мальные размеры матки соответствовали 7-8 недель беременности, а размеры узлов миомы матки не превышали 2,5 см в диаметре. Во вторую группу вошли 15 женщин, которым на первом этапе была выполнена консервативная миомэктомия. К третьей группе были отнесены 15 пациенток с миомой матки, размеры которой изначально не превышали 7-8 недель беременности, а размеры миоматозных узлов варьировали от 1 до 2,5 см.

Результаты исследований и обсуждение:

Возраст обследованных больных колебался от 28 до 50 лет во всех исследуемых группах и в среднем составлял 35 лет.

Наиболее характерной жалобой, предъявляемой пациентками, было нарушение менструального цикла. Обильные и длительные менструации, сопровождающиеся слабостью и недомоганием, были выявлены у 53 (44%) пациенток.

В первой группе, состоящей из 15 обследованных, меноррагия до 1-го этапа лечения была зарегистрирована у 8 (53%) женщин. При этом у 7 (47%) из 15 пациенток имелось сочетание миомы матки патологии эндометрия, обусловливающих изменение менструального цикла по типу меноррагии.

Во второй группе, состоящей из 15 женщин, меноррагию наблюдали у 13 (86,6%) пациенток.

В 3-й группе данное изменение менструального цикла имелось у 10 (66,6%) из 15 женщин, при этом у 5 (33,4%) женщин данной группы, старадающих меноррагией, при обследовании наряду с миомой матки была выявлена патология эндометрия. Патология эндометрия в основном была представлена железистой и железисто-кистозной гиперплазией, а также железистыми и железисто-фиброзными полипами. Данную патологию в сочетании с миомой матки наблюдали у 10 (66,6%) пациенток 1-й группы и 8 (53%) пациенток 3-й группы.

Всем пациенткам в качестве противорецидивного этапа лечения была введена мирена. Длительность лечения миомы матки с использованием мирены, составляла до 6 мес. Для оценки эффективности мирены, при лечении миомы матки мы выделили три основных критерия: уменьшение размеров узлов и уменьшение меноррагии. Размеры матки и узлов определяли при динамическом ультразвуковом исследовании, проводившемся в течение 6 мес., 1 раз в 3 месяца.

На основании проведенного исследования нами были получены результаты, заключающиеся в стойкой стабилизации или уменьшении размеров миомы матки и миоматозных узлов, на фоне применения мирены у 86% пациенток из всех представленных групп. При этом, в процессе исследования не выявлено зависимости эффективности мирены от принадлежности пациентки к определенной группе.

У всех пациенток с наличием меноррагии, а также патологии эндометрия через 1 мес. наблюдали олигоменорею или аменорею. Кроме того, не было ни одного случая рецидива патологии эндометрия на фоне применения мирены.

На основании полученных результатов, выявлена высокая эффективность мирены в качестве дополнительного этапа лечения миомы матки после проведения курса гормональной абляции или консервативной миомэктомии. Кроме того, установлена возможность использования мирены в качестве самостоятельной терапии в группе пациентов с небольшими размерами узлов миомы матки.

Выводы.

Таким образом, введение мирены в арсенал современных методов лечения миомы матки, позволяет повысить эффективность лечения данного заболевания.

Литература:

1. Бодяжина В.И. Руководство по неоперативной гинекологии. М.: Медицина, 2000 г.
2. Василевская Л.Н. Актуальные проблемы гинекологии. Минск, 2001, с.199-22.
3. Кулаков В.И. Проблемы репродукции, 2003.М.:Медицина.
4. Савицкий Г.А. Миома матки. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000, с. 9-139.

Жатыр миомасын құрамалы түрде миренані қолдану

А.К. Танбаева, Ж.Д. Кадырова
«Гармония» отбасылық емханасы, Семей

Зертеулердің нәтижесіннің негізінде анықталған жатыр миомасымен емдеуде миренанің жоғарғы дәрежеде нәтиже беретіндегі анықталды.

