

7. Dobrin PB. Mechanisms of arterial and aneurysmal tortuosity / P.B. Dobrin, T.H. Schwarcz, W.H. Baker // *Surgery*. – 1988. – Vol. 104, N 3. – P. 568-571.

8. Kubler W. Syndrom X: diagnostic criteria and long term prognosis / W. Kubler, D. Opherk, H. Tillmanns // *Can. J. Cardiol.* – 1986. – N 7. – P. 219-220.

9. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young

adulthood. The Bogalusa Heart Study / W.H. Bao, S.R. Srinivasan, W.A. Wattingney [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 1994. – Vol. 54. – P. 1842-1847.

10. Severe coronary tortuosity and the relationship to significant coronary artery disease / S.S. Groves, A.C. Jain, B.E. Warden [et al.] // *W.V.Med.J.*, 2009. –Vol. 105, N 4. – P. 14-17.

REFERENCES

1. Dzyak GV. [Indexes of lipid profile and risk of complications in patients with different formes of coronary artery disease]. *Suchasni medychni tehnologiyi*. 2010;3:17-21. Russian.

2. Knyshov GV, Lebedeva EO, Nastenka EA. [Tortuosity of the coronary arteries and its role in the development of myocardial ischemia]. *Ukraïns'kiy kardiologichniy zhurnal*. 2012;5:28-35. Russian.

3. Lupanov VP, Dotsenko YuV. [Diagnosis and treatment of patients with cardiac syndrome X]. *Rus. med. zhurnal*. 2009;14:903-9. Russian.

4. Makolkin VI, Abbakumov SA, Alliluev IG. [Clinical features and diagnosis of angina pectoris in patients with normal coronary vessels]. *Kardiologiya*. 1989;2:34-37. Russian.

5. Berland J, Gribier A, Cazor JL. Angina pectoris with angiographically normal coronary arteries: a clinical,

hemodynamic, and metabolic study. *Clin. Cardiol*. 1984;7:485-92.

6. Asbury EA, Collins P. Cardiac syndrome X. *Int.J. Clin. Pract.* 2005;59(9):1063-9.

7. Dobrin PB, Schwarcz TH, Baker WH. Mechanisms of arterial and aneurysmal tortuosity. *Surgery*. 1988;104(3):568-71.

8. Kubler W, Opherk D, Tillmanns H. Syndrom X: diagnostic criteria and long term prognosis. *Can. J. Cardiol*, 1986;219-20.

9. Bao WH, Srinivasan SR, Wattingney WA. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood. The Bogalusa Heart Study. *Arch. Intern. Med.* 1994;54:1842-47.

10. Groves SS, Jain AC, Warden BE. Severe coronary tortuosity and the relationship to significant coronary artery disease. *W.V.Med.J.* 2009;105(4):14-17.

Стаття надійшла до редакції
08.07.2015



УДК 618.14:616-006.36-089:612.6

М.В. Медведєв

ВПЛИВ СПОНТАННОЇ ЕКСПУЛЬСІЇ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ПІСЛЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра акушерства і гінекології
(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Потапов)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Obstetrics and Gynecology
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: medvedev.mv@gmail.com

Ключові слова: лейоміома матки, ЕМА, лейоміома вигнання, результати вагітності
Key words: uterine leiomyoma, UAE, leiomyoma expulsion, pregnancy outcome

Реферат. Влияние спонтанной экспульсии лейомиомы матки после эмболизации маточных артерий на течение беременности и родов. Медведев М.В. Лейомиома матки (ЛМ) является распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) широко используется для лечения ЛМ. Безопасность этой процедуры для будущей беременности и родов остается спорной. Мы представляем случай беременности у женщины, которая ранее подверглась ЭМА. В течение 12 месяцев наблюдения после ЭМА пациентка периодически отмечала выделения из влагалища. Никаких признаков ЛМ не было найдено через 12 месяцев наблюдения. Нормальная беременность наступила через 1,5 года после ЭМА и завершилась нормальными родами без осложнений. Большинство авторов сообщают о росте риска осложнений беременности после ЭМА, таких как послеродовые кровотечения, преждевременные роды, неправильное предлежание плода. Наша точка зрения состоит в том, что многие из осложнений беременности, возможно, связаны с сохранением некротической миоматозной ткани в стенке матки после ЭМА. Представленный случай позволил сделать предварительные выводы о том, что полное исчезновение ЛМ после ЭМА может улучшать исходы будущей беременности.

