

**ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

---

© Султонова Н.М., 2015  
УДК:618.3-008-056.52

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АДЕНОМИОЗА**

Н.М. СУЛТОНОВА

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

---

**MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF ADENOMYOSIS**

N.M. SULTONOVA

Tashkent medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) в сочетании с таргетной терапией восстанавливают репродуктивную функцию у 53,3% пациенток, профиль безопасности и эффективности КОК позволяет рекомендовать их в длительном режиме.**

*Ключевые слова: аденомиоз, современное лечение.*

---

**The combined oral contraceptives in combination with target therapy restore reproductive function at 53,3 % of patients, a profile of safety and efficiency the COC allows to recommend them in the long mode.**

*Keywords: adenomyozis, modern treatment.*

---

**Введение**

В структуре гинекологической патологии третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки занимает генитальный эндометри-

оз, частота которого варьирует от 2 до 80%, независимо от возраста, этнической принадлежности и социального статуса женщин [1, 2, 4].

Лечение аденомиоза является одной из наиболее дискутируемых проблем в современной гинекологии, методы его терапии заслуживают пристального внимания [4]. Ни один из современных методов лечения, в том числе и оперативный, несмотря на совершенствование техники, не приводит к стойкому клиническому эффекту, не обеспечивает полной ликвидации эндометриoidных очагов и не предотвращает рецидивирования заболевания [4].

#### **Цель исследования**

Повышение эффективности консервативной терапии аденомиоза в репродуктивном и перименопаузальном периодах.

#### **Материалы и методы**

Настоящая работа основана на результатах исследования 146 женщин, которые обращались в поликлинику №30 и в отделение гинекологии №4-ГКБ им. И. Эргашева г. Ташкента за период 2012-2014 гг. Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии медсестры высшего образования, медико-педагогического и стоматологического факультетов Ташкентской медицинской академии (ТМА). В результате проведения общеклинических, инструментальных и лабораторных исследований у 124 женщин был поставлен диагноз аденомиоз. При обследовании возраст пациенток колебался в довольно ши-

роком диапазоне: от 18 до 45 лет. Полученные данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере Pentium-4 по программам, разработанным в пакете Excel с использованием статистических функций с вычислением среднеарифметической ( $M$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\delta$ ), стандартной ошибки ( $m$ ), относительных величин (частота, %), критерия Стьюдента ( $t$ ) с вычислением вероятности ошибки ( $p$ ). Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ . При этом придерживались существующих указаний по статистической обработке данных клинических и лабораторных исследований.

#### **Результаты и их обсуждение**

В гинекологическом анамнезе у женщин с аденомиозом отмечают достаточно высокие показатели перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза. Так, частота кольпита в 1-й группе составила – 40,0%, а во 2-й группе – 40,6%. Также в 1-й группе – 33,3%, а во 2-й группе – 39,1% женщины указали на перенесенный цервицит. Ранние самопроизвольные выкидыши в анамнезе имели место у пациенток 1-й группы в 15,0% случаях, 2-й группы в 18,8% случаях, что значительно выше, чем в контроле – 9,09%. Отмечены поздние самопроизвольные выкидыши у 6,7% пациенток 1-й группы, у 7,9% пациенток

2-й группы, в то время как в контрольной группе эта патология вообще не встречалась. Все эти данные указывают, что у женщин с аденомиозом в анамнезе частота родов, самопроизвольных выкидышей и аборт больше, чем в контрольной группе. Нами было проведено консервативное лечение аденомиоза в 3 группах исследуемых. Основную группу составили 123 пациентки, у которых для лечения использовалась гирудотерапия в сочетании с нейрорефлекторными методами и таргетными средствами; группу сравнения 1 – 38 женщин, получавших гормональную терапию; группа сравнения 2 – 35 пациенток, получавших таргетные средства. На фоне лечения в последующем также оценивали как клинические параметры (менструальная функция, выраженность болевого синдрома, сексуальные функции), так и данные специальных методов исследования (коагулограмма, эхография с ЦДК, психологическое обследование и т.д.). Длительность терапии составляла 6 месяцев. Оценку результатов и эффективность проводимой терапии определяли через 6 и 12 месяцев после проведенного курса лечения.

