**ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ - СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

**ЖЕНЩИНАМ**

**КАЛИНОВСКАЯ О.И., ОВЧАРЕНКО О.Б, ЛЯЩЕНКО О.А.,**

**ГРАДИЛЬ О.Г., МЕЛИХОВА Т.В.**

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра акушерства и гинекологии № 2,

г. Харьков, Украина

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Внедрение новых малоинвазивных органосохраняющих методов лечения сделали эмболизацию маточных артерий

(ЭМА) альтернативной традиционным гистерэктомии и ми-омэктомии [1,с.86, 2,с.123-124, 3,с.942]. В последние несколько лет ЭМА нашло свое применение и в акушерстве: особенно этот метод важен при послеродовых гипо- и атонитонических кровотечениях [4,с.436], а также был применен впервые в Украине в послеродовом периоде как профилак-тический этап в комплексном методе лечения при истинном приращении плаценты. Предложенный метод комплексной

терапии был запатентован (Патент України на корисну модель No 96783 « Спосіб лікування плацентарної інвазії» от 10.02.2015).

Клинический случай с истинным приращением плаценты, послуживший поводом для разработки и внедрения комплексного подхода с применением ЭМА в раннем по-слеродовом периоде( в течении 5 часов после родов), был неоднократно представлен нами в научных источниках, на съездах и конференциях.

В 2013 году ЭМА в сочетании с 3-х кратным курсом цитостатической терапии метотрексатом позволил сохранить матку и репродуктивную функцию женщине, и в 2018 году катамнез этой женщины имел логическое продолжение - рождение второго ребенка (история родов Ne9353).

Промежуток в 5 лет после 1-х родов с применением ЭМА и курсами химиотерапии в послеродовом периоде характеризовался целым рядом событий: восстановление овари-ально-менструального цикла через 7 месяцев после родов.

Через 2 года-беременность, завершившаяся в сроке 9-10 недель как неразвивающаяся, затем подозрение на пузырный занос с диспансерным наблюдением онкогинекологами. Четвертая беременность (2018 год) протекала без особенностей и мало отличалась от беременностей с неотягощенным анамнезом.

Цель и задачи исследования. Целью исследования явилось изучение и оценка влияния ЭМА на состояние кро-вотока в яичниках и в целом на репродуктивную функцию, сразу после операции и в отдаленном послеоперационном периоде.

В литературе имеются противоречивые сообщения по этому вопросу [1,с.87-88,5,c.694,6,с.510]. Учитывая анатомические особенности кровоснабжения яичников: яични-ковая артерия (ЯА) и яичниковая ветвь маточной артерии, возможно попадание эмболов в сосуды, кровоснабжающие яичник [6,c.512-513].

Методы исследования. С 2007 г. нами на базе К303

«Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (г. Харьков) обследованы и пролечены 340 пациенток с лейомиомой матки и маточными кровотечениями неясного генеза, средний возраст которых составил 35,8‡8,9 года (с колебаниями от 26 до 47 лет). Операция эмболизации проводилась на ангиогра-фе Axiom Artis MP, «Siemens», Германия, 2005. Доступ к маточным артериям осуществлялся по стандартной методике Сельдингера с использованием частиц поливинилалкоголя (ПВА) и микросфер «Biosphere». Состояние кровотока в яичниковых артериях после проведенного лечения оценивалось по данным трансвагинального УЗИ с цветным допплеровским картированием непосредственно до и после ЭМА.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным УЗИ сразу же после ЭМА у всех женщин наблюдалось исчезновение кровотока в яичниковых артериях, что сопоставимо с результатами других авторов [3,с.934-935]. В случаях, когда происходит непреднамеренная эмболизация (за счет наличия маточно-яичниковых артериальных анастомо-зов), функция яичника снижается, что клинически выражается в ановуляции [3, с.927-928, 5, с.694.]. О восстановлении кровотока в ЯА можно судить по прямой визуализации потока крови в режиме цветного доплеровского картирова-ния, а также по наличию эхографических признаков адек-ватного фолликулогенеза, перифолликулярного кровотока, формирования желтого тела с характерным периферическим кровотоком [3, с.940.]

Средний период наблюдения после ЭМА до контрольного УЗИ составил 28 недель (от 18 до 42 недель). Допплеровское исследование показало, что в 14% случаев артериальный кровоток в яичниковых артериях продолжал полностью отсутствовать, в то время как в 66% наблюдаемых он восстановился. По сравнению с дооперационными значениями показатели кровотока были снижены у 63 пациенток. Из общей группы женщин заброс единичных эмболов в яичники был зарегистрирован, по данным УЗИ, у 6%. У этих больных выявлено типичное отхождение маточной и яичниковых артерий. Даже при наличии мелких гиперэхогенных включений ПВА в строме яичников, регистрируемых при УЗИ и цветном допплеровском картировании, не было выявлено нарушения микроциркуляции в яичниках, а также нарушения их функции.

Дисфункция яичников у больных после ЭМА носит преходящий характер (3,с.939,6,с.515-516]. Восстановление кровотока в яичниковых артериях после ЭМА наступает в послеоперационном периоде от 6 до 12 месяцев. Через 12 месяцев восстановление кровотока отмечено более чем у 90% прооперированных пациенток.

У 12% женщин было отмечено наступление беременности, завершившееся родами в 18 случаях. Искусственный аборт произведен у 6 больных, в настоящее время еще 4 пациенток с различными сроками беременности находятся под наблюдением.

Выводы. Совокупный анализ результатов ЭМА показал, что улучшение фертильности в группе больных репродуктивного возраста с лейомиомой матки происходит за счет значительного уменьшения размеров узлов и связанного с этим восстановления архитектоники полости матки, проходимости интерстициального отдела маточных труб, топографии цервикального канала, уменьшения аномальных кровотечений. А клинический (акушерский) случай с позитивным завершением родами следующей беременности после ЭМА, еще раз подтвердил правомерность применения метода ЭМА и в акушерской практике.

Таким образом, можно констатировать, что ЭМА является одним из наиболее современных, малоинвазивных, безопасных, высокоэффективных органосораняющих методов лечения как в гинекологии (женщин с лейомиомами матки), так и в акушерской практике (как метод остановки послеродовых кровотечений и профилактики кровотечений у больных с инвазией плаценты).

Литература

1. Курцер М., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Опыт осуществления органосохраняющих операций при врастании плаценты // Акушерство и гинекология .-2011.-N 8.-C.86-90.

2. Курцер М., Бреслав И.ю., Лукашина М.В. Истинное врастание плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия. // Акушерство и гинеколо-гия,- 2011.-N 4.-C.118-122

3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol 2006; 107: 927-941.

4. Japaraj RP, Mimin TS, Mukudan K. Antenatal diagnosis of placenta previa accreta in patients with previous cesarean scar. J Obstet Gynaecol Res

2007; 33: 431-437.

5. Fishman SG, Chasen ST. Risk factors for emergent preterm delivery in women with placenta previa and ultrasound findings suspicious for placenta accreta. J Perinat Med 2011; 39: 693-696.

6. D'Antonio F., lacovella C.., Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2013; 42(5): 509-517.