To apply in treatment mirena of uterina leiomyoma

A.K. Tanbaeva, Zh.D. Kadyrova
Hospital “Garmonia», Semey

To apply mirena in treatment of uterine leiomyoma demonstrated high clinical effects.

УДК 618.14-006.36

ВЛИЯНИЕ ИНДИНОЛА И ЭПИГАЛАТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

С.А. Мукашева, Б.А. Жетписбаев, З.А. Манамбаева, А.Б. Исакова
Больница Управления делами Президента РК, г.Астана
Государственный медицинский университет г.Семей

Миома матки – одно из наиболее распространенных доброкачественных новообразований органов женской репродуктивной системы [1]. И поскольку разработка способов лечения доброкачественных опухолей является одним из наиболее существенных направлений в онкологии, а миома матки обуславливает значительную часть случаев оперативного лечения в онкогинекологии [2] и снижение качества жизни больных [3], данное направление имеет высокую актуальность и практическую значимость.

Известны способы лечения гиперпластических процессов эндометрия, которые заключаются в назначении различных гормональных препаратов: комбинированных оральных контрацептивов (монофазных) в репродуктивном возрасте с последующей индукцией овуляции [4,5]; прогестагенов в перименопаузальном воз-

расте при рецидиве: медроксипрогестерон (вераплекс) - 10-20 мг в сутки внутрь в течение 4 мес., либо - Провера, мегестрола, фарлутал, мегейс и др. [6]; даназола 200-400-600 мг в сутки внутрь 4-6 месяцев в зависимости от возраста и особенностей клинического течения; 19-норстероидов III поколения - гестринон - 2,5 мг 2 р. в неделю до 6 месяцев; агонистов гонадолиберинов (декапептил, золадекс, диферелин, бусерелин) чаще при сочетании гиперплазии эндометрия с другой гинекологической патологией (эндометриозом, бесплодием, миомой матки) [7].

На сегодняшний день современные консервативные методы лечения этих заболеваний не дают обнадеживающих результатов, тем более значительная часть пациенток имеют противопоказания к назначению гормональных препаратов [8]. При использовании эстрогенов больные жалуются на тошноту, увеличение массы тела, задержку жидкости в организме, головные боли, на спазмы в ногах и их отечность, обильное выделение цервикальной слизи, а также развитие холелитиаза. Прогестагены вызывают нагрубание молочных желез, сухость во влагалище, снижение либидо, дисфорию, слабость и утомляемость. Производные 19-норстероидов длительную метроррагию на фоне атрофического эндометрия, гирсутизм, акне, себорею, снижение тембра голоса, повышение аппетита, увеличение массы тела.

Существует значительное число противопоказаний к назначению гестагенов, особенно у женщин старшей возрастной группы, имеющих соматическую патологию. Хирургическое лечение молодых женщин приводит к утрате репродуктивных функций: детородной, менструальной и сексуальной. Не всегда имеется положительный результат от консервативного лечения, что приводит к рецидиву заболевания [9].

Для лечения больных с миомой матки разработан способ, включающий применение негормональных препаратов индинола и эпигаллата [10], обеспечивающий повышение эффективности консервативной терапии.

Одним из принятых в современных условиях подходов к оценке результативности лечения больных различной патологией является определение качества жизни [11]. В то же время, в онкогинекологии данные подходы практически не были исследованы, а в отечественной клинической практике не применялись.

Цель исследования: Определение качества жизни у больных миомой матки в ходе лечения с использованием индинола и эпигаллата.

Материалы и методы:

Обследованы 165 больных с миомой матки. В это число было включено 57 больных с простой формой (из них 27 (47,4%) – в группу сравнения, 30 (52,6%) – в основную группу). 108 (65,5%) больных миомой матки имели пролиферирующую форму. Из них 51 пациентка (47,2%) была подвергнута оперативному лечению, 57 (52,8%) пролечены только с использованием консервативных способов.

В исследовании использованы ультрасонографические. рентгенологические, морфологические, иммунологические, а также статистические методы.

В основной группе эпигаллат применялся в сочетании с индинолом по 2 капсулы эпигаллата и 2 капсулы индинола 2 раза в день в течение 6 месяцев.

