



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18588** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ПЕРЕД ЕМБОЛІЗАЦІЄЮ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ

1

2

(21) u200605209

(22) 12.05.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Татарчук Тетяна Феофанівна, Косей Наталія Василівна, Васильчук Галина Михайлівна, Самосійна Оксана Олександрівна, Сухоребра Олена Іванівна

(73) ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб комплексного обстеження жінок з лейоміомою матки перед емболізацією маткових артерій шляхом проведення загальноклінічного обстеження, ЕКГ, УЗД, гістологічного дослідження ендометрію та ендоцервіксу, який **відрізняється** тим, що додатково проводять онкоцитологічне дослідження, кольпоскопію, бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження вмісту піхви, за результатами яких визначають можливість проведення емболізації маткових артерій.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до гінекології, і може бути використана при проведенні обстеження у випадках планування емболізації маткових артерій (ЕМА) з приводу лейоміоми матки.

В останнє десятиріччя все більшої популярності набуває емболізація маткових артерій як малоінвазивний органозберігаючий спосіб лікування лейоміоми матки. І хоч даний метод вважається відносно безпечною операцією, рівень ускладнень після якої значно нижчий, ніж при гістеректомії, після її проведення іноді спостерігаються серйозні побічні явища, які обмежують застосування даної методики.

Враховуючи, що метод ЕМА з метою лікування лейоміоми матки застосовується лише протягом останнього десятиріччя, схеми обстеження перед її проведенням ще остаточно не розроблені. Нерідко перелік необхідних досліджень перед здійсненням ЕМА екстраполюють з такого при проведенні гістеректомії. Однак методика емболізації має свої особливості - це органозберігаючий метод лікування лейоміоми, що обумовлює необхідність виключити наявність онкологічної патології репродуктивних органів та фонових процесів, на тлі яких ризик виникнення злоякісних захворювань підвищений.

При здійсненні емболізації маткових судин відбувається асептичний некроз вузлів. Наявність хронічних інфекцій в органах репродуктивної системи підвищує ризик виникнення ускладнень запального характеру, і навіть септичних наслідків. Це

обумовлює необхідність виробки чіткого алгоритму обстеження перед ЕМА.

Відомі способи обстеження перед проведенням ЕМА включають загальноклінічне дослідження (загальні аналізи крові та сечі, дослідження біохімічних показників, системи гемостазу, групи крові і резус приналежності, електрокардіограму), ультразвукове дослідження органів малого тазу (УЗД) та проведення роздільного діагностичного вишкрібання матки або біопсії ендометрію [1, 2, 3]. Деякі автори пропонують ще проведення гормональних досліджень, зокрема, визначення концентрації ФСГ на 3-й день менструального циклу [1, 4].

Недоліком вказаних способів обстеження є те, що вони не враховують стан шийки матки, а також можливу наявність хронічних запальних процесів органів малого тазу.

Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб обстеження перед проведенням ЕМА при лейоміомі матки, який включає загальноклінічне обстеження, УЗД, аспіраційну біопсію або роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки з гістологічним дослідженням [5].

Недоліком вказаного способу є відсутність інформації про стан шийки матки з точки зору ризику виникнення онкологічної патології, а також про можливу наявність у жінки хронічної інфекції статевих органів.

В основу корисної моделі покладено завдання вдосконалення способу комплексного обстеження жінок з лейоміомою матки перед емболізацією маткових артерій, який надасть можливість своє-

(13) **U**
(11) **18588**
(19) **UA**

часно виявити наявні патологічні процеси в органах малого тазу, в тому числі фоніві і передракові захворювання та хронічне інфікування статевих органів з метою їх своєчасної корекції та підвищення ефективності і безпечності ЕМА.

Поставлена задача корисної моделі способу комплексного обстеження жінок з лейоміомою матки перед емболізацією маткових артерій вирішується шляхом проведення слідуючих досліджень: загальноклінічного обстеження, ЕКГ, УЗД, гістологічного дослідження ендометрію та ендocerвіксу, згідно корисної моделі додатково проводиться онкоцитологічне дослідження, кольпоскопія, бактеріоскопічне та бактеріологічне обстеження вмісту піхви, за результатами яких визначається можливість проведення ЕМА.

Між сукупністю ознак корисної моделі і технічним результатом, якого можна досягти при її реалізації, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Онкоцитологічне та кольпоскопічне дослідження перед ЕМА дозволяє вчасно виявити патологію шийки матки, на тлі якої підвищений ризик виникнення злоякісної патології шийки матки. При виявленні перед операцією дисплазії шийки матки або інших передпухлинних її станів за умов відсутності позитивного результату їх лікування або без лікування даної патології проведення ЕМА протипоказане.

Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження вмісту піхви необхідне з метою виявлення хронічної інфекції органів малого тазу, адже її наявність підвищує ризик виникнення ускладнень запального характеру після ЕМА. Запальні процеси є одними з найбільш частих ускладнень ЕМА, адже некроз вузлів сприяє активізації дремлючої інфекції. Тому своєчасне її виявлення та санація статевих шляхів зменшують ризик запальних процесів органів малого тазу після ЕМА.

Проведення загальноклінічного обстеження та ЕКГ необхідне з метою виявлення супутньої екстрагенітальної патології та ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень. Це дає можливість виявити контингент жінок, яким проведення оперативного, навіть малоінвазивного, втручання є небезпечним і провести своєчасну корекцію показників або вибрати іншу тактику лікування лейоміоми матки.

Ультразвукове дослідження геніталів з доплерівським кольоровим картуванням доцільне з метою виявлення кількості вузлів лейоміоми, величини їх та локалізації, кровопостачання, а також виявлення супутньої патології ендометрію і придатків. Визначення вищевказаних характеристик міоматозних вузлів важливе, адже наявність субсерозного вузла на ніжці є небезпечним з точки зору некроза вузла після ЕМА і тому вважається протипоказом до її здійснення. При наявності вузла субмукозної локалізації можлива його експульсія після ЕМА, що необхідно враховувати при плануванні даної процедури. При виявленні супутньої патології придатків доцільно вибрати хірургічне лікування.

Гістологічне дослідження зішкрябу із цервікального каналу і порожнини матки дає можливість виявити фоніву та передпухлинну патологію ендометрію та ендocerвіксу і з врахуванням резуль-

тату визначити радикальну або органозберігаючу методику лікування лейоміоми матки. При наявності передпухлинної патології ендометрію (наприклад, комплексної та атипової гіперплазії ендометрію) здійснення ЕМА в якості монотерапії небезпечне з огляду на ризик виникнення раку ендометрію.

Суть запропонованого комплексу передопераційного обстеження - проведення всім жінкам перед операцією ЕМА з приводу лейоміоми матки вищевказаних досліджень з метою своєчасного виявлення існуючих ризиків виникнення післяопераційних ускладнень або злоякісних новоутворень. При виявленні облігатних передраків ендометрію та шийки матки перевагу слід віддавати радикальному лікуванню лейоміоми матки - гістеректомії. За умов виявлення доброякісних гіперпроліферативних та фонівих процесів або хронічної інфекції органів малого тазу проводиться своєчасне їх лікування в залежності від характеру виявленої патології, і лише після його проведення з урахуванням результатів терапії індивідуально вирішується питання подальшої тактики лікування пацієнтки.

Запропонований метод передопераційного обстеження впроваджений в клінічних лікарнях №16 і №9. Проаналізовано результати лікування 55 жінок з лейоміомою матки, яких перед плануванням ЕМА обстежували згідно розробленого способу (основна група) та 50 пацієнток, яким дану операцію проводили при наявності лише стандартного обстеження (група порівняння).

При порівнянні результатів після проведення ЕМА протягом 6міс. в основній групі відмічено значно меншу кількість дисфункційних маткових кровотеч - лише у 1 (1,82%) жінки, в той час як в групі порівняння - у 7 (14%) пацієнток ($p<0,05$), ускладнень запального характеру - відповідно 1 (1,82%) проти 8 (16%) ($p<0,05$), залозистої та залозисто-кістозної гіперплазії ендометрію - відповідно у 1 (1,82%) проти 6 (12%) ($p<0,05$). Дисплазії шийки матки, аденоматозної гіперплазії ендометрію при здійсненні ЕМА після проведення комплексного обстеження згідно запропонованого способу протягом 6міс. спостереження виявлено не було, в той час як в групі порівняння дисплазія шийки матки була виявлена у 5 (10%) пацієнток, аденоматозна гіперплазія ендометрію - у 2 (4%) жінок.

Таким чином, проведення повного передопераційного обстеження згідно запропонованого комплексу завдяки здійсненню своєчасної корекції виявлених порушень дає можливість знизити ризик виникнення ускладнень як запального, так і гіперпроліферативного характеру та дисфункційних маткових кровотеч після проведення емболізації маткових артерій з приводу лейоміоми матки.

Суть способу пояснюється наступними прикладами.

