



способствует возникновению рецидива и осложнений заболевания. Лечение современными программами, простыми в осуществлении самой пациенткой, эффективными по объ-

ективные оценки, приводит к улучшению качества жизни больных бактериальным вагинозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. 2008. №4. С. 17-30.
2. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, Einarson TR, Koren G. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis // Am J Obstet Gynecol 1995; 172: - С. 525-9.
3. Чайка В.К. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Донецк, 2006. С. 512, 515.
4. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах // Учебное пособие. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ. 1999. С. 80.
5. Минушкин О.Н., Ардатская М.Д., Дубинин А.В. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения // Терапевтический архив. 2001. № 2. С. 67–72.
6. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб: ООО «Нева-Люкс», 2001. – С. 364.
7. Тютюнник В.Л. Фарматека. – М, 2005; 2: - С. 20-24.
8. Colli E., Landoni M., Parazzini F. Treatment of male partners and recurrence of bacterial vaginosis: a randomised trial. // Genitourin Med. – 1997. – Vol. 73. – N. 4. – P. 267-270.
9. Shaaban O.M., Fetih G.N., Abdellah N.H., Ismail S., Ibrahim M.A., Ibrahim E.S. Pilot randomized trial for treatment of bacterial vaginosis using in situ forming metronidazole vaginal gel // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2011. – Vol. 37. – P. 874–881.
10. Анастасьева В.Г. Современные методы диагностики лечения и профилактики бактериального вагиноза. - Новосибирск: НМН, 2007. - С. 17.

ПОСТУПИЛА 05.06.2014

УДК 618.14 – 006.36 – 089.844 – 086.838

Э.В. Баширов, О.В. Томина, Т.Г. Мелконьянц

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Базовая акушерско-гинекологическая клиника
Кубанского государственного медицинского университета
Россия, 350072, г. Краснодар, ул. Зиповская 4/1. E-mail: klinika@bagk-med.ru

Цель: оценить клиническую симптоматику и качество жизни пациентов с миомой матки на основании анализа исходов после органосохраняющих вмешательств и в зависимости от комплексной реабилитации.

Материалы и методы: Это исследование включало 265 пациентов с симптомной миомой матки. Данные по качеству жизни, связанному со здоровьем и тяжести симптомов до и после эмболизации маточных артерий и органосохраняющих вмешательств и наличия комплексной реабилитации были получены при анкетировании по опроснику UFS-QOL.

Результаты: Через 6 месяцев после лечения все три метода лечения миомы матки привели к существенному облегчению симптомов, с наибольшим восстановлением после комплексной реабилитации.

Выводы: оценка качества жизни не только предиктор осложненного течения послеоперационного периода и отдаленных рецидивов заболевания, а также критерия полноценности курса реабилитации. Комплексная реабилитация позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

Ключевые слова: миома матки, органосохраняющие вмешательства, комплексная реабилитация.



E.V. Bashirov, O.V. Tomina, T.G. Melkonyanc

EFFICIENCY OF AN ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH UTERINE MYOMA AFTER ORGAN-PRESERVING INTERVENTIONS

*Fundamental obstetric-gynecological clinic of Kuban state medical university
4/1, Zipovskaya street, Krasnodar, 350072, Russia. E-mail: klinika@bagk-med.ru*

Purpose: To evaluate the clinical response and quality of life of patients with uterine myoma on the basis of the analysis of outcomes after organ-preserving interventions and depending on existence of complex rehabilitation.

Materials and Methods: This prospective study included 265 patients with symptomatic uterine myoma. Data on health-related quality of life and severity of symptoms before and after UAE and organ-preserving interventions and existence of complex rehabilitation were obtained by the standardized «Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life» (UFS-QOL) questionnaire. Treatment failure was defined as the need for a second invasive procedure because of recurrent symptoms or persistent symptoms after interventions.

Results: At 6 months after treatment, all three leiomyoma therapies resulted in substantial symptom relief, to near normal levels, with the greatest improvement after complex rehabilitation.

Summary: It is shown that the assessment of quality of life not only a predictor of the complicated current of the postoperative period and the remote recurrence of a disease, but also criterion of full value of a carried-out course of rehabilitation. The complex rehabilitation makes it possible to reduce the frequency of postoperative complications and relapses of diseases.

Key words: uterine myoma, organ-preserving interventions, complex rehabilitation.

