

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ

Барковский Дмитрий Евгеньевич

Доктор медицинских наук, доцент

**Запорожский государственный медицинский
университет**

**кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной
медицины**

ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ:

**«медицина, основанная на
доказательствах»**

или

«доказательная медицина»

ЛЕЙОМИОМА МАТКИ

Лейомиома матки - ограниченная доброкачественная опухоль, состоящая из гладкомышечных клеток и фиброзных соединительнотканых элементов.

«Лейомиома» - гистологическое название опухоли.

- Синонимы международного названия «лейомиома» - ***«фибромиома»*** или ***«фиброма»***, которые указывают на содержание в опухолевых массах относительно большего количества волокнистой соединительной ткани.
- Синоним ***«миома»*** соответственно указывает на преобладание в опухоли гладкомышечных элементов. ***Эта терминология была ранее присуща отечественной гинекологической школе.***

МАКРОПРЕПАРАТ: МИОМА МАТКИ С РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ УЗЛОВ



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Лейомиома (далее - **ЛМ**):

- наиболее распространенное гинекологическое заболевание;
- встречается у 10-30% гинекологических больных;
- диагностируется у 20% женщин, достигших 30-летнего возраста;
- почти половина всех гистерэктомий производится по поводу ЛМ матки;
- частота выявления ЛМ значительно отличается в зависимости от критериев отбора и методов диагностики ЛМ:
 - клинический;
 - трансвагинальное ультразвуковое сканирование;
 - проведение серийных срезов ткани оперативно удалённой матки или при аутопсии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Факторы риска и прогностические критерии возникновения и прогрессирования ЛМ:

- ▣ - **частота встречаемости ЛМ повышена у чёрной афро-американской расы:**
 - в 3 раза, соотношение шансов (СШ=9,4);
 - развивается в более раннем возрасте, что связывается с совокупностью других факторов риска (например, особенностями гормональных влияний).
- ▣ - **факторы риска у белой расы:**
 - возраст 40-44 года;
 - срок более 5 лет после последних родов;
 - курение 1 и более пачки в день;
 - продолжительность менструального цикла более 30 дней;
 - длительность менструального кровотечения 6 дней и более.
- ▣ - **повышенная масса тела женщины:**
 - соотношение шансов (СШ=2,3).
 - тип распределения жировой ткани, преимущественно с накоплением жировой ткани в верхней части туловища;
 - повышенное значение массо-ростового индекса (30% и более);
 - риск развития ЛМ положительно коррелирует с прибавкой массы после 18 лет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Факторы риска и прогностические критерии возникновения и прогрессирования ЛМ:

- ▣ **- при раннем менархе:**
 - менархе в 11 лет и ранее;
 - соотношение шансов (СШ=2,4);
- ▣ **- наследственная предрасположенность:**
 - имеет мультифакториальную природу, в основе которой лежит суммарный эффект генных и средовых факторов;
 - ЛМ матки встречается в 2-3 раза чаще у родственников пациенток, страдающих этим заболеванием;
 - у женщин с ЛМ матки отмечено наличие и других заболеваний, имеющих наследственную предрасположенность: синдром поликистозных яичников (СПКЯ); опухоли и опухолевидные заболевания придатков матки; рак эндометрия; рак молочной железы, рак щитовидной железы);
 - на современном этапе проводится поиск семейных (генетически обусловленных) органоспецифических форм заболевания (по аналогии с раком эндометрия).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Факторы риска и прогностические критерии возникновения и прогрессирования ЛМ:

▣ - **паритет:**

- наличие абортов в анамнезе;
- относительный риск (ОР) развития ЛМ снижается пропорционально возрастанию числа родов при доношенной (своевременной) беременности;
- наличие последних родов у позднем репродуктивном возрасте обладает протективным эффектом по возникновению ЛМ;
- возраст женщины при первых своевременных родах значения не имеет.

▣ - **контрацептивный анамнез:**

- не выявлено негативное влияние оральных контрацептивов на развитие ЛМ;
- комбинированные оральные контрацептивы (КОК) не препятствуют росту уже имеющихся ЛМ узлов;
- защитный эффект отмечен при применении депо-формы медроксипрогестерона ацетата (препарат «Депо-провера» 150 мг 1 раз в 3 месяца, внутримышечно).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Факторы риска и прогностические критерии возникновения и прогрессирования ЛМ:

▣ - **гинекологическая заболеваемость:**

- повышен риск развития ЛМ при наличии в анамнезе гинекологических заболеваний (нарушение менструального цикла; воспалительные заболевания органов малого таза более 3 эпизодов; внутренний эндометриоз; внутриматочные вмешательства независимо от времени родов);

▣ - **экстрагенитальная заболеваемость:**

- гипертоническая болезнь,
- сахарный диабет,
- ожирение,
- отмечена зависимость от времени возникновения и степени тяжести экстрагенитального заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет):
- при выявлении заболевания до 35 лет;
- при длительности заболевания более 5 лет;
- при необходимости в систематическом приёме медикаментов).

▣ - **диетические привычки:**

- повышенное потребление красного мяса (говядина, ветчина, др.);
- сниженное количество зеленых овощей и фруктов.

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

1. Теория возникновения ЛМ в результате локальной пролиферации гладкомышечных клеток (ГМК).

- ЛМ клетки развиваются из незрелых ГМК;
- по мере роста в структуре ЛМ начинают преобладать фиброзные элементы;
- сокращения матки, создающие области напряжения внутри миометрия, могут быть стимулом к росту малодифференцированных ГМК;
- множество областей напряжения внутри миометрия приводит к развитию множественных ЛМ;
- активные зоны роста располагаются вокруг тонкостенных сосудов и характеризуются высоким уровнем обмена с повышенной сосудистой проницаемостью, что может способствовать индукции и прогрессированию ЛМ.

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

2. Гормональная теория возникновения и развития ЛМ.

- ▣ **индуктором являются первичные или вторичные нарушения в системе «гипоталамус - гипофиз - яичники – матка»,** особенно на фоне неблагоприятного преморбитного фона, связанного с наличием в анамнезе гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.
- ▣ **развитие ЛМ тесно связывают с наличием гормонального дисбаланса, ключевым звеном которого является наличие относительной гиперэстрогении,** которая возникает вследствие нарушения метаболизма эстрогенов и/или недостаточной функции желтого тела, при этом абсолютный уровень эстрогенов в крови обычно не изменен.
- ▣ **ЛМ редко возникают до полового созревания и после менопаузы;**
- ▣ **в постменопаузе рост ЛМ прекращается,** они нередко подвергаются обратному развитию, значительно уменьшаясь в размерах, однако полностью не регрессируя.
- ▣ **рост миом ускоряется во время беременности;**
- ▣ **миомы часто появляются на фоне состояний, сопровождающих гиперэстрогению** (например, ановуляция, недостаточность функции желтого тела, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), полипы и гиперплазия эндометрия, ожирение, патология печени, др.).

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Гормональные изменения в развитии и прогрессировании ЛМ:

- ▣ **механизм действия половых стероидов на ЛМ до конца не ясен;**
 - ▣ **влияние половых стероидов подтверждается:**
 - эпидемиологическими данными о возрасте возникновения ЛМ (практически всегда – репродуктивный возраст; с регрессом в климактерическом периоде);
 - экспериментальными данными о стимулирующем влиянии половых стероидов *in vivo* и *in vitro* на клетки ЛМ;
 - клинические данные о уменьшении ЛМ узлов под влиянием агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов (ГнРГ).
 - ▣ **в ткани ЛМ, по сравнению с неизменённым миометрием, повышена:**
 - концентрация эстрогенов;
 - рецепторов к эстрогенам;
 - более интенсивное связывание эстрогенов;
 - замедление конверсии активного эстрадиола в менее активный эстрон.
- НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ, что эстрогены увеличивают клеточную пролиферацию.
- ▣ **эстрогены повышают риск возникновения ЛМ и способствуют её прогрессированию.**

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Гормональные изменения в развитии и прогрессировании ЛМ:

▣ *прогестерон также способствует росту ЛМ:*

- на фоне приёма синтетических аналогов прогестерона может наблюдаться рост ЛМ узлов;
- отсутствие уменьшения роста узлов при сочетанном применении аналогов прогестерона с агонистами ГнРГ;
- «мифепристон» (антагонист прогестерона) способствует уменьшению роста узлов;
- в ткани ЛМ повышена концентрация рецепторов к прогестерону (по сравнению с интактным миометрием);
- гистологически выявлено повышенную пролиферацию клеток ЛМ при лечении прогестероном;
- прогестерон подавляет процесс апоптоза посредством индукции протоонкогена bcl-2, продукт экспрессии которого способен подавлять нормальные процессы клеточной гибели, а также повышать чувствительность ткани к факторам роста.

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **ЛМ могут возникать и у женщин с нормальным менструальным циклом и сохранённой репродуктивной функцией**, т.е. при отсутствии клинических проявлений гормональных нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС).
- ▣ **Предрасполагающими факторами развития миомы являются:**
 - железодефицитная анемия и преданемические состояния ,
 - гипертоническая болезнь,
 - ИБС,
 - хронические очаги инфекции (тонзиллит, гайморит, отит),
 - тиреотоксикоз,
 - сахарный диабет,
 - хронические заболевания ЖКТ (гастрит, холецистит, колит).
- ▣ **При миоме матки в патологический процесс вовлечены многие органы и системы женского организма:**
 - щитовидная железа;
 - молочные железы (у 2/3 больных обнаруживают фиброзно-кистозную мастопатию, реже кисты, фиброаденомы молочных желез);
 - яичники (у 50-60% женщин - мелкокистозные изменения яичников);
 - надпочечники.

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

3. Генетическая теория:

- ▣ **в клетках ЛМ в 3 раза чаще встречается аномальный кариотипа (цитогенетический метод);**
- ▣ среди хромосомных aberrаций наиболее частыми являются:
 - делеции в длинном плече 7 и 12 хромосом;
 - транслокации $t(12;14) q(14-15; q23-24)$, $t(2;14)(p11; p11)$, $t(X; 12)(p22.3; q15)$.
- ▣ **повреждение хромосомного аппарата клетки сопровождается нарушениями секреции факторов роста и/или их рецепторного аппарата, что сопровождается дисбалансом между процессами пролиферации и апоптоза.**
- ▣ **генетические мутации:**
 - мутации генов HMGI(C) и HMGI(Y), которые в норме кодируют протеины, регулирующие транскрипцию ДНК;
- ▣ **предполагается, что различные виды цитогенетических и генетических повреждений изменяют метаболизм клетки, делают её предрасположенной к патологическому влиянию гормонов и факторов роста, что способствует индукции и прогрессированию ЛМ.**

ЭТИОЛОГИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Факторы роста и роль в возникновении ЛМ матки:

▣ *факторы роста принимают участие:*

- в механизмах роста тканей;
- в возникновении и росте опухолей;
- в ангиогенезе;
- в регуляции действия гормонов на миометрий;
- в механизмах возникновения меноррагий при ЛМ матки.

▣ *в гистогенезе ЛМ наиболее изучена роль :*

- трансформирующего фактора роста-бета (TGF- β);
- основного фактора роста фибробластов (FGF);
- эпидермального фактора роста (EGF);
- инсулиноподобных факторов роста (IGF).

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

ЛМ узел – моноклональная опухоль, берущая начало от одной мутантной гладкомышечной клетки (Masha et al., 1994).

Макроскопическая картина.

- ЛМ узлы могут быть одиночными и множественными.
- ЛМ считают инкапсулированным образованием:
 - чётко отграничена;
 - не инфильтрирует близлежащие ткани;
 - отсутствует истинная капсула;
 - ЛМ имеет псевдокапсулу, которая состоит из фиброзной и мышечной тканей матки, уплотнённых растущей опухолью;
 - кровеносные сосуды проходят по периферии ЛМ узла, поэтому центральная часть опухоли подвержена дегенеративным изменениям.
- В ЛМ узле отсутствуют нервные элементы.
- На срезе ткань опухоли гладкая, плотная, розовато-белая (цвет зависит от степени кровоснабжения).
- На поверхности опухоли - трабекулярная исчерченность в форме завитков.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Микроскопическая картина.

- ЛМ образована хаотично расположенными пучками ГМК и соединительно-тканными элементами, скрученными и переплетёнными в виде петель.
- В микроскопически определяемом узелке на периферии наблюдаются морфогистохимические изменения, характерные для активных «зон роста».
- На внутренней поверхности сосудисто-соединительнотканной капсулы М узла располагаются «зоны роста».
- «Зоны роста» – это тонкостенные сосуды, окружённые клеточными скоплениями, в составе которых имеются ГМК разной степени дифференцировки, ещё не организованные в пучки.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **Дегенеративные изменения ЛМ обусловлены:**
 - нарушениями кровотока (артериального или венозного);
 - инфицированием;
 - злокачественной трансформацией.
- ▣ **Дегенеративные изменения приводят к изменению макро- и микроскопических характеристик опухоли.**
- ▣ **Гиалиновая дистрофия** - наиболее распространённый тип дегенерации почти во всех ЛМ. Избыточный рост фиброзных элементов ведёт к гиалинизации фиброзной ткани и, в конечном счёте, к кальцификации.
- ▣ **Кистозное перерождение** иногда может быть следствием некроза, но обычно кистозные полости возникают в результате гиалиновой дистрофии.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

▣ **Некроз:**

- **обычная причина некроза:**

- ухудшение кровоснабжения;
- инфекция.

- **особый вид некроза - красная (карнеусная) дегенерация:**

- чаще возникает во время беременности;
- очаг поражения имеет тусклый красноватый цвет;
- цвет некротического участка обусловлен асептическим некрозом с локальным гемолизом;
- дифференциальная диагностика во время беременности проводится с острыми воспалительными процессами брюшной полости с вовлечением придатков матки и/или других органов.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

▣ ***Мукоидное набухание:***

- при нарушении кровоснабжения, особенно в больших узлах, области гиалинизации могут подвергаться мукоидной (миксоматозной) дегенерации;
- очаг поражения имеет мягкую желатинообразную консистенцию;
- дальнейшая дегенерация может привести к полному разжижению узла и его кистозному перерождению.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

▣ **Саркоматозное перерождение опухоли:**

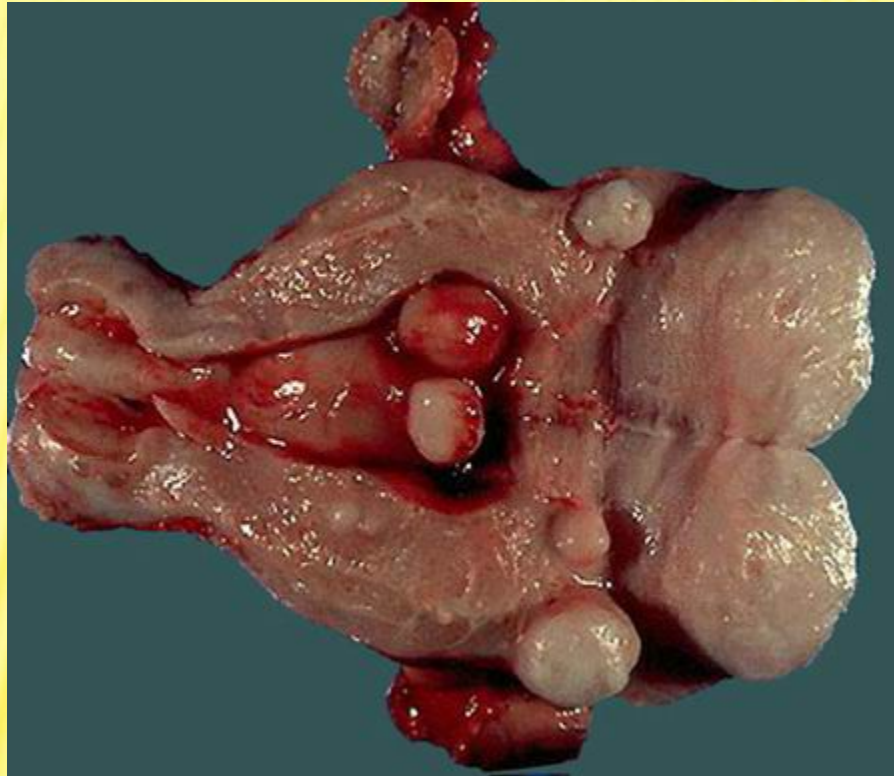
- **возникает менее чем в 1% случаев;**
- **частота ЛМсаркомы менее чем 0,1% от всех гладкомышечных новообразований матки;**
- в центре доброкачественной псевдоинкапсулированной ЛМ выявляют клетки лейомиосаркомы;
- ЛМсаркома имеет следующие различия:
 - преобладание клеточного компонента;
 - ядерный полиморфизм;
 - высокий митотический индекс с атипичными митозами;
 - поля некроза;
 - инфильтрирующие края.

