

**ФГАОУ ВПО «БФУ имени Иммануила Канта»
Министерство образования и науки РФ
Медицинский институт**

Миома матки

Пашов Александр Иванович
Заведующий кафедрой акушерства и
гинекологии
д.м.н., профессор

План презентации

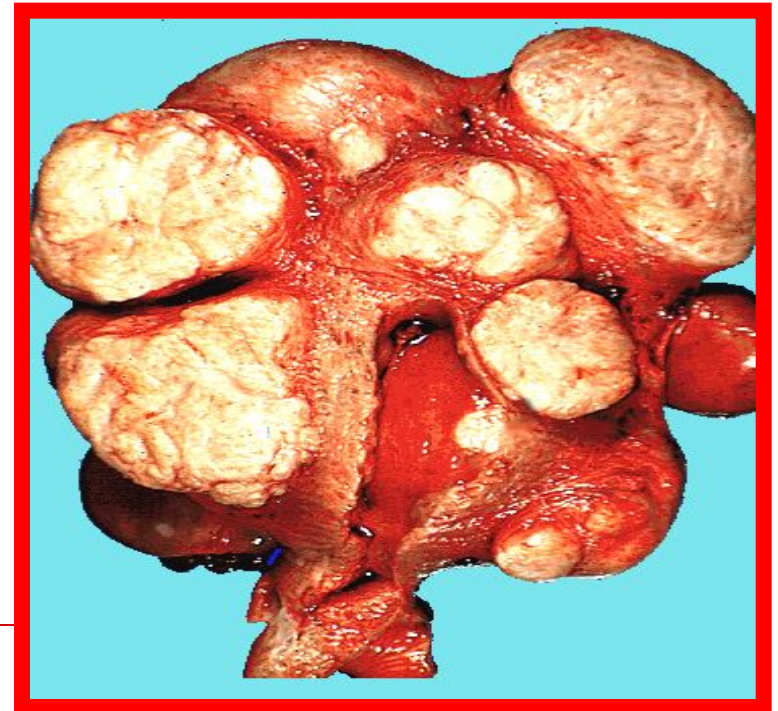
- ❑ **Определение и классификация**
 - ❑ **Этиология и патогенез**
 - ❑ **Клиника**
 - ❑ **Осложнения**
 - ❑ **Диагностика**
 - ❑ **Консервативное лечение**
 - ❑ **Оперативное лечение**
-

Определение и классификация



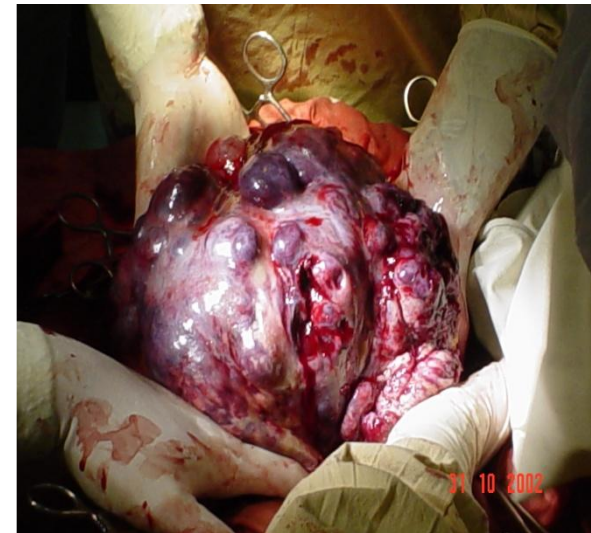
МИОМА МАТКИ

истинная доброкачественная опухоль
миометрия, моноклонального характера,
развивающаяся из миоцитов сосудистой
стенки



ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН

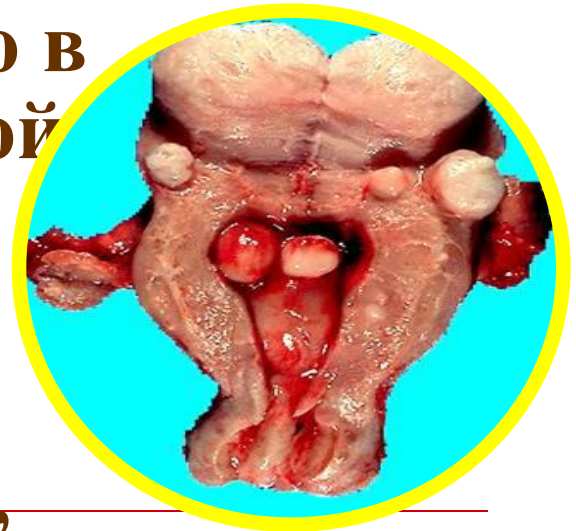
- соматические, воспалительные, нейроэндокринные заболевания;
- опухоли яичников;
- эндометриоз (аденомиоз);
- гиперплазия эндометрия;
- стрессы;
- прерывание беременности (аборты);
- повреждение микроструктуры матки и отдельных миоцитов
- соматическая мутация клеток
- нарушение репродуктивной функции (отсутствие родов, лактации)



Миома матки не возникает у здоровых женщин

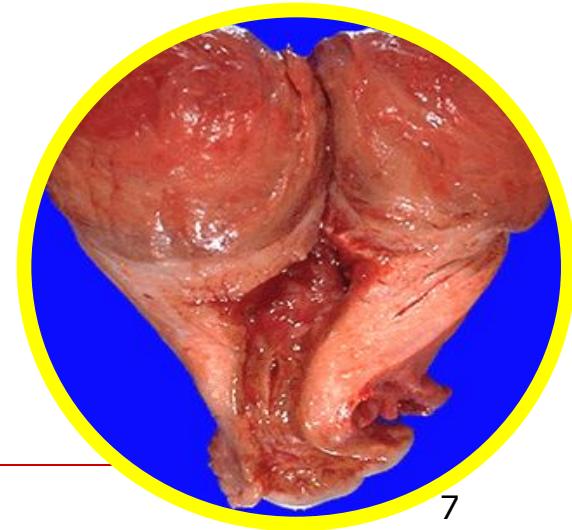
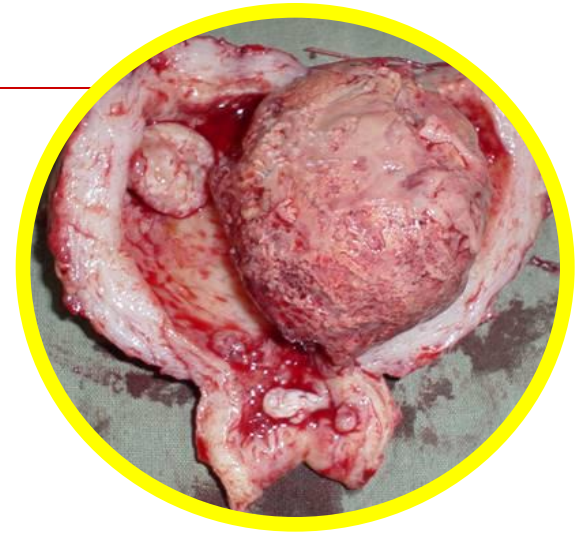
Особенности МИОМЫ МАТКИ

- Самая распространенная опухоль у женщин репродуктивного (особенно позднего – **35-44 года** и пременопаузального возраста **45-55 лет**)
- Способна к росту, регрессии и даже полному исчезновению в постменопаузе (естественной или искусственной).
- Может долго сохранять стабильные размеры или увеличиваться (медленно, быстро, очень быстро).



Особенности МИОМЫ МАТКИ

- Характеризуется многообразием клинических вариантов (симптомная – бессимптомная).
- Неоднородная по локализации, размерам, расположению, характеру роста, морфогистохимическим особенностям
- Возникновение ММ синхронно с патологией других органов и тканей (эндометриоз, гиперплазия эндометрия, дисгормональные заболевания молочных желез, щитовидной железы и коры надпочечников)



Классификации миом матки

МКБ-X 1995 г.

D 25.0. Подслизистая лейомиома

D 25.1. Интрамуральная лейомиома

D 25.2. Субсерозная лейомиома

D 25.9. Лейомиома неуточненная (первичный гинекологический осмотр)

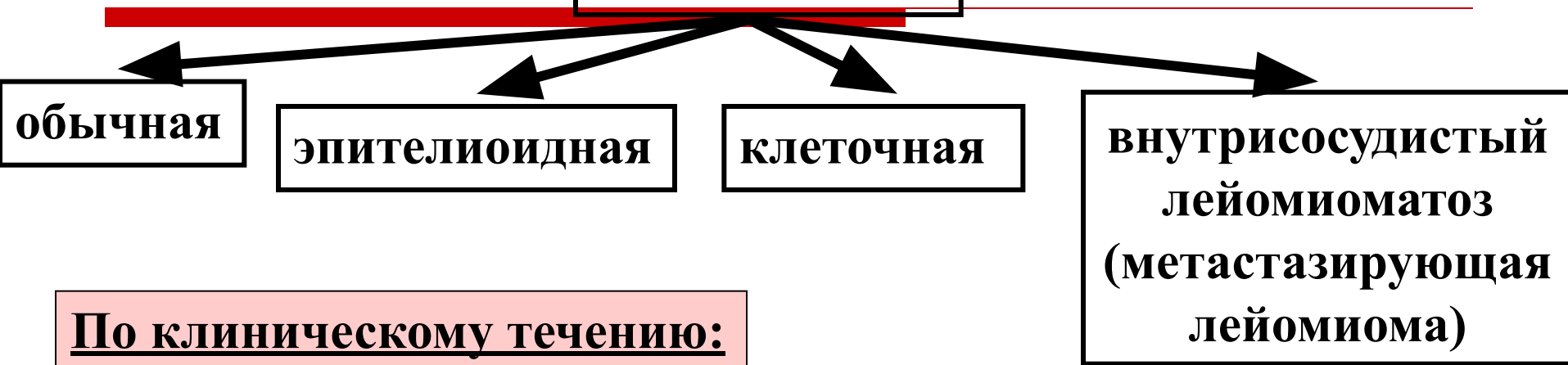
Морфологическая классификация (1993 г.)

- Лейомиома (фибромиома)
 - Клеточная лейомиома
 - «Причудливая» лейомиома
 - Лейомиобластома (эпителиоидная лейомиома)
 - «Метастазирующая лейомиома» - «интравенозный лейомиоматоз»
-

Классификация миом матки

(ВОЗ, 1997)

Лейомиома



По клиническому течению:

1. Симптомные
2. Бессимптомные

По темпам роста:

1. Медленнорастущие
2. Быстрорастущие

По гистогенезу и степени пролиферативной активности

1. Простая
2. Пролиферирующая
3. Предсаркоматозная

Клинико-морфогистохимическая классификация миомы матки

(И.С.Сидорова, С.А.Леваков, 2001).

I. Локализация:

подслизистая (выделить рождающийся подслизистый узел);
межмышечная (указать варианты: межмышечно-подбрюшинная,
центрипетальный рост узла);
подбрюшинная (указать перекрут ножки).

II. Размеры:

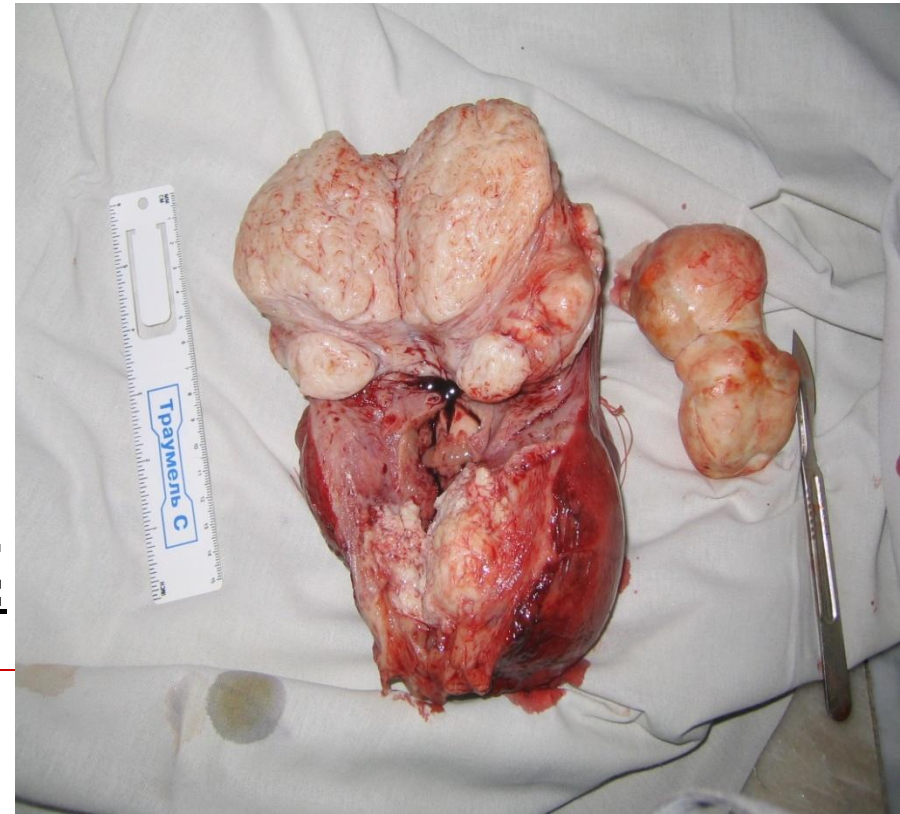
небольшие;
средние;
большие.

III. Расположение (по отношению к продольной оси матки):

дно;
тело (указать варианты:
трубный угол, ребра матки,
передняя и задняя стенка);
шейка (указать варианты:
шеечно-перешеечные узлы).

IV. Количество миоматозных узлов:

единичные (1-4);
множественные (5 и более).



V. Характер роста миоматозных узлов:
медленный;
быстрый;
скачок роста;
истинный (пролиферация);
ложный (отек, нарушение питания).

VI. Выраженность клинического проявления:

симптомная;
бессимптомная.

VII. Морфогистотип миомы:

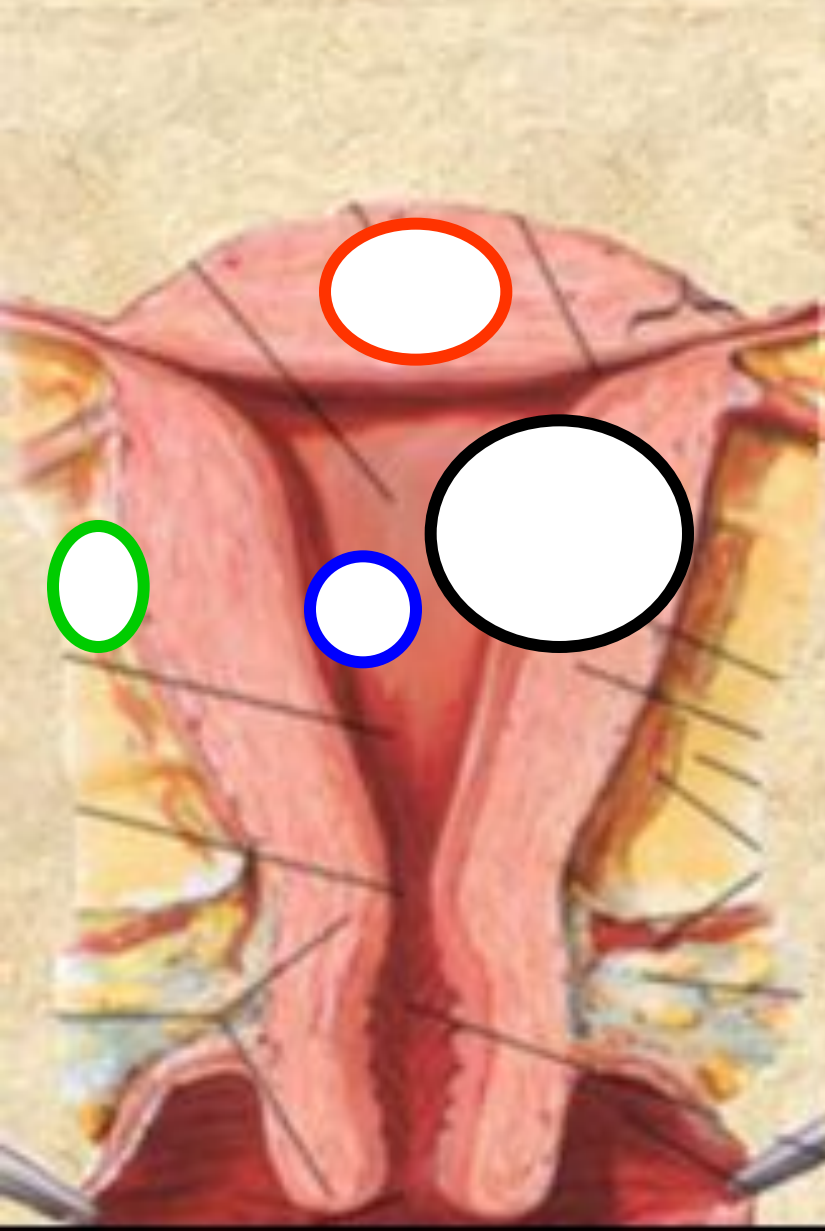
простая;
пролиферирующая;
редкие варианты (метастазирующие
интравенозный лейомиоматоз;
перитонеальная – диссеминированный перитонеальный
лейомиоматоз).