Результаты исследования:

Для определения качества жизни у обследованных больных была избрана наиболее распространенная и адаптированная в нашей стране и ближнем зарубежье методика SF-36 с использованием русифицированного опросника [12].

Результаты, полученные при ее использовании, представлены в таблицах и на рисунках.

Таблица 1 - Динамика качества жизни у больных простой формой миомы матки в зависимости от проводимого лечения (согласно результатам с использованием опросника SF-36)

Показатель	Контроль, n=	Больные с миомой матки, n=		
		исход	трад.терапия	разработ. терапия
ФА	83,3±4,2	72,5±3,8	68,8±3,8*	75,1±4,0
РФ	81,5±4,6	69,3±4,1*	67,4±4,4*	74,3±4,8
ТБ	80,4±4,3	66,1±3,7*	67,2±3,9*	72,9±4,1
ОЗ	82,8±4,7	68,3±4,1*	66,9±4,1*	76,5±4,6
ЖС	79,7±3,3	69,0±3,0*	68,1±3,1*	77,0±3,4°
СА	81,0±4,1	75,4±4,0	72,6±4,0	78,2±4,2
РЭ	76,7±4,3	59,3±3,5*	61,5±3,7*	70,4±4,2@
ПЗ	78,9±3,9	74,7±3,9	72,2±3,9	76,1±4,0
СС	74,3±2,8	69,3±2,7	70,3±2,9	78,9±3,2@°

Примечания:
* - различия с показателем контроля достоверны, p<0,05
@ - различия с исходом достоверны, p<0,05
° - различия между группами традиционной и разработанной терапии достоверны, p<0,05

В исходе у больных с простой формой миомы матки имелось снижение показателей качества жизни по отношению к практически здоровым лицам. Достоверные различия отмечались по шкалам РФ, ТБ, ОЗ, ЖС и РЭ.

Не было выявлено динамики к повышению качества жизни при проведении традиционной терапии. Более того, по некоторым шкалам было выявлено снижение показателей. В частности, только после лечения по данной схеме было выявлено достоверное снижение относительно контроля по уровню ФА (на 17,4%, p<0,05), увеличились различия со средним показателем контрольной группы по РФ (до 17,2%, p<0,05), ОЗ (до 19,3%, p<0,05).

При проведении разработанного лечения не было зарегистрировано достоверных различий с контролем. Достоверное повышение по отношению к исходному показателю было выявлено по величинам РЭ и СС (на 18,7% и 13,9%), в сравнении с традиционной терапией – по ЖС и СС(на 14,5% и 12,2% соответственно, p<0,05 во всех случаях).

Рисунок 1 - Соотношения качества жизни у женщин с простой формой миомы матки в зависимости от лечения

Таблица 2 - Динамика качества жизни у больных пролиферирующей формой миомы матки в зависимости от проводимого лечения (согласно результатам с использованием опросника SF-36)

Показатель	Контроль, n=35	Больные с миомой матки, n=		
		исход	трад.терапия	разработ. терапия
ФА	83,3±4,2	67,4±3,5*	65,3±3,5*	75,9±4,0º
РФ	81,5±4,6	63,2±3,7*	64,1±4,1*	72,0±4,5
ТБ	80,4±4,3	61,8±3,4*	64,0±3,6*	76,3±4,3@º
ОЗ	82,8±4,7	64,6±3,8*	68,3±4,1*	79,2±4,7@
ЖС	79,7±3,3	65,5±2,8*	66,1±2,9*	75,1±3,2@º
СА	81,0±4,1	70,4±3,7	72,6±3,9	77,8±4,1
РЭ	76,7±4,3	68,8±4,0	70,9±4,2	73,2±4,3
ПЗ	78,9±3,9	67,4±3,4*	69,3±3,6	74,1±3,8
СС	74,3±2,8	63,0±2,5*	65,5±2,6*	72,8±2,9@

