

підготовці жінок до ДРТ – можливість своєчасної діагностики усіх патологій, що впливають на фертильність та успіх лікування.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: МИА, 2000. – 781 с.

2. Определитель бактерий Берджи. В 2-х томах: Пер. с англ. / Под ред. Дж. Хоулта, Н. Крига, П. Снейга, Дж. Стейли С. Уильямса. – М.: Мир, 1997. – 800 с.

3. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом / Укладачі І.І. Мавров, О.П. Белозоров, Л.С. Тацька та ін. – Харків: Факт, 2000. – 120 с.

УДК 618.145–006.5

**Лучков А.І., Гнатенко В.М.**

**ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ В ЛІКУВАННІ ФІБРОМІОМИ МАТКИ**

**Одеський державний медичний університет**

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ В ЛІКУВАННІ ФІБРОМІОМИ МАТКИ – Актуальність проведення описаних клінічних спостережень обумовлена зростаючими показниками захворюваності жінок із фіброматозними новоутвореннями, а також значним помолдінням контингенту хворих на вказану патологію, що становить досить складну проблему, зважаючи на передракову небезпеку фіброміоми матки. В роботі подані результати клінічних досліджень, спрямованих на вдосконалення способу лікування фіброміоми матки із застосуванням хірургічної технології – рентгенендоваскулярної хірургії та інтвенційної радіології. В роботі йдеться про 12 пацієток із фіброміомою матки, для лікування яких було застосовано мініінвазивне хірургічне втручання, протягом якого проводили рентгенендоваскулярну емболізацію маткової артерії, що живить фіброматозні вузли, введення спіралі Чігогідзе. При цьому в пацієток було збережено матку та вдалося відновити репродуктивну функцію. Вказаний спосіб лікування дозволяє зменшити або ліквідувати фіброматозний вузол (чи вузли) без видалення матки, покращити лікування жінок із фіброміомою матки, що усуває клінічний прояв захворювання, відновлює репродуктивну функцію та має важливе психологічне та соціальне значення.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ – Актуальность проведения описанных клинических наблюдений обусловлена увеличением заболеваемости женщин с фиброматозными новообразованиями, а также значительным омоложением контингента больных с указанной патологией, что является важной проблемой, в связи с раковым перерождением. В работе поданы результаты клинических исследований, направленных на усовершенствование способа лечения фиброміомы матки с использованием хирургических технологий – рентгенендоваскулярной хирургии и интвенционной радиологии. В работе идет речь о 12 пациентках с фиброміомой матки, для лечения которых было использовано малоинвазивное хирургическое вмешательство, во время которого проводили рентгенендоваскулярную эмболізацію маточной артерии, которая питает фиброматозные узлы, введение спіралі Чігогідзе. При этом у пациенток была сохранена матка и удалось возобновить репродуктивную функцию. Указанный способ лечения позволяет уменьшить или ликвидировать фиброматозный узел без удаления матки, улучшить лечение женщин с фиброміомой, что ликвидирует клинические проявления заболевания, возобновляет репродуктивную функцию и имеет важное психологическое и социальное значение.

MINIINVASIVE SURGICAL TREATMENT OF FIBROMYOMA – Clinical researches are actual because of the increasing cases of the fibromyoma formation as well as sick women age significant decreasing. All the mentioned facts should be of great attention because of the possible precancer threat of the fibromatous processes in uterus. Results of clinical observations are given concerning fibromyoma treatment efficacy increasing using new surgical technology – roentgenendovascular surgery and interventional radiology. 12 women with fibromyoma were treated miniinvasive surgical intervention to women with fibromyoma throughout which uterine artery were embolized by Chigogidze spiral using. These manipulations allowed to preserve uterus and reinduce the reproductive function. The method of treatment that we used allows to minimize and/or liquitate the fibromatous node (or nodes), to increase the women with fibromyoma treatment efficacy that reinduce the reproductive function and has important psychological and social importance.