VIII. Осложнения миомы:

маточное кровотечение;
анемия;
бесплодие;
нарушение питания/кровоснабжения миоматозного узла;
некроз;
отшнуровавшийся миоматозный узел (паразитирующая миома).



По характеру роста и форме ММ:



1. в сторону брюшной полости – **субсерозные ММ** (на широком основании, на ножке);
2. в полость матки – **субмукозные**;
3. в толще миометрия – **интрамуральные (интерстициальные)**
4. редкой локализации: **шеечные, перешеечные, интралигаментарные**

Классификация миом матки

- По морфологическому строению:
 - истинные миомы матки (соотношение паренхимы и стромы $1/2$).
 - Это подслизистые (субмукозные) и межмышечные (интрамуральные) миомы матки;
 - фибромиомы матки (соотношение паренхимы и стромы $1/3$).
 - Это подбрюшинные (субсерозные) миомы матки.
-

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ



ВИДЫ МИОМ МАТКИ



ВИДЫ МИОМ МАТКИ (1)

1. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ МИОМА

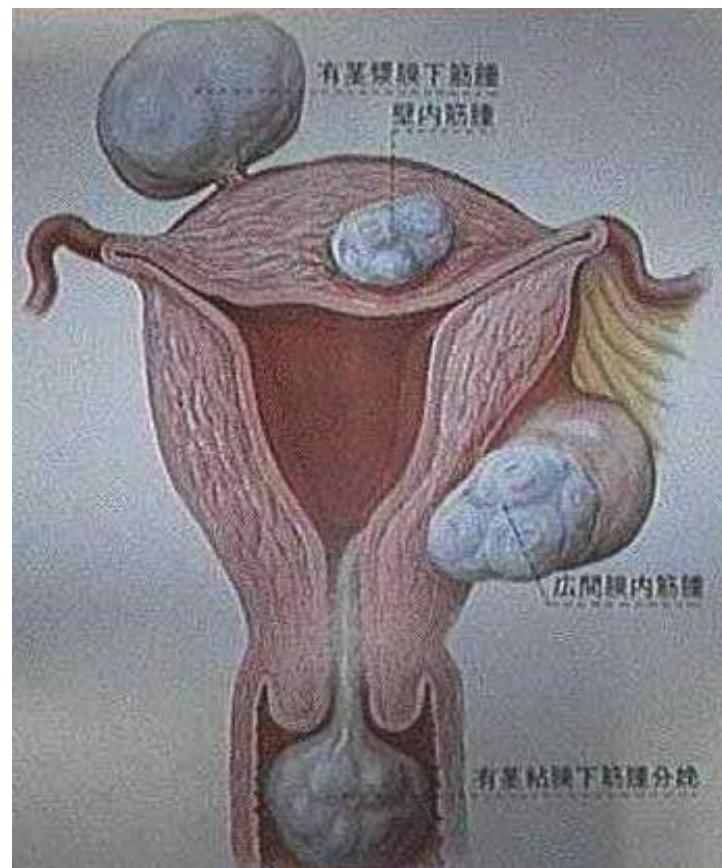
- - В ТЕЛЕ МАТКИ
- - В ШЕЙКЕ МАТКИ



ВИДЫ МИОМ МАТКИ (2)

2. СУБМУКОЗНАЯ МИОМА

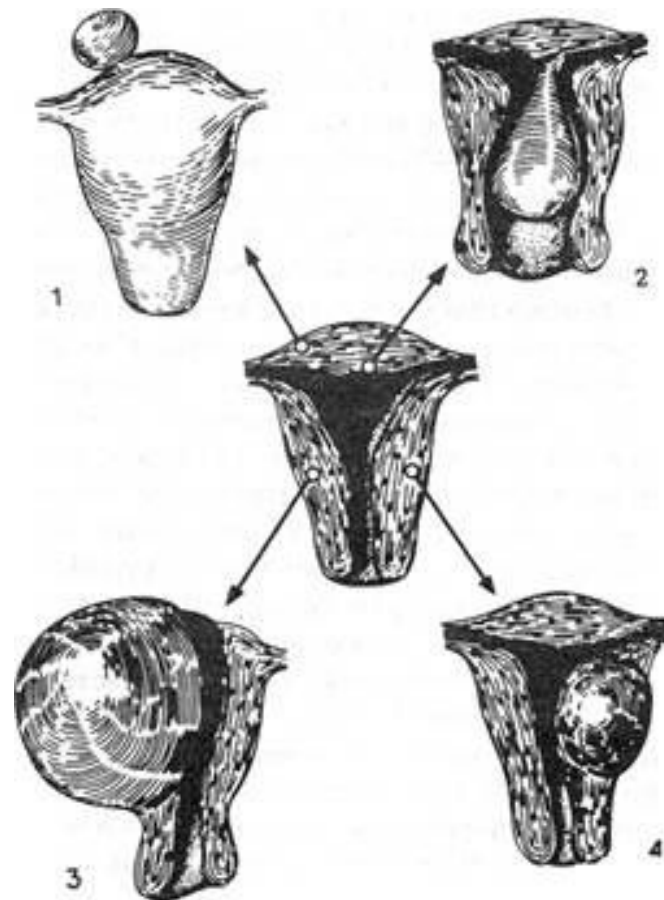
- - В ПОЛОСТИ МАТКИ
- - РОЖДАЮЩИЙСЯ УЗЕЛ
- - РОДИВШИЙСЯ УЗЕЛ



ВИДЫ МИОМ МАТКИ (3)

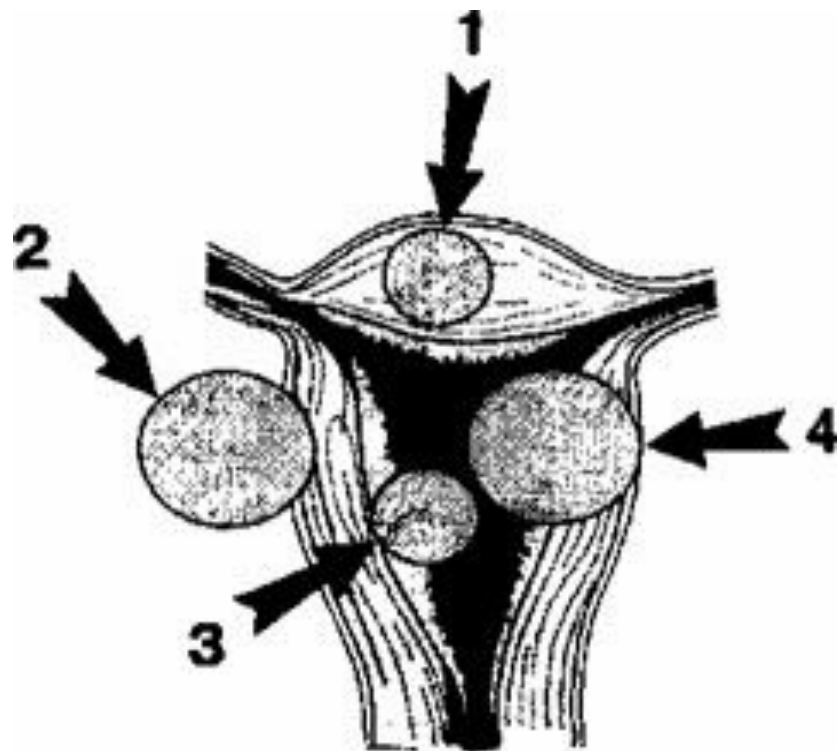
3. СУБСЕРОЗНАЯ МИОМА

- - ВНУТРИБРЮШНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ
- - ВНУТРИСВЯЗОЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ - интралигаментарное

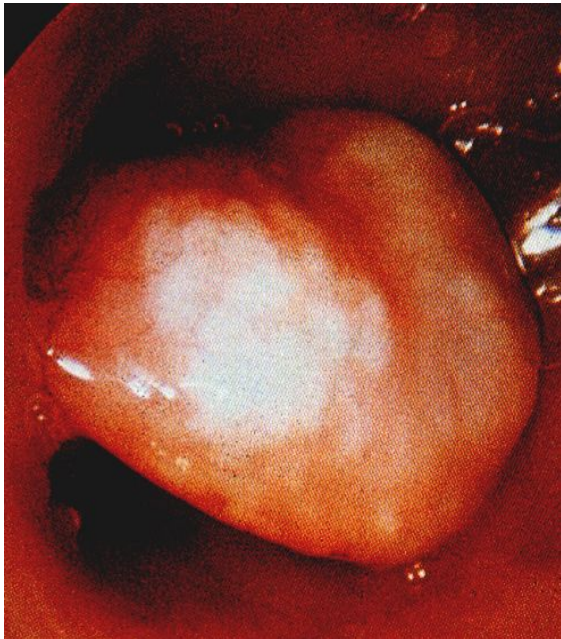
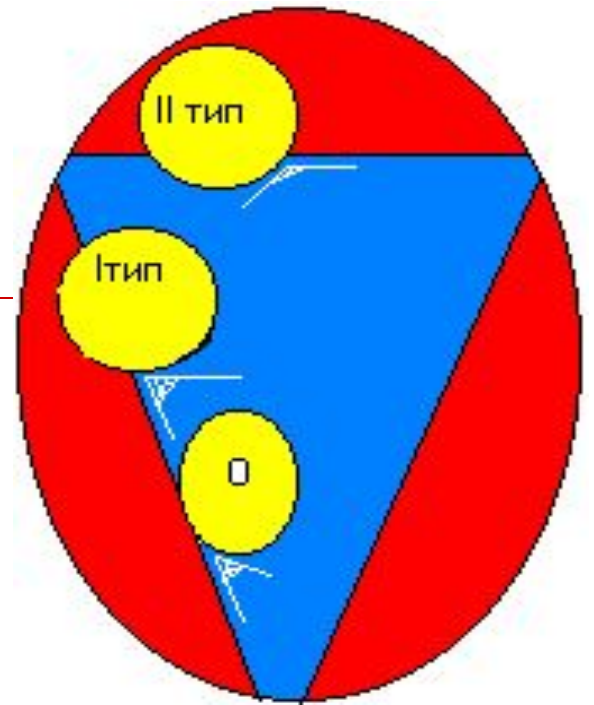


ВИДЫ МИОМ МАТКИ (4)

4. СМЕШАННАЯ ФОРМА РОСТА (МНОЖЕСТВЕННАЯ МИОМА МАТКИ)



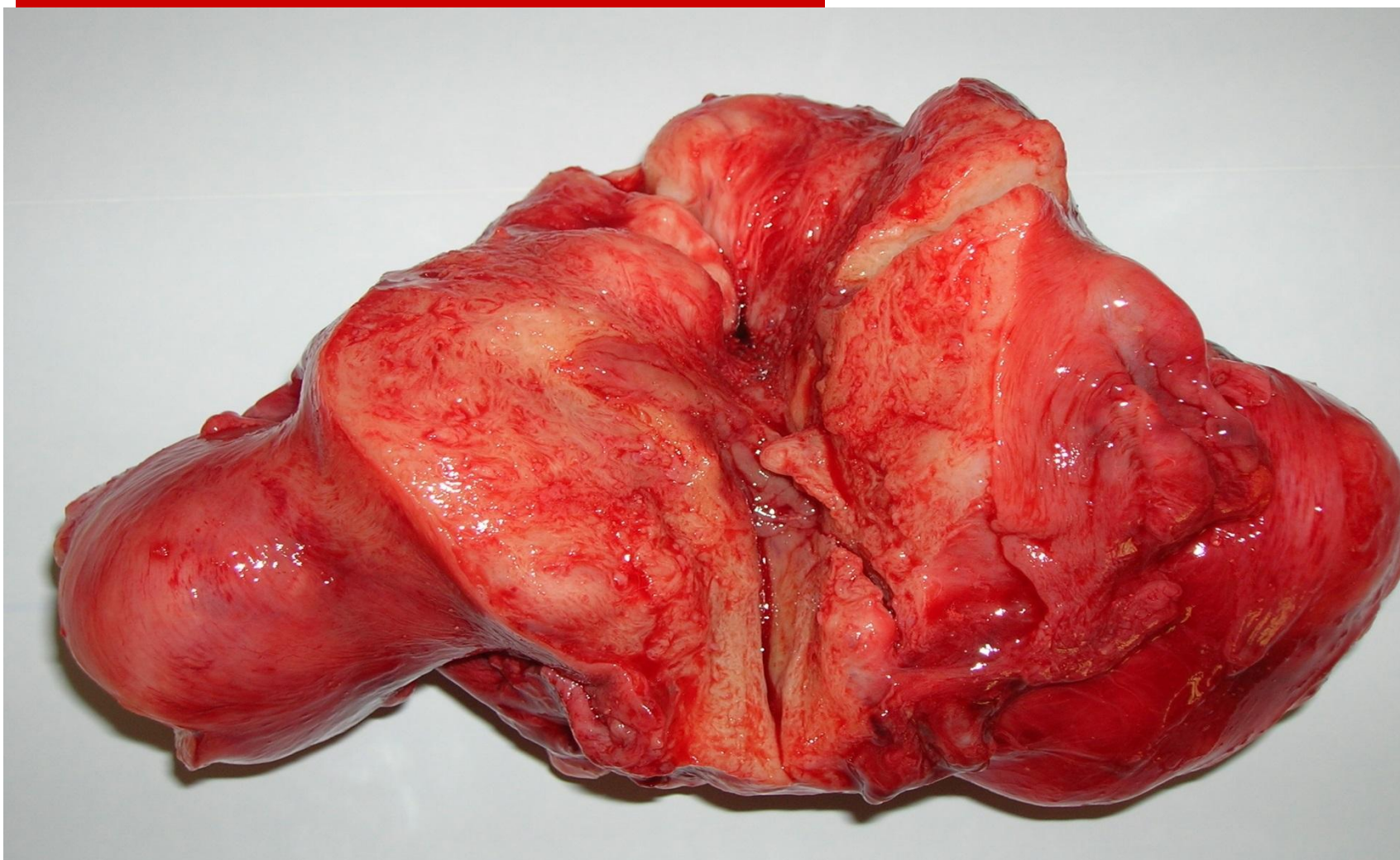
Классификация субмукозных миоматозных узлов по К. Wamsteker (1993г.)



