Новый органосохраняющий метод лечения миомы матки — эмболизация маточных артерий

Ю.Э. Доброхотова*, С.А. Капранов**, А.А. Алиева*, Б.Ю. Бобров**, И.И. Гришин*

** Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ РГМУ*
*** Кафедра факультетской хирургии им. С.И. Спасокукоцкого с курсом анестезиологии-реаниматологии и антимикробной химиотерапии и курсом сердечно-сосудистой хирургии и хирургической флебологии РГМУ*

В гинекологической практике каждое третье обращение к врачу связано с миомой матки. Достаточно часто миома матки возникает у женщин в репродуктивном возрасте, в связи с чем одной из наиболее актуальных задач гинекологии является органосохраняющее лечение этого заболевания.

К сожалению, до сих пор **гистерэктомия** остается одним из наиболее распространенных методов лечения миомы матки. Недостатки гистерэктомии очевидны – это необходимость наркоза и лапаротомии, потеря органа, гормональные и биохимические изменения гомеостаза, а также отрицательная динамика психоэмоционального статуса больных. По нашим данным, более чем у половины пациенток, перенесших гистерэктомию, развивается синдром постгистерэктомии, существенно ухудшающий качество жизни. А у значительной группы больных с сопутствующей соматической патологией любое хирургическое вмешательство и проведение наркоза ассоциировано с высокой степенью анестезиологического риска.

За последние 10 лет все более широко при лечении миомы матки стали использоваться инструментальные органосохраняющие методы хирургических вмешательств – **лапароскопическая миомэктомия, гистерорезектоскопия**. Показано, что при определенной локализации миоматозных узлов эти методы позволяют достичь хорошего клинического эффекта и даже привести к полному выздоровлению больных. Вместе с тем, по мнению некоторых отечественных и зарубежных специалистов, эндоскопические методы удаления узлов применимы далеко не всегда, а также связаны с риском перехода к гистерэктомии. Кроме того, у 30% пациенток после миомэктомии возникает рецидив заболевания.

В последние годы происходит активное внедрение в клиническую практику нового органосохраняющего метода лечения миомы матки – **эмболизации маточных артерий** (ЭМА). Совокупный обобщенный опыт российских стационаров по проведению ЭМА невелик – около 500 наблюдений (не более 100 вмешательств в отдельном лечебном учреждении). Как гинекологи, так и эндоваскулярные хирурги испытывают недостаток информации о таких важных аспектах ЭМА, как четко сформулированные показания и противопоказания, предоперационная подготовка и ведение постэмболизационного синдрома, оценка эффективности, наблюдение в отдаленном периоде.

Материал и методы

В основу нашей работы лег анализ результатов эндоваскулярной эмболизации

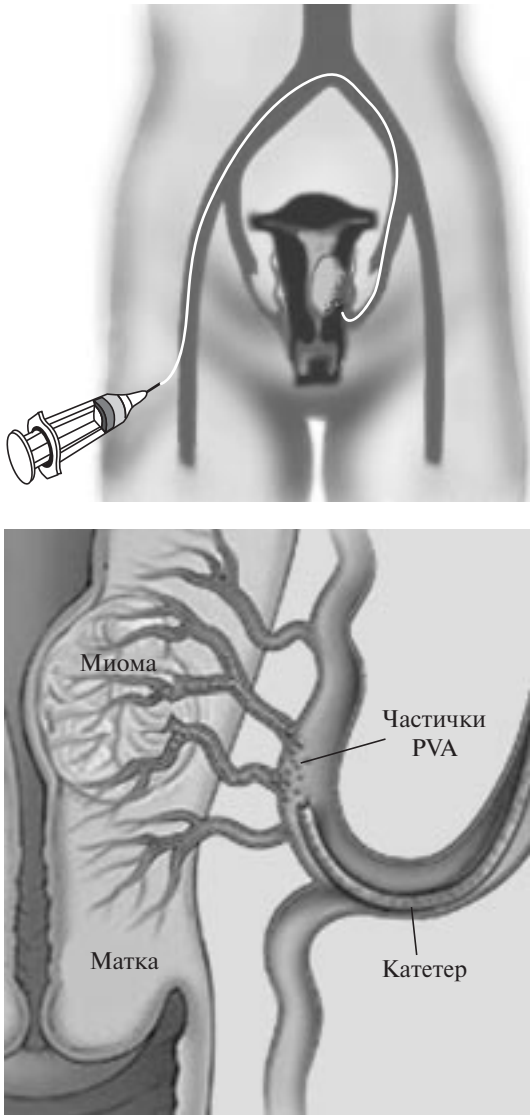

Рис. 1. Схема эндоваскулярной эмболизации маточных артерий.

