

Каюмова Л.С.,  
Негмаджанов У.Б.,  
Раббимова Г. Г.,  
Садыева Н.А.

## СОЧЕТАНИЕ МИОМЫ МАТКИ И АДЕНОМИОЗА: НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.- проф. Негмаджанов Б.Е.)  
педиатрического факультета СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

В последние годы отмечается неуклонный рост частоты генитального эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости, около 8-15% менструирующих женщин имеют это заболевание [9; 14]. Генитальный эндометриоз является не только распространенной, но и одной из самых тяжелых форм гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста, отрицательно сказывающейся на общем состоянии, работоспособности и качестве жизни больных [6; 11]. Среди всех поражений эндометриозом половых органов частота аденомиоза достигает 70-90% [3]. Несмотря на большое число клинических и морфологических исследований, посвященных аденомиозу, многие аспекты этой проблемы еще остаются неразрешенными.

**Цель исследования:** На основании новых клинико-патогенетических аспектов сочетания миомы матки и аденомиоза разработать современные принципы диагностики и тактику лечения этих заболеваний.

**Материалы и методы.** Для реализации поставленных перед нами задач мы проводили обследование, лечение и контроль ближайших результатов ведения больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза. Ретроспективное и проспективное изучение 50 историй болезни больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза по материалам гинекологического отделения за период 2009-2011 годы по родильному комплексу №3 г. Самарканда. Общие клинические, лабораторные и гистологические исследования 50 больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза.

Возрастной диапазон обследованных женщин составил от 25 до 58 лет, в среднем  $45 \pm 4,7$  лет. В зависимости от возраста женщины были распределены следующим образом: 25-30 лет - 4 (8%), 31-40 лет - 13 (26%), 41-45 лет - 12 (24%), 46-50 лет - 13 (26%), 51-55 лет - 5 (10%) и старше 55 лет - 3 (6%).

Среди обследованных нами женщин жительницы города составили 24% (12), сельской местности - 76% (38 случаев). По социальному положению: домохозяйка было 41 (82%), служащие составили 18% (9 человек). По уровню образования: среднее образование имела 41 женщина (82%), среднее специальное - 4 (8%), высшее образование - 5 (10%).

Данные клинического исследования основывались на: сборе анамнеза, изучении особенностей течения предыдущих беременностей и родов, детородной функции, наличия сопутствующих заболеваний, особенностях течения и осложнений данного заболевания.

Оценка общего состояния больных и локального статуса осуществлялась на основании: а) детального клинического исследования (общий анализ крови, мочи, биохимический

анализ, коагулограмма, определение группы крови и Rh принадлежности) с изучением особенностей менструальной и репродуктивной

функций; б) кольпоскопии; в) УЗИ; г) осмотра терапевта и анестезиолога; д) гистологического исследования макропрепаратов, удаленных во время операции; е) гистологических диагнозов.

**Результаты исследований.** У всех обследованных пациенток изучали характер жалоб. Жалобы были на боли в пояснице у 50 (100%), нарушение менструальной функции - 16 (32%), болезненные менструации 50 (100%), менометроррагия 50 (100%), общая слабость отмечалась у 20 (40%), головная боль у 4 (8%), бесплодие у 6 (12%), боли при половом акте у 6 (12%), контактное кровотечение - у 3 (6%).

Перенесенные соматические заболевания: простудные заболевания (ОРВИ\ОРЗ) - 50 (100%), вирусный гепатит - 7 (14%), аппендэктомия - 2 (4%), краснуха - 2 (4%), кистэктомия - 1 (2%), холецистэктомия - 1 (2%).

Распределение больных по экстрагенитальной патологии выглядело следующим образом: ожирение у 25 (50%), гипертоническая болезнь у 8 (16%), патология молочной железы у 39 (78%), хронический пиелонефрит - 2 (2%), анемия у 50 (100%).

Менархе отмечалось с 12-13 лет у 33 (66%), 14-15 лет - у 15 (30%), 16-17 лет - 2 (4%). По характеру нарушения менструальной функции исследованных больных: ДМК у 18 (36%), альгодисменорея у 50 (100%), гиперменорея у 12 (24%).

По семейному положению женщины были замужем с 16 лет - 1 (2%), с 17 лет - 7 (14%), с 18 лет - 12 (24%), с 19 лет - 6 (12%), с 20 лет - 16 (32%), с 21 года - 2 (4%), с 22 лет - 3 (6%) и с 24 лет - 1 (2%).

По количеству беременностей в анамнезе больные распределились следующим образом: 11-111 беременностей 8 (16%), IV-V 16 (32%), VI-VII 14 (28%), VIII и больше 8 (16%), бесплодие 6 (12%).

Акушерско-гинекологический анамнез изученных больных: бесплодие - 6 (12%), срочные роды - 39 (78%), отягощенный акушерский анамнез - 8 (16%), отягощенный гинекологический анамнез - 16 (32%). При исследовании крови у всех больных имелась анемия, и в зависимости от степени различали: I -  $100-80 \text{ г/л}$  - 27 (54%), II -  $80-70 \text{ г/л}$  - 14 (28%), III - 70 и ниже - 9 (18%).

