

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Рим Мухарямович Гарипов, Василий Агеевич Кулавский, Валентина Ивановна Пирогова, Зульфия Маратовна Галанова, Владимир Шамильевич Ишметов, Гульнара Тагировна Гумерова, Зия Фирдавиевна Габдуллина

Клиника акушерства и гинекологии (директор – проф. Р.М. Гарипов) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Реферат

Оценена эффективность применения метода эмболизации маточных артерий у больных миомой матки, осложненной геморрагическим синдромом. Эмболизация приводит к купированию геморрагического синдрома на 2–3-и сутки послеоперационного периода, без переливания донорской крови, к уменьшению размеров миоматозного узла уже в раннем послеоперационном периоде на 15% при сохранении репродуктивной функции, к сокращению сроков пребывания в стационаре.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, геморрагический синдром.

Геморрагический синдром при миоме матки рассматривается как показание к экстренной хирургической операции, несмотря на то что состояние больной бывает порой крайне тяжелым и нередко усугубляется уже имеющимися нарушениями гомеостаза в связи с возможными кровопотерями в интраоперационном периоде [2]. Радикальные операции – ампутация и экстирпация матки – выполняются в 60,9–95,5% случаев всех оперативных вмешательств, что приводит к выраженным нарушениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, потере репродуктивной и менструальной функций женщины.

Современным подходом лечения миомы матки, осложненной геморрагическим синдромом, следует считать органосохраняющую операцию – эмболизацию маточных артерий (ЭМА) [1–3, 5]

Целью наших исследований являлась оценка эффективности применения эмболизации маточных артерий у больных миомой матки, осложненной геморрагическим синдромом.

Нами обследованы 184 пациентки, которые поступили по поводу миомы матки различной локализации и размеров, осложнившейся геморрагическим синдромом. Из них 104 (56,5%) женщи-

ны составили основную группу, которым проводили ЭМА с целью купирования геморрагического синдрома. Остальные 80 (43,5%) составили контрольную группу. В 28 (35,0%) случаях производились хирургические вмешательства – удаление субмукозных миоматозных узлов методом гистерорезектоскопии и в 52 (65,0%) – купирование геморрагического синдрома путем консервативной гормональной терапии после диагностического выскабливания полости матки. В качестве гормонального препарата использовали Депо-бусерелина в виде внутримышечных инъекций один раз в месяц.

Распределение больных по возрасту в обеих группах было одинаковым. 32,0% женщин в основной группе и 20,0% в контрольной в возрасте до 40 лет желали иметь ребенка.

В основной группе геморрагический синдром проявлялся в 22 (21,2%) случаях полименореей, в 36 (34,6%) – гиперполименореей. В 40 (44,2%) случаях наблюдались менометрорагии и в 6 – сукровичные выделения. У 80,0% больных с поли- и гиперполименореей преобладали узлы интерстициальной локализации, у 17,0% – субсерозной, у 3,0% – субмукозной. У 76 (73,0%) больных наблюдалась смешанная форма.

В контрольной группе соотношение встречаемых случаев не отличалось от такового в основной, и тактика ведения больных определялась тяжестью геморрагического синдрома. При поступлении больных с гиперполименореей у 28 (35,0%) из них наблюдалась анемия: в тяжелой степени у 12 (43,0%), в средней у 16 (57,0%). Во всех этих случаях прибегали к гистерорезектэктомии субмукозных миоматозных узлов в связи с продолжающимися маточными кровотечениями на

Таблица 1

Динамика показателей крови (эр., · 10¹²/л / Нв, г/л) у больных основной и контрольной групп в до- и послеоперационном периодах (M±m)

Анемия, степень	Методы лечения			p
	в основной группе	в контрольной группе		
		гормональное (n=52)	гистерорезектоэктомия (n=28)	
Норма (n=37) в дооперац. периоде на 2–3-и сутки на 6–7-е сутки	4,35±0,10/ 129,95±1,69 4,50±0,04/134,97±1,51 -	4,13±0,02/ 120,41±0,79 4,09±0,02/116,18±0,55 4,15±0,02/120,41±0,64	- - -	*p=0,099/0,0001 *p=0,0000/0,0001 -
Легкая (n=48) в дооперац. периоде на 2–3-и сутки на 6–7-е сутки	3,81±0,05/104,98±0,65 4,17±0,06/113,94±2,01 -	3,92±0,02/107,22±1,04 3,91±0,02/99,94±0,74 3,98±0,02/107,11±0,93	- - -	*p=0,189/0,075 *p=0,011/0,0001 -
Средняя (n=12) в дооперац. периоде на 2–3-и сутки на 6–7-е сутки	3,27±0,15/84,58±1,14 3,71±0,14/98,87±3,77 -	3,36±0,05/89,58±1,84 3,46±0,04/85,67±1,59 3,62±0,05/96,50±1,67	3,31±0,03/84,89±1,33 3,31±0,02/79,25±1,31 3,51±0,04/96,88±1,69	*p=0,575/0,031 **p=0,767/0,952 *p=0,100/0,004 **p=0,003/0,0001 - -
Тяжелая (n=7) в дооперац. периоде на 2–3-и сутки на 6–7-е сутки	2,60±0,19/54,86±4,45 3,27±0,20/80,00±6,16 -	- - -	3,13±0,06/66,00±3,42 3,08±0,05/61,67±2,82 3,34±0,05/79,50±2,71	- **p=0,005/0,064 - **p=0,261/0,007 - -

Примечания: p* – достоверность различий в показателях после лечения ЭМА по сравнению с лечением гормонами, p** – по сравнению с гистерорезектоэктомией.

