Таким образом, КТ является одним из наиболее важных методов для определения точной локализации места и глубины повреждения при острой ЧМТ.

1. Китаев В.М., Китаев С.В. Лучевая диагностика заболеваний головного мозга. Москва: МЕДпресс-информ. 2015. 136 с.
2. Hans P., Mehrotra A., Kumar P., Agarwal M. et al. Role of Computerized Tomography as Prime Imaging Modality in the Evaluation of Traumatic Brain Injury // Int J AdvInteg Med Sci. 2017. vol.2(1). p.17-23.
3. Киндаров З.Б., Идалов М.М., Умаров Р.М. и др. Сочетанная черепно-мозговая травма в Чеченской Республике: эпидемиология и исходы / Матер. Всерос. науч. практ. конф. «Поленовские чтения». СПб. 2007.- с. 37-38.
4. Пономарева Е.Н., Сорокин А.А., Николайчик И.Р., Рухлядев И.С. и др. Легкая черепно-мозговая травма: структура и причины диагностических ошибок // Медицинские новости. 2011. №7. с.54-57.

Каменева И.Ю., Дуянова О.П., Краснобаева Е.Н.

Современные подходы к выбору терапии миомы матки

*ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»
(Россия, Орёл)*

doi: 10.18411/sr-10-12-2019-16

idsp: sciencerrussia-10-12-2019-16

Аннотация

По статистике миома занимает 2-е место среди гинекологических заболеваний после воспаления, но 1-е среди опухолей. Целью нашего исследования является определение частоты проведения операционных манипуляций по поводу миомы матки с выбором наиболее оптимальной для женщины, а также изучение наиболее современных и эффективных препаратов лекарственной терапии. Считается, что примерно 30-35% женщин страдают этим заболеванием. Частота этого заболевания, к сожалению, растет. В Соединенных Штатах Америки ежегодно примерно 200 тысяч гистерэктомий, то есть удалений матки, происходит в связи с миомами [7].

Ключевые слова: миома матки, улипристал ацетат, гистерэктомия, консервативная миомэктомия

Миома матки – это доброкачественная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, образующаяся из мышечной и соединительной ткани матки [1, 8]. Причины развития миомы матки все еще остаются до конца неизученными, но существуют факторы риска, которые предрасполагают к возникновению доброкачественной опухоли матки: женский возраст, гормональный дисбаланс (нарушение уровня стероидных гормонов), наследственная предрасположенность, избыточная масса тела, нарушения менструального цикла, хронические гинекологические и экстрагенитальные (не связанные с половой системой) заболевания, аборты и выскабливания матки, синдром поликистозных яичников, поздняя беременность [7].

Особенности лечения заболевания зависят от многих факторов [10, 7]:

1. Возраст пациентки. Тактика борьбы с заболеванием у молодой женщины и женщины старшего возраста отличаются. В репродуктивном возрасте важно сохранить детородный орган, репродуктивную функцию женщины, сохранить шанс на рождение ребенка. В старшем возрасте заболеванию нередко сопутствуют различные осложнения, что становится показанием к хирургической операции, в некоторых случаях экстирпации матки.
2. Размер доброкачественного образования. Метод лечения выбирают в зависимости от локализации и размера миомы. [5] Согласно рекомендациям Европейского Общества Репродукции Человека

(ESHRE), небольшими следует считать миомы до 5 см, большими - миомы более 5 см. [2] Опухолеподобные образования, которые растут на внешней стороне стенки матки, удаляют с помощью лапароскопической и лапаротомической операции, учитывается размер образования. Образование, достигшее больших размеров, деформирующее орган удаляют с помощью лапаротомического метода. Опухолеподобные образования различных размеров по показаниям удаляют с помощью органосохраняющих методик, в том числе малоинвазивных.

3. Осложнения при миоме. Заболевание очень часто сопровождается кровотечениями, анемией, снижением работоспособности. Опасность представляет субсерозная миома на ножке. Лечение такого типа узла не откладывают – ножка новообразования может перекрутиться, нарушится кровообращение узла, начнется некроз тканей, воспалительный процесс может захватить органы и ткани брюшной полости. Обильное кровотечение, некроз или разрыв новообразования – это показатели для оказания срочной хирургической помощи. Стоит ещё отметить такие важные осложнения миомы матки, как «рождение», некроз, нагноение миоматозного узла, перекрут ножки узла, разрыв капсулы и сосудов узла, злокачественное перерождение [4].

