

4. Кошелева Н.Г. // Мир медицины. – 1999. – № 3–4. – С. 55–59.

5. Кулаков В.И., Какорина Е.П., Фролова О.Г. и др. Некоторые показатели деятельности акушерско-гинекологической службы Российской Федерации в разрезе федеральных округов, статистические материалы. – М., 2004.

6. Мальцева Л.И., Зефирова Т.П. // Рос. вестн. акушер.-гинекол. – 2006. – № 1. – С. 20–24.

7. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М., 2000.

8. Черцуха Е.А., Бабичева Т.В., Фофанова И.Ю. // Материалы VIII Российского форума "Мать и дитя". Тез. докл. – М., 2006.

9. Odendaal H.J., Popov I., Schoeman J., Grove D. // S. Afr. Med. J. – 2002. – Vol. 92. – P. 235–237.

10. Bergstrom A., Fransson B., Lagerstedt A.S., Olsson K. // J. Small. Anim. Pract. – 2006. – Vol. 47. – P. 456–460.

11. Mackler A.M., Ducsay T.C., Ducsay C.A., Yellon S.M. // Biol. Reprod. – 2003. – Vol. 69. – P. 1165–1169.

12. Rasmussen S.J., Eckmann L., Quayle A.J. // J. Clin. Invest. – 1997. – Vol. 99. – P. 77–78.

13. Rauk Ph.N., Chiao J.P. // Biol. of Reprod. – 2000. – Vol. 63. – P. 846–850.

14. Ville Y. // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. – 2001. – Vol. 30. – P. 12–16.

Поступила 23.01.07.

EFFECTS OF CHRONIC UROGENITAL INFECTION ON CHARACTER OF DELIVERY PROCESS

T.P. Zefirova

S u m m a r y

358 women with chronic infection inflammatory diseases were under observation for peculiarities of their delivery processes and microbiological characteristics of the uterus. It was found that infectious pathology was accompanied by high frequency of labor abnormalities. The type of these abnormalities was dependent on variant of infectious pathology - mycoplasmatic infections associated with uterine inertia, while chlamydia infection typically associated with uterine hyperactivity. Women with mixture of infectious pathology had different types of uterine abnormalities. These findings should be used to predict the possible risk of labor abnormalities in women with infectious pathology.

УДК 618.14 – 006.36 – 08 – 089.8

АДЬЮВАНТНЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Л.М. Тухватуллина, Е.Ю. Антропова

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – доц. Л.М. Тухватуллина) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов. Частота ее обнаружения среди современной женской популяции находится в пределах довольно значительных колебаний – от 20 до 77%. Истинная частота опухоли превышает регистрируемую, так как больные не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью [1, 3]. К наиболее характерным клиническим проявлениям миомы относятся маточные кровотечения, фигурирующие среди показаний к оперативному лечению более чем у 70% женщин. Болевой синдром выражен у каждой третьей больной миомой матки. Быстрый рост опухоли наблюдается в репродуктивном возрасте (у 48–60% больных) и перименопаузальном (у 43,6%), что нередко служит одной из причин бесплодия [5]

Несмотря на большое число исследований и определенные успехи в консервативной терапии миомы матки, основным

методом ее лечения до настоящего времени остается хирургический. Около 20% современного женского населения в возрасте старше 18 лет лишились репродуктивного органа, в том числе около 70% из них в фертильном возрасте – от 30 до 40 лет, и основным показанием к ее удалению у 60–70% женщин была миома [4].

Значительная распространенность заболевания и неэффективные методы лечения делают поиски новых, более результативных видов лечения больных миомой матки весьма актуальными. Однако в репродуктивном возрасте это является достаточно сложной задачей; успешность реализации современных принципов ее терапии зависит от эрудиции, опыта, технического и медикаментозного оснащения врача-клинициста. У пациенток данной возрастной категории чрезвычайно важно максимально использовать возможности консервативной терапии, однако при необходимости не менее значимы своевре-

менность оперативного вмешательства и соответственно рациональные его объемы и методы.