Приклад 1. Хвора В., 42 років, мешканка м.Києва, звернулася у клініку зі скаргами на болісні менструації. Знаходилась на диспансерному обліку з приводу лейоміоми матки протягом 5 років. При УЗД виявлена міома матки: матка розмірами 7,5х9,5х9,0см, з вузлами інтрамуральної локалізації розмірами 5,7см в діаметрі по правій боковій та 3,6см - по задній стінці. Об'єм матки склав 1006см³. Жінці проведено роздільне діагностичне

вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Патгістологічне заключення: фіброзно-залозистий поліп ендочервікса, стромально-залозистий поліп ендометрію, ознаки хронічного активного неспецифічного запалення. Під час кольпоскопії виявлено ділянку дисплазії; результат онкоцитології - тип IIIб. При бактеріоскопічному та бактеріологічному обстеженні виявлено ріст *Str.faecalis* у концентрації 10^6 КУО/мл, при вірусологічному - позитивний результат ПЦР на папіломавірус, штам 11. Пацієнтці проведено курс комплексної протизапальної терапії, в тому числі антибактеріальної та протівірусної, а також лікування дисплазії шийки матки з позитивним результатом. Після отримання негативних по дисплазії результатів в обстеження (нормальна кольпоскопічна картина, цитологія - тип I), відсутності патології ендометрію згідно даним УЗД та нормальних показників при контрольному бактеріоскопічному та бактеріологічному обстеженні хворій проведено ЕМА. Ускладнень, в тому числі запального характеру, під час операції та післяопераційного періоду не спостерігалось. Больовий синдром тривав лише 3 доби, лихоманки взагалі не відмічалось. Пацієнтка виписана на 3 добу. На протязі 1 року спостереження рецидивів дисплазії шийки матки та поліпів ендочервіксу і ендометрію не виявлено.

Приклад 2. Пацієнтка А., 46 років, мешканка м.Вишневе. Поступила в клініку зі скаргами на рясні тривалі місячні протягом останніх 6 місяців. Лейоміома матки вперше була виявлена 4 роки тому. Дані УЗ обстеження: розміри матки 7,8х6,4х2см, з множинними вузлами міоми інтрамуральної локалізації (діаметр найбільшого - 5.4см) та субмукозним вузлом 1,7см. Об'єм матки склав 564см³. При роздільному діагностичному вишкрібанні цервікального каналу і порожнини матки отримано ПГЗ: фрагменти десквамативного менструального ендометрію з ознаками хронічного активного запалення. При кольпоскопічному дослідженні патології не виявлено, результат онкоцитології - II тип. Під час бактеріологічного дослідження вмісту піхви виявлено ріст *Str.viridans* у діагностичній концентрації 10^6 О/мл, *E.coli* - в кількості 10^4 КУО/мл; гриби роду *Candida* 10^4 КУО/мл, та

уреаплазма *Ureaplasma urealyticum*. Перед проведенням ЕМА пацієнтка отримала повний курс протизапальної терапії з урахуванням чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів. Запальні процеси були куповані, що підтверджено результатами контрольного обстеження. Операція ЕМА та післяопераційний період пройшли без ускладнень. Після ЕМА у жінки нормалізовалась менструальна функція, припинились маткові кровотечі. Ознак запального процесу на протязі року спостереження також не виявлено.

Таким чином, впровадження даного способу комплексного обстеження жінок з лейоміомою матки перед емболізацією маткових артерій дає можливість виявити патологію ендометрію, шийки матки та придатків з метою їх своєчасної корекції та зниження частоти ускладнень після проведення даної операції. Це буде сприяти підвищенню безпечності ЕМА як з точки зору перебігу втручання та післяопераційного періоду, так і з огляду на віддалені результати та поширенню цього економічного та ефективного методу лікування лейоміоми матки.

1.Самойлова Т.Е., Волков О.И., Коков Л.С. Эмболизация маточных артерий в лечении лейомиомы матки // Анналы хирургии. - 2003. - №4. - С.12-17.

2. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А. Эмболизация маточных артерий при миоме матки как альтернатива хирургическому лечению // Международный медицинский журнал. - 2005. - №1. - С.74-79.

3. Бобров Б.Ю., Алиева А.А. Эмболизация маточных артерий в лечении миом матки // Акушерство и гинекология. - 2004. - №5. - С.6-8.

4. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Краснова И.А., Бобров Б.Ю., Шевченко Н.А., Аксенова В.Б., Алиева А.А. Эмболизация маточных артерий у больных с миомой матки // Акушерство и гинекология. - 2004. - №5. - С.21-25.

5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Капранов С.А. Эмболизация маточных артерий у больных с миомой матки // Акушерство и гинекология. - 2004. - №5. - С.21-24.