группе этот показатель повысился от 17,3% до 41,2% сравнительном отношении 28 и 23,9% соответственно.

Субкомпенсированная форма ФПН по данным итогового индекса была выявлена после терапии во 2 группе у 8% случаев, а в 3 группе у 41,3% беременных, декомпенсированная форма 4% во 2 и 17,3% в 3 группе соответственно. Выявленное нами улучшение состояния кровообращения в системе мать-плацента-плод под влиянием проведенной терапии, несомненно, является положительным фактом и имеет принципиальное значение в выборе тактики ведения беременности.

Безусловно, это влияла на тактику выбора времени индукции родов и ее исхода. Окончательную тактику ведения родов у женщин с нарушением ФПС определяли индивидуально, с учетом возраста беременной, течения предыдущих родов, тяжести акушерско-гинекологического анамнеза, акушерской патологии, притягиваемости беременности и родов, гестационного срока и возникшей акушерской ситуации при данной беременности и сопоставляя с полученными нами результатами исследования.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать для использования в корригирующей терапии хофитола пациенткам с перенесенной беременностью при выявлении субкомпенсированных и декомпенсированных форм плацентарной недостаточности. Включение Хофитола позволяет повысить эффективность лечения при нарушениях фетоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока и гипоксии плода.

На основании результатов УЗИ исследований, проведенных накануне родов, степени выраженности снижения функциональной активности внутриутробного плода, а также полученных данных мониторингования БФП в процессе комплексной антенатальной терапии для оценки ее эффективности, можно прогнозировать осложнения течения родов, ее исхода для плода и на основании выработать рациональную акушерскую тактику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буйнова Оксана Евгеньевна. Регуляторно-адаптивный статус у женщин при перенесенной и пролонгированной беременности // Автореф. дис. канд. мед. Наук. - М., 2009. - С.3-4.
2. Елевсинова Ж.К., Бекмамбетова К., Ергешбаева А., Перенесенная беременность в современном акушерстве. // Вестник Каз НМУ. - 2013. - С.20-21.
3. Жабченко И.А. Современный взгляд на перенесение и пролонгирование беременности. // Здоровье Украины. - 2014. - С.16-17.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМА МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

З.Н. Нажмиддинов, Ф.И. Шукуров

Ташкентская медицинская академия

Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов ТМА

Репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасининг клиничко-патогенетик хусусиятлари

З.Н. Нажмиддинов, Ф.И. Шукуров

Бачадон миомаси диагнози қўйилган 140 нафар репродуктив ёшдаги (20-30 ёшда) беморларда (уртача ёши 24,7±1,5) клиник морфологик текширув ўтказилди. Анамнез, клиник ва морфологик текширув маълумотларига асосланиб репродуктив ёшдаги аёлларда оддий ва пролиферацияланувчи миома турлари ривожланиш вариантлари аниқланди.

Таянч сўзлар: бачадон миомаси, репродуктив ёш, пролиферация, ангиогенез.

Clinico-pathogenetic features of uterine fibroids in women of reproductive age

Z.N. Najmiddinov, F.I. Shukurov

Detailed clinical and morphological study was undertaken on 140 patients reproductive age (age 20-30) diagnosed with Uterine fibrosis (the average patient age was 24,7±1,5 years). From the medical history, integrated clinical and morphological study, it was proved to exist two seldom forms of myomatous nodes at a reproductive age: simple and proliferative fibroids, that prevails.

Key words: uterine fibroid, reproductive age, proliferation, angiogenesis.

Миома матки — одно из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы женщин репродуктивного возраста. Заболевание диагностируется у 20-30% женщин в возрасте 15-45 лет [1,2,3]. У большинства пациентов на начальных стадиях миома матки вообще никак себя не проявляет и выявляется только при плановом осмотре гинеколога или очередном УЗИ органов малого таза [3,4]. Концепция пато- и морфогенеза, клиники, диагностики и лечения миомы

матки широко обсуждается в литературе не одно десятилетие [3,4,5]. Однако многие вопросы, посвященные данной проблеме, остаются дискуссионными и малоизученными. В частности, недостаточно исследованы основные клиничко-морфологические варианты развития миомы матки у женщин репродуктивного возраста. При этом недостаточно выделены особенности преморбидного фона в развитии этой доброкачественной опухоли матки, особенности ее клинического течения.

