

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК МЕТОД В АЛГОРИТМЕ
ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ**

Дипломная работа студентки

**Очной формы обучения
специальности 32.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Козыревой Александры Алексеевны**

Научный руководитель
преподаватель Овсянникова Г. А.

Рецензент
Ординатор отделения гинекологии ОГБУЗ
«Городская клиническая больница г.
Белгорода»
Головченко Олег Васильевич

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЭМА) В АЛГОРИТМЕ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ	6
1.1. История метода ЭМА	6
1.2. Показания, противопоказания и подготовка пациенток к операции.....	8
1.3. Методика проведения ЭМА.....	10
1.4. Репродуктивная функция после ЭМА. Побочные эффекты и осложнения	13
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК МЕТОДА В АЛГОРИТМЕ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ	17
2.1. Организационная характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».....	17
2.2. Материалы исследования.....	19
2.3. Статистический анализ метода ЭМА в лечении женщин с миомой матки по данным гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
Список использованных источников и литературы	35
Приложения	39

Введение

Актуальность темы. В последние годы происходит активное внедрение в клиническую практику нового органосохраняющего метода лечения миомы матки - эмболизации маточных артерий (ЭМА). ЭМА - это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол бедренной артерии (пункцию), по внутрисосудистому катетеру в сосуды, питающие миому, вводятся частички специального эмболизационного препарата.

Кровоснабжение миоматозного узла осуществляется из сосудистого сплетения, окружающего миому. Диаметр сосудов этого сплетения в несколько раз больше диаметра артерий нормального мышечного слоя матки (миометрия). На этом и основан лечебный эффект ЭМА. Введение эмболизационных частиц определенного размера вызывает прекращение кровотока по ветвям маточных артерий, питающих миому, при этом сосуды, кровоснабжающие здоровую часть миометрия, не страдают. После прекращения кровоснабжения мышечные клетки, формирующие миому, гибнут и замещаются соединительной тканью (фиброзируются), что приводит к значительному уменьшению или исчезновению миоматозных узлов [4, с. 22].

К настоящему времени опубликовано достаточно большое количество работ, посвященных оценке клинических результатов этого эндоваскулярного вмешательства и основанных на совокупном опыте более 100 000 операций. В них убедительно доказано, что ЭМА является альтернативным и органосохраняющим методом хирургического лечения миомы матки. По данным ряда авторов, побудительными объективными причинами выбора ЭМА явились: менометрагии, приводящие к хронической анемии, сдавление смежных органов, неэффективность других методов лечения, размеры и рост миомы [3, с. 7]. Субъективными же причинами были: желание сохранить репродуктивную функцию, нежелание потери органа, возможное возникновение сексуальных расстройств, страх перед предстоящим наркозом и хирургической операцией и, в конечном итоге боязнь раннего старения.

После получения первых отдаленных результатов эмболизация маточных артерий начала внедряться в широкую клиническую практику как один из основных методов лечения миомы матки. Учитывая всё вышесказанное, выбрана данная тема для дипломного проектирования.

Цель исследования: изучить применение альтернативного метода лечения миомы матки - эмболизации маточных артерий, показания и противопоказания к его применению, оценить его эффективность для сохранения здоровья и качества жизни женщин.

Задачи исследования:

1. Проанализировать эпидемиологические аспекты использования ЭМА у пациенток с миомой матки по данным гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
2. Представить медико-социальную характеристику женщин, получивших терапию миомы матки методом ЭМА.
3. Изучить особенности проведения ЭМА у женщин с миомой матки.
4. Изучить противопоказания для проведения ЭМА.
5. Проанализировать течение послеоперационного периода у пациенток в группе исследования.

Объект исследования - данные историй болезни женщин с миомой матки, получивших лечение методом ЭМА в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году. Объём выборки составил 40 пациенток.

Методы исследования, использованные для решения задач:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломного проекта.
2. Эмпирические методы (анализ документов).
3. Статистический анализ полученных данных.

Предмет исследования – современные малоинвазивные методы в алгоритме лечения миомы матки, которые можно использовать у пациенток как в репродуктивном, так и в пременопаузальном возрасте как альтернативу

гистерэктомии, желающих сохранить менструальную и репродуктивную функцию.

Научная новизна:

1. Представлена характеристика применения метода ЭМА в алгоритме терапии миомы матки.
2. Составлена медико-социальная характеристика женщин с миомой матки, пролеченных методом ЭМА в гинекологическом отделении ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в 2018 г.
3. Установлены течение послеоперационного периода и сроки выписки пациенток после ЭМА.

Практическая значимость работы - работа позволила значительно повысить уровень подготовки, в ходе ее создания, а также использовать полученные данные в работе преподавателя и студентов по данной теме.

База исследования - ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Время исследования - 2018-2019 г.

Структура ВКР - работа представлена на 42 страницах, состоит из введения, 2 глав, включающих 2 таблицы и 19 рисунков, заключения, списка литературных источников из 24 наименований и 3 приложений.

В первой главе проведен теоретический анализ литературных источников по вопросам применения метода ЭМА в лечении миомы матки. Вторая глава посвящена собственному анализу лечения миомы матки методом ЭМА.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В АЛГОРИТМЕ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

1.1. История метода ЭМА

Впервые эмболизация сосудов была описана в 1904 г. Dawbain, который сделал инъекцию парафина в наружную сонную артерию с целью дооперационной подготовки у 2 больных с опухолевидными образованиями шеи и головы. С того времени постепенно стали появляться сообщения об использовании эмболизации в ангиохирургической практике для остановки кровотечения различной этиологии, лечения опухолей, особенно гипervasкуляризированных, при лечении артериовенозных мальформаций [9, с. 8].

В гинекологической практике ЭМА используется с 1970 г. когда S. Smith применил ее с целью остановки кровотечения в послеоперационном периоде. Однако первое сообщение в литературе об ЭМА было сделано J. Oliver и соавт. только в 1979 г. С этого момента ЭМА с успехом применяется при неэффективности консервативных мероприятий для остановки кровотечений, возникших в послеродовом периоде, при пузырьном заносе, после оперативного лечения (кесарево сечение, гистерэктомия, миомэктомия).

В нашей стране первые эмболизации были проведены в 1982 г. в гинекологическом отделении Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии АМН СССР совместно со специалистами отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Института хирургии им. А.В. Вишневского АМН СССР в качестве предоперационной подготовки у пациенток с артериовенозными ангиодисплазиями таза [15, с. 16]. В дальнейшем эмболизацию проводили у пациенток с массивным послеродовым кровотечением.

Первая публикация об ЭМА в качестве метода лечения при миоме матки была сделана в 1994 г. французским гинекологом J. Ravina. Надо отметить, что ЭМА с целью уменьшения кровопотери при последующей миомэктомии выполнялись им с 1991 г. [22, с. 101]. Однако такой алгоритм лечения привел к неожиданному результату: многие женщины стали отказываться от хирургического лечения, так как у них исчезали симптомы, связанные с миомой. При контрольных ультразвуковых исследованиях (УЗИ) было отмечено резкое уменьшение как миоматозных узлов, так и матки. Наблюдавшийся клинический эффект позволил авторам предложить использование ЭМА в качестве альтернативы хирургическому лечению в начале у больных с крайне высоким операционным риском, а затем и у других пациенток. С этого момента возникший интерес к данному методу быстро возрос, с 1997 г. началось активное использование ЭМА в лечении миомы матки. К 2005 г. в мире выполнено около 100 000 эмболизаций, большинство из них проведено в США [11, с. 22].

ЭМА основана на сокращении кровоснабжения всего миометрия (кратковременно) и миоматозных узлов (долговременно) путем окклюзии ветвей маточной артерии. Данная терапия позволяет воздействовать на лейомиому избирательно относительно окружающей ткани. Преимуществами этого вмешательства являются: сохранение матки, отсутствие кровопотери во время проведения процедуры, одновременное влияние на все миоматозные узлы, независимо от локализации, отсутствие комбинированного эндотрахеального наркоза, более краткий срок пребывания больной в стационаре и меньший риск развития осложнений. Доказана высокая эффективность ЭМА: уменьшение меноррагий — на 86–92%, уменьшение размеров матки (миоматозных узлов) — на 40–60%, регресс болевого синдрома у большинства больных. ЭМА считается малоинвазивным методом, несмотря на это для нее характерны побочные эффекты и осложнения.

1.2. Показания, противопоказания и подготовка пациенток к операции

Показания к выполнению ЭМА, по мнению J. Spies, практически неограничены и включают все «симптомные» миомы, т.е. миомы, непосредственно вызывающие чувство боли, чувство тяжести, учащенное мочеиспускание, диспареунию и т.д. Также показанием к ЭМА являются растущие бессимптомные миомы, независимо от количества узлов, их локализации и размера. S. Goodwin и соавт. опубликовал результаты успешного применения ЭМА при «гигантских» миомах. Авторы также установили, что большой размер узлов не является прогностически неблагоприятным фактором результата вмешательства. M. Itkin и соавт. полагают, что показания к ЭМА значительно шире показаний для оперативного лечения миом матки [10, с. 42]. Эндovasкулярное вмешательство обеспечивает органосохраняющую альтернативу гистерэктомии, позволяя избежать наркоза, операционной травмы и серьезных осложнений, возможных как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах после хирургического лечения.

Спектр противопоказаний к ЭМА ограничен и включает в основном злокачественные новообразования и инфекционный процесс. S. Leibsohn и соавт. и W. Parkeг и соавт. считают, что существует риск ошибочного применения ЭМА у пациенток с нераспознанной лейомиосаркомой, имитирующей клиническую картину миомы матки: их крайне трудно дифференцировать при неинвазивном обследовании. Диагноз является морфологическим [13, с. 40]. Однако за 10-летний период применения ЭМА в литературе, было описано три таких наблюдения. A. Velenку и соавт. полагает, что к противопоказаниям к ЭМА следует относить субсерозные и субмукозные миомы на тонкой ножке, поскольку в первом случае после эндovasкулярного вмешательства достаточно велик риск экспульсии миомы в брюшную полость, а во втором случае существует малотравматичный альтернативный гистероскопический способ лечения, связанный с экстракцией экспульсированного узла.

Остальные противопоказания к ЭМА встречаются крайне редко и связаны с невозможностью рентгеноконтрастных вмешательств (непереносимость контрастного вещества, наличие почечной недостаточности, извитость подвздошных сосудов и т.п.) [18, с. 61].

Инструментальные и лабораторные исследования перед процедурой включают все те, которые приняты для планового хирургического лечения, в том числе:

- бактериоскопическое исследование микрофлоры влагалища (при выявлении воспалительных изменений необходимо провести антибактериальную терапию — возможно местное применение, с целью уменьшения воспалительных осложнений ЭМА);
- онкоцитологическое исследование эндо- и экзоцервикса;
- ультразвуковое исследование и/или магнитно-резонансную томографию (МРТ) органов и сосудов малого таза с определением скорости кровотока по маточным, яичниковым артериям и их ветвям. Для оценки параметров кровотока по сосудам матки используют ультразвуковое триплексное ангиосканирование (УЗАС), включающее сканирование сосудов в b-режиме, доплерографию и цветное доплеровское картирование кровотока;
- гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание, с последующим патогистологическим исследованием при подозрении на рак эндометрия; для определения функции яичников – исследование крови на содержание фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов;
- консультация гинеколога, интервенционного рентгенолога. ЭМА должны проводить опытные интервенционные рентгенологи, знакомые с техникой проведения процедуры, а также особенностями кровоснабжения миоматозных узлов;

- при выявлении опухоли яичника или одного из узлов при множественном характере роста субсерозного типа на тонком основании проводят оперативную лапароскопию — удаление образования яичника до ЭМА, с последующим патогистологическим исследованием, а удаление миоматозного узла — после ЭМА с целью снижения объема кровопотери и риска «отшнуровывания» узла в брюшную полость.