Прогноз ЛМсаркомы, возникающей в лейомиоме, более благоприятный, чем при истинной саркоме матки, если саркоматозная ткань не распространится за пределы псевдокапсулы миомы.

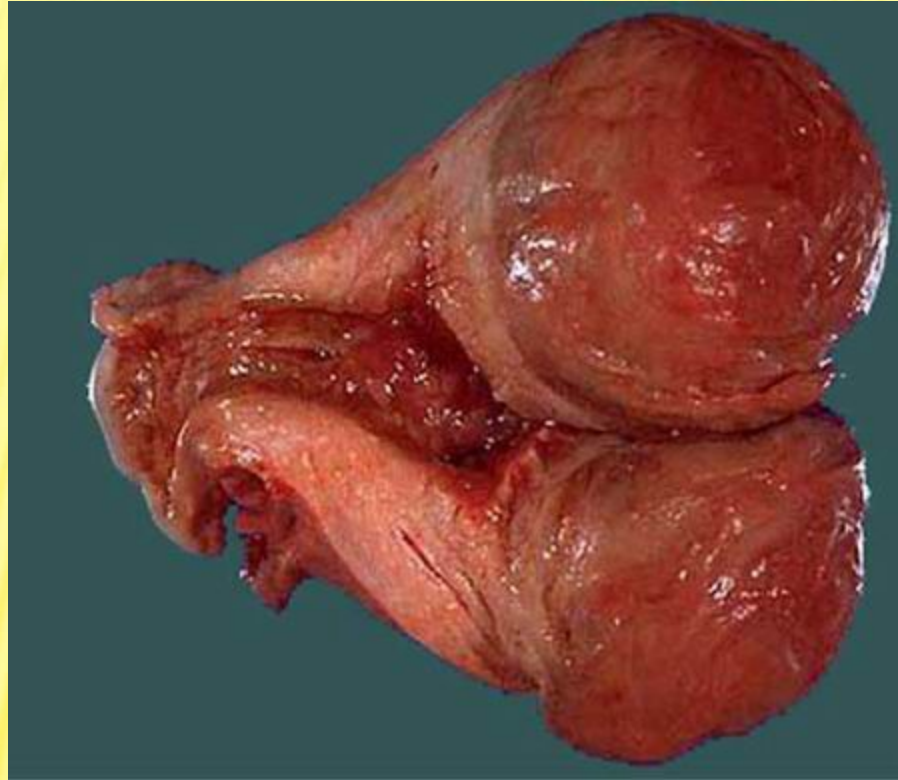
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- ▣ **По расположению различают 3 основных типа ЛМ узлов:**
 - ▣ интрамуральные (внутримышечные);
 - ▣ субмукозные (подслизистые) – 5-10%;
 - ▣ субсерозные.
- ▣ **Редкие формы локализации ЛМ узлов:**
 - ▣ шейная ЛМ;
 - ▣ интралигаментарная ЛМ;
 - ▣ интрамуральная ЛМ с центрипетальным ростом.
- ▣ В 80% случаев ЛМ матки бывает множественной, с узлами различной локализации и величины.
- ▣ **ЛМ обнаруживают и вне матки:**
 - в фаллопиевых трубах;
 - во влагалище;
 - в круглых и прямокишечно-маточных связках;
 - в вульве;
 - в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ).

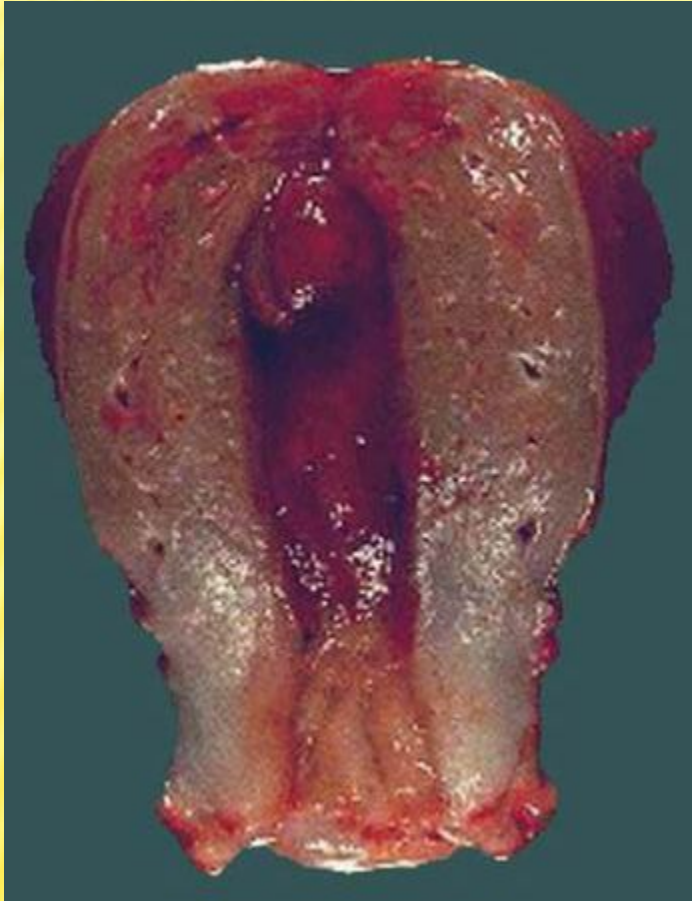
МАКРОПРЕПАРАТ: МИОМА МАТКИ С РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ УЗЛОВ



МАКРОПРЕПАРАТ: МИОМА МАТКИ, СУБСЕРОЗНЫЕ УЗЛЫ



МАКРОПРЕПАРАТ: СУБМУКОЗНАЯ МИОМА МАТКИ



ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **Первоначально опухоль возникает межмышечно.**
- ▣ В дальнейшем, в зависимости от направления роста развиваются:
 - ▣ интрамуральные (в толще стенки матки);
 - ▣ субмукозные (растущие в сторону эндометрия);
 - ▣ субсерозные (растущие в сторону брюшной полости) узлы.

- ▣ Также выделяют шейечные миоматозные узлы.

- ▣ **Наиболее быстрым ростом обладают ЛМ узлы:**
 - межмышечные;
 - подслизистые.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

▣ **Интрамуральные миомы:**

- встречаются наиболее часто;
 - развиваются в стенке матки в виде изолированных инкапсулированных узелков различного размера.
- ▣ **ЛМ, располагающиеся в широкой связке матки, называют внутрисвязочными (интралигаментарными) ЛМ.**
- ▣ Интрамуральные узлы, диаметр которых превышает толщины миометрия, могут значительно деформировать полость матки с увеличением общей площади эндометрия. **Такие узлы называются интрамуральными узлами с центрипетальным ростом:**
- их необходимо отличать от субмукозных узлов, так как клиническая картина может быть идентична и характеризоваться только нарушением менструального цикла.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

▣ **Субмукозные ЛМ:**

- расположены под эндометрием;
- часто связаны с миометрием тонкой ножкой;
- могут далеко выдаваться в полость матки (рождающийся субмукозный узел);
- могут выпадать через цервикальный канал (родившийся субмукозный узел);
- субмукозные ЛМ обычно быстро растут;
- часто сопровождаются изменением покрывающего их эндометрия;
- часто сопровождаются кровотечениями с развитием вторичной анемии.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

▣ **Субсерозные миомы:**

- ▣ растут по направлению к наружной поверхности матки.
- ▣ часто образуют ножку
- ▣ подвижны;
- ▣ способны достигать значительных размеров, не вызывая при этом каких-либо симптомов.
- ▣ их необходимо отличать от солидных поражений придатков матки.
- ▣ Узлы на ножке часто фиксируются к сальнику или у брыжейке тонкого кишечника.
- ▣ Миомы могут получать дополнительное кровоснабжение из места вторичного прикрепления.
- ▣ В процессе роста миомы дополнительный источник кровоснабжения может стать основным.
- ▣ При некрозе ножки субсерозного узла (например, в результате перекрута) лейомиома становится зависимой от вторичного источника кровоснабжения, превращаясь в паразитирующую миому.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- - инфекционные осложнения;
- - нарушение питания узла с последующим развитие некроза;
- - рождение субмукозного узла;
- - маточные кровотечения (меноррагия; метроррагия);
- - вторичная железодефицитная анемия;
- - злокачественное перерождение.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ:

- маточные кровотечения (мено-/метроррагия);
 - боли;
 - нарушение смежных органов;
 - нарушение репродуктивной функции.
-
- Бессимптомное течение – у 50% женщин с ЛМ матки.
 - Симптомы значительно варьируют в зависимости:
 - от размеров;
 - количества;
 - локализации узлов (-ов).

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- наиболее характерный признак ЛМ;
- как правило, меноррагия;
- меноррея в виде гиперменореи.

Причины меноррагий:

- деформация полости матки с увеличением площади внутренней поверхности матки и количества отторгающегося эндометрия;
- особенности формирования кровеносных сосудов эндометрия и миометрия при ЛМ матки;
- морфологическими изменениями эндометрия, связанными с овариальной недостаточностью.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Сосудистая теория меноррагий основывается на нарушении выработки и распределения факторов роста и вазоактивных веществ.**
- Эти вещества оказывают непосредственное влияние на ангиогенез с развитием аномального строения сосудистой стенки и её дисфункции.
- Основному влиянию подвержена венозная сеть: венулы резко расширены, их просвет постоянно зияет; венулы сливаются друг с другом, образуют «венозные озёра».
- **Дополнительное влияние на сосудистую стенку вен оказывает сдавление сосудов ЛМ узлами, в результате чего нарушается венозный отток и повышается кровонаполнение органа.**
- В условиях венозного полнокровия **система свертывания крови не в состоянии обеспечить полноценный и своевременный гемостаз.**
- Всё это приводит к **длительным и повторяющимся кровотечениям с развитием анемии.**

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Причина деформации полости матки – субмукозная ЛМ или интерстициальная ЛМ (особенно, с центрипетальным ростом).**
- Вместе с этим, лишь у 25-40% женщин, страдающих ЛМ матки с кровотечениями, обнаруживаются субмукозные ЛМ узлы.
- Отсутствует достоверная связь между площадью внутренней поверхности матки и объёмом кровопотери.
- На более ранних этапах развития медицины среди причин меноррагий значительное внимание уделялось **нарушению сократительной способности миоматозноизменённой матки**. На современном этапе показано, что данный механизм гемостаза не играет ключевой роли в небеременной матке, а способен только вызывать симптомы дисменореи.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Часто ЛМ сопровождаются полипами и гиперплазией эндометрия, что также может вызывать патологическое кровотечение.

В некоторых случаях возможны и межменструальные кровотечения (метроррагии).

Непосредственно ЛМ не влияет на баланс половых гормонов в организме и, следовательно, на регулярность менструального цикла.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

БОЛЬ.

- ▣ **Неосложнённые ЛМ матки обычно безболезненны.**
- ▣ Иногда могут быть постоянные ноющие боли в нижних отделах живота, пояснично-кресцовой области и в ногах с расстройствами чувствительности в виде парестезий или гиперпатий.
- ▣ Эти боли связаны с растяжением брюшины при росте подбрюшинно расположенных узлов, давлением миоматозных узлов на нервные сплетения малого таза или отдельных нервов (**радикулоалгичный синдром**).
- ▣ **Миелопатический синдром** – развивается в результате спинальной анестезии; больные жалуются на слабость и тяжесть в ногах, парестезии, которые возникают через 10-15 минут после начала ходьбы и исчезают после кратковременного отдыха.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Нарушение питания узла с последующим развитием некроза

Нарушение регионарной гемодинамики в ЛМ узле встречается в 7% случаев и сопровождается развитием некроза узла.

Причины некроза узла:

- ▣ механические факторы (перекрут ножки узла; сдавление узла);
- ▣ нарушение гемодинамики в узле, связанное с быстрым изменением его величины (например, во время беременности, в послеродовом и послеабортном периоде);
- ▣ воспалительные заболевания:
 - инфицирование первичное;
 - инфицирование вторичное, связанное с ятрогенными вмешательствами (аборт; раздельное выскабливание слизистой полости матки; введение ВМС; и др.)).

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Клиническими симптомами нарушения питания ЛМ узла являются:

- признаки «острого живота» (острая боль в животе; напряжение передней брюшной стенки; симптомы раздражения брюшины);
- признаки интоксикационного синдрома (субфебрильная температура, повышенное количество лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ).
- при бимануальном исследовании находят:
 - резко болезненный ЛМ узел;
 - и/или увеличенную, болезненную матку, с неровной наружной поверхностью;
 - придатки матки интактны.

Некрозу часто подвержены субмукозные миоматозные узлы, которые изъязвляются с присоединением инфекции и кровотечением.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Схваткообразные боли – характерный признак рождающейся субмукозной ЛМ, которые связаны с сокращением миометрия в ответ на расширение полости матки и с расширением цервикального канала.

Схваткообразные боли исчезают при рождении субмукозного ЛМ узла, когда узел свободно свисает во влагалище из цервикального канала.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

СДАВЛЕНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА обычно возникает, если миоматозная матка или узел достигает размеров, соответствующих 10-12 неделям беременности и более.

- Сдавление смежных органов возникает относительно редко.
- Зависит от локализации и размеров ЛМ узлов.
- Учащение мочеиспускания возникает при сдавлении ЛМ узлами и/или увеличенной маткой мочевого пузыря.
- Задержка мочи возникает при ретроверсии матки вследствие миоматозного роста; при этом шейка матки сдвигается кпереди в область заднего уретровезикального угла и прижимает уретру к лонному сочленению. Задержка мочи может быть при шеечной локализации узла по передней стенке шейки матки.
- Гидроуретер, гидронефроз и пиелонефрит возникают при сдавлении мочеточников крупными ЛМ узлами, расположенными интралигаментарно и/или в области шейки матки.
- Запоры и затруднения дефекации могут быть вызваны крупными миомами задней стенки матки.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

БЕСПЛОДИЕ.

- Вопрос о влиянии ЛМ на репродуктивную функцию остаётся спорным.
- Вероятность беременности снижена:
 - при субмукозной ЛМ;
 - при больших ЛМ узлах, которые деформируют цервикальный канал;
 - при интрамуральных ЛМ, расположенных в области трубных углов матки и перекрывающих интерстициальную часть маточной трубы.
- ЛМ может препятствовать продвижению яйцеклетки по маточной трубе и имплантации плодного яйца.
- Эндометрий над субмукозной миомой зачастую не претерпевает секреторной трансформации и является механическим препятствием, что ведёт к уменьшению поверхности, пригодной для имплантации бластоцисты, и сопровождается продолжительными маточными кровотечениями.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Беременность и ЛМ матки.

