

*Насимова Н.О.,
Агабабян Л.Р.,
Насимова Г. О.*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ (зав. - дои. Сафаров А. Т.) СамМИ
(ректор - проф. Шамсиев А. М.)

Миома матки является самой распространенной патологией среди всех заболеваний женской половой сферы [3, 5]. Исследования, проведенные в последние годы, указывают на тенденцию к ее “омоложению” [2, 3, 5]. Миома матки встречается в репродуктивном возрасте достаточно часто: в 13—27% случаев, первичное бесплодие наблюдается у каждой пятой больной с миомой матки, вторичное — у каждой четвертой [1-5]. От 60 до 95% всех оперативных вмешательств у женщин репродуктивного периода с миомой матки приходится на радикальные операции, приводящие не только к потере репродуктивной и менструальной функции, но и к выраженным вегетососудистым и психоэмоциональным нарушениям. Несмотря на то, что миома матки является самой распространенной опухолью женского организма, лечение этого заболевания по-прежнему остается сложной и комплексной проблемой. Все методы лечения можно разделить на 2 группы: консервативные и хирургические. Консервативная терапия миомы матки проводится с целью торможения роста или обратного развития опухоли, лечения мено- метроррагий и анемии. Одним из основных патогенетических методов консервативного лечения миомы матки является гормональная терапия (Тихомиров А.Л., 2000). Некоторое время назад предлагалось применение различных сочетаний андрогенов (тестостерона пропионат, метилтестостерон), гестагенов (прогестерон, прегнин) и тономоторных (питуитрин, гифототин, маммофизин) препаратов. В последнее время использование андрогенов значительно ограничено в силу частого возникновения выраженных побочных действий (вирильный синдром, аменорея, огрубение голоса и др.). Сегодня назначают производные 19-норстероидов (норколут, примолут-нор, норэтистерон, оргаметрил, гестрион, немест- ран). Под действием этих препаратов миома и, соответственно, матка несколько уменьшаются в среднем на 1-2 нед беременности; уменьшается кровопотеря при менструации и нормализуется уровень гемоглобина. Однако, клинический эффект удается получить при миоме, не превышающей 8 нед беременности [9,10]. Антигонадотропины, имеющие стероидную структуру (даназол, гестрион), и агонисты гонадолиберинов (золадекс, диферелин, бусе- релин и др.) влияют на рост миоматозных узлов. Под действием агонистов ГнЛГ возможно уменьшение объема миоматозных узлов до 55%. Однако эффект их временный - после прекращения приема препарата и восстановления менструальной функции у 67% больных начинается экспансивный рост миомы с признаками нарушения питания [8,9,16]. Несмотря на большой прогресс в области консервативного лечения миомы матки, медикаментозной терапии (в

первую очередь - гормонотерапии) отводится второстепенная роль. Эти препараты назначают с целью коррекции симптомов, торможения роста опухоли. Даже самые современные препараты позволяют добиться только временного эффекта [9,10,16].

Как правило, наилучшие результаты гормонотерапии достигаются при миомах небольших размеров. В других случаях возможно применение ГнЛГ в качестве предоперационной подготовки перед запланированной миомэктомией, для уменьшения самих узлов и кровотока в них [20,21,24].

Хирургическое лечение гоже делится на 2 вида: консервативно-пластические операции и радикальные.

Удаление миомы (миомэктомия). Миомэктомия заключается в удалении миоматозных узлов и сохранении тела матки и может осуществляться лапаротомическим, лапароскопическим и гистероскопическим доступом. Миомэктомия требует общего наркоза и пребывания в стационаре в течение 3-7 дней. Полное восстановление (при неосложненном течении послеоперационного периода) занимает 2-3 недели.

Миомэктомия позволяет избежать ряда недостатков гистерэктомии. Во-первых, это органосохраняющее вмешательство, которое создает реальные предпосылки для сохранения фертильности. Во-вторых, при этом варианте операции удастся избежать СПГ [29,30]. В то же время, миомэктомия также не является идеальным методом. Это вмешательство выполнимо далеко не всегда. Помимо размеров, количества и расположения миоматозных узлов, выполнимость миомэктомии зависит от опыта оперирующего специалиста.

