

нобиологии. – 2004. – №2. – С.118-119.

8. Хазова Т.Г., Волков Е.В., Тимошкин А.Б., Зверева Н.Г. Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами в Красноярском крае // Журн. инфекционной патологии. – 2009. – №3. – С.212-213.

9. Assous M.V., Postic D., Paul G., et al. Western blot analysis of sera from Lyme borreliosis patients according to the genomic

species of the Borrelia strains used as antigens // Eur. J. clin. Microbiol. Infect. Dis. – 1993. – Vol. 12. №4. – P. 261-268.

10. Sigal L. Clinical manifestations of Lyme disease // New Jersey Med. – 1990. – Vol. 87. №7. – P.549-555.

11. Schutzer S.E., Coyle P.K., Belman A.L., et al. Sequestration of antibody to Borrelia burgdorferi in immune complexes in seronegative Lyme disease // Lancet. – 1990. – Vol. 335. – P.312-315.

Информация об авторах: 660078, г. Красноярск, ул. 60 лет Октября, 54-45, e-mail: andronat@mail.ru, bacinf@mail.ru, Андропова Наталья Владимировна – ассистент; Миноранская Наталья Сергеевна – к.м.н., доцент; Миноранская Елена Игоревна – к.м.н., доцент.

© РУССКИХ Л.А., БАРИНОВ С.В. – 2011

УДК 618.14-006.36-091.8.618.3

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Людмила Александровна Русских, Сергей Владимирович Баринов
(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.Н. Новиков,
кафедра акушерства и гинекологии №1, зав. – д.м.н., проф. С.В. Баринов)

Резюме. Под наблюдением находились 47 пациенток, подвергшихся миомэктомии в сроках от 14-ой до 24-ой недели гестации. Показаниями к миомэктомии при беременности были большие размеры миомы матки с нарушением питания в узле, перешеечным ростом узла больших размеров и угрозой прерывания беременности. Результаты: 44 пациентки, родоразрешены кесаревым сечением здоровыми детьми в сроке 38-40 недель и у 3 женщин – преждевременные роды. Заключение: можно полагать, что при миоме матке больших размеров миомэктомия в течение беременности является обоснованной и безопасной операцией, позволяющей пролонгировать беременность до завершения гестации.

Ключевые слова: миома матки, беременность, миомэктомия.

FEATURES OF TREATMENT TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH LARGE UTERINE MYOMAS

L.A. Russkikh, S.V. Barinov
(Omsk State Medical Academy)

Summary. 47 patients-women subjected to myomectomy in terms of the 14th to the 24th week of gestation. The indications for myomectomy during pregnancy were large size of uterine fibroids, malnutrition in the node, the node recervical growth of large size and threat of breaking pregnancy. Results: 44 patients delivered by caesarean section with healthy babies between the 38th and 40st week and 3 women had premature births. Conclusion: it can be assumed that at large uterine myoma myomectomy during pregnancy is well founded and safe operation, allowing to prolong pregnancy till the end of gestation.

Key words: uterine myoma, pregnancy, myomectomy.

Сочетание миомы матки и беременности встречается у 0,4-4,0% женщин [4]. Течение беременности при сочетании с миомой матки имеет свои особенности, обусловленные рядом осложнений: угрожающее прерывание в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода, неправильные положения и предлежания плода, отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, которые могут развиваться в любом сроке гестации [1,2,3]. В ряде случаев истмико-цервикальная недостаточность развивается при шеечно-перешеечной локализации миоматозных узлов, что может быть дополнительным фактором прерывания беременности [6].

По данным Т.Н. Горбуновой (2003), установлено, что более 70% беременных с миомой матки были в возрасте старше 30 лет, причём у половины из них – это первая беременность. У большинства женщин миома не влияет на течение беременности и родов. Самыми частыми осложнениями бывают угроза прерывания беременности и нарушение питания узла миомы.

Высокой частотой осложнения течения беременности является угроза прерывания ее в различные сроки (74,6%): в I триместре – у 29%, во II – у 33,8%, в III триместре – у 11,6% пациенток и у 2% – на протяжении всей беременности [3].

Одной из причин данного осложнения является прогестероновая недостаточность. Миома, являясь активатором локальной гормонаемии, усугубляет относительную прогестероновую недостаточность в локальном кровотоке матки, что способствует усилению

процессов гиперплазии и гипертрофии клеточных элементов миометрия, активации ростковых зон в сосудах миометрия, приводящих к росту миоматозных узлов во время гестации [4].