Целью настоящего исследования являлось выявление клинических и морфологических особенностей миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы.

В процессе обследования изучаемых больных применялся комплекс диагностических методик: анамнестические данные, клинико-гинекологическое обследование, эхография (УЗИ с трансабдоминальным, трансвагинальным датчиком с ЦДК), эндоскопия (гистероскопия, лапароскопия), гистологическое исследование соскобов и макропрепаратов, удаленных во время операций. Учитывались биохимические, гемостазиологические и другие лабораторные показатели. Эхографическое исследование: в сочетании с цветовой доплерографией и импульсной доплерометрией выполнено всем пациенткам на ультразвуковых аппаратах «Acuson 128 XR 10» фирмы Acuson (США). Лапароскопию осуществляли по традиционной методике с помощью 10-мм лапароскопа фирмы «Karl Storz» (Германия). Морфологическое исследование макропрепаратов, удаленных в ходе операции, проводили на кафедре патологической анатомии ТМА (зав. каф. проф. Р. И. Исроилов). Морфологическое исследование проводили у 140 оперированных больных. Для этой цели в каждом случае из матки или миоматозных узлов вырезали кусочки ткани, как из патологически измененных участков, так и из окружающей неизменной ткани. В миоматозных узлах материал брали из центральных и периферических зон, а при наличии макроскопически видимых очаговых изменений также и по несколько кусочков ткани из таких очагов. Значения данных показателей оценивались в ткани лейомиомы матки небольших размеров по сравнению с аутологичным эндо- и миометрием.

Результаты и обсуждение.

Для решения поставленных задач в настоящее исследование было включено 140 пациентка репродуктивного возраста (20–30 лет) с диагностированной миомой матки. Обследование проводилось на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии 4–5 курсов ТМА, в гинекологическом отделении АК №9 (главный врач А. В. Калегин). Критерием отбора пациенток являлось наличие миомы матки у пациенток репродуктивного возраста (20–30 лет). Миомэктомия произведена у 60 женщины (42,4%). Средний возраст больных составил $24,7 \pm 1,5$ года, средняя длительность заболевания с момента впервые диагностированной миомы матки — $3,4 \pm 1,1$ год. Нами рассмотрены особенности клинического течения двух клинико-морфологических вариантов миомы матки у женщин репродуктивного возраста. Основными клиническими проявлениями простой миомы матки в репродуктивном возрасте являются малосимптомное течение, небольшие размеры, подбрюшинно-межмышечная локализация миоматозных узлов, медленный рост (у 47,8%), невыраженный болевой синдром (у 23,8%). Чаще всего больные обращались по поводу бесплодия, самопроизвольного выкидыша или для профилактического осмотра. Наличие воспалительных заболеваний органов малого таза имело место у каждой четвертой женщины. Патологические маточные кровотечения выявлены у 28,5% больных. Сопутствующая патология яичников (увеличение размеров, кистозное изменение, кисты, доброкачественные опухоли) обнаружена у 9,5% пациенток. Проллиферирующая миома матки у женщин репродуктивного возраста характеризовалась быстрым увеличением размеров матки (в 18,3%); более частыми патологическими маточными кровотечениями (в 31,7%), что обусловлено гиперпластическим процессом эндометрия, с развитием легкой и умеренной анемии — в 63,4% случаев. Синхронно развивалась дисгормональная патология

