**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ
У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ
В ФГУ «ПОМЦ ФМБА России»**

Зайцев А.И., Серегин А.А., Мамаева М.Е.

*ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр Федерального
медико-биологического агентства России», Нижний Новгород, Россия*

Цель – оценить эффективность и безопасность эмболизации маточных артерий (ЭМА) как мини-

мально инвазивного метода лечения больных фибромиомой матки.

Методы и материал. В ФГУ «ПОМЦ ФМБА России» эмболизация маточных артерий при фибромиоме матки выполнена 19 больным. Средний возраст был $41,3 \pm 4,3$ года (от 32 до 47 лет). Основными жалобами были: метроррагии (n=12), из них в сочетании с анемией (n=6), нарушение функции тазовых органов (n=9), болевой синдром (n=5). Отсутствие желаемой беременности отметили 2 пациентки.

Длительность заболевания составила в среднем $4,7 \pm 3,7$ года (от 6 месяцев до 14 лет). Всем больным проведено полное клиничко-инструментальное обследование. Выраженность болевого синдрома оценивали с помощью Мак-Гиловского опросника. Основным методом визуализации было ультразвуковое исследование (УЗИ). Определяли продольный (А), передне-задний (В), поперечный (С) размеры матки и наибольшего миоматозного узла. Объем матки и доминантного узла вычисляли по формуле: $0,523 \times (A \times B \times C)$.

По данным УЗИ единичные миоматозные узлы выявлены у 3 (15,8%) больных, множественные узлы – у 16 (84,2%). Интерстициальная локализация узлов наблюдалась у 7 (36,8%), интерстициально-субмукозная – у 6 (31,6%), интерстициально-субсерозная – у 6 (31,6%). Объем матки до лечения составил $291,7 \text{ см}^3$ [201,9; 548,3] см^3 , объем доминантных узлов – $124,5 \text{ см}^3$ [48,9; 199,3] см^3 .

Процедура проводилась под местной анестезией в комбинации с внутривенной нейролептаналгезией. Эмболизацию маточных артерий выполняли частицами поливинилалкоголя размерами 300, 500 или 700 мкм. Количество вводимого эмболизата зависело от индивидуальных особенностей пациенток – размеров и степени васкуляризации фибромиомы, диаметра дистальных ветвей маточной артерии. Критериями завершения введения вещества являлось отсутствие контрастирования дистальных ветвей маточной артерии, появление симптома «стояния контраста» и возникновение рефлюкса контрастного вещества во внутреннюю подвздошную артерию.

Отдаленные результаты прослежены у 15 больных. Время наблюдения составило в среднем $5,0 \pm 2,1$ месяца (от 1 до 10 месяцев).

Результаты. Технически успешной процедура была у всех пациентов. Постэмболизационный синдром наблюдался у 17 (89,5%). Средняя дли-

тельность субфебрилитета составила $5,0 \pm 3,8$ дня; длительность болевого синдрома – $7,0 \pm 3,6$ дня. У всех больных исчезли метроррагии, болевой синдром. Нормализация менструальной функции отмечена у 92,9% пациенток. У всех обследованных после эмболизации отмечено уменьшение объема опухоли матки и доминантных узлов, в среднем на $41,2 \pm 27,3\%$ и $66,6 \pm 24,0\%$, соответственно.

После эмболизации маточных артерий в сроки от 7 до 13 дней оперативное вмешательство выполнено 3 (15,8%) пациентам: лапароскопическая консервативная миомэктомия при субсерозном расположении миоматозных узлов – у 2 (10,5%), гистерорезектоскопия полипа эндометрия и субмукозного узла – у 1 (5,3%).

Гнойный эндометрит на фоне некроза больших миоматозных узлов возник у 2 (10,5%) пациенток, среди них экспульсия узла в полость матки – у 1 (5,3%) пациентки. Узел удален посредством гистерорезектоскопии, проведена противовоспалительная терапия с полным выздоровлением.

Заключение. Эмболизация маточных артерий является эффективным и безопасным методом лечения больных фибромиомой матки, сопровождающийся быстрым исчезновением клинических проявлений, уменьшением размеров матки и миоматозных узлов, а также нормализацией менструальной функции. Выполнение эмболизации возможно у больных с любым расположением миоматозных узлов. У больных с множественной миомой матки при наличии субсерозного узла после ЭМА показана лапароскопическая миомэктомия. Пациентки с субмукозным и интерстициальным расположением узлов требуют в отдаленном периоде тщательного амбулаторного наблюдения. Его целью является диагностика рождения некротизированного узла в полость матки, своевременная гистерорезектоскопии узла, а также профилактика эндометрита.

ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ АНГИОПЛАСТИКА АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Суворова Ю.В., Бекусов Е.Г., Кокорин Д.М., Ремезов А.С.

НУЗ «Дорожная клиническая больница» (ОАО РЖД), Санкт-Петербург, Россия

Введение. Основным методом лечения больных с критической ишемией нижних конечностей является шунтирующая операция. Однако хирургические вмешательства при окклюзиях артерий голени

особенно на фоне сахарного диабета, технически сложны и часто малоэффективны. Целью настоящего исследования явилась оценка роли чрескожной транслюминальной ангиопластики артерий голени у больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. За период 2008 – 2009 г. чрескожная транслюминальная ангиопластика артерий голени выполнена у 5 больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета II типа в возрасте 69–83 (в среднем 74) лет. Ангиографию сосудов нижних конечностей выполняли по стандартной методике. После диагностического этапа осуществляли транслюминальную