Примечания:
* - различия с показателем контроля достоверны, p<0,05
@ - различия с исходом достоверны, p<0,05
º - различия между группами традиционной и разработанной терапии достоверны, p<0,05

Рисунок 2 - Соотношения качества жизни у женщин с пролиферирующей формой миомы матки в зависимости от лечения

Различия с контрольной группой в исходе были достоверными по шкалам ФА, РФ, ТБ, ОЗ, ЖС, ПЗ и СС. Как и в группе с простой формой миомы, отмечалось прогрессирование нарушений по шкале ФА – до 21,7% различий с контрольной группой (p<0,05). По остальным шкалам степень различий средних значений с контролем уменьшалась, однако при повторном исследовании отсутствовала в сравнении с контролем только по одной шкале – ПЗ.

Также как и в ранее описанной группе, использование разработанной комплексной терапии способствовало повышению качества жизни до средних значений, не имеющих достоверных различий с контролем.

Достоверное превышение над показателями исходного уровня было достигнуто по шкалам ТБ, ОЗ, ЖС и СС, а в сравнении с традиционной терапией – ФА, ТБ и ЖС (p<0,05 во всех случаях).

Сравнительные профили качества жизни по SF-36 были у больных простой и пролиферирующей формой миомы матки сходными, кроме значительного преобладания снижения по шкале РЭ в первой подгруппе.

В таблице 3 представлены данные, характеризующие показатели качества жизни и его изменения в результате лечения больных с гиперплазией эндометрия.

Таблица 3 - Динамика качества жизни у больных с гиперплазией эндометрия в зависимости от проводимого лечения (согласно результатам с использованием опросника SF-36)

Показатель	Контроль, n=35	Больные с гиперплазией эндометрия, n=49		
		исход	трад.терапия	разработ. терапия
ФА	83,3±4,2	78,8±4,0	72,4±3,8	76,6±3,9
РФ	81,5±4,6	75,3±4,3	70,9±4,5	75,8±4,7
ТБ	80,4±4,3	71,8±3,9	70,7±3,9	74,4±4,1
ОЗ	82,8±4,7	74,2±4,3	70,4±4,2	78,1±4,5
ЖС	79,7±3,3	75,0±3,1	71,7±3,1	78,6±3,3
СА	81,0±4,1	82,0±4,2	76,4±4,0	79,8±4,1
РЭ	76,7±4,3	64,5±3,7*	64,7±3,8*	71,8±4,1
ПЗ	78,9±3,9	81,2±4,1	76,0±3,9	77,7±3,9
СС	74,3±2,8	75,3±2,9	74,0±2,9	80,5±3,1
Примечание - * - различия с показателем контроля достоверны, p<0,05				

При гиперплазии эндометрия различия с контрольной группой по показателю качества жизни были куда менее значительными, чем в ранее описанной группе.

Достоверными они оказались только по одному параметру – роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – и только в исходе исследования, а также в группе традиционной консервативной терапии (на 16,0% и 15,6% соответственно, p<0,05).

Существенных различий между группами лечения в данном случае выявлено не было. Иная картина характеризовала качество жизни в случае развития рецидива (рисунок 3).

Рисунок 3 - Особенности качества жизни больных при рецидивирующей гиперплазии эндометрия

Было зарегистрировано снижение показателей качества жизни по различным шкалам в пределах от 20,4% до 37,8%. Наиболее значительные различия с контролем были зарегистрированы по шкалам ФА (36,5%, p<0,05), РФ (37,8%, p<0,05), СС (36,2%, p<0,05), РЭ (36,0%, p<0,05).

Самое низкое среднее численное значение отмечено по шкале СС (47,4±2,5 балла), что вполне адекватно отражает совокупность психологических моментов у женщин, имеющих большую вероятность проведения гистерэктомии.

Литература:

1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. - М, 2000. – С.424-487.

2. Ботвин М.А. Современные аспекты реконструктивно-пластических операций у больных миомой матки репродуктивного возраста: вопросы патогенеза, техники операций, система реабилитации, ближайшие и отдаленные результаты: автореф. дисс. д.м.н. – М., 1999. – 70 с.

