

УДК 616-006.36-084 (575.2) (04)

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

А.А. Аскеров, Р. Скакова

Рассмотрены особенности лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз; миома матки; спаечный процесс.

Миома матки и эндометриоз являются самыми частыми заболеваниями у женщин репродуктивного возраста, составляя, по данным различных авторов, от 10 до 30%. Патогенез остается до конца не изучен [1–4].

Цель исследования – дифференцированный подход к терапии эндометриоза для повышения ее эффективности, особенно при сочетании с миомой матки.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 168 больных генитальным эндометриозом. После диагностики и лечения все пациентки были разделены на 2 группы: 1-ая – с наружным генитальным эндометриозом, 2-ая с внутренним эндометриозом (аденомиоз). В зависимости от степени распространения эндометриоза, состояния эндометрия, реализации репродуктивной функции была проведена терапия и изучены ее результаты.

Результаты исследования. Всем произведена лапароскопическая хирургия. Вид вмешательства зависел от степени выраженности генитального эндометриоза. У всех диагноз – генитальный эндометриоз верифицирован гистологически. В зависимости от локализации эндометриоза больные были разделены на 2 группы: 1 наружный генитальный эндометриоз – (НГЭ) – 88–52% больных, 2 внутренний эндометриоз (ВЭ) – 80–48% больных. По данным авторов, наиболее частой локализацией генитального эндометриоза является поражение матки – аденомиоз (внутренний эндометриоз тела матки), а наиболее частым вариантом локализации наружных эндометриозных очагов – область яичников [1,2]. Среди больных с НГЭ преобладали женщины раннего репродуктивного возраста – средний возраст – 36,7±0,3. Среди больных с ВЭ чаще встречались женщи-

ны позднего репродуктивного возраста, средний возраст – 41,5±0,3. По данным А.Н. Стрижакова и А.И. Давыдова [3], средний возраст больных внутренним эндометриозом тела матки – 41,8 лет, больных эндометриозом яичников – 30–40 лет (94,2%). Ведущими жалобами у больных наружным генитальным эндометриозом и внутренним эндометриозом тела матки были альгодисменорея (30–34% и 59–74% соответственно) и нарушения менструального цикла, в виде мено- и метроррагии (29–33% и 65–81% соответственно). По данным Mac Laverty C.M. Show R.W., наиболее типичные симптомы у больных эндометриозом следующие: дисменорея – 60–80%, боль в области малого таза – 30–50%, бесплодие – 30–40%, диспареуния – 25–40% [4]. Длительность первичного бесплодия у больных генитальным эндометриозом составила от 1 до 15 лет (в среднем 3,0±0,1), а вторичного бесплодия от 2 до 10 лет (в среднем 2,5±0,1). По поводу первичного и вторичного бесплодия 60–36% больных НГЭ и ВЭ ранее получали противовоспалительную терапию и физиолечение по поводу “хронического сальпингоофорита”. У всех пациенток изучен характер менструального цикла. Возраст менархе колебался от 11 до 15 лет (в среднем 13,3±0,1). При проведении лапароскопии было обнаружено, что наиболее частой локализацией эндометриозных гетеротопий при НГЭ были яичники и крестцово-маточные связки. При выполнении хромогидротубации у 30–34% больных НГЭ пациенток маточные трубы были проходимы, у 28–32% с одной стороны, частично у 10–11%, непроходимы у 8–9%. Спаечный процесс в малом тазу установлен в 54–61% наблюдений. 88–100% больным НГЭ на первом этапе была произведена органосохраняющая эндоскопическая операция

Таблица 1

Оперативное лечение при генитальном эндометриозе, %

Локализация эндометриоза	Резекция яичников	Цистэктомия	Коагуляция энд. очагов	Лизис	Аднексэктомия
Наружный генитальный эндометриоз НГЭ n=88	36+6 резек. труб 42–48	22+3 туб-эк 25–28	10+3 вылуш. кист =13–15	21–24	19–22
Внутренний эндометриоз ВЭ n=80	19+4 тубо- томии 23–29	11–14	2–3	20–25	2–3
Всего 168	65–39	36–21	15–9	41–24	21–13

в зависимости от степени распространения заболевания: вылушивания эндометриоидных кист яичников с коагуляцией ложа 13–15%, рассечение спаек 54–61%, резекция эндометриоидных кист – 42–48%, цистэктомия 25–28%, аднексэктомия – 19–22%. Во 2-ой группе были больные внутренним эндометриозом тела матки – 80–48% больных. Лапароскопия выполнена 80–48% и гистероскопия выполнена 34–43% больным при внутреннем эндометриозе тела матки. По данным лапароскопии выявлены следующие патологии: аденомиоз – 47–59%, эндометриоидная киста в сочетании с эндометриозом тела матки – 26–33%, аденомиоз, эндометриоидная киста и ретроцервикальный эндометриоз – 3–4%, аденомиоз, эндометриоз труб – 2–3%, аденомиоз в сочетании с эндометриозом труб и эндометриоидных кист яичников – 2–3% (табл. 1).

