

УДК 616-005.2

С. С. Мусаев, С. Т. Ержанов

Центральная клиническая больница Медицинского центра
Управления делами Президента Республики Казахстан
г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В ГИНЕКОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

АННОТАЦИЯ

Проведена эмболизация маточных артерий - малоинвазивный эффективный метод лечения миомы матки, сочетающий в себе радикальность, достаточную универсальность, малое количество осложнений и обеспечивающий возможность сохранения репродуктивной функции женщины.

Ключевые слова: эмболизация маточных артерий, миома матки, репродуктивная функция.

Миома матки – одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей женской репродуктивной системы. Она обнаруживается у 15-20 % женщин старше 30 лет и почти у 50 % женщин после 40 лет. В гинекологической практике около 30 % обращений составляют пациентки с миомой матки [1].

Основным методом лечения миомы матки остается хирургический. Основной операцией является гистерэктомия (удаление матки), которая у большинства больных приводит не только к утрате репродуктивной функции, но и к нейроэндокринным и гормональным нарушениям [2]. При этом показания к хирургическому лечению возникают в возрасте примерно 45 лет, т.е. в период высокой социальной активности женщины [3].

Важно более широко использовать органосохраняющие методы лечения. К органосохраняющим методикам относятся гормонотерапия, консервативная миомэктомия и эмболизация маточных артерий (ЭМА) [4].

Гормонотерапия более эффективна в отношении небольших узлов. На ее фоне основные симптомы миомы матки часто купируются. Вместе с тем после ее отмены у 67 % пациенток начинается экспансивный рост узлов с признаками нарушения их питания. В то же время длительная гормонотерапия сопряжена с риском возникновения некоторых системных осложнений, таких, как ложная менопауза, ней-

ровегетативные расстройства, психоэмоциональные нарушения, остеопороз [5].

Консервативная миомэктомия позволяет сохранить репродуктивную функцию, но также не лишена недостатков. Основные из них: риск, связанный с открытым хирургическим вмешательством (риск кровопотери, анестезиологических, тромбоэмболических осложнений); частое развитие спаек, влияющих на детородную функцию; риск разрыва матки при последующих беременностях; не всегда достаточная радикальность операции, которая обусловлена различной локализацией узлов, множественностью поражения и ограничениями, присутствующими выбранному методу миомэктомии. Рецидивы миомы матки случаются у 25-30 % женщин [6].

Наличие у гормонотерапии и консервативной миомэктомии вышеперечисленных недостатков привело к поиску других методов малоинвазивного и органосохраняющего лечения миомы матки. Таким методом стала эмболизация маточных артерий (ЭМА) [7,8].

Клинический пример:

В гинекологическое отделение ЦКБ МЦ УДП РК поступила пациентка С., 1961 г.р. с жалобами на тянущие боли внизу живота и установленным диагнозом: интрамуральная лейомиома матки.

В анамнезе: считает себя больной в течение 2-х лет, когда впервые появились боли внизу

живота, тогда же была выявлена миома матки. Амбулаторно принимала индиол, эпигаллат по схеме – без эффекта. На УЗИ органов малого таза – миома матки. Перенесенные заболевания ОРВИ, артериальная гипертензия с максимумом АД 160/80 мм.рт.ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт.ст., антигипертензивные препараты не принимает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет. Последняя менструация - 01.08.2013, беременностей – 9; роды – 1; медицинские аборт – 8; гинекологические заболевания: миома матки впервые выявлена в 2011 г.

Пациентка прошла полное гинекологическое обследование для исключения заболеваний со схожей с миомой симптоматикой, прежде всего онкологических. Гинекологами отделения было принято решение о проведении пациентке процедуры ЭМА как малоинвазивного и органосохраняющего метода лечения миомы матки.

В рентгенэндоваскулярной лаборатории больницы больной была произведена ЭМА под местной анестезией. Описание метода: тонкой иглой через кожу пунктировали сосуд на бедре, через иглу в сосуд вводили специальный катетер (1,5-2,0 мм в диаметре). Затем селективно катетеризировали маточные артерии с обеих сторон с последующим введением эмболизационного препарата - в данном клиническом случае микросферами 700-900 нм, до тех пор, пока сосуды, питающие миоматозные узлы, не заблокировались.

Время проведения ЭМА составило 25 мин., тогда как среднее время гистерэктомии – 60-80 мин. Образования гематомы в области пункции после использования аппарата для гемостаза Exoseal не отмечалось. Кровопотеря составила 10 мл, а средняя кровопотеря при

гистерэктомии – 70-100 мл.

В первые часы после ЭМА пациентка жаловалась на боли в нижних отделах живота, повышение температуры до 37-37,5°. Это были проявления так называемого "постэмболизационного синдрома", что является частым явлением после вмешательства. Боль связана с прекращением кровотока в миоме и свидетельствует об эффективности эмболизации. Прекращение питания вызвало ишемию узлов и в конечном итоге привело к их уменьшению и исчезновению клинических проявлений.

Обезболивание достигалось введением Sol. Promidoli 2%-2.0 в/м каждые 6 ч в течение первых суток после вмешательства.

В первые же сутки после процедуры пациентка была активизирована, на 5-е сутки – выписана из стационара.

В настоящее время проводится динамическое наблюдение за пациенткой совместно с гинекологами для оценки отдаленных результатов.

Таким образом, эмболизация маточных артерий имеет следующие преимущества перед классическими методами лечения миомы:

- менее травматичная мини-инвазивная процедура с меньшим количеством осложнений, таких, как инфекция, кровотечение, спайки в брюшной полости, по сравнению с миомэктомией и гистерэктомией;
- короткий период пребывания в стационаре и реабилитации, улучшение качества лечения и удовлетворенности пациенток;
- сохранение матки и способности к деторождению;
- безопасность и комфорт пациенток;
- ЭМА проводится по государственной квоте, что обеспечивает доступность процедуры для граждан РК.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аракелян А. С., Киселев С. И., Коньшева О. В. Лапароскопическая гистерэктомия при миоме матки больших размеров // Проблемы репродукции. - 2007. - № 6. - С. 78-82.
- 2 Бреусенко В. Г., Капранов С. А., Краснова И. А. и др. Эмболизация маточных артерий, современный метод лечения миомы матки // VI Рос. форум "Мать и дитя": тез. докл. - М., 2004. - С. 304.
- 3 Бреусенко В. Г., Капранов С. А., Краснова И. А., Бобров Б. Ю. Спорные вопросы ЭМА при миоме матки // Вопросы гинекологии акушерства и перинатологии. - 2005. - Т. 4, № 4. - С. 44-48.

4 Дикарева Л. В., Шварев Е. Г., Аюпова А. К. Клинико-диагностические аспекты быстрорастущей миомы матки // Проблемы репродукции. - 2008. - № 6. - С. 20-25.

5 Кавталадзе З. А., Дроздов С. А., Былов К. В. и др. Эмболизация маточных артерий при фибромиоме матки // Междунар. журн. интервенц. кардиоангиологии. - 2005. - № 7. - С. 55.

6 Капранов С. А., Беленький А. С., Бобров Б. Ю. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки 126 наблюдений // Бюл. НИИ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН "Сердечно-сосудистые заболевания". - 2003. - Т. 4, № 11. - 219 с.

7 Чайка К. В. Оптимизация консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного возраста // Медико-социальные проблемы семьи. - 2013. - Т. 18, № 1. - С. 109-112.

8 Шильев А. Ю. Клиника, диагностика и лечение патологии шейки матки у больных с миомой матки: автореф.... канд. мед. наук. - М., 2009. - 115 с.

ТҮЙІН

Жатыр артерияларының эмболизациясы өткізілді - ол радикалды, жан-жақты, асқинулардың аздығы және әйелдің репродукциялық қызметін сақтау мүмкіндігін қамтамасыз ететін жатыр миомасын емдеудің аз инвазивтік тиімді әдісі.

Түйінді сөздер: жатыр артерияларының артериясы, жатыр миомасы, репродуктивтік қызмет.

SUMMARY

Uterine artery embolization is performed as effective and low-invasive treatment of uterine fibroids, which combines efficacy, sufficient versatility, low number of complications, and provides the ability to save the reproductive function of women.

Key words: uterine artery embolization, uterine cancer, reproductive function.