

«Интервенционная радиология в акушерстве и гинекологии»

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ФИБРОМИОМЕ МАТКИ

З.А. Кавтеладзе, С.А. Дроздов, К.В. Былов, Д.С. Карташев, Д.П. Дундуа (Москва)

Цель. Оценить эффективность эмболизации маточных артерий как метода лечения фибромиомы матки.

Методы. С июня 2003 г. по ноябрь 2004 г. ЭМА проведена у 112 больных с симптоматическими миомами матки. В большинстве случаев ЭМА проводилась как первое лечебное вмешательство, у 6 больных чрескожная эмболизация проводилась по поводу рецидива заболевания после операции лапароскопической миомэктомии. Возраст пациенток составил от 30 до 54 лет. Размеры миом варьировали от 6 до 23 недель.

Результаты. Технический успех операции достигнут у 111 пациенток. В одном случае селективная катетеризация маточных артерий не удалась. В другом случае проведена эмболизация одной маточной артерии, селективная катетеризация контралатеральной маточной артерии не удалась. Осложнений вмешательства не было. Течение заболевания после ЭМА у 111 больных было благоприятным, симптоматика регрессировала во всех случаях. Размеры миомы уменьшались на 50-80 % в течение 6 месяцев. В одном случае после успешно проведенной ЭМА спустя 6 недель отмечались некротические выделения из матки. В другом случае, несмотря на уменьшение размеров миомы на 45 %, в течение 3 месяцев у пациентки сохранялись обильные месячные.

Заключение. ЭМА — высокоэффективный и безопасный метод лечения фибромиомы матки. Адекватное техническое обеспечение и специальная подготовка позволят сделать ЭМА самым распространенным методом лечения самого массового заболевания у женщин.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМ МАТКИ

В.Н. Перепелицын, О.Г. Каракулов, В.А. Кузнецов (Пермь)

С октября 2003-го по июль 2004 года нами выполнена рентгеноэндоваскулярная окклюзия 28 маточных артерий у 14 пациенток с миомами матки в возрасте от 29 лет до 51 года. Размеры узлов были от 22 мм (при множественной локализации) до 110 мм (при единичной локализации). Располагались узлы серозно-интерстициально и/или интерстициально. Эмболизацию маточных артерий выполняли частицами поролон и антибиотиками у 9 пациенток, в 5 случаях были использованы ПВА-частицы (производство Cordis). Температурная реакция после вмешательства наблюдалась в течение 1-7 дней (в среднем 3,2 дня). Срок госпитализации после эмболизации маточных артерий составил от 2 до 9 дней (средний — 5,2 дня). У 13 больных (92,8 %) в сроки от 1 до 6 месяцев отмечен положительный результат (уменьшение размеров миоматозного узла, болевого и геморрагического синдромов).

Высокий процент успешности окклюзии маточных артерий при миомах матки и положительных клинических результатов позволяют с оптимизмом смотреть в будущее и внедрить данную методику в широкую клиническую практику.

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ В АСПЕКТЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

С.А. Капранов, Б.Ю. Бобров, И.А. Краснова, Н.А. Шевченко, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова (Москва)

Цели. Оценить прогностическое значение маточно-яичниковых анастомозов разных типов при эмболизации маточных артерий у больных с миомой матки.

Материалы и методы. С октября 2002 года по октябрь 2004 года эмболизация маточных артерий (ЭМА) была выполнена 325 пациенткам с миомой матки. По данным рентгеноконтрастных и ультразвуковых исследований, у 169 (52 %) из них имелись особенности кровоснабжения матки и яичников. Мы классифицировали их следующим образом:

I тип — наличие анастомоза между маточной и яичниковой артериями с преобладанием кровотока в направлении матки (I-a) либо в направлении яичника (I-b),

II тип — кровоснабжение яичника только ветвями маточной артерии,

III тип — участие ветвей яичниковой артерии в кровоснабжении матки и миомы.

I тип кровоснабжения отмечен у 108 больных, причем у 33 из них — I-a, а у 6 — I-b типа и у 69 — комбинация I-a и I-b типов. II тип кровообращения выявлен у 12 больных и III тип — у 6 пациенток.

Результаты. Отдаленные результаты ЭМА прослежены в сроки от 1 до 23 (в среднем 10,1) месяцев.

Была установлена зависимость клинических результатов ЭМА от различных типов кровоснабжения матки и яичников.

При I и III типах отмечена меньшая выраженность и продолжительность постэмболизационного синдрома по сравнению с группой больных, имеющих типичное кровоснабжение органов малого таза. Наличие II типа кровообращения не влияло на степень выраженности постэмболизационного синдрома.

