

ЛЕЙОМИОМИТЕ НА МАТКАТА (МИОМА) и тяхното лечение са може би най-значимият здравен проблем на жените в репродуктивна възраст днес. Лейомиомът е най-често срещаният тумор в гинекологичната практика. До 50-годишна възраст общата честота на откритите при гинекологичен преглед миоми при белите жени е почти 70% и повече от 80% при черните жени. Освен това много важно е да се отбележи, че при жените между тридесет и четиридесет години с открит при ултразвуков преглед миомен възел (възли), до 35% от белите и 50% от черните жени ще имат симптоми.



г-р Ангел Налбански,
гм, г-р Н. Гешева

СБАЛАГ „Майчин дом“,
гр. София

Жените с лейомиома заемат над два пъти повече от общите разходи за здравеопазване в сравнение с тези без лейомиома и по-голямата част от разходите идват от болнични грижи. Нарушаването на качеството на живот при жените с миоми води и до непреки разходи, съизмерими с преките разходи за здравеопазване.

Хистеректомията за лейомиома надвишава броя на хистеректомиите, извършени за всички останали видове гинекологични ракови заболявания взети заедно. В последните години с развитието на технологиите се появиха и минимално-инвазивни възможности за лечение, като емболизация на маточната артерия (UAE) и фокусирана ултразвукова хирургия с магнитен резонанс (MRgFUS).

Но засега в клиничната гинекологична практика те се използват относително рядко, а все още лечението на лейомиома основно е хирургично (миомектомия, хистеректомия) със съответния болничен престой и свързаните с това проблеми, както и висока цена.

Ключът към успех в борбата с лейомиома е във внимателния подбор на правилното лечение за всяка отделна жена.

Пациентките имат различни нужди и е важно те да бъдат изяснени и разбрани от лекуващия гинеколог, за да може да се избере най-правилният подход във всеки индивидуален случай. Лечението, което се предлага, трябва да е насочено основно към симптомите, с които се представя пациентката.

Има ли неоперативен избор?

В последните години все повече се говори за възможностите на консервативната, медикаментозна терапия в подхода при лейомиомите. Но все още фармакологичните опции в приетата гинекологична практика са за „краткосрочна употреба“. Общо взето, към медикаментозно лечение се прибегва при:

- Жените, които не желаят оперативна интервенция.

- Жените в перименопауза, чиито проблеми се очаква да намаляят и изчезнат с настъпването на менопаузата.
- Жените, които не са подходящи за операция.
- Жените, подложени на лечение за стерилитет.
- За предоперативно намаляване на размера на миомата и за намаляване на менструалното кървене за подобряване на нивата на хемоглобина преди операцията.

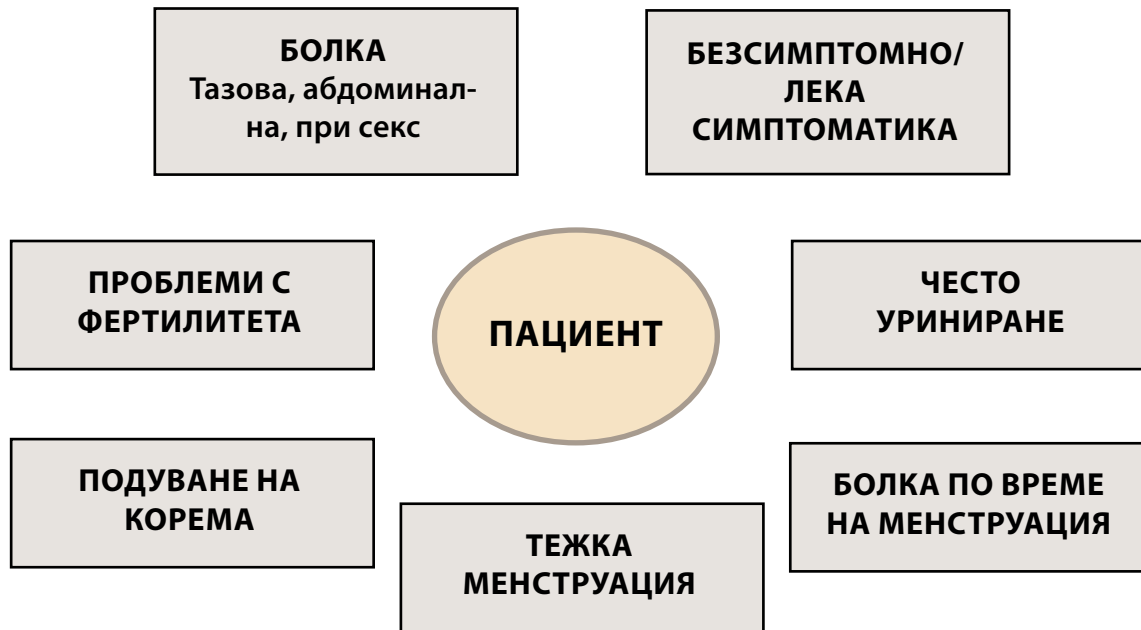
Използваните съвременни медикаментозни методи за неоперативно лечение обхващат две основни групи.

