

Стоит отметить, что с 2005 г. использовались только «фирменные» системы для бифуркационного эндопротезирования.

Результаты: В первой группе хорошие непосредственные результаты (полная изоляция полости аневризмы, отсутствие протеканий) у 22-х пациентов (61%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) – у 8 пациентов (22%), неудовлетворительный результат (наличие проксимального протекания) у 6 пациентов (17%), результаты были далеки от оптимальных.

Совершенно другие результаты получены во второй группе: хорошие непосредственные результаты у 78 пациентов (97,5%), удовлетворительный результат (наличие дистального протекания) у 2-х пациентов (2,5%), неудовлетворительных результатов не было.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 9 лет у 51-го пациента обеих групп.

Хорошие результаты (полная герметичность аневризматического мешка, отсутствие протеканий) отмечены у 35 пациентов (68,7%).

Миграция или поломка стент-графта отмечена у четырех пациентов – (7,8%).

Этим пациентам выполнено повторное успешное эндоваскулярное вмешательство – имплантация дополнительного стент-графта. У четырех пациентов (7,8%) отмечено протекание различных типов – дополнительных вмешательств не проводилось.

У восьми пациентов (15,7%) отмечено расширение процесса с увеличением размера полости аневризмы (причина – разного вида протекания). Им выполнено «традиционное» хирургическое вмешательство – протезирование аорты. Двое из них умерли в госпитальном периоде.

Непосредственно от разрыва аневризмы умерло 3 человека, от других причин (инсульт, инфаркт) 7 человек. Выживаемость за 7 лет составила 77%

Заключение: развитие технологии вмешательства (прежде всего выполнение бифуркационного эндопротезирования), усовершенствование устройств позволяет улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты. Метод может использоваться в качестве альтернативы открытой реконструктивной хирургии у пациентов с высоким хирургическим риском. В отдаленном периоде большой процент выживаемости, но требуются повторные эндоваскулярные и хирургические вмешательства.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

С.А. Капранов, В.Г. Бреусенко, М.А. Курцер, Ю.Э. Добохотова, Б.Ю. Бобров, И.А. Краснова, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова, Д.Г. Арютин (Москва)

Введение: несмотря на то, что в нашей стране ЭМА применяется для лечения миомы матки уже более 5 лет, а за рубежом уже более 10 лет, среди

специалистов, в первую очередь, гинекологов, распространен ряд ошибочных представлений о методике – т.н. «мифы» об ЭМА. В первую очередь они касаются вопросов использования ЭМА при субмукозных миомах, при наличии миомы матки больших размеров, у больных, имеющих заинтересованность в беременности. Помимо этого наблюдается тенденция преувеличивать риск ухудшения функции яичников после ЭМА.

Материалы и методы: за период с 2002 по 2007 годы ЭМА была выполнена 1420 пациенткам с миомой матки. У 59% пациенток имелись субмукозные миоматозные узлы, у 6% размеры матки превышали 18 недель (гигантская миома) и у 53% больных имелись маточно-яичниковые анастомозы разного типа. Кроме того, 20,4% пациенток имели заинтересованность в беременности, и у 90% из них ЭМА была единственным возможным методом органосохраняющего лечения.

Результаты: У пациенток с субмукозными узлами 0 типа в 18% случаев наблюдали миолиз, в 82% – экспульсию миомы. При 1 и 2 типе узлов экспульсию наблюдали в 9% и 13%, соответственно. При наличии корректного гинекологического пособия экспульсия протекала без пиометры и кровотечения и приводила к восстановлению архитектуры матки. В 23% случаев у больных с 1 и 2 типами происходило изменение топографии миоматозных узлов, позволявшее выполнить гистерорезектоскопию.

У больных с гигантской миомой в 34% наблюдений ЭМА дополняли миомэктомией. В этой группе больных отмечали большую выраженность и продолжительность постэмболизационного синдрома.

У пациенток с маточно-яичниковыми артериальными анастомозами использование определенных технических приемов и модификация методики позволяло минимизировать риск непреднамеренной эмболизации артерий яичников. В 26 наблюдениях при наличии анастомоза 3-го типа выполняли селективную эмболизацию ветвей яичниковых артерий при помощи микрокатетеров. Ни в одном наблюдении не было признаков стойкой аменореи после ЭМА.

У 26 из пациенток, имевших заинтересованность в деторождении, в сроки 6-20 месяцев после ЭМА возникла беременность, завершившаяся родами у 14, выкидышем у 2, аборт у 2. Восемь по-прежнему находятся на разных сроках беременности.

Заключение: эмболизация маточных артерий может с успехом применяться у пациенток с гигантскими и субмукозными миомами. Использование технических приемов минимизирует риск непреднамеренной эмболизации яичниковых артерий при наличии маточно-яичниковых артериальных анастомозов. У пациенток, заинтересованных в беременности ЭМА может применяться в качестве органосохраняющего метода лечения, в особенности при наличии противопоказаний к миомэктомии.