Еще одним ограничением миомэктомии является вероятность возникновения интраоперационного кровотечения, которое может потребовать перехода к гистерэктомии. Помимо этого, почти у 30% больных, перенесших

(Вестник врача, Самарканд миомэктомия, возникает рецидив заболевания. Это объясняется, прежде всего, тем, что в ходе операции не всегда удается удалить все узлы, некоторые из них, имеющие небольшие размеры, могут оставаться и впоследствии расти. Кроме того, сама механическая травма матки может являться фактором, провоцирующим возникновение новых миом [31,32]. Как видно, вплоть до настоящего времени проблема органосохраняющего лечения миомы матки остается одной из наиболее актуальных проблем современной гинекологии [31,32,33].

Удаление матки (гистерэктомия). По сей день самым распространенным методом лечения миомы является радикальная операция - гистерэктомия. Гистерэктомия - это удаление всей матки. Может выполняться как открытым способом, так и лапароскопически. Требуется общего наркоза и пребывания в стационаре не менее 7 дней. Полное восстановление (при неосложненном течении послеоперационного периода) занимает 3-6 недель [33,34,35].

Важно отметить, что этот внешне радикальный метод лечения миомы матки, к сожалению, не лишен серьезных недостатков. Очевидно, что для пациенток, не завершивших детородную функцию, удаление матки является крайне нежелательным. Кроме того, как и любое хирургическое вмешательство, требующее наркоза, гистерэктомия связана с определенной степенью анестезиологического риска и серьезных осложнений, в особенности у пациенток с сопутствующей патологией, выраженной анемизацией [32,34,35]. Ежегодно в стационарах во время гистерэктомии происходит до нескольких десятков фатальных осложнений, что в 95% случаев связано с осложнениями наркоза [33,34,35]. Не менее важной особенностью гистерэктомии является высокая вероятность развития в послеоперационном периоде синдрома постгистерэктомии (СПГ или ПГС) - комплекса гормональных, вегетососудистых и психологических нарушений, значительно ухудшающих качество жизни пациенток. СПГ возникает более чем у 50% женщин после гистерэктомии и характеризуется нарушениями гормонального фона, психоэмоциональной сферы и вегетососудистой регуляции [31,32,34]. При этом существенно возрастает риск развития таких заболеваний как рак молочной железы, ишемической болезни сердца [32,33,35].

С учетом молодого возраста больных миомой матки, становится очевидным, что для большинства из них гистерэктомия является инвалидизирующим вмешательством, приво-

(Do⁴tor a\6orotnomasi, Samarqatuf

дящим как к психологическим, так и к физическим страданиям [31,33,34].

Известно, что после удаления матки не только не устраняются сопутствующие развитию опухоли

нарушения, но в ряде случаев они даже усугубляются, что требует проведения длительных реабилитационных мероприятий [32]. Развитию миомы с ее характерным клиническим симптомокомплексом, как правило, сопутствуют многообразные системные нарушения в организме женщины, степень выраженности которых прямо зависит от продолжительности заболевания даже при относительно малосимптомном его течении. Указанный временной фактор определяет глубину развивающихся функциональных нарушений. При быстром росте опухоли и выраженных клинических проявлениях вторичные функциональные и метаболические нарушения, в возникновении которых немалую роль играют последствия хронической патологической кровопотери, развиваются относительно быстро [31, 32,33]. В связи с этим показания к операции нередко возникают в пределах первых месяцев или лет с момента выявления опухоли. При относительно медленном росте опухоли, без деформации полости матки, вторичные системные нарушения развиваются постепенно и выявляются более отчетливо, чаще спустя 4-5 лет от начала заболевания. Выбор врачебной тактики определяется функциональным состоянием репродуктивной системы в момент обнаружения опухоли [32,33,35].

Важно четко определить показания к оперативному лечению. Большинство авторов считают миомэктомию более щадящей операцией при небольших размерах матки и отсутствии осложнений, поскольку она предусматривает сохранение матки. Однако иногда при хаотическом расположении множественных узлов целесообразность сохранения органа весьма сомнительна [32,33]. Кроме того, некоторые авторы считают, что миомэктомия сравнительно с гистерэктомией сопровождается большей кровопотерей и во время нее чаще возникает необходимость в гемотрансфузии (что, естественно, увеличивает общий риск вмешательства) [32,33]. До 25% женщин, перенесших консервативную операцию, особенно при множественных узлах, в дальнейшем нуждаются в гистерэктомии в связи с повторным ростом опухоли. Даже при наилучших условиях миомэктомия сопровождается риском развития рубцовых изменений матки и других органов малого таза, что может вызвать бесплодие [34,35]. При беременности, которая наступает впоследствии, повышен риск разры-

ва матки [31,32,34]. Показания к оперативному лечению миомы матки в целом четко определены [33,35].

