

Умайн лейомиомын үед умайн артерийн судсыг бөглөх болон миомэктоми хийсний дараах жирэмслэлт, төрөлтийн байдал

Уранчимэг Р.¹, Ганбаатар Р.², Баярмаа Л.¹, Энхцэцэг Ж.³, Лхагвасүрэн Ж.³

¹Нийслэлийн "Өргөө" амаржих газар, ²Улсын гуравдугаар төв эмнэлэг,

³Анагаахын шинжлэх ухааны үндэсний их сургууль

Email: urnaa_7089@yahoo.com

Abstract

A comparative study on the fertility of uterine artery embolization and myomectomy for leiomyoma

Uranchimeg R.¹, Ganbaatar R.², Bayarmaa L.¹, Enkhtsetseg J.³, Lkhagvasuren J.³

¹"Urguu" Maternity Hospital, ²Third State Central Hospital,

³National University of Health Sciences

Email: urnaa_7089@yahoo.com

Objective

To compare the nature of pregnancy and delivery in women with leiomyoma who were treated with uterine artery embolization to the outcomes in women who were treated with abdominal myomectomy.

Material and Methods

A prospective, clinical study was conducted in 2010-2013 at "Urguu" Maternity Hospital, Ulaanbaatar. 94 women meeting the criteria were selected for the study. Post-treatment, the patients were reviewed for a period of two years. Uterine artery embolization was performed using polyvinyl alcohol particles (300-500 µm in diameter).

Results

The percentage of conception in UAE group was 25.5% and 31.9% in myomectomy group (p=0.494); complication of pregnancy was 50.0% and 57.1% respectively (p=0.729); complication of delivery was 33.3% and 0.0% respectively (p=0.047). 88.9% and 90.0% (p=0.596) had Caesarean delivery. 16 (84.2%) women had uncomplicated and 3 (15.8%) women had complicated delivery due to placenta praevia, placenta accreta and uterine hypotonia. These cases all belonged to UAE group.

Conclusion: Pregnancy rates in women with leiomyoma who were treated by uterine artery embolization, compared with pregnancies after abdominal myomectomy, were similar (p=0.494). In this study, there was the rate of Caesarean delivery above 80 percent in both groups. There were no differences in newborn weights and Apgar scores.

Key words: uterine leiomyoma, uterine artery embolization (UAE), myomectomy, polyvinyl alcohol particles, pregnancy

Pp. 20-24, Table-1; References- 15

Үндэслэл

Монгол Улсад 2010-2014 онуудад лейомиомын өвчлөлийн 10196 тохиолдол бүртгэгдсэнээс нэг жилд дунджаар 1121,6 шинэ тохиолдол илэрсэн нь урьд онуудтай харьцуулахад өссөн үзүүлэлт юм(1). Өвчлөл нь цэвэршилтийн өмнөх насанд буюу 40-49 насны эмэгтэйчүүдэд хамгийн өндөр хувьтай (52.32 хувь) тохиолдсон байна. НӨАГ-ын эмэгтэйчүүдийн стационарт 2012-2016 онуудад лейомиомтай холбоотой зовиур бүхий нийт 2071 эмэгтэйчүүдийн 87.6 хувьд (1814) нь мэс засал эмчилгээ хийсний 71.4 хувийг гистерэктоми, 28.хувийг миомэктоми мэс засал эзэлжээ (2).

Лейомиомыг эмчлэх зорилгоор умайн артерийн судсыг бөглөх (УАСБ) нь эмэгтэйн зовиур шаналгааг үр дүнтэй багасгаж, нөхөн үржих чадварыг нь хэвээр хадгалдаг эмчилгээний орчин үеийн дэвшилтэт арга бөгөөд эмчилгээний дараах жирэмслэлт төрөлтийн онцлог, хүндрэл эрсдлийн талаарх судлаачдын дүгнэлт, үзэл баримтлал олон янз, маргаантай асуудал хэвээр байгаа билээ. Дээрх асуудалд хувь нэмэр оруулахыг эрмэлзсэн нь бидний судалгааны үндэслэл болсон юм.

