

(10). С. 41–46.

4. Бутрова С.А. Плохая А.А. Лечение ожирения: современные аспекты // РМЖ. 2001. Т. 9. № 24 / <http://www.rmj.ru/rmj/t9/n24/1140.htm>

5. Бутрова С.А. Применение сибутрамина (меридиа) в терапии больных сахарным диабетом типа 2 // Сахарный диабет. 2002. № 2. С. 44–46.

6. Бутрова С.А. Эффективность глюкофажа в профилактике сахарного диабета 2 типа // РМЖ. 2003. Т. 11. № 27. / <http://www.rmj.ru/rmj/t11/n27/1494.htm>

7. Григорян О.Р., Анциферов М.Б. Заместительная гормональная терапия у женщин, больных сахарным диабетом, в период пери- и постменопаузы: руководство для врачей. М., 2001. С. 15–16.

8. Есефидзе Ж.Т. Клиника, диагностика и лечение атрофического вагинита в постменопаузе // РМЖ. 2001. Т. 9. № 9. С. 370–374.

9. Мельниченко Г.А., Беркетова Т.Ю., Блошанская С.И. и др. Эстриол как средство профилактики и лечения урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе, страдающих сахарным диабетом // Тезисы докладов 1 Российского диабетологического конгресса. М., 1998. С. 214.

10. Abaira C. Colwell J., Nutall F. et al. Cardiovascular events and correlates in the Veterans Affairs Diabetes Feasibility Trial // Arch Intern Med 1997; vol. 157, p.181–188.

11. Gilles R. Benign vulvovagino-perineal diseases in gynaecological clinical practice and effects of twice-daily hygiene with Saforelle, Paris.

Терапевтические аспекты использования ЛНГ-ВМС «Мирена» у женщин с сочетанной патологией тела матки

Т.Ю. Пестрикова, И.А. Даниленко,
Е.А. Юрасова

Дальневосточный государственный
медицинский университет, Хабаровск

В последние годы наблюдается рост числа и «омоложение» контингента оперируемых женщин с сочетанной патологией тела матки (СПТМ). Тотальная гистерэктомия, произведённая в детородном возрасте, сопровождается, помимо необратимой утраты репродуктивной функции, сложными патологическими реакциями нейроэндокринной системы [1–3].

Естественное стремление к сохранению специфических функций репродуктивной системы женщины требует решения дискуссионного вопроса о возможностях консервативного лечебного воздействия, месте и времени хирургического вмешательства.

Современная концепция о СПТМ составляет основу для использования достаточно широкого спектра лечебных мероприятий как при изолированном, так и при сочетанном поражении матки; от прямых или опосредованных воздействий на регулирующие центры репродуктивной системы, включая применения агонистов Гн-РГ, антигондотропинов или синтетических аналогов прогестерона. В связи с высокой частотой сопутствующей патологии и развитием целого ряда побочных эффектов применение данных гормональных препаратов может быть ограничено [4, 5].

Таким образом, высокий процент рецидива после различных консервативных и органосохраняющих хирургических методов лечения обуславливает необходимость разработки противорецидивного лечения СПТМ. Одним из возможных путей решения является определение алгоритма комплексной консервативной терапии с включением препарата пролонгированного действия, угнетающего патогенетические механизмы и обеспечивающего стойкий стабилизационный эффект. В этой связи разработка комплексного, индивидуального ведения пациенток с СПТМ в репродуктивном периоде остается важной задачей.

Цель исследования

Целью настоящего исследования было провести сравнительный анализ результатов различных вариантов консервативного лечения СПТМ у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования

Настоящая работа проводилась с 2002 по 2005 г. Основные клинические исследования выполнялись на базе женских консультаций № 2, № 4 и гинекологического отделения МУЗ больницы № 11.

Для решения поставленной цели и задач нами были обследованы 120 женщин с СПТМ, вошедших в основную группу (ОГ), и 50 женщин, составивших группу сравнения (ГС).

Возрастной интервал пациенток обследуемых групп находился в пределах 24–44 лет.

Отбор пациентов обследуемых групп проводился нами согласно отраслевым стандартам, включающим два этапа диагностики: при установлении диагноза и в процессе проведения лечения с целью контроля за эффективностью лечения.

После верификации диагноза пациенткам обследуемых групп проводилась консервативная терапия в два этапа. На первом этапе, в зависимости от вида микрофлоры цервикального канала, мы назначали пациенткам антимикробные препараты в сочетании с препаратами системной энзимотерапии. Вторым этапом, после проведения контрольного исследования на наличие возбудителей ИППП, мы назначали гормональную терапию. Для лечения больных ОГ использовали ЛНГ-ВМС «Мирена». Больным ГС назначали 17-ОПК.

Результаты исследования

Из данных отчетной документации отдела здравоохранения администрации г. Хабаровска за 2005 г. следует, что общее количество гинекологических больных, состоящих на диспансерном учете в женских консультациях, достигает 28 352 человек. Достаточно большую диспансерную группу составляют пациентки с СПТМ, общее количество которых на конец года составило 10 121.

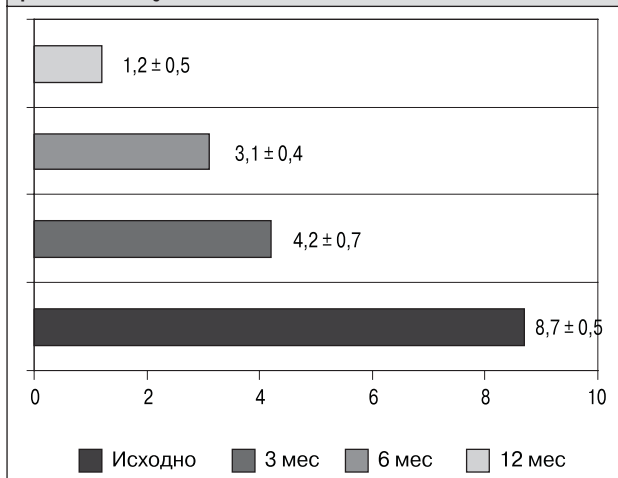
В структуре показаний к проведению гистерэктомии СПТМ составляет 13,84 %. У 36,57 % больных, ежегодно госпитализируемых в гинекологические стационары, выполняются малые операции (гистероскопия, РДВ, взятие аспирата эндометрия).

Изучение репродуктивной функции у обследуемых женщин показало, что соотношение родов и аборт в ОГ составило 1:1,3; в ГС – 1:1,2. Количество аборт у женщин обследуемых групп превышало количество родов в 1,5 раза. Длительно (до 17 лет) использовали внутриматочную контрацепцию 20 % женщин ОГ и 38 % ГС.

Патологические роды (операции кесарева сечения) у женщин наблюдались в 10,83 % случаев в ОГ и 8 % случаев в ГС.

Структура гинекологической заболеваемости у женщин обследуемых групп свидетельствует о

Рис. 1. Длительность менструальноподобных кровотоков на фоне лечения у пациенток ОГ



том, что у пациенток с СПТМ в анамнезе достоверно чаще ($p < 0,01$) встречались эрозии шейки матки (80 % и 58 % соответственно); нарушения менструального цикла ($p < 0,05$; 63,33 % и 46 %). Такая патология, как вагиниты (46,67 % и 42 %); эндометриты (25,83 % и 30 %); сальпингоофориты (26,67 % и 18 %); полипы эндометрия (15 % и 10 %); хронический эндометрит после родов, аборт (39,17 % и 28 %); миома матки (52,5 % и 60 %) у женщин ОГ и ГС встречались с одинаковой частотой.

Продолжительность заболевания у женщин обследуемых групп колебалась от года до 9 лет. При обращении к врачу на наличие менометроррагий жаловались 51,67 % женщин ОГ и 54 % – ГС, на пред- и постменструальные кровянистые выделения – соответственно 22,5 % и 16 %. Наличие дисменореи выявлено у 38,33 % и 26 % больных; полименореи – у 25,83 % и 30 %.

