



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

FEATURES OF THE COURSE AND MANAGEMENT TACTICS OF WOMEN WITH ASYMPTOMATIC MYOMA

Насриддинова Гулхаё Баходир кизи

Ташкентская медицинская академия

Акушерство и гинекология

магистр 3 курса

Научный руководитель: Д.м.н, профессор

Бабаджонна Гулджахон Саттаровна

Актуальность. Миома матки, также называемая фибромиомой, лейомиомой, – является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов, наблюдается у 20–30% женщин репродуктивного возраста и занимает 3-е место в структуре гинекологических заболеваний. Исследования К. Carlson и соавторов [8] выявили, что в репродуктивном возрасте миома матки выявляется у 40% пациенток, оказывая влияние не только на качество жизни женщины, но и ограничивая ее репродуктивный потенциал. [П.Н. Веропотвелян, А.А. Бондаренко, Н.П. Веропотвелян. 2016].

Ключевые слова: миома матки, ультразвуковое исследование, доплерометрия, улипристал ацетат.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической картины у женщин с бессимптомной миомой, и определить тактику их ведения.

Материал и методы исследования. Основу настоящего исследования составил проспективный анализ клинической картины, течения заболевания, состояния репродуктивной функции у 75 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки. Всем женщинам, которые находились под нашим наблюдением, была проведена доплерометрия путем цветового доплеровского картирования с определением качества кровотока в сосудах вокруг и внутри узлов. Нами выявлены два типа кровотока в узлах: повышенный интенсивный кровоток, свидетельствующий о



пролиферативном процессе и сниженный кровоток часто с аваскулярными узлами. После проведенного обследования и на основании данных доплерометрии пациентки были разделены на 3 группы:

1-группа – 25 женщин с бессимптомной формой миомы матки

2-группа – 25 женщин с бессимптомной формой миомы и бесплодием

3-группа сравнения – 25 женщин, с бесплодием, но без миомы матки.

Контрольную группу составили 15 здоровых женщин репродуктивного возраста. В зависимости от проводимого лечения пациентки 1 и 2 групп были разделены на 2 подгруппы:

а) получавших консервативное лечение с низкодозированных ОК в течение 6-х месяцев,

б) получавших лечение с включением препарата эсмия в течение 3-х месяцев (1б – 17 пациенток и 2б – 12 пациенток).

III-группа, женщины с бесплодием, включена в исследование для сравнения, изучения восстановления фертильной функции.

Средний возраст обследованных женщин составил $35,7 \pm 2,4$ лет.

Критерии исключения из исследования: женщины старше 45 лет, пациентки с большими узлами размерами более 10 см в диаметре, с быстрорастущими миомами и подозрением на саркому, с сочетанными формами миомы матки и кистомы яичника.

Интерес представляли перенесенные в анамнезе и имеющиеся в настоящее время сопутствующие заболевания. При необходимости для уточнения диагноза осуществлены консультации специалистов (терапевта, невропатолога, окулиста и др.). Учитывая полиэтиологичность бесплодия, нами проведено обследование партнеров для исключения мужского фактора. Проведены путем анкетирования ретроспективные исследования менструальной функции, акушерского и гинекологического анамнеза обследованных больных. Детально проводили изучение жалоб, истории развития заболевания до начала обследования и за время лечения. Гинекологический статус каждой пациентки оценивали в динамике обследования, лечения и реабилитации. Особое внимание обращали на наличие хронических

воспалительных заболеваний гениталий, гиперпластических процессов эндометрия, сочетание миомы матки с доброкачественными образованиями яичников. Диагностика миомы обычно не вызывала затруднений. При гинекологическом осмотре определялось увеличение размеров матки, ее уплотнение. При субсерозных узлах отмечались неровность или бугристость контуров матки. При субмукозных и интрамуральных узлах размеры матки были увеличены, но контуры ее не деформированы, отмечалась повышенная плотность органа при пальпации.