Зорилго

Умайн лейомиомыг эмчлэх зорилгоор хийгддэг миомэктоми болон умайн артерийн судсыг бөглөх эмчилгээний дараах жирэмслэлт төрөлтийн байдлыг харьцуулан судлах.

Материал, аргазүй

Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийг эмчлэх зорилгоор хийсэн умайн артерийн судсыг бөглөх болон лейомиомын зангилааг шулж авах мэс засал эмчилгээний аргыг харьцуулсан проспектив, нэг төвт клиник туршилт судалгаа юм. Судалгааг Нийслэлийн “Өргөө” амаржих газрын эмэгтэйчүүд, төрөх тасаг, онош зүйн тасаг; Улсын гуравдугаар төв эмнэлгийн ангиографийн тасгуудыг түшиглэн хийв.

Судалгаанд 2010-2013 онуудад умайн лейомиомын улмаас эмчлэгдэхээр Амаржих газарт илгээгдсэн 23-50 насны нийт 94 эмэгтэйг сонгон хамруулав.

АШУУИС-ийн Анагаах ухааны ёс зүйн хяналтын салбар хорооны 2010 оны 6 сар 4-ний хурлаар батлагдсан аргазүйн дагуу ёс зүйн зөвшөөрөл авч, умайн артерийн судас бөглөх болон лейомиомын зангилааг авах мэс заслын стандарт эмчилгээний аргуудаас сонголт хийлгээд хоёр бүлэгт хувааж, эмчилгээг хийсний дараа 2 жилийн хугацаанд даган, хянаж судлав.

Миомэктоми мэс заслыг (n=47) нугасны мэдээ алдуулалттайгаар хэвлийн өмнөд хананд Пфаненштейл хөндлөн зүслэг, зарим тохиолдолд (урьд мэс заслын дагуу сорвитой үед) дагуу зүслэг хийж хэвлийг нээн стандарт аргачлалын дагуу хийсэн.

Умайн артерийн судас бөглөх эмчилгээг (n=47) Philips Polydiagnost C-2 болон Philips Allura Xper FD20/20 biplane ангиографийн аппарат дээр судсан дотуурх мэс засалч эмч хийж гүйцэтгэсэн.

Хэсгийн мэдээ алдуулалтын дор өвчтний баруун хөлийн гуяны өнгөц артерийн судсаар Cobra 4Fg болон RUC (COOK фирм, АНУ) катетер, рентген тодруулагч (ультравист-300, Герман) уусмал ашиглан ангиографи хийн, эхлээд зүүн талын умайн артерийг, дараа нь баруун талын умайн артерийг селектив сэтгүүрдэн, PVA-300, 500 нм (COOK фирм, АНУ) бөглөгч бодисоор бөглөж ажилбарыг хийж гүйцэтгэв.

Жирэмсэн эхчүүдийг өртөмтгий жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх журмын дагуу хянаж, төрөлтийг Нийслэлийн Өргөө Амаржих Газарт төрөх тасагт судлаач эмч болон тасгийн тэргүүлэх зэрэгтэй эмч нар удирдаж төрүүлсэн болно.

Судалгаанд хамруулах шалгуур: 1.Нөхөн үржихүйн насны, эрхтэн хадгалах эмчилгээг сонгосон; 2.Биений юмаа үзэж байгаа; 3.Цус алдалт, өвдөлт, эрхтэн дарагдлын хамшинж зэрэг лейомиомтай холбоотой зовиур шаналгаа бүхий; 4.Лейомиомын доминант зангилааны голч нь ≤ 14 см буюу 501 см3 -909 см3, тоо ширхэг ≤ 10 ; 5.Эмэгтэйчүүдийн болон бусад эрхтэн системийн хурц үрэвсэлт өвчингүй; 6.Хорт хавдаргүй

Судалгаанаас хасах шалгуур: 1.Иод агуулсан бодист харшилтай; 2.Умайн болон өндгөвчний хорт хавдар сэжиглэж байгаа; 3.Бөөрний болон бэлэг эрхтний хурц үрэвсэлт өвчинтэй; 4.Цус бүлэгнэлтийн эмгэгтэй; 5.FIGO ангиллаар умайн салстын дор 0” байршилтай болон гялтан дор “VII” байршилтай зангилаатай.