Следует отметить, что при определении объема оперативного вмешательства хирурги учитывают состояние шейки матки и при отсутствии патологии может быть произведена операция субтотальной гистерэктомии (надвлагалищной ампутации матки) [31,33,34].

С 1979 года для остановки маточных кровотечений, возникающих после родов и операций на матке применяется метод эмболизации маточных артерий - ЭМА [32,34]. Таким образом, эта методика применялась еще до появления лапароскопической хирургии, которая уже давно прочно вошла в арсенал оперативной гинекологии [34,35,36].

Тем не менее, применять ЭМА для лечения миомы матки начали только в начале 90-х годов [9,10]. Первоначально ЭМА предполагали использовать в качестве метода предоперационной подготовки перед миомэктомией для уменьшения риска кровотечения. Однако, вскоре было установлено, что необходимость в проведении миомэктомии после ЭМА отпадала [9,10,32]. После получения первых обнадеживающих результатов ЭМА стала стремительно входить в практику большого количества лечебных учреждений США, Европы, стран Азии и Ближнего Востока [5,6,7]. Важной особенностью ЭМА является отсутствие риска рецидива заболевания после вмешательства. Это связано с тем, что при ЭМА воздействие происходит на все узлы, независимо от их размера. В настоящее время имеются позитивные данные наблюдения большого количества пациенток в отдаленном периоде - более 98% женщин после ЭМА не нуждаются ни в каком дополнительном лечении по поводу миомы матки [9,10,32]. Преимущества эмболизации:

- Вмешательство высокоэффективно более чем в 98% случаев (после ЭМА не нужно возвращаться к вопросу о лечении миомы матки)

- Происходит немедленное улучшение симптоматики

- Миомы не возникают повторно (в отличие от особенностей патологии шейки матки).

Литература

1. Айламазян, Э.К. Гинекология от пубертата до менопаузы Текст. / Э.К. Айламазян. М.: МЕДпресс - информ, 2006. — с.491. — ISBN 5-98322-235-X.
2. Аполихина, И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин Текст. / И.А. Аполихина. — М.: Гэотар-мзд, 2002. - 111с.
3. Аполихина, И.А. Возможности кольпоскопии в диагностике папилломавирусной инфекции гениталий Текст. / И.А. Аполихина // Человек и лекарство: материалы науч.- практ. конф., (9-11 апр. 2000г.). Москва, 2000. - С. 327.
4. Арутюнян, А.Г. Современные взгляды на этиологию и диагностику фоновых заболеваний шейки матки Текст. / А.Г.Арутюнян, Г.Г. Окоев// Вестник хирургии Армении. — 2001.-№2.- С.171-184.
5. Базанов, П.А. Миома матки и нарушение репродуктивной функции Текст. / П.А. Базанов, Н.И. Волков // Проблемы репродукции 2002.-Т.8, №4.-С. 16-18.
6. Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии Текст.: Г.Бауэр: пер. с нем./ Под ред. Роговской С.И., М., ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 288с.-Библ. с.258-287. ISBN 5-9231-0192-0.
7. Бохман, Я.В. Руководство по онкогинекологии Текст. / Я.В. Бохман. СПб.: Фолиант, 2002. - 435 с. - Библиогр.: с. 433-476.
8. Ваганова, И.Г. Хронический экзоцервикит: морфогенез, клиника, принципы терапии Текст.: автореф. дис. . канд. мед. наук: 14.00.01/ Ваганова Ирина Геннадьевна; [Омская гос. мед. акад.]. Омск, 2000. - 36 с. - Библиогр.: с.34-36.
10. Вихляева, Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки Текст. / Е.М. Вихляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. 400 с.

от миомэктомии)

- Требуется очень короткое пребывание в больнице - 1-3 дня

- ЭМА не является операцией, проводится под местной анестезией и занимает 15-40 минут

- Матка не удаляется

- Сохраняется способность к деторождению

ЭМА - безопасная процедура, риск любых осложнений в десятки раз ниже, чем после хирургического лечения, и не превышает 1% [9,10]. Важно подчеркнуть, что вероятность развития осложнений, которые могут потребовать возврата к хирургическому лечению не превышает одного случая на 400 ЭМА [9,10,32].

Другим новым методом лечения миомы матки является фокусированное ультразвуковое воздействие — ФУЗ-абляция. Суть метода ФУЗ-абляции заключается в воздействии на ткань миомы фокусированными ультразвуковыми волнами под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эта методика изначально была предложена для лечения труднодоступных опухолей печени и поджелудочной железы [32,34,35]. Использование этой методики для лечения миомы матки носит экспериментальный характер, поскольку не решено несколько технических проблем [32,33]. По данным литературы основным методом лечения при миоме матки остается хирургический [32,33,34]. Следует отметить, что при определении объема оперативного вмешательства хирурги учитывают состояние шейки матки и при отсутствии патологии может быть произведена операция субтотальной гистерэктомии (надвлагалищной ампутации матки). При определении объема оперативного вмешательства при миоме матки состояние шейки матки имеет решающее значение. Особенности течения патологии шейки матки при миоме изучены не в полном объеме, данных литературы о структуре патологии шейки матки при миоме недостаточно, не разработан алгоритм обследования лечения таких пациенток с уче-

11. Вишнякова, С.В. Этиопатогенетические аспекты псевдоэрозий шейки матки Текст. /С.В. Вишнякова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней,- 2000. №2.- С 30-32.
- 12' Вишнякова, С.В. Особенности клиники кольпитов и экзоцервицитов в климактерическом периоде Текст. / С.В. Вишнякова, О.Г. Пекарев, А.В. Ефремов//Актуал. пробл. акушерства и гинекол.- 2002.- Т.1, №1.- С.21.
13. Волков, В.Г. Опыт применения СО2-лазера Текст. / В.Г. Волков, Т.В. Захарова // Вестник новых медицинских технологий,- 2000,- Т.7, №1,- С. 95-97.
14. Волков, В.Г. Папилломавирусная инфекция шейки матки у женщин старшего возраста Текст. /В.Г. Волков, Е.В. Кузина // Вестник новых медицинских технологий. 2001. - Т. 8, №2.1. С. 30-32.
15. Гальченко, А.И. Особенности состояния экзоцервикса и влагалищного эпителия у больных с ПКС на фоне ЗГТ Текст. / А.И. Гальченко, Т.С. Таранина, Е.И. Голикова // Актуал. проб, акушер, и гинекол.-2002,- Т.1, №1,- С.65.
16. Гилязутдинова, З.Ш. Онкогинекология: Руководство для врачей Текст. / З.Ш. Гилязутдинова, М.К. Михайлова. М.: МЕД-пресс, 2000.- 384 с.
17. Голубкова, О.В. Оптимизация тактики ведения женщин репродуктивного возраста с доброкачественными заболеваниями шейки матки Текст. / О.В. Голубкова [и др.] // Проблемы репродукции. 2003. - №1. - С. 53 — 57.
18. Голубкова, О.В. Отдаленные результаты лечения фоновых заболеваний шейки матки Текст. / О.В. Голубкова// Проблемы репродукции. 2003. - №2. - С. 48 — 51.
19. Дубенский, В.В. Урогенитальная папилломавирусная инфекция Текст.: (обзор) / В.В. Дубенский // Рос. журнал кожн. и венер. болезней,- 2000.- №5.- С.52.
20. Демина, Л.М. Отдаленные результаты лапароскопической консервативной миомэктомии Текст. /Л.М. Демина, О.В. Азиев //Вестник российской ассоциации акушеров -гинекологов,- 2000,- №4. О. 17-19.
21. Долгушин, И.И. Гормональная коррекция резидентной микрофлоры влагалища и шейки матки у женщин с хроническими цервинитами Текст. /И.И. Долгушин, В.Ф. Черных // ЖМЭИ,- 2001.- №4,- С. 100 104.
22. Доброхотова Ю.Э. Ливиал, как средство реабилитации после гистерэктомии // Гинекология. Журнал для практикующих врачей/ т.5, №2, 2003
23. Каунов, Л.А. Клинико-морфологические параллели при доброкачественных заболеваниях шейки матки Текст. /Л.А.Каунов [и др.] // Проблемы репрод. -2000,- №5.- С. 18-21.
24. Каухова, Е.Н. Современные методы лечения эктопии шейки матки у молодых женщин Текст. / Е.И. Каухова, А.Ю. Лугуева // Акушерство и гинекология. Инфо.- 2002.- №3.-С.25-26.
