

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ДО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТЕРАПИИ

© Р. А. Манушарова, Э. И. Черкезова, Е. М. Чочаева

Кафедра эндокринологии и диабетологии с курсом эндокринной хирургии РМАПО, Клиника гинекологии и андрологии, Москва, Россия

Актуальность проблемы

Миома матки является одной из распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов, диагностируется у 20–40% женщин, не достигших возраста менопаузы. В последние годы наблюдается «омоложение» заболевания, диагноз миомы матки часто устанавливается в возрасте 20–25 лет.

Одной из причин развития миомы матки считают нарушения репродуктивной функции и использование гормональной стимуляции. Однако, многочисленные исследования, произведенные в плане исследования репродуктивной системы женщины при миоме матки, показали неоднородные данные. Так, одни авторы утверждают, что функция репродуктивной системы при миоме матки не нарушена, другие показали изменение секреции ЛГ и ФСГ при данном заболевании. В связи с приведенными данными мы изучили функциональное состояние репродуктивной системы у больных миомой матки до лечения и после различных видов терапии.

Материал и методы

Исследовано 60 женщин репродуктивного возраста (28–45 лет) с миомой матки 5–9 недель беременности. Из этих женщин 8 жаловались на бесплодие: у 2 было первичное, а у 6 — вторичное бесплодие. Жалобы больных сводились на боли внизу живота, обильные менструации, осложненное течение наступившей беременности. Диагноз болезни подтверждали путем клинического осмотра, УЗИ органов малого таза, а у части больных диагностической лапароскопии.

Состояние репродуктивной системы оценивали исследованием в крови гормонов: ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, которое производили у всех больных радиоиммунным методом с использованием стандартных наборов до лечения и после проведенной терапии диферелином и миреной.

Лечение больных проводили аналогом ГнРГ — диферелином, который назначали в/м в ягодичную область в дозе 3,75 мг. Первая инъекция препарата проводилась на 5-й день менструального цикла, а последующие через каждые 28 дней. Произведено от 4 до 6 инъекций у 30 больных.

Еще у 30 больным с малыми размерами миоматозных узлов (до 3 см в диаметре) лечение было проведено левоноргестрел-содержащей внутриматочной системой «Мирена», которая находилась в полости матки 3–5 лет. Полученные результаты обработаны статистически.

Результаты

До проведенного лечения содержание ЛГ, ФСГ находилось в пределах нормальных величин у 53 из 60 больных и в среднем составляло $8,15 \pm 0,76$ мМЕ/л, а у 7 больных оказались повышенными и равнялись $13,4 \pm 0,13$ мМЕ/л. После 4–6 инъекций диферелина концентрация ЛГ снижалась до $3,38 \pm 0,12$ мМЕ/л ($p \pm 0,01$). Концентрация ФСГ до лечения находилась в пределах $5,33 \pm 1,1$ мМЕ/л и находилась в пределах нормальных величин у 51 женщины, у 9 были снижены по сравнению с нормой. После 4–6 инъекций диферелина уровень ФСГ снизился до $2,03 \pm 0,2$ мМЕ/л ($p \pm 0,01$).

Содержание пролактина как до лечения, так и после проведенной терапии диферелином находилось в пределах нормальных величин у всех больных. Содержание эстрадиола до лечения колебалось в пределах от 382,9 до 363,6 пмоль/л и не отличалось от данных у контрольных лиц. После инъекций диферелина снизилось статистически достоверно у всех больных и составляло в среднем $57,2 \pm 0,12$ нмоль/л ($p \pm 0,001$). Такие же изменения наблюдались в отношении уровня прогестерона и тестостерона. До лечения уровни указанных гормонов не отличались от данных у контрольных лиц. После проведенного лечения диферелином уровни прогестерона и тестостерона снизились, и это снижение было статистически достоверным ($p \pm 0,01$).

