



Мать и дитя
ГРУППА КОМПАНИЙ

Эмболизация маточных артерий: информация для пациентов

www.miomamatki.ru

Телефон для записи: (495) 734 91 09



В этом буклете Вы найдете информацию, необходимую для подготовки к малоинвазивному органосохраняющему вмешательству для лечения миомы матки – эмболизации маточных артерий (ЭМА).



Более подробную информацию Вы найдете на нашем сайте www.miomamatki.ru

Что такое миома матки?

Миома матки одно из самых распространенных гинекологических заболеваний. Миома развивается у более чем 80% женщин, однако только 30% женщин сталкиваются с симптомами этого заболевания.

Миома матки не является истинной опухолью, ее называют «опухолеподобным образованием», то есть миома матки похожа на опухоль, но по своим характеристикам ею не является.

Миома матки не озлокачивается, то есть она не превращается в злокачественную опухоль. Злокачественная опухоль матки - лейомиосаркома - очень редкая опухоль и она возникает независимо от наличия в матке миоматозных узлов. Сам миоматозный узел в саркому не превращается.

Внешне миома матки представляет собой плотный узел, состоящий из мышечных волокон и соединительной ткани. Таких узлов, как правило, бывает несколько, они располагаются в мышечной оболочке матки, что приводит к увеличению ее в размерах и деформации.

Миома матки бывает в виде одного узла, но чаще она множественная. Узлы могут располагаться в разных отделах стенки матки и иметь

различный размер. Узлы, располагающиеся снаружи матки называются «субсерозными» или «подбрюшинными»; в стенке матки - «интрамуральными» или «межмышечными»; выступающие в полость матки - «субмукозными» или «подслизистыми».

В зависимости от размера и расположения миома может вызывать появление разнообразных симптомов. У некоторых женщин миома вызывает обильные, продолжительные и/или болезненные менструальные кровотечения, нередко приводящие к анемии. Достаточно часто по мере роста миомы может возникать сдавление мочевого пузыря и других органов, расположенных рядом с маткой. Это сопровождается учащенным мочеиспусканием, чувством тяжести, болями внизу живота.



Как и почему образуется миома матки?

Каждый узел миомы матки растет из одной мышечной клетки. Эта клетка, в следствие повреждения, начинает делиться и вокруг нее образуется скопление вновь образованных клеток, количество их возрастает и они начинают формировать узел.

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 от этих образований в том, что она растет в матке - органе, который зависит от колебания половых гормонов, и поэтому миома матки так же к ним чувствительна.

До сих пор не известно как образуются клетки-предшественники миомы матки. Существует 2 теории: по одной из них мышечные клетки стенки матки получают дефект еще во время внутриутробного развития, вторая теория предполагает, что дефектные клетки образуются в процессе каждого менструального цикла, однако большая их часть погибают и только единичные дают рост миоматозного узла. Вторая

теория считается наиболее очевидной.

Во время каждого менструального цикла во второй фазе под воздействием прогестерона (один из женских половых гормонов) происходит увеличение количества мышечных клеток матки - матка таким образом готовится к вступлению в беременность. Если беременность не происходит, уровень прогестерона резко снижается в организме, начинается менструация, а вновь образованные мышечные клетки погибают. Однако некоторые клетки могут оставаться. Эти оставшиеся клетки вероятнее всего и являются предшественниками миоматозных узлов. Большинство этих клеток рано или поздно все равно погибают, а единичные дают рост.

Есть целый ряд факторов, которые могут дополнительно воздействовать на эти клетки и стимулировать их размножение. К ним относятся:

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

Методы лечения миомы матки

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

В лечении миомы матки можно выделить два подхода:

1. Уменьшение размеров миоматозных узлов и профилактика их дальнейшего роста. При этом устраняются и симптомы миомы матки (обильные длительные менструации, боли и т.д.)
2. Удаление узлов миомы матки различными способами.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ:

- Антигормональная терапия
- Консервативная миомэктомия
- Эмболизация маточных артерий
- Удаление матки (гистерэктомия)
- Высокочастотный фокусированный ультразвук

АНТИГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Так как **миома матки** перестает расти и уменьшается в размерах во время менопаузы, для ее лечения в организме женщины создают искусственную менопаузу с использованием специальных препаратов. Эта менопауза **обратима**, ее создают на срок от 3-х до 6-ти месяцев.

