

**КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ
ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ****CLINICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF UTERINE FIBROIDS
IN WOMEN OF THE FERGANA VALLEY****FARG'ONA VODIYSI AYOLLARIDA BACHADON MIOMASINING KLINIK VA
PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARI****Алибеков О.О.****Андижанский государственный медицинский институт**
<https://orcid.org/0000-0001-8424-2784>

Алибеков О.О. (2024). КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ
ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ. Actacam, 7(7), 58–61. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14133988>

Аннотация: Изучено 200 операционных материалов миом матки в возрасте от 15–40 и более лет. В репродуктивном возрасте (20-35) частота встречаемости миомы возрастает до 10%. После 35 лет риск возникновения миомы матки у женщин достигает максимальных значений 40-45%. Отмечено параллельность между увеличением возраста, количества проведенного аборта и развитие миомы. Быстрый рост миомы матки чаще наблюдалось в постменопаузе, и было характерное повышение частоты сочетания с аденомиозом, в некоторых случаях отмечено малигнизации их на аденокарцином матки.

Ключевые слова: миома матки, эндометриоз, аденомиоз, гиперпластические процессы, морфологические изменение, гистологические исследование, миоматозные узлы.

Abstract: We studied 200 surgical material of uterine fibroids at the age of 15 - 40 and more years. In the reproductive age (20 - 35 years), the incidence of fibroids increases to 10%. After 35 years, the risk of uterine fibroids in women reaches maximum values of -40-45%. Parallelism was noted between the increase in age, the number of abortions performed and the development of fibroids. The rapid growth of uterine fibroids was more often observed in postmenopausal women, and there was a characteristic increase in the frequency of combination with adenomyosis, in some cases their malignancy was noted on uterine adenocarcinomas.

Key words: uterine myoma, endometriosis, adenomyosis, hyperplastic processes, morphological changes, histological examination, myomatous nodes.

Annotatsiya. 15-40 va undan katta yoshdagi bachadon miomasining 200 ta operatsion materiallari o'rganildi. Reproktiv yoshda (20-35) mioma bilan kasallanish darajasi 10% gacha ko'tariladi. 35 yoshdan keyin ayollarda bachadon miomasi xavfi maksimal 40-45% ga etadi. Yoshning oshishi, abort miqdori va mioma rivojlanishi o'rtasida parallellik qayd etildi. Bachadon miomasining tez o'sishi postmenopozal davrda tez-tez kuzatilgan va adenomiyoz bilan birikish chastotasining xarakterli o'sishi kuzatilgan, ba'zi hollarda ularning bachadon adenokarsinomasida malignizatsiyasi qayd etilgan.

Kalit so'zlar: bachadon miomasi, endometrioz, adenomiyoz, giperplastik jarayonlar, morfologik o'zgarishlar, gistologik tadqiqotlar, miyomatoz tugunlar.

Актуальность: Миома матки - это доброкачественный опухоль матки, состоящая из мышечной и соединительной ткани, которая является гормонозависимым заболеванием и разновидностью гиперпластических процессов матки [1-5].

Миомы матки встречаются у 50–60% женщин, их частота достигает 70% в возрасте 50 лет. В 30% случаев они являются причиной аномальных маточных кровотечений и

сдавливания органов таза [6]. Миома матки актуально онкологической настроженностью, особенно у женщин с быстро растущей формой, гиперпластическим процессом эндометрия и патологией шейки матки.

Цель работы. Изучить частоту и патоморфологических изменений матки при миоме матки у женщин Ферганской долины за период 2010-2022 гг.

Материалы и методы исследования: Объектами исследования послужили различные формы миомы матки у женщин Андижанской области Ферганской долины. При изучении использовались данные историй болезней, направления на патогистологические исследования биоптатов и операционных материалов. Всего исследовано 200 биоптатов. Они разделены на 3 группы: 1-группа 15-24 лет (9 случаев), 2-группа 25-40 лет (80 случаев), 3-группа 40 и более лет (111 случаев). Предметом исследования составляют данные комплексной оценки различных форм миом в возрастном аспекте. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: морфологические и статистические методы исследования. При морфологическом исследовании изучался операционный биоптат – макропрепарат (удаленная матка и опухолевые узлы –миоматозные узлы). Гистологическое исследование проводилось с окрасками гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван Гизону. Анализ полученных данных обрабатывали с помощью стандартных методов статистических обработок.

Результаты исследования: При изучении истории болезни жалобы больных было на общую слабость, утомляемость, обильную, болезненную и длительную менструацию, дизурические симптомы, снижение трудоспособности.

