

Клінічний досвід застосування методики емболізації маткових артерій під час лікування субмукозних міом матки у медичному центрі ПМП «Відар» міста Вінниці протягом 2008–2022 рр.

В. В. Трегуб¹, В. А. Кондратюк², І. В. Альтман³, О. К. Тарасюк⁴, Ю. К. Сікало⁵

¹Медичний центр ПМП «Відар», м. Вінниця

²Національний інститут хірургії та трансплантології НАМН України імені О. О. Шалімова, м. Київ

³НПЦ ендovasкулярної нейро рентгенохірургії НАМН України, м. Київ

⁴Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

⁵Харківський національний медичний університет

Міома матки – доброякісне новоутворення. Методика емболізації маткових артерій (ЕМА) використовується для лікування міоми матки і є високоефективною. Принцип емболізації заснований на тому, що всі судини, які кровопостачають матку, закінчуються в ендометрії.

При ЕМА вводять маленькі частини – емболи, які з током крові розносяться по цих судинах. Потрапивши у судини міоми, емболи не можуть пройти крізь капсулу міоми, тому блокують судини, що кровопостачають її. Це приводить до припинення кровопостачання міоматозних вузлів, і у подальшому відбувається зменшення розмірів цих вузлів, у середньому на 50–60% протягом року, з поступовим зменшенням протягом наступних років життя.

Дану малоінвазивну процедуру проводять під місцевим знеболюванням – після пункції феморальної артерії, з рентгенологічним контролем проведення ангіографії та інтраопераційним оцінюванням кровотоку у вузлах міоми з використанням ультразвукового дослідження (УЗД).

За 15 років роботи виконано 1400 операцій ЕМА міом матки, з них більше 70 випадків – ЕМА субмукозних міом. У подальшому, за виникнення клінічної картини експульсії даних субмукозних вузлів, проводили трансвагінальну міомектомію. Така комбінована методика продемонструвала високу ефективність.

У статті описані клінічні випадки хворих, які отримали лікування субмукозної міоми великих розмірів методом ЕМА з наступною трансвагінальною міомектомією вузла, що народжувався. Загалом описано 5 клінічних випадків, представлено результати УЗД, макропрепарати, кольпоскопічні зображення. Описано клінічний випадок міоми матки, розміри якої відповідали 21 тиж вагітності та об'єму 1500 см³; після наведеної вище комплексної методики лікування об'єм матки зменшився, за даними УЗД, до 122 см³. Також представлено клінічний випадок хворої з міомою матки, масивною кровотечею, у якій рівень гемоглобіну становив 67 г/л. Пацієнтці виконано ЕМА з наступною трансвагінальною міомектомією з приводу експульсії субмукозного вузла.

Отже, описана комплексна методика лікування субмукозних міом матки продемонструвала високу ефективність клінічних результатів.

Ключові слова: міома матки, емболізація маткових артерій, субмукозна міома, міомектомія трансвагінальна, народження вузла.

Clinical experience of using the technique of uterine artery embolization in the treatment of submucous uterine fibroids in the Vidar Medical Center, Vinnytsia (2008–2022)

V. V. Tregub, V. A. Kondratyuk, I. V. Altman, O. K. Tarasiuk, Yu. K. Sikalo

Myoma of the uterus is a benign neoplasm. The technique of uterine artery embolization (UAE) is used to treat uterine fibroids and is highly effective. The principle of embolization is based on the fact that all blood vessels that supply the uterus end in the endometrium.

During UAE small parts are injected – emboli, which are spread along these vessels with the blood flow. In the vessels of the myoma the emboli cannot pass through the capsule of the myoma, so they block the vessels that supply it with blood. This leads to the cessation of blood supply to myomatous nodes, and subsequently there is a decrease in the size of these nodes, on average by 50–60% during the year, with a gradual decrease during the following years of life.

This minimally invasive procedure is performed under local anesthesia – after femoral artery puncture, with X-ray control of angiography and intraoperative assessment of blood flow in fibroid nodes using ultrasound (US).

Over 15 years of work, 1,400 UAE operations of uterine fibroids have been performed, of which more than 70 cases are UAE of submucosal myomas. Later, when the clinical picture of expulsion of these submucosal nodes appeared, transvaginal myomectomy was performed. Such a combined technique demonstrated high efficiency.

The article describes clinical cases of patients who received treatment of large submucosal myoma by the UAE method followed by transvaginal myomectomy of the nascent node. In total, 5 clinical cases are described, the results of ultrasound,

macropreparations, and colposcopic images are presented. A clinical case of a uterine myoma, the size of which corresponded to 21 weeks of pregnancy and a volume of 1500 cm³, is presented: after the above complex treatment method the volume of the uterus decreased according to ultrasound examination to 122 cm³. Also, a clinical case of a patient with uterine myoma, massive bleeding, whose hemoglobin level was 67 g/l is described. The patient was performed by UAE followed by transvaginal myomectomy for expulsion of the submucosal node.

So, the described complex method of treatment of submucous uterine fibroids demonstrated high efficiency of clinical results.

Keywords: uterine myoma, uterine artery embolization, submucosal myoma, transvaginal myomectomy, node birth.

Міома матки є доброякісним новоутворенням та доброякісним захворюванням – лейоматозом [1, 6, 9]. Онкогенність міоми становить близько 0,004% і прирівнюється за онкогенністю до фіброми, ліпому і нормального ендометрія [11, 14, 22]. На сьогодні доведено, що походження міоми абсолютно не пов'язане з силовим міометрієм, який не здатний до ділення, і кількість міоцитів у матці залишається постійною за весь період функціонування матки [2, 5, 15]. Це доводить і досвід спроможності рубців після кесарева розтину, міомектомії, травм матки [8, 18, 20].

Відзначено, що у рубцях практично відсутні клітини силового міометрія. І рубець, який не спроможний, складається з рубцевої тканини і може призвести до механічного розриву матки у допологовий період та під час пологів. Частіше розрив відбувається не по рубцю, а у місці стику рубця з силовим міометрієм [21, 23, 26].

