

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ И МЕТОДЫ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ

Т. Н. Колесникова

Уральская медицинская академия, Екатеринбург

В настоящее время отмечается увеличение заболеваемости миомой матки в репродуктивном возрасте. По данным Вихляевой Е. М. 1997 г., Сметник В. П. 1996 г., около 70% женщин в возрасте 35—40 лет имеют высокий риск развития миомы матки.

В последние годы тактика радикального хирургического лечения сменилась комплексной консервативной тактикой, при которой имеет место сочетание ранней оперативной миомэктомии с принципами минимизации хирургической травмы и адъювантной терапии гормональными препаратами, а также коррекцией длительно существующих доклинических стадий (Савицкий Г. А. 1996 г.). Можно предположить, что высокая частота и «омоложение» миомы матки связано не только с совершенствованием диагностики, но и с широким распространением инвазивных акушерских и гинекологических вмешательств, а также воспалительных заболеваний гениталий, передающихся половым путем.

Целью исследования явилась оценка клинических особенностей течения заболевания и эффективность антигонадотропной терапии неместраном и золадексом на фоне противовоспалительного этиопатогенетического лечения.

С диагностической целью проводилось трансабдоминальное и трансвагинальное сканирование с помощью УЗИ аппаратом «Алока-650». Гистероскопию осуществляли с помощью гистероскопа фирмы «Karlstorz». По показаниям проводилось раздельное выскабливание слизистой полости матки и цервикального канала, а также посевы на специфическую и неспецифическую инфекцию, тесты функциональной диагностики, гормональные исследования.

Нами изучалась клиническая картина заболевания и эффективность лечения у 40 больных в возрасте 35—42 лет. В анамнезе всех больных в 100% случаев имели место: аденовирусная инфекция, грипп, герпетическая инфекция, тонзиллит. Аллергический анамнез был у 40% больных. Средний возраст менархе $13,9 \pm 0,12$ лет. Длительность заболевания от 6 до 10 лет.

Воспалительные заболевания мочеполовой системы диагностированы у 49% больных. По данным тестов функциональной диагностики и гормональным исследованиям у 70% больных миомой

матки цикл был двухфазным, у 14% больных была железистая гиперплазия эндометрия на фоне хронического эндометрита, у 16% диагностирован эндометрит.

Начало половой жизни $20,4 \pm 0,5$ лет. У 25% больных за 5—6 лет до диагностики миомы был период полигамии (от 2 до 5 половых партнеров). Вторичное бесплодие у 6% больных миомой матки. Количество абортс преваляло над родами (2:1). У всех обследуемых больных с миомой матки был тот или иной преморбидный фон: 23% имели воспалительный процесс матки, 12% — аденомиоз в сочетании с миомой матки, 26% больных имели внутриматочные вмешательства (абортс, гистеросальпингографию, гистероскопию, диагностические выскабливания, внутриматочную контрацепцию), биопсию и электрокоагуляцию шейки матки. 40% больных имели комбинацию внутриматочных вмешательств и воспалительных процессов.

Наибольшие размеры миомы матки $11,4 \pm 0,33$ недели беременности, наименьшие — $7 \pm 0,2$ недели беременности. Быстрорастущими считали миомы матки, имеющие рост опухоли в течение года, соответствующей 4—5 недельной беременной матки и более, подтвержденной данными УЗИ с использованием брюшностеночного и вагинального датчиков.

Основными клиническими проявлениями были боли внизу живота и пояснице различной интенсивности: ноющие, тянущие, при подслизистом расположении узла — схваткообразные; кровянистые выделения из половых путей при узлах преимущественно межмышечной и подслизистой локализации. Мажущие кровянистые выделения при субсерозных узлах в сочетании с патологией эндометрия.

При многофакторном анамнезе наиболее значимыми показателями, указывающими на риск развития миомы, являлись воспалительные заболевания, внутриматочные вмешательства, аденомиоз, операции и пособия в родах и раннем послеродовом периоде. Самый высокий риск возникновения миомы определяется при сочетании множества повреждающих факторов в анамнезе.

Бактериоскопическое и бактериологическое исследование из полости матки и цервикального канала выявило ассоциированную микробную флору, а также специфическую инфекцию — хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез.

По данным Vollenhoven 1994 г., обе группы женских половых гормонов (эстрадиол и прогестерон) могут играть существенную роль в росте миомы матки, известно также, что прогестерон вызывает митотическую активность в миоме матки (Kawaguchi et al 1989 г.).

