

## ▣ *Лейомиома* —

*гормональнозависимая  
доброкачественная опухоль  
миометрия, развивающаяся  
из клетки-прародительницы, в  
которой произошла  
первоначальная мутация*

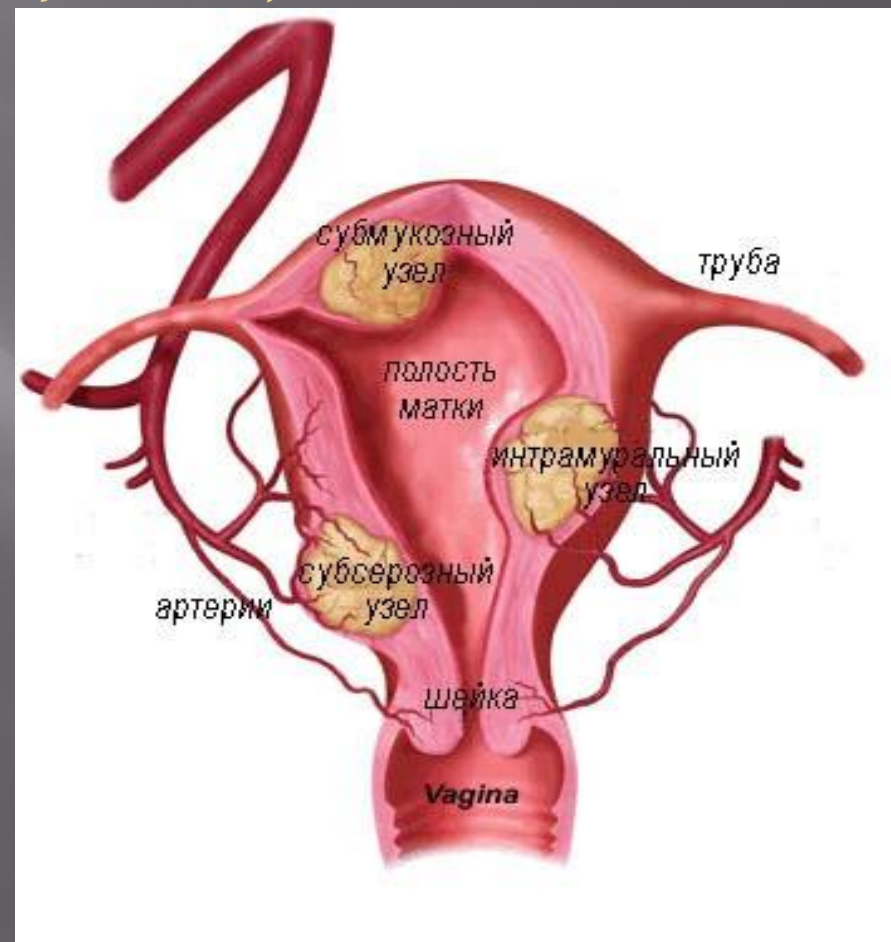


# Клинико-ультразвуковая классификация лейомиомы матки (D.Wildemeersch, E. Schacht, 2002)

- **Тип I** – один или множественные мелкие интрамуральные узлы или субсерозные узлы (меньше 3 см). Отсутствие субмукозных узлов
- **Тип II** – один или множественные интрамуральные или субмукозные узлы (3-6 см). Отсутствие субмукозных узлов.
- **Тип III** – один или множественные интрамуральные или субмукозные узлы (больше 6 см). Отсутствие субмукозных узлов.
- **Тип IV** – один или множественные интрамуральные или субсерозные узлы. Подозрение или наличие подтвержденного субмукозного узла.

