

Возможности реализации репродуктивной функции методом эко после эма или миомэктомии

(КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)



**Белкина Н.Н.
Рыжова Н.К.**

**ГБУЗ НО «Дзержинский
перинатальный центр»
Нижегородской области**



Частота патологии

- ❖ Самая распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы
- ❖ Частота возникновения от 15 до 50%
- ❖ В 15-17% - в возрасте 30 лет и старше
- ❖ В 30-35% в перименопаузе
- ❖ Средний возраст выявления миомы матки - 32 года
- ❖ 50-70% всех операций в гинекологии - по поводу миомы матки
- ❖ Из них - от 61 до 95% радикальные, в том числе, в репродуктивном возрасте

[ФГУ НЦАГ и П им. акад. В.И. Кулакова]



Зарубежные данные

МИОМА МАТКИ:

Более чем у 20% старше 30 лет
(по Funaki et al. Radiology Case. 2013)

У 50% старше 40 лет – (по F. Savulesus, Romania, 2011)

У половины женщин - в 35 лет,
У 70% - в 50 лет (по Huseyin Aksoy, Turkey, 2015)



Клинические рекомендации. Методы лечения

- ❖ **Хирургическое лечение:** гистерэктомия, миомэктомия, ЭМА, технология MRgFUS
- ❖ **Медикаментозное лечение:** НПВС, прогестагены, агонисты гонадотропин-релизинг гормона, антагонисты Гн-Рг, ингибитора ароматазы, модуляторы рецепторов прогестерона, антагонисты прогестерона, селективные модуляторы рецепторов прогестерона
- ❖ Не рекомендуется назначение лекарственных средств при бессимптомном течении миом, за исключением опухолей больших размеров



Хирургическое лечение показано при:

- ❖ обильных менструальных кровотечениях, приводящих к возникновению анемии; хронической тазовой боли, значительно снижающей качество жизни;
Нарушении нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники);
- ❖ Большом размере опухоли (более 12 нед беременной матки);
- ❖ Быстром росте опухоли (увеличение более чем на 4 нед беременности в течение 1 года);
- ❖ Росте опухоли в постменопаузе;
- ❖ Подслизистом расположении узла миомы, межсвязочном и низком (шеечное и перешеечное) расположении узлов миомы;
- ❖ Нарушении репродуктивной функции; бесплодии при отсутствии других причин



Клинический протокол

Рекомендуется выполнять органосохраняющую операцию – миомэктомию – женщинам молодого возраста, а также тем, кто желает сохранить матку и/или репродуктивную функцию.

Показанием к миомэктомии является также бесплодие или невынашивание беременности при отсутствии каких-либо других причин кроме миомы.



ЭМА (клинические рекомендации)

- ❖ **ЭМА** является миниинвазивным эндоваскулярным вмешательством, проводимым под местной анестезией, с коротким сроком госпитализации, эффективным методом, приводящим к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки, сохранению репродуктивной функции женщины.
- ❖ **Противопоказания к эмболизации маточных артерий:**
беременность, воспалительные заболевания органов малого таза в стадии обострения, аллергические реакции на контрастное вещество, артериовенозные пороки развития,
- ❖ **ЭМА должны проводить** опытные интервенционные рентгенологи, знакомые с техникой проведения процедуры, а также особенностями кровоснабжения миоматозных узлов.



ЭМА клинический протокол

- ❖ При выявлении опухоли яичника или одного из узлов при множественном характере роста субсерозного типа на тонком основании проводят оперативную лапароскопию – удаление образования яичника до ЭМА, с последующим патогистологическим исследованием, а удаление миоматозного узла – после ЭМА с целью снижения объема кровопотери и риска «отшнуровывания» узла в брюшную полость.



Миомэктомия и ЭМА

- ❖ Улучшение результатов ВРТ после миомэктомии (клинический протокол)
 - ❖ *Проведение ЭМА для пациенток, которые желают впоследствии забеременеть и сохранить свою репродуктивную функцию **ВОЗМОЖНО.*** (клинический протокол)
-



Возможности репродукции после эма

❖ Наступление беременности 23-61%

(Хайтова Д.Т. Давитян Л.Д 2013 Ульяновск)

❖ Особенности течения беременности и родов после ЭМА

высокий удельный вес патологии ЦНС у детей

часто развивается гипоксия плода

высокий процент угрозы преждевременных родов

недостаточность фетоплацентарного кровотока

высокий риск развития гестоза

часто аномальная родовая деятельность

преждевременное излитие околоплодных вод



Оценка овариального резерва после ЭМА

- ❖ После ЭМА через 3-6 мес у пациенток 45 лет на 15% повышался ФСГ до уровня перименопаузального (Е.Ю. Антропова Казань 2019)
- ❖ Снижение АМГ у пациенток 40 лет
АМГ более снижено при ЭМА чем при ЛС миомэктомии (KIM et al).

