

Письмо в редакцию

Комментарии и размышления по поводу статьи Дж. Риди "Эмболизация маточной артерии" (МЖИК, 2003, № 3, с. 51-57).

Эндоваскулярная хирургия завоевала прочные позиции при лечении многих заболеваний, вызывающих инвалидность или высокую смертность. Особенно большие успехи достигнуты при лечении атеросклеротических поражений сосудов. Например, коронарная ангиопластика на сегодняшний день, бесспорно, лидирует среди других методов лечения ИБС. Другое главное стратегическое направление эндоваскулярной хирургии — эмболизация сосудов также активно используется в клинической практике при лечении целого ряда заболеваний как самостоятельный метод лечения, так и как симптоматический. Но "массовое" использование метода эмболизации при лечении "массовой" болезни до последних лет не наблюдалось.

С 1995 года появились первые сообщения об использовании метода эмболизации маточных артерий (ЭМА) для лечения миом матки (1, 2), хотя, как отмечает доктор Джон Риди, до этого периода, в течение двух десятилетий, метод эмболизации активно использовался в гинекологии для симптоматического лечения маточных кровотечений (7).

Первые результаты были обнадеживающие, и на сегодняшний день в мире уже прооперированно, по разным данным, до 50 000 больных (2, 3).

Простота самой операции и техническая готовность медицинского бизнеса к новому методу при наличии специальных инструментов — катетеров для суперселективной катетеризации и эмболизирующих агентов, понимание врачами-специалистами, на каком уровне артериального русла надо блокировать маточные артерии, и их умение осуществлять эту процедуру способствовали быстрому развитию метода. Миома — самое "массовое" заболевание у женщин, и эндоваскулярные хирурги впервые получили возможность активно включиться в лечение заболеваний прекрасной половины человечества. Они как будто ждали такого шанса после того, как взяли в свои "катетерные" руки лечение самого распространенного заболевания у мужчин — ишемическую болезнь сердца.

Появление огромного количества научной и практической информации по этой тематике, подробное описание показаний и противопоказаний, подготовка пациентов к операции, ведение больных во время и после операции, операционная техника, наличие специальных инструментов и эмболизирующих агентов, желание подключиться к лечению самого частого женского заболевания и возможность его осуществить — все это по-

зволило начать клиническое применение эмболизации маточных артерий при миомах. Познакомившись с доктором Джоном Риди, мы пригласили его в нашу клинику для проведения первых демонстрационных операций (что показалось нам особенно важным) и для проведения дискуссии с отечественными гинекологами. Все эти события происходили в июне 2003 года. Хочу отметить, что отделение гинекологии Центра эндохирургии и литотрипсии является лидером по эндоскопическому лечению миом матки в России. На сегодняшний день эндоскопически проведено около 1500 консервативных миомэктомий и гистерэктомий. Таким образом, даже внутри своего учреждения мы имели довольно сильного конкурента с очень хорошими результатами малоинвазивных оперативных вмешательств. Кстати, наличие такой сильной группы эндоскопических гинекологов было своего рода "тормозом" в нашем стремлении заниматься этим проектом.

На 1 февраля 2004 года наш опыт эмболизации маточных артерий при миомах составляет 35 больных. В данном письме хочется поделиться некоторыми соображениями как организационного, так и медицинского характера.

Безусловно, данная болезнь известна, изучена и хорошо поддается лечению.

Консервативно гормональная терапия помогает, уменьшаются размеры, исчезают симптомы, но временно, только в период лечения, а потом все возвращается на круги своя (13). Кроме того, лечение гормонами может вызывать появление побочных эффектов и способствует возникновению новых заболеваний, включая злокачественные новообразования.

Хирургическая и эндоскопическая миомэктомия и гистерэктомия. Миомэктомия приносит спорные результаты, после нее отмечается большое количество рецидивов — около 25% (14, 15). В то же время гистерэктомия представляет собой радикальное вмешательство, ведь, по сути, нет органа, нет его болезней. Но не все однозначно и с этой стороны. Происходит нарушение гормонального фона с обострением целого ряда заболеваний; исключается репродуктивная функция женщины; у женщины без матки возникают нарушения психики (в том числе вопросы сексуального комфорта); остаются послеоперационные рубцы на коже.

