

«Европейская клиника»
euroonco.ru embolization.ru



НИИ Клинической хирургии
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Центр рентгенохирургии
endovasc.ru mioma.ru



Клиника лечения
миомы матки
myomamatki.ru

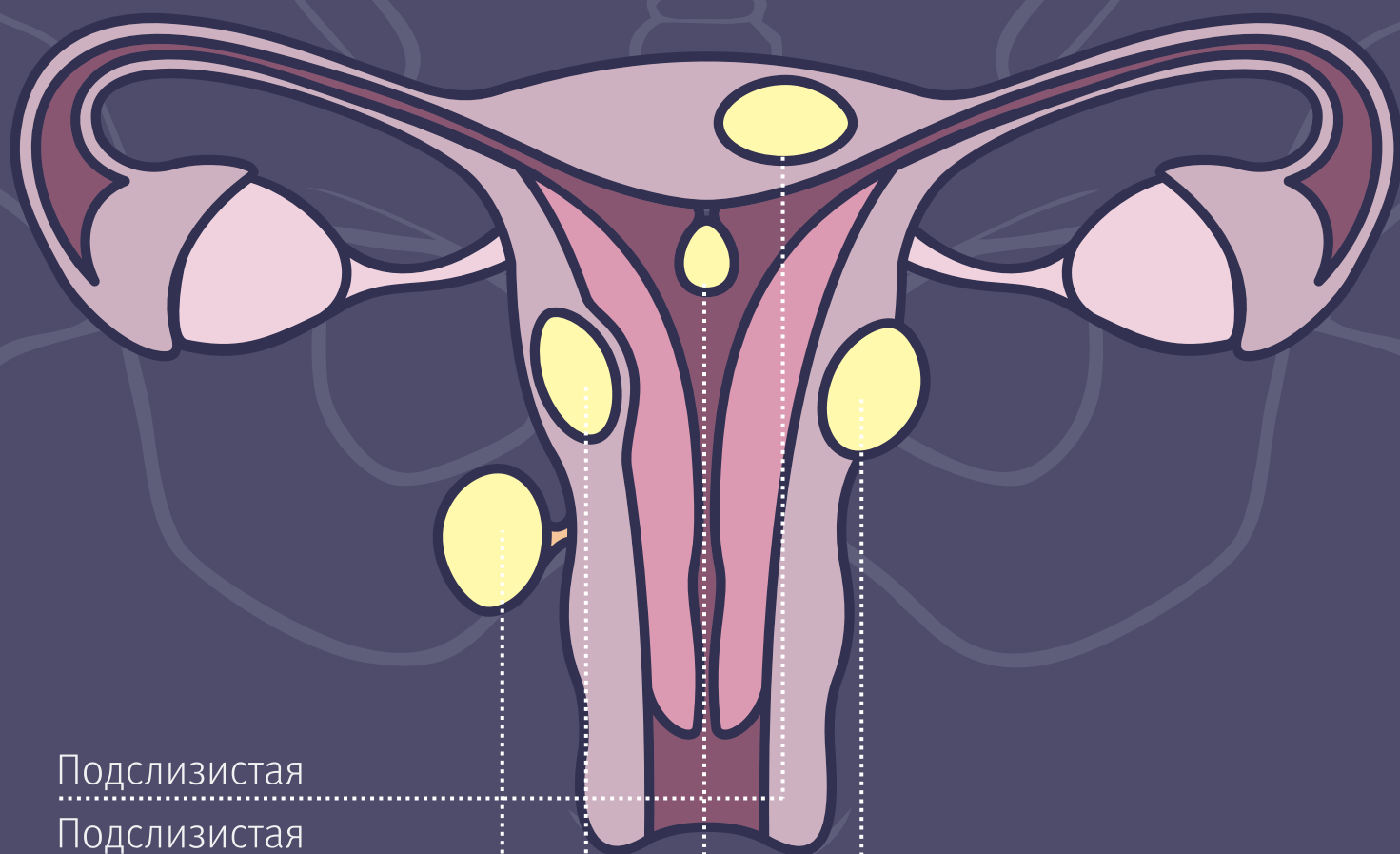


ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

современная малоинвазивная
безболезненная методика
лечения миомы матки



Виды миомы матки



Подслизистая

Подслизистая
на ножке

Внутримышечная

Субсерозная

Субсерозная
на ножке

Причины возникновения миомы матки

По своей природе миома матки похожа на такие образования, как липома или фиброма, которые часто можно встретить на коже в виде плотных шариков разного размера

Отличие миомы матки в том, что она растёт в матке — органе, который зависит от колебания половых гормонов, и поэтому миома матки также к ним чувствительна. Каждый узел миомы растёт из одной мышечной клетки. Эта клетка, вследствие повреждения, начинает делиться. Вокруг неё образуется скопление вновь образованных клеток, количество их возрастает, и они начинают формировать узел.

Существует две теории причин образования клеток-предшественниц миомы:

1. Мышечные клетки стенки матки получают дефект ещё во время внутриутробного развития
2. Дефектные клетки образуются в процессе каждого менструального цикла, однако большая их часть погибает, только единичные дают рост миоматозного узла

Вторая теория считается наиболее очевидной. Во время каждого менструального цикла во второй фазе под воздействием прогестерона происходит увеличение количества мышечных клеток матки — матка таким образом готовится к вступлению в беременность. Если беременность не происходит — уровень прогестерона резко снижается, начинается мен-

струация, а вновь образованные мышечные клетки погибают. Однако некоторые клетки могут оставаться. Вероятнее всего, эти оставшиеся клетки являются предшественниками миоматозных узлов. Большинство этих клеток рано или поздно всё равно погибают, а единичные дают рост.

Факторы, которые могут дополнительно стимулировать развитие миомы матки:

- Инфекции и воспаления;
- Различные вмешательства на матке — выскабливания, аборт, агрессивное пособие при родах, хирургические операции;
- Множество менструаций — другими словами малое количество беременностей в жизни.

Профилактика миомы матки

Единственным научно доказанным методом профилактики миомы является длительный прием гормональных контрацептивов. Следует избегать абортов, воспалений, хирургических вмешательств на матке, включая выскабливания, чаще реализовывать репродуктивную функцию.

Методы лечения миомы матки

В настоящий момент можно с уверенностью говорить, что существует два основных метода лечения миомы матки — миомэктомия (удаление узлов миомы) и эмболизация маточных артерий

Все остальные методы лечения миомы матки являются не столь эффективными и возможны при определенных показаниях.

Гормональное лечение. Под этим стоит подразумевать препараты группы ГнРГ и блокаторы рецепторов прогестерона. Они оказывают временный эффект за счет искусственно вызванной менопаузы. Их применение во время репродуктивного периода нецелесообразно.

Селективный блокатор рецепторов прогестерона (Эсмия) имеет схожий эффект с ГнРГ, но не вызывает искусственной менопаузы. Эффектив-

ность этого препарата преувеличена, а обратимый характер действия не позволяет решить проблему миомы матки до конца. Нередко Эсмию назначают перед удалением узлов для их уменьшения, но важно помнить, что перед ЭМА Эсмия и аГнРГ противопоказаны, так как они, за счет временного спазма сосудов, повышают вероятность неполноценной эмболизации, что приводит к восстановлению кровоснабжения узлов.

Препараты других групп можно считать устаревшими в связи с их низкой эффективностью, временным эффектом и выраженными побочными эффектами.

Фокусированный ультразвук не оправдал возложенные на него ожидания — очень много минусов: не все узлы чувствительны к воздействию, много ограничений для возможности проведения процедуры, высокий процент рецидивов, высокая стоимость.

БАДы, фитотерапия, гомеопатия неэффективны.

Контрацептивы могут обеспечивать только профилактику образования узлов и замедлять рост мелких узлов до 15 мм.

Удаление матки необходимо в очень редких случаях, чаще всего при сочетании миомы с предраковыми заболеваниями эндометрия, шейки матки, яичников или при очень больших размерах матки (больше 20–22 недель).

Проще говоря, узлы миомы можно или удалить, или лишить кровоснабжения. В первом случае узлов не будет, во втором — они уменьшатся в размере, перестав быть миоматозными, превратятся в соединительную ткань (узлы, расположенные в полости матки, экспульсируются). Только этими двумя способами можно радикально воздействовать на миому матки.

Миомэктомия и ЭМА по сути не конкурируют друг с другом. Выбор между этими методами лечения определяется в первую очередь пользой для пациентки, полноценным решением ее проблемы.

Список задач, которые надо решить:

1. Избавиться от симптомов миомы матки (обильных длительных менструаций, болей, анемии);
2. Сохранить матку;
3. Сделать так, чтобы проблему миомы матки не нужно было решать повторно;
4. Обеспечить минимальный риск во время лечения и быстрое восстановление после лечения;
5. Восстановить утраченную или сниженную репродуктивную функцию — дать возможность забеременеть и без проблем выносить и родить ребенка.

Исходя из этого перечня выбирается подходящий метод лечения — миомэктомия или ЭМА. В каждой конкретной ситуации преимущество будет у одного из методов, а у части пациентов придется эти методы лечения комбинировать.



Если пациентка планирует беременность:

а) Может ли пациентка забеременеть выносить и родить с такими миоматозными узлами без проведения лечения?

б) Если необходимо лечение — что выбрать: миомэктомию или эмболизацию маточных артерий?

Надо оценивать расположение узлов и их количество. Если узел один или несколько, и они расположены поверхностно на матке, не деформируют полость, не занимают всю стенку матки, не расположены в «опасных зонах» (область перешейка, где в матку впадают крупные сосуды), если предполагается, что рубец на матке после удаления узла(-ов) будет полноценным, хорошо контролируемым во время беременности (задняя стенка матки с определенного срока беременности становится не видна при УЗИ, поэтому рубцы по задней стенке матки трудно оценивать) — отдается предпочтение миомэктомии.

ЭМА выбирается во всех случаях, когда предполагается, что выполнение миомэктомии может сопровождаться серьезными техническими трудностями, будет много глубоких рубцов,

возможно вскрытие полости матки. Такое бывает при множественных узлах миомы, различной локализации узлов, глубокоом их залегании с деформацией полости матки. Возможны варианты, когда после проведения эмболизации через год проводится миомэктомия, чтобы (уже безопасно) удалить оставшиеся уменьшившиеся миоматозные узлы, которые потенциально могут мешать предстоящей беременности.

Пациентка не планирует беременность:

В подавляющем большинстве случаев стоит отдавать предпочтение эмболизации, за исключением ситуаций, когда, к примеру, есть единственный узел на тонком основании, который довольно просто можно удалить лапароскопически.

Почему такой подход? ЭМА по сравнению с хирургическим методом лечения переносится легче, не сопровождается общим наркозом, имеет более короткий срок реабилитации, рецидивы заболевания крайне редки. Таким образом, пациентка с миомой матки, выбравшая ЭМА, решит

все поставленные задачи: избавится от заболевания, не перенесет общий наркоз и вхождение в живот, ей не потребуется дополнительного лечения, ей не надо будет переживать о возможности рецидивов заболевания, будет короткий период реабилитации. Итак, еще раз: эмболизация маточных артерий и миомэктомия — не конкурирующие методы лечения, для каждого из них существуют свои показания. В некоторых случаях эти методы лечения могут сочетаться (к примеру, удаление оставшихся крупных узлов через год после ЭМА). Конкурировать эти методы «заставляют» те врачи, которые располагают только возможностями миомэктомии и не проводят ЭМА. Цель такой конкуренции — не отпустить от себя пациента. Преимущество нашей клиники в том, что мы предлагаем всеми методами лечения миомы и поэтому можем объективно и независимо предложить метод лечения, основываясь на индивидуальных показаниях. То есть или выполним миомэктомию, или проведем ЭМА.

Еще раз подчеркнем: эмболизация маточных артерий — не является экспериментальным методом лечения, он должен обязательно быть в спектре услуг клиники, которая занимается лечением миомы.

Сравнительная таблица эмболизации и миомэктомии

Показатели для сравнения	Миомэктомия	ЭМА
Общий наркоз	Да	Нет
Период реабилитации	1-2 месяца	7 дней
Необходимость в последующем лечении	Да	Нет
Осложнения	1. Наркозные осложнения 2. Кровотечения в послеоперационном периоде (несостоятельность швов) 3. Воспалительные осложнения (вплоть до перитонита) 4. Кишечная непроходимость 5. Ранение органов брюшной полости и сосудов (во время вхождения в живот или во время манипуляций) 6. Тромбоэмболия легочных артерий	Гематома на месте пункции бедренной артерии
Рецидивы	5-7% в год	< 1 % суммарно за весь период наблюдений
Возможность беременности	Через 6 месяцев	Через 8-12 месяцев
Воздействие на узлы	Удаляются только видимые и доступные для удаления узлы	Воздействие на все узлы, в том числе на мелкие и на зачатки роста узлов
Наличие рубцов на матке	Да	Нет
Развитие спаечного процесса в малом тазу (риск трубного фактора бесплодия)	Да	Нет

История эмболизации маточных артерий

Технология, положенная в основу эмболизации маточных артерий, существует достаточно давно

Еще в 70-е годы прошлого столетия с помощью различных частичек закрывали просвет сосудов через катетер, чтобы остановить кровотечение, вызванное травмой или патологией. Впоследствии метод стали использовать для профилактики кровотечений во время операций на органах, имеющих богатое кровоснабжение.

Перед операцией в сосуды органа вводились частички, которые прекращали кровоток, благодаря чему во время операции не возникало большой кровопотери. Именно это и выполнял пионер метода эмболизации маточных артерий Жак Анри Равина.

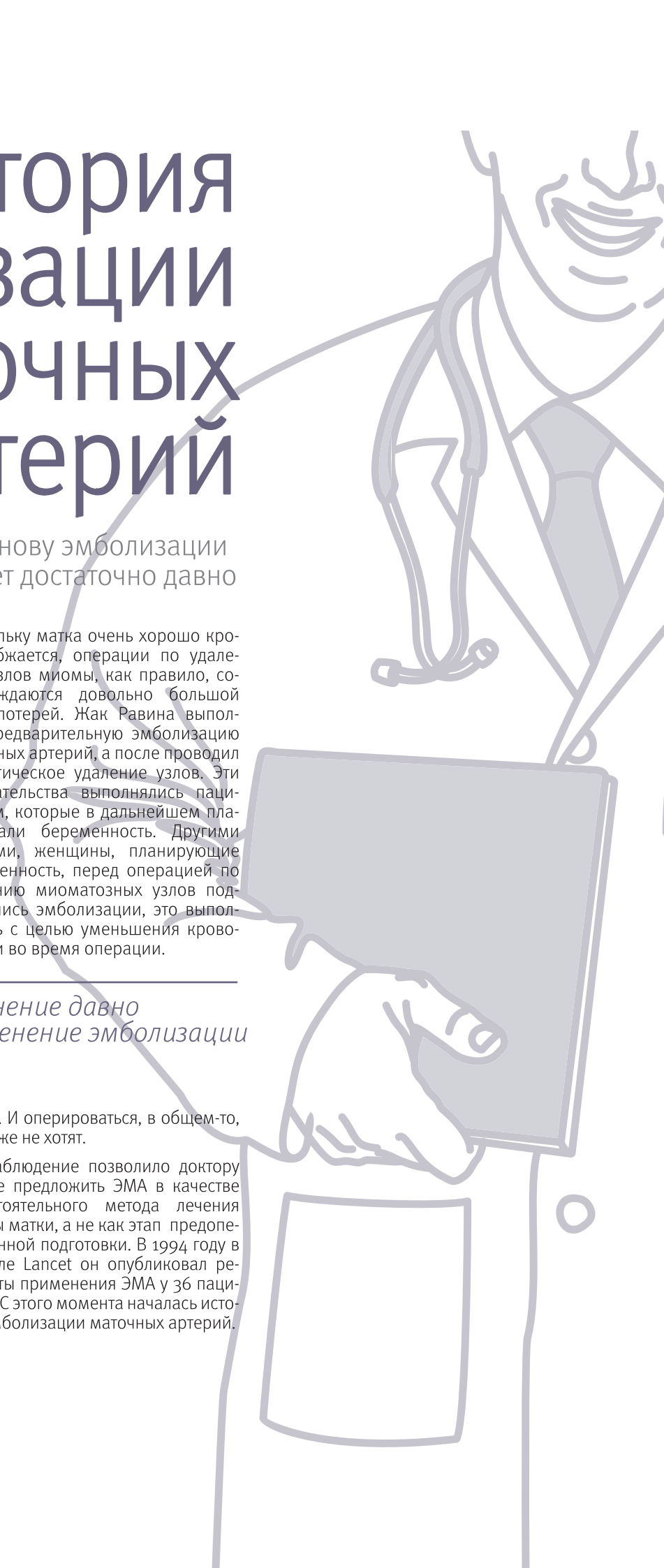
Поскольку матка очень хорошо кровоснабжается, операции по удалению узлов миомы, как правило, сопровождаются довольно большой кровопотерей. Жак Равина выполнял предварительную эмболизацию маточных артерий, а после проводил хирургическое удаление узлов. Эти вмешательства выполнялись пациенткам, которые в дальнейшем планировали беременность. Другими словами, женщины, планирующие беременность, перед операцией по удалению миоматозных узлов подвергались эмболизации, это выполнялось с целью уменьшения кровопотери во время операции.

В 1994 возникло новое применение давно известной методики — применение эмболизации в лечении миомы матки

Так получилось, что несколько пациенток доктора Равины после проведенной ЭМА не попали сразу же на операцию, а уехали по своим делам. Операция в их случае была отложена. После возвращения во время прохождения предоперационного осмотра, было обнаружено, что размеры матки и узлов уменьшились, а сами пациентки указали на то, что у них прекратились обильные менструации и в целом они себя довольно хорошо чув-

ствуют. И оперироваться, в общем-то, тоже уже не хотят.

Это наблюдение позволило доктору Равине предложить ЭМА в качестве самостоятельного метода лечения миомы матки, а не как этап предоперационной подготовки. В 1994 году в журнале Lancet он опубликовал результаты применения ЭМА у 36 пациенток. С этого момента началась история эмболизации маточных артерий.



Кому показана эмболизация маточных артерий?

Технически эмболизацию маточных артерий можно провести при любом размере и количестве узлов

Говоря о показаниях к ЭМА, стоит использовать понятие целесообразности применения этого метода лечения у конкретной пациентки. При этом учитывается множество нюансов: возраст, наличие симптомов и их характер, количество, размер и локализация узлов, планы на беременность.

ЭМА не конкурирует с хирургическими методами лечения миомы. Но не во всех случаях есть хорошая техническая возможность удалить узел или узлы, не нанеся при этом существенной травмы органу.

Безусловно, опытные хирурги берутся за операции любой сложности и удаляют из матки десятки узлов. Важно понимать, что есть не только ближайший эффект от операции, когда на момент выписки в матке нет миоматозных узлов и пациентка чувствует себя удовлетворительно. Основная цель лечения — это создание полноценной матки, которая может выполнять детородную функцию.

Очевидно, что после удаления большого числа узлов, особенно если узлы располагались в толще стенки органа, на матке останутся рубцы, несостоятельность которых может обернуться существенными проблемами во время беременности.

Немаловажным моментом хирургического удаления узлов является временный характер результата. По статистике, с каждым годом после проведения подобной операции увеличивается вероятность рецидива

заболевания, то есть появления новых узлов. Таким образом, через несколько лет после удаления узлов пациентка вновь сталкивается с проблемой миомы матки, и ее надо решать заново. Поэтому мы называем миомэктомию (операцию по удалению узлов) временной реставрацией матки для осуществления конкретной беременности. Конечно, в тех случаях, когда имеющиеся узлы мешают выносить беременность или забеременеть.

До появления ЭМА миомэктомия была основным методом лечения миомы матки, и в те годы действительно было совершенно оправданно идти на операции любой категории сложности. В настоящий момент во многих случаях эмболизация маточных артерий позволяет решить проблему проще и безопаснее. И главное — решить ее окончательно, так как после ЭМА практически не бывает рецидивов миомы, то есть заболевание вылечивается полностью.

Несколько сравнительных примеров:

1. Если есть один или несколько расположенных снаружи крупных узлов, нет узлов в толще стенки матки и пациентка планирует беременность — можно отдать предпочтение хирургическому методу лечения. ЭМА в этой ситуации также может проводиться, например, если пациентка боится операции и наркоза.

2. При множественных узлах в толще стенки матки, которые деформируют полость, показана ЭМА. Хирургия возможна, но травма, нанесенная матке, будет существенной: на матке останутся рубцы, возможно вскрытие полости матки в процессе удаления узла. Удаление не всех узлов ускорит рецидив.

Как выбрать клинику для лечения миомы матки?

Проходя консультации в клиниках, где не выполняют ЭМА, вы можете слышать утверждение, что в настоящий момент нет никаких сложностей в удалении узлов из матки, сколько бы их ни было и где бы они ни были расположены. Лукавство состоит в том, что функциональные возможности матки можно проверить не ранее чем через 6–12 месяцев, когда можно будет пробовать беременность. Этой пациенткой уже занимается другой врач, который может выявить дополнительные причины, из-за которых не наступает беременность. Вести беременность и роды будет третий врач, которому придется решать проблему родов на фоне рубцов на матке. Если пациентка не забеременела или не планировала беременность — через некоторое время узлы появляются вновь и их пытается лечить еще один врач. Все это представлено для того, чтобы показать, как далеко находится хирург, удалявший узлы из матки, от тех проблем, которые в последующем решает пациентка.

Эмболизация маточных артерий — общепринятый метод лечения миомы матки, и он используется наравне с хирургическими методами. Поэтому клиника, которая занимается лечением миомы, должна обладать всем спектром лечебных методик, так как в зависимости от клинической ситуации должен быть предложен оптимальный путь решения проблемы. Лучше всего, если клиника предоставляет услуги «полного цикла», то есть помимо решения вопроса с миомой, занимается подготовкой и ведением беременности. Европейская клиника полностью отвечает всем этим требованиям.

Безопасность эмболизации

ЭМА активно используется уже более 15 лет, признана во всем мире. Ежегодно выполняются сотни тысяч процедур. Отдаленные результаты прослежены уже в течение 20 лет. Об эффективности и безопасности ЭМА

получены доказательства класса А – рандомизированные проспективные мультицентровые исследования:

1. ЭМА одобрена FDA в США. В 1998 году одобрена Минздравом. В 2005 году сертифицирована как высоко-технологичный метод лечения миомы матки.

2. В США в 2002 году функционировало 250 центров, применяющих ЭМА. В 2004 году ЭМА была выполнена госсекретарю США Кондализе Райз, метод

был выбран на основании наибольшей безопасности и эффективности).

3. В 2011 году коллектив авторов, в их числе и медицинский директор «Европейской клиники» Борис Юрьевич Бобров, удостоены Премии правительства России в области науки и техники за внедрение эндоваскулярных методов лечения, в первую очередь за разработку и внедрение ЭМА в лечении миомы матки.

Суть метода и механизм эмболизации

В подавляющем большинстве случаев (98,5%) после ЭМА дополнительного лечения по поводу миомы матки уже не требуется

Маточные артерии — это основной источник кровоснабжения матки. При этом матка получает кровоснабжение и из других артерий. Разветвленная артериальная сеть позволяет поддерживать полноценное кровоснабжение в матке даже в случае полного прекращения поступления крови по основным — маточным — артериям. Это касается здорового миометрия.

Однако возникающие в матке миоматозные узлы кровоснабжаются только из маточных артерий и крайне редко из бассейна яичниковых артерий. При этом структура артериальной сети миомы матки такова, что она не может образовывать коллатерали и получать кровоснабжение из других источников, поскольку артерии самой миомы — концевые, не имеющие множественных «соединений» с сосудистой сетью миометрия.

В процессе эмболизации через тонкий (не более 1,5 мм) катетер в маточные артерии вводятся специальные шарики — эмболы. Эмболы выполне-

ны из специального медицинского полимера и имеют строго определенный размер. Они избирательно закрывают просвет артерий, питающих все миоматозные узлы в матке.

Эмболы в небольшом количестве могут попадать и в мелкие артерии, кровоснабжающие матку, но это не влияет на степень ее кровоснабжения, поскольку доля попавших туда эмболов минимальна, а разветвленная сеть сосудов позволяет быстро восстановить кровоснабжение здоровой части матки. Восстановление кровоснабжения в миоматозных узлах не происходит из-за отсутствия коллатеральной сети.

Размер эмболов, применяемых для ЭМА, обычно варьирует в пределах 500–900 микрон. Врач выбирает необходимый размер в зависимости от типа эмбола и особенностей сосудистой сети миомы. Материал, из которого изготовлены эмболы, абсолютно биологически инертен и никак не взаимодействует с организмом.





Эмболы, попавшие в сосуды, питающие миоматозные узлы, там и остаются

Они оказываются заключенными внутри скопления волокон фибрина и тромботических масс, образующихся в закупоренном сосуде. В процессе замещения узла соединительной тканью эмболы либо разрушаются, либо оказываются заключенными в массе соединительной ткани.

Уже через 5 минут после ЭМА сосудов миомы как таковых не остается — они полностью закрываются эмболами, фибрином и тромботическими массами. Эмболы никуда не могут «сдвинуться», «улететь» или «попасть». Напомним, что речь идет о сосудах диаметром не более 1 мм.

Эмболы, попадающие в сосуды, кровоснабжающие матку, могут через некоторое время выходить в процессе менструации, небольшая часть со временем также разрушается. Фактически с эмболами происходит все то же самое, что происходит с нитками, которыми хирурги шьют ткани во время операции.

В процессе эмболизации эндovasкулярному хирургу необязательно подходить катетером к каждому конкретному узлу и эмболизировать именно его

Напротив, благодаря особенностям кровотока в миоматозных узлах, вводя взвесь эмболов из дистальной части ствола маточной артерии, удастся добиться их избирательного попадания именно в артерии миомы, минуя артерии здоровой части матки.

Это становится возможным благодаря нескольким особенностям:

Во-первых, вне беременности и при наличии миомы матки до 90% периферического маточного кровотока относится к сосудам миомы, а не здорового миометрия.

Во-вторых, для сосудов миомы характерно низкое периферическое сосудистое сопротивление, благодаря чему эмболизационные частицы прежде всего устремляются именно в эти артерии.

И в-третьих, сосуды миомы, как правило, толще сосудов здоровой части матки, в результате чего эмболы соответствующего размера просто не могут попасть в сосуды здоровой части матки, но легко попадают в артерии миомы и застревают в них.

Операционная Европейской Клиники, в которой осуществляется ЭМА

Во время вмешательства взвесь эмболов медленно, дискретными волнами вводится в просвет маточной артерии

Это производится до тех пор, пока не достигается так называемая конечная точка эмболизации. «Конечная точка» — это совокупность ангиографических признаков, позволяющая с высокой уверенностью судить о том, что артерии миомы эмболизированы. Часть этих признаков контролируются с помощью контрастного вещества. Вначале контрастное вещество прокрашивает все артерии матки, и хирург видит патологическую сосудистую сеть миоматозных узлов. В конце процедуры введенное контрастное вещество больше не прокрашивает артерии, и это означает, что кровоток прекращен.

Использование контрастного вещества позволяет проводить эмболизацию только маточных артерий и исключает попадание эмболов в другие артерии.

Это чрезвычайно упрощенное описание технической стороны процеду-

ры. От эндоваскулярного хирурга, выполняющего ЭМА, требуется очень высокая квалификация, детальное знание особенностей рентгеноанатомии матки и органов малого таза, способность к чрезвычайно точным и быстрым манипуляциям на очень мелких сосудах. Это обычно достигается с существенным персональным опытом выполнения эмболизаций.

Что происходит с миомой после эмболизации?

Когда прекращается кровоснабжение миоматозных узлов, в них начинается процесс гибели гладкомышечных клеток и их замещения соединительной тканью — фиброз. Этот процесс продолжается в течение года. За это время узел уменьшается в размерах и фактически больше не является миомой, так как по структуре это более не гладкомышечное образование, а просто конгломерат соединительной ткани, которая не растет, не создает симптомов и не представляет какой-либо проблемы.

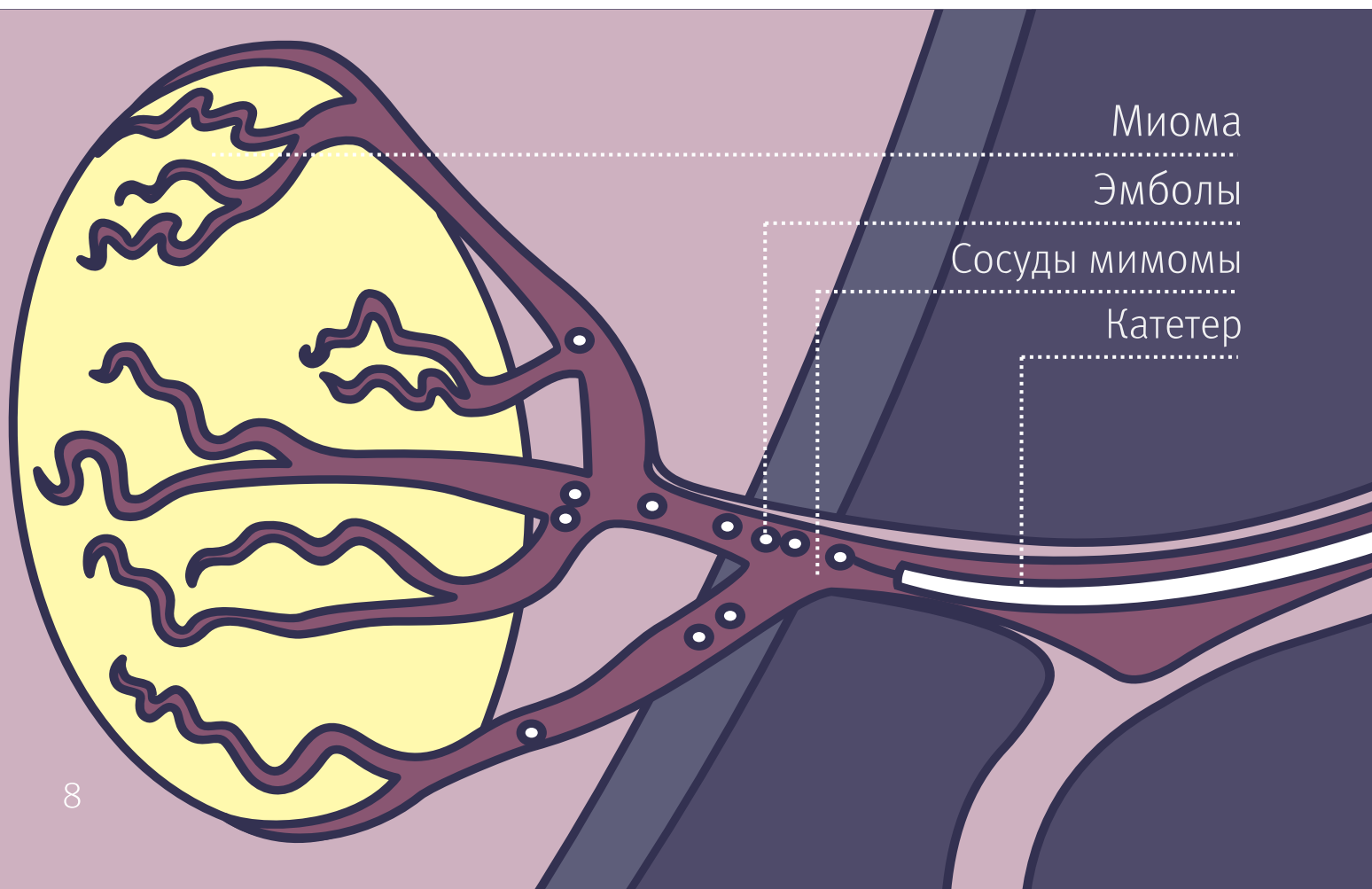
Часть узлов, растущих в полость матки, после эмболизации могут вести себя несколько иначе. Начавшийся в них фиброз приводит к тому, что узел теряет связь со стенкой матки, вытал-

кивается в полость матки и через некоторое время выходит — рождается. Таким образом матка сама освобождается от такого узла.

Что получается: узлы, расположенные в толще стенки матки, в результате эмболизации уменьшаются в размере в среднем в 3–4 раза по объему (не путайте с линейными размерами) и превращаются в своего рода рубец, а узлы, растущие в полость матки, — исчезают из матки полностью. Это называется также рождением узла или экспульсией.

Эмболизация маточных артерий — самодостаточный метод, то есть после проведения ЭМА никакого дополнительного лечения не требуется, кроме ситуаций, когда ЭМА изначально используется в комплексном лечении как один из этапов.

Эмболизация позволяет добиться полного замещения миоматозных узлов соединительной тканью (т. е. узлы после ЭМА — это уже не миома), необратимо уменьшить эти узлы в размере, избавиться от обильных менструаций и компрессионных симптомов (давление увеличенной матки на мочевой пузырь, прямую кишку). Часть узлов могут пропадать из матки полностью, выходя через шейку матки (явление экспульсии, или рождения узла).



9 фактов о миоме матки

1. Удаление матки стоит на последнем месте среди методов лечения миомы

Если ваш доктор советует вам удалить матку в связи с постановкой диагноза миома матки, он может быть необъективен по ряду причин. Поэтому вам всегда надо получить мнение ещё одного специалиста.

Многие доктора считают удаление матки единственным надежным методом лечения этого заболевания, не зная или умалчивая о существовании нехирургического метода лечения миомы матки — эмболизации маточных артерий. ЭМА — метод лечения миомы матки, позволяющий сохранить орган и репродуктивную функцию женщины.

В результате ЭМА происходит необратимое уменьшение в размере миоматозных узлов, некоторые узлы экспульсируются из матки, то есть исчезают полностью. Суть методики в прекращении кровоснабжения миоматозных узлов, в результате чего они погибают.

Процедура не требует общего наркоза и переносится довольно легко. Госпитализация в стационар всего на одни сутки. При ЭМА отсутствуют существенные риски, связанные с хирургическим лечением, не требуется длительного периода восстановления после операции. Детородная функция после проведения ЭМА не нарушается.

Медицинская статистика

- Каждый год в США производится 600 тыс. удалений матки и больше трети от этого числа в связи с диагнозом «миома матки»;
- Средняя продолжительность восстановительного периода после удаления матки — 6 недель, а после ЭМА 6—7 дней;
- Только в США около 660 женщин

ежегодно погибают от интраоперационных или ранних послеоперационных осложнений, связанных с удалением матки;

- Ежегодно в мире проводят более 100 тыс. ЭМА (По другим данным—более 250 тысяч в год)

2. В 50% случаев после операции по удалению миоматозных узлов (миомэктомии) узлы миомы вырастают снова

Когда ваш доктор советует вам выбрать хирургическое лечение миомы матки стоит задать ему три вопроса (вопрос о трех «Р»): Риски, Рецидив, Результат. Результат лечения в случае миомэктомии играет существенное значение, так как он будет непостоянным. У половины пациенток, перенесших миомэктомию, узлы вырастают снова. Поэтому если вам предлагают хирургическое удаление узлов — получите ещё одно мнение у специалиста, занимающегося ЭМА.

1. Рецидивы после ЭМА случаются менее чем в 1% случаев и успешно устраняются дополнительной процедурой (в наших клиниках — бесплатно).

2. Восстановление после миомэктомии занимает в среднем 4—6 недель.

3. Рубец после удаления миоматозных узлов может создать проблемы во время беременности; в подавляющем большинстве случаев роды после таких операций проходят путем кесарева сечения (то есть еще одной операции). После миомэктомии возможно развитие спаечного процесса в малом тазу, который может привести к бесплодию за счет нарушения проходимости маточных труб.

4. Женщины, перенесшие миомэктомию имеют повышенный риск разрыва матки по рубцу во время беременности.

3. Различные биодобавки и фитопрепараты не оказывают никакого влияния на миому

Некоторые лекарства могут замедлить рост миоматозных узлов, но это не избавит вас от заболевания и необходимости в дальнейшем лечении.

Существует множество гормональных препаратов, которые могут влиять на рост миомы матки, замедлять ее развитие, временно уменьшать размеры, но все эти средства не лечат миому матки, их эффект или временный, или незначительный. Рано или поздно пациентка сталкивается с необходимостью проведения активного лечения, которое всегда более эффективно, когда проводится вовремя. Поэтому не стоит тратить время на неэффективное лечение и допускать прогрессирование заболевания.

А как же дюфастон?

Широко применяющийся для лечения миомы матки препарат Дюфастон категорически противопоказан при наличии этого заболевания, так как на самом деле вызывает рост миоматозных узлов.

Препарат ограниченно допустим при беременности на фоне миомы матки. Препараты Индиол, Эпигалат и Стелла являются биологически активными добавками к пище, не являются лекарством и не оказывают никакого влияния на миоматозные узлы.

Ни один из фитопрепаратов (травы), БАДов, гомеопатических препаратов никогда не проходил клинические исследования по международным стандартам, их эффективность и безопасность не проверены.

4. Рост миоматозных узлов управляется половыми гормонами, преимущественно прогестероном

Точная причина роста миоматозных узлов в матке неизвестна. Известно, что каждый узел растет из одной мышечной клетки матки, которая получает дефект в результате множества менструальных циклов, воспалительного процесса, хирургической травмы матки или врожденной поломки в одном или нескольких генах.

В дальнейшем на рост узлов влияют половые гормоны, в наибольшей степени прогестерон. Именно поэтому узлы растут во время беременности и немного увеличиваются в размере во второй фазе цикла. Миома матки регрессирует после наступления менопаузы, поэтому достаточно давно для лечения этого заболева-

ния используют препараты, вызывающие в организме искусственную менопаузу, на фоне чего узлы уменьшаются и пропадают менструации, но это лечение обратимо и после отмены узлы возвращаются к прежним размерам, а также возобновляются все связанные с миомой симптомы. Такое лечение не оправдано у пациенток молодого возраста. Его можно использовать только у женщин «на пороге менопаузы», либо коротким курсом после.

Узлы, которые растут во время беременности, могут уменьшиться к родам, но лишь изредка они вновь становятся первоначальных размеров, как были до беременности.

Основными факторами риска развития миомы матки считаются:

- ранее начало менструаций (до 10 лет);
- малое количество родов;
- первые роды после 30 лет;
- перенесение аборт, выскабливаний полости матки;
- воспалительные заболевания.

5. Наступление менопаузы в ряде случаев не приводит к прекращению роста миомы матки

У большинства женщин наступление менопаузы прекращает рост миоматозных узлов, однако у части женщин узлы длительное время не уменьшаются, могут расти, поддерживая наличие симптомов (давление на органы, боли).

В зависимости от размера и локализации некоторые миоматозные узлы могут приводить к возникновению маточных кровотечений даже после менопаузы. Использование фитопрепаратов и БАДов для снятия климактерических симптомов может вызывать рост миомы матки за счет содержащихся в их составе эстрогеноподобных веществ.

Чаще всего это наблюдается у женщин с избыточной массой тела. Жировая клетчатка является источником выработки женских половых гормонов, которые поддерживают

рост миомы матки в то время, когда функция яичников угасает.

Некоторым пациенткам для уменьшения симптомов менопаузы назначают заместительную гормональную терапию, на фоне которой наблюдается (иногда очень быстрый) рост узлов. Поэтому проведение эмболизации маточных артерий женщинам, у которых менопауза должна вот-вот начаться, в ряде случаев оправдана, так как позволит гарантировать отсутствие в будущем симптомов миомы матки и даст возможность использовать заместительную гормональную терапию.

