
НАСЫРОВА С.Ф., КУЛАВСКИЙ Е.В., МУХАМЕДЬЯНОВ И.Ф.
*Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа*

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Данная работа посвящена внедрению и использованию новых технологий в гинекологии, к которым относится эмболизация маточных артерий (ЭМА). Отмечено, что ЭМА является высокоэффективным, миниинвазивным, органосохраняющим, малорецидивным методом лечения миомы матки. Клиническая эффективность и хорошая переносимость процедуры позволяют успешно использовать его при лечении миом матки как альтернативу гистерэктомии.

Ключевые слова: миома матки; эмболизация маточных артерий; постэмболический синдром.

NASIROVA S.F., KULAVSKIY E.V., MUHAMEDIYANOV I.F.
Bashkir State Medical University, Ufa

INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT SICK OF THE UTERUS MYOMA

Hired sanctified to introduction and use of new technologies in gynaecology, the embolization of fallopian arteries behaves to that(EFA). It is marked that EFA is high-efficiency, littleinvasion, organsaving, by the littlerecurrent method of treatment of hysteromyoma. Clinical efficacy and good tolerability procedures enable you to successfully use it for treatment as an alternative to hysterectomy for uterine miom.

Key words: hysteromyoma; embolization of uterine arteries; postembolic syndrome.

Несмотря на длительную историю изучения, проблема лечения больных миомой матки продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей. В связи с тенденцией к «омоложению» данной патологии возрастает необходимость оптимизации лечебной тактики с целью сохранения и восстановления репродуктивной функции женщин.

Традиционное лечение больных с миомой матки заключается в проведении медикаментозной терапии или хирургического вмешательства (миомэктомии). Хирургическое лечение по-прежнему остается ведущим методом лечения миомы матки — самого распространенного гинекологического заболевания. В силу различных экологических, социальных, наследственных причин в последнее время стали появляться пациентки с сочетанной соматической патологией, которым противопоказан любой из перечисленных методов лечения. Кроме того, после удаления матки у 20-30 % женщин развиваются осложнения в виде психоэмоциональных расстройств, нарушений нейроэндокринной и мочевой систем, которые в значительной степени ухудшают качество жизни. Многие пациентки категорически отказываются

от операции и гормонотерапии из-за психоэмоционального момента или из-за нереализованной репродуктивной функции. Для лечения таких больных целесообразно применение новых технологий, к которым относится рентгенэндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА).

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является относительно новым высокоэффективным, органосохраняющим методом лечения миомы матки и имеет ряд преимуществ перед другими методами терапии данного заболевания: малая травматичность, отсутствие кровопотери, воздействие на узлы при множественном поражении, короткие сроки реабилитации, хороший косметический эффект, отсутствие общего наркоза. Процедура ЭМА заключается в проведении тазовой артериографии с последующей селективной эмболизацией мелких ветвей маточной артерии, кровоснабжающих миоматозные узлы. В качестве эмболизатов чаще всего применяют частицы поливинилалкоголя размером от 350 до 700 мк. В миоматозных узлах происходят очаговый инфаркт, склерозирование и гиалинизация. При этом кровоснабжение окружающего миометрия быстро восстанавливается за счет множественных коллатералей. Показаниями к проведению ЭМА у больных с миомой матки являются: 1) субмукозное и/или интерстициальное расположение миоматозных узлов; 2) размеры миоматозного узла более 2 см; 3) неэффективность медикаментозного лечения при длительном его применении;

Корреспонденцию адресовать:

НАСЫРОВА Светлана Фаниловна,
453700, г. Уфа, ул. Айская, д. 75, кв. 65.
Тел: +7-919-615-4652. E-mail: ufa863@mail.ru

4) рецидив лейомиомы матки после консервативной миомэктомии; 5) обильные и длительные менструации, приводящие к хронической анемизации пациентки; 6) отказ женщины от традиционных методов лечения (гормонотерапия, миомэктомия, гистерэктомия) по личным или религиозным убеждениям; 7) бесплодие, причиной которого является миома; 8) противопоказания к любому хирургическому лечению. К противопоказаниям для проведения ЭМА относят: беременность, острые воспалительные заболевания органов малого таза, почечную недостаточность, подозрение на злокачественный процесс в гениталиях, аллергические реакции на контрастное вещество, коагулопатии. К относительным противопоказаниям — субмукозное и подбрюшинное на ножке расположение узлов; размеры узла, превышающие 10 см в диаметре; общие размеры матки более 13-14-недельного срока беременности.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности лечения миомы матки методом ЭМА в условиях гинекологического отделения РКБ им. Г.Г. Куватова г. Уфы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Совместно с отделением рентгенодиагностики в гинекологическом отделении РКБ с 2008 г. по 2010 г. эмболизация маточных артерий проведена 248 женщинам с единичными или множественными миоматозными узлами межмышечной, субмукозно-межмышечной и субсерозно-межмышечной локализации.

Перед проведением ЭМА больным назначалось полное общеклиническое, трансвагинальное ультразвуковое исследование с доплерометрией маточных и опухолевых артерий. При обследовании установлена высокая степень отягощенности соматического и гинекологического анамнеза у больных миомой матки. При анализе основных клинических симптомов миомы матки установлено, что ведущим признаком заболевания явилось нарушение менструального цикла у 80 больных (32,3 %), обильные месячные — у 88 пациенток

(35,5 %), болезненные — у 68 (27,4 %), длительные менструации со сгустками — у 88 (35,4 %). У 92 пациенток (37,1 %) течение заболевания сопровождалось анемией и появлением у 80 женщин (32,4 %) слабости, утомляемости, снижения трудоспособности. Нарушение функции соседних органов отмечено у 12 больных (4,8 %). Не предъявляли жалоб 16 пациенток (6,4 %).

