

Органосохраняющее лечение миомы матки. Современные достижения

А.Л. Тихомиров

Центр диагностики и лечения миомы матки
ЦКБ № 1 ОАО «РЖД»

Подходы к органосохраняющему лечению миомы матки стали развиваться параллельно с созданием радикальных методов лечения этого заболевания, однако это направление всегда несколько отставало и имело мало сторонников. В последнее время органосохраняющее лечение миомы матки становится одним из приоритетных направлений. В целом, это вполне закономерный процесс, обусловленный как развитием современных лечебных технологий, так и возрастающей потребностью женщин в решении репродуктивных проблем. С чем это связано? С одной стороны, наметилась стойкая тенденция беременеть в позднем репродуктивном возрасте, с другой – все чаще миома матки стала диагностироваться у молодых, нерожавших женщин. Кроме этого, не последнее значение имеет развитие средств массовой информации и интернета, которые в свою очередь стали больше уделять внимание вопросам здоровья и медицины, освещая новые медицинские технологии.

Эффективное органосохраняющее лечение миомы матки невозможно без полноценного осознания этого заболевания. В понятие «миома матки» входит гетерогенная группа состояний, характеризующая патологическое изменение матки. Миомой матки врач может называть единичный узел в матке размером 1 см, не имеющий никакого клинического проявления, и множественную миому матки, соответствующую 25 неделям беременности, проявляющуюся кровотечениями и компрессией смежных органов. Поэтому подход к лечению этого заболевания во многом зависит от правильного клинического классифицирования. Существующие на настоящий момент классификации (гистологическая и по локализации) неприемлемы в практической гинекологии и фактически не несут никакой тактической информации. Широко применяющиеся в настоящее время показания к гистерэктомии на практике дают возможность наблюдать больных до рубежа в 12 недель, т. е. допускают пассивность в отношении пациентов с меньшим размером миом. Таким образом, необходима классификация, объединяющая такие характеристики как: размер, количество узлов, локализацию и репродуктивные планы пациентки, то есть, нужна классификация, позволяющая врачу сразу же прогнозировать тактику лечения.

В настоящий момент можно выделить четыре подхода к лечению миомы матки:

1. Радикальный: гистерэктомия. Наиболее простой метод с точки зрения технического исполнения. Лечение по принципу «нет органа – нет проблемы». Этот метод неприемлем для женщин, желающих сохранить матку и реализовать репродуктивную функцию. В современной классификации лечебных подходов гистерэктомия должна быть

рекомендована только при наличии гигантских миом и невозможности использования других методов лечения.

2. Консервативно-пластический – миомэктомия. Целью этого лечения является восстановление репродуктивной функции. Ограничением к использованию этого метода является отсутствие технической возможности выполнить подобную операцию (большое количество узлов, неудачное расположение). В ряде случаев этот метод комбинируется с эмболизацией маточных артерий, последняя используется в качестве подготовительного этапа.

3. Временно-регрессионный: агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), блокаторы рецепторов прогестерона. Их роль существенна в лечении маленьких миоматозных узлов в составе двухэтапной схемы, участии больных перименопаузального возраста, а также в качестве профилактики рецидивов после консервативной миомэктомии.

4. Стабильно-регрессионный: эмболизация маточных артерий, лапароскопическая окклюзия маточных артерий. Эти методы позволяют нивелировать симптомы заболевания, уменьшить в размере миоматозные узлы, в ряде случаев вызвать их экспульсию из матки. Эти методы могут быть использованы у женщин имеющих репродуктивные планы. Использование высокочастотного фокусированного ультразвукового воздействия, к сожалению, имеет слишком много ограничений (особенно в отношении локализации, множественности и размеров узлов) для более или менее широкого его применения.

Таким образом, современный спектр лечебных подходов к миоме матки при правильном выборе позволяет в большинстве случаев лечить миому матки с сохранением органа.

Современное лечение миомы матки опирается на несколько понятий, которые имеют важное значение при выборе рационального метода лечения.

Каждый миоматозный узел условно состоит из двух частей: стабильного ядра и регрессируемой части. Стабильное ядро – это тот объем узла, который остается после любого регрессионного метода лечения, а регрессируемая часть – это соответственно тот объем узла, на который он уменьшается.