Учитывая эти факты, для изучения влияния обратимой амениореи на разных этапах развития миоматозных узлов, использовался неместран, обладающий антигестагенным, антиэстрогенным, антигонадотропным и антиандрогенным действием.

Неместран применяли по $2,5 \times 2$ раза в неделю в течение 6 месяцев. После проведенного лечения отмечено уменьшение размеров матки и узлов, изменение эхоструктуры миометрия. Для достижения терапевтического эффекта у 12% больных миомой, развившейся на фоне аденомиоза, и патологии эндометрия (полипы, гиперплазия) проводилось лечение агонистом рилизинг-гормона — золадексом, содержащим 3,6 мг гозерелина, в виде инъекций под кожу передней брюшной стенки с интервалом в 28 дней.

На фоне лечения золадексом имело место уменьшение объема матки, диаметра миоматозных узлов, уменьшение толщины эндометрия. Максимальное уменьшение узлов наблюдалось после 4 инъекций золадекса (4 месяца лечения). Через 1 месяц после окончания лечения золадексом выполнялась миомэктомия. После оперативного лечения рецидивов миомы не было. Применение золадекса в качестве предоперационной подготовки больных с миомой матки позволяет избежать технических трудностей во время операции, снизить кровопотерю и обеспечить благоприятное течение послеоперационного периода.

При терапии золадексом у большинства больных отмечались симптомы, связанные с гипоэстрогенией, выраженность которых не требовала подключения дополнительной терапии или отмены лечения.

Таким образом, золадекс целесообразно включать в комплекс подготовки больных с миомой к органосохраняющим операциям.

Высокий процент обнаружения активных форм урогенитальных инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами (70% микст форм) у обследуемых больных, позволяет предположить их роль в генезе миомы матки. В связи с этим проводилось этиотропное лечение, а также методы комплексной иммуннокоррекции в сочетании с этиопатогенетической, антибактериальной терапией. Для терапии использовался рулид $150 \text{ мг} \times 2$ раза в день в течение 15 дней, таривид $200 \text{ мг} \times 2$ раза в сутки и другие препараты в зависимости от этиологического фактора.

Таким образом, патогенетически обоснованной профилактикой миомы матки являются: сокращение абортот и диагностических выскабливаний, предотвращение воспалительных заболеваний — специфической и неспецифической этиологии, передаваемых половым путем, поскольку провоцирующими факторами раз-

вития миомы матки являются воспалительные очаги в миометрии, механические повреждения и аденомоз.

Эффективность терапии миомы матки при величине узлов до 10—12 мм современными антибактериальными средствами с иммунокорригирующим эффектом в сочетании с неместраном по 2,5 мг × 2 раза в неделю в течение 6 месяцев, следует считать высокой. Для достижения терапевтического эффекта неместраном необходимо максимально раннее начало лечения. При оперативном лечении миомы, — где показаниями были большие размеры узла, бесплодие, невынашивание, кровотечения, сочетания с опухолями яичников, — в послеоперационном периоде и до операции необходимо проведение антибактериальной, иммуномодулирующей и гормональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. Н. Серов, А. Л. Тихомиров. Проблемы эндокринологии в акушерстве и гинекологии. Материалы II съезда России ассоциации врачей акушеров-гинекологов, Академия, 1997 г., стр. 99—101.

2. А. Л. Тихомиров. Профилактика миомы матки при инвазивных вмешательствах с применением рулида. Клиническая фармакология, 1997 г., № 2.

УДК 618.3—06:618.146—022

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ПСЕВДОЭРОЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

*Г. Д. Кузьминова, В. Н. Хаютин, Е. С. Ворошилина,
Ю. А. Пушкарева*

Уральская медицинская академия, г. Екатеринбург

Псевдоэрозия шейки матки — это одно из наиболее часто встречающихся в настоящее время фоновых заболеваний. Псевдоэрозии встречаются у 38,8% женского населения, в 54,2% случаев выявляются в группе молодых женщин до 25 лет (2). Несмотря на многочисленные исследования в вопросах этиологии, патогенеза и лечения псевдоэрозий до настоящего времени имеется много спорных моментов.

В этиологии псевдоэрозий наряду с теорией гормональных нарушений широкое распространение имеет теория воспалительного происхождения данной патологии. Воспалительные процессы шейки матки создают неблагоприятный фон для течения псевдоэрозий, способствуют присоединению лейкоплакии, дисплазии. Актуальность проблемы определяется и тем, что в последние годы на фоне снижения общей заболеваемости раком шейки матки возросла частота данной патологии у женщин молодого возраста. Это,