**ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ – ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ**

**Калиновская О.И.**

***кандидат медицинских наук, доцент,***

***доцент кафедры акушерства и гинекологии №2***

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г. Харьков, Украина*

**ПАРАЩУК Ю.С.**

**доктор медицинских наук, профессор,**

**зав. кафедрой *акушерства и гинекологии №2***

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г. Харьков, Украина*

**Старкова** **И.В.**

***кандидат медицинских наук,***

***доцент кафедры акушерства и гинекологии №2***

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г. Харьков, Украина*

Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль органов малого таза у женщин из гладкомышечных клеток миометрия. Частота заболевания колеблется от 25-30% у женщин репродуктивного возраста и возрастает в пременопаузальном возрасте до 50% [1, с.126]. У большинства женщин лейомиома матки приводит к кровотечениям по типу меноррагий, к болям внизу живота и в поясничной области, к сдавлению соседних органов, вследствие чего развиваются дизурические явления (частое мочеиспускание, в т.ч. никтурия) [5, с.34; 6, с.1040], нарушается работа кишечника (констипация), и в результате значительно снижается качество жизни пациенток [12, с.325].

В последние годы одним из наиболее современных направлений в оперативном лечении миомы матки является **эмболизация маточных артерий** (ЭМА). Убедительно доказано, что эмболизация маточных артерий является альтернативным и органосохраняющим методом хирургического лечения миомы матки. По результатам [7, с.114; 10, с.6-7] почти 90% больных сообщают либо о полном исчезновении, либо о выраженном снижении клинических симптомов, сопровождающих миомы матки.

Однако в результате эндоваскулярной операции в ближайшем послеоперационном периоде развивается достаточно своеобразная клиническая картина [1, с.125; 9, с.68; 11, с.429-430]. Наблюдаются такие симптомы как боль, повышение температуры тела, лейкоцитоз, расстройства со стороны мочевыделительной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, которые объединены в понятие постэмболизационный синдром (ПЭС). Основным симптомом в этом периоде является болевой симптом. От 1 до 5 суток отмечено развитие болевого синдрома в нижней части живота различной интенсивности [7, с.112; 8, с.56]. Для его купирования одни исследователи рекомендуют назначать наркотические анальгетики в первые 6-12 часов после процедуры [2, с.204-205; 3, с.129], другие предпочитают эпидуральную анестезию [4, с.892], а в большинстве клиник считают целесообразным применение самостоятельно контролируемой больными анальгезии седативными препаратами [4, с.893.]. Анализ течения постэмболизационного синдрома поможет устранить развитие тяжелых осложнений ЭМА, а также поможет повысить значение этого перспективного метода лечения миомы матки.

**Цель и задачи исследования.**Целью исследования явилось изучение и разработка тактики минимизации болевого симптома у пациенток с миомой матки, перенесших **эмболизацию маточных артерий**.

Анализ результатов эмболизации маточных артерий и течения постэмболизационного периода проведен у 160 больных миомой матки. Возраст больных составил от 21 до 56 лет (в среднем 43,4±0,3). В репродуктивном возрасте находились 140 (88,2%), что особенно актуально при выполнении эмболизации маточных артерий в качестве основного органосохраняющего метода лечения. Возможный спаечный процесс после перенесенных ранее операций явился дополнительным аргументом в пользу выбора эмболизации маточных артерий у 50 (31,5%) пациенток, которые ранее перенесли различные оперативные вмешательства: аппендэктомию – 54 пациентка (10,9%), кесарево сечение – 40 пациенток (8,1%), консервативную миомэктомию – 28 пациенток (5,6%).  Менструальная функция у подавляющего большинства пациенток была в пределах нормы. Гинекологические заболевания были выявлены в виде эктопии шейки матки, хронического сальпингоофорита, полипа цервикального канала, дисфункции яичников, кист яичников. Сочетанная гинекологическая патология: миома матки и аденомиоз I степени диагностированы у 11 (23,2%),  у 17 (27,2 %) миома матки и патология эндометрия. Бесплодие первичное диагностировано у 11 (6,8%) пациенток, бесплодие вторичное у 22 (13,8%) пациенток. В 53 (33,3%) наблюдений были выявлены единичные миоматозные узлы, преимущественно с субмукозным – у 24 (15,0%) больных, субсерозным – у 28 (17,3%), интрамуральным – у 14 (9%) направлением роста; из них локализующиеся в теле у 11 обследованных, в дне – 27 и лишь в 3 случаях в шейке. Множественные миоматозные узлы определялись у 97 (61,5%) пациенток.

**Методы исследования.** Для пациенток, перенесших ЭМА, в раннем постэмболизационном периоде были характерны боли в нижних отделах живота. Для самооценки болевого синдрома всем пациенткам, перенесшим ЭМА, предлагалась визуально-цифровая шкала с количеством баллов от 0 до 10: 0 – боли нет, 1-3 балла – слабая, 3-5 баллов – средней силы, 5-7 баллов – сильная, 7-9 баллов – очень сильная, 10 баллов – боль «невыносимая». Пациентки были распределены на 3 группы. Все больные, перенесшие эмболизацию маточных артерий, в зависимости от течения постэмболизационного периода находились под постоянным наблюдением гинеколога и эндоваскулярного хирурга в условиях стационара на протяжении от 1 до 8 дней (в среднем 2,3) .

**Результаты исследования и их обсуждение**. Интенсивность болевого синдрома пациентками оценивалась самостоятельно при помощи разработанной визуально-цифровой шкалы через 4-6 часов после ЭМА, т.е. когда наблюдалась наибольшая его выраженность, с последующим динамическим наблюдением. Болевой синдром был маловыраженным у 41 (26%), умеренно выраженным – у 69 (43%) и выраженным – у 50 (31%) обследованных.

Отмечается следующая динамика интенсивности болевого синдрома в исследуемых группах: болевой синдром в первые сутки составил 3,1±0,4, 5,4±0,4 и 7,8±0,2 баллов. Через одну неделю после проведения ЭМА болевой синдром составил 1,8±0,3, 2,7±0,8, и 3,9±0,3 баллов соответственно. Средняя продолжительность болевого синдрома в I группе – 2,8±0,3 дня, во II – 7,8±0,2 дня, и 13,4 ±2,3 дня соответственно. Для купирования болевого симптома в первые 6-12 часов после процедуры в группе с легкой степенью симптомов – до 7 баллов назначались – анальгетики, в большинстве случаев целесообразным и достаточным было применение анальгезии седативными препаратами, средняя степень – 8–14 баллов – более интенсивная обезболивающая терапия, нестероидные неспецифические противовоспалительные препараты; тяжелая степень – 15–21 балла – наркотические анальгетики, эпидуральная анестезия с целью обезболивания не применялась.

**Выводы**: Коррекция симптомов в раннем постэмболизационном периоде у пациенток после ЭМА по поводу миомы матки должна проводиться на основании оценки степени тяжести постэмболизационного синдрома. Анализ течения болевого симптома в послеоперационном периоде ЭМА позволил оптимизировать и минимизировать применение обезболивающих препаратов, а также улучшить общее состояние больных после этой операции.

**Использованная литература:**

1. Ю.Э. Доброхотова, И.И. Гришин, С.А. Капранов, А.А. Алиева, Б.Ю. Бобров. Эмболизация маточных артерий при лечении миомы матки. Тезисы. «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». Москва 2005г. с. 125-126

2. Bonilla-Musoles, F. Effect of hormone replacement therapy on uterine blood flow and endometrial status in postmenopausal women / F. Bonilla-Musoles. 2004.- P.204-247.

3. Payne J.F., Haney A.F. Fertil. Steril. 2003; 79: 128–131

4. Siskin G.O., Eaton L.A. Jr., Stainken B.F. et al. J. Vasc. Interv. Radiol. 2000; 10: 891–894.

5. Healey S., Buzaglo K., Seti L., et al. Ovarian function after uterine artery emboliza- tion and hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11 (3): 348-52.

6. Nazah I., Robin F., Jais J et al. Comparison between bisection/morcellation and myometrial coring for reducing large uteri during vaginal hysterectomy laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: result of a randomized prospective study // Acta Obstet Gynaecol Scand. – 2003. – Vol. 82.- P. 1037-1042

7. Chwalisz K., DeManno D. Therapeutic potential for the selective progesterone reseptor modulator asoprisnil in the treatment of leiomyomata // Semin. Reprod. Med. 2004. Vol. 22 (2). P. 113–119.

8. Richter G.M., Radeleff B., Rimbach S., Kauffmann G.W. CIRSE. Annual Meeting and Postgraduate Course of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe; 2003: 56.

9. Roovers J.P., Van der Bom J., Van der Vaart H. Br. Med. J. 2003; 327: 774–56. Uflacker R., Selby J.B., Hannegan C. CIRSE. Annual Meeting and Postgraduate Course of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe; 2003: 70.

10. Parazzini F., Chiaffarino F. The epidemiology of uterine leiomyomata. Uterine leiomyomata pathogenesis and management / Еd. by Ivo Brosens. – Taylor and Francis: London; New York. – 2006. – P. 3-9.

11. Pelage J.P., Le Dref O., Soyer P. et al. Fibroid-related menorrhagia: treatment with superselective embolization of the uterine arteries and mid-term follow-up // Radiology. – 2000. – Vol. 215. – P. 428-431.

12. Uterine leiomyomata pathogenesis and management / Еd. by Ivo Brosens. – Taylor and Francis: London; New York. – 2006. – 326 р.