

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МИОМА НА МАТКАТА

I. ПЪРВОНАЧАЛЕН ПОДХОД

Медикаментозната терапия е подходяща за пациентки с обилно маточно кървене и/или тазова болка, които желаят да запазят фертилитета си. Освен това, медикаментозното лечение може да се използва като предоперативна подготовка за редуциране на размера на миомата.

! Лечението има временен ефект – симптомите обикновено се подобряват до 1 година, но няма дълготрайно действие, поради странични ефекти при продължителна употреба.

МЕДИКАМЕНТОЗНИ ОПЦИИ

1. Комбинирани орални контрацептиви (КОК)

- Подходящи при аномално маточно кървене.
- Намаляват пролиферацията на ендометриума.
- Не намаляват обема на миомата и имат ограничен ефект върху други симптоми.

2. Левоноргестрел-освобождаваща вътрематочна система (LNG-IUS)

- Подходяща при обилно кървене и противопоказания за КОК.
- Действа локално в ендометриума > атрофия и аменорея.
- Ограничена ефективност при субмукозни миоми (до 20% риск от експулсия).

3. Селективни естроген-рецепторни модулатори (ралоксифен)

- Намаляват размера на миомите, но без ефект върху симптомите.
- Риск от венозни тромбози при високи дози.

4. Андрогени и ароматазни инхибитори (даназол, гестринон)

- Намаляват симптомите; гестринон може да редуцира размера на миомата.
- Чести андрогенни странични ефекти – напълняване, акне, хипертрихоза.

5. Нестероидни противовъзпалителни средства и транексаминова киселина

- Помагат при болка и кървене.
- Транексаминовата киселина е ефективна при обилна менструация.

6. Прогестагени

- Високи дози водят до децидуализация на ендометриума.
- Могат временно да намалят симптомите и обема на миомата.
- Дългосрочната употреба не се препоръчва поради риск от кървене и съдови промени.

7. Селективни прогестеронови рецепторни модулатори (SPRM) – улипристал, мифепристон, вилаприсан

- Намаляват размера на миомата (до 57%) и обема на матката (до 53%).
- Потискат овулацията, подобряват симптомите, без влияние върху костната плътност.
- Ефектът се запазва до 6 месеца след спиране на терапията.

8. GnRH агонисти и антагонисти

- Агонисти: водят до хипоестрогенно състояние чрез първоначален “flare-up” ефект и последващо потискане на LH/FSH.
- Антагонисти: бързо блокират рецепторите без начален пик.
- Намаляват размера на миомите в рамките на 3–4 седмици.
- Странични ефекти: горещи вълни, промени в настроението, вагинална сухота, загуба на костна маса.

9. Перорални GnRH антагонисти (непептидни)

- Краткодействащи, перорални, с бърз ефект и лесно прекратяване.
- Ефективни при кървене и подобряват качеството на живот.
- Дозозависими странични ефекти: загуба на костна плътност, хипоестрогенизъм, повишен LDL.

10. Статини

- Експериментално лечение – потискат растежа на миомите чрез индукция на апоптоза и инхибиране на извънклетъчната матрица.
- Нисък риск от странични ефекти при ниски дози.

II. ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ РАДИОЛОГИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА МИОМА НА МАТКАТА

Цел:

- Минимално инвазивно лечение с цел запазване на матката и фертилитета
- Подходящо за жени с противопоказания за хирургия
- Алтернатива при отказ от оперативно лечение

Не се препоръчва при:

- Субмукозни миоми тип 0 и 1
- Педункулни субсерозни миоми
- Пациентки с аденомиоза, ендометриоза или овариални кисти

Общи ограничения:

- Неясен ефект върху имплантацията, плацентацията и контрактилитета на матката
- Ограничени данни за бременност след тези процедури

II A. ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА МАТОЧНИТЕ АРТЕРИИ (UAE)

Механизъм:

Инжектиране на емболизиращ агент в ма-

точните артерии > прекратяване на кръвоснабдяването към миомата > исхемия и некроза на миомата

Предимства:

- Подобна ефективност на хирургия
- Съкращава симптомите
- Минимално инвазивна

Ограничения:

- Болничен престой 4–6 дни
- Постемболизационен синдром (гадене, фебрилитет, болка, левкоцитоза)
- Рискове при бременност: плацентарни аномалии, ограничен растеж, преждевременно раждане
- Не се препоръчва при жени, планиращи бременност

II В. ОКЛУЗИЯ НА МАТОЧНАТА АРТЕРИЯ (ЛАПАРОСКОПСКИ ИЛИ ВАГИНАЛНО)

Механизъм:

Фиксиране на клипс върху маточната артерия > намаляване на кръвния поток към миомата

Предимства:

- Без чужди материали
- Лапароскопска инспекция на таза

Ограничения:

- По-малко ефективно от UAE (редукция на обема: 33% срещу 51%)
- Повече следоперативна болка
- По-висока честота на рецидив (48% срещу 17%)

II С. ФОКУСИРАН УЛТРАЗВУК С МРТ НАСОЧВАНЕ (MRGFUS)

Механизъм:

Ултразвукова аблация, насочвана от МРТ > коагулативна некроза на фиброидни огнища