Нехормонални препарати

Нестероидни противовъзпалителни (НСПВ)

Нестероидните противовъзпалителни средства обикновено се прилагат за лечение на болковия синдром, свързан с лейомиомите. НСПВ в комбинация с хормони, естропрогестини или прогестогени, действащи

МЕДИКАМЕНТОЗНИ ВЪЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИЕТО НА ЛЕЙОМИОМА НА МАТКАТА



фигура 1:
Основни симптоми при миома на матката

върху ендометриума, са ефективни за справяне с болката и намаляване на менструалната кръвозагуба. На практика тази комбинация е отлично решение за леко и дори тежко кървене, когато се понася добре.

Транексамова киселина

Транексамовата киселина често се използва за лечение на тежко менструално кървене при жени с миома на матката. Транексамовата киселина е антифибринолитично лекарство, което намалява кървенето чрез подобряване на кръвосъсирването. След употреба на транексамова киселина са докладвани некрози и инфаркти при миоми (особено при големи миоми).

Хормонални препарати

GnRH агонисти

Действат, като временно спират

менструалния цикъл и въвеждат жената в състояние на менопауза.

Намаляват нивата на естроген и прогестерон и притока на кръв към миомите, за да намали обема им.

Често лечението с GnRH се прилага 3 до 4 месеца за свиване на фиброидите преди миомектомия или хистеректомия, а също и като „краткосрочно“ лечение за жени, приближаващи менопаузата (т.е. късна перименопауза) за намаляване на обема. Клиничните данни показват до 30% намаляване на размера на миомите след 6-месечно лечение с GnRH.

Ефектът е временен: след като лечението с GnRH спре, миомите ще се върнат към предишния си размер.

Основният страничен ефект е сериозно намаление на костната плътност, което води до остеопороза.

Други нежелани реакции включват симптоми на менопауза (горещи вълни, главоболие и вагинална сухота), нередовно кървене, депресия, косопад и мускулно-скелетна скованост.

GnRH антагонисти

Намаляването на размера на миомата става по-бързо в сравнение с агонистите. Обикновено се използва като предоперативно при млади жени и преди жени в перименопауза.

И отново се сблъскваме със странични ефекти, които правят невъзможно продължителното ползване на този тип лекарства: намаление на костната плътност, горещи вълни, вагинална сухота, възстановяване размера на миомата след спиране на приложението.

В тази група се разработват нови възможности, като се прави комбинация на GnRH антагонист, естрадиол и норетистеронацетат с цел постигане на възможности за дългосрочно лечение с минимални странични ефекти, което може да намали симптомите и да бъде добре понасяно от пациентките. Така жените биха имали много по-големи възможности за избор, различни от хирургично лечение.

