

НАРУЖНЫЙ ГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ: ГРАНИ ПРОБЛЕМЫ

*Зайцева Т.П.¹, Биркос В.А.², Амбрушкевич Л.П.²,
Довнар Л.Н.², Кучук Д.О.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Эндометриоз в современных реалиях – доброкачественное хроническое прогрессирующее заболевание. Основную часть всех локализаций составляет генитальный эндометриоз (92–94%), реже – экстрагенитальный (6–8%). Из генитального эндометриоза наиболее частой формой является аденомиоз (70–90%) и эндометриоз яичников (8–26%) [1, 3]. Однако эндометриоз яичников может быть бессимптомным, пока в значительной степени не увеличивается размер кист, микроперфорация камер, вовлечение в процесс прилежащих органов малого таза. Различают поверхностную форму эндометриоза яичников и глубокие формы – узловую и кистозную. Кистозную форму также называют эндометриомами яичников [2, 4].

Материал и методы. Проанализированы клинические данные и результаты гистологического исследования 49 пациенток с наружным генитальным эндометриозом, представленным кистами яичников. Возраст пациенток варьировал от 23 до 55 лет, средний составил $37,6 \pm 0,7$ лет, при этом 39,57% пациентов были в возрасте до 35 лет, 39,57% – от 36 до 45 лет, 20,86% – от 46 до 55 лет. До оперативного вмешательства эндометриоз яичников диагностирован только у 18 (36,7%) пациенток. Подавляющее большинство женщин (86,3%) были госпитализированы и прооперированы в плановом порядке, 13,7% – в экстренном. Объем оперативного вмешательства определялся возрастом пациенток, характером патологии придатков матки, сопутствующей патологией матки. Большинству женщин (66,9%) оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим доступом в объеме цист- или аднексэктомии, в 33,1% – лапаротомическим доступом в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки с придатками из-за сочетания эндометриоза яичников с миомой матки и/или аденомиозом. Клиническое исследование проведено по нескольким направлениям: опрос прооперированных пациентов, направленный на выявление характера жалоб пациентов, детализацию их проявлений в динамике развития заболевания; изучались данные анамнеза; результаты общеклинических, гинекологических и инструментальных методов обследования. Весь операционный материал был исследован макро- и микроскопически. Гистологическое исследование подтвердило эндометриоз.

Результаты. При поступлении в клиническое учреждение обследованные пациентки предъявляли жалобы, связанные с различными проявлениями болевого синдрома и нарушением менструального цикла. На периодические умеренные боли, дискомфорт в течение большей части менструального цикла

указывали 50,4% пациенток, периодически возникающие интенсивные боли, нарушающие работоспособность, в течение менструального цикла были у 19,4%, боли перед менструациями отмечали 4,3% женщин. Большинство обследованных (64%) отмечали усиление болей накануне или во время менструаций. Дисменореей отмечали 34 (69,3%) пациентки. Боли во время менструаций носили умеренный (43,2%) или выраженный (28,1%) характер. Некоторые женщины отмечали связанные с менструальным циклом боли при дефекации, тенезмы (10,8%), боли при мочеиспускании (4,3%). На диспарею указывали 30,2% пациенток. В 24,3% случаев болевой синдром сопровождался различными вегетативными расстройствами: тошнота – 23,0%, рвота – 7,9%, потеря сознания – 2,9%. Для купирования болевого синдрома 59,7% женщин с эндометриозом яичников были вынуждены использовать анальгетики. Усиление болевого синдрома отмечали в динамике развития заболевания 41,7% обследованных. В анамнезе у 40,3% женщин отмечено нарушение менструального цикла. При сохранении у большинства (80,6%) пациенток регулярного менструального цикла наиболее частыми проявлениями его нарушения были обильные менструации (40,3%), мажущие темно-коричневые выделения из половых путей до и после менструаций (39,5%), межменструальные кровотечения при сохраненном менструальном цикле (11,5%). В 49,6% случаев эндометриоза яичников ведущим в проявлении заболевания манифестировал болевой синдром; в 21,6% – нарушение менструального цикла. Выявлено, что для пациенток с эндометриозом яичников характерен средний возраст менархе – $14,26 \pm 1,5$ лет. У большинства пациенток цикл установился сразу, был регулярным (96,4%). В анамнезе у 65,5% пациенток было указание на 1–2 родов, у 9,4% – на 3 родов и более, у 59,0% – на 1–2 аборта, у 22,3% – на 3 аборта и более, у 8,6% пациенток было вторичное бесплодие, у 7,2% – вторичное, у 11,5% женщин – самопроизвольные выкидыши.

