A stethoscope is shown in the foreground, resting on a white paper napkin. The background is a teal color with faint, light-colored puzzle pieces scattered across it. The text is centered in the upper right quadrant.

**Доброкачественные
опухоли матки Клиника,
диагностика
осложнения, лечения,
профилактика.**

Виды доброкачественных опухолей:



● лейомиома



аденома



папиллома



киста

Лейомиома

Лейомиома (син. фиброма, миома, фибромиома)

Это доброкачественная опухоль мышечной оболочки матки.

Как правило, развивается в теле матки, редко в шейке.

Наблюдается преимущественно в возрасте старше 30 лет, крайне редко до наступления половой зрелости.

В период менопаузы миома обычно уменьшается в размерах или полностью исчезает.

Классификация фибромиомы матки

I. По соотношению форменных элементов опухоли

- 1. Фибромиома — преобладание соединительной ткани (соотношение мышечной и соединительной ткани 1 :2-3).
- 2. Миома — соотношение мышечной и соединительной ткани 4—5 :1.
 - 2.1 Лейомиома — опухоль, состоящая только из гладко-мышечных клеток миометрия.
 - 2.2 Рабдомиома — опухоль, состоящая из поперечно-полосатых клеток

II. По морфологическому типу и активности пролиферативных процессов

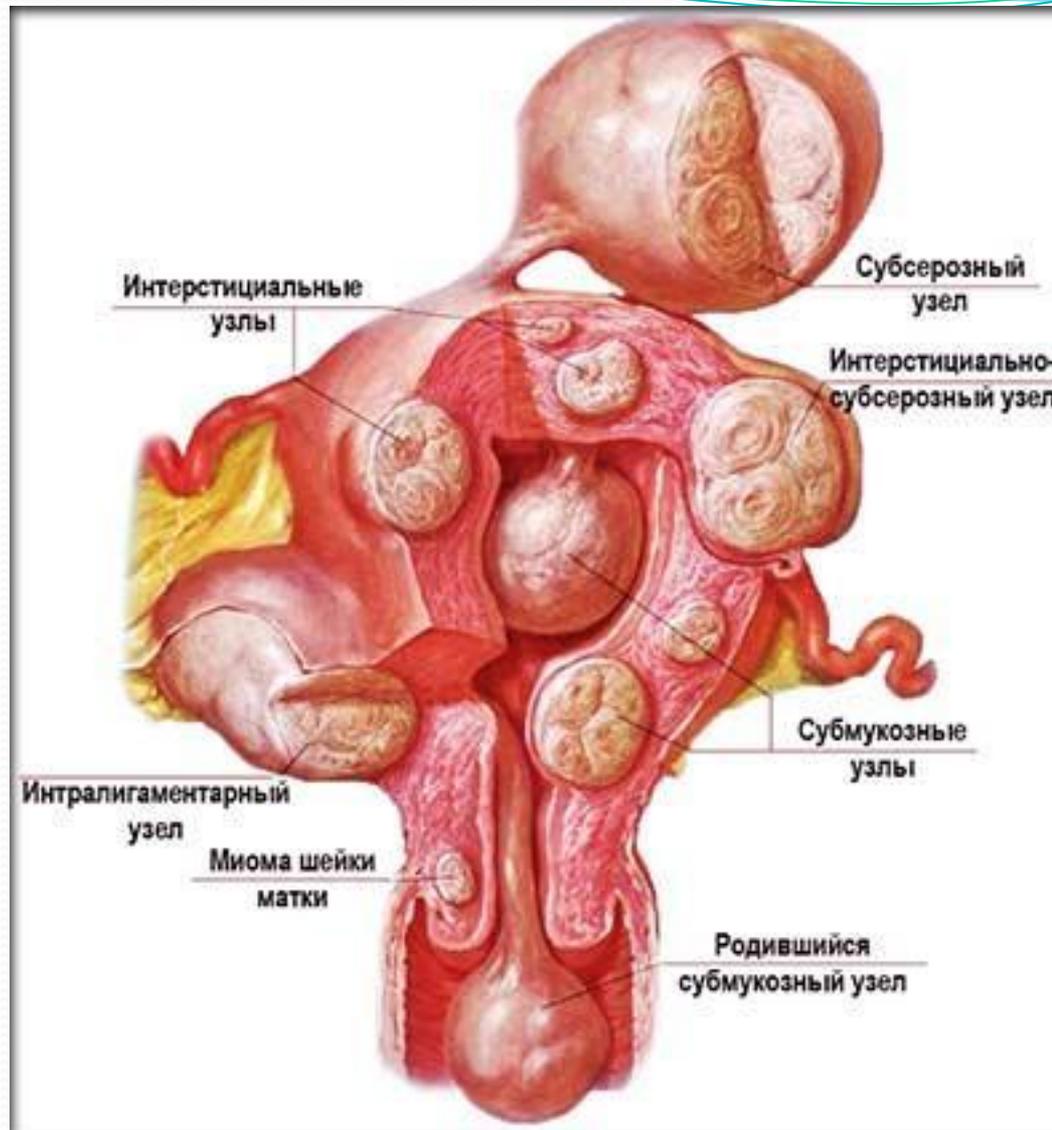
- 1. **Простая миома**, развивающаяся по типу доброкачественной мышечной гиперплазии — медленный рост, пролиферативные процессы не выражены.
 - 2. **Пролиферирующая миома**, обладающая морфогенетическими критериями истинной доброкачественной опухоли — повышена митотическая активность, быстрый рост, не имеет атипических клеток миометрия.
 - 3. **Предсаркома** — характеризуется наличием множественных элементов с явлениями атипии, неоднородностью ядер клеток с крупными гиперхромными ядрами.