На первом этапе комплексной терапии 116 больным ОГ было назначено антимикробное лечение, затем введена ЛНГ-ВМС «Мирена». Из ГС 50 больным также на первом этапе было проведено антимикробное лечение и гормональная терапия (17-ОПК) продолжительностью 6 месяцев.

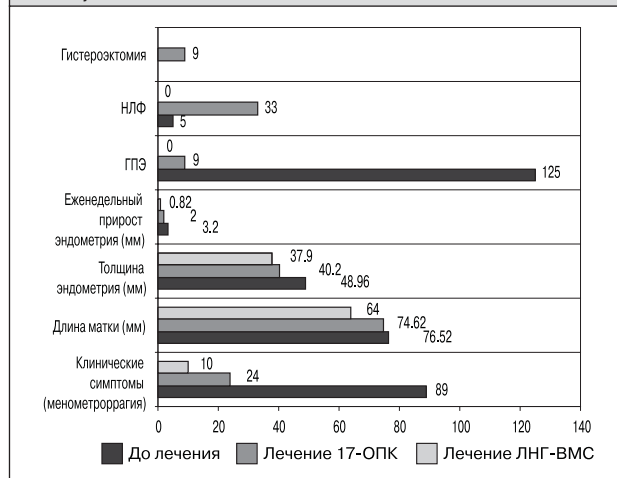
Контроль за эффективностью антимикробной терапии, проведенной через 4 недели, показал, что у всех больных возбудителей ИППП выявлено не было. Через 3 и 6 месяцев от начала проведения гормональной терапии больным ГС была проведена гистероскопия (с согласия женщин); РДВ, аспирационная биопсия с последующим морфологическим исследованием биопсированной ткани. У больных ОГ данное исследование не проводилось. Кроме этого проводилось определение показателя уровня гемоглобина; белковых и стероидных гормонов крови.

Сравнение уровней гормонов в крови у больных, использующих ЛНГ-ВМС «Мирена» на протяжении 6 месяцев, показало достоверное снижение уровней ЛГ и увеличение уровня прогестерона по сравнению с исходным ($p < 0,001$). Соотношение ЛГ и ФСГ составило 1,8:1.

Анализ результатов лечения СПТМ (ГПЭ, миома, ПЭ, аденомиоз) показал, что выбор тактики требует подбора оптимального сочетания препаратов, использование которых должно быть направлено не только на получение положительной динамики в лечении какой-либо одной нозологической формы, но и не способствовать прогрессированию другой патологии тела матки, в частности миомы.

Рассмотрение результатов лечения больных ОГ и ГС с использованием антимикробной терапии и ЛНГ-ВМС «Мирена» или 17-ОПК позволило нам

Рис. 2. Сравнительная характеристика лечения больных ОГ и ГС через 6 месяцев лечения



получить различные эффекты в лечении данной категории пациенток.

Наиболее эффективным, по нашему мнению, было использование ЛНГ-ВМС «Мирена», поскольку у пациенток с менометроррагией объем и длительность менструальных кровотоков (70 %) постепенно сокращался уже с первого месяца лечения. Через три месяца после введения ЛНГ-ВМС «Мирена» средняя продолжительность менструальноподобного кровотечения составила $4,2 \pm 0,7$ дня, через 6 месяцев – $3,1 \pm 0,4$ дня. К концу года лечения менструальноподобные кровотечения стали более скудными и менее продолжительными и составили в среднем $1,2 \pm 0,5$ дня (рис. 1). Получена положительная динамика в лечении ГПЭ ($p < 0,001$) без возникновения рецидивов в последующие два года. При этом отсутствовал рост миомы матки и прогрессирование эндометриоза. Гистероэктомию у пациенток ОГ за период наблюдения выполнено не было.

