**Особенности техники выполнения ЭМА у женщин с лейомиомой матки**

**О. И. Калиновская, В. П. Коноз\***

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор Ю.С.Паращук), Харьковский национальный медицинский университет; 61022, г.Харьков, пр. Ленина, 4. E-mail: olga.iv.kalinovska@gmail.com*

*\* Отделение интервенционной радиологии КЗОЗ «ОКБ – ЦЭМД и МК»;* *61022 г.Харьков, пр.Правды, 13*

В настоящее время наиболее прогрессивным ишемизационным методом органосохраняющего лечения лейомиомы матки является эмболизация маточных артерий (ЭМА). Ишемия – «ахиллесова пята» лейомиомы матки. При прекращении кровоснабжения миоматозных узлов в них происходят дегенеративные процессы, приводящие к необратимому уменьшению их размеров. При этом целью эмболизации является полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизата. Анатомия маточных и яичниковых артерий такова, что в месте соединения матки и фаллопиевых труб маточная артерия отходит к яичнику и оканчивается, срастаясь (анастомируя) с артериальной системой яичника. Такие маточно-овариальные анастомозы наблюдаются примерно у 11% пациентов и могут привести к заполнению яичниковой артерии с одной стороны, к нецелевой эмболизации яичниковых артерий, быть причиной выключения яичников с последующим снижением функции. В процессе совершенствования выполнения ЭМА был разработан ряд технических приемов, позволяющих минимизировать риск ишемического повреждения яичников.

По данным наших наблюдений, у более чем половины больных, перенесших ЭМА, имеется выраженное анастомозирование ветвей маточной и собственно яичниковой артерий. Непреднамеренный заброс эмболов в один из яичников был выявлен у 5 больных с односторонними маточно-яичниковыми анастомозами. При выявлении двусторонних анастомозов на первоначальном этапе работы мы воздержались от проведения ЭМА у 3 пациенток. В последующем для проведения эмболизации при таком типе кровоснабжения и угрозе заброса эмболов в яичники была изменена техника проведения ЭМА. Для этого поддерживающий катетер устанавливали в устье яичниковой артерии, после ангиографии и определения топографии анастомоза проводили по нему микрокатетер ниже уровня отхождения артериол к яичнику. При невозможности проведения микрокатетера дистальнее отхождения сосудов стромы яичника для предотвращения непреднамеренной его эмболизации были использованы эмболы с диаметром, превышающим калибр артериол в строме яичника (более 700 нм). Еще одним условием корректно выполненной эмболизации при наличии маточно-яичниковых анастомозов являются медленное и бережное введение эмболов и низкая концентрация их в контрастном растворе. Безусловно, технический успех ЭМА при наличии анатомических особенностей кровоснабжения внутренних половых органов зависит от способности правильно оценить варианты кровоснабжения на дооперационном этапе, квалификации рентгенохирурга и эндоваскулярного технического обеспечения. 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.

Выводы: при наличии мелких гиперэхогенных включений поливинилалкоголя в строме яичников, регистрируемых при УЗИ и цветном допплеровском картировании, не было выявлено нарушения микроциркуляции в яичниках, а также нарушения их функции, по данным секреции половых гормонов. При адекватной оценке особенностей кровоснабжения и правильной технике выполнения ЭМА риск ятрогенного ишемического повреждения яичников минимален.