Статистик боловсруулалт

Судалгааны өгөгдлийг SPSS 19.0 программ дээр, үзүүлэлтийн хоорондын ялгааг Пирсоны хи квадрат тестийн арга, Фишерийн тест аргыг; дунджийн ялгааг тооцохдоо параметрийн ба параметрийн бус таамаглал шалгах аргуудыг тус тус ашиглаж тооцсон. P утга 0.05-аас бага байх тохиолдолд ялгааг статистик ач холбогдолтой буюу судалгааны (түүврийн) үр дүн эх олонлогт адилхан ялгаатай үнэлэмжтэй байна гэж үзнэ.

Үр дүн

Судалгаанд хамрагдсан 23-50 насны 94 эмэгтэйчүүдийн 80.8 хувь (23-46 насны 76 эмэгтэй) нь нөхөн үржихүйн чадвараа хэвээр авч үлдэх хүсэлтэй байснаас эмчилгээний дараа 28.7 хувь (27) жирэмсэлж, 25 хувь (19) төрсөн. Тэдгээр эмэгтэйчүүдийн 96.2 хувь (26) нь байгалийн жамаар, нэг эмэгтэй үр шилжүүлэн суулгах замаар (in vitro fertilization) жирэмсэлсэн. Үүнд: УАСБөглөх эмчилгээ хийлгэсэн 23-42 насны 12 эмэгтэй, миомэктоми мэс засал хийлгэсэн 30-40 насны 15 эмэгтэй тус тус жирэмсэн болж хянагдсан бөгөөд дундаж нас 35 ± 4.9 , биеийн жингийн дундаж үзүүлэлт 26.7 ± 8.5 ; тэдгээр ($n=27$) эмэгтэйчүүдийн

92.6хувь (25) нь зовиуртай, лейомиомын зангилаануудын дундаж хэмжээ 57.3 ± 49.8 смЗ, тоо ширхэг харьцангуй цөөн 2.8 ± 3.1 ширхэг, ихэвчлэн жижиг зангилаатай байв. Лейомиомын зангилаанууд нь булчин дунд болон гялтан дороос гадагш ургалттай тус тус 44.4 хувь, салстын дорх зангилаа 11.1 хувь эзэлж байсан нь салстын дор зангилаатай эмэгтэйчүүд жирэмсэлж төрөх боломж бусад байршилтай харьцуулахад бага байдгийг илтгэж байна.

Дараах хүснэгтээр бид умайн артерийн судас бөглөх болон миомэктоми мэс засал хийсний дараах жирэмслэлт, төрөлт, хүндрэлийн хувийг харьцуулан үзүүлэв (Хүснэгт 1).

Table 1. Comparative rates of conception, delivery and complications post treatment.

Indicators for comparison	UAE	ME	Total	P
Conception	25,5%	31,9%	28,7%	0,494
Complications during pregnancy	50,0%	57,1%	57,1%	0,729
Complications during delivery	33,3%	,0%	15,8%	0,047
Cesarean section	88,9%	90,0%	84,2%	0,596