Исходя из современных взглядов на патогенез лейомиомы матки, можно сформулировать следующие основные принципы ее лечения:

1. Все виды воздействия на функцию яичников, снижающие продукцию эстрадиола и нормализующие соотношение факторов роста (IGF 1/IGF 2), являются патогенетически обоснованными методами лечения лейомиомы матки.

2. Извлечение из матки "посторонних" (аномальных) гормонозависимых масс (узлов лейомиомы, гиперплазии эндометрия) разрывает порочный круг "стимуляции потреблением", резко снижает выраженность локальной гипергормонемии матки и способствует инволюции гипертрофированного миометрия.

3. Профилактика развития лейомиомы состоит в предупреждении развития гиперэстрогенных состояний, своевременной коррекции нарушений менструального цикла, ановуляции, ранней диагностики и лечения гиперплазии эндометрия как эстрадиолпотребляющего субстрата [8].

В адьювантной терапии лейомиомы можно выделить два направления:

1. Разработка способов снижения уровня локальной гормонемии матки за счет угнетения синтеза гормонов яичников до критических уровней.

2. Блокада уже функционирующих аномальных зон роста. Длительное применение в обеих фазах цикла небольших доз прогестинов приводит к снижению как концентрации гормонов в локальном кровотоке, так и чувствительности тканей опухоли к действию эстрогенов ("ударных" доз прогестерона).

Арсенал средств для медикаментозного лечения лейомиомы матки включает как негормональные препараты, так и средства гормональной терапии. Среди негормональных средств, применяемых для консервативного лечения больных лейомиомой матки, важное место занимают препараты, действующие на различные звенья ее патогенеза, а именно средства антистрессорного, ноотропного, иммунокорригирующего, ангиопротекторного действия, антиоксиданты, витамины, антиагреганты, венотоники. Основой медикаментозного лечения больных лейомиомой матки является гормональная терапия, направленная на уменьшение как системной, так и локальной дисгормонемии. К настоящему време-

ни применяют широкий спектр таких препаратов, как гестагены, антигестагены, антиэстрогены, антигонадотропины и агонисты гонадолиберина [6, 7].

Альтернативой хирургическому лечению и сохранению репродуктивной функции может служить эмболизация маточных артерий (ЭМА), которую в 1995 г. Жак Равина впервые применил для лечения миомы матки. Целью ЭМА является полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизатора. Наиболее часто используются частицы из поливинилалкоголя (ПВА), их впервые использовали в 1974 г. для эмболизации карциномы шейки и гемангиосаркомы печени. Размер ПВА частиц, применяемых для ЭМА, колеблется от 355 до 710 мк [2, 11]. В результате ЭМА происходит инфаркт миоматозных узлов, при этом ткань миометрия страдает в значительно меньшей степени. Последнее связано с тем, что артерии, питающие миоматозные узлы, – концевые, а в миометрии функционирует коллатеральное кровоснабжение. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу, организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются, отграничиваясь от окружающего миометрия, затем вокруг миомы образуется кальцифицированная капсула [9, 10].

Регрессия миоматозных узлов после ЭМА происходит постепенно – в течение 12 месяцев. Уже через 3 месяца узлы уменьшаются в среднем на 20,3%, через 6 – на 36,5%, к концу года регрессия может достигнуть 73% [12]. Нормализация менструальной функции обычно происходит через 2–3 месяца после манипуляции.

Таким образом, преимуществом ЭМА перед другими методами лечения миомы матки являются органосохраняющее вмешательство, воздействие на все узлы при множественном поражении, малая травматичность, отсутствие кровопотери, отсутствие роста и рецидивов в отдаленном периоде, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации, отсутствие общего наркоза и сохранение фертильной функции.

Подбор пациентов, консультирование и полный объем обследования является главным залогом в обеспечении благоприятного исхода выбранного лечения.

За период с октября 2004 по декабрь 2006 г. нами было обследовано 268 женщин с подтвержденным диагнозом миомы матки, находившихся на диспансерном

наблюдении в женской консультации №9 и леченных в гинекологическом отделении 4-го родильного дома и РКБ №2 г. Казани. Основную группу исследования составили 109 больных: 36 больным миомой матки проводилась эмболизация маточных артерий (1-я группа), 33 – вводилась леваноргестрелсодержащая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС) "Мирена" (2-я), 22 – назначался мифепристон в качестве адъювантной терапии (3-я), 18 – агонисты гонадотропных рилизинг-гормонов – бусерелин, диферелин, золдекс, люкрин-депо (4-я).

Больные лейомиомой матки были в возрасте от 24 до 45 лет (среднем $34,5 \pm 10,5$ года).

Анализ структуры соматической патологии у пациенток с миомой показал низкий индекс здоровья женщин. При детальном анализе сателитных заболеваний преобладало поражение щитовидной и молочной желез, ЖКТ и органов пищеварения. Особое внимание заслуживает большое число тучных женщин.

Всем больным проводилось клинико-лабораторное исследование, включавшее коагулограмму, биохимические анализы крови. Содержание гонадотропных гормонов гипофиза (фоллитропин, лютропин) и яичниковых стероидов (прогестерон, эстрадиол) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом на 5–7-й день менструального цикла или в любой день в периоде обследования (при отсутствии менструации), онкомаркеров СА-125 и СА-19-9. Ультразвуковая диагностика выполнялась с доплерометрией маточных и опухолевых сосудов методикой цветного доплеровского картирования (ЦДК) на базе РКБ №2 МЗ РТ. Для оценки кривых скоростей кровотока использовали следующие параметры: индекс резистентности (ИР), индекс пульсации (ИП), максимальную скорость кровотока (V_{max}).

Объем матки и узлов в результате лечения достоверно уменьшился у больных всех групп. Так, у больных 1-й группы уменьшение объема матки через 6 месяцев произошло в 1,5 и 1,4 раза, 2-й – в 1,05, в 3-й – в 2,3, в 4-й – в 2; узлов – соответственно в 2,9 и 3,4, 1,1, 2,3 и 2,0. Через 12 месяцев после ЭМА объем матки уменьшился в 2 и 2,6 раза, узлов – в 5 и 6,9 раза, в группе с использованием "Милены" – соответственно в 1,3 и 1,5 раза. Более достоверное снижение объема узлов после ЭМА произошло при их исходной величине свыше 5 см. Одновременно оценивалась динамика кровотока при помощи ЦДК.

Таким образом, при отборе пациенток в качестве критерия прогноза эффективности данных методов (ЭМА, ЛНГ-ВМС "Мирена", мифепристон, аГнРГ) проводилась оценка кровоснабжения опухоли и миоматозных узлов. В 60% наблюдений в 1-й группе присутствовала гипо- и изоэхогенная структура опухоли, что косвенно свидетельствовало о преобладании мышечного компонента в узле. При этом отмечалось наличие "богатого" кровоснабжения этих узлов, к тому же имелся как периферический, так и центральный внутриопухолевый кровоток. Средние показатели индекса резистентности составляли $0,56 \pm 0,02$, максимальная систолическая скорость кровотока во внутриопухолевых сосудах – $27,75 \pm 4,20$ см/с. Невысокие значения индекса сосудистой резистентности свидетельствовали о хорошем кровоснабжении миоматозных узлов и были характерны для интерстициальных и интерстициально-субмукозных узлов.

У 40% пациенток отмечалась иная картина: структура узлов была гиперэхогенная (преобладал фиброзный компонент), сочеталась с наличием "бедного" кровоснабжения и присутствием только периферического кровотока. Средние показатели индекса резистентности составляли $0,69 \pm 0,01$, максимальная скорость кровотока в опухолевых сосудах – $14,11 \pm 4,10$ см/с. Высокие параметры сосудистой резистентности и низкая скорость кровотока подтверждали невыраженный кровоток в опухоли и были характерны для интерстициально-субсерозных узлов.

Нами выявлены различия кровоснабжения, зависевшие от величины миоматозного узла. Кровоток был более выражен в больших узлах, на что указывал ИР ($0,59 \pm 0,02$), чем в сосудах меньших по размеру миоматозных узлов ($0,64 \pm 0,02$; $p < 0,05$).