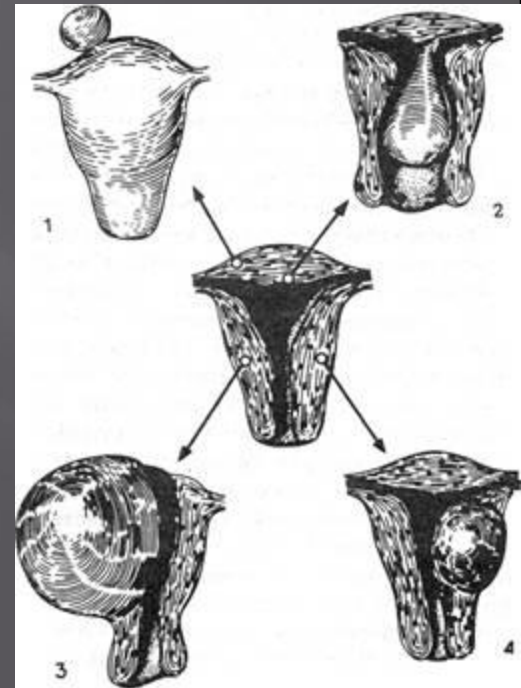
# Классификация лейомиомы матки по локализации узлов (Г.Б.Безнощенко, 2001)

- ▣ Межмышечные (интрамуральные) 26-27%
- ▣ Подбрюшинные (субсерозные) 30%
- ▣ Подслизистые (субмукозные) 24-25%



# Возможный рост узла

- Центрипетальный (внутри)
- Экспансивный (расслоение тканей)
- Эксцентричный (внешний, наружный)
- Интралигаментарный (между листками широкой связки)



# Гистологическая классификация

- Простые лейомиомы
- Проллиферирующие
- Предсаркомы



- Лейомиома (из гладкомышечных клеток)
- Рабдомиома (из поперечно-полосатой мышечной ткани)
- Фибромиома (содержит значительное количество соединительной ткани)
- Может сочетаться с эндометриозом матки

# Выделяют атипичные формы лейомиомы по локализации:

- Позадишеечная
- Перешеечная
- Внебрюшинная
- Надбрюшинная
- Парацервикальная
- Межсвязочная



# Клиника

- ▣ В 10-30% случаев лейомиома имеет бессимптомное течение заболевания
- ▣ 20 – 50% женщин предъявляют жалобы, что следует рассматривать как проявления осложнений

# Тазовые боли, тяжесть внизу живота

## Виды патологии:

- некроз узла
- инфаркт
- перекрут ножки узла

## развивается картина «острого живота»

- резкие боли внизу живота
- боли в пояснице
- признаки раздражения брюшины (рвота, нарушения функции мочевого пузыря и прямой кишки), лейкоцитоз, ускорение СОЭ, гипертермия



- **Учащение мочеиспускания**
- **Нарушения функции смежных органов при субсерозной локализации миом в зависимости от их расположения (мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки)**
- **Другие симптомы в результате сдавления смежных органов (варикозное расширение вен, отеки, геморрагические инфаркты, некроз узла), что сопровождается болевым синдромом, повышением температуры тела.**





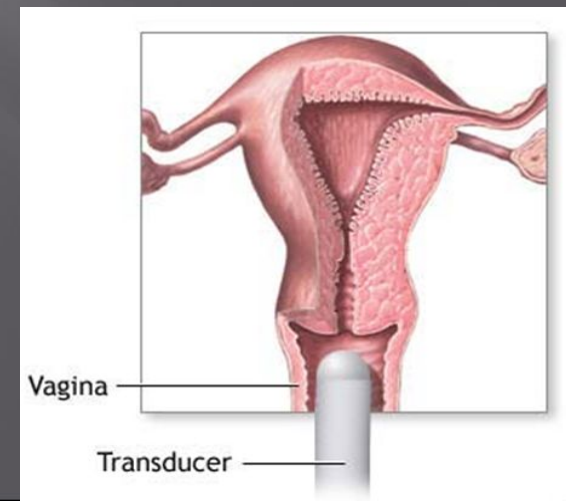
- ▣ **Маточные кровотечения по типу метро- или менорагии с развитием анемии – одно из наиболее частых осложнений лейомиомы**

# Причины маточных кровотечений

- ▣ Увеличение полости и площади эндометрия
- ▣ Нарушение сократительной активности миометрия
- ▣ Неравномерность морфофункциональных изменений эндометрия и нарушение процесса его размещения, что ведет к нарушению функции яичников
- ▣ Межмышечная локализация узлов