3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - М., 1990.

4. Вихляева Е.М. Гиперпластические процессы эндометрия // Руководство по эндокринологической гинекологии / Под ред. Е.М.Вихляевой. - М.: МИА, 1998. - Гл.5.4. - С.703-706.

5. Сидорова И.С. Современные подходы к лечению миомы матки // Миома матки (Современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). - М.: МИА, 2003. - Гл.11. - С.207-214.

6. Онкогинекология. Фоновые, предраковые и злокачественные новообразования шейки матки, яичников, эндометрия / Учебное пособие. Томск: СГМУ, 2004, - 55 с.

7. Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М., Умаханова М.М., Сичинава Л.Г. Тактика ведения больных с пролиферативными процессами эндометрия // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы конгресса. – М., 1998. – С.107-108.

8. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., Гайдарова А.Х. Оценка возможностей современных технических средств в диагностике и хирургическом лечении гиперпластических процессов эндометрия // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы конгресса. – М., 2001. – С.556-565.

9. Краснопольский В.И., Гаспарян Н.Д., Кареева Е.И. и др. Изучение чувствительности эндометрия к гестагенам // Материалы форума «Мать и дитя». – М., 2003. - С.368.

10. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Карасева Н.В. Возможности применения препаратов индинол и эпигаллат при сочетании миомы матки и аденомиоза // Медицинский вестник. – 2008. - №24-25. – С.11.

11. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Medical Care. - 1992. - Vol.30. - P.473-483.

УДК 618.3-053.31

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У РОДИЛЬНИЦ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

З.Г. Хамидуллина

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

Актуальность. На сегодняшний день ни одна проблема в акушерстве не вызывает столь пристального внимания как проблема преэклампсии, так как она является основной причиной материнской, перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на стремительный прогресс современных медицинских технологий, в мире от преэклампсии ежегодно умирает до 50000 женщин (Khalil, Granger, 2002). По данным ВОЗ, у каждого пятого ребенка, родившегося от матери с преэклампсией, в той или иной степени нарушено физическое и психоэмоциональное развитие, значительно выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте (Bussolino et al., 1980, Duley et al., 2004).

Целью нашего исследования: изучение перинатальных исходов у родильниц с преэклампсией тяжелой степени.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 81 историй родов женщин и новорожденных, находившихся на стационарном лечении и родоразрешенных в клинике АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана в 2009 году.

Возраст беременных варьировал от 18 до 40 лет и составил в среднем 29,5±0,51. Первородящих беременных было 46%, многорожавших – 4%, повторнородящих – 50%.

Наиболее часто из фоновых экстрагенитальных заболеваний по частоте и структуре встречались заболевания мочевыделительной системы – 11,1%, анемия в 8,4%, заболевания сердечно-сосудистой системы – 7,4%, эндокринная патология – 2,4%.

Первая половина беременности у изучаемого контингента осложнилась ранним токсикозом в 67,0%, ОРВИ – 9,6%, угрозой прерывания беременности – 9%, во второй половине беременность осложнилась ложными схватками 14%, ОРВИ - 11,3%.

Сроки и метод родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени зависели от состояния матери и внутриутробного плода, с учетом готовности организма к родам, таблица №1.

Таблица №1. - Сроки и метод родоразрешения беременных с преэклампсией тяжелой степени.

Сроки родоразрешения					Метод родоразрешения	
до 28 нед.	28-32 нед.	32-36 нед.	в срок	индуцированные	через естественные пути	абдоминальным путем
8 (9,8%	27 (33,3%)	28 (34,5%)	18 (22,4%)	22 (27,1)	50 (61,7%)	31 (38,3%)

Анализ исхода родов с преэклампсией тяжелой степени показал, что у 22,4% женщин беременность закончилось своевременными родами, наибольший процент составили преждевременные роды – 77,6%. В 61,7% случаях тяжелых форм преэклампсии родоразрешение проведено в клинике через естественные родовые пути, путем операции кесарево сечение - в 38,3% случаях. В