Abstract. Impact of spontaneous fibroid expulsion of uterine leiomyoma on pregnancy outcome after uterine arteries embolization. Medvediev M.V. Uterine leiomyoma (UL) is common benign tumor of female genitals. Uterine artery embolization (UAE) is widely used method of organ-sparing UL treatment. Safety of this procedure for future fertility and labor is controversial. We present a case of pregnancy in woman who previously underwent uterine artery embolization. During 12-months' follow-up period patient periodically noted vaginal discharge. No signs of UL have been found on ultrasound in 12 months of follow-up. Normal pregnancy occurred 1.5 years after UAE procedure which ended in normal labor without complications. Most authors report increased risk of pregnancy complications such as postpartum hemorrhage, preterm delivery, malpresentation after UAE. Our point of view is that a lot of pregnancy complications are possibly associated with persistence of necrotic leiomyoma tissue in uterine wall after UAE. Presented case allowed to draw preliminary conclusions that complete disappearance of UL nodule after UAE could improve pregnancy outcomes.

Лейомиома матки є поширеною доброякісною пухлиною жіночої репродуктивної системи із середньою розповсюдженістю 20-40% серед жінок репродуктивного віку. Захворюваність на ЛМ серед жінок у віці до 35 також швидко зростає в останні роки [2].

У зв'язку з тенденцією до збільшення віку, коли жінка ще має репродуктивні плани, гінекологи часто стикаються з проблемою симптомної ЛМ, коли не реалізовано репродуктивну функцію. Інвазивне лікування ЛМ є великою проблемою через його власний доведений негативний вплив на фертильність і майбутні результати вагітності [1, 4, 5, 7].

Емболізація маткових артерій (ЕМА) в останні роки широко використовується як метод органозберігаючого лікування ЛМ і стає все більш популярною альтернативою гістеректомії і міомектомії [1]. Питання щодо безпечності ЕМА для жінок, які бажають народжувати дитину в майбутньому, є спірним. У більшості світових клінічних настанов ЕМА вважається альтернативою гістеректомії, а не міомектомії тільки через її потенційний вплив на вагітність та пологи. Є дуже мало даних про результати вагітностей після ЕМА. Проте останнім часом було опубліковано кілька робіт, що свідчать про потенційну безпеку ЕМА порівняно з міомектомією [5, 7].

У цій роботі представлено клінічний випадок вагітності у жінки, яка раніше піддалася

емболізації маткових артерій з приводу симптомної лейомиоми матки.

34-річна жінка, яка мала в анамнезі дві вагітності, що закінчилися медичними абортами, звернулася зі скаргами на рясні, болісні, регулярні маткові кровотечі протягом останніх 2 років. Середня менструальна крововтрата за шкалою РВАС була 1028 балів, що відповідало дуже виразній менорагії [6]. У серії загальних аналізів крові виявлено помірну залізодефіцитну анемію (гемоглобін – 70-80 г/л). У пацієнтки не було в анамнезі суттєвих соматичних захворювань, оперативних втручань і алергійних реакцій та гемотрансфузій. Пацієнтка планувала вагітність у майбутньому.

При бімануальному обстеженні виявлена помірно збільшена, болюча, рухлива матка. Під час ультразвукового дослідження (УЗД) виявлена підслизова лейомиома матки, діаметром 6 см, що локалізувалася по задній стінці матки (тип 2 за класифікацією Вамстекера). Результати УЗД були підтверджені на магнітно-резонансній томограмі (МРТ) органів малого тазу (рис. 1). Проведене гістологічне дослідження біоптата ендометрія показало наявність простої неатипової гіперплазії ендометрія.

Пацієнтка була проінформована про існування різних методів лікування ЛМ і можливий негативний вплив ЕМА на результати майбутньої вагітності. Пацієнтка також була повідомлена про ризики розкриття порожнини

матки під час міомектомії та можливість утворення внутрішньоматкових синехій і тазових злук у віддаленому післяопераційному періоді, що також негативно впливатиме на майбутню

вагітність. Рішення про проведення ЕМА було зроблено відповідно до підписаної пацієнткою інформованої згоди.



Рис. 1. Вигляд лейоміоми матки до лікування (МРТ, T₂)

Селективна ЕМА була виконана за стандартною методикою [1], через праву стегнову артерію з використанням часточок полівініл-алкоголю (рис. 2). Післяопераційний період перебігав без ускладнень, із слабкими проявами післяемболізаційного синдрому, який лікувався симптоматичними заходами. Пацієнтка була виписана на другу добу після операції в нормальному стані.

