



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Н.В. КОСЕЙ

д.мед.н., главный научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Л.А. ВАСИЛЬЧЕНКО

младший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Е.И. СУХОРЕБРАЯ

младший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

И.Н. ШАКАЛО

младший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Лейомиома матки (ЛМ) является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. Ее частота в репродуктивном возрасте составляет 20-40%, а в перименопаузальном – повышается до 50% (табл. 1). В структуре гинекологической заболеваемости ЛМ занимает второе место после воспалительных процессов.

Однако истинная распространенность этой опухоли еще выше. По данным гистологических исследований тканей маток, удаленных по различным причинам, ЛМ обнаруживается у 75-85% женщин [38, 47].

За последние десятилетия произошло значительное омоложение данной патологии [23, 25]. При сравнительном изучении возрастной структуры женщин с ЛМ, обследованных и находившихся на лечении в клиниках № 9 и № 16 г. Киева в 1994 г. (635 пациенток) и 2004 г. (652 пациентки), было выявлено существенное увеличение численности женщин с ЛМ в возрасте 31-40 лет, а также совсем молодых – до 30 лет (рис. 1).

Кроме того, повышается и частота симптомного течения опухоли (рис. 2). Известно, что ЛМ нередко проявляется постоянными мено- и метроррагиями с развитием железодефицитной анемии, болевым синдромом, симптомами компрессии смежных органов [11], иногда является причиной бесплодия и невынашивания беременности [22]. Так, при обследовании 589 пациенток в 1984 г. симптомное течение ЛМ отмечено у 361 (61,3%) женщины; в 1994 г. из 635 – у 424 (66,8%), а в 2004 г. из 652 пациенток – у 493 (75,6%) ($p_{1-3,2-3} < 0,05$).

Удельный вес анемизирующих маточных кровотечений, являющихся основным симптомом заболевания, за последние десятилетия увеличился с 42,5 до 59,2% (рис. 3).

Несмотря на значительный прогресс в изучении морфологии и патогенеза ЛМ, а также на современные успехи фармацевтической промышленности и развитие новых технологий, следует отметить, что хирургический метод лечения этой патологии (гистерэктомия или миомэктомия) продолжает оставаться ведущим [6, 9, 10, 41]. Так, операции по поводу ЛМ составляют 80% случаев плановых оперативных вмешательств [1, 18]. При этом в 90% случаев гистерэктомия выполняется у женщин в репродуктивном возрасте (в среднем в 40 лет) [18, 40].

Экстирпация матки, бесспорно, является проверенным временем эффективным и надежным способом лечения этой патологии и в то же время относительно безопасной операцией (частота осложнений при этом составляет 1-2%, уровень смертности – 0,1%). Такая операция может выполняться вагинальным, лапароскопическим и лапаротомным доступами, что зависит от величины опухоли, оснащения клиники и квалификации хирурга. Однако гистерэктомия – это необратимая утрата способности к деторождению [6, 10, 12, 13]. В последние годы увеличилось количество женщин с ЛМ, желающих сохранить матку (рис. 4) и особенно в позднем репродуктивном

ТАБЛИЦА 1

Авторы, год	Процент
Ланчинский В.И. и соавт., 2004	70
Кулишова Т.В. и соавт., 2005	15-20
Сидорова И.С., Леваков С.А. и соавт., 2006	15-17
Самойлова Т.Е., 2006	25-35
Вихляева Е.М., 2006	20-77
Антропова Е.Ю., 2007	50
Бурлев В.А., 2007	30
Манушарова Р.А., Черкезова Э.И., 2008	20-40
Cramer and Patel., 2000	84
Wildemeersch D., Schacht E., 2002	77
James B. Spies, 2002	20-40
Goedken J., Rock J.A., 2003	74-84
Khaund A., Moss J.G. et al., 2004	35-50
Parazzini F., Chiaffarino F., 2006	40-50

ТАБЛИЦА 1.
ЧАСТОТА ЛМ ПО ДАННЫМ РАЗНЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

возрасте (41-50 лет). Так, если в 1994 г. в возрасте 41-50 лет сохранить матку желали менее половины (42,9%) пациенток, то в 2004 г. в этой возрастной категории удельный вес таких женщин увеличился до 65,1% ($p < 0,05$).