фоне гемостатической терапии. Среди остальных 52 (65,0%) больных анемия в легкой степени была у 44 (84,6%) и средней у 8 (15,4%). Им проводилась гормональная консервативная терапия в связи со стабилизацией гемостаза и улучшением общего состояния на фоне гемостатической и антианемической терапии.

Тяжесть геморрагического синдрома оценивали по результатам анализа крови (общеклинический, биохимический), а также по показателям свертывающей системы крови (фибриноген, протромбиновый индекс, тромбиновое время). Изменение структуры и размеров миоматозных узлов наблюдали в динамике под контролем УЗИ и УЗДС малого таза. На момент поступления у больных обеих групп наблюдалась анемия тяжелой, средней и легкой степени. Всем 104 больным основной группы в 1-е сутки госпитализации проводилась рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий.

Основной целью вмешательства являлась эмболизация артерий миоматозного узла и перифиброидного сплетения,

сосуды которых имеют средний диаметр не более 500 нм. Для эмболизации применяли синтетические полимерные эмболы – поливинилалкогольные частицы диаметром 300–500 нм производства фирмы “Cook” (PVA). Чтобы купировать геморрагический синдром и улучшить результаты лечения миомы матки с учётом быстрого развития коллатерального кровообращения, в которое включается и перифиброидное сплетение, мы применяли не проксимальную эмболизацию внутренних подвздошных артерий или стволов маточных артерий, а двустороннюю эмболизацию маточных артерий. Эффективность этого вида эмболизации подтверждают отечественные и зарубежные исследователи [4, 5].

В постэмболизационном периоде больные находились под наблюдением гинеколога и эндоваскулярного хирурга в стационаре от 2 до 5 суток (в среднем 2,5), пациентки контрольной группы – от 7 до 10 суток.

Клинико-лабораторные и дополнительные методы исследования в обеих

Таблица 2

Динамика размеров узлов (ширина/длина в мм) различной локализации у больных основной и контрольной групп на УЗИ после ЭМА (M±m)

Сроки оценки состояния миоматозных узлов	Локализация узлов					
	субмукозных		интерстициальных		субсерозных	
	в основной группе (n=11)	в контр. группе (n=18)	в основной группе (n=48)	в контр. группе (n=26)	в основной группе (n=45)	в контр. группе (n=8)
До операции	34,90±4,90 / 33,20±4,93	34,67±2,97 / 32,22±2,86	49,10±2,62 / 47,29±2,96	37,69±2,15 / 33,46±1,79	58,04±3,30 / 52,93±3,07	35,50±2,83 / 34,13±3,12
После операции на 2–3-и сутки	30,40±4,74 / 26,90±4,19	-	40,13±2,62 / 36,76±2,45	-	48,38±2,97 / 44,98±2,66	-
на 15–30-е сутки	26,00±4,47 / 22,50±3,79	33,17±2,86 / 31,44±2,64	34,71±2,50 / 31,35±2,29	36,12±2,09 / 32,42±1,87	43,31±2,58 / 38,33±2,36	34,50±3,01 / 33,13±2,95
p	p*=0,518 / 0,343	-	p*=0,017 / 0,007	-	p*=0,032 / 0,0001	-
	p**=0,196 / 0,102	-	p**=0,0001 / 0,0001	-	p**=0,054 / 0,0001	-

Примечания: достоверность различий в показателях основной группы до операции по сравнению с показателями после операции на 2–3-и сутки (p*) и на 15–30-е сутки (p**).

группах проводились в день поступления, на 2–3-и и 6–7-е сутки в послеоперационном периоде. В динамике показателей крови уже в раннем послеоперационном периоде в основной группе наблюдалась значительная положительная динамика, в то время как в контрольной группе в 57,0% случаях тяжесть анемии усугублялась, а в 43,0% показатели крови не имели положительной динамики (табл.1).

У пациенток основной группы, поступивших с тяжелой анемией, уровень сывороточного железа составлял 4,0–5,2 мкмоль/л, на 2–3-и сутки показатели повысились до 5,8–6,0 мкмоль/л и при выписке до 8,2–8,8 мкмоль/л. У больных со среднетяжелой анемией показатели менялись от 4,4 до 7,6 и 9,2 мкмоль/л соответственно, с легкой – от 7,4 мкмоль/л при поступлении до 10,2 мкмоль/л при выписке, т.е. до нормы.

