

вой жизнью, городских, соответственно 51,0% ($P < 0,05$). У 17,1% сельских подростков было 3 и более половых партнеров, почти столько же и у городских. Показательно то, что число половых партнеров среди последней группы доходило до 25. Однако лишь 31,1% половых пар сельской группы и 37,1% городской предохраняются от беременности.

Таблица 1
Мнение подростков о «идеальном» и ожидаемом числе детей в семье (в %), по материалам социологического исследования

Число детей	Ожидаемое		Идеальное	
	город	село	город	село
Один	36,5	29,2	28,1	15,6
Двое	48,9	59,4	60,4	75,0
Трое	4,2	1,0	7,3	6,3
Четверо и более	1,0		1,0	2,1
Не знаю	1,6			
Не задумывалась	7,0	8,4	3,1	1,0
Не желаю иметь детей	1,0	3,1		
итого:	100	100	100	100

Такие особенности образа жизни современных девушек свидетельствуют о высоком риске заражения ИППП, росте числа

беременностей у несовершеннолетних. Установлено, что современные девушки имеют весьма низкие репродуктивные установки. Процент ожидаемого рождения детей значительно ниже как у сельских, так и у городских респондентов.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о крайне низком уровне репродуктивного потенциала современных сельских девушек, что является предпосылкой развития женского бесплодия, невынашивания беременности, осложненного течения родов и послеродового периода. В связи с этим проблема сохранения репродуктивного потенциала подростков является весьма актуальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрьев В. К. «Некоторые проблемы медико-социальной оценки репродуктивного здоровья девочек и девушек» // Актуальные проблемы социальной медицины. Сб. науч. тр. СПб. 1998 С. 74-77.
2. Гуркин А. Ю. Гинекология подростков СПб 2000 г. 570 с.
3. Альбицкий В. Ю., Юсупова А. Н., Шаранова Е. И. и др. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. Казань: Медицина 2001 г. — 248 с.
4. И. Ю. Самарцева Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала студенток специальных и высших учебных заведений. Автореф. дисс...к.м.н. — Н. Новгород 2003 г. — 21с.
5. Васильева Т. П, Куценко Г. И, Посисеева Л. В Управление качеством воспроизводства населения. Иваново 2000 г. — 256 с.

Перспективы применения Мифепристона в лечении лейомиомы матки у женщин репродуктивного возраста

Е. Ю. АНТРОПОВА, Л. М. ТУХВАТУЛЛИНА

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ДПО КГМА Росздрава

Лейомиома матки является самой распространенной опухолью репродуктивной системы. При обследовании женщин в возрасте 18-60 лет миома матки выявляется у 1-5% женщин, в старшем репродуктивном возрасте — до 50% [3]. Средний возраст выявления лейомиомы матки составляет $32,8 \pm 0,47$ года, а показания к активному хирургическому лечению возникают в возрасте $44,4 \pm 0,29$ года [1]. При этом установлено, что развитие миомы матки занимает в среднем 5 лет, и в 84% случаев является множественной [8].

В настоящее время радикальным методом лечения остается гистерэктомия. Однако после гистерэктомии у 20-30% женщин развиваются осложнения в виде психоэмоциональных расстройств, нарушений нейроэндокринной и мочевой систем, которые в значительной степени ухудшают качество жизни [2].

В связи с тенденцией к «омоложению» данной патологии возрастает необходимость в оптимизации лечебной тактики с целью сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин.

Рост миоматозных узлов при ЛМ обусловлен главным образом реализацией влияний прогестерона, зависимой от содержания самого прогестерона, его рецепторов, а также факторов, способствующих этому лиганд-рецепторному взаимодействию, что предполагает целесообразность применения препаратов, блокирующих эти взаимодействия. Такой способностью обладают антигестагены.

В 1980 г. исследования компании «Roussel Uclaf» в области синтеза стероидов привели к созданию первого антигестагена — мифепристон (RU — 486). В настоящее время синтезирован целый ряд соединений, обладающих антигестагенной активностью:

мифепристон, онапристон, лилопристон, ZK 230211, ZK 137116, J 867, J 956 и J 1042 [4,6].

Исходно препарат применялся с целью медикаментозного прерывания беременности. В настоящее время выделяют несколько основных направлений применения антигестагенов: срочная контрацепция, регуляция менструального цикла, лечения эндометриоза, лейомиомы матки, рака яичников, эндометрия и предстательной железы. Мифепристон модифицирует эстрогензависимые изменения в эндометрии (пролиферацию, васкуляризацию, отек эндометриальной стромы) и миометрия, не связываясь при этом с рецептором эстрадиола [7]. Ингибирование эстрогениндуцированного образования желез и дегенеративные изменения железистых клеток в эндометрии зависит от дозы препарата [5]. Повышение уровня рецепторов эстрогенов под действием мифепристона связано с блокадой ингибирующего действия прогестерона на синтез рецепторов эстрадиола.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности мифепристона в адекватной терапии ЛМ у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: всем больным было проведено общеклиническое, трансвагинальное ультразвуковое исследование с доплерометрией маточных и опухолевых сосудов, определение уровня гормонов крови, онкомаркеров СА-125, СА-19,9.

В исследование были включены 22 пациентки в возрасте $38 \pm 1,3$ года. При сборе анамнеза 18 из них предъявляли жалобы на обильные менструации, 2 — на учащенное мочеиспускание. При этом у всех пациенток менструальный цикл был регулярным. Длительность заболевания составила $4,9 \pm 1,3$ года.

Таблица 1. Показатели ИР, ИП и Vmax на фоне лечения

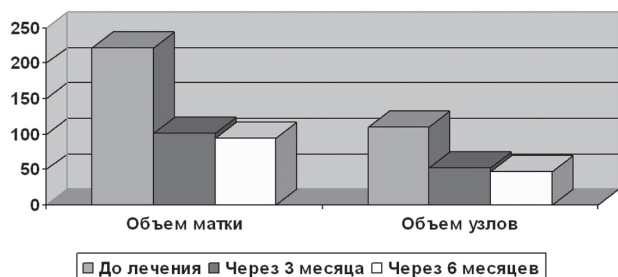
		До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
ИР	Пр.а.uterina	0,76±0,03	0,84±0,04	0,84±0,035*
	Лев. а.uterina	0,77±0,06	0,87±0,06	0,87±0,07*
	Периферич.	0,665±0,125	0,74±0,12	0,76±0,115*
	Центральн.	0,62±0,02	0,735±0,045	0,74±0,03
ИП	Пр.а.uterina	1,87±0,28	2,025±0,375	2,0±0,29
	Лев. а.uterina	1,765±0,415	1,86±0,4	1,84±0,28*
	Периферич.	0,795±0,085	0,87±0,07	0,87±0,06*
	Центральн.	1,14±0,2	1,32±0,13	1,34±0,09*
Vmax	Пр.а.uterina	0,575±0,035	0,54±0,03	0,52±0,03
	Лев. а.uterina	0,74±0,03	0,42±0,12*	0,4±0,09*
	Периферич.	0,36±0,09	0,255±0,045	0,21±0,05*
	Центральн.	0,18±0,03	0,065±0,025*	0,05±0,03*

*p<0.05 – индекс достоверности

Показанием для лечения была множественная миома матки с различной локализацией миоматозных узлов и размером не более 5 см, отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии, отсутствие гиперпластических процессов эндометрия. Мифепристон был назначен с 3-го дня менструального цикла, по 25 мг 1 раз в сутки, 3-6 месяцев. В течение первого месяца после прекращения лечения 3 пациенткам была сделана эмболизация маточных артерий, 13 — введена ЛНГ-ВМС Мирена, остальным произведена лапароскопическая миомэктомия с гистологической оценкой эндометрия.

За период лечения уровень лютропина и эстрадиола практически не изменился, прогестерона уменьшился до нижних границ нормы (p>0,05). В клиническом анализе крови, проводимом до

Рисунок 1. Объем матки и узлов (см3) до и после лечения. По данным доплерометрии интенсивность маточного и опухолевого кровотока через 6 месяцев уменьшилась на 11,2% (таб. 1, рис.2).



и в процессе лечения отклонений от нормы не было. Гемоглобин повысился с 110,40±1,14 г/л до 115,15±3,14г/л, у пациенток после миомэктомии гемоглобин несколько снизился до 110,3-0±2,05 г/л, что обусловлено кровопотерей во время операции, в последствии он повысился у всех пациенток.

В результате проведенных исследований показано, что размер лейомиомы матки по данным ультразвукового исследования уменьшился в 2,1 раза, а узлов в 2,5 (рис.1).

На фоне гормональной терапии выявлены качественные изменения вида кривых скоростей кровотока в маточных артериях, появление нулевой диастолической выемки, нулевого конечного диастолического кровотока, в то время как у больных ЛМ в маточных артериях всегда регистрируется ток крови в диастолу.

