

К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МИОМЫ МАТКИ

З.М. МАХМУДОВА, Н.И. ПАРВИЗИ, Н.Т. КАРИМОВА

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БАЧАДОН МИОМАСИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИДА ДОЛЗАРБ МУАММОЛАР

З.М. МАХМУДОВА, Н.И. ПАРВИЗИ, Н.Т. КАРИМОВА

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

ON THE QUESTION OF THE RELEVANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF UTERINE FIBROIDS

Z.M. MAKHMUDOV N.I. PARVIZ N.T. KARIMOV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Клиникада бачадон миомаси бор бўлган 91 та бемор текширилди. Бачадон миомаси бор беморларда клиник шикоятлар билан миоманинг юзага келиш муддати уртасидаги боғлиқлик, шу жумладан маълум оралик ва касалликнинг бирламчи ташхис қуйилган вақти орасидаги боғлиқлик аниқланди. Шу нарса аниқландики, бачадон миомасида оператив даво яққол экстрагенитал ва генитал асоратлар юзага келганидан кейингина утказилади.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, мено-метроррагия, касаллик клиникаси, ташхис.

Clinically examined 91 patients with uterine myoma. The dependence between the time of occurrence of the main clinical complaints of patients with MM, in particular, menstrual dysfunction and prescription primary diagnosis of the disease. Defined time period extending from the moment diagnosis of this disease before surgery. It was revealed that the surgery is performed in the presence of already expressed extragenital and genital complications of MM.

Keywords: uterine fibroids, Meno-metrorrhagia, clinical disease diagnosis.

Одной из нерешенных проблем в современной гинекологии являются опухолевые процессы репродуктивных органов, из которых наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью является миома матки (ММ). На актуальность клинической проблемы указывает то, что в настоящее время по поводу данного заболевания выполняется 50-70% оперативных вмешательств в гинекологических стационарах [1,3,5].

Проблема лечения миомы матки до настоящего времени остается дискуссионной. Относительно бессимптомное течение на ранних этапах развития опухоли, обуславливает позднюю обращаемость женщин в медицинские учреждения (З.Ш.Гилязутдинова, 2000; S.M.Schwartz, 2001). Медленное, без выраженных клинических проявлений развитие заболевания, длительное время служит поводом для пассивного наблюдения за больными, пока не появляются симптомы, требующие оперативного вмешательства [2]. Эффективность лечения, восстановление трудоспособности и оптимизация качества жизни больных ММ напрямую зависит от ранней диагностики заболевания (А.Л.Тихомиров, 1998; Т.Е.Самойлова, 2004; D.Y.Baschinsky et al., 2000). Существенное значение в

оценке состояния пациенток имеет ранняя диагностика рецидива ММ.

Цель: установить зависимость первичной диагностики ММ от клинических проявлений заболевания и определить временной промежуток, проходящий от момента диагностики до оперативного лечения у данного контингента больных.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе Республиканской клинической больницы №1 МЗ РУз. Проведен анализ данных анамнеза у 91 больной с ММ, из числа которых 66 подверглись хирургическому лечению.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у женщин с ММ преобладают жалобы на нарушение менструальной функции (63,7%), боли в нижних отделах живота и в пояснице различного характера (81,3%), дизурические расстройства (6,6%) и болезненные менструации (14,3%). Причем из 58 женщин с нарушениями менструального цикла, жалобы на ациклические маточные кровотечения предъявляют 37,4%, на кровотечения циклического характера – 19,8% и обильные менструации – 6,6% из них.

Таблица 1.

Давность обнаружения ММ и длительности нарушений цикла

Давность, годы	Нарушения менструального цикла			Первичная диагностика ММ	
	К-во жен.	% к общ. числу ж. (n91)	% к числу ж. с НМЦ (n-58)	К-во жен.	% к общ. числу жен. (n-91)
до 1 года	28	30,8	48,3	43	47,3
до 3х лет	14	15,4	24,1	10	11,0
до 5 лет	10	10,9	17,2	11	12,1
5 и более	6	6,6	10,3	27	29,7

Величина опухоли матки при первичной и вторичной диагностике ММ (n-91)

Величина опухоли в неделях беременности	при первичной диагностике		при вторичной диагностике	
	Кол-во женщин	%	Кол-во Женщин	%
до 5 недель	18	19,8	4	4,4
6 – 7 недель	34	37,4	21	23,1
8 – 9 »	17	18,7	16	17,6
10 – 11 »	10	11,0	16	17,6
12 – 13 »	6	6,6	18	19,8
14 – 15 »	3	3,3	5	5,5
16 и более недель	3	3,3	11	12,1

С целью уточнения зависимости между временем возникновения основных клинических жалоб больных с ММ, в частности, нарушений менструальной функции и давностью первичной диагностики заболевания нами был проведен сравнительный анализ полученных данных (табл. 1.).

Видно, что ММ диагностируется, как правило, уже при наличии таких осложнений, как маточные кровотечения. Так, у каждой второй (47,3%) женщины диагноз ММ впервые установлен до 1 года назад, т.е. тогда, когда у большинства женщин с данной патологией (48,3%) появились жалобы на нарушение менструальной функции женщин. У остальных (51,7%) женщин для установления диагноза ММ потребовалось от 3 до 5 и более лет наблюдения.

Данные о величине, росте опухоли изучались у исследованных больных в зависимости от того, когда впервые была обнаружена опухоль, но еще не проводилось лечение (первичная диагностика) и когда по поводу ранее обнаруженной опухоли пришлось приступить к активному лечению (вторичная диагностика) (табл. 2).