III. По характеру роста и локализации узлов

А. Диффузный рост фибромиомы

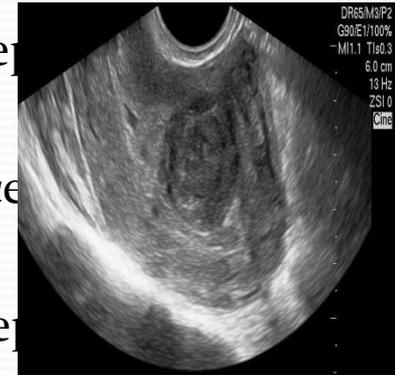
Б. Узловатый рост фибромиомы:

1. Интерстициальное (интрамуральное) расположение узлов — опухоль находится в толще мышечного слоя стенки матки.
2. Субсерозное (подбрюшинное) расположение узлов — рост опухоли происходит под серозную оболочку матки в сторону брюшной полости.
3. Под слизистое (субмукозное) расположение узлов — опухоль растет в сторону полости матки, деформируя ее.
4. Интралигаментарное (межсвязочное) расположение узлов — рост опухоли в сторону параметрия между листками широкой связки матки.



IV Клинико-ультразвуковая классификация лейомиомы матки

- Тип I — один или множественные мелкие интрамуральные или субсерозные узлы (менее 3 см). Субмукозные узлы отсутствуют.
- Тип II — один или множественные интрамуральные или субсерозные узлы (3–6 см). Субмукозные узлы отсутствуют.
- Тип III — один или множественные интрамуральные или субсерозные узлы (более 6 см). Субмукозные узлы отсутствуют.
- Тип IV — один или множественные интрамуральные или субсерозные узлы. Подозрение или наличие субмукозного узла.



Причины

- Гормональный дисбаланс (нарушение соотношения женских половых гормонов на протяжении менструального цикла — повышенный уровень эстрогенов).
- Генетическая предрасположенность.
- Прием гормональных препаратов (содержащих эстроген).
- Частые акушерско-гинекологические манипуляции (аборты, диагностические выскабливания полости матки и т.д.).

Патогенез

гиперэстрогения.

нарушения метаболизма эстрогенов

стимулирующее действие прогестерона.

