Эффективность нового метода лечения миомы матки - эмболизации маточных артерий

Полякова В.А., Кармацких Т.Н., Касьянов Л.С.,

Максименко Н.В., Поляков А.М., Гергель И.В., Карпова И.А.

Миома матки, доброкачественная гормонозависимая опухоль миометрия, в настоящее время занимает 2 место по частоте в структуре гинекологической патологии после воспалительных заболеваний. Известно, что каждая 4-5-я женщина в мире страдает миомой матки. Риск развития миомы матки повышается после 30 лет. В этом возрастном периоде миома матки встречается у 15-17 % женщин. У женщин старше 50 лет в 40% обнаружена миома матки. Миома матки значительно реже встречается в молодом возрасте, до 20-30 лет, составляя 0,9-1,5%.

В последние годы наблюдается «омоложение» миомы матки, что объясняется ростом числа воспалительных заболеваний женских половых органов.

Для лечения миомы матки используют консервативные и оперативные методы. Консервативное лечение далеко не всегда приносит желаемый результат, и заболевание продолжает оставаться наиболее частой причиной операций, которые составляют до 80% плановых хирургических вмешательств в гинекологических стационарах.

Оперативное лечение проводят по показаниям. Операции по удалению матки (ампутация, экстирпация) травматичны и ведут к потере репродуктивной функции. В настоящее время для лечения миомы матки внедряется новый органосохраняющий метод - эмболизация маточных артерий (ЭМА).

В 1995 году французский гинеколог Ravina сообщил о первых успешных результатах лечения 16 женщин. Используя эмболизацию артерий в качестве предоперационной подготовки, он отметил клиническое улучшение и уменьшение размеров миомы. Это наблюдение позволило применить ЭМА как самостоятельный метод лечения.

В мире выполнено более 300 000 ЭМА. В России методика применяется с 2001 года. За 2 года в России выполнено более 1500 ЭМА. В Тюменской области впервые ЭМА проведена в августе 2004 года на базе Тюменской областной клинической больницы № 1. К декабрю 2005 года количество выполненных манипуляций превышает 100.

Суть данной методики заключается во введении эмболизирующего вещества (поливинилалкоголь, гельфоам) в маточные артерии под рентгенологическим контролем. При этом возникает острая ишемия и некроз в миоматозных узлах, имеющих концевой тип кровоснабжения, в то время как здоровый миометрий не страдает благодаря наличию в нем коллатералей.

Перед процедурой пациентки подвергаются тщательному общеврачебному и гинекологическому обследованию. Необходима достаточная уверенность в том, что миома матки является единственной или основной причиной имеющихся симптомов. Для уточнения диагноза, определения количества, локализации и размеров миоматозных узлов всем пациенткам выполняются ультразвуковое исследование и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза.

Целью данной работы является оценка эффективности метода эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки.

Материалы и методы

Нами проведен клинико-анамнестический анализ историй болезни 45 женщин в возрасте от 26 до 56 лет больных миомой матки, которым выполнялась ЭМА в период с августа 2004 года по август 2005 года на базе Тюменской областной клинической больницы №1. Данные заносились в специально разработанную статистическую карту. Клинический эффект ЭМА оценивался по динамике жалоб, изменений менструальной функции, уменьшения размеров матки (по данным УЗИ) через 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследуемых больных миомой матки - 42 года, в большинстве случаев это женщины от 30 до 50 лет. Именно в этом возрасте чаще всего выявляется миома матки. Большинство обследуемых женщин рожали: самостоятельно или путем операции кесарева сечения. Необходимо отметить, что треть женщин не имели беременность и не рожали. Более чем у половины пациенток в анамнезе были аборты, рассматриваемые в современной гинекологии как фактор риска развития миомы матки.



Средняя длительность заболевания составляла 6 -7 лет. У больных миомой матки чаще встречалась интерстициально-субсерозная форма (51,5%), реже интерстициально-субмукозная (13,3%), интерстициальная (11,1%) и другие формы. У подавляющего большинства пациенток имелось несколько миоматозных узлов.

Миома матки в обследуемой группе женщин чаще всего сочеталась с хроническими воспалительными заболеваниями репродуктивной системы - у 24,4% исследуемых, затем с эндометриозом - 11,1% и реже с другими гинекологическими заболеваниями (киста яичника, полип эндометрия, бесплодие). Большинство женщин не получали лечения по поводу миомы матки вообще (таблица 1), другие чаще всего применяли фитотерапию, гормональную терапию. При больших размерах матки, величине узлов более 10 см перед ЭМА для уменьшения размеров у 4-х женщин однократно применялся диферелин в дозе 3,75 мг. У большей части женщин миома матки проявилась нарушением менструальной функции в виде гиперменструального синдрома, альгоменореи, дисменореи (рис.1). Одна пациентка находилась в менопаузе, однако, в связи большими размерами миомы (14-15 недель) и нарушением функции тазовых органов, ЭМА была выполнена и ей.



Рис. 1. Менструальная функция

После процедуры у 66,7% женщин менструальная функция нормализовалась, причем нормализация произошла в первые месяцы (таблица 2).

Таблица 2. Нормализация менструальной функции

|  |  |
| --- | --- |
| Сроки нормализации | n (%) |
| Сразу (менструация в срок) | 16 (35,6) |
| Через 1-2 мес. | 10 (22,2) |
| Через 3-6 мес. | 4 (8,8) |

У 2-х женщин пременопаузального возраста после ЭМА наступила менопауза, что расценивается как положительное влияние ЭМА, так как в менопаузе и постменопаузе миома подвергается обратному развитию.

Среди наиболее частых жалоб отмечались боли внизу живота, пояснице, дизурия, прогрессирующий рост узлов (рис. 2). После манипуляции значительно уменьшились все жалобы, что отражает клинический эффект ЭМА.



Рис. 2. Жалобы

После процедуры ЭМА развивается так называемый постэмболизационный синдром, являющийся неотъемлемой частью реакции организма на острую ишемию и некроз миоматозных узлов. При больших размерах интерстициальных узлов миомы риск развития длительного (до 2-3 недель) течения постэмболизационного синдрома повышается. Постэмболизационный синдром, наблюдавшийся у 100% обследуемых, проявлялся болями внизу живота, фебрильной или субфебрильной лихорадкой, скудными кровянистыми выделениями из половых путей, тошнотой и однократной рвотой, слабостью, рождением миоматозного узла.

Самым частым симптомом постэмболизационного синдрома явились боли внизу живота. Во время самой процедуры четверть больных ощущали боли внизу живота разной степени интенсивности (рис. 3). Более чем 80% обследуемых отмечали появление болей через 1-3 часа, причем чаще интенсивность их они оценивали в 1-2, 3-4 балла. Через 6-12 часов частота и интенсивность болей значительно уменьшились. Через 2-3 суток только 1 женщина отмечала боль средней степени интенсивности.

Для предупреждения и уменьшения выраженности болевого синдрома в протоколах большинства центров предусматривается назначение перед вмешательством и после него нестероидных противовоспалительных препаратов, наркотических анальгетиков. Описана методика введения местных анестетиков (новокаин) в маточные артерии непосредственно перед эмболизацией.



Рис. 3. Постэмболизационный синдром. Купирование болей.

В среднем больные проводили в стационаре 3 дня, что говорит о хорошей переносимости процедуры и быстрой реабилитации.

По данным УЗИ у обследуемых женщин в среднем объем матки превышал нормальные значения в 13 раз. После ЭМА размеры матки значительно уменьшились, что четко выявляется в динамике (таблица 3). Объективным критерием эффективности и преимуществом данного метода является также то, что при быстром исчезновении клинических симптомов заболевания регрессия самой миомы происходит медленно.

Таблица 3. Результаты ультразвукового исследования матки у больных миомой до и после ЭМА



Метод ЭМА позволяет сохранить репродуктивную функцию. Учитывая пременопаузальный возраст, 77% женщин не планировали беременность, 20% молодых женщин планируют беременность спустя 1 год после выполнения ЭМА. У 2-х женщин после ЭМА наступила беременность, причем в одном случае нежеланная, женщина намерена ее прервать.

Выводы

миома опухоль эмболизация

1. Эмболизация маточных артерий в настоящее время является единственным радикальным безрецидивным органосохраняющим методом лечения миомы матки.

2. К несомненным преимуществам метода относятся: сохранение репродуктивной функции, малая травматичность, отсутствие необходимости в общем наркозе, отсутствие кровопотери, эффективность в отношении симптомов миомы в 85-96% случаев, воздействие на все узлы при множественном поражении, отсутствие роста и рецидивов в отдаленном периоде, хороший косметический эффект, непродолжительное пребывание в стационаре и короткие сроки реабилитации, отсутствие необходимости в пред- и постпроцедурном дополнительном лечении.

3. Широкое применение ЭМА как метода выбора в лечении миомы матки позволит решить проблему сохранения репродуктивной функции, особенно у молодых женщин, больных миомой матки.