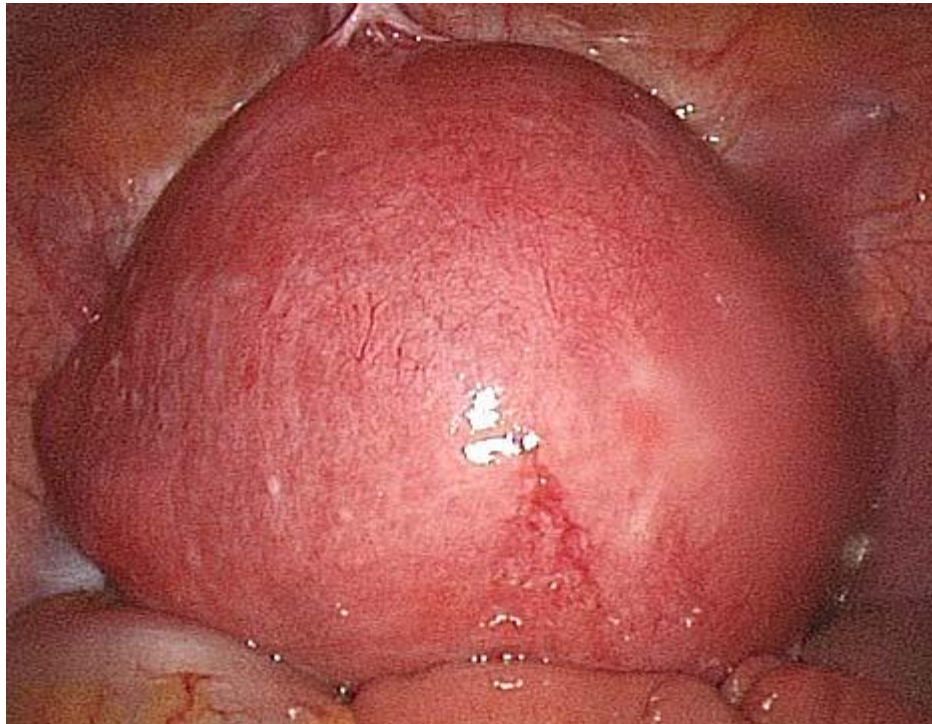
Множественная миома матки



Интерстициально-субсерозная миома матки



Этиология и патогенез



ЭТИОЛОГИЯ МИОМЫ МАТКИ

- **Генетическая теория** (из остатков мюллеровых протоков или из гладкомышечных клеток кровеносных сосудов)
 - **Инфекционная теория**
 - **Теория гормонального дисбаланса** (наличие рецепторов, чувствительных к эстрогенам, прогестерону, андрогенам)
-

ЭТИОЛОГИЯ МИОМЫ МАТКИ

- **Теория миогенной гиперплазии**
(локальная гипоксия мышечных элементов матки, возникающая под действием различных неблагоприятных факторов и особенно выраженная в зоне «дистрофических нарушений»).
 - **повышение уровней *факторов роста***
(эпидермальный фактор роста – ЭФР;
инсулино-подобный фактор роста - ИПФР1;
гепарин-связывающий эпидермальный фактор роста - ГСЭФР).
-

Патогенез и патанатомия

- По современным представлениям опухоль первично развивается межмышечно.
 - В мышце матки повышается обмен веществ, ускорены ферментативные процессы.
 - В начале образуются зоны роста (ЗР) вокруг тонкостенных сосудов.
 - Есть активные зоны роста (АЗР), где обменные процессы повышаются и малоактивные зоны роста (МЗР).
 - *АЗР – являются источником развития опухоли.*
-

ПАТОГЕНЕЗ МИОМЫ МАТКИ (1)

- образование «активной» зоны (зачатка) роста в миометрии с нарушенным метаболизмом,
 - рост опухоли без признаков дифференцировки (микроскопически определяемый узел);
 - рост опухоли с дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узел).
-

ПАТОГЕНЕЗ МИОМЫ МАТКИ (2)

- изменение регионарной гемодинамики (нарушение венозного оттока, увеличение калибра маточных артерий и вен),
 - нарушения водно-электролитного баланса, белкового равновесия, иммунологического статуса, обмена железа,
 - Гиповолемия.
-

Морфогенез ММ

- **Макроскопически** опухоль представлена четко отграниченным узлом плотной консистенции.
- Капсулы как таковой у миомы нет (имеется псевдокапсула, которая образована элементами окружающих тканей).
- **Микроскопически** опухоль состоит из мышечных клеток, веретенообразной формы, которые собираются в пучки, идущие в различных направлениях и соединительнотканными элементами.

Дегенеративные изменения

- Дегенеративные изменения миомы могут быть обусловлены нарушением кровотока, инфицированием или злокачественной трансформацией.
 - гиалиновая дистрофия (наиболее распространённый тип дегенерации);
 - кистозное перерождение;
 - некроз;
 - мукоидное набухание.
-

КЛИНИКА

- **БОЛИ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА**
 - **ГИПЕРПОЛИМЕНОРРЕЯ**
 - **МЕНОМЕТРОРРАГИЯ**
 - **АНЕМИЯ**
 - **БЕЛИ (ВОДЯНИСТЫЕ, ИХИРОЗНЫЕ)**
 - **ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ**
 - **НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**
 - **БЕСПЛОДИЕ**
 - **БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ**
-

КЛИНИКА МИОМЫ МАТКИ

СИМПТОМНАЯ



БЕССИМПТОМНАЯ

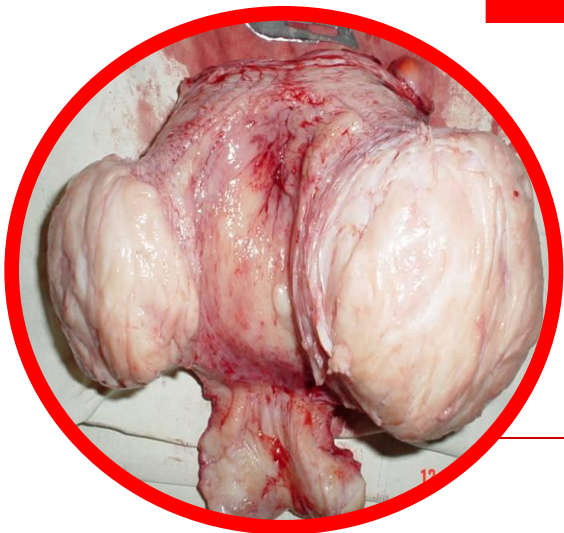
БОЛЕВОЙ СИМПТОМ

БЫСТРЫЙ РОСТ

АНЕМИЯ

**НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ СМЕЖНЫХ
ОРГАНОВ**

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ



ОСЛОЖНЕНИЯ

- ❑ КРОВОТЕЧЕНИЕ
 - ❑ ВЫВОРОТ МАТКИ
 - ❑ ПЕРЕКРУТ НОЖКИ УЗЛА
 - ❑ НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В УЗЛЕ
 - ❑ НЕКРОЗ УЗЛА
 - ❑ ИНФИЦИРОВАНИЕ УЗЛА
 - ❑ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ
-

Диагностика.

Обследование больных с миомой матки.

Целью диагностических мероприятий является:

Наиболее раннее выявление миоматозных узлов.

Установление диагноза

в соответствии с клинико-морфологической и

гистохимической классификацией (локализация, размеры, расположение, множественная или единичная, характер роста, морфогистотип).

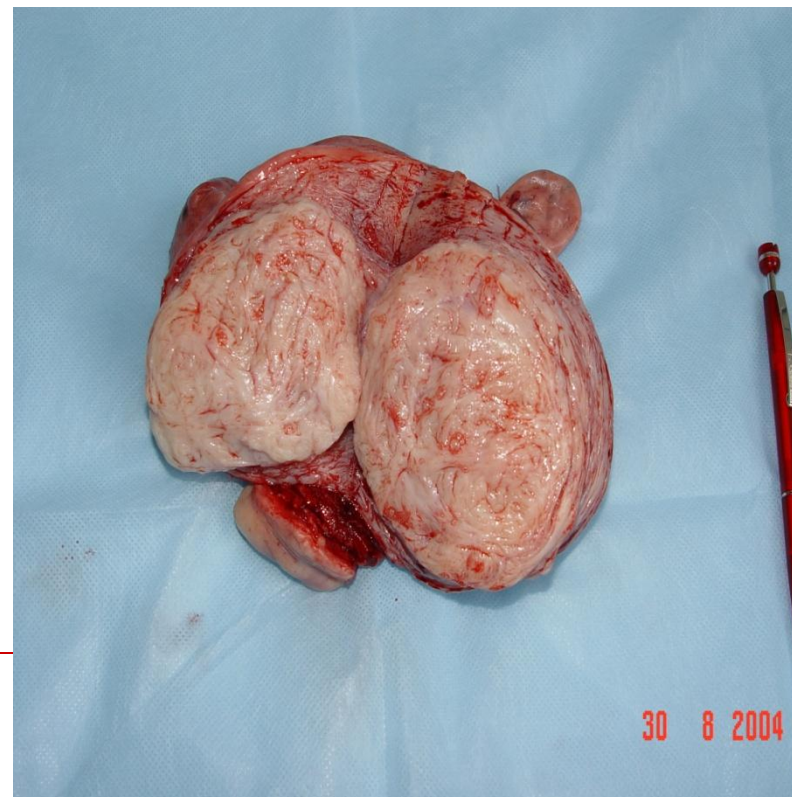
Составление плана лечения (оперативное, консервативное, консервативно-пластические операции).



Диагностика.

Обследование больных с миомой матки.

- При исключении оперативного лечения, составить **протокол консервативной терапии**, исходя из полного диагноза, возрастного периода, состояния репродуктивной функции, сопутствующей патологии эндометрия, яичников, шейки матки, молочных желез, соматического статуса.
- Осуществление контроля за эффективностью лечения, исходя из первичных данных.
- Реабилитационные и профилактические мероприятия по предупреждению рецидивов или дальнейшего роста миоматозных узлов.



Общая характеристика крайних вариантов развития ММ



ПРОСТАЯ МИОМА МАТКИ

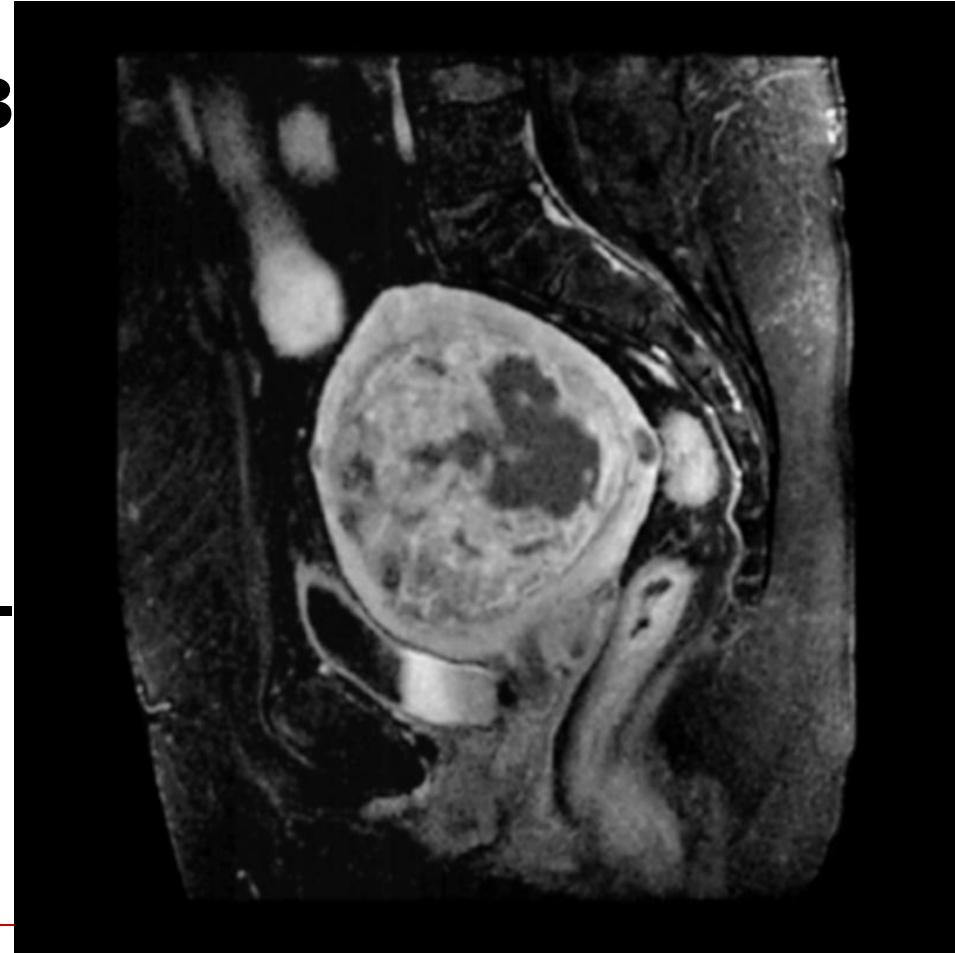
Не активная, растет медленно.
Преобладают элементы внеклеточного матрикса.
Кровоснабжение снижено.
Опухоль белесоватого цвета, плотная, с четкими контурами.

ПРОЛИФЕРИРУЮЩАЯ МИОМА МАТКИ

Активная, множественная, быстрорастущая, клеточная.
Повышен пролиферативный потенциал.
Часто сочетается с аденомиозом и гиперпластическими процессами эндометрия.

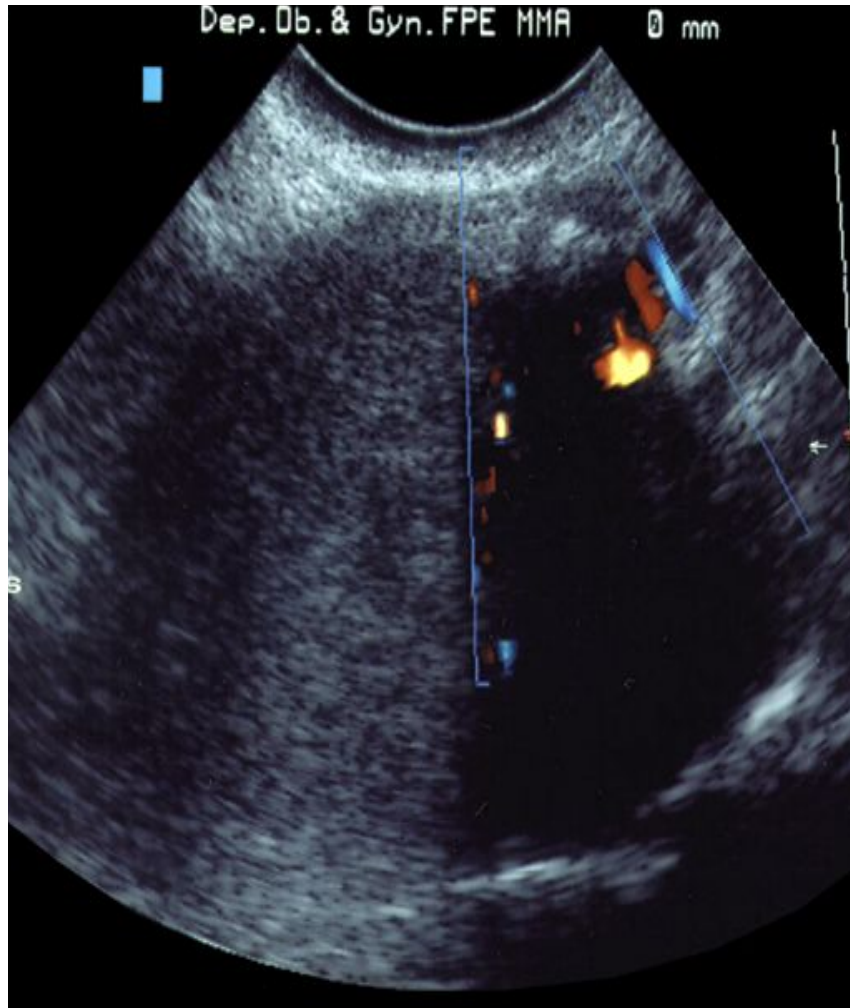
ДИАГНОСТИКА МИОМЫ МАТКИ

- КЛИНИЧЕСКАЯ
КАРТИНА и АНАМНЕЗ
- БИМАНУАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ
- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ
СКАНИРОВАНИЕ
- ДОППЛЕРОМЕТРИЯ
- ОНКОЦИТОЛОГИЧЕС-
КОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
АСПИРАТА ИЗ
ПОЛОСТИ МАТКИ
(ПАЙПЕЛЬ
ДИАГНОСТИКА)



УЗ исследование с ЦДК

Простая миома



□ Гиперэхогенное образование с эффектом дистального поглощения звука, появление периферического уплотнения в виде капсулы (73%).