Фетоплацентарная недостаточность у пациенток с миомой матки развивается в 39,6% случаев. Тем не менее, исследования показали, что основными факторами риска ее развития у беременных с миомой матки являются пролиферирующая миома матки, большие размеры и низкая локализация узла, множественная миома, прикрепление плаценты в области миоматозного узла [6].

В связи с вышеизложенным, вопросы тактики ведения беременных с миомой матки, особенно больших размеров ее, являются на сегодняшний день весьма актуальными.

Цель работы: усовершенствовать тактику ведения беременных с лейомиомой матки больших размеров, с целью благоприятного течения гестационного периода и последующим родоразрешением органосохраняющей операцией.

Материалы и методы

В настоящее исследование были включены 47 беременных пациенток с миомой матки больших размеров (более 6 см по классификации А.Л. Тихомирова) в разных сроках беременности. Диагноз лейомиома матки был установлен на основании данных анамнеза, ультразвукового исследования и подтвержден гистологическим исследованием удаленных миоматозных узлов.

У изучаемых пациенток применялся комплекс диагностических методик: общеклиническое исследование

(общий анализ крови, биохимический анализ крови, группа крови резус фактор, общий анализ мочи, микроскопия отделяемого из цервикального канала и влагалища), ультразвуковое исследование акушерское и миоматозных узлов с доплерометрией кровотока в миоматозных узлах и плодово-плацентарного. От всех пациенток было получено информированное согласие на проведение диагностических и лечебных мероприятий.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Microsoft Excel и Statistica 6.0 (описательная статистика: среднее значение M , стандартное отклонение σ , стандартная ошибка m и также использованы медиана, нижний и верхний квартили). Различия считали значимыми для $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Под нашим наблюдением находилось 47 беременных пациенток с миомой матки, которым была выполнена консервативная миомэктомия в течение беременности. Возраст обследованных пациенток составил: медиана – 31 год, нижний квартиль – 28 лет, верхний квартиль – 35 лет. При изучении становления менструальной функции выявлено, что возраст наступления менархе: медиана и нижний квартиль – 13 лет, верхний квартиль составил 14 лет. Таким образом, у всех обследованных женщин отмечено нормальное становление менструальной функции.

По нашим данным в группе пациенток более половины из них – 27 (57,4%) были нерожавшими, одни роды в анамнезе имели место у 20 (42,6%) пациенток. Учитывая, что 57,4% женщинам предстояли первые роды в возрасте после 30 лет благополучное завершение данной беременности являлось актуальным.

Миома матки, выявленная впервые при настоящей беременности, в первом триместре была у 20 (42,6%) пациенток, в течение одного года до наступления беременности – у 12 (25,5%). Локализация миоматозных узлов у пациенток с миомой матки распределялась следующим образом: в теле матки – у 37 (78,7%) женщин, из них у 14 (29,5%) – по передней стенке, в дне – 12 (26,2%), по задней стенке – 11 (23%), и в области перешейка – 10 (21,3%). Субсерозный рост был выявлен у 32 (68,1%) женщин и интерстициально-субсерозный – у 15 (31,9%) беременных. Диаметр миоматозных узлов колебался от 6 до 25 см. В клинической картине у всех больных преобладал болевой синдром, который у большинства 42 (89,6%) в сочетании с угрозой прерывания беременности в I и II триместрах, у 18 (38,3%) пациенток имели симптомы переходящего трофического нарушения миоматозных узлов.

При исследовании кровотока в миоматозных узлах при беременности были выявлены следующие типы: 14 (29,8%) беременных – периферический кровоток (у 8 женщин отмечен умеренный (ИР – $0,57 \pm 0,06$) и у 6 – точечный (ИР – $0,62 \pm 0,10$)); у 9 (18,8%) – активный кровоток (ИР – $0,65 \pm 0,07$) и у 6 (12,5%) – умеренный диффузный (ИР – $0,6 \pm 0,08$), в 19 (40,4%) случаях отмечалось нарушение питания миоматозных узлов (у 14 – переходящие нарушения питания узла (ИР – $0,53 \pm 0,06$) и у 5 – нулевой кровоток). У всех пациенток перед выполнением консервативной миомэктомии плодово-плацентарный кровоток был в пределах нормы.