Показаниями к операции были патологические маточные кровотечения, быстрый рост и большие размеры опухолей, субмукозные расположения.

В первой группе у женщин сделано консервативная миомэктомия, 70% женщин 2-й группы надвлагалищная ампутация матки, 30% экстирпация матки, 3-й группе больных во всех случаях экстирпация матки.

При изучение репродуктивного потенциала женщин в исследуемых группах: в первой группе на каждую миому приходилось среднем 2 беременностей, вместе с тем, один из них заканчивалось абортom. Риск не вынашиваемости беременности составлял до 30%. Во второй группе на каждую миому приходится в среднем до 4 беременностей, вместе с тем, 2-3 из них заканчивалось абортom. Риск не вынашиваемости беременности составлял до 70%. В третьей группе на каждую миому приходилось в среднем до 1 беременностей. Риск не вынашиваемости беременности составляло до 90%.

В репродуктивном возрасте (20 – 35 года) частота встречаемости миомы возрастает до 10%. После 35лет риск возникновения миомы матки у женщин достигает максимальных значений - 40-45%. Наши данные совпадает с данными рядов авторами [10, 11].

При изучении истории болезней больных отмечено, что в 1-2 группе взаимосвязанность между количеством беременности, нормальной деятельностью внутренних органов, и желез внутренней секреции и встречаемости миом. Отсутствие или поздние беременности, преждевременное наступление климакса повышают количество встречаемости миомы.

В 1-2 группе у 10% больных наблюдали бесплодие, в 30% первородящих женщин во второй группе обнаруживали миому матки, 1/3 женщин отмечали ожирение 1-2 степени, 1/4 больных болезни ССЗ, 10% заболевание щитовидной железы в виде гипотиреоза эндемического и аутоиммунного характера. В 3- группе до 20% больных наблюдали бесплодие, 1/2 женщин отмечали ожирение 2-3 степени, 1/2 больных болезни ССС, 15-20% заболевание щитовидной железы в виде гипотиреоза эндемического характера. Отмечено параллельность между увеличением возраста, количеством проведенного аборта и развитием миомы.

Все биопсийные материалы были разделены на группы с простыми, клеточными и митотическими активными миомами маток (по классификации ВОЗ, 2003).

В первой группе в основном наблюдалось простые миомы маток, с преимущественными субсерозными локализациями (78%) и субсерозно-интрамуральными

(22%), узлами диаметром до 2см. уницентрическим ростом, они сопровождались продлением менструации и бесплодием.

Во второй группе преобладали простые и клеточные формы миомы матки. Локализации миом были субсерозным (32%), интрамуральным (56), субмукозным (12%). Узлами с мультицентрическим ростом. Диаметр узлов достигал до 4-5см. в этом возрасте миомы становились крупными, более плотными. Наблюдали замещение эластических и коллагеновых волокон более грубым соединительным тканем. Наши данные совпадает с данными рядов авторами [7, 8, 9]. За период исследования частота возникновения миом матки по сравнению с первой группой увеличилось на 9 раз. Чаще их наблюдали 35 и более летнего возраста, это составила примерно 60% из общего числа второй группы.

В третьей группе преобладали клеточные и митотически активные миомы, преимущественным расположением субмукозного и интрамурального (соответственно 38 и 49%) и 13% субсерозного расположения. В этой же группе чаще наблюдалось гиперплазия эндометрия (70%), аденомиоз (78%) и малигнизация (4%). В первой группе основном наблюдалось уницентрический рост опухолей, 2-3й группе основном мультицентрический рост, диаметр узла варировал от 0,4 да 20 см. В больших опухолях чаще наблюдалось вторичные изменения в виде отека, ослизнения, очагов некроза, гиалиноза, кровоизлияния и воспаления. Клинические проявления опухолей увеличивалось на 1/2 случаев.