молочных желез (фиброзно-кистозная мастопатия) — у 17,1% пациенток. Проллиферирующая миома чаще имела межмышечную локализацию и центрипетальный рост (9,7% наблюдений), межмышечно-подбрюшинную локализацию (43,9% наблюдений). Маточные кровотечения сопровождались развитием хронической анемии в 19,5% случаев. Надо отметить, что в большинстве наблюдений имеет место сочетание указанных признаков. Наследственная предрасположенность к опухолевым заболеваниям матки и придатков имеет место у всех групп обследованных женщин, но более часто наследственный фактор отмечается у женщин с растущей миомой матки. При морфологическом исследовании нами выявлено, что макроскопически простая миома матки представлена узлами из плотной белесоватой волокнистой ткани с четкими границами и чаще встречалась в виде единичных узлов (1–4 узла). Размеры узлов не превышали 1–4 см в диаметре. Локализованы простые миомы были преимущественно субсерозно и межмышечно, ближе к серозной оболочке матки. Миоциты в этих зонах миометрия обладают повышенной синтетической активностью (продукция экстрацеллюлярного матрикса), что отражается на структуре миом этой локализации. От прилежащих участков миометрия они отделялись как бы капсулой (псевдокапсула миомы), которая при микроскопическом исследовании была представлена сдавленными и уплощенными гладкомышечными элементами, фибробластами, тесно переплетенными с большим количеством коллагеновых волокон. Морфологически простые миомы характеризовались хорошо очерченными пучками из гладкомышечных клеток. В «молодых» опухолевых узлах небольшого диаметра миоциты имели ядра довольно крупных размеров эллипсоидной формы, а в «старых» опухолевых узлах большого размера небольшие ядра, приближающиеся по своей форме к палочковидным. Паренхиматозный компонент (гладкомышечные клетки) опухоли сочетался с различным по степени выраженности стромальным (соединительнотканым) компонентом — экстрацеллюлярным матриксом.

Таким образом, для простой миомы характерны процессы созревания и дифференцировки опухолевых миоцитов с последующим их «старением», преобладание синтетической функции (продукции элементов экстрацеллюлярного матрикса) над пролиферативной активностью. Строма простых миом представлена чаще развитой соединительной тканью с большим количеством коллагеновых волокон. Сосудистая сеть простых миом была выражена в различной степени. Сосуды синусоидного типа были единичными и явных признаков пролиферации миоцитов вокруг них не наблюдалось. Миоматозные узлы при пролиферирующем варианте развития отличались большими размерами (до 9 см в диаметре), множественным характером, межмышечной с центрипетальным ростом локализацией, или субмукозным расположением. Это свидетельствует о том, что такие узлы развиваются из клеток тех зон миометрия, для которых характерны миоциты с выраженной сократительной активностью, способные к быстрой пролиферации (гиперплазии) и гипертрофии, но с относительно невысокой синтетической функцией (сниженная продукция экстрацеллюлярного матрикса). Макроскопически узлы этой опухоли также имели границы с прилежащим миометрием, но консистенция их была более мягкой, чем у простой миомы. На разрезе они имели вид однородной ткани, нередко с множественными кровоизлияниями. При микроскопическом исследовании очаги пролиферации опухолевых миоцитов чаще всего локализовались в периваскулярных пространствах вокруг сосудов, которые, как правило, имели строение синусоидных, а

также в периферических отделах опухолевых узлов, реже в толще опухоли. В отдельных случаях вся миома представляла собой узел, представленный из пролиферирующих миоцитов с синусоидными сосудами. Гистологически участки пролиферации миоцитов были представлены крупными гладкомышечными клетками с «сочными» крупными и гиперхромными ядрами, которые на поперечных срезах имели округлую форму. Размеры ядер миоцитов были достаточно однородными. Клеточные элементы располагались упорядоченно в виде тяжей и пучков. Строма в зонах пролиферации была представлена незначительно выраженной рыхлой соединительной тканью, часто с явлениями отека. По-видимому, эти опухолевые миоциты отличаются невысокой синтетической активностью (низкая продукция экстрацеллюлярного матрикса). Миометрий вне узлов опухоли (в случаях пролиферирующих миом) имел признаки гипертрофии в виде утолщения мышечных волокон, увеличения размеров миоцитов и их ядер, увеличения содержания хроматина, разволокнения мышечных волокон за счет увеличения стромального компонента. В строме отмечалось повышенное количество капилляров на единицу площади и их полнокровие. Среди гипертро-

фированных гладкомышечных клеток определялись множественные участки в виде микроскопических зачаточных активных «зон роста».