Наблюдаются осложнения:

□ - со стороны опухоли:

- - быстрый рост опухоли;
- - нарушение питания узлов;

□ - со стороны беременности:

- невынашивание беременности (1-й и 2-й триместр);
- недонашивание беременности (2-й и 3-й триместр);
- плацентарная дисфункция; аномалии прикрепления плаценты;
- неправильное положение и предлежание плода;
- аномалии родовой деятельности (чаще – слабость родовой деятельности);
- нарушение отделения плаценты;
- гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде;
- осложнения в послеродовом периоде (гипотоническое кровотечение, субинволюция матки, эндометрит, нарушение питания ЛМ узла).

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА.

- ЛМ матки пальпируются в виде плотных узлов неправильной формы.
- При саркоме, отёке и дегенерации миом узлы обычно мягкие, болезненные.
- При беременности матка мягковатой консистенции.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.

- Диагностика ЛМ матки обычно не трудна и, как правило, устанавливается при бимануальном исследовании.
- Наиболее характерный признак – увеличение тела матки.
- Матка, как правило, асимметрична, безболезненна, плотной консистенции, бугристая, с неправильными очертаниями и подвижна, если нет спаек.
- При развитии субмукозных миом матка обычно увеличивается симметрично.
- Некоторые субсерозные миомы могут быть не связаны с телом матки и свободно перемещаться в брюшной полости. В этих случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с опухолями придатков матки и внетазовыми новообразованиями.
- Миомы шейки матки и субмукозные миомы на ножке могут далеко выдаваться в просвет цервикального канала.
- Иногда субмукозная миома может быть видна на уровне шейечного зева или на входе во влагалище.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** проводят каждые 3-6 месяцев.
- **ПАЛЬПАЦИЮ ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНЫХ СВЯЗОК** проводят для выявления эндометриоза, часто сочетающегося с ЛМ.

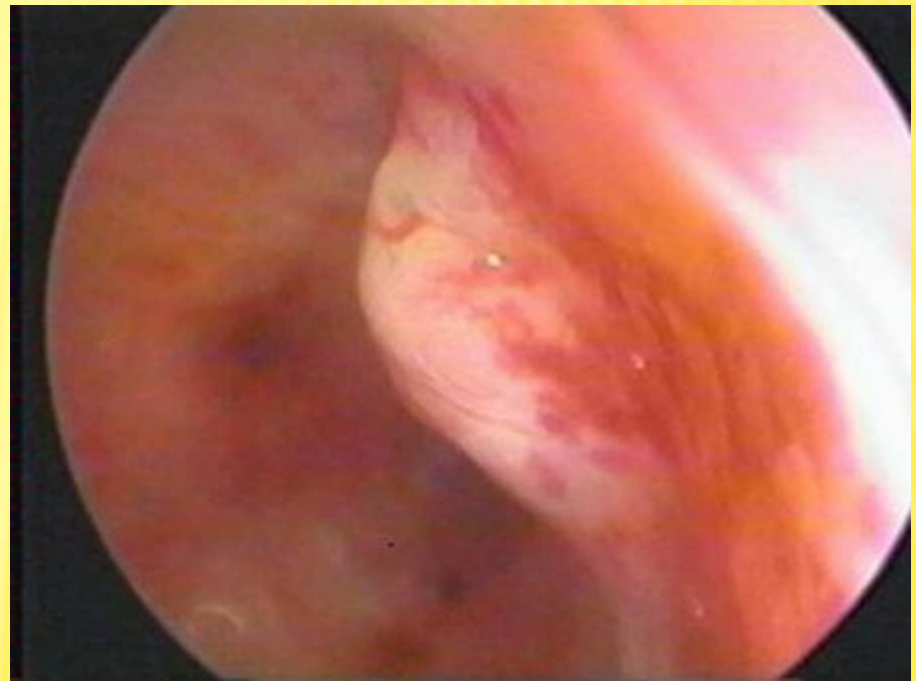
ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- При миомах увеличена **КРОВОПОТЕРЯ**, поэтому пациенткам регулярно проводят **АНАЛИЗ КРОВИ**. Для коррекции железодефицитной анемии назначают препараты железа.
- **Коагулограмма.**
 - **Дополнительные методы обследования пациенток с ЛМ матки:**
 - - **ультразвуковое сканирование (*трансабдоминальное и трансвагинальное*)**, в том числе ультразвуковая гистеросальпингография с предварительным введением в полость матки физиологического раствора натрия хлорида или специального контрастного вещества для ультразвуковых исследований («Эховист-200»). При размерах матки более 12 нед беременности целесообразно проведение как трансвагинального, так и трансабдоминального УЗИ;
 - УЗИ органов малого таза используют в случаях, когда увеличенная матка заполняет полость малого таза, затрудняя физикальное обследование, а также для выявления гидронефроза, возникающего вследствие сдавления уретры миоматозной маткой. В последнем случае показано проведение экскреторной урографии.
 - - **гистеросальпингография:** целесообразна у пациенток с бесплодием, так как позволяет оценить состояние полости матки и маточных труб;

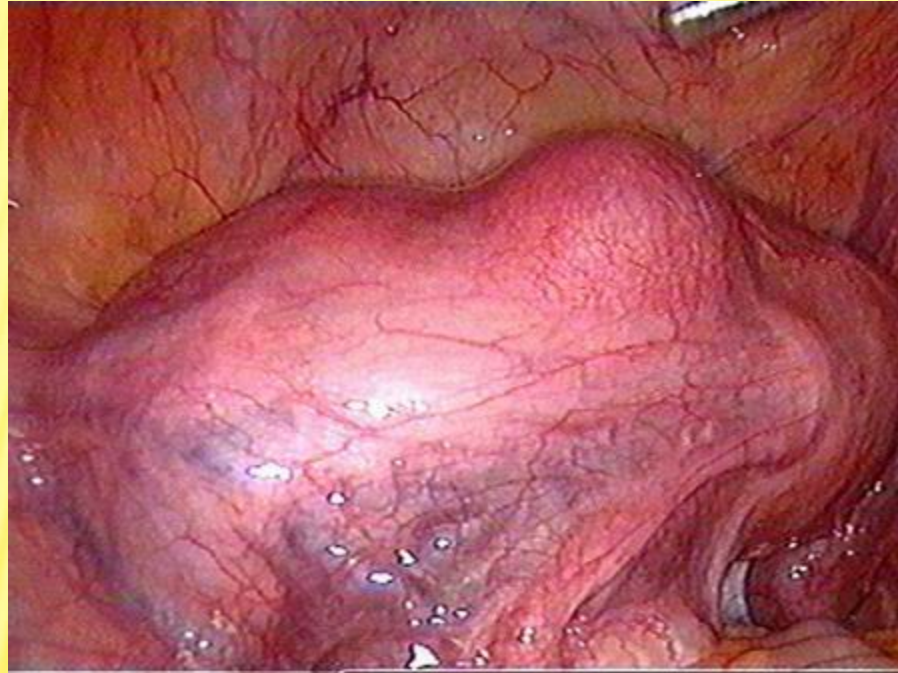
ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ - **гистероскопия:** позволяет визуализировать и удалить субмукозную миому матки (1-й и 2-й тип), полипы эндометрия; диагностировать аденомиоз (эндометриоз тела матки); провести прицельную биопсию эндометрия;
- ▣ - **раздельное (фракционное) выскабливание полости матки (или аспирационная биопсия)** должна проводиться только по показаниям (например, перед планируемым оперативным лечением; нарушение менструального цикла; маточное кровотечение; подозрение на онкологическую патологию);
- ▣ - **лапароскопия:** как лечебно-диагностический метод (подозрение на сопутствующую генитальную патологию – эндометриоз; параовариальные кисты; tuboовариальные образования); как оперативный доступ (плановая миомэктомия субсерозных ЛМ узлов);
- ▣ - **MPT (магнито-резонансная томография):** точная дифференциальная диагностика ЛМ матки с аденомиозом; с забрюшинными опухолями; овариальными и параовариальными опухолями. Недостаток метода – высокая стоимость и трудоёмкость.

ГИСТЕРОСКОПИЯ: СУБМУКОЗНАЯ МИОМА МАТКИ



ЛАПАРОСКОПИЯ: СУБСЕРОЗНАЯ МИОМА МАТКИ



ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

В диагностике миомы матки дополнительно применяют:

- зондирование полости матки,
- тесты функциональной диагностики,
- определение уровня стероидных и гонадотропных гормонов;
- внутриматочная флебография,
- ангиография (при подозрении на саркому матки);
- радиоизотопные методы (при подозрении на злокачественное перерождение).

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Направления лечебной тактики определяются:

- - установление причины нарушения менструальной функции;
- - установление причины нарушения анемии;
- - установление причины нарушения болевого симптома;
- - установление причины нарушения бесплодия;
- - обследование перед планируемой беременностью;
- - антенатальный скрининг;
- - диспансерное наблюдение.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

На выбор лечебной тактики влияют:

- - жалобы больной;
- - анамнез больной
- - размеры матки и ЛМ узлов;
- - темпы роста ЛМ узлов;
- - количество ЛМ узлов;
- - локализация ЛМ узлов;
- - наличие осложнений ЛМ матки (анемии; нарушения питания ЛМ узла; нарушение менструальной функции; бесплодие);
- - наличие сопутствующей генитальной патологии;
- - соматический статус пациентки.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Медикаментозное лечение применяется:

- при неосложнённом течении ЛМ
- при отсутствии показаний к оперативному лечению у женщин репродуктивного возраста.

Единственная группа препаратов с доказанным влиянием на патогенез ЛМ - агонисты гонадолиберина (золадекс, декапептил, нафарелин, бусерелин), подавляющие секрецию гонадотропинов и вызывающие тем самым псевдоменопаузу (медикаментозная гипофизэктомия).

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Основная область применения агонистов ГнРГ – предоперационная подготовка с целью купирования анемии, уменьшения технических сложностей во время операции за счёт уменьшения размеров опухоли и снижения кровоточивости ложа опухоли.
- Целесообразно применение агонистов ГнРГ в пременопаузе вплоть до наступления естественной менопаузы с последующим регрессом заболевания, что в ряде случаев позволяет избежать оперативного лечения.
- Целесообразно применение агонистов ГнРГ как реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ Размеры миомы уменьшаются на 55%.
- ▣ В 5-18% случаев размеры узлов не изменяются.
- ▣ После прекращения лечения агонистами ГнРГ ЛМ обычно быстро возвращаются к прежним размерам, а иногда даже начинают увеличиваться в размерах с рецидивом маточных кровотечений.
- ▣ Различную реакцию ЛМ узлов на введение агонистов ГнРГ связывают с наличием дегенеративных изменений в ЛМ узлах, с различным соотношением в ЛМ узлах фиброзной и мышечной ткани.
- ▣ Длительную терапию агонистами ГнРг (более 6 месяцев) не рекомендуют назначать молодым женщинам из-за возможности развития остеопороза.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Схемы введения агонистов ГнРГ:

- - стандартная (общепринятая): парентеральное или интраназальное непрерывное введение, на протяжении 6 месяцев (например, «золадекс» 3,6 мг под кожу живота, 1 раз в 28 дней, начиная со 2-го по 5-й день менструального цикла);
- - «add-back» режим: применение агонистов ГнРГ в сочетании с комбинированными препаратами для заместительной гормональной терапии (для снижения гипоэстрогенного эффекта агонистов ГнРГ);
- - «on-off» режим: терапия агонистами ГнРГ проводится прерывистыми курсами, когда после их 3-х месячного применения проводится 3-х месячный перерыв;
- - «interval» режим: лечение проводится с возрастающими интервалами между последующими инъекциями (от 4 до 12 недель), что повышает эффективность лечения и даёт возможность продлить лечение до 2 лет с минимальными побочными эффектами этих препаратов.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Хирургическое лечение – основной метод лечения ЛМ матки.

Задачи врача при выборе хирургического метода лечения:

- определить показания к оперативному лечению;
- выбрать время оперативного лечения;
- выбрать оптимальный оперативный доступ;
- выбрать оптимальный объём операции.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Показания к оперативному лечению:

- ❑ ЛМ матки, осложнённая маточными кровотечениями. Обильные длительные менструации (меноррагии) или ациклические маточные кровотечения (меноррагии), приводящие к анемизации больной.
- ❑ ЛМ матки, осложнённая болевым синдромом.
- ❑ Величина опухоли, превышающая размеры беременной матки сроком 12 нед.
- ❑ Наличие симптомов сдавления соседних органов.
- ❑ Быстрый рост опухоли (увеличение размеров матки за 1 год, соответствующее 5 и более неделям беременности).
- ❑ Рост миомы в период постменопаузы.
- ❑ Субсерозный узел на ножке (из-за опасности перекрута).
- ❑ Наличие субмукозных узлов.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Показания к оперативному лечению (продолжение):

- ▣ Наличие интерстициальных ЛМ узлов с центрипетальным ростом и деформацией полости матки.
- ▣ Некроз миоматозного узла.
- ▣ Шеечная локализация миоматозных узлов.
- ▣ Сопутствующая генитальная патология, подлежащая оперативному лечению (опухоль яичника; опущение матки; тубоовариальные образования; др.).
- ▣ Резистентность к терапии агонистами ГнРГ.
- ▣ Бесплодие, связанное с наличием ЛМ матки.
- ▣ ЛМ матки в сочетании с предопухолевым патологией эндометрия и/или яичников.
- ▣ Подозрение на злокачественное перерождение.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Вид хирургического вмешательства зависит:

- от возраста женщины;
- симптомов ЛМ;
- от желания иметь в будущем детей.

В репродуктивном возрасте подход к терапии ЛМ матки консервативный, а оперативное лечение должно носить малоинвазивный и органосохраняющий характер.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Виды оперативных вмешательств:

- Надвлагалищная ампутация матки;
- Гистерэктомия;
- Консервативная миомэктомия;
- Гистероскопическая резекция субмукозных миоматозных узлов;
- Эмболизация ветвей маточных артерий (по Сельдингеру);
- Термотерапия ЛМ узлов;
- Криодеструкция ЛМ узлов.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Выбор оперативного доступа для проведения гистерэктомии:

- Абдоминальный;
- Вагинальный;
- Вагинальный с лапароскопической ассистенцией.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Если гистерэктомию можно выполнить из любого доступа, то в интересах пациентки предпочтение отдаётся в следующем порядке:

влагалищный, затем **вагинальный с лапароскопической ассистенцией**, затем – **абдоминальный**.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Проблема удаления яичников при гистерэктомии сохраняется до настоящего времени:

- ▣ **аргументы «ЗА» удаление яичников** – в 1-5% случаев возникает необходимость в повторной операции по поводу доброкачественных образований яичников; после гистерэктомии наблюдается снижение функции яичников и через 2 года развитие синдрома истощения яичников.
- ▣ **аргументы «ПРОТИВ» удаления яичников:** развитие синдрома хирургической менопаузы повышает смертность от сердечнососудистых заболеваний и требует длительного применения заместительной гормональной терапии; психологический аспект хирургической кастрации, которая неприемлема для ряда пациенток по их жизненным убеждениям.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Проблема удаления яичников при гистерэктомии в зависимости от возраста:

До 45 лет:

- - без овариоэктомии при отсутствии патологии яичников;
- - резекция яичников или овариоэктомия: при патологии яичников.

Возраст 46-55 лет:

- - без овариоэктомии: при отсутствии патологии яичников и низком риске развития синдрома истощения яичников;
- - с овариоэктомией: при наличии патологии хотя бы одного яичника; при отсутствии патологии яичников и высоком риске синдрома истощения яичников (операции на яичниках в анамнезе; длительные эпизоды воспалительных заболеваний придатков матки, особенно при наличии гидросальпинксов, гидатид маточных труб; отсутствие одного из яичников; необходимость в резекции одного или обоих яичников).

Возраст старше 55 лет:

- Целесообразно проводить во всех случаях профилактическую овариоэктомию.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Показания к вагинальному доступу при гистерэктомии:

- Отсутствие сопутствующей патологии придатков матки;
- Достаточная подвижность матки;
- Достаточный хирургический доступ;
- Размеры матки до 12 недель беременности;
- Опытный хирург.

Противопоказания к влагалищной гистерэктомии:

- Размеры матки больше 12 недель беременности;
- Ограниченная подвижность матки;
- Сопутствующая патология яичников и/или маточных труб;
- Недостаточный хирургический доступ;
- Гипертрофия шейки матки;
- Недостижимость шейки матки;
- Операция в анамнезе по поводу пузырно-влагалищного свища;
- Инвазивный рак шейки матки.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Предпочтение отдаётся абдоминальному доступу:

- ❑ Противопоказания к влагалищному доступу.
- ❑ Влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией затруднена или рискованна.
- ❑ Наличие спаечного процесса вследствие эндометриоза или воспалительных заболеваний органов малого таза.
- ❑ Быстрый рост опухоли (подозрение на малигнизацию).
- ❑ Подозрение на малигнизацию придатков.
- ❑ Лейомиома широкой связки.
- ❑ Сомнения в доброкачественности эндометрия.
- ❑ Сопутствующая экстрагенитальная патология.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ❑ **МИОМЭКТОМИЯ** - удаление одиночных или множественных миом с сохранением матки; эту операцию обычно проводят женщинам, желающим забеременеть и не имеющих противопоказаний.
- ❑ Если для удаления субмукозных миом вскрывают полость матки, то в будущем родоразрешение через естественные родовые пути противопоказано.
- ❑ Главные осложнения - кровотечение во время и после операции, а также ранняя и поздняя кишечная непроходимость, обусловленная спайками между кишечником и маткой на месте десерозированного участка после миомэктомии.
- ❑ Вероятность повторного возникновения миом после миомэктомии зависит от возраста женщины, а также от объёма первоначально проведенной миомэктомии; в 30% случаев наблюдают повторное возникновение миом в течение 10 лет после операции.
- ❑ Вероятность наступления беременности после миомэктомии - 40%.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ГИСТЕРЭКТОМИЯ – это операция выбора.

- **До гистерэктомии или других лечебных процедур, особенно пожилой женщине, необходимо провести диагностическое выскабливание полости матки для точного определения причины кровотечения (миома или рак эндометрия).**
- Гистерэктомия полностью устраняет риск повторного возникновения лейомиомы.
- Нет убедительных данных о повышении риска развития в рака в неудалённом при гистерэктомии яичнике.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

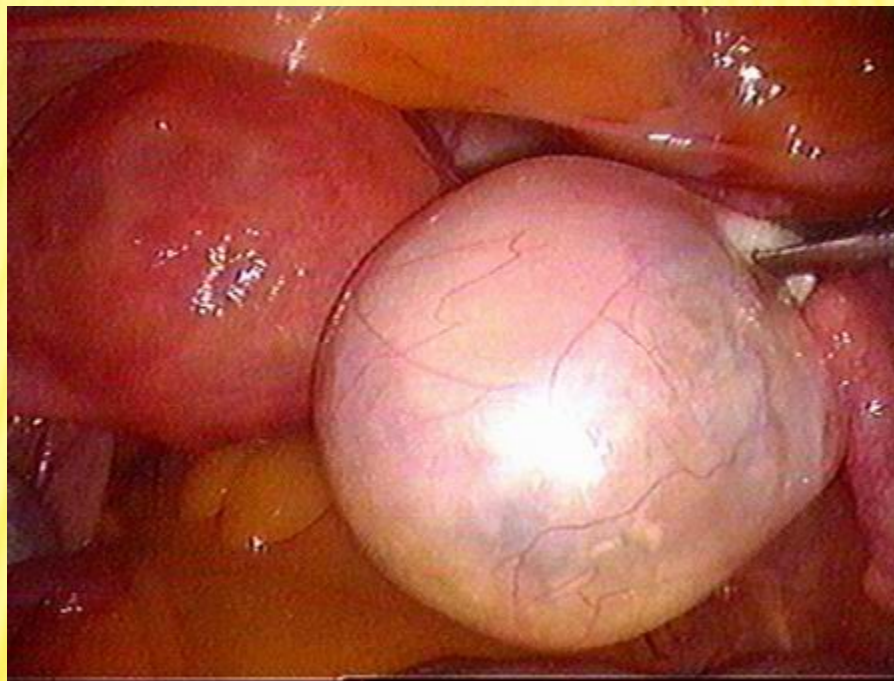
Диспансерные группы:

- больные с повышенным риском развития миомы матки (частые рецидивы хронического сальпингоофорита, эндомиометрита, сопровождающиеся обменно-эндокринными нарушениями);
- с нарушением менструального цикла с периода менархе и поздней менопаузой;
- с неоднократными абортами и диагностическими выскабливаниями матки;
- с нарушениями менструального цикла на фоне длительно текущих экстрагенитальных заболеваний;
- с наличием ЛМ матки и онкологических заболеваний у ближайших родственников;
- после проведенного оперативного и консервативного лечения по поводу ЛМ матки;
- с ЛМ матки и противопоказаниями к оперативному лечению;
- с ЛМ матки в начальной стадии развития (небольшие размеры матки, с наличием субсерозных узлов на широком основании и/или интерстициальными узлами; отсутствие болевого синдрома, патологических кровотечений и симптомов сдавления смежных органов).
- **Контрольные профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев.**₇₁

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ (ТЕРМИНОЛОГИЯ)

- ▣ **Доброкачественные опухоли яичников** – эпителиальные и неэпителиальные опухоли яичника без признаков злокачественного процесса.
- ▣ **Опухелевидные образования яичников** – заболевания, не относящиеся к истинным опухолям, но сопровождающиеся увеличением размеров яичника (воспалительные процессы, поликистоз яичников, параовариальные кисты, функциональные кисты яичников).
- ▣ **Функциональные кисты яичников** – кистозные образования в яичниках, которые персистируют не более 2 месяцев.

ЛАПАРОСКОПИЯ: КИСТА ПРАВОГО ЯИЧНИКА



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ (ТЕРМИНОЛОГИЯ)

- ▣ **Ретенционные кисты** - образуются в результате задержки или накопления в преформированной полости различного содержимого, чаще всего секрета желез.
- ▣ **Ретенционные кисты** также могут образовываться в результате размягчения ткани на месте бывшего кровоизлияния, некроза, накопления в рудиментарных зачатках.

Кисты яичников:

- ▣ увеличение кисты происходит не за счёт размножения клеточных элементов, а в результате накопления жидкости, являющейся транссудатом плазмы крови.
- ▣ Этим кисты отличаются **от истинных опухолей - кистом яичника.**
- ▣ Кисты встречаются в любом возрасте, чаще в молодом.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

- Опухоли яичника занимают 2-е место среди новообразований женских половых органов.
- Составляют до 25% всех опухолей женских половых органов.
- Доброкачественные опухоли наиболее часто встречаются в промежутке между менархе и менопаузой.

ЭТИОЛОГИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

- До настоящего времени неизвестна.
- Наибольшая роль отводится **гормональным и генетическим факторам.**
- **Гормональная теория:** «овуляторная» гипотеза, согласно которой:
 - риск развития опухолей яичников находится в прямой зависимости от числа овуляторных циклов на протяжении жизни женщины.
 - чем больше число овуляций, тем выше потенциальный риск отклонений в репаративных процессах и опухолевой трансформации.
 - высокий уровень гонадотропинов также может обладать стимулирующим эффектом на пролиферирующий эпителий.
- **Наследственные факторы** определяют риск развития особенно злокачественных опухолей яичников.

ЭТИОЛОГИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

- В происхождении **неэпителиальных опухолей** (**стромальноклеточных и герминативных**) встречающихся чаще у женщин молодого возраста и детей, основная роль отводится **неблагоприятным факторам в период эмбриогенеза.**
- В развитии **гранулёзоклеточных опухолей** также отмечена связь с **гиперстимуляцией яичников** кломифен цитратом или гонадотропинами при лечении бесплодия.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Наиболее часто встречаются эпителиальные опухоли яичников (серозные и муцинозные кисты; опухоль Бреннера).

- ▣ Они составляют около 80% от всех опухолей яичников.
- ▣ При доброкачественной опухоли происходит разрастание эпителия без признаков атипии и разрушения базальной мембраны.
- ▣ **Доброкачественные эпителиальные опухоли имеют вид кистозных гладкостенных образований (носят название «цистаденомы»),** содержимое которых определяется гистотипом.
- ▣ **В серозных кистах** выстилающий эпителий по строению напоминает трубный или поверхностный эпителий яичника и почти всегда обнаруживаются клетки мерцательного эпителия.
- ▣ Содержимое кист представляет собой серозную жидкость соломенного цвета.
- ▣ Серозные кисты чаще односторонние и однокамерные, небольших размеров.
- ▣ Иногда они достигают 30 см в диаметре.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **У муцинозных кист** характер выстилающего эпителия напоминает цилиндрический эпителий шейного канала.
- ▣ Чаще это многокамерное образование округлой или овальной формы, с узловатой поверхностью, вследствие отпочкования дочерних кистозных полостей.
- ▣ В полостях имеется густое слизеобразное содержимое, составной частью которого являются гликопротеины.
- ▣ **Опухоль Бреннера** состоит в основном из ткани типа фибромы яичника с включением тяжей, островков и кист эпителиального характера.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Клиническая картина доброкачественных эпителиальных опухолей не имеет патогномоничных симптомов.

- ▣ Чаще всего больные предъявляют жалобы на боли внизу живота и пояснице, не связанные с менструацией, носящие тупой ноющий характер.
- ▣ Боли обусловлены раздражением нервных окончаний и сплетений сосудистой системы органов малого таза, натяжением капсулы опухоли, нарушением кровоснабжения стенки опухоли.
- ▣ Острые приступообразные боли возникают при перекруте ножки кисты или разрыве капсулы и требуют экстренной госпитализации.
- ▣ Также пациенток могут беспокоить дизурические и диспептические явления.
- ▣ Нарушения менструального цикла наблюдаются относительно редко.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ включают:

- ▣ стромальноклеточные;
- ▣ липидоклеточные;
- ▣ герминогенные опухоли;
- ▣ гонадобластомы.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

СТРОМАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЕ в свою очередь делятся на:

- ▣ гранулёзочлеточные,
- ▣ текомы,
- ▣ фибромы,
- ▣ андробластомы,
- ▣ гинандробластомы.

СТРОМАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ могут быть:

- ▣ доброкачественными,
- ▣ злокачественными.

Все они относятся к гормонально-активным опухолям (за исключением фибром), и поэтому такие доброкачественные образования имеют достаточно яркую клиническую картину.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ГРАНУЛЁЗОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ:

- ▣ достаточно редки;
- ▣ 2-5% среди всех опухолей яичника.
- ▣ источник опухоли – гранулёза примордиальных фолликулов.
- ▣ гранулёзоподобные клетки формируют фолликулярные, трабекулярные и диффузные структуры.
- ▣ макроскопически гранулёзочлеточные опухоли представляют собой солидные и кистозно-солидные образования.
- ▣ их размеры могут варьировать от микроскопических включений до 40 см в диаметре.
- ▣ гранулёзочлеточные опухоли являются гормонально-активными и продуцируют эстрогены.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Клиническая картина гранулёзоклеточных опухолей обусловлена:

- ▣ **гиперэстрогенией;**
- ▣ **зависит от возраста:**
- ▣ **у детей (ювенильная форма)** наблюдается преждевременное половое созревание, наружные половые органы соответствуют по своему развитию более старшему возрасту;
- ▣ **у женщин в детородном возрасте** опухоль сопровождается ациклическими кровотечениями.
- ▣ при возникновении гранулёзоклеточных опухолей **в постменопаузальном периоде** возникают маточные кровотечения, а при гинекологическом осмотре обращает на себя внимание отсутствие атрофических изменений наружных половых органов, некоторое увеличение матки, в области придатков определяется одностороннее, тугоэластическое подвижное образование.

В случае перерождения доброкачественных опухолей в злокачественные (наблюдается у 4-25% больных) клинические проявления гормональной активности уменьшаются в связи со снижением дифференцировки клеток.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ТЕКОМЫ составляют 3,8% всех новообразований яичников.

- ▣ Они представляют собой стромальноклеточную опухоль с большим содержанием липидов, которая состоит из клеток, напоминающих тека-клетки оболочки фолликулов.
- ▣ Макроскопически текомы имеют солидное строение, капсулу. На разрезе опухоль желтовато-оранжевого цвета.
- ▣ Также как и гранулёзоклеточные опухоли, текомы относятся к группе эстрогенпродуцирующих новообразований.
- ▣ Клиническое течение сходно с проявлениями гранулёзоклеточных опухолей, однако текомы поражают преимущественно женщин пожилого возраста в период постменопаузы;
- ▣ У молодых и у детей текомы встречаются очень редко.
- ▣ В основном опухоли бывают односторонними.
- ▣ Форма опухоли округлая или овальная.
- ▣ Характерным для доброкачественной текомы является накопление асцитической жидкости в брюшной полости, которая исчезает после удаления опухоли.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

АНДРОБЛАСТОМЫ (опухоли из клеток Сертоли-Лейдига):

- ▣ Гормонально-активные опухоли с вирилизирующим эффектом.
- ▣ Они состоят из клеток Сертоли-Лейдига различной степени зрелости и повторяют в несовершенной форме стадии развития тестикулярной ткани.
- ▣ Макроскопически опухоли солидного строения до 10 см в диаметре;
- ▣ На разрезе – серовато-желтые или красновато-коричневые.
- ▣ Опухолевые узлы обычно одиночные и односторонние, а противоположный яичник часто атрофичен.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Андробластомы:

- ▣ Встречаются реже других стромальных опухолей;
- ▣ Поражают преимущественно молодых женщин 25-30 лет и детей.
- ▣ Клинические проявления гормональной активности андробластом в типичных случаях выражаются в дефеминизации и маскулинизации.
- ▣ Заболеванию обычно начинается с аменореи, далее следует атрофия молочных желез, гипертрофия клитора, снижение либидо, появляются акне на коже, грубеет голос.
- ▣ Позднее фигура теряет женские очертания, отмечается рост волос по мужскому типу.
- ▣ При гинекологическом осмотре матка уменьшена в размерах, эндометрий атрофирован, непораженный яичник уменьшен и выглядит как яичник в постменопаузе.
- ▣ Большинство андробластом протекает доброкачественно и после их удаления женский облик больной восстанавливается.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ГИНАНДРОБЛАСТОМЫ – редкие опухоли, гормонально-активные. Структуры их представлены андробластомой и гранулёзноклеточной опухолью.

ФИБРОМА ЯИЧНИКА:

- Составляет около 7% всех опухолей яичников.
- Фибромы – доброкачественные опухоли, состоящие из фибробластов с различной степенью зрелости, продуцирующие обильное количество коллагена.
- Макроскопически опухоль плотно-волокнистого строения перламутрового цвета, в капсуле возможны очаги обызвествления.
- Фиброма не обладает гормональной активностью.
- Она представляет собой одностороннее образование с гладкой или бугристой поверхностью, иногда больших размеров.
- Рост опухоли медленный.
- Чаще фибромы яичника развиваются у женщин пожилого возраста.
- В клинической картине заболевания нередко наблюдается триада Мейгса (анемия, асцит, гидроторакс), которая после удаления опухоли исчезает.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

К НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ относят герминогенные опухоли.

- ▣ Они развиваются из первичных зародышевых клеток, которые мигрируют в гонадный бугорок к 6-й неделе эмбрионального развития.
- ▣ Больные с герминогенными опухолями преимущественно молодого и детского возраста.
- ▣ **Доброкачественными герминогенными опухолями являются зрелые тератомы**, которые развиваются из элементов одного или всех трёх зародышевых листков (экто-, мезо- и энтодермы).
- ▣ Гистологически зрелые тератомы состоят из зрелых структур тканей и органов зародыша (кожа, зубы, щитовидная железа, кишечная трубка, хрящ и др.).
- ▣ Зрелые тератомы подразделяются на солидные и кистозные.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

К кистозным тератомам относятся дермоидные кисты:

- составляют 1/4-1/3 от всех доброкачественных опухолей яичников;
- чаще встречаются у молодых женщин;
- могут поражать детей и пожилых женщин;
- дермоидные кисты включают в себя эпидермис и его придатки;
- гормональной активностью дермоидные кисты не обладают.
- клинически заболевание проявляется болями внизу живота, которые могут быть острыми в связи с перекрутом ножки кисты.
- дермоидные кисты могут малигнизироваться.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

Опухолевидные образования яичников:

- ▣ функциональные кисты (фолликулярные и лютеиновые),
- ▣ воспалительные процессы,
- ▣ эндометриоз яичника;
- ▣ параовариальные кисты;
- ▣ гиперплазия стромы яичника;
- ▣ гипертекоз.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ (фолликулярные и лютеиновые):

- ▣ обычно небольших размеров,
- ▣ односторонние,
- ▣ как правило, не имеют клинических проявлений.
- ▣ в случаях появления внутрибрюшного кровотечения из жёлтого тела наблюдаются симптомы острого живота (остро возникшие боли, тенезмы), реже симптомы геморрагического шока. Их образование связано с нарушением овуляции.
- ▣ большинство функциональных кист спонтанно исчезают без лечения в течение 60 дней.
- ▣ при персистенции таких образований более 60 дней, особенно при наличии нормального менструального цикла, необходимо исключать истинные опухоли яичников.
- ▣ для исключения истинных опухолей показана лапароскопия.

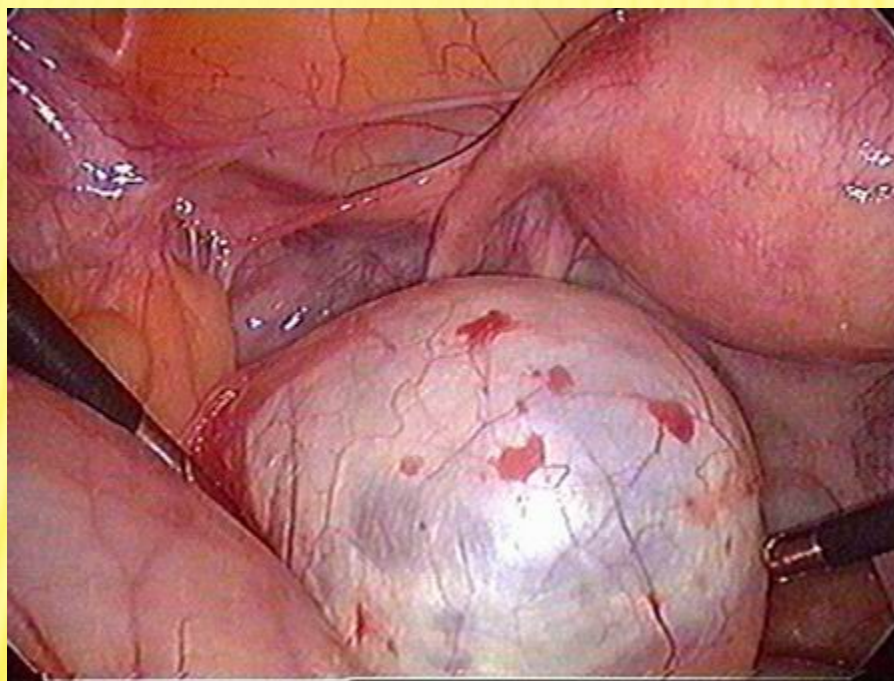
ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА – опухолевидное образование, которое возникает из зреющих или антральных фолликулов.

- ▣ Фолликулярная киста представляет собой тонкостенное однокамерное образование эластической консистенции с гладкой поверхностью, наполненное светлым прозрачным содержимым, обычно небольших размеров (до 10 см в диаметре).
- ▣ К основанию кисты прилежит ткань макроскопически неизмененного яичника.
- ▣ Фолликулярная киста не имеет выраженной клинической картины.
- ▣ Кисты больших размеров могут проявиться болями, диспареунией.
- ▣ Возможно возникновение кровоизлияния в полость кисты и разрыв её капсулы, что может сопровождаться острыми болями.
- ▣ Нередко наблюдаются изменения менструального цикла – увеличение или укорочение межменструального интервала.
- ▣ Для установления нормального ритма менструального цикла при его нарушении на фоне функциональных кист яичников показано применение комбинированных оральных контрацептивов.

ЛАПАРОСКОПИЯ: КИСТА ЛЕВОГО ЯИЧНИКА



ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

КИСТА ЖЕЛТОГО ТЕЛА:

- ▣ Встречается редко.
- ▣ В её развитии могут играть роль гормональные нарушения и воспалительные процессы.
- ▣ Как правило, имеет небольшие размеры, мягкая, подвижная.
- ▣ Во 2-ю фазу менструального цикла наблюдается увеличение лютеиновой кисты, иногда она самостоятельно подвергается резорбции.
- ▣ Больные отмечают задержку менструаций, нагрубание молочных желез, тошноту.
- ▣ Объективно выявляется некоторое увеличение и размягчение матки.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ПАРАОВАРИАЛЬНАЯ КИСТА:

- Гладкое, ограниченное в подвижности образование небольших размеров, овоидной формы.
- Характеризуется бессимптомным течением,
- Иногда при больших размерах кисты могут наблюдаться боли внизу живота и дизурические явления.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ яичников также относятся к опухолевидным образованиям.

- ▣ Среди всех локализаций наружного эндометриоза поражение яичников занимает первое место.
- ▣ Размеры эндометриоидных кист варьируют от 0,6 до 10 см.
- ▣ Данные макроскопического анализа показывают, что для таких образований характерны толстая капсула, нередко с многочисленными, преимущественно плотными спайками на наружной поверхности, и геморрагическим содержимым шоколадного вида.

МАКРОПРЕПАРАТ: ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ КИСТА



ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Клиническая картина эндометриоза яичников очень разнообразна:

- ▣ Ведущей жалобой является болевой синдром различной интенсивности: постоянные ноющие боли, периодически усиливающиеся, с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, достигающие максимума накануне или во время менструации.
- ▣ При микроперфорации стенки кисты её содержимое изливается в брюшную полость, что сопровождается резкими болями.
- ▣ Эндометриоидные кисты яичников всегда сопровождаются развитием спаечного процесса в малом тазу, что может приводить к нарушению функции кишечника и мочевого пузыря.
- ▣ При наличии эндометриоидных кист может наблюдаться субфебрильная температура, ознобы, увеличение СОЭ, лейкоцитоз.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ яичников подразделяются на:

- ▣ стромальную гиперплазию;
- ▣ гипертекоз.

Стромальная гиперплазия – это пролиферация стромы яичника, вызывающая гиперэстрогению и приводящая к патологическим процессам в других органах с соответствующей симптоматикой.

Стромальная гиперплазия возникает в любом (нередко молодом) возрасте с наличием определённого преморбитного фона.

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ГИПЕРТЕКОЗ сопровождается:

- гирсутизмом,
- аменореей,
- бесплодием,
- артериальной гипертензией,
- ожирением.

Гипертекоз необходимо дифференцировать:

- с гиперпластическими процессами яичников,
- синдромом поликистозных яичников,
- адреногенитальным синдромом,
- синдромом Иценко-Кушинга,
- дисгенезией гонад,
- маскулинизирующими опухолями яичников.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Несмотря на наличие большого количества различных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) своевременная диагностика новообразований яичников может быть затруднена из-за отсутствия патогномоничных симптомов.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **ВАГИНАЛЬНОЕ И РЕКТО-ВАГИНАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.**
- ▣ **УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.**

Достоинством этого метода в диагностике опухолей яичников являются его высокая информативность (чувствительность, специфичность достигают 80-90%), простота, быстрота, безвредность, возможность объективного документирования и многократного проведения.

При небольших образованиях в малом тазу наибольшей информативностью обладает трансвагинальная эхография, при образованиях более 6-7 см – трансабдоминальная эхография.

- ▣ **Цветное доплеровское картирование** помогает дифференцировать доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Для доброкачественных опухолей характерна умеренная васкуляризация в капсуле, перегородках и включениях.

Злокачественные опухоли имеют активную васкуляризацию.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Компьютерная томография используется:

- при необходимости дифференциальной диагностики со злокачественным процессом;
- при неясном расположении опухоли в тазу;
- для выявления распространенности опухоли, её контуров, формы и уточнения состояния смежных органов;
- позволяет установить кистозную и солидную структуру, жировую ткань и участки обызвествления;
- однако дифференциальная диагностика опухолевидных и гнойно-воспалительных процессов в малом тазу при использовании КТ нередко бывает затруднительной.

Магнито-резонансная томография позволяет получать изображения в различных проекциях, что особенно важно при злокачественных процессах для выявления прорастания в окружающие органы и ткани.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Исследование опухолевых маркеров.

- ▣ Определение онкофетальных антигенов (альфа-фетопротеин и хорионический гонадотропин) в крови у молодых пациенток с опухолевыми образованиями солидного строения в яичниках указывает на наличие герминогенной опухоли.
- ▣ Высокий уровень АФП и ХГ свидетельствует о злокачественности процесса.
- ▣ Возможно определение опухоль-ассоциированных антигенов строго специфичных для рака яичника (СА-12-5; норма менее 35 МЕ/мл).

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **Диагностическая лапароскопия** даёт возможность непосредственной визуальной оценки яичников, проведения дифференциальной диагностики опухолей и опухолевидных образований. По данным разных авторов точность диагностики опухолей яичников с помощью лапароскопии находится в пределах 70-100%.
- ▣ **Морфологическое исследование опухоли** позволяет установить окончательный диагноз с верификацией гистотипа опухоли и её доброкачественности.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

- дискомфорт в нижних отделах живота;
- изменения менструального цикла;
- бесплодие;
- симптомы, связанные с осложнениями:
 - перекрутом ножки опухоли,
 - кишечной непроходимостью;
 - нарушением пассажа мочи.

Наличие специфической клинической картины во многом зависит от морфологической структуры образования.

Гормонально-активные и эндометриоидные опухоли имеют характерные клинические проявления.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

**Все доброкачественные опухоли
яичников после исключения
функциональных кист требуют
ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

**Это связано с тем, что без операции
невозможно окончательно решить
вопрос о злокачественности процесса.**

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ТЕРМИНОЛОГИЯ:

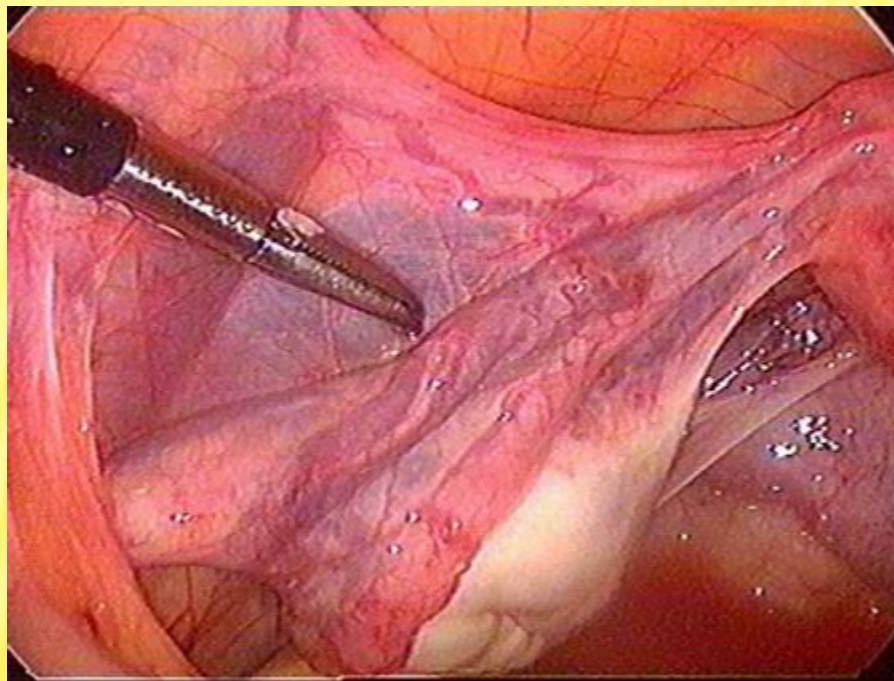
Анатомическая ножка состоит:

- **из подвешивающей связки,**
- **собственной связки яичника,**
- **части широкой связки, в которых проходят яичниковые и маточные артерии, лимфатические сосуды и нервы.**

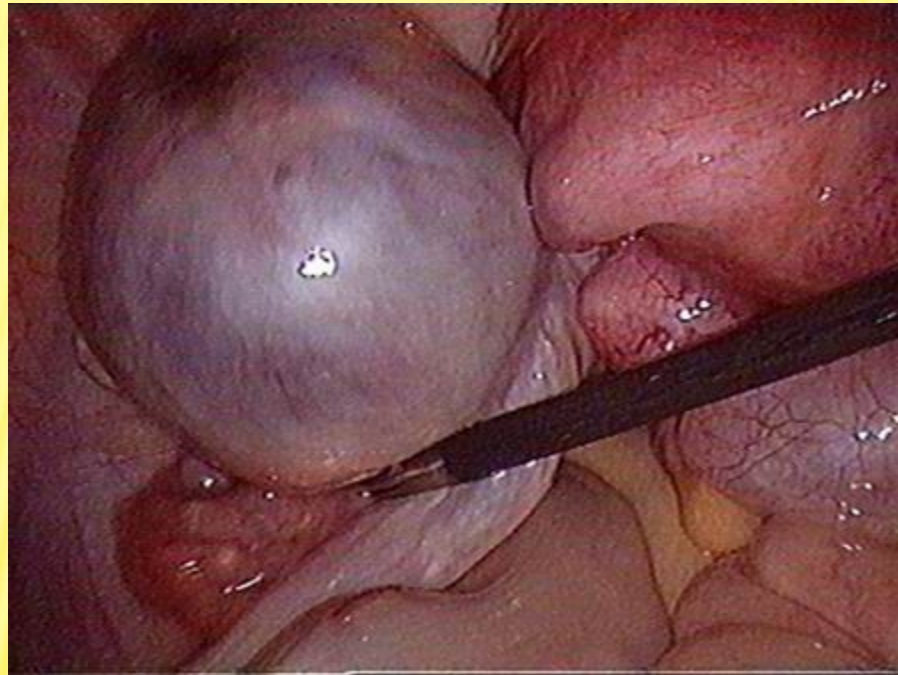
Хирургическая ножка - все образования, которые пересекаются во время операции:

- **анатомическая ножка,**
- **маточная труба,**
- **иногда сальник.**

ЛАПАРОСКОПИЯ: НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ЛЕВЫХ ПРИДАТКОВ



ЛАПАРОСКОПИЯ: ПЕРЕКРУТ НОЖКИ КИСТЫ



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

- В настоящее время широко применяются лапароскопические методы в лечении доброкачественных опухолей яичников у женщин любого возраста.
- У молодых пациенток необходимо стремиться к сохранению неизменённой ткани яичника, для чего выполняется энуклеация кисты.
- У женщин старшего возраста может возникнуть необходимость расширения объёма операции до экстирпации матки при сочетании с патологией матки.

Обязательным является срочное гистологическое исследование всех подозрительных образований.

Обязательным является при выявлении злокачественного процесса – выполнение адекватной операции лапаротомическим доступом.

- При функциональных кистах возможно выполнение пункции кисты с цитологическим исследованием пунктата и тщательным динамическим наблюдением за больной в течение 3-4 менструальных циклов. При рецидиве показано хирургическое лечение.

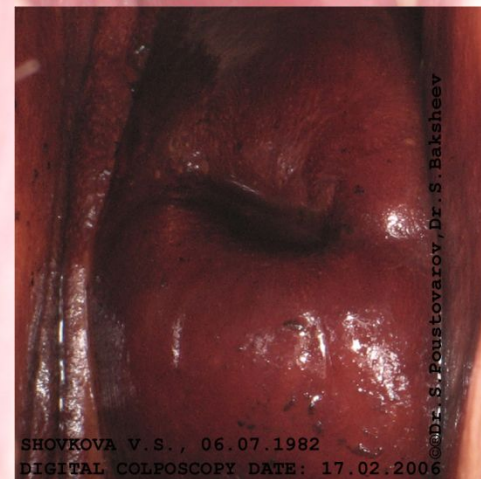
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Доброкачественные (неопухолевые) заболевания шейки матки включают различные по этиологии и морфологии процессы, при которых происходит гиперплазия эпителиальных клеток, образование новых желез, возникновение полипов, эрозии, папиллом, лейкоплакии.

Анатомические термины:

- ▣ **Эндоцервикс** – слизистая цервикального канала, представленная цилиндрическим эпителием (ЦЭ).
- ▣ **Экзоцервикс** – слизистая, покрывающая влагалищную часть шейки матки и выстлана многослойным плоским неороговевающим эпителием (МПЭ).

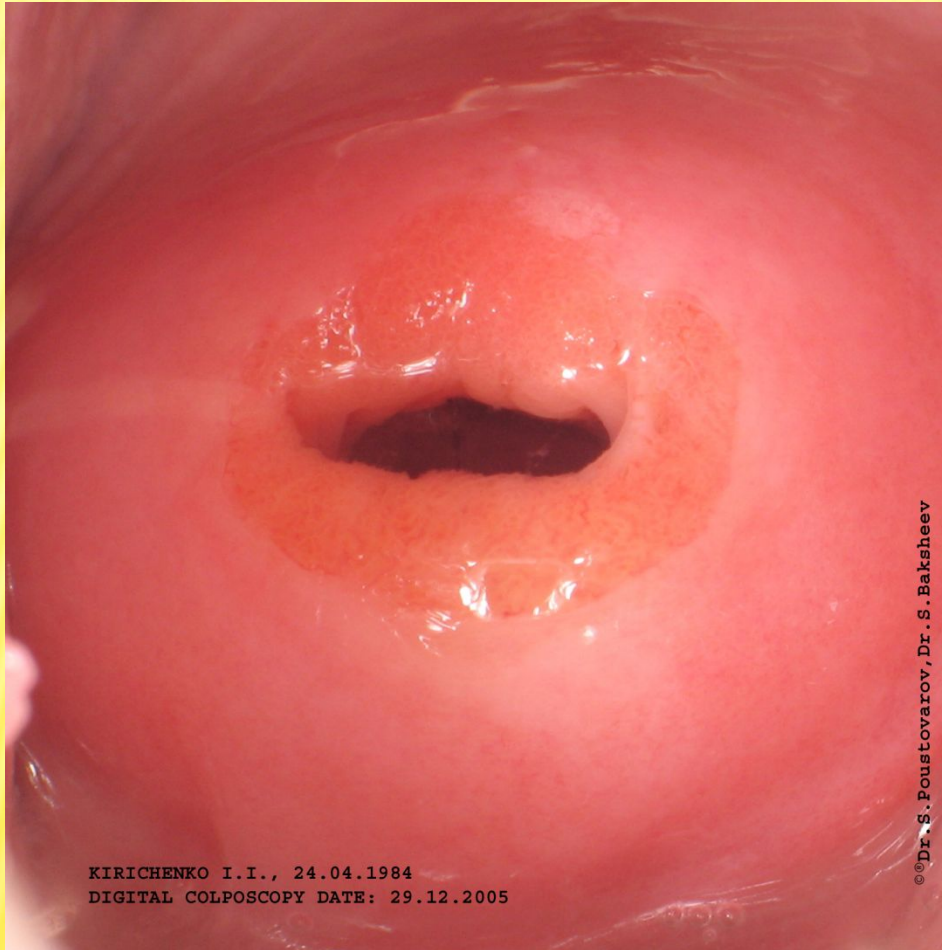
КОЛЬПОСКОПИЯ: НОРМАЛЬНЫЙ ЭПИТЕЛИЙ ШЕЙКИ МАТКИ



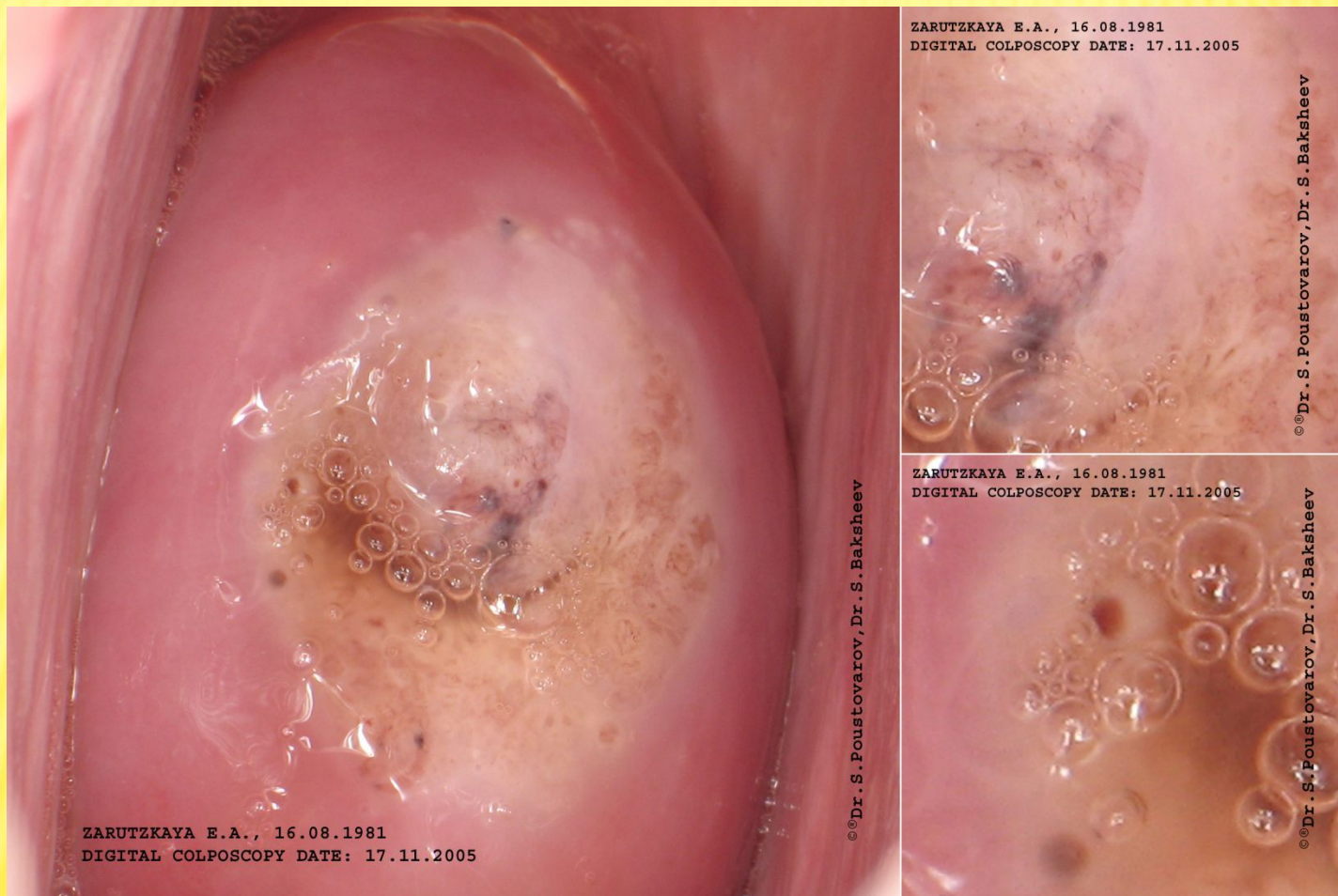
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

- ▣ **Истинная эрозия шейки матки** – дефект экзоцервикса, возникающий в результате воспалительного процесса, химического воздействия, диатермокоагуляции или радиационной терапии.
- ▣ **Эктопия (или псевдоэрозия шейки матки)** – перемещение цилиндрического эпителия из эндоцервикса на экзоцервикс.
- ▣ **Полипы цервикального канала** – выросты стромы эндоцервикса, покрытые цилиндрическим эпителием.
- ▣ **Эктропион** – патологический выворот слизистой цервикального канала.
- ▣ **Эндометриоз шейки матки** – наличие эндометриоидных гетеротопий на экзоцервиксе.

КОЛЬПОСКОПИЯ: ЭКТОПИЯ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ



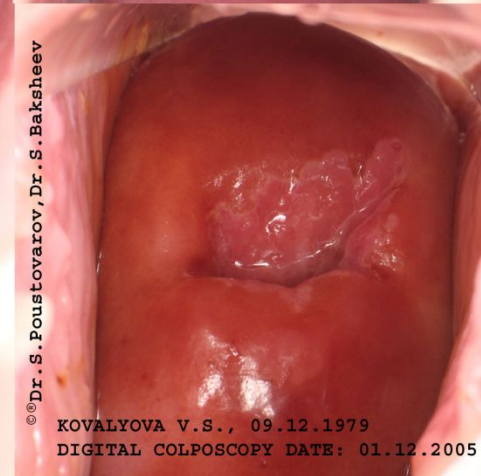
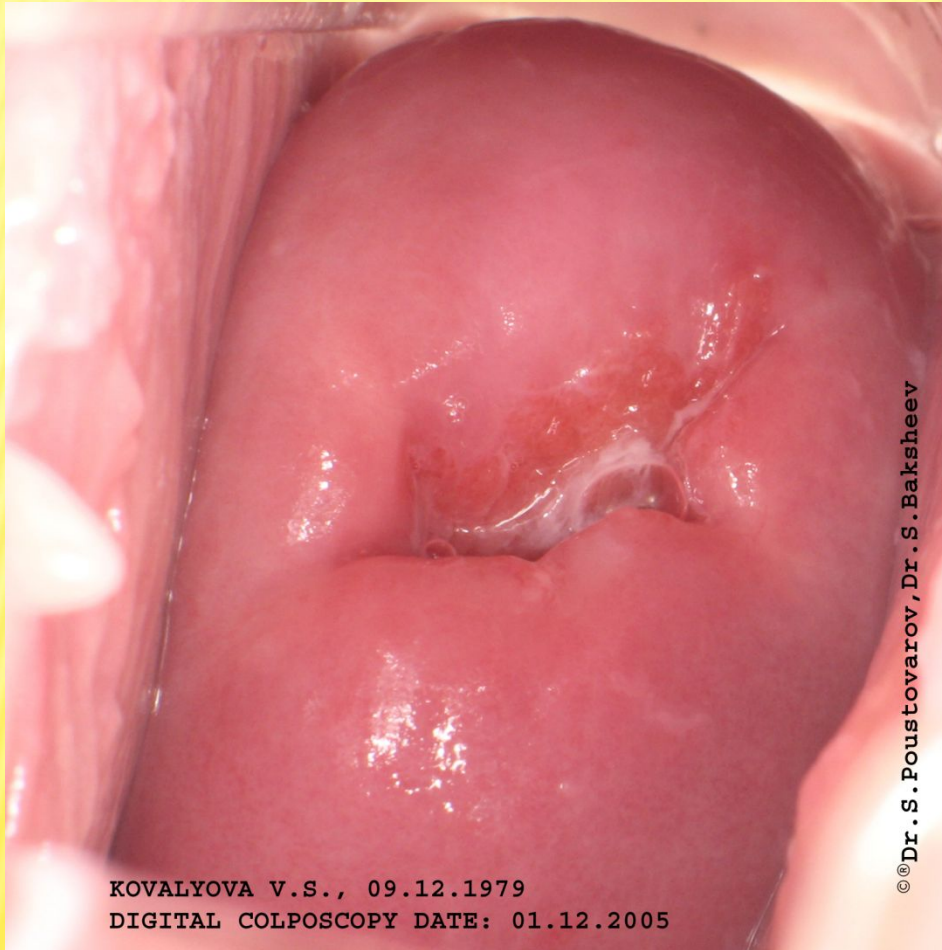
КОЛЬПОСКОПИЯ: НЕЗАКОНЧЕННАЯ ЗОНА ТРАНСФОРМАЦИИ И СУБЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ



КОЛЬПОСКОПИЯ: ПОЛИП ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА



КОЛЬПОСКОПИЯ: РУБЦОВАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ С ЭКТОПИЕЙ ПО ПЕРЕДНЕЙ ГУБЕ



КОЛЬПОСКОПИЯ: СУБЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Выделяют 5 основных групп этиологических факторов, приводящих к возникновению доброкачественных заболеваний шейки матки:

- - генетические;
- - механические травмы и химические воздействия на шейку матки;
- - гормональная недостаточность функции яичников;
- - инфекционные заболевания шейки матки и влагалища, особенно вирусной и хламидийной этиологии;
- - нарушение иммунного статуса.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Отечественные классификации разделяют все заболевания шейки матки на:

- - **фоновые**, к которым относят:
 - **невоспалительные процессы** (эктопии, полипы, папилломы, лейкоплакии, эндометриоз),
 - **воспалительные** (эрозии и цервициты);
 - **посттравматические** (разрывы, эктропион, свищи);
- - **предраковые процессы (дисплазии);**
- - **рак шейки матки.**

ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Истинная эрозия шейки матки.

- Это участок поверхности шейки матки, лишённый эпителия в результате воспалительных процессов (хронический эндоцервицит, кольпит), травматизации или химического воздействия.

Характеристика:

- - встречается относительно редко;
- - быстро регрессирует (3-5 дней) (самостоятельно; на фоне лечения), что обусловлено высокой регенерирующей способностью эпителия шейки матки;
- - клинические проявления, как правило, отсутствуют;
- - редко встречаются контактные выделения;
- - макроскопически: пятно тёмно-красного цвета, кровоточащее при дотрагивании;
- - гистологически: на этом участке отсутствует МПЭ; при воспалительной этиологии истинной эрозии – отсутствует МПЭ с воспалительной инфильтрацией окружающих тканей.

ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Эпидермизирующая (заживающая) эрозия:

- - возникает после химического, термического, крио- и лазеродействия на шейку матки;
- - макроскопически характеризуется появлением в зоне цилиндрического эпителия островков МПЭ;
- - микроскопически: в процессе регенерации ЦЭ инвагинируется в глубь ткани шейки матки, создавая подобие ходов. Стенки этих ходов покрыты ЦЭ, который продуцирует слизь. Данные ходы получили название «желёз», хотя по сути такими не являются.
- - регенерационные процессы на поверхности экзоцервикса сопровождаются эпидермизацией МПЭ с перекрытием устья так называемых «желёз». В результате образуются наботовы кисты (ovula Nabothi) – ретенционные образования, которые постепенно увеличиваются в размерах за счёт скопления слизи (от 0,2 мм до 1,5-2 см).

ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Зона трансформации (синонимы: «**зона превращения**», «**зона перекрытия**») – участок слизистой оболочки вокруг наружного зева, покрытый МПЭ с ретенционными кистами и выводными протоками функционирующих желёз.

ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Дифференциальная диагностика истинной эрозии:

- ▣ **Сифилис:** сифилитическая язва не более 10 мм, красная с серым оттенком, плотная, не кровоточит при дотрагивании, при её повреждении выступает прозрачное содержимое.
- ▣ **Инфекции, передающиеся половым путём (ИППП).** Вызванный ими воспалительный процесс может быть резистентным к банальной антибактериальной терапии, что требует обследования пациенток на ИППП.
- ▣ **Атрофические язвы.** Возникают в постменопаузе, особенно при опущении шейки матки (генитальном пролапсе); а также после лучевой терапии.
- ▣ **Экзофитная форма рака шейки матки:** язвы имеют неровные края с грязным налётом и легко кровоточат.

Лечебная тактика при истинных эрозиях

- Основа – лечение основного заболевания.
- Этиотропная и противовоспалительная терапия позволяет добиться заживления истинной эрозии в короткие сроки при воспалительных и инфекционных заболеваниях.
- **Противопоказано применение хирургических методов лечения** (диатермокоагуляция, крио- или лазеротерапия), так как они могут вызвать гнойно-воспалительные осложнения.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Псевдоэрозия шейки матки (или эктопия) – это смещение ЦЭ на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки, которая в норме покрыта МПЭ.

- При ПЭ граница между МПЭ и ЦЭ перемещается на экзоцервикс.

Диагностика:

- - расширенная кольпоскопия;
- - цитологическое исследование.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- Более 50% пациенток с ПЭ имеют возраст до 25 лет.
- В молодом возрасте ПЭ – физиологическое явление.
- Допубертатный период – ЦЭ расположен на влагалищной части шейки матки.
 - В процессе полового созревания происходит смещение границы между МПЭ и ЦЭ (переходной зоны) к наружному зеву.
 - Если по каким-либо причинам данный процесс задерживается к окончанию полового созревания, то возникает эктопия ЦЭ, которая получила название **«врождённой псевдоэрозии» («ювенильной псевдоэрозии»)**.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **В КОМПЛЕКСЕ ИССЛЕДОВАНИЙ при наличии эктопии**, кроме обычных методик (осмотр в зеркалах, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование), при необходимости должны включаться **обследования на ИППП, определение гормональной функции яичников, гистологическое исследование.**
- При кольпоскопии эктопия определяется в виде ярко-красных сосочков, бледнеющих после применения 3% уксуса.
- В постменопаузе преобладают эктопии на фоне сочетанных атрофических и воспалительных процессов.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Клинических проявлений псевдоэрозия шейки матки не имеет.
- **Кольпоскопически:** расположение ЦЭ на экзоцервиксе; чёткие границы; отсутствие патологических выделений; отсутствие воспалительных изменений слизистой оболочки. Эктопия представлена ярко-красными сосчками, бледнеющими после применения 3% раствора уксусной кислоты.
- В комплекс обследований пациенток с ПЭ необходимо включать обследование на ИППП, определение гормональной активности яичников, гистологическое исследование.
- В постменопаузе преобладают эктопии на фоне воспалительных и атрофических процессов.
- **Лечение:** в терапии пациентки не нуждаются.
- **Диспансеризация:** у пациенток, живущих половой жизнью, рекомендуется профилактика ИППП и проведение кольпоскопии с цитологическим исследованием 1 раз в год.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

В возрасте старше 26 лет ПЭ причинами могут быть:

- Воспалительные и инфекционные заболевания шейки матки (в том числе и вирусной этиологии);
- Химические агенты;
- Механическое воздействие при родах или абортах;
- Изменение гормональной активности яичников;
- Нарушение местного и общего иммунитета.
- Более чем у 50% пациенток с ПЭ выявлена трансмиссивная инфекция (ВПГ, ВПЧ, хламидии, микоплазмы).

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Морфологическая характеристика:

- - **простая эктопия ЦЭ;**
- - **пролиферирующая (железистая) эктопия.**
- При простой эктопии отсутствуют признаки избыточной пролиферации ЦЭ, а при пролиферирующей – пролиферация железистых структур.

Клинически:

- - **неосложнённая форма:** ПЭ без сопутствующего воспалительного процесса шейки матки и/или влагалища;
- - **осложнённая форма:** с сопутствующими воспалительными процессами (цервицит, кольпит, другие заболевания шейки матки).

Выделяют два морфологических типа эктопий:

- - простая эктопия, характеризующаяся отсутствием признаков избыточной пролиферации цилиндрического эпителия;
- - пролиферирующая (железистая) эктопия, при которой наблюдается пролиферация железистых структур.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

- Неосложненная эктопия лечения не требует.
- Лечение осложненной формы приобретенной псевдоэрозии должно проводиться с учётом патологического процесса (может включать коррекцию гормональных и иммунных нарушений, лечение ИППП).

Особенности консервативного лечения:

- - на первом этапе проводится противовоспалительная терапия с использованием местных комбинированных препаратов, обладающих антибактериальным, антимикотическим и антипротозойным действием («клион-Д», «тержинан», «полижинакс», «нео-пенетран», «бетадин» и др.);
- - при гормональной недостаточности яичников для нормализации состояния шейки матки используют КОК или препараты для ЗГТ;
- - нецелесообразно применение различных средств, обладающих регенерационно-стимулирующим эффектом (масла, мази, гели, др.). Для лечения ПЭ эти препараты не являются адекватным методом лечения.

ПСЕВДОЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- ▣ **Хирургическое лечение показано при эктопии на фоне вирусной инфекции, особенно при выявлении ВПЧ-16, 18 типа.**
- ▣ Удаление измененного участка шейки матки осуществляется путём:
 - ▣ диатермокоагуляции,
 - ▣ диатермоэлектрокоагуляции,
 - ▣ криодеструкции,
 - ▣ лазерной коагуляции,
 - ▣ хирургического лечения.
- ▣ **Выбор метода определяется, в первую очередь, репродуктивными планами.**
- ▣ **В случае планируемых родов** целесообразно применять химическую деструкцию («Солковагин», Швейцария), криодеструкцию или электрокоагуляцию.
- ▣ **В случаях, когда роды не планируются,** проводят лазеро- или диатермоэлектрокоагуляцию.

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ (ПШМ)

- ▣ **Определение:** ПШМ – патологические образования, образующиеся при разрастании эндоцервикса и гистологически представляющие собой выросты стромы, покрытые цилиндрическим эпителием.
- ▣ **Размеры полипов варьируют:** от небольших размеров (располагаются в цервикальном канале; не видны при осмотре в зеркалах) до значительных (выходят за пределы наружного зева; видны при осмотре в зеркалах).
- ▣ **Клинических проявления ПШМ не имеют.**
- ▣ Крайне редко могут быть контактные выделения из половых путей.

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

В зависимости от соотношения фиброзной и железистой ткани в полипе различают:

- - железистые;
- - железисто-фиброзные;
- - фиброзные.

В зависимости от покровного эпителия, полипы делят:

- - эпителиальный полип (покрыт МПЭ);
- - железистый полип (покрыт цилиндрическим эпителием);
- - МПЭ с зонами трансформации (смешанный или эпидермизирующий полип).

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Кольпоскопическая картина:

- - сочетание изменений, характерных для эктопии и для зоны трансформации;
- - ЦЭ определяется в виде сосочков;
- - зона трансформации при применении раствора Люголя представляет собой йод-негативный участок.

ПОЛИПЫ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

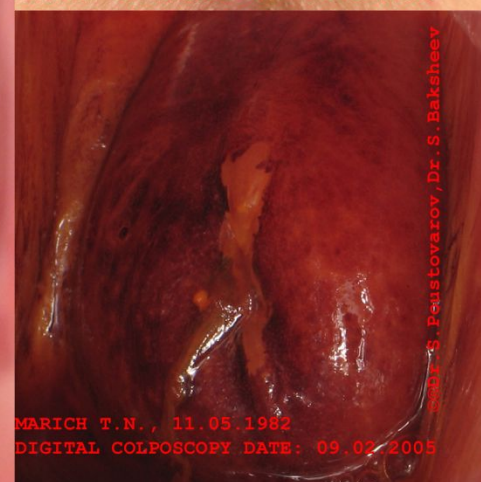
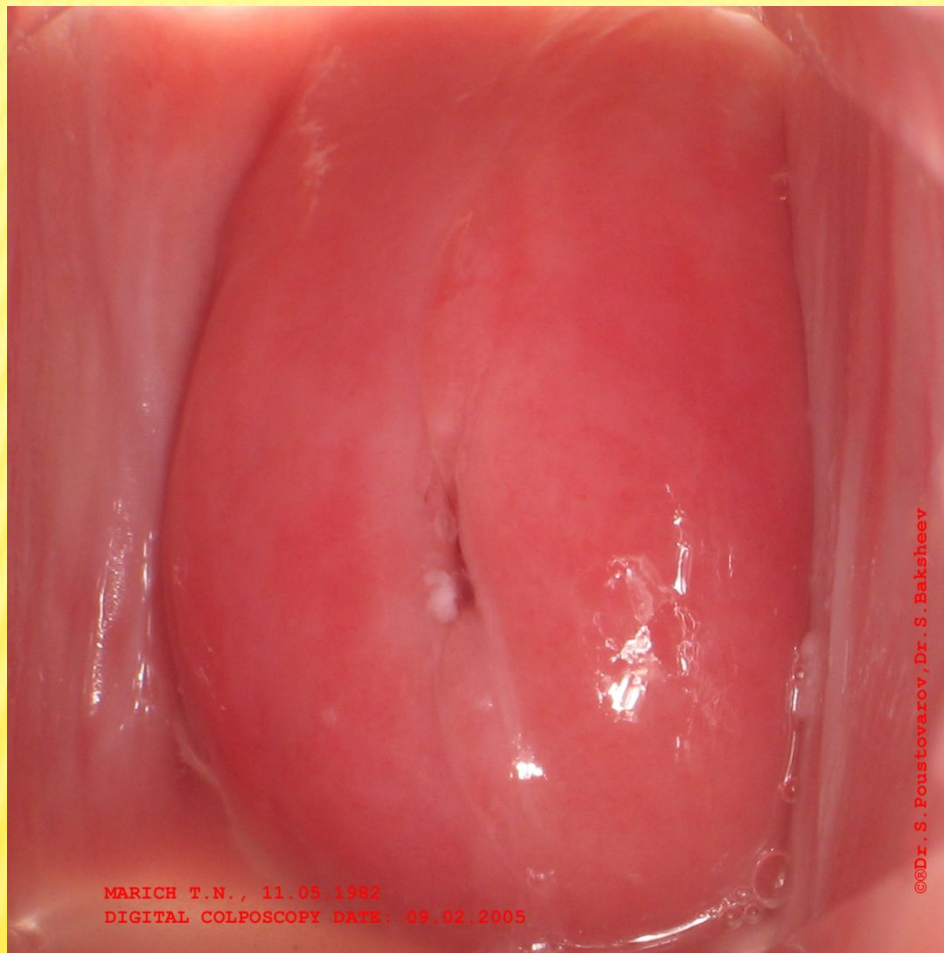
- **При диагностике полипа шейки матки – обязательно проведение отдельного (фракционного) выскабливания цервикального канала и полости матки.**
- **На современном этапе эталоном является проведение гистероскопии с последующим прицельным удалением полипа путём удаления ножки полипа, фракционным выскабливанием полости матки.**
- Для профилактики рецидивов целесообразно использование электро-, крио- или лазерного воздействия на зону ножки полипа.
- **При выявлении гиперпластических процессов эндометрия при гистологическом исследовании показано назначение гормональных препаратов (см. Медикаментозная терапия ДМК репродуктивного возраста и Медикаментозная терапия ЛМ матки).**

ПАПИЛЛОМА ШЕЙКИ МАТКИ

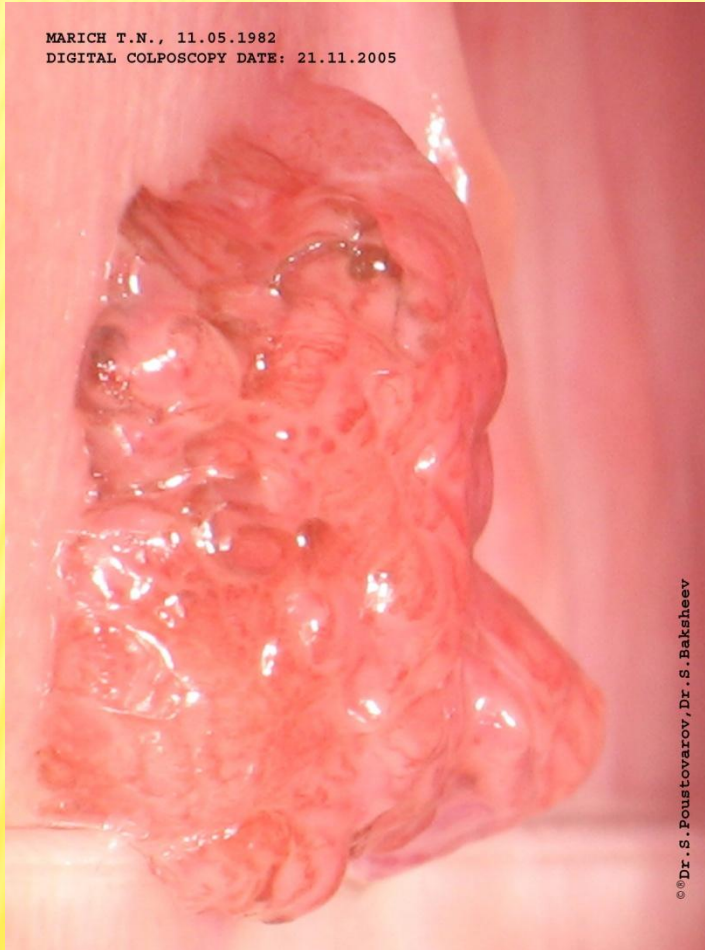
Папиллома шейки матки

- ▣ **Определение:** Папиллома – разрастание стромы и МПЭ с гиперкератозом (ороговением).
- ▣ Папиллома встречается редко.
- ▣ **Этиология:** основной этиологический фактор – вирусная инфекция (папилломовирусная и герпесвирусная инфекция; др.) и ИППП (хламидийная инфекция, др.).
- ▣ **Макроскопически:** образование определяется бело-розовой складкой над неизменённой слизистой; в сторму папилломы вырастают сосуды, образуя сосудистую ножку.
- ▣ **Колькоскопическая картина:** определяются разрастания, состоящие из сосочков, в которых расположены кровеносные сосуды (в отличие от рака, где сосуды расположены хаотично). На обработку 3% уксусной кислотой сосуды реагируют спазмом. Проба с раствором Люголя – йоднегативна.

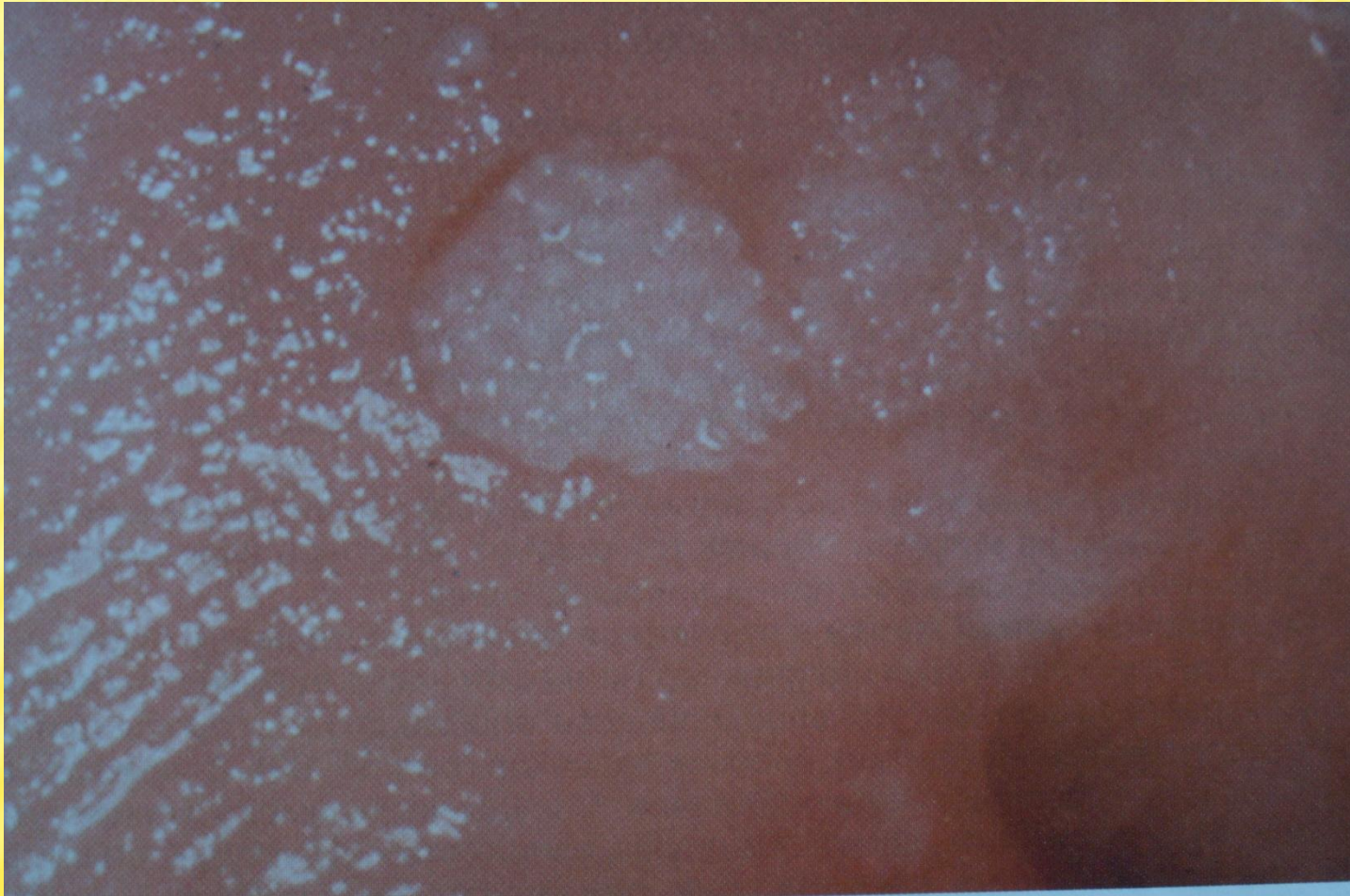
ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ И АНУСА



ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ И АНУСА



ПАПИЛЛОМА ШЕЙКИ МАТКИ



ПАПИЛЛОМА ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Лечебная тактика.

- При папилломе шейки матки может быть выбрано консервативное и хирургическое лечение.
- Герпетическая инфекция. Острый период требует назначения системных противовирусных препаратов (ацикловир, зовиракс, валтрекс, фамвир); иммуномодуляторов (противогерпетического иммуноглобулина, интерферонов, индукторов интерферонов, др.); витаминотерапии. Профилактика рецидивов: проводится 2-3 раза в год с применением антигерпетической вакцины (внутрикожно). Местное лечение в острый период заключается в применении противовирусных мазей в виде аппликаций на шейку матки (оксалиновая, Бонафтоновая, ацикловировая, др.); применение вагинально различного рода иммуномодуляторов (интерферонов и их индукторов) в виде свечей, растворов, тампонов, др.
- В период ремиссии, при необходимости, проводится хирургическое лечение, крио- и лазеротерапия.

ПАПИЛЛОМА ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Лечение папилломовирусной инфекции также проводится в зависимости от её стадии и формы заболевания.
- **Латентная форма папилломовирусной инфекции (ПВИ) – лечение не требуется.**
- **ПВИ шейки матки (в том числе, остроконечные кондиломы, плоские кондиломы) – хирургическое лечение.**
- **В комплексной терапии используют локальные иммуномодуляторы** (свечи и крем «виферон» в течение 10 дней, др.) пероральный приём витаминов, особенно группы В; приём антиоксидантов. Послеоперационная профилактика рецидивов: применение 5-фторурациловой вагинальной мази 2 раза в неделю в течение 6 месяцев. В комплексе противорецидивного лечения рекомендуется системная иммуномодулирующая терапия: человеческий лейкоцитарный интерферон по 500 тыс. ЕД 1-2 раза в неделю на протяжении 10 недель; ряд других иммуномодуляторов (длительность и доза указаны в аннотации к препарату).
- **При сочетании ПВИ с ИППП лечение проводят в 2 этапа:**
 - 1-й этап – лечение ИППП с помощью антибактериальной терапии и иммуномодуляторов;
 - 2-й этап – хирургическое лечение.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

ЛЕЙКОПЛАКИЯ

- ▣ **Определение:** изменение МПЭ с потерей функции гликогенообразования и гиперкератозом (ороговением).
- ▣ **Макроскопически:** белесоватая бляшка или белые плёнки с чёткими контурами. Размеры и степень ороговения могут быть незначительными, что затрудняет обнаружение лейкоплакии при рутинном визуальном осмотре в зеркалах.
- ▣ **Гистологически:** пролиферация клеток МПЭ; утолщение эпителия за счёт увеличения клеток промежуточного слоя; наличие акантоза и паракератоза (ороговения) эпителия; лимфоцитарной инфильтрацией стромы.
- ▣ **Клинически:** жалобы отсутствуют.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Диагностика лейкоплакии проводится кольпоскопически, с цитологическим исследованием и прицельной биопсией патологического участка.**
- При кольпоскопии уточняется размер бляшек и их характеристика.
- **Различают два кольпоскопических варианта лейкоплакии:**
 - Простая лейкоплакия (синонимы: «нежная», «не подозрительная на рак»);
 - Грубая лейкоплакия (синонимы: «чешуйчатая», «подозрительная на рак»).
- Под воздействием 3% раствора уксусной кислоты лейкоплакия не изменяется, а при применении раствора Люголя – йод-негативна.
- **Лейкоплакия шейки матки полиэтиологическое заболевание.** У пациенток с ЛП частота обнаружения начальных форм малигнизации достигает 30%. Данное суждение поддерживается не всеми учёными.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

□ Важно запомнить:

ЛП требует тщательного диспансерного наблюдения и адекватного лечения.

- Обследование пациенток с ЛП должно включать бактериологические, гормональные, иммунологические, цитологические и гистологические методы.

ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

- **При дисплазии легкой степени:**
 - рекомендуется диспансерное наблюдение с периодичностью 1 раз в 6 месяцев с обязательным цитологическим и кольпоскопическим контролем;
 - необходимо провести максимально полный объём клинико-лабораторных методов диагностики для установления возможных этиопатогенетических факторов;
 - целесообразно провести полноценное комплексное длительное местное и/системное противовоспалительное лечение, включая иммуностропную терапию.
- **В случае выявления дисплазии тяжелой степени необходимо проведение оперативного лечения с обязательным гистологическим исследованием удаленного участка шейки матки.**

ЭРИТРОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

ЭРИТРОПЛАКИЯ

- ▣ **Определение:** участок экзоцервикса с истончением поверхностного слоя и возможной гиперплазией нижних слоёв МПЭ.
- ▣ **Макроскопически:** эритроплакия имеет красноватый или розоватый цвет; йод-негативна; может быть одиночной или множественной.
- ▣ **Клиническая картина и лечебная тактика аналогична лейкоплакии.**

ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ

ЭКТРОПИОН

- ▣ **Определение:** выворот слизистой оболочки цервикального канала.
- ▣ **Этиологические факторы:** невосстановленный разрыв шейки матки после родов или аборта.
- ▣ **Этропион** может сочетаться с другими патологическими процессами шейки матки.
- ▣ **Лечение эктропиона **всегда оперативное.****
- ▣ При планировании родов в дальнейшем – поверхностная диатермоконизацию и криодеструкцию;
- ▣ При завершении репродуктивной функции – диатермоэлектроконизация или конусовидную ампутацию шейки матки.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Используются следующие методы:

- - осмотр шейки матки в зеркалах;
- - расширенная кольпоскопия;
- - цитологическое исследование мазка с экзо- и эндоцервикса;
- - прицельная биопсия шейки матки;
- - бактериоскопическое исследование;
- - бактериологическое исследование;
- - исследование на ИППП (методы ИФА, ПЦР) (выявление хламидий, микоплазм, уреаплазм, вирусов (ВПЧ-16,18; вируса простого герпеса 2-го типа);
- - исследование гормональной функции яичников (кольпоцитология; гормональное обследование);
- - исследование иммунного статуса.

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Примечание.

- При наличии воспалительного процесса во влагалище и шейке матки цитологическое исследование следует проводить после его ликвидации.
- Частота выполнения цитологического исследования как метода скрининга рака шейки матки до настоящего времени в мире не определена.
- В Украине – 1 раз в год.
- Мировая практика показывает колебания в кратности проведения профилактических цитологических осмотров от 1 года до 3-х лет.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

- Выяснение причины возникновения доброкачественной патологии шейки матки.
- Принятие решения о проведении лечебных мероприятий или диспансерного наблюдения за пациенткой.
- Решение вопроса методе лечения пациентки:
 - консервативное медикаментозное лечение;
 - местное лечение с использованием физических факторов;
 - хирургическое лечение.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

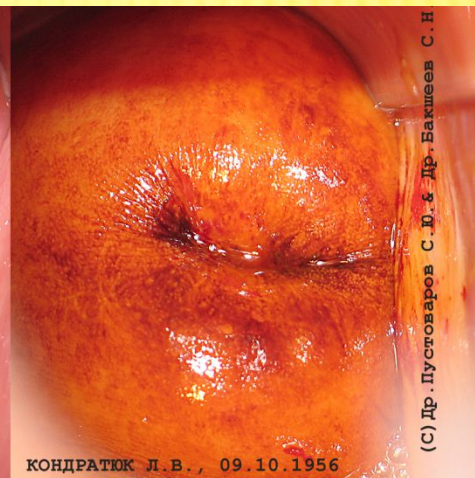
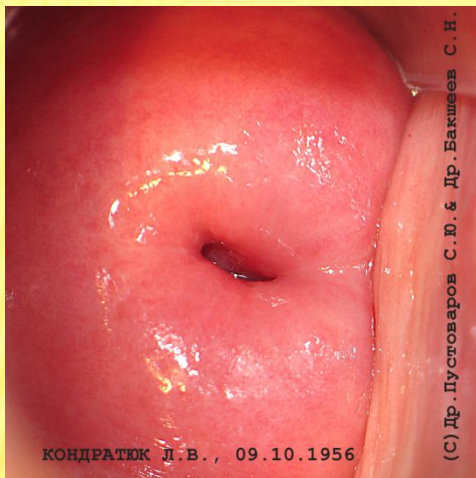
Методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки:

- консервативное медикаментозное лечение;
- оперативное лечение.

Консервативное медикаментозное лечение:

- направлено на ликвидацию инфекционных агентов и воспалительного процесса;
- коррекцию гормональной недостаточности яичников;
- нарушений иммунитета.

КОЛЬПОСКОПИЯ: ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ



ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Оперативное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки:

- **Диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК)** – электрокоагуляция экзоцервикса путём прикладывания электрода к патологическому участку, что вызывает термическое расплавление тканей.
 - В нашей стране ДЭК широко применяли для лечения эктопий и лейкоплакий.
 - В настоящее время установлено, что ДЭК обладает косметическим эффектом, при этом не устраняя патологических процессов в более глубоких слоях шейки матки.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Криодеструкция** – воздействие на экзоцервикс жидким азотом или закисью азота, что сопровождается образованием зоны крионекроза.
- **Преимущества:**
 - не повреждает окружающие ткани;
 - не вызывает кровотечения;
 - не вызывает стенозов;
 - не вызывает образования рубцов и очагов эндометриоза;
 - является безболезненным;
 - приводит к быстрому заживлению;
 - имеет низкое число рецидивов.
- **Недостатки метода:** невозможность гистологического исследования удаляемых тканей из-за их полного повреждения; недостаточная эффективность при рубцовых деформациях и эктропионах.
- **Показания к использованию криодеструкции:** эктопии; лейкоплакии; эритроплакии; папилломах; дисплазиях шейки матки.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Лазерная коагуляция** – воздействие лазерным лучом мощностью 2-6 Вт, что приводит к коагуляционному некрозу ткани.
Преимущества: практически не даёт рецидивов; обеспечивает быстрое заживление.
- **Хирургические методы:** представляют различные модификации конусовидных ампутаций шейки матки.
 - **Показания к их применению:** эктопии на фоне гипертрофии шейки матки или рубцовой деформации.
 - Данные операции можно выполнить с помощью скальпеля, воздействуя СО₂-лазером (лазервапоризация) или гелий-неоновым лазером (лазероконизация). **Эффективность использования лазеров** – практически 100%. **Недостатки использования лазеров:** высокая стоимость; невозможность гистологического исследования удалённого материала.

ЛАЗЕРОДЕСТРУКЦИЯ КОНДИЛОМАТОЗНЫХ РАЗРАСТАНИЙ НА ШЕЙКЕ МАТКИ



**Граница между
тканями до
проведения
лазеродеструкции**



**Состояние сразу
после
лазеродеструкции**



**Через 3 месяца
после
лазеродеструкции**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Методики, использующие вещества, которые вызывают химический ожог МПЭ.

- Недостатки местных воздействий:
 - длительность процедуры;
 - необходимость многократного повторения процедуры во время курса терапии;
 - трудоёмкость;
 - осложнения в виде ожога интактной слизистой влагалища и МПЭ шейки матки;
 - низкая эффективность; высокая частота рецидивов.
- **Применение местных препаратов для химической коагуляции – на современном этапе редкое явление.**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- В современных условиях может использоваться **препарат «Солковагин»**, который обладает рядом преимуществ, по сравнению с другими препаратами **для местной химической коагуляции**, а именно:
 - - избирательное коагулирующее действие на цилиндрический эпителий, не влияя на МПЭ;
 - - при однократной недлительной аппликации глубина проникновения препарата составляет 2,0-2,5 мм, что в большинстве случаев обеспечивает стойкий положительный эффект и при контрольной кольпоскопии через 14 дней определяется эпителизация новым МПЭ. При сохранении на отдельных участках цилиндрического эпителия требуется повторное воздействие «солковагином» через 2-4 недели.
 - - альтернативная схема лечения «солковагином»: сразу после первой обработки патологической зоны выдерживается пауза в 2-4 мин и производится повторная обработка «солковагином», что способствует проникновению химического ожога на большую глубину и снижает частоту повторного использования препарата через 2-4 недели.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

- **Диспансеризация: профилактический осмотр 1 раз в год с цитологическим исследованием.**
- **При выявлении патологических изменений при цитологическом исследовании** – проведение кольпоскопии с последующей биопсией патологических участков и гистологическим исследованием удалённых образцов тканей.
- **При выявлении визуальных изменений шейки матки проведение кольпоскопии обязательно даже при отсутствии патологических изменений при цитологическом исследовании.**

ПРОФИЛАКТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

- профилактика ИППП,
- воспалительных заболеваний женских половых органов;
- лечение нарушений менструального цикла;
- профилактика родового травматизма;
- анатомическое восстановление травматических повреждений после родов или абортов.