Анализ полученных данных показал, что опухоль при первичной диагностике соответствовала размерам от 4 до 22 недель беременности, а в 75,8 % случаев - от 5 до 9 недель беременности. В среднем величина комплекса «матка-опухоль» при диагностике достигала $8,0 \pm 0,4$ ($\sigma \pm 3,6$) недель беременности. Возраст женщин составил $39,4 \pm 0,8$ ($\sigma \pm 7,3$) лет.

У 66 женщин, которым по показаниям было проведено оперативное лечение, ММ впервые была обнаружена в возрасте $39,8 \pm 0,7$ лет ($\sigma \pm 5,6$). Первоначальная величина комплекса «матка-опухоль» соответствовала объему $8,5 \pm 0,5$ недель беременности ($\sigma \pm 3,8$).

С момента первичной диагностики ММ до момента операции прошло в среднем $3,9 \pm 0,5$ лет ($\sigma \pm 4,0$), средний возраст женщин к моменту вторичной диагностики соответствовал $43,5 \pm 0,8$ ($\sigma \pm 6,2$) лет. К моменту, когда понабилась операция размеры комплекса «матка-опухоль» достигали в среднем $11,6 \pm 0,4$ недель беременности ($\sigma \pm 3,6$).

По нашим данным частота диагностики ММ совпадает с частотой возникновения нарушений менструальной функции у данного контингента больных. Выявлено, что первичная диагностика ММ у больных

с «быстрым ростом» в 50% и 46,9% случаев у женщин с медленным ростом произведена в течение 1 года и менее назад, когда у $\frac{1}{2}$ больных обеих подгрупп (50% и 51% соответственно) ММ осложнилась маточными кровотечениями. Выявлено, что в тех случаях, когда в клинике ММ наблюдались маточные кровотечения, темпы роста опухоли происходили значительно быстрее. Так, объем опухоли у женщин с быстрорастущей ММ с НМЦ и у больных с жалобами только на боли внизу живота и в области поясницы при первичной диагностике ММ соответствовали в среднем $7,0 \pm 1,5$ ($\sigma \pm 3,2$) и $7,0 \pm 2,3$ ($\sigma \pm 3,9$) неделям беременности, соответственно. Однако, время, прошедшее с момента выявления опухоли до хирургического лечения у женщин с жалобами на НМЦ составило в среднем $1,0 \pm 0,2$ ($\sigma \pm 0,4$), а у женщин без таковых $3,5 \pm 2,3$ ($\sigma \pm 3,9$) года. Темпы роста опухоли в группе женщин с клиническими проявлениями (кровотечениями циклического и ациклического характера) за 1 год и менее составили в среднем 6,2 недели беременности.

Таким образом, факторы, приводящие к кровотечениям: дисфункция яичников, вследствие гипоталамо-гипофизарных нарушений, изменение функциональной активности яичников, нарушения иннервационного механизма полового аппарата и нейротрофические изменения в матке, являются также факторами риска «быстрого роста» ММ.

По данным Савицкого Г.А. и соавт. (2000) от момента зарождения «зоны роста» до момента достижения узлом диаметра 1,0 см (когда узел удаётся диагностировать) проходит около 10 и более лет [4,6,7].

Очевидно, что со времени возникновения зоны роста миомы до ее первичной диагностики (т.е. в среднем в 6-8 недель) проходит 15 и более лет, а до времени, когда требуется оперативное вмешательство, проходит более 20 лет, т.е. при наличии выраженных экстрагенитальных и генитальных осложнениях ММ.

Таким образом, полученные нами данные диктуют необходимость поисков новых диагностических тестов для доклинической диагностики ММ, до выраженных морфологических изменений миометрия и клинических проявлений опухоли.

Литература:

1. Ищенко А.И. Хирургическое лечение миомы матки: лапароскопия или минилапаротомия? Проблемы и перспективы / Ищенко А.И., Ланчинский В.И. // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве.- М.,2002. – С.70-72.
2. Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение. М.: Издательский дом «Видар-М», 2010. 244с.
3. Ланчинский В.И. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки / В.И.Ланчинский, А.И.Ищенко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003.- Т.2.№5-6.- С.64-69
4. Савицкий Г.А. О хирургическом лечении миомы матки у женщин младшей возрастной группы // В сб.: Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин. – СПб. – 1997. – С 160-161.
5. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб.: «Элби», 2003. – 236 с.
6. Самойлова Т. Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – М., 2003. – 236 с.
7. Сидорова И.С. Миома матки: современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. – Медицинское Информационное Агентство, 2003. – 256 с.

К ВОПРОСУ АКТУАЛЬНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МИОМЫ МАТКИ

З.М. МАХМУДОВА, Н.И. ПАРВИЗИ, Н.Т. КАРИМОВА

Ташкентская медицинская академия,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Клинически обследована 91 больная миомой матки. Установлена зависимость между временем возникновения основных клинических жалоб больных с ММ, в частности, нарушений менструальной функции и давностью первичной диагностики заболевания. Определен временной промежуток, проходящий от момента диагностики данной патологии до оперативного лечения. Выявлено, что оперативное лечение производится уже при наличии выраженных экстрагенитальных и генитальных осложнениях ММ.

Ключевые слова: *миома матки, менометроррагия, клиника заболевания, диагностика.*