Второй вариант антигормонального лечения - назначение препарата, обладающего антипрогестероновым эффектом. **Прогестерон** - основной гормон, стимулирующий рост миомы матки, поэтому на фоне такого лечения размер миоматозных узлов уменьшается.

Антигормональное лечение наиболее эффективно при наличии небольших миоматозных узлов до 4-5 см. После окончания такого лечения есть большая вероятность возобновления роста миомы матки, поэтому после основного этапа назначается поддерживающая терапия, которая заключается в приеме гормональных контрацептивов или установке внутриматочной гормональной системы «Мирена»

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ

Эта операция, направленная на удаление узлов миомы из матки с сохранением органа. Такую операцию в большинстве случаев проводят женщинам, планирующим беременность, при наличии миоматозных узлов, которые могут потенциально мешать вынашиванию беременности.

Существует три вида консервативной миомэктомии:

1. Лапаротомическая - полостная операция, при которой все выполняется руками хирурга
2. Лапароскопическая - эндоскопическая операция, выполняющаяся инструментами, под контролем видеокамеры, введенной в брюшную полость
3. Гистерорезектоскопическая - этим способом удаляют подслизистые узлы, растущие в полость матки.

К сожалению, миомэктомия выполняется далеко не всегда. При наличии множественной миомы матки, как правило, не представляется возможным удалить все узлы. Преимуществом миомэктомии является возможность сохранить

матку и способность к деторождению. Однако, у этой операции тоже есть ряд недостатков. Во-первых, в ряде случаев в ходе операции возникает кровотечение, которое требует выполнения гистерэктомии (удаления всей матки). Во-вторых, более чем у 30% пациентов после миомэктомии возникает рецидив заболевания – миомы возникают повторно. И в-третьих, после миомэктомии остаются рубцы на матке и спайки в брюшной полости, которые могут вызывать бесплодие или значительно осложнять течение беременности.

УДАЛЕНИЕ МАТКИ (ГИСТЕРЭКТОМИЯ)

Несмотря на то, что удаление матки самый распространенный в России метод лечения миомы матки - этот метод целесообразно использовать только в крайнем случае.

Может выполняться как открытым доступом, так и лапароскопически (через проколы на передней брюшной стенке). Гистерэктомия требует пребывания в стационаре в течение 8-10 дней, а полное восстановление после операции может занимать 1,5 месяца. Хотя гистерэктомия и является самым радикальным способом лече-

ния миомы матки, однако она предусматривает удаление самого органа и далеко не во всех случаях является лучшим способом лечения. Почти у половины больных после гистерэктомии может возникать т.н. постгистерэктомический синдром – комплекс нарушений гормонального фона, вегетососудистой регуляции и психоэмоциональной сферы, характерный для менопаузы (т.е. происходит преждевременное старение организма). Страдает обмен веществ, за счет чего повышается риск развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, инфарктов и инсультов. Кроме того, повышается вероятность развития ряда онкологических заболеваний, в первую очередь рака молочной железы. Тем не менее, в ряде случаев гистерэктомия является единственным возможным методом лечения и ее применение полностью оправдано.

Подавляющее большинство пациенток с миомой матки можно вылечить без удаления органа. Данная операция оправдана только в очень запущенных случаях, когда размер матки очень большой и матка фактически состоит из одних миоматозных узлов

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ: ФУЗ-АБЛАЦИЯ

Суть метода ФУЗ-абляции заключается в воздействии на ткань миомы фокусированными ультразвуковыми волнами под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эта методика изначально была предложена для лечения труднодоступных опухолей печени и поджелудочной железы. Использование этой методики для лечения миомы матки носит экспериментальный характер, поскольку не решено несколько технических проблем. Во-первых, до сих пор воздействие оказывается недостаточно точным, т.е. имеется риск непреднамеренного повреждения здоровых тканей и органов, располагающихся вблизи миоматозного узла. Во-вторых, воздействие не затрагивает 100% ткани самого миоматозного узла, что приводит к рецидиву роста миомы в сроки от 6 до 12 месяцев у подавляющего большинства пациенток. По результатам самого крупного на сегодня исследования этой методики: (Stewart EA, Rabinovici J, Tempany CM et al. «Clinical outcomes of focused ultrasound surgery for the treatment of uterine fibroids.») был сделан вывод о наличии лишь кратковременной эффективности метода. Более чем у половины пациенток через год после абляции возобновлялся рост миоматозных узлов и вновь возникали связанные с миомой симптомы. Все это определяет и перечень противопоказаний к ФУЗ-абляции. Эта процедура абсолютно противопоказана при: 1) наличии