Мы разработали программу по ЭМА при миоме и создали группу, состоящую из гинекологов и эндоваскулярных хирургов. Опыт показал, что как в мировой медицинской практике, так и у нас, только объединение усилий и совпадение в понимании вопроса этих двух специальностей дают конкретный результат. Кто должен направить больных на эмболизацию, т. е. определить показания к операции? Конечно, гинекологи, хотя, как отмечается в статье, Интернет позволяет пациентам ориентироваться самостоятельно, и

иногда они, по собственной инициативе, обращаются к специалистам по эндоваскулярной хирургии. Вроде бы все уже известно. Почти все миомы, кроме субсерозной на ножке, без инфекции и беременности, можно лечить с помощью ЭМА. Самое тяжелое из возможных осложнений ЭМА — удаление матки — является стандартным при вышеуказанных операциях и возникает редко (менее чем в 1% случаев) (1).

Прооперировав больную и обеспечив ей обезболивание в течение ближайших дней, мы можем смело направить ее к гинекологу для диспансерного наблюдения. На практике так и происходит. И после этого все "лавры" достаются эндоваскулярному хирургу.

Но конкурентные отношения резко ухудшают ситуацию, начиная с первых этапов обследования больных. Неплохие результаты хирургических, особенно малотравматичных эндоскопических операций, позволяют гинекологу с чистой совестью предлагать пациентке вышеуказанные методы лечения. Поэтому приходится доказывать, объяснять всем, что ЭМА при миоме менее травматична, проводится без наркоза, под местной анестезией, осложнений мало, рецидивов болезни не зарегистрировано. Но все-таки эта болезнь гинекологическая. Мы все — врачи общей практики, но на сегодняшний день нам друг без друга не обойтись, а если завтра гинекологи начнут заниматься эндоваскулярной хирургией... тогда, как говорится, жизнь покажет. Хотя возможна узкая специализация и в эндоваскулярной хирургии, как это произошло в интервенционной нейрорадиологии, кардиологии.

Итак, выбор метода лечения остается за пациенткой, но только после консультации гинеколога и в послеоперационном периоде за ней наблюдает гинеколог, желательно тот же, который ведет ее с первого этапа.

А где же оказываемся мы, эндоваскулярные хирурги, во всей этой цепочке? Мы, привыкшие решать судьбу пациента сами, оказываемся в роли исполнителей вмешательств. Наша работа начинается и заканчивается в операционной — согласны мы на это или нет?

Проведя ЭМА при миоме у 35 больных, на начальном этапе я был удивлен такой ролью. Звонит коллега-гинеколог, сообщает, что есть подходящая для проведения ЭМА пациентка. Моя роль в дооперационном обследовании сводится к тому, чтобы познакомиться с пациенткой, пощупать пульс на бедренной артерии и спросить, нет ли аллергии на некоторые препараты, в том числе на контрастные вещества. Затем операционная — обычная процедура под местной анестезией, с добавлением анальгетиков, длительностью от 15 до 90 минут — в среднем 25 минут. В одном случае длительность составила 90 минут из-за неудачных попыток селективной катетеризации левой маточной артерии. Такое описано в литера-

туре, частота подобных ситуаций достигает 2,5-10% (6). Вмешательство закончено, гемостаз, и мы обычно переводим пациентку в гинекологическое отделение. В дальнейшем она связана только с гинекологом.

Получается, мы согласны выступать только в роли оператора. Другого при лечении этой патологии нам не дано, но я с большим удовольствием оперирую этих пациенток.

Всем пациенткам был выставлен диагноз "симптомная миома матки". Размеры миом варьировали от 6 до 24 недель.

Используется операционная техника доступом с одной бедренной артерии. Она удобна, менее травматична и позволяет сократить время операции. Для селективной катетеризации обеих маточных артерий используется один катетер Roberts фирмы Cook, (США), для эмболизации — частицы поливинилового спирта (ПВС) фирм Cook (США) и Cordis (США) размером 500 мкм. Средний койко-день — 1-2 дня.

Результаты. Во всех случаях исчезли симптомы. Размеры миом уменьшились на 40-75% (в среднем на 50%). Продолжительность наблюдения достигала 7 месяцев. Главным контрольным методом до- и послеоперационного периода было ультразвуковое исследование с доплеровским сканированием.