Фіброміома за своїм походженням належить до гладком'язових міоцитів м'язової стінки артерій матки. Ці міоцити здатні до ділення при збільшенні матки у процесі вікового росту, вагітності, коли матка збільшується за рахунок гіпертрофії міометрія у 20 разів, а судинна сітка збільшується за рахунок ділення клітин міоцитів судинної стінки (рис. 1).

Отже, зберігається достатність кровопостачання матки. Унаслідок хромосомного дефекту міоцитів судинної стінки артерій і локальної гіперестрадіолемії відбувається зрив контролю ділення міоцитів судинної стінки і починається бурхливе ділення з утворенням зародка міоми, у процесі якого формується ангіоміофіброзне утворення.

Кровопостачають дане утворення розширені кінцеві судини. Тобто міому потрібно було б кваліфікувати як ангіоміому за гістологічною та морфологічною структурою і філогенезом.



Рис. 1. Будова судинної стінки
(<https://dovidka.biz.ua/budova-arterii/>)

Гладком'язові міоцити судинної стінки артерії матки, що не мають відношення до силового міометрія з патологічною проліферацією, є зачатками міоми внаслідок локальної гіперестрадіолемії (40 разів естрадіол – 10 – прогестерон) [6, 15, 22].

Тому справедливо міому називати ангіофіброміою, що має псевдокапсулу і фіброзно-м'язову масу. Тут судини завжди кінцеві, що дуже важливо розуміти під час використання методики емболізації маткових артерій (ЕМА) [17, 19, 24].

ЕМА широко застосовують 22 роки, за цей час у всьому світі виконано близько 25 млн операцій, і загальний успіх цієї операції становить 95–98% [3, 10, 12].

Розглянемо питання лікування субмукозної міоми, яка клінічно проявляється ясными менструаціями, збільшенням матки, анемізацією пацієнтки, тиском на органи малого таза, безпліддям [9, 13, 16].

1. Резектоскопічна міомектомія: можлива при субмукозних вузлах 0 типу за FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) і розмірах не більше 3 см. Через обмежені інструментальні можливості у процесі виконання даного втручання можливі розвиток кровотечі, ТУР-синдрому, прободіння матки, тромбоемболія за рахунок зяяння судин, рецидиви – від 10 до 50% протягом року. Наслідки можуть призвести до гістеротомії, зниження якості і тривалості життя, втрати фертильності жінки [10, 25, 26].

2. На жаль, методи консервативної терапії не ефективні (прогестини, комбіновані оральні контрацептиви, агоністи гонадотропін-рилізінг-гормонів, уліпристалу ацетат, епігалокатехін-3-галлат, індол-3-карбінол); спроби встановлення гормонівмісної внутрішньоматкової системи, яка безпосередньо постачає у міому прогестерон, посилює її ріст. Деякі із методів не дають бажаних стійких результатів, а то й провокують бурхливий ріст міоми.

3. Відомо, що міома – гормонозалежний проліферат, де естрогени відповідають за гіпертрофію міоцитів міоми, а прогестерон впливає на мітотичну активність міоцитів судинної стінки артерій. Доведено, що міома має гормоночутливі рецептори, які на 60% залежні від прогестерону, і спроба лікування прогестинами може призвести до різкого росту міоми. Так, у процесі вагітності вміст естрогену збільшується у 40 разів, а прогестерону – у 10 разів, що провокує збільшення міом у I, II триместрах вагітності.

Гонадотропін-рилізінг-гормони здатні зменшити міому до 30% за рахунок гормонального голодування, але, на жаль, застосування більше ніж 6 міс заборонено через різке зменшення кісткової тканини і розвиток остеопорозу. Утрата кісткової тканини збільшується у 15 разів і може призвести до переломів [9, 21, 23].

4. Лікування народними методами (чистотіл, боровя матка, червона щітка) не може використовуватися, урахувавши загальнотоксичну дію, що здатна призвести до тяжкого ураження печінки та нирок. Вплив на міому слабкий і не дає бажаного результату.

5. Препарати індол-3-карбінолу не можуть діяти на наявні міоми, а рекомендовані для профілактики аденоміозу.

6. Консервативне лікування за методикою «Фуз-абляції» чи «Хай-фу», на жаль, не виправдало себе через часті рецидиви за рік, загрозу ураження кишечника та судинно-нервового сплетення таза. Може бути рекомендований в астенічних жінок із одиноким вузлом по передній стінці, розмір якого не перевищує 2–3 см. Також методика має цілу низку протипоказань та можливих ускладнень, хоча лікарі у рекомендаціях зазначають можливість лікування вузлів великих розмірів.

Лікування субмукозних фіброміом найчастіше закінчується гістеректомією [5, 20, 21].

Протягом 15 років на базі приватного медичного центру виконано 1400 операцій ЕМА, з них 76 випадків – ЕМА субмукозних міом. При експульсії субмукозних вузлів після ЕМА проводили трансвагінальну міомектомію. За роки впровадження органозберігальної методики ЕМА досягнуто позитивні результати у лікуванні з використанням ЕМА та подальшою трансвагінальною міомектомією при субмукозних міомах [7].

Виключення спостерігалось лише в одному випадку: у пацієнтки 40 років з симптомною міомою матки, трансмуральним вузлом, за даними ультразвукового дослідження (УЗД), розміром 150 мм, який після ЕМА зменшився до 100 мм за 1 міс. Після цього у жінки з'явилися клінічні симптоми народження вузла (біль, виділення зі статевих шляхів, підвищення температури тіла, згладження шийки матки при вагінальному огляді, на УЗД – вузол у порожнині матки). При спробі трансвагінального видалення вузла через анатомічні особливості у формі загину матки, неможливість розширення шийки матки без травматизації довелося використати надпівову гістеректомію зі збереженням яєчників. В усіх інших випадках успішно була проведена трансвагінальна міомектомія.

Схема ЕМА наведена на рис. 2.

Принцип емболізації заснований на тому, що всі судини, які кровопостачають матку, закінчуються в

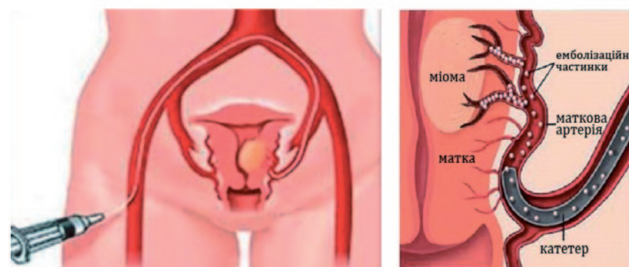


Рис. 2. ЕМА міоми матки– схема Smith (1970), J. Ravina (1995)

ендометрії. При ЕМА через стегнову артерію катетер проводять у маткові артерії під контролем рентгеноскопії. Після цього вводять дрібні частини – емболи, які з током крові розносяться по всіх судинах, що кровопостачають матку, і через кінцеві судини, спіральні артерії, потрапляють в ендометрій. Вони скупчуються в ендометрії та з найближчою менструацією залишають порожнину матки, не спричинюючи ніякої шкоди міометрію та його фізіологічним функціям.

А лейоміоми мають псевдокапсулу зі сполучної тканини і розширені кінцеві судини, що широко кровопостачають міому. Потрапивши у судини міоми, емболи не можуть пройти крізь неї, «запаковують» судини, що кровопостачають міому, зумовлюють ішемію, червоний склероз, інфаркт тканин з розвитком фіброзу і кальцифікації у міоматозному вузлі. При цьому спричинюється асептичний некроз міом будь-якого розміру та локалізації, у тому числі й субмукозних. Усе це призводить до зменшення розмірів вузлів у середньому на 50–60% протягом року з поступовим зменшенням протягом наступних років життя.

Протипоказання до ЕМА: рак шийки матки, яєчника, ендометрія, саркома тіла матки, гострі запальні захворювання у малому тазі, вагітність, гіпертиреоз у стадії загострення, тяжка ниркова та печінкова недостатність.

Про ефективність ЕМА при субмукозній міомі свідчить клінічний випадок, який наведений нижче.

Методом ЕМА було проліковано жінку з інтрамурально-субмукозним розташуванням вузла, яку в анамнезі лікували методом «Фуз-абляції», але він не



Рис. 3. Видя живота пацієнтки Т., 36 років, до операції ЕМА (діагноз: Лейоміома матки розміром 21 тиж вагітності)

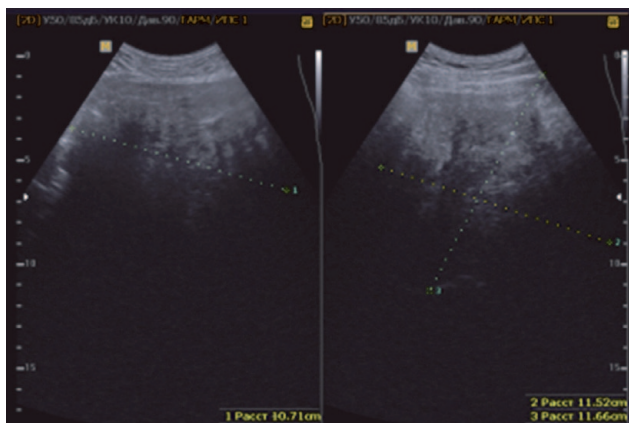


Рис. 4. УЗД пацієнтки Т., 36 років, перед операцією ЕМА: розміри міоми матки 115×116×107 мм (діагноз: Лейоміома матки розміром 21 тиж вагітності)

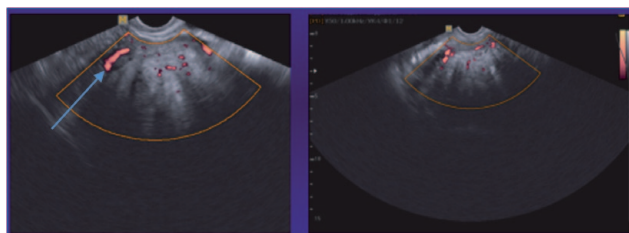


Рис. 5. УЗД пацієнтки Т., 36 років, перед операцією ЕМА. Кровотік у міоматозному вузлі. Стрілкою позначено місця кровотоку

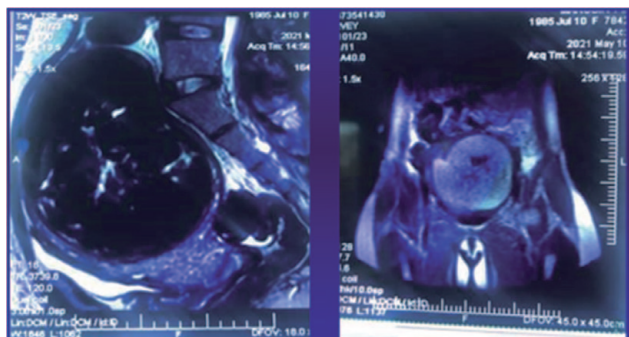


Рис. 6. МРТ органів малого тазу пацієнтки Т., 36 років, з міомою матки



Рис. 7. Згладжування контуру черевної стінки пацієнтки Т., 36 років, з лейоміомою матки одразу після виконаної ЕМА

мав успіху, і пацієнтці було запропоновано гістеректомію. Жінка звернулася до медичного центру приватного медичного підприємства «Відар» (м. Вінниця), де після ретельного обстеження була виконана ЕМА з подальшою трансвагінальною міомектомією.

Клінічні дані: пацієнтка Т., 36 років, діагноз: Лейоміома матки розміром 21 тиж вагітності. Скарги на дискомфорт унизу живота, порушення сечовипускання, збільшення живота (рис. 3).

В анамнезі: 1 вагітність, 1 пологи (кесарів розтин).

За даними УЗД від 15.02.2021 р. – матка об'ємом більше 1500 см³ з інтра- та перинодулярним кровотоком (рис. 4, 5). У зв'язку з великим розміром міоми також проведено магнітно-резонансну томографію – МРТ (рис. 6).

20.02.2021 р. пацієнтці Т. проведена ЕМА (мал. 7).

У ході операції проводили УЗД-контроль кровотоку у міомі, який продемонстрував його відсутність (рис. 8).

Виписана на третій день у задовільному стані.