Показания к выполнению миомэктомии были обусловлены наличием болевого синдрома, трофическими нарушениями в узле,

величиной миоматозных узлов более 8 см. В течение 2-3 дней под контролем анализов крови, температурной реакции, динамического ультразвукового исследования миоматозных узлов всем беременным была проведена предоперационная подготовка, включающая антибактериальную терапию (цефалоспорины III поколения), инфузии спазмолитиков, гинипрала, профилактику тромбоэмболических осложнений и гипоксии плода. Учитывая, что перешеечная локализация миоматозных узлов ведет к формированию функциональной истмико-цервикальной недостаточности, всем беременным с перешеечной локализацией миоматозных узлов перед оперативным вмешательством были наложены швы на шейку матки по Любимовой.

Миомэктомия была выполнена у 31 (66%) пациенток в сроках от 13 до 18 недель беременности и у 16 (34%) наблюдаемых – в сроке беременности 19-24 недель (рис. 1). Мы считаем, что оптимальным сроком гестации для

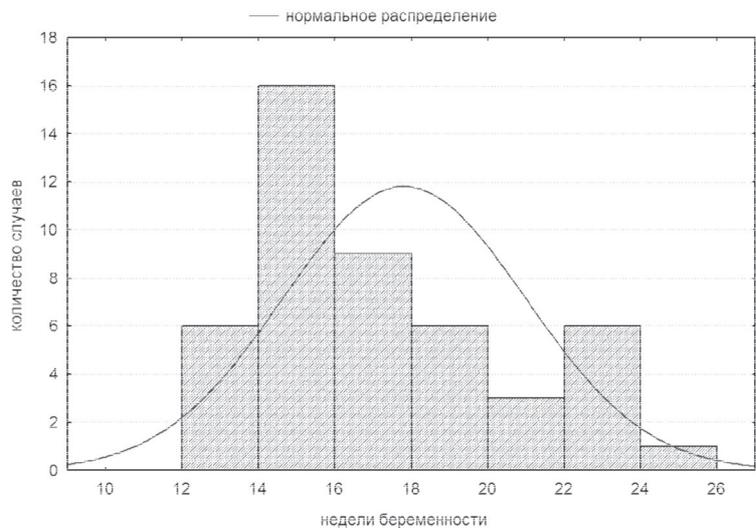


Рис. 1. Распределение по срокам беременности, при котором выполнена консервативная миомэктомия.

выполнения плановой энуклеации миоматозных узлов больших размеров при низком их расположении является 14 недель гестации, при локализации в теле матки – 18-20 недель.

Интраоперационно для уменьшения тонуса матки проводилась инфузия гинипрала или сульфата магния, которые были продолжены в послеоперационном периоде с постепенным переходом на инъекционные и таблетированные формы препаратов. С целью форми-

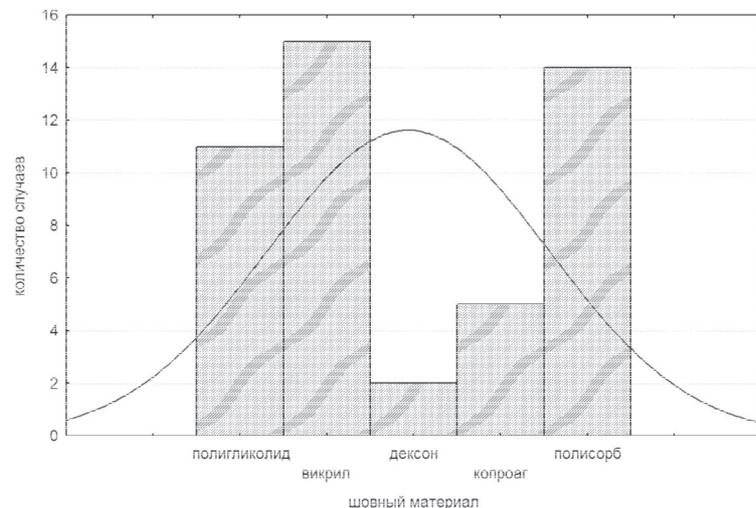


Рис. 2. Использование шовного материала при консервативной миомэктомии.

рования полноценного рубца на матке после миомэктомии всем пациенткам при проведении консервативной миомэктомии использовали синтетический шовный материал, преобладающим из них был викрил и полисорб (рис. 2).

В последующем всем беременным после выполнения консервативной миомэктомии проводились курсы профилактической сохраняющей терапии в критические сроки 22-24, 28-30, 32-34 недели.

Средние сроки пребывания в стационаре после перенесенных операций составили: медиана – 13 дней, нижний квартиль – 8 дней, верхний квартиль – 21 день. Через 2 недели после проведения консервативной миомэктомии в 17 (36,1%) пациенток было обнаружено снижение фето-плацентарного кровотока (С/Д – 4,16±0,08), что потребовало проведения терапии, направленной на улучшение кровотока.