В отдаленном периоде у 14 из 39 больных с изолированными I-a и III типами кровоснабжения регресс размеров матки и миомы был достоверно ниже в среднем на 25 %, и у 3 пациенток эффекта от ЭМА не было. У этих пациенток после вмешательства сохранился активный кровоток в части узла.

И, наконец, было выявлено, что при I-a и I-b типах кровоснабжения результативность ЭМА при лечении миомы матки во многом зависит от техники вмешательства и адекватного выбора вида и размера частиц эмболизационного препарата.

Выводы. Оценка особенностей кровоснабжения органов малого таза при эмболизации маточных артерий для лечения миомы матки имеет большое значение для прогнозирования клинических результатов вмешательства и выбора оптимальной тактики его выполнения.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Г.Е. Белозеров, Н.И. Тихомирова, О.Н. Олейникова, М.А. Карасева, К.А. Романов (Москва)

Цель. Изучение результатов остановки кровотечения и снижения интраоперационной кровопотери путем эмболизации маточной артерии. Показанием к эндоваскулярной эмболизации явились кровотечения, осложнившие клиническое течение миомы и эндометриоза тела матки (40), рака тела матки (4), рака шейки матки (10) и саркомы матки (1).

Материалы и методы. Эндоваскулярный гемостаз был выполнен у 55 больных экстренной гинекологии. Большинство эндоваскулярных вмешательств (36) были выполнены односторонним трансформальным доступом, в 19 случаях применялся двусторонний доступ. Была проведена эмболизация 92 маточных артерий (МА) и 13 внутренних подвздошных артерий (ВПА). Для эмболизации ВПА и МА были использованы спирали «Гигантурко» и эмболизирующий материал «Труффилл». Для лучшей визуализации и суперселективной катетеризации МА исследование выполняли в правой и левой косой проекции с углом 20-30 градусов. Гемостаз после проведения эмболизации ВПА и МА был достигнут у всех больных. Осложнений при этом отмечено не было.

Таким образом, эмболизация маточной артерии (ЭМА) является эффективным методом и, возможно, альтернативной радикальному хирургическому вмешательству у пациенток с острой гинекологической патологией, осложнившейся кровотечением. ЭМА обеспечивает эффективность гемостаза и позволяет, либо избежать хирургического вмешательства, либо значительно уменьшить объем интраоперационной кровопотери.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМИОМ МАТКИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

О.Г. Кузнецов, В.А. Аксененко, Л.В. Стариченко, М.А. Слеткова, Н.А. Слетков, О.А. Самко, И.В. Фаянс, А.В. Куприянова, А.Л. Ходус, Л.В. Лоскутова (Ставропольский край)

С сентября 2004 года было выполнено 5 эмболизаций маточных артерий (ЭМА). Все женщины репродуктивного возраста (в среднем 35 лет). Показаниями явились: у 2 пациенток миома тела матки больших размеров (12-13 недель), у 3 —

миома тела матки больших размеров с нарушением функции соседних органов (мочевыводящих путей). В плане предоперационного обследования проводились: бимануальный осмотр, УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза, дуплексное сканирование, гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием. Эмболизация маточных артерий выполнялась в условиях рентгенооперационной под спинномозговой анестезией, дополненной седацией с сохранением сознания. Средняя длительность выполнения эмболизации составила 50 минут. У двух пациенток развились явления ангиоспазма, успешно купированные внутриапериартериальным введением нитроглицерина в дозе 0,75 мг. Использовались катетеры COOK (Roberts), коронарные проводники CORDIS, эмболизат COOK (PVA-500) и контраст SHERING («Ультравист-370»). В раннем послеоперационном периоде у 4 пациенток наблюдался умеренный болевой синдром, купированный введением ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств. В 1-м случае болевой синдром был выражен и потребовал введения наркотических анальгетиков. После вмешательства у всех пациенток наблюдалась гипертермия, не превышающая 37,5 °С. Послеоперационный период составил в среднем 3 суток.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

С.Г. Гаврилов, С.А. Капранов, В.Ф. Кузнецова, А.Г. Златовратский (Москва)

Цель. Разработать схему определений показаний к выбору способа хирургического лечения варикозной болезни вен малого таза (ВБВМТ).

Материал и методы. Обследовано 40 пациенток с ВБВМТ. Возраст больных колебался от 25 до 43 лет. Всем пациенткам выполнено ультразвуковое ангиосканирование внутритазовых и яичниковых вен. Для оценки степени венозного застоя в полости малого таза 22 больным произведена радионуклидная эмиссионная компьютерная томография тазового венозного сегмента. Всем больным, которым планировалось выполнение операции для выявления вариантов анатомического строения яичниковых вен, выполняли селективную овариографию.

Результаты и их обсуждение. В выборе способа хирургического лечения ВБВМТ мы придерживались следующей схемы.

1. Эндоваскулярный способ. Показан больным без сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей, со стволочным типом варикозной трансформации яичниковых вен, при этом диаметр яичниковых вен должен быть не менее 8-10 мм.

2. Лапароскопический способ. Использовали в случае сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей, наличия удвоенных в дистальном отделе яичниковых вен, наличия добавочных варикозно-измененных вен, сопровождающих яичниковую вену и атипично дренирующихся. Немаловажное значение имели повышенные требования пациентки к косметическим результатам операции.

3. Открытый способ. Применяли у пациенток с сопутствующей гинекологической патологией, варикозной болезнью нижних конечностей и многоствольными яичниковыми венами.

Представленная схема выбора метода лечения ВБВМТ использовалась нами в течение 3 лет. За указанный период ни у одной из оперированных больных не выявлено рецидива заболевания. У всех больных через 3-6 недель после операции отмечено полное исчезновение или значительное уменьшение симптомов ВБВМТ.

Заключение. Хирургическое лечение ВБВМТ требует индивидуального дифференцированного подхода к выбору способа оперативного вмешательства. На наш взгляд, представленная схема позволит обеспечить эффективное, безрецидивное лечение данного заболевания.

ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

С.А. Капранов, Ю.Э. Доброхотова, Б.Ю. Бобров, А.А. Алиев (Москва)

Накопленный специалистами Федерального центра рентгенохирургии МЗ РФ и кафедры акушерства и гинекологии м/ф РГМУ опыт 258 эмболизаций маточных артерий (ЭМА) при миоме матки позволили установить, что этому методу лечения в раннем постэмболизационном периоде присущи определенные специфические особенности клинического течения, неадекватная трактовка которых приводит к развитию тяжелых осложнений ЭМА, а также к применению неоправданной тактики ведения больных.

Нами выделены следующие наиболее характерные симптомы постэмболизационного синдрома ЭМА:

- 1) болевые ощущения,
- 2) кровяные выделения из половых путей,
- 3) гипертермия,
- 4) лейкоцитоз,
- 5) гиперфибриногенемия,
- 6) нарушения мочеиспускания,
- 7) расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта,
- 8) изменения деятельности сердечно-сосудистой системы.

По количеству баллов выраженность симптомов мы разделили на постэмболизационный синдром легкой (до 7 баллов), средней (8-14 баллов) и тяжелой (15-21 балл) степеней.

В зависимости от клинической симптоматики больным проводилась инфузионная, антибактериальная, обезболивающая, противовоспалительная терапия по показаниям.

Кроме того, в постэмболизационном периоде использовали активное амбулаторное обследование больных, перенесших ЭМА, либо постоянно существующую мониторинговую связь «пациент-врач» (круглосуточный телефонный или интернет-контакт).

Разработанный алгоритм ведения постэмболизационного периода ЭМА позволил нам избежать каких-либо значимых клинических осложнений вмешательства, которые могли бы привести к гистерэктомии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ: АНАЛИЗ 258 НАБЛЮДЕНИЙ

С.А. Капранов, В.Г. Бреусенко, Б.Ю. Бобров, И.А. Краснова, Н.А. Шевченко, А.А. Алиева, В.Б. Аксенова (Москва)

С октября 2002 года по сентябрь 2004 года эмболизация маточных артерий (ЭМА) была выполнена 258 пациенткам с миомой матки в возрасте от 21 до 56 лет.

По данным комплексного клинко-инструментального обследования, у 76 (29,5%) больных были выявлены миоматозные узлы с преимущественным субсерозно-межмышечным расположением (0 типа — у 7, 1-го типа — у 30, 2-го типа — у 158 (61,2 %) — субмукозно-межмышечным (0 типа — у 5, 1-го типа — у 59, 2-го типа — у 94) и у 24 (9,3 %) — интрамуральным. В 44 (17,1 %) случаях миома локализовалась в шеечно-перешеечной части матки, в 138 (53,5 %) — в теле и в 76 (29,4 %) наблюдениях — в дне матки. У 97 (37,6 %) пациенток миома была единичной, и у 161 (62,4 %) больной выявлены множественные (от 2 до 6, в среднем 2,7) миоматозные узлы.

Ведущими клиническими проявлениями миомы в 143 (55,4 %) наблюдениях являлась меноррагия, сопровождающаяся хронической железодефицитной анемией у 76 из них, в 46 (17,8 %) — симптомы сдавления смежных органов, в 19 (7,4 %) — диспареуния, в 39 (15,1 %) — бесплодие и у 11 (4,3 %) пациенток миома была бессимптомной.

Эмболизация маточных артерий была произведена односторонним бедренным доступом у 255 (98,8 %) пациенток, двусторонним — у 3 больных.

Продолжительность вмешательства в 231 (89,5 %) наблюдении не превышала 20 минут, и в большинстве случаев длительность рентгеноскопии составила в среднем 3,7 минуты.

На каждую ЭМА в среднем было затрачено 65 мл низкоосмолярного контрастного вещества (омнипак, ультравист) и 250 мг частиц поливинилалкоголя (ПВА).

Ни в одном наблюдении каких-либо клинически значимых осложнений ЭМА отмечено не было.

Техническая погрешность эндоваскулярного вмешательства включали развитие стойкого спазма маточных артерий при попытке их селективной катетеризации в 3 (1,2 %) случаях и экстравазацию контрастного вещества — у 2 (0,8 %) больных, которые не привели к какому-либо ухудшению состояния больных и не потребовали проведения специфической терапии.

Изучение отдаленных результатов ЭМА у наших больных также подтвердили ее высокую клиническую эффективность.

В сроки до 1,5 лет после эндоваскулярного вмешательства было отмечено уменьшение размеров миоматозных узлов в среднем с 11,4 до 2,6 см, а матки — с 13,6 недели беременности до нормальных размеров.

У 247 (95,7 %) больных были полностью устранены или значительно уменьшены клинические симптомы миомы матки, причем 98,1 % пациенток высказали полную удовлетворенность произведенной ЭМА.

У 3 женщин наступила беременность, завершившаяся срочными родами двойней у 1 из них.

НОВЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ — ПРЕДЛОЖЕНИЯ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ РАДИОЛОГОВ

А.Э. Васильев, В.М. Емельяненко, Л.А. Кофаль, Н.А. Дронова, С.В. Яконюк, М.В. Власов, А.А. Дыдыкин (Владимир)

Цель. Улучшение результатов комплексного лечения приступов мигренозной цефалгии с использованием методов эндоваскулярной хирургии.

Материалы и методы. В период с 1998 по 2004 гг. обследовано и пролечено 157 женщин в возрасте от 16 до 60 лет (средний возраст $35,9 \pm 8,3$ лет), страдающих приступами мигрени не менее 3 лет. Максимальный «мигренозный стаж» составил 24 года. Были выделены следующие клинические варианты: мигрень без ауры — 94 (59,9 %) пациентки, при этом 4 из них страдали менструальной формой мигрени; мигрень с аурой — 63 (40,1 %) больных, из них мигрень с типичной аурой — 19 пациенток (12,1 %), у 12 (7,6 %) отмечена базилярная форма страдания, у 11 (7,0 %) клиника мигрени сопровождалась паническими атаками, мигрень с длительной аурой отмечена у 8 больных (5,1 %), еще у 6 (3,8 %) — аура без головной боли, и 3 (1,9 %), пациентки страдали гемиплегической формой мигрени. Кроме того, в 2 (1,3 %) случаях отмечена ретинальная форма мигрени и еще в 2 (1,3 %) — офтальмоплегическая. Всем больным производилась почечная и овариофлебография (патент на изобретение № 2202281 «Способ лучевой диагностики и эндоваскулярного лечения мигренозной цефалгии у женщин»). При выявлении несостоятельности овариальных вен, после уточнения особенностей почечной и тазовой венозной гемодинамики, а также при отсутствии противопоказаний производилась реконструктивная эндоваскулярная операция, направленная на ликвидацию реноовариального рефлюкса (патент на изобретение № 2202281 «Способ лучевой диагностики и эндоваскулярного лечения мигренозной цефалгии у женщин»).

Результаты. В период наблюдения от 1 месяца до 6 лет прослежена судьба 65 пациенток, при этом отмечены следующие эффекты от эндоваскулярного вмешательства: в 30 (46,2 %) случаях приступы головной боли полностью прекратились, в 13 (19,9 %) случаях в значительной степени уменьшилась их интенсивность, в 7 (10,8 %) случаях в разные сроки (от 1 месяца до 1,5 лет) головная боль рецидивировала, ситуация практически не изменилась — в 15 (23,1 %) случаях ухудшения течения мигрени не отмечено ни в одном наблюдении.

Таким образом, положительный эффект отмечен в общей сложности в 66,1 % случаев, положительный преходящий эффект еще в 10,8 %, не было эффекта (отрицательный результат) — в 23,1 % случаев.

Заключение. Является ли выявленная закономерность ведущей в патогенезе мигренозной цефалгии, уверенно сказать нельзя. Но то, что реноовариальный рефлюкс и связанная с ним тазовая гиперволемия играют существующую роль в развитии заболевания, несомненно. Определение характера связи тазовой гемодинамики и функций яичников с приступами головной боли позволит уточнить вопросы патогенеза и диагностики мигрени. А возможности эндоваскулярной коррекции существенно изменить положение в результатах лечения и способствовать самому широкому распространению результатов исследования в медицинской практике.