

А.Л. Тихомиров

МИОМА МАТКИ



***Я СНОВА
РАДУЮСЬ ЖИЗНИ !***

в помощь врачу



Ф-СИНТЕЗ

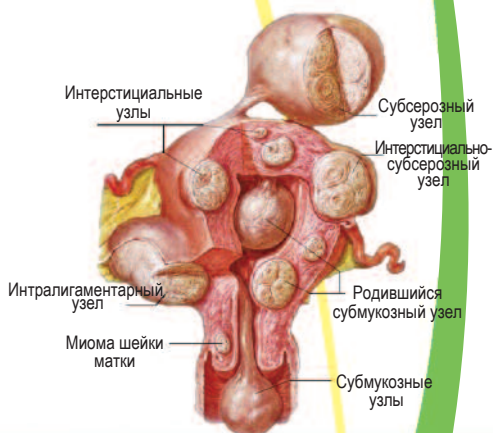
Миома матки – доброкачественное образование, исходящее из клеток миометрия (мышечной оболочки стенки матки). Это одно из наиболее распространенных на сегодняшний день гинекологических заболеваний.

По данным Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ и НЦ Акушерства, гинекологии и перинатологии, частота миомы матки составляет 30% среди женщин репродуктивного возраста, однако проведенные аутопсические исследования женщин репродуктивного возраста свидетельствуют о значительно большей частоте распространенности этого заболевания, вплоть до 80%.

Уже более 100 лет основным методом лечения миомы матки остается гистерэктомия – удаление матки. Только в России в последнее время проводится около одного миллиона удалений матки ежегодно, при этом в 90% наблюдений – по поводу доброкачественных заболеваний гениталий, а средний возраст этих пациенток составляет 40,3 + 3,7 года.

Виды миоматозных узлов

- **Субсерозная** – миома растет в сторону брюшной полости (подбрюшинная)
- **Субмукозная** – миома растет в сторону полости матки (подслизистая)
- **Интерстициальная** – межмышечная миома матки (интрамуральная)
- **Интралигаментарная** – межсвязочная миома матки



Миомы матки могут быть как на широком основании, так и на тонкой ножке.

Причины возникновения миомы матки

- **Гормональные нарушения.** Миома матки является гормоночувствительным образованием.
- **Воспалительные заболевания гениталий**
- **Внутренний эндометриоз (аденомиоз)**
- **Различные внутриматочные вмешательства** (аборты, кесарево сечение, др.)
- **Наследственная предрасположенность**
- **Сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение**

Симптомы заболевания:

- **Обильные и длительные менструальные кровотечения.** Менструации часто сопровождаются сгусткообразными выделениями. Интенсивность кровотечения постепенно нарастает, развивается анемия.
- **Болевой синдром.** Боль может полностью отсутствовать, она наблюдается лишь при осложненном течении заболевания. Бессимптомное течение приводит к тому, что упускается время для консервативного лечения и остается только путь хирургического вмешательства.
- **Сдавление смежных органов** — учащенное мочеиспускание, запоры.
- **Бесплодие.** Миома матки при бесплодии обнаруживается в 24%. После удаления узлов миомы бесплодие излечивается в 33-69% наблюдений. Миома снижает эффективность проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО).
- **Осложненное течение беременности:**
 - угроза прерывания беременности
 - задержка развития плода
 - преждевременная отслойка плаценты, сопровождающаяся кровотечением
 - нарушение кровоснабжения узлов или быстрый их рост, что нередко приводит к прерыванию беременности
- **Осложненное течение родов:**
 - затяжные роды
 - аномалии положения и предлежания плода (поперечное положение, тазовое и лицевое предлежание), при которых естественное родоразрешение не представляется возможным
 - частое родоразрешение путем кесарева сечения
- **Осложненное течение послеродового периода:**
 - Ранние осложнения — послеродовые кровотечения, связанные с пониженным тонусом матки, плотное прикрепление и приращение плаценты
 - Поздние — неполная инволюция матки (когда матка не уменьшается до «исходных» размеров), инфекционные заболевания

Проведенные исследования позволили установить, что развитие саркомы (злокачественной опухоли) как в узле миомы матки, так и в неизменном миометрии, являются равновероятными процессами, то есть, быстрый рост миомы матки не является признаком онкологического процесса, и, следовательно, возможно органосохраняющее лечение.

При лечении миомы матки всегда необходимо помнить главную заповедь:

Миому матки надо начинать лечить с момента ее выявления, избегая пассивного наблюдения, при этом лечить надо независимо от ее размера и максимально щадящим методом.

Лечить заболевание на его ранней стадии гораздо легче, чем в запущенных случаях, поэтому рекомендуется с большим вниманием относиться к маленьким миоматозным узлам и в целом рассматривать их обнаружение как диагностическую удачу, а не как ничего не значащую находку.