Екзогенни прогестини

Прогестеронът се свързва с прогестероновите рецептори, за да медира ефектите му в тъканите. Установено е, че прогестеронът, действащ чрез своите рецептори, засилва пролиферативната активност на миомите. Антипрогестините и средствата, които модулират активността на прогестеронвия рецептор, общо наречени селективни модулатори на прогестерон-рецептор (SPRMs), могат да бъдат полезни при лечението на миоми. Няколко SPRMs, включително мифепристон, телапристон, асопристон и UA, са били използвани в клинични изпитвания за лечение на маточни фиброиди.

Лечение с андрогени

Те могат да забавят или спрат растежа на миомите и да предложат облекчение на симптомите. Въпреки това техните странични ефекти са отблъскващи за много жени: наддаване на тегло, депресия, тревожност, мазна кожа и коса, загрубване на гласа, главоболие, умора, косопад, растеж на окосмяване по лицето и тялото, увеличен риск от тромбоза и проблеми с черния дроб.

IUD с левоноргестрел

Вътрематочната система с левоноргестрел (LNG-IUS) е широко приета като ефективно лечение при тежко менструално кървене. Има общо съгласие, че употребата на LNG-IUS при жени с миоми е успешна за намаляване на менструалната

кръвозагуба, повишаване на хемоглобина и облекчаване на симптомите. По отношение намаляването на обема на миомите данните в литературата са различни, като по-скоро изводите са, че няма ефект. Съществува и риск от неуспешно/неправилно поставяне и спонтанна експулсия на вътрематочната спирала.

Заклучение

В повечето случаи миомите не причиняват никакви симптоми и не пречат на възможността за забременяване и износване на нормална бременност и следователно не се изисква лечение.

В случай на леки симптоми гинекологът може да избере изчаквателно поведение и наблюдение на миомите по отношение на техния растеж.

Лечението е оправдано само когато миомите са големи, причиняват по-сериозна симптоматика или засягат фертилитета на жената.

Изборът на лечение трябва да е индивидуален и съобразен с няколко основни въпроса:

- Има ли някакви симптоми?
- Какъв е размерът на миомата.
- Местоположение на миомата.
- Иска ли пациентката да забременява?
- Възрастта на пациентката.

По принцип определено избрано лечение има за цел да постигне:

- Овладяване на тазовата болка.
- Овладяване на абнормно маточно кървене, което облекчава симптомите на менорагия, анемия.
- Да се премахне възможният натиск на миомата върху околните

тъкани и органи (уретер, пикочен мехур, черва).

- Подобриване на фертилитета.

В съвременната гинекологична практика все повече се наблюдава първоначално консервативен подход и максимално отлагане на оперативното лечение на миомите. ■

Книгопис:

1. Soliman AM, Yang H, Du EX, Kelkar SS, Winkel C. The direct and indirect costs of uterine fibroid tumors: A systematic review of the literature between 2000 and 2013. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(2):141–60.
2. Visvanathan D, Bown S, Cutler A. Review of the conservative surgical treatment of uterine fibroids. *Rev Gynaecol Pract* 2004;4(1):20–26.
3. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaeffers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids. An international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health* 2012;12:6.
4. Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BWJ. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(2):CD008994.
5. 19 Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M, et al. Preoperative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000547.
6. Horne FM, Blith DL. Progesterone receptor modulators and the endometrium: changes and consequences. *Hum Reprod Update* 2007;13:567–80.
7. Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruijff JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993;82:736–40.
8. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113:3–13.
9. Deng L, Wu T, Chen XY, Xie L, Yang J. Selective estrogen receptor modulators (SERMs) for uterine leiomyomas. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD005287.
10. Donnez J, Vazquez F, Tomaszewski J, Nouri K, Bouchard P, Fauser BC, et al. Long-term treatment of uterine fibroids with ulipristal acetate. *Fertil Steril* 2014;101:1565–73.
11. Spies JB, Bradley LD, Guido R, Maxwell GL, Levine BA, Coyne K. Outcomes from leiomyoma therapies: comparison with normal controls. *Obstet Gynecol* 2010;116:641–652.