Через 9 тиж пацієнтка Т. знову звернулася до центру зі скаргами на темно-кров'яні виділення зі статевих шляхів, біль у нижній частині живота, підвищення температури тіла до 37,5 °С.

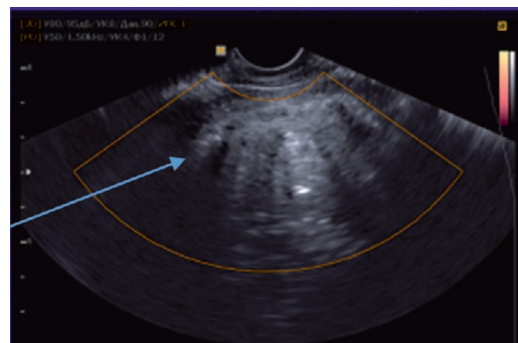


Рис. 8. Пацієнтка Т., 36 років. Інтраопераційне УЗД – відсутність кровотоку у міомі після ЕМА. Стрілкою позначено місця з відсутністю кровотоку

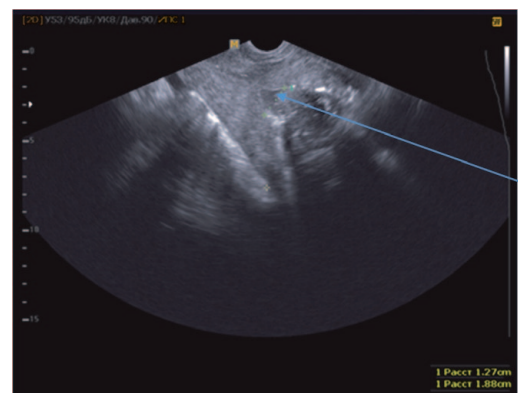


Рис. 9. Пацієнтка Т., 36 років. УЗД-картина народження субмукозного вузла (діагноз: Міома матки. Стан після ЕМА. Народження субмукозного фіброматозного вузла). Стрілкою показано вклинення субмукозного вузла у шийку матки

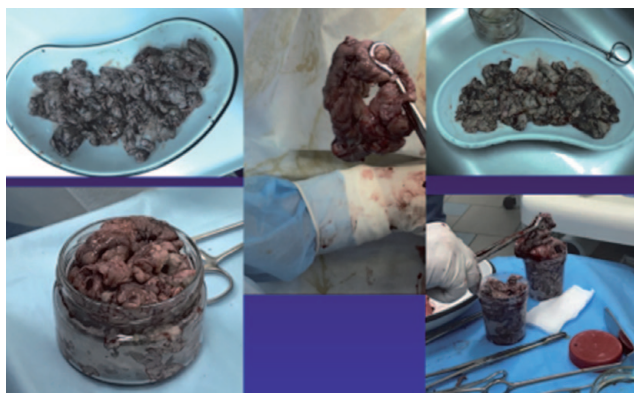


Рис. 10. Пацієнтка Т., 36 років. Макропрепарат вилущеної тканини міоматозного вузла (800 г)

Під час вагінального обстеження – згладжування шийки матки, відкриття каналу шийки матки до 2 см.

За даними УЗД – вклинення фіброматозного вузла у шийку матки (рис. 9).

Трьома епізодами з різницею у 7 днів шляхом трансвагінальної міомектомії вилущено до 800 г міоматозної тканини (рис. 10).

За даними УЗД – зменшення розміру матки до 122 см³ та відсутність у матці вузла, що народжувався, лише залишок вузла розмірами 28×25 мм у стінці матки (рис. 11, 12).

Стан пацієнтки у процесі лікування був задовільний. Схема лікування протягом 3 днів під час перебування у медичному центрі з приводу операції ЕМА включала:

- моксифлоксацин – 400 мг/250 мл 1 раз на добу внутрішньовенно крапельно,
- орнідазол 0,5% – 100 мл 2 рази на добу внутрішньовенно крапельно,
- супозиторії з комплексом – орнідазол 500 мг, неомицин 100 мг, ністатин 100 000 МО, преднізолон 3 мг вагінально 1 раз на добу,
- диклофенак – 0,05 г ректальні супозиторії 2 рази на добу,
- парацетамол внутрішньовенно крапельно 10 мг/мл 1 раз на добу 1 флакон 100 мл,
- еноксапарин – 0,2 мл підшкірно за 2 год до операції, через 12 год повторювали 2 рази,
- пробіотик – 1 капсула 2 рази на добу.

Після виписки жінки у задовільному стані амбулаторно призначали комбінований засіб офлоксацину 200 мг та орнідазолу 500 мг по 1 таблетці 2 рази на добу – 5 днів, вагінальні супозиторії з комплексом орнідазол, неомицин, ністатин, преднізолон (див. вище) 1 раз на добу – 5 днів, пробіотик по 1 капсулі 2 рази на добу – 10 днів. За необхідності у разі наявності болю – німесулід 100 мг або диклофенак ректальні супозиторії по 50 мг на ніч.

Під час проведення ЕМА використовували місцеву анестезію місця пункції феморальної артерії – пахової ділянки із застосуванням лідокаїну 0,2%.

Рентгеноваскулярну операцію проводили ангиографом Siemens Arcadis Varic. Ультразвукову інтраопера-

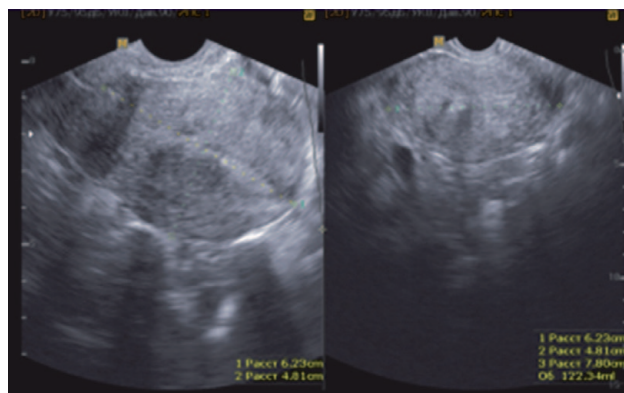


Рис. 11. Пацієнтка Т., 36 років. УЗД матки після проведеної міомектомії Розмір матки 122 см³ і відсутність у ній вузла, що народжувався

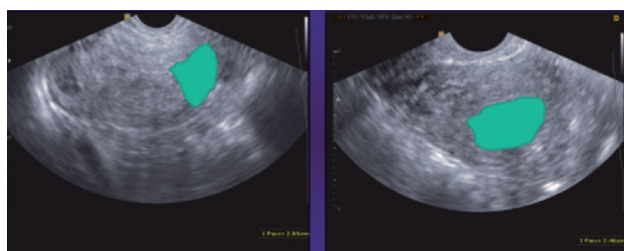


Рис. 12. Пацієнтка Т., 36 років. УЗД матки після трансвагінальної міомектомії. Залишок міоматозного вузла розмірами 28×25 мм (виділено зеленим кольором)

ційну діагностику якості емболізації виконували апаратом Філіпс НХ-11 за допомогою абдомінального та вагінального датчиків.

