

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Ганиева Севиля Руслановна

студент, ОТКЗ Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, РФ, г. Симферополь

Гафурова Алие Юнусовна

студент, ОТКЗ Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, РФ, г. Симферополь

Выдащенко Алена Владимировна

научный руководитель, ассистент, ОТКЗ Медицинский институт им. С.И. Георгиевского, РФ, г. Симферополь

Аннотация. Миома матки в настоящее время остается одной из наиболее распространенных гинекологических заболеваний среди женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Данная статья посвящена изучению современных методов диагностики и лечения миомы матки и предназначена для студентов медицинских вузов, врачей акушеров-гинекологов, а также пациентов, желающих ознакомиться с современными аспектами терапии данной патологии.

Ключевые слова: миома матки, диагностика, лечение, факторы риска, современные методы, лапароскопия.

Миома матки представляет собой самую частую доброкачественную опухоль женской репродуктивной системы. Частота встречаемости среди женщин детородного возраста составляет около 70%. [1] Обычно диагноз устанавливается в возрасте от 32 до 34 лет, а максимальный пик заболеваемости наблюдается перед началом климактерического периода. На сегодняшний день растет число случаев обнаружения миомы у женщин моложе 30 лет, которые ещё не успели реализовать свою репродуктивную функцию. [2] Однако у большинства, заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет оценку реальной распространенности. Миома является моноклональной опухолью из клеток гладкомышечной ткани тела и шейки матки, которые в результате мутации получили способность неконтролируемого роста.

Истинные причины развития данной патологии до конца не изучены, тем не менее, большинство научных исследовательских работ содержат материала, имеющие отношение к гормональным и генетически-молекулярным аспектам развития опухоли.

Факторами риска развития миомы матки являются, отягощенный семейный анамнез, возраст, отсутствие родов в анамнезе, избыточная масса тела или ожирение, длительный прием комбинированных оральных контрацептивов, заместительная гормональная менопаузальная терапия, прием тамоксифена, наличие хронических воспалительных заболеваний женских половых органов. Представление о факторах риска дает нам возможность создать методы по предупреждению данной патологии.

Течение заболевания может протекать как без симптомов, так и с выраженными

клиническими проявлениями. Это связано с тем, что опухоль по своим морфогенетическим характеристикам может быть «простой» и «пролиферирующей». «Простая» миома матки представляет собой фибромиому, возникающую, по принципу доброкачественного увеличения мышечной ткани и чаще протекает бессимптомно, а «пролиферирующая» вызвана разрастание мышечных клеток и наличием очагов пролиферации. [3] Ключевые клинические симптомы заболевания: длительные обильные маточные кровотечения, патологические менструации, боли в нижней области живота различной силы и характера, нарушение работы прилежащих органов, проявляющиеся дизурическими расстройствами и запорами, бесплодие, невынашивание беременности.

Диагностика миомы матки включает в себя сбор жалоб и анамнеза, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию, гидросонографию, а также магнитно-резонансную и/или компьютерную томографию по показаниям. Ультразвуковое исследование (УЗИ) в настоящее время, остается самым информативным методом, поскольку уровень выявления миомы матки при данном способе достигает 95%. Основные УЗИ-признаки миомы: гипертрофия матки (особенно переднезаднего размера), нарушение внутреннего контура матки, вследствие внутримышечного разрастания узлов, деформация полости матки, а также структурные изменения мышечного слоя. В сочетании с цветовым доплеровским картированием, УЗИ дает возможность определить степень кровотока в миоматозных узлах. В «простых» и «пролиферирующих» миомах уровень кровотока невысокий, в пределах $0,12 - 0,25 \text{ см}^3/\text{с}$, а индекс резистентности колеблется от $0,58-0,69$ и $0,50-0,56$. Гидросонография один из методов ультразвукового исследования, позволяющий точно установить размеры и местоположение узла миомы в отношении маточных труб и перешейка, а также дает представление о степени деформации маточной полости. Магнитно-резонансная томография с контрастированием является лучшим методом для определения пенетрации субмукозной миомы в мышечную оболочку матки.