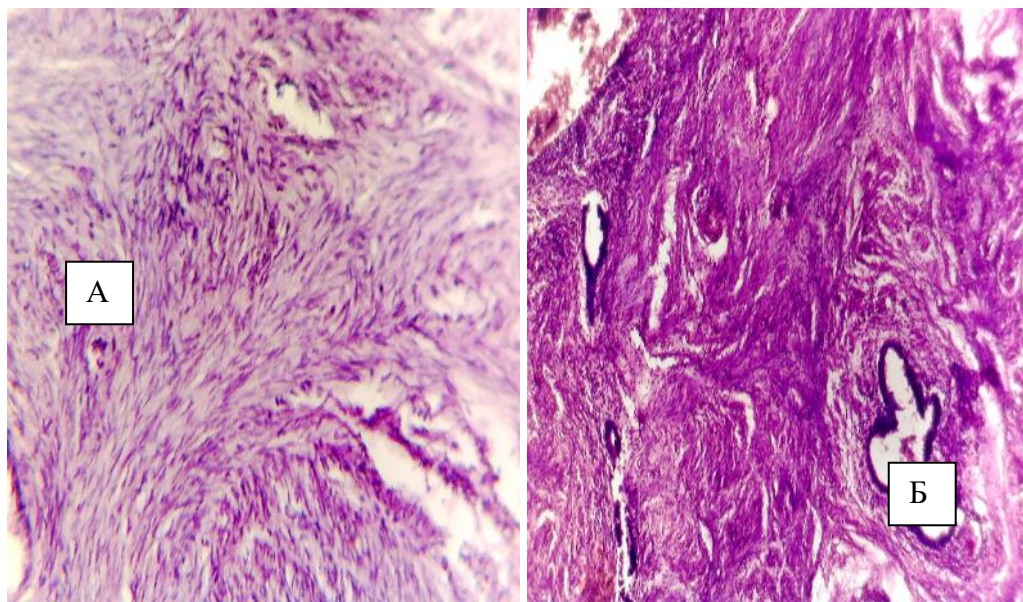


Рис.1 - Больная М.И., 49 лет. Фибромиома матки. А- беспорядочное расположение гладких мышц и соединительной ткани. Б- аденомиоз, разрастание эндометриальных желез в миометрии. Окраска гемм.- эозином. Увел. 10x12,5.

Строма миоматозных узлов представлена коллагеновыми волокнами, фиброцитами, фибробластами и в малом количестве сосудов.

Клеточных и митотически активных миомах гладкие мышечные клетки (лейомиоциты) были гипертрофированными, гиперхромными, беспорядочно расположенными, окруженными псевдокапсулой. В митотически активных формах отмечается вокруг сосудов митозы, очаги пролиферации, строма с выраженным ангиогенезом.

Быстрый рост миом матки чаще наблюдали в постменопаузе, и было характерным повышение частоты сочетания с аденомиозом, в некоторых случаях отмечено малигнизации их на аденокарцином матки.

Выводы: В результате проведенного исследования установлено, что отмечается омоложение миомы среди женщин репродуктивного возраста; положительное влияние количество аборт на развитие миомы, при сочетании с аденомиозом в постменопаузе наблюдается увеличение количество их малигнизации; увеличение частоты субсерозного

расположения миом; выявлено что у 1/3 больных сочетание миомы с гиперплазией в эндометрии.

Полученные данные позволили сформулировать представление о некоторых особенностях патоморфологических изменений при различных формах миомы в возрастном аспекте.

Использованная литература:

1. Абрамова С.В., Миронова И.Н., Курганова О.Ю. и др. Клинико-эпидемиологические аспекты миомы матки // Бюллетень науки и практики. – 2018. – Т. 4, № 4. – С. 69-74.
2. Bulun S.E. Uterine fibroids // N Engl J Med. - 2013. - Vol.369(14).-P.1344-1355.
3. Kim J.J., Sefton E.C. The role of progesterone signaling in the pathogenesis of uterine leiomyoma // Mol. Cell. Endocrinol. – 2012. – Vol. 358 (2). – P. 223–231.
4. De La Cruz M.S., Buchanan E.M. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment // Am Fam Physician. - 2017. - Vol. 95(2). - P.100-107.
5. Carranza-Mamane B., Havelock J., Hemmings R. et al. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. // J. Obstet. Gynaecol. Can. - 2015. - Vol.37(3). - P.277-288.
6. Donnez J., Tatarchuk T.F., Bouchard P. et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. // N Engl J Med. - 2012. - Vol.366(5). - P.409–420.
7. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Аполихина И.А. и др. Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки (миома, аденомиоз, гиперплазия эндометрия). - М., 2015. – 104 с.
8. Высоцкий М.М., Куранов И.И., Невзоров О.Б. Влияние хирургического лечения миомы матки на состояние репродуктивной системы // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Т. 23, № 5. – С. 24-28.
9. Эфендиева Э.С., Юсупова П.М. Современный взгляд на этиологию, патогенез и морфогенез миомы матки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 7, № 6. – С. 1079.
10. Сидорова И.С. Роль процессов апоптоза и пролиферации в патогенезе простой и пролиферирующей миомы матки в сочетании с аденомиозом // Врач. – 2006. - № 14. – С. 8-12.
11. Доброхотова Ю.Э., Ибрагимова Д.М., Сапрыкина Л.В. Миома матки – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с.