Анализ структуры мотиваций для сохранения органа свидетельствует об увеличении количества женщин старших возрастных групп, желающих родить ребенка (рис. 5). С одной стороны, это может быть связано с изменением стиля жизни современной женщины, когда в силу различных обстоятельств (учеба, карьерный рост, занятость, материальные затруднения в молодом возрасте, отсутствие надежного спутника жизни и др.) она сознательно откладывает выполнение фертильной функции до более зрелого возраста. С другой стороны, это, возможно, объясняется внедрением вспомогательных репродуктивных технологий, значительно расширяющих возрастные рамки фертильной функции женщины, создающих возможности для наступления беременности, вынашивания и рождения детей даже в пери- и менопаузальном возрасте [5, 6, 10, 22, 34].

С учетом всего вышесказанного особую актуальность приобретает внедрение в практику органосохраняющих методов лечения ЛМ. Анализ динамики структуры оперативных вмешательств по поводу ЛМ на основании изучения 215 случаев оперативных вмешательств в 1994 г., 232 – в 1999 г. и 258 – в 2004 г., проведенных в нашей клинике (рис. 6), показал увеличение удельного веса органосохраняющих методик, в том числе консервативной миомэктомии лапаротомным и лапароскопическим методами, а также уменьшение удельного веса как субтотальной, так и тотальной гистерэктомии. В последние годы все больше внимания специалисты уделяют малоинвазивным методикам, в частности эмболизации маточных артерий (ЭМА).

Как известно, выбор метода лечения ЛМ зависит от размеров опухоли, клинической симптоматики, локализации узлов, возраста пациентки и ее репродуктивных планов, а также в значительной степени – от финансовых возможностей женщины, технической оснащенности клиники и профессионализма врачей.

Перед началом терапии необходимо определить **основные цели лечения ЛМ:**

- купирование симптомов ЛМ;
- восстановление репродуктивной функции;
- достижение меностаза;
- профилактика развития онкологической патологии матки и эндометрия.

Эффективное органосохраняющее лечение ЛМ зависит от правильного выбора лечебного метода. Это может быть либо сугубо консервативный метод, либо органосохраняющая операция, либо комбинированное использование медикаментозного и хирургического методов.

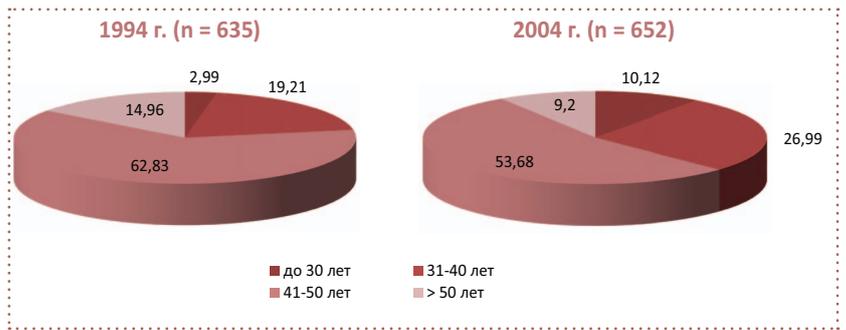


РИС. 1. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА КАТЕГОРИИ БОЛЬНЫХ С СИМПТОМНОЙ ЛМ, КОТОРЫМ БЫЛА ПОКАЗАНА ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, %

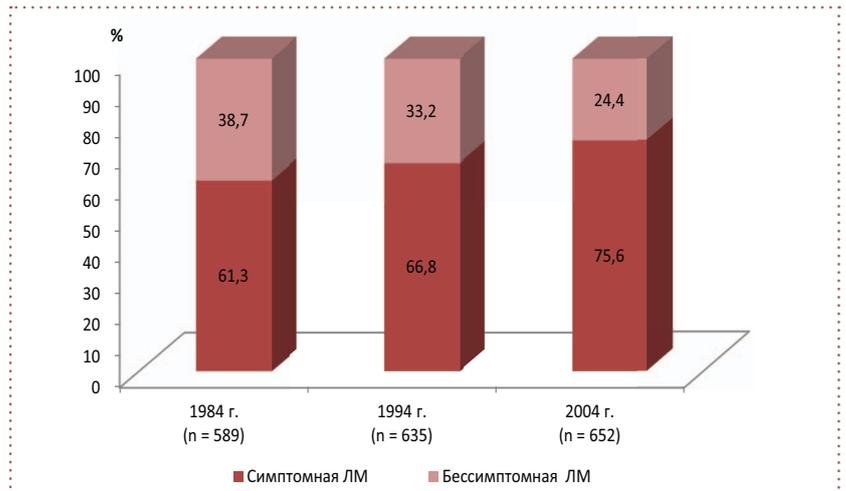


РИС. 2. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛМ



РИС. 3. СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛМ В 1994 И 2004 ГГ., %
*Разница достоверна относительно показателя в 1994 г. ($p < 0,05$)

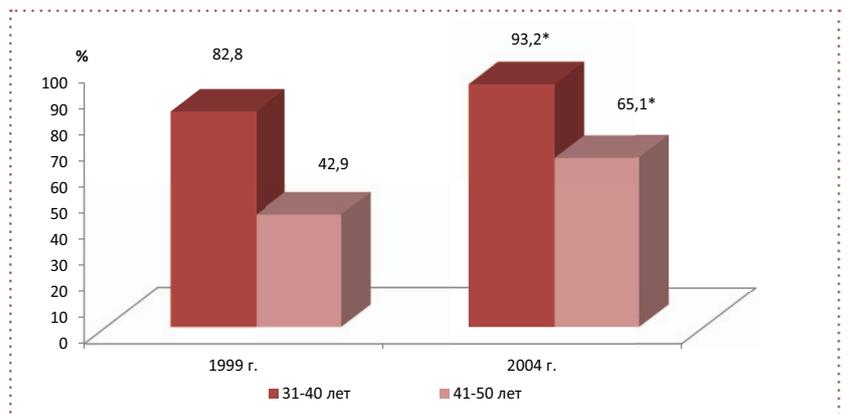


РИС. 4. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЖЕНЩИН С ЛМ, ЖЕЛАЮЩИХ СОХРАНИТЬ МАТКУ
*Разница достоверна относительно показателя в 1999 г. ($p < 0,05$)



РИС. 5. МОТИВАЦИИ ДЛЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЛМ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

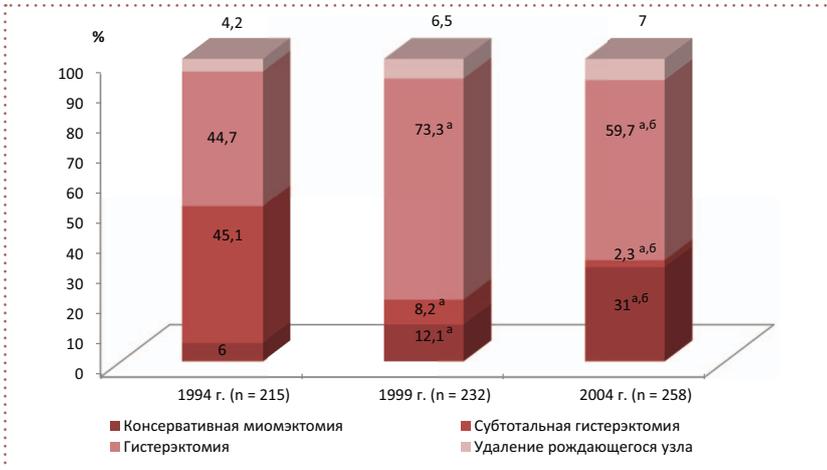


РИС. 6. ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ОБЪЕМОВ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЛМ

^а Разница достоверна относительно показателя в 1994 г. (p < 0,05)
^б Разница достоверна относительно показателя в 1999 г. (p < 0,05)

Препараты	Улучшение симптомов	Уменьшение размеров ЛМ	Максимальная длительность применения	Возможные побочные эффекты
Комбинированные оральные контрацептивы (при наличии тяжелого менструального кровотечения)	Положительное воздействие	Отсутствие эффекта	Не ограничена при отсутствии противопоказаний со стороны экстрагенитальных заболеваний	Тошнота, головная боль, масталгия
Аналоги гонадотропных рилизинг-гормонов (ГнРГ)	Положительное воздействие	Положительный эффект	6 мес	Симптомы медикаментозной менопаузы
Внутриматочная система с левоноргестрелом	Положительный эффект	Воздействие не доказано	5 лет	Нерегулярные скудные месячные, экспульсия
Прогестагены с выраженным воздействием на эндометрий (при сопутствующей гиперплазии эндометрия)	Положительный эффект	Воздействие не доказано	6 мес	Тошнота, головная боль, масталгия
Синтетический эстроген (даназол)	Исследования недостаточно	Положительный эффект	6 мес	Андрогенные нежелательные эффекты

ТАБЛИЦА 2. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА ТЕРАПИИ ЛМ

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЛМ

Показания к консервативной терапии ЛМ:

1. Клинически малосимптомное течение заболевания.
2. Наличие ЛМ и желание женщины сохранить репродуктивную функцию.
3. ЛМ, не превышающая размеров 14 нед беременности.
4. Субсерозное (на широком основании) расположение узла.
5. ЛМ, сопровождающаяся экстрагенитальными заболеваниями с высоким анестезиологическим и хирургическим риском.
6. Консервативное лечение как подготовительный этап к операции или реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии.

Исходя из современных взглядов на патогенез ЛМ, предложено множество методов ее консервативного лечения.

В патогенетическом лечении ЛМ применяют негормональные препараты и гормональную терапию, направленную на торможение роста опухоли и профилактику возникновения осложнений. Основываясь на результатах фундаментальных исследований и современных взглядах на механизмы развития ЛМ [7, 14, 38, 47], специалисты используют препараты антистрессового и иммуномодулирующего действия, а также противовоспалительную, антиоксидантную, ангиопротекторную, антиагрегантную терапию, витамины и средства, улучшающие функционирование дренажных систем.

Наиболее часто в лечении ЛМ применяется гормональная терапия, использование которой основано на концепции гормонозависимости опухоли [7, 18, 23]. Основным принципом такого лечения является создание абсолютной или относительной гипострогении (табл. 2).

Применение прогестагенов и оральных контрацептивов эффективно в отношении устранения симптомов опухоли, особенно при мено- и метроррагии (при исключении субмукозной локализации узла). Однако их использование не оказывает существенного влияния на размеры матки и иногда вызывает побочные реакции в виде тошноты, головной боли и масталгии, а при длительной терапии требует тщательного мониторинга системы гемостаза.

Для минимизации системных эффектов гестагенов предложено их локальное введение в полость матки с помощью специальной внутриматочной системы Мирена, которая выделяет в полость матки ежедневно 20 мкг левоноргестрела [16]. Наряду с эффективностью в отношении клинических симптомов ЛМ и

профилактикой сопутствующей ей гиперплазии эндометрия, использование внутриматочной системы Мирена не сопровождается системными побочными действиями в виде головной боли, масталгии, тошноты, акне, гирсутизма и т.д. Вместе с тем локальная гормональная терапия существенно не влияет на размеры матки и противопоказана при наличии субмукозного узла, полипа эндометрия или патологии шейки матки.

Сегодня доказано наличие прогестеронзависимых ЛМ, поэтому патогенетически обоснованно применение препаратов антипрогестеронового действия (мифепристон, улипристал, азопризил). По нашим данным, при применении мифепристона в дозе 25 мг/сут в течение 3 мес отмечено уменьшение среднего объема матки на 26,5%.

Исходя из данных о возможном стимулирующем влиянии на рост ЛМ как эстрогенов, так и прогестерона, наиболее патогенетически обоснованным методом в ее лечении являются препараты, подавляющие синтез половых стероидов (как эстрогенов, так и прогестерона).

Наиболее распространенным методом блокады синтеза яичниковых стероидных гормонов является создание временной медикаментозной менопаузы путем назначения агонистов ГнРГ (аГнРГ). Блокируя продукцию гонадотропных гормонов гипофиза, препараты данной группы тормозят синтез эстрогенов и прогестерона в яичниках, создавая состояние управляемой гипогормонемии [19]. На фоне эстрогенного и прогестеронового дефицита происходит уменьшение размеров опухоли и редукция маточного кровотока, что приводит к исчезновению или уменьшению степени выраженности ее симптомов. Кроме того, аГнРГ угнетают активность некоторых факторов роста (особенно инсулиноподобного фактора роста 1, эпидермального фактора роста), уменьшают захват тимидина миоцитами, угнетая клеточную пролиферацию, а также снижают чувствительность опухоли к эстрогенам.

Агонисты ГнРГ высокоэффективны как в отношении купирования симптомов ЛМ (прекращение кровотечений, снижение степени выраженности болевого синдрома), так и в отношении уменьшения размеров опухоли. При применении аГнРГ отмечается уменьшение размеров ЛМ на 30-50%. Однако их использование ограничено побочными эстрогендефицитными эффектами (вегетососудистые и психопатологические нарушения), а при длительном применении и метаболическими (трофические расстройства – остеопения и остеопороз). Поэтому препараты данной группы не рекомендуется применять более 3-5 мес.

Положительные эффекты аГнРГ обратимы, и в качестве самостоятельного метода лечения эти лекарственные средства могут быть рекомендованы лишь пациенткам перименопаузального возраста с целью достижения у них меностаза. Наиболее часто препараты этой группы применяются в составе комплексной или комбинированной терапии в качестве предоперационной подготовки.

Гипогормональный фон возможно создать также при применении антигонадотропинов, угнетающих секрецию фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов и тормозящих стероидогенез в яичниках. Это приводит к уменьшению размеров ЛМ и купирует ее симптомы. Представителями данной группы препаратов являются даназол и производное 19-норстероидов – гестринон. В то же время применение даназола ограничивается его побочными андрогенными эффектами, приводящими к гипертрихозу, появлению акне и увеличению массы тела.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛМ

Следует помнить, что эффективность консервативной терапии ограничивается сроком ее применения, и большинство эффектов обратимы. Поэтому важным является своевременное принятие решения о необходимости оперативного вмешательства с выбором наиболее рациональной органосохраняющей методики.

Наиболее популярной органосохраняющей операцией является консервативная миомэктомия лапаротомным, лапароскопическим и вагинальным доступами, позволяющая, с одной стороны, полностью удалить патологический очаг, а с другой – сохранить или восстановить репродуктивную функцию [1, 4, 9, 10].

Показаниями к консервативной миомэктомии являются:

- желание женщины восстановить фертильность или просто сохранить матку и менструальную функцию;
- бесплодие или невынашивание при наличии ЛМ и отсутствии других причин данной патологии;
- симптомное течение ЛМ в репродуктивном возрасте.

Противопоказания к консервативной миомэктомии таковы:

- субмукозная локализация фиброматозных узлов 0 и I типа;
- диффузная ЛМ или большое количество узлов (более 8-10);
- злокачественные новообразования эндометрия и шейки матки;
- наличие инфекции в органах малого таза.

Лапароскопическая миомэктомия менее травматична, но она возможна лишь при субсерозном или интерстициальном расположении фиброматозных узлов, наличии не более трех узлов и при диаметре наибольшего узла не более 10 см [1, 6, 7, 10].

Лапароскопический доступ противопоказан при наличии множественных интрамуральных узлов, особенно небольших размеров, так как при данном доступе отсутствует возможность пальпаторного поиска этих узлов в толще миометрия. В таких случаях высока вероятность неполного удаления узлов ЛМ.

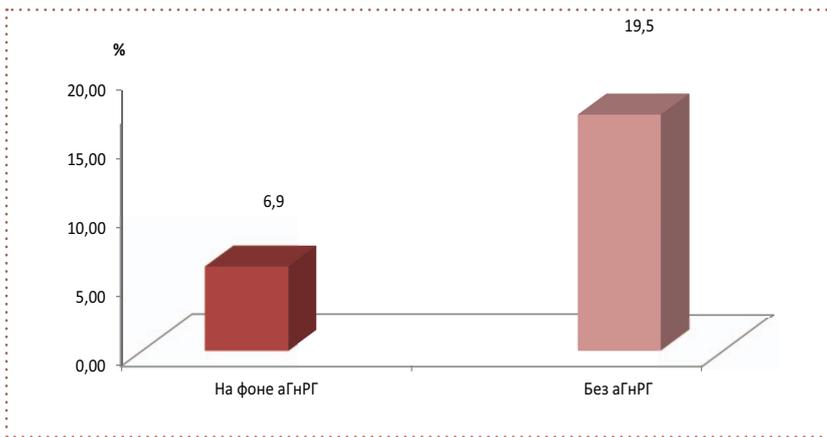


РИС. 7.
ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ЛМ
ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ
МИОМЭКТОМИИ, %

Хотя лапароскопию вследствие ее бесспорных хирургических преимуществ можно считать более предпочтительной, целью консервативной миомэктомии является удаление всех имеющихся миоматозных узлов. Поэтому конверсия в лапаротомию должна расцениваться хирургом не как неудача, а как этап, необходимый для более полного излечения пациентки [1, 10].

Повысить эффективность и улучшить условия для проведения консервативной миомэктомии возможно при применении **комбинированной терапии**, состоящей из трех этапов:

- 1-й этап – прием аГнРГ в течение 2 мес;
- 2-й этап – консервативная миомэктомия;
- 3-й этап – применение аГнРГ еще в течение 1-2 мес.

Показаниями к назначению аГнРГ в качестве подготовительного этапа следует считать:

- большие размеры опухоли с диаметром наибольшего узла более 5 см;
- наличие более трех фиброматозных узлов или сочетание ЛМ с аденомиозом.

В клинике эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины было проведено исследование эффективности применения препарата Бусерин-Депо – аГнРГ российского производства (ЗАО «Фарм-Синтез», Россия) с использованием вышеописанной трехэтапной методики комбинированной терапии. Это дало возможность сократить длительность операции и объем интраоперационной кровопотери за счет уменьшения размеров узлов и их васкуляризации, а также сократить период выздоровления, ускорить темп редукции клинической симптоматики (регрессии болевого синдрома, более быстрого исчезновения лихорадки) за счет уменьшения объемов резорбции и ускорить восстановление размеров и структуры матки [17]. Наличие различных форм выпуска Бусерина (депо и спрей-форма) дает пациентам возможность выбора наиболее оптимального для них пути введения препарата, а либеральная ценовая политика расширяет возможности использования аГнРГ.

Частота рецидивов ЛМ на протяжении 7 лет наблюдения в группе 58 женщин, получавших комбинированное лечение, значительно снизилась – до 4 случаев (6,9%) в сравнении с соот-

ветствующим показателем у 41 пациентки после консервативной миомэктомии, проведенной без подготовки, – до 8 случаев (19,5%) (рис. 7).

Проведенные исследования дают основания рекомендовать предоперационное назначение препарата Бусерин-Депо перед консервативной миомэктомией, что способствует улучшению условий проведения операции и течения периода реконвалесценции. Следует учитывать, что мелкие узлы (1 см и менее в диаметре) на фоне предоперационного применения аГнРГ иногда уменьшаются в размерах и не обнаруживаются во время операции, поэтому в таких случаях применение этой группы препаратов нежелательно.

При проведении консервативной миомэктомии важным является соблюдение следующих принципов:

- полное удаление узлов через минимальное количество разрезов на матке;
- по возможности выполнение миомэктомии без вскрытия полости матки во избежание синехий;
- корректное послойное ушивание раны с целью предотвращения образования в дальнейшем свищей и расхождения шва во время беременности и родов;
- профилактика образования спаек с помощью противоспаечных средств – гелей, саморассасывающихся мембран.

При небольших узлах ЛМ (до 6 см в диаметре) возможно применение лапароскопического миолизиса и лазерной фотокоагуляции миомы с введением лазерного световода в узел опухоли под интраоперационным ультразвуковым контролем [27]. Однако использование этих методов зависит от технической оснащенности клиники, и на сегодняшний день широкого применения они не нашли.

Тем не менее как бы ни совершенствовались методики консервативной миомэктомии, она все же является операцией с возможными недостатками, среди которых:

- связанный с общим наркозом риск анестезиологических осложнений;
- риск развития тромбозмембральных осложнений;
- риск гистопатического разрыва матки;
- риск возникновения послеоперационных спаек, снижающих фертильность;
- неблагоприятное психогенное влияние факта операции.

Возможности органосохраняющей терапии ЛМ возросли с внедрением в практику минимально инвазивных технологий, среди которых наиболее перспективным методом является эндоваскулярная билатеральная ЭМА [11, 12, 28]. Эту методику применяют с 1979 г. [3, 13, 28, 41] для остановки акушерских кровотечений в urgentных ситуациях. Французский хирург-гинеколог J. Ravina в 1990 г. начал использовать ЭМА в качестве предоперационной подготовки перед оперативным вмешательством по поводу ЛМ и

получил парадоксальный эффект – многие женщины в дальнейшем неожиданно отказывались от операций в связи с исчезновением симптомов опухоли [3, 41]. При УЗИ этих пациенток было обнаружено значительное уменьшение размеров миомы. В 1995 г. в журнале Lancet J. Ravina et al. опубликовали результаты исследования эффективности ЭМА как самостоятельного метода лечения ЛМ в качестве альтернативы операции [12, 29]. С 1997 г. началось широкое внедрение этого метода в повседневную клиническую практику, и в настоящее время в мире проводится более 100 тыс. эмболизаций в год [2, 11, 29, 32, 40, 46]. В Украине данная методика применяется с 1998 г. и на сегодняшний день уже приобрела значительную популярность.

Преимущества ЭМА:

- снижение риска возникновения анестезиологических осложнений;
- уменьшение объема кровопотери;
- снижение риска возникновения тромбозомических осложнений;
- отсутствие большой раневой поверхности и процесса рубцевания ткани;
- снижение вероятности гистопатического разрыва матки в перспективе;
- меньшая длительность госпитализации;
- не является операцией в традиционном ее понимании, вследствие чего оказывает меньшее психотравмирующее действие.

Данные мировой литературы свидетельствуют о том, что эффективность ЭМА в лечении ЛМ достигает 80-96% [2, 18]. Согласно нашим наблюдениям, эффективность ЭМА в отношении мено- и метроррагий составляет 97,3%, симптомов сдавления смежных органов – 84%, болевого симптома – 57,6% (рис. 8). При этом в течение года величина ЛМ, по данным различных авторов, уменьшается на 50-75% [3, 8, 11-13, 28, 29, 32, 39, 41, 46, 47]. В наших исследованиях отмечено уменьшение размеров матки за год на 67,3%, доминантного узла – на 72,3%.

В послеоперационном периоде у большинства пациенток наблюдается так называемый постэмболизационный синдром, характеризующийся следующей классической триадой: болью ишемического происхождения, лихорадкой и тошнотой, а иногда рвотой [2, 12, 43].

Среди осложнений ЭМА отмечены единичные случаи аменореи, тотального некроза матки, гнойного эндометрита. При этом необходимость в гистерэктомии возникает у 0,5-1% лиц [12, 21, 26, 31, 33, 37, 39, 41]. Описаны также случаи кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта вследствие рвоты. Экспульсия узлов в полость матки и их рождение отмечается у 8-20% пациенток [2, 12, 30, 44, 45].

Показания к ЭМА в качестве лечения ЛМ еще окончательно не выработаны и являются дискуссионными, так как пик широкого применения методики приходится на послед-



РИС. 8. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМА, %

ние 10 лет. Однако большинство авторов придерживается мнения, что они значительно шире, чем показания к оперативному вмешательству [3, 12, 13, 20, 24, 32, 36].

Показания к проведению ЭМА с целью лечения ЛМ:

- симптомная ЛМ (с геморрагическим и болевым синдромами или симптомами сдавления смежных органов);
- субмукозная миома, центрипетальный рост узла;
- перешеечная локализация фиброматозного узла;
- бессимптомная фибромиома:
 - при величине матки ≥ 14 нед беременности;
 - наличие 5 и более фиброматозных узлов;
 - наличие узлов ≥ 3 см в диаметре; при размерах узлов более 3 см спрогнозировать динамику роста ЛМ практически невозможно (Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г., 2004);
- бесплодие (при множественной ЛМ, неэффективности консервативной миомэктомии или у пациенток, которым показана гистерэктомия, при отсутствии других причин бесплодия);
- невынашивание (при отсутствии других его причин после дообследования);
- рецидивирующая ЛМ после консервативной миомэктомии;
- в качестве предоперационной подготовки.

Противопоказаниями к ЭМА являются:

- наличие хронической инфекции в органах малого таза;
- беременность;
- злокачественные новообразования органов малого таза и облигатные предраки органов малого таза;
- подозрение на лейомиосаркому (быстрый рост, ультразвуковые, доплерографические признаки, тест с аГНРГ, данные ангиографии, наличие онкомаркеров гладкомышечной и соединительной ткани);
- субсерозная ЛМ на тонкой ножке (ввиду риска развития некроза ножки и отшнурования узла в брюшную полость с возможным развитием перитонита);
- почечная недостаточность;
- аллергическая реакция на рентгенконтрастные вещества в анамнезе;



Проведенные исследования дают основания рекомендовать препарат Бусерин-депо перед проведением консервативной миомэктомии. Это способствует улучшению условий выполнения операции и течения периода реконвалесценции

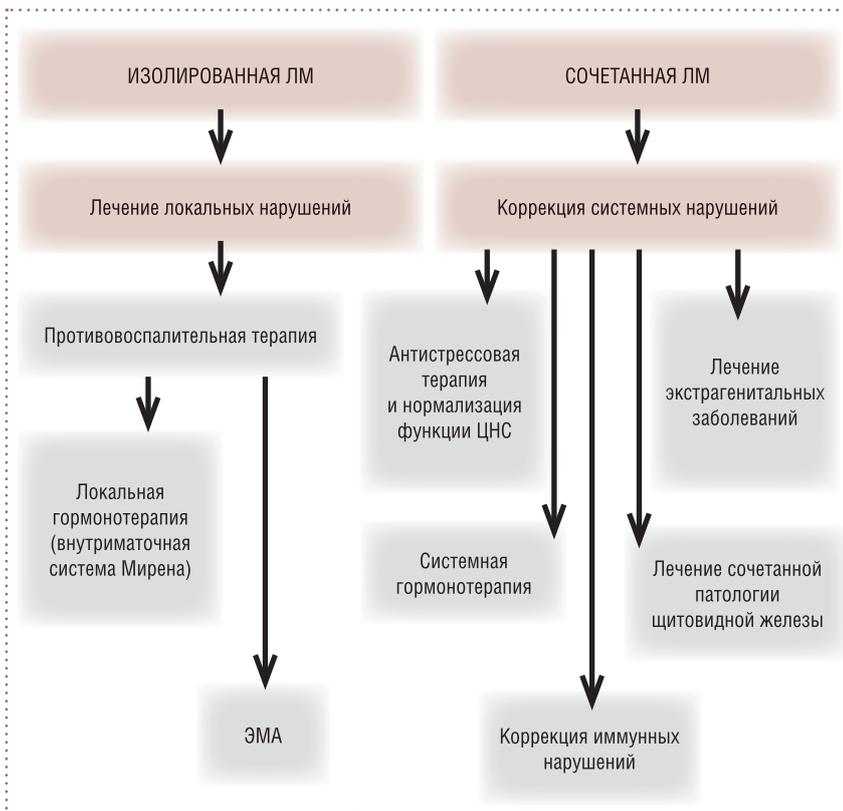


СХЕМА. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ЛМ

- аутоиммунные заболевания;
- некорректируемые коагулопатии, в т.ч. тромбофилия, гемофилия.

Относительным противопоказанием к ЭМА некоторые авторы [3] считают субмукозную ЛМ вследствие возможности при данной локализации экспульсии узла в полость матки и его рождения. Однако при этом появляется возможность вагинальной либо гистероскопической эвакуации подслизистой миомы, что в принципе можно считать и благоприятным исходом для пациентки [35, 37, 40, 46]. В нашей практике имело место 241 (29,2%) удаление или самостоятельное рождение субмукозных узлов. Следует отметить, что у некоторых женщин происходила самостоятельная экспульсия узлов в полость матки и их рождение, а в некоторых случаях производилось удаление рождающихся эмболизированных узлов вагинальным путем. При этом ни в одном из случаев не потребовалось радикальное вмешательство.

При субмукозной локализации миоматозного узла золотым стандартом считается гистероскопическая резекция, позволяющая сохранить орган и генеративную функцию [4, 10]. Преимуществами данного метода является то, что это амбулаторная процедура, и ее эффективность достигает 76-100% [27, 46]. Однако ее применение ограничено только подслизистой локализацией лейомиоматозных узлов.

Гистероскопическую резекцию можно считать оптимальным методом лечения ЛМ при наличии подслизистых узлов диаметром не более 5 см. Осуществление множественной мио-

мэктомии и удаление узлов большого размера с использованием гистероскопа сопряжены с большим риском осложнений.

Проведенные нами ранее эндокринологические, иммунологические и морфологические исследования показали, что у женщин с изолированной ЛМ значительно чаще выявляются локальная дисгормонемия (гиперэстрогения, гиперпролактинемия), воспалительные процессы гениталий, в т.ч. хронический эндометрит, и патология рецепторного аппарата в тканях матки. В то же время при сочетании ЛМ с дисгормональной патологией молочной и щитовидной желез наблюдается центральная гиперпролактинемия, относительная или абсолютная гиперэстрогения в центральной кровотоке и повышенный уровень антителобразования.

На основании полученных результатов был разработан алгоритм лечения ЛМ (схема) в зависимости от клинко-патогенетического варианта развития (изолированная или сочетанная с другой дисгормональной патологией). При наличии изолированной ЛМ в первую очередь рекомендуется терапия, направленная на коррекцию локальных факторов: противовоспалительное лечение, местная гормонотерапия или ЭМА. В случаях сочетанного варианта развития опухоли прежде всего следует проводить коррекцию системных нарушений: антистрессовую терапию, коррекцию массы тела, лечение сопутствующей патологии щитовидной железы, иммунных нарушений, экстрагенитальных заболеваний, системную гормональную терапию, на фоне которых также возможно локальное применение гормонов или органосохраняющих оперативных методик – консервативной миомэктомии, гистероскопической резекции или ЭМА.

ВЫВОДЫ

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод, что современная медицина располагает большим арсеналом органосохраняющих как консервативных, так и оперативных методик лечения ЛМ, в т.ч. малоинвазивных. Применение современных органосохраняющих технологий при индивидуальном подходе позволяет уменьшить количество осложнений, повысить эффективность лечения и качество жизни этой категории пациенток. В сложной демографической ситуации, сложившейся в Украине в последние десятилетия, характеризующейся отрицательным приростом населения, сохранение матки и возможность реализации генеративной функции у женщин с ЛМ приобретает чрезвычайно важное значение.

Список литературы в количестве 47 источников представлен на сайте www.reproduct-endo.com.ua

