УДК: 618.14-006.363.03-08:616.137.73-072.2-073.759

**Использование эмболизации маточных артерий у женщин с лейомиомой МАТКИ с целью сохранения репродуктивной функции**

***Паращук Ю.С.1, Калиновская О.И.1, Сафонов Р.А.2, Коноз В.П.2***

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №21, Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф2, г.Харьков**

Лейомиома матки – самая распространенная доброкачественная опухоль, выявляемая практически у каждой второй женщины. Однако даже при бессимптомном течении лейомиома матки нередко ведет к возникновению нарушений репродуктивной функции – бесплодию и невынашиванию беременности [1, 4, 5, 6]. Ранее считалось, что лейомиома матки – заболевание женщин перименопаузального возраста. Однако в последние годы данное заболевание диагностируют у 20–27% женщин детородного возраста. В связи с социальными мотивами (занятость, профессиональный рост и т.д.) женщины откладывают рождение детей на более поздний период репродуктивного возраста [2, 3, 6].

Во всем мире до конца ХХ ст. (а в Украине и в настоящее время) золотым стандартом в лечении лейомиомы матки оставалась гистерэктомия, которая хотя и является надежным и относительно безопасным методом лечения этой патологии, однако неминуемо ведет к утере репродуктивной функции, наносит женщине физическую и психологическую травмы. Именно поэтому акушеры-гинекологи в последние годы встали на путь органосохраняющего лечения, к числу которых относится и эмболизация маточных артерий (ЭМА), позволяющая без серьезного оперативного вмешательства сохранить женщине возможность стать матерью в будущем [1, 2, 4, 5, 7].

ЭМА ведет к стойкой ишемии миоматозных узлов. При прекращении кровоснабжения в миоме происходят дегенеративные процессы, приводящие к необратимому уменьшению их размеров. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются дегидратации, коагуляционному некрозу, гиалинозу и в дальнейшем кальцифицируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия [3, 4, 5, 8].

Цель исследования – улучшение эффективности ЭМА при лейомиоме матки для сохранения репродуктивной функции у женщин детородного возраста.

С 2007 по 2010 г. обследовано и пролечено 210 пациенток с лейомиомой матки, средний возраст которых составил 35,8±8,9 года с колебаниями от 27 до 52 лет. Всем пациенткам была проведена эмболизация лейомиомы матки в плановом порядке. Основными показаниями к проведению ЭМА являлись наличие лейомиомы интрамуральной и субмукозно-интрамуральной локализации при размерах матки от 7 до 19 недель беременности. Узлы были представлены как изолированно (17 пациенток), так и множественно с сочетанием поражения различных слоев матки (193 пациентки). В нашей клинике применяется активный алгоритм, согласно которому лечение лейомиомы матки ведется комплексно всеми существующими доступными консервативными и оперативными методами.

Показаниями к проведению ЭМА считали:

1. Меноррагии, метроррагии, приводящие к анемизации больной.

2. Величина опухоли, не превышающая размеры матки в 12 недель у молодых женщин и в 15- 16 недель у женщин после 45 лет (как предоперационная подготовка перед гистерэктомией);

3. Размер опухоли, соответствующий беременности сроком 12 - 13 недель при наличии симптомов сдавления соседних органов;

4. Быстрый рост опухоли, особенно в период климактерия или менопаузы;

5. Наличие субмукозных узлов лейомиомы, имеющих тонкую ножку и склонных к перекручиванию и некрозу.

6. Интралигаментарное расположение узлов лейомиомы и шеечные узлы.

7. Бесплодие у пациенток с наличием лейомиомы матки независимо от ее размеров – при отсутствии других доказанных причин бесплодия.

8. В качестве подготовки к консервативной миомэктомии при комбинации крупных и мелких узлов, как метод продления фертильного возраста.

Доступ к маточным артериям осуществлялся посредством пункции правой бедренной артерии по стандартной методике Сельдингера. Перед непосредственным введением эмболизата производилась селективная ангиография маточной артерии слева и справа, с помощью которой может быть выявлена аномально сформированная сосудистая сеть. Ангиография проводилась на аппарате «Axsiom Artis» производства Siemens (Германия). Целью эмболизации являлась полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигалось за счет введения эмболизата. Наиболее часто для эмболизации использовались частицы ПВА и микросферы «Biosphere».

При необходимости проводили селективную двустороннюю ангиографию проксимальных отделов яичниковых ветвей восходящих отделов маточных артерий, что позволяло визуализировать и селективно эмболизировать не контрастируемые стандартным доступом сосудистые бассейны миоматозных узлов. Это не только позволяет справиться подчас с неразрешимой задачей при кровоснабжении узлов только из ветвей яичниковых артерий, но и значительно повышает эффективность проводимого ангиографического лечения больных с миомой матки при ассоциированном их кровоснабжении.

Процедура занимала от 20 до 60 мин (в среднем 35 мин), ее длительность определялась особенностью ангиоархитектоники сосудов малого таза.

Доза облучения, которую получает организм во время ЭМА, по данным ряда исследований [2, 8], не оказывает значительного отрицательного воздействия как на организм в целом, так и на фертильную функцию женщины. После произведенной ЭМА какие-либо достоверные изменения уровня ФСГ, ЛГ и эстрадиола отсутствовали.

В результате проведенного катамнеза женщин с лейомиомой матки после ЭМА было отмечено уменьшение частоты мено- и метроррагий на 79,1%, симптомов сдавливания смежных органов (частота мочеиспускания, дизурические явления, запоры и т. д.) – на 87,0%. Частота клинической эффективности в уменьшении хронических тазовых болей составила 89,1%, альгоменорреи – 64,3%. Средний объем матки через 6 месяцев после ЭМА уменьшился на 49,1%, через 12 месяцев – на 70,3%, объем доминантного фиброматозного узла – на 52,1% и 68,2% соответственно.

У 31,6% женщин с лейомиомой матки, преимущественно субмукозной локализации, наблюдалась экспульсия узлов в матку и их «рождение» и удаление вагинальным путем в период от 2 недель до 6 месяцев после ЭМА. 43% женщин продолжали использовать рекомендуемую нами контрацепцию в течение 12 месяцев после ЭМА. У 8,8% женщин было отмечено наступление беременности, завершившееся родами в 7 случаях. Искусственный аборт произведен у 2 больных, еще 5 пациенток с различными сроками беременности в настоящее время находятся под наблюдением.

Совокупный анализ результатов ЭМА показал, что улучшение фертильности в группе больных репродуктивного возраста происходит за счет значительного уменьшения размеров лейомиомы и связанного с этим восстановления архитектоники полости матки, проходимости интерстициального отдела маточных труб, топографии цервикального канала, психо-эмоционального комфорта больных.

Таким образом, можно констатировать, что ЭМА является одним из наиболее современных, малоинвазивных, безопасных, высокоэффективных органосохраняющих методов лечения, а выбор метода хирургического лечения больных с лейомиомой матки должен исходить из клинической целесообразности.

**Литература**

1. Альтман І.В. Рентгенендоваскулярна емболізація маткових артерій – новий етап у малоінвазивному лікуванні фіброміоми матки // Практична медицина. – 2002. – Т. 8. - № 2. – С. 11-13.

2. Бобров Б.Ю., Алиева А.А. Эмболизация маточных артерий в лечении миом матки // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 5. – С. 6-8.

3. Овчаренко Д.В., Верховский В.С., Беликова М.Е., Чхейдзе Н.С. Эмболизация маточных артерий в лечении лейомиомы матки // Акушерство и гинекология. – 2003. – С. 33-36.

4. Паращук Ю.С., Калиновская О.И., Коноз В.П. Опыт эмболизации маточных артерий для лечения миом матки // Матеріали VІ конференції харківської обласної клінічної лікарні «Сучасні підходи в лікуванні захворювань. Тромбоемболічні стани». – Харків, 2007. – С.56-58.

5. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В. Сучасні принципи лікування лейоміоми матки // Лікування та діагностика. – 2004. - №4. – С.37-45.

6. Тихомиров А.Л. Алгоритм комплексного консервативного лечения больных с миомой матки // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 3. – С. 80-83.

7. Pelage J.P., Le Dref O., Soyer P. et al. Fibroid-related menorrhagia: treatment with superselective embolization of the uterine arteries and mid-term follow-up // Radiology. – 2000. – Vol. 215. – P. 428-431.

8. Ravina J.H., Herbreteau D., Ciraru-Vigneron N. et al. Arterial embolization to treat uterine myomata // Lancet. – 1995. – Vol. 346. – P. 671-672.