



Малоінвазивне лікування міоми матки

О.К. Тарасюк, к.мед.н., кафедра акушерства та гінекології
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова,

В.І. Тарасюк, Ю.К. Сікало, В.В. Трегуб, Медичний центр «Людмила», м. Вінниця

У наш час міома матки є однією з найбільш поширених пухлин жіночих статевих органів. Раніше вважалося, що міомою матки страждають в основному 40-літні жінки. Проте сьогодні проблема видається ще більш актуальною, тому що все частіше цю пухлину виявляють у 18-20-літніх пацієнок, у яких пологи лише попереду. Міома матки може стати для них серйозною перешкодою, будучи однією з головних причин втрати репродуктивної функції та зниження працездатності жінок фертильного віку [4, 5].

Міома матки – це доброякісне, реактивно виникаюче пухлиноподібне утворення, що складається з гладком'язових елементів, з наступним їх фіброзуванням в умовах тканинної гіпоксії [6, 12].

До основних причин міоми матки належать: гормональні порушення, спадковість, наявність в анамнезі абортів, аденоміоз, запальні процеси геніталій, використання внутрішньоматкових засобів контрацепції, ендокринна патологія. Крім того, в розвитку міоми важливу роль відіграють такі фактори, як хронічний стрес, зайва вага, відсутність пологів та лактації до 30 років, тривала неадекватна контрацепція, утворення кіст та кістком яєчників [2, 12].

При вивченні патогенезу міоми матки встановлено, що обидві групи жіночих статевих гормонів можуть мати істотне значення у зростанні міоматозних вузлів. Відомо, що в пухлинних вузлах порівняно з навколишнім міометрієм знаходиться вдвічі більше естрогенних рецепторів, втричі – прогестеронових. Крім того, в патогенезі міоми матки певну роль відіграють зміни імунологічної реактивності організму, особливо за наявності осередків хронічної інфекції. Точкою прикладання ушкоджувального чинника є судинна стінка, при цьому розвиток міогенної гіперплазії відбувається в основному в місцях найбільш складних переплетень маткових волокон. Факторами, що індукують локальну гіпертрофію міометрія, є гіпоксія та порушення мікроциркуляції. Одночасно з ростом вузлів міоми відбувається наростання маси навколишнього міометрія, причому темп збільшення пухлини випереджає темп росту м'язових вузлів. Міоматозні вузли не мають капсули, будучи гіпертрофованим м'язовим шаром,

тобто аномальним пластом міометрія. Таким чином, можна виділити три стадії існування міоми – дозрівання вузла, ріст і регрес – та чотири фази процесу розвитку міоматозного вузла:

- I фаза характеризується утворенням класичної зони росту навколо дрібної судини;
- II фаза проявляється перетворенням зони росту в пухлинний проліферат;
- III фаза (дозрівання вузла міоми) характеризується утворенням хаотично розташованих пучків з гладком'язових клітин, що становлять пласт стороннього міометрія;
- у IV фазі спостерігається поява на поверхні цього пласта сполучнотканинної судинної капсули, у якій починається процес проліферації міогенних елементів судинного походження [7, 8].

Крім того, виділяють два клініко-патогенетичних варіанти розвитку міоми матки:

- «первинне» виникнення міоми – пухлина з'являється на фоні первинного ендокринного безпліддя, генітального інфантилізму. Характерною особливістю клінічної картини і перебігу «первинної» міоми є розвиток пухлини у молодому віці, повільний темп росту, але в той же час велика схильність до виникнення в ній дегенеративних змін;
- «вторинна» міома з'являється у жінок, що раніше не страждали порушеннями менструальної і генеративної функції, але мали в анамнезі захворювання, що зумовили порушення рецепторного апарату міометрія: запальні процеси, аборти, ускладнення пологів, операції на придатках. Перебіг «вторинної» міоми характеризується швидкими темпами росту, множинністю вузлів і більш низькою частотою дегенеративних змін [4, 7, 8].

До медичного центру «Людмила» для проведення оперативного малоінвазивного втручання зверталися жінки з діагностованою міомою матки, що клінічно проявлялася порушенням менструальної функції у вигляді мено- і метрорагії, збільшенням тривалості менструацій за типом гіперполіменореї, боєм внизу живота та у попереку, безпліддям, а також симптомами стиснення суміжних органів. Клінічні прояви міоми залежать від розташування



пухлинних вузлів, їхніх розмірів та напрямку росту. У 30% пацієнток з міомою матки не відмічається клінічних ознак захворювання, тому пухлину у них виявили випадково при профілактичному огляді.

Діагностика міом включала бімануальне обстеження, гістологічне дослідження зішкребу з цервікального каналу та порожнини матки (взятого шляхом вишкрібання або аспіраційної біопсії пайпелем), УЗД та додаткові методи дослідження: гістеросальпінгографію, гістероскопію, в окремих випадках – магнітно-резонансну і комп’ютерну томографію. УЗД органів малого таза, крім встановлення розмірів, кількості, локалізації, ехогенності та структури вузлів, дає можливість визначити кровотік у судинах, які кровопостачають матку та міоматозний вузол, а у післяопераційному періоді – оцінити ефективність операції з припинення кровотоку в цих судинах та виявляти наявність емболів у них.

Вибір методу лікування міоми залежить від наявності скарг жінки, її віку, соматичної патології, розмірів вузлів, а також бажання народжувати в майбутньому. Лікування може бути медикаментозним з використанням гормональних препаратів, оперативним чи комбінованим. Гормональна терапія проводиться з використанням комбінованих оральних контрацептивів, внутрішньоматкових засобів типу системи Мірена, аналогів гонадотропін-релізінг гормона, прогестагенів, даназолу. Недоліками консервативного гормонального лікування є загроза тромбоемболії легеневої артерії, обмежена тривалість прийому (до 6 міс), остеопороз, гіпоестрогенний статус, швидке відновлення розмірів міоми після відміни препарату. Основна мета консервативної терапії – гальмування зростання міоми. До її схеми також входять дієтотерапія, фізіопроцедури, застосування адаптогенів, вітамінів, симптоматична, антианемічна і гірудотерапія [4, 6].

Хірургічне лікування міоми матки представлене радикальними операціями, при яких орган видаляється (екстирпація або надпівхова ампутація матки); пластично-реконструктивними втручаннями, при яких орган зберігається (консервативна міомектомія), а також малоінвазивними методами (емболізація маткових артерій [ЕМА], абляція фокусованим ультразвуком [ФУЗ-абляція]). Недоліками гістеректомії є постгістеректомічний синдром і втрата лібідо, консервативної міомектомії – рецидив, наявність рубця на матці. Рішення щодо проведення гістеректомії або міомектомії приймається в залежності від віку жінки, перебігу захворювання, бажання зберегти репродуктивний потенціал, розташування та кількості вузлів [1, 10, 11].

Процедура ЕМА є перспективним малоінвазивним методом лікування симптомної міоми матки, який застосовують самостійно і як передопераційну підготовку до міомектомії. Принцип даної операції полягає в тому, що за допомогою

спеціального катетера під контролем рентген-телівізійної техніки судинний хірург дістається до судин, які беруть участь у кровопостачанні міоми. При цьому за допомогою спеціальних емболів, які вводяться в судину через катетер (у нашому центрі – bead block compressible microspheres, UK), відбувається закупорка цих судин (рис. 1, 2). Позбавлена живлення, знекровлена міома перестає рости і зменшується в розмірах і в кінцевому результаті гине. Метод ЕМА прийнятний для жінок репродуктивного віку, які бажають народжувати у майбутньому. Його перевагами є менший об’єм крововтрати, нижча частота інфекційних ускладнень, нижчий рівень летальності, скорочення термінів одужання, збереження фертильності. До недоліків емболізації слід віднести підвищений ризик тромбоемболічних ускладнень, запальних процесів, некроз субсерозного вузла, аменорею [9, 14, 15].

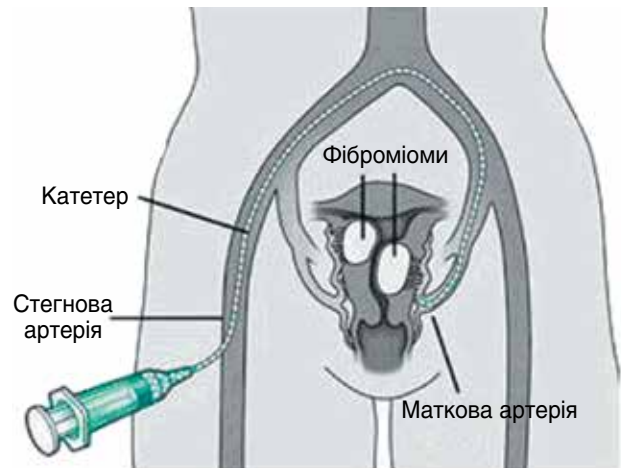


Рис. 1. Техніка проведення процедури ЕМА

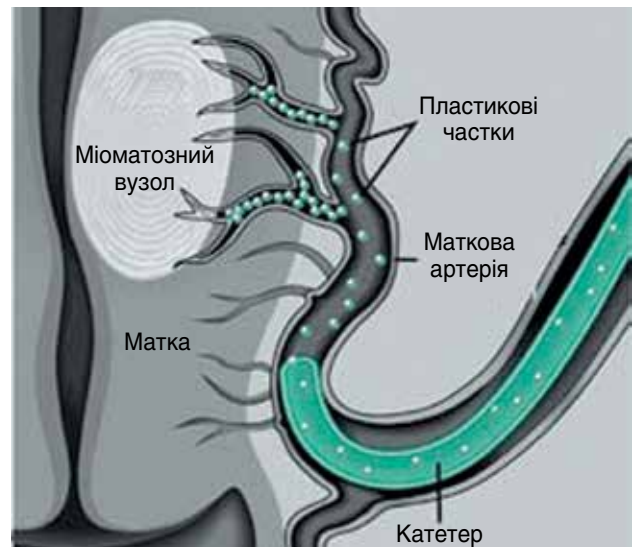


Рис. 2. Потрапляння емболів до міоматозного вузла

Ще одним малоінвазивним методом лікування міоми матки є ФУЗ-абляція – неінвазивна безболісна процедура, що полягає в дистанційному руйнуванні пухлини фокусованим ультразвуком під



контролем магнітно-резонансного томографа. Даний метод є новим і широко не використовується, оскільки перебуває на стадії розробки. До його переваг належать: збереження репродуктивної функції, відсутність крововтрати, атравматичність, короткий реабілітаційний період, можливість впливу на велику кількість вузлів (при багатовузловій міомі). Рідко зустрічаються такі ускладнення, як опіки передньої черевної стінки, поранення кишечника, невралгія сідничного нерва.

Сьогодні існує негативна тенденція до зростання захворюваності на міому матки серед жінок більш молодого віку, які ще не народжували, але бажають мати власних дітей.

Враховуючи «омолодження» міоми, було визначено основні принципи її лікування у пацієнток молодого віку.

1. Невеликі міоми, що протягом тривалого часу не мають тенденції до росту і клінічних проявів, слід динамічно спостерігати. Наразі вирішується питання щодо допустимості тактики настороженого очікування.

2. При пухлині розміром до 12-13 тиж вагітності, з інтерстиціальним і субсерозним розташуванням вузлів, при мало- і безсимптомному перебігу призначається гормонотерапія.

3. При клінічно вираженій міомі матки і за відсутності протипоказань до магнітно-резонансної томографії, за наявності інтрамуральних або субсерозних вузлів (не більше трьох розмірами 3-6 см) можливе проведення ФУЗ-абляції.

4. При симптомній міомі та тяжкій екстрагенітальній патології з високим анестезіологічним і хірургічним ризиком, протипоказаннях до гормональної терапії, а також при безсимптомній міомі можливе виконання ЕМА.

Нами проаналізовано ефективність лікування міоми матки за малоінвазивною методикою (ЕМА) з урахуванням розмірів матки, виду фіброматозних вузлів, поєднання з гінекологічною та соматичною патологією. Усього за 5 років у медичному центрі проведено 325 таких втручань, за останні 2 роки – 211.

Вік прооперованих жінок становив від 28 до 56 років (в середньому 42 роки). У переважної більшості (58,9%) пацієнток діагностовано міому матки до 10 тиж вагітності, у 34,3% – до 15 тиж, у 6,8% жінок спостерігалися міоми великих розмірів. За розташуванням вузлів переважало поєднання субсерозних та інтрамуральних вузлів – у 24,7% випадків. Субсерозні вузли мали місце у 23,3% пацієнток, інтрамуральні – у 20,5%, субмукозні – у 17,8%, поєднання субмукозних з інтрамуральними вузлами – у 13,7% осіб.

У прооперованих шляхом ЕМА пацієнток з міомою матки відмічалася різна гінекологічна патологія: кісти яєчників, аденоміоз, рідше – гіперплазія ендометрія, гідросальпінкс, поліп, кісти шийки матки, аномалія матки (дворога матка). Деякі з жінок страждали безпліддям.

Результати консультацій суміжних спеціалістів свідчили про наявність досить різноманітної соматичної патології у прооперованих за допомогою ЕМА жінок. Здебільшого у них було виявлено вегетосудинну (нейроциркуляторну) дистонію, серед інших серцево-судинних порушень часто зустрічалися ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія різних стадій. Також траплялись випадки кардіосклерозу та кардіоміопатії, рідко – хронічного бронхіту. Досить часто оперували жінок з геморагічним синдромом та анеміями різного ступеня, що є проявом міоми матки. Крім того, у цієї категорії хворих мали місце захворювання шлунково-кишкового тракту та сечовивідної системи, зокрема виразкова хвороба, рідше – гастродуоденіт, холецистит, хронічний пієлонефрит. Близько 20% пацієнток, котрим була проведена процедура ЕМА, страждали ожирінням, до 10% – варикозною хворобою, 14,0% – алергією. Крім того, у жінок було діагностовано такі захворювання, як остеохондроз, сколіоз, міопія, дифузний нетоксичний зоб, аутоімунний тиреоїдит, дисциркуляторна енцефалопатія. Слід зазначити, що серед пацієнток зустрічалися ті, які перенесли інсульт або інші оперативні втручання (резекцію щитоподібної залози, кістектомію нирки, спленектомію, флектомію). Це вказує на те, що жінки звертаються з різноманітною екстрагенітальною патологією, при якій загальна анестезія може мати певний ризик для життя та здоров'я, а при ЕМА використовується лише місцеве знеболювання, тому це є перевагою.

Ефективність ЕМА оцінювали за суб'єктивними даними (скаргами) та об'єктивними – динамікою зміни розмірів матки й вузлів, що підтверджувалося при УЗД; припиненням кровоплину у судинах, що кровопостачали міомні вузли.

Згідно з отриманими результатами, всі жінки відмічали покращення свого стану за припиненням кровотеч і больових відчуттів. Через 6 міс після операції зменшення розмірів матки на третину виявлено у 38,4% пацієнток, до 83,0% – у 61,6% прооперованих жінок. Через 12 міс зменшення розмірів матки до 75,0% від початкових показників встановлено у 64,8% пацієнток, до нормальних розмірів матки – у 35,2%.

Зменшення розмірів міоматозних вузлів мало наступну динаміку: через 6 міс у 65,8% жінок вони зменшилися до 20,0% від початкових розмірів і майже у третини жінок за цей період – до 67,5%. Через 12 міс спостереження вже у 87,3% пацієнток виявлено зменшення розмірів вузлів від 22,0 до 75,0% від початкових.

Отримані дані свідчать про задовільні результати проведення ЕМА. Крім того, необхідно відмітити, що після проведеної емболізації завагітніли та виносили бажану вагітність 10 жінок, одна з яких народжувала двічі. Вагітність у жінок, які мріяли про дитину, наставала вже через декілька



місяців після ЕМА. При цьому народжували вони переважно самостійно, інколи – шляхом кесарева розтину.

Серед наслідків після перенесеної ЕМА було три випадки фіброматозного вузла, що народився, і це не є недоліком лікування; три випадки повторної емболізації та один – некрозу вузла внаслідок порушення живлення. Це вірогідно пов'язано з тим, що жінка мала шкідливу звичку – паління (до однієї пачки на день), а також не дотримувалася наданих їй рекомендацій, зокрема не носити важких речей.

Для покращення оцінки ефективності емболізації у медичному центрі «Людмила» кожній жінці проводять ультразвуковий скринінг маткових судин на наявність у них емболів одразу після проведення ЕМА (ще в операційній). Це сприяє зниженню вірогідності повторних емболізацій у подальшому.

Крім того, на другу добу усім прооперованим пацієнткам після ЕМА виконують УЗД органів малого таза та маткових судин, загальноклінічні аналізи. Виписують додому усіх жінок на третю добу.

Згідно з рекомендаціями, що надаються після виписки, пацієнтки повинні протягом місяця дотримуватися режиму праці та відпочинку, припинити статеві стосунки, продовжувати протизапальну терапію та, за необхідності, застосовувати знеболюючі засоби.

Такий комплексний підхід, розроблений спеціалістами за весь період проведення ЕМА в медичному центрі «Людмила», дає можливість отримати задовільні результати та уникнути ускладнень.

Таким чином, до 75% пацієнток з міомою підлягають оперативному лікуванню в об'ємі гістеректомії, що призводить до втрати репродуктивної функції. З урахуванням того, що останніми роками спостерігається «омолодження» цієї патології, видається актуальним пошук оптимального підходу до лікування міоми, який би сприяв своєчасному зупиненню росту пухлини та забезпеченню збереження органу. З цією метою можна використовувати малоінвазивні оперативні втручання, зокрема ЕМА.

Список використаної літератури

1. Адамьян Л.В. Минимально инвазивная хирургия в гинекологической практике. Акушерство и гинекология. Приложение. – 2006. – С. 11-17.
2. Бобров Б.Ю., Капранов С.А., Бреусенко В.Г. и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему (часть 2: методические аспекты) // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 56-70.

3. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2008. – Т. 1. – 598 с.

4. Грищенко В.И., Щербина М.О. Акушерство і гінекологія: у 2 кн. Підручник. Кн. 2. Гінекологія. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 424 с.

5. Калиновская О.И. Эмболизация маточных артерий как метод сохранения фертильной функции женщины // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 8. – С. 51-55.

6. Мишиева О.И., Бреусенко В.Г., Голухов Г.Н. и др. Эффективность и экономические затраты применения эмболизации маточных артерий у больных с субмукозной миомой матки // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 4. – С. 71-76.

7. Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф. Малоинвазивные технологии и система гемостаза при миоме матки // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7., № 3. – С. 587-592.

8. Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф., Столярова У.В. и др. Влияние эмболизации маточных артерий на состояние иммунной системы у больных миомой матки // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9 – С. 290-294.

9. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки, современное состояние вопроса // Ж. акуш. и жен.болезн. – 2010. – Т. LIX, № 2. – С. 81-87.

10. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Оптимизация лечения больных миомой матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4. – № 5-6. – С. 105-112.

11. Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Дифференцированный подход к лечению больных миомой матки // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 74-81.

12. Юзько А.М., Онищук О.Д., Юзько Т.А. Этиология, патогенез и новые возможности неоперативного лечения миомы матки // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2008. – № 1.

13. Hehenkamp W.J., Volkers N.A., Dondwinkel P.F. et al. Uterine artery embolization versus hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids (EMMY trial): peri- and postprocedural results from a randomized controlled trial // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – № 193. – P.1618-1629.

14. Goodvin S.C. Uterine artery embolization versus myomectomy: a multicenter comparative study. Fertil. Steril. – 2006. – Vol. 85. – № 1. – P. 14-21.

15. Kroenke T.J. Acrylamido polyvinyl microsphere for uterine artery embolisation: 12-month clinical and MR imaging results // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2008. – Vol. 19. – P. 47-57.