В контрольной группе у больных после хирургического вмешательства в первые сутки послеоперационного периода наблюдалось незначительное ухудшение показателей крови, на фоне антианемической терапии (свежзамороженная плазма, эритроцитарная масса, кровезаменители, гемостатики, витаминотерапия), на 6–7-е сутки наблюдалась положительная динамика. У пациенток, поступивших с тяжелой степенью анемии, сывороточное железо в контрольной группе составляло 4,2–5,4 мкмоль/л, на 2–3-и сутки – 4,0–5,0 мкмоль/л и при выписке на 7–10-е сут-

ки – 8,0–8,2 мкмоль/л. У больных со среднетяжелой анемией показатели менялись от 4,6 до 4,6 и 9,0 мкмоль/л соответственно, а на фоне приема Депо-бусерелина – от 7,4 мкмоль/л при поступлении до 10,2 мкмоль/л при выписке, т.е. до нормы.

В основной группе во всех случаях и в контрольной группе на фоне гормональной терапии одновременно отмечалось уменьшение размеров узлов (табл.2).

На 2–3-и сутки на фоне приема Депо-бусерелина уменьшения миоматозных узлов не наблюдалось, в то время как после ЭМА достигало 20–62%.

В контрольной группе на 15–30-е сутки уменьшение миоматозных узлов варьировало от 5 до 10%, в основной группе достигало 25–65% от первоначальных размеров.

При объективном исследовании, проведенном на 2-е сутки, было установлено, что в основной группе геморрагический синдром был купирован у 91,0% больных, в контрольной – у 96%, скудные кровянистые или слизисто-сукровичные выделения из половых путей сохранялись соответственно у 9% и 4%.

При изучении отдаленных результатов, которые проводились через 3–6 месяцев, в основной группе размеры миоматозных узлов уменьшались до 88%, в контрольной – от 20,0 до 30,0%, и у больных, прекративших прием препарата, в 45,0% случаях возобновлялся геморрагический синдром.

Благодаря современному методу лечения миомы матки методом ЭМА нам удалось купировать геморрагический синдром на 1–2-е сутки послеоперационного периода, что позволило ускорить в 2 раза восстановление показателей крови (эритроциты, гемоглобин), не прибегая к переливанию донорской крови.

ВЫВОДЫ

1. Эмболизация маточных артерий является высокоэффективным, малоинвазивным, органосохраняющим методом лечения геморрагического синдрома при миоме матки.

2. ЭМА в ближайшем послеоперационном периоде приводит к полному устраниению (91,0%) или критическому снижению (7,3%) клинических проявлений геморрагического синдрома.

3. Применение ЭМА позволяет уменьшить размеры миоматозного узла уже в раннем послеоперационном периоде на 15,0% без хирургического вмешательства (ампутации, экстирпации матки) с сохранением репродуктивной функции женщин.

4. Сроки пребывания больных в стационаре были сокращены от 2 до 5 суток, а дни нетрудоспособности — от 4 до 8 дней.

5. ЭМА позволяет избежать рецидивов гемморрагического синдрома в отдаленном послеоперационном периоде в 99,6% случаев на фоне уменьшения размеров миоматозных узлов до 88,0%. В этом заключается преимущество метода перед гормональной терапией Депо-бусерилином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А. и др. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки // Акуш. и гин. — 2006. — № 3. — С. 23–26.
2. Капранов С.А., Беленький А.С., Бобров Б.Ю. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: 126 наблюдений // Серд.сосуд. забол. — 2003. — Т. 4, № 11. — С. 219.
3. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки // Вопр. гин., акуш. и перинатол. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 83–85.
4. Goodwin S., McLucas B., Lee M. et al. Uterine artery embolization for the treatment of uterin leiomyomata midterm results // J. Vasc. Intervent. Radiol. — 1999. — Vol. 10. — P. 1159–1165.
5. Spies J., Scialli A., Jha R. et al. Initial results from uterine fibroid embolization for symptomatic leomyomata // J. Vasc. Intervent. Radiol. — 1999. — Vol. 10. — P. 1149–1157.

Поступила 29.10.08.

EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES FOR TREATMENT OF HEMORRHAGIC SYNDROME WITH UTERINE MYOMA

R.M. Garipov, V.A. Kulavsky, V.I. Pirogova, Z.M. Galanova, V.Sh. Ishmetov, G.T. Gumerova, Z.F. Gabdullina

Summary

Evaluated was the effectiveness of the method of embolization of uterine arteries in patients with uterine myoma complicated by haemorrhagic syndrome. Embolization leads to stopping of hemorrhagic syndrome in the 2nd -3rd day of the post-operative period, leads to reduction of the size of myoma node in the early postoperative period by 15% while preserving the reproductive function, and leads to a reduction of the length of stay in hospital.

Key words: uterine myoma, uterine artery embolization, hemorrhagic syndrome.