Протягом 12 місяців спостереження пацієнтка періодично скаржилася на виділення із піхви з неприємним запахом і шматочками тканини. Проте не було ніякої необхідності в госпіталізації. Поступово протягом зазначеного проміжку часу спостерігалось зменшення симптоматики. Як показано на рисунку 3, крововтрата за шкалою РВАС різко знизилася до практично нормального діапазону наприкінці періоду спостереження.

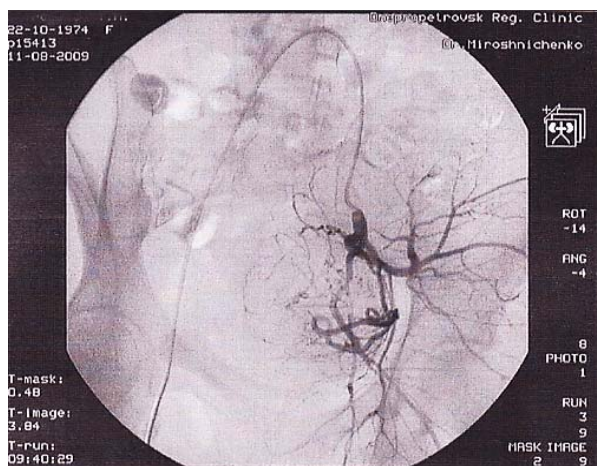


Рис. 2. Ангіограми судин малого тазу у пацієнтки до та відразу після емболізації лівої маткової артерії

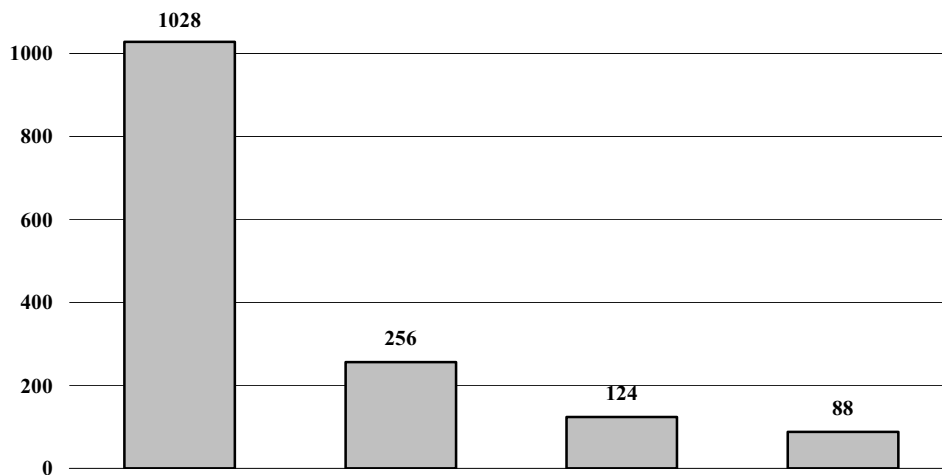


Рис. 3. Менструальна крововтрата під час періоду спостереження (бали РВАС)

Як показано на рисунку 4, через 6 місяців після ЕМА спостерігалась тільки невелика деформація задньої стінки матки, а через 12 місяців не було визначено ніяких ознак ЛМ.

Нормальна вагітність наступила через 1,5 року після процедури, яка завершилася нормальними пологами без будь-яких ускладнень.