Продолжительность заболевания миомой матки с момента обнаружения варьировала от 1 месяца до 10 лет и составила: до 1 года — у 72 больных, от 1 до 5 лет — у 96 больных, свыше 5 лет — у 80 больных. Размеры матки до начала лечения у 172 больных (61,2 %) не превышали 8-недельный срок беременности, у 60 женщин (24,1 %) матка была увеличена до 12 недель, у 16 (6,4 %) миома матки достигала 14 недель беременности и более. Максимальные размеры доминантных узлов миомы матки до начала лечения у 44 больных (17,7 %) не превышали 4 см в диаметре, у 164 (66,1 %) — не больше 6 см, у 40 (16,2 %) — 6 см и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Через 6 месяцев после ЭМА у наблюдаемых больных объем кровянистых выделений сократился на 62,4 %, длительность — на 32,6 %, через 1 год после проведения ЭМА менструальная функция нормализовалась у большинства больных. Боли, связанные с миомой, исчезли после лечения уже к 3 месяцу у 97,3 % больных. Компрессионные симптомы исчезли у всех пациенток. Размеры матки после эмболизации в течение первых 3 месяцев уменьшились в среднем на 32,2 %, а к году регрессия достигла в среднем 57,4 %. При анализе произведенных ЭМА установлено, что регрессия миоматозных узлов происходила постепенно в течение 1 года. Уже через 3 месяца узлы уменьшились в среднем на 19,7 %, через 6 месяцев — на 38,4 %, через 12 месяцев — в среднем на 50,8 %. Самая выраженная регрессия миоматозных узлов наблюдалась при межмышечной их локализации, что вероятно, связано

Сведения об авторах:

НАСЫРОВА Светлана Фаниловна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия. E-mail: ufa863@mail.ru

КУЛАВСКИЙ Евгений Васильевич, канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия.

МУХАМЕДЬЯНОВ Ильшат Фанисович, зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, Россия.

Information about authors:

NASYROVA Svetlana Fanilovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia. E-mail: ufa863@mail.ru

KULAVSKIY Evgeniy Vasilievich, candidate of medical sciences, assistant, department of obstetrics and gynecology, Institute of postgraduate education of Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

MUHAMEDIYANOV Ilshat Fanisovitch, manager unit radiological and surgical diagnostics and treatment methods, RCH of a name of G.G. Kuvatov, Ufa, Russia.



с лучшим их кровоснабжением. При проведении доплеровского контроля наибольшая регрессия наблюдалась в группах миоматозных узлов с выраженным кровотоком, меньшая — в узлах с умеренным кровотоком, минимальная — в узлах со слабым кровотоком.

В раннем послеоперационном периоде у большинства больных развивался так называемый постэмболический синдром, но выраженность его у разных больных была различной. Средняя длительность постэмболического синдрома составила 8 дней. Болевой синдром различной интенсивности развивался у большинства пациенток в первые сутки после ЭМА: от слабых, тянущих до сильных, схваткообразных. Для обезболивания в основном использовались нестероидные противовоспалительные средства (кетонал, ибупрофен и др.). У части больных сразу после эмболизации возникала тошнота (редко рвота), которая обычно проходила самостоятельно, без применения лекарственных средств.

Температура тела у части больных начинала подниматься через 2 часа после процедуры, у большинства больных повышалась к вечеру до 37,5-38,0°C. Для снижения температуры использовался аспирин. У части больных субфебрильная температура держалась в течение 1 месяца, что не требовало какой-либо медикаментозной терапии.

Некоторых пациенток в течение недели беспокоили слабость и недомогание, обусловленные явлениями интоксикации. Этим больным рекомендовали обильное питье (до 2 л в сутки). Часть больных в послеоперационном периоде беспокоили выделения из половых путей различной интенсивности, которые не требовали какой-либо

терапии и проходили самостоятельно. За период, в течение которого мы наблюдали за больными, которым была проведена ЭМА в нашей клинике, рецидивы мы наблюдали только у четырех больных (1,6 %).

ВЫВОДЫ:

Таким образом, эмболизация маточных артерий является высокоэффективным, миниинвазивным, органосохраняющим, малорецидивным методом лечения миомы матки. Клиническая эффективность и хорошая переносимость процедуры позволяют успешно использовать его при лечении миом матки как альтернативу гистерэктомии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вихляева, Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки /Вихляева Е.М. — М., 2004. — 400 с.
2. Краснова, И.А. Эмболизация маточных артерий в лечении больных с подслизистой миомой матки /Краснова И.А., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. //Вопр. гинек., акуш. и перинатол. — 2005. — Т. 4, № 1. — С. 46-50.
3. Кулавский, В.А. Опухоли матки /В.А. Кулавский, В.А. Пушкарев, Е.В. Кулавский. — Уфа, 2004. — 384 с.
4. Эмболизация маточных артерий у больных с миомой матки /Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Краснова И.А. //Акуш. и гинек. — 2004. — № 5. — С. 21-24.
5. Тихомиров, А.Л. Миома матки /Тихомиров А.Л., Лубинин Д.М. — М., 2006. — 176 с.
6. Carpenter, T.T. Pregnancy following uterine artery embolisation for symptomatic fibroids: a series of 26 completed pregnancies /Carpenter T.T., Walker W.J. //Biog. — 2005. — V. 112(3). — P. 321-325.
7. Katsumori, T. Uterine artery embolization for pedunculated subserosal fibroids /Katsumori T., Akazawa K. et al. //AJR Am. J. Roentgen. — 2005. — V. 184(5). — P. 399-402.