1. Консервативная терапия

Проводится гормональными препаратами с целью торможения роста или обратного развития миомы матки, устранения симптомов заболевания. В настоящее время убедительно доказано, что женские половые гормоны (эстрогены и прогестерон) совместно влияют на развитие миомы матки. Это в корне изменило подход к медикаментозному гормональному лечению этого заболевания. Препараты натурального прогестерона противопоказаны больным миомой матки.

Комплексное консервативное лечение небольших миом (не более 2,5 см):

I этап — используются индукторы регрессии миоматозных узлов (агонисты ГнРГ)

II этап (стабилизирующий) — применяются современные микродозированные оральные контрацептивы или внутри маточная гормональная релизинг-система.

Бусерелин-лонг ФС и Бусерелин ФСинтез назальный спрей — агонисты ГнРГ, временно на центральном уровне тормозят работу яичников. Блокируется выработка половых гормонов — эстрогенов и прогестерона, прекращается их действие на миому матки, прерываются локальные механизмы развития узлов миомы матки. На время действия а-ГнРГ выключается менструация, формируется фармакологическая менопауза.

БУСЕРЕЛИН ФСинтез



БУСЕРЕЛИН-ЛОНГ ФС



Бусерелин-лонг ФС 3,75 мг — вводится внутримышечно 1 раз в 28 дней. Лечение начинают в первые пять дней менструального цикла.

Бусерелин ФСинтез назальный спрей 150 мкг/доза назначается в первые два дня менструального цикла по одному впрыскиванию в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки в непрерывном режиме. **Бусерелин ФСинтез** легко дозируется. Дозу можно увеличить или понизить в пределах 900-1200 мкг/сут (по показаниям).

I этап. Применение препарата **Бусерелин-лонг ФС** или **Бусерелин ФСинтез** назальный спрей способствует:

- Прекращению циклических маточных кровотечений (если они были)
- Уменьшению миомы до клинически незначимых размеров (менее 1 см)

Длительность консервативного лечения агонистами ГнРГ — 6 месяцев.

В репродуктивном возрасте после отмены Бусерелина нормальный менструальный цикл восстанавливается через 2-3 месяца.

II этап. Терапия назначается на максимально длительный срок и способствует:

- стабилизации размеров миоматозных узлов (не более 2 см в диаметре)
- торможению развития зачатков роста новых миом

У женщин старше 45 лет терапия препаратом Бусерелин-лонг ФС или Бусерелин ФСинтез назальный спрей помогает избежать оперативного вмешательства при размерах миомы матки менее 12 недель беременности, так как медикаментозная менопауза, вызванная действием препарата, у 30-60% женщин этого возраста переходит в естественную.

В результате терапии агонистами ГнРГ у женщин старше 45 лет:

- Прекращаются циклические маточные кровотечения
- Уменьшаются размеры миомы матки
- Уменьшаются или исчезают симптомы сдавления смежных органов
- Купируется болевой синдром
- Улучшается общее состояние и качество жизни

2. Консервативная миомэктомия

Это органосохраняющий вид операции, заключающийся в удалении миоматозных узлов и сохранении матки. После операции сохраняется возможность беременности. Миомэктомия проводится под наркозом и требует пребывания в стационаре в течение 3-7 дней. Полное восстановление занимает 3-4 недели. Возможность проведения операции зависит от размеров, количества и расположения миоматозных узлов.

3. Комбинированная терапия

Предусматривает хирургическое вмешательство с предварительным и/или последующим назначением гормональных препаратов (агонистов ГнРГ).

Показания к предоперационной подготовке препаратом Бусерелин-лонг ФС или Бусерелин ФСинтез назальный спрей:

- Множественная миома матки со средним размером доминантного узла
- Миома матки больших размеров
- Наличие межмышечных узлов с деформацией полости матки
- Атипичное расположение узлов (шеечно-перешеечное или межсвязочное)
- В случаях, когда предполагается вскрытие полости матки или повышенная кровопотеря у пациенток с тяжелой анемией
- Сочетание миомы с аденомиозом или наружно-внутренним эндометриозом
- Субмукозная миома матки

Предоперационная подготовка препаратом Бусерелин-лонг ФС или Бусерелин ФСинтез назальный спрей способствует:

- Проведению хирургического вмешательства на фоне медикаментозной аменореи
- Улучшению условий оперативного вмешательства
 - уменьшается объем матки
 - уменьшается объем миоматозных узлов на 30-50%
- Снижению риска осложнений во время операции
 - прекращение кровотечения, нормализация показателей крови уменьшает риск оперативного вмешательства у резко анемизированных больных
 - уменьшение интенсивности артериального кровотока в матке позволяет уменьшить кровопотерю во время операции и снизить потребность в гемотрансфузии (переливании крови)