Следующей характеристикой миоматозного узла, определяющей тактику лечения, является понятие о «клинически незначимом размере». Миоматозный узел не может полностью исчезнуть из матки даже при полном прекращении его кровоснабжения. Его предельно минимальный размер определяется стабильным ядром. Для определения тактики лечения необходимо понять, какой размер миоматозного узла не будет иметь клинического значения.

Определение клинического значения узла зависит от его локализации. Так для субмукозного узла клинически незначимого размера вообще не существует, так как узел любого размера может обуславливать наличие клинических проявлений. В то время как субсерозный узел, в два раза превышающий размер матки, может вообще не давать никаких клинических признаков. Для узлов таких крайних локализаций существует отдельный подход к лечению, о котором мы будем говорить ниже.

Определение клинического значения узла необходимо для миоматозных узлов, расположенных интрамурально, а также интрамуральных узлов центрипетального или центробежного характера роста. На основании своих клинических наблюдений мы пришли к выводу, что клинически незначимыми миоматозными узлами, обозначенной выше локализации, являются узлы, размер которых не превышает 15 мм. Эта цифра не является абсолютной границей, разделяющей узлы на

клинически значимые и клинически незначимые. Эта цифра – усредненный ориентир, определяющий такой размер узла, наличие которого в матке не сопровождается никакими клиническими проявлениями.

Понятие о клинически незначимом размере необходимо для того, чтобы разграничить группы больных миомой матки в отношении эффективности планируемого лечения.

Как уже отмечалось выше, эффективное органосохраняющее лечение миомы матки зависит от правильного выбора лечебного метода. Мы неоднократно сталкиваемся с ситуацией, когда пациентам назначается лечение, которое априори будет неэффективным, избыточным или недостаточным. Ниже мы более подробно разберём показания и противопоказания к использованию имеющихся в настоящий момент лечебных подходов.

Радикальный. Можно ли полностью обойтись без гистерэктомии в лечении больных миомой матки? В настоящий момент – нет. Удалять матку в ряде случаев все равно необходимо. Ниже мы рассмотрим именно те ситуации, при которых, несмотря ни на что, все-таки приходится расставаться с органом.

Ситуация 1: у больной помимо миомы матки есть сопутствующие злокачественные или предраковые заболевания половых органов.

Ситуация 2: миома матки гигантских размеров – сразу же возникает вопрос – что считать критерием «гигантности»? Однозначно ответить сложно, эта оценка все-таки слишком субъективная. Мы попробуем описать наши субъективные критерии. Миома матки гигантских размеров – такая миома должна быть обязательно множественной, то есть узлов в матке столько, что даже невозможно найти фрагментов неизмененной миометрии, узлы различного размера и локализации, эндометрий плохо визуализируется и полость деформирована. При пальпации узлы «каменные», при доплеровском исследовании кровотока в них не определяется или незначителен. Вот такие миомы матки можно называть «гигантскими». Создавать ложное представление о гигантских миомах могут единичные крупные субсерозные узлы (10–20 см в диаметре). Тщательное УЗИ или МРТ исследование позволяет в таких наблюдениях обнаружить фактически неизмененную матку, из которой исходит такой узел. При таких ситуациях возможно успешное проведение консервативной миомэктомии.

Консервативно-пластический. Основной целью этого метода лечения является восстановление репродуктивной функции женщины. До появления эмболизации маточных артерий консервативная миомэктомия была фактически единственным эффективным методом органосохраняющего лечения больных миомой матки. За десятилетия использования этого метода зафиксированы случаи успешного проведения данной операции при наличии нескольких десятков миоматозных узлов. Таким образом, техническая возможность выполнения консервативной миомэктомии существует у большинства пациенток с миомой матки, но многое также зависит от подготовленности хирурга и целесообразности проведения подобной операции в современных условиях. Появление эмболизации маточных артерий сделало возможным лечить часть больных с использованием этого, менее травматичного метода, а накопленный опыт ведения беременностей на фоне миомы матки позволил в ряде случаев снимать показания к проведению консервативной миомэктомии у женщин, желающих забеременеть.

Когда решается вопрос о необходимости проведения консервативной миомэктомии у женщины,

планирующей беременность, очень важно четко определить соотношение пользы и риска от хирургического вмешательства. Удаление миоматозных узлов, хотя и восстанавливает целостность и функциональность органа, но в то же время сопряжено с известными осложнениями и последствиями для репродуктивной системы. Основным осложнением в современных условиях хирургии является спаечный процесс, который в свою очередь может стать причиной бесплодия. Попытка удаления большого количества узлов также может быть не целесообразной, так как множество швов на матке может иметь более отрицательный эффект на последующую реализацию репродуктивной функции, чем удаленные узлы.

