

2. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2000 г. — М.: Министерство здравоохранения РФ, 2001. — 76 с.
3. Каримова Ф.Д. Профилактика осложнений искусственного аборта // Акуш. и гинекол., 2001, № 2, с. 55—56.

COMPLICATIONS OF ARTIFICIAL ABORTIONS AND THEIR PREVENTION

V.I. DIMITROVA, N.F. PLAVUNOV, M.Yu. GOTT

Clinical hospital № 64
Vavilova st., 61, 117292 Moscow, Russia

S.M. SEMYATOV

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

The data is presented on complications after 4302 artificial termination of pregnancy in the first trimester for the recent 5 years. The main risk factors are discussed. The effectiveness of new methods for prevention of these complications is assessed.

УДК 618.14-006.36-089

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ВНУТРЕННИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**А.Г. ПОГАСОВ, И.М. ОРДИЯНЦ, Н.Д. ПЛАКСИНА,
Л.С. КУДРЯВЦЕВА, О.В. ПАНИТКОВА, Л.Х. ХАСХАНОВА**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Настоящая работа посвящена разработке стандарта обследования женщин репродуктивного возраста при миоме матки, предусматривающего ультразвуковое, гистероскопическое и гистерографическое исследования, позволяющие уточнить предоперационный диагноз в 82% случаев сочетания эндометриоза и миомы матки, а также оценить эффективность оперативного метода лечения путем изучения ближайших и отдаленных (10 лет и более) результатов. С целью сохранения органов репродуктивной системы и архитектоники тазовых органов у женщин с миомой матки в сочетании с внутренним эндометриозом при условии отсутствия внематочных гетеротопий обоснована целесообразность суправагинальной ампутации матки с иссечением эндоцервикса. Предложенный метод хирургического лечения женщин с миомой матки в сочетании с эндометриозом позволил снизить число ближайших и отдаленных осложнений, профилактировать рецидивирование миомы и эндометриоза любой локализации.

Проблемы хирургического лечения миом и эндометриоидных гетеротопий матки привлекают все большее внимание исследователей. Это обусловлено высокой распространенностью этих процессов среди женщин репродуктивного возраста, их значительным удельным весом в структуре гинекологической заболеваемости женщин перименопаузального периода жизни и, наконец, патогенетической связью этих патологических состояний с доброкачественными и злокачественными опухолями матки, яичников и молочной железы [1—3].

Несмотря на расширение арсенала комплексной консервативной терапии эндометриоза, не уменьшилась частота хирургических вмешательств, которые остаются ведущими методами в решении сложной задачи избавления женщин от

эндометриоза и миомы матки, сочетания которых достигают 46—85% всех оперированных по поводу этих заболеваний женщин. Это еще раз подчеркивает актуальность изыскания оптимальных методов лечения этой сочетанной патологии, особенно у женщин репродуктивного возраста. Очевидно, что оптимизация должна предусматривать отказ от неоправданного радикализма, не повышая опасности рецидивирования каждого из заболеваний или их сочетания.

Цель исследования: разработать и внедрить метод комплексной дооперационной диагностики сочетания миомы матки и эндометриоза и обосновать эффективность предложенного метода оперативного лечения.

В соответствии с поставленными целью и задачами была разработана **программа исследований**, предусматривающая проведение клинико-статистического анализа, сонографической, гистероскопической, морфологической оценки состояния органов малого таза и математической обработки полученных результатов. Под наблюдением с целью углубленного обследования находилось 210 женщин репродуктивного возраста (от 20 до 50 лет); из них здоровых — 39, с миомой матки и эндометриозом — 171.

Основными клиническими симптомами у женщин репродуктивного возраста с миомой матки в сочетании с внутренним эндометриозом были боли внизу живота накануне и во время менструации, нарушения менструальной функции, преимущественно в виде гиперполименореи, дисменореи, меноррагий, пред- и постменструальных кровянистых выделений.

В целях совершенствования диагностики внутреннего эндометриоза у больных миомой матки нами разработана и апробирована система диагностических мероприятий, применяемых в определенной последовательности.