Оценка отдаленных результатов эффективности терапии предложенной пациенткам через 12 месяцев показала эффективность ЭМА в 97,7% случаев. При этом нормализация размеров матки произошла у каждой 5 больной, у остальных 57,4% пациенток размеры матки соответствовали 5–8 неделям беременности. Показания к оперативному лечению были лишь у одной пациентки (сохранение геморрагического синдрома). Развилось 3 беременности. Во 2-й группе (ЛНГ-ВМС "Мирена") полное излечение наступило в 27,3% случаев, размеры матки уменьшились в 33,3% до 4–7 нед. беременности. 18,2% пациен-

ток пожелали поставить ВМС на второй срок. В 3-й группе после отмены мифепристона у 31,8% женщин беременность наступила самостоятельно, 22,7% – была введена ЛНГ-ВМС "Мирена". В 4-й группе (аГнРГ) беременность развилась у 27,8% женщин, у остальных была проведена миомэктомия, после которой у 73,3% также наступила беременность.

Таким образом, сравнительная оценка методов лечения, используемых в исследовании, позволила определить место каждого метода в терапии миомы матки. Так, пациенткам с подслизистым или центрально-интрамуральным расположением узлов, синдромом сдавления соседних органов, который может быть обусловлен величиной матки или атипическим расположением узлов, с успехом может быть проведена эмболизация маточных артерий. У женщин репродуктивного возраста с субсерозной миомой методом выбора может стать миомэктомия с предоперационной подготовкой мифепристоном или аГнРГ, а с малосимптомной миомой матки и небольшой величиной опухоли – терапия гестагенами, в частности введение ЛНГ-ВМС "Мирена".

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М., 2004.
2. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии. – М., 2004.

3. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М., 2001.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб, 2000.
5. Сидорова И.С. Миома матки. – М., 2002.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Изд. 3-е, перераб. и дополн. – М., 2003.
7. Стрижаков А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. – Ростов-на-Дону, 2000.
8. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В., Мозилевский Д.М. //Здоровье женщины. – 2004. – №4. – Т.20. – С.15–19.
9. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. //Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. – 2002. – №2. – С.83–85.
10. Andersen P.E., Lund N., Justesen P. et al. // Acta Radiol. – 2001. – Vol.42. – P.234–238.
11. Brunereau L., Herbreteau D., Gallas S. et al. // ASR. – 2000. – Vol.175. – P.1267–1272.
12. Spies J., Ascher S.A., Roth A.R. et al. // Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol.98. – P. 29–34.

Поступила 23.01.07.

ADJUVANT AND ALTERNATIVE METHODS TO TREAT PATIENTS WITH HYSTEROMYOMA

L.M. Tiikhvatullina, E.Yu. Antropova

S u m m a r y

Adjuvant and alternative methods to treat patients with hystero-myoma were discussed. Basic principals to treat such patients were introduced. Embolization of fallopian tubes was introduced as an alternative to surgical treatment and for maintaining the reproductive function.

УДК 612.661 : 616 – 055.23

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

О.В. Чечулина

Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – доц. Л.М. Тухватуллина) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Социальная значимость репродуктивного потенциала девочек – будущих матерей оценивается по распространенности общесоматической заболеваемости, уровню физического и полового развития, гинекологической заболеваемости, сексуальной готовности к половому партнерству и психологической склонности к материнству, а также по комплексу факторов, определяющих состояние репродуктивного здоровья [6].

Исследования показывают, что в наше время соматическое и репродуктивное здоровье у подростков неудовлетворитель-

ное [1]. За последние 20 лет число условно здоровых школьников уменьшилось с 28,3 до 6,3%, причем более высокий уровень заболеваемости отмечается у девочек. У 60–70% школьников имеются хронические заболевания, в том числе сочетание нескольких из них – у 25% [3, 5, 7].

Частота гинекологических заболеваний у подростков варьирует от 10 до 18% [2, 4]. Соматическая и гинекологическая патология оказывает влияние на течение гестационного периода, поэтому необходимо осуществлять индивидуальный подход к молодым беременным в зависимости от