Введение

Проблема адекватного выбора лечебных технологий, как и внедрения новых малоинвазивных методик ведения женщин с миомой матки, продолжает волновать умы отечественных ученых [1,2]. Ведущим методом лечения заболевания остается хирургический, – очевидно, в силу традиционно позднего обращения российских женщин за медицинской помощью, что обуславливает негативную статистику травматичной гистерэктомии.

Констатация ежегодного возрастания частоты миомы матки у заинтересованных в сохранении фертильности женщин обязывает к пересмотру приоритетов в пользу консервативно-пластических операций как ведущего направления современной хирургии, предусматривающего не только сохранение матки, но и профилактику рецидива заболевания.

Сравнительный анализ эффективности технологий лечения миомы матки базируется не только на сопоставлении темпов сокращения размеров миоматозных узлов и редукции клинической симптоматики, но и частоте осложнений и рецидивов миоматозного роста. Кульминационным аспектом успешного выбора вмешательства становится восстановление или реализация естественной фертильности, что достигается только при условии полноценной предоперационной подготовки, следовании комплексу реабилитационных мероприятий, нацеленных на диагностику и выяснение нарушений в многозвеньевой репродуктивной системе, инициируемых как самим заболеванием исходно, так и операционной травмой.

Вопреки тенденции воплощения в хирургическую практику принципа органосохраняющих вмешательств и щадящего отношения к тканям, дискутируют о большей частоте осложнений после консервативной миомэктомии в сравнении с гистерэктомией [2].

Внедрение в практику оперативной лапароскопии определило ее трендом среди современных хирургических методик лечения миомы матки за счет высокой результативности воздействия и минимальном риске для заинтересованных в деторождении пациенток. При несомненных достоинствах лапароскопического доступа и накопленных свидетельствах успешной реализации репродуктивной функции после консервативной миомэктомии резонансом выступили свидетельства разрыва матки вследствие несостоятельности эндоскопического рубца [2].

Следствием подобной печальной статистики стало обсуждение технических аспектов лапароскопической операции, предполагающей термическое воздействие, небезопасное при большой площади и глубине раны, сложности ее ушивания даже высокопрофессиональным специалистом. Предложение о нивелировании негативных исходов лапароскопической миомэктомии за счет отказа от подобного варианта доступа сводило бы возможности органосохраняющих вмешательств к лапаротомической миомэктомии и эмболизации маточных артерий (ЭМА). Конкурентоспособности ЭМА, позиционируемой как минимально инвазивный прогрессивный метод лечения больных с миомой матки, противостоят суждения о сомнительности ее проведения у заинтересованных в деторождении женщин [3].

Эффективность лапаротомической миомэктомии



доказана высокой частотой наступления и вынашивания беременности после вмешательства, однако ряд аспектов относительно предпочтительности техники операции, шовного материала, профилактики спайкообразования и создания условий для формирования полноценного рубца продолжает оставаться дискуссионным [4].

Концепция качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем – относительно новое понятие, в срезе представлений о полноценности функционирования человека после оперативных вмешательств различного объема практически неизученное. Вопреки отдельным фактам о безразличности воздействия хирургического лечения миомы матки на здоровье и КЖ женщин после вмешательства и представлениям о спонтанной нормализации здоровья, имеется ряд опровержений [5].

Полагают, что оценить преимущества каждой технологии лечения миомы матки возможно только путем сопоставления ее влияния на последующее КЖ и развитие осложнений, рецидивов заболевания [3].

Детализация преимуществ различных подходов в лечении миомы матки, обсуждаемая в рамках видоизменения интегральных характеристик КЖ после вмешательств, в научной литературе рассматривается с использованием различных оценочных шкал Nottingham Health Profile (NHP), Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36), Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life questionnaire (UFS-QOL).

По данным A.J. Smeets et al. [6], у 70,6% пациентов через 46 месяцев после ЭМА по результатам стандартизованного опросника UFS-QOL было отмечено улучшение КЖ и редукция клинической симптоматики.

Неэффективность эндоваскулярного воздействия на миоматозный узел выявили у 29,4%.

Убедительным подтверждением эффективности ЭМА для лечения симптомной миомы матки выступают данные о долгосрочном устойчивом улучшении симптомов КЖ [7] при незначительном показателе рецидивов – через 6 лет в 17%.

Несмотря на то, что результаты тестирования КЖ женщин по шкале UFS-QOL свидетельствовали об альтернативности неинвазивных методов лечения миомы матки гистерэктомии [8], по данным многоцентрового нерандомизированного проспективного исследования [9] стало известно о значительном облегчении симптомов через 12 месяцев после лечения. Примечательно, что о наилучшем КЖ женщин сообщалось после гистерэктомии.