Використовували емболи – мікросфери Ембокюр 500–700 мк (Balton, Польща), емболізували маткові артерії діагностичним катетером 2 мм (6 Fr) Biometrix (Голландія) – у всіх наведених випадках.

Дану схему використовували в усіх пацієнток, які були госпіталізовані з міомою матки для проведення ЕМА.

Клінічний результат лікування пацієнтки Т. – позитивний. Об'єм матки зменшився з 1500 см³ до 122 см³, розмір залишку вузла у стінці становить 28×25 мм. Жінка уникла гістеректомії у репродуктивному віці і, за бажання, здатна у подальшому до дітонародження. Наразі, за даними УЗД пацієнтки Т., залишок міоми видалився самостійно, і навіть відсутні сліди його прикріплення, тобто настало повне одужання.

Це вдалося завдяки використанню нашої методики – комплексного лікування, яке включає ЕМА і трансвагінальну міомектомію субмукозних міом великих розмірів.

Усім 1400 пацієнткам з діагнозом симптомної міоми матки різної локалізації, з діаметрами вузлів від 3 см до 15 см, множинними вузлами, конгломератами вузлів, що проявлялися об'ємно-стискальним синдромом, кровотечами, диспареунією, виконували ЕМА. При цьому досягнуто такі результати: одразу

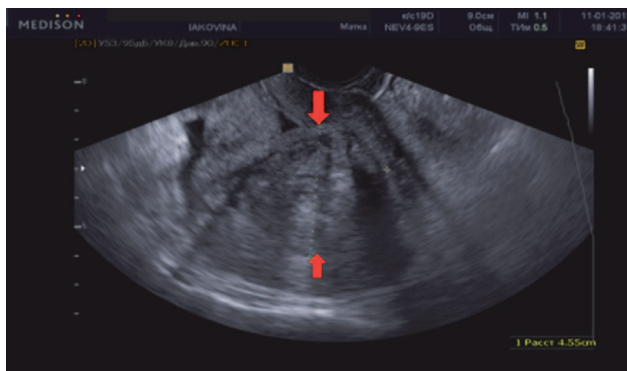


Рис. 13. УЗД пацієнтки С., 32 роки, із субмукозним вузлом діаметром 5 см до операції ЕМА

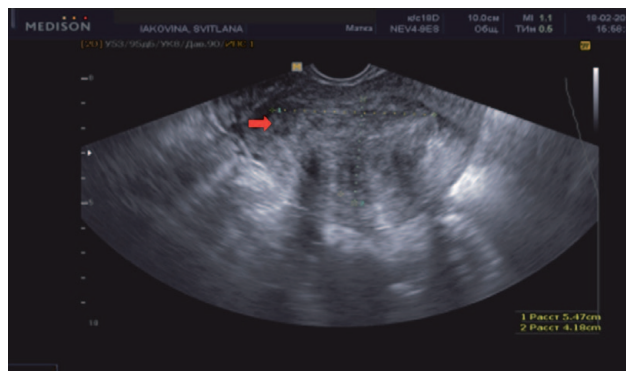


Рис. 14. УЗД пацієнтки С., 32 роки. Експульсія вузла з вклиненням у внутрішнє вічко шийки матки – через 1 міс після ЕМА

після ЕМА спиняється кровотеча, зменшуються розміри вузлів на 50%. Ці жінки уникли гістеректомії, народилося 82 дитини у жінок з безпліддям, зумовленим міомою матки, після лікування з використанням ЕМА.

Експульсія субмукозних вузлів як наслідок використання ЕМА настає у жінок як через три доби, так і через 1 міс, і через рік після цієї операції.

Нижче наведені клінічні випадки з експульсіями субмукозних вузлів міоми після ЕМА і їхнім видаленням шляхом трансвагінальної міомектомії.

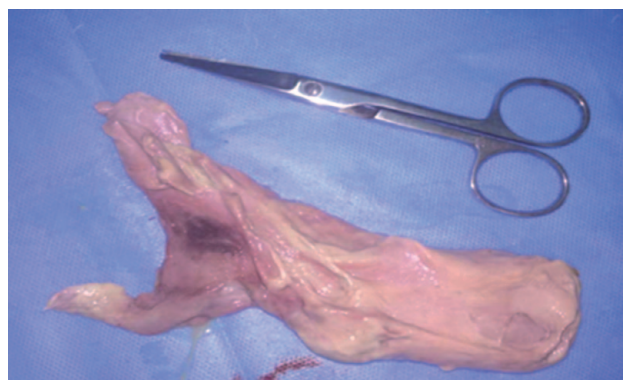


Рис. 15. Макропрепарат: субмукозний вузол 5×10 см після міомектомії

Так, пацієнтка С., 32 роки, із субмукозною міомою матки, вузлом діаметром 5 см (рис. 13), зі скаргами на масивні кровотечі під час менструації госпіталізована з показником гемоглобіну 67 г/л. Лікування до госпіталізації не проводилося. Даній пацієнтці проведена ЕМА і через 1 міс у зв'язку з появою симптомів народження міоматозного вузла (на УЗД – вклинення вузла у шийку матки; рис. 14) виконана успішна трансвагінальна міомектомія – видалення субмукозного вузла одним блоком після попередньої ЕМА (рис. 15).