Выявлено, что только ультразвуковое исследование позволило диагностировать очаги эндометриоза у 119 из 171 больных (69,6%). Наиболее информативно и достоверно внутренний эндометриоз у пациенток с миомой матки определялся по совокупности сонографических признаков на 6—8-й день менструального цикла: толщина стенки матки составила от 3,6 до 5,6 см, в среднем — $4,5 \pm 0,6$ см (при норме $3,7 \pm 0,36$ см), а различие между толщиной передней и задней стенок было не менее $0,3 \pm 0,2$ см. На эхограмме отмечались трубчатые структуры, идущие от эндометрия по направлению к миометрию, неравномерность толщины базального слоя эндометрия, а также отдельные участки повышенной эхогенности в миометрии с нечеткими контурами, примыкающие к полости матки.

Для миомы матки при ультразвуковом исследовании было характерно увеличение размеров последней, деформация контуров и визуализация в стенках округлой или овальной формы структур с меньшей по сравнению с миометрием акустической плотностью. Наибольший практический интерес представляла диагностика субмукозной миомы матки. Ведущим эхографическим критерием подслизистой миомы являлась визуализация деформированной полости матки в виде полумесяца с четкими контурами и повышенным уровнем звукопроводимости вследствие скопления в ней крови. У 28 (16,4%) женщин выявлены гиперэхогенные точечные эхоструктуры в толще миометрия, которые становились более выраженными во II фазе менструального цикла.

Полученные нами данные согласуются с данными литературы (Демидов В.Н., 1997) о том, что наибольшие трудности возникают в диагностике эндометриоза при множественных интерстициально расположенных миоматозных узлах. Следует подчеркнуть, что в подобных случаях при использовании эхографии не всегда представляется возможным как установить, так и исключить рассматриваемую патологию. Ретроспективный анализ показал, что ложноотрицательных результатов было ровно в 10 раз больше, чем ложноположительных.

Гистероскопическое исследование стенок тела матки в нашей работе позволило установить локализацию эндометриоза у больных миомой матки в области боковых стенок (60%), значительно реже эндометриоидные гетеротопии выявлялись во всех стенках (20%), а также в области передней (13,3%) и задней (6,7%) стенок матки. У 12 больных при гистероскопии обнаружена картина, соответствующая гиперплазии эндометрия, у 17 — полипы эндометрия различной локализации, преимущественно в области трубных углов.

Важным методом диагностики внутреннего эндометриоза мы по-прежнему считаем гистерографию. Проведенная на второй день после гистероскопии и диагностического выскабливания слизистой полости матки с использованием водорастворимых контрастных средств у больных с кровотечением, либо на 2—5-й день менструального цикла с целью диагностики эндометриоза эта методика, основанная на проникновении водного рентгенконтраста во все ходы эндометриоидных гетеротопий, позволяла получить «законтурные тени» при наличии внутреннего эндометриоза у женщин с миомой матки в 71,4% (120 из 171).

На рентгенограмме заполненная контрастным веществом полость матки при эндометриозе имела обычную величину и форму. Значительное увеличение полости матки обычно являлось следствием сопутствующего миоматозного поражения. Тень полости матки была однородной. Эндометриоидные образования, расположенные в мышечном слое матки, сообщались с ее полостью через просветы желез; через них контрастное вещество проникало в эндометриоидные полости, давая при гистерографии картину множественных узких нишеподобных углублений разной ширины и длины. Эти углубления чаще уходили в глубь мышечного слоя на 3—4 мм, в некоторых случаях глубина их достигала 1—2 см. Чаще всего они располагались в области углов и дна матки, реже — в боковых ее стенках и были или ровными, или, в редких случаях, извилистыми. Окончания их обычно были мешковидно расширены.

Рентгенологическая картина эндометриоза шейки матки была аналогична таковой при локализации в теле ее. На гистерограммах были видны немногочисленные узкие «законтурные» тени, проникающие в глубь мышечного слоя на 2—4 мм. Однако эндометриоидные ходы шейки матки не всегда контурировались вследствие заполнения эндометриоидных пространств слизью, кровяными сгустками и наличием чрезмерно развитой мышечной ткани в этой области, сдавливающей тончайшие просветы желез.