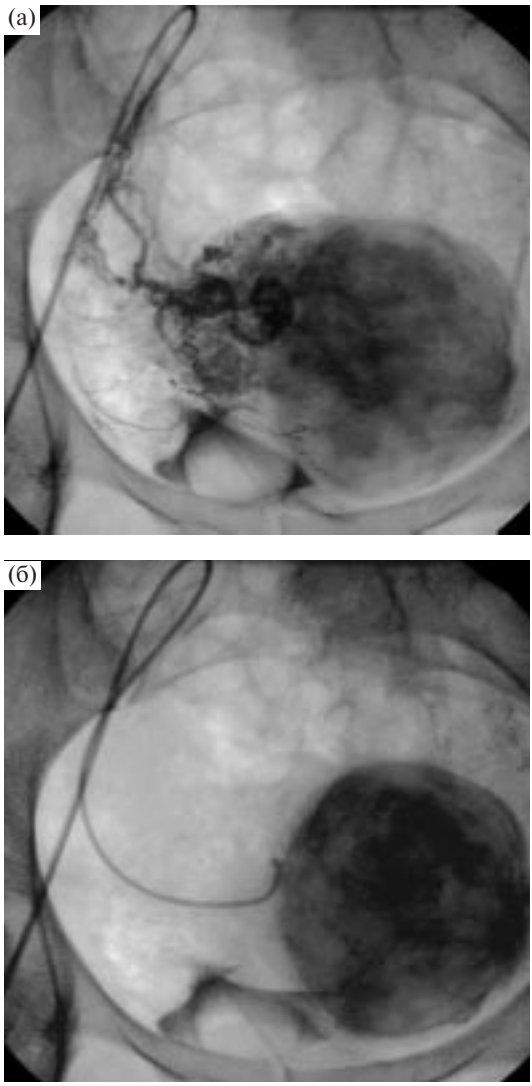

Рис. 2. Ангиография правой маточной артерии: а – до эмболизации; б – после эмболизации.

маточных артерий, выполненной у 185 пациенток с миомой матки. Схема вмешательства представлена на рис. 1.

В ходе обследования в 76 наблюдениях (41,1%) были выявлены единичные миоматозные узлы, которые имели субсерозно-интерстициальное расположение у 10 больных, субмукозно-интерстициальное – у 64 и интрамуральное – у 2. В большинстве случаев – 109 (58,9%) – миома была множественной, с количеством узлов от 2 до 5 (в среднем 2,9). По расположению наибольшего узла выделена субсерозно-интерстициальная локализация у 43 больных, субмукозно-интерстициальная – у 53 и интрамуральная – у 13.

Оценка размеров миомы матки проводилась в 3 плоскостях с помощью трансабдо-

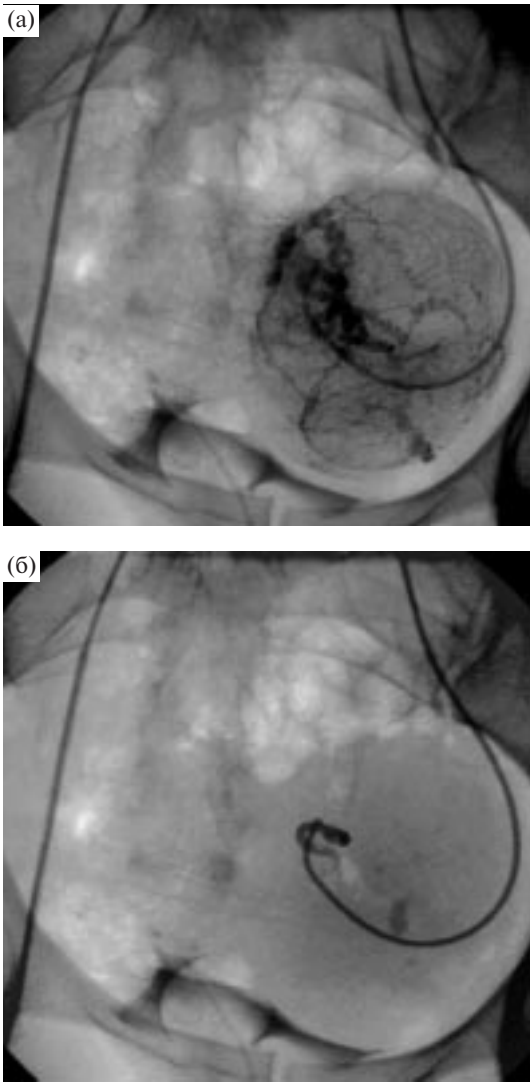

Рис. 3. Ангиография левой маточной артерии: а – до эмболизации; б – после эмболизации.

минального и трансвагинального ультразвукового исследования. Объем миоматозных узлов составлял от 123 до 856 см^3 (в среднем 577 см^3). Следует обратить внимание, что в 8,6% случаев ЭМА выполнялась пациенткам с большими миомами, размер которых превышал 18 нед беременности.