Существуют различные методы лечения миомы матки – это лечение миомы негормональными средствами, гормональная терапия, безоперационное лечение миомы матки, хирургическое вмешательство, к которому относится [5, 11]:

1. Гистерэктомия — радикальный метод лечения, который включает в себя удаление матки. Это одна из самых распространенных гинекологических операций в мире. По данным экспертов, к ней прибегают примерно в 38% случаев лечения миом в России. Удаление матки является самым грубым способом медицинского вмешательства с длительным периодом реабилитации по причине того, что гистерэктомия не позволяет сохранить детородную функцию [5, 11].
2. Миомэктомия — хирургическое удаление только миоматозных узлов. Такого рода вмешательство является менее травматичным и имеет ряд, в свою очередь, преимуществ перед гистерэктомией, а именно более короткий период реабилитации и сохранение детородной функции. Недостатки данного метода лечения сводятся к риску возникновения рецидива и необходимости проведения повторных операций. Представленный вид лечения подходит не во всех случаях и часто зависит от расположения миомы. [5]
3. Эмболизация маточных артерий является одним из современных способов лечения, принцип которого строится на основании прекращения кровотока по маточным артериям. Процедура проводится под местной анестезией и является пункцией бедренной артерии, при которой закупориваются узлы миомы. Этот метод лечения обладает рядом недостатков, в том числе риском возникновения рецидива. [11]
4. ФУЗ-абляция (абляция с помощью высокоинтенсивного фокусированного ультразвука) под контролем МРТ — перспективный способ лечения, который основан на воздействии высокоинтенсивным фокусированным ультразвуком, в результате которого происходит некроз тканей миомы. Процедура бесконтактна, проводится под контролем магнитно-резонансной томографии с целью наблюдения врача за состоянием тканей, которые подвергаются нагреву в режиме

реального времени. Преимущество заключается в том, что это неинвазивное и полностью безболезненное лечение, не требующее наркоза и периода реабилитации. В настоящее время метод ФУЗ-абляции является доступным и дает шанс женщинам сохранить репродуктивную функцию [5].

Таблица 1

*Частота операционных манипуляций по поводу миомы матки за 2014-2017гг.
(проценты – по отношению ко всем пролеченным гинекологическим больным)*

Год	Ампутация матки	Лапароскопически	Экстирпация
2014	70 пациенток (5,7%)	7 пациенток (0,6%)	7 пациенток (0,6%)
2015	48 пациенток (3,6%)	2 пациенток (0,2%)	43 пациенток (3,3%)
2016	34 пациенток (4,7%)	11 пациенток (1,5%)	51 пациенток (7,1%)
2017	46 пациенток (6,4%)	33 пациенток (4,6%)	58 пациенток (8,1%)

Исходя из таблицы 1, можно проследить, что данная патология не имеет тенденции к снижению. Это ещё раз подтверждает актуальность этого заболевания и актуальность подходов к лечению.

Из новых медикаментозных средств следует обратить внимание на улипристала ацетат – селективный модулятор рецепторов прогестерона, который в связи с химическими изоформами влияет на размер миоматозного узла (уменьшает), не оказывая при этом побочных гипострогеновых эффектов [10, 9]. Большое положительное значение имеет остановка кровотечения, что особенно важно при анемии в связи с менометроррагией. У пациенток с лейомиомами матки доказана эффективность улипристала ацетата в плане уменьшения размеров миоматозных узлов и в контроле маточных кровотечений. Лечение улипристала ацетатом приводит к снижению появлений менометроррагий и нередко аменорея уже в течение первых 7—10 дней терапии. Возобновление нормального менструального цикла происходит, как правило, в течение 4 недель после завершения курса лечения. Прекращение маточных кровотечений отмечено более чем у 90% больных с лейомиомой матки, при этом аменорея (до 82% больных) развивалась быстрее, чем при лечении аГн-РГ (соответственно на 7-е и 21-е сутки). Это способствовало скорейшему восстановлению показателей уровней гемоглобина и железа в крови, что особенно важно в предоперационной подготовке этого контингента больных. [10, 9]

