

УДК 618.14-006.36-08

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

Е.А. Толстолуцкая, Ф.К. Тетелютина, М.Е. Соловьева, О.И. Мейтис, К.Б. Клестов,

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрав

Толстолуцкая Елена Александровна – e-mail: juliya-doc@mail.ru

Разработан алгоритм лечения больных миомой матки с учетом клинического течения, размеров, локализации миоматозных узлов и состояния эндометрия, при использовании классификации, созданной А.Л. Тихомировым и Д.М. Лубниным (2006). Показана высокая эффективность лечения миомы матки в соответствии с разработанным алгоритмом.

Ключевые слова: миома матки, дифференцированный подход, эмболизация маточных артерий.

The algorithm of treatment sick by a myoma of a uterus in view of clinical current, the sizes, localization uterine units and a condition endometrium is developed, at use of the classification created by A.L. Tikhomirov and D.M. Lubninyum (2006). High efficiency of treatment of a myoma of a uterus according to the developed algorithm is shown.

Key words: myoma of the uterus, the differentiated approach, embolization uterine arteries.

Введение

Миома матки представляет собой доброкачественную, хорошо отграниченную капсулированную опухоль, источником которой являются гладкомышечные клетки шейки или тела матки. Известно, что данное заболевание наблюдается у каждой 4–5-й женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет. Существуют данные, что миому матки могут иметь до 70% женщин репродуктивного возраста.

Вопрос лечения миомы матки до настоящего времени остается наиболее трудным и дискуссионным. Медленное, без выраженных клинических проявлений развитие заболевания длительное время служило основанием для пассивного наблюдения за больными до тех пор, пока не появились симптомы, требующие оперативного вмешательства. Выбор метода лечения определяется множеством факторов, в частности, особенностями патогенеза заболевания, формой и темпом роста опухоли, возрастом больной, отсутствием или наличием детей у женщины и т. д. [1].

Хирургическое лечение является наиболее эффективным методом лечения миомы матки, которое заключается либо в энуклеации узлов, либо в удалении тела или всей матки. При большом количестве узлов и внушительных размерах опухоли их удаляют через традиционный лапаротомический разрез. При небольшом количестве миоматозных узлов с успехом используется лапароскопический доступ. При субмукозной миоме матки методом выбора считается гистерорезектоскопическое удаление узла. В последнее время для лечения миомы матки стала широко использоваться селективная эмболизация маточных артерий и ФУЗ абляция. Отношение врачей к возможности применения данных методов в лечении миомы матки неоднозначно [2].

Частота рецидивирования миомы или продолжения роста мелких узлов довольно частое явление и составляет от 9 до 55%. В то же время многие женщины, даже предклимактерического периода, не желая расставаться с маткой, категорически отказываются от радикальной операции.

Цель исследования – изучение дифференцированного подхода к лечению миомы матки.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 100 больных миомой матки в возрасте от 22 до 58 лет. Средний возраст составил $41,4 \pm 0,4$ года. Изменения величины матки, миоматозных узлов и состояния внутренних гениталий исследовали на УЗИ-аппарате Medison SONOACE 8000 EXprime.

Результаты и обсуждение

Обращает на себя внимание то, что в анамнезе у 18 (18,0%) женщин была неразвивающаяся беременность. По поводу бесплодия к гинекологу обратились 30 (30%) женщин, обильных длительных менструальных кровотечений и анемизации – 58 (58%), болей внизу живота – 32 (32%), болезненности при половом акте и нарушении функции соседних органов – 16 (16%), а также быстрый рост миомы был у 11 (11%) больных женщин. Знали о существовании у них миомы матки в течение 5–7 лет 45 (45%) женщин, 48 (48%) – в течение 8–10 лет и 7 (7%) женщин – более 10 лет.

У 23 (23%) больных миоматозные узлы располагались интрамурально, у 10 (10%) – субмукозно, у 5 (5%) – субсе-

розно. У 58 женщин (58%) была множественная миома матки. Величина узлов у 28 пациенток (28%) не превышала 30 мм, у 58 (58%) – 40 мм, у 14 (14%) – превышала 100 мм.

Для разработки алгоритма лечения миомы матки использовали классификацию, созданную А.Л. Тихомировым и Д.М. Лубниным (2006) с оценкой клинического течения заболевания, размеров, локализации миоматозных узлов и состояния эндометрия.

При клинически незначимых миомах матки, или миомах малых размеров в сочетании с гиперплазией эндометрия, или эндометриозом матки при диаметре узла 15–20 мм у 15 пациенток (15%) мы применяли релизинг-систему «Мирена» с режимом дозирования 20 мкг левоноргестрела в сутки с учетом того, что применение левоноргестрела снижает активность инсулиноподобного фактора (индуктор пролиферации и дифференцировки клеток), происходит уменьшение количества рецепторов к экстрогенам и прогестерону, угнетается овуляция в некоторых циклах, снижается объем и частота менопаузальных кровотечений. Мы наблюдали у 3 (3%) пациенток аменорею и у всех – отсутствие роста миомы матки и прогрессирования эндометриоза. Побочных эффектов не было. Таким образом, внутриматочная релизинг-система Мирена способна обеспечить профилактику развития миомы матки.

При малых множественных миомах матки с диаметром узла до 20 мм (матка до 8 недель) 13 (13%) больным была применена эмболизация маточных артерий.

При миоме матки средних размеров и множественной миоме матки со средним размером доминантного узла до 6 см у 48 (48%) пациенток на первом этапе лечения использовали агонисты ГнРГ в течение 3–6 месяцев. Через 3 месяца применения агонистов ГнРГ миоматозные узлы уменьшались на 20% и через 6 месяцев – на 36,5%. Размеры матки через 3 месяца также уменьшались на 33% и через 6 месяцев – на 58%. После уменьшения и стабилизации размеров матки и узлов применялась эмболизация маточных артерий.

При миоме матки больших размеров, с диаметром узла более 6 см и объемом матки до 20–23 недель, была произведена гистерэктомия 10 (10%) пациенткам лапаротомным доступом и 4 (4%) после 6 месяцев применения агонистов ГнРГ проведена эмболизация маточных артерий.

При субмукозном расположении миоматозного узла 10 (10%) пациенткам была произведена эмболизация маточных артерий с последующим удалением узла при гистероскопическом контроле на вторые сутки после данной процедуры.

Выводы

Дифференцированный подход к лечению миомы матки позволил нам стабилизировать рост миоматозных узлов, сохранить матку в 90% наблюдений и восстановить репродуктивную функцию в 12% наблюдений.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению миомы матки позволяет остановить рост миоматозных узлов и сохранить репродуктивное здоровье женщин.



ЛИТЕРАТУРА

1. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый принцип лечения миомы матки. М. 2006. 48 с.
2. Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему. Диагностическая и интервенционная радиология. 2007. № 1 (1). С. 72–87.