

Ю.Э. ДОБРОХОТОВА, д.м.н., профессор, И.И. ГРИШИН, к.м.н., доц., А.С. ХАЧАТРЯН,
 Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

ПРИ СУБМУКОЗНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Эмболизация маточных артерий является высокотехнологичным безоперационным методом лечения миомы матки. Этот метод может быть использован при любом размере и расположении узлов. ЭМА может использоваться как самостоятельный метод лечения миомы, так и в качестве одного из этапов. В частности, при субмукозном расположении узлов ЭМА может быть альтернативой гистерэктомии и/или резектоскопии. При больших размерах узлов ЭМА может производиться в качестве первого этапа лечения, т. к. после этой процедуры узлы уменьшаются, мигрируют (превращаются в 0 тип) и размягчаются, что делает возможным впоследствии их удаление даже при обычном расширении цервикального канала.

Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является одним из современных направлений оперативного лечения миомы матки, позволяющий сохранить данный орган [2, 5, 6, 14, 16].

Sprais J. сообщает, что показания к ЭМА практически не ограничены и включают все показания к оперативному лечению при миоме матки [16]. Однако, как отмечают M. Itkin et al. (2002), Капранов С.А. (2003), S. Al-Mahrizi (2007), показания к ЭМА значительно шире показаний для оперативного лечения миомы матки, и, кроме того, эндоваскулярное вмешательство обеспечивает полноценную органосохраняющую альтернативу гистерэктомии, позволяя избежать наркоза, операционной травмы и серьезных осложнений, возможных как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах после хирургического лечения.

По мнению A. Belenky et al. (2001), к противопоказаниям к ЭМА следует относить субсерозные и субмукозные миомы на тонкой ножке, поскольку в первом случае после эндоваскулярного вмешательства достаточно велик риск экспульсии миомы в брюшную полость, а во втором случае существует малотравматичный альтернативный гистероскопический способ лечения. Однако, по мнению Доброхотовой Ю.Э. с соавт. (2005), при множественных миомах матки, где один из узлов имеет субсерозное или субмукозное расположение, целесообразно провести ЭМА с последующей миомэктомией. ЭМА успешно используется в комплексном лечении множественной миомы матки [1].

Ряд исследователей не используют ЭМА при субмукозном расположении миомы матки, считая, что более доступным способом лечения является трансцервикальная консервативная миомэктомия [13, 15]. Однако данный метод имеет ряд ограничений.

При применении ЭМА, по сообщениям ряда авторов [7, 10], как в первые дни, так и спустя месяцы после ЭМА у 5% больных с субмукозной миомой матки может происходить трансвагинальная экспульсия узла. В большинстве случаев эвакуирующийся миоматозный узел выходит спонтанно в первые дни после развития симптомов (схваткообразные боли, кровяные выделения из половых путей). Более того, Доброхотова Ю.Э. и соавт. (2005), Савельева Г.М. и соавт. (2005) отметили миграцию субмукозных узлов (из узлов типа II переход в I и 0 тип и наоборот) с одновременным их уменьшением или фиброзом, при этом отсутствуют клинические проявления миомы матки. При небольших размерах узлов – до 3–4 см в диаметре может происходить их миолизис [3, 5]. Кроме этого, возможно и размягчение узлов. В некоторых случаях требуется трансвагинальная миомэктомия как второй этап лечения.

На основании вышеизложенного целью нашего исследования явилось изучить возможность применения ЭМА для лечения субмукозного узла миомы матки больших размеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с февраля 2003 по декабрь 2012 г. в гинекологическом отделении ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова обследовано 1 578 пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста с диагнозом миома матки, подвергшихся в качестве лечения эмболизации маточных артерий.

Возраст обследованных пациенток колебался от 21 до 56 лет (в среднем $40,8 \pm 0,7$). Большинство больных 81,5% находилось в репродуктивном возрасте.

Обследование перед вмешательством включало консультации гинеколога и интервенционного радиолога, ультразвуковое исследование органов малого таза с определением доплеровских показателей кровотока в маточных артериях и их ветвях, сосудах перифиброидного сплетения (патологической сосудистой сети, характерной для миоматозного

узла), биохимические и клинические анализы крови. Для всех пациенток были обязательными взятие мазка для определения степени чистоты и флоры, а также исследование для выявления урогенитальной инфекции. Для оценки состояния эндометрия производили аспирацию, а при показаниях – гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки.