□ Сниженный внутриопухолевый кровоток с единичными цветовыми сигналами по периферии.

□ Кровоток среднезистентный и среднескоростной.

□ ИР:

■ в миометрии – $0,63 \pm 0,05$,

■ в миоматозных узлах –

$0,59 \pm 0,06$. 38

□ V max – 18,7 см/сек.

Пролиферирующая миома

□ Неоднородная, «пятнистая» структура миоматозных узлов.

□ Неоваскуляризация.

□ Кровоток низкорезистентный, высокоскоростной, разнонаправленный.

□ Выраженная яркость цветового сигнала и «мозаичная» форма картирования, высокая плотность цветовых сигналов.

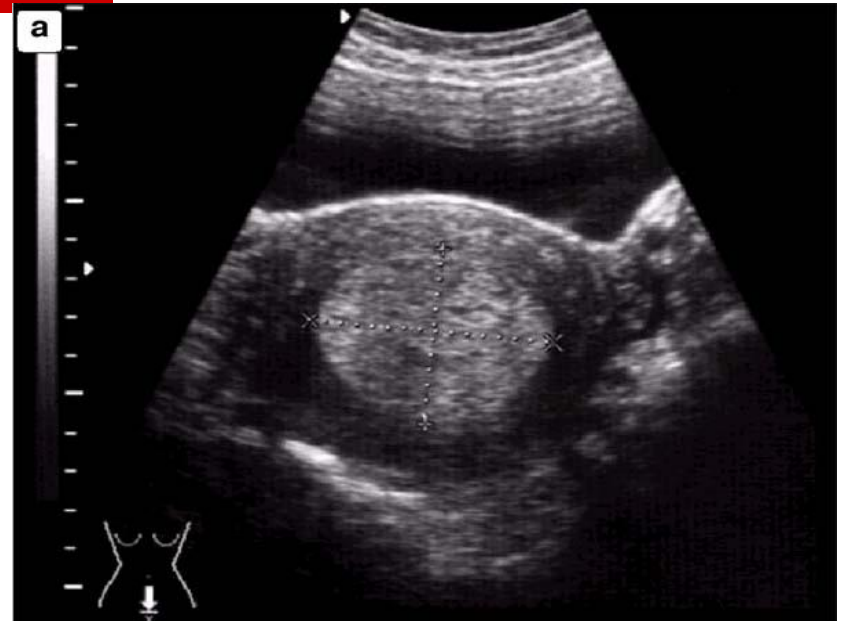
□ ИР в миометрии – $0,53 \pm 0,09$, в миоматозных узлах – $0,34 \pm 0,06$.

□ V_{max} – 28,9 см/сек.

□ Много вен в различных отделах миоматозного узла с V_{max} – $12,8$ см/сек.

ДИАГНОСТИКА МИОМЫ МАТКИ (2)

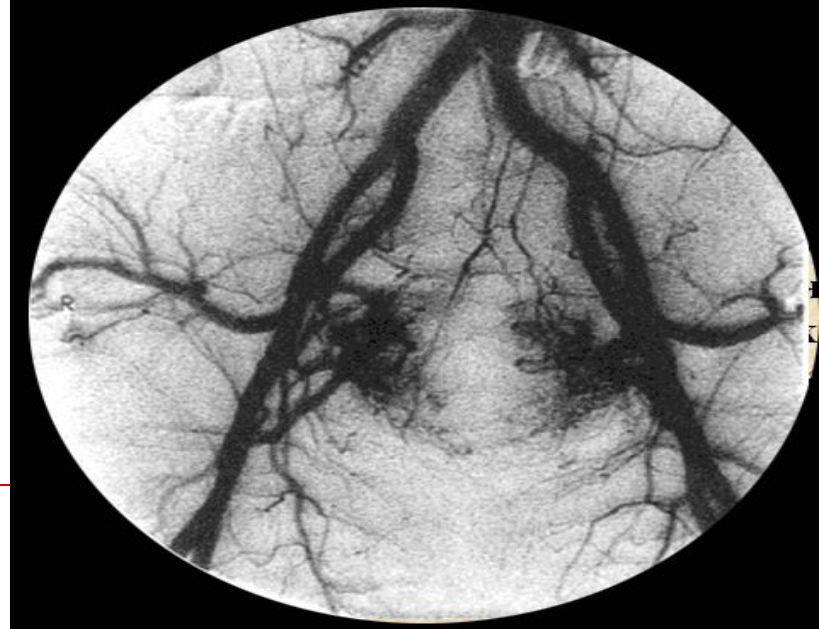
- **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА (ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ?, уровень гормонов)**
- **РАЗДЕЛЬНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ (ЗОНДИРОВАНИЕ МАТКИ, ПРОБА С ПУЛЕВЫМИ ЩИПЦАМИ)**



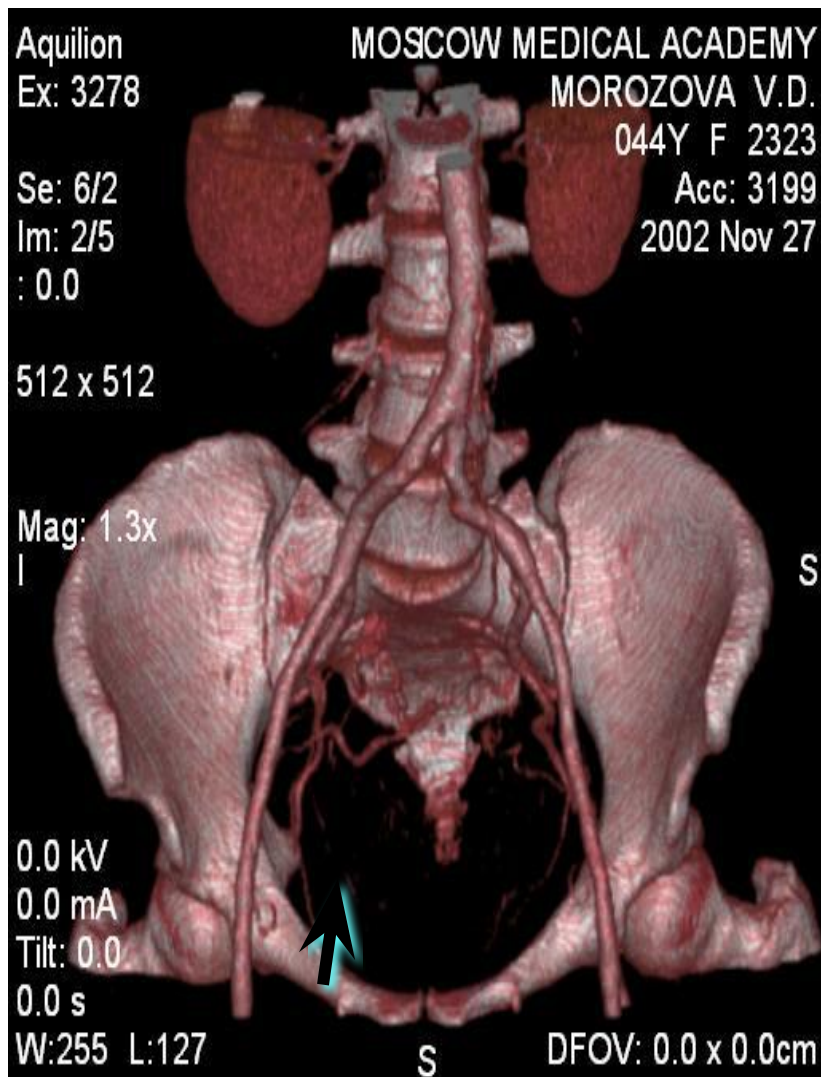
ДИАГНОСТИКА МАТКИ (3)

МИОМЫ

- ГИСТЕРОСКОПИЯ
 - ГИСТЕРОСАЛЬПИНГО-
ГРАФИЯ
 - МРТ, КТ
 - АНГИОГРАФИЯ (при
подозрении на
саркому)
-



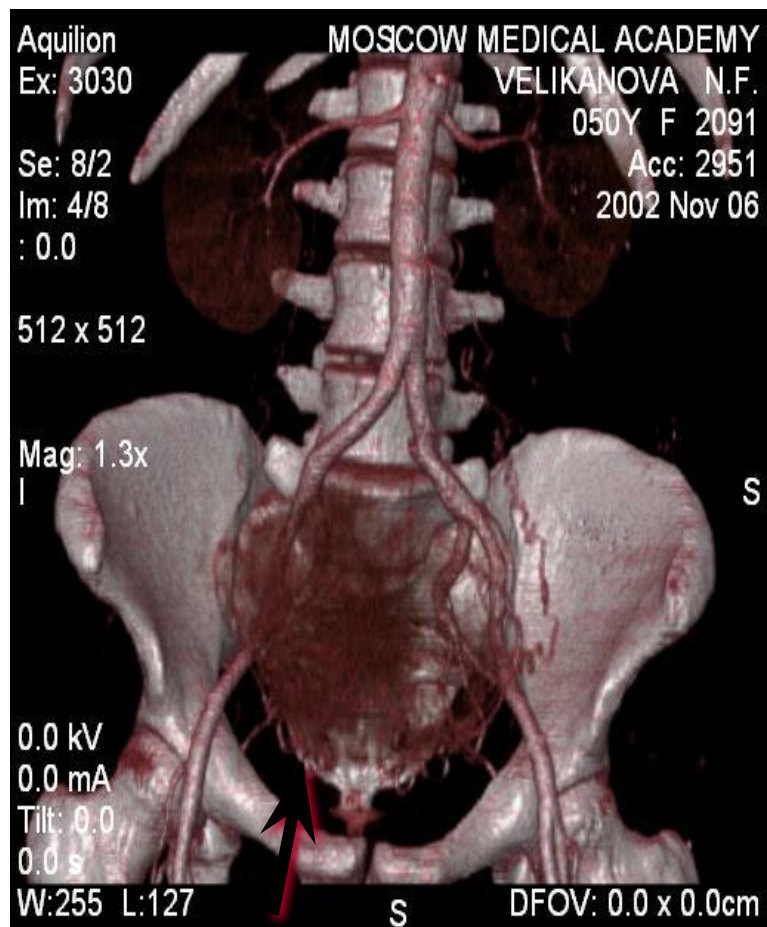
МСКТ Простая миома матки.



**Артериальная реконструктивная фаза
исследования.**

МСКТ

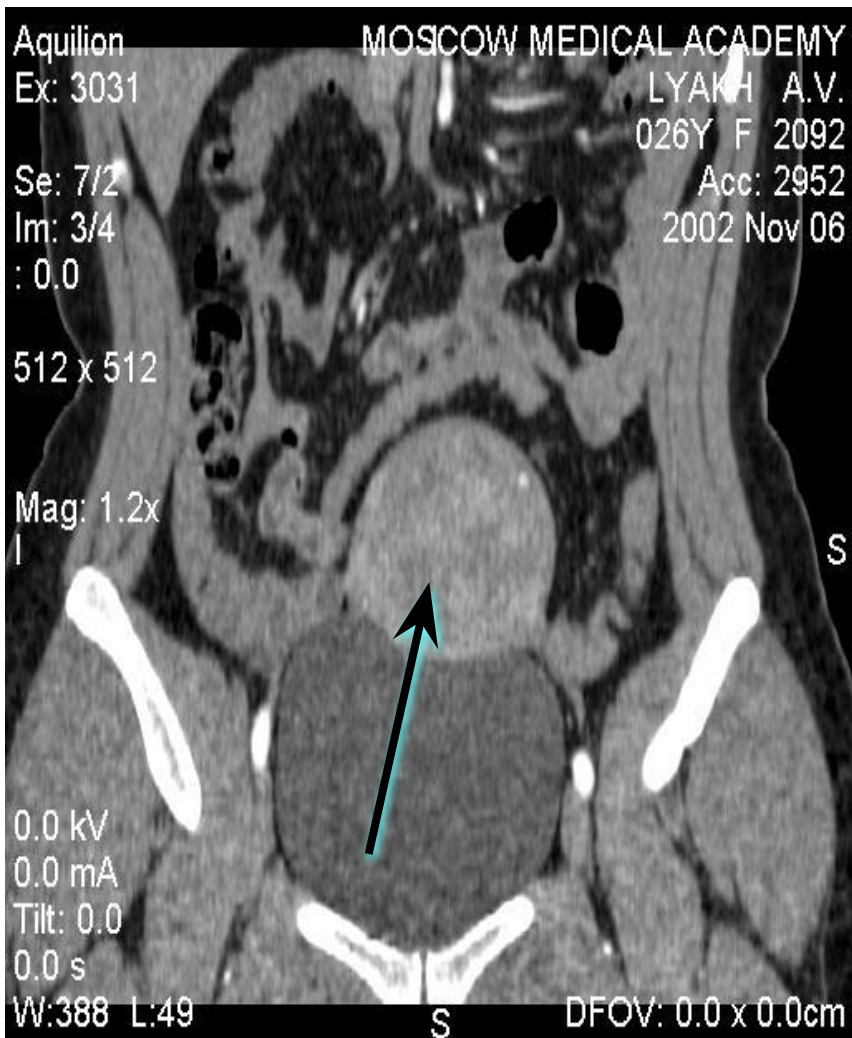
Пролиферирующая миома матки.