ФСГ выше после ЭМА чем после миомэктомии
(Maraet al 2008)

После ЭМА ингибин В снижен в 7,5 раз,
АМГ в 3,5 раза. У женщин перенесших ЭМА
наличие недостаточности функции яичников
аутоиммунного генеза. (Грачев ГА 2012)



Число родов после эко 2018 (ДПЦ)

❖ Мужской фактор	7	6%
❖ Трубный фактор	29	27%
❖ Эндометрит	20	18%
❖ Эндометриоз	20	18%
❖ СПКЯ	16	14%
❖ Тромбофилии	9	8.5%
❖ Миомэктомия	9	8.5%
❖ ЭМА	0	0 %

Всего 109 случаев из 3900 родов



Клиническая ситуация 1

- ❖ Пациентка Л., 40 лет (февраль 2016г)
- ❖ Интерстициально-субмукозная миома матки больших размеров анемия легкой степени(нв 95 г/л)
Бесплодие II трубный фактор.
- ❖ гиперполименорея, слабость, головокружение
- ❖ Миома с 2014 г
- ❖ Р-2 А-2 В-0 2007 –тубэктомия с обеих сторон
- ❖ Матка увеличена до 12 нед., за счет узла 76x55x65 ¼
проляблирует в полость



Клиническая ситуация 1

- ❖ Лапароскопия миомэктомия ушивание ложа узла(09 02 2016)
- ❖ **Удален 1 узел** (160 гр интерстициально-субмукозный)
- ❖ Длительность операции 1 ч 40 мин (ТВВА с ИВЛ)
- ❖ Транексам 0,5 г
- ❖ Кровопотеря 200 мл Диурез 500 мл
- ❖ Выписана на 5-е сутки
- ❖ Гистологическое исследование фибролейомиома тела матки с участками гиалиноза.
- ❖ 02.06.2017- гистероскопия биопсия эндометрия перед эко
- ❖ гист – признаки хронического эндометрита вне обострения.
- ❖ (комплексная противовоспалительная терапия)
- ❖ Август 2017 эко 29.03.2018 преждевременные роды 34 нед, рубец на матке , преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты , кровотечение .кесарево сечение. ОАГА.
- ❖ Ребенок девочка 2350 г 47см 7/8 Апгар .Выписаны на 10 сутки.

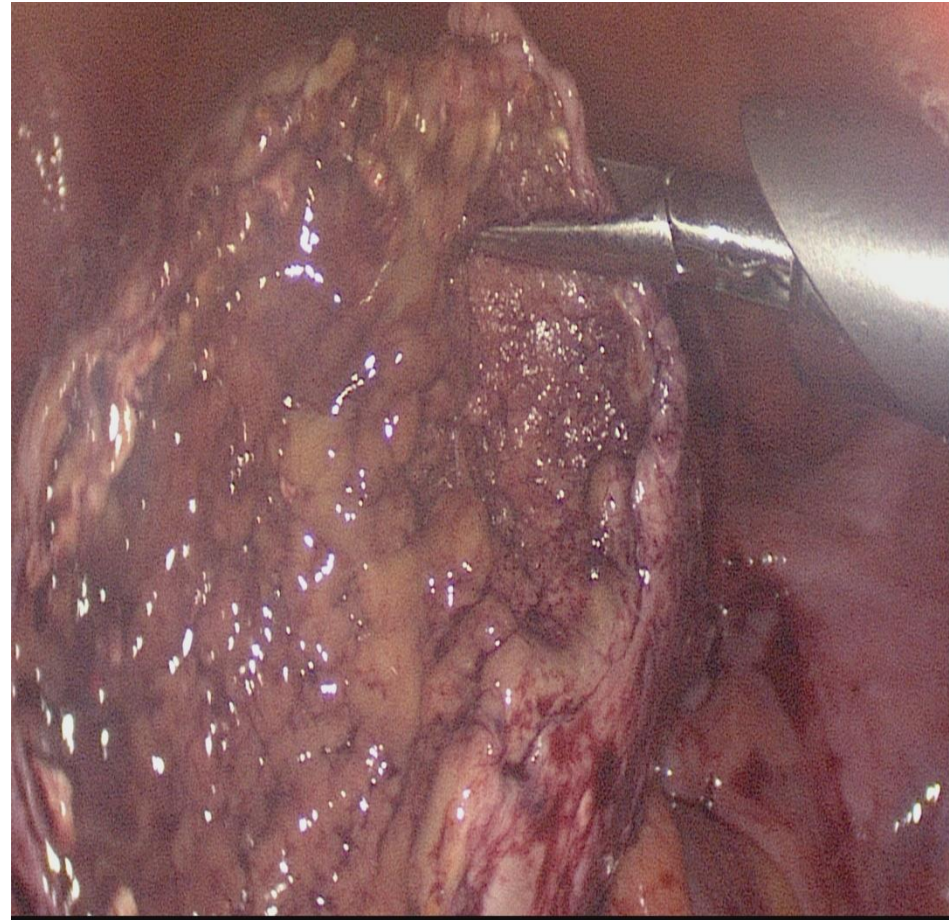
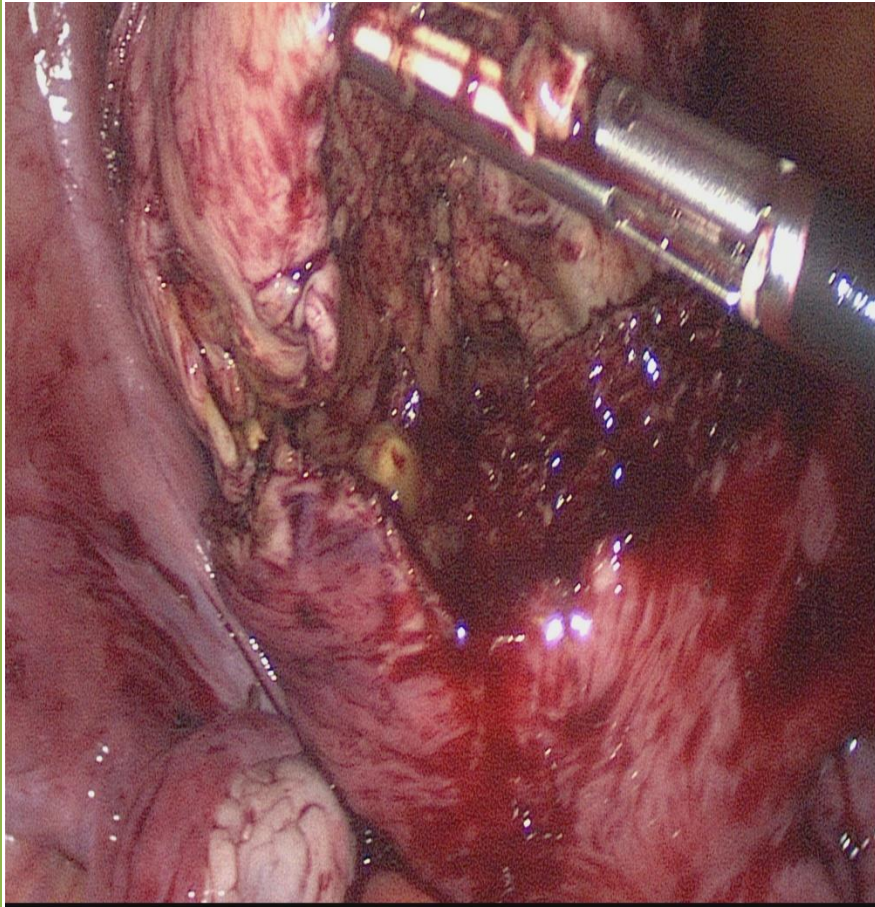


Клиническая ситуация 2

- ❖ Пациентка А 36 лет, 2017г эма по поводу интерстициальной миомы матки 110мм в диаметре. В анамнезе (р-2 А-3 В-1)
- ❖ декабрь 2018г по УЗИ – интерстициальный узел 83x70мм. Полость деформирована за счет узла. Фолликулярный запас снижен. Цикл нерегулярный. Аменорея 3 месяца. АМГ-0.05
- ❖ февраль 2019г(аменорея 6 месяцев)
гистероскопия, лапароскопия миомэктомия.
- ❖ гист- фибролейомиома (90 гр) с дисторфическими изменениями. Гиалиноз, отложение солей кальция