На основе данных гистерографии были выделены следующие варианты рентгенологической картины полости матки при внутреннем эндометриозе: полость матки неправильной треугольной формы с увеличенным продольным размером, расширенным истмическим отделом и каналом шейки матки — 24 (36,4%); полость матки неправильной треугольной формы с неровными зазубренными контурами — 11 (16,7%); полость матки неправильной треугольной формы с увеличенным поперечным размером, с наличием «законтурных теней» — 20 (30,3%); тело матки, напоминающее по форме центропитальный рост миоматозного узла по передней и задней стенке матки, с дефектом наполнения — 4 (6,1%); полость матки неправильной треугольной формы с закругленными углами или приближающаяся к округлой форме — 7 (10,5%).

Наиболее характерными признаками аденомиоза при гистероскопии являлись неровность контуров, наличие бугристой поверхности эндометрия, крипт, из которых поступала кровь.

Предложенный В.И. Ельцовым-Стрелковым в 1982 г. в случаях диффузного эндометриоза тела матки в сочетании с миомой матки у женщин репродуктивного возраста метод хирургического вмешательства, ограничивающийся суправагинальной ампутацией матки и иссечением эндоцервикса, мы начали применять с 1985 г.

Надвлагалищная ампутация матки с иссечением слизистой цервикального канала была произведена 1500 больным. Отдаленные результаты с комплексной оценкой состояния здоровья женщин прослежены у 171 больной в течение 2—16 лет после предпринятого хирургического лечения.

Для суждения об эффективности оперативного лечения и наличии рецидивирования эндометриоза производились сонографические исследования в динамике. Ни в одном случае из всей кагорты исследований рецидива эндометриоза нами установлено не было.

Таким образом, разработанный стандарт обследования женщин репродуктивного возраста при миоме матки, предусматривающий, кроме ультразвукового, гистероскопическое и обязательное гистерографическое исследования, позволил уточнить предоперационный диагноз в 82% случаев сочетания внутреннего эндометриоза и миомы матки. С целью сохранения органов репродуктивной сис-

темы и архитектоники тазовых органов у женщин с эндометриозом и миомой матки обоснована целесообразность ограничения объема операции при условии отсутствия внематочных гетеротопий суправагинальной ампутацией матки с иссечением эндоцервикса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мезин В.Я. Сочетание предопухолевых состояний молочных желез, эндометрия и их коррекция / Дисс. к. м. н. — Рязань, 1997. — 22 с.
2. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Ливаков С.А. и др. Состояние молочных желез у больных миомой матки в постменопаузе // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов, 1989, № 1, с. 92—95.
3. Хасханова Л.Х. Сочетание эндометриоза с дисгормональной гиперплазией молочных желез / Дисс. к. м. н. — М., 1996. — 24 с.

UTERUS MYOMA WITH ADENOMIOSIS. DIAGNOSIS, SURGICAL TREATMENT, PROGNOSIS

**A.G. POGASOV, I.M. ORDIYANTS, N.D. PLAKSINA,
L.S. KUDRYAVTSEVA, O.V. PANITKOVA, L.H. HASKHANOVA**

Department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology
Russian University of Peoples' Friendship
Miklukho-Maklaya st., 8, Medical Faculty, 117198 Moscow, Russia

This work is designed to establish standard methods of investigations for women of reproductive age with uterine myoma and endometriosis taking into consideration not only the use of ultrasound but also of hysteroscopy and compulsory hystero-graphy. This method allows not only the correct preoperative diagnosis of endometriosis in combination with uterine myoma in 82% of the cases but also allows to monitor the effectiveness of the methods of treatment used to study the short term and long term (10 or more years) results.

To preserve the organs of the reproductive system as well as the architecture of pelvic organs among patients with endometriosis and uterine myoma it is recommended that the volume of surgical intervention be limited to supravaginal amputation of the corpus of the uterus with excision of the endocervix in the absence of extrauterine heterotopics. This method of operational treatment of women with myoma of the uterus alongwith endometriosis has allowed the reduction of short and long term complications and the prophylaxis of residual endometriosis of different localizations.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОПАМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А.Д. ПОДТЕТЕНЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Т.В. БРАТЧИКОВА, У.Ч. ГАГАЕВ

Родильное отделение ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана
Госпитальная пл., 2, 111020 Москва, Россия

В статье представлен новый взгляд на тактику ведения родов и выбор оптимального метода лечения дискоординации родовой деятельности. В ходе контролируемого исследования были проанализированы особенности течения и исходы родов у 103 рожениц с дискоординацией родовой деятельности, родивших в Родильном отделении ГКБ № 29