Субъективный фактор оценки результатов оперативных вмешательств со стороны пациентов принципиален, особенно, в данном случае когда орган, который "болит", и миома как объемное образование (хотя резко уменьшенная в размерах) остаются. Тридцать три пациентки (94%) остались довольны результатом проведенной операции. У одной больной в сроки наблюдения до 3 месяцев миома уменьшилась в размерах на 45%, исчезли болевые ощущения, но остались обильные месячные. У второй больной с миомой размером 20-24 недели после ЭМА спустя 6 недель (матка уменьшилась до 14 недель) после операции начались некротические выделения, продолжавшиеся в течение 4 недель с температурной реакцией. При проведении антибактериальной терапии температура тела у больной нормализовалась через 6 недель, количество лейкоцитов в общем анализе крови снизилось с 17 000 до 10 000, реакция СОЭ уменьшилась с 65 до 35 мм/ч.

Осложнения и проблемы

У одной больной селективная катетеризация левой, небольших размеров, маточной артерии не удалась. Маточная артерия у данной больной имела сложное соотношение по ангиоархитектонике с другими ветвями внутренней подвздошной артерии. Правая маточная артерия (в два раза большая по калибру) была эмболизирована. Несмотря на неполную ЭМА исчезли симптомы заболевания, и размеры миомы уменьшились за 3 месяца с величины 12 недель до 9-10 недель.

Больная в плановом порядке приглашена повторно, при появлении симптомов, в надежде на то, что катетеризация уже компенсаторно расширенной левой маточной артерии будет успешной.

У другой больной, как указывалось выше, отмечались некротические выделения после ЭМА.

Медико-технический поиск в данной проблеме связан с разработкой:

эмболизирующих агентов с различными добавками, такими как цитостатики, антибиотики, иммуномодуляторы и т. д.;

катетерных систем, хотя они почти оптимальные.

Российские реалии

Профессиональные конкурентные отношения между гинекологами (особенно оперирующими) и эндоваскулярными хирургами еще своего пика не достигли. Традиции, консерватизм, инерция, поток больных, боязнь перед новым пока дают явное преимущество гинекологов. Впрочем, они с интересом воспринимают информацию о новом методе. Ситуация не нова в медицине. Оперативные гинекологи теряют самую "ходовую" операцию и поэтому сопротивляются, иногда борясь нечестными методами. Хочу отметить, что некоторые клиники использовали административный ресурс и начали ЭМА при миоме более активно. Сегодняшняя ситуация в реальности такова — от полного неприятия метода до или "любви" с административным ресурсом — или принципиального желания пациенток, по разным причинам, сохранить матку и оперироваться с помощью ЭМА.

Оборудование и инструментарий

Фирмы Cook и Cordis предоставляют весь набор инструментов и эмболизирующих агентов на основе ПВС различных размеров. Стоимость этих веществ и определяет дороговизну ЭМА. Поскольку, к сожалению, в отечественной эндоваскулярной хирургии считается, что артерию можно закрыть "чем угодно", существует опасность, что для удешевления операции будут использованы эмболизирующие вещества и устройства из "подручных" материалов: не того размера и качества, сомнительной биологической совместимости и токсичности. Использование таких веществ или устройств может повлечь за собой ухудшение результатов операции как непосредственно, так в ближайших и отдаленных периодах.

Если взять пример нашей частной клиники — Центра эндохирургии и литотрипсии, то мы специально сделали цены одинаковыми как для хирургической, эндоскопической операции, так и для ЭМА, чтобы не допустить внутрибольничной конкуренции между различными методами по ценам. При этом прибыль от операции ЭМА получается больше, чем при других методах, что соответствует общей тенденции в мире. Что касается ценообразования в других клиниках России, в нем очень слож-

но разобраться, поскольку используется мощный ресурс "государственной" койки.

Что настораживает?

В первую очередь то, что все получается хорошо и легко и наблюдается всеобщая эйфория со стороны эндоваскулярных хирургов (впрочем, вполне понятная). Решение этой проблемы может основываться на изучении ближайших и отдаленных результатов. Тогда мы сможем понять: а, может быть, эта эйфория имеет право на существование? Хочется верить, что это именно так.