Существуют объективные показания к проведению консервативной миомэктомии у женщин, планирующих беременность:

1. Привычное невынашивание беременности.
2. Большие межмышечные миоматозные узлы с выраженным центрипетальным ростом.
3. Наличие миомы как предполагаемая причина бесплодия.
4. Поздний репродуктивный возраст (мало времени на реализацию попыток беременностей).

Безусловно, каждую конкретную ситуацию врач должен рассматривать индивидуально, но все равно должна существовать клиническая целесообразность в назначении хирургического вмешательства. Если у женщины имеются небольшие субсерозные узлы, и еще не было попыток беременности, то для нее должен существовать шанс беременности без предварительного хирургического вмешательства. Нужно четко осознавать, какой результат будет получен после проведенной консервативной миомэктомии и насколько этот результат улучшит репродуктивные возможности пациентки.

Если у женщины нет репродуктивных планов, имеется ли вообще клиническая целесообразность выполнения консервативной миомэктомии, когда существует возможность проведения ей эмболизации маточных артерий – процедуры сопряженной с существенно меньшим риском для здоровья в целом.

Еще один аспект целесообразности проведения консервативной миомэктомии у женщин, планирующих беременность, касается подготовки к операции. В ряде случаев мы сталкиваемся с множественной миомой матки, при которой имеются разнокалиберные узлы, и трудно отдать предпочтение тому или иному методу лечения: для консервативной миомэктомии – количество узлов слишком большое, что предполагает множество разрезов и швов и большую кровопотерю, а эмболизация маточных артерий – явно не уменьшит крупные узлы до незначительных размеров. В такой ситуации следует отдать предпочтение двухэтапному подходу: в начале выполняется эмболизация маточных артерий и через 6 месяцев решается вопрос о проведении консервативной миомэктомии. При таком подходе мелкие миоматозные узлы исчезают, а крупные становятся более доступными для аккуратного проведения консервативной миомэктомии.

Эффект каждой консервативной миомэктомии должен быть закреплен. Для этого после операции на 6 месяцев назначаются агонисты ГнРГ. Этот курс необходим как для полноценного формирования рубцов на матке, так и для профилактики рецидивов. Использование агонистов ГнРГ за несколько месяцев до операции, как это принято в ряде клиник, не рационально, поскольку уменьшение в размерах мелких миоматозных узлов до операции делает их незаметными во время операции, узлы пропускаются и не удаляются. В после-

дующем именно из-за этих, неудаленных узлов и возникают рецидивы.

Таким образом, консервативно-пластический метод лечения миомы матки направлен на восстановление репродуктивной функции у женщин с этим заболеванием. Однако его использование должно быть клинически целесообразным, т. е. эффект от его использования не должен ухудшать уже имеющуюся ситуацию.

Временно-регрессионный. С помощью этого метода лечения миомы матки возможно добиваться временной регрессии размеров миоматозных узлов и матки, а также нивелировать симптомы заболевания. Индукторами временной регрессии являются две группы препаратов: агонисты ГнРГ и блокаторы рецепторов прогестерона.

Временно-регрессионный метод с использованием агонистов ГнРГ целесообразно применять только в отношении маленьких миоматозных узлов и преимущественно у женщин в перименопаузе. Смысл метода заключается в уменьшении размеров миоматозных узлов до клинически незначимых размеров с последующим стабилизационным этапом или наступлением естественной менопаузы. Так как в среднем индукторы регрессии уменьшают размер узлов максимум до 50 %, то нецелесообразно их применение при наличии узлов более 3–4 см в диаметре. После 6-ти месячного курса лечения агонистами Гн-РГ у женщин в перименопаузе может начаться естественная менопауза, что, по сути, закрепляет и усиливает достигнутый эффект. Если менопауза не наступила, то обязательно должен следовать стабилизационный этап в виде приёма низкодозированных оральных контрацептивов или введения внутриматочной гормональной рилизинг-системы (ВГС).