Таким образом, полученные данные позволяют выявить, что для возникновения миомы матки у женщин репродуктивного возраста характерно:

- чаще быстрорастущая, пролиферирующая миома матки с наличием множественных узлов, преобладание межмышечной локализации с центрипетальным ростом узла;

- для простых миом характерно преобладание компонентов экстрацеллюлярного матрикса (ламинация фибронектин).

Таким образом, резюмируя полученные данные, следует подчеркнуть, что выявленные особенности пролиферации, указывают на новые аспекты патогенетически обоснованной терапии миомы матки, заключающиеся в разработке препаратов, способствующих ингибированию процессов пролиферации. По-видимому, данная группа препаратов займет важное место в арсенале терапевтических средств для консервативного лечения на начальном этапе развития миоматозных узлов у женщин репродуктивного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения), М., МИА, 2003.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. и др. Органосохраняющее хирургическое лечение доброкачественных заболеваний матки. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2003; - 2(3). - С. 5-9.
3. Сидорова И.С. Миома матки: возможности лече-

ния и профилактики // Русский медицинский журнал - 2002. - № 7. - Том 10.

4. Уварова Е.В., Адамян Л.В., Стрижакова М.А. и др. Рецидивирующая миома матки у юной пациентки (клиническое наблюдение) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - № 1- С. 53-57

5. Тихомиров А.Л. Современный алгоритм лечения миомы матки. Акушерство, гинекология и репродукция. 2007; 1-6

НОВОЕ В МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

З.Н. Нажмиддинов, Ф.И. Шукуров, Г.М. Нигматова
Ташкентская медицинская академия
Кафедра акушерства и гинекологии 4-5 курсов ТМА

Репродуктив ёшдаги бачадон миомаси мавжуд беморларни медикаментоз даволашда янгилик

З.Н. Нажмиддинов, Ф.И. Шукуров, Г.М. Нигматова

Бачадон миомаси диагнози кўйилган 140 нафар репродуктив ёшдаги (20-30 ёшда) беморларда (ўртача $24,7 \pm 1,5$) клиник текширув ўтказилди. Анамнез ва клиник текширув маълумотларига асосланиб репродуктив ёшдаги аёлларда бачадон миомасини даволашда Эсмия дорисини қўллаб, унинг самарадорлиги ўрганиб чиқилди.

Таянч сўзлар: бачадон миомаси, репродуктив ёш, Эсмия дориси.

New in medical treatment in reproductive-aged patients with uterine myoma

N. Najmiddinov, F.I. Shukurov, G.M. Nigmatova

The study involved 140 women of reproductive age (20-30 years), based on clinical data and history studied the efficacy of Esmya in the treatment of uterine fibroids in women of reproductive age.

Key words: uterine fibroid, reproductive age, the Esmya.

Миома матки — одна из самых распространенных опухолей женской половой системы [1,2,3]. Опухоль все чаще стала диагностироваться в молодом возрасте, в то же время существует тенденция планирования беременности в раннем репродуктивном периоде, что заставляет обратить внимание исследователей, именно на эту возрастную категорию [3,4,5]. Хотя в настоящее время и определены многие молекулярно-генетические детерминанты возникновения этого заболевания, этиология и патофизиология его остаются недостаточно изученными, результаты хирургического лечения — малоудовлетворительными: рецидив после выполнения миомэктомии наблюдается у каждой третьей пациентки. Однако доказано бесспорное влияние гормональных

изменений в организме женщины на появление миоматозных узлов и их рост.

Если у пациентки репродуктивного возраста диагностирована миома матки, решение относительно лечения следует принимать, исходя из многих факторов:

1. Клинические проявления миомы (кровотечения, нарушение функции смежных органов, хроническая тазовая боль).

2. Размер и темпы роста миомы.

3. Локализация и количество узлов.

4. Репродуктивные планы пациентки.

5. Эффект от проводимой медикаментозной терапии.

Лечение больных с миомой матки традиционно было и остается преимущественно хирургическим. Однако