Возможность нарушения операционной методики. Использование для закрытия сосудов различных материалов, не всегда подходящих для эмболизации маточных артерий, при миомах с целью удешевления стоимости операции в конечном итоге может привести к увеличению количества осложнений и ухудшению отдаленных результатов. Решить эту проблему помогло бы следование общемировым стандартам операционной практики, несмотря на большую стоимость расходных материалов.

Консервативный подход или незнание возможности этой операции со стороны гинекологов, особенно тех, кто сам оперирует. Решение — изучение сравнительных результатов различных методов лечения миом матки и постоянная пропаганда метода как среди гинекологов, так и среди населения.

Возможные рецидивы болезни в отдаленные сроки из-за развития мощной коллатеральной сети. Решение этой проблемы — повторная эмболизация.

Перспективы

Лечение всех возможных миом независимо от их размеров. И как первый шаг к этому — предоперационная эмболизация гигантских миом с целью их обескровления и уменьшения размеров с последующим удалением эндоскопическим способом. А самая важная перспектива в том, что после ЭМА остается возможность рожать (1, 6, 15).

В своей профессиональной деятельности мы, эндоваскулярные хирурги, протягивали и протягиваем руку дружбы и сотрудничества многим нашим коллегам. Занимаясь коронарной ангиопластикой — кардиологам и кардиохирургам, периферической ангиопластикой — сосудистым хирургам, стентированием сонных артерий — невропатологам. По нашему мнению, настала очередь заключить союз и с гинекологами — во имя лечения самой массовой хирургической болезни прекрасного пола.

З.А. Кавтеладзе.

Центр эндохирургии и литотрипсии,
г. Москва.

Список литературы

1. Дж. Риди. Эмболизация маточной артерии. МЖИК, 2003, № 3, с. 51-57.
2. Ravina J.H., Bouret J.M., Fried D. et al. Value of pre-operative embolisation of a uterine fibroma: Report of a multi-centre series of 31 cases. Contraception Fertility Sexualite, 1995: 23:, 45-49.
3. Spies J., Cooper J., Worthington-Kirsch R. et al. Outcome from uterine embolization and hysterectomy for treatment of leiomyomas: results of a multi-center comparative study. J. Vasc. Interv. Radiol., 2003; 14: suppl.
4. Abbas F.M., Currie J.L., Mitchell S. et al. Selective vascular embolization in benign gynecologic conditions. J. Reprod. Med., 1994 ; 39: 492-496.
5. Ravina J.H., Herbreteau D., Ciraru-Vigneron N. et al. Arterial embolisation to treat uterine myomata. Lancet, 1995; 346: 671-672.
6. Clinical recommendations on the Use of Uterine Artery Embolisation in the Management of Fibroids. Report of a Joint Working Party. Royal College of Radiologists and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. UK. RCOG press Nov. 2000.
7. Pelage J.P., LeDref O., Soyer P. et al. Fibroid-related menorrhagia: treatment with superselective embolization of the uterine arteries and mid-term follow-up. Radiology, 2000; 215: 428-431.
8. Broder M.S., Kanouse D.E., Mittman B.S., Bernstein S.J. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. Obstet. Gynecol., 2000; 95: 199-205.
9. Bruno J., Murphy-Skrynarz K., Spies J. Long term outcome from uterine artery embolization for leiomyomas. J. Vasc. Interv. Radiol., 2003; 14: suppl.
10. Worthington-Kirsch R., CIRREF Fibroid Registry Steering Committee. CIRREF Fibroid Registry procedural data — how is UAE performed? J. Vasc. Interv. Radiol., 2003;14: S37.
11. Golzarian J., Lohle P., Walker W.J. et al. Uterine fibroid embolization for large symptomatic fibroids. J. Vasc. Interv. Radiol., 2003; 14: S38.
12. Siskin G., Meo P., Pyne D. et al. The effectiveness of uterine fibroid embolization after therapy with a gonadotropin releasing hormone agents. J. Vasc. Interv. Radiol., 2003; 14: S82.
13. Valenti D., Al-Fozano H., Torres C.I. et al. In-hospital cost analysis of myomectomy, hysterectomy and uterine artery embolization. J. Vasc. Interv. Radiol., 2003; 14: S81.
14. Arleo E.K., Tal M.G. Changing trends in gynecologists' opinion of UFE. J. Vasc. Interv. Radiol., 2003; 14: S81.