С появлением эмболизации маточных артерий использование временно-регрессионного метода лечения у молодых женщин стало клинически нецелесообразным. Это по большей части обусловлено тем, что стабилизационный этап у молодых женщин будет ощутимо долгим и за этот период может возобновиться рост узлов. Кроме этого, не все пациентки могут быть эмоционально настроены на длительный приём контрацептива или введение ВГС. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) может серьезно конкурировать с временно-регрессионным методом именно у пациенток молодого возраста за счёт того, что ЭМА фактически решает проблему пациентки за один день и в дальнейшем не требуется какого-либо дополнительного лечения. Однако ЭМА пока существенно проигрывает тем же агонистам ГнРГ доступностью метода и стоимостью. Кроме этого, применение агонистов ГнРГ в перименопаузе особенно показано при сочетании миомы матки с эндометриозом, простой гиперплазией эндометрия или удаленными полипами. В этом случае эффект оказывается не только на миому матки, но и на сопутствующую патологию.

Временно-регрессионный метод появился до ЭМА и помог многим женщинам избежать гистерэктомии. Его применение до сих пор позволяет женщинам не подвергаться хирургическому лечению, но возрастающая доступность эмболизации или появление простого, схожего с эмболизацией метода лечения, может вскоре свести применение гормонального метода к минимуму.

Таким образом, временно-регрессионный метод лечения может использоваться у больных с маленькими миоматозными узлами, должен комбинироваться со вторым, стабилизационным, этапом (если не наступила естественная менопауза), осо-

бенно показан у женщин в перименопаузе при сочетании миомы матки с сопутствующей доброкачественной патологией.

Стабильно-регрессионный. В эту группу лечебных методов входит ЭМА и лапароскопическая окклюзия маточных артерий. Технически выполнить эмболизацию можно при любом виде миомы матки, но накопленный за последние годы опыт показывает, что у этого метода существует ниша, обусловленная клинической целесообразностью. Выше мы уже описывали ситуации, в которых ЭМА показана пациенткам. Это, как правило, множественная миома матки, хотя возможно проведение ЭМА и при наличии одного узла, это также подготовка к консервативной миомэтомии при комбинации крупных и мелких миоматозных узлов. Добавим уникальный эффект ЭМА на субмукозные и перешеечные узлы, которые в последующем экспульсируются из матки. Но более подробно хотелось бы остановиться на ситуациях, когда ЭМА проводить не рекомендуется. В первую очередь это гигантские миомы матки – более 20–25 недель с множеством разнокалиберных узлов, практически полным отсутствием неизмененного миометрия. Эффект от такой эмболизации будет недостаточным, матка в целом существенно не уменьшится. ЭМА не следует проводить при наличии единичных субсерозных узлов на тонком основании – эти узлы уменьшатся, но, как правило, в будущем пациентку могут волновать периодически возникающие боли от оставшихся узлов. Такие узлы лучше всего оперировать. Итрамуральные, но не субмукозные узлы, размер которых приближается к 10 см и более при эмболизации уменьшаются не существенно, поэтому эмболизировать такие узлы можно либо перед консервативной миомэтомией, либо при настойчивом желании пациентки. Любые пограничные и злокачественные процессы в гениталиях, очевидно, также являются противопоказанием для ЭМА. Недостаточный эффект даёт эмболизация при изначально плохом кровоснабжении миоматозных узлов, поэтому доплерометрия является важнейшим методом обследования перед решением вопроса о проведении ЭМА. В том случае, если пациентка имеет непереносимость йода, ЭМА не может быть проведена, так как для проведения этой процедуры используется йод-содержащий контраст. Если такой пациентке всё же наиболее показана ЭМА, ей можно выполнить лапароскопическую окклюзию маточных артерий.

В отличие от большой хирургии ЭМА не закрывает путь к использованию всех остальных методов лечения миомы матки. ЭМА может применяться у женщин, имеющих репродуктивные планы, так как накопленный опыт показывает, что существенных нарушений в протекании беременности у женщин, перенесших ЭМА, нет.

Таким образом, органосохраняющее лечение больных миомой матки – задача вполне выполнимая, и её осуществление возможно практически при любой ситуации если:

- нет сопутствующей патологии, при которой необходимо удалить матку;
- есть хотя бы теоретическая возможность её сохранить;
- есть желание пациентки;
- отсутствует давление со стороны врача, склоняющего пациентку к гистерэктомии;
- есть оборудование, умение и желание врача помочь, как хочется пациентке, а не так, как удобно врачу.