Судалгааны хоёр бүлгийн жирэмсэлсэн хувь 25.5 хувь ба 31.9 хувь ($p=0.494$); тээлтийн үеийн хүндрэл 50.0 хувь ба 57.1 хувь ($p=0.729$); төрөлтийн үеийн хүндрэл 33.3 хувь ба 0.0 хувь ($p=0.047$); кесар мэс заслаар төрсөн 88.9 хувь ба 80.0 хувь ($p=0.596$) тус тус байгаагаас үзэхэд УАС Бөглөх эмчилгээний дараа жирэмсэлсэн хувь нь харьцангуй бага, төрөх үеийн хүндрэлийн болон кесар мэс засал хийгдсэн давтамж нь миомэктоми мэс заслын дараах жирэмслэлттэй харьцуулахад олон байлаа. Гэвч дээрх зөрөө нь (төрөх үеийн хүндрэлээс бусад) статистик ялгаагүй ($p>0.05$) байгаа учир эмчилгээний дараа жирэмслэх хувь, тээх явцад үүсэх хүндрэл, кесар мэс засал хийж төрүүлэх шаардлага үүсдэг эрсдэлт давтамжийн хувьд эмчилгээний хоёр арга онцын ялгаагүй гэж тооцлоо. Харин УАСБөглөх эмчилгээ хийлгэсэн эмэгтэйчүүдийн дунд төрөх үед тохиолдсон хүндрэл миомэктоми мэс заслын дараах төрөлттэй харьцуулахад олон тохиолдож байна ($p<0.05$).

Эмчилгээний дараа жирэмсэлсэн нийт 27 эмэгтэйн жирэмслэлтийн төгсгөлийг судлахад УАСБөглөж эмчилсэн эмэгтэйчүүдийн дунд төрөлт 75 хувь (9), зулбалт 8.3 хувь (1), миомэктоми мэс засал хийлгэж эмчлүүлсэн эмэгтэйчүүдэд төрөлт 66,6 хувь (10), нэг

тохиолдолд нь ураг антенатал амьгүй төрсөн, 13.3 хувь (2) ураг зулбасан, 13.3 хувь (2) ураг өсөлтгүй зэргээс харахад мэс засал эмчилгээний дараах жирэмслэлт харьцангуй төгсгөл муу байв. Эдгээр үр дүнг хоёр бүлгээр нь харьцуулахад статистик ялгаа байхгүй байгаа юм. ($p=0.497$) Нийт гурван эмэгтэй өөрсдийн хүсэлтээр үр хөндөлт хийлгэсэн.

Жирэмсний тээлтийн үеийн хүндрэлүүд УАС Бөглөсөн бүлэгт 50 хувь ба миомэктоми хийсэн бүлэгт 57.1 хувь тус тус байгаа нь ойролцоо ($p=0.729$) боловч УАСБүлэгт жирэмсний эрт үед ураг зулбахаар завдах 20 хувь (2), дутуу төрөхөөр завдах 10 хувь (1), хожуу хордлогын хүнд хэлбэр 10 хувь (1), ихэс түрүүлэлт 10 хувь (1) зэрэг нийт таван тохиолдолд; харин миомэктоми мэс засал эмчилгээний бүлэгт жирэмсний эрт үед ураг зулбахаар завдах 50 хувь (7), хожуу хордлогын хүнд хэлбэр 7.1 хувь (1) зэрэг нийт найман тохиолдолд хүндрэл тус тус илэрчээ. Миомэктоми мэс заслын дараа ураг зулбахаар завдах тохиолдол илүү олон байлаа.

Миомэктомийн бүлгийн жирэмсэлсэн(10) эхчүүдийн 20 хувь, УАСБ эмчилгээний бүлгийн (9) эхчүүдийн 10 хувь нь үтрээгээр хэвийн төрсөн.

Нийт (19) жирэмсэлсэн эхчүүдийн 84.2 хувь (16) төрлөгийн явцад хүндрэлгүй, 15.8 хувь (3) хүндрэлтэй төрсөн. Хүндрэлтэй төрөлтийн дотор цус юүлэх шаардлагатай цус алдалт (алдсан цус 1800, 1500 мл) 66.6 хувь (2), умайн агшилт суларч умайд мөрөвчлөх оёдол тавьсан (алдсан цус 900 мл) 33.3 хувь (1) байсан нь бүгд УАСБ эмчилгээний бүлэгт хамаарч байлаа. Цус юүлэх шаардлага бүхий цус алдалт үүссэн шалтгаан нь ихэс түрүүлэлт, ихэс эмгэгээр шигдэж ургасан эмгэгүүд байснаас ихэс түрүүлэлт 23 настай анхан төрөгч эхэд тохиолдсон бол ихэс эмгэгээр шигдэлт 38 настай анхан төрөгч эхэд тохиолдож кесар мэс заслын явцад хийгдсэн эмчилгээнүүдэд үр дүнтэй байснаар умайг үлдээж амжилттай төрөлт шийдэгдсэн билээ. Миомэктоми мэс засал хийлгэсэн бүлгийн эхчүүдийн дунд төрлөгийн явцад ямар нэг хүндрэл эрсдэл гараагүй. УАСБ бүлэгт 100 хувь (9) амьд нярай төрсөн ба үүнээс 88.8 хувь (8) гүйцэд, 11.1 хувь (1) дутуу (2100гр жинтэй) Апгарын 5-6 баллтай, найман гүйцэд нярайн дотор бага жинтэй нярай 12.5 хувь (2000гр жинтэй) 6-7 баллтай байсан бол миомэктомийн бүлэгт бүх арван жирэмслэлт гүйцэд тээгдсэн боловч 90 хувь (9) амьд, 10 хувь (1) амьгүй төрөлт байсан.