Особые случаи. При субмукозном расположении узла ЭМА показана в том случае, когда резектоскопия невозможна и нецелесообразна.

При больших размерах интерстициальных и интерстициально-субсерозных узлах рекомендовано лечение миомы матки в 2 этапа: на первом этапе показана ЭМА с последующим хирургическим лечением, решение о проведении второго этапа принимают индивидуально [23, с. 12].

ЭМА необходимо проводить в условиях стационара, так как у 80—90% пациенток развивается постэмболизационный синдром (ПЭС).

1.3. Методика проведения ЭМА

Эмболизация при миоме матки включает в себя ряд общих последовательных этапов: подготовку больной, обработку операционного поля, местную анестезию, пункцию и катетеризацию сосуда (артерии), ангиографию (для подтверждения правильного внутрисосудистого положения катетера в просвете артерии), традиционную тазовую ангиографию, селективную катетеризацию и ангиографию маточных артерий, непосредственно катетерную ЭМА (частицы PVA, гидрогель, акриловые микросферы), контрольную ангиографию, удаление катетера из артерии, гемостаз [7, с. 25]. ЭМА выполняется в условиях рентгеноперационной, под комбинированной анестезией с использованием седативных средств.

Как правило, при ЭМА используют трансфemorальный доступ, в редких случаях трансаксиллярный. Обычно селективная катетеризация внутренних подвздошных и маточных артерий осуществляется последовательно из одностороннего бедренного доступа справа, однако в некоторых случаях используется и двусторонний доступ. Право на применение имеет и способ двухэтапной ЭМА, когда эмболизацию второй маточной артерии осуществляют через 2-3 сут. Для вмешательства требуются гибкие металлические проводники с тефлоновым или другим гидрофильным покрытием, облегчающие селективную катетеризацию и продвижение катетера по проводнику. Используются стандартные висцеральные ангиографические катетеры, диаметр которых может достигать 3F - 5F.

Основная цель вмешательства – эмболизация сосуда, питающего миоматозный узел, где средний размер артерии составляет около 300 мкм. Некоторые авторы рекомендуют использование частиц меньшего размера 150-300 мкм. Однако в большинстве работ описано использование частиц большего размера: 355-500 и 500-700 мкм [1, с. 33]. В настоящее время отдают предпочтение частицам поливинилалкоголя (PVA).

Суспензионный поливиниловый спирт PVA — это частицы разного размера: 45—150, 250—355, 355—500, 500—710, 710—1000, 1000—1400, 1400—2000 мкм. Наиболее часто при ЭМА используют частицы PVA размером от 250 до 710 мкм.

Перед эмболизацией выполняют обзорную тазовую артериографию, селективную артериографию маточных артерий для определения ангиоархитектоники кровоснабжения миоматозного узла [12, с. 38]. По результатам исследования оценивают возможность проведения эмболизации и значимость коллатерального кровотока.

Через интродьюсер или проводниковый катетер 5—6 F по проводнику вводят микрокатетер 3 F с гибкой и уменьшенной до 2,4 F дистальной частью. Катетер проводят в дистальный сегмент маточной артерии. После выбора эмболизирующих частиц PVA соответствующего размера содержимое флакона

с частицами разводят 3—5 мл рентгеноконтрастного вещества (омнипак 350, ультравист 370). После размешивания и встряхивания содержимого флакона шприцем быстро форсированно вводят растворенные частицы PVA с контрастным веществом через катетер за 1—3 с последующим подтягиванием конца катетера на себя для предупреждения фиксирования катетера с эмболизирующим веществом и стенкой маточной артерии [24, с. 19].

Через 3—5 мин проводят контрольную селективную ангиографию через этот же катетер. Операция считается завершенной после получения удовлетворительного ангиографического эффекта, так называемого эффекта «стоп-контраст» в проксимальных отделах маточной артерии, отсутствия контрастирования дистальных сегментов артерии, а также наличие рефлюкса в париетальные ветви при контрастировании маточной артерии.

ЭМА на сегодняшний день — малоинвазивный метод лечения миомы матки. Эффективность данного рентгенохирургического вмешательства не вызывает сомнений, что позволяет более широко его использовать во всем мире. Особую актуальность ЭМА приобретает для лечения пациенток, категорически отказывающихся от любого вида хирургического лечения, и женщин с высоким риском традиционного или гормонального лечения.

ЭМА ни в коем случае не исключает медикаментозное лечение или традиционное оперативное вмешательство (гистерэктомия, миомэктомия). Напротив, в некоторых случаях данные методы лечения дополняют друг друга, и ЭМА может быть первым этапом, значительно уменьшающим риск интраоперационной кровопотери и исключаящим необходимость гемотрансфузий, перед традиционными оперативными вмешательствами.

Необходимо отметить, что с развитием новых технологий появилась возможность использовать опыт врачей других специальностей для лечения различных гинекологических заболеваний, в том числе и миомы матки.

1.4. Репродуктивная функция после ЭМА. Побочные эффекты и осложнения

В. McLucas и соавт. полагают, что вероятность наступления беременности после ЭМА сопоставима с аналогичным показателем после миомэктомии [19, с. 44]. Однако, помимо этого, автор справедливо подчеркивает, что существуют группы больных, у которых выполнение миомэктомии невозможно или сопряжено с высоким риском перехода в гистерэктомию. ЭМА для данных пациенток представляет собой последний шанс сохранить детородную функцию.

Эмболизация миомы матки – малоинвазивная операция, поэтому и осложнений после нее намного меньше, чем после полостных операций, но всё же они бывают, хотя и редко.

Постэмболизационный синдром различной степени интенсивности: лихорадочное состояние, тошнота, рвота, слабость, лейкоцитоз в сочетании с «разлитой» болью в абдоминальной области, возникает у 30–40% больных и купируется самостоятельно в первые 48 часов при условии консервативной терапии [2, с. 9]. Осложнения после ЭМА делятся на две группы: ранние осложнения возникают вовремя или в раннем послеоперационном периоде и связаны непосредственно с методом; поздние осложнения возникают в позднем послеоперационном периоде, к ним относятся прежде всего инфекционные осложнения, требующие проведения гистерэктомии (около 1% случаев).

Двойко можно относиться к аменорее, возникающей примерно у 5% больных: для пациенток пременопаузального возраста, страдающих меноррагиями, это состояние является благоприятным исходом; для пациенток, желающих сохранить репродуктивную функцию, - это безусловно серьезное осложнение. Также и транцервикальная экспульсия миоматозного узла, отмеченная у 5–18% больных с субмукозной миомой матки, которая, как правило, протекает без значительного кровотечения [17, с. 21].

Эндоваскулярной операции в раннем постэмболизационном периоде присущи определенные специфические особенности клинического течения, неправильная трактовка которых приводит к применению неоправданной тактики ведения больных и развитию тяжелых осложнений ЭМА. Все это в конечном итоге может снизить значение этого перспективного метода лечения миомы матки [14, с. 51].

Было установлено, что наиболее характерными симптомами постэмболизационного синдрома ЭМА являются болевые ощущения, кровяные выделения из половых путей, гипертермия, гиперфибриногенемия, нарушения мочеиспускания, расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта.

Болевой синдром. Считается, что основой развития болевого синдрома и степени его выраженности является не ишемизация самого миоматозного узла, а острое прекращение кровотока в сосудах неизмененного миометрия. Как правило, миомы небольшого размера имеют развитое локальное перифиброидное сплетение, представленное дуговыми и радиальными артериями, огибающими основной узел и отдающими внутрь опухоли слабовыраженную питающую капиллярную сеть [21, с. 38]. При этом миоматозные узлы либо не сдавливают, либо незначительно сдавливают непораженный мышечный слой, нормально васкуляризированный, с нормальной архитектоникой сосудов.

Кровяные выделения. Вторым наиболее значимым симптомом постэмболизационного периода, сопровождающего ЭМА, являются кровяные выделения из половых путей. целесообразно проводить ЭМА перед ожидаемой менструацией, чтобы добиться временного совпадения этих последствий вмешательства с физиологическим периодом и тем самым устранить их негативное психоэмоциональное воздействие. Несмотря на малую клиническую значимость кровяных выделений из половых путей, сопровождающих проведение ЭМА, они могут приобрести угрожающий характер при выполнении эндоваскулярного вмешательства у больных с гигантскими субмукозными миомами.

Гипертермия. У пациенток, перенесших ЭМА, в постэмболизационном периоде было отмечено появление гипертермии, которая обозначается как невыраженная при температуре 37,1-37,5°C, средняя - при 37,6-38,0°C, и выраженная - при подъеме температуры более 38,1°C [6, с. 88].

Гиперфибриногенемия. После ЭМА замедление или прекращение кровотока в маточных артериях вызывает выраженное снижение кровенаполнения матки и соответственно резкое замедление сброса крови через внутренние подвздошные вены. В отсутствие других составляющих классической триады Вирхова, определяющей факторы развития венозного тромбоза, это ухудшение кровотока в венах не носит угрожающего характера, потенциально опасного развитием тромбоэмболии легочной артерии [8, с. 12].

Дизурия. Клинические симптомы дизурических явлений после ЭМА зависели от особенностей кровоснабжения органов малого таза и техники выполнения эндоваскулярного вмешательства. Симптомы проявляются незначительным дискомфортом (болезненность, рези, никтурия) при мочеиспускании, нарушением мочеиспускания, стойкой задержкой мочи более 2 суток.

Нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта. После ЭМА отмечены различные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Отмечается вздутие живота, парез кишечника, тошнота, однократная рвота [16, с. 28].

Доза радиации. С тех пор как под контролем рентгеноскопии выполняется ЭМА, доза радиации вызывает некоторое беспокойство. В настоящее время не известна конкретная доза облучения, которая могла бы вызвать нарушение функции яичников. По данным некоторых авторов, доза облучения составляет 22,34 кГр, что сопоставимо с другими диагностическими исследованиями, и она намного ниже доз, используемых для лечения злокачественных новообразований в малом тазу (до 35 000 кГр). Данные других исследований, наоборот, свидетельствуют о том, что доза радиации, поглощенная яичниками вовремя эмболизации, выше в 30-100 раз по

сравнению с другими рентгеноскопическими исследованиями. Благодаря использованию импульсной рентгеноскопии и возможности уменьшения числа снимков во время процедуры, оцененная доза радиации, поглощенная яичниками (22,34 кГр), может быть уменьшена до 9,5 кГр (от 2,21 до 23,21 кГр) [5, с. 51].

Таким образом, абсолютно ясно, что на сегодняшний день ЭМА прочно заняла свою нишу в лечении пациенток с миомой матки. Эффективность данной операции в лечении миомы матки не вызывает сомнений, что способствует ее широкому распространению в мире. Данная методика является малоинвазивной высокотехнологичной эндоваскулярной операцией, не требующей эндотрахеального наркоза и постоперационного наблюдения в реанимационном отделении, что значительно снижает финансовые затраты на лечение. ЭМА не исключает выполнение стандартных хирургических подходов, а напротив, в некоторых случаях, дополняет эти методы, поскольку позволяет снижать интра- и послеоперационную кровопотерю, а также необходимость проведения гемотрансфузии.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК МЕТОДА В АЛГОРИТМЕ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

2.1. Организационная характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Отделение рассчитано на 60 коек. В штате отделения работают 7 врачей, которые владеют всем спектром оперативных вмешательств, проводимых в отделении. Четверо из них имеют высшую квалификационную категорию, трое являются кандидатами медицинских наук. Ежегодно специалисты проходят обучение на курсах повышения квалификации на центральных базах г. Москвы и г. Санкт-Петербурга. В штате отделения работают 25 квалифицированных медицинских сестер, 8 из которых аттестованы на высшую квалификационную категорию. Наличие в отделении современного оборудования, инструментария и медикаментов позволяет оказывать плановую и экстренную медицинскую помощь в полном объеме.

Приоритетным направлением в работе отделения является развитие эндоскопии, как диагностической, так и хирургической, совершенствование органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки и придатков, влагалищные операции. При использовании в лечении хирургических методов предпочтение отдается высокотехнологичным, малотравматичным и органосохраняющим операциям.

В отделении оказываются все виды гинекологической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями:

- все виды оперативного лечения лапаротомическим доступом;
- проведение лапароскопических операций на матке и придатках;
- лапароскопическое лечение бесплодия (сальпингоовариолизис, фимбриопластика, демедулляция яичников, хромогидроскопия, консервативная миомэктомия);
- диагностическая гистероскопия;

- лечебная гистероскопия (гистерорезектоскопия, абляция эндометрия);
- выполнение операций влагалищным доступом — экстирпация матки с придатками и без, пластические операции при несостоятельности мышц тазового дна, при опущении стенок влагалища, матки, элонгации шейки матки, в том числе наиболее эффективные методики пластики с использованием синтетических материалов (проленовых сеток);
- современные методы лечения стрессового недержания мочи у женщин, уретеропексия по методике TVT;
- комбинированные операции влагалищным доступом с лапароскопическим этапом;
- прерывание беременности по медицинским показаниям на разных сроках беременности;

Для оказания полноценной специализированной медицинской помощи девочкам-подросткам в отделении развернуты ювенильные койки.

Благодаря наличию современного отделения физиотерапии и реабилитации, по окончании острого периода заболевания, особенно после оперативного лечения, осуществляется комплекс мероприятий, направленный на быстрое выздоровление и возвращение женщины к активной жизни.

В отделении пациентки располагаются в отдельных 1-4 местных палатах, в которых имеется все необходимое для того, чтобы сделать пребывание в стационаре максимально комфортным. Имеются послеоперационные палаты интенсивной терапии и палаты повышенной комфортности. После объемных оперативных вмешательств и для больных с тяжелой соматической патологией предусмотрены палаты в реанимационном отделении с круглосуточным наблюдением медицинского персонала и аппаратным мониторингом витальных функций.

2.2. Материалы исследования

Проведено ретроспективное изучение и статистический анализ 40 историй болезни женщин с ЭМА при лечении миомы матки по данным гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за 2018 год. Материал исследования по изучению эмболизации маточных артерий был распределен для последующей статистической обработки по следующим признакам:

- социально-биологические факторы (возраст, семейное положение, место жительства, социальный статус);
- анамнестические данные (количество беременностей и родов, гинекологические заболевания, соматическая патология);
- тактика ведения (клинико-лабораторное, физикальное, и инструментальное исследования);
- данные о проведенном оперативном лечении (выбор метода анестезии и длительность операции);
- течение послеоперационного периода (осложнения, проведение антибиотикопрофилактики, сроки выписки из стационара).

2.3. Статистический анализ метода ЭМА в лечении женщин с миомой матки по данным гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

В гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи у жительниц Белгородской области процедура ЭМА за последние четыре года выполнена 152 раза. Из них в 2015 году – 25 (16,4%) эмболизаций маточных артерий женщинам с миомой матки, в 2016 – 20 (13,1%), в 2017 – 40 ((26,3%) и в 2018 – 67 (44,2%). Применение ЭМА, как альтернативы хирургическому лечению с

крайне высоким операционным риском, не привело к возникновению инфекционных, ишемических осложнений либо к наступлению преждевременной менопаузы ни у одной пациентки (Таблица 1).

Таблица 1

Виды ВМП в гинекологическом отделении за 2015 – 2018 гг.

Года	ЭМА: количество, %
2015	25 (16,4)
2016	20 (13,1)
2017	40 (26,3)
2018	67 (44,2)

Социально – биологические показатели

Средний возраст женщин составил 45 лет (от 23 до 54 лет): от 20 до 30 лет – 3%, от 31 года до 40 лет – 45%, от 41 года до 50 лет – 48%, от 51 до 54 лет – 5%. Доля респонденток репродуктивного возраста – 77,5% (Рис. 1).

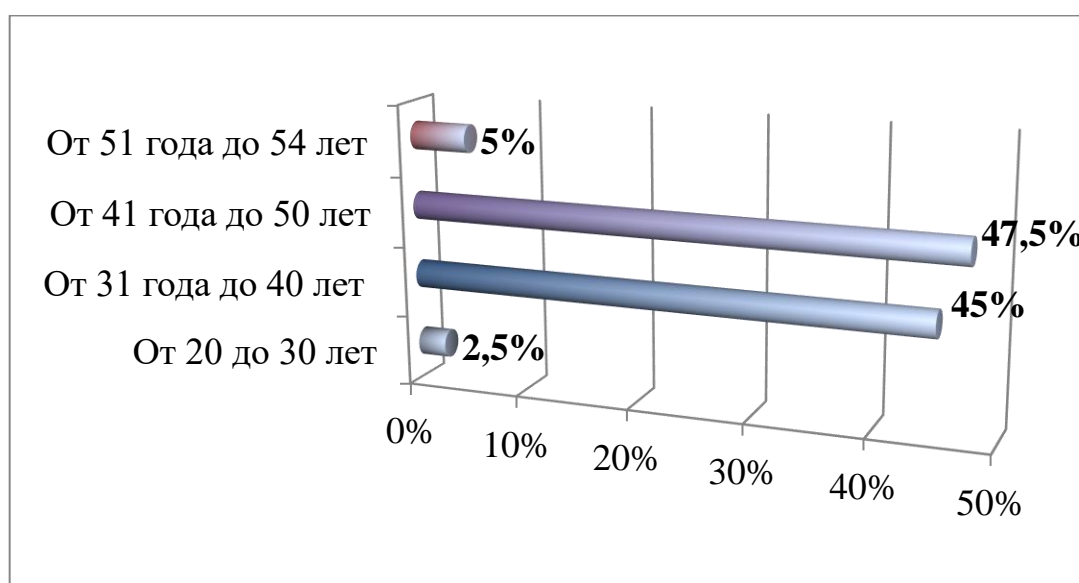


Рис. 1. Распределение женщин в группе по возрасту

Жительницами сельской местности были 27,5% женщин, в городе проживали 72,5% (Рис. 2).

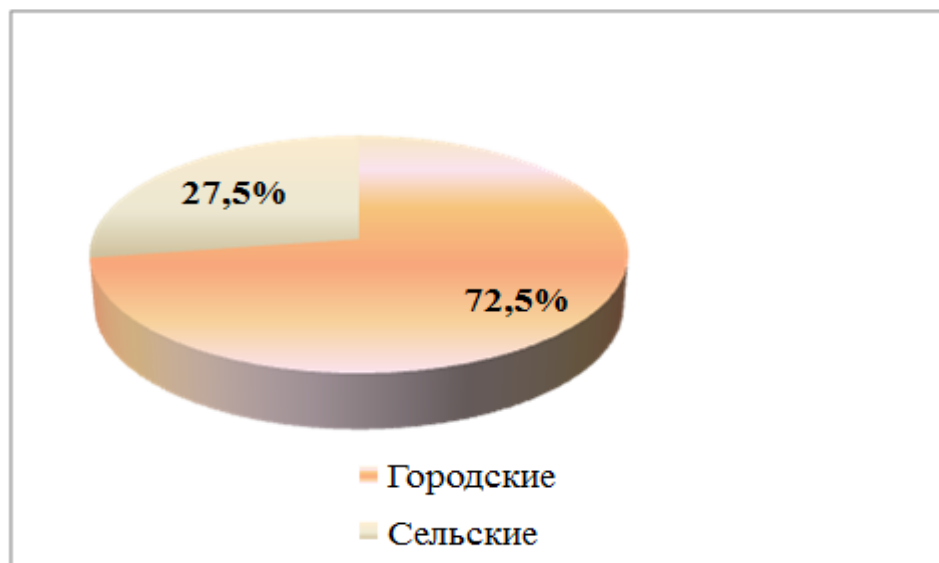


Рис. 2. Распределение респонденток по месту жительства

Семейное положение пациенток в группе: в официально зарегистрированном браке состояли 75%, в гражданском браке - 10%, одиночками являлись 15% (Рис. 3).

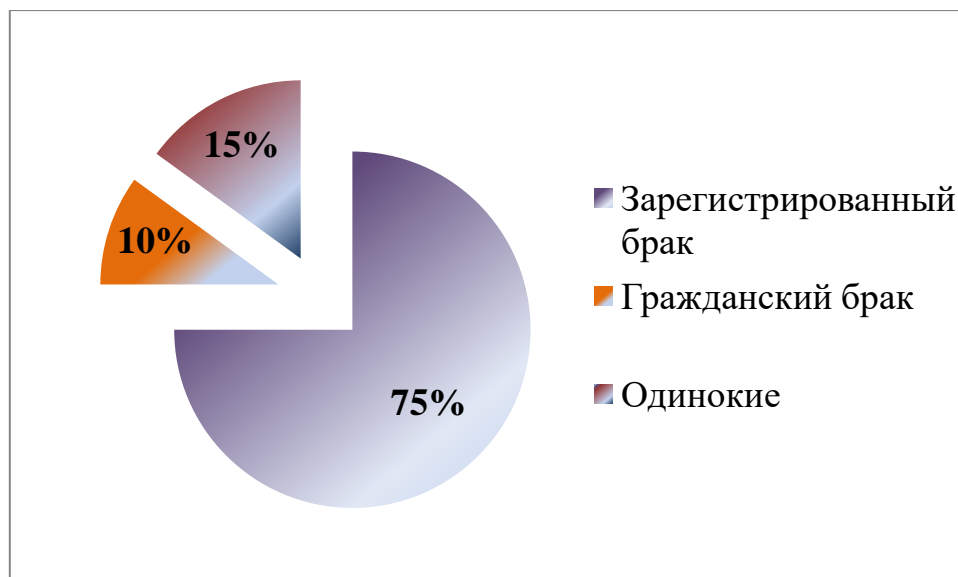


Рис. 3. Семейное положение исследуемых женщин

По социальному статусу: работающих женщин было 57,5%, домохозяйек – 40%, пенсионеров – 2,5% (Рис. 4).

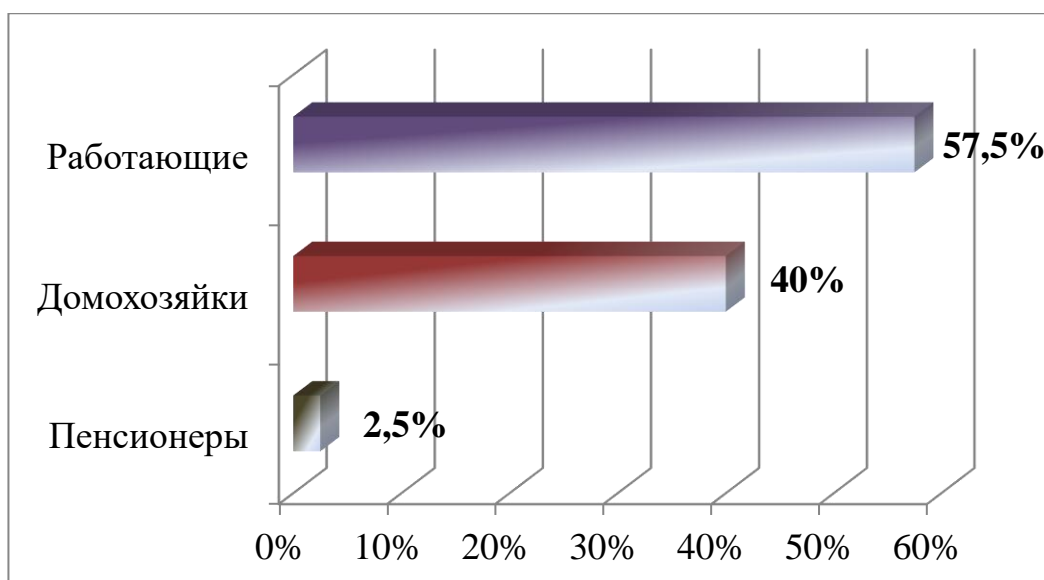


Рис. 4. Социальный статус в группе исследования

По дате рождения преобладают респондентки, появившиеся на свет летом – 37,5%; на втором месте – рожденные зимой (Рис. 5).

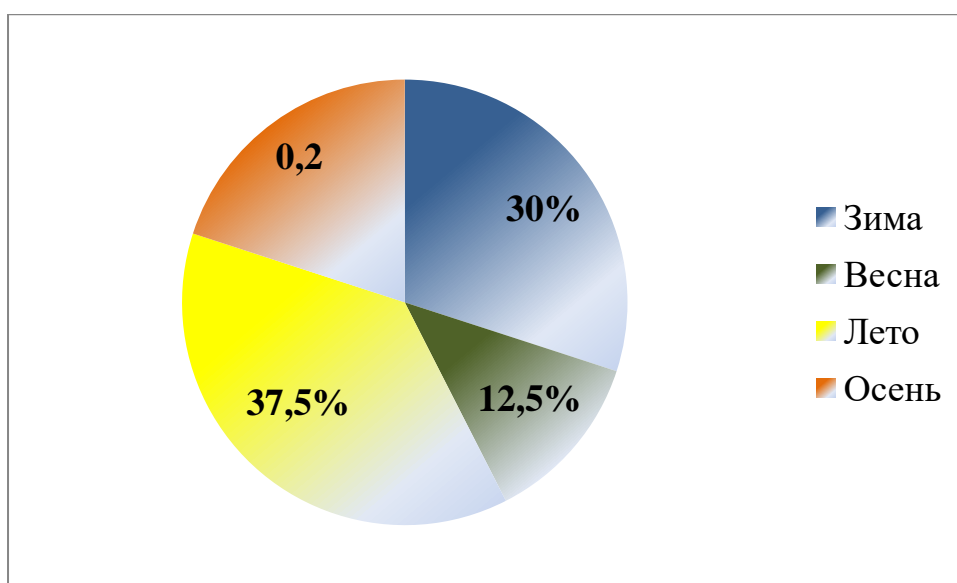


Рис. 5. Распределение пациенток по дате рождения

Клинико – анамнестические показатели

Репродуктивную функцию успешно реализовали 90% респонденток с миомой матки, искусственные аборты сделали 47%, самопроизвольные выкидыши произошли у 17% респонденток, у 10% беременностей не было (Рис. 6).

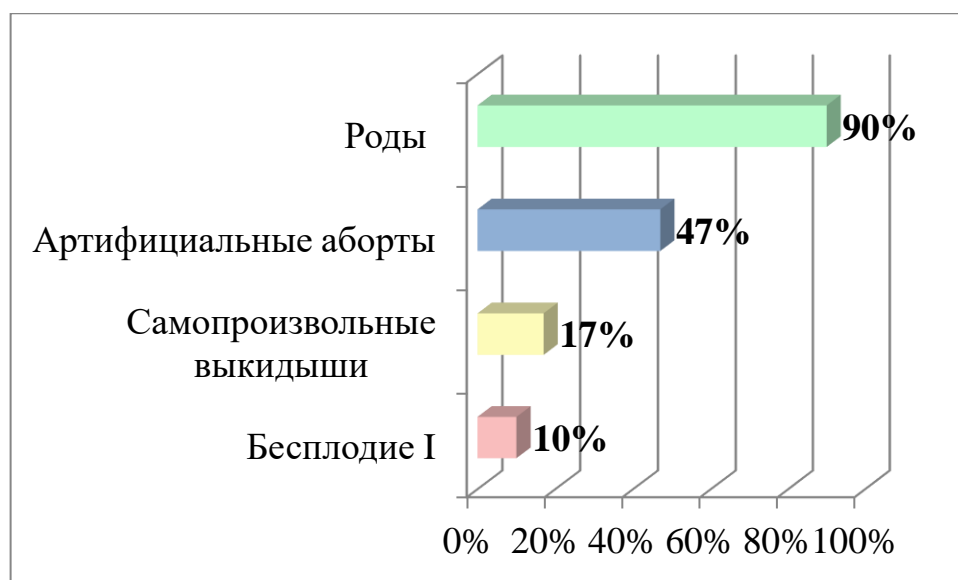


Рис. 6. Структура репродуктивного анамнеза в группе исследования Паритет у респонденток: одни роды были у 50%, двое – у 36%, трое – у 14% (Таблица 2).

Таблица 2

Паритет в группе исследования

Количество родов	%
1-е роды в анамнезе	50%
2-е роды в анамнезе	36%
3-е роды в анамнезе	14%

Из гинекологических заболеваний наблюдались: фоновая патология шейки матки (эктопия) – 34%, аденомиоз – 11%, хронические воспалительные процессы в матке и придатках (ВЗОМТ) - 14%, кисты яичников – 4%, гиперпластические процессы в эндометрии (ГПЭ) – 2% случаев (Рис. 7).

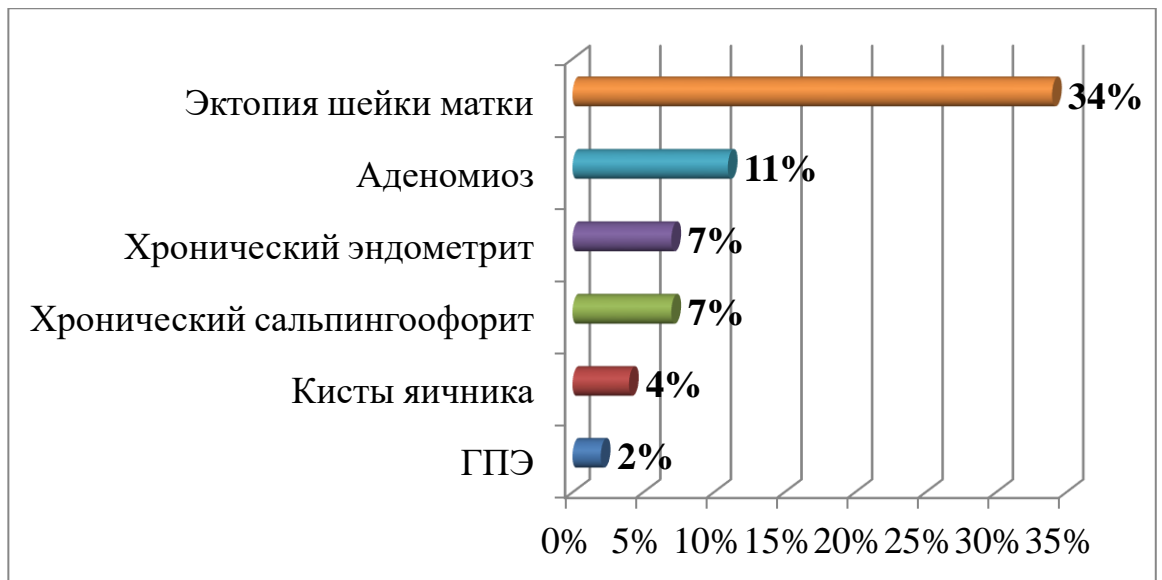


Рис. 7. Распределение сопутствующей гинекологической патологии в группе

У пациенток с миомой матки встречались сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь – 20% случаев), заболевания дыхательных путей (бронхиальная астма – 17) и желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит – 18%), а также железодефицитная анемия (ЖДА) – 7%, узловой зоб – 5%, гипотиреоз – 4%, псориаз – 3%, ожирение – 1%, острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции (ОРЗ, ОРВИ, грипп) – 25% (Рис. 8).

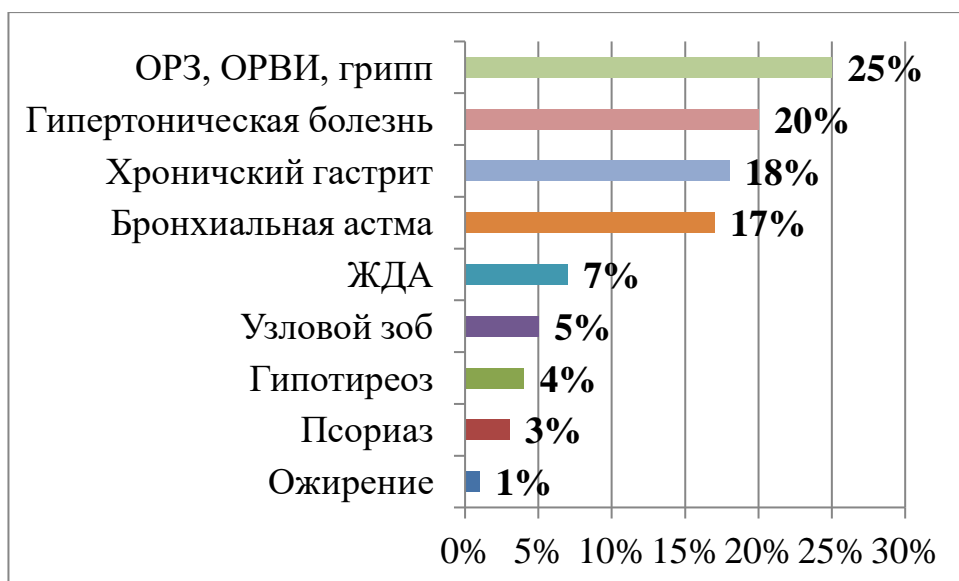


Рис. 8. Распределение соматической патологии у женщин с ЭМА

До проведения ЭМА длительность заболевания миомой матки была менее 5 лет у 58% пациенток, более 5 лет – у 42% (Рис. 9).

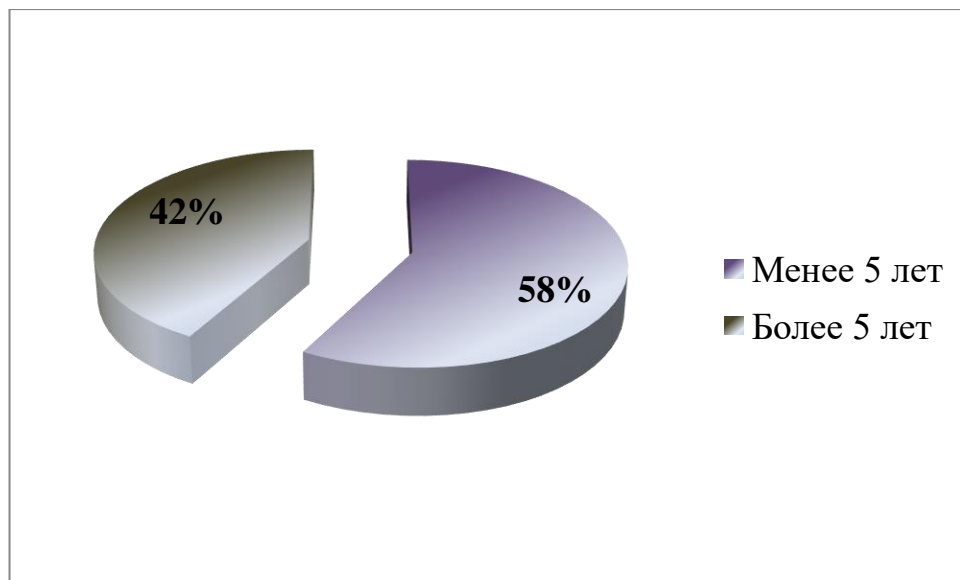


Рис. 9. Длительность заболевания до проведения ЭМА

В клинической картине у 37,5% больных отмечались боли внизу живота и поясничной области, 62% имели обильные, длительные (меноррагии) и/или болезненные (дисменорея) менструации, 10% отмечали бесплодие (Рис. 10).

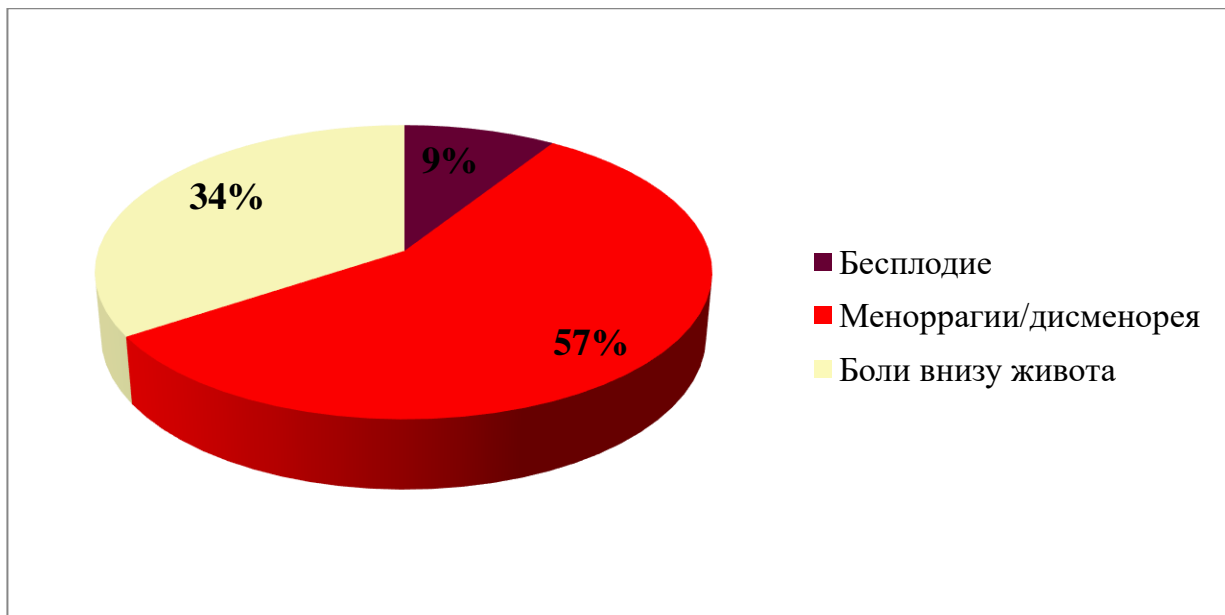


Рис. 10. Распределения жалоб больных при поступлении в стационар в исследуемой группе

Результаты обследования и лечения

Характер и локализация опухоли оценивались с помощью трансабдоминального ультразвукового сканирования на аппарате TITAN (Sonosite, США) с трансвагинальным датчиком с частотой 3,5-9 МГц. В 29% случаев опухоль была представлена одиночным узлом, у остальных (71%) — множественными узлами. Локализация узлов преимущественно была интерстициально-субсерозной (77,5% случаев). У 10% пациенток наблюдались интерстициально-субмукозные узлы, в 12,5% случаях расположение узла было подслизистым (Рис. 11).

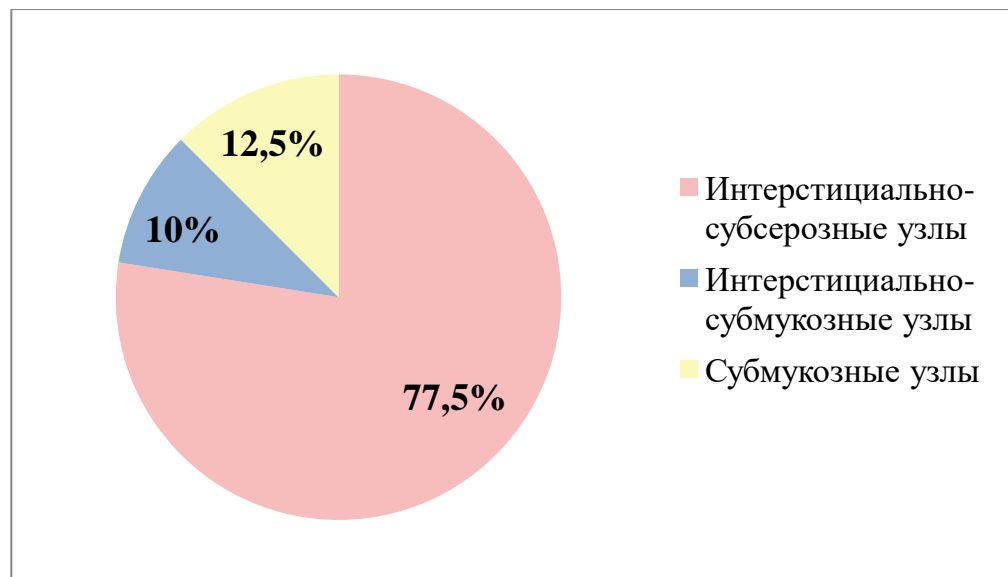


Рис. 11. Распределение миом матки у женщин в группе в зависимости от локализации узла

Исходные размеры миоматозных узлов у респонденток: большие узлы (более 8 см) имели место в 12% случаев, средние узлы (5 – 8см) – в 67%, малые узлы (3-4см) – в 21% (Рис. 12).

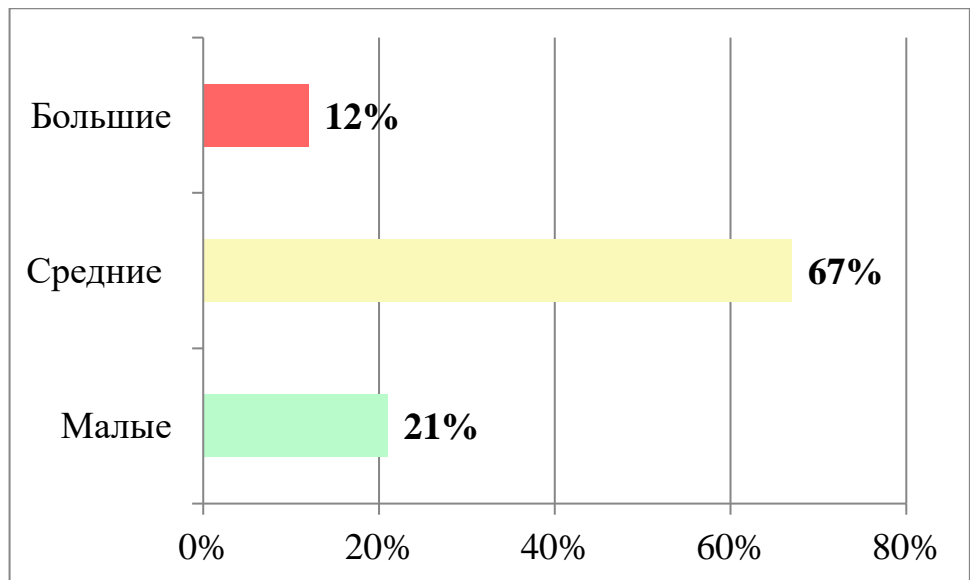


Рис. 12. Исходные размеры миоматозных узлов до ЭМА

Всем женщинам перед ЭМА производилось обследование в объеме: общеклиническое исследование, УЗИ тела матки и миоматозных узлов, патогистологическое исследование эндометрия (полученного путем гистероскопии или отдельного диагностического выскабливания), онкоцитология, кольпоскопия, бактериоскопическое исследование биоценоза влагалища. Кроме обязательных исследований, в некоторых случаях проведены дополнительные исследования по показаниям, в том числе УЗИ-скрининг молочной и щитовидной желез, гормонального фона, МРТ малого таза (Рис. 13).

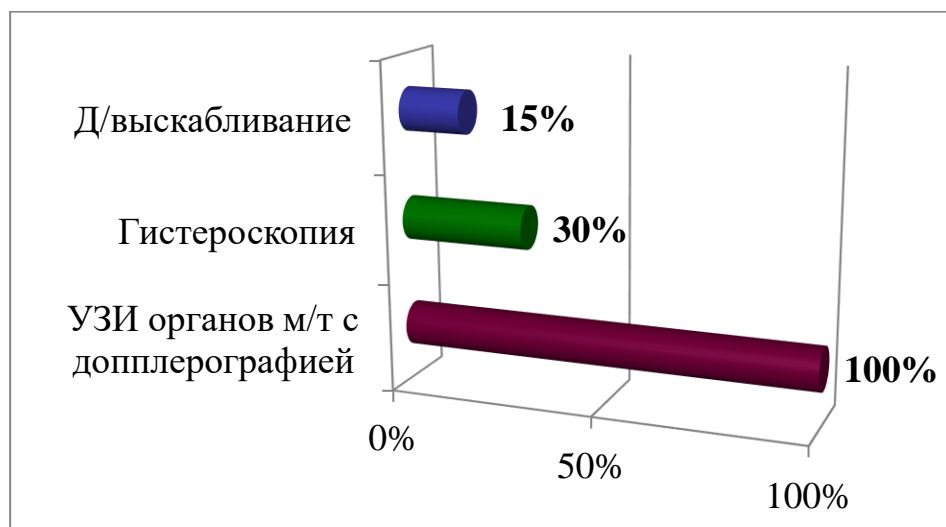


Рис. 13. Распределение инструментальных методов исследования у женщин перед ЭМА

Двухсторонняя катетеризация и эмболизация маточных артерий выполнялась 40 пациенткам (100%). На ангиограммах артерий малого таза и маточных артерий, выполненных непосредственно во время операции до эмболизации и после эмболизации, определялась полная деваскуляризация зоны патологического очага и признаки остановки (стаз контраста) кровотока по маточным артериям у всех 40 пациенток (100%). В 100% случаев была выполнена процедура ЭМА под эпидуральной анестезией (Рис.14).

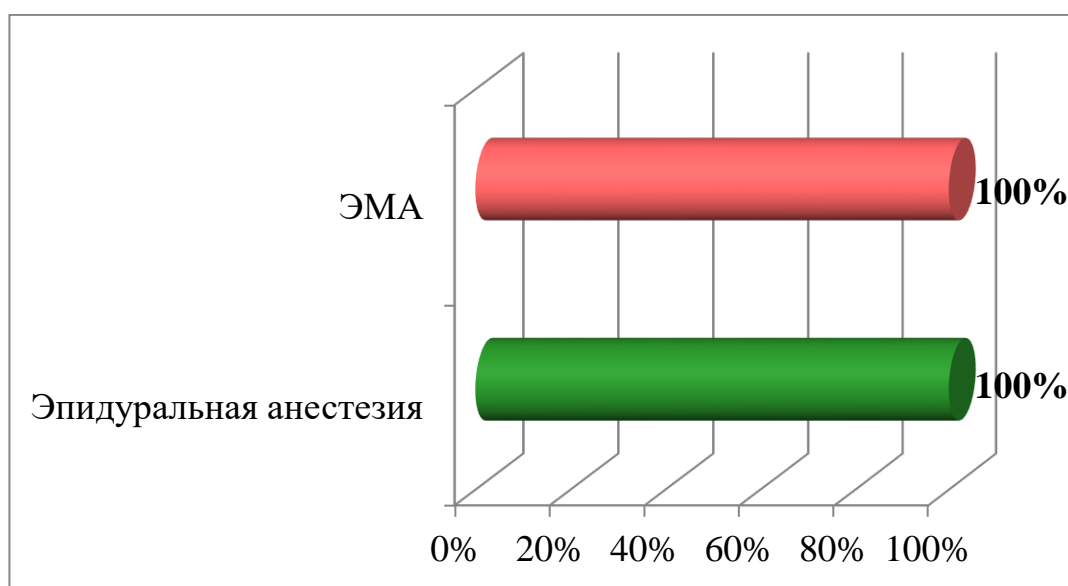


Рис. 14. Объем выполненной процедуры и метод её обезболивания

У двух (5%) пациенток зарегистрирована интраоперационная кровопотеря по 100 мл (Рис. 15).

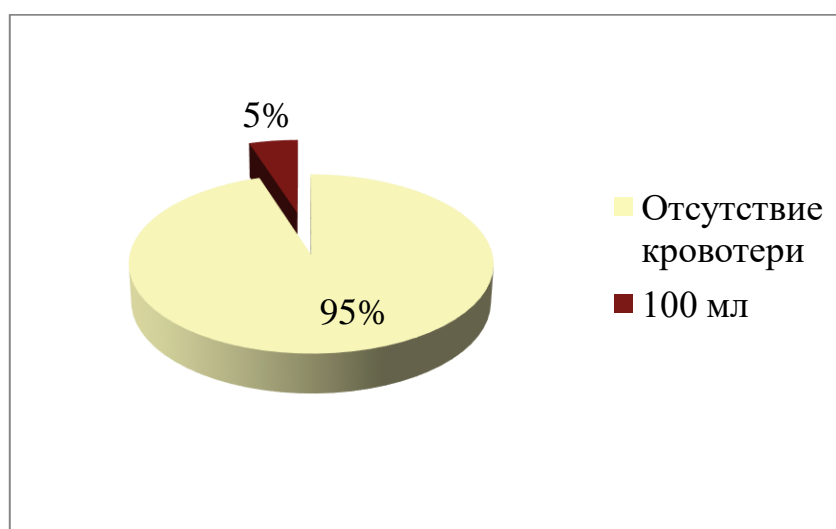


Рис. 15. Объём интраоперационной кровопотери

Длительность оперативного вмешательства составила: до 30 минут – у 65% женщин, до 45 минут – у 25%, до 60 минут – у 7,5% и свыше 60 минут – у 2,5%. Процедура занимает в среднем 35 мин. (Рис. 16).

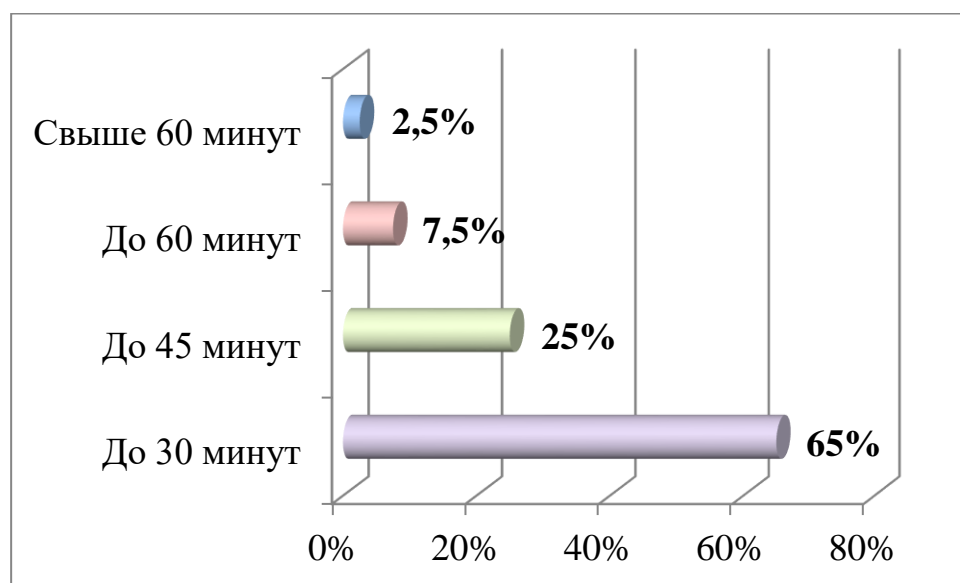


Рис. 16. Длительность проведения ЭМА у пациенток с ММ

После проведения ЭМА у всех пациенток наблюдался постэмболизационный синдром. Боль имела наибольшую интенсивность в 1-й день после эмболизации, иногда во 2-й и очень редко в 3-й день. Боли обычно проходили в течение недели. Для ее купирования использовались нестероидные противовоспалительные препараты. Температурная реакция наблюдалась у 76% пациентов и нормализовалась в течение первой недели. Выделения из половых путей были у 79% пациентов и продолжались в среднем 6 дней (Рис.17).

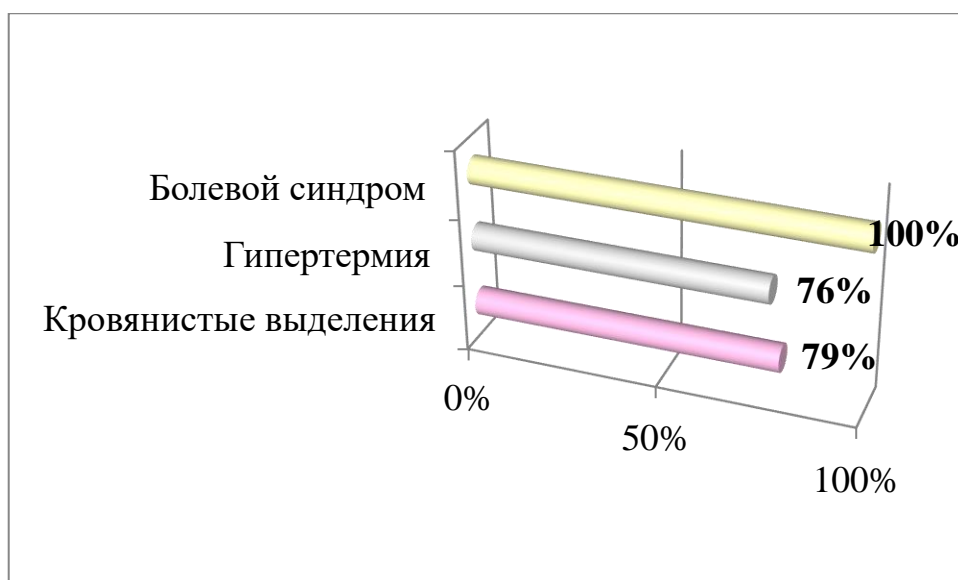


Рис. 17. Течение послеоперационного периода

Все (100%) больные после ЭМА получали антибактериальную терапию антибиотиками цефалоспоринового ряда, инфузионную и симптоматическую терапию (Рис.18).



Рис. 18. Ведение послеоперационного периода у женщин с ЭМА

Пациентки выписаны из стационара после проведения ЭМА на 8 день в 17,5% случаев, на 9 - день в 20%, на 10 день – в 45%, на 11 – в 17,5% (Рис. 19).

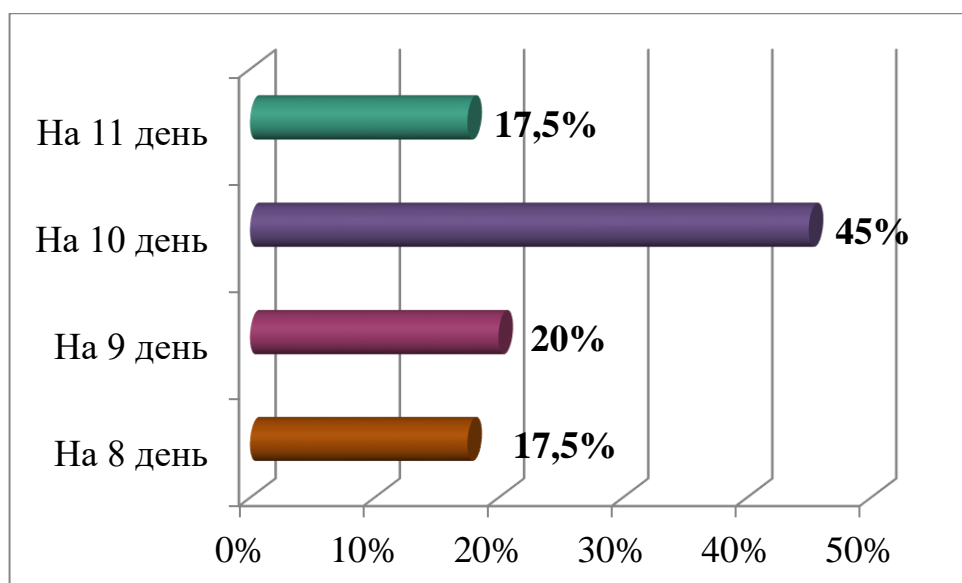


Рис. 19. Распределение сроков выписки пациенток из стационара после проведения ЭМА

Выводы:

1. ЭМА является органосохраняющим, высокоэффективным методом лечения миомы матки, выполняемым в зависимости от разных форм изолированно или в комбинации с оперативным вмешательством. Частота применения метода на базе исследования за последние четыре года увеличилась с 25 (16,4%) случаев в 2015 году до 67 (44,2%) в 2018.
2. Для процедуры ЭМА отбирались женщины репродуктивного возраста (примерно 45 лет, городские, работающие, состоящие в браке) с симптомными миомами (боли, нарушения МЦ), различной локализации (интерстициально-субсерозные, интерстициально-субмукозные, субмукозные) и размерами миоматозных узлов (от 3-4см до 8 и более см), как одиночными, так и множественными. У всех респонденток была экстрагенитальная патология (ГБ, заболевания ЖКТ, БА, ЖДА). Из сопутствующих гинекологических заболеваний преобладали фоновые заболевания ШМ.
3. Эндоваскулярное вмешательство – ЭМА всем респонденткам проводилось в региональном кардиохирургическом центре в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения. ЭМА была

выполнена под эпидуральной анестезией правосторонним чрезбедренным доступом пунктированием бедренной артерии под контролем ангиографии двумя флаконами эмбосфер размером 700-100 мкм. Всем вводилось 100,0мл раствора неионного рентгенконтрастного вещества Оптирей.

4. После проведения ЭМА у всех пациенток были симптомы постэмболизационного синдрома: в 100% случаев болевой синдром, в 79% кровяные выделения из половых путей и в 76% гипертермия.
5. Контрольные осмотры (по данным литературы) проводят через 3, 6 и 12 мес. Уменьшение доминантных миоматозных узлов через 12 мес после эмболизации маточных артерий составляет 46,7%, недоминантных — 52,3%; объем матки уменьшается на 58,1% от исходного уровня; симптомы ММ исчезают в 98% случаев. Менструальная функция нормализуется ко 2–3-му месяцу после процедуры; компрессионные симптомы исчезают к 6-му месяцу [20, с. 10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эмболизация миомы матки предусматривает — прекращение кровоснабжения миоматозных узлов, что приводит к ишемическим изменениям в них, необратимому уменьшению размеров самих узлов, уменьшению симптомов заболевания, в ряде наблюдений — к их экспульсии и в подавляющем большинстве наблюдений — к восстановлению репродуктивной функции у молодых женщин. Для эмболизации используют частицы из поливинилалкоголя (размер 355–710 мкм) или микросферы «Embosphere», золотые шарики. Двигаясь с током крови, эмболизат заклинивает просвет патологических неполноценных артериальных сосудов миомы. После эмболизации кровотока по тонким и извитым сосудам миомы прекращается, появляется ретроградный ток во внутреннюю подвздошную артерию. В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток. Нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми. На микроскопическом уровне миоматозные узлы подвергаются дегидратации, некрозу, гиалинозу. В дальнейшем они кальцифицируются, четко отграничиваясь от окружающего миометрия, а подслизистые и межмышечные с центрипетальным ростом — рождаются. Таким образом, ЭМА является безопасным и эффективным малоинвазивным методом лечения пациента с миомой матки. Данная методика позволяет добиться уменьшения симптомов миомы матки, таких как кровотечение, у 85-90% пациенток. Хорошая переносимость, минимальные сроки госпитализации в стационаре, низкий риск осложнений и эффективность способствуют широкому распространению данной операции.

К преимуществам ЭМА также относится и сохранение матки, а лечебный эффект распространяется на все миоматозные узлы.

В связи с этим, на современном этапе ЭМА прочно заняла свою нишу в лечении пациенток с миомой матки. Данная методика является малоинвазивной высокотехнологичной эндоваскулярной операцией, не

требующей эндотрахеального наркоза и постоперационного наблюдения в реанимационном отделении. ЭМА в качестве первого этапа для консервативной миомэктомии и гистерэктомии позволяет снижать интраоперационную и послеоперационную кровопотерю и необходимость проведения гемотрансфузии.

В ходе исследования мы проанализировали частоту ЭМА в лечении миомы матки на базе гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа». Мы выяснили, что с каждым годом количество ЭМА неуклонно возрастает, если в 2015 было 25 (16,4%) случаев применения ЭМА, то в 2018 году – уже 67 (44,2%).

В процессе работы над ВКР были изучены социальные и клинические данные пациенток с миомой матки, получивших терапию методом ЭМА. Мы выяснили, что на лечение отобраны женщины, находящиеся в репродуктивном возрасте, примерно, 45 лет.

Чаще миомой матки страдали работающие женщины, чем домохозяйки, что можно объяснить напряжением, цейтнотом, стрессами в связи с работой. Аналогично женщины, живущие в городах (72,5%) подвержены данному заболеванию больше, чем в сельской местности (27,5%).

Практически все женщины, имеющие эту патологию, имели в анамнезе одну или несколько беременностей, которые не всегда заканчивались родами, то есть у большинства женщин были искусственные аборты и выкидыши.

Среди соматических заболеваний в исследуемой группе большую часть занимали острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции, а среди сопутствующих гинекологических – большинство респонденток имели эктопию шейки матки и ВЗОМТ.

У всех пациенток, получивших лечение методом ЭМА, миома матки протекала симптомно. Жалобы при поступлении были у всех женщин, чаще всего их сочетание: ноющие боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей.

До хирургического вмешательства длительность заболевания у большинства (58%) исследуемых женщин была менее 5 лет. У респонденток превалировала множественная миома матки (71%) с диаметром узлов от 3,0 до 14,0 см.

Для обследования перед операцией чаще всего использовали трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ (100%) и диагностическую гистероскопию (30%). Показаниями к проведению ЭМА явились: кровотечение, а также болевой синдром.

По длительности время проведения ЭМА составило, в среднем, до 30 минут.

У 95% женщин с ЭМА кровопотеря отсутствовала, у 5% женщин кровопотеря составила 100 мл. После проведения ЭМА у всех пациенток наблюдался постэмболизационный синдром. Жалобы на боль наблюдались у 100% женщин, температурная реакция у 76% пациентов, выделения из половых путей были у 79%.

Все (100%) больные после ЭМА получали антибактериальную терапию антибиотиками цефалоспоринового ряда, инфузионную и симптоматическую терапию.

Послеоперационный период протекал без осложнений у всех женщин. Сроки выписки из стационара были различны: от 8 суток до 11 суток.

По всей видимости, широкое внедрение эмболизации маточных артерий в клиническую практику позволит существенно улучшить результаты лечения пациенток с этой распространенной патологией. ЭМА совершила переворот в практике гинекологии и рентгенохирургии, и, по-видимому, будет оставаться передовой методикой в обозримом будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. Опыт 1000 тотальных лапароскопических гистерэктомии. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве [Текст] /Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, С.И. Киселев. — Москва: 2015. — 10-12с.
2. Адамян Л.В. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки [Текст] /Л.В. Адамян, Э.Р. Ткаченко, С.И. Киселев, А.Х. Гайдарова. — Москва: 2013. — 115с.
3. Акопян Ю.М. Тазовая ангиография при опухолях матки и придатков. Автореф. Дис. канд. мед. наук. 1970.
4. Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Обзор литературы. Акуш. и гин [Текст] /Б.Ю. Бобров, А.А. Алиева. — 2009.
5. Вихляева Е.М. Адьювантная терапия при миоме матки [Текст] /Е.М. Вихляева. — Вестн. РАМН, 2011. — 16-20с.
6. Васильченко Н.П. Отдаленные клинические и физиологические эффекты различных способов хирургического лечения больных лейомиомой матки. Акушерство. и гинекология. [Текст] /Н.П. Васильченко, В.В. Коржова, Н.М. Ткаченко. — 2009. — 40-55с.
7. Вихляева Е.М. О модели гормонального канцерогенеза на примере лейомиомы матки: проблемы и перспективы [Текст] /Е.М. Вихляева. — 2015. — 7-13с.
8. Вихляева Е.М. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев: Штинца [Текст] /Е.М. Вихляева, Г.А. Паллади. — 2014.
9. Вихляева Е.М. Возможности адьювантной терапии при лейомиоме матки. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки [Текст] /Е.М. Вихляева. — Москва: 2008. — 289с.

10. Доброхотов Ю.Э. Новый органосохраняющий метод лечения миомы матки. Акушерство и гинекология [Текст] /Ю.Э. Доброхотов, С.А. Капранов, А.А. Алиева, и др. — 2010.
11. Доброхотова Ю.Э. Постэмболизационный синдром при эмболизации маточных артерий, Русс. мед. журн [Текст] /Ю.Э. Доброхотова, С.А. Капранов, Б.Ю. Бобров, А.А. Алиева. — 2009.
12. Ермолов А.С. Эмболизация маточных артерий у гинекологических больных с маточными кровотечениями различной этиологии. Вестн. рентген. и радиол [Текст] /А.С. Ермолов, Т.Е. Белозеров. — 2013. — 2-60с
13. Капранов С.А. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Бюлл. НИИ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечнососуд. забол [Текст] /С.А. Капранов, А.С. Беленький, Б.Ю. Бобров, и др. — 2013. — 219с.
14. Капранов С.А. Экспульсия субмукозной миомы после эмболизации маточных артерий. Акушерство и гинекология [Текст] /С.А. Капранов, Ю.Э. Доброхотова, Б.Ю. Бобров, А.А. Алиева. — 2014.
15. Капранов С.А. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки [Текст] /С.А. Капранов, Ю.Э. Доброхотова, А.А. Алиева, Б.Ю. Бобров. — Москва: 2016. — 5с.
16. Капранов С.В. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему. Диагностическая и интерпретационная радиология [Текст] /С.В. Капранов. — 2007.
17. Нужнов С.Т. Оценка качества жизни женщин с миомой матки при эмболизации маточных артерий и гормональном лечении [Текст] /С.Т. Нужнов, Брюхина Е.В. Усольцева Е.Н. — Вестник Южно-уральского государственного университета. Серия: образование, здравоохранение, физическая культура. — 2010.
18. Обельчак И.С. Селективная эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Новые технологии в гинекологии [Текст] /И.С. Обельчак, Л.В. Адамян, К.Д. Мурватов. — Москва: 2015. — 6-44с.

19. Овчаренко Д.В. Эмболизация маточных артерий в лечении лейомиомы матки. Акушерство и гинекология [Текст] /Д.В. Овчаренко, В.С. Верховский, М.Е. Беликова, Н.Е. Чхеидзе. — 2012. — 33-36с.

20. Овчаренко Д.В. Чрескожная чрескатетерная эмболизация маточных артерий в лечении лейомиомы матки. Акушерство и гинекология [Текст] /Д.В. Овчаренко. — 2016. — 9-11с.

21. Сахутдинова И.В. Эмболизация маточных артерий – органосохраняющий метод лечения миомы матки [Текст] /И.В. Сахутдинова. — 2009.

22. Ситкин И.И. Эмболизация маточных артерий – эффективный и безопасный метод лечения миомы матки [Текст] /И.И. Ситкин. — Вестник Репродуктивного Здоровья, 2011.

23. Спиридонова Н.В. Особенности течения раннего послеоперационного периода у пациенток с миомой матки, перенесших эмболизацию маточных артерий [Текст] /Н.В. Спиридонова, Е.И. Басина, О.В. Клыкова. —2012.

24. Тихомиров, А.Л. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки [Текст] /А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин. — 2016. — 9-86с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

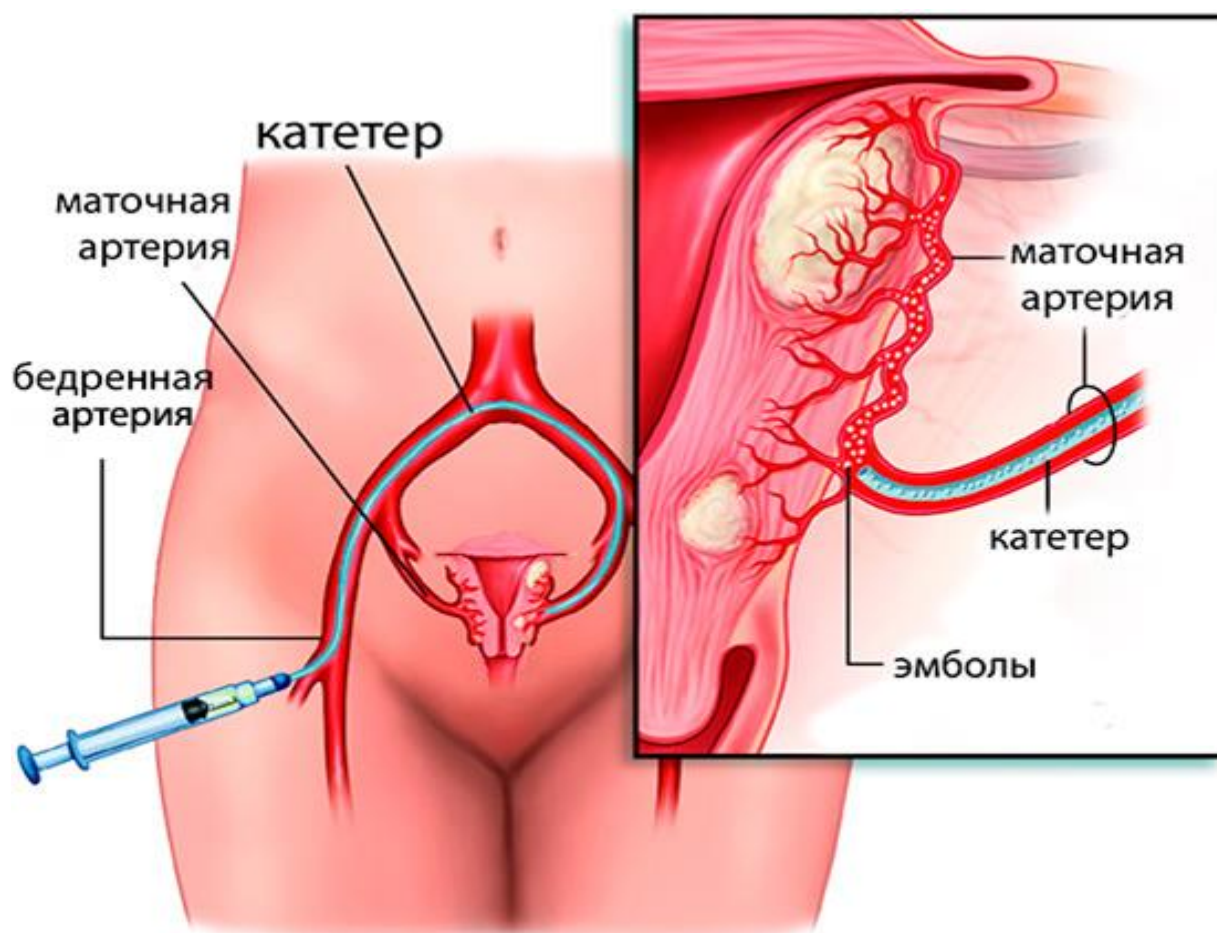


Рис. 1. Схема чрезбедренной эмболизации маточных артерий

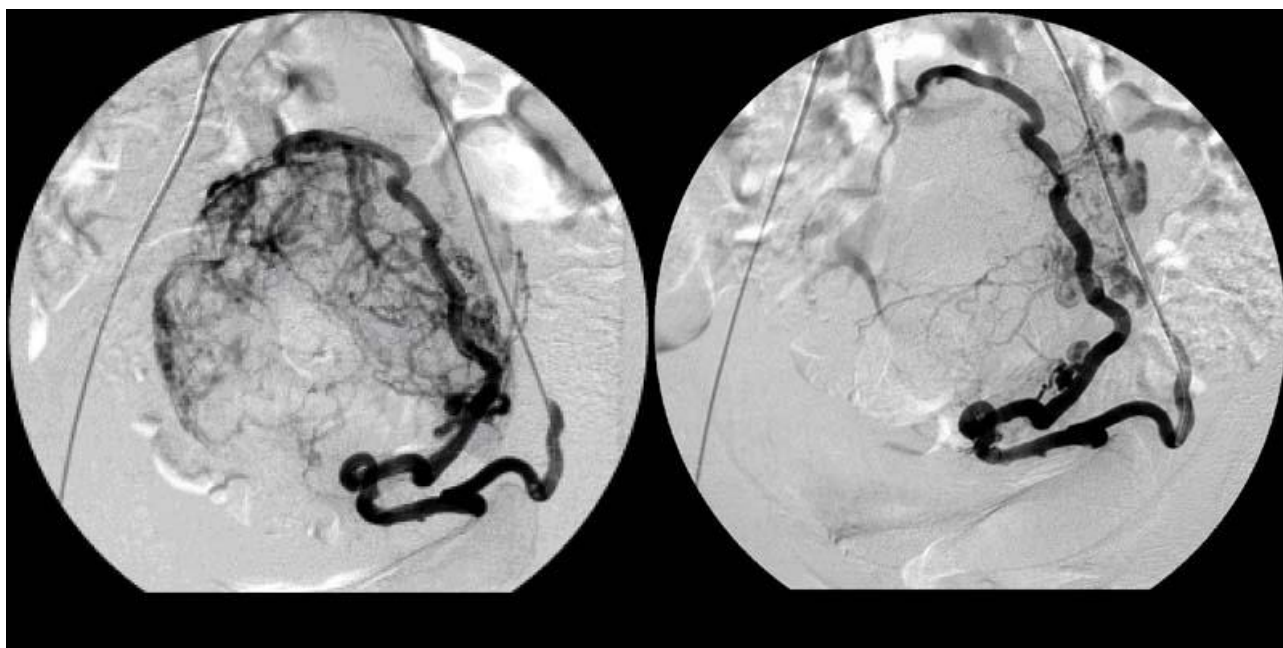


Рис. 2. Ангиограммы до и после эмболизации маточной артерии

ЭМБОЛИЗАЦИЯ

МАТОЧНЫХ

АРТЕРИЙ



Памятка подготовлена студенткой
Медицинского института
Медицинского колледжа
НИУ «БелГУ»
Козыревой Александрой Алексеевной

Белгород 2019

Почему не надо делать эмболизацию?

От гинекологов и посетительниц женских форумов можно узнать, что у эмболизации маточных артерий при миоме матки есть множество минусов, и только самые отчаянные женщины решаются на такое вмешательство. У нас, как у практикующих врачей, тоже есть что рассказать о недостатках эмболизации с точки зрения научных данных, нашего личного опыта и опыта зарубежных коллег. Ибромомы (миомы матки)

1. Если вы ищете возможность себе жать отродных и провести неделью в больнице — эмболизацию делать не надо

У вас не будет возможности в полной мере насладиться состраданием родственников и друзей, сменяющих друг друга у вашей постели. Вряд ли успеете вы, задумчиво глядя в окно больничной палаты, съесть сетку апельсинов, запивая их минеральной водой. Те, кто выбирают ЭМА, покидают клинику на второй день после операции, ссылаясь на скуку и бессмысленность нахождения в клинике.

2. Вас привлекает ромастика реанимационной палаты?

Необычные ощущения от возвращения в этот мир из сладких объятий наркоза? Вам хочется узнать, как это здорово лежать в окружении различных подключенных к вам приборов, важно плавающих и мигающих в ответ на изменение вашего состояния? Возможно вы никогда не писали через мочевого катетер и всегда хотели это испытать? Увы, но пациенты, выбравшие эмболизацию, никогда не смогут погрузиться в этот увлекательный мир реанимационного отделения, туда им путь закрыт. Их уныло привозят в палату, из которой они уезжали на операцию, а через 4

часа они уже могут самостоятельно встать и сходить в туалет.

3. Не соглашайтесь на ЭМА, если вы считаете, что шрамы украшают не только мужчине

Женское шрамирование становится все популярнее, и у вас есть прекрасный повод получить свои первые шрамы на животе совершенно оправдано. К тому же, выполненные профессиональными хирургами, а не какими-то любителями в салонах. ЭМА не оставляет шрамов, хирург не делает никаких разрезов, поэтому никто не сможет узнать, что вы делали такую операцию. И не соглашайтесь на ЭМА если считаете, что шрамы украшают женский живот, а историю ваших операций должен знать каждый посетитель пляжа.

4. Принимать ЭМА недопустимо тем пациентам, которые не представляют свою жизнь без непрерывного приема лекарственных препаратов

Выбрав ЭМА, такие пациентки лишают себя этого увлекательного занятия, так как после процедуры таблетки принимают только 5 дней. Только хирургическое лечение по удалению узлов может позволить сразу же закупить в аптеке препаратов на 8 месяцев и ежедневно их принимать. Как же порадуются такие пациентки, когда после 8 месяцев приема им расскажут, что за основным курсом следует поддерживающий противорецидивный, принимать который следует до менопаузы. Вот он, истинный рай для любителей фармакологии! Никогда не соглашайтесь на ЭМА, если день, проведенный без принятой таблетки для вас лишен какого-либо смысла.

5. Бессмысленно делать ЭМА если вам очень понравился доктор, который решил вам хирургически удалить узлы

Только удалив узлы хирургическим методом у вас появляется реальная возможность с точно посчитанной вероятностью в 7–14% в год вновь встретиться с доктором за операционным столом и почувствовать тепло его рук у себя в животе. Увы, но на общение с доктором, выполняющим ЭМА у вас есть только 15 минут и далее разлука становится вечной. И как бы вы не старались, но медицинских поводов увидеть доктора у вас не найдется, так как рецидивов миомы матки после эмболизации нет, и нежные руки хирурга на вашем бедре навсегда останутся только воспоминаниями.

7. Боитесь рожать самостоятельно, всегда мечтаете только о кесарево сечении — не соглашайтесь на эмболизацию!

После ЭМА женщины чаще всего рожают самостоятельно, а вот после удаления узлов — практически всегда кесарево сечение, ведь рубцы на матке могут и порваться. Да, и не забываете про веселый аттракцион, который ждет беременных с рубцом на матке по задней стенке — со второй половины беременности заднюю стенку становится не видно и до родов никто не знает, каково состояние рубца. Это добавляет адреналина в скучный процесс беременности и родов, а женщины, перенесшие ЭМА, будут лишены такой возможности, так как у них нет рубцов на матке.

Конечно, ЭМА — это не решение всех проблем, иногда действительно никак не обойтись без операции. Но избегать этого метода из-за страховок, которые распространяются отставшими от развития медицинской науки гинекологами и напуганными пациентками, очень странно. Перечисленные выше поводы отказаться от ЭМА имеют куда больше оснований.