**Ключові слова:** фіброміома матки, малоінвазивні хірургічні методи, рентгенендоваскулярна емболізація, лікування.

**Ключевые слова:** фиброміома матки, малоинвазивные хирургические методы, рентгенендоваскулярная эмболізація, лечение.

**Key words:** fibromyoma, miniinvasive surgical methods, roentgenendovascular embolization, treatment.

**ВСТУП** Фіброміома матки – найбільш часто виникаюче доброякісне гормонально залежне пухлиноподібне утворення з гладком'язових елементів з подальшим фіброзуванням в умовах тканинної гіпоксії [1]. Частка фіброміоми в структурі патології репродуктивної сфери жінок становить 10-27 % [2,3]. Міома матки є найпоширенішою пухлиною в структурі пізнього репродуктивного (35-45 років) та пренопаузального (46-55 років) віку. Раніше вказана патологія починала розвиватися у жінок віком понад 30-35 років, але зараз, з розвитком діагностичних можливостей, з погіршенням оточуючого середовища, психоемоційним навантаженням спостерігається зростання захворюваності на цю патологію у більш молодшого контингенту жінок. Початок виникнення вузлів міоми матки є наслідком накопичення у жінок соматичних, гінекологічних захворювань та нейроендокринних порушень. Незважаючи на недостатню вивчені патогенетичні механізми вказаного патологічного стану, вважається, що зріст міоми триває при відносно високому вмісті естрогенів. За умов сумачії патологічних факторів у вказаному віці триває соматична мутація клітин в органах репродуктивної системи, що, ймовірно, грає провідну роль на стадії формування проліферативного компонента при процесах регенерації уражених клітин міометрія [1]. Численні міоми з різною кількістю вузлів неоднакового розміру та форми зустрічаються зараз у 80 % випадків фіброміом [4]. Практично третина всіх жінок із міомою матки перенесла раніше запальні захворювання придатків, а 20-30 % жінок страждають від порушення функції яєчників [2,5].

Відомі способи консервативного лікування фіброміоми матки шляхом застосування гонадотропін-релізинг-гормону або його агоністів (нафарелін, трипторелін, бузерелін, декапептил-депо тощо) [6]. Але при такому способі лікування фіброміоми можливий розвиток тяжкого гіпестрогенного стану, який характеризується зростанням вегетосудинних кризів – “приливів”, на наявність яких скаржаться більше 80 % пацієток, з них у кожній третій жінки вказані “приливи” суттєво знижують працездатність та якість життя. Майже 50 % жінок скаржаться на головний біль різної тривалості та інтенсивності. Пригнічений настрій, депресія, розладнання сну, суглобна й м'язова ригідність, різке зниження лібідо, сухість слизової оболонки піхви, випадання волосся, зменшення молочних залоз зустрічаються у 10-15 % хворих.

Існують також інші, більш дешеві гормональні лікарські засоби для лікування фіброміоми матки – прогестерон та його аналоги й синтетичні прогестини [2,6,7]. Але до сьогодні немає абсолютних доказів ефективності застосування прогестерону й синтетичних прогестинів для лікування міоми матки. Крім того, було підтверджено, що великі дози прогестерону сприяють порушенню мікроциркуляції в великих суднах, власне, розвитку його набряку, що, в свою чергу, є показанням до термінового оперативного втручання. Наприкінці, слід враховувати наявність наступних протипоказань для приймання гормонів при лікуванні фіброміоми матки – ожиріння, хронічний тромбофлебіт, цукровий

діабет, варикозна хвороба, поліалергія, захворювання печінки, серцево-судинної системи і т.д.

Найчастіше фіброміому матки лікують видаленням вузлів, а при надто великих розмірах міоми проводять лапароскопічну екстирпацію матки [8,9]. Але за умов застосування даного способу лікування фіброміоми тіла матки використовується дороге обладнання. Результатом лапароскопічної операції (міомектомія, міомгістеректомія, висока, над піхвою ампутація матки та ін.) є видалення матки разом із фіброматозним вузлом, що призводить до порушення репродуктивної функції [3].

Фахівці-хірурги ОГМУ та МКЛ №2 м.Одеси першими в місті впровадили у практику методику малоінвазивного рентгеноваскулярного хірургічного втручання при лікуванні широкого кола пацієнтів. Використовуючи малоінвазивну хірургічну методику при лікуванні фіброміоми матки, за досить короткий термін ми також досягли певних успіхів, про що маємо намір звітувати у даній роботі. Отже, метою роботи є вдосконалення способу лікування фіброміоми матки через принципово новий підхід із збереженням тіла матки шляхом застосування нової методики – рентгеноваскулярної емболізації маткової артерії.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Клінічні спостереження проводилися за 12 жінками з фіброміомою матки віком від 36 до 52 років, які звернулися за консультацією до пологового об'єднання №2 м. Одеси. Пацієнткам були здійснені малоінвазивні втручання: проводили рентгеноваскулярну емболізацію маткової артерії, що живить фіброматозні вузли, після чого вводили спіраль Чігогідзе шляхом пункції стегнової артерії введенням катетера селективно до внутрішньої здухвинної артерії. При порушеній анатомії судин ми застосовували транскапілярний доступ зліва. Для методики рентгеноваскулярної хірургії застосовували прилади "Siemens", "Triduros" (доза опромінення становила 65-90 мкВт, MAS – 100 мА/с, термін загальної експозиції – 10-15 хв, термін експозиції на один знімок – 0,5 с). Вказані маніпуляції виконувалися під місцевою анестезією 0,5 % розчином новокаїну (20-30 мл) під рентгеновським контролем.

До операції рентгеноваскулярної емболізації маткової артерії, а також після неї хворим проводилося ретельне обстеження із застосуванням ультразвукової багаточіпкової скануючої системи "Echovision SSD-250" ("Aloka").

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** У всіх хворих протягом наступної доби після операції та рентгеноваскулярного втручання відмічалось порушення живлення фіброматозних вузлів (чи вузла), яке супроводжувалося наявністю ішемічного болю, та подальше розсмоктування вузлів через 5-6 місяців. На 2-3-ю добу після операції стан хворих задовільний. Ніч спали спокійно, шкірні покриви звичайного кольору. АТ та пульс в межах норми. Перистальтика кишечника в нормі, виділення зі статевих органів відсутні, діурез достатній.

Всі жінки на 3-5-у добу виписані у задовільному стані для подальшого спостереження в жіночих консультаціях. При контрольному обстеженні через 1 місяць скарг нема.

Таким чином, отримані дані проведених клінічних спостережень за жінками із фіброміомою після рентгеноваскулярної емболізації маткової артерії свідчать про принципово новий методичний підхід до лікування вказаного контингенту жінок. Застосований нами оригінальний спосіб лікування фіброміоми матки є принципово новим, оскільки дозволяє зберегти тіло матки, звільнивши його від фіброматозного вузла чи вузлів. Застосований метод емболізації маткової артерії є малотравматичним порівняно з традиційними хірургічними втручаннями за умов вказаної патології у жінок – міом- та гістеректомій, для яких характерними також є всі властиві для лапароскопічних втручань типи ускладнень. Стосовно показань до рентгеноваскулярного лікування, слід відзначити, що вони є тими ж, що й для традиційного хірургічного лікування. Біопсія слизової оболонки матки обов'язкова у випадках досить швидкого

росту пухлиноподібного утворення, віку хворих понад 40 років, виникаючих незалежно від терміну менструації маткових кровотеч, що дозволяє виключити злоякісну пухлину та ендометріальну гіперплазію.

Окрім цього, застосована нами методика малоінвазивного рентгеноваскулярного хірургічного втручання є клінічно легше відтворюваною та надає можливість безпосередньо впливати на причину патологічного стану. Механізм рентгеноваскулярної емболізації маткової артерії (чи маткових артерій) полягає в тому, що це артерії кінцевого типу, за умови нестачі кровопостачання розвивається ішемія фіброматозних вузлів (чи вузла), що насамперед сприяє їхньому розсмоктуванню, склерозуванню або асептичному некрозу. В той же час міометрій залишається непошкодженим внаслідок розвитку колатералей судин, які постачають кров до нього, з артеріями таза.

Слід вказати на те, що рентгеноваскулярна хірургія та інтервенційна радіологія – це новий напрямок клінічної медицини, суть якого полягає в проведенні внутрішньосудинних кризкатетерних діагностичних досліджень та лікувальних втручань під рентгеновським контролем [10]. За допомогою рентгеноваскулярної хірургії стає можливим, з одного боку, переривання або обмеження кровопостачання по судинах через їх емболізацію, а, з іншого боку, відновлення просвіту судин після стенозу або оклюзії через їх дилатацію або реканалізацію та/або екстракцію тромболітичного матеріалу. Для лікування хворих із фіброміомою тіла матки, власне, й було застосовано такий різновид рентгеноваскулярної хірургії як регіональна емболізація маткових артерій.

Описаний метод малоінвазивного втручання дозволяє зменшити або ліквідувати фіброматозний вузол (вузли) без видалення матки, покращити якість лікування жінок із фіброміомою матки, що усуває клінічний прояв захворювання, відновлює репродуктивну функцію, а також має важливе психологічне та соціальне значення.

**ВИСНОВКИ** На підставі отриманих даних можна зробити такі висновки:

- у жінок із фіброміомою матки ефективним лікувальним методом є застосування малоінвазивного рентгеноваскулярного хірургічного втручання, впровадження якого здійснюється емболізація маткової артерії (чи маткових артерій), які живлять матковий вузол (чи вузли);
- застосований спосіб лікування фіброміоми матки є принципово новим, оскільки дозволяє зберегти тіло матки, звільнивши його від фіброматозного вузла (чи вузлів);
- застосування рентгеноваскулярної емболізації маткових артерій дозволяє підвищити ефективність лікування жінок із фіброміомою матки, відновлює репродуктивну функцію, що має важливе психологічне та соціальне значення.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Сидорова І.С. Миома матки: возможности лечения и профилактики // Русский мед. журн. –2002. –Т.10, №7. – С. 33-37.
2. Чеплат О. Современные принципы лечения фибромиом // Лечач. врач. –2000. – №4. – С. 76-80.
3. Ray C. Les fibromes et leurs chirurgies // Gyn. Obs. –1997. –N363. – P. 4-7.
4. Kharbach A., Zouhal A., Rhrab B. et al. Necrobiose aseptique des fibromes uterins. A propos de soixante-trois cas // Rev. fr. gynecol. et obstet. –1996. – N1-2. – P. 20-23.
5. Taylor S., Kadoch O., Capella-Allouc S. Fibromes: Fertilité apres traitement hysteroscopique // Gyn. Obs. –1998. – N 391. – P. 11-13.
6. Дильман В.М. Эндокринологическая онкология. – М.: Медицина, 1983. – 408 с.
7. De Leo V., Morgante G. Fibromioni uterini e pattern ormonale: Considerazioni terapeutiche // Minerva ginecol. –1996. –N12. – P. 533-538.
8. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Бабурина И.П. и др. Лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки с помощью петлевой лигатуры // Акуш. и гин. –1996. – №5. – С. 44-46.
9. Карнаух В.И., Дурасов В.В., Тугушев М.Т. Лапароскопическая экстирпация матки // Эндохирургия для России. –1993. – №1. – С.15-18.
10. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Зверхановская Т.Н. и др. Рентген-эндovasкулярная хирургия. –М.: Медицина, 1987. – 415 с.