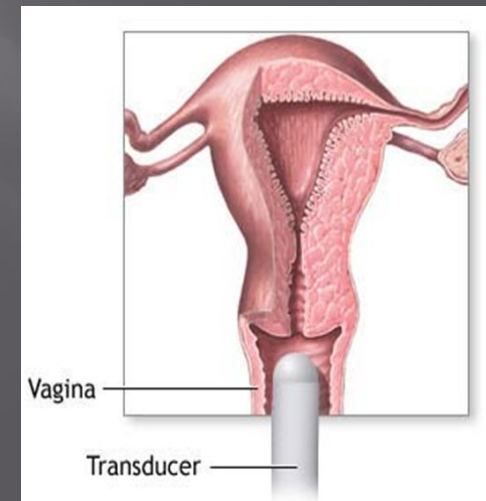
# Диагностика лейомиомы

- Сбор анамнеза
- Бимануальное обследование
- Ультразвуковое исследование с использованием трансвагинального датчика
- МРТ (при необходимости)



# Диагностика лейомиомы

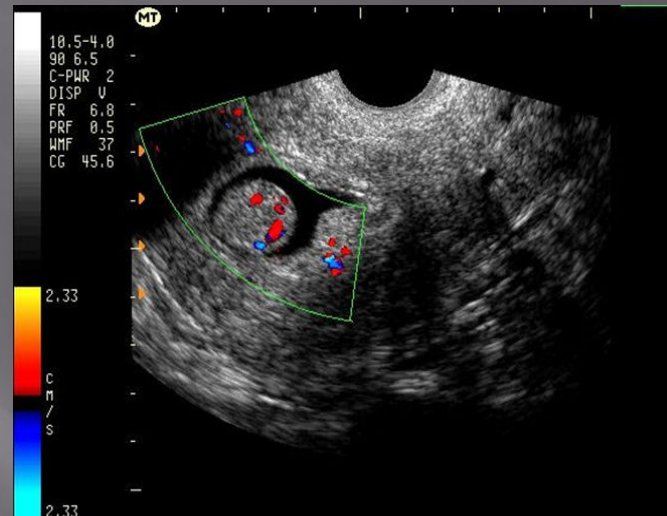
- Основным методом скрининга и мониторинга состояния эндометрия является ультразвуковое исследование с использованием трансвагинального датчика



# Диагностика лейомиомы при помощи УЗИ

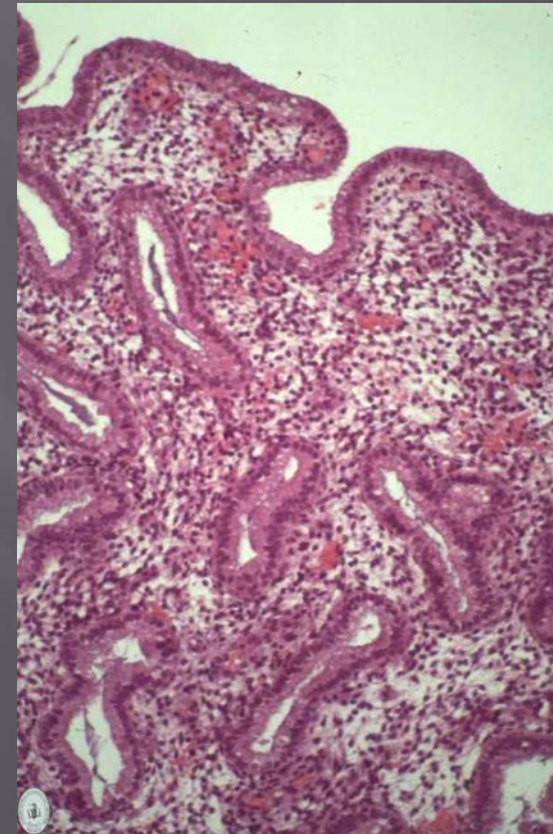
## Определяют:

- структуру эндометрия
- рельеф полости матки
- кровоток
- наличие сопутствующей патологии эндометрия
- анатомические особенности придатков матки



# Диагностика лейомиомы

- Гистологическое исследование соскоба из цервикального канала и полости матки (раздельное выскабливание)

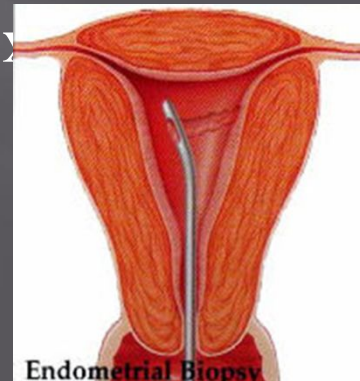


# Диагностика лейомиомы

## Аспирационная биопсия эндометрия

□ Проводится с помощью Pipelle и рекомендуется для мониторинга состояния эндометрия при проведении гормонотерапии

□ Использование аспирационной биопсии на этапе скринингового обследования не рекомендуется в связи с несовпадением результатов гистологического исследования образцов эндометрия, полученных при кюретаже, в 18-42% случаев





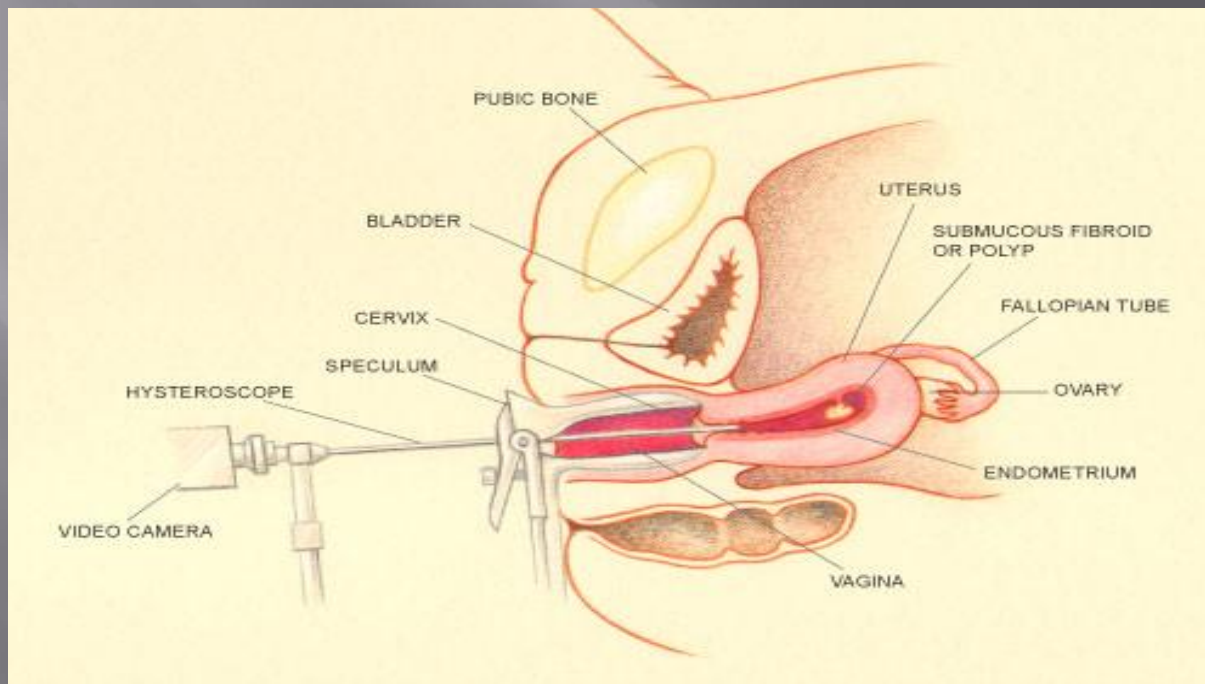
# Лечение лейомиомы – три подхода

- Медикаментозное
- Хирургическое
  - А. органосохраняющие операции (абдоминальная, лапароскопическая миомэктомия)
  - Б. радикальные операции (гистерэктомия, )
- Малоинвазивные органосохраняющие методы
  - Эмболизация маточных артерий (ЭМА)
  - Миолиз различными источниками энергии



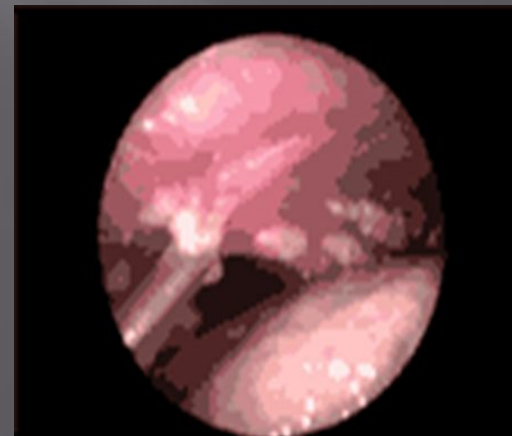
# Диагностика лейомиомы (Техника гистероскопии)

Диагностическая возможность выскабливания полости матки значительно расширяется при использовании гистероскопии



# Гистероскопия позволяет

- визуализировать патологические изменения эндометрия и определять их особенности и локализацию
- выполнять внутриматочные операции с использованием электро- и лазерной хирургии

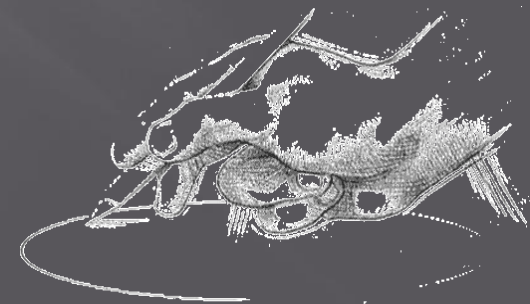


# Показания к консервативной терапии лейомиомы матки

- ▣ Желание больной сохранить репродуктивную функцию
- ▣ Клинически малосимптомное течение заболевания
- ▣ Размеры матки не превышают 12 недельный срок беременности
- ▣ Интерстициальное или субсерозное (на широком основании) расположение узла.
- ▣ Миома, которая сопровождается экстрагенитальными заболеваниями с высоким анестезиологическим и хирургическим риском.
- ▣ Консервативное лечение как подготовительный этап к операции или как реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной  
МИОМЭКТОМИИ

# Показания к хирургическому лечению

- ▣ Симптомная лейомиома
- ▣ Величина лейомиомы 13 – 14 недель и больше
- ▣ Наличие субмукозного узла
- ▣ Подозрение на нарушение питания узла
- ▣ Наличие субсерозного миоматозного узла на ножке
- ▣ Быстрый рост (на 4 – 5 недель за год и более) или резистентность к терапии аналогами Гн-РГ
- ▣ Лейомиома в сочетании с предопухоловой патологией эндометрия или яичников
- ▣ Бесплодие вследствие лейомиомы
- ▣ Наличие сопутствующей патологии придатков.



# Показания к комбинированной терапии миомы

- ▣ Заинтересованность женщины в сохранении матки и репродуктивной функции
- ▣ Миома с большим количеством узлов
- ▣ Миома с узлом размером более 5 см

# Этапы комбинированной терапии

- ▣ **1 этап** – 2 – 4 инъекции аГн-РГ с интервалом 28 дней
- ▣ **2 этап** – консервативная миомэктомия
- ▣ **3 этап** – третья инъекция аГн-РГ

# Преимущества хирургического лечения лейомиомы после введения аГн-РГ

- ▣ Уменьшение размеров узлов, васкуляризации и кровопотери
- ▣ Уменьшение времени операции
- ▣ Уменьшение времени нормализации функциональной массы и размеров матки после консервативной миомэктомии



# Для медикаментозной терапии лейомиомы применяются:

- ▣ Аналоги рилизинг-гормона
- ▣ Антипрогестагены (мифепристон)
- ▣ Антигонадотропины
- ▣ Прогестагены (при сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия)
- ▣ КОК
- ▣ Негормональное симптоматическое лечение

# Аналоги гонадолиберина (РГЛГ)



- ▣ Вызывают десенсибилизацию гонадотрофов аденогипофиза, блокаду секреции гонадотропинов и яичниковых гормонов, что приводит к состоянию «обратимой медикаментозной гонадэктомии» и аменорее
  
- ▣ Используются для неoadьювантного лечения (3-4 месяца, начиная с 5-го дня менструального цикла, 1 в/м инъекция 1 раз в 28-30 дней
  - трипторелин      3,75 мг в/м
  - гозерелин      3,6 мг подкожно
  - бусерелин (депо-формы) 3,75 мг в/м или
  - лейпрорелин      3,75 в/м или подкожно

# Индукторы регрессии: агонисты РГЛГ и антигонадотропины



- Могут наполовину уменьшить размер узла
- Купируют меноррагию и боли в области таза
- Угнетают маточный кровоток и повышают гемоглобин и гематокрит.
- Количество эстрогеновых и прогестероновых рецепторов не изменяется, уменьшение размеров миомы связано со снижением циркуляции половых гормонов, а не изменениями в рецепторах
- Нет влияния на апоптоз в миоме матки
- Используются в течение 6 месяцев, более длительный приём нецелесообразен из-за побочных действий.

+

**Эффект обратим !**

-

# Группы гормональных препаратов

## Агонисты ГнРГ

- Гозерелин  
(3,6 мг подкожно 1 раз в 28 дней)
- Бусерелин  
(3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней)
- Бусерелин  
(спрей назальный 900 мкг в день ежедневно)

# Недостатки аналогов гонадолиберина

- ▣ Снижение минеральной плотности костной ткани (через 6 мес)
- ▣ Климактерические симптомы
- ▣ Не дают стойкого контрацептивного эффекта

# Группы гормональных препаратов

## Гестагены

- Дидрогестерон
  - (только при неатипичной гиперплазии в репродуктивном возрасте)
- Медроксипрогестерона ацетат
- Гестонорон капроат

# Недостатки гестагенов при пероральном введении

- ▣ **Вздутие живота**
- ▣ **Увеличение массы тела**
- ▣ **Боль в молочной железе**
- ▣ **Отеки**

# Группы гормональных препаратов

## Антагонисты ГЛ

- Оргалутран
- 0,25 мг п/к со 2-го дня м. цикла ежедневно 28 дней

- Действует немедленно непосредственно конкурентно блокирует рецепторы ГнРГ ↓ ЛГ и ↓ ФСГ

- Преимущества:
  - отсутствие кровянистых выделений ч/з 7-10 дней после 1-й инъекции;
  - отсутствие с-мов эстрогенного дефицита;
  - более короткий курс лечения



# Группы гормональных препаратов

## Антагонисты прогестерона

- Мифепристон (RU-480)
- 50 мг/сут непрерывно в течение 3-х месяцев

- Механизм действия
- I типа (онапристон) – блок связывания Пр-рец с участком ДНК, отв. За синтез Пр
- II типа (мифепристон) -затруднение транскрипции после связывания комплекса Мифепристон-рецептор с ДНК -

# Классификация гиперпролиферативных процессов эндометрия (ВОЗ, 1994)



- ❖ Простая гиперплазия эндометрия
- ❖ Комплексная (аденоматозная) неатипичная гиперплазия эндометрия
- ❖ Простая атипичная гиперплазия эндометрия
- ❖ Комплексная (аденоматозная) атипичная гиперплазия эндометрия

# Контроль эффективности

- ▣ Продолжительность гормональной терапии – 6 месяцев с повторным гистологическим исследованием через 3 и 6 месяцев



# Контроль эффективности

- В случае гистологического подтверждения гиперплазии эндометрия через 3 месяца на фоне гормональной терапии - проводится коррекция лечения
- У женщин с атипичными формами гиперплазии – метод лечения согласовывается с онкогинекологом



# 4-й этап лечения



- ▣ Диспансерное наблюдение на протяжении 5 лет после эффективной гормональной терапии и
- ▣ Наблюдение 6 месяцев после оперативного лечения (УЗД органов малого таза 2 раза в год (приказ МОЗ от 28.12.2002, № 503))



**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ**