**ЕМБОЛІЗАЦІЯ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ-ПОСТЕМБОЛІЗАЦІЙНИЙ**

**БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ**

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

**КАЛИНОВСЬКА О. И.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та

гінекології No 2 Харківський національний медичний університет м. Харків, Україна

**ПАРАЩУК Ю. С.**

Доктор медичних наук, професор, зав. кафедри акушерства та

гінекології Ne 2 Харківський національний

медичний університет м. Харків, Україна

**СТАРКОВА І. В.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та

гінекології Ne 2 Харківський національний медичний університет м. Харків, Україна

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

Міома матки - найпоширеніша доброякісна пухлина органів малого таза у жінок із гладкомʼязових клітин міоме-трію. Частота захворювання коливається від 25-30% у жінок репродуктивного віку і зростає в пременопаузальному віці до 50% [1, с. 126]. У більшості жінок лейоміома матки призводить до кровотеч на кшталт менорагій, до болю внизу живота і в поперековій ділянці, до здавлення сусідніх органів, унаслідок чого розвиваються дизуричні явища (часте сечовипускання, у т.ч. ніктурія) [5, с. 34; 6, с. 1040], порушується робота кишківника (констипація), і в результаті значно знижується якість життя пацієнток [12, с. 325].

Останніми роками одним із найсучасніших напрямків в оперативному лікуванні міоми матки є емболізація маткових артерій (ЕМА). Переконливо доведено, що емболізація маткових артерій є альтернативним і органозбе-рігаючим методом хірургічного лікування міоми матки.

За результатами [7, с. 114; 10, с. 6-7] майже 90% хворих повідомляють або про повне зникнення, або про виражене зниження клінічних симптомів, що супроводжують міому

матки.

Однак у результаті ендоваскулярної операції в найближчому післяопераційному періоді розвивається досить своєрідна клінічна картина [1, с. 125; 9, с. 68; 11, с. 429-430].

Спостерігаються такі симптоми, як біль, підвищення температури тіла, лейкоцитоз, розлади з боку сечовидільної, серцево-судинної, травної систем, що обʼєднані в поняття постемболізаційний синдром (ПЕС). Основним симптомом у цьому періоді є больовий симптом. Від 1 до 5 діб відзначено розвиток больового синдрому в нижній частині живота різної інтенсивності (7, с. 112; 8, с. 56]. Для його купірування одні дослідники рекомендують призначати наркотичні анальгетики в перші 6-12 годин після процедури [2, с. 204-205; 3, с. 129], інші надають перевагу епідуральній анестезії [4, с. 892], а в більшості клінік вважають за доцільне застосування самостійно контрольованої хворими анал-гезії седативними препаратами [4, с. 893]. Аналіз перебігу постемболізаційного синдрому допоможе усунути розвиток тяжких ускладнень EMA, а також допоможе підвищити значення цього перспективного методу лікування міоми матки.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження стало вивчення і розробка тактики мінімізації больового симптому у пацієнток з міомою матки, які перенесли емболізацію маткових артерій.

Аналіз результатів емболізації маткових артерій і перебігу постемболізаційного періоду проведено у 160 хворих на міо-му матки. Вік хворих становив від 21 до 56 років (у середньому 43,4‡0,3). У репродуктивному віці перебували 140 (88,2%), що особливо актуально при виконанні емболізації маткових артерій як основного органозберігаючого методу лікування.

Можливий спайковий процес після перенесених раніше операцій став додатковим аргументом на користь вибору ембо-лізації маткових артерій у 50 (31,5%) пацієнток, які раніше перенесли різні оперативні втручання: апендектомію-54 пацієнтки (10,9%), кесарів розтин-40 пацієнток (8,1%), консервативну міомектомію-28 пацієнток (5,6%). Менструальна функція у переважної більшості пацієнток була в межах норми. Гінекологічні захворювання були виявлені у вигляді ектопії шийки матки, хронічного сальпінгоофориту, поліпа цервікального каналу, дисфункції яєчників, кіст яєчників.

Поєднану гінекологічну патологію: міома матки й аденоміоз І ступеня діагностовано в 11 (23,2%), у 17 (27,2%)-міома матки й патологія ендометрія. Безпліддя первинне діагностовано в 11 (6,8%) пацієнток, безпліддя вторинне у 22 (13,8%) па-цієнток. У 53 (33,3%) спостережень було виявлено поодинокі міоматозні вузли, переважно із субмукозним - у 24 (15,0%) хворих, субсерозним-у 28 (17,3%), інтрамуральним - у 14 (9%) напрямком росту; із них ті, які локалізувалися в тілі, в 11 обстежених, у дні - у 27, і лише в 3 випадках - у шийці.

Множинні міоматозні вузли визначали у 97 (61,5%) пацієнток.

Методи дослідження. Для пацієнток, які перенесли ЕМА, у ранньому постемболізаційному періоді були характерні болі в нижніх відділах живота. Для самооцінки больового синдрому всім пацієнткам, які перенесли ЕМА, пропонували візуально-цифрову шкалу з кількістю балів від 0 до 10:

0-болю немає, 1-3 бали-слабка, 3-5 балів-середньої сили,

5-7 балів-сильна, 7-9 балів-дуже сильна, 10 балів-біль «нестерпний». Пацієнтки були розподілені на 3 групи. Усі хво-рі, які перенесли емболізацію маткових артерій, залежно від перебігу постемболізаційного періоду перебували під постійним наглядом гінеколога та ендоваскулярного хірурга в умовах стаціонару впродовж від 1 до 8 днів (у середньому 2,3).

Результати дослідження та їх обговорення. Інтенсивність больового синдрому пацієнтки оцінювали самостійно за допомогою розробленої візуально-цифрової шкали через 4-6 годин після ЕМА, тобто коли спостерігали найбільшу його вираженість, з подальшим динамічним спостереженням.

Больовий синдром був маловираженим у 41 (26%), помірно вираженим--у69(43%) івираженим-50 (31%) обстежених.

Відзначається така динаміка інтенсивності больового синдрому в досліджуваних групах: больовий синдром у першу добу становив 3,1+0,4, 5,4‡0,4 і 7,8‡0,2 балів. Через один тиждень після проведення EMA больовий синдром становив

1,8 + 0,3, 2,7 ‡ 0,8, і 3,9 ‡ 0,3 балів відповідно. Середня тривалість больового синдрому в І групі-2,8‡0,3 дня, у І1-7,8+0,2 дня і 13,4‡2,3 дня відповідно. Для купірування больового симптому в перші 6-12 годин після процедури в групі з легким ступенем симптомів - до 7 балів призначалися-аналь-гетики, у більшості випадків доцільним і достатнім було застосування анальгезії седативними препаратами, середній ступінь-8-14 балів-інтенсивніша знеболювальна терапія, нестероїдні неспецифічні протизапальні препарати; важкий ступінь-15-21 бали-наркотичні анальгетики, епідураль-ну анестезію з метою знеболювання не застосовували.

Висновки: Корекція симптомів у ранньому постемболізацій-ному періоді в пацієнток після ЕМА з приводу міоми матки має проводитися на підставі оцінки ступеня тяжкості постем-болізаційного синдрому. Аналіз перебігу больового симптому в післяопераційному періоді ЕМА дав змогу оптимізувати і мінімізувати застосування знеболювальних препаратів, а також поліпшити загальний стан хворих після цієї операції.

Використана література:

1. Ю. Э. Доброхотова, и. И. Гришин, С. А. Капранов, А. А. Алиева, Б. Ю. Бобров. Эмболизация маточных артерий при лечении миомы мат-ки. Тезисы. «Современные технологии в диагностике и лечении гинеко-логических заболеваний». Москва 2005 г.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., SetiL., et al. Ovarian function after uterine artery emboliza-tion and hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11 (3):

348-52.

6. Nazahl., RobinF., 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 // Act 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 / Ed. by Ivo Brosens. -

Taylor and Francis: London; New York. - 2006. - P. 3-9.

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

12. Uterine leiomyomata pathogenesis and management / Ed. by Ivo

Brosens. - Taylor and Francis: London; New York. - 2006. - 326 p.