Для определения состояния шейки матки женщинам проводилось кольпоскопическое исследование аппаратом «МК Colposcope SCANNER.» (Украина), при 15-кратном увеличении. По данным кольпоскопии у женщин обнаружена: дисплазия у 16 (32%), эндометриоз шейки матки у 29 (58%), гипертрофия шей-

ки матки - у 10 (20%), папиллярная эрозия шейки матки у 15 (30%), истинная эрозия - 2 (4%), рак шейки матки - 1 (2%), фиброматозный узел на шейке матки - 1 (2%), ovulae pa- botti - 3 (6%).

Характер сопутствующей генитальной патологии был уточнен дополнительными методами обследования. Для исследования использовался ультразвуковой аппарат

«LOGIG 100 PRO». Всем пациенткам до операции проводилось ультразвуковое исследование. Оценивались общие размеры матки, структура миометрия, наличие миоматозных узлов, наличие эхо- признаков аденомиоза; при осмотре яичников оценивали их размеры, толщину тека- оболочки, размеры атрезированных фолликулов и их количества, наличие патологических включений, вовлеченность их в спаянный процесс.

Хирургическая тактика предусматривала предоперационную подготовку, выбор объема, времени, последовательности и способа оперативного лечения, ведение послеоперационного периода.

Характер предоперационной подготовки зависел от бактериальной инфицированности влагалища, предполагаемого объема операции, тяжести экстрагенитальной патологии. В комплекс предоперационного обследования включали изучение бактериальной флоры влагалища, мазок на чувствительность к антибиотикам.

Особое внимание обращали на состояние свертывающей системы крови, учитывая высокий риск тромбоэмболических осложнений, всем больным в динамике исследовали коагулограмму крови, определяли свертываемость крови по Сухареву. Показатели оказались в пределах нормы.

Для выбора тактики хирургического лечения учитывались: степень ожирения, нарушение

менструальной функции, эффективность консервативного лечения, влагалищное и ректальное исследование и желание самой женщины.

В качестве основной лечебной методики всем женщинам проводилось хирургическое лечение после неэффективности консервативного лечения, учитывая сопутствующие гинекологические и сочетание с другими экстрагенитальными заболеваниями соответственно были проведены сочетанные операции: экстирпация матки - 49 (98%), консервативная миомэктамия - 1 (2%); симультантная - (аппендэктомия - 6 (12%), холецистэктомия - 2 (4%)), удаление одного придатка 2 (4%).

При распределении больных в зависимости от срочности хирургического лечения было выявлено, что в экстренном порядке прооперированы 9 (18%), плановом порядке - 41 (82%) больных.

При исследовании удаленного макропреперата в зависимости от расположения миоматозного узла различался: субсерозный узел - 21 (42%), субмукозный узел - 5 (10%), интрамуральный узел - 19 (38%); сочетание миомы с кистами - 32 (64%), гипертрофия шейки матки - 5 (10%), параовариальная киста - 4 (8%), вросшая ВМС - 2 (4%), кистома - 3 (6%), воспалительный процесс - 3 (6%), эндометриозная киста - 5 (10%).

Изучались удаленные препараты матки у больных, подвергшихся операции по поводу роста миомы в сочетании с аденомиозом.

Таблица 1

**Результаты морфологических исследований**

1	лейомиома	15	30%
э	фибромиома	42	84%
3	эндометриоз шейки матки	11	22%
4	эндометриоз тела матки	32	64%
5	пролиферирующий эндоцервицит	6	12%
6	очаговая дисплазия	9	18%
7	эндометриозная киста	7	14%
8	железистый полип эндометрия	3	6%
9	пузырный занос	3	6%
10	серозная киста	2	4%
II	фолликулярная киста	4	8%
12	дермоидная киста	1	2%
13	хронический сальпицит	5	10%

Гистологический диагноз сочетания миомы матки и аденомиоза подтвержден в 32 (64%) случаях.

Интраоперационно всем больным проводили антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия, которую продолжали в послеоперационном периоде в течение 3 дней. Больных поднимали на 4-е - 5-е сутки после операции, после удаления постоянного мочевого катетера.

Послеоперационные перевязки и санация деполяризующих миорелаксантов на основе многокомпонентного наркоза с применением центральных анальгетиков с комбинацией нейролептиков, кетамина. Препараты использовались в стандартных расчетных дозировках с учетом возраста и сопутствующей патологии. При анализе результатов операций учитывали следующие параметры: Продолжительность операции, величина кровопотери, необходимость обезболивания в раннем послеоперационном периоде, начало активации и кормления больных, время пребывания в стационаре.

Влагалища проводилась всем больным в течение 7 дней.

С целью профилактики тромботических осложнений больным проводилась антикоагулянтная терапия, гепарином, начиная с первых суток после операции, под контролем свертываемости крови.