Прогестагены относят к стероидным гормонам. [7] Их биологические эффекты обусловлены взаимодействием со стероидными рецепторами. Прогестагены оказывают как центральное действие, блокируя гипоталамо-гипофизарно-яичниковую ось, уменьшая при этом секрецию стероидных гормонов яичниками, так и непосредственное влияние на эндометрий, вызывая его децидуализацию и секреторную трансформацию эпителиальных клеток, приводя, в конечном счете, к его атрофии при использовании в непрерывном режиме. Прогестагены активируют фермент 17 β -гидростероид-дегидрогеназу типа 2, преобразующий эстрадиол в менее активный эстрон. Прогестагены оказывают ингибирующее влияние на синтез простагландина Е2. Непосредственная внутриматочная доставка прогестагенов — широко применяемый удобный метод, обеспечивающий высокую комплаентность и позволяющий избежать эффекта первичного прохождения стероида через печень. [7]

Агонисты гонадотропин — рилизинг гормона (аГн-РГ) [6, 12]. Лейпролида ацетат (аГн-РГ) был одобрен FDA в 1999 г. как медикаментозное средство первой линии для лечения миомы матки. Такие же показания зарегистрированы в Европе и

России у аГн-РГ трипторелина и гозерелина. аГн-РГ являются эффективным средством для уменьшения размера миомы (около 50% от их первоначального объема). [6, 12]

Таким образом, наши данные указывают на высокий процент радикальных операций при миоме матки. Ранняя диагностика и своевременно начатое консервативное лечение миомы матки позволяет снизить частоту оперативного лечения этого заболевания и сохранить репродуктивную функцию женщины.

1. Гинекология: Учебник под ред. Г.М.Савельевой, В.Г.Бреусенко. - ГЭОТАР-МЕД, 2007. - С.480.
2. Егорова О.В., Бермишева М.А., Хуснутдинова Э.К., Глебова Н.Н. Современные представления о молекулярно-генетических основах миомы. Генетика.2007;6:10:11-15.
3. Кондриков Н.И. Патология матки (иллюстрированное руководство). М. Практическая медицина, 2008. - С.344.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А.: Оперативная гинекология (3-е издание). Издательство МЕДпресс-информ, 2013. – с. 98, с. 279.
5. Кулаков В.И., Шилова М.Н. Применение а-ГнРГ для лечения миомы матки. Акушерство и гинекология. 1998; 6:3-6.
6. Кулаков В. И. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Издательство Литтерра, Москва 2005.
7. Курбанова М.Х., Королева А.Г. Генетический анализ структуры предрасположения к миоме матки. Распространенность и заболеваемость. // Генетика. - 1989 - N 6. - С.1122-1124.
8. Миома матки. Под ред. Сидоровой И.С. Москва. МИА. - 2002. - С.256.
9. Национальное руководство. Гинекология. Под ред. В.И.Кулакова, И. Б. Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - С.1088.
10. Сидорова И.С., Коган Е.А., Унанян А.Л. / Глава 4. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) под ред. Сидоровой И.С. - М.: МИА. - 2002. - С.113-127.
11. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. - М.: МИА. - 2006. - С.176.

Краснобаева Е.Н., Дуянова О.П., Каменева И.Ю.

Динамика количества родов, осложненных аномалиями сократительной деятельности в г.Орёл и Орловской области

*ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»
(Россия, Орёл)*

doi: 10.18411/sr-10-12-2019-17

idsp: sciencerussia-10-12-2019-17

Аннотация

В данной работе рассмотрены основные разновидности аномалий сократительной деятельности матки в родах, их клинические проявления, основы тактики ведения родов, произведен анализ частоты данной патологии в г. Орёл и Орловской области.

Ключевые слова: аномалии родовой деятельности, патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности, дискоординация, гексопреналин, динопрост, раскрытие маточного зева, профилактика.

Нарушения сократительной деятельности матки в родах являются важным разделом в акушерстве во все времена, в силу того, что их нерациональная коррекция может приводить тяжелым последствиям как для матери- родовой травматизм, кровотечения, нарушение выделения последа, эмболия околоплодными водами, так и для плода-травматизация, кефалогематома, гипоксия. Частота встречаемости в Европе и РФ, примерно, одинаковая и составляет около 10-20% от общего количества родов, при этом, половиной случаев аномалий родовой деятельности служит ее слабость.