25. Каухова, Е.Н. Радиохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки матки Текст. / Е.Н. Каухова, Л.Н. Богинская, Ю.А. Голова // Актуал. пробл. акуш. м гинекол. -2002.- Т.1, №1,- С.65.
26. Кононов, А.В. Очерки клинической патологии шейки матки Текст. / А.В. Кононов, И.Г. Ваганова. Омск. - 2000. - 224 с.
27. Костава, М.Н. Лечение заболеваний шейки матки, обусловленных или сочетающихся с воспалительными процессами нижнего отдела генитального тракта Текст. / М.Н. Костава// Гинекология. 2000. - Т. 2, №3. - С. 89-91.
28. Костава, М.Н. Современные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки Текст. / М.Н.Костава, В.Н. Прилепская // Materia medica,- 2001.-№1(29).- С.53-59.
29. Краснова, И.А. Диагностика и оперативное лечение миомы матки Текст. / И.А. Краснова, В.Г. Бреусенко // Акушерство и гинекология.- 2003,- № 2.- С.45-50.
30. Кропанева, В.В. Некоторые особенности клинического течения и лечения дисплазии шейки матки в зависимости от возраста Текст. / В.В. Кропанева, Д.Ф. Костючек, С.Л. Максимов // Журнал акуш. и женск. болезней . 2001.- №1.-С.47-49.
31. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология Текст. / В.И. Кулаков. М., 2001.- с. 167-198.
32. Кулаков, В.И. Миомэктомия и беременность Текст./ В.И.Кулаков, С.Г. Шмаков. М.: МЕДпресс-информ. 2001. -344 с.
33. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. М., 2001; с. 167-98.
34. Ш. Кустаров, В.Н. Миома матки Текст. / В.Н. Кустаров, В.А. Линде, Н.В. Ананезова. СПб.: МАПО, 2001. - 32 с.
35. Кустаров, В.Н. Патология шейки матки Текст. / В.Н Кустаров, В.А. Линде. Спб.: Гиппократ, 2002.
36. Ландеховский, Ю.Д. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки Текст. / Ю.Д. Ландеховский, И.Е. Фадеев // Акушерство и гинекология. 2002.- №5.- С.39-42.
37. Chan, R.A. A comparative study of cervical cytology, colposcopy and PCR for HPV in female sex workers Text. / R.A. Chan [et al] //Int. J. STD.AIDS. 2001 - V. 38 P. 193-216.
39. Compel, A. Polymerase chain reaction based methods for the detection of human papillomavirus DNA Text. / A. Compel, P.E. Gravitt, M.M. Manos. // IARC Sei. Publ. - 2002. — P. 121-133.
- 40-. Coupez, F. Colposcopie des viroses du col Text. /F. Coupez//J. Gynecologic. 2003. -Vol. 34. -№3.- P. 177-178.
41. Dalgic, H. Laser therapy in chronic cervicitis Text. /H. Dalgic, N.K. Kuscu //J. Arch. Gynecol. Obstet. 2001. - Vol. 2651. Suppl. 2). P. 64-66.
42. Davies, P. Current methods of testing for human papillomavirus Text. / P. Davies, J. Kornegay, T. Iftner // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2001. - V. 15 - No. 5. -P. 677-700.
43. Eschenbach D.A. Vaginitis section of Pelvic infections and sexually transmitted diseases Text. / D.A. Eschenbach // J. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 2003 - 9th ed. - p. 585589.
44. Gravitt, P.E. Polymerase chain reaction based methods for the detection of human papillomavirus DNA Text. / P.E. Gravitt, M.M. Manos// IARC Sei. Publ. - 2002. - P. 121-133.
90. Hordnes, K. What is the purpose of mucosal antibodies? Text. / K. Hordnes //Arc. An. Cytol. Pathology. 2001. - V. 39. - № 3. - P. 94-102.
45. Kurachi, O. Tumor Necrosis Factor- Expression in Human Uterine Leiomyoma and its Down-Regulation by Progesterone Text. / O. Kurachi, M. Hiroya, S. Takashi //J. Clin. Endocrinol. Metab. 2001. - V.86 - P. 2275 -2280.
46. Laconi, S. Simultaneous detection and typing of human papillomavirus in cervical biopsies using PCR-reverse hybridization Text. / S. Laconi, M. Greco, G. Milia// J. Pathologica. 2000, Dec. - Vol. 92 (Suppl. 6). -P. 524-529.