

УДК: 618.14-006.36-07

*Алибеков Омадбек Озодбекович соискатель.,*

*Кафедра патологический анатомии и судебной медицины*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОМЫ МАТКИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Резюме:** Миома матки является самой распространенной опухолью в структуре заболеваний женской половой сферы и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. Около 25% женщин старше 30 лет страдают этим заболеванием.

Исследования, проведенные в последние годы, указывают на четкую тенденцию к развитию миомы матки у молодых и даже юных пациенток, в связи с чем достаточно остро встает вопрос о сохранении репродуктивной и менструальной функции у данного контингента женщин.

Данная проблема приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость, так как миома матки способствует формированию первичного и вторичного бесплодия и, как единственная причина репродуктивных неудач, встречается у 12-20% пациенток с нарушением fertильности.

**Ключевые слова:** миома матки, репродуктивный возраст, женщина, морфологическая характеристика

*Alibekov Omadbek Ozodbekovich applicant.,*

*Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine*

*Andijan State Medical Institute*

## **MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF UTERINE FIBROUS AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**

**Resume:** Myoma of the uterus is the most common tumor in the structure of diseases of the female genital area and occupies a significant place among the

pathology of the reproductive system. About 25% of women over the age of 30 suffer from this disease.

Studies carried out in recent years indicate a clear tendency towards the development of uterine fibroids in young and even young patients, in connection with which the question of the preservation of reproductive and menstrual function in this contingent of women is quite acute.

This problem acquires not only medical, but also social significance, since uterine fibroids contributes to the formation of primary and secondary infertility and, as the only cause of reproductive failures, occurs in 12-20% of patients with impaired fertility.

**Key words:** uterine myoma, reproductive age, woman, morphological characteristics

**Актуальность.** В последние десятилетия многие женщины в силу ряда социальных причин откладывают деторождение на более поздний срок репродуктивного периода что ведет к увеличению доли пациенток с гинекологической патологией, в том числе с миомой матки.

Согласно данным морфологических исследований миома матки представляет собой моноклональную опухоль, развитие которой происходит из зон роста, расположенных вокруг тонкостенного сосуда [4,6]. Изначальные клетки миомы дифференцируются в миофибробласты, которые затем трансформируются в миобласты и фибробласты [1,8]. Их рост продолжается в течение многих лет на фоне выраженной активности яичников под действием, как эстрогенов, так и прогестерона. Наряду с традиционными представлениями о ведущей роли эстрогенов в патогенезе гормонозависимых заболеваний в последние годы пересматривается отношение к прогестерону, как стимулятору опухолевого роста [2,5]. Эстрогены стимулируют гиперплазию гладкомышечных клеток, прогестерон повышает митотическую активность клеток, инициирует продукцию факторов роста и их рецепторов, участвует в процессе

дифференцировки гладкомышечных клеток. В литературе большое значение в развитии гормонозависимых гиперпластических заболеваний матки придают роли тканевых рецепторов стероидных гормонов [7]. Синтез рецепторов в матке имеет гормонозависимый характер и происходит под влиянием многих факторов: количества и соотношения половых гормонов и факторов роста, фазы менструального цикла, степени поражения патологическим процессом органа-мишени, нарушения обмена веществ и дисбаланса других гормонов [3,6].

Подход в лечении миомы матки на современном этапе заключается в совершенствовании и внедрении в практику органосохраняющих методов. Своевременная диагностика и применение таких методов хирургического лечения как гистерорезектоскопия и лапароскопия позволили расширить возможности проведения миомэктомии, повысить ее эффективность, уменьшить риск послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больных в стационаре и, самое главное, дать шанс пациенткам репродуктивного возраста реализовать детородную функцию [5].

Однако рецидивирование миомы или продолжение роста мелких миоматозных узлов составляет от 9 до 55%, что особенно актуально для пациенток, не имеющих детей [7].

Таким образом, на сегодняшний день остаются актуальными вопросы взаимодействия стероидных гормонов и их рецепторов в процессе развития и роста миомы матки, восстановления репродуктивного здоровья после органосохраняющей операции, что во многом зависит от адекватности последующей терапии гормональных нарушений, и разработки профилактических и лечебных мероприятий по снижению частоты данной патологии [3].

В настоящее время пациентки стараются избежать удаления матки, желая сохранить фертильность и женственность. Лечение женщин с миомой матки, планирующих в будущем беременность, должно быть

максимально органосохраняющим. В связи с этим увеличивается значимость миомэктомии как операции, позволяющей снизить риск осложнений, связанных с вынашиванием беременности.