Всем больным проведена общая анестезия с применением ИВЛ на фоне использования не

Выписывали больных домой на 8-е - 10-е сутки после операции. Средняя продолжительность стационарного лечения после операции составила 9±1.2 дня. Осложнение в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Контроль рецидивов проводился через 3 и 6 месяцев после проведенной операции, рецидивов не наблюдалось.

**Выводы.** Частота выявления больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза, обратившихся за период 2009-2011 гг. в родильном

комплексе № 3 г. Самарканда составила 26- 30%. В структуре сопутствующих заболеваний у пациенток с сочетанием миомы матки и аденомиоза преобладают (по сравнению с изолированной миомой или аденомиозом), гиперпластические процессы эндометрия (69%), заболевания шейки матки (58%), воспалительные заболевания матки (6%) и ее придатков, патология молочных желез (78%), экстрагенитальные заболевания (в среднем в 1.3-2,4 раза). Это свидетельствует о выраженном системном характере патологии у больных с сочетанием миомы матки и аденомиоза. В периоде постменопаузы у обследованных нами больных с сочетанием миомы и аденомиоза пролиферирующая миома встречалась в 2,8 раза чаще, чем простая. При сочетании миомы матки и аденомиоза самым оптимальным методом лечения является - хирургический.

**Практические рекомендации:** При подозрении на наличие миомы матки в сочетании с аденомиозом,

кроме клиничко-анамнестического и специального брюшностеночно- вагинального и ректального исследования рекомендуется использовать наиболее информативные методы визуализации: трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ, цветное доплеровское картирование и импульсную доплерометрию; Учитывая повышение активности пролиферативных процессов и увеличение частоты экстрагенитальной патологии в организме рекомендовано активное хирургическое вмешательство; Необходим систематический мониторинг с соблюдением онкологической настороженности; В молодом возрасте, для сохранения репродуктивной функции возможно проведение: консервативной миомэктомии в сочетании с гормонотерапией, лазер и электрокоагуляция; в постменопаузе - тотальная или субтотальная гистерэктомия.

### Литература

1. Айламазян Э.К. Гинекология, 2008.
2. Айламазян Э.К./ Под ред. Гинекология от пубертата до постменопаузы - М., 2006.
3. Адамян Л. В. Кулаков В.И. Эндометриозы и миома матки - М., 2006.
4. Абдулина И.С. Внутренний эндометриоз и миома матки: клиничко-биохимические параллели. Автореф. Дис..канд.мед.наук.-Самара, 2001-23 с
5. Батько Б.М. Соискателю ученой степени. Практические рекомендации (от диссертации до аттестационного дела). - 4 е изд., переработанное, дополненное.- М. СИП РИА, 2002-288 с.
6. Дамиров М.М. Аденомиоз: клиничка, диагностика и лечение - Москва-Тверь. 2002. 294 с.
7. Давыдов А.И. Стрижаков А.Н. Современные аспекты патогенеза эндометриоза // акуш. и гинек. - 1997. №2. -44-47.
8. Дуда В.И. Оперативная гинекология 2004.
9. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз: диагностика и лечение. - М., 2002. 104 с.
10. Ищенко А.И. Кудрина Е.А. Современные проблемы наружного генитального эндометриоза// акуш. и гине. -2007. №5
11. Кулаков В.И. Савельева Г.М. Национальной руководство по гинекологии. 2009
12. Лихачев В.К. Практическая гинекология 2007.
13. Погасов А.Г. Эффективность хирургического лечения миомы матки в сочетании с аденомиозом: Автореф. дис. -М., 1998. 21с.
14. Савельева Г.М. гинекология учебник для врачей 2009.
15. Aden P., Velasco I. //Fertil. end Steril. -2007.
16. Badway S.L., Cuenca V. //Fertil. and Steril. -1999/
17. Beretta P., Franhi M. //Int. J.Gynecl. Obstetr. -2004/
18. Hammond M.G. // am. J. Obstetr. Gynecl. 2003.
19. Azziz R., Woods K.S., Keyna R. The Prevalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population // JCE & M. - 2004; 89(6): 2745-2749.
20. Malcolm C.E., Cumming D.C. Does anovulation exist in eumenorrhoeic women // Obstet. and Gynec. -2005; 102:317-318.
21. Flegal K.M., Carroll M.D., Ogden C.L. Prevalence and trends in obesity among us adults // J.A.M.A. -2002' 288:1723 -1727.
22. Raponen S., Ahonkallio S., Martikainen H. Prevalence of polycystic ovaries in women with self-reported symptoms of oligomenorrhoea and / or hirsutism: Nothem Finland Birth Cohort 1966 Study // Hum Reprod - 2004; 19(5): 1083 - 1088.
23. Solomon C.G., Hu LB, Dunait A. Long or highly irregular menstrual cycles as a marker for risk of type 2 diabetes mellitus //J.A.M.A -2001; 286: 2421 -2426.