В доношенном сроке беременности были родоразрешены 44 (93,6%) пациентки, а у 3 (6,4%) женщин имело место прерывание беременности. Во время проведения операции кесарево сечение рубец на матке после консервативной миомэктомии визуально был состоятельным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н., Сенчакова Т.Н., Гаспарян Н.Д. Хирургическое лечение беременных с миомой матки // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гинеко. – 1998. – №3. – С.83-86.
2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. и др. Хирургическая и акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями половых органов // Акушерство и гинекология. – 2002. – №2. – С.41-45.
3. Кулаков В.И., Шамаков Г.С. Миомэктомия и беременность. – М., 2001. – 344 с.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы

Таким образом, при сочетании миомы матки больших размеров и беременности угроза прерывания ее в I и II триместрах имела место у 42 (89,6%) женщин, у 18 (38,3%) пациенток отмечались симптомы преходящего трофического нарушения миоматозных узлов. При исследовании кровотока в миоматозных узлах при беременности были выявлены следующие типы: 14 (29,8%) беременных – периферический кровоток (у 8 женщин отмечен умеренный (ИР – 0,57±0,06) и у 6 – точечный (ИР – 0,62±0,10)); у 9 (18,8%) – активный кровоток (ИР – 0,65±0,07) и у 6 (12,5%) – умеренный диффузный (ИР – 0,6±0,08), в 19 (40,4%) случаях отмечалось нарушение питания миоматозных узлов (у 14 преходящие нарушения питания узла (ИР – 0,53±0,06) и у 5 – нулевой кровоток). Оптимальным сроком гестации для выполнения миомэктомии при низкорасположенных узлах является 14 недель гестации, при локализации в дне и теле матки – 18-20 недель. Проведенная энуклеация больших узлов лейомиомы во время беременности позволяет пролонгировать ее до завершения срока гестации. Энуклеация миоматозных узлов больших размеров во время беременности дает возможность провести органосохраняющие операции при кесаревом сечении.

патогенеза и патогенетической терапии. – СПб.: Элби, 2000. – 221 с.

5. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Под ред. И.С. Сидоровой. – М., 2002. – 256 с.

6. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. – МИА, 2006. – 176 с.

7. De Carolis S., Fatigante G., Ferrazzani S., Trivellini C., et al. Uterine Myomectomy in Pregnant Women // Fetal. Diagn. Ther. – 2001. – Vol. 16. – P.116-119.

Информация об авторах: 644109, г. Омск, ул. Молодова, д.20, кв. 372, тел. (3812) 440688, e-mail: zerova@yandex.ru, Русских Людмила Александровна – ассистент; Баринов Сергей Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой.

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., ВЫСОЦКИЙ В.Ф. – 2011

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Владимир Анатольевич Белобородов, Владимир Фёдорович Высоцкий
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. В статье представлен разработанный алгоритм дифференциальной диагностики новообразований надпочечников и детально описаны основные этапы его применения. Проведен анализ результатов его внедрения. В результате использования предлагаемого алгоритма эффективность дооперационной дифференциальной диагностики новообразований надпочечников значимо ($p < 0,001$) повысилась с 40,0 до 88,4%.

Ключевые слова: новообразования надпочечников, дифференциальная диагностика, эффективность.

EFFICACY OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NEOPLASMS OF ADRENAL GLANDS

V.A. Beloborodov, V.F. Visotskii
(Irkutsk State Medical University)

Summary. In paper the elaborated algorithm of differential diagnosis of neoplasms of adrenal glands is presented and the main stages of its application have been described in detail. The analysis of outcomes of its inculcation has been conducted. As a result of offered algorithm usage the efficacy of pre-operative differential diagnosis of neoplasms of adrenal glands ($p < 0,001$) has significantly raised from 40,0 up to 88,4%.

Key words: neoplasms of adrenal glands, differential diagnosis, efficacy.

Существующие анатомо-топографические особенности расположения, небольшой размер надпочечников, большое разнообразие клинических проявлений, часто симулирующих заболевания других органов и систем, приводят к трудностям дифференциальной диагностики новообразований надпочечников (НН). В тоже время, на фоне внедрения высокоинформативных

инструментальных методов диагностики значительно увеличилась выявляемость клинически «немых» форм этой патологии с многообразием их вариантов по форме, размерам, плотности и особенностям кровоснабжения. Результаты ранее проведенного нами анализа эффективности дооперационной диагностики НН показал, что каждый из существующих методов в отдель-