Хэлцэмж

Бид судалгааны явцад умайн артерийн судас бөглөх ажилбарыг техникийн хувьд 100% амжилттай хийж гүйцэтгэсэн.

Сүүлийн 10 жилд ихэнх судлаачид умайн артерийн судас бөглөж лейомиомыг эмчлэх нь эмэгтэйн өндгөвчний үйл ажиллагаанд сөрөг нөлөө үзүүлэхгүй бөгөөд эмэгтэйд цаашид хэвийн байдлаар жирэмсэлж төрөх боломжийг үлдээдэг, хугацаа өнгөрөх тусам энэ боломж сайжирч байдаг учир төрөөгүй эмэгтэйд лейомиомыг эмчлэх зорилгоор уг аргыг хэрэглэх нь эмэгтэй өөрөө хүсвэл бүрэн боломжтой юм гэж дүгнэж байна (3-11).

Mclucas (2001), Mara(2008) нар УАСБ эмчилгээний дараах жирэмслэлтийн түвшин миомэктомийн дараахь түвшинтэй ойролцоо, жирэмсний тээлт болон төрөлтийн явц хэвийн олонлогтой харьцуулахад их ялгаагүй, эх болон нярайн эндэгдэл тохиолдоогүй гэж тэмдэглэсэн байдаг (12, 13).

Бидний судалгаанд дээрх судлаачдын дүгнэлттэй адилхан, судалгааны хоёр бүлгийн жирэмслэлтийн хувь ойролцоо ($p=0.494$) байлаа.

Goldberg (2002) нарын умайн артерийн судас бөглөсний дараахь 50 жирэмсний тохиолдлын судалгаагаар ургийн буруу байрлал (17%), ураг бага жинтэй төрөх (7%), дутуу төрөлт (28%), кесар мэс засал (58%), төрсний дараа цус алдалт (13%) тохиолдсон байв (14).

Segars (2014) нарын Эрүүл Мэндийн Үндэсний Институтын (NIH) Олон Улсын III Конгресс дээр хийсэн тойм мэдээлэлджирэмслэлтийн түвшин хэвлийн миомэктомийн дараа 50-60%, амьд төрөлт 79%, зулбалт 7-23%, дутуу төрөлт 2.6-3%, кесар мэс засал 68.4%, умайн урагдал 0.4-1.7%, цус алдалт 0%, тохиолдож байхад умайн артерийн судас бөглөх эмчилгээний дараа жирэмслэлт 33-50%, амьд төрөлт 19-75%, зулбалт 15-64%, дутуу төрөлт 14-28%, кесар мэс засал 50-88%, ихэс түрүүлэлт 11%, умайн урагдал 0%, цус алдалт 6-20% тус тус тохиолдож бүртгэгдсэн байсныг нийтэлсэн байдаг (15).