Вариабельность результатов исследований связывают с отсутствием единого алгоритма реабилитации больных с миомой матки после различных органосохраняющих вмешательств, что, несомненно, влияет на формирование интегральных характеристик КЖ.

Сообщения о рецидивах миоматозного роста или прогрессивном увеличении имеющихся мелких узлов следует рассматривать в срезе анализа сроков наблюдения после вмешательств – консервативной миомэктомии или ЭМА.

В срезе противоречивых указаний на улучшение КЖ как после органосохраняющих операций, так и после удаления матки, для предикции преимущества технологии лечения требуется анализ темпов сокращения миоматозных узлов и редукции клинической симптоматики [10].

Полагают, что анкетирование по опроснику Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life questionnaire (UFS-QOL) – достоверная и надежная мера для оценки симптомов у женщин с миомой матки [5].

Снижение частоты осложнений после различных технологий лечения и рецидивов миомы матки и ее сочетания с аденомиозом возможно при оптимизации подходов в зависимости от адекватности выбранного типа лечения, рациональной предоперационной подготовки и оздоровительных мероприятий после вмешательства. Вместе с тем, отсутствие доказательной базы обоснованности подобной тактики побудило к исследованию, цель которого – сравнение КЖ пациенток с миомой матки на основании анализа исходов после вмешательств различного типа и наличия комплексной реабилитации (КР).

Материалы и методы

Для достижения цели исследования проведено проспективное исследование 265 женщин с миомой матки, обратившихся в клинику для проведения консервативной миомэктомии и ЭМА. Комплексное дооперационное обследование предусматривало ультразвуковое исследование с доплерографией, гистероскопию, гистологическое исследование соскоба слизистой матки, лечение хронических персистирующих воспалительных заболеваний гениталий, при необходимости проводили антимикробную терапию.

В зависимости от технологии лечения весь контингент женщин в зависимости от технологий лечения миомы матки и наличия в послеоперационном периоде реабилитационных мероприятий был поделен на группы: I – после лапаротомической миомэктомии (ЛТМ) ((n=68) – после комплексной реабилитации (КР), II – после ЛТМ и без КР (n=16), III – после лапароскопической миомэктомии (ЛСМ) и КР (n=82), IV – после ЛСМ и без восстановительных мероприятий (n=12), V группа – после ЭМА и КР (n=76), VI группа – после ЭМА без реабилитации (n=11).

ЭМА проводили по общепринятой методике, с предварительным ангиографическим исследованием, сонографией узлов, доплерометрией; в качестве эмболов использовались частицы поливинилалкоголя (ПВА) размерами от 350 до 900 или гидрогеля (ААА-Компани, Россия). ЭМА выполнена при наличии противопоказаний к иным органосохраняющим вариантам лечения или их неэффективности (гормонотерапия), узлах более 10 см в диаметре.

Комплексная реабилитация после вмешательства предусматривала профилактику спайкообразования, рецидива роста миоматозных узлов, иммунокоррекцию, лечение дисгормональных заболеваний гормонально-зависимых органов, восстановление зубиоза гениталий и репродуктивной функции женщин.

Оценку КЖ выполняли с помощью анкетирования до вмешательств (ЛТМ, ЛСМ, ЭМА) и через 3 и 6 месяцев по модифицированному американской ассоциацией акушеров-гинекологов опроснику КЖ UFS – QOL больных ММ.

Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических



программ Statistica v.6.0. и программы Microsoft Office Excel 2003. Уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Снижение КЖ больных с миомой матки и ее сочетанием с аденомиозом обуславливала негативная симптоматика, отражающаяся на параметрах, связанных с физической активностью, болью, психологическим здоровьем. В наибольшей степени это касалось женщин с метроррагиями, усугубляющими негативные эффекты наличия доброкачественного образования матки за счет ограничения работоспособности.

Анкетирование пациенток через 6 мес. после вмешательства с КР показало сопоставимо значимое снижение индекса тяжести состояния в сравнении с исходным: на 50,9% после ЭМА ($p < 0,05$), на 44,2% в среднем – после ЛСМ и ЛТМ, вне оздоровительного курса – только на 36,7% в среднем.

