

УДК 616-036-089.812(571.63)

ОПЫТ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Л.Н. Ермолина, В.В. Фролов, В.О. Котиков

Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091, г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: миома матки, лечение, постэмболический синдром, беременность.

Как показывает мировой опыт, показаниями к эмболизации маточных артерий (ЭМА) являются симптомные миомы, нереализованная репродуктивная функция, а также тяжелая экстрагенитальная патология. Описано 85 наблюдений ЭМА по поводу миом матки различной локализации и размеров у женщин 33–48 лет. Ближайший послеоперационный период в 94,2 % случаев сопровождался достаточно своеобразной клинической картиной «постэмболического синдрома», купированной консервативными методами. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $3,6 \pm 0,2$ койко-дня. ЭМА позволила сохранить матку в 84 случаях, в 4 % наблюдений после вмешательства наступила беременность.

Миома (лейофибромииома) матки, доброкачественная опухоль из гладкой мышечной ткани, которая кроме миоцитов содержит соединительнотканый компонент, кровеносные сосуды, плазматические и тучные клетки, является одним из наиболее распространенных заболеваний в гинекологической практике и, по данным различных источников и повседневных клинических наблюдений, встречается у 30–77 % женщин [4, 5, 6]. В 80 % случаев миома диагностируется у женщин репродуктивного возраста [9]. В настоящее время показания к гистерэктомии позволяют врачу наблюдать пациентку с этой опухолью размером до 12 недель беременности. В связи с этим допускается пассивность введения женщин с меньшими размерами опухоли, когда сегодня лечение можно было бы провести и наиболее эффективно, и сохранив орган.

Несмотря на постоянное усовершенствование лапаротомической и лапароскопической миомэктомии и гистерорезектоскопии, частота рецидивов миом матки не уменьшается [1]. Отмечается тенденция к «омоложению» этого широко распространенного заболевания. Если 20 лет назад в возрасте от 25 до 45 лет миомы матки встречались у 30 % женщин, то за последние 5 лет частота их регистрации в этой возрастной группе возросла до 50 % [2, 7].

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – высокоэффективный, малоинвазивный, органосохраняющий метод лечения миомы матки [8]. Главная задача ЭМА – селективное закрытие сосудов перифиброидного сплетения (которые имеют средний диаметр около 500 мкм), что приводит к асептическому некрозу и в дальнейшем к гиалиновой дегенерации миомы. После вмешательства в течение суток после пережатия маточных артерий кровотока в миометрии (за исключением миоматозных узлов) полностью восстанавливается. ЭМА может быть применена при всех симптомных миомах, т.е. опухолях, вызывающих кровотечения, боли, чувство тяжести,

учащенное мочеиспускание, диспареунию, а также при бессимптомных миомах любых размеров. Противопоказанием являются злокачественные новообразования, активный инфекционный процесс, субсерозные и субмукозные миомы на тонкой ножке (так как в случае с субсерозными миомами велика вероятность осложнений, а педункулярные субмукозные миомы могут быть удалены гистероскопически), общие для ангиографии противопоказания – аллергия на контрастное вещество и почечная недостаточность.

Цель исследования: оценка эффективности эмболизации маточных артерий у женщин с миомой матки на материале гинекологического отделения ПМКБ № 1.

Материал и методы. Наблюдали 85 женщин с миомами матки различной локализации (согласно классификациям МКБ-10 и ESGE) и размеров. Средний возраст пациенток составил $40,3 \pm 2,3$ года (от 33 до 48 лет). Из них 26 произведена ЭМА в 2010 г., 35 – в 2011 г. и 24 – в 2012 г. В 8 случаях диагностированы подслизистые опухоли, в 77 – смешанный тип миом. До ЭМА средний объем матки составлял $504,2 \pm 38,8$ см³, узлов опухоли – $136,5 \pm 15,3$ см³. Предоперационная подготовка и обследование не отличались от стандартов, рекомендуемых при других гинекологических операциях: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический профиль, электрокардиография, ультразвуковое исследование с дополнительными опциями (трансвагинальное сканирование, доплерография, трехмерное сканирование). Гистологическое исследование аспирата из полости матки выполнено в 62,4 %, соскобов из полости матки – в 37,6 % наблюдений. Офисная гистероскопия проведена в 75,3 % случаев. При ультразвуковом исследовании с доплерографией у одной пациентки была зафиксирована выраженная васкуляризация и высокая скорость кровотока в опухоли, что позволило заподозрить злокачественный процесс, в связи с чем было проведено оперативное лечение и морфологически был установлен диагноз саркомы матки (данная женщина не включена в исследуемую группу).

В 21 наблюдении ЭМА была предложена по причине высокого анестезиологического риска, в 7 – по причине выраженного спаечного процесса в малом тазу и высокого риска хирургических осложнений. Категорическим отказом от полостной операции мотивировали ЭМА 67 % женщин. 16 человек не исключали возможность осуществления репродуктивной функции.

Для эмболизации использовали несферические частицы PVA (COOC, Дания), сферические частицы

PVA Contour (Boston Scientific, США), сферические гидросферы Bead Block (Terumo, Япония).

Результаты исследования. В ближайшем послеоперационном периоде у 94,2% больных после процедуры наблюдался болевой синдром различной интенсивности длительностью от 1 до 3 суток, который купировался назначением ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. В 87,1% наблюдений отмечалась лихорадка в 1-е сутки. У 3 из 8 пациенток с подслизистой локализацией опухоли в течение первого месяца после вмешательства произошла трансвагинальная эвакуация узла, у 2 – полная экспульсия, 1 пациентке понадобилась дополнительная медицинская помощь, и после удаления узла наблюдалось полное исчезновение клинических симптомов. У двух женщин, у которых ранее был диагностирован 2-й тип миомы, через 3 месяца после ЭМА при ультразвуковом исследовании зафиксирована миграция узлов в 1-й тип и в дальнейшем проведена трансвагинальная миомэктомия. Одной пациентке выполнена гистерэктомия по причине не поддающейся терапевтической коррекции длительной (более 3 месяцев) метроррагии (гистологическое заключение – лейомиома матки с некрозом узла).

Средняя длительность пребывания женщин в стационаре составила $3,6 \pm 0,2$ койко-дня. Через 2 месяца наблюдения зарегистрировано уменьшение среднего объема матки в 1,3 раза, объема узлов – в 1,7 раза, через 12 месяцев средний объем матки зафиксирован на уровне $302,1 \pm 15,3$ см³, объем узлов – на уровне $31 \pm 3,1$ см³. Удовлетворены процедурой и не были разочарованы в выборе ЭМА 98,8% больных, что описывается и другими авторами [3].

Влияние ЭМА на фертильность в настоящее время остается открытым вопросом. До сих пор не было проведено статистически достоверного сравнения фертильности после ЭМА и миомэктомии. В литературе описаны случаи завершившихся нормальными родами беременностей у женщин после ЭМА [9]. В наших наблюдениях у 3 пациенток после ЭМА в течение 2 лет реализовалась репродуктивная функция. Срочными самостоятельными без осложнений родами завершилась беременность у 2 женщин. Еще в 1 случае срочные роды были выполнены оперативным путем по акушерским показаниям. Здесь во время кесарева сечения была проведена миомэктомия и после вскрытия капсулы энуклеация узла не сопровождалась кровотечением, как это обычно происходит в случаях без предварительной эмболизации.

Обсуждение полученных данных. Для ЭМА характерным клиническим проявлением является развитие постэмболического синдрома. Несмотря на боли, регистрировавшиеся более чем у 90% пациенток, ЭМА позволила сохранить матку в 84 случаях, в 4% наблюдений после вмешательства наступила беременность.

Таким образом, по результатам нашей работы можно заключить, что ЭМА является полноценной малоинвазивной органосохраняющей альтернативой

хирургическому лечению миомы матки. Являясь высокоэффективным и безопасным методом, она имеет все перспективы в ближайшее время стать методом первоочередного выбора у больных с данной патологией. Главная роль ЭМА состоит в сохранении анатомической и функциональной целостности органа, что важно для решения репродуктивной задачи в случаях, когда это необходимо. ЭМА также показана пациенткам высокой группы риска по послеоперационным и анестезиологическим осложнениям. Эндоваскулярная хирургия может быть успешно применена у женщин с миомой матки в сочетании с тяжелой постгеморрагической анемией в качестве предоперационной подготовки, у молодых пациенток с рецидивами миомы матки, нежелающих подвергаться оперативному лечению. Однако отношение к органосохраняющей хирургии миомы матки должно быть реалистичным и вмешательства необходимо проводить в лечебных учреждениях с высококвалифицированными специалистами.

Литература

1. Гарипов Р.М., Кулавский В.А. Лечение геморрагического синдрома при миоме матки методом эмболизации маточных артерий // Тез. докл. IV съезда акушеров-гинекологов России. М., 2008. С. 330.
2. Гаспаров А. С., Дубинская Е.Д. Миома матки: современные возможности лечения // Ремедиум. 2005. № 1–2. С. 50–54.
3. Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И. Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение. М.: Видар-М, 2010. 244 с.
4. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И.С. Сидоровой. М.: Медицина, 2003. 256 с.
5. Самойлова Т. Е. Миома матки. Обоснование неоперативного лечения // Проблемы репродукции. 2003. Том 9, № 4. С. 32–36.
6. Сидорова И.С., Коган Е.А. и др. Клиническая характеристика разных гистотипов миомы матки // Проблемы репродукции. 2008. Спец. выпуск. С. 308.
7. Тихомиров А. Л., Лубин Д.М. Миома матки. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 206 с.
8. Шарифулин М.А., Квашин А.И. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки // Тез. докл. IV съезда акушеров-гинекологов России. М., 2008. С. 521.
9. McLucas B., Goodwin S., Adler L. et al. Pregnancy following uterine fibroid embolization // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2001. Vol. 74, No. 1. P. 1–7.

Поступила в редакцию 18.03.2013.

EXPERIENCE IN UTERINE ARTERY EMBOLISATION IN PRIMORSKY KRAI

L.N. Ermolina, V.V. Frolov, V.O. Kotikov
Primorsky Krai Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Summary – The best practices demonstrate that the uterine artery embolisation is justified in case of symptomatic myoma, unrealised reproductive function and severe extragenital pathology. The paper describes 85 cases of uterine artery embolisation on uterine myoma of different location and size in women aged 33 to 48. In 94.2% of cases the immediate postoperative period was characterised by rather specific clinical manifestations of 'post-embolisation syndrome' successfully treated using conservative methods. The mean length of stay was 3.6 ± 0.2 bed-days. The uterine artery embolisation was a uterus-preserving surgery in 84 cases. In 4% of cases a pregnancy occurred.

Key words: uterine myoma, surgery, post-embolisation syndrome, pregnancy.