Эдгээр тоо баримтуудтай харьцуулахад бидний судалгаанд УАС Бөглөж эмчилсэний дараах жирэмслэлтийн хувь харьцангуй бага (25.5 хувь) байгаа нь хамрагдагсдын тоотой холбоотой байлаа. Харин тээлтийн болон төрөлтийн үеийн хүндрэлүүдийн хувь, төрлүүд (зулбалт 8.3 хувь, дутуу төрөлт 11 хувь, ихэс түрүүлэлт 10 хувь, цус алдалт 33.3 хувь) болон кесар мэс заслын хувь (88.9 хувь), төрсөн нярайн үзүүлэлтүүд (амьд нярай 100 хувь, бага жинтэй нярай 12.5 хувь) ойролцоо үр дүнтэй байлаа.

Дүгнэлт:

Умайн артерийн судсыг бөглөсөн болон миомэктоми мэс засал хийсний дараах жирэмсэлж, төрөх боломж ялгаагүй адилхан ($p=0.494$). Эмчилгээний хоёр аргын алинд ч кесар мэс заслаар төрөлт шийдэх давтамж адилхан (80%-с дээш) байна. Төрсөн нярайн хувьд жин болон Апгарын үнэлгээ, өвчлөлийн байдалд ялгаагүй.

Ном зүй

Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, Хүн амын өвчлөлийн судалгаа. Монгол Улс, 2014.

Нийслэлийн Өргөө Амаржих Газар, Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн мэдээлэл. Статистикийн алба 2016.

LeAnn S. Stokes M, Michael J. Wallace, Robbie B. Godwin, Sanjoy Kundu, John F. Cardella. Quality Improvement Guidelines for Uterine Artery Embolization for Symptomatic Leiomyomas JVIR. 2010, p. 1153-63.

Bernardo A, Gomes MT, Castro RA, Giraio MJ, Bonduki CE, Yokoyama CA. Impact of the myoma arterial embolization by uterine volume, diameter myoma greater and in the ovarian function. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia. 2011;33(8):201-6.

Bonduki CE, Feldner Jr PC, Silva J, Castro RA, Sartori MG, Giraio MJ. Pregnancy after uterine arterial embolization. Clinics (Sao Paulo). 2011;66(5):807-10.

Капранов С.АБВГ, Доброхотова Ю.Э, Журавлева А.Д, Алиева А.А. Эмболизация маточных артерии в лечении миомы матки. Бюллетень НИИ ССХ им АН Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания» 2003;4(11):219.

Spies JB. Current evidence on uterine embolization for fibroids. Seminars in interventional radiology. 2013;30(4):340-6.

Goodwin SC, Spies JB, Worthington-Kirsch R, Peterson E, Pron G, Li S, et al. Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata: long-term outcomes from the FIBROID Registry. Obstetrics and gynecology. 2008;111(1):22-33.

Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;5:CD005073.

Berkane N, Moutafoff-Borie C. Impact of previous uterine artery embolization on fertility. Current opinion in obstetrics & gynecology. 2010;22(3):242-7.

Arthur R, Kachura J, Liu G, Chan C, Shapiro H. Laparoscopic myomectomy versus uterine artery embolization: long-term impact on markers of ovarian reserve. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC. 2014;36(3):240-7.

McLucas B, Goodwin S, Adler L, Rappaport A, Reed R, Perrella R. Pregnancy following uterine fibroid embolization. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2001;74(1):1-7.

Mara M, Maskova J, Fucikova Z, Kuzel D, Belsan T, Sosna O. Midterm clinical and first reproductive results of a randomized controlled trial comparing uterine fibroid embolization and myomectomy. Cardiovascular and interventional radiology. 2008;31(1):73-85.

Goldberg J, Pereira L, Berghella V. Pregnancy after uterine artery embolization. Obstetrics and gynecology. 2002;100(5 Pt 1):869-72.

James H. Segars ECP, Joan D. Nagel, Xiaoxiao Catherine Guo, Xiaohua Gao, Linda S. Birnbaum, Vivian W. Pinn, and Darlene Dixon. Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: comprehensive review, conference summary and future recommendations. Human reproduction update. 2014; 20(3):309-33.

*Танилцаж нийтлэх санал өгсөн
Анагаахын Шинжлэх Ухааны доктор,
профессор Т.Эрхэмбаатар*