

УДК 618.14-006.36-08:616.137.73-005.7

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Ф.К. Тетелютина, Е.А. Толстолушкая, М.Е. Соловьева, К.Б. Клестов, О.И. Мейтис,

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрава

Тетелютина Фаина Константиновна – e-mail: juliya-doc@mail.ru

Эмболизация маточных артерий была проведена 210 пациенткам от 20 до 54 лет. Средний возраст составил 37,1±1,2 года. Размеры узлов варьировали от 20 до 280 мм, размеры матки от 7 до 28 недель. Преимуществами эмболизации маточных артерий перед другими методами лечения миомы матки являются: органосохраняющее вмешательство, воздействие на все узлы при множественном поражении, малая травматичность, отсутствие кровопотери, эффективность в отношении симптомов миомы в 85–96%, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации.

Ключевые слова: миома матки, маточные артерии, эмболизация маточных артерий, лечение, оперативное вмешательство.

Embolization uterine arteries it is lead to 210 patients from 20 till 54 years. Middle age has made 37,1±1,2 year. The sizes of units varied from 30 mm up to 200 mm, the sizes of a uterus from 7 till 28 weeks.

Advantages embolization uterine arteries before alternative methods of treatment of a myoma of a uterus are: keeping bodies intervention, influence on all units at plural defeat, small travmatisation, loss of blood, efficiency concerning symptoms of a myoma in 85-96 %, good cosmetic effect, short timeframes of rehabilitation.

Key words: myoma of a uterus, uterine arteries, embolization uterine arteries, treatment, operative intervention.

Введение

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) или рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных артерий – это минимально инвазивная процедура для лечения миомы матки. Она является альтернативным хирургическим методом лечения и используется с начала 90-х годов. В 1998 году при-

казом МЗ РФ ЭМА была включена в перечень разрешенных эндоваскулярных вмешательств [1, 2, 3].

В структуре ГУЗ «РКДЦ» МЗ УР (главный врач – к.м.н. С.Н. Рящиков) имеется женская консультация, отделение рентгеноконтрастных методов диагностики и лечения, что дает возможность использования данной методики на

территории Удмуртской Республики в круглосуточном режиме.

Цель исследования – изучение влияния эмболизации маточных артерий на состояние миоматозных узлов и репродуктивное здоровье при миоме матки.

Материалы и методы

Нами обследовано 210 пациенток в возрасте от 20 до 54 лет, страдающих миомой матки, которым была проведена эмболизация маточных артерий. Всем проведено изучение качества жизни по вопроснику «Качество жизни женщин», разработанному научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, результаты которого оценивались в баллах. Изменения величины матки, миоматозных узлов и состояния внутренних гениталий исследовали на УЗИ-аппарате Medison SONOACE 8000 EXprime.

Мы с успехом применяем ЭМА у больных миомой матки с 2003 года. ЭМА в плановом порядке произведена 180 пациенткам (85,7%). Средний возраст составил $37,2 \pm 1,2$ года. Из них 30 пациенткам ЭМА произведена в экстренном порядке в связи с маточным кровотечением. Процедура выполняется под местной анестезией. Как правило, окклюзия маточных артерий осуществляется из правого бедренного доступа. По стандартной методике Сельдингера выполняется пункция бедренной артерии. Поочередно катетеризируются обе маточные артерии. Выполняется ангиография маточных артерий и оценивается рентгеноанатомия маточной артерии и ее ветвей. Перед непосредственным введением эмболизата производится селективная ангиография маточной артерии, на которой видна аномально сформированная сосудистая сеть, состоящая из штопорообразно извитых сосудов, обильно васкуляризирующих ткань миомы аномальной сосудистой сетью. Катетер под контролем рентгенотелевидения проводится максимально дистально и медленно вводятся частички эмболизирующего материала, перекрывающие просвет сосудов опухоли. После эмболизации кровотока по тонким и извитым сосудам миомы прекращается, что видно на контрольных ангиограммах. Появляется ретроградный ток во внутреннюю подвздошную артерию. В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток. Нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми. После чего выполняется контрольная ангиография. Техническая возможность выполнения процедуры определяется особенностью ангиоархитектоники сосудов малого таза, спазма артерий, квалификация врача, выполняющего данное вмешательство. Для эмболизации были использованы частицы из поливинилалкоголя (ПВА). Доза облучения, которую получают яичники во время эмболизации маточных артерий, не оказывает значимого отрицательного воздействия как на организм в целом, так и на фертильную функцию женщины.

Результаты и их обсуждение

Отбор больных проводился в соответствии с информационным письмом «Эмболизация в акушерстве и гинеколо-

гии», изданным для врачей акушеров-гинекологов под руководством д. м. н., профессора Ф.К. Тетелютиной (2006). Из исследования исключались больные с наличием злокачественных или предраковых состояний гениталий, тяжелой почечной недостаточности, острых воспалительных процессов в органах малого таза, венозно-артериальной мальформации, васкулитов, аллергии на контрастное вещество, неуправляемой коагулопатией.

Размеры узлов варьировали от 20 до 280 мм, размеры матки от 7 до 28 недель. Основными жалобами были: у 126 пациенток (60,0%) – меноррагия, у 51 (24,0%) – выраженный болевой синдром, у 34 (16,0%) – симптомы дисфункции соседних органов. У всех пациенток наблюдался рост узлов миомы матки. Из-за технических трудностей процедуру пришлось производить дважды 6 женщинам (2,5%). В послеоперационном периоде у всех больных наблюдался постэмболизационный синдром различной степени выраженности. Характерными симптомами были: боли внизу живота различной интенсивности, повышение температуры тела, тошнота, слабость, выделения из половых путей. Постэмболизационный синдром легкой степени тяжести наблюдался у 61 (29%) больной, средней степени у 126 (60%), тяжелой степени у 23 (11%) женщин. Для купирования постэмболизационного синдрома назначали наркотические анальгетики в первые сутки и в последующем ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики.

В результате эмболизации маточных артерий происходит инфаркт миоматозных узлов, при этом ткань миометрия страдает в значительно меньшей степени. Это связано с тем, что артерии, питающие миоматозные узлы, концевые, а в миометрии имеется богатое коллатеральное кровоснабжение. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются коагуляционному некрозу, организации, склерозированию и в дальнейшем гиалинизируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия. Затем вокруг миомы образуется кальцифицированная капсула.

Эффективность эмболизации маточных артерий мы оценивали по регрессии миоматозных узлов, уменьшению размеров матки, исчезновению симптомов, обусловленных миомой матки, наступлению беременности или влиянию на фертильность, изменению качества жизни, удовлетворенности проведенным лечением. В течение первых трех месяцев после эмболизации маточных артерий матка уменьшилась в среднем на 42,4%, к году регрессия ее размеров достигла в среднем 68,1%, через 18 месяцев – 85,3%. Регрессия миоматозных узлов после эмболизации маточных артерий происходила постепенно в течение 18 месяцев и более. Уже через 3 месяца узлы уменьшились в среднем на 20,3%, через 6 месяцев – на 36,5% и к году регрессия достигла 73,0%. В среднем $46,7 \pm 3,6\%$. Нормализация менструальной функции происходила через 2–3 месяца после процедуры. Нормальный объем менструаций наблюдался у

87,0%, через 6 месяцев – у 89,0% и через год – у 99,0% женщин. Компрессионные симптомы и боли обычно исчезали к третьему месяцу после эмболизации маточных артерий в 91,0%, через 6 месяцев в 98,0%, через 24 месяца в 100,0%. Миграция и самопроизвольная экспульсия миоматозного узла произошла у 12 пациенток через 1,5–9 месяцев после эмболизации, что привело к полному восстановлению «архитектуры» матки. Произведена трансвагинальная эвакуация рождающихся субмукозных узлов.

Группу женщин в возрасте младше 45 лет составили 149 пациенток. Из них у 18 пациенток (12,1%) наступила беременность. Ведение беременности проводилось согласно приказу МЗ РФ № 50 с применением прогестагенов (дюфастон) и профилактикой фетоплацентарной недостаточности. План ведения беременности составлялся индивидуально. У 9 женщин беременность закончилась медицинским абортом по желанию женщины, у 1 – замершей беременностью. Беременность закончилась родами у 8 женщин. Из них 2 роженицам произведена операция кесарево сечение.

Качество жизни улучшилось у всех обследуемых. При субъективной оценке больными отмечена положительная динамика изменения физической активности в уменьшении ощущений усталости, вялости, сонливости, недостатка энергии. Об улучшении говорит снижение по вопроснику количества баллов с 16,9 до 3. Улучшение психического состояния проявилось в уменьшении подавленного, депрессивного состояния, нервозности, эмоциональной нестабильности, неудовлетворенности своей жизнью, что соответствует снижению по вопроснику баллов с 16,7 до 10,7. Изменение социальной адаптации характеризовалось пациентками как снижение нетерпимости к окружающим, стремлении к одиночеству и ограничению контактов. По оценке вопросника изменение суммарного показателя было с 3,9 до 1,2 балла. По вопроснику улучшения в ролевом функционировании проявились в уменьшении количества проблем на работе, в семье и личных увлечениях, что подтверждается изменением

баллов с 7,4 до 0,9. При оценке сексуального функционирования женщины отмечали уменьшение дискомфорта и неудовлетворенности в интимных отношениях. По вопроснику снижение баллов произошло с 10,6 до 0,4. Субъективная оценка женщинами своего здоровья показала положительную динамику в отношении проблем со стулом, диурезом и сном, в уменьшении болей внизу живота и спине, что совпадает с изменением баллов с 7,9 до 0,8.

Выводы

Эмболизация маточных артерий является эффективным методом лечения и, возможно, альтернативным радикальному хирургическому вмешательству у пациенток с миомой матки. Преимуществами эмболизации маточных артерий перед другими методами лечения миомы матки являются: отсутствие общего наркоза, ЭМА – это органосохраняющее вмешательство, воздействие на все узлы при множественном поражении, малая травматичность, отсутствие кровопотери, положительное влияние на клинические проявления миомы матки в 85–96%, отсутствие роста миоматозных узлов и рецидивов заболевания в отдаленном периоде, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации. В целом эмболизация маточных артерий является мини-инвазивным методом безрецидивного лечения миомы матки. Высокий процент успешности окклюзии маточных артерий при миомах матки и положительные клинические результаты позволяют с оптимизмом смотреть в будущее и рекомендовать внедрение данной методики в широкую клиническую практику.



ЛИТЕРАТУРА

1. Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему. Диагностическая и интервенционная радиология. 2007. № 1 (1). С. 72–87.
2. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый принцип лечения миомы матки. М. 2006. 48 с.
3. Vetter S. et al. Patient radiation exposure in uterine artery embolization of leiomyomata: calculation of organ doses and effective dose. Eur Radiol. 2004. № 14 (5). 842 p.