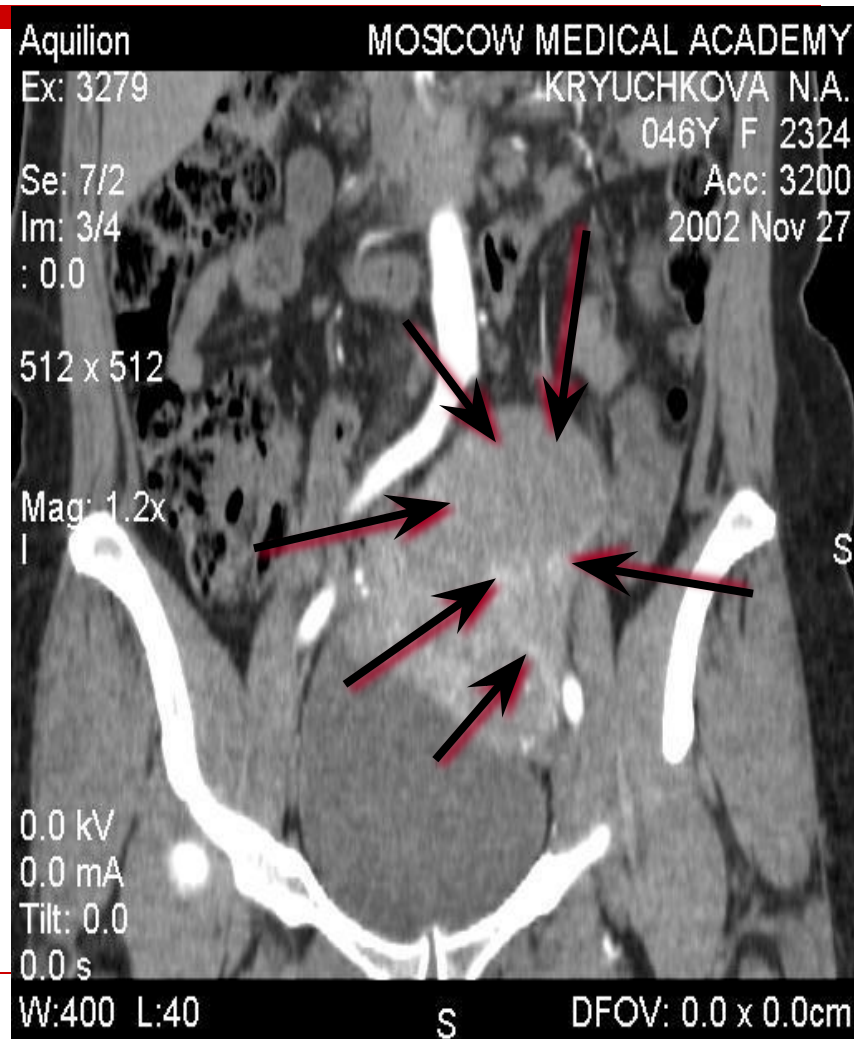
**Артериальная
реконструктивная фаза
исследования.**

MPT

Простая миома

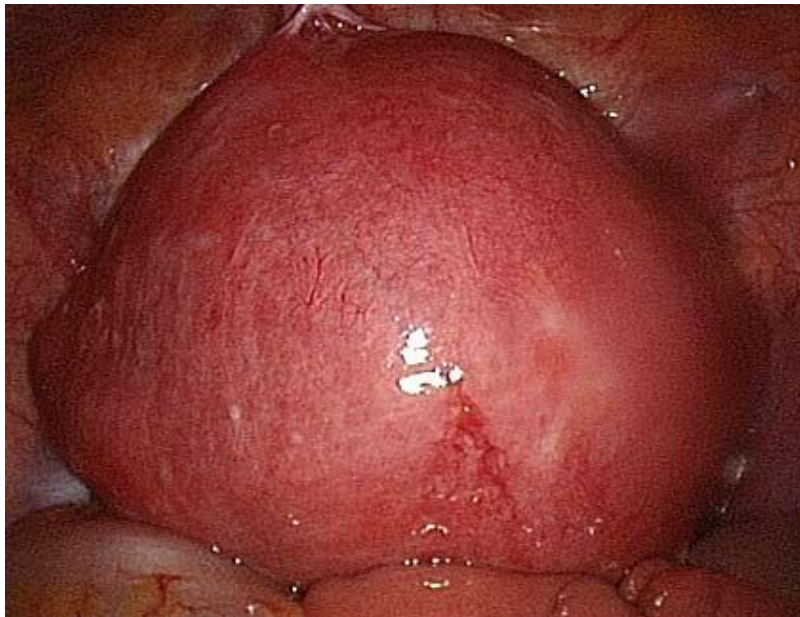


Пролиферирующая миома



ДИАГНОСТИКА МИОМЫ МАТКИ (4)

□ ЛАПАРОСКОПИЯ (ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ)



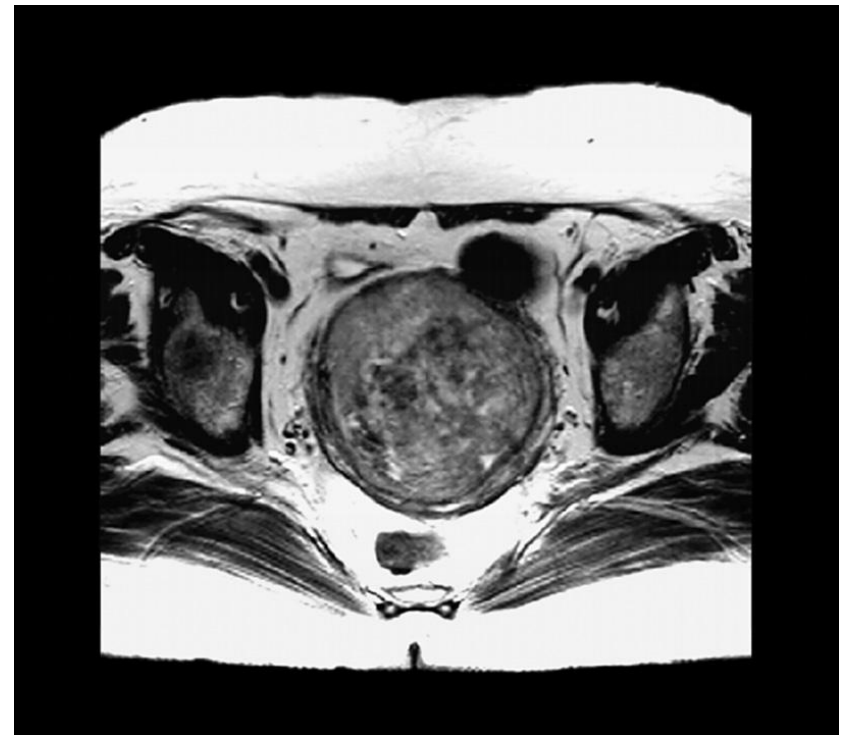
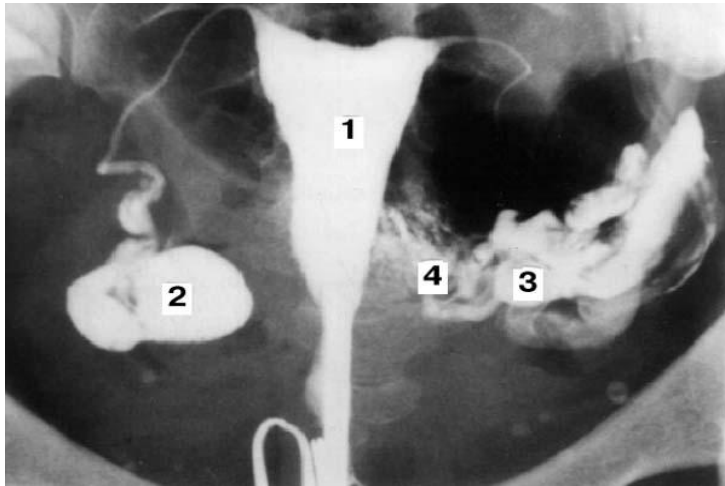
Дифференциальная диагностика

- **БЕРЕМЕННОСТЬ**
 - **ОПУХОЛЬ ЯИЧНИКА**
 - **ТУБОУОВАРИАЛЬНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ**
 - **АДЕНОМИОЗ**
-



Дифференциальная диагностика

- САРКОМА
МАТКИ
- РАК
ЭНДОМЕТРИЯ



Лечение миомы матки

- **Лечение больных миомой матки многокомпонентное и во многом определяется следующими факторами:**
- **возрастом;**
- **состоянием преморбидного фона;**
- **особенностями пато- и морфогенеза опухоли;**
- **локализацией миоматозных узлов.**

Консервативное лечение



Классификация лечения миомы матки (1)

- **1. Консервативная терапия**
 - 1) **Лекарственная терапия:** а)
 - гормональная;
 - б) симптоматическая;
 - 2) **Органосохраняющие операции:** а)
 - лапароскопическая миомэктомия; б)
 - гистероскопическая миомэктомия; в)
 - лапаротомия с миомэктомией; д)
 - эмболизация маточных артерий;
 - е) фокальная УЗ абляция.
- **3) Физиотерапия**
- **4) Фитотерапия**

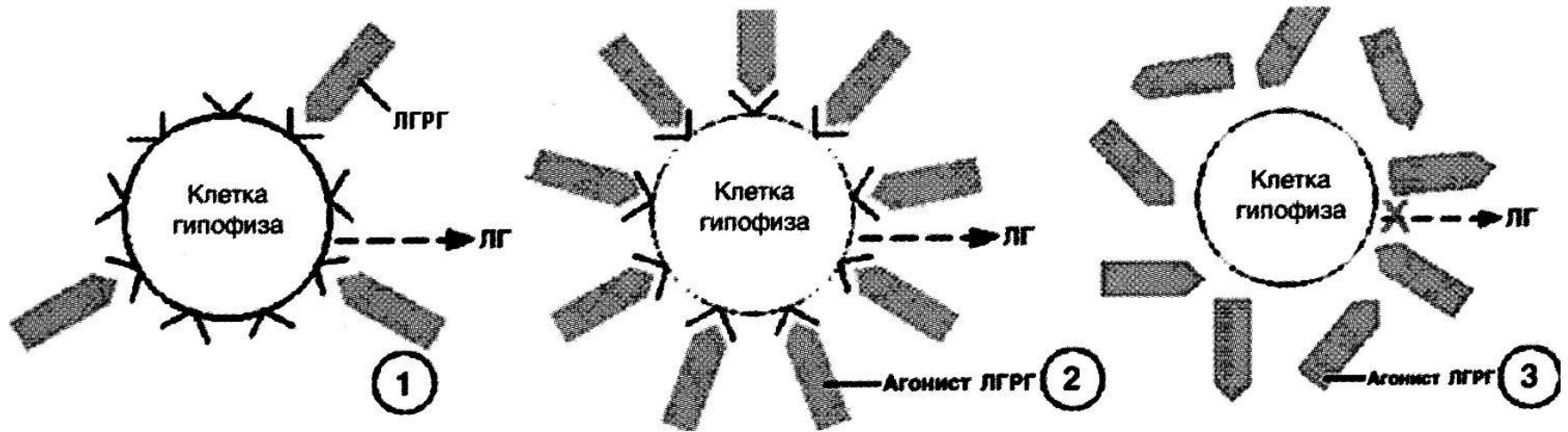
Классификация лечения миомы матки (2)

- **II Радикальное хирургическое лечение**
- **1) Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) а)**
лапаротомическая; б) влагалищная; в)
лапароскопическая
- **2) Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки) а)**
лапаротомическая; б) влагалищная; в)
~~лапароскопическая~~

Лекарственные препараты для лечения миомы матки

- **Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона:** Бусерелин-депо 3,75 мг в/м 1 раз в 28 дней, Люкрин-депо, Золадекс 3,6 мг п/к 1 раз в 28 дней, Декапептил Депо, Диферелин;
- **Антигонадотропины:** Гестринон (неместран) - 2,5 мг 2раза в неделю 6 мес. Даназол (Данол) – 400-600 мг/сут 6 мес.
- **Гестагены:** «Визанна», 17-ОПК, «Дюфастон», «Норколут», «Примолут-нор», ВГС «Мирена».
- **Антипрогестагены:** Мифепристон 50 мг/сут – 6мес.
- **Селективный модулятор прогестероновых рецепторов –** улипристала ацетат «Эсмия» 5мг/сут 3 мес – 6 мес.
- **Комбинированные эстроген-гестагенные препараты (КОК)** Фемоден, Логест, Жанин, Силует, Ярина, Мидиана, Джес, Димиа, Марвелон, Регулон, Ригевидон, т.п. в непрерывном или пролонгированном режиме не менее 6 мес.

Механизм действия α – ГнРГ

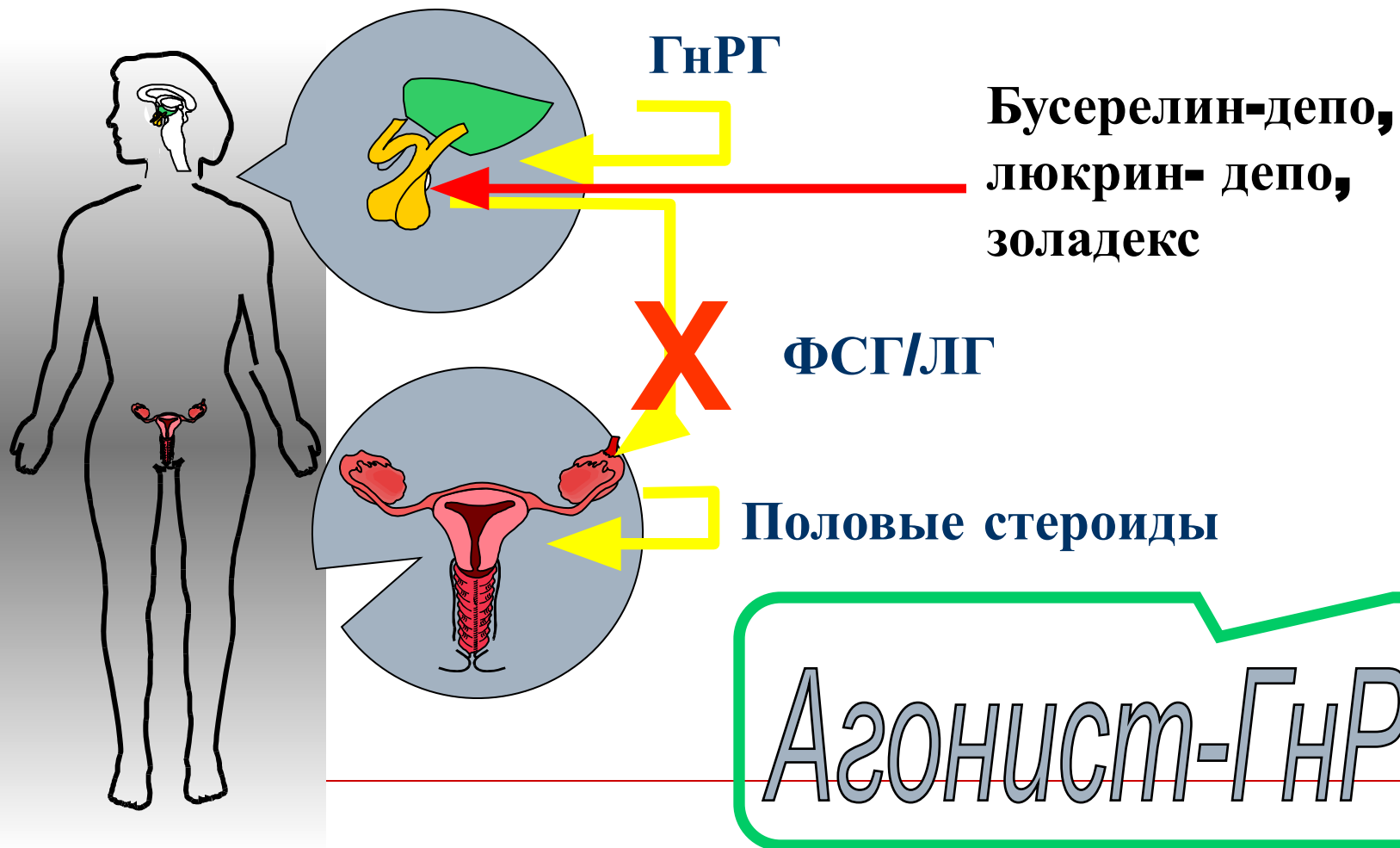


- Непрерывное воздействие α -ГнРГ на рецепторный аппарат гипофиза приводит к **связыванию** большей части рецепторов и к пиковому выбросу гонадотропинов.

- При дальнейшей стимуляции, к **7 – 14** дню применения α -ГнРГ, происходит **исчезновение ГнРГ-рецепторов**, которые не успевают **ресинтезироваться**, что приводит к **десенситизации** гипофиза и длительной блокаде синтеза гонадотропинов и половых стероидов.

Блокада является **обратимой** и после отмены α -ГнРГ полностью восстанавливается чувствительность аденогипофиза к гипоталамической стимуляции.