Послеоперационное назначение препарата Бусерелин-лонг ФС и Бусерелин ФСинтез назальный спрей способствует:

- Профилактике рецидива миомы матки
- Предотвращению рецидива или развития эндометриоза матки
- Выключению матки из функционального процесса, что приводит к лучшему заживлению и формированию полноценных рубцов
- Уменьшению риска развития послеоперационных осложнений (гематом, спаечного процесса в брюшной полости, воспалительных осложнений)

Длительность терапии препаратом **Бусерелин-лонг ФС** или **Бусерелин ФСинтез** назальный спрей:

- Перед операцией – 2-3 месяца
- После операции – 3-4 месяца
- В случае отсутствия предоперационной терапии, послеоперационное лечение проводится в течение 6 месяцев

В течение первых двух месяцев применения Бусерелина необходимо использовать негормональные методы контрацепции.

Безопасность терапии препаратом **Бусерелин-лонг ФС** и **Бусерелин ФСинтез** назальный спрей:

- Не нарушает жировой и углеводный обмен
- Не оказывает влияния на функцию печени и почек
- Не повышает массу тела
- Отсутствует андрогенный эффект. Бусерелин понижает в крови уровень андрогенов – у женщин не появятся акне, себорея, гирсутизм, понижение тембра голоса

Побочные реакции агонистов ГнРГ являются проявлениями достигнутого клинического эффекта и связаны со снижением эстрогенов в крови. Они схожи с климактерическим синдромом (приливы, повышенная потливость, сухость во влагалище, головная боль, перепады настроения). В большинстве случаев эти проявления слабо выражены, не требуют дополнительной терапии, носят временный характер и исчезают при отмене препарата. Лечение свыше 6 месяцев увеличивает риск развития остеопороза. Для снижения частоты побочных эффектов используют Add-back терапию (совместное применение агонистов ГнРГ с низко- или микродозированными эстрогенами, начиная со 2-й недели лечения и до окончания курса терапии а-ГнРГ).

Противопоказания: беременность, лактация, повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Препараты применяются только по назначению врача!

4. ФУЗ терапия – фокусированная ультразвуковая терапия. Под контролем МРТ УЗ-луч нацеливается на миоматозный узел. В узле создается температура 60°C, что приводит к коагуляции части узла. Метод имеет существенные ограничения.

5. Эмболизация маточных артерий – закупоривание кровеносных сосудов, снабжающих миому. Прекращение кровотока в маточных артериях приводит к "усыханию" и возможной их экспульсии.

6. Гистерэктомия – радикальная операция (удаление матки).

В организме нет лишних органов!

Важно отметить, что матка поддерживает естественное физиологическое равновесие в организме и удаление ее влечет за собой развитие так называемого постгистерэктомического синдрома – после гистерэктомии даже с сохранёнными придатками часто развивается эстрогенный дефицит.

Постгистерэктомический синдром:

- Угасание функции яичников в ранние сроки после операции (приливы, потливость, сердцебиение, лабильность АД).
- Тревожно-депрессивный синдром на фоне угнетения функции яичников. Выраженные психо-эмоциональные нарушения развиваются у 53% женщин после удаления матки даже с сохраненными придатками.
- Урогенитальные и сексуальные нарушения (стрессорное недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, сухость стенок влагалища, сопровождающаяся болезненностью половых контактов).
- Увеличение массы тела от 5 до 21 кг – у 80% женщин к концу 3 года после операции. Через год после операции масса тела повышается на 4-6 кг у 25,7% женщин.
- Значительно повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний. Повышение АД в 4,4 раза чаще наблюдается у больных перенесших гистерэктомию, чем у аналогичных больных, не подвергшихся гистерэктомии.

К сожалению, в ряде случаев (5-10%) гистерэктомии не избежать: запущенные формы гигантских миом матки, сопутствующие суспенциозные (подозрительные в отношении наличия рака) гиперпластические процессы эндометрия и других отделов гениталий. Может выполняться как открытым способом, так и лапароскопически (через проколы брюшной стенки). Требуется общего наркоза и пребывания в стационаре от 3 до 7 дней. Полное восстановление (при неосложненном течении послеоперационного периода) занимает 3-6 недель.

Тихомиров Александр Леонидович - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского Государственного Медицинского Стоматологического университета, руководитель клиники миомы матки медицинского сообщества ДЕ'ТАЛЬ +7 495 974-74-44, руководитель Центра лечения миомы матки многопрофильной клиники «Союз» +7 495 768-05-25. В этих клиниках возможно органосохраняющее лечение любых миом, вне зависимости от размеров, количества и расположения узлов.