После завершения лечения у 123 пациенток основной группы были получены следующие результаты: полное купирование болевого синдрома было отмечено у 81 (84,4%) из 96 пациенток, отмечавших наличие болей

до лечения. Из 15 женщин, у которых после лечения болевой синдром сохранился, он стал слабо выраженным (от 1 до 3 баллов) у 11 (11,4%) женщин и умеренно выраженным (4-6 баллов) у 4 (4,2%) пациенток. Гиперполименорея, отмеченная до лечения у 62 пациенток, была полностью купирована у 52 (83,9%); у 7 (11,3%) отмечено уменьшение интенсивности кровоотделения; у 3 (4,8%) пациенток сохранились обильные месячные. Пред- и постменструальные «мажущие» выделения ликвидированы у 57 (80,3%), а у 14 (19,7%) из 71 пациентки, имевших данный симптом – сохранились. Дисфункциональные маточные кровотечения купировались у всех 19 (15,4%) пациенток. Восстановлению сексуальной гармонии и купирования диспареунии отмечено у 62 (96,9%) из 64 женщин, ранее жаловавшихся на этот симптом. Через 12 месяцев от начала лечения (через 6 месяцев после его завершения) у 11 (13,6%) из 81 пациентки (у которых непосредственно после лечения боли в области малого таза исчезли) отмечено возобновление болевого синдрома. Большинство пациенток отмечали не только исчезновение или уменьшение болей, но и нормализацию сна и улучшение общего самочувствия, о чем свидетельствовали улучшение показателей психоэмоционального статуса. После проведенной терапии у 38 пациенток груп-

пы сравнения 1 с применением КОК были получены следующие результаты: боли полностью купировались у 15 (51,7%) из 29 пациенток, слабо выраженный болевой синдром (от 1 до 3 баллов) после лечения отмечен у 11 (37,9%), умеренно выраженный (4-6 баллов) – у 3 (10,4%) больных. Гиперполименорея купировалась у 14 (70,0%) из 20 пациенток. Уменьшение интенсивности кровоотделения отмечено у 6 (30,0%). Пред- и постменструальные «мажущие» выделения ликвидированы у 15 (68,2%), а у 7 (31,8%) из 22 женщин, имевших этот симптом – сохранились. Диспареуния была купирована у 5 (55,5%) из 9 пациенток. Через 12 месяцев рецидив болевого синдрома отмечен у 10 (38,5) из 26 пациенток, у которых этот симптом ранее был купирован, что почти в 2 раза выше, чем в основной группе ( $\chi^2=6,23$ ;  $p<0,05$ ) и у 4 (23,5%) в группе с применением индинола и эпигаллата ( $\chi^2=0,43$ ;  $p>0,05$ ). У 14 (70%) из 20 пациенток возобновились обильные месячные. Дисфункциональные маточные кровотечения купировались у всех 5 (13,2%) пациенток. После проведенной терапии у 35 пациенток группы сравнения 2 были получены следующие результаты: боли полностью купировались у 17 (63,0%) из 27 пациенток, слабо выраженный болевой синдром (от 1 до 3 баллов) после лечения отмечен у 8

(29,6%), умеренно выраженный (4-6 баллов) – у 2 (7,4%) больных. Гиперполименорея купировалась у 13 (76,5%) из 17 пациенток. Уменьшение интенсивности кровоотделения отмечено у 3 (17,6%), у 1 (5,9%) пациентки сохранились обильные месячные. Пред- и постменструальные «мажущие» выделения ликвидированы у 15 (75,0%), а у 5 (25,0%) из 20 женщин, имевших этот симптом, – сохранились. Дисфункциональные маточные кровотечения купировались у всех 5 (14,2%) пациенток. Диспареуния была купирована у 5 (71,4%) из 7 пациенток. Через 12 месяцев от начала лечения у 4 (23,5%) из 17 пациенток (у которых непосредственно после лечения боли в области малого таза исчезли) отмечено возобновление болевого синдрома. Таким образом, эффективность лечения аденомиоза в основной группе составила по ведущим симптомам (боли, гиперполименорея и т.д.) от 85 до 89,6%, в то время как в группах сравнения она варьировала от 52 до 70%. После проведенного лечения при анализе ультразвуковой картины через 6 месяцев отмечено уменьшение переднезаднего размера матки, более выраженное в основной группе, уменьшение количества и диаметра (до лечения 2-4 мм, после лечения в основной группе не превышал 0,5-1,0 мм, в группах сравнения – 1,5-2 мм) гипо- и анэхогенных включений.

