**Могілевський Дмитро Михайлович. Клініко-морфологічні особливості лейоміоми матки у жінок пізнього репродуктивного віку : дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України". — К., 2007. — 142арк. — Бібліогр.: арк. 119-142**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Могілевський Д.М. Клініко-морфологічні особливості лейоміоми матки у жінок пізнього репродуктивного віку. – Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.01 – «Акушерство і гінекологія». – Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», Київ, 2007.У дисертації представлено аналіз особливостей клінічного перебігу, а також ендокринологічних, імуногістохімічних та ехографічних характеристик двох типів лейоміоми матки – з переважанням фіброзного та м’язового компонента у жінок пізнього репродуктивного віку.У роботі визначена роль психологічної дезадаптації в розвитку лейоміоми матки, обґрунтована необхідність психостабілізуючої терапії при лікуванні цієї патології. Виявлені фактори ризику розвитку лейоміоми матки, серед яких особлива увага приділена високій частотності штучних абортів та тривалому застосуванню внутрішньоматкової контрацепції.Проведено комплексне вивчення особливостей гормонального гомеостазу, макро- та мікроскопічної морфологічної структури пухлин з переважанням м’язового або сполучнотканинного компонентів. Встановлена більша частота експресії імуногістохімічних маркерів: антигена ядер проліферуючих клітин, канцероембріонального антигена та пролактину в «м’язових» пухлинах, що свідчить про більшу потенційну можливість дійсної проліферації та малігнізації такого типу лейоміом.Описано ехографічні особливості локалізації, структури та реґіонарної гемодинаміки лейоміом різного типу, які свідчать про більш розвинуту васкуляризацію «м’язових» лейоміом.Виявлені клінічні, ультразвукові та доплерографічні критерії різних гістотипів лейоміом дають підстави для обґрунтування диференційованого підходу до вибору методу лікування цієї патології з метою максимального збереження репродуктивного здоров’я та якості життя жінок з лейоміомою матки. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі – обґрунтування та розробка диференційованого підходу до вибору органозберігаючих та радикальних методів лікування лейоміоми матки у жінок пізнього репродуктивного віку, що спрямована на збереження репродуктивної функції та відповідає принципам онкологічної настороженості.1. Лейоміома матки розвивається переважно у жінок, які використовували внутрішньоматкову контрацепцію понад 5 років, не вагітніли або мали в анамнезі більше 2 штучних абортів. Підвищення нервово-психічного напруження, астенізації та рівня реактивної тривожності у жінок з лейоміомою матки вказує на стан психологічної дезадаптації як одну з причин та важливу ланку в механізмі розвитку цієї патології.
2. Клінічні прояви лейоміоми матки певною мірою залежать від морфофункціонального типу пухлини: «фіброзним» пухлинам більш притаманний малосимптомний перебіг при великих їх розмірах, тоді як «м’язові» супроводжуються більш вираженою клінічною симптоматикою, особливо больовим синдромом, навіть при незначних розмірах.
3. Морфологічними особливостями «фіброзного» типу лейоміом є наявність великої кількості хаотично розташованих колагенових структур на тлі незначного розвитку клітинного компонента, склероз стінки поодиноких дрібних судин та дегенеративно-дистрофічні зміни в тканині; тоді як для «м’язових» більш характерними є упорядковано розташовані гладком’язі клітини на тлі незначного розвитку екстрацелюлярного матрикса з великою кількістю судин без явищ склерозу та активним неоангіогенезом.
4. Більша частота експресії антигена ядер проліферуючих клітин та канцероембріонального антигена в «м’язових» лейоміомах, на відміну від «фіброзних», вказує на більшу схильність цього типу пухлин до активної проліферації та підвищений ризик їх малігнізації.
5. Особливостями гормонального гомеостазу жінок з лейоміомою матки є відносна гіперестрогенія та системна, і особливо локальна, гіперпролактинемія, а також відсутність овуляторного піку змін концентрації гонадотропінів, що може вказувати на роль локальної гіперпролактинемії та відносної гіперестрогенії на тлі ановуляції центрального ґенезу в розвитку лейоміоми матки у пізньому репродуктивному віці.
6. Виявлена негативна кореляція концентрації пролактину з розміром матки при її невеликій величині та відсутність залежності при розмірах матки більших за 12 тижнів свідчить про вплив пролактину на ріст лейоміоми матки на ранніх етапах її розвитку. Згадана кореляція на тлі більшої частоти експресії маркерів пролактину в пухлинах з переважанням гладком’язого компонента (які здебільшого характеризувались саме невеликими розмірами) вказує на значну роль пролактину в механізмі розвитку саме «м’язової» форми лейоміоми матки.
7. Факторами ризику активної проліферації та потенційної малігнізації лейоміоми матки слід вважати відносну гіперестрогенію, гіперандрогенемію та інсулінорезистентність, на що вказує більш високий рівень експресії антигена ядер проліферуючих клітин та канцероембріонального антигена в пухлинах жінок з підвищеним вмістом естрадіолу, тестостерону й с-пептиду в сироватці крові.
8. За даними ультразвукових та доплерографічних характеристик різних морфофункціональних форм лейоміоми матки при переважанні сполучнотканинного компонента спостерігається вузлова форма з невеликою кількістю ізоехогенних або підвищеної ехогенності вузлів, переважно субсерозної та інтрамурально-субсерозної локалізації, з однією судинною ніжкою та візуалізацією переважно периферійного кровообігу; при переважанні гладком’язого компонента – множинна або дифузна форма, інтрамуральне або субмукозне розташування вузлів зниженої ехогенності з розвинутим кровообігом як по периферії, так і в центрі вузлів та наявність декількох судинних ніжок.
9. Виявлення клінічних, гормональних та ультразвукових ознак лейоміом з переважанням гладком’язого компонента, враховуючи їх підвищену проліферативну активність та потенційну онкогенність, дає підстави для більш радикальних методів лікування, а в разі необхідності проведення органозберігаючої терапії – обов’язкової інтраопераційної морфологічної експрес-діагностики.
 |

 |