6. Матка может увеличиваться за счет миоматозных узлов до размеров доношенной беременности, что требует проведения срочного лечения

У части женщин размер матки с миоматозными узлами может достигать огромных размеров, при этом нарушается функция органов брюшной полости. В ряде случаев рост такой миомы матки может не проявляться никакими симптомами. Единственное, что может отмечать женщина — рост живота, который чаще всего оценивается как следствие набора веса, а не как тревожный симптом заболевания. Увеличенная матка может сдавливать мочевой пузырь, кишечник, мочеточники и почки, а также крупные венозные сосуды, что нарушает их функцию, приводя к развитию других заболеваний.

Некоторые матки за счет миоматозных узлов могут достигать размеров доношенной беременности и даже больше — дно матки может достигать реберных дуг, сдавливая желудок и соседние органы;

Чем больше матка, тем больше ей требуется кровоснабжения. В гигантских миомах выявляются крупные сосуды. Все это может привести к существенной кровопотере во время хирургического лечения;

Эмболизация маточных артерий может с успехом применяться у женщин с гигантскими миомами матки, необратимо уменьшая их размер более чем на 50%, при этом абсолютно без риска кровопотери.

7. Повышенная потеря крови во время обильных и длительных менструаций, обусловленных миомой, может оказывать существенное отрицательное воздействие на организм в целом

Обильные менструации на фоне миомы матки, как правило, приводят к развитию хронической анемии, которая может потребовать серьезного лечения и в некоторых случаях даже переливания крови. Хроническая анемия приводит к развитию дистрофических процессов в жизненно важных органах, которое нередко требует отдельного длительного восстановительного лечения. Анемия приводит к хронической усталости, снижению иммунитета, ухудшению внешнего вида (ломкости ногтей, выпадению волос, дряблости кожи, бледному цвету кожи и т.д.). Во время беременности наличие миомы матки может привести к развитию послеродового кровотечения.

Обильные менструации вызывают не все виды миоматозных узлов

К такому состоянию приводят узлы расположенные в стенке матки и растущие в полость матки, деформируя ее. Узлы, растущие наружу, то есть в сторону брюшной полости могут быть больших размеров и не приводят к изменению объема и длительности менструаций. Такие наружные узлы могут быть совсем бессимптомными, либо вызывать боли, а также давить на мочевой пузырь или прямую кишку.

Железодефицитная анемия наблюдается более чем у 50% женщин, страдающих обильными менструациями. Снижение уровня гемоглобина приводит к кислородному голоданию тканей, и как следствие, к нарушению работы важнейших органов. Помимо перечисленных симптомов могут наблюдаться головные боли, тахикардия, головокружение, перебои в работе сердца.

8. Эмболизация маточных артерий является общепризнанной медицинской процедурой, которая приводит к необратимому уменьшению миоматозных узлов

Не существует единственно правильного метода лечения миомы матки, всё очень индивидуально и зависит от конкретной ситуации каждой пациентки.

Для части женщин хирургический метод лечения может быть единственно правильным методом лечения. Однако, большинство женщин стремятся избежать операции и связанных с ней рисков, дискомфорта и длительного периода восстановления. Эмболизация маточных артерий позволяет избежать операции, и, соответственно, всех перечисленных выше неприятностей, связанных с этим методом лечения.

Более сотни тысяч эмболизаций маточных артерий производится в год во всем мире. В 2004 году ЭМА была проведена госсекретарю США Кондолизе Райс.

Ежегодно увеличивается количество пациенток, выбирающих именно этот метод лечения, на основании положительных отзывов об эмболизации маточных артерий и советов друзей. Все больше гинекологов советуют своим пациентам отдать предпочтение именно эмболизации маточных артерий.

Более 95% пациенток, перенесших ЭМА, сменили своих гинекологов, если те отрицательно отзывались об этой процедуре.

9. Эмболизация маточных артерий не требует общего наркоза, при этом не удаляются ткани организма и сохраняется матка

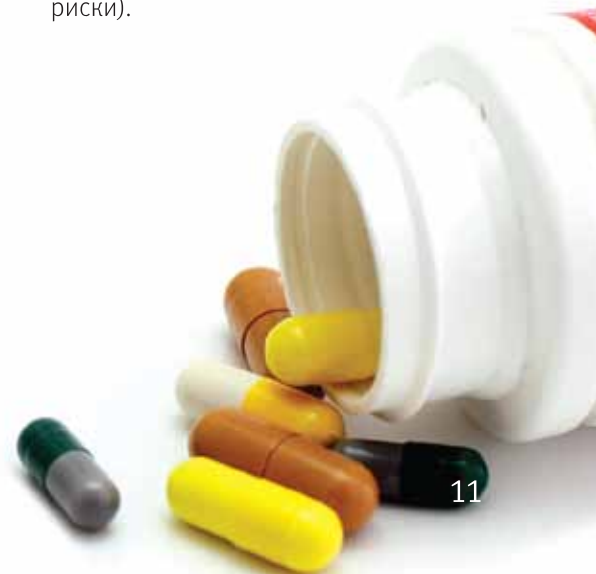
При ЭМА также нет осложнений, сопровождающих хирургические методы лечения миомы.

Эмболизация маточных артерий не является операцией. Это процедура, которая требует только одного дня госпитализации. Большинство пациентов возвращаются на работу через 5-7 дней после выписки. В результате эмболизации происходит необратимая гибель всех миоматозных узлов, превращение их в соединительную ткань, что сопровождается существенным уменьшением их размера. При этом пропадают все симптомы заболевания. ЭМА не оказывает повреждающего воздействия на репродуктивную систему женщины, то есть после проведения ЭМА можно беременеть и рожать.

Эффективность ЭМА достигает 98%. Это очень высокий показатель для любого вида лечения. Продолжительность госпитализации для проведения ЭМА — одни сутки, а восстановительный период 5-7 дней. Для сравнения — при хирургическом лечении требуется госпитализация около недели, а восстановительный период занимает до 6 недель.

При проведении ЭМА нет риска осложнений, которые встречаются при хирургическом лечении, а именно:

- повреждение кишечника, мочевого пузыря, маточных труб (за счет спаечного процесса);
- развитие кишечной непроходимости, кровотечения, перитонита;
- большое количество рисков, связанных с наркозом (анестезиологические риски).



Почему стоит сохранить матку?

«Сохранить орган, или часть его, — благородная задача хирурга. Полное удаление органов, имеющих функциональное значение и играющих определенную роль в балансе организма, — калечащая, уродующая операция»

С.Б. Голубчин, 1958г.
(д.м.н. профессор,
акушер-гинеколог)

Очевидно, что нет женщин, которые бы с радостью восприняли новость о том, что им предстоит операция по удалению матки. Да и зачем, собственно, объяснять женщине, почему не надо удалять матку? Этот вопрос может показаться даже абсурдным, но, к сожалению, только на первый взгляд.

Ежегодно около миллиона женщин в России подвергаются операции по удалению матки, и в большинстве случаев показанием к этому является миома матки. Средний возраст женщин, которым проводится эта операция, — 41 год; по современным меркам это самый активный и насыщенный возраст женщины. Поражает то, что в 90% случаев этих женщин можно было бы вылечить без удаления матки. Другими словами, им была выполнена лишняя операция.

Основная причина столь длительного господства лечебного радикализма в лечении миомы матки заключается в том, что уж слишком долго миома матки представлялась хоть и доброкачественным, но опухолевым процессом, а опухоль, как гласят каноны хирургии, должна быть удалена. Действительно, существует перечень органов, без которых человек может более-менее существовать. И с точки зрения многих гинекологов, в этом перечне матка стоит чуть ли не на первом месте.

Почему-то считается, что реализовав свою репродуктивную функцию, женщина совершенно безболезненно может расстаться с маткой, то есть к этому органу выработано своеобразное монофункциональное отноше-

ние. Ошибочное отношение. В то же время совершенно очевидно, что в организме нет лишних органов, и матка, помимо репродуктивной функции, несет и другие, определенная часть которых нам понятна, а какая-то до сих пор не вполне детально изучена. Упрощая, можно сказать, что, будучи интегрированной в целостный организм, матка поддерживает естественное физиологическое равновесие.

Человек может существовать без одной почки, легкого, части кишечника, но всем понятно, что это существование уже не совсем полноценного человека, так почему женщина без матки в сознании ряда врачей воспринимается с позиции здоровой?

Уже много лет известно, что удаление матки влечет за собой развитие так называемого постгистерэктомического синдрома.

Постгистерэктомический синдром — симптомокомплекс расстройств эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других систем, возникающий после удаления матки и связанного с этим удалением прямой причинно-следственной связью.

Отдельное место занимают последствия психологические — наличие матки является подсознательным эле-

ментом женственности, причастности к женскому полу. Наличие матки дает женщине постоянную внутреннюю уверенность в том, что она может родить ребенка. И даже в случае если она точно не желает больше иметь детей, безвозвратное лишение этой функции может быть для нее эмоционально неприемлемым.

С медицинской точки зрения удаление матки может иметь целый ряд довольно серьезных последствий.

Согласно большому исследованию, выполненному в Швеции (в течение нескольких десятилетий проводился скрупулезный анализ историй болезней более чем 800 тыс. женщин, перенесших удаление матки), был отмечен существенный рост риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов и инсультов), если матка удалялась до 50 лет. Исследование было очень масштабным — проведен анализ последствий более чем за 30-летний период.

Другими словами, удаление матки влечет за собой серьезные проблемы для здоровья и повышает риск заболеваний, которые могут приводить к инвалидизации и даже смерти. Важно, что и врачи, и пациентки не ассоциируют появление этих заболеваний с удалением матки, так как эти осложнения развиваются не в ближайшее время, а через год и позже.

Возможные негативные последствия удаления матки:

- Сердечно-сосудистые заболевания. Риск их развития увеличивается как в случае удаления яичников, так и при их сохранении, но отмечено, что при удалении яичников выраженность серьезных последствий для сердца и сосудов повышается.
- После удаления матки возрастает риск развития рака почек, молочной и щитовидной желез.
- Возникает депрессия, раздражительность, бессонница, нарушение памяти, приливы жара к лицу.
- Отмечается повышенная утомляемость.
- Могут возникать нарушения мочеиспускания (учащенное мочеиспускание, недержание мочи).
- Часть женщин отмечает боли в суставах.
- Возрастает риск переломов за счет возможного развития остеопороза.
- Возрастает частота проблем в половой жизни (снижение либидо, боли при половой жизни, исчезновение вагинального оргазма, снижение интенсивности оргазма, сухость во влагалище).
- С большей вероятностью возникает опущение стенок влагалища.
- Возможно увеличение веса (развитие метаболического синдрома, развитие эндокринных заболеваний).
- Может наблюдаться выпадение волос.

Кроме отдаленных последствий удаления матки, необходимо знать и о возможных последствиях самого хирургического вмешательства:

- Наркозные осложнения
- Ранение соседних органов и магистральных сосудов во время вхождения в живот (особенно характерно для лапароскопических операций) и самой операции
- Интраоперационное кровотечение или отсроченное кровотечение из послеоперационной раны
- Воспалительные осложнения

- Кишечная непроходимость (опасное осложнение — необходима повторная операция)
- Перитонит
- Тромбоэмболия легочной артерии

Кроме этого, после подобного хирургического вмешательства требуется период реабилитации, который нередко продолжается до двух месяцев.

Вот так на самом деле выглядит «простая операция» по удалению матки, так легко предлагаемая врачами женщинам с миомой матки

Многим пациенткам, у которых подруги или родственники перенесли удаление матки, как правило, ничего объяснить не надо. Они сами часто говорят следующую фразу: «Матку я удалять категорически не буду! Я видела, во что превратилась моя мама (подруга, сестра, коллега). Мне такого не надо!»

Конечно, есть исключения, когда женщины довольны тем, что им удалили матку. Чаще всего это женщины, которые до удаления матки имели существенные проблемы (обильные длительные кровотечения, боли, учащенное мочеиспускание и т. д.).

После удаления матки они избавились от этих симптомов, и «на контрасте» им кажется, что всё изменилось к лучшему. Подчас они просто не обращают внимания на развивающиеся изменения в их организме, а чаще всего попросту не связывают их с удалением матки.

У небольшой части женщин все перечисленные симптомы могут быть выражены не так сильно, чтобы женщина обращала на это внимание. Возможно, это связано с тем, что яичники сохранили достаточное кровоснабжение и не случилось выраженного падения уровня гормонов.

Удалить матку и сохранить яичники?

Тут необходимо указать еще на одно лукавство гинекологов, предлагающих поскорее удалить матку. Часто ими подчеркивается тот факт, что яичники после операции останутся и продолжат полноценно работать, удаляется только матка. Это неправда! В

процессе удаления матки в любом случае нарушается кровоснабжение яичников, так как пересекается один из важных путей кровоснабжения яичника — ветвь маточной артерии.

После операции яичники пытаются компенсировать недостающее кровоснабжение, но в большинстве случаев это не получается, и в условиях недостатка кровоснабжения в яичнике начинаются дистрофические процессы, приводящие к снижению выработки гормонов.

Врач не вправе решать за пациентку, какие органы ей нужны, а без каких она, в принципе, может обойтись, руководствуясь при этом лишь соображением собственной выгоды и вводя в заблуждение

Отсутствие у врача знаний обо всех имеющихся в настоящий момент методах лечения заболевания является его большим недостатком, от которого страдают его пациенты. Скрытие же или заведомо ложное информирование пациентки об альтернативных методах лечения должно рассматриваться не иначе как преступление.

Помните, что в современных условиях в подавляющем большинстве случаев миому матки можно лечить без удаления матки. Только наличие серьезных сопутствующих гинекологических заболеваний может оправдать удаление матки. Во всех остальных случаях удалять этот орган не нужно.

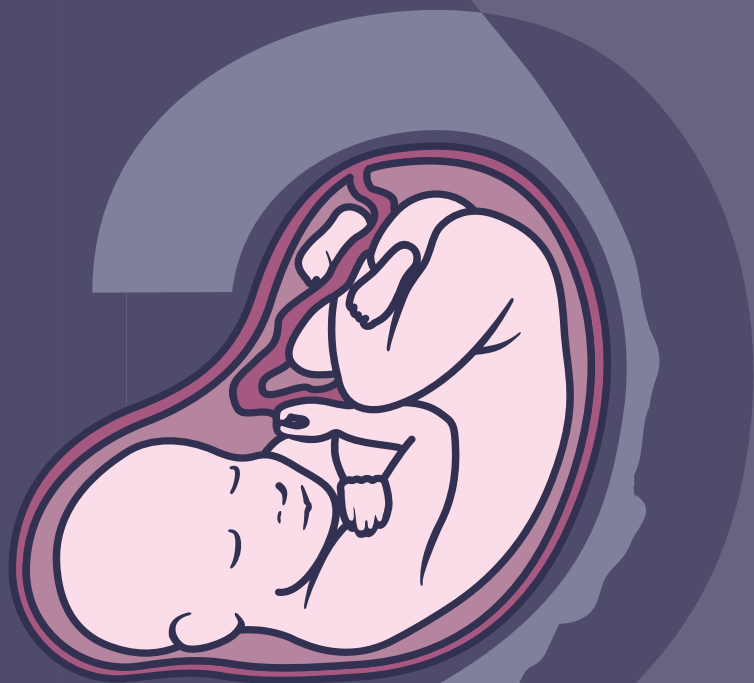
Эмболизация и беременность

В США, Канаде и Европе проведены исследования, сравнивающие миомэктомию и ЭМА у нескольких тысяч пациенток, заинтересованных в беременности. Результаты продемонстрировали высокую эффективность ЭМА и позволяют рекомендовать ЭМА в качестве метода лечения миомы матки у широкого круга пациенток, заинтересованных в беременности

Прежде чем подробно обсудить этот вопрос, необходимо разобраться с несколькими важными понятиями.

Первое. Возможность наступления и вынашивания беременности не является обязательно реализуемой функцией женского организма. Далеко не все женщины могут забеременеть и родить ребенка. Бесплодие, обусловленное различными причинами, встречается не так уж и редко. Известно, что у части абсолютно здоровых женщин (то есть у тех, у кого в результате всестороннего обследования не выявляется никаких отклонений) не наступает беременность, и в то же время у женщин, имеющих множество гинекологических заболеваний, беременность может наступать и заканчиваться родами.

Второе. Не все женщины, единожды родившие ребенка, смогут повторно забеременеть, и этот феномен также не всегда имеет объяснение. В гинекологии есть диагноз «необъяснимое бесплодие», на которое, согласно статистике, приходится до 25% всех случаев бесплодия. Кроме того, есть состояние, которое называют «привычное невынашивание беременности», то есть у женщины беременность наступает, но все время прерывается по тем или иным причинам.



Способность к деторождению – чрезвычайно комплексный вопрос, зависящий от различных факторов, включая и здоровье партнера

Также нужно отметить, что такие особенности течения беременности, как преждевременные роды и другие осложнения во время родов, регулярно встречаются у здоровых молодых женщин, и далеко не всегда удается установить причину, приведшую к такому развитию событий. В целом надо отметить, что довольно много аспектов, касающихся наступления беременности, вынашивания и родов, до сих пор до конца не изучены.

Таким образом, нельзя рассматривать возможность беременности и вынашивания у любой женщины как неотъемлемую функцию организма — как, например, наличие руки или ноги.

Поэтому, обсуждая влияние тех или иных факторов на репродуктивную функцию, нужно четко понимать, что однозначных мнений быть не может, так как всегда необходимо делать допущение на невозможность достоверной сравнительной оценки состояния этой функции до лечения и после него.

Возвращаясь к теме о влиянии ЭМА на беременность, мы сообщаем: ЭМА на возможность забеременеть и родить ребенка не влияет.

А теперь давайте разберемся, на основании каких фактов мы можем делать такое утверждение.

- За всю нашу практику использования ЭМА для лечения миомы матки (а это 12 лет работы и более 5000 прооперированных пациенток) мы ежегодно фиксируем рождение детей у многих женщин, прошедших через ЭМА.

Важно также понимать, что мы можем оценивать только небольшую часть пациентов (только тех, кто наблюдался и рожал в нашей клинике или просто сообщил нам об этом). Большая часть пациентов, особенно иногородних, не сообщает о наступившей беременности, поскольку после ЭМА проблема миомы перестает для них существовать, и когда у них наступает беременность и про-

исходят роды, мы просто не получаем об этом информации.

- Мы не видели пациентов, у которых не получилось забеременеть и выносить ребенка после ЭМА, и это как-либо было связано с последствиями самой ЭМА

- В мировой литературе нет ни одной публикации, которая бы указывала на то, что бесплодие или невынашивание беременности развилось у пациентки после ЭМА — нет не только статистики, но даже и описания единичных случаев

- В мировой научной литературе за последние 20 лет неоднократно публиковались статьи, описывающие беременность и роды после эмболизации маточных артерий. Если грубо суммировать литературные данные, то количество доношенных беременностей после ЭМА достигает нескольких тысяч. При этом важно помнить, что, во-первых, публикуют свои данные не более 1% лечебных учреждений, применяющих ЭМА, а во-вторых, как уже упоминали выше, далеко не все пациентки, родившие после ЭМА, считают нужным сообщить об этом тем, кто выполнял им эмболизацию

- В мировой научной литературе наиболее часто встречаются теоретические рассуждения на тему беременности после ЭМА, к примеру: «Не рекомендуется выполнять ЭМА нерожавшим женщинам в связи с недостаточной изученностью этого вопроса». Но еще раз повторим: нет публикаций, указывающих на развитие бесплодия или невынашивания беременности после проведенной ЭМА.

Таким образом, в реальной жизни мы видим:

- Ежегодное увеличение количества беременностей и родов после ЭМА.

- Отсутствие научно доказанных фактов влияния ЭМА на репродуктивную систему.

- Только теоретические рассуждения о возможном влиянии ЭМА на беременность и роды.

И наш опыт, и данные литературы свидетельствуют, что кровоток в матке восстанавливается в полном объеме в течение первой недели после ЭМА

Толщина и характеристики слизистой оболочки матки (эндометрия) никак не изменились после проведения эмболизации маточных артерий. Имеющиеся в Интернете единичные сообщения о влиянии ЭМА на толщину эндометрия в настоящее время являются исключительно домыслами врачей (при корректном выполнении ЭМА). В принципе, они так и пишут: «ЭМА может влиять». Наши исследования показывают, что эндометрий не страдает, и никакого влияния ЭМА на него не оказывает.

На ранних этапах освоения методики имелись сообщения, что применение контрафактных эмболизационных препаратов слишком мелкого размера может сопровождаться негативным воздействием на эндометрий. Однако при выполнении ЭМА в современных центрах, обладающих большим опытом и использующих современные препараты, это полностью исключено.

Нарушение функции яичников также только предполагается отдельными специалистами, далекими от ЭМА. По данным многочисленных исследований (как наших, так и зарубежных), никаких изменений в работе яичников после ЭМА не происходит (оценивался гормональный фон до и после ЭМА через 1, 3, 6 и 12 месяцев).

Аргументы критиков ЭМА строятся исключительно на предположениях

Всегда звучит фраза: «ЭМА может оказывать отрицательное воздействие...», но при этом ни одного научного исследования, показавшего это «негативное влияние ЭМА», не существует, при том что ЭМА активно изучается около 20 лет. В целом для медицинской науки этого срока всегда бывает достаточно, чтобы изучить эффекты лечебного метода на организм и на его отдельные функции. И в этой части научные данные (подчеркиваем, именно научные, а не какие-либо еще) полностью подтверждают эффективность применения ЭМА.

Чаще всего активными противниками ЭМА являются гинекологи, сфокусированные на хирургическом лечении.

И в качестве альтернативного метода лечения миомы матки чаще всего упоминается миомэктомия (операция, при которой из матки удаляются миоматозные узлы). Почему-то при этом не сообщается, какова на самом деле частота наступления и вынашивания беременности после этой операции, а также умалчиваются возможные риски, связанные с проведением этой хирургической операции.

Согласно данным мировой литературы, частота наступления беременности после миомэктомии колеблется в среднем от 30 до 55%

Проведение миомэктомии совершенно не гарантирует наступление беременности или возможность вынашивания ребенка.

При этом надо помнить, что согласно тем же исследованиям:

- вероятность любых осложнений после миомэктомии по сравнению с ЭМА существенно выше;
- восстановление после миомэктомии существенно дольше;
- после миомэктомии возможно развитие спаечного процесса в малом тазу, что может приводить к нарушению проходимости маточных труб — а это дополнительный фактор бесплодия.

Миомэктомия, в отличие от ЭМА, оказывает временный эффект: узлы после этой операции начинают расти снова. Частота рецидивов после миомэктомии — 10–14% в год, то есть через 4–5 лет после операции у более чем половины пациентов вновь будет диагностировано это заболевание и надо будет решать вопрос о выборе метода лечения.

Частота осложнений во время беременности и родов у пациенток, перенесших миомэктомию, выше — есть риск разрыва матки по рубцу во время родов, также имеется риск развития вращающейся плаценты в рубец — очень сложная и опасная ситуация в акушерстве.

Прочие описываемые осложнения (внематочная беременность, преждевременные роды, низкий вес плода) встречаются с одинаковой частотой как у пациентов, перенесших ЭМА, так и у тех, кому была выполне-

на миомэктомия. Более того, частота этих осложнений сравнима с таковой у пациентов соответствующей возрастной группы. То есть тут «вклад» как миомэктомии, так и ЭМА в развитие таких осложнений сомнителен.

«Альтернатива» эмболизации в виде миомэктомии не является безопасным методом, гарантирующим наступление и вынашивание беременности.

Парадоксально, но хирурги, всячески отговаривающие пациенток от эмболизации маточных артерий, запугивая их несуществующими опасными последствиями, ничего не говорят о последствиях и прямых рисках самой миомэктомии, а также об ее влиянии на репродуктивную систему. Да и сами пациенты часто не задают этих вопросов хирургам. Почему-то бывает достаточно просто уверенной фразы врача: «Я все узлы удалю, и вы можете беременеть, а эта эмболизация вам не показана — кто знает, что потом у вас может случиться». Всегда хочется возразить: если данный конкретный доктор не знает, «что потом может случиться», это совсем не означает, что медицине в целом это тоже неизвестно. Это как раз значит, что доктор не осведомлен о том, о чем он должен быть осведомлен. А может быть, он и про технику миомэктомии не все знает, раз уж такие существенные пробелы имеются?

Важно подчеркнуть, что в реальности ЭМА и миомэктомия отнюдь не являются конкурирующими методами лечения миомы матки. Они оба имеют место в комплексе наших средств по борьбе с миомой. Но необходимо четко понимать целесообразность применения того или иного метода лечения в каждом конкретном случае, у каждой конкретной пациентки.

Консервативная миомэктомия — это, в первую очередь, реставрация матки для осуществления репродуктивной функции — именно так надо относиться к этому методу лечения в современных условиях. Исключением может быть ситуация, когда миоматозный узел или узлы расположены на тонком основании и создают выраженный дискомфорт для женщины за счет болевого синдрома (при этом в стенке матки не должно быть других узлов). Очевидно, что производить сложную консервативную миомэктомию у пациентки, находящейся в позднем репродуктивном возрасте и незаинтересованной в деторождении, не следует, так как это, в первую очередь, совершенно избыточное вмешательство и совершенно неоправданный риск для женщины.

Оценивая состояние матки перед принятием решения о возможности проведения консервативной миомэктомии, важно учитывать несколько факторов:

- Какое количество рубцов останется на матке после операции? Множество рубцов на матке может вызвать существенные осложнения во время беременности и родов (разрывы матки по рубцу, вращающаяся плацента в рубец и т. п.)
- Будет ли во время миомэктомии вскрыта полость матки? Удаление узлов со вскрытием полости ассоциировано с худшим прогнозом в отношении беременности и родов
- Прогнозируемый размер узла или узлов ко второму триместру беременности и преимущественное направление роста узлов. Известно, что в среднем размер узлов во время беременности увеличивается на 25–30% от первоначального размера. Если узел небольшой и растет наружу, то решение о выполнении консервативной миомэктомии может быть отложено. Выбор делается в сторону беременности с узлом, нежели беременности с рубцом на матке.

Теперь несколько слов о беременности с миомой матки, так как в ряде случаев возможно не проводить никакого лечения и советовать женщине забеременеть с имеющимися узлами

Важно иметь в виду, что такое решение требует довольно сложного анализа ситуации и его должен принимать только врач-гинеколог.

Вначале приведем некоторые статистические данные.

- Около 4% всех беременностей протекает на фоне наличия миомы матки.
- В 49–60% из них наблюдается незначительное изменение размеров

миоматозных узлов во время беременности.

- В 22–32% случаев наблюдается рост миоматозных узлов.
- В 8–27% наблюдается уменьшение размеров миомы, ее регресс.

Согласно данным ряда исследований, почти 62% узлов, размерами до 5 см, определявшихся до беременности, не визуализировались на УЗИ в конце беременности. При этом отмечено, что большие миоматозные узлы растут во время беременности в среднем на 12%, но не более чем на 25%. В то же время маленькие узлы чаще всего стабилизируются в размерах.

Осложнения во время беременности при наличии миомы матки встречаются в 10–40% случаев.

Наиболее частые осложнения во время беременности:

- спонтанное прерывание беременности
- преждевременные роды
- преждевременный разрыв плодных оболочек
- повреждение плода, гипотрофия плода
- нарушения родовой деятельности
- послеродовые кровотечения

Наибольшую угрозу представляют крупные субмукозные узлы и ретроплацентарные (располагающиеся позади места прикрепления плаценты) узлы интрамуральной или трансмуральной локализации.

Миоматозные узлы растут во время беременности под воздействием прогестерона, концентрация которого в крови прогрессивно возрастает в течение первых двух триместров беременности. Далее рост замедляется и наступает или стабилизация размеров узлов, или даже регресс.

Наличие миоматозных узлов у пациентки, планирующей беременность, заставляет принимать решение о том, возможна ли беременность с имеющимися узлами (или узлом) или всё же требуется лечение. В конечном итоге необходимо решить, что может быть более рискованным и что потенциально может вызвать больше осложнений — имеющийся узел миомы матки или рубец после его удаления.

Факторы, влияющие на возможность беременности с миомой

Размер, количество и локализация узлов — это очевидные факторы, так как именно они определяют возможность выбора между беременностью с узлом либо необходимостью выполнения ЭМА или миомэктомии. На этом этапе существует своеобразная «развилка» — можно ли беременеть с миомой или беременность без операции или ЭМА невозможна, либо сопряжена с высоким риском ее прерывания.

Потенциальное направление роста интрамуральных узлов (малых и средних размеров) — это очень важный фактор. Во время УЗИ можно более-менее точно определить, каков именно характер роста узла — центробежный или центростремительный.

Возраст пациентки — чем старше женщина, тем серьезнее негативное влияние наличия миоматозных узлов на вынашивание и роды. Следует помнить, что время на операцию и последующую реабилитацию может влиять на саму возможность забеременеть, и этот фактор надо учитывать в неоднозначных ситуациях.

Репродуктивный анамнез — большое значение имеет длительность бесплодия, предыдущие беременности, роды. Если у пациентки длительное бесплодие и исключены другие факторы, влияющие на зачатие и вынашивание, это заставляет в большей степени склоняться к оперативному лечению.

Фактор времени — важно выяснить у пациентки, когда она планирует беременность. Если у в последнее время отмечается рост узлов, и беременность в ближайшее время не планируется — предпочтение надо отдавать ЭМА. Это связано с тем, что если пациентке выполнить миомэктомию, то довольно высока вероятность того, что когда она решит забеременеть, к примеру, через 3–4 года после этой операции, ей вновь придется решать вопрос с лечением миомы матки, так как к этому времени у многих фиксируется рецидив заболевания.

Дополнительные факторы — наличие сопутствующей патологии, которая требует хирургического лечения (например, киста яичника), факторы, определяющие отказ от операции либо, наоборот, показания.

Если ситуация такова, что беременность с миомой признается невозможной или рискованной — какой метод лечения должен быть выбран?

Целесообразно и оптимально делать выбор между миомэктомией и ЭМА. Выбирая между этими методами лечения, можно руководствоваться следующим правилом:

Если есть техническая возможность сделать миомэктомию, и при этом нет существенной угрозы расширить объем операции до гистерэктомии, и прогнозируется лишь небольшое количество рубцов на матке, и нет риска вскрытия полости, и ожидается, что после удаления всех узлов топография матки существенно не изменится — стоит отдать предпочтение хирургическому лечению. В других случаях надо выбирать ЭМА.

Когда стоит отдавать предпочтение эмболизации маточных артерий?

1. Множественная миома матки: случаи, когда большая часть узлов располагается интрамурально (в стенке матки), трансмурально (занимают всю стенку матки), субсерозно-интрамуральные узлы с глубоким залеганием в стенку матки, наличие множества мелких узлов глубокого залегания, перешеечные узлы, в т. ч. на широком основании с деформацией шейки матки.

2. Субмукозные узлы размером более 4-5 см нулевого типа по эндоскопической классификации (узел в полости матки) и первого типа (узел более чем на 50% в полости матки), которые крайне затруднительно удалить путем гистерорезектоскопии; субмукозные узлы второго типа (узел проникает в полость матки менее чем на 50%) — после ЭМА они могут дислоцироваться в полость матки и экспульсироваться наружу.

Как видно из приведенного выше, обсуждение решения о выборе метода лечения миомы матки у женщины, планирующей беременность, всегда будет связано с учетом множества нюансов и не всегда решение может быть очевидным без дополнительных

исследований. Приходится делать выбор между тремя путями:

1. беременеть без лечения с имеющимися узлами,
2. выполнить миомэктомию,
3. отдать предпочтение эмболизации маточных артерий.

Подведем итоги

Эмболизация маточных артерий проводится женщинам, планирующим беременность, так как после перенесенной эмболизации женщины беременеют и рожают здоровых детей. ЭМА не оказывает отрицательного воздействия на репродуктивную систему (нет никаких данных, указывающих на это, за более чем 15 лет наблюдения); все сообщения о воз-

можных отрицательных эффектах являются не более чем домыслами и не имеют под собой фактической базы – их существование не доказано никакими научными исследованиями.

Миомэктомия, будучи важным и распространенным методом лечения, всё же не гарантирует наступление и вынашивание беременности, так как частота беременностей после этой операции, согласно мировым научным данным, колеблется в среднем от 30 до 55%. Миомэктомия сопровождается большим риском, чем ЭМА. Период восстановления после нее дольше, а эффект – лишь временный. Частота рецидивов после миомэктомии крайне велика. Все указанные фактические данные имеются в открытом доступе, и их можно найти как в зарубежных, так и в российских научных публикациях, однако именно об этом предпочитают умалчивать

врачи, предлагающие только миомэктомию и отговаривающие от проведения ЭМА.

Возможность наступления и вынашивания беременности — не гарантированная функция женского организма. В связи с этим корректно оценивать, влияет ли тот или иной метод лечения на эту функцию, крайне затруднительно.

Принимая пациенток с миомой матки, мы индивидуально подходим к выбору метода лечения, учитывая множество факторов, часть из которых перечислена выше. Имея возможность проведения как эмболизации маточных артерий, так и миомэктомии, мы можем объективно подходить к решению вашей проблемы – в отличие от многих других клиник, в которых доступны только хирургические методы лечения.



Вопросы и ответы

1. Есть ли ограничения по размеру миомы или неделям беременности для выполнения ЭМА?

Фактически никаких ограничений нет, так как технически ЭМА можно выполнить при любом размере миомы матки — от крошечной до гигантской. Речь идет о показаниях к проведению ЭМА в той или иной ситуации. Имея в нашей клинике все методы лечения миомы матки, мы можем рекомендовать пациентке именно тот метод лечения, который подходит ей в конкретной ситуации (включая хирургию, в т.ч. лапароскопическую и т.д.). Т.е. мы не ограничены техническими возможностями клиники, что обеспечивает непредвзятые рекомендации. ЭМА не всегда оправдана, и в ряде случаев мы отдаем предпочтение другим методам лечения. Но это определяется не размерами, а больше локализацией и топографией, количеством узлов, а также возрастом и актуальностью репродуктивных планов.

2. Можно ли выполнить эмболизацию при множественных миомах?

Множественность миомы матки является важнейшим показанием для проведения ЭМА. Удаление большого количества узлов из матки приводит к существенной травме матки. При ЭМА такого не происходит. Ошибочно думать, что во время ЭМА производится последовательная эмболизация каждого узла. Во время этой процедуры одномоментно прекращается питание всех узлов, включая даже те мелкие узлы, которые были не видны во время УЗИ.

3. Является ли эмболизация экспериментальной методикой?

Эмболизация маточных артерий не является экспериментальной методикой. ЭМА официально зарегистрирована как метод лечения миомы матки в конце 90-х годов всеми контролирующими здравоохранение организациями во всем мире, в том числе и в России. Многочисленные исследования показали высокую эффективность и безопасность этого метода лечения.

В 2004 году ЭМА была выполнена госсекретарю США Кондолизе Райс. Решение о выборе именно этого метода лечения было принято на консилиуме лучших врачей Америки. Очевидно, что экспериментальный метод лечения ни при каких условиях не мог бы быть применен у второго лица в государстве, исходя хотя бы из принципов национальной безопасности.

4. Могут ли миомы возникать снова после эмболизации?

Официальная статистика говорит о том, что вероятность рецидива миомы матки после проведения эмболизации маточных артерий ничтожно мала. Речь идет не о возобновлении роста миоматозных узлов, а о появлении новых миом. Тут надо отметить, что вероятность возникновения новых узлов миомы больше у женщин, которым ЭМА была выполнена не полностью. В первую очередь это касается ситуаций, когда эндоваскулярному хирургу не удается выполнить эмболизацию обеих маточных

артерий в силу технических сложностей при её катетеризации.

Должны отметить, что в нашей практике не было ни одной неудачи катетеризации за последние 5 лет. По-видимому, это связано с накопленным опытом тысяч ЭМА, а также использованием самого современного и высокотехнологичного инструментария. При этом важно отметить, что большое количество пациенток, у которых возникли технические сложности при выполнении ЭМА в других клиниках России и СНГ, в конечном итоге обращаются к руководителю нашего отделения рентгенохирургии Б.Ю.Боброву для выполнения повторной ЭМА. Это значит, что в нашей практике пациентов со сложной анатомией существенно больше, чем в практике обычных клиник.

5. Применяется ли ЭМА при шеечном и перешеечном расположении миомы?

При такой локализации узлов, как правило, возникают трудности для хирургического лечения миомы, и далеко не все хирурги берутся оперировать таких пациентов (как открытым доступом, так и лапароскопически). Это связано с тем, что область перешейка является местом где маточная артерия подходит к матке и делится на восходящую и нисходящую ветви. Повреждение этого сосудистого пучка в процессе удаления узла может привести к серьезному кровотечению, остановить которое можно только удалением матки. Поэтому при такой локализации зачастую единственным эффективным и безопасным методом лечения является эмболизация маточных артерий.

Надо отметить, что при чисто шеечном расположении узла после ЭМА в большинстве случаев происходит экспульсия (узел рождается), то есть матка полностью освобождается от такого узла.

6. Может ли восстановиться кровоток к миоме после ЭМА?

Да, такое возможно, но происходит крайне редко. Возможных причин несколько:

– Технические погрешности при проведении ЭМА, приведшие к неполной эмболизации артерий миомы.

Например, если была проведена односторонняя эмболизация маточных артерий (то есть закрыт кровоток только в одной маточной артерии, это случается при технических трудностях доступа в случаях атипического строения артерии). В таких случаях делается повторная ЭМА силами более опытного хирурга. Медицинский директор Европейской клиники Б. Ю. Бобров помимо самого значительного опыта ЭМА, также обладает и самым большим опытом повторных вмешательств, поскольку мы собираем пациентов после неудачных ЭМА (выполненных в других клиниках) со всей России.

– ЭМА была проведена сразу же после курса терапии агонистами ГнРГ (бусерелин, золадекс, диферелин, люкрин-депо). На фоне такой терапии происходит временное снижение кровоснабжения узлов, и эмболы не могут заполнить все артерии. После окончания действия препарата кровотоки в узлах восстанавливаются по ранее спазмированным артериям. Если использовалась терапия агонистами, ЭМА возможна не ранее чем через 2 месяца после отмены препарата.

– Наличие особенностей кровоснабжения матки и яичников, обеспечивающих дополнительные источники кровоснабжения миомы. Такие особенности встречаются относительно редко и не более, чем в 1,5% всех случаев ЭМА они могут быть ответственны за восстановление кровотока в миоме после ЭМА. Как правило, кровоток восстанавливается лишь в небольшой части ткани миомы. Однако, если это становится клинически значимо – например, возобновляется рост узлов – выполняется повторное вмешательство – эмболизация дополнительного источника кровоснабжения. На наших базах повторные вмешательства такого рода выполняются строго бесплатно.

7. Есть ли временная эмболизация?

Временной эмболизации маточных артерий не бывает, так как под термином «эмболизация» подразумевается закрытие просвета сосуда каким-то веществом (тромб, частичка жировой ткани, специальными эмболами) и их оттуда никак невозможно удалить. ЭМА при миоме подразумевает необратимое прекращение кровоснабжения.

Существует временное прекращение кровоснабжения матки за счет пережатия маточных артерий или их окклюзии баллонами, которое производится во время операции или кесарева сечения, а также для остановки послеродовых кровотечений. Но к лечению миомы матки эти технологии не имеют отношения.

8. Может ли ЭМА привести к варикозному расширению вен?

Не существует никакой связи и никакого механизма, способного связать ЭМА и варикозную болезнь. К варикозному расширению вен нижних конечностей приводят разные причины. В частности наличие очень большой миомы матки, которая за счет компрессии может нарушать отток крови из нижних конечностей. В этом случае результат ЭМА – уменьшение матки – может даже приводить к снижению выраженности хронической венозной недостаточности у пациентов с варикозной болезнью.

9. Существуют ли какие-либо возрастные ограничения для эмболизации?

Возрастных ограничений нет, однако есть понятие целесообразности проведения эмболизации в той или иной ситуации. К примеру, после менопаузы ЭМА, как правило, не проводится, так как после прекращения менструальной функции миома матки в большинстве случаев регрессирует самостоятельно. В молодом возрасте, до начала менструаций, миома матки не встречается. Во всех остальных ситуациях ЭМА выполняется по показаниям.

10. Сколько дней необходимо провести в клинике?

В подавляющем большинстве случаев пациентка выписывается через день после операции, то есть проводит в клинике ровно 1 день. Крайне редко возникает ситуация, когда требуется еще один день госпитализации. Это в большей степени бывает

связано с желанием самой пациентки находиться под наблюдением в связи с отсутствием возможности помогать ей дома (например, пациентка приезжает из другого города и останавливается в гостинице).

11. Связано ли вмешательство с облучением и насколько оно сильное?

При проведении эмболизации маточных артерий используется специальное ослабленное рентгеновское излучение, суммарная длительность экспозиции которого не превышает 2–3 минут. При этом доза излучения, которую получает пациентка, не больше чем при обычном рентгеновском снимке грудной клетки или снимка, который производится для оценки проходимости маточных труб у пациенток, обследующихся по вопросу бесплодия.

Также стоит принять во внимание, что эндovasкулярный хирург, выполняющий ЭМА, получает сопоставимую дозу



рентгеновского облучения. Но только он получает ее ежедневно и несколько раз в день. Тем не менее, уменьшение продолжительности и дозы рентгеновского облучения – это одна из основных задач эндоваскулярного хирурга. Сокращение времени рентгеноскопии и, соответственно, дозы напрямую связано с опытом оперирующего хирурга – от средних 30–40 минут у начинающих докторов, до 2–3 минут в руках врача с опытом в тысячи ЭМА. Не в ущерб качеству, разумеется.

12. Какие исследования надо провести перед эмболизацией?

Начать надо с УЗИ, в большинстве случаев его достаточно. МРТ необходима крайне редко, только в тех ситуациях, когда возможностей УЗИ недостаточно (например, очень большая матка и множество миоматозных узлов сложной локализации).

Хотим особо отметить, что УЗИ следует проводить у гинеколога, который занимается эмболизацией маточных артерий. Это важно, так как есть очень много нюансов, параметров кровотока и т.п., которые обычные гинекологи рутинно не смотрят (или смотрят не очень профессионально). Нам нередко приходится переделывать неинформативные УЗИ, сделанные в другом месте.

Если в ходе консультации принимается решение о проведении ЭМА, гинеколог выдает пациентке лист подготовки, в котором подробно перечислены все анализы и обследования. Этот список почти не отличается от списка анализов, которые сдают перед госпитализацией в любой хирургический стационар, но есть ряд специфических анализов и исследований. Анализы в современных лабораториях выполняются быстро.

13. Целесообразно ли делать ЭМА при сочетании эндометриоза и миомы?

Скорее всего речь идет о сочетании миомы матки и аденомиоза (другое название – «внутренний эндометриоз»). Сочетание миомы матки и аденомиоза никак не влияет на эффективность эмболизации маточных артерий. Есть отдельное состояние, когда в матке превалирует аденомиоз и есть единичные мелкие миоматозные узлы – в данном случае эффективность ЭМА в отношении такого симптома, как обильные менструальные кровотечения может быть снижена. Т.е. у части (около 10%) пациенток с аденомиозом 3 степени кровотечения могут снова появиться в отдаленном периоде, поскольку связаны они были не с миомой, а с аденомиозом.

Однако, в последние годы все больше выполняют ЭМА для лечения именно аденомиоза. Даже при отсутствии миомы. Дело в том, что других методов эффективно вылечить аденомиоз, не удаляя при этом матку, пока нет.

14. Как надо подготовиться к операции?

Когда после консультации принимается решение о выполнении ЭМА, пациенту выдается специальный «лист подготовки», в котором подробно описано все, что необходимо сделать перед ЭМА. В схему подготовки входит сдача анализов и прохождение нескольких исследований (по сути все тоже самое, что проходит пациент перед любой хирургической операцией), также в листке указано, какие лекарственные препараты надо принимать до ЭМА и за какое время. Препараты начинают принимать за неделю до операции. В целом в подготовке к ЭМА нет ничего сложного, просто есть свои нюансы.

15. Можно ли в ночь перед операцией принимать успокоительные средства и лекарства для постоянного применения?

Успокоительные средства даже входят в перечень препаратов, которые необходимо принимать до операции. Прием лекарств для постоянного применения вы обсуждаете с вашим лечащим врачом – так как возможно эти



препараты могут не сочетаться с препаратами, которые вы будете принимать в процессе подготовки или в стационаре, могут быть противопоказаны при проведении ЭМА, дублироваться и т.д. Иногда возникает необходимость получить консультацию у своего лечащего доктора (который назначил эти препараты для постоянного применения) с целью коррекции дозы в связи с планирующимся вмешательством, к примеру, если вы получаете сердечные препараты или средства от гипертонии.

16. Что можно есть и пить после эмболизации (ведь некоторые продукты могут вызывать газообразование и дополнительную боль)?

В первые часы после ЭМА есть не рекомендуется. Употребление пищи может вызвать тошноту и рвоту. Полноценное питание возможно уже вечером, если у вас будет аппетит, при этом нет никаких строгих ограничений. Если вы сами знаете, что некоторые продукты могут вызвать у вас газообразование – именно их стоит исключить из питания. Часть пациенток после ЭМА чувствуют себя настолько хорошо, что могут спокойно поужинать.

17. Когда можно вставать с постели и сгибать ногу после ЭМА?

Сгибать ногу после ЭМА можно через 6 часов при использовании гемостатического устройства Safeguard, через этот же промежуток времени можно вставать. При использовании нового гемостатического устройства Angio Seal уже сразу же после операции можно сгибать ногу на 30% и поворачиваться на бок, а через 2 часа – занимать в постели любую позу. Через 4 часа можно вставать, но в сопровождении медсестры. Так как для обезболивания используются наркотические анальгетики и другие препараты, которые влияют на общее состояние, мы не рекомендуем вставать после операции до следующего утра. В целом поводов для подъема у вас особенно не будет, пациенты, как правило, большую часть времени просто спят.

18. Почему нельзя сгибать ногу в колене и зачем бинтуют эластичным бинтом?

Рекомендация не сгибать ногу связана с необходимостью обеспечить полноценное закрытие места пункции бедренной артерии (очень похоже на ситуацию, когда после того, как вам взяли кровь из вены просят 5-10 минут держать руку согнутой в локтевом суставе). В отличие от вены на руке, давление на бедренную артерию должно быть более длительным, при этом ногу не сгибают, а на область пункции наклеивают специальную давящую наклейку – гемостатическое устройство Safeguard. При использовании нового гемостатического устройства Angio Seal место пункции «пломбируется» особым способом, поэтому потребности в компрессии места пункции нет.

Эластичные бинты мы в своей практике не используем – они неудобны и часто малоэффективны. Наши пациенты надевают на ЭМА специальные компрессионные чулки, которые подбираются по размеру. Только такие чулки могут обеспечивать профилактику застоя крови в венах ног. Дело в том, что любое хирургическое вмешательство повышает риск развития этого осложнения. При этом надо сделать оговорку, что при проведении ЭМА эти риски минимальны и существенно ниже таковых для хирургического лечения, так как нет большой операционной травмы, общего наркоза, повышения давления в брюшной полости во время операции. Но в любом случае профилактика необходима, и она осуществляется за счет чулок и введения специального препарата после операции.

19. Как долго может держаться температура после ЭМА?

Всё зависит от наличия у вас узла или узлов с тенденцией на «рождение». В этом случае температура может быть очень разной, до 39 градусов. Нормальная температура установится через несколько дней после выхода узла или узлов. Бывают ситуации, когда после рождения одного узла, через некоторое время начинается рождаться следующий, тогда температура может подниматься вновь.

Если таких узлов у вас нет – температура может быть повышенной до недели, далее может сохраняться на субфебрильных цифрах до нескольких недель или месяцев. В любом случае, если возникают сомнения, вопросы или нужен совет – смело обращайтесь к нашим докторам. Мы максимально открыты для контакта и доступны по телефону 24 часа в сутки. То есть лучше лишний раз обратиться к врачу с вопросом, чем самостоятельно оценивать значимость температурной реакции.

20. Как долго может продолжаться болевой синдром, в том числе и умеренный, чтобы не беспокоится и не бежать к врачу?

Это очень субъективный момент. Сильные болевые ощущения, возникающие сразу после ЭМА, активно обезболиваются и уже на следующее утро после процедуры, как правило, уходят. Менее выраженные тянущие боли должны полностью исчезнуть в течение первой недели после ЭМА, однако периодические возникающие слабые болевые ощущения в матке могут сохраняться еще в течение некоторого времени. И это норма.

21. Как долго могут длиться выделения после ЭМА, когда можно не беспокоиться и не бежать к врачу?

Длительность и характер выделений зависят от наличия «узлов с тенденцией к рождению». Если таких узлов нет, выделения могут продолжаться от 1 дня до 2-х недель после ЭМА. Их вполне может и не быть вовсе. Если есть узлы, которые могут «родиться», выделения могут начаться, закончиться и потом начаться вновь и так до тех пор, пока полностью не закончится процесс «рождения». Мажущие или сукровичные выделения после ЭМА могут начаться уже на следующий день после операции и продолжаться до 2-3 недель – это тоже вариант нормы. Первые месячные после ЭМА, если она была выполнена накануне менструации могут пройти очень скудно, в виде простой «мазни», их тоже часто принимают за выделения после ЭМА.

22. Когда можно выходить на работу?

Чаще всего на работу пациентки возвращаются через неделю после ЭМА, однако некоторые выходили и раньше на 3-4 день (рекорд – выход на работу на следующий день. Но это безусловный «экстремизм» по отношению к своему здоровью), другие пациентки «не торопились» возвращаться к работе и через пару недель. Всё очень субъективно.

23. Как узнать о рождении миомы? Какие симптомы и какое обследование может показать рождение узла?

Экспульсия (рождение миомы) – явление в целом относительно нечастое. О вероятности экспульсии становится известно еще на первом УЗИ, до выполнения ЭМА. Поэтому если в конкретной ситуации экспульсия возможна, пациентка обязательно об этом будет проинформирована заблаговременно, до выполнения ЭМА. Рождение узла сопровождается выделениями темно-коричневого цвета, умеренными болями внизу живота, повышением температуры тела (очень большой диапазон цифр, возможно до 39 градусов). С этого момента вас должен вести врач, который руководит по телефону этим процессом и сам укажет вам, когда стоит подойти на контрольный осмотр. В ряде случаев рождению узла надо помочь, а в других случаях, узел рождается сам, просто выпадает наружу. Чаще всего именно так и происходит.

24. Когда возможна половая близость после ЭМА?

Четких сроков нет. В большинстве случаев рекомендуется воздержание в течение месяца, однако, если есть «узлы с тенденцией к рождению» – сроки могут сильно варьировать.

25. Когда можно активно заниматься фитнесом?

Возвращаться к активному фитнесу можно через 1,5 месяца. Занятия фитнесом на эффект ЭМА не влияют.

26. Можно ли загорать, посещать сауну после ЭМА?

Умеренно можно всё. Начинать имеет смысл через пару месяцев после ЭМА.

27. Через какое время (сколько месяцев) можно ожидать рождения узла?

Этого не может предсказать никто. Узел может начать рождаться и через несколько дней после ЭМА, а может это произойти и через год. Были самые разные случаи. Чаще всего – первые 2-3 месяца после ЭМА.

28. Можно ли применять гормонально заместительную терапию если миома еще не кальцинировалась?

Вопрос не до конца изучен. Теоретически заместительная терапия не должна влиять на эффект ЭМА. ЭМА в постменопаузе практически никогда не проводится. Значит необходимости в ГЗТ у пациенток после ЭМА как минимум год нет, а через год после ЭМА ГЗТ вполне возможна.

29. Что делать с большим узлом, который уменьшился наполовину и кальцинировался? Требуется ли дополнительное хирургическое вмешательство?

В данном случае всё индивидуально и зависит от дальнейших репродуктивных планов. Если пациентка не планирует беременность – узел удалять не надо. Если планирует – оценивают насколько этот узел может потенциально помешать выносить беременность - и в зависимости от этого принимается решение о необходимости операции.



Дмитрий Михайлович Лубнин,
врач акушер-гинеколог, к.м.н.,
руководитель центра лечения
миомы матки

30. Можно ли применять гормонотерапию до ЭМА?

Смотря о каких препаратах идет речь. Агонисты ГнРГ (золадекс, люкрин, диферелин, бусерелин и т.п.) до ЭМА противопоказаны, так как на их фоне происходит спазм артерий, что препятствует полноценной эмболизации всего сосудистого русла миомы. Если вы принимали агонисты ГнРГ до ЭМА, процедура возможна не раньше чем через 2 месяца после отмены препаратов.

31. Может ли ЭМА спровоцировать развитие заболеваний?

ЭМА не может спровоцировать развитие заболеваний, это невозможно даже теоретически.

32. Одну пациентку на операционном столе спросили «на сколько процентов будем эмболизировать миому?» Что это значит, и как решается этот вопрос врачом?

Видимо доктор шутил, когда задавал этот вопрос, а пациентка не поняла, что это была шутка (особо отметим – это был не наш доктор и не наша клиника). Дело в том, что эмболизация проводится по определенной технологии до того момента, когда хирург видит, что достигнута «конечная точка эмболизации» – специальный термин, обозначающий, что кровоток во всех миоматозных узлах прекратился полностью. Никаких других вариантов эмболизации маточных артерий не существует.

33. Может ли ЭМА повлиять на эндометрий?

Проведение эмболизации маточных артерий не оказывает никакого воздействия на эндометрий в том случае,

если процедура выполнена опытным хирургом и использовались эмболы правильного размера и формы. Использование мелких эмболов, не стандартизированных для проведения ЭМА, избыточная эмболизация (незнание характеристик «конечной точки эмболизации») и другие нюансы могут привести к повреждению эндометрия за счет эмболизации мелких веточек сосудистой сети матки. В опытных руках и при соблюдении всей технологии повреждение эндометрия невозможно.

34. Что такое некробиотические процессы в миоматозных узлах?

Это, то что начинает происходить после того, как узел лишается кровоснабжения. Ткань узла представляет собой гладкомышечные клетки, окруженные соединительной тканью. После ЭМА гладкомышечные клетки гибнут и полностью замещаются соединительной тканью.

35. Есть ли риск перепутать миому со злокачественной опухолью?

Этот вопрос неоднократно обсуждался в научных статьях, опубликованных в западных медицинских журналах. Единственная опухоль, похожая на миому, это лейомиосаркома матки. Лейомиосаркома – чрезвычайно редкая опухоль. Для нее нет специфических МРТ и УЗИ признаков. Кровоснабжение такой опухоли может иметь свои особенности, но не во всех случаях, однако заподозрить злокачественный процесс и принять дальнейшие меры для диагностики и лечения возможно.

Само выполнение ЭМА при лейомиосаркоме не представляет никакой

опасности. ЭМА даже некоторым образом замедляет рост опухоли. Однако, после эмболизации узел лейомиосаркомы, в отличие от миомы матки не уменьшается, в нем очень быстро восстанавливается кровоток. Таким образом, подобная реакция на ЭМА позволяет быстрее выявить это заболевание и принять необходимые меры. Еще раз подчеркнем, что лейомиосаркома – это очень редкая опухоль матки и риск ее возникновения чрезвычайно низок.

36. Надо ли делать выскабливание перед ЭМА?

Выскабливание проводится только по показаниям. Если во время проведения УЗИ не выявлены признаки патологии эндометрия (слизистой оболочки матки), к примеру, полипы или гиперпластический процесс, эндометрий хорошо просматривается и его можно полноценно оценить – выскабливание не показано. В таком случае достаточно взятия аспирата из полости матки. Это амбулаторная процедура, выполняющаяся всеми гинекологами, занимает 5-10 минут. Если же патология эндометрия выявлена – выскабливание под контролем гистероскопии проводится обязательно. Ни выскабливание, ни аспират не несут никакой информации о строении миомы матки, эти исследования необходимы только для оценки состояния слизистой оболочки матки.

37. От чего зависит выраженность постэмболизационного синдрома?

Течение и выраженность постэмболизационного синдрома не зависят от исходной клинической ситуации, то есть от размера, количества и локализации узлов. Все определяется индивидуальной реакцией на изменения в организме, вызванные проведенной операцией.





Возможные осложнения ЭМА

В реальности эмболизация маточных артерий — одна из наиболее безопасных процедур в медицине

Любая медицинская манипуляция имеет риск осложнений, опасен даже внутримышечный укол. Рассматривая осложнения, их надо разделять на несколько групп:

1. Осложнения, которые могут возникнуть при небольшом опыте и низкой квалификации врача.
2. Осложнения, которые можно отнести к категории «несчастный случай». Они встречаются крайне редко, связаны с индивидуальной реакцией организма, и предсказать или предупредить их невозможно.
3. Осложнения, которые встречаются с определенной частотой. Как правило, они не опасны и легко поддаются коррекции.

Для ЭМА характерно существенно меньшая частота и разнообразие осложнений, чем для хирургического лечения миомы матки. И это на самом деле так.

Информацию об осложнениях, связанных с эмболизацией маточных артерий, можно также разделить на три группы:

1. Истинные осложнения, которые могут возникнуть при проведении ЭМА.
2. Придуманные осложнения — то есть осложнения, которые никогда не случались, но о них часто рассказывают некоторые ангажированные врачи.
3. Осложнения, которые были зафиксированы в единичных случаях.

Осложнения, которые встречались в самом начале использования этой методики, но не встречаются сейчас, так как разработаны меры, их предупреждающие.

Как известно, все непонятное в первую очередь вызывает страх и опасение. В отличие от хирургии, где все более-менее понятно и привычно — наркоз, разрез, удаление, зашивание, — процесс эмболизации сложен для понимания не только пациентов, но и части гинекологов.

Для многих между процессом прекращения кровоснабжения органа и nekрозом этого органа стоит знак равенства. Действительно, если, например, перетянуть руку жгутом, то уже через несколько часов рука омертвеет. Дело в том, что у руки нет дополнительных артерий, которые бы могли кровоснабжать ее в обход той, которая была пережата жгутом.

В организме есть органы, не имеющие дополнительного кровоснабжения, кроме основной артерии этого органа, и перекрытие этой единственной артерии будет всегда приводить к nekрозу. В то же время есть органы, кровоснабжение которых довольно сложно и не ограничивается только основными стволами. Большинство органов, расположенных в малом тазу, имеет несколько источников кровоснабжения, и прекращение кровотока по одной из артерий никак не сказывается на состоянии органа в целом и на его функционировании.

Матка — именно такой орган. Помимо маточных артерий матку также кровоснабжают яичниковые артерии и артерии из широкой связки матки. Перевязка обеих маточных артерий никогда не приводила к некрозу матки — именно этим способом пользуются уже много десятков лет в случае обильного маточного кровотечения.

С начала XX века применяется методика перевязки более крупных артерий малого таза при кровотечениях, от которых берут начало несколько крупных артерий, в том числе и маточная, и это не приводит к некрозу органов. Другими словами, более столет в медицине широко используется перевязка крупных артерий в малом тазу без каких-либо последствий, в то время как эмболизация органа — селективная процедура, предполагающая не полное 100-процентное прекращение кровоснабжения, а закрытие преимущественно патологической сосудистой сети, появившейся в результате возникновения миоматозных узлов.

Некроз матки

Некроз матки при проведении эмболизации маточных артерий в современных условиях невозможен. Все единичные случаи некрозов матки после ЭМА, которые были описаны в конце 90-х — начале 2000-х годов были связаны с погрешностями в выполнении процедуры. В те годы использовались самые разные эмболизирующие вещества, не всегда подходящие по размеру и характеристикам материалов; ситуацию усугубляла не всегда правильная подготовка пациентов, неверная интерпретация клинических проявлений рождения миоматозного узла и т. п. Но даже в те годы имелись лишь единичные, чрезвычайно редкие сообщения о некрозе матки. Сейчас таких сообщений нет.

Вполне закономерно, что в начале применения методики наблюдается много осложнений, которые впоследствии больше не встречаются, так как становится понятно, почему они происходят, и разрабатываются рекомендации, а также модернизируется сама методика и инструменты, используемые для ее проведения. К примеру, трудно сравнить то, как проводилась лапароскопия 10

лет назад, с тем, как проводится сейчас. За это время существенным изменениям подверглось всё — от инструментов до самой техники проведения таких операций, и надо признать, что осложнений в начале использования лапароскопии было на порядок больше, чем при проведении ЭМА в те же годы. Сейчас об этих осложнениях даже не вспоминают.

Ранние осложнения эмболизации (описанные в первые годы появления ЭМА) до сих пор считают актуальными, несмотря на существенную модификацию методики. Если правильно готовить пациентов к ЭМА, использовать только разработанные для этой процедуры эмболы и инструменты, если хирург имеет большой опыт проведения эмболизаций, и после процедуры осуществляется грамотное ведение пациентки — самым большим осложнением может быть только синяк на месте пункции бедренной артерии. Все остальные описанные для ЭМА осложнения невозможны, конечно, за исключением осложнений категории «несчастный случай».

Некроз матки после ЭМА невозможен, так как используется частичная и селективная эмболизация ветвей маточных артерий, снабжающих миоматозные узлы, с использованием специальных эмболов определенного размера. К настоящему времени уже хорошо известно, что мелкие эмболы и их избыточное введение может вызывать некроз внутренних слоев матки. Аналогичным образом любые нестандартные эмболы непредсказуемы в своем распределении по сосудистому руслу матки и могут вызывать повреждение миометрия и эндометрия. Еще один возможный фактор — неполное представление хирурга о «конечной точке» эмболизации, то есть когда надо прекратить введение эмболов. Таким образом, понятно, что всё зависит от того, кто, как и чем проводит ЭМА.

Инфекция и перитонит

Инфекционные осложнения, включая перитонит, также невозможны при соблюдении правил подготовки пациентов. Очевидно, что если у пациентки есть воспалительный процесс, на ЭМА она не попадет до тех пор, пока он не будет устранен. До-

полнительно к этому в программу подготовки к процедуре входит профилактический прием антибиотиков. Антибиотики вводятся непосредственно перед процедурой и после, в течение 5 дней. Возможность развития воспалительного процесса перекрывается многократно. Нарушения, отступления от стандарта ведения пациентов с ЭМА действительно могут привести к развитию инфекционных осложнений.

Довольно часто инфекционными осложнениями эмболизации называют процесс распада миоматозных узлов, расположенных на границе с полостью матки или непосредственно в полости, с последующей их экспульсией в виде гнойно-некротических выделений. Хотя это явление и сопровождается картиной воспалительного процесса (который и происходит в матке), оно не является осложнением (а в начале становления метода, в конце 90-х годов, данное явление считали осложнением). Процесс экспульсии, или рождения миоматозного узла (именно так это называется сейчас) — событие, которое является одной из целей эмболизации. Теперь это осложнением не считается, напротив, экспульсия — один из самых благоприятных результатов ЭМА. Рождение миоматозного узла происходит не у всех пациентов — все зависит от расположения узла. Процесс рождения узла — полностью контролируемое состояние, которое требует определенного протокола ведения. В конечном итоге пациентка освобождается от миоматозного узла полностью. Безусловно, врачи, не знакомые с этими нюансами, могут воспринимать данное состояние как осложнение, но, еще раз повторимся, осложнением это больше не считается, а наоборот, рассматривается как наиболее благоприятный исход процедуры.

Эмболизация соседних органов или попадание эмболов в другие места, кроме матки и миоматозных узлов, невозможны технически, если процедура выполняется опытным хирургом

Чтобы это было понятно и очевидно, стоит подробнее остановиться на методике введения эмболов в артерию. Напомним, что артерии — сосуды, которые несут кровь от сердца (тогда как

Непонимание механизма ЭМА порождает настороженное отношение к этому методу лечения и множество мифов



Убедившись, что катетер находится именно в маточной артерии, хирург медленно и дискретно вводит эмболы (крошечные шарики определенного размера).

вены — к сердцу) под давлением в среднем 120 мм рт. ст., то есть напор достаточно сильный. Из сердца берет начало аорта — самый крупный артериальный сосуд в человеческом организме, далее от аорты ответвляются артерии меньшего калибра. Ближе к органу калибр артерий еще уменьшается, артерии ветвятся внутри органа на всё меньшие и меньшие (подобно кроне дерева), становятся артериолами и далее капиллярами (просвет капилляра настолько мал, что в нем еле протискивается один эритроцит). Из капилляров берут свое начало венулы, которые собираются в вены, укрупняются в диаметре и далее впадают в полую вену, откуда поступают в сердце. Это объяснение устройства сосудистой системы человек а необходимо для понимания, что делает хирург во время проведения эмболизации маточных артерий.

С помощью специального тонкого (менее 1,5 миллиметра) и очень гибкого катетера, под контролем рентгеновского аппарата, который позволяет точно видеть движение катетера в сосудистом русле, врач достигает устья маточной артерии. Как он понимает, что уже достиг маточной артерии? Для этого во время своего движения по сосудам хирург вводит через катетер контрастное по цвету вещество. Это вещество устремляется по артерии далее с током крови и прокрашивает всю сеть. Теперь хирург видит, куда ему двигаться и где расположена та или иная артерия (артерии имеют очень характерные отличия друг от друга и разные уровни отхождения от крупных сосудов). Когда катетер введен в маточную артерию, вновь вводится контрастное вещество, которое прокрашивает

всю сосудистую сеть матки, включая новообразованные сосуды миоматозных узлов. Видно всё, вплоть до мельчайших веточек. Так как катетер уже введен в маточную артерию — прокрашивается только маточная артериальная сеть; сосуды, питающие другие органы, не прокрашиваются.

Шарики с током крови устремляются только в артериальную сеть матки и никуда дальше, так как обратное их движение (против тока крови) невозможно (представьте бурную горную реку, по которой вы пускаете корабль, — он не может плыть против течения, а «течение» в артерии во много раз сильнее, чем в самой быстрой горной реке). Попасть в другую сосудистую сеть шарики не могут, так как маточная артериальная сеть не имеет контактов с сосудами других органов.

Эмболизировать другие органы во время этой процедуры так же невозможно, как и, например, находясь на автозаправочной станции и вставив пистолет в горловину бака своей машины, случайно заправить и автомобиль, стоящий рядом. Очень яркий пример, показывающий, что если катетер, как пистолет, установлен в маточную артерию, эмболы, как бензин, будут литься только в русло маточной артерии и не могут попасть в другую артерию. Чтобы эмболизировать другой орган, надо вынуть катетер из маточной артерии и ввести его в соседнюю. Еще раз повторим, что артерии настолько сильно отличаются друг от друга, что перепутать их невозможно.

Теперь про эмболы, которые вводятся во время эмболизации. Представьте себе дуршлаг, в котором есть два вида отверстий — крупные, превышающие диаметр шарика в несколько

раз, и мелкие, размер которых как минимум в два раза меньше больших отверстий. В этот дуршлаг вы медленно насыпаете шарики. Очевидно, что шарики устремятся в большие отверстия и не смогут проникнуть в мелкие. Именно это и происходит в матке. Здоровая матка кровоснабжается из маточных артерий, яичниковых артерий и артерий широкой связки матки. Все эти источники кровоснабжения внутри матки формируют артериальную сеть со множеством ответвлений на уровне артериол мелкого диаметра.

Растущие миоматозные узлы в матке в подавляющем большинстве случаев формируют свою сосудистую сеть из маточных артерий (крайне редко узел может иметь дополнительное кровоснабжение из яичниковой артерии). Узлы миомы формируют свою сеть неправильно — в узел впадает несколько артерий крупного диаметра, внутри которого она делится на более мелкие артерии. Так как миоматозным узлам необходимо больше кровоснабжения, чем матке в покое, артерии, идущие от маточной артерии к узлам, укрупняются. Если сравнить с дорогой: из крупного шоссе (маточная артерия) берут свое начало большие улицы (артерии миоматозных узлов) и множество узких заездов во дворы (сосуды, кровоснабжающие матку). Эмболы для ЭМА, имеют диаметр, который существенно больше артериол, кровоснабжающих ткань матки (вспомните аналогию с дуршлагом), но немного меньше диаметра артерий, идущих к миоматозным узлам. Далее простая физика: хирург медленно вводит взвесь эмболов в просвет маточной артерии — эмболы основным потоком устремляются по крупным артериям, где сопротивле-

ние кровотоку меньше, то есть в сторону миоматозных узлов, и заклинивают просвет этих сосудов. Это происходит потому, что внутри узла диаметр артерии уменьшается и эмбол останавливается в просвете. Кровоснабжение узла в этом месте прекращается. Куда-либо передвинуться, выйти, сместиться, попасть в другое место эмбол не может—на него давит кровь в артерии, а дальше он продвинуться не может, так как ему не позволяет размер. Пример: футбольный мяч, попавший в трубу на водохранилище, не может «вытечь» из вашего крана в ванной. Если бы для эмболизации использовались мелкие эмболы — тогда бы они попадали в мелкие артерии, кровоснабжающие матку, то есть плотно запломбировали мелкую сосудистую сеть, и это бы привело к серьезному повреждению ткани.

Дело в том, что если сосудистая сеть матки, состоящая из мелких артерий, свободна (в ней нет эмболов), в нее просто перестала поступать кровь из маточной артерии, и эту сеть заполняет кровь из других источников кровоснабжения матки (как если на реке формируется плотина, вода собирается и по мелким канавкам формирует обходное русло, то есть канавки и протоки должны быть свободны).

Таким образом, подавляющее большинство эмболов с током крови отправляется в сторону крупных сосудов, питающих миоматозные узлы, и прекращают кровоток там. Часть эмболов все же нарушает поступление

крови из маточных артерий в сосудистую сеть матки (плотина), но сосудистая сеть матки свободна (так как эмболы в диаметре больше и не могут ее запломбировать). Эта сеть заполняется кровью из других источников (яичниковая артерия, широкая связка матки), а через несколько недель восстанавливается кровоснабжение из маточной артерии (в обход «плотины»). В миоматозных узлах такое восстановление невозможно, так как их система кровоснабжения порочна, и нет механизмов восстановления своей сосудистой сети.

Довольно часто нас спрашивают: что происходит с эмболами, которые остаются в матке? Для начала надо уточнить, что эмболы представляют собой маленькие круглые шарики (капельки), оболочка которых представлена специальным полимером, не взаимодействующим с организмом. Внутри шарик заполнен обычным физраствором. Размер шариков — 500–700 микрон, то есть размер песчинки. Основная задача эмбола — остановить кровоток в артерии, заклинив ее просвет, и обеспечивать это в течение некоторого времени. Как только кровь встречает препятствие на своем пути, начинается процесс тромбообразования, то есть в этом месте в сосуде образуется тромб, в основе которого будет эмбол. Далее тромб замещается соединительной тканью и просвет сосуда зарастает.

Так как выше прозвучало слово «тромб», необходимо внести ясность. Нередко наши пациенты спрашивают

нас: а эти тромбы никуда не оторвутся и не полетят в другое место?

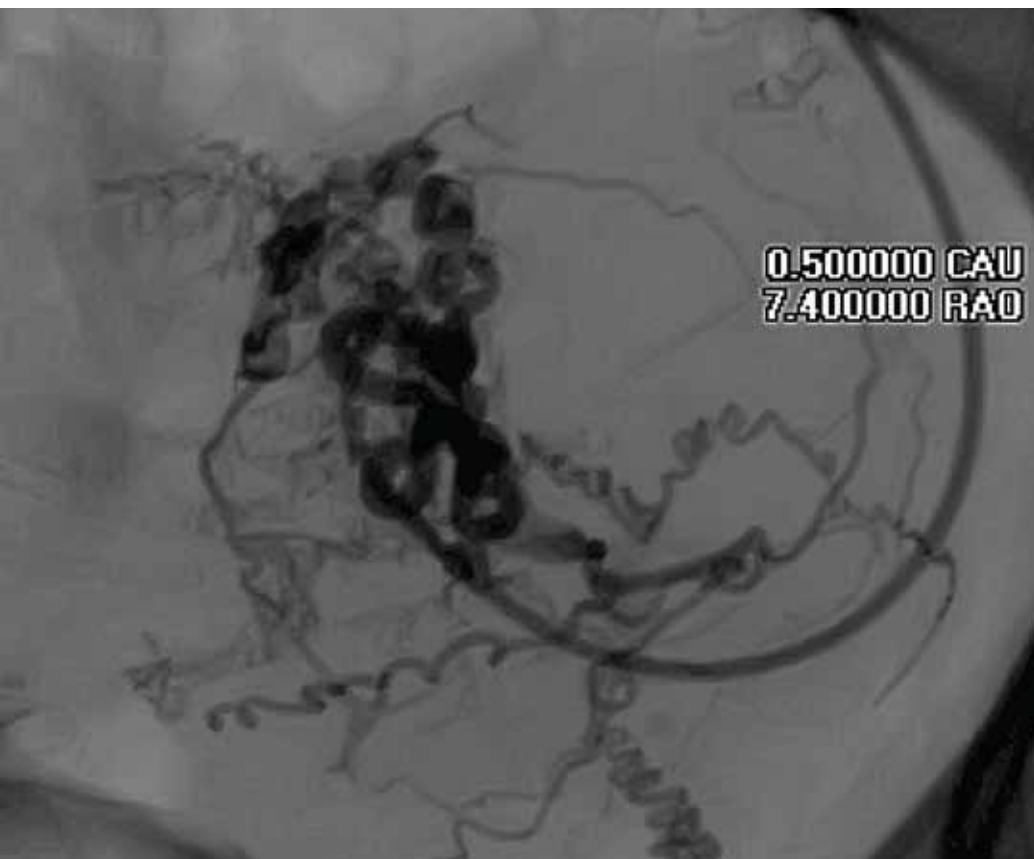
Выше об этом уже говорилось: что-либо «оторваться и полететь» может только в крупных венах, поскольку кровь в них движется в сторону увеличения диаметра сосудов (от узкого места к широкому и далее в сердце). В артериях наоборот — от широкого сосуда к узкому и далее к капилляру. Другими словами, мяч, попавший из водохранилища в трубу, заклинивает просвет при дальнейшем уменьшении диаметра трубы и не может вернуться в водохранилище, так как на него давит напор воды. Сразу же надо сказать, что тромб не может фрагментироваться и мелкими фрагментами проскочить дальше. В процессе тромбообразования происходит замещение не только тромба, но и всего сосуда соединительной тканью, в результате он заустевает и зарастает.

Итак, становится понятно:

- Эмболы вводятся точно в маточную артерию;
- Имеют такой размер, который не пломбирует сосудистую сеть матки;
- Эмболы останавливают кровоток и остаются в запустевших сосудах, как пломба в зубе
- Тромбы, образовавшиеся в сосудах матки, никуда деться не могут.

Нарушение репродуктивной функции и развитие ранней менопаузы в настоящий момент также не встречается — безусловно, при соблюдении всех современных требований к проведению процедуры.

Ангиограмма: катетер устанавливается в левой маточной артерии. Контрастируются сосуды, кровоснабжающие миоматозный узел.



Эмболизация и рентгеновское облучение

Доза рентгеновского излучения — это больше миф, чем реальное осложнение. Дело в том, что во время проведения процедуры эмболизации используется особый вид рентгеновского излучения — оно более мягкое по сравнению с тем, которое рутинно используется для обычных снимков. К примеру, когда вам делают снимок грудной клетки, по интенсивности излучения это можно сравнить с мощным светом, который направлен на вас из прожектора. Это необходимо, чтобы четко разглядеть все ткани и кости. А теперь представьте, что тот же прожектор светит на вас, но уже через ставни — свет проходит в комнату, но он рассеянный и неяркий. Именно такое мягкое и рассеянное излучение используется во время ЭМА. Оно позволяет видеть только необходимое для проведения процедуры (сосуды, катетеры, контрастное вещество).

Далее. Суммарное время излучения во время процедуры редко превышает 2–3 минуты (конечно, если процедуру проводит опытный врач). Получается, что 2–3 минуты такого рассеянного излучения соответствует, по сути, одному рентгеновскому снимку грудной клетки. Тут можно возразить, что излучение направлено на область яичников, и это может быть опасно. На самом деле это не так. В гинекологии уже много десятков лет используется метод проверки проходимости маточных труб, который назначается пациенткам, страдающим бесплодием. Во время этой процедуры в полость матки вводится контрастное вещество и выполняется два полноценных рентгеновских снимка области придатков, чтобы оценить прохождение этого вещества по трубам и попадание его в брюшную полость. Лучевая нагрузка этих двух снимков в среднем соответствует той, что применяется во время проведения ЭМА. Напомним, что такие снимки делают женщинам, которые планируют беременность.

Таким образом, доза рентгеновского облучения во время ЭМА минимальна и совершенно безопасна.

Эмболизация и некроз матки

Некроз слизистой оболочки матки (эндометрия) и стенок матки. В целом мы уже касались этого вопроса выше, но еще раз напомним. Если вводить в маточную артерию эмболы мелкого диаметра и в большом количестве — возможно «запломбировать» мелкую сосудистую сеть матки, что на самом деле может привести к некрозу отдельных слоев матки, в том числе вызвать атрофию эндометрия. Эмболизация же выполняется эмболами достаточно большого размера, что приводит к нарушению кровоснабжения в миоматозных узлах, но никак не затрагивает сосудистую сеть матки, которая впоследствии заполняется кровью из других артерий, питающих матку, а позже — из маточной артерии за счет развития обходных сосудов.

Отделение миоматозного узла в брюшную полость

Это еще одно мифологическое осложнение. Речь идет о миоматозных узлах «на ножке», которые растут снаружи матки на тонком основании. Еще такие узлы называют субсерозными на тонком основании. Дело в том, что часть врачей исходят только из своих рассуждений, предполагая, что если проводить эмболизацию маточных артерий при наличии таких узлов, ножка этого узла некротизируется и узел «отделится» от матки и упадет в брюшную полость, что потребует срочного хирургического лечения. На самом деле за всю историю проведения ЭМА ни одного такого случая не было описано. Более того, в 2006 году было проведено отдельное исследование: группе пациенток именно с такими узлами проводилась ЭМА и оценивались отдаленные результаты. В итоге было показано, что узлы от матки не отделяются и никаких особенностей в результатах ЭМА и состоянии пациенток после процедуры нет. Таким образом, данное осложнение — миф.

Невыносимые боли после эмболизации

Это тоже можно отнести к осложнениям эмболизации маточных артерий. На самом деле да, если не проводить обезболивание, то боли после этой процедуры очень сильные, некоторые сравнивали их с родовыми схватками. Поэтому проведение адекватного обезболивания — важнейшая задача, с которой мы научились неплохо справляться.

Секрет нашего подхода заключается в том, что мы проводим профилактику развития боли, а не боремся с уже развившейся болью. В данном случае можно привести удачный пример с пожаром: если огонь уже разгорелся, тушение займет больше времени, и процесс горения будет активным. А если дерево обработано средством, препятствующим возгоранию, оно может тлеть, но большого огня не будет. Так и с болью — при профилактическом обезболивании организм заранее (за сутки) насыщается обезболивающими препаратами, много анальгетиков вводится непосредственно перед процедурой и в момент ее окончания; это приводит к тому, что боль не может развиваться в полную силу, и если пациентка испытывает болевые ощущения — они терпимые и не вызывают выраженного дискомфорта. Увы, но такой подход используется только в нашей клинике, поэтому до сих пор можно встретить отзывы пациенток других клиник, где они описывают, что пережили страшные боли.

Активные боли после ЭМА, как правило, продолжаются 6–8 часов, и далее, после выписки, живот может болеть еще 3–5 дней, но интенсивность этих болей существенно меньше и они хорошо снимаются прописанными препаратами. Рассказы о том, что женщины мучаются от болей месяцами — вымысел. В нашей практике мы с таким не сталкивались, да и представить механизм возникновения столь длительного болевого синдрома довольно сложно.

Таким образом, мучительный болевой синдром после эмболизации маточных артерий — осложнение, ушедшее в прошлое. В настоящий момент наши пациентки больше не сталкиваются с такой проблемой.



12 мифов о миоме матки

МИФ 1: Миома матки — это почти рак или «предраковое» состояние

Реальность: миома матки никак не связана с онкологическими заболеваниями, не вызывает их и даже не является предрасполагающим фактором.

Единственная злокачественная опухоль из гладкомышечных клеток матки (лейомиосаркома) — это одна из наиболее редко встречающихся опухолей мягких тканей. Она может возникнуть в матке, но как самостоятельное заболевание, а не в результате злокачественного превращения миомы матки. Таким образом, рассуждения врача на тему о возможности развития рака из миомы безосновательны и не могут быть показанием к выполнению радикальной операции. Это очень распространенное заблуждение, помогающее убеждать пациенток с миомой согласиться на удаление матки.

Быстрый рост узлов также не является сигналом тревоги, так как он не относится к признакам онкологического заболевания, что доказано многочисленными исследованиями. Как правило, быстрый рост обусловлен вторичными (дегенеративными) изменениями в узле и его отеком.

Поэтому, если доктор при определении показаний к радикальной операции по поводу миомы матки указывает на возможный онкологический характер заболевания или высокий риск его развития — вполне возможно, что стоит сменить доктора

и получить еще одну независимую консультацию.

Важно отметить, что речь идет только о злокачественном заболевании мышцы матки. Отсутствие злокачественного процесса в миоме не исключает возможность развития заболевания других отделов матки (слизистой оболочки эндометрия) или шейки матки. Но эти процессы не связаны с наличием миомы, и диагноз «миома матки» нисколько не повышает риск развития этих заболеваний.

МИФ 2: Миома — от гормонов, нужно сдать анализы на гормоны

Реальность: при обследовании пациентки с миомой матки анализы на гормоны, как правило, не нужны.

Нередко при постановке диагноза «миома матки» врач назначает обследование «на гормоны», видимо, предполагая, что эти данные позволят ему пролить свет на причины возникновения миомы матки и помогут в выборе метода лечения.

В реальности необходимости в подобных анализах нет. Миома матки — это локальная патология мышечной оболочки матки, и каждый узел растет в матке в результате повреждения одной клетки. Уровень гормонов никак не влияет на возникновение этого дефекта и не определяет развитие заболевания. Миома матки выявляется у женщин с нормальным менструальным циклом, женщины легко беременеют и рожают с миомой матки. Выбор метода лечения

миомы никак не связан с уровнем половых гормонов.

Таким образом, это лишнее обследование, которое вам проходить не надо, и если доктор предлагает его и указывает на его значение в диагностике и лечении — стоит усомниться в том, что доктор понимает природу этого заболевания и сможет рекомендовать вам правильный метод лечения.

МИФ 3: При диагнозе «миома матки» первым делом нужно проводить выскабливание (чистку)

Реальность: выскабливание полости матки всем подряд пациенткам с миомой матки не требуется.

Выскабливание полости матки проводится по строгим показаниям, к которым относятся:

- выявленные при УЗИ полипы,
- гиперплазия эндометрия,
- маточные кровотечения неясного происхождения,
- жалобы на межменструальные кровянистые выделения.

Во всех остальных случаях, когда у пациентки умеренные не длительные менструации, при УЗИ хорошо просматривается эндометрий, и в нем нет патологических изменений, достаточно проведения аспирационной биопсии (пайпель-биопсии) эндометрия. Это безболезненная амбулаторная процедура, которая проводится без наркоза (она его не требует). В результате выскабливания, как и при

аспирационной биопсии, можно получить информацию о состоянии слизистой оболочки матки (эндометрия), но эти диагностические методы не дают никакой информации о состоянии миоматозных узлов (как это нередко объясняется пациенткам). Это исследование необходимо только для исключения патологии эндометрия, которая бы могла помешать органосохраняющему лечению миомы матки.

МИФ 4: Миому всегда нужно активно лечить!

Реальность: миома матки, не сопровождающаяся симптомами, у женщины, не планирующей беременность, не требует лечения.

Не все миоматозные узлы прогрессивно растут во время репродуктивного периода женщины. Часть узлов может вырасти до определенного размера и затем остановиться в росте или медленно прогрессировать со скоростью, скажем, 5 мм в год. Если узлы не деформируют полость матки, нет никаких клинических проявлений (то есть они не влияют на качество жизни женщины) — лечение в таком случае не требуется, достаточно динамического наблюдения.

В то же время надо отметить, что пациентка может сама не формулировать наличие у себя специфических жалоб (обильных менструаций, чувства давления на мочево́й пузырь, увеличения живота), поэтому в любом случае надо проходить осмотр у гинеколога, делать УЗИ и оценивать уровень гемоглобина. К примеру, падение гемоглобина может указывать на неправильную оценку обильности менструаций, а увеличение талии или рост живота может быть принято за набор веса, а не рост миоматозных узлов. Но соглашаться на операцию при полном отсутствии симптомов заболевания не стоит.

МИФ 5: Даже маленькую миому нужно удалить — «для профилактики».

Реальность: невозможно прогнозировать динамику роста узлов миомы матки и предсказывать прогноз развития заболевания. В связи с этим профилактические хирургические вмешательства в отношении миомы матки недопустимы, как и удаление матки.

При выборе метода лечения миомы матки врач не может оперировать своими собственными предположениями о том, как будет развиваться заболевание и к каким последствиям может привести бездействие пациентки. Миома матки — образование с весьма непредсказуемым характером роста, поэтому оценивать заболевание нужно в динамике, обязательно учитывая наличие жалоб, возраст пациентки и ее планы на беременность. Важно помнить, что миома матки — заболевание, которое закончится в менопаузе, то есть у этого заболевания есть свой логический конец.

Отношение к матке, как к органу только для вынашивания детей, также недопустимо. Матка вовлечена в целый ряд важнейших процессов в организме, обеспечивает полноценную половую жизнь и формирование оргазма, а ее удаление может существенно отразиться на здоровье (повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний и метаболических нарушений). Это подтверждают сотни убедительных зарубежных исследований. Печально, что некоторые гинекологи предпочитают забыть об этих данных, чтобы уговорить пациентов на удаление матки.

МИФ 6: Удалить матку — это так просто и здорово! И никаких проблем потом!

На самом деле. Удаление матки — это не «простая и безопасная операция без каких-либо последствий для организма» и не может рассматриваться, как основной метод лечения миомы матки у женщин, не планирующих беременность.

Любое хирургическое вмешательство, даже очень простое может иметь самые серьезные последствия для пациента, включая летальный исход. Прогнозировать развитие редких, но возможных осложнений, весьма затруднительно. Поэтому у опытных грамотных хирургов существует фраза: «Лучшая операция та, без которой удалось обойтись». Хирургическое вмешательство должно выполняться по строгим показаниям и преимущественно в тех случаях, когда без него невозможно обойтись, нет никакой альтернативы, и если его не выполнить, возможна

угроза для жизни пациента, либо для ее качества. Если есть хотя бы какая-то адекватная возможность избежать хирургической операции — надо постараться избежать операции.

В подавляющем большинстве случаев пациенткам с миомой матку удаляют, не предложив никакой альтернативы этой операции, представив это вмешательство как простое и безопасное, не имеющее никаких последствий. Нередко на подобное вмешательство попадают бессимптомные пациентки, запуганные ужасными последствиями своего заболевания.

Последствия удаления матки с придатками или без достаточно хорошо изучены. Было доказано, что у таких пациенток значительно чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания, появляются проблемы с весом, эндокринные нарушения и повышается вероятность развития трех видов злокачественных опухолей. Отдельной группой стоят более вероятные заболевания нервной системы, расстройства настроения и мотивации. Все эти неприятные явления, как правило, развиваются не сразу после операции, а в течение последующих лет, поэтому пациенты часто не связывают их с перенесенной операцией и начинают лечение у других специалистов. Аналогично, гинекологи перестают видеть этих женщин, и у них создается ложное впечатление, что всё в порядке.

Удаление матки не должно приниматься, как единственно возможный и простой метод лечения миомы матки. Удаление матки — это последний шаг в списке всех возможных методов лечения, к которому надо прибегать только в крайнем случае.

МИФ 7: Если есть миома — нужно вырезать миому!

Реальность: хирургическое удаление миоматозных узлов у женщин, не планирующих беременность, совершенно лишено смысла. По крайней мере с тех пор как существует альтернатива в виде эмболизации маточных артерий (ЭМА).

В большинстве случаев миомэктомия (удаление узлов из матки) — это операция, направленная на временное восстановление анатомии матки, чтобы позволить женщине выносить и родить ребенка. Временный эффект миомэктомии связан с высокой частотой рецидивов роста узлов (10–15% в год!).

Если женщина не планирует беременность, и у неё есть симптомная миома матки—в подавляющем большинстве случаев надо отдать предпочтение эмболизации маточных артерий.

ЭМА с эффективностью в 96–98% устраняет все симптомы миомы матки, то есть решает основную проблему женщины, влияющую на качество жизни. Вероятность рецидива после ЭМА составляет менее 2% за весь период наблюдения. Причем, как правило, такой рецидив связан с восстановлением кровотока и легко устраняется дополнительной процедурой. Благодаря ЭМА, пациентка решает проблему миомы матки раз и навсегда. И при этом не приходится подвергаться общему наркозу и полостной операции. Это в полной мере относится и к лапароскопическим операциям, частота осложнений при которых еще выше, чем при обычных.

Очевидно, что сложная и относительно длительная операция под общим наркозом, сопровождающаяся кровопотерей, с целым списком из десятков возможных осложнений, а также приводящая к рецидивам — не самый оптимальный путь в решении проблемы обильных менструаций или чувства давления на мочевой пузырь, когда есть альтернатива в виде эмболизации маточных артерий.

МИФ 8: Раз есть миома — забудь о бане и загаре!

На самом деле. Пациенткам с миомой матки не противопоказаны загар, бани, сауны и массаж. Научных доказательств влияния этих факторов на рост и развитие узлов нет.

Нам не удалось найти ни одного достоверного научного исследования, которое бы показало связь между перечисленными физическими воздействиями и ростом миоматозных узлов. Все рассуждения на этот счет имеют исключительно умозрительный характер. Это совсем не означает, что узнав об этом, надо без разумных ограничений загорать под палящим солнцем целый день или часами просиживать в сауне. Просто при наличии этого заболевания вам не стоит вносить существенные изменения в свой привычный уклад жизни и себя ограничивать, постарайтесь во всем соблюдать умеренность и избегать злоупотреблений.

МИФ 9: Раз есть миома, то родить уже не удастся!

Реальность: миома матки практически никогда не бывает причиной бесплодия, но может быть причиной невынашивания беременности. Не во всех случаях необходимо удаление миоматозных узлов перед беременностью

Влиять на течение беременности и мешать ее развитию могут узлы, которые растут в полость матки или существенно деформируют ее. Не все узлы могут потенциально помешать протеканию беременности, и совсем не обязательно перед беременностью удалять из матки все миоматозные узлы, включая маленькие и растущие снаружи матки. Важно оценить значение этих узлов для беременности, и принять правильное решение: что будет более рискованным для женщины — беременность с такими узлами или беременность с рубцами на матке после удаления этих узлов.

Сейчас все больше женщин выходят на беременность с миоматозными узлами, грамотные репродуктологи проводят ЭКО при наличии миоматозных узлов в матке с хорошим результатом. Другими словами, страх перед миомой матки в аспекте беременности и родов прошел. В настоящий момент больше неприятностей могут представлять не всегда хорошо ушитые рубцы после удаления узлов из матки. Вследствие этого повышается риск разрыва матки, вставания плаценты и других грозных акушерских осложнений.

МИФ 10: Размеры миомы на УЗИ определяются с высокой точностью. Если вчера было 25 мм, а сегодня 28 мм, то узел вырос!

Реальность: Оценка динамики роста миоматозных узлов по УЗИ часто сопровождается погрешностями измерения. Наиболее объективный метод оценки — МРТ.

Нередко бессимптомной пациентке с миомой матки сообщается, что за последнее время её узел (или узлы)

существенно выросли, и это повод удалить матку, так как заболевание прогрессирует и «мало ли чего еще может быть».

Надо помнить, что миоматозный узел по форме не шар, не овал и даже не квадрат, а образование, по форме более всего напоминающее картошку (нашу отечественную, а не импортную идеальной формы). То есть в двухмерной плоскости её можно измерить по-разному, и разница между размерами может оказаться существенной.

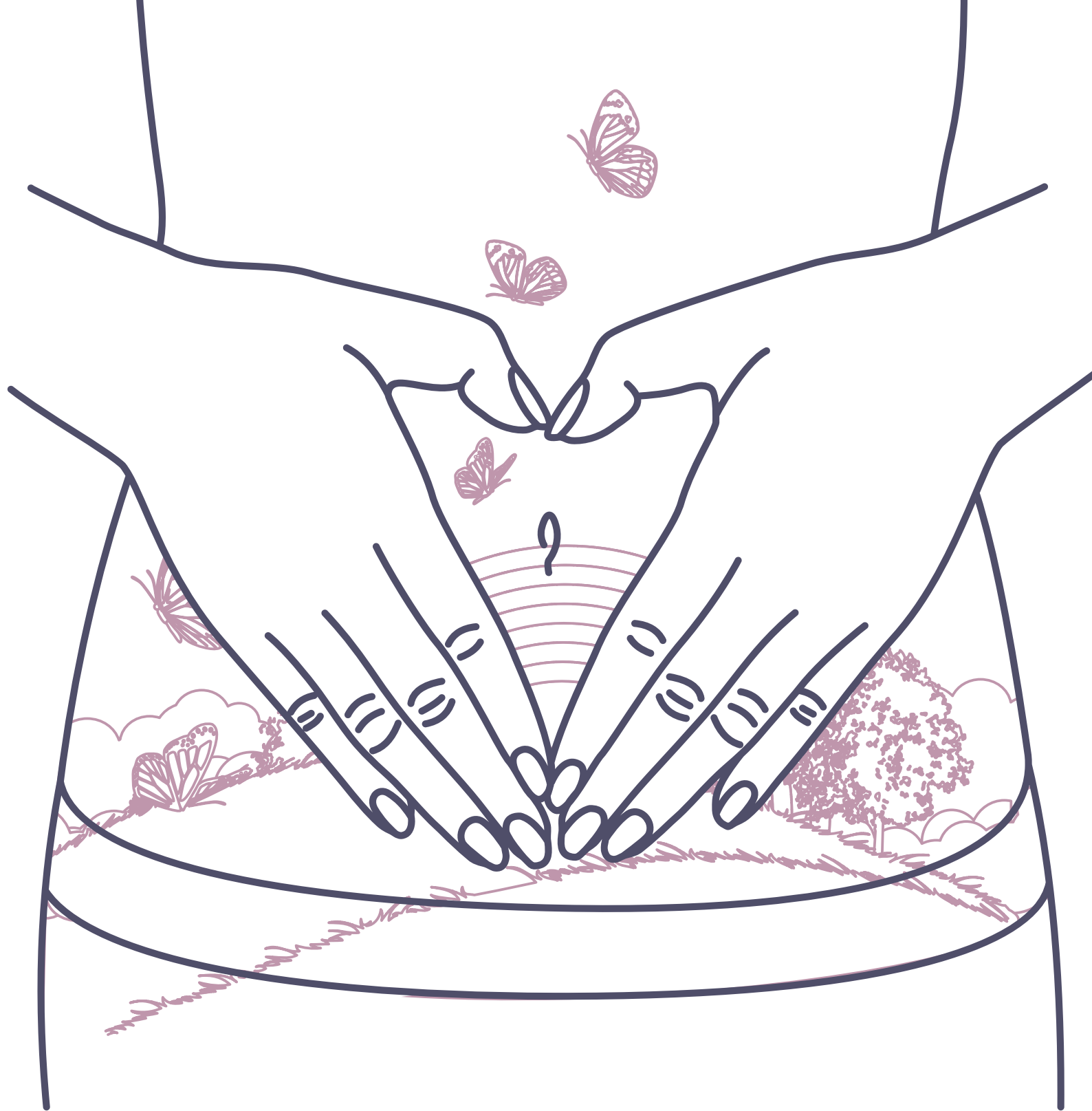
Для объективной оценки роста узлов необходимо не только фиксировать 2-3 замера узла, но и делать соответствующие фотографии, чтобы увидеть, в каких плоскостях производились измерения. Или использовать объективный метод диагностики — МРТ. Всё это означает, что если у вас нет никаких жалоб, и на очередном визите к гинекологу вас испугали быстрым ростом узлов — паниковать не надо. Во-первых, в быстром росте нет никаких признаков онкологического процесса, а во-вторых, это может быть элементарная погрешность в измерении узла. В таких случаях надо зафиксировать эти размеры, сделать фото или МРТ и повторить замеры через 3-4 месяца. Это оптимальный срок чтобы увидеть тенденцию к росту узлов и существенно не запустить заболевание.

МИФ 11: Можно вылечить миому биодобавками, травами и прочими «чудодейственными» методами

На самом деле. «Индиол», «Эпигалат», биорезонансная терапия, боровая матка, травы, пиявки не являются методами лечения миомы матки

«Индиол», «Эпигалат»—это не лекарственные препараты, то есть эти вещества по определению не могут оказывать лечебного воздействия на организм. Это биологически активные добавки к пище. Единственное, что они могут делать, это восполнить недостаток витаминов или микроэлементов в организме. Время и деньги на такое «лечение» будут потрачены зря. Это же касается и боровой матки и прочим широко предлагаемым методам лечения.

Миоматозные узлы состоят из мышечных и фиброзных волокон — как очень сухое и жилистое мясо. Они расположены в стенке матки (это мышечная



ткань), то есть по структуре узлы как обычный кусок мяса. Невозможно с помощью различных таблеток или отваров, или пиявок «из одного куска мяса удалить другой кусок мяса». Его можно или вырезать, или избирательно лишить кровоснабжения, чтобы он погиб и «засох».

Этот достаточно натуралистичный пример приведен для того, чтобы вы правильно понимали, чем на самом деле является ваше заболевание и реалистично смотрели на эффективность того или иного метода лечения.

МИФ 12: Лечение миомы начинают с «Дюфастона». Может быть, поможет!

На самом деле. «Дюфастон» противопоказан пациенткам с миомой матки в качестве основного метода лечения.

Дюфастон — это полный аналог натурального гормона прогестерона. Этот гормон и есть основной фактор, стимулирующий рост миоматозных узлов. Другими словами, назначение дюфастона только стимулирует рост

узлов, а не уменьшает их. Самый последний появившийся на рынке препарат для лечения миомы матки избирательно блокирует рецепторы прогестерона, не давая ему реализовывать свой эффект на клетки, что приводит к прекращению роста узлов и их уменьшению, но этот эффект обратимый, так как препарат нельзя принимать долго. Таким образом, дюфастон вырастивает миоматозные узлы, а не лечит миому матки. И если доктор вам назначил этот препарат в качестве лечения миомы матки — меняйте доктора.

Несколько слов о докторах



В проведение эмболизации маточных артерий вовлечены два специалиста: эндоваскулярный хирург и гинеколог. Именно такой «тандем» докторов, имеющих полное взаимопонимание, может обеспечить безопасное и эффективное проведение процедуры.

Кто на самом деле выполняет ЭМА?

Непосредственно саму процедуру ЭМА проводит эндоваскулярный хирург. Гинекологи не могут проводить эмболизацию, так как подобное вмешательство требует чрезвычайно специфических навыков работы с медицинской визуализацией, сложным и тонким специфическим инструментом, а также требует исключительно точных представлений о сосудистой анатомии. Именно поэтому ЭМА — прерогатива исключительно эндоваскулярного хирурга.

В Европейской клинике ЭМА выполняет только медицинский директор, ведущий научный сотрудник Центра Рентгенохирургии РГМУ им. Н. И. Пирогова, к.м.н., Борис Юрьевич Бобров, обладающий в настоящее время самым большим персональным опытом ЭМА в России.

Кто ведет пациентов?

Роль гинеколога сводится к определению показаний для проведения ЭМА (на основании многих факторов принимается решение о выборе именно этого метода лечения), сопровождению пациентки во время всего периода госпитализации и дальнейшему наблюдению после вы-

писки. Очевидно, что гинеколог должен очень хорошо разбираться в проблеме и иметь большой опыт ведения таких пациенток.

По нашему мнению, недопустимо оставлять пациентов после проведения эмболизации без наблюдения, что нередко происходит в клиниках, занимающихся ЭМА «от случая к случаю». Сообщения таких «брошенных» своими врачами пациентов можно в избытке обнаружить на нашем форуме. Мы нередко сталкиваемся с ситуацией, когда пациентке после выписки приходится самостоятельно искать ответы на свои многочисленные вопросы, это порождает панику и отчаяние. Часто пациенты получают неграмотную оценку своего состояния, обращаясь за помощью к гинекологам, которые не знакомы с особенностями ведения подобных пациентов. Важно чтобы пациентка после выписки могла иметь возможность круглосуточно связаться со своим лечащим врачом и получить полноценную консультацию. Именно так это реализовано в нашей клинике.

Гинекологом, курирующем ЭМА в Европейской клинике является к.м.н., Дмитрий Михайлович Лубнин, занимающийся этой проблемой с 2002 года. За плечами Дмитрия Михайловича ведение тысячи пациентов перед, во время и после ЭМА. Дмитрий Михайлович Лубнин — врач-гинеколог, автор первой в России диссертации, посвящен-

ной ЭМА в лечении миомы матки. Дмитрий Михайлович — один из основоположников внедрения метода ЭМА в России, автор первых статей по этой теме в центральных научных журналах.

Дмитрий Михайлович обладает наибольшим опытом ведения пациенток, фундаментальным пониманием всех аспектов этой процедуры. Ему принадлежит авторство уникальных методик эффективного обезболивания.

Борис Юрьевич Бобров

Эндоваскулярный хирург, к.м.н., медицинский директор Европейской клиники, руководитель отделения эндоваскулярной хирургии Перинатального медицинского центра, ведущий научный сотрудник Центра Рентгенохирургии РГМУ им. Н. И. Пирогова.

1994–2000 — Обучение в Российском Государственном Медицинском Университете им.Н.И.Пирогова на лечебном факультете.

С 1997 года — активный участник студенческого научного кружка Кафедры факультетской хирургии лечебного факультета. Волонтер в отделении эндоваскулярной хирургии. Первое место на «Пироговских Чтениях» (конкурс студенческих научных работ) в 1998 году по специальности «хирургия» за работу «Эндоваскулярная профилактика ТЭЛА».

1998 – Стажировка в отделении радиологии и эндоваскулярной хирургии Universitaetsklinikum Benjamin Franklin den Freien Universitaet Berlin (Берлин, Германия).

2000–2002 – Клиническая ординатура на кафедре факультетской хирургии Российского Государственного Медицинского Университета им. Н. И. Пирогова.

Работа в отделении эндоваскулярной хирургии, обучение эндоваскулярным вмешательствам самого широкого спектра, научная работа по темам «Трансъюгулярное интрапеченочное стент-шунтирование при циррозе печени (TIPS)», «Эндоваскулярные методы диагностики и лечения тромбозов легочной артерии» под руководством профессоров С.А.Капранова и В.И.Прокубовского.

2001–2003 – Американский Институт Бизнеса и Экономики в Москве (AIBEC) – очная (вечерняя) программа MBA на английском языке. Диплом MBA с отличием. Первое место на конкурсе бизнес-проектов за проект хирургического медицинского центра.

2002–2004 – научный сотрудник,

2004–2008 – старший научный сотрудник,

2008–н.в. – ведущий научный сотрудник отдела рентгенохирургии НИИ Клинической Хирургии РГМУ им.Н.И.Пирогова (Центр Рентгенохирургии)

Постоянная работа в рентгенооперационной под руководством зав. отделом рентгенохирургии, профессора С.А.Капранова. В 2004 году защищена кандидатская диссертация на тему «Эндоваскулярные методы в диагностике и лечении массивной тромбозов легочной артерии». Многократное посещение зарубежных симпозиумов, курсов и мастер-классов ведущих специалистов в области эндоваскулярной хирургии.

Автор и соавтор около 100 публикаций, включая три монографии.

Доклады на ведущем европейском симпозиуме CIRSE (Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe).

В 2002, 2004, 2006 годах (в 2002 и 2004 годах – единственные доклады, принятые на симпозиум из стран

СНГ). В настоящее время – действительный член CIRSE.

2002 – Участие в первой ЭМА, выполненной в России, совместно с профессором С.А.Капрановым (Москва) и А.С.Беленьким (Тель-Авив). С этого момента эндоваскулярная хирургия в акушерстве и гинекологии становится главным направлением научной и практической деятельности.

2002–н.в. – Организация программы ЭМА на базе нескольких клиник. Выполнение вмешательств практически в ежедневном режиме. В настоящее время – самый значительный по количеству вмешательств персональный опыт ЭМА в России и СНГ.

2001–2010: Городская Клиническая Больница № 1 им.Н.И.Пирогова – эндоваскулярный хирург экстренной службы.

Регулярное выполнение экстренных эндоваскулярных вмешательств, в т.ч. у пациентов с массивной ТЭЛА, эмболенными тромбозами системы нижней полой вены, кровотечениями различной этиологии. В 2010 году прекратил работу в экстренной службе из-за необходимости выделить большой объем времени на организацию программы ЭМА в Перинатальном Медицинском Центре

2010–н.в.: Перинатальный Медицинский Центр (ПМЦ) – руководитель отделения эндоваскулярной хирургии www.miomamatki.ru

2005–н.в.: Центр Планирования Семьи и Репродукции (ЦПСИР) – эндоваскулярный хирург

Организация программы ЭМА на базе крупнейшей государственной клиники акушерско-гинекологического профиля в России (также крупнейший роддом РФ). Разработка и внедрение эндоваскулярных технологий лечения акушерской патологии: послеродовых кровотечений, вставления плаценты, эктопической беременности, включая шейечную, и т.д.

2011 г.: В составе авторского коллектива удостоен Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники за работу «Эндоваскулярная хирургия в сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья женщин».

2011–н.в.: Медицинский директор «Научно-практического центра современной хирургии и онкологии» (Европейская клиника) – это первая в

России частная клиника, занимающаяся двумя важными направлениями – малоинвазивной хирургией (и эндоваскулярной хирургией в первую очередь) и лечением онкологических пациентов. См. на www.euroonco.ru

В Европейской клинике достигнут самый высокий уровень выполнения ЭМА, как в части медицинского процесса, так и в части сервиса и других сопутствующих лечению аспектов.

Научно-образовательная деятельность

2004–2010 – Организация и проведение обучения по ЭМА на базе Центра Рентгенохирургии

2004–н.в.: Регулярное проведение выездных лекций и мастер-классов по ЭМА в лечении акушерской и гинекологической патологий в городах России. Аналогичные мероприятия проведены в ряде клиник СНГ. В декабре 2012 года проходил стажировку по эмболизации аденомы простаты (ЭАП) в Сан-Паулу (Бразилия) у профессора Франсиско Карневале, обладающего сейчас самым большим опытом использования этой новейшей технологии.

Дмитрий Михайлович Лубнин

Врач акушер-гинеколог, куратор направления лечения миомы матки Европейской клиники, кандидат медицинских наук.

В 1994 году поступил на дневное отделение лечебного факультета Российского государственного медицинского университета (РГМУ) в г. Москве. Завершил обучение в РГМУ в 2000, получив квалификацию врача по специальности «Лечебное дело».

Во время обучения в университете активно интересовался научной деятельностью, участвовал в межвузовских научных конференциях молодых ученых в 1999 и 2000 гг. Был победителем конкурса «Медицина-2000».

С 2000 по 2002 год обучался в клинической ординатуре на кафедре акушерства и гинекологии ФГДО Московского медико-стоматологического университета. В 2002 году поступил в очную аспирантуру. В 2003 году занял второе место на 25 итоговой конференции молодых ученых. В 2005 защитил первую в России диссертацию, посвященную эмболизации маточных артерий в лечении больных миомой матки.

Автор более 75 научных работ, опубликованных в центральных научных журналах, 3-х монографий («Основы

репродуктивной гинекологии», «Миома матки», «Практическая гинекология»), автор научно-популярных книг «Секретная книга для женщин. Инструкции одного гинеколога» и «Честный разговор с российским гинекологом», 8-ми методических пособий для врачей. Имеет 2 патента на изобретения. Является членом Российской ассоциации репродукции человека.

С 2000 года работал в Центральной клинической больнице ОАО «РЖД» на Волоколамском шоссе, где на базе гинекологического отделения

был основан «Центр лечения миомы матки», в работе которого принимал активное участие. Именно там в 2002 году началась работа по изучению эмболизации маточных артерий, были выполнены первые процедуры. После того, как центр перестал существовать в 2007 году, занимался научной работой, вел амбулаторный прием пациентов с миомой матки. В 2009 году был приглашен в команду специалистов Центра Рентгенохирургии для работы над открытием программы ЭМА в Перинатальном Медицинском Центре (ПМЦ). С 2012 года Дмитрий Михайлович также ку-

рирует программу ЭМА в Европейской клинике.

В настоящий момент Д.М.Лубнин ведет консультативный прием только на базе Европейской клиники, а также ведет пациентов до, во время и после ЭМА. Основная сфера деятельности Дмитрия Михайловича – лечение пациенток с миомой матки, организация эффективной работы программы ЭМА, научная работа по теме лечения миомы матки.

Информация о Европейской клинике



Итак, у вас диагностировали миому матки и предложили какое-то лечение. Или наоборот, сказали, что пока ничего делать не надо и будет достаточно простого наблюдения. Возможно, не стоит сразу же соглашаться на предложенные варианты, а получить еще одно независимое мнение в клинике, которая специализируется только на лечении миомы матки и предлагает все методы лечения этого заболевания.

С чего начать: если вы живете далеко от Москвы и у вас нет возможности приехать на очную консультацию – начать надо с консультации по E-mail. Наш почтовый ящик mioma@mioma.ru вы присылаете подробный рассказ о своем заболевании (возраст, жалобы, планы на беременность, данные УЗИ). Мы проанализируем вашу историю болезни и дадим вам свои рекомендации. Если нами будет рекомендована ЭМА, далее через переписку вы получите всю необходимую информацию по подготовке к операции, мы сможем договориться о дате операции, оценить результаты анализов, которые вы можете сдать по месту жительства. В конечном итоге, вы приедете в Москву в день операции и пойдете консультацию в тот же день утром.

Если вы живете в Москве или для вас не составит труда приехать на очную консультацию — необходимо записаться на прием в наш консультативный центр, который работает на базе Европейской клиники по телефону +7 (495) 734-91-09 (круглосуточно). Прием в Европейской клинике ведет Дмитрий Михайлович Лубнин — доктор, который будет курировать вас на протяжении всего лечения и наблюдать в дальнейшем. Первичная консультация занимает 40 минут. Будет проведен полный осмотр, выполнено УЗИ. У вас будет достаточно времени, чтобы всё обсудить и задать интересующие вас вопросы. И если вы что-либо забудете спросить или вам понадобится что-то уточнить — вы всегда сможете это сделать, позвонив по мобильному телефону доктору Лубнину — это в порядке вещей и даже приветствуется. Если в результате консультации вы принимаете решение о проведении эмболизации маточных артерий, вам выдается «лист подготовки», в котором указаны все необходимые анализы и исследования, которые надо пройти перед ЭМА. Анализы вы можете сдать по месту жительства или в Европейской клинике — это займет 20-30 минут.

В каких условиях проходит ЭМА?

Европейская клиника оснащена самым передовым оборудованием, а стационар состоит только из комфортабельных одноместных палат класса люкс. Операционные оснащены оборудованием премиальных медицинских брендов, это же касается реанимационного отделения

В день операции к 9 часам утра вы приезжаете в клинику. С вами заключают договор, проводят в кассу для оплаты (оплата возможна как наличными, так и банковской карточкой), заведут историю болезни и проводят в палату. Встречать и сопровождать вас будет лично Д.М. Лубнин. Когда вы окажетесь в палате вам надо будет переодеться в комплект одежды, который вам принесет медсестра. В палате имеется персональный санузел, телевизор, в целом все организовано, как в хорошей гостинице.

Когда вы будете уже в палате к вам придет доктор Лубнин, задаст несколько вопросов для истории болезни, заберет бланки анализов и заключений.





Далее у вас начинается свободное время, так как чаще всего операции начинаются в 12-13 часов, то есть у вас будет 2-3 часа, во время которых вы можете спать, смотреть телевизор, читать книгу, нельзя будет есть, но пить немного можно.

За 30 минут до начала операции в палату придет медсестра и начнет подготовку к операции: вам будет поставлена капельница, введут несколько препаратов внутривенно и сделают внутримышечный укол.

Далее вас доставят в операционную. Вас будет сопровождать доктор Лубнин, который также будет присутствовать и во время операции. Сразу же скажем, что сама операция совершенно безболезненная, и в операционной вы не будете испытывать никаких неприятных ощущений, кроме небольшого обезболивающего укола в область бедра, как у стоматолога перед лечением зуба.

Кто выполняет процедуру эмболизации маточных артерий?

Саму операцию выполняет медицинский директор Европейской клиники Борис Юрьевич Бобров – эндоваску-

лярный хирург, обладающий самым большим опытом проведения эмболизаций маточных артерий в России и СНГ. Для эмболизации используются только самые современные инструменты (катетеры, проводники, иглы, интродьюсеры, контрастное вещество – все инструменты строго одноразовые, упаковки открываются при пациенте).

Каким препаратом выполняется эмболизация?

Эмболизация маточных артерий выполняется только сферическими препаратами двух типов: BeadBlock производства Terumo, Япония и Embozene производства США. Эти препараты имеют ряд существенных преимуществ. В отличие от других препаратов, Bead Block и Embozene абсолютно химически инертны, практически не вызывают локальной воспалительной реакции вокруг эмболизированного сосуда, что улучшает результаты вмешательства. Это оптимальные препараты для всех клинических ситуаций, в т.ч. для пациенток, заинтересованных в беременности, а также для нестандартных ситуаций.

После окончания операции Борис Юрьевич Бобров даст вам рекомен-

дации о дальнейшем поведении (вам нельзя будет сгибать правую ногу, переворачиваться на бок в течение 2,5 часов), далее вам введут в вену препарат, от которого сразу же очень сильно захочется спать. Вы на каталке в сопровождении лечащего гинеколога возвращаетесь в палату. В палате вас встречает медсестра, которая введет вам несколько обезболивающих препаратов, которые также усилят желание спать. Медсестра объяснит вам, как ее вызвать в палату, если вам что-либо понадобится.

Весь день до вечера в клинике присутствует доктор Лубнин, который занимается организацией всего процесса и ведет пациентов. Обезболиванию после эмболизации маточных артерий в нашей клинике уделяется особое внимание. Нами разработана особая схема обезболивания, позволяющая у большинства пациентов добиться существенного облегчения болевого синдрома. Надо признать, что боль после ЭМА полностью снять невозможно, но можно добиться ее значительного снижения.

Через 6-8 часов после окончания эмболизации маточных артерий боли начинают уменьшаться, к вечеру пациентки, как правило, чувствуют себе удовлетворительно, некоторые заказывают полноценный ужин. На ночь медсестра делает еще один обезболивающий укол. Ночью у ча-

сти пациентов могут вновь появиться боли, которые быстро снимаются.

Утром к вам приходит медсестра, помогает вам встать, измеряет температуру и давление и вам приносят в палату завтрак. После завтрака к вам приходит доктор Лубнин, осматривает место пункции бедренной артерии, вы встаете и занимаетесь личной гигиеной. Состояние на утро, как правило, хорошее, болей практически нет, есть небольшая слабость и легкое головокружение от длительного лежания и введенных накануне препаратов. Доктор выдает вам большую инструкцию на 3-х листах, в которой подробно изложено, что с вами будет происходить в ближайшее время, и что делать в любой ситуации. В клинике после операции

вы проводите один-два дня – всё зависит от вашего состояния и необходимости в проведении дополнительного инъекционного обезболивания. Как правило, день после операции больше напоминает санаторный режим – вы спите, кушаете, гуляете по территории клиники.

Выписка производится на второй или третий день после операции. При необходимости мы выдаем открытый больничный лист.

На этом ваше пребывание в стационаре заканчивается. Очень важно, что после выписки вы не остаетесь без контроля со стороны доктора. В любой момент вы можете связаться по мобильному телефону с доктором Лубниным – телефон включен круглосуточно!

Какова полная стоимость эмболизации маточных артерий?

Полная стоимость эмболизации маточных артерий в Европейской клинике с препаратом Bead Block и новым компрессионным устройством составляет 210 тыс рублей, а с препаратом Embozene – 225 тыс. рублей. В эту сумму включено всё: пребывание в стационаре, работа врачей и персонала, все инструменты, то есть вас не ожидают никакие «неожиданные» доплаты. Таким образом, за эту сумму вы получаете:



1. Проведение операции в условиях современной и комфортабельной клиники.

2. Операцию выполняет Борис Юрьевич Бобров – эндоваскулярный хирург с самым большим персональным опытом проведения эмболизации маточных артерий в России и СНГ

3. Эмболизация маточных артерий будет выполняться только сферическими препаратами последнего поколения, предназначенными специально для этой процедуры.

4. Во время госпитализации вы размещены в комфортабельной палате, уход за вами осуществляется персональной медсестрой.

5. От первой консультации и всё последующее время вас курирует доктор Лубнин Дмитрий Михайлович, который также ведет вас в стационаре с момента госпитализации до позднего вечера, в дальнейшем (после выписки) он круглосуточно доступен для консультации по мобильному телефону

6. Самое лучшее обезболивание после эмболизации — индивидуальные схемы обезболивания

7. Дополнительно в Европейской клинике в стоимость включено бесплатное пребывание до 3 суток (в ПМЦ – только двое суток), бесплатное выполнение любых дополнительных эндоваскулярных вмеша-

тельств (вероятность, что это требуется составляет не более 1 случая на 400 ЭМА), а также высочайший уровень сервиса на всех этапах.

Кроме того, в Европейской клинике вам будет значительно проще контактировать как с гинекологом, так и с эндоваскулярным хирургом, поскольку и Д. М. Лубнин, и Б. Ю. Бобров работают постоянно именно в этой клинике и находятся там ежедневно.








Европейская Клиника

Москва, Духовской пер., 22-Б

 (495) 734-91-09

www.embolization.ru

www.sovetginekologa.ru

 facebook.com/miomamatki

 youtube.com/user/Miomamatki

ISBN 978-5-9905862-0-8



9 785990 586208