С целью диагностики эндометрия произведена гистероскопия с выскабливанием полости матки и дальнейшее патоморфологическое исследование 34–43% больным. Исследование проводилось на 5–10-й день менструального цикла для лучшей визуализации слизистой полости матки как в плановом, так и в экстренном порядке.

Проведение гистероскопии позволило установить, что в большинстве случаев были выявлены различные гиперпластические процессы эндометрия (железистая гиперплазия эндометрия, гиперплазия эндометрия 24–30%, аденоматоз 3–4% и 6–8% полипы).

Существует очень много вариантов лечения после операции: медикаментозно-гормональный, физиолечение, но нет единого подхода в лечении больных. Главными критериями эффективности проведенного комбинированного лечения являются купирование клинических симптомов заболевания, отсутствие рецидивов и восстановление детородной функции у пациенток репродуктивного возраста.

При НГЭ 88 больных, из них 40–46% больных получали диферелин по 3,75 мг в/м, со 2-го дня менструального цикла в течение 3 месяцев, после чего новинет – по 1 таб. – 150 мг в сутки в непрерывном режиме в течение 6 месяцев с 5-го дня менструального цикла, из них 20 больных были после цистозэктомии, 20 пациенток – после резекции яичников (табл. 2).

48–54% больных получали новинет в течение 6 месяцев сразу после операции, из них 24 больных после цистозэктомии, 24 – после резекции яич-

Таблица 2

Результаты лечения больных генитальным эндометриозом в зависимости от вида препарата, %

Наружный генитальный эндометриоз n=88			Внутренний эндометриоз n=80		
Группа	Болевой с-м	НМЦ	Группа	Болевой с-м	НМЦ
1А 24–27	21–88	22–92	16–20	12–75	13–81
1Б 20–23	19–95	19–95	12–15	10–83	10–83
2А 24–27	20–83	18–75	30–38	25–83	28–93
2Б 20–23	19–95	18–90	22–28	21–95	21–95
Всего 88–52	79–90	77–88	80–48	68–85	72–90

ников. Во 2-ой группе – 80 больных, разделенных на 2 подгруппы: 1-я (34–43% получала диферелин по 3,75 мг в/м, со 2-го дня менструального цикла в течение 3 месяцев, затем новинет по той же схеме, из них 12–15% – после цистэктомии, 46–57% – после резекции яичников или коагуляции в сочетании с эндометриозом тела матки. Во второй подгруппе лапаротомному лечению подвергнуты 20–25% больных, через 6 месяцев после эндоскопической операции, из них 15–19% больных, леченых КОК, 5–6% больных – с диферелином. У всех в послеоперационном периоде продолжались мено- и метроррагия, болевой синдром сохранился. При патоморфологическом исследовании удаленной матки у всех оперированных больных был внутренний эндометриоз 3–4 ст, в сочетании с ту-боовариальными образованиями.

Выводы

1. При генитальном эндометриозе преобладает первичное бесплодие – 29% по сравнению со вторичным – 17%.

2. Болевой синдром преобладает при внутреннем эндометриозе тела матки, составляет 74% и НМЦ – 81%, при наружном генитальном эндометриозе 34% и нарушении менструального цикла – 33% .

3. Спаечный процесс при наружном генитальном эндометриозе выражен в 61% случаев, при внутреннем эндометриозе тела матки – 30%.

4. Гормональная терапия с диферелином оказалась более эффективной у больных наружным генитальным эндометриозом после цистэктомии, чем после резекции эндометриоидных кист яичников.

5. Гормональная терапия не эффективна у 20–25% больных внутренним эндометриозом 3–4 ст, внутренний эндометриоз часто сочетался (42%) с гиперпластическими процессами эндометрия.

Литература

1. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кура Е.Ф. Эндометриоидная болезнь. СПб.: ООО “Изд-во Н-ЛТ”, 2002. С.452.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. М.: Медицина, 1998. С.320.
3. Стижжиков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М., Медицина, 1996. С. 330.
4. Mac Lavery C.M., Show R.W. Pelvic pain and endometriosis; in Show R.W(ed): Endometriosis. Oxford, Blackwell Science, 1995, p. 112–146.