Диферелин, по данным многочисленных исследований, приводит к снижению секреции гонадотропных гормонов гипофиза и половых стероидов в яичниках, что сопровождается аменореей и обратимой медикаментозной кастрацией. Эти изменения в секреции указанных гормонов приводят к уменьшению матки и миоматозных узлов, по нашим данным, на 30–90% от первоначальной их величины.

У больных, которым проводилось лечение «Миреной», содержание ЛГ, ФСГ, эстрадиола,

прогестерона, тестостерона, пролактина до лечения было таким же, как и у больных, которым проводилось лечение диферелином. После введения «Мирены» в полость матки отмечалось изменение уровня эстрадиола и прогестерона. По результатам наших исследований отмечалось достоверное повышение уровня прогестерона по сравнению с результатами до лечения и у контрольных лиц до $23 \pm 1,2$ нмоль/л, а уровень эстрадиола снизился до $77,2 \pm 1,2$ пмоль/л. На фоне проведенного лечения у части больных отмечались межменструальные кровянистые выделения, у 9 больных — аменорея. Исследования последних лет показали, что антиэстрогенный и антимиотический эффекты «Мирены» реализуются через непосредственное влияние высоких доз левоноргестрела на концентрацию эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в эндометрии, которые содержатся в эпителиальных и стромальных клетках эндометрия.

После отмены диферелина и «Мирены» менструальный цикл восстанавливается через 3,5–4 месяца и у подавляющего большинства больных становится овуляторным, что приводит к восстановлению фертильности у этих больных. Наши исследования показали отсутствие рецидива миомы матки после лечения «Миреной» в течение 4–5 лет наблюдения.

Заключение

У части больных с миомой матки отмечается нарушение секреции гонадотропных гормонов гипофиза. Лечение таких больных диферелином и «Миреной» приводит к уменьшению или исчезновению миоматозных узлов у 30–90% больных. Одновременно уменьшаются размеры матки. Указанные изменения приводят к восстановлению менструального цикла и фертильности. После терапии миомы матки «Миреной» рецидив миомы матки не наблюдается.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭНЕРГИИ

© С. В. Мочайло, В. И. Ивах, С. Н. Балык

Клиника «Гарвис», Днепрпетровск, Украина

Актуальность проблемы

Лейомиома матки занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости, при этом в последние годы все больше отмечается «омоложение» миомы, т. е. уменьшение среднего возраста прооперированных больных и увеличение количества пациенток с нереализованной генеративной функцией. Поэтому на одно из первых мест выходит вопрос о состоятельности послеоперационного рубца на матке.

Сегодня ведущее место в хирургии все более прочно занимают органосохраняющие операции лапароскопическим доступом.

Для формирования полноценного рубца на матке мы руководствовались следующими принципами: уменьшение краевого повреждения миометрия, тщательное послойное восстановление целостности стенки матки без формирования «полостей» с сохранением адекватного кровообращения.

Для этих целей нами использовалась следующая методика:

1. Инфильтрация предполагаемого места разреза на матке раствором адреналина (уменьшение интраоперационной кровопотери и необходимости коагуляции).

2. Применение для разреза ультразвукового скальпеля (исключение коагуляционного некроза тканей, сохранение адекватного кровоснабжения в ране).
3. Выбор места и направления разреза с учетом локализации и количества миоматозных узлов и удобства наложения эндоскопических швов.
4. Применение шовных материалов с длительным временем рассасывания, с минимальным фибрильным и «пилящим» эффектами (Монокрил 0 и 2–0), диаметр иглы должен быть адекватным глубине раны.
5. Использование эндоскопических швов, позволяющих послойно восстановить целостность раны, с минимальным нарушением кровоснабжения формирующегося рубца и с минимальной деформацией тканей (обычно мы применяем отдельные узловые или П-образные швы внутри раны и непрерывный мышечно-серозный шов «изнутри–наружу»).

Во всех случаях (кроме субсерозных узлов на тонкой ножке) иссечение псевдокапсулы узлов не проводилось.

Конверсий, интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось.

До операции всем больным проводилось стандартное клиническое обследование, трансвагиналь-