заинтересованности в беременности; 2) наличии более чем 5 миоматозных узлов; 3) наличии узлов, расположенных более 12 см от поверхности кожи и ближе 4 см от поверхности крестца (т.е. миомы, расположенные на задней стенке матки методом недоступны); 4) наличии миом объемом более 500 куб. см; 5) наличии противопоказаний к МРТ. Возможно в будущем развитие технологий и позволит применять ФУЗ-аблацию более широко, однако в настоящее время область ее применения крайне узка и включает в себя пациенток с симптомными миомами, не имеющих заинтересованности в беременности при наличии у них противопоказаний к хирургическому лечению и ЭМА. Важно отметить, что в нашей клинике имеется соответствующее оборудование и ФУЗ-аблация также выполняется, но лишь при наличии к ней показаний.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА)

В настоящее время не существует идеального способа лечения миомы матки – все методы имеют свои преимущества и недостатки. Тем не менее, следует выделить наиболее современный и эффективный метод лечения миомы матки – эмболизацию маточных артерий. Хотя

эмболизация маточных артерий применяется достаточно давно (с конца 70-х годов XX века) для остановки кровотечений, возникающих после родов и операций на матке, ее действие на миомы было выявлено только в 1991 году. С этого момента методика начала широко распространяться по всему миру в качестве самостоятельного метода лечения миомы матки. В настоящее время в год выполняются десятки тысяч ЭМА и эта цифра постоянно увеличивается. Важно отметить, что ЭМА уже с начала 90-х годов, не является экспериментальной методикой, и широко применяется в клиниках США, стран западной и восточной Европы, Израиля, Японии и др. С некоторым опозданием эта методика находит признание и в России, хотя еще в 1998 году эмболизация была утверждена приказом МИНЗДРАВА РФ, в качестве метода, разрешенного к применению в нашей стране. Сейчас в Перинатальном Медицинском Центре ЭМА выполняют специалисты, обладающие самым большим опытом этого вмешательства в России и СНГ.

Что представляет собой ЭМА? Эмболизация маточных артерий – это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол артерии

на бедре в сосуды, питающие миому, вводятся частички специального медицинского пластика, полностью прекращающие в них кровоток. Важно отметить, что на сосуды здорового миометрия эмболизация не оказывает практически никакого воздействия – это связано с особенностями их строения и техникой самого вмешательства. После прекращения кровоснабжения мышечные клетки, формирующие миому гибнут. В течение нескольких недель происходит их замещение соединительной тканью. Таким образом, вскоре после ЭМА миомы как таковой уже не остается – остается лишь соединительная ткань на ее месте. Затем в процессе «рассасывания» этой ткани происходит значительное уменьшение и/или полное исчезновение узлов, а симптомы миомы проходят. В подавляющем большинстве случаев (98,5%) после эмболизации никакого дополнительного лечения по поводу миомы матки уже не требуется.

Кто выполняет эмболизацию? Эмболизацию выполняют эндоваскулярные хирурги. Это специалисты, обладающие высокой квалификацией сосудистых хирургов и большим опытом работы со сложной ангиографической аппаратурой. Эндоваскулярные хирурги выполняют

большое количество различных внутрисосудистых операций на артериальных и венозных сосудах, сердце, головном мозге и других органах. ЭМА – это лишь одно из множества эндоваскулярных вмешательств.

Где выполняется ЭМА? Процедура выполняется в специально оборудованной рентгеноперационной, оснащенной ангиографическим аппаратом. В ходе процедуры эндоваскулярные хирурги контролируют свои манипуляции при помощи ангиографии, позволяющей им видеть внутренние структуры организма на специальных мониторах.

Почему ЭМА не выполняют во всех гинекологических клиниках? В отличие от оборудования, необходимого для лапароскопической хирургии, ангиографические аппараты очень дороги поэтому далеко не каждая клиника может себе их позволить. Кроме того, в нашей стране пока очень мало опытных эндоваскулярных хирургов, а врачи других специальностей выполнять ЭМА не могут.