Під час операції та після неї проводили медикаментозне лікування за схемою, наведеною вище. Додатково призначали препарат тривалентного заліза внутрішньовенно (20 мг/мл) по 10 мл у день операції, через 2 доби та на п'ятий день після операції – усього 3 ін'єкції. В амбулаторному лікуванні використовували стандартну схему і додатково препарат заліза (двовалентного) 60 мг 2 рази на день протягом 1 міс.

Через 3 міс після міомектомії цій пацієнтці проведено повторне УЗД піхвовим датчиком. Відзначено повне відновлення архітекτονіки матки і відсутність ознак субмукозної міоми (рис. 16). Пацієнтку перестали турбувати рясні менструальні кровотечі. Гемоглобін підвищився до 118 г/л.

Інший клінічний випадок – пацієнтка О., 32 роки, діагноз: Міома матки великих розмірів (МРТ – вузол діаметром 10 см), госпіталізована для проведення



Рис. 16. УЗД матки пацієнтки С., 32 роки, через 3 міс після міомектомії. Відновлення архітекτονіки матки

ЕМА (рис. 17). Через 9 міс після ЕМА з'явилися симптоми народження вузла, у зв'язку з чим проведено міомектомію трансвагінально в НДІ педіатрії, акушерства та гінекології, м. Київ (рис. 18).

Ще один клінічний випадок: пацієнтка Б., 34 роки, діагноз: Субмукозна міома матки. Госпіталізована з матковою кровотечею, була проведена ЕМА і через 1 міс, з появою клінічних ознак народження вузла, виконана міомектомія (рис. 19).

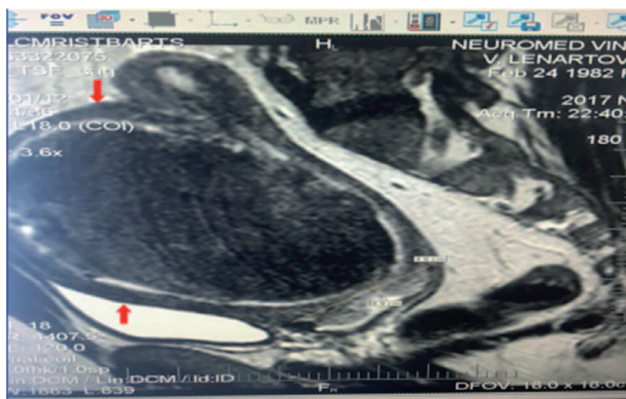


Рис. 17. Пацієнтка О., 32 роки, діагноз: Міома матки. МРТ міоми у шийці матки з діаметром вузла 10 см

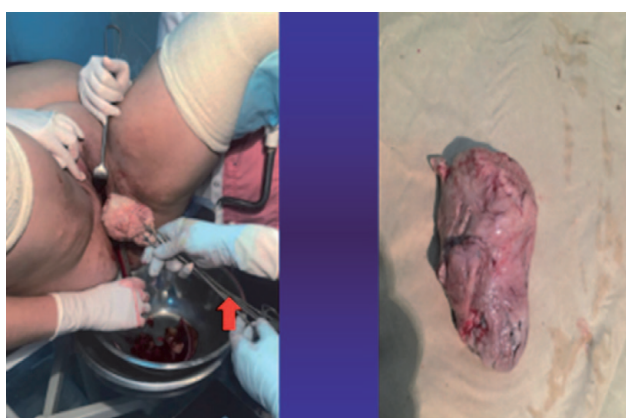


Рис. 18. Пацієнтка О., 32 роки. Трансвагінальна міомектомія через 9 міс після ЕМА. Макропрепарат – видалений міоматозний вузол розмірами 10×5 см

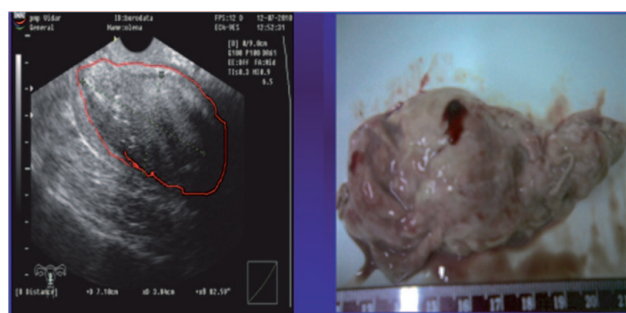


Рис. 19. Пацієнтка Б., 34 роки, діагноз: Субмукозна міома матки (до ЕМА) УЗД матки. Розмір вузла 6×10 см. Праворуч – макропрепарат видаленого субмукозного вузла, його розмір – 6×11 см

Черговий епізод клінічного випадку: пацієнтка В., 35 років, діагноз: Субмукозна міома. Госпіталізована з матковою кровотечею, у зв'язку з чим була проведена ЕМА. Через 1 міс, з появою клінічних симптомів народження субмукозного вузла, виконана міомектомія (рис. 20, 21).

Застосоване медикаментозне лікування – за наведеною вище схемою.

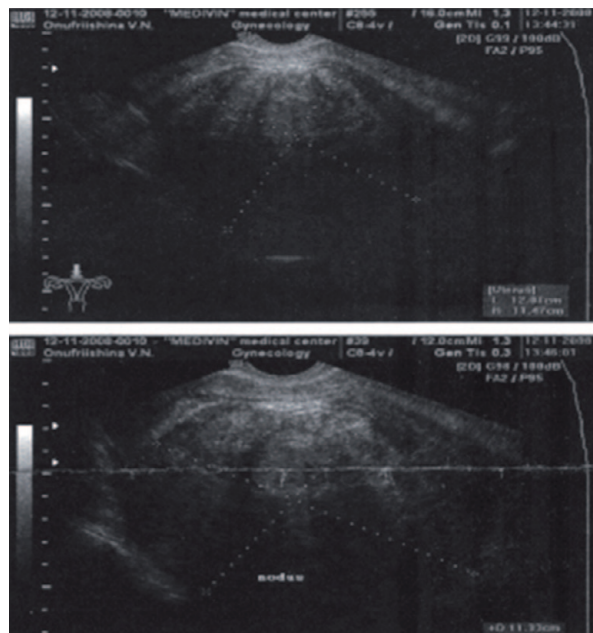


Рис. 20. Пацієнтка В., 35 років, з субмукозною міомою (до ЕМА). УЗД матки. Інтрамуральний вузол розмірами 113×93 мм

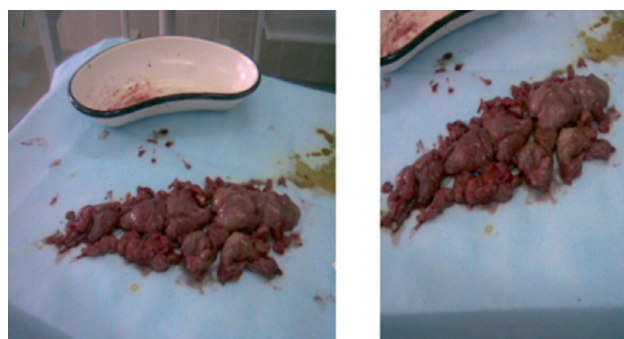


Рис. 21. Пацієнтка В., 35 років. Макропрепарат після міомектомії – вилущений вузол масою до 0,75 кг тканини

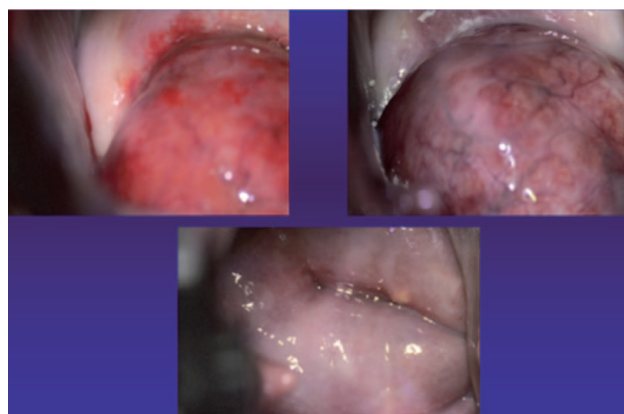


Рис. 22. Пацієнтка О., 51 рік. Кольпоскопія. Шийковий субмукозний вузол: до та після ЕМА. Нижнє зображення – шийка матки після вилущення вузла

У наступному прикладі – пацієнтка О., 51 рік, діагноз: Міома матки з шийковим вузлом. Безсимптомна. Проведена ЕМА і через 1 місяць у плановому порядку цей вузол розмірами 2×3 см вилучено (рис. 22).

Застосовували медикаментозне лікування за стандартною схемою, яке є загальним для усіх пацієнток.

ВИСНОВКИ

Виходячи з нашого досвіду та запропонованої вище методики лікування субмукозних міом матки, рекомендовано:

- при народженні вузла ні в якому випадку не можна проводити вишкрібання порожнини матки і намагатися таким чином видалити його, позаяк завжди існують явища ендометриту і є загроза генералізації інфекції з ознаками перитоніту у малому тазі після такої процедури;
- вузол видаляють за допомогою затискачів (прямого та зігнутого) Форестера, методом викручування за та проти годинникової стрілки (прийом «крокодила») з призначенням масивної і раціональної антибіотикотерапії, під контролем УЗД, лабораторних показників і ретельного щоденного клінічного спостереження.

Перспективи. Ця публікація і досягнуті клінічні результати допоможуть гінекологам зробити правильний вибір, заробивши у своїх пацієнток визнання, повагу та вдячність за збережене здоров'я. За методикою емболізації маткових артерій (ЕМА) можна успішно лікувати міоматозні вузли будь-якого розміру та локалізації, що дозволяє уникнути гістер- і міомектомії.

На жаль, науковці не поспішають ввести ЕМА у практику, що прирікає тисячі жінок на гістеректомію. Було вкрай мало згадок про ЕМА з 2003 р. Короткі методичні рекомендації МОЗ України у 2012 р., 4 кандидатські дисертації у січні 2023 р. – і ЕМА нарешті уведена у клінічний протокол лікування міом як самостійний метод. Усе ще відсутній метод ЕМА у протоколах лікування акушерських кровотеч, хімеболізації і паліативної терапії в онкогінекології, лікуванні тяжкого аденоміозу і артеріовенозних мальформацій.

Ведення пацієнток проводили згідно з Наказом МОЗ України № 147 від 25.01.2023 р. «Стандарти медичної допомоги «Лейоміома матки» [4].

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Трегуб Віктор Васильович – директор, медичний центр ПМП «Відар», м. Вінниця; тел.: (067) 837-40-56. *E-mail: valiktr@ua.fm*

Кондратюк Вадим Анатолійович – д-р мед. наук, ст. наук. співроб., Національний інститут хірургії та трансплантології НАМН України імені О. О. Шалімова, м. Київ; тел.: (067) 959-43-62. *E-mail: vkondr@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-2131-4427

Альтман Ігор Володимирович – канд. мед. наук, Науково-практичний центр ендovasкулярної рентгенохірургії НАМН України, м. Київ; тел.: (050) 358-82-15. *E-mail: altmanigor2007@gmail.com*

Тарасюк Олена Костянтинівна – канд. мед. наук, доц., кафедра акушерства та гінекології № 1, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова; тел.: (097) 690-24-48. *E-mail: o.k.tarasiuk@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-7936-5381

Сікало Юлія Костянтинівна – канд. мед. наук, доц., кафедра внутрішньої медицини № 3 та ендокринології, Харківський національний медичний університет; тел.: (068) 888-65-94. *E-mail: julia.sikalo@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-6740-9378

Information about the authors

Tregub Viktor V. – Director, Medical Center “Vidar”, Vinnytsia; tel.: (067) 837-40-56. *E-mail: valiktr@ua.fm*

Kondratyuk Vadim A. – MD, PhD, DSc, Senior Researcher, National Institute of Surgery and Transplantology of National Academy of Sciences of Ukraine named after O.O. Shalimov, Kyiv; tel.: (067) 959-43-62. *E-mail: vkondr@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-2131-4427

Altman Ihor V. – MD, PhD, Scientific and Practical Center of Endovascular X-Ray Surgery of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv; tel.: (050) 358-82-15. *E-mail: altmanigor2007@gmail.com*

Tarasiuk Olena K. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology N1, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia; tel.: (097) 690-24-48. *E-mail: o.k.tarasiuk@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-7936-5381

Sikalo Yuliya K. – MD, PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine N 3 and Endocrinology, Kharkiv National Medical University; tel.: (068) 888-65-94. *E-mail: julia.sikalo@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-6740-9378

ПОСИЛАННЯ

1. Vdovichenko YuP, Golyanovskiy OV, Lopushan IV. Leiomyoma of the uterus: etiopathogenesis, prevention, diagnosis and treatment. *Women's Health*. 2012;(3):52-61.
2. Zaliznyak VO, Barkovsky DE. Modern views on the treatment of uterine fibroids: education. *Zaporizhzhia*; 2010. 115 p.
3. Zaporozhchenko MB. Uterine leiomyoma – treatment algorithms for women of reproductive age. *Women's Health*. 2015;(5):55-8.
4. Ministry of Health of Ukraine. About the approval of the Standards of medical care «Leiomyoma of the uterus» [Internet]. 2023. Order No. 147. 2023 Jan 25. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0147282-23#Text>.
5. Oleinyk NS. A differentiated approach to the use of innovative technologies in the treatment of uterine fibroids [dissertation]. *Zaporizhzhia: Zaporizhzhia medical academy of postgraduate education*; 2016. 155 p.
6. Oleinik NS. Modern ideas about the morpho – and pathogenesis of uterine fibroids (literature review).
7. Krokmal MS, Tarasyuk OK, Tregub W, Biblyak ZhM. Organ-saving treatment of submucous uterine fibroids using uterine artery embolization. *Curr Nutr Pediatr, Obstet Gynecol*. 2019;(1):94-100.
8. Markin LB, Zimenkovskiy AB, Shatlyovych KL, Kunynets GY. Preventive and therapeutic measures for benign tumors of the uterus in pregnant women. *Wom-*

- en's Health. 2016;108(2):75-8.
9. Plaksieva KD, Tatarchuk TF, Kosei NV, Melnyk KE. Uterine myoma: a synthesis of modern knowledge. *Reprod Endocrinol.* 2021;(1-2):8-18.
10. Serdyuk VM, Chekhanov YuO. Results of organ-sparing surgical treatment of submucous uterine myoma with a rational choice of diagnostic criteria. *Med Transport Ukr.* 2012;(2):41.
11. Akhter S, Jahan K, Afrose R, Jahan R, Fatema S, Dey S. Risk Association, Clinical Presentation and Management of Uterine Leiomyoma. *Mymensingh Med J.* 2021;30(4):907-12.
12. Arthur R, Kachura J, Liu G, Chan C, Shapiro H. Laparoscopic myomectomy versus uterine artery embolization: long-term impact on markers of ovarian reserve. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(3):240-7. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30632-0.
13. Bian ML, Huang ML, Zhang ZY, Liu SM, Sun J, Fang F, et al. Preoperative treatment of uterine fibroids with low-dose mifepristone: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2021;56(5):317-27. doi: 10.3760/cma.j.cn112141-20210411-00192.
14. Borah BJ, Nicholson WK, Bradley L, Stewart EA. The impact of uterine leiomyomas: a national survey of affected women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(4):319.e1-e20. doi: 10.1016/j.ajog.2013.07.017.
15. Bulun SE. Uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2013;369(14):1344-55. doi: 10.1056/NEJMr1209993
16. Chen Y, Xiong N, Xiao J, Huang X, Chen R, Ye S, Tan X. Association of uterine fibroids with increased blood pressure: a cross-sectional study and meta-analysis. *Hypertens Res.* 2022;45(4):715-21. doi: 10.1038/s41440-022-00856-w.
17. Ravina JH. Arterial embolisation to treat uterine myomata. *Lancet.* 1995;346(8976):671-2.
18. Pisco JM. Spontaneous Pregnancy with a Live Birth after Conventional and Partial Uterine Fibroid Embolization. *Radiol.* 2017;285(1):302-10.
19. Uterine Artery Embolisation in the Management of Fibroids. Clinical recommendations on the use of uterine artery embolisation (UAE) in the management of fibroids. RCOG; 2013. Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/uterine-artery-embolisation-in-the-management-of-fibroids/>.
20. Kitao K, Makihara N, Morita H, Yamasaki M, Matsuoka S, Ohara N, Maruo T. The development of placenta increta following pelvic transcatheter artery embolization for postpartum hemorrhage. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2009;36(1):53-4.
21. Ingelsson E, Lundholm C, Johansson AL, Altman D. Hysterectomy and risk of cardiovascular disease: a population-based cohort study. *Eur Heart J.* 2011;32(6):745-50. doi: 10.1093/eurheartj/ehq477.
22. Vitagliano A, Noventa M, Di Spiezio Sardo A, Saccone G, Gizzo S, Borgato S, et al. Uterine fibroid size modifications during pregnancy and puerperium: evidence from the first systematic review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297(4):823-35. doi: 10.1007/s00404-017-4621-4.
23. Wise LA, Thomas L, Anderson S, Baird DD, Anchan RM, Terry KL, et al. Route of myomectomy and fertility: a prospective cohort study. *Fertil Steril.* 2022;117(5):1083-93. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.01.013.
24. Xu F, Deng L, Zhang L, Hu H, Shi Q. The comparison of myomectomy, UAE and MRgFUS in the treatment of uterine fibroids: a meta-analysis. *Int J Hyperthermia.* 2021;38(2):24-9. doi: 10.1080/02656736.2021.1933216.
25. Yan L, Huang H, Lin J, Yu R. High-intensity focused ultrasound treatment for symptomatic uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis. *Int J Hyperthermia.* 2022;39(1):230-8.
26. Zhang J, Go VA, Blanck JF, Singh B. A Systematic Review of Minimally Invasive Treatments for Uterine Fibroid-Related Bleeding. *Reprod Sci.* 2022;29(10):2786-809. doi: 10.1007/s43032-021-00722-z.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2023. – Дата першого рішення 18.12.2023. – Стаття подана до друку 24.01.2024