Для эндоваскулярных исследований и вмешательств использовались современные ангиокардиографические аппараты с функцией цифровой ангиографии с возможностью смещения субтракционной маски, пульсовой рентгеноскопией до 25 кадров в секунду (рис. 2, 3). Для инъекции контрастного вещества применялись автоматические шприцы-инъекторы, оснащенные функцией синхронизации с ангиографическим аппаратом.

В соответствии с общепринятой практикой, оценку результатов ЭМА мы проводили по трем условно выделенным направлениям: техническому, инструментальному и клиническому.

Результаты

Техническая результативность достигла в нашем исследовании 98,9%. Неудачи катетеризации в 3 случаях были обусловлены следующими причинами: резким изгибом сосудов, отхождением маточной артерии в нетипичном месте, развитием стойкого спазма маточной артерии.

Одним из показателей технического успеха ЭМА стали сравнительно небольшие дозы контрастного вещества и эмболизационного препарата, затрачиваемые при выполнении эндоваскулярного вмешательства. На каждую эмболизацию требовалось от 50 до 220 мл низкоосмолярного контраста и 200–700 мг частиц поливинилалкоголя (эмболизат).

Инструментальные результаты включали в себя оценку изменений размеров миомы матки по данным ультразвукового исследования. После ЭМА у 176 (95,1%) из 185 пациенток в течение 6 мес происходило уменьшение размеров миоматозных узлов на 71,1% (в среднем с 577 до 173 см^3). Лишь у 9 больных (4,9%) размеры миомы не изменились, что было связано с включением в коллатеральное кровоснабжение миомы развитых яичниковых артерий.

Параллельно динамике размеров узлов уменьшался и объем матки (в среднем с 621 до 198 см^3). Следует отметить, что уменьшение объема матки зависело от исходного

размера узлов: чем крупнее узлы, тем медленнее они уменьшались. Через 6 мес при малых узлах (3–4 см) размер уменьшался на 74,9%, при средних (5–8 см) – на 67,1%, при больших узлах (более 8 см) – на 45,3%.

Мы оценивали также **клинические проявления** миомы матки после проведения ЭМА. У 94 больных с клиническими проявлениями маточных кровотечений эффективность ЭМА в течение 1 мес составила 97,9%. Это выражалось в снижении длительности менструаций с 7,3 до 3,1 сут, уменьшении их обильности, повышении уровня гемоглобина крови в среднем с 78,4 до 124,7 г/л.

У 82 больных с симптомами сдавления смежных органов эффективность ЭМА была прямо пропорциональна степени уменьшения миоматозных узлов. Через 2–6 мес (в среднем 5,4 мес) после вмешательства указанные проявления миомы были полностью устранены у 88,6%.

При диспареунии, наблюдавшейся у 13 больных, ЭМА привела к исчезновению клинической симптоматики в 100% случаев, практически в те же сроки после вмешательства – от 3 до 8 мес (в среднем 6,3 мес).

В сроки от 1 до 6 мес (в среднем 4,7 мес) у 15 пациенток с субмукозным расположением узлов произошла их частичная или полная экспульсия. У 4 из них это потребовало повторной госпитализации и трансцервикального удаления отторгнувшихся узлов.

В заключение мы считаем необходимым подчеркнуть, что ни у одной больной за период наблюдения (6–12 мес) не возникло необходимости удаления органа. Кроме того, у 1 пациентки через 7 мес после эндоваскулярного вмешательства наступила беременность, пациентка находится под нашим наблюдением.

Рекомендуемая литература

Доброхотова Ю.Э. Системные изменения в организме женщин после гистерэктомии, выполненной в репродуктивном возрасте: Дис. ... докт. мед. наук. М., 2000. 245 с.

Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. М., 1999. 310 с.

Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. М., 2001. 172 с.

Книги издательства "Атмосфера"

Клиническая фармакология бронхиальной астмы (авторы Л.М. Огородова, Ф.И. Петровский, Ю.А. Петровская). 160 с.

Монография посвящена фармакотерапии бронхиальной астмы. Рассмотрены и проанализированы с позиций доказательной медицины последние достижения в терапии бронхиальной астмы. В книге излагаются фармакологические механизмы и содержится полная справочная информация о лекарственных препаратах – ингаляционных глюкокортикостероидах, β_2-адреномиметиках, теофиллинах, кромонах, антилейкотриенах, антихолинергических препаратах. Детально освещены вопросы комбинированной терапии и ингаляционных средств доставки препаратов.

Для пульмонологов, терапевтов, клиницистов, врачей общей практики, студентов и аспирантов.

Информацию по вопросам приобретения книг можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (095) 973-14-16.