Результаты исследования. Возраст оперированных женщин колебался от 22 до 67 лет и составлял в среднем $42,8 \pm 0,45$ лет, однако отмечено некоторое снижение среднего возраста по годам (табл.3.1). Наиболее частой возрастной группой на момент поступления на оперативное лечение среди оперированных больных были женщины среднего репродуктивного и климактерического возраста. Удельный вес молодых женщин, оперированных в активном репродуктивном возрасте до 40 лет за изучаемый период составил 23,7%, в том числе 4,5% были молодые женщины в возрасте до 30 лет. Отмечено возрастание числа женщин репродуктивного возраста (до 40 лет), оперированных по поводу миомы матки за последние 4 года, в том числе и в возрасте до 30 лет, что свидетельствует о повышении частоты миоматоза, обусловленного различными факторами риска.

Таблица 3.1.

Частота операций по поводу миомы матки

	Годы	Всего гинекологических операций	Из них по поводу миомы		Средний возраст больных миомой матки
			абс	%	
8	2018	175	76	43,4	$41,27 \pm 0,86$
9	2019	211	70	33,2	$40,75 \pm 0,78$
10	2020	181	69	38,1	$42,82 \pm 0,68$
	Всего	567	215	37,9	$42,8 \pm 0,45$



Женщины в возрасте старше 40 лет составили большинство – 76,3%, и чаще всего встречалась возрастная группа женщин от 41 до 50 лет, т.е. в климактерическом возрасте, характеризующемся гормональной перестройкой, изменением соотношения гормонов. Показаниями к операции у них были преимущественно симптомная миома матки 75,5%, миома больших размеров - 18,6 %, что свидетельствует о давности заболевания, позднем обращении пациенток к врачу. При этом у молодых женщин репродуктивного возраста показанием для консервативной миомэктомии было бесплодие - 5,92 %. В анамнезе у трети больных было проведено консервативное лечение миомы, которое не имело успеха. Среди оперированных женщин было 69 (11,9%) беременных, которые были родоразрешены путем операции кесарево сечение и которым произведена консервативная миомэктомия.

Заключение. Эпидемиологические исследования в индустриально развитых странах показали, что миома матки встречается у 20-30% женщин детородного возраста [Жуйко, 2010]. Несмотря на значительный прогресс в исследовании заболевания и многочисленные гипотезы, объясняющие его возникновение и течение, клинически выраженная миома матки продолжает оставаться наиболее частой причиной операций в гинекологии, составляя 80% плановых хирургических вмешательств [Тихомиров]. Анализ литературы последних лет показал, что имеется большое количество факторов риска, которые могут способствовать возникновению миомы. Не вызывают сомнения такие факторы риска развития миомы, как наследственный фактор, характеризующий генетически обусловленный процесс, роль гормональных нарушений и рецепторного аппарата матки. При выявлении миомы у женщин с бесплодием важным является определение типа узла, что позволяет провести эффективное лечение для восстановления репродуктивной функции.

Список литературы:

1. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций в двух томах. / Том 1. - М. Изд. Видар, 2012. – С. 253-326.



2. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с миомой матки, страдающих бесплодием и невынашиванием беременности // Рос.вестник акушера-гинеколога. – 2012. - №5. – С. 67-71.
3. Вихляева Е.М. Проблема фертильности в свете современной концепции о миоме матки [обзор]. Проблемы беременности. - 2003. - № 6. - С. 3-7.
4. Вихляева Е.М., Савельева И.С., Городничева Ж.А. Возможности клинического применения антипрогестинов в акушерстве и гинекологии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2007. – №2. - С.54–63.
5. Давыдов А.И., Панкратов В.В., Ягудаева И.П. Восстановительное лечение после органосберегающих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. Т.10. - №6. – С. 13-21.
6. Adenomyosis and uterine myoma after GnRH agonist therapy / Khan KN, Kitajima M, Hiraki K, Fujishita A. et al // Hum Reprod. March 25. – 2010. - №3. – P.642-53.