Эндоваскулярные диагностические и лечебные вмешательства выполнялись сотрудниками отделения рентгенэндоваскулярной хирургии НИИ клинической хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Подслизистые миомы разделяли по международной гистероскопической классификации Ассоциации европейских гинекологов (1992), предусматривающей выделение «0–1–2» типов по преобладанию межмышечного или подслизистого составляющих миоматозного узла.

ЭМА была выполнена нами у 983 (62,3%) пациенток с единичной субмукозной или множественной миомой, один из узлов которой имел субмукозный рост. Из них у 17 (1,7%) пациенток миома относилась к 0 типу, у 354 (36%) к 1-му типу и у 612 (62,3%) к 2-му типу.

При 0 типе в большинстве случаев (54,7%) наблюдался миолизис через 1–3 мес. после ЭМА, у остальных пациенток (45,3%) – экспульсия миоматозного узла. Во время миолизиса узлы эвакуировались из полости матки самостоятельно в виде мелких некротических фрагментов или вязкого желтого детрита.

При 1–2-м типах узлов миолизис наблюдался у 17,5% пациенток, экспульсия – у 15,8% больных. У 327 (33,3%) женщин наблюдались либо миолизис, либо экспульсия узлов в матку и их рождение или удаление вагинальным путем в период от 2 нед. до 1 года после ЭМА. Чаще всего это происходило в период от 1 до 3 мес. после вмешательства. Процесс сопровождался болями в низу живота схваткообразного характера, иногда – новой волной лихорадки до 38,0–39,0 °С, кровянистыми выделениями, общим недомоганием, слабостью, реже – тошнотой, а также лейкоцитозом в крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

У 70 (7,1%) пациенток произошло самостоятельное рождение узлов, размеры самостоятельно родившихся узлов, как правило, не превышали 5–6 см в диаметре.

Экспульсия узлов, как правило, наблюдалась во время очередной менструации. На наш взгляд, это связано с усилением сократительной активности миометрия и дополнительной физиологической ишемизацией тканей.

Удаление узлов произведено у 85 (8,7%) пациенток в связи с затянувшимся процессом экспульсии узлов и риском инфицирования, из них однократное вхождение в матку – у 70 (82,5%) женщин, двукратное – у 9 (10,7%) и трехкратное – у 6 (6,8%) пациенток. Повторное вхождение в матку объясняется 1–2-м типом миом с большим размером, постепенным удалением субмукозной части узла, проведением резектоскопии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка А., 33 года. Поступила в ГКБ №1 г. Москвы с диагнозом: «Миома матки с субмукозным расположением узла, рождающийся миоматозный узел. Хроническая постгеморрагическая анемия тяжелой степени». При поступлении пациентка предъявляла жалобы на слабость, головокружение, потери сознания в течение года, обильные менструации.

В отделение гинекологии была полностью обследована. Гинекологическое исследование: из особенностей – тело матки шаровидной формы, увеличена до 15–16 недель условной беременности, плотноватая, безболезненная при пальпации. В клиническом анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 76 г/л. В биохимическом анализе крови, коагулограмме и клиническом анализе мочи патология не обнаружена. По данным УЗИ было выявлено, что размеры тела матки увеличены (соответствует 15–16 неделям беременности), субмукозное расположение узла, занимающего всю полость матки, размерами 13,5 × 9,3 × 10,9 см со смешанным типом кровотока. Придатки без особенностей. Других патологических изменений органов малого таза и брюшной полости выявлено не было.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является одним из современных направлений оперативного лечения миомы матки, позволяющий сохранить данный орган

На основании данных анамнеза, показателей клинического анализа крови, данных УЗИ и клинической картины был поставлен диагноз миомы матки с субмукозным расположением узла, анемия средней степени тяжести. Несмотря на большой размер узла, субмукозную локализацию миомы, выраженную клиническую картину и учитывая репродуктивный возраст, от гистерэктомии решено было воздержаться. В данном случае резектоскопию сделать было невозможно из-за больших размеров узла. Было решено провести эмболизацию маточных артерий.

В отделение рентгенэндоваскулярной хирургии ГКБ №1 произведена операция: ангиография и эмболизация маточных артерий. Проведено лечение: трансфузия одногруппной эритроцитарной взвеси в количестве 323 мл, антибактериальная, противовоспалительная, аналгетическая, инфузионная терапия. После ЭМА проводилось УЗИ малого таза: размеры тела матки увеличены (соответствует 15–16 неделям беременности), субмукозное расположение узла, занимающего всю полость матки, размерами 13,5 × 9,3 × 10,9 см, при ЦДК аваскулярный.

Больная была выписана на 8-е сутки под наше наблюдение. Были даны рекомендации по продолжению антианемической терапии под контролем гемоглобина в крови; контроль УЗИ.

Через 3 мес. повторная госпитализация в ГКБ №1 в связи с обильными кровянистыми выделениями из половых путей (меноррагии). Пациентка предъявляла жалобы на 2 обильные

менструации после ЭМА. По данным УЗИ органов малого таза: субмукозный узел в нижней трети полости матки, размерами 10,5 × 6,5 × 7,9 см. При ЦДК отмечался выраженный интра- и перинодулярный кровоток (рис. 1).

Гинекологическое исследование: из особенностей – тело матки шаровидной формы, увеличена до 11–12 недель условной беременности, плотноватая, безболезненная при пальпации.

Учитывая клиническую картину и данные УЗИ малого таза (при ЦДК отмечался выраженный интра- и перинодулярный кровоток, т. е. развитие коллатералей), было решено провести повторную эмболизацию маточных артерий. В отделении рентгенэндоваскулярной хирургии ГKB №1 произведена повторная операция: артериография и эмболизация маточных артерий. По УЗИ малого таза: размеры матки 6,2 × 3,8 × 5,9 см, из задней стенки исходит образование неоднородной эхогенности на широком основании с размерами 12,0 × 7,0 × 8,6 см (расценено как интерстициально-субмукозный узел с признаками отторжения), при ЦДК аваскулярный.

Гинекологическое исследование – из особенностей: шейка матки была укорочена, раскрытие шейки матки до 3–4 см, пальпировался размягченный нижний край узла. Отмечалось

Рисунок 1. УЗ-картина матки и миоматозного узла после первой ЭМА

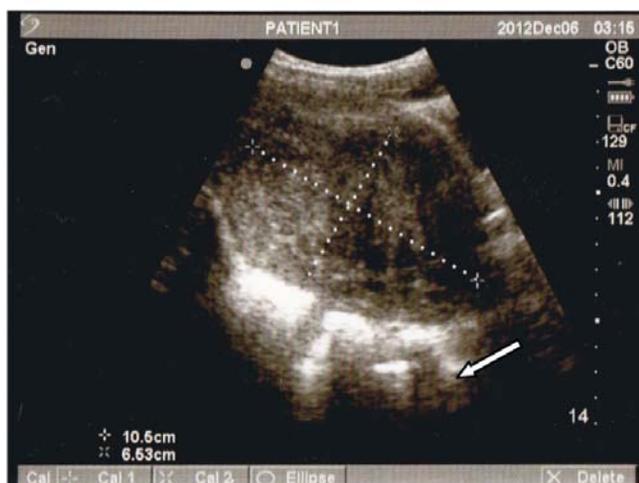


Рисунок 2. Макроскопическая картина субмукозного узла



увеличение тела матки до 11–12 недель условной беременности. Выделения из половых путей: кровяные.

Учитывая большой размер узла, его размягчение, раскрытие шейки матки (риск инфицирования), было решено провести трансцервикальную миомэктомию.

Рисунок 3. УЗ-картина через месяц после миомэктомии (стрелка указывает – ложа миоматозного узла)



На 7-е сутки после ЭМА выполнена операция: трансцервикальная миомэктомия, гистероскопия. Кровопотеря 30 мл (рис. 2).

После операции, по данным УЗИ, размеры тела матки 6,7 × 4,2 × 5,6 см, контуры ровные, миометрий неоднороден. По задней стенке в средней трети – гипоехогенное образование 2,3 × 0,8 × 1,2 (ложе узла), м-эхо 0,5 см в верхней трети, в нижней трети – 0,2 см.

■ При больших узлах миомы матки с субмукозной их локализацией в репродуктивном периоде целесообразно провести ЭМА с возможной последующей миомэктомией как альтернативой гистерэктомии

Больная была выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии под наше наблюдение. Были даны рекомендации по продолжению антианемической терапии под контролем гемоглобина в крови; контроль УЗИ через 1, 3, 6 и 12 мес.

Через 1 месяц после трансцервикальной миомэктомии при УЗИ органов малого таза: размеры тела матки 6,0 × 4,4 × 4,8 см. Контуры ровные, миоматозные узлы не определяются. М-эхо 0,6 см. Контуры ровные, границы четкие (рис. 3).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данные литературы и наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности ЭМА при лечении субмукозной миомы матки. По данным Marret H. et al., 2004, такие осложнения, как эндометрит и пиометра, могут быть последствием поздней экспульсии миоматозного узла [12].

Однако ЭМА можно использовать в комплексном лечении миомы матки, т. н. ЭМА-ассистированная трансцервикальной миомэктомией.

Данное клиническое наблюдение успешно иллюстрирует возможность сохранения матки у пациенток с субмукозной локализацией миоматозного узла больших размеров. Таким образом, при больших узлах миомы матки с субмукозной их локализацией в репродуктивном периоде целесообразно провести ЭМА с возможной последующей миомэктомией как альтернативой гистерэктомии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева А.А. Непосредственные результаты эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
2. Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А., Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Сборник научных трудов, посвященный первому выпуску Московского факультета РГМУ. М., 2004. С. 129–135.
3. Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А. [и др.] Новый органосохраняющий метод лечения миомы матки — эмболизация маточных артерий // Лечебное дело (периодическое учебное издание РГМУ). 2005. №2. С. 24–27.
4. Капранов С.А., Беленький А.С., Бобров Б.Ю. [и др.] Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки 126 наблюдений // Бюллетень НИИ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания». Т. 4. 2003. №11. С. 219.
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Курцер М.А., Краснова И.А., Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки: достижения и перспективы // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 54–59.
6. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. Т. 1. 2002. №2. С. 83–85.
7. Abbara S., Spies J.B., Scialli A.R. et al. Transcervical expulsion of a fibroid as a result of uterine artery embolization for leiomyomata // J. Vasc. Interv. Radiol. 1999. №10. P. 409–411.
8. Al-Mahrizi S., Tulandi T., Treatment of uterine fibroids for abnormal uterine bleeding: myomectomy and uterine artery embolization // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 21. №6. P. 995–1005.
9. Belenky A., Cohen M., Bachar G. Uterine arterial embolization for the management of leiomyomas // Isr. Med. Assoc. J. 2001. Oct. №3(10). №7. P. 19–21.
10. Berkowitz R.P., Hutchins E.L., Worthington-Kirsch R.L. Vaginal expulsion of submucosal fibroids after uterine artery embolization. A report of three cases // J. Reprod. Med. 1999. №44. P. 373–376.
11. Itkin M., Shlansky-Goldberg R. Uterine Fibroid Embolization for the Treatment of Symptomatic Leiomyomata // Applied Radiology. 2002. Vol. 31. №10. P. 9–17.
12. Marret H., Keris Yle B., Acker O., Cottier J.P., Herbretau D. Late leiomyoma expulsion after uterine artery embolization // J. Vasc. Interv. Radiol. 2004. №15(12). P. 1483–1485.
13. Mehta H., Sandhu C., Matson M. Radiology department, St. George hospital, Roads Blackshaw, London, SW17 0QT, Gr.Breatan // Clin. Radiol. 2002. №57(12). P. 1122–1124.
14. Ravina J.N., Merland J.J., Ciraru-Vigneron N., Bouret J.M., Herbretau D., Houdart E., Aymard A. Arterial embolization: a new treatment of menorrhagia in uterine fibroma // Presse Med. 1995. Dec. 2. №24(37). P. 1754.
15. Scott C. Goodwin, Bruce McLucas, Margaret Lee, Gary Chen, B.S. Rita Perreila. Uterine Artery Embolization for the Treatment of Uterine Leiomyomata Midterm Results // JVTR. 1999. №10. P. 1159–1165.
16. Spies J., Ascher S., Roth A. et al. Uterine artery embolization for leiomyomata // Obstet. Gynecol. 2001. №98. P. 29–34.