



# Принципы лечения миомы матки

## **Частота встречаемости миомы матки:**



- при гинекологическом исследовании выявляется в 20-30% случаев (по некоторым данным до 50 %);
- по данным патогистологических исследований до 84 %.

# Актуальность проблемы

**Гистерэктомия** - наиболее распространенная операция в гинекологии. Средний возраст пациенток  $40,5 \pm 3,2$  г.

Миома матки - причина 60% из 600,000 гистерэктомий, выполняемых ежегодно в Соединенных Штатах.<sup>1</sup>

В России 90% гистерэктомий в репродуктивном возрасте производятся по поводу доброкачественных заболеваний матки.<sup>2</sup>

1. Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS, Bernstein SJ, 2000
2. Тихомиров А.Л., 2006



- Гистерэктомия с придатками:  
в течение одного месяца у 70-90% пациенток развивается синдром постовариоэктомии.<sup>1</sup>
  
- Гистерэктомия без придатков:  
у 2/3 женщин возникает снижение кровотока в яичниках, что приводит к развитию эстрогенного дефицита.<sup>2</sup>

1. Рябцева И.Т., Шаповалова К.А., 2000

2. Доброхотова Ю.Э., 2000

# Миома матки - это...

**Миома матки** - моноклональный гормоночувствительный пролиферат (образование), состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия.



Происхождение клетки предшественника возможно :

- во время онтогенетического развития матки вследствие длительного нестабильного периода эмбриональных гладкомышечных клеток;
- в результате повреждения клетки в зрелой матке.

Тихомиров А.Л., 2006

## Формирование зачатка роста миоматозного узла происходит...

- накопление рецепторов к прогестерону и различным факторам роста на поверхности клеток миометрия в первую фазу овуляторного менструального цикла;
- гиперплазия гладкомышечных клеток после овуляции под воздействием прогестерона;
- равномерное увеличение ткани миометрия за счет сбалансированной экспрессии двух типов (блокирующих и эффекторных) рецепторов прогестерона;
- при отсутствии оплодотворения в ткани миометрия активизируется процесс апоптоза, за счет которого происходит элиминация избыточных гладкомышечных клеток.

## Формирование зачатка роста миоматозного узла происходит...

- в результате многократного повторения менструальных циклов происходит накопление гладкомышечных клеток, в которых нарушается процесс апоптоза;
- с каждым менструальным циклом количество поврежденных клеток накапливается;
- из части клеток начинают формироваться зачатки миоматозных узлов с различным потенциалом к росту;



## Формирование зачатка роста миоматозного узла происходит...

- сначала активный зачаток роста развивается за счет физиологического колебания гормонов во время менструального цикла;
- в дальнейшем формируются локальные автономные механизмы поддержания роста и образования соединительной ткани, начинается рост узла.

***Значение физиологических концентраций половых гормонов для формирования миоматозного узла перестает быть основным, а в последующем и критичным.***



Формирование зачатка роста миоматозного узла происходит...

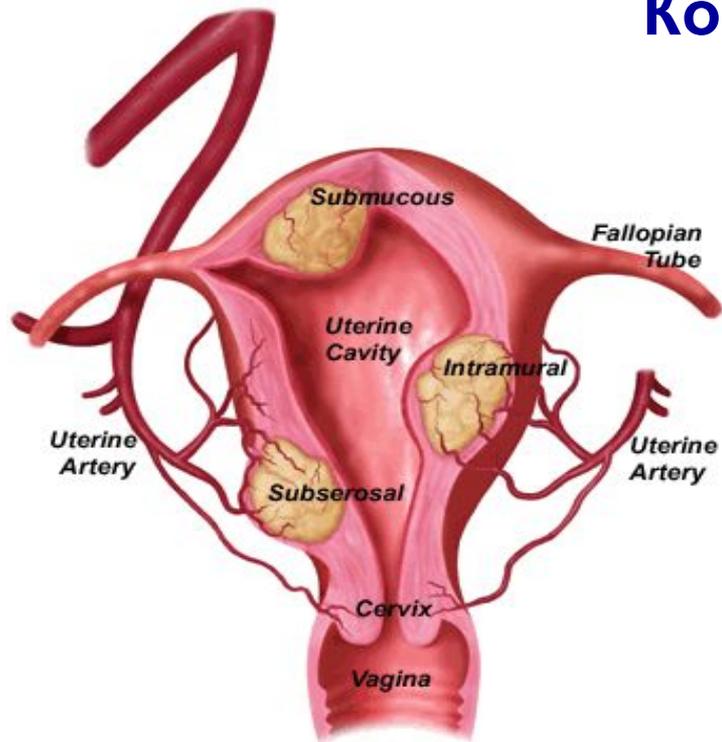
**С увеличением размера узла происходит формирование и становление локальных автономных механизмов поддержания роста (локальная продукция эстрогенов из андрогенов), что делает рост миомы относительно независимым.**



**При исчезновении гормональных стимулов нельзя рассчитывать на значимый регресс размеров образования, что связано с нарастанием в структуре узла доли соединительной ткани, а также с локальным синтезом эстрогенов из андрогенов**



***Миома матки имеет такой же потенциал малигнизации, что и нормальный миометрий.***



**Компрессионные  
симптомы**      **Бесплодие**

**Миома матки**

**Менометрорагии**

**Анемия**

**Социальный  
дискомфорт<sup>1</sup>**

1. Тихомиров А.Л., 2006



1. **Радикальный** – гистерэктомия (нет органа - нет проблемы)
2. **Консервативно - пластический** – миомэктомия (цель – восстановление репродуктивной функции; реализация зависит от расположения узла(ов))
3. **Временно - регрессионный** – бусерелин, мифепристон, Мирена (осмысленно – для небольших узлов; рационально – профилактика рецидивов после КМ)
4. **Стабильно-регрессионный** – ЭМА (узлы остаются, но уменьшенные в размере, клинических проявлений нет; при рождении узла – полное излечение)<sup>1</sup>

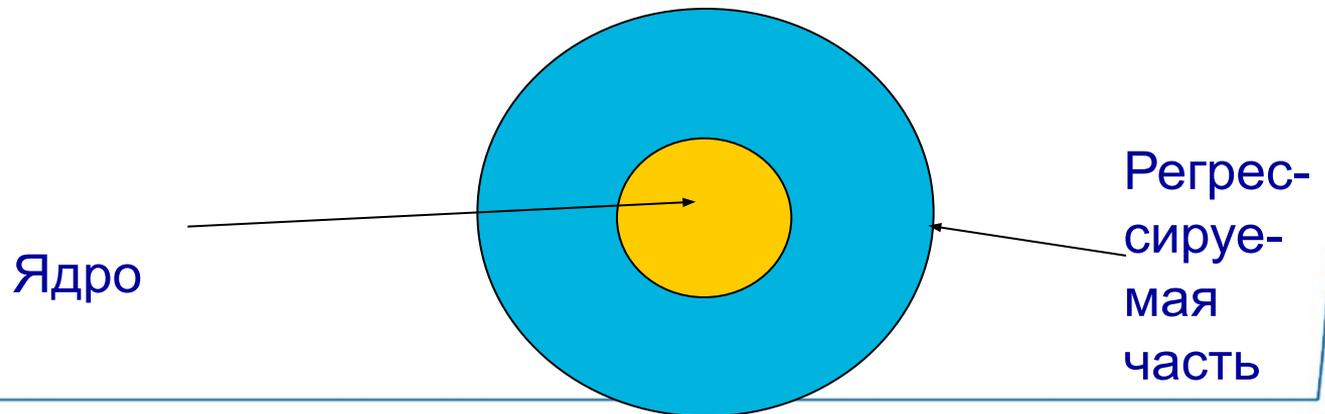
1. Тихомиров А.Л., 2006

**Лечебную тактику в отношении миомы матки определяют несколько характеристик узла:**



**Стабильное ядро** – это тот объем узла, который остается после проведенного лечения.

**Регрессируемая часть** - это тот объем узла, на который он уменьшается в результате проведенного лечения.<sup>1</sup>



1. Тихомиров А.Л., 2006

Определение клинического значения узла - для интрамурально расположенных миоматозных узлов независимо от характера роста (центрипетальный или центробежный)



Клинически незначимый размер – 15 мм

Клинически незначимый размер – усредненный ориентир, определяющий такой размер узла, наличие которого в матке, как правило, не сопровождается никакими клиническими проявлениями.<sup>1</sup>

1. Тихомиров А.Л., 2006



Для субмукозного узла - «клинически незначимого размера» не существует, так как узел любого размера может обуславливать наличие клинических проявлений.

1. Тихомиров А.Л., 2006

# Классификация миомы матки (критерий дифференцировки пациенток – размер доминантного узла в матке и его расположение)



- ❖ Клинически незначимые миомы или миомы малых размеров
- ❖ Малые множественные миомы матки
- ❖ Миома матки средних размеров
- ❖ Множественная миома матки со средним размером доминантного узла
- ❖ Миома матки больших размеров
- ❖ Субмукозная миома матки
- ❖ Миома матки на ножке
- ❖ Сложная миома матки<sup>1</sup>

1. Тихомиров А.Л., 2006

- Это миоматозные узлы размером до 15 мм.
- Диагностируются только при УЗсканировании.
- Как правило, не дают клинической симптоматики.



***С патогенетической точки зрения, миома на этой стадии еще управляема естественным гормональным фоном и не приобрела автономных механизмов роста.***

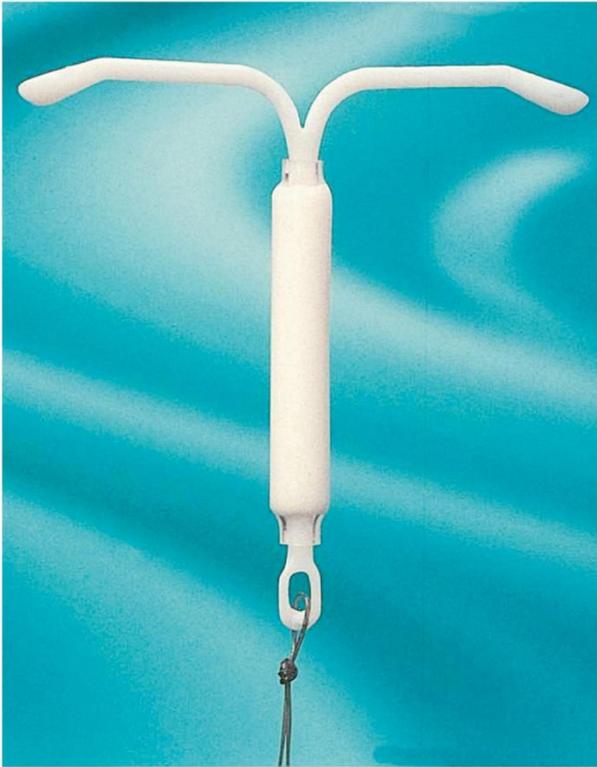


**Задача врача:**

- стабилизация размеров миоматозных узлов,**
- профилактика их дальнейшего роста**

**Возможное лечение:**

- введение левоноргестрелвыделяющей системы «Мирена»;
- низкодозированные КОК с гестагенами третьего поколения.



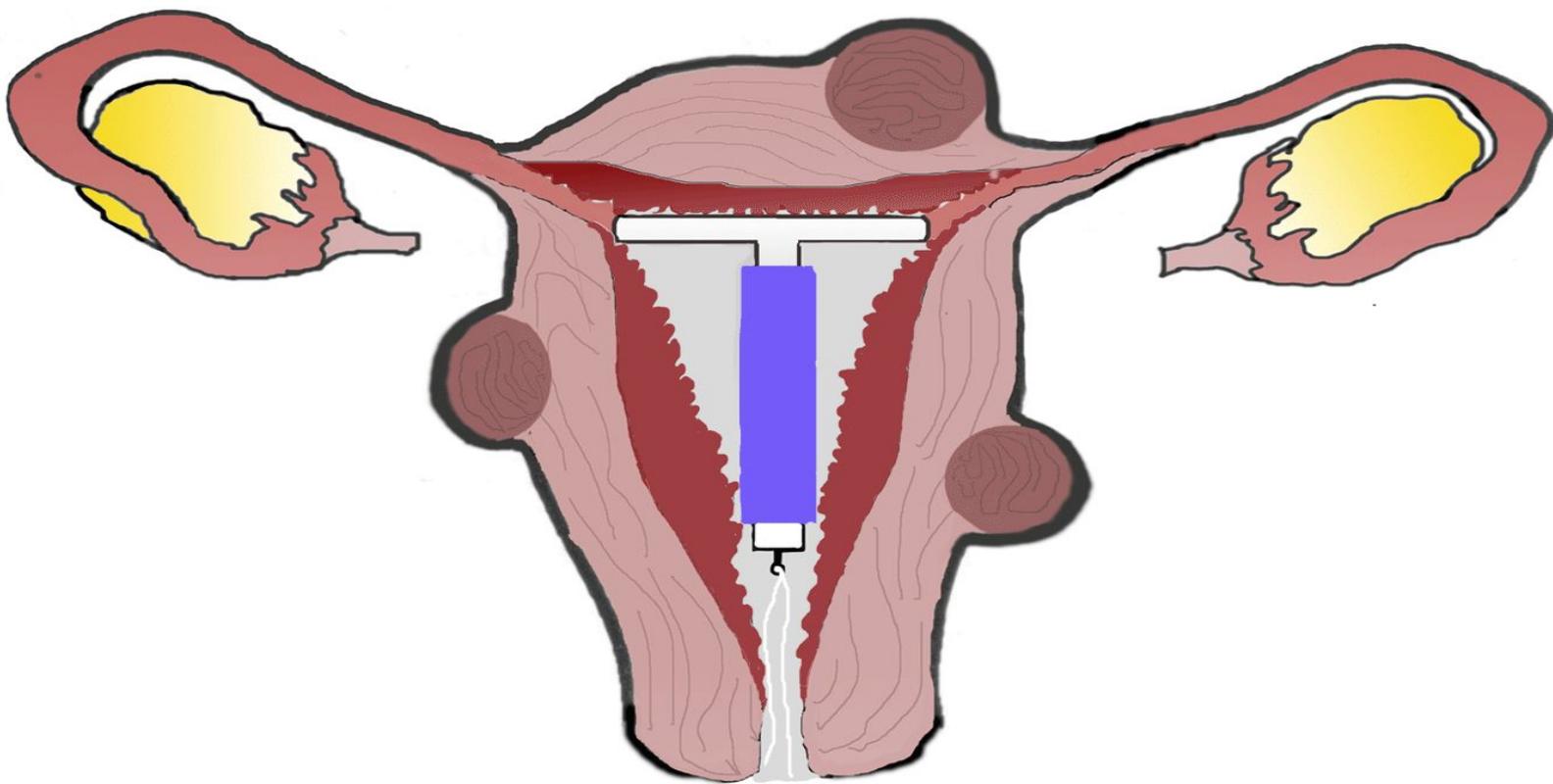
## Лечение: ЛНГ-ВМС Мирена



- Длительное применение – профилактика миомы матки
- Стабилизирующий эффект – небольшие узлы
- Использовать в качестве стабилизирующего этапа после индукторов регрессии<sup>1</sup>

1. Тихомиров А.Л., 2006

# Механизм действия ЛНГ- системы на эндометрий и миоматозные узлы



# Необходимые обследования перед установкой Мирены



1. Осмотр органов малого таза.
2. УЗИ органов малого таза вагинальным датчиком.
3. Цитология шейки матки со взятием мазков на АК
4. Анализ выделений на UVC
5. Коагулограмма, протромбиновый индекс(по показаниям)
6. Анализ крови общий
7. Анализ соскоба из полости матки
8. Обследование на ЗППП (ПЦР и ИФА)
9. УЗИ молочных желез (женщинам моложе 40 лет)
10. Маммография (женщинам старше 40 лет)

Принципиальный механизм терапевтического эффекта КОК на миому:



- подавление овуляторной функции яичников и выключение механизма образования высоких концентраций прогестерона желтым телом;
- прекращение ежемесячного естественного запуска пролиферативных процессов в миометрии;
- профилактика возможного аборта исключает воздействие на клетку повреждающего фактора – травматизации.



**Вывод:**

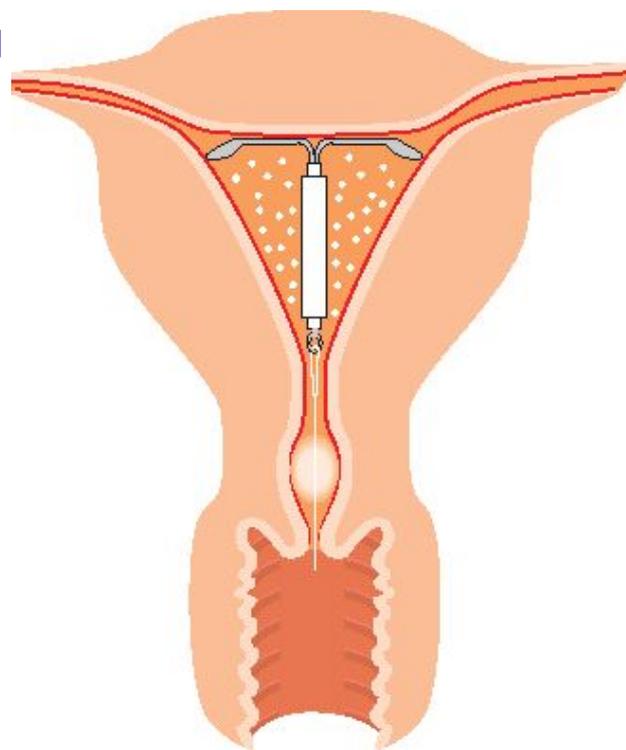
*КОК способны оказывать угнетающее воздействие на 2 вероятных звена патогенеза миомы матки и тем самым стабилизировать размеры миоматозных узлов, диаметр которых не превышает 2 см.*



- Миомы с общим объемом матки не превышающим 8 недель беременности и размерами миоматозных узлов до 20 мм.
- Клинические проявления в виде менометроррагий, дисменореи, бесплодия.
- ***С патогенетической точки зрения, миома этой категории уже начинает приобретать характеристики «автономности».***

***Возможности терапии - двухэтапная схема:***

- ❖ Курс терапии индукторами регрессии миоматозных узлов (агонисты ГнРГ и мифепристон).
- ❖ Стабилизирующая терапия в виде низкодозированных КОК или ЛНГ-системы «Мирена»





В эту группу входят женщины с единичным миоматозным узлом, размер которого не превышает 4 см.

Лечение больных этой группы зависит от наличия у них репродуктивных планов.<sup>1</sup>

1. Тихомиров А.Л., 2006



# Множественная миома матки со средним размером доминантного узла



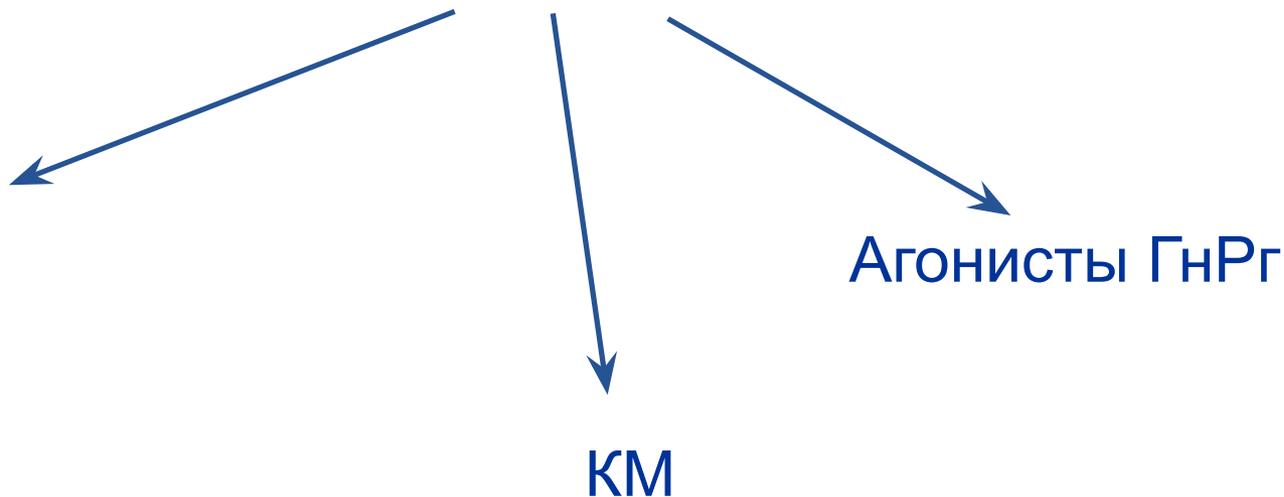
К этой группе относятся матки, содержащие множество миоматозных узлов, при этом размер доминантного миоматозного узла не должен превышать 6 см<sup>1</sup>

## Лечение:



ЭМА

## Возможно:



1. Тихомиров А.Л., 2006

## Эмболизация маточных артерий – это ...

**Цель:** полная окклюзия сосудистого русла миоматозных узлов, что достигается введением эмболизата (частицы поливинилалкоголя, желатиновая губка, микросферы “embosphere”).



В маточных артериях остается медленный остаточный кровоток, нормальные миометриальные ветви маточных артерий остаются проходимыми.

**Результат ЭМА:** инфаркт миоматозных узлов (ткань миометрия страдает в значительно меньшей степени), с последующим склерозированием и гиалинозом с четким отграничением за счет образовавшейся кальцифицированной капсулы.

## Эмболизация маточных артерий – это ...



«Постэмболический синдром»: астенизация, субфебрилитет, умеренные боли внизу живота (7-10 дней – НПВС, обильное питье, соблюдение ограничительного режима)

**Самая лучшая регрессия у интрамурально расположенных узлов, худшая – у межмышечно-подбрюшинных узлов.**

***В процессе уменьшения матки миоматозные узлы, регрессирующие медленнее, несколько меняют свою локализацию в сторону наименьшего сопротивления: узел, расположенный ближе к серозному слою, смещается к наружной поверхности матки; узел, располагающийся ближе к слизистой, может «вытолкнуться» в полость матки и родиться.***



К миомам больших размеров относят узлы, размер которых превышает 6 см

Лечение:

Миома матки больших размеров

1-3 крупных «удобных» узлов

Общий объем не более 20 нед.

↓  
КМ

↓  
ЭМА

Для маток общим объемом более 20 недель беременности выполнять эмболизацию маточных артерий не следует<sup>1</sup>

1. Тихомиров А.Л., 2006



## Лечение:

### Субмукозная миома матки

Узел менее 5 см

Возможно до 10 см

Гистерэктомия

Гистерорезектоскопия

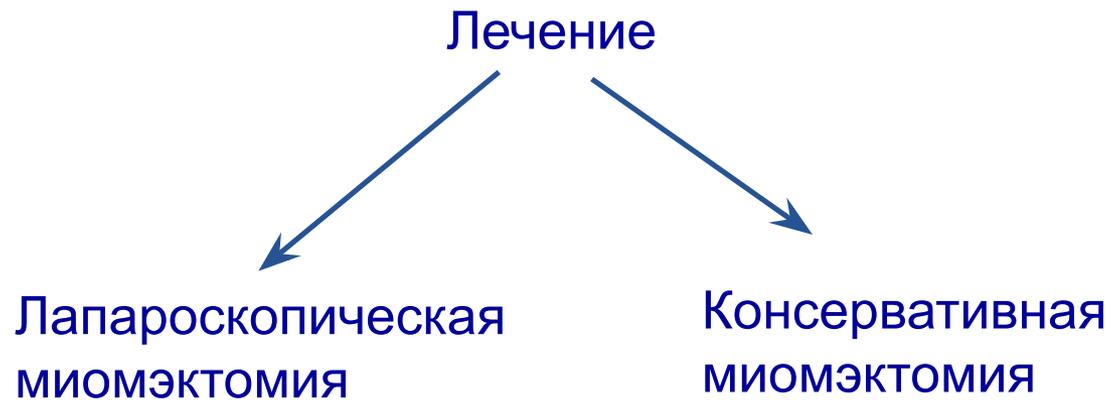
ЭМА<sup>1</sup>

Агонисты ГнРг

1. Тихомиров А.Л., 2006



В эту группу входят миоматозные узлы, расположенные субсерозно на тонком основании, подвижные.<sup>1</sup>

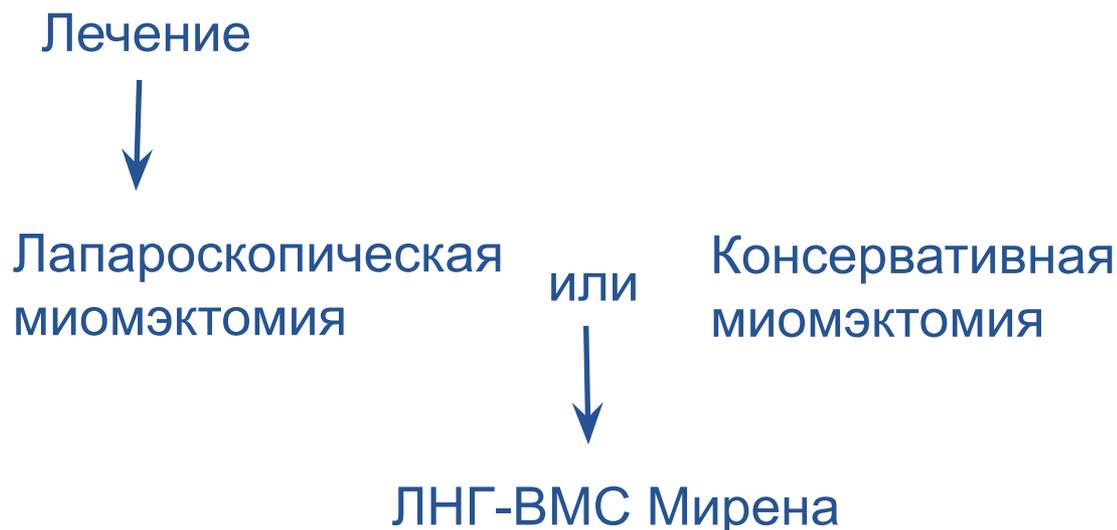


1. Тихомиров А.Л., 2006



К этой группе относятся миомы сочетанной локализации, требующие двухэтапного лечения<sup>1</sup>

Например: Множественная миома матки с единичным субсерозным узлом на тонком основании



1. Тихомиров А.Л., 2006

## Цели:

1. Убрать циклический процесс - добиться монотонности в репродуктивной системе
2. Заменить прогестерон на аналог с менее выраженным пролиферативным эффектом на клетки миометрия<sup>1</sup>



ЛНГ-ВМС Мирена



КОК



1. Тихомиров А.Л., 2006



При пятилетней продолжительности приема КОК риск развития миомы матки снижается **на 17%**

При десятилетней – **на 31%.<sup>1</sup>**

Исследование (843 женщины с миомой матки и 1557 женщин контрольной группы), выявило, что с увеличением продолжительности непрерывного приема КОК снижается риск развития миомы матки.<sup>2</sup>

1. Chiaffarino F, Parazzini F et al, 1999
2. Ross RK, Pike MC, Vessey MP et al, 1986



**В настоящий момент можно сказать, что в целом проблема миомы матки решена. Мы знаем как профилактировать это заболевание, как останавливать рост, как лечить миому матки сохраняя женщине матку и способность к деторождению. Впереди лишь период доработки и усовершенствования ...**



1. Тихомиров А.Л., 2006

Благодарим за внимание