Лечение пациентов с миомой матки представляет собой сложную задачу, поскольку опухоль отличается высокой степенью гетерогенности. Также сохраняется вопрос относительно высокого числа экстирпаций матки и выбора стратегии лечения бессимптомных форм миомы. Женщинам детородного возраста с миомой матки и наличием выраженной клинической симптоматики рекомендуется начинать лечение сразу после постановки диагноза, так как длительное бездействие может привести к прогрессированию заболевания. Стратегия терапии для каждого больного должна быть индивидуальной. Выбор тактики лечения опирается на возраст пациента, размер опухоли, интенсивность проявления симптомов, локализацию и число узлов, вероятность злокачественного перерождения, желание сохранить матку и репродуктивные возможности. Основным эффективным методом лечения миомы матки, дающим положительные результаты является оперативное вмешательство. Перспективы хирургического вмешательства существенно увеличились, благодаря внедрению и совершенствованию эндоскопических методик. Так, экстирпация матки приводит к тотальному излечению и предотвращает в дальнейшем возникновение заболеваний шейки матки, в том числе злокачественных. На сегодняшний день, существует несколько хирургических доступов: лапароскопический, лапаротомический, влагалищный и смешанный (комбинированный). По данным современной доказательной медицины, влагалищный доступ считается самым оптимальным, так как вызывает наименьшую частоту осложнений во время операции и после. Однако для его выполнения необходимо учитывать объем влагалища, подвижность и величину матки, отсутствие спаек в малом тазу и межсвязочной локализации узлов опухоли, что затрудняет его применение. Предпочтительным способом и выбором оперативного вмешательства среди женщин репродуктивного возраста с миомой матки, считается лапароскопический. Поскольку, также обладает низким уровнем послеоперационных осложнений. Благодаря лапароскопии можно диагностировать субсерозную опухоль матки, провести дифференциальную диагностику между опухолью яичника и матки, и оценить их расположение относительно соседних органов. Тем не менее, на сегодня остается немало открытых и дискуссионных аспектов относительно техники хирургической методики, выбора оптимального места и ориентации разреза матки, подбора шовного материала и обеспечения благоприятных условий для образования качественного рубца на матке. Риск развития рецидива в 2 раза выше при множественных миомах, нежели при единичных. Также, у женщин с одиночным опухолевым узлом увеличивается вероятность восстановления репродуктивных возможностей после миомэктомии. [5]

Потенциальным неинвазивным методом лечения миомы матки выступает фокусированная ультразвуковая абляция под контролем магнитно-резонансной томографии. Для ее выполнения существуют условия: локализация узлов миомы на дне матки и в области передней стенки, размер узлов не более 10 см, внутримышечное, интерстициально-субсерозное и интерстициально-субмукозное расположение опухоли. Эффективность данной терапии составляет 97%. Фактором, ограничивающим применение методики ФУЗ-МРТ абляции, служит возможность воздействовать фокусированным ультразвуком исключительно на малое число миоматозных узлов, общее количество которых не должно превышать три-четыре единицы. [4]

Малоинвазивным методом лечения миомы матки считается эмболизация маточных артерий (ЭМА). Выбором данной терапии служит, наличие у пациента противопоказаний к оперативному вмешательству, а также повышенный риск серьезных хирургических осложнений, преимущественно связанных с анестезией. Прерогатива данной терапии заключается в том, что она выполняется при любом расположении, величине и количестве узлов миомы. Уменьшение симптомов данной патологии или полное их устранение, отмечается через 3 года после ЭМА, за счет аваскуляризации миоматозных узлов.

Говоря о консервативных методах лечения миомы матки, на сегодняшний день не существует ни одного препарата, который обеспечит эффективное долговременное излечение заболевания. Медикаментозная терапия используется для уменьшения, либо ликвидации клинической симптоматики, а также для временного оттягивания хирургического вмешательства на срок не более 3-х месяцев. Препаратами первой линии считаются агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона. За счет ингибирования секреции эстрогенов, они снижают размеры узлов миомы, а также подавляют их рост. Однако не рекомендуется длительно применять данные препараты (сроком не более 6 месяцев), в связи с появлением побочных эффектов, таких как остеопения, гипостроения. В последнее время значительное применение получили селективные модуляторы рецепторов прогестерона. К ним относятся: синтетические селективные модуляторы прогестероновых рецепторов (улипристал), антагонисты прогестерона (мифепристон) и агонисты прогестерона (прогестерон, прогестины). Мифепристон (антигестаген), ингибирует деятельность прогестерона на уровне рецепторов гестагена, также является антагонистом глюкокортикостероидов. За счет способности стимулировать секрецию ИЛ-8 в децидуальных клетках, препарат получил свое применение для прерывания беременности на ранних сроках, так как повышает чувствительность миометрия к простагландинам и приводит к отслаиванию децидуальной оболочки. Через 3 месяца применения данного средства в дозе 50 мг, отмечается уменьшение величины опухоли от исходной на 25-50%. Это связано с его способностью подавлять пролиферацию и приводить к гибели клеток в отношении миомы матки. Необходимо отметить, что мифепристон противопоказан больным с субмукозной локализацией опухоли. [3]

Улипристал (в форме ацетата) относительно новый препарат, получивший свое применение в лечении и предоперационной терапии симптомов миомы матки. Применение данного средства в дозировке 5 мг в течении 3 месяцев значительно уменьшает объем кровопотери, что снижает риск развития тяжелой анемии, так же за счет подавления пролиферации клеток и усиления механизмов апоптоза, уменьшает размеры миомы матки. [3]

Препараты прогестерона (гестагены). Несмотря на многолетнюю практику назначения данных средств для терапии миомы матки, прогестерон признан сильным фактором, способствующим развитию данной доброкачественной опухоли. В отношении аномальных маточных кровотечений гестагены дают положительную терапию, подавляя пролиферацию эндометрия и повышая тем самым уровень гемоглобина. Между тем, они никаким образом не влияют на уменьшение величины миомы матки. Современные научные исследования свидетельствуют, что применение гестагенов способно активизировать рост миомы, особенно если её ткани содержат большое количество рецепторов прогестерона. В связи с этим, необходимо с осторожностью назначать данные препараты и непродолжительными курсами.

Таким образом, миома матки – это наиболее часто встречающееся доброкачественное новообразование женской репродуктивной системы, снижающее качество жизни пациенток и проводящее к бесплодию и/или невынашиванию беременности. Хотя медицина достигла значительных успехов за последние десятилетия, вопросы диагностики и лечения миомы

матки по-прежнему остаются предметом изучения. Современный подходы к диагностике позволяют своевременно выявить заболевание, определить точные размеры, локализацию и структуру опухоли матки, тем самым подобрать оптимальные варианты терапии. Подход к лечению миомы матки становится более индивидуальным, предусматривает персональные характеристики, такие как возраст, желание сохранить репродуктивные способности, сопутствующие соматические заболевания и тяжесть клинических симптомов. Хирургические способы лечения на сегодняшний день остаются приоритетными, благодаря появлению малоинвазивных органосохраняющих методик лечения миомы матки. Следовательно, комплексное сочетание современной диагностики и лечения дает возможность эффективно управлять заболеванием и предотвратить развитие осложнений.

Список литературы:

1. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М.: ГЭОТАР-Медиа. - 4-е изд.- 2017. Москва: Проблемы репродукции.
2. Сидорова И. С. и др. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста //Акушерство, гинекология и репродукция. - 2012. - Т. 6. - №. 4.
3. Кудрина Е.А., Бабурин Д.В. Миома матки: современные аспекты патогенеза и лечения (клиническая лекция). Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2016. - №3(1). - С. 4-10.
4. Панкратов В.В. Высокие технологии в диагностике и лечении миомы матки: дис. ... д. мед. наук, 2013. - С. 15.
5. Аракелян А.С. Использование различных хирургических доступов (лапаротомия, лапароскопия, влагалищный) при радикальных операциях у больных миомой матки больших размеров: дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. - С. 26.