**Цель исследования.** Изучить экспрессию маркера пролиферации Ki-67 и ингибитора апоптоза Bcl-2 в миоматозных узлах после консервативной миомэктомии.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 153 беременные с миомой матки. У 80 женщин беременность закончилась самопроизвольными родами, 63 произведено кесарево сечение, 10 женщин продолжают наблюдаваться по поводу беременности (в 15-18 нед беременности им произведена миомэктомия). Оперативному лечению во время гестации подверглись еще 15 пациенток, беременность у них уже закончилось оперативными родами. Таким образом, миомэктомия во время беременности произведена 25 женщинам.

**Результаты исследования.** При осмотре беременных с миомой матки обращали внимание на следующие особенности: локализацию миоматозных узлов, их структуру, расположение плаценты, тонус и возбудимость миометрия.

У 6 беременных при первом осмотре была обнаружена перешеечная миома матки, но размеры опухоли были небольшими и не препятствовали развитию беременности. У 12 женщин узлы были субсерозно-интерстициальными (от 8 до 15 см в диаметре), располагались в дне или в теле матки, нарушения питания в узлах не отмечено, и беременность также была пролонгирована до срока доношенной.

У 106 пациенток миома матки была множественной, миоматозные узлы были небольших размеров, преимущественно субсерозно-интрастициальными. У 4 беременных был обнаружен центростремительный рост миомы, но плодное яйцо было имплантировано

на противоположной стенке матки, и беременность также удалось пролонгировать до срока, при котором плод становился жизнеспособным.

Беременность в сочетании с миомой матки у 80 женщин закончилась самопроизвольными родами. Миоматозные узлы, как правило, имели небольшие размеры, располагались в теле матки, не препятствуя самопроизвольному рождению плода. В этой группе 28 (35%) беременных были пожилыми первородящими: 13 страдали гипертонической болезнью, у 10 обнаружено увеличение щитовидной железы, у 9 - миопия.

У всех беременных в 37-38 нед гестации начиналась подготовка к родам спазмолитическими, седативными препаратами; 6 женщинам проведена подготовка внутривенным капельным введением энза-проста. Роды у 34 (42,5%) женщин осложнились преждевременным излитием вод, у 4 (5%) - кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах.

Средняя продолжительность родов составила 10425 мин +/- 1 ч 7 мин, безводного промежутка - 15 ч 12 мин +/- 1 ч 34 мин. В удовлетворительном состоянии родились 56 (70%) детей, 22 (27,5%) в состоянии легкой гипоксии и два новорожденных - с гипоксией средней степени тяжести. Масса новорожденных колебалась от 2050 до 4040 г. У четверых масса превышала 4000 г. У всех родильниц течение послеродового периода было неосложненным. 78 (97,5%) новорожденных были выписаны домой на 5-7-е сутки в удовлетворительном состоянии, два ребенка переведены на этапное выхаживание, а затем также выписаны.

**Вывод.** Таким образом, возрастающая частота миомы матки у женщин фертильного возраста, все чаще ставит перед акушерами-гинекологами вопрос о возможности пролонгирования беременности при этой патологии. Консервативная миомэктомия, особенно у женщин с последней и нередко единственной возможностью иметь ребенка, является методом, позволяющим реализовать эту возможность.

Иммуногистохимическое исследование лейомиомы тела матки выявило достоверное повышение экспрессии ингибитора апоптоза Bcl-2 и снижение экспрессии рецепторов маркера пролиферации Ki-67 во всех исследуемых образцах, что согласуется с данными гистологического исследования об отсутствии митотической активности в лейомиомах.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

- 1.Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. М: Медицина. 2010. - 383 с.
- 2.Багдасарян А.Р. Роль амбулаторной гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии: Автореферат-диссертация кандидата медицинских наук. М, 2012. - 24 с.
- 3.Дикарев К.В. О морфологическом строении и классификации мюллеровых смешанных опухолей матки // Архив патологии 2016. - №2. - С.13-16.
- 4.Коржуев С.И. Репродуктивная функция женщин после консервативной миомэктомии //Диссертация кандидата медицинских наук. Смоленск,2018. -с 131.
- 5.Baien A.H.,Rutherford A.J. Management of infertility // Bmj. 335(7620): 608-11; 2017.
- 6.Silva E.C., Deavers M.T., Bodurka D.S., Malpica A. Uterine epithelioid leiomyosarcoma with clear cells: reactivity with HMB-45 and concept of PEComa // Am. J. Surg. Pathol. 2014. 28: 244-249.
- 7.Yoon H.J. Kyung M.S. et al. Laparoscopic myomectomy for large myomas // J. Korean Med. Sci. 22(4): 706-12; 2017.
8. Zaino R.J. Endometrial hyperplasia: is it time for a quantum leap to a new classification? Int. J. Gynecol. Pathol. 2010. 19: 314-321.