Во время оперативного вмешательства было обнаружено, что у 64,7% женщин наблюдалось одностороннее поражение яичника, чаще левого (41,7%), у остальных 35,3% – двустороннее. Увеличение размеров яичника за счет формирования кисты диаметром до 5 см было у 37,4% пациентов, диаметром 5–10 см – 30,9%, более 10 см в диаметре – в 28,8% случаев. Для большинства женщин было характерно наличие спаечного процесса в малом тазу. Морфологическим исследованием удаленных яичников установлено, что у 80,6% пациенток имелась макрокистозная форма процесса; у 17,98% – сочетание кисты с эндометриоидными гетеротопиями в ткани другого яичника; у 1,44% – железисто-стромальные эндометриоидные очаги без формирования кист.

Вывод. Таким образом, ведущими клиническими симптомами эндометриоза яичников являются нарушение менструального цикла и болевой синдром циклического характера, с постоянством иррадиацией болей и вегетативными расстройствами. Основной (80,6%) формой эндометриоза яичников является кистообразование.

Литература

1. Адамян Л.В. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Гинекология. – 2005. – № 2. – С. 95-102.
2. Адамян, Л.В. Эволюция гормональной терапии эндометриоза (обзор литературы) / Л.В. Адамян, А.А. Осипова, М.М. Сонова // Проблемы репродукции. – 2006. – № 5. – С. 11-16.
3. Баскаков, В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П. Баскаков – Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
4. Баскаков, В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб., 2002. – 452 с.

АНТИГЕСТАГЕНЫ В ТЕРАПИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Кажина М.В.¹, Ганчар Е.П.¹, Гурин А.Л.¹, Колесникова Т.А.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет

² Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Регистрируемая в настоящее время частота гистерэктомий по поводу лейомиомы матки определяет острую потребность в проведении качественных исследований по разработке и внедрению в практику новых алгоритмов комплексного ведения пациентов с такой патологией. Одним из новых лекарственных средств, используемых в лечении лейомиомы матки, является мифепристон. Первое исследование мифепристона в лечении миомы матки завершено в 1993 г. Мифепристон – синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Клинический эффект препарата обусловлен блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов. Также мифепристон проявляет антагонизм с глюкокортикостероидами и андрогенами. Важное преимущество в том, что препарат активен при пероральном применении. Абсолютная биодоступность составляет 69%. Максимальная концентрация препарата в крови достигается через 1,5 часа. Мифепристон на 98% связывается с белками плазмы: альбумином и кислым α 1-гликопротеином. Период полувыведения препарата составляет 18 часов. Мифепристон уменьшает число рецепторов прогестерона в ткани миомы и гистологически неизменной ткани миометрия. Гормональный фон при поступлении мифепристона соответствует ранней фолликулярной фазе. Мифепристон уменьшает кровоток в ткани миомы посредством прямого влияния на сосуды матки. Мифепристон также проявляет свойства антиоксиданта.

Использование свойства мифепристона блокировать прогестероновые рецепторы позволяет добиться не только торможения роста опухоли, но и уменьшения исходных размеров миоматозных узлов и матки. Клинический эффект препарата обусловлен блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов.