

Урогинекологические аспекты отдаленных результатов лечения миомы матки методами эмболизации маточных артерий и гистерэктомии

Р.Ф.Нуруллин, Л.В.Фандеева, И.И.Гришин, Н.А.Литвинова, А.А.Алиева,
Г.Г.Кривобородов, Ю.Э.Доброхотова

Российский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. Ю.Э.Доброхотова)

Обсуждается актуальная тема в гинекологии – отдаленные результаты лечения миомы матки методами ЭМА и гистерэктомии. Наблюдение проводилось в течение трех лет, были обследованы 150 пациенток. В статье освещается влияние ЭМА на клинические проявления миомы матки в отдаленный период. Описывается анатомо-функциональное состояние мочеполовой системы в отдаленные сроки после ЭМА и гистерэктомии.
Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, гистерэктомия

Urogynecological aspects of long-term results of uterine myoma treatment by uterine artery embolization and hysterectomy

R.F.Nurullin, L.V.Fandeyeva, I.I.Grishin, N.A.Litvinova, A.A.Aliyeva, G.G.Krivoborodov, Yu.E.Dobrokhotova

Russian State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology, Moscow
(Head of the Department – Prof. Yu.E.Dobrokhotova)

One of the most actual questions in gynecology – distant results of treatment of uterine myoma by UAE (uterine artery embolization) methods and hysterectomy research are discussed in the article. The observation was carried out within 3 years, 150 patients were examined. The article covers the impact of UAE in clinical manifestations of uterine myoma in a remote period. Anatomic and functional condition of the urogenital system in the far period of time after the UAE and hysterectomy is described.
Key words: uterine myoma, embolization of uterine arteries, hysterectomy

Лечение миомы матки, наиболее часто встречаемой доброкачественной опухоли малого таза, в том числе у 13–27% женщин репродуктивного возраста [1], является одной из актуальных проблем современной гинекологии.

Самым распространенным методом ее лечения по-прежнему остается гистерэктомия (ГЭ). Причем частота удаления матки по поводу миомы достигает 43–45,3% от общего числа абдоминальных вмешательств в гинекологии [2], а средний возраст больных составляет 40,5 года (женщины репродуктивного возраста). Известно, что ГЭ сопровождается рядом отрицательных последствий: значительной травмой, кровопотерей, анестезиологическим риском, утратой возможности реализовать детородную функцию.

Определенный прогресс в лечении миомы матки связан в последние годы с внедрением миомэктомии, включая современные эндоскопические технологии органосохраняющих операций (лапароскопические и гистероскопические миомэктомии), при которых сохраняется менструальная функция [3, 4]. Однако после таких вмешательств высока вероятность рецидивирования опухоли (от 9 до 55%), что требует продолжения лечения и, нередко, повторных операций. При миомэктомии также существует риск значительной кровопотери, образования послеоперационных спаек, что снижает фертильность. Детородная функция сохраняется примерно у 40% женщин, перенесших данную операцию [5, 6]. Кроме того, эндоскопические миомэктомии выполняются по строгим показаниям у ограниченного контингента больных.

Наличие негативных последствий оперативного лечения миомы матки потребовало дальнейшего совершенствования лечебной тактики, что привело к разработке и внедрению относительно нового метода – эндоваскулярной эмболизации маточных артерий (ЭМА). И в настоящее время этот метод

Для корреспонденции:

Нуруллин Равиль Фиатович, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, ГКБ № 1

Телефон: (495) 236-9270

E-mail: raviln@mail.ru

Статья поступила: 20.8.2009 г., принята к печати 21.10.2009 г.

считается достаточно эффективным и безопасным [7, 8], сохраняющим, с одной стороны, целостность внутренних половых органов и менструальную функцию, а с другой – предупреждающим рецидивы заболевания и осложнения, присущие ранее указанным вариантам оперативного вмешательства. По мнению ряда исследователей [9, 10], ЭМА может стать методом выбора при лечении миомы матки.

Несмотря, однако, на столь обнадеживающие высказывания, многие вопросы применения ЭМА нуждаются в дальнейшем изучении. Это касается, в частности, оценки отдаленных результатов применения этого метода и сопоставления их с результатами других оперативных вмешательств. Как показано Ю.Э.Доброхотовой и соавторами (2001), у половины пациенток, перенесших ГЭ, возникает синдром постгистерэктомии – симптомокомплекс психоэмоциональных, нейровегетативных, урогенитальных, сексуальных и сосудистых нарушений. Важнейшей составляющей этого синдрома являются урогенитальные нарушения в виде уменьшения кровотока яичников со снижением их функциональной активности и возникновением эстрогендефицитного состояния, развития недержания мочи, атрофического цистoureтрита и вагинита, уретровезикальной дисфункции, что существенно ухудшает качество жизни больных.

Учитывая изложенное, целью настоящего исследования было изучение и сравнение урогинекологического статуса пациенток в отдаленные сроки после ЭМА и ГЭ, выполненных по поводу миомы матки.

Пациенты и методы

Были обследованы 150 больных репродуктивного возраста (от 26 до 44 лет, средний возраст составил $38,7 \pm 4,36$ года), которые разделены на 3 группы: 1-я группа – 60 пациенток после ЭМА (1а подгруппа – 30 пациенток, обследованных через год после вмешательства; 1б подгруппа – 30 пациенток, обследованных через 3 года); 2-я группа – 60 пациенток после ГЭ (2а подгруппа – 30 пациенток, обследованных через год после операции; 2б подгруппа – 30 пациенток, обследованных через 3 года); 3-я группа (контрольная) – 30 пациенток, находившихся на диспансерном наблюдении по поводу миомы матки и имевших показания для оперативного лечения.

Предварительно проводилось ретроспективное изучение историй болезни пациенток, которым 1 и 3 года назад были выполнены ЭМА и ГЭ и по истечении этих сроков проводилось комплексное обследование. Обследование контрольной группы осуществлялось через 1 и 3 года от момента диагностики заболевания.

Все три группы были сопоставимы между собой по анамнестическим данным и клиническим показателям. При этом обращало внимание наличие в анамнезе у них большого числа детских инфекций (корь, ветряная оспа, скарлатина, краснуха, паротит), а также соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной и эндокринной систем).

Гинекологическая характеристика больных до лечения представлена в табл. 1.

В табл. 2 приведены данные о нарушении менструальной функции у этих больных.

Таблица 1. Гинекологические заболевания, имевшиеся у пациенток обследуемых групп

Заболевания	1-я группа, n = 60	2-я группа, n = 60	3-я группа, n = 30
Хронический сальпингофорит	23 (38,3%)	24 (40%)	11 (36,7%)
Кистозное изменение яичников	20 (33,3%)	20 (33,3%)	9 (30%)
Миома матки	60 (100%)	60 (100%)	30 (100%)
Аденомиоз	5 (8,3%)	7 (11,7%)	2 (6,6%)
Доброкачественная патология шейки матки в анамнезе	39 (65%)	42 (70%)	19 (63,3%)
Дисфункция яичников	12 (20%)	14 (23,3%)	6 (20%)
Альгодисменорея	10 (16,7%)	11 (18,3%)	4 (13,3%)
Предменструальный синдром	14 (32,3%)	13 (21,7%)	6 (20%)
Другие гинекологические заболевания	5 (8,3%)	6 (10%)	2 (6,6%)

Таблица 2. Нарушения менструальной функции у пациенток в обследуемых группах

Нарушения менструальной функции	1-я группа, n = 60	2-я группа, n = 60	3-я группа, n = 30
Меноррагии	20 (33,3%)	20 (33,3%)	10 (33,3%)
Менометроррагии	17 (28,4%)	16 (26,7%)	7 (23,7%)
Метроррагии	23 (38,3%)	24 (40%)	13 (43%)

Длительность заболевания к моменту операции варьировала от 3 до 5 лет у 97 (64,7%) пациенток, до 3 лет – у 34 (22,7%) и более 5 лет у 19 (12,6%) пациенток.

Показаниями к оперативному лечению в обследуемых группах явились: менометроррагии, приводящие к анемии (в 1-й группе – у 68,3% пациенток, во 2-й группе – у 70%); размеры опухоли больше 12 недель (в 1-й группе – у 55% пациенток, во 2-й группе – у 65%); болевой синдром (в 1-й группе – у 28,3%, во 2-й группе – у 38,3%); быстрый рост опухоли (в 1-й группе – у 23,35%, во 2-й группе – у 40%); нарушение функции соседних органов (в 1-й группе – у 8,3%, во 2-й группе – у 11,7%); субмукозное расположение узла (в 1-й группе – у 33,3%, во 2-й группе – у 35%).

Обследование больных включало общеклинические и специальные методы (УЗИ органов малого таза, комплексное уродинамическое обследование, оценку типа и степени генитального пролапса, оценку дневников мочеиспускания, оценку выраженности каждого симптома урогенитальных расстройств, микроскопическое исследование осадка мочи, микробиологическое исследование вагинального отделяемого, скрининг-тесты диагностики бактериального вагиноза, кольпоскопическое исследование, цитологический метод, показатели качества жизни). Такое обследование позволяло изучить влияние ЭМА и ГЭ на клинические проявления заболевания, оценить параметры матки, миоматозных узлов, особенности кровотока в маточных артериях, анатомо-функциональное состояние мочеполовой системы в отдаленные сроки после вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате обследования было установлено, что после ЭМА в течение 1 года произошло прогрессивное уменьше-

ние размеров миоматозных узлов в среднем с 299 см³ до 91,04 см³, в течение 3-х лет – до 20,39 см³.

Практически параллельно динамике уменьшения размеров миомы происходило и отрицательное изменение объема матки с 927 см³ до 268 см³ через 1 год и до 255 см³ через 3 года.

Обращала внимание зависимость динамики уменьшения миом от размеров узлов со следующей закономерностью: чем больше узел, тем меньше его регресс в течение 1 года после ЭМА. При «малых» миомах (объемом до 300 мм³) динамика уменьшения размеров узлов от их первоначальных размеров составляла: через 1 год до 31,5%, через 3 года до 14%. При миомах «средних» размеров (300–600 мм³) узлы претерпевали менее выраженные изменения, уменьшаясь в указанные сроки до 38% и 17% от их первоначального объема. И, наконец, у больных с «гигантскими» миомами дегенерация размеров узлов происходила наиболее медленно: до 42% – через 1 год и спустя 3 года после ЭМА составляла лишь 20%. Рецидивов узлов не наблюдалось.

Показатели кровотока в маточных артериях после ЭМА в течение 1 года и 3 лет были в пределах нормы. При этом кровотоки в миоматозных узлах не наблюдался. Динамика клинических проявлений основного заболевания имела различный характер и выраженность.

У 41 больной с клиническими симптомами маточных кровотечений и хронической анемии эффективность ЭМА составила 92,6%. У 22 больных с симптомами сдавления смежных органов (тяжесть внизу живота, дизурия, запоры) эффективность ЭМА составила 95,5%. У одной пациентки были обнаружены признаки стрессового недержания мочи, которые наблюдались и до ЭМА. При дальнейшем обследовании, которое включало комплексное уродинамическое исследование, у пациентки обнаружены опущение матки, передней стенки влагалища, цистоцеле, несостоятельность мышц тазового дна.

При диспареунии (13 больных) ЭМА привела к исчезновению клинической симптоматики в 100% случаев.

Обследование также показало, что после ЭМА жалобы со стороны урогенитального тракта были у 3 пациенток, что составило 5%; из них у 2 (3%) отмечены явления атрофического вагинита, а у 1 (1,7%) выявлены урологические симптомы. Все урогенитальные расстройства были легкой степени. Сочетания урологических и гинекологических проблем не было обнаружено.

После ГЭ жалобы со стороны урогенитального тракта были у 21 пациентки, что составило 35%; у 20 (33,3%) отмечены явления атрофического вагинита, а у 14 (23,3%) выявлены урологические симптомы. Расстройства легкой степени отмечались у 10 (47%) пациенток, средней степени – у 7 (33,3%) и тяжелой степени – у 4 (19,7%). Сочетание урологических и гинекологических проблем обнаружено у 13 (21,7%) пациенток.

При длительности послеоперационного периода 1 год урогинекологические расстройства наблюдались у 8 пациенток (33,3%), через 3 года – у 16 (66,7%), что достоверно показывает их рост с увеличением послеоперационного периода.

У подавляющего числа пациенток (у 19% женщин – 79,8%) имелись различные сочетания симптомов атрофического вагинита и атрофического цистоуретрита, поэтому разделение этих заболеваний является весьма условным.

Степень тяжести урогенитальных расстройств определялась наличием или отсутствием симптомов недержания мочи. Анализ выраженности урологических нарушений у обследованных пациенток выявил максимальную степень урогенитальных расстройств после ГЭ с давностью оперативного вмешательства 3 года ($9,8 \pm 0,4$ балла), наименьшая степень диагностирована после ЭМА через 1 год (1 балл).

При анализе полученного материала установлено также, что большее число пациенток с урогенитальными расстройствами было во 2-й группе (после ГЭ) и в подгруппе с длительностью послеоперационного периода в 3 года; сочетание симптомов атрофического вагинита и атрофического цистоуретрита с нарушением контроля мочеиспускания или без него наблюдалось у 19 (79,8%) пациенток.

Сопоставление симптомов урологических расстройств в различные сроки послеоперационного периода выявило значительное преобладание их в более отдаленные сроки после операции. Так, клинические проявления атрофического цистоуретрита наблюдались у 5 (33,3%) пациенток через 1 год, у 10 (66,7%) – через 3 года после операции.

После ЭМА цистоцеле II степени выявлено у 1 пациентки; в группе женщин, перенесших ГЭ, цистоцеле I степени встретилось у 2 пациенток, II степени – также у 2. Всего опущение стенок влагалища диагностировано у 1 (4%) пациентки после ЭМА, у 4 (16,7%) пациенток после ГЭ. Таким образом, гистерэктомия ведет к некоторому увеличению частоты случаев опущения стенок влагалища с образованием цистоцеле.

Анализ дневников мочеиспускания, отражающих частоту основных симптомов атрофического цистоуретрита (поллакиурии и никтурии), а также анализ стандартных тестов, определяющих степень тяжести недержания мочи при напряжении, учитывая количество использованных прокладок и количество эпизодов недержания и/или неудержания мочи, убедительно показывают, что эти симптомы не только определяют тяжесть нарушений, но и имеют достоверные различия в зависимости от степени урогенитальных расстройств. В частности, данные дневников мочеиспускания показали достоверное повышение числа использованных прокладок и эпизодов потерь мочи у пациенток с тяжелой степенью урогенитальных расстройств в сравнении со средней степенью тяжести.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что у пациенток после ЭМА и ГЭ с урогенитальными расстройствами тяжесть атрофического цистоуретрита определяется частотой и интенсивностью симптомов никтурии, поллакиурии. Нарушение контроля мочеиспускания и развитие стрессового недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря имеют связь с длительностью послеоперационного периода и видом оперативного вмешательства. Для диагностики стрессового недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря у пациенток с урогенитальными расстройствами после ЭМА и ГЭ необходимо иметь: тщательно собранный анамнез, дневники мочеиспускания, данные гинекологического осмотра с проведением кашлевого теста и пробы Valsalva. Комплексное уродинамическое обследование не является необходимым у больных с легкой степенью тяжести урогенитальных расстройств, но является важным дополнением в клиническом обследовании пациенток со средней степенью тяжести урогенитальных расстройств в

сопоставлении с клиническими симптомами заболевания и обязательно в установлении диагноза и выборе тактики лечения, когда диагностируется тяжелая степень УГР, а клиническая картина позволяет предположить нестабильность детрузора. После тотальной ГЭ урологические проблемы развиваются чаще, чем после ЭМА; чем тяжелее симптомы урогенитальных расстройств, тем выраженнее снижение качества жизни пациенток репродуктивного возраста после ЭМА и ГЭ, что отражено в балльных оценках анкеты-вопросника определения урогенитального дистресса.

При анализе частоты развития атрофического вагинита замечен рост числа пациенток, страдающих им по мере увеличения сроков послеоперационного периода. Он выявлен через 1 год у 7 (32%) пациенток, через 3 года – у 15 (68%). Большинство обследуемых женщин были после экстирпации матки – 20 (91%) пациенток; 2 (9%) пациентки были после ЭМА.

С увеличением длительности послеоперационного периода нарастают также атрофические процессы во влагалищной стенке, что проявляется достоверным снижением кариопикнотического индекса и увеличением pH влагалищного содержимого.

Нормоценоз встречался в 64% случаев (у 14 пациенток), что показывает определенную устойчивость, которой обладает вагинальный биотоп, несмотря на наличие симптомов атрофического вагинита (зуд, сухость, жжение во влагалище, диспареуния). Бактериальный вагиноз и неспецифический вагинит значительно чаще наблюдались после ГЭ.

Заключение

Эндоваскулярное вмешательство как метод лечения миомы матки в последующие 3 года приводит к значительному снижению или устранению клинических проявлений этого заболевания: менометроррагии – у 92,6% пациенток; симптомов сдавления смежных органов – у 95,5%; диспареунии – у 100%. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) позволяет добиться значительного уменьшения размеров миоматозных узлов и матки без риска рецидивирования. Кровообращение матки к исходу 1-го года после операции восстанавливается до исходного уровня и в последующие 2 года показатели кровотока остаются в пределах нормы. При этом кровообращение в основном патологическом очаге не наблюдалось. Частота симптомов урогенитальных расстройств у пациенток репродуктивного возраста через 3 года после ЭМА и ГЭ соответственно составляет 5 и 35%. При этом тяжесть расстройств определяется сочетанием симптомов атрофического вагинита, атрофического уретрита, стрессового недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря. Нарушение контроля мочеиспускания, развитие стрессового недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря имеют четкую связь с видом оперативного вмешательства и прогрессируют с увеличением длительности послеоперационного периода. Ведение больных после ЭМА и ГЭ в послеоперационном периоде должно включать: диспансерное наблюдение в течение 3 лет и обследование дважды в год с оценкой специфических жалоб и использованием помимо общеклинических специальных методов (опросники для определения выраженности уроло-

гических расстройств и сексуальной функции; дневники мочеиспускания; пробы для определения генитального пролапса; исследование гормонов крови Е2, ФСГ, ЛГ; инструментальные методы – УЗИ органов малого таза, УЗАС и КУДИ по показаниям).

Литература

1. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – М., 2005. – 159 с.
2. Mettler L., Semm K. Vaginal und abdominal Hysterectomy an der Universitäts – Frauen – Klinik Kiel. // Arch.gynaecol. – 1989. – Bd.245. – №1–4. – P.379 – 382.
3. Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Краснова И.А. и соавт. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при миоме матки. Материалы VII Российского форума «Мать и дитя», 11 – 14 октября 2005 г.
4. Manyonda L., Sinthamoney E., Belli A.-M. Controversies and challenges in the modern management of uterine fibroids // Br.J. Obstet.Gynaecol. – 2004. – V.111. – P.95 – 102.
5. Mettler L., Schollmeyer T., Lehmann-Willenbrock S., Dowaji G. Treatment of myomas by laparoscopic and laparotomic myomectomy and laparoscopic hysterectomy // Minim. Invasive. Ther. Allied. Technol. – 2004, Feb. – V.13(1). – P.58–64.
6. Pritts E.A., Parker W.H. Predictive value of myomectomy // Fertil. Steril. – 2006, Sept. – V.86(3). – P.769–770; author. reply P.770–771.
7. Hald K., Langebrette F., Klow N.E. et al. Laparoscopic occlusion of uterine vessels for the treatment of symptomatic fibroids: initial experience and comparison to uterine artery embolization // Am.J.Obstet.Gynaecol. – 2004. – V.190. – P.37–43.
8. Park K.N., Kim J.Y., Shin H.S. et al. Treatment outcomes of uterine artery embolization and laparoscopic uterine artery ligation for uterine myoma // Yonsei Med.J. – 2003. – V.44. – P. 694–702.
9. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки. – М: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
10. Ravina J.H., Aymard A., Ciraru-Vigneron N., Clerissi J., Merland J.J. Uterine fibroids embolization: results about 454 cases // Gynaecol. Obstet.Fertil. – 2003, Jul.-Aug. – V.31(7–8). – P.597–605.

Информация об авторах:

Фандеева Людмила Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, ГКБ №1
Телефон: (495) 236-9270

Гришин Игорь Игоревич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, ГКБ №1
Телефон: (495) 236-9270

Литвинова Наталья Александровна, старший лаборант кафедры акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, ГКБ №1
Телефон: (495) 236-9270

Алиева Айбениз Абиловна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, ГКБ №1
Телефон: (495) 236-9270

Доброхотова Юлия Эдуардовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Московского факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, ГКБ №1
Телефон: (495) 236-4033

Кривобородов Григорий Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры оперативной нефрологии и урологии Российского государственного медицинского университета
Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 10, ГКБ №1
Телефон: (495) 952-3468