Следует отметить, что у 60,83 % больных с СПТМ была диагностирована анемия. С третьего месяца использования ЛНГ-ВМС «Мирена» отмечено повышение концентрации гемоглобина; через 6 месяцев у всех пациенток, страдающих ранее анемией легкой степени, наблюдалось повышение уровня гемоглобина в среднем на $26,16 \pm 1,1$ % г/л ($p < 0,001$).

Анализ результатов 6-месячного лечения 17-ОПК (рис. 2) показал, что у 24 (48 ± 7,06 %) больных данной категории сохраняется наличие клинической симптоматики, повышение уровня гемоглобина крови составило в среднем $5,87 \pm 2,14$ % и его показатели соответствовали $112,27 \pm 1,27$ г/л. Отмечена достоверная тенденция к увеличению размеров матки ($p < 0,001$); у 9 женщин сохранилась железистая ГПЭ ($p < 0,001$); у 33 – НЛФ; 18 % пациенток были выполнены гистероэктомии.

Таким образом, использование 17-ОПК дает положительный результат в лечении ГПЭ, однако курс лечения непродолжительный, требует дисциплинированности пациентки в схеме лечения (16-й и 21-й день менструального цикла), а также использования барьерного метода контрацепции. Отмечено достоверное ($p < 0,001$) увеличение величины матки (миомы матки, аденомиоз) и сохранение клинической симптоматики (меноррагии). При этом сохранялась высокая частота побочных реакций на фоне применения 17-ОПК. Наиболее часто встречались длительные ациклические выделения, которые продолжались на протяжении всего курса лечения, что значительно ухудшало качество жизни пациентки.

После проведения 6 месяцев безуспешной гормональной терапии (17-ОПК) 9 больным, у кото-

ПРАВИЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ РОДОВ

Сегодня модно вести активный образ жизни. Работа, спорт, сексуальные отношения — все это доступно современной женщине, даже если она недавно стала матерью. Важно не ошибиться с выбором надежной и безопасной контрацепции. Ведь то, что женщина кормит малыша грудью, еще не гарантия ее защиты от новой (нежелательной) беременности.



Нежелательная беременность может наступить очень легко. Овуляция, или созревание яйцеклетки, происходит уже через 21 день после родов. Сегодня идеальным средством контрацепции для молодых мам можно назвать разработанную европейскими специалистами современную внутриматочную систему.

Она устанавливается через шесть недель после родов, когда матка возвращается к нормальным размерам и восстанавливает свою форму. Современная внутриматочная система гарантированно защищает от беременности на протяжении 5 лет. При этом уже в первые месяцы после удаления системы у вас есть все шансы снова стать мамой.

Особенность данного метода заключается в том, что главное действующее вещество, которое называется левоноргестрел, регулярно в микродозах выделяется в полость матки и гарантирует безопасную и практически стопроцентную защиту.

Система все сделает за вас — "безопасными" будут все дни цикла. Как правило, исчезают все неприятности, связанные с обильными и болезненными менструациями. Все это значительно улучшает настроение, сексуальную жизнь и освобождает от многих проблем.

Система может использоваться у кормящих женщин, потому что не оказывает влияния на качество и количество молока.

Удобная. Долгосрочная. Обратимая. Контрацепция XXI века.

Поставь и забудь!

горячая линия: (495) 788 88 22
www.mirena.ru

рых сохранялась меноррагия, выявлен рост миомы матки, рецидивирующая ГПЭ, была проведена гистерэктомия. Пятнадцати пациенткам, у которых сохранялась клиническая симптоматика и гистологическая картина наличия НЛФ, было предложено использование ЛНГ-ВМС «Мирена».

Следовательно, наиболее эффективным в лечении больных с СПТМ, по нашему мнению, является использование ЛНГ-ВМС «Мирена» в качестве микродозированного гормонального средства, обладающего лечебным действием при дисменореи, менометроррагии, анемии, что способствует регрессу ГПЭ, уменьшению размеров матки.

Обсуждение

В план обследования больных с ГПЭ, миомой матки, аденомиозом целесообразно включать методы обследования (ПЦР-диагностику) биоптатов цервикального канала на наличие микробных агентов, в т. ч. и возбудителей ИППП, поскольку, воспаление является триггерным фактором в развитии как ГПЭ, ПЭ, хронического эндометрита, так и миомы матки. При выявлении микробных агентов в цервикальном канале, в т. ч. и возбудителей ИППП, перед назначением патогенетической гормональной терапии следует проводить у больных с СПТМ курсы антимикробной терапии в соответствии с видом возбудителя.

При лечении СПТМ у больных репродуктивного периода в качестве патогенетической гормональной терапии целесообразно использовать ЛНГ-ВМС, обладающую однонаправленным, непрерывным влиянием ЛНГ на структуру эндометрия и проявляющуюся в торможении гиперпластиче-

ских и пролиферативных процессов вплоть до развития атрофии. Продолжительность использования ЛНГ-ВМС составляет 5 лет. Помимо лечебного эффекта ЛНГ-ВМС «Мирена», у всех пациенток группы наблюдения был отмечен 100 % контрацептивный эффект. Повышение уровня гемоглобина, по нашему мнению, связано с уменьшением объема менструальной кровопотери.

Терапевтический эффект ЛНГ-ВМС «Мирена», вероятно, обусловлен снижением уровня простагландинов и факторов фибринолитической активности в эндометрии, а также уменьшением степени васкуляризации эндометрия и торможением в нем пролиферативных процессов. В литературе имеются сведения о том, что ЛНГ-ВМС «Мирена» превосходит по эффективности другие методы лечения меноррагии, в т. ч. и некоторые хирургические – аблацию эндометрия и гистерэктомия [4, 5].

Литература

1. С.К. Роузвиз. Гинекология / пер. с англ. / под общ. ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 520 с.
2. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практ. руководство для врачей / под общ. ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 448 с.
3. Практическая гинекология (Клинические лекции) / под ред. акад. РАМН В.И. Кулакова и проф. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 720 с.
4. Прилепская В.Н., Ревазова Ф.С. Левоноргестрелосодержащая внутриматочная система «Мирена»: клинко-морфологические аспекты // Гинекология (экстравыпуск). 2005. С. 8–11.
5. Тихомиров А.Л., Залева Е.В. Применение левоноргестрел-релизинг-системы в комплексном лечении миомы матки // Гинекология (экстравыпуск). 2005. С. 20–22.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Доводим до вашего сведения, что с 24 по 26 октября 2006 г. в гостиничном комплексе «Космос» состоится

V РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

В рамках Конгресса состоятся:

- IV Российский конгресс «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2006»;
- II Российский конгресс по ДЕТСКОЙ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ;
- Всероссийская конференция «Актуальные проблемы хирургии детского возраста»;
- Всероссийская конференция «Современные проблемы клинической генетики детского возраста»;
- II Всероссийская научно-практическая конференция «Стоматологическое здоровье ребенка»;
- I Всероссийская конференция «Актуальные вопросы офтальмологии у детей раннего возраста»;
- Мастер-класс по ДЕТСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ;
- Школа по ДЕТСКОЙ НЕФРОЛОГИИ;
- Школа по ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ и НУТРИЦИОЛОГИИ;
- ОТКРЫТЫЕ ДИСКУССИИ по актуальным проблемам педиатрии;
- V Всероссийская ВЫСТАВКА «Современные диагностические, лекарственные и нутрициологические средства в педиатрии и детской хирургии».

Вход для всех желающих свободный

Всю интересующую информацию можно получить по контактным телефонам ОРГКОМИТЕТА и на сайте Конгресса: www.congress2006.pedklin.ru

АДРЕС ОРГКОМИТЕТА КОНГРЕССА:

125412, Москва, ул. Талдомская, д. 2, МНИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава, Оргкомитет V Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии».

Контактные телефоны:

тел./факс (495) 484-58-02, 488-00-05
email: congress@pedklin.ru