При оценке параметров КЖ через 3 месяца наибольший регресс симптоматики был определен после ЭМА в совокупности с КР, что реализовалось в положительной динамике параметров «разрешение беспокойности», «бодрость/утомляемость» «самовосприятие» и «сексуальная функция». Спустя 6 мес. после различных вмешательств наибольшую эффективность ЭМА подтверждало статистически значимое улучшение по ряду параметров с возрастанием их значений: «бодрость/утомляемость» (на 53,7%)($p < 0,05$) – в полтора раза в отличие от ЛСМ и ЛТМ (в среднем, 37,5%); «самовосприятие» (на 62,2%) – в 1,2 раза в сравнении с показателем при ЛСМ, в 1,7 раза – ЛТМ ($p < 0,05$); «сексуальная функция» (на 56,2%) – в 1,5 и 1,8 раз ($p < 0,05$) соответственно. Сопоставимо высоким, независимо от типа вмешательства, оказался прирост параметров «активность» – на 46,1% в среднем (с КР после ЭМА – на 32% в сравнении с ее отсутствием ($p < 0,05$), после ЛСМ и ЛТМ – на 17,1% в среднем), «контроль» – на 44,6% в среднем.

Очевидно, что повышение интегрального показателя при оценке КЖ после вмешательств состоялось за счет купирования клинической симптоматики и минимизацией отрицательных эмоциональных реакций с установками на готовность к регулярным маточным кровотечениям и риску малигнизации эндометрия.

Динамика индекса КЖ в целом оказалась наиболее значительной после ЭМА: к 3 мес. – в 2 раза ($p < 0,05$) (после ЛТМ – в 1,6 раз, ЛСМ – в 1,7 раз), вне КР разница была минимальной; к 6 мес. – в 2 раза после ЛТМ и ЛСМ, на 54% – после ЭМА ($p < 0,05$), без оздоровительного курса – возрастание от исходного показателя оказалось в пределах 22,9%, 21,9% и 22,6% соответственно. Изучение КЖ пациенток после вмешательств коррелировало с минимизацией симптоматики дисменореи и диспареунии, исчезновением симптомов сдавления тазовых органов, сокращением менструальной кровопотери, преобладавших в группах после КР. Вне восстановительных мероприятий нормализация гемоглобина к 12 мес. имела место у 48,3% – 75,7% женщин против 81 – 92% – с КР.

После ЭМА существенное уменьшение симптомов миомы матки обеспечивало улучшение КЖ наряду с регистрируемым сокращением объема матки.

В когорте с субсерозными и субсерозно-интерсти-

циальными узлами через 3 мес. после ЭМА вкупе с КР объем матки и доминантного узла в сравнении с первоначальными уменьшился на 45% и 42% соответственно. Полная деваскуляризация миоматозного узла (более 90%) через месяц после ЭМА наблюдалась у 84% женщин, у 95,8% – через 3 мес., 93,7% – через 6 месяцев. Полная деваскуляризация при множественных узлах имела место у 60,4% женщин. Эпизоды реваскуляризации наблюдались у 6 женщин (у четырех из них – в отсутствие КР), что явилось основанием для дополнительной терапии: у трех пациенток назначения агонистов гонадотропинов на 6 мес., двух – гистерэктомии, одной – повторного эндоваскулярного вмешательства.

Отсутствие реабилитационного курса определяло незначительную динамику снижения шкал КЖ за счет сохранности умеренного болевого синдрома спустя 3–4 мес. после ЭМА при незначительном уменьшении размеров узлов (на треть)($n=24$) или отсутствии динамики ($n=19$). Сравнительно небольшое снижение значений шкал качества жизни при симптомной ММ и ее сочетании с аденомиозом вне КР после вмешательств стало основанием для ЛТМ у 6 пациенток, ЛСМ – у 14. В связи с выраженным болевым синдромом (некрозом узла) экстирпация матки без придатков выполнена у трех пациенток после ЭМА, надвлагалищная ампутация матки – у 8 пациенток. Суммарно рецидивы за время наблюдения отмечены у 12 больных после ЛСМ, 16 – после ЛТМ, 11 – ЭМА, преимущественно – в отсутствие КР после операций (75%, 68,7% и 72,7% соответственно). Частота раздельного диагностического выскабливания слизистой матки после ЭМА в связи с гиперплазией эндометрия преобладала при сочетании ММ с аденомиозом – только у 5,7% – с КР и четверти – в ее отсутствие ($p < 0,05$).

С учетом наибольшей частоты регистрации рецидивов миоматозного роста или продолжения роста нераспознанных во время вмешательства узлов в группах, где курс реабилитационной терапии не проводился, следует указать на предиктивную роль некорректируемых после органосохраняющих технологий лечения нарушений иммунного и гормонального фона. Очевидно, что сам факт вмешательства – консервативной миомэктомии или ЭМА не приводит к устранению причины заболевания, следовательно – не исключает вероятность рецидивов.