Предимства:

- Без инвазивност
- Без риск от овариална недостатъчност
- Индивидуално насочено лечение

Ограничения:

- Висока цена и продължителност (макс. 3 ч.)
- Ограничения от анатомията (мехур, черво, нерви)
- Може да предизвика лумбална болка (загряване на седалищните нерви)
- Рецидив при 25% от жените след 4 години

II D. РАДИОЧЕСТОТНА АБЛАЦИЯ (RFA)

Механизъм:

Прилагане на радиочестотна енергия > локална термична коагулация > некроза

Пътища на достъп:

- Лапароскопски
- Хистероскопски
- Трансвагинален

Показания:

- ≤3 миоми
- Обем <110 cc
- Диаметър <5 cm
- FIGO тип 0–4
- 1 cm разстояние до серозата

Предимства:

- Добра ефективност
- Нисък риск от сериозни усложнения

Ограничения:

- По-висок риск при големи миоми
- Не се препоръчва при дълбоко разположени възли

II E. МИОЛИЗА (MYOLYSIS)

Механизъм:

Аблация чрез лазер, радиочестота, криотерапия или термална енергия > унищожаване на миомната тъкан

Предимства:

- Кратък престой в болница
- По-малко кръвозагуба в сравнение с миомектомия

Ограничения:

- Малко данни за бременност след процедура
- Подходяща само при жени, които не планират бременност
- Само за FIGO тип 1–2

II F. АБЛАЦИЯ НА ЕНДОМЕТРИУМА

Механизъм:

Аблация на ендометриума с топлина, студ или механични средства > намаляване на менструалното кървене

Комбинира се често с хистероскопска миомектомия

Над 90% успеваемост без нужда от нова хирургия в рамките на 9 години

Ограничения:

- Не засяга интрамурални или субсерозни миоми
- Не подобрява налягане-свързани симптоми
- Бременност след процедура > риск от извънматочна, преждевременно раждане, абнормна плацентация

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА МИОМИ:

1. Миомектомия:

- Стандартен избор за жени, които планират бременност. Включва отстраняване на миомите и реконструкция на матката.

- Подобрява симптомите при до 80% от случаите, но има риск от рецидив (27% при едно миома, над 50% при множество миоми).

- Намалява риска от аборти и увеличава постоперативните шансове за бременност до над 50%.

- Обикновено има ниска честота на усложнения (1-5%), като най-честото е загуба на кръв.

2. Хистероскопска миомектомия:

- Подходяща за субмукозни миоми. Извършва се с помощта на тънка жица под визуален контрол.

- Обикновено има ниска честота на усложнения (<1%), но могат да се появят хематоми, инфекция или образуване на сраствания.

- Може да се прилага в две стъпки при миоми над 4 cm.

3. Лапароскопска миомектомия:

- Минимално инвазивен метод, предпочитан за интрамурални и субсерозни миоми.

- Намалява постоперативната болка и кръвопреливанията, като ускорява възстановяването.

- Не се препоръчва при големи миоми (>10-12 cm) или при повече от 4 миоми.

4. Лапароскопски асистирана миомектомия:

- Смесен подход между лапароскопска и откритата операция, използва се при по-големи миоми, които изискват сложна реконструкция на матката.
- Позволява по-добра визуализация и планиране на операцията.

5. Роботизирана миомектомия:

- Напреднал минимално инвазивен метод, който осигурява 3D изглед и по-добра манипулация на инструментите.
- Препоръчва се за сложни случаи с големи миоми или миоми, които обхващат шийката на матката.
- Въпреки че е ефективна, има високи разходи.

6. Отворена миомектомия:

- Използва се при големи миоми, предоставяйки отлична визуализация и възможност за внимателно отстраняване.
- По-болезнена и с по-дълго възстановяване, но е по-сигурна при големи или дълбоки мио-

ми.

7. Хистеректомия:

- Последен избор за жени, които вече не желаят да имат деца. Премахва миомите и предотвратява рецидив.
- Възможна е вагинална или абдоминална хистеректомия. Лапароскопската хистеректомия става все по-често срещана, но може да изисква морцелизация.
- Абдоминалната хистеректомия се предпочита при миоми с голям размер или при жени над 50 години.

III. КЛЮЧОВИ ПРЕПОРЪКИ

- Първоначално се предпочитат неинвазивни методи, особено при желание за запазване на фертилитета.
- GnRH аналозите и SPRMs са най-ефективни за редуция на обем и симптоми.
- Лечението трябва да бъде индивидуализирано според симптомите, възрастта, репродуктивните планове и общото здравословно състояние.

АЛГОРИТЪМ ЗА ИЗБОР НА ТЕРАПИЯ

КЛИНИЧЕН КОНТЕКСТ

Безсимптомна миома
Желание за бременност + симптоми
Обилно кървене,
неоперабилна пациентка
Голяма миома (>10 см)
Перименопауза с тежки симптоми
Отказ от хирургия

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Наблюдение (expectant)
Медикаменти > Миомектомия
LNG-IUS / SPRMs / UAE
GnRH аналози > Миомектомия или хистеректомия
SPRMs / хистеректомия
UAE или MRgFUS