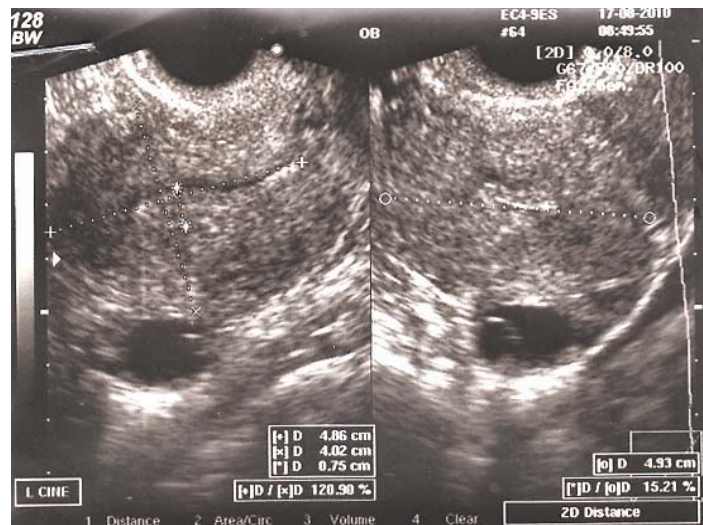


Рис. 4. МРТ (зліва) через 6 та УЗД (справа) через 12 місяців після ЕМА

ПІДСУМОК

Інформація про безпеку ЕМА до теперішнього часу залишається суперечливою. Більшість авторів повідомили про підвищені ризики ускладнень вагітності після ЕМА, таких як післяпологові кровотечі, передчасні пологи, неправильне передлежання, підвищена частота кесаревого розтину [3, 5]. Механізми негативного впливу ЕМА на вагітність повністю не зрозумілі, крім випадків некрозу міометрія. Наша точка зору полягає в тому, що багато з ускладнень вагітності, асоційованих з ЕМА, пов'язано

зі збереженням некротичної тканини лейоміоми в стінці матки. Некротично змінена міоматозна тканина може перешкоджати нормальній імплантації. Хронічне запалення у безпосередній близькості до ендометрія може викликати хоріоамніоніт, що веде до передчасних пологів, передчасного розриву плодових оболонок, прирощення плаценти та післяпологової кровотечі. Представлений випадок та деякі інші аналогічні спостереження в нашій практиці дозволили зробити попередні висновки, що повна

елімінація лейоміоматозної тканини після ЕМА є запорукою безпечного перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду. Нам все ще потрібно більше даних, щоб оцінити безпечність ЕМА для жінок, що бажають зберегти фертильність. Можливим напрямком для подальшого

наукового пошуку є прогнозування та/або лікувальні заходи, спрямовані на забезпечення евакуації міоматозної тканини після ЕМА з метою покращення результатів подальшої вагітності та пологів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Метод эмболизации маточных в органосохраняющем лечении лейомиомы матки / Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, И.В. Альтман, В.А. Кондратюк // Здоровье женщины. – 2009. – Т. 37, № 1. – С. 15-20.
2. Тихомиров А.Л. Миома матки / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин. – М.: МИА, 2006. – 176 с.
3. Berkane N. Impact of previous uterine artery embolization on fertility / N. Berkane, C. Moutafoff-Borie // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2010. – Vol. 22, N 3. – P. 242-247.
4. Burbank F. Fibroids, menstruation, childbirth, and evolution: the fascinating story of uterine blood vessels / F. Burbank, A.Z. Tucson. – Wheatmark, 2009. – 277 p.
5. Goldberg J. Pregnancy outcomes following treatment for fibroids: uterine fibroid embolization versus laparoscopic myomectomy / J. Goldberg, L. Pereira // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 18, N 4. – P. 402-406.
6. Higham J.M. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart / J.M. Higham, P.M.S. O'brien, R.W. Shaw // An. Int. J. Obstet. Gynaecol. – 1990. – Vol. 97, N8. – P. 734.
7. Pregnancy after uterine artery embolization for the treatment of myomas: a case series / M.Jr. Redecha, M. Mizickova, V. Javorka, M. Sr. Redecha [et al.] // Arch. Gynecol Obstet. – 2013. – Vol. 287, N 1. – P. 71-76.

REFERENCES

1. Tatarchuk TF, Kosey NV, Altman IV, Kondratiuk VA. [Method of uterine arteries embolization in organ-sparing treatment of uterine leiomyoma]. *Zdorovie zhen-shini*. 2009;37(1):15-20. Russian.
2. Tikhomirov AL, Lubnin DM. [Uterine myoma]. Moscow.: MIA. 2006;176. Russian.
3. Berkane N, Moutafoff-Borie C. Impact of previous uterine artery embolization on fertility. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010;22(3):242-7.
4. Burbank F Fibroids, menstruation, childbirth, and evolution: the fascinating story of uterine blood vessels. Tucson, AZ: Wheatmark. 2009;277.
5. Goldberg J, Pereira L. Pregnancy outcomes following treatment for fibroids: uterine fibroid embolization versus laparoscopic myomectomy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006;18(4):402-6.
6. Higham JM, O'brien PMS, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. *An. Int. J. Obstetrics Gynaecology*. 1990;97(8):734.
7. Redecha MJr, Mizickova M, Javorka V, Redecha MSr. Pregnancy after uterine artery embolization for the treatment of myomas: a case series. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(1)71-76.

Стаття надійшла до редакції
09.03.2015