Результаты анализа динамики некоторых показателей коагулограммы и состояния свертывающей и ан-

тисвертывающей системы крови при трех видах терапии представлены в таблице 1.

Таблица 1

*Состояние гемостаза у пациенток с аденомиозом на фоне лечения*

Показатели гемостаза	Основная группа (n=123)		Группа сравнения 1 (n=38)		Группа сравнения 2 (n=35)	
	до леч.	после леч	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
Индекс тромбоцитарной активности капиллярной крови (%)	25,7 ±0,7	19,4 ±1,0 ***	26,0 ±2,3	23,4 ±2,8	25,9 ±1,8	22,3 ±1,2
АПТВ, с	34,1 ±0,3	22,6 ±0,5 ***	33,9 ±0,4	28,9 ±0,5 **	33,9 ±0,5	26,8 ±0,5 **
Фибриноген А, г/л	4,2 ±0,3	3,7 ±0,4 **	4,3 ±0,3	4,0 ±0,4 *	4,3 ±0,3	3,9 ±0,1 *
Фибриноген В положительный	22 (17,9)	0 (0) ***	9 (23,7)	0 (0) **	7 (20,0)	0 (0) *
ПДФ в плазме крови	50 (40,6)	0 (0) ***	10,0 (26,3)	0 (0) **	9,0 (25,7)	0 (0) **
Время свертывания крови (мин.)	5,9 ±0,4	5,6±0,5	6,1 ±0,5	5,9±0,7	6,0±0,5	5,8±0,4
ПТИ (%)	110,1 ±0,3	95,1 ±0,3 ***	109,7 ±0,9	107,4 ±1,0	110,1 ±0,3	101,1 ±1,0
Протромбиновое время, с	15,0 ±0,2	10,3 ±0,3 ***	15,1 ±0,6	13,3 ±0,7 *	15,0 ±0,2	12,7 ±0,7 *

\* –p<0,05; \*\* –p<0,01; \*\*\* –p<0,001 (при сравнении показателей до после лечения в каждой из групп больных использованы парный t-критерий и  $\chi^2$ -критерий)

Анализ показателей гемостазиограммы еще раз подтверждает широкие патогенетические возможности предложенной схемы лечения аденомиоза, а не только её положительное влияние на симптоматику заболевания. Приведенные данные свидетельствуют о том, что предлагаемый нами метод лечения больных аденомиозом способствует коррекции гемостаза (происходит снижение индекса тромбоци-

тарной активности на 24,9%, уменьшение активированного парциального тромбинового времени на 33,4%.

После проведенного лечения при анализе ультразвуковой картины через 6 месяцев отмечено уменьшение переднезаднего размера матки, более выраженное в основной группе, уменьшение количества и диаметра (до лечения 2-4 мм, после лечения в основной группе не превышал 0,5-1,0

мм, в группах сравнения – 1,5-2 мм) гипо- и анэхогенных включений. После проведения предлагаемого метода терапии аденомиоза в основной группе по данным ультразвукового исследования объем матки уменьшился почти на 50%, в среднем составил  $63,2 \pm 7,6$  см<sup>3</sup> и в последующие 6 месяцев не изменился. В группах сравнения объем матки через 6 месяцев уменьшился почти на 45% и составил в среднем  $77,4 \pm 5,8$  см. Однако через 12 месяцев в группе сравнения с при-

менением КОК отмечался значительный рост матки и её объем достиг почти прежних размеров. Сравнительный анализ доплерометрических показателей при исследовании маточных артерии в основной группе и группах сравнения показал, что гирудотерапия и ТЭС приводят к статистически более значимой нормализации тазовой гемодинамики, чем при использовании самостоятельных методов в виде таргетных средств и гормональных препаратов (табл. 2).

Таблица 2

**Влияние проводимой терапии на доплерометрические показатели в маточных артериях**

Допплерометрические показатели	Основная группа (n=123)		Группа сравнения 1 (n=38)		Группа сравнения 2 (n=35)	
	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
Пульсационный индекс (ПИ)	1,68 ±0,05	2,78 ±0,12***	1,72 ±0,35	2,34 ±0,14	1,64 ±0,05	1,98 ±0,12
Индекс резистентности (ИР)	0,75 ±0,01	0,89 ±0,03**	0,74 ±0,02	0,82 ±0,02	0,77 ±0,02	0,79 ±0,07
Систолю-диастолическое отношение (СДО)	9,14 ±0,18	4,93 ±0,01***	7,68 ±0,15	5,15 ±0,28 *	6,15 ±0,25	5,03 ±0,31 **
Максимальная систолическая скорость кровотока	39,17 ±1,17	28,52 ±4,39 *	36,86 ±3,96	30,02 ±1,76 *	38,72 ±2,99	32,97 ±1,98 *
Конечная диастолическая скорость кровотока (В)	8,15 ±0,53	2,74 ±0,49***	8,10 ±0,57	2,86 ±0,49 **	8,06 ±1,62	2,98 ±0,40 **
Средняя скорость кровотока (С)	19,45 ±0,76	9,04 ±1,43***	18,93 ±1,07	10,88 ±1,86 *	19,01 ±1,05	11,76 ±2,12 *

\* – $p < 0,05$ ; \*\* – $p < 0,01$ ; \*\*\* – $p < 0,001$  (при сравнении показателей до и после лечения в каждой из групп больных использован парный *td*-критерий)

Приведенные в таблице 2 данные указывают на то, что предложенная нами методика приводит к улучшению кровотока в маточных артери-

ях, о чем свидетельствует снижение конечной диастолической скорости кровотока, а также повышение ПИ, ИР и СДО, что является показателем

улучшение периферического сопротивления кровотоку и восстановления адекватной микроциркуляции.

Гормональная терапия аденомиоза в 51,7% наблюдений купирует болевой синдром, но при этом принципиальных изменений гемодинами-

ки в органах малого таза не происходит. Вероятнее всего, гормональная терапия обладает только симптоматическим эффектом, что подтверждается высокой частотой рецидивов (38,5%), в отличие от предлагаемой нами схемы.

Таблица 3

**Влияние проводимой терапии на показатели психоэмоционального состояния**

Симптомы	Основная группа (n=123)		Группа сравнения 1 (n=38)		Группа сравнения 2 (n=35)	
	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
Фобические расстройства	9,92 ±0,01	6,71 ±0,04***	10,92 0,11	7,34 ±0,13*	9,98 ±0,01	7,01 ±0,13 *
Депрессивные расстройства	9,41 ±0,02	5,14 ±0,08 ***	10,41 ±0,12	6,01 ±0,13 **	9,42 ±0,02	6,94 ±0,13**
Беспокойство, напряжение	14,59 ±0,01	7,8 ±0,07 ***	15,37 ±0,11	9,30 ±0,35 **	14,59±0,01	8,68 ±0,35 **
Нарушение сна	18,06 ±0,07	1,11 ±0,08 ***	18,76 ±0,07	2,11 ±0,08***	18,36±0,07	1,87 ±0,08***
Истерические расстройства	2,89 ±0,08	2,49 ±0,06	2,99 ±0,08	2,49 ±0,23	2,89 ±0,08	2,49 ±0,23
Неврастенические расстройства	5,44 ±0,08	5,38 ±0,13	6,44 ±0,18	6,38 ±0,23	5,44 ±0,08	5,81 ±0,23
Сексуальные расстройства	8,28 ±0,09	1,36 ±0,1 ***	8,98 ±0,09	2,36 ±0,11***	8,42 ±0,09	1,89 ±0,11***
Навязчивости	2,43 ±0,01	2,29 ±0,13	2,41 ±0,11	2,38 ±0,20	2,43 ±0,01	2,33 ±0,20
Трудности в общественных контактах	9,59 ±0,09	6,48 ±0,19**	10,28 ±0,09	7,50 ±0,12***	9,68 ±0,09	7,10 ±0,12***
Ипохондрические расстройства	7,56 ±0,05	3,34 ±0,13***	7,54 ±0,15	4,43 ±0,17***	7,56 ±0,05	4,02 ±0,17***
Психосоматические расстройства	3,71 ±0,12	3,01 ±0,11 **	3,73 ±0,21	3,60 ±0,20	3,71 ±0,12	3,38 ±0,20
Соматовегетативные и двигательные расстройства	2,77 ±0,09	2,07 ±0,11**	2,86 ±0,16	2,77 ±0,23	2,80 ±0,16	2,54 ±0,23
Уровень невротичности	11,58±0,32	6,43 ±0,38 ***	11,69±0,31	8,24 ±0,40 **	11,62 ±0,32	7,94 ±0,40 **

\* – $p < 0,05$ ; \*\* – $p < 0,01$ ; \*\*\* – $p < 0,001$  (при сравнении показателей до и после лечения в каждой из групп больных; использован парный  $t$ -критерий)

Данные динамики психоэмоционального статуса пациенток в зависимости от метода лечения, приведенные в таблице 3, свидетельствуют о том, что гирудотерапия и ТЭС в сочетании с таргетными средствами приводит к более значительному улучшению психоэмоционального состояния женщин, чем методы лечения в сравниваемых группах. В наших наблюдениях клиническая эффективность представленной методики связана с воздействием на патогенетические механизмы, что обуславливает более стойкий положительный эффект. Это подтверждается анализом показателей гемостазиограммы, данными ультразвукового исследования органов малого таза и доплерометрических показателей в маточных артериях на фоне гирудотерапии и ТЭС. Таким образом, таргетные средства (индинол и эпигаллат) в сочетании с транскраниальной электростимуляцией стволовых структур мозга и гирудотерапией являются эффективными и безопасными методами лечения аденомиоза, поскольку при этом купируется болевой синдром и нормализуется менструальная функция и психосоматический статус.

#### **Выводы**

Эффективность предложенной комплексной терапии составляет 45% и ведет у 100% к уменьшению менструальной кровопотери, снижению на

90,0% числа больных с анемиями, снижает болевой синдром у 93,3% и у 9,3% гиперпролактинемию (в отличие от принимающих только КОК), восстанавливает фертильность у 53,3% пациенток.

#### **Литература**

1. Адамян Л.В. Роль и место эмболизации маточных артерий в лечении больных с миомой матки / Л.В. Адамян [и др.] // Проблемы репродукции. – 2005. – №1. – С. 43-46.
2. Баскаков В.П. Эндометриозная болезнь / В.П. Баскаков, Ю.В. Цвелев, Е.Ф. Кира. – СПб.: Н-Л., 2002. – 452 с.
3. Махмудова Г.М. Сравнительная оценка некоторых видов гормонотерапии у женщин после оперативного лечения генитального эндометриоза / Г.М. Махмудова // Рос. вестн. акуш.-гинеколог. – 2003. – № 2. – С. 49-51.
4. Радзинский В.Е. Эндометриоз / В.Е. Радзинский [и др.]. – М.: РУДН, 2001. – 64 с.
5. Савицкий Г.А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологические исследования) / Г.А. Савицкий, С.М. Горбушин. – СПб.: Изд-во "ЭЛБИ-СПб", 2002. – 170 с.
6. Савицкий Г.А. Миома матки проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий. – СПб.: Изд-во "ЭЛБИ-СПб", 2003. – 106 с.



7. Uterine artery embolization for the treatment of uterine leiomyomata midterm results / S.C. Goodwin [et al.] //

J. Vase. Interv. Radiol. – 1999. – №10. – P. 1159-1165.

---

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Султонова Н.М. – магистр 3 курса Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан.  
E-mail: sultonova-nodira@mail.ru

Маликова Г.Б. – научный руководитель, канд. мед. наук, доц. кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан.