



5th International Scientific Conference

**Science progress in European countries:
new concepts and modern solutions**

Hosted by the ORT Publishing and

The Center for Scientific Research “Solution”

Conference papers

February 28, 2019

Stuttgart, Germany

**ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ, У
ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ
ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ: ВЗГЛЯД ОПЕРИРУЮЩЕГО
ХИРУРГА**

СТРАХОВЕЦКИЙ В.С.

доктор медицинских наук, доцент,

доцент кафедры эндоскопии и хирургии

Харьковская медицинская академия последипломного образования

г. Харьков, Украина

ЩЕДРОВ А.А.

кандидат медицинских наук, доцент,

доцент кафедры акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

СТРАХОВЕЦКАЯ Ю. В.

кандидат медицинских наук, врач – акушер-гинеколог первой категории

ООО МЦ «АШЕРА»

г. Харьков, Украина

ТЕСЛЕНКО С.Н.

доктор медицинских наук, профессор,

профессор кафедры хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

ГОНЧАРОВА Н.Н.

доктор медицинских наук, доцент,

профессор кафедры хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

СЕНДЕЦКИЙ С.С.

врач-интерн

кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность. На сегодняшний день, миома матки является одним из наиболее распространенных заболеваний в гинекологической практике 5-21%, что, в значительной мере, сказывается на качестве жизни женщин. В 20-50% случаев носит симптомный характер, среди которых, часто встречаемые жалобы на аномальные маточные кровотечения, бесплодие, тазовую боль [1].

Существуют множество вариантов курации миомы матки. В контексте консервативной методики – это препараты, влияющие на патогенетические звенья формирования миомы матки. Речь идет об агонистах релизин-гормона, оральных контрацептивах, ингибиторах ароматазы, различных вариантах гормонсодержащих внутриматочных спиралей (ВМС).

Хирургическая методика лечения миомы матки широко используется во всех странах мира. Существуют самые различные методики – гистероскопическая, посвященная субмукозной миоме и некоторым вариантам интрамурально-субмукозной миомы. Лапароскопическая – наиболее распространена, практически полностью вытеснившая лапаротомный доступ, ввиду своей универсальности выполнения, с минимальным процентом осложнений и хорошей перспективой для реализации репродуктивных планов, а так же классическая лапаротомия, необходимая в ситуациях гигантских миом [5].

Метод эндоваскулярной эмболизации маточных артерий широко себя зарекомендовал во всем мире и довольно успешно применяется с 1995 года. Обязательным условием его выполнения является участие минимум двух специалистов, гинеколога и сосудистого хирурга. Гинеколог является профильным специалистом, устанавливающим диагноз миомы матки и определяющим тактику ведения конкретной пациентки [1, 2, 3].

Эмболизация маточной артерии осуществляется эндоваскулярным хирургом. Процедура выполняема под местной анестезией, требует пребывания пациентки в стационаре не более 2-3 суток, практически не имеет осложнений. Ожидаемый результат в течение полугода после эмболизации – уменьшение размера опухоли как минимум на 50 % [1] .

Однако, не следует забывать о такой проблеме, как лейомиосаркома матки. Частота встречаемости данной патологии среди злокачественных новообразований матки приблизительно – 1-1,3% случаев. На сегодняшний день, у данного заболевания очень мало патогномичной симптоматики, и зачастую диагноз устанавливается гистологически. Учитывая тот факт, что эмболизация маточной артерии не имеет гистологической составляющей в предоперационном периоде, следует быть весьма осторожными в выборе метода лечения в пользу эмболизации. В особенности это относится к сосудистым хирургам, которые без четких рекомендаций гинеколога не вправе осуществлять вышеуказанную процедуру, ведь позиция профильного специалиста в данной ситуации является доминирующей [6].

В нашей статье мы попытались сравнить эффективность хирургических методов лечения миомы матки с эмболизацией маточной артерии у женщин, заинтересованных в реализации репродуктивной функции, ввиду появившейся за последние 10 лет негативной тенденции увеличения количества эмболизации маточной артерии в хирургических стационарах без адекватного участия в схеме лечения гинекологической службы, что является не допустимым. Так же, мы постарались выяснить частоту не диагностированной лейомиосаркомы матки после эмболизации маточной артерии с последующим прогнозом.

Провели оценку частоты повторных хирургических вмешательств, в связи с рецидивом миомы матки, после ранее проведенной консервативной миомэктомии, не зависимо от доступа и эмболизации маточной артерии. Изучили частоту бесплодия после ранее выполненных вмешательств и степень эффективности вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Также отдельно были изучены перинатальные осложнения, в частности – невынашивание беременности, антенатальная гибель плода, аномалии родовой деятельности, патология прикрепления плаценты.

Материалы и методы. В клинике «АШЕРА» г. Харькова ежегодно проводится порядка 1000 оперативных вмешательств по поводу миомы матки. Из них 45% радикальные операции и 55% – консервативные миомэктомии, выполняемые различными доступами, в частности – гистерорезектоскопии, лапароскопии и лапаротомии. Дальнейшая судьба пациентов прослеживается сотрудниками клиники, включая перинатальный период.

Результаты и их обсуждение. За период с 2016 по 2018 год в клинику обратилась 23 пациентки, после ранее перенесенной эмболизации маточной артерии по поводу миомы матки в анамнезе. Все пациентки были репродуктивного возраста и с репродуктивными планами, у 18 женщин имело место первичное бесплодие, все без исключения пациентки нуждались в оперативном лечении ввиду рецидива миомы матки. Случаев обращения по поводу лейомиосаркомы матки, после ранее выполненной эмболизации маточной артерии, мы не зарегистрировали, однако была подробно изучена мировая статистика.

Всем вышеуказанным пациенткам выполнена гистероскопия диагностическая либо гистерорезектоскопия, консервативная миомэктомия при необходимости, лапароскопическая консервативная миомэктомия. В лапаротомном доступе у данной категории пациенток необходимости не возникло. Размер узлов колебался от 35 до 150 мм, количество от 3-х до 12-ти. Обратила на себя внимание консистенция узлов – в 75 % случаев за счет ранее сформировавшихся кальцинатов, энуклеация миом представляла определенную

сложность, а их извлечение из матки при гистерорезектоскопии было крайне сложным и до определенной степени травматичным для тканей. Обращало на себя внимание состояние тканей матки, а именно практически отсутствие даже минимальной их кровоточивости при энуклеации узлов миомы независимо от доступа, дряблость и атрофичность миометрия, что заставляло уже на интраоперационном этапе задуматься о качестве формирования будущего рубца и его перспективности для родов. Что же касается гистероскопической картины, то отмечена атрофия эндометрия, диагностированная во всех участках полости матки, с возникновением вопроса о перспективе имплантации.

Из 23 пациенток, беременность наступила естественным путем лишь у 6-ти (26%), из которых нормальных родов не было ни у одной пациентки. У 2-х пациенток беременность прервалась на сроке до 12 недель, у 2-х – имели место преждевременные роды в сроке 23-24 недели, у 1-й – во время кесарева сечения в сроке 37 недель экстирпирована матка в связи с патологическим прикреплением плаценты, и у 1-й – в сроке 37 недель зафиксировано стандартное кесарево сечение.

Остальные 17 пациенток подлежали программе ВРТ. Беременность наступила у 5-ти (30%), из которых у 2-х – замерла на сроке до 12-ти недель, у 1-й – имела место антенатальная гибель плода в сроке 31 недели. У 2-х пациенток беременность завершилась успешно.

Полученные результаты не имеют статистической достоверности, однако заставляют задуматься о целесообразности проведения эмболизации маточной артерии у женщин с репродуктивными планами. Следует также обратить внимание на данные мировой литературы по указанному вопросу. Так, рецидив миомы матки, требующий хирургического вмешательства у пациенток после различных вариантов консервативной миомэктомии в течение 5-ти лет колебался от 11 до 47%, после эмболизации маточной артерии – не менее 50%. Кроме того приблизительно в 20% случаев эмболизация маточной артерии оказывается не эффективной и требует хирургического вмешательства в ближайшее время [5].

Относительно бесплодия после эмболизации маточной артерии – информация достаточно противоречива и не однозначна [2]. Что же касается беременности и перинатального периода, то литературные данные ограничены сообщениями о клинических случаях наступления беременности и ее течения после ранее перенесенной эмболизации маточной артерии с различными исходами, как правило, положительными; отрицательные результаты данной методики умалчиваются по тем или иным причинам [3, 4, 5].

Выводы. Мы не ставили перед собой цели дискредитировать эмболизацию маточной артерии как методику лечения миомы матки, однако наш опыт указывает на негативные последствия вышеуказанного метода лечения и требует более тщательного изучения самой методики и ее результатов именно у не рожавших пациенток с репродуктивными планами.

Использованная литература.

1. Homer H. Pregnancy outcomes after uterine artery embolisation for fibroids / H. Homer, E. Saridogan // *The Obstetrician & Gynaecologist*. – 2009. – Vol. 11. – P.265-270.
2. Mohan P.P. Uterine artery embolization and effect on fertility / P. P. Mohan, Michael H. Hamblin, R. L. Vogelzang // *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. – 2013. – Vol. 24, Issue 7. – P.925-930.
3. Pregnancy after uterine artery embolization / J. Goldberg, L. Pereira, V. Berghella // *Obstetrics & Gynecology*. – 2002. – Vol. 100, Issue 5, Part 1. – P. 869-872.
4. Pregnancy after uterine artery embolization for symptomatic fibroids a series of 15 pregnancies / R. Firouznia, H. Ghanaati, M. Sanaati [et al] // *American Journal of Roentgenology*. – 2009. – Vol. 192. – P. 1588-1592.
5. Pregnancy after uterine fibroid embolization / J. M. Pisco, M. Duarte, T. Bilhim [et al] // *Fertility and Sterility*. – 2011. – Vol. 95, Issue 3. – P. 1121.e5–1121.e8.

6. Sasa H. Indications and outcomes of uterine artery embolization in patients with uterine leiomyomas / H. Sasa T. Kaji, K. Furuya // *Obstetrics and Gynecology International*. – Vol. 2012, Article ID 920831, 3 pages.