Механизм действия а - ГнРГ (блокада гипоталамо-гипофизарно- овариальной оси)



Воздействие лечения аналогами ГнРГ на матку и другие органы малого таза

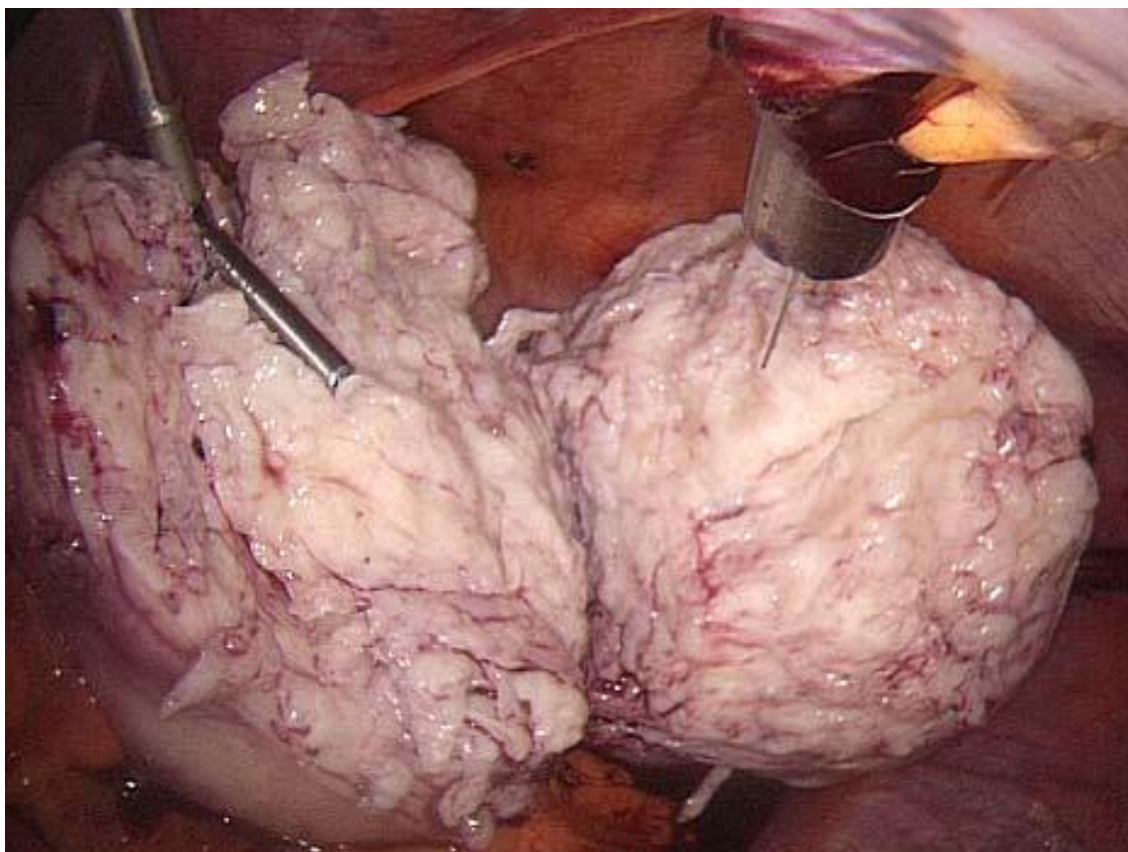
□ Матка

- Уменьшение объема миомы до 50% (от 0% до 100%)
- Уменьшение объема матки до 45% (от 22% до 86%)
- Уменьшение полости матки от 35% до 40%
- Уменьшение поверхности подслизистой миомы на 30% (от 4% до 95%)
- Атрофия эндометрия
- Уменьшение маточного кровотока

□ Другие органы малого таза

- Снижение васкуляризации органов малого таза
- Уменьшение воспаления органов малого таза
- Уменьшение размеров эндометриоидных поражений
- Снижение склонности к образованию спаек
- ~~Снижение гормональной деятельности яичников~~

Оперативное лечение



Объём хирургического вмешательства зависит от:

- возраста;**
 - состояния эндометрия;**
 - состояния шейки матки;**
 - состояния яичников;**
 - репродуктивной функции;**
 - экстрагенитальных заболеваний**
 - от технических возможностей и условий.**
-

Показания к экстренному оперативному лечению

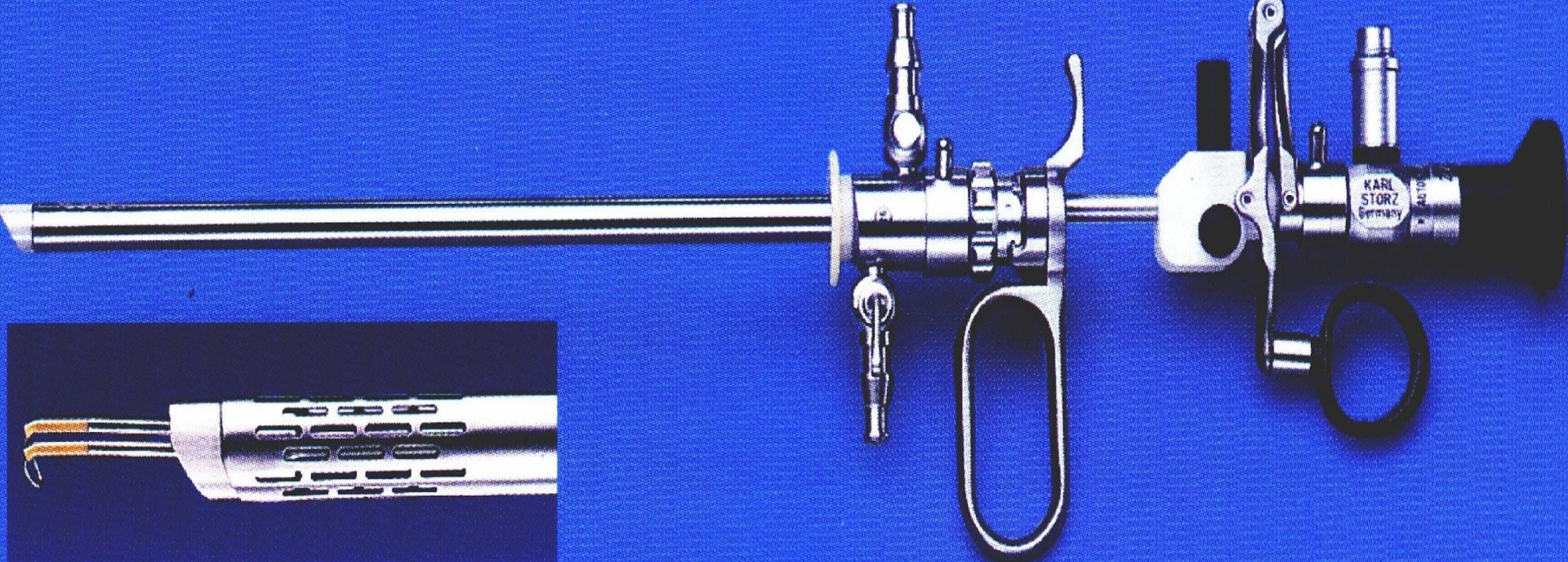
- некроз миоматозного узла;
 - перекрут «ножки» субсерозного миоматозного узла;
 - рождение субмукозного миоматозного узла.
-

Показания к плановому оперативному лечению

- размеры опухоли ≥ 14 недель беременности;**
 - подслизистая миома матки;**
 - миома матки, сопровождающаяся кровотечениями, приводящими к анемизации больной (при неэффективной консервативной терапии);**
 - быстрый рост (увеличение параметров на 4-5 нед.);**
 - нарушение функции соседних органов;**
-

Показания к плановому оперативному лечению

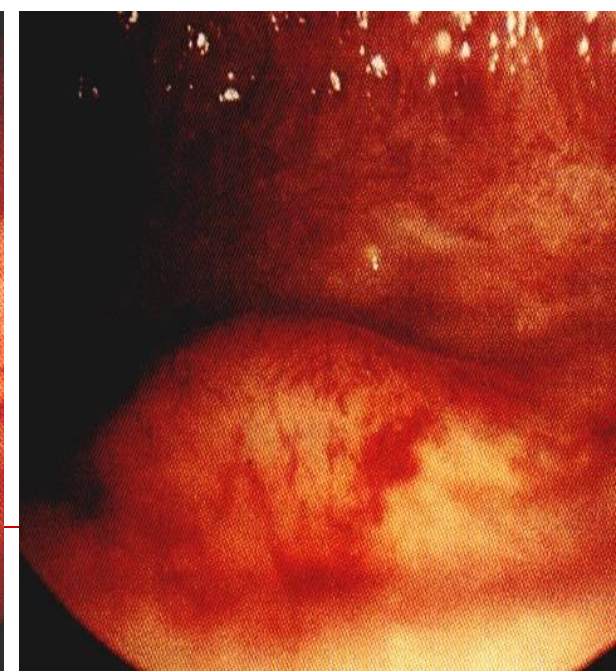
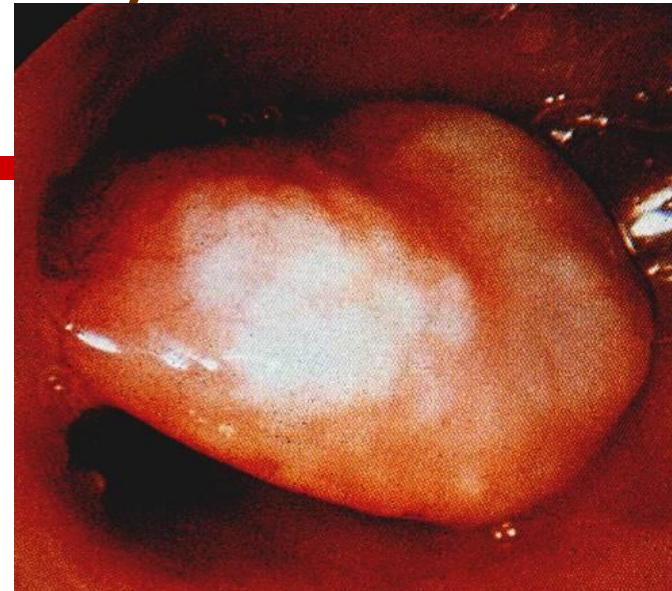
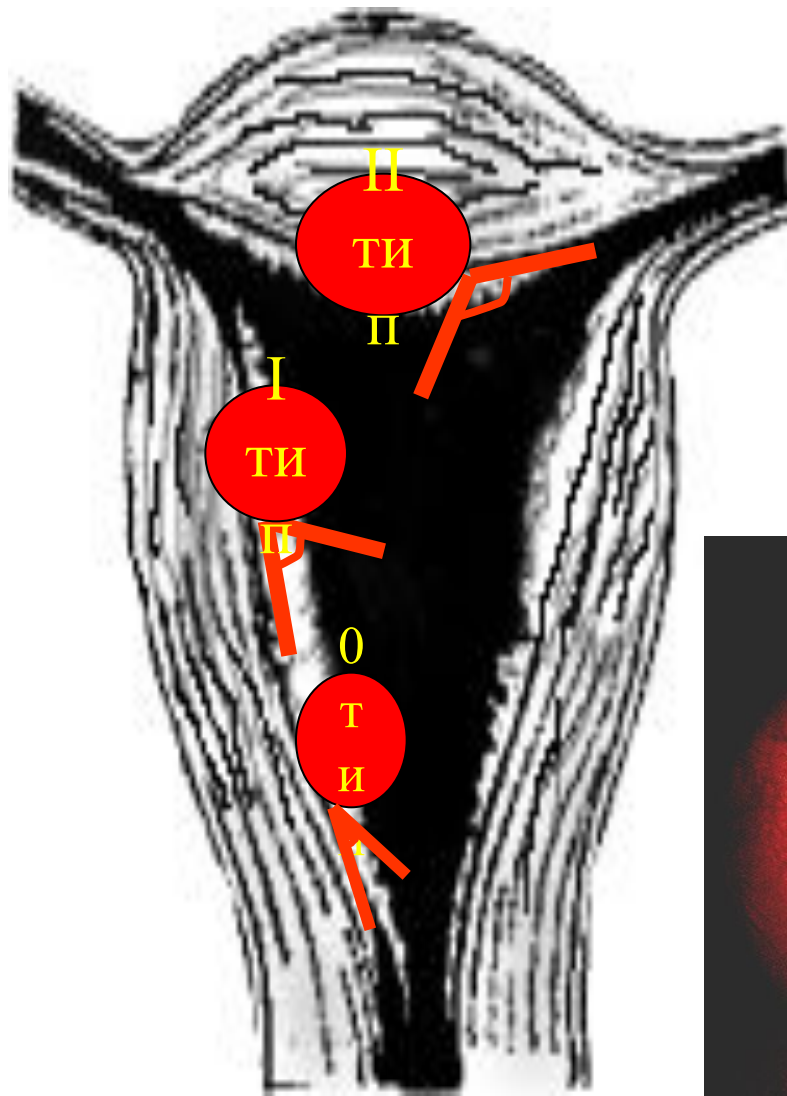
- **шеечная миома матки;**
 - **бесплодие (в тех случаях, когда убедительно доказано, что причиной бесплодия является миома матки);**
 - **сочетание миомы матки с аденомиозом;**
 - **сочетание миомы матки с дисплазией (CIN II-III) шейки матки;**
 - **сочетание миомы матки с атипической гиперплазией эндометрия.**
-



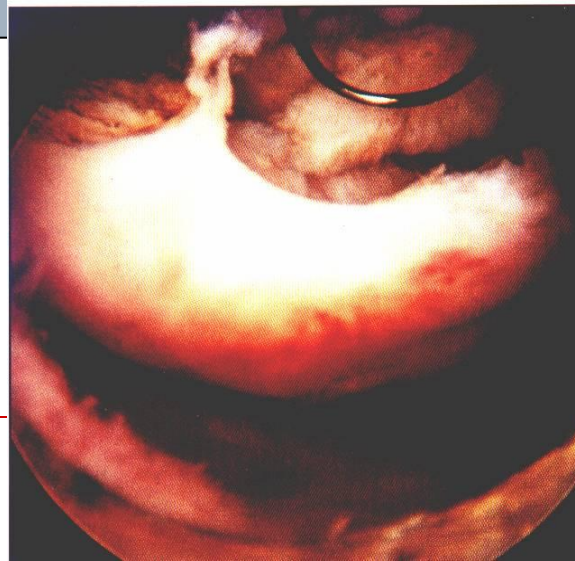
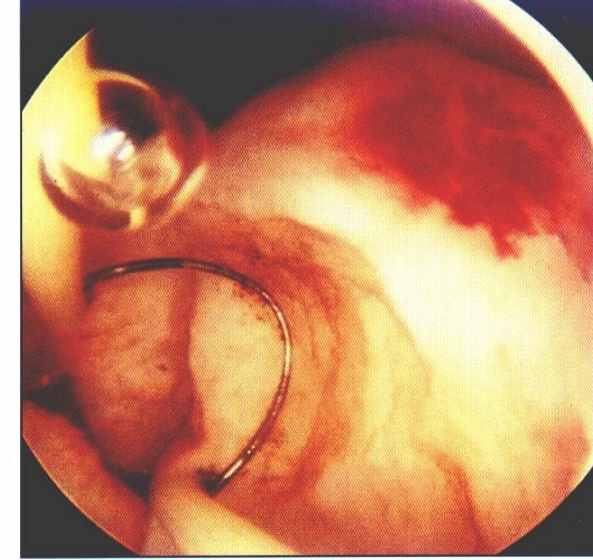
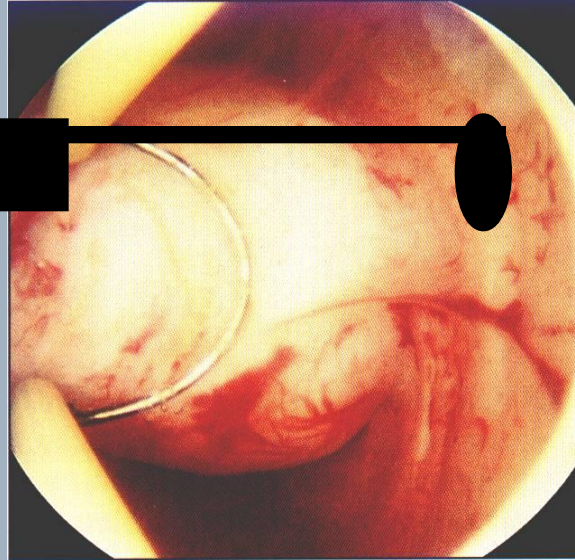
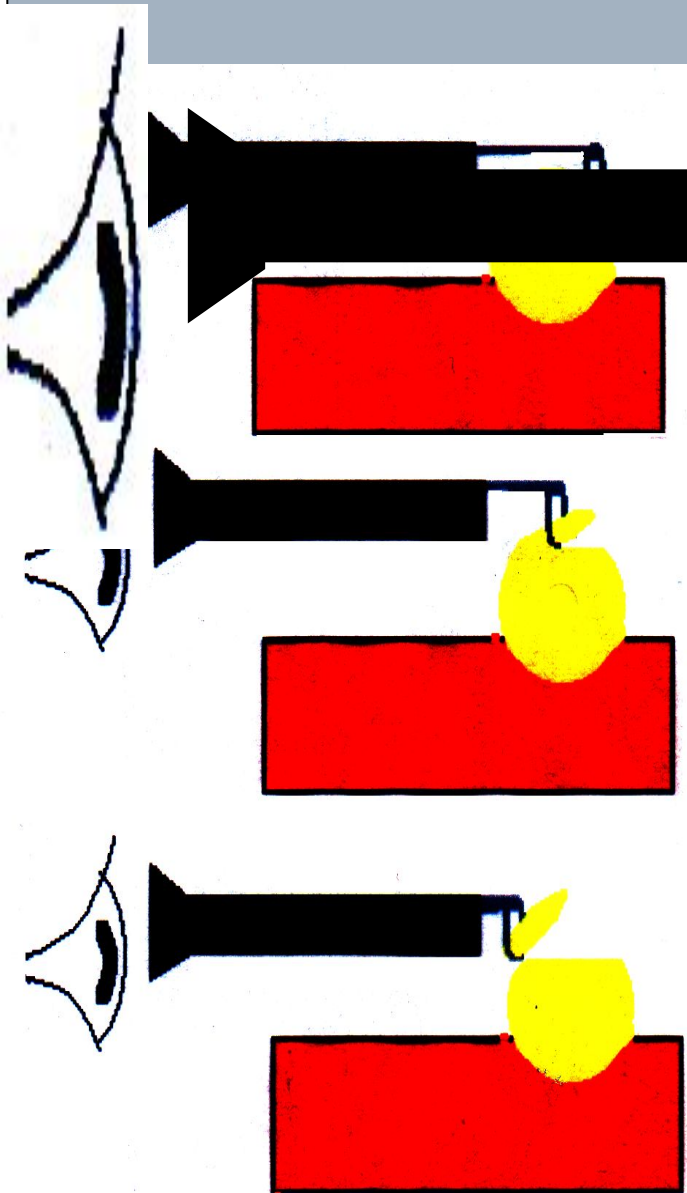
**Трансцервикальная
резектоскопическая
миомэктомия**



Классификация субмукозных миоматозных узлов по К. Wamsteker (1993г.)

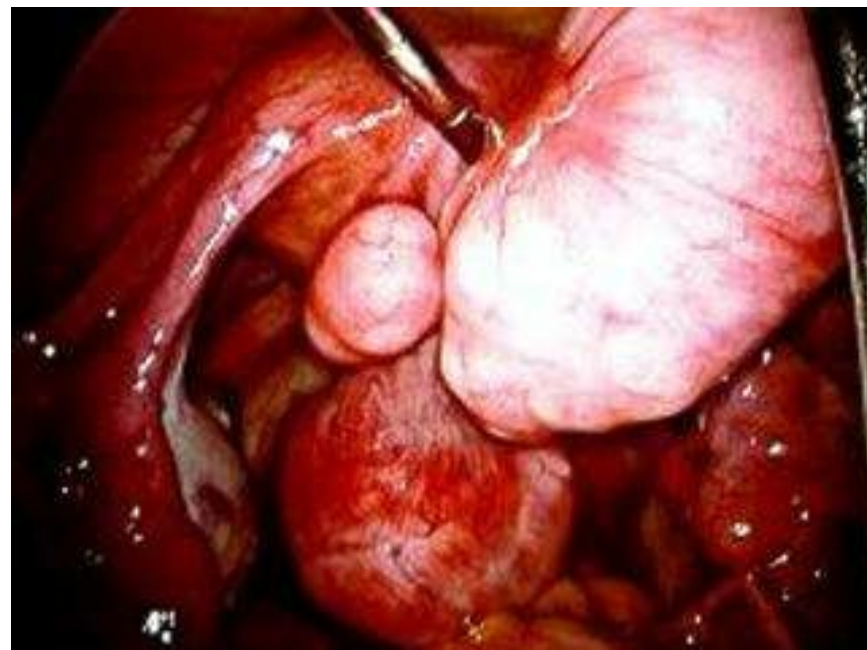


Миома матки (субмукозное расположение узла) резекционная технология



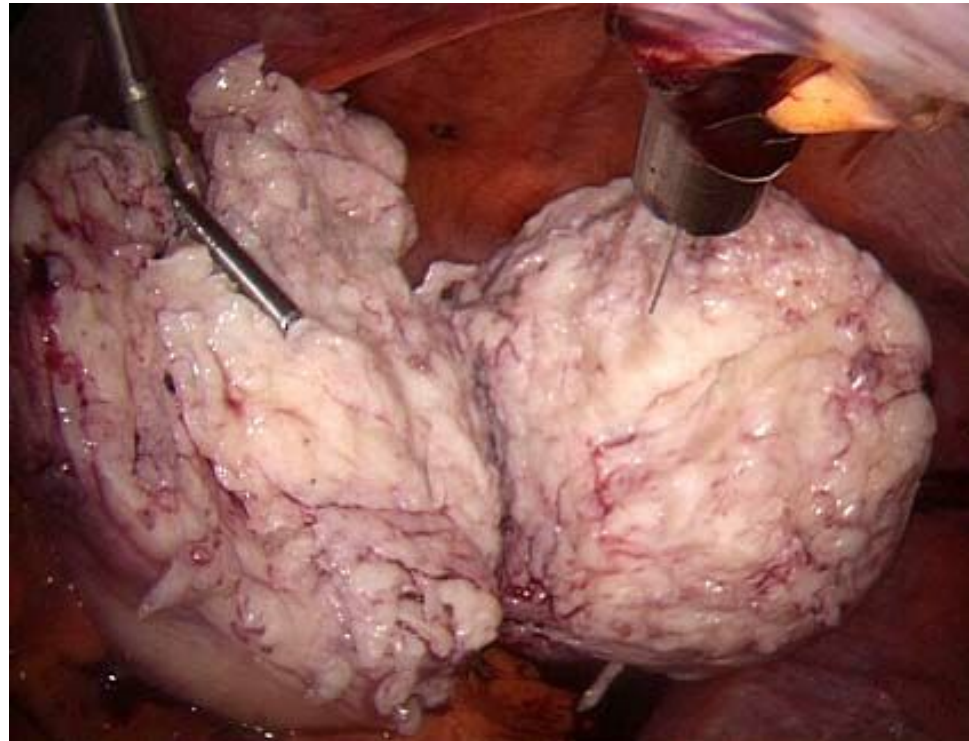
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ
ОПЕРАЦИЯ -
КОНСЕРВАТИВНАЯ
МИОМЭКТОМИЯ -
УДАЛЕНИЕ
СУБСЕРОЗНЫХ УЗЛОВ**



ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (2)

- **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ – НАДВЛАГАЛИЩНАЯ АМПУТАЦИЯ МАТКИ**



ЭМА

□ **К современным методам
лечения миомы матки
относится:**

- ***селективная эмболизация
маточных артерий –
единственный радикальный
микроинвазивный метод.***
-

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Процедуру эмболизации маточных артерий проводят в условиях рентгенологической операционной, под местной анестезией, трансфemorальным доступом
5F.

□ **Лечебный эффект ЭМА**

обусловлен:

- **снижением перфузии миометрия в целом и ткани узлов в частности,**
- **последующее развитие ишемии, резорбции некротизированных тканей и уменьшения клеточного компонента,**
- **ослаблением воздействия на миометрий половых стероидов и факторов роста,**
- **уменьшением его пролиферативной активности.**

Показания:

- **Возраст женщины 30-50 лет.**
 - **Наличие симптомной миомы матки: менструальные кровотечения, тазовые боли, симптомы сдавления (дизурия, гидронефроз, гидроуретер, запоры).**
 - **Женщины с миомой матки которые больше не хотят иметь детей, но желают избежать хирургического вмешательства или имеют противопоказания к нему.**
-

ЭМА

- Преимущества метода: органосохраняющий, малая травматичность, воздействие на все узлы, нет кровотечения.
 - Осложнения: болевой синдром, некроз, перитонит.
-

Противопоказания:

- Рекомендуется исключить пациенток с сопутствующими заболеваниями половых органов и экстрагенитальной патологией, требующими радикального хирургического лечения, или оказания экстренной хирургической помощи.
 - Нецелесообразным считается проведение ЭМА при субмукозной или субсерозной локализации узлов.
 - Исключение лейомиосаркомы.
-

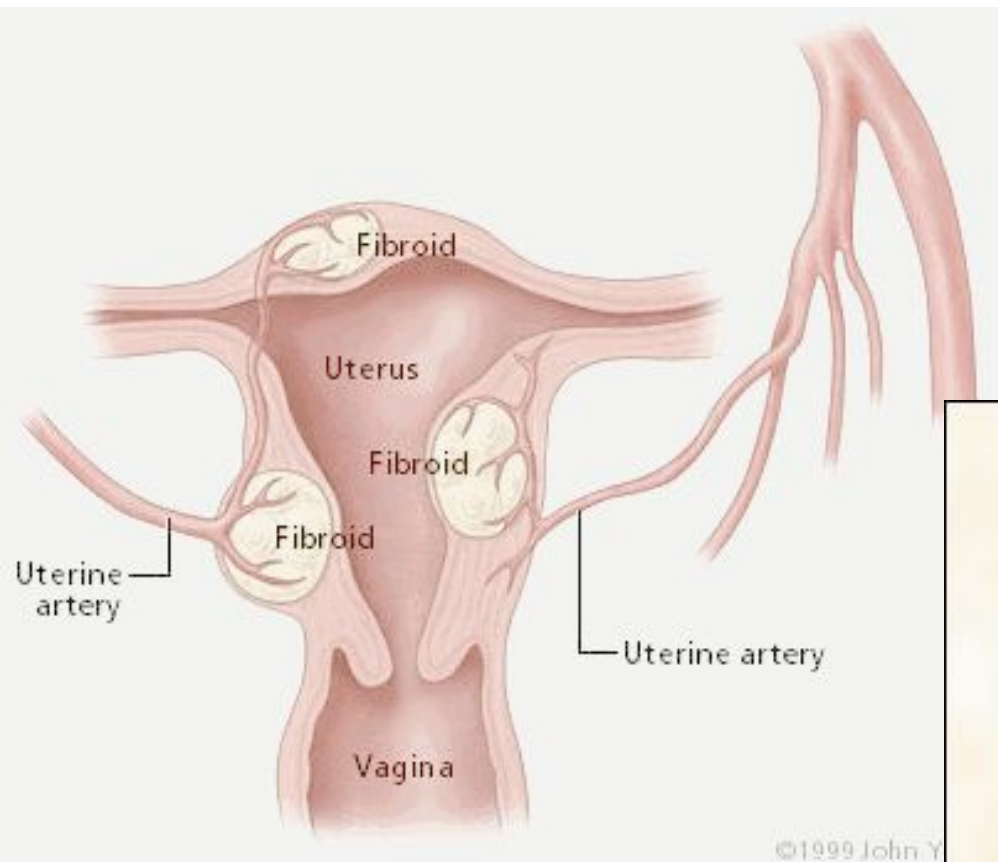
Противопоказания:

- **Потенциально злокачественная патология.**
 - **Большие размеры миомы (до 10 см), ее быстрый рост. Однако имеются данные об успешной ЭМА при миомах с диаметром узлов более 10 см и объемом свыше 750 мл.**
 - **Не всеми признается возможность проведения ЭМА при сочетании миомы матки с аденомиозом.**
-

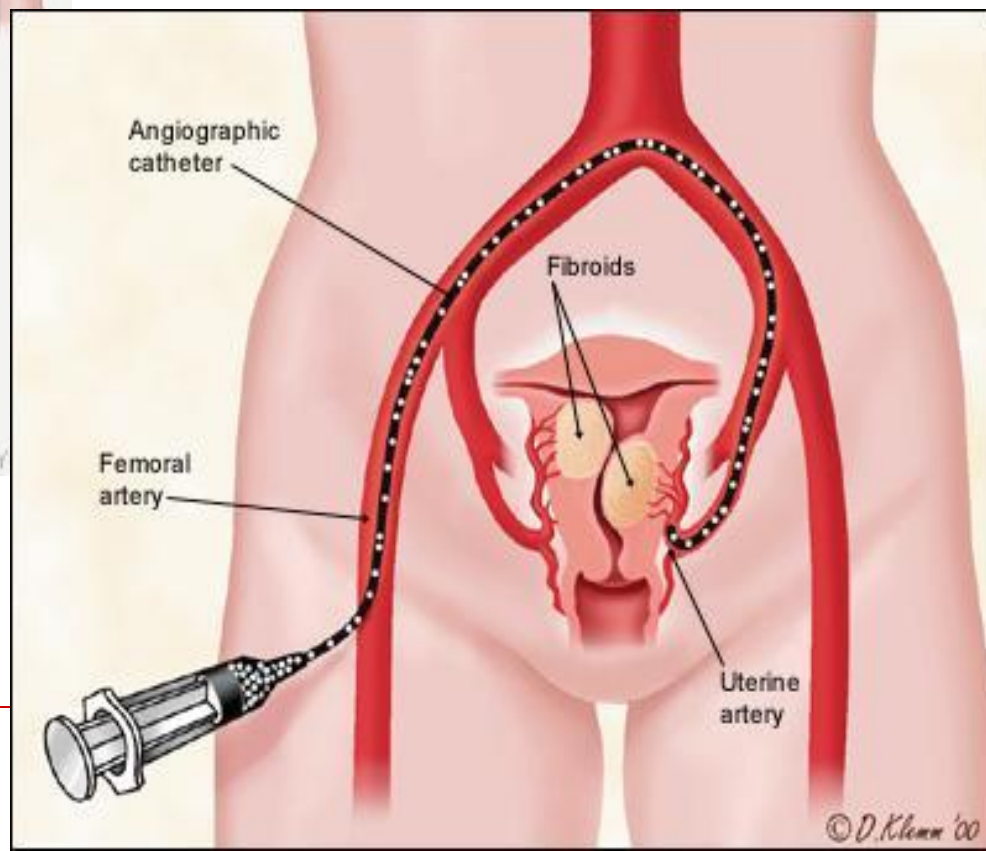
Противопоказания:

- Почечная недостаточность.
 - Воспалительный процесс в органах малого таза.
 - Венозно-артериальная мальформация.
 - Васкулиты.
 - Аллергия на контрастное вещество.
 - Неуправляемые коагулопатии.
 - Планируемое деторождение
-

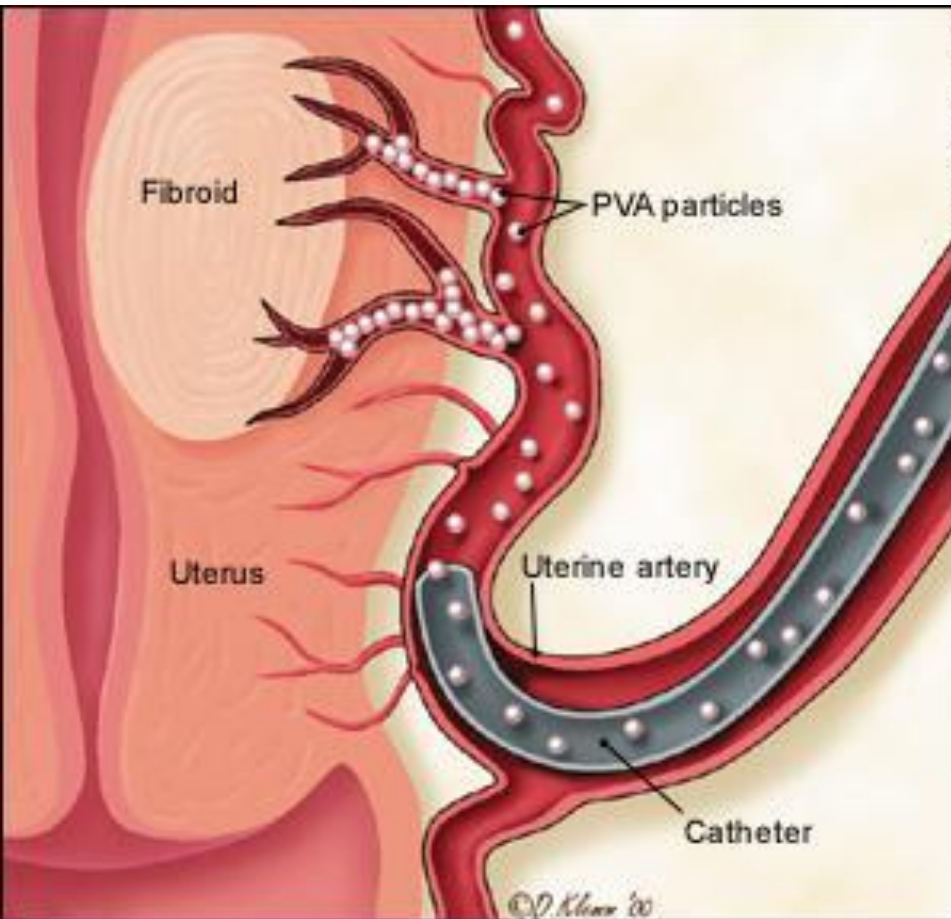
Технология эмболизации



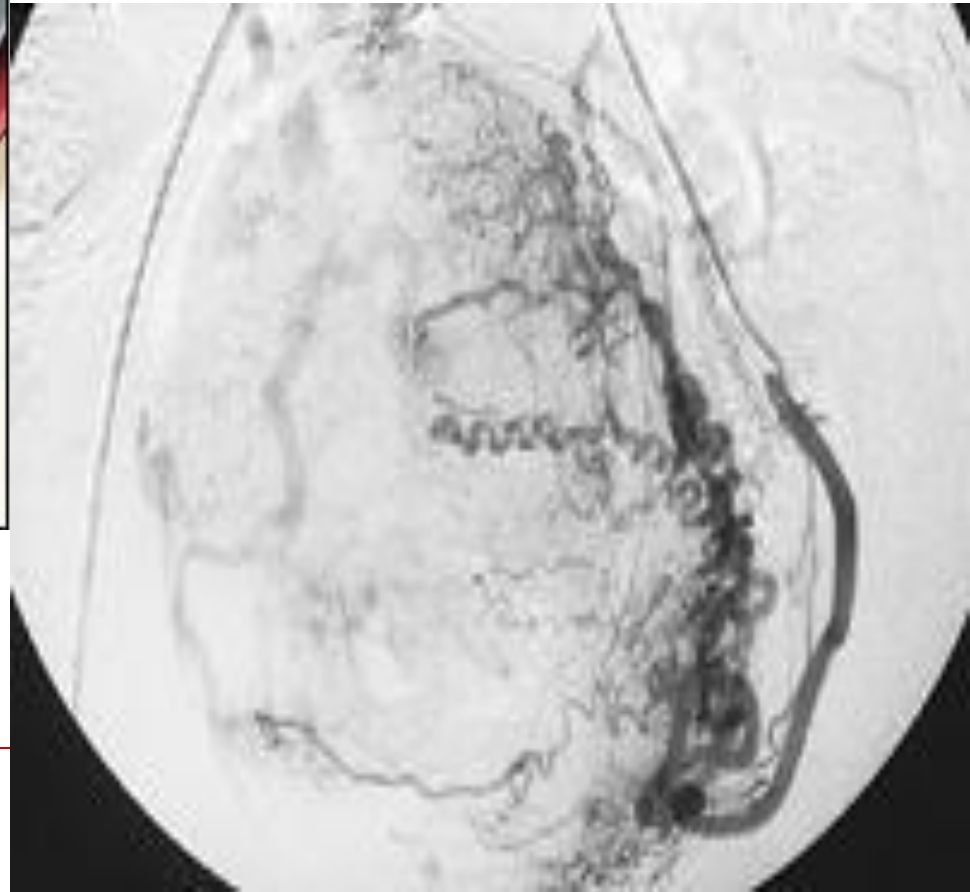
1. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ



Технология эмболизации



2. ВВЕДЕНИЕ ЭМБОЛИЗИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА



3. ЭМБОЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ, ПИТАЮЩИХ МИОМУ МАТКИ

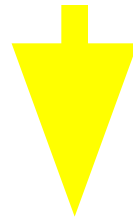
NB!

- **Не рекомендуется подвергаться частым, длительным воздействиям неадекватных тепловых процедур и чрезмерных инсоляций особенно женщинам в поздней репродуктивной фазе и начальных стадиях климактерического периода.**

**ТАКИМ ОБРАЗОМ, МИОМА МАТКИ
ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ МУТАЦИИ
СОМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК В РЕЗУЛЬТАТЕ
ВОЗДЕЙСТВИЯ МНОГОЧИСЛЕННЫХ
ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ НА
МИОЦИТЫ И МИКРОСОСУДЫ МИО-
МЕТРИЯ И ЭНДОМЕТРИЯ.**

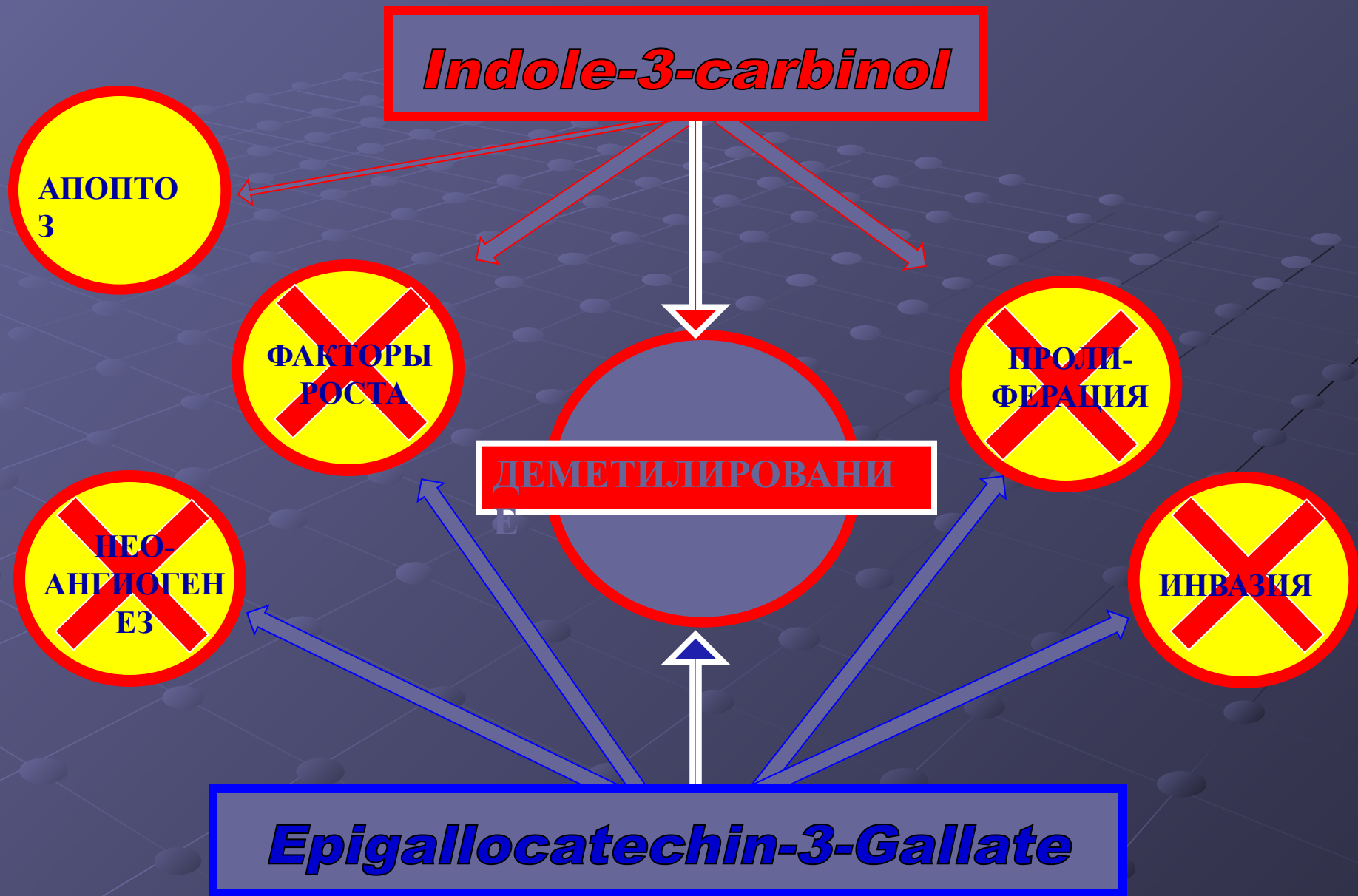
ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ В ТЕРАПИИ ММ

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ
ЛЕЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА КОРРЕКЦИЮ
НАЧАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЛЕКУЛЯРНО-
БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ АПОПТОЗА ,
ПРОЛИФЕРАЦИИ, АНГИОГЕНЕЗА И
СТРОМООБРАЗОВАНИЯ.**



ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА

Молекулярные мишени мультитаргетной терапии при ММ



ПРОМИСА Н[®]



EGCG –
эпигаллокатехин-3-галлат

1. Ингибирует метилирование
опухоль-супрессорных генов и генов
апоптоза

2. Блокирует пролиферацию ОСК
через Wnt-эмбриональные
сигнальные каскады

I3C – индол-3-карбинол

1. Восстанавливает соотношение
метаболитов эстрогенов 2/16 α

2. Снижает активность эстрогеновых
рецепторов через индукцию
экспрессии BRCA1

3. Блокирует пролиферацию ОСК
через Ah-рецепторы

При отягощенном семейном онкологическом анамнезе (случаи заболеваний у кровных родственников РМЖ и др. видами опухолей)

ПРОМИСАН®:



Реактивирует «молчащие» гиперметилированные опухоль-супрессорные гены

Препятствует накоплению пула опухолевых стволовых клеток

Восстанавливает активность опухоль-супрессорного гена/белка BRCA1

ПРОМИСАН® следует назначать
в случае, если у пациента
отмечается:

Отягощенный семейный опухолевый анамнез



Дозировка:



2 капсулы 2 раза в день в течение 6 месяцев

Профилактика миомы матки

1.

Соблюдение
рационального
гигиенического
режима

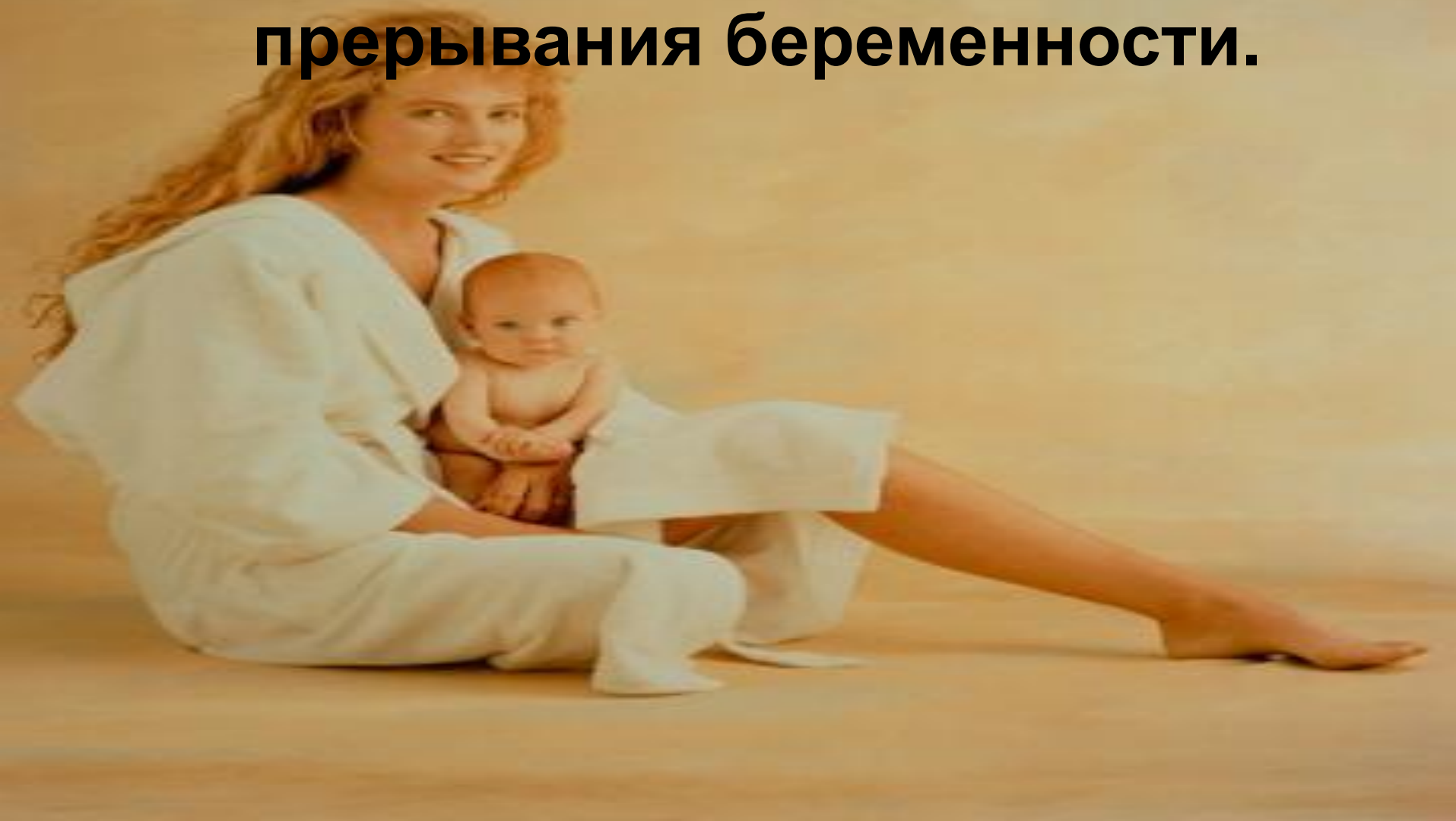
с периода полового
созревания



**2.
Профилактика
ожирения и
избыточной массы
тела**



**3. Рациональное планирование семьи
с исключением калечащих
инвазивных вмешательств с целью
прерывания беременности.**





4. Полноценная сексуальная жизнь

5.

**Коррекция
ВОЗМОЖНЫХ
гормональных
нарушений**



6.

**Адекватное лечение
возникающих
гинекологических и
акушерских
осложнений.**



Рекомендуемая дополнительная литература

- 1. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии.**
- 2. Ландеховский Ю.Д. Рентгенодиагностика при миоме матки и внутреннем эндометриозе матки. Вопросы консервативной миомэктомии.**
- 3. Леваков С.А. Современные подходы к диагностике и лечению миомы матки.**
- 4. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии.**
- 5. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения)**
- 6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии).**
- 7. ~~Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.~~**



**БЛАГАДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ !!!**