Заключение

Эффективность органосохраняющих методов лечения миомы матки совокупно с КР подтверждается улучшением параметров шкал КЖ, более значительным в сравнении с аналогичными вне восстановительного курса, в наибольшей степени – после ЭМА и щадящем воздействии на ткани лапароскопической миомэктомии, свидетельствуя о сохранности репродуктивного потенциала.

Регресс симптоматики при ММ и ее сочетании с аденомиозом через 6 и 12 мес. после вмешательств различного типа вплоть до нормализации состояния, с наибольшей динамикой улучшения КЖ после ЭМА и ЛСМ свидетельствовал об эффективности лечебных мероприятий и патогенетической обоснованности следования восстановительному курсу в послеоперационном периоде.



ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Курцер М.А., Краснова И.А., Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. - С. 54-59.
2. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреусенко В.Г. и др. Эндоскопическая миомэктомия: за и против // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. - 2007. - Т. 6. - №1. - С. 57-60.
3. Van der Kooy S.M., Ankum W.M., Hehenkamp W.J. Review of nonsurgical/minimally invasive treatments for uterine fibroids // Curr Opin Obstet Gynecol. - 2012. - V.24. - N 6. - P. 368-75.
4. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М: Миклош. - 2005. - 162 с.
5. Harding G., Coyne K.S., Thompson C.L., Spies J.B. The responsiveness of the uterine fibroid symptom and health-related quality of life questionnaire (UFS-QOL) // Health Qual Life Outcomes. - 2008. - V.12. - N 6. - 99 p.
6. Smeets A.J., Nijenhuis R.J., Boekkooi P.F., Vervest H.A., van Rooij W.J., Lohle P.N. Long-term follow-up of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis // Cardiovasc Intervent Radiol. - 2012. - V.35. - N4. - P. 815-9.
7. Coyne K.S., Margolis M.K., Murphy J., Spies J. Validation of the UFS-QOL-hysterectomy questionnaire: modifying an existing measure for comparative effectiveness research // Value Health. - 2012. - V.15. - N5. - P. 674-9.
8. Shveiky D., Iglesia C.B., Antosh D.D., Kudish B.I., Peterson J., Huang C.C., Spies J.B. The effect of uterine fibroid embolization on lower urinary tract symptoms // Int Urogynecol J. - 2013. - V.24. - N 8. - P.1341-5.
9. Gupta J.K., Sinha A., Lumsden M.A., Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids // Cochrane Database Syst Rev. - 2012. - V.16. - N 5. - CD005073.
10. Spies J.B., Bradley L.D., Guido R., Maxwell G.L., Levine B.A., Coyne K. Outcomes from leiomyoma therapies: comparison with normal controls // Obstet Gynecol. - 2010. - V.116. - N 3. - P. 641-52.

ПОСТУПИЛА 24.03.2013

УДК 576.8:616. 28-002.3 - 036

Н.Н. Белоглазова¹, Л.И. Васильева¹, Л.Е Брагина¹, Ю.Л. Набока¹, В.В. Киселев²

ВИРУСО-МИКРОБНЫЕ АССОЦИИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Ростовский государственный медицинский университет,

¹Кафедра микробиологии и вирусологии №1²Кафедра ЛОР-болезней

Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29. E-mail: nagu22@mail.ru

Цель: изучение особенностей вирусно-микробных ассоциаций среднего уха при хроническом гнойном среднем отите (ХГСО).

Материалы и методы: изучена микрофлора среднего уха 102 больных ХГСО в возрасте от 20 до 70 лет с помощью микробиологического и генетического (ПЦР) методов.

Результаты: у 62,5% пациентов выявлена микробная микстинфекция, у 37,5% больных - моноинфекция. Частота обнаружения папилломных и герпетических вирусов при микробной моноинфекции составила 19,4%, а при микстинфекции - 32,2%. Хламидии выявлены только при микробной микстинфекции (16,7%). Присутствие микоплазм в среднем ухе при микробной моноинфекции в 13,7 раз ниже ($p < 0,01$), чем при смешанной инфекции.

Заключение: полученные результаты позволяют рекомендовать в практику расширенный микробиологический анализ с использованием ПЦР для повышения уровня диагностики и выбора адекватной терапии при ХГСО.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, микробные ассоциации, вирусы.