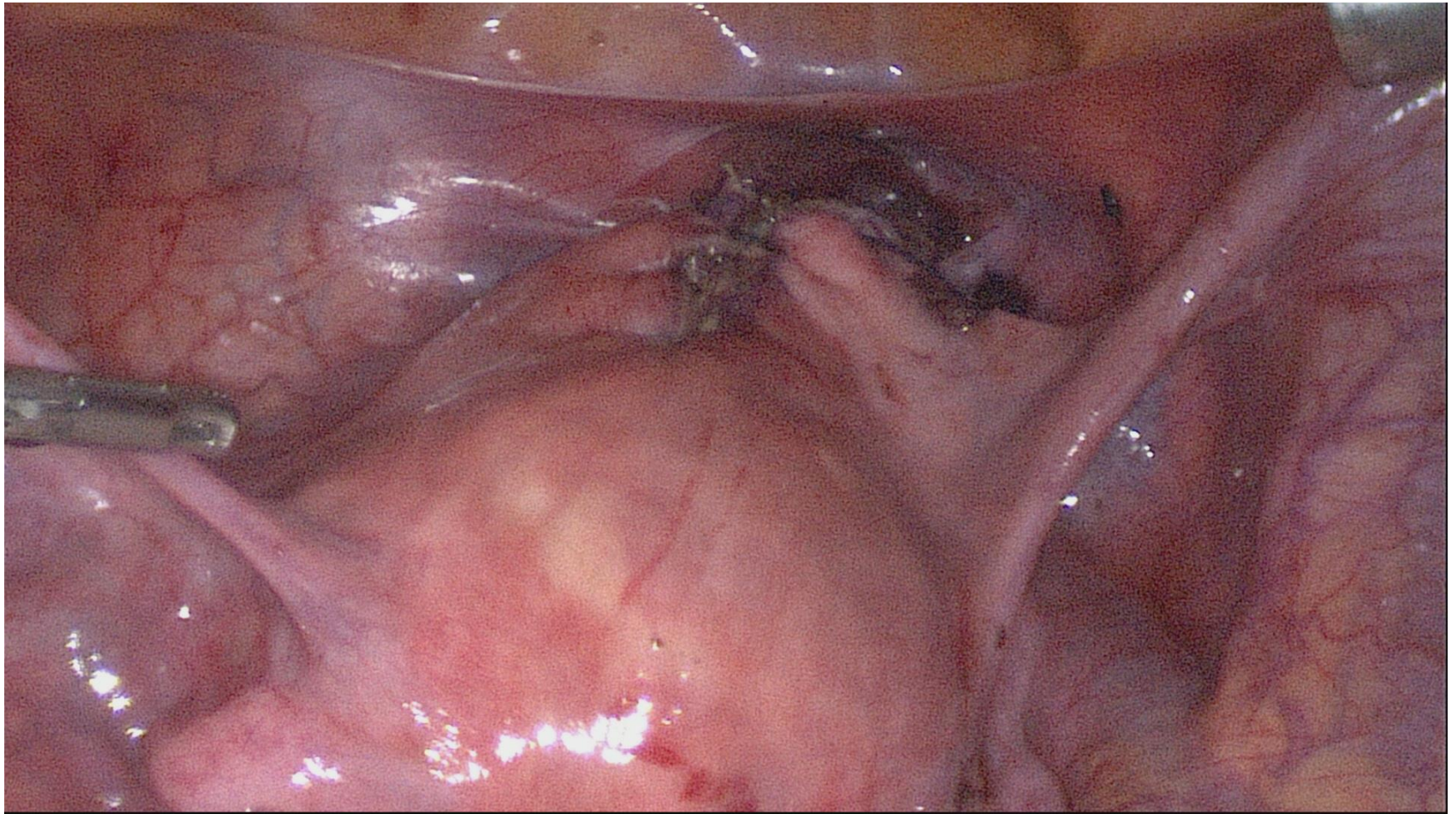


Клиническая ситуация2





Клиническая ситуация 2





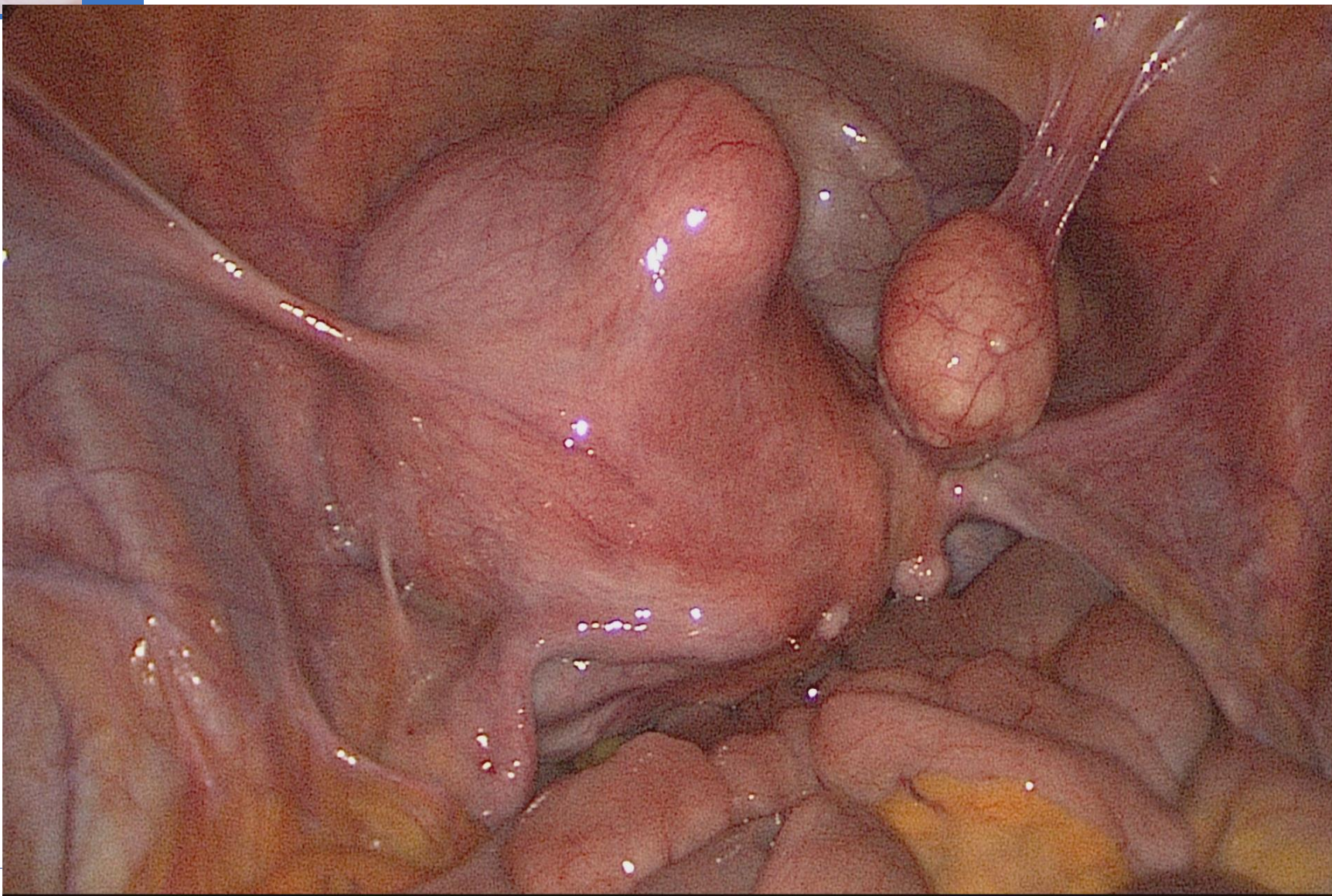
Клиническая ситуация 3

- ❖ Пациентка Б 47 лет. 8 месяцев назад ЭМА по поводу миомы матки (10-11см) Р-1 А-6
- ❖ Жалобы на ноющие боли внизу живота, выделения из половых путей гнойевидных с запахом последний месяц

По УЗИ матка 80x71x80, по передней стенке узел 60x70 мм интерстициальный, субсерозный узел 31x20 мм

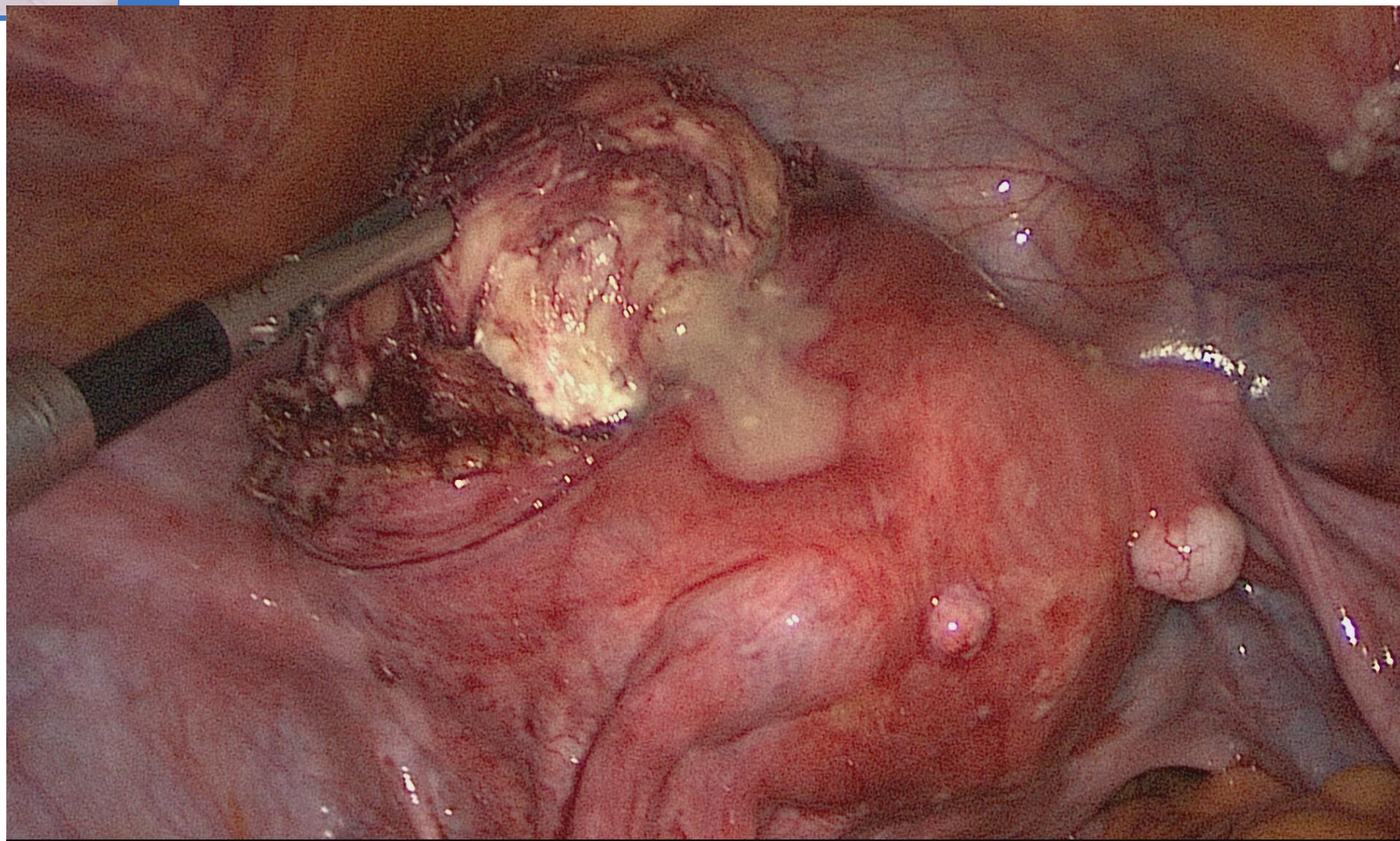
Яичники без особенностей

Клиническая ситуация 3



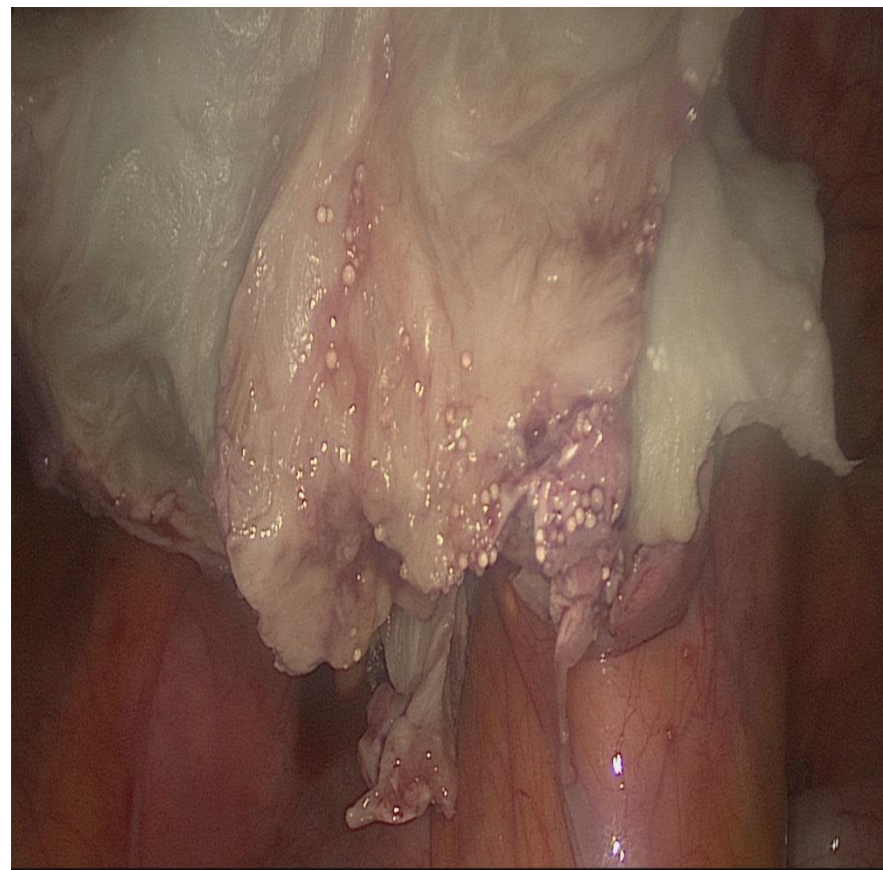
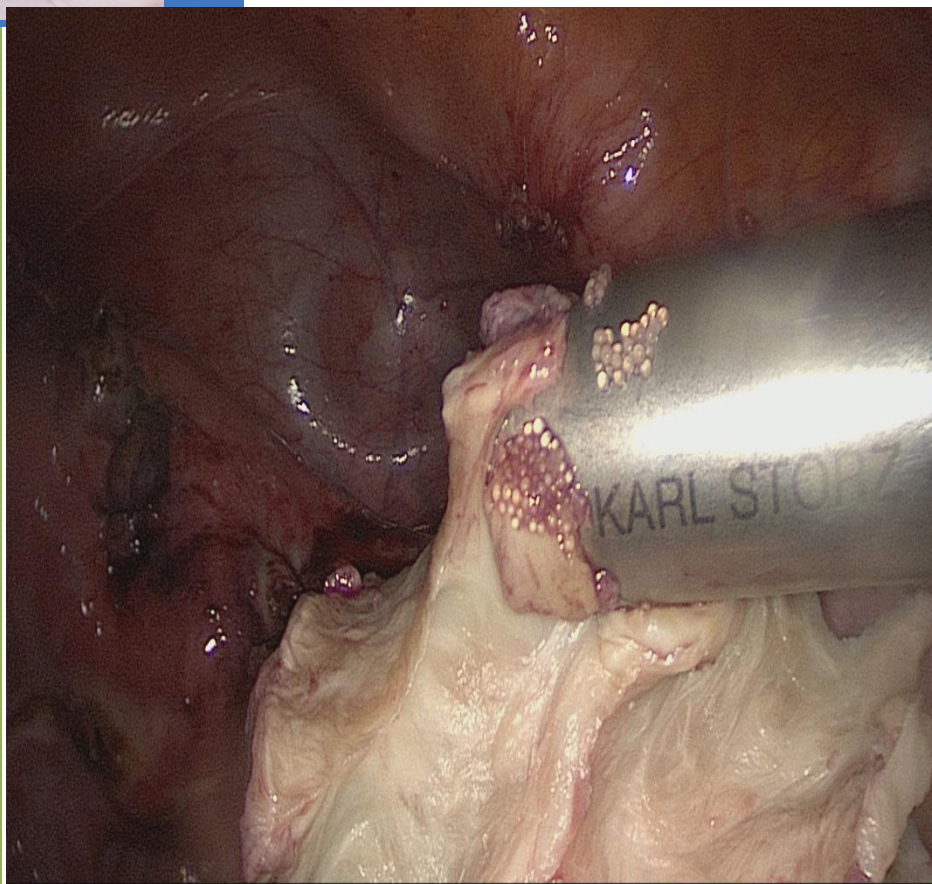


Клиническая ситуация 3



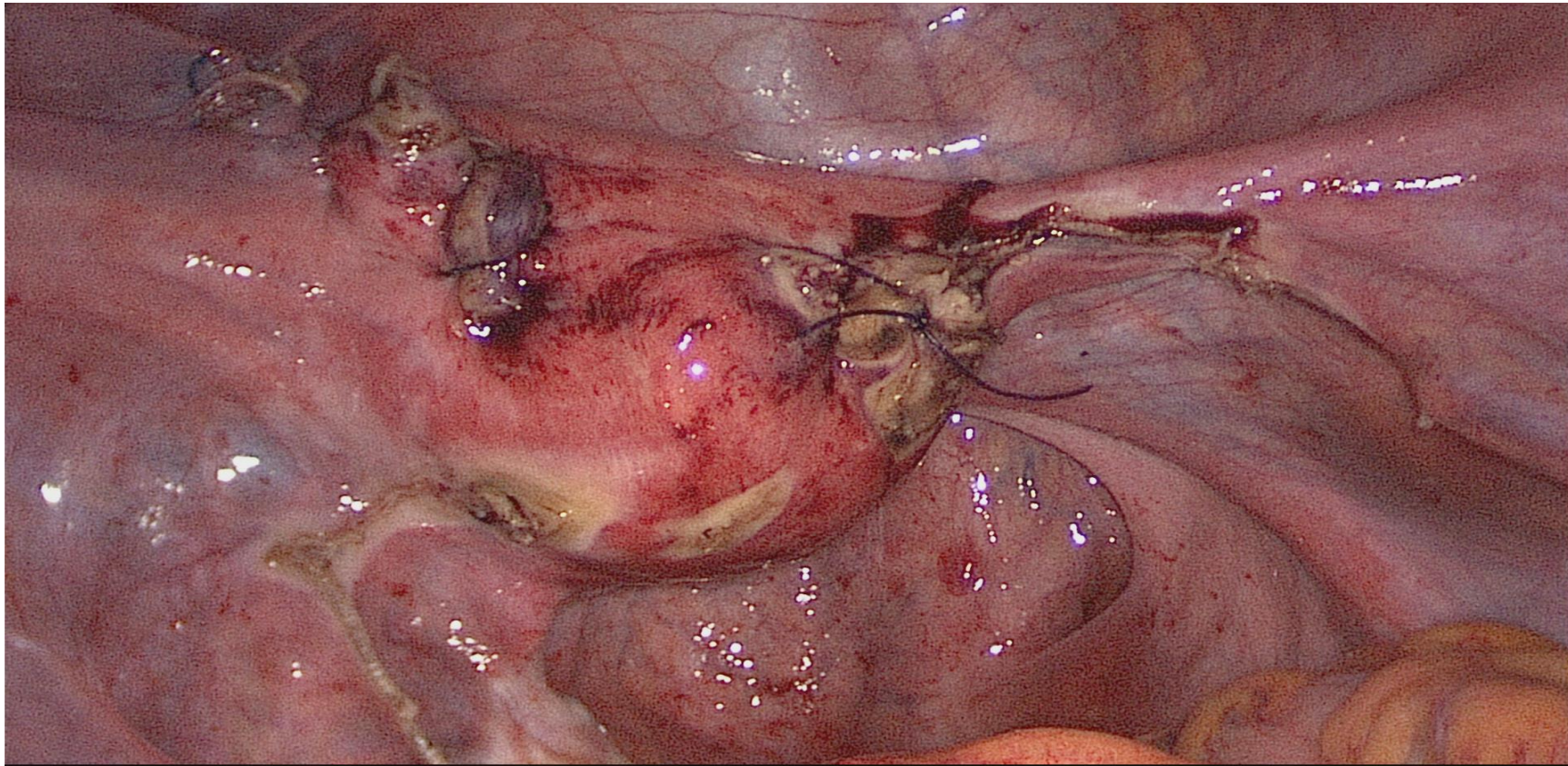


Клиническая ситуация 3





Клиническая ситуация 3





Клиническая ситуация 3

❖ Гистологическое заключение:

Лейомиома матки с тотальным гиалинозом
и полным замещением клеточных
элементов Масса 200гр.



заключение

❖ Основные показания для ЭМА

- Симптомная миома матки(интрамуральная или интрамурально-субмукозная), диаметр узла до 7-8 см у пациенток перименопаузального периода.
- Предоперационная ЭМА перед радикальной операцией или миомэктомии у женщин желающих сохранить матку
- ЭМА с целью остановки послеродового кровотечения, после кесарева сечения, при кровотечениях при неоперабельных опухолях

Сохранение фертильности

возможно(индивидуальный подход)

Узи , амг, размер узла,локлизация узла

Спасибо за внимание !



«Дзержинский перинатальный центр»

2019г