

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
30 января 2009 г.
Регистрационный № 209-1208

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Белорусский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. гаук, проф. Л.Ф. Можейко, канд. мед. наук, доц.
А.Н. Барсуков, М.Л. Лапотко, А.М. Короткин

Минск 2009

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Интрамуральное или субмукозное расположение миоматозных узлов.
2. Максимальный диаметр узлов 7–8 см, общий размер матки до 12 недель беременности.
3. Рецидив миомы после консервативной миомэктомии.
4. Бесплодие, обусловленное миомой матки.
5. Сочетание миомы матки с аденомиозом.
6. Симптомная миома матки (менометроррагия, болевой синдром, нарушение функции соседних органов).
7. Противопоказания к гормональной терапии.
8. Высокая степень анестезиологического риска, обусловленная экстрагенитальной патологией.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Гинекологические:

1. Беременность.
2. Гиперпластические процессы, рак эндометрия.
3. Атипичное расположение миоматозных узлов.
4. Подозрение рака или предраковых заболеваний шейки матки.
5. Опухоли и опухолевидные образования придатков матки.
6. Миома матки в постменопаузе.
7. Субсерозная миома на ножке.

Общесоматические:

1. Перенесенные острые инфекционные заболевания (менее 3 мес.).
2. Почечная, печеночная недостаточность.
3. Непереносимость рентгеноконтрастных веществ.

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА

1. Тщательный сбор анамнеза, включая наследственность.
2. Осмотр гинеколога (бимануальное исследование, обследование на ИППП, онкоцитология).
3. Лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ и др.).
4. УЗИ органов малого таза с доплерометрией.
5. Гистероскопия или аспирационная биопсия эндометрия.
6. Консультация ангиохирурга.
7. Магнитно-резонансная томография (по показаниям).

Предоперационная подготовка: назначение седативных (седуксен 2 мл) и обезболивающих препаратов (кетопрофен 100 мг — 2 мл), превентивная антибактериальная терапия (внутрь амоксициллин-клавуланат калия 875/125 мг), катетеризация мочевого пузыря.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Эмболизация маточных артерий проводится в рентгеноперационной под местной или комбинированной анестезией (в зависимости от состояния или продолжительности оперативного вмешательства). Катетеризация и эмболизация ветвей маточной артерии способствует лишь локальному прекращению кровотока в патологическом очаге и не сопровождается риском ишемизации близлежащих органов.

После обезболивания производится пункция и катетеризация правой общей бедренной артерии по методике Сельдингера. Катетер Pigtail под рентгеноскопическим контролем устанавливается в нисходящий отдел аорты; выполняется ангиография с введением 20–25 мл ультрависта-370 для оценки анатомии внутренних подвздошных сосудов, кровоснабжения матки и васкуляризации миомы. При этом обнаруживается типичная ангиографическая картина миомы матки, представленная истонченными извитыми сосудами, образующими округлое перифиброидное сплетение, окружающее миоматозный узел. С помощью управляемого проводника с гидрофильным покрытием катетер устанавливается в левой маточной артерии дистальнее отхождения нисходящей ветви к шейке матки и влагалища. Выполняется эмболизация: микросферами для эмболотерапии модели VeadBlock (500–1200 мкм) в шприцах, до достижения прекращения кровотока по дистальному отделу маточной артерии. На контрольной артериографии определяется обрыв контрастирования ствола маточной артерии с накоплением контрастного вещества в сосудах перифиброидного сплетения в виде опалесцирующей округлой тени, что свидетельствует об эффективности эндоваскулярного вмешательства и полном прекращении кровотока в патологических сосудах. Аналогично манипуляция проводится с контралатеральной стороны. По завершении эмболизации катетер удаляется и осуществляется гемостаз пальцевым прижатием места пункции, с наложением давящей повязки.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ

1. Госпитализация до 5 сут (наблюдение: оценка жалоб, термометрия, общий анализ крови и др.), обезболивание (анальгин 50% — 2,0; димедрол 1–2 мл; кетопрофен: внутривенное введение — 100–200 мг разбавляют в 100 мл 0,9%-го раствора натрия хлорида; внутримышечное введение — 100 мг через 6 и 12 ч или 100 мг в свечах ректально), антибиотикопрофилактика (внутрь амоксициллин-клавуланат калия 875/125 мг 2 раза/сут 5–7 дней), профилактика тромботических осложнений (эластическая компрессия вен нижних конечностей, прямые антикоагулянты — фраксипарин 0,3 мл подкожно 1 раз/сут).

2. Продолжительность постэмболизационного болевого синдрома варьирует от 1 до 5 сут в зависимости от объема эмболизированных тканей.

3. Возможны кровянистые выделения из половых путей в течение нескольких недель ввиду экспульсии в полость матки ишемизированных

мелких субмукозных узлов.

4. Повышение температурной реакции в течение 1–3 сут послеоперационного периода.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. В 2,5% случаев может потребоваться гистерэктомия ввиду выраженного ишемического некроза матки.

2. Преждевременная менопауза до 4% (в большинстве случаев у пациенток в перименопаузе).

3. Осложнения ангиографии: непереносимость контрастного вещества, острая почечная недостаточность, извитость подвздошных сосудов и др.

4. Гематома в области пункции бедренной артерии.

5. Экспульсия некротизированного субмукозного узла.

6. Нарушение функции придатков матки вследствие непреднамеренной эмболизации яичниковых артерий (ввиду прямых коллатералей между ветвями маточной и яичниковой артерий или крайне редко маточные артерии являются единственным источником кровоснабжения яичников).

7. Согласно данным литературы, крайне редко (1:1500) — эмболия легочной артерии.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГИНЕКОЛОГА ПОСЛЕ ЭМА

1. Посещение гинеколога через 7 дней после ЭМА.

2. Контроль характера выделений из половых путей.

3. УЗИ-мониторинг через 1–3–6–12 мес. (для оценки динамики уменьшения узлов миомы, их миграции; выявление реваскуляризации).

4. Своевременное выполнение гистероскопии в случае отторгнувшихся в полость матки миоматозных узлов.

5. Противовоспалительная терапия по показаниям.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭМА

1. Сохранение матки как органа репродукции.

2. Отсутствие необходимости в переливании крови.

3. Отсутствие спаечной болезни органов малого таза.

4. Непродолжительный период реабилитации (до 10 дней).

5. Отсутствие психоэмоционального дискомфорта.

6. Инвазивная процедура с низким риском осложнений.