Как нужно готовиться к процедуре? После консультации гинеколога и эндоваскулярного хирурга Вам будет назначен перечень анализов

и консультаций. Это не пустая формальность, данные анализов могут предоставить важную диагностическую информацию, которая может влиять на выбор метода лечения и его тактику. Подробно о непосредственной подготовке к процедуре Вы поговорите с гинекологом. Как правило, эмболизация выполняется в день госпитализации. В этот день рекомендуется воздержаться от завтрака. Поскольку в ходе процедуры выполняется прокол артерии в верхней части правого бедра необходимо заранее побрить эту область (бедро и пах справа). Кроме того, незадолго до вмешательства на обе ноги необходимо надеть компрессионные чулки.



После процедуры чулки потребуется носить в течение 5-7 дней. Непосредственно перед процедурой назначается укол успокоительного препарата. Кроме того, гинеколог попросит Вас подписать бланк информированного согласия пациента – это стандартная процедура перед любым лечебным или диагностическим вмешательством. Затем в сопровождении медсестры или Вашего гинеколога Вы направляетесь в отделение эндоваскулярной хирургии.

Что происходит во время процедуры? Во время процедуры Вы будете лежать на спине на специальном ангиографическом столе. Перед началом процедуры эндоваскулярный хирург обработает правое бедро и живот специальным антисептиком и накроет Вас стерильным операционным бельем.

В процессе вмешательства эндоваскулярный хирург будет заранее предупреждать Вас о своих действиях, а также об ощущениях, которые у Вас могут возникнуть. Вы можете свободно разговаривать с хирургом, задавать ему свои вопросы. Кожа на бедре обезболивается введением местного анестетика (новокаина или лидокаина) и теряет болевую чувствительность. Затем в артерию вводится катетер. Эти манипу-



Гемостатическое устройство Safeguard заменяет неудобную повязку и защищает от образования гематомы на месте пункции артерии

ляции совершенно безболезненны. Под контролем рентгеноскопии врач проведет и установит катетер сначала в левой маточной артерии, и выполнит эмболизацию ее ветвей, кровоснабжающих миому, затем установит катетер в пра-

вой маточной артерии и эмболизирует ее ветви тоже. В процессе процедуры возможно возникновения чувства тепла в животе или ногах – это нормальная реакция организма на введение контрастного вещества. В ряде случаев возможно появление незначительных тянущих болей внизу живота, эти ощущения быстро проходят. Как правило, прокола только правой бедренной артерии достаточно, для того чтобы катетризовать и эмболизовать и правую и левую маточные артерии. После окончания эмболизации врач удаляет катетер из бедренной артерии и в течение 10 минут давит пальцами на место пункции, чтобы избежать образования синяка (гематомы). Затем на правое бедро накладывается специальное устройство Safeguard, которое продолжает локально давить на место пункции. С этого момента в течение 6 часов нельзя ходить и сгибать правую ногу.

Почему при ЭМА не используется наркоз?

Поскольку сама ЭМА – практически безболезненная процедура, наркоз для нее просто не нужен. Возможность выполнять ЭМА под местной анестезией является огромным преимуществом метода. Общее обезболивание (наркоз) сопряжено с определенными анестезиологическими

рисками. Большинство серьезных осложнений (в т.ч. угрожающих жизни) при хирургическом лечении миомы матки связано именно с наркозом.

Как долго продолжается эмболизация? Продолжительность процедуры определяется, в первую очередь, строением сосудистой системы пациента, а также опытом эндоваскулярного хирурга. В нашей практике с накоплением опыта средняя продолжительность ЭМА сократилась втрое. В большинстве случаев ЭМА занимает от 10 до 25 минут. В редких ситуациях при наличии особенностей строения сосудистой системы длительность процедуры может увеличиться (в этом случае требуется больше времени для установки катетера в маточной артерии).

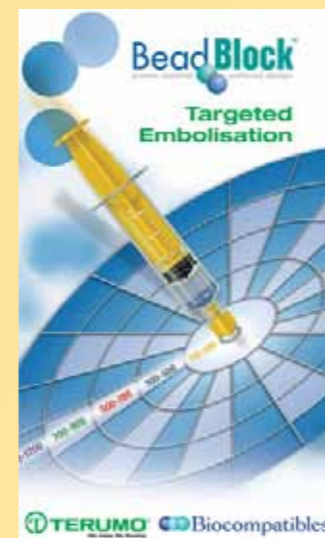
Какие эмболизирующие препараты используют эндоваскулярные хирурги? В настоящее время наиболее широко для ЭМА применяются два вида препаратов:

1. Несферические частицы PVA производства COOK, США – стандартный эмболизационный препарат, используемый для эмболизации уже более 30 лет. К сожалению, неправильная форма частичек и разброс их размеров существенно понижают точность эмболизации – т.е. имеется риск недостаточной эмболизации сосудов мио-

мы за счет временного слипания частичек и возникновения т.н. эффекта «псевдоэмболизации». Это может приводить к восстановлению кровоснабжения, что у 1-2% пациентов может потребовать повторной ЭМА. Возможно также слипание частиц в катетере, что требует замены катетера и увеличивает продолжительность и трудоемкость вмешательства. Из-за неточных размеров частичек несколько выше вероятность непреднамеренного воздействия и на сосуды здоровой части матки. Кроме того, за счет химической структуры ПВА имеется выраженная локальная воспалительная реакция вокруг эмболизированного сосуда, которая несколько ухудшает субъективные ощущения после ЭМА. Поэтому при возможности для ЭМА используют более современные – сферические препараты.

2. Сферические гидросферы Bead Block производства Terumo, Япония – самый современный эмболизационный препарат, продукт высоких медицинских технологий, предназначенный специально для ЭМА. Bead Block (произносится «бид блок») имеет ряд существенных преимуществ. Препарат представляет собой свободно сжимаемые полимерные сферы с более мягкой сердцевиной, что позволяет частичкам проходить через катетер с меньшим внутренним про-

светом. В отличие от ПВА, препарат Bead Block абсолютно химически инертен (на 94% состоит из воды), практически не вызывает локальной воспалительной реакции вокруг эмболизированного сосуда, что улучшает результаты вмешательства. Это оптимальный препарат для всех клинических ситуаций, в том числе для пациенток, заинтересованных в беременности, а также для нестандартных ситуаций (например, эмболизация ветвей яичниковых артерий, кровоснабжающих миому). Использование Bead Block радикально минимизирует риск восстановления кровоснабжения и непреднамеренного воздействия на здоровую часть матки.



Эмболизационный препарат Bead Block. Фото предоставлено компанией Terumo (Московское представительство, 121108, Москва, ул. Ивана Франко, 4, т. +7 495 234 33 03)

Вопрос об использовании того или иного эмболизационного препарата необходимо обсудить до вмешательства непосредственно с эндоваскулярным хирургом. Мы принципиально не используем самодельные, несертифицированные препараты, которые иногда применяются в клиниках России и СНГ. Имеется крайне негативный опыт использования подобной продукции и мы настоятельно рекомендуем всем пациентам осведомляться о том, каким препаратом им собираются делать ЭМА.

Необходимо подчеркнуть, что наши специалисты обладают не только самым большим опытом ЭМА в России, но также и самым большим опытом работы со сферическими препаратами, включая Bead Block. Эндоваскулярные хирурги Перинатального Медицинского Центра постоянно проводят выездные мастер-классы по ЭМА с современными препаратами в клиниках России и СНГ.

Что происходит после эмболизации? После эмболизации Вас на каталке отвозят обратно в палату, либо в палату интенсивной терапии. На несколько часов будет установлена капельница. Как правило, вскоре после эмболизации

появляются схваткообразные боли внизу живота. Боли могут быть достаточно сильными. Тем не менее, болевой синдром быстро проходит (в течение нескольких часов) и хорошо купируется анальгетиками. При необходимости мы можем проводить обезболивание при помощи эпидурального катетера – советуем обсудить это с гинекологом перед госпитализацией. Важно отметить, что боли – это отражение эффективности процедуры, они связаны с острой ишемией клеток самой миомы. В этот период Вам будут назначать адекватные обезболивающие препараты. Помимо боли, может возникать тошнота, общая слабость, повышение температуры. Обычно эти симптомы проходят уже на следующий день. Как правило, через 1-3 дня после ЭМА пациенты выписываются домой. Еще 7-10 дней после этого рекомендуется избегать физической активности. Несмотря на то, что выписка возможна уже на следующий день после процедуры, накопленный нами опыт показал, что активное лечение в течение 1-2 дней после ЭМА значительно уменьшает общие сроки выздоровления пациентов.

Какова вероятность возникновения осложнений после ЭМА? Эмболизация маточных арте-

рий – чрезвычайно безопасная процедура, однако незначительный риск осложнений все же есть. В целом, риск осложнений почти в 20 раз меньше, чем после хирургического лечения миомы матки. Самая частая проблема – это гематома места пункции (синяк на бедре). Гематома обычно не требует дополнительного лечения и быстро проходит самостоятельно. Более неприятное осложнение ЭМА – инфекция. Чаще всего возникает при экспульсии миомы в полость матки. Инфекция, как правило, успешно излечивается антибиотиками, но в редких случаях по данным научной литературы может потребоваться выполнения гистерэктомии. Тем не менее, вероятность такого исхода ничтожно мала. Важно подчеркнуть, что в наших наблюдениях не было ни одного случая, когда осложнения или особенности послеоперационного периода требовали бы удаления матки или приводили к неэффективности ЭМА.

Каковы результаты ЭМА? Вскоре после эмболизации начинается уменьшение миоматозных узлов. Наиболее активно оно продолжается в первые 6 месяцев, но и в дальнейшем сохраняется динамика к уменьшению. В среднем к 1 году после ЭМА миомы уменьшаются в объ-

еме в 4 раза, а размеры матки нормализуются. В ряде случаев некоторые миоматозные узлы (особенно расположенные близко к полости матки) отделяются от стенки матки и «рождаются» естественным путем (т.н. «экспульсия» миомы). Это благоприятное явление, приводящее к быстрому восстановлению структуры матки. Симптомы миомы уменьшаются еще быстрее. У 99% пациентов нормализуются менструальные кровотечения. Симптомы сдавления уменьшаются и исчезают у 92-97% больных. В целом, более чем у 98% пациентов после ЭМА не требуется дополнительное лечение миомы матки, даже в отдаленном периоде. Многие женщины, страдавшие от бесплодия, связанного с миомой, рожают здоровых детей после ЭМА.

Куда же девается сама миома после ЭМА?

Миома матки представляет собой конгломерат гладкомышечных клеток. После ЭМА эти клетки перестают получать питание и начинают деградировать. В узле появляются клетки воспаления – лейкоциты, макрофаги, фибробласты и др. Они начинают «разбирать» остатки гладкомышечных клеток и вырабатывать на их месте волокна соединительной ткани. Этот процесс

приводит к полному замещению миоматозного узла соединительной тканью, которая не растет, не создает симптомов и не может быть источником новообразований. При этом происходит и значительное уменьшение размеров узла. Более того, с точки зрения структуры уже через несколько недель после ЭМА миомы как таковой не остается – остается только соединительная ткань, «рубец» на ее месте, однако процесс уменьшения размеров узла продолжается еще несколько месяцев.

Применяют ли ЭМА у пациенток, заинтересованных в беременности? К сожалению, метода лечения миомы матки, который позволил бы со 100% вероятностью гарантировать (если этот термин вообще можно применить к медицине) беременность и роды не существует. В такой ситуации чаще всего выбирать приходится только между миомэктомией (хирургическим удалением самой миомы) и ЭМА. Если миомэктомия возможна и не связана с угрозой потери матки или ее грубой рубцовой деформации, то по современным канонам правильнее сделать именно ее. Это связано, прежде всего, с тем,

что ЭМА в этой группе больных применяется

не более 10 лет и является менее распространенным методом. Тем не менее, беременность и роды после ЭМА и миомэктомии протекают практически одинаково. Если же миомэктомия затруднена или связана с высоким риском, то ЭМА остается единственным шансом сохранить матку и способность к деторождению.

В последние годы в США и Европе выполнено несколько мультицентровых исследований, сравнивающих ЭМА и миомэктомию у нескольких тысяч больных, заинтересованных в беременности. Исследования продемонстрировали высокую эффективность ЭМА как у больных, у которых миомэктомия была невозможна, так и у тех, кому ее можно было бы выполнить. Полученные результаты в скором времени позволят рекомендовать ЭМА в качестве метода лечения миомы матки у всех больных, планирующих беременность.

Связано ли вмешательство с облучением? Действительно, в ходе ЭМА используется рентгеновское излучение. Однако особенностью современных ангиографических аппаратов является использование крайне низких доз облучения. В среднем, доза облучения пациента

в ходе эмболизации, не превышает дозы, получаемой при диагностической флюорографии (рентгеноскопии грудной клетки). Кроме того, одной из задач эндоваскулярного хирурга, выполняющего вмешательство является максимальное сокращение времени использования рентгеноскопии. В этом вопросе ключевым фактором является опыт доктора. В Перинатальном Медицинском Центре ЭМА выполняет доктор с самым большим персональным опытом ЭМА в России и СНГ.

При каких заболеваниях кроме миомы матки применяют ЭМА? Мы имеем опыт эмболизации маточных артерий не только при миоме матки. ЭМА с успехом применяется при: эндометриозе тела матки (аденомиозе), послеродовых кровотечениях, в процессе кесарева сечения у больных с вращением плаценты, в комплексном лечении шейной беременности, при артериовенозных мальформациях малого таза, в качестве предоперационной подготовки при операциях по поводу опухолей матки и других органов малого таза, амилоидозе артерий матки и др.

Чем ЭМА в ПМЦ отличается от ЭМА в других клиниках? Есть несколько факторов, выгодно отличающих программу ЭМА в Перинатальном Медицинском Центре от других клиник.

Прежде всего, это **комплексный подход** – мы обладаем возможностью применять все существующие на сегодня методы лечения миомы, поэтому рекомендации наших врачей непротиворечивы, мы в любой ситуации можем обеспечить пациентке с миомой матки именно то лечение, которое ей необходимо. Вторым фактором является **команда высококлассных специалистов** – от гинекологов, ведущих консультативный прием, до оперирующих гинекологов, анестезиологов и эндоваскулярных хирургов, все сотрудники Клиники Лечение Миомы Матки ПМЦ являются опытными профессионалами с блестящей научной и практической репутацией. Так, у нас работают врачи, обладающие самым большим персональным опытом ЭМА в нашей стране.

Не менее важным фактором является исключительно **высокий уровень технической оснащенности** Центра – ультразвуковые кабинеты, гинекологические и рентгенохирургическая операционные оснащены самой современной аппа-

ратурой ведущих мировых производителей.

Условия пребывания и сервис – еще одно выгодное отличие ПМЦ от многих других клиник. Пациентам предоставляются отдельные одноместные палаты (одно- или двухкомнатные), в которых имеется все необходимое для того, чтобы сделать пребывание в стационаре максимально комфортным.

Мы работаем в соответствии с самыми высокими стандартами медицинской помощи, что требует **внимания к каждой детали процесса**: мы применяем самые современные эмболизационные препараты для ЭМА; мы первыми в России стали использовать после ЭМА устройство Safeguard вместо неудобной давящей повязки на ногу, которую до сих пор применяют в большинстве клиник; мы предлагаем несколько вариантов эффективного обезболивания после ЭМА, включая эпидуральную анестезию и контролируемую пациентом инфузию анестетика и т.д.

Безусловно, мы не смогли осветить здесь все важные аспекты эмболизации. Врачи Клиники Лечения Миомы Матки Перинатального Медицинского Центра всегда готовы ответить на имеющиеся у Вас вопросы.



Борис Юрьевич Бобров

кандидат медицинских наук, эндоваскулярный хирург, руководитель отделения эндоваскулярной хирургии ПМЦ, ведущий научный сотрудник НИИ Клинической Хирургии РГМУ им. Н.И. Пирогова



Лубнин Дмитрий Михайлович

кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог Клиники лечения миомы матки ПМЦ



Сергей Анатольевич Новиков

кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог, руководитель отделения гинекологии ПМЦ

www.miomamatki.ru

Телефон для записи: (495) 734 91 09

Copyright: © 2000-2011. Содержание информационного буклета охраняется “Законом об авторских и смежных правах”, несанкционированное копирование, цитирование и иное использование материалов буклета запрещено.

Медицинская информация, представленная в буклете не может быть использована в качестве прямой рекомендации по лечению и не заменяет консультацию специалиста.