При исследовании сосудистого сопротивления маточных и опухолевых сосудов было выявлено, что при эффективном лечении отмечается повышение индексов сопротивления и снижение максимальной скорости кровотока. Использование доплерометрических критериев на ранних этапах гормонотерапии обеспечивает неинвазивную оценку эффективности проводимого лечения.

Таким образом, терапия Мифепристоном не уступает по эффективности и безопасности аналогам ГнРГ. При этом не облада-

Рисунок 2а. Допплерометрия правой маточной артерии до лечения

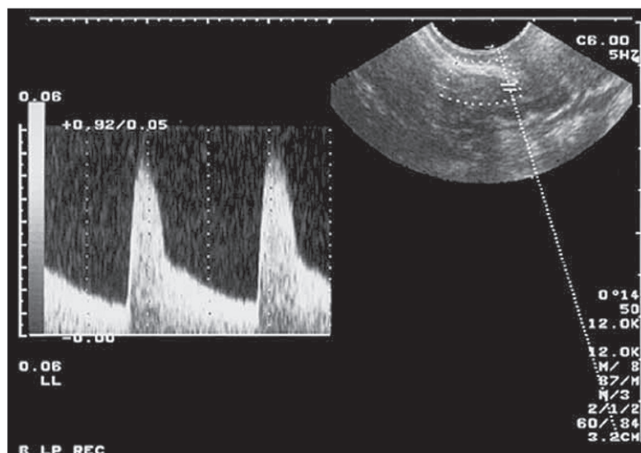
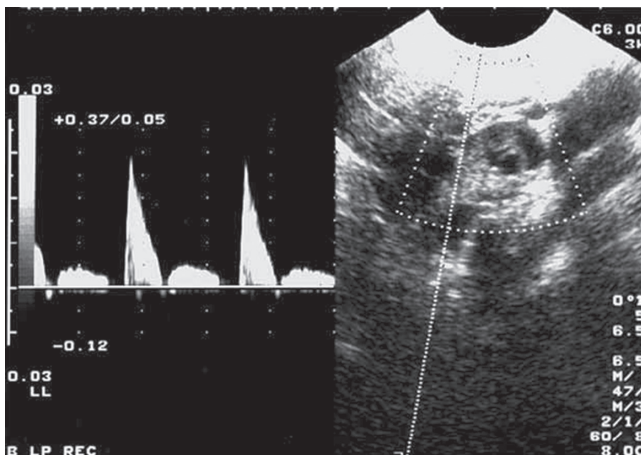


Рисунок 2б. Допплерометрия правой маточной артерии на фоне лечения.



ет отрицательным воздействием на эстрогензависимые системы и органы. Аллергических реакций и индивидуальной непереносимости во время приема препарата не отмечалось. У 4 пациенток после миомэктомии самостоятельно наступила беременность.

По нашему и мнению многих авторов, антигестагены являются многообещающими в лечении лейомиомы матки. Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что клиническая эффективность и хорошая переносимость Мифепристона позволяют успешно использовать его при лечении миомы матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки.// МедПресс — 2004 — 400 С.
2. Кулаков В. И., Селезнёва Н. Д., Краснополский В. И. Оперативная гинекология: Руководство для врачей. — Н.Новгород: Издательство НГМА, 1998 — 504 С.
3. Сидорова И. С. Миома матки. — М.; Мед. инф. агенство, 2002. — 256 с.
4. Chwalisz K, Gards R. et al. Selective progesterone receptor modulators (SPRMs): a novel therapeutic concept in endometriosis. Ann NY Acad Sci 2002 Mar; 955: 373-388; discussion 389-393,396-406.
5. Clwalisz K., Fahrenholz F et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 1991; 165: 1760-1770.
6. Elger W., Bartley J., Schneider B. et al. Endocrine pharmacological characterization of progesterone antagonists and progesterone receptor modulators with respect to PR-agonistic and antagonistic activity. Steroids 2000 Oct-Nov; 65(10-11): 713-723.
7. Heikinheimo O.,Kekkonen R., Lahteenmaki P. The pharmacokinetics of mifepristone in humans reveal insights into differential mechanisms of antiprogesterin action. Contraception 2003 Dec; 68(6): 421-426.
8. Mark D.Levie. Treatment of Uterine Fibroids. Highlights From the American Association of Gynecologic Laparoscopists 32nd Annual Meeting, Nevada. Las Vegas 2003 Nov; 18-22.