Клиника

- маточные кровотечения
- анемия
- гормональными нарушениями
- боль и тяжесть внизу живота
- нарушением правильного функционирования смежных органов (частое мочеиспускание, запоры, пр.)
- общая слабость, тяжесть при ходьбе;
- отечность, варикозные расширения

Диагностика

Физикальные методы исследования

- **Опрос**



- характеристика боли
- нарушения менструального цикла (МЦ)
- снижение полового влечения
- перенесенные заболевания,
- операции;
- заболевания надпочечников, ЩЖ; эмоциональные нагрузки.

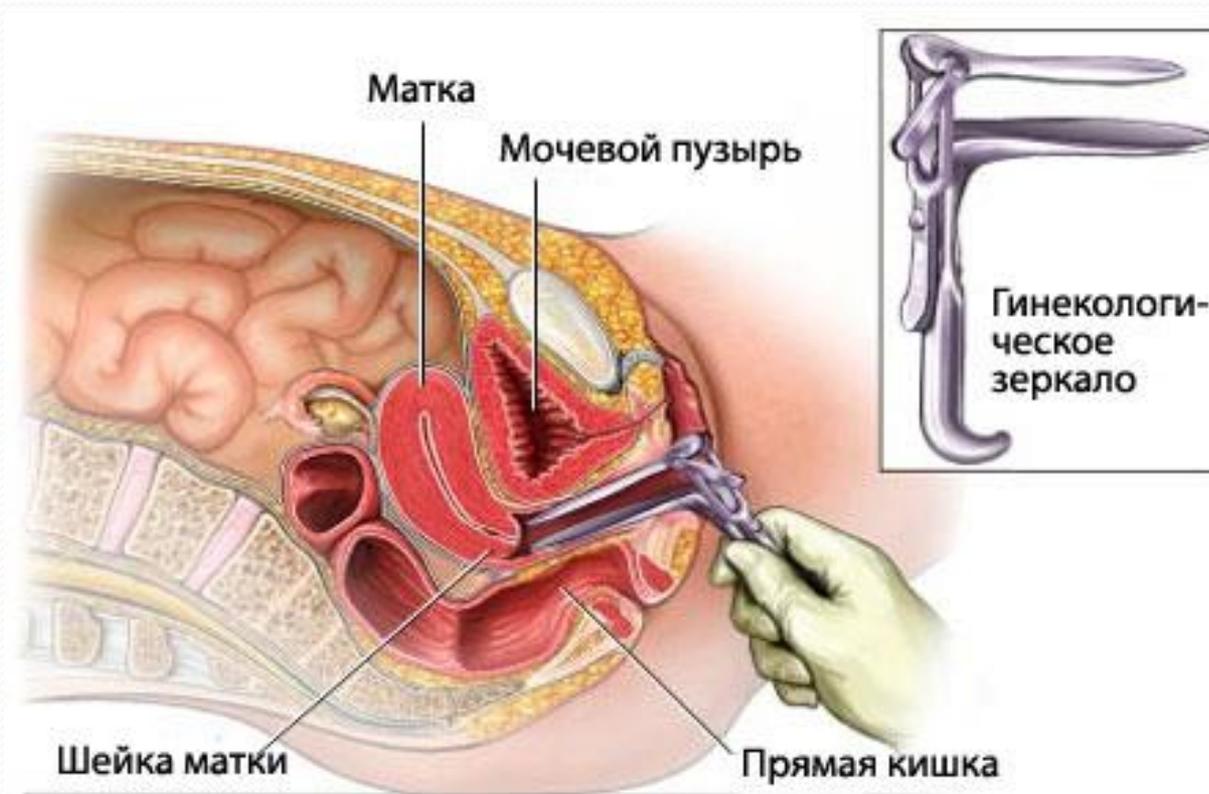
- **Глубокая пальпация живота** – наличие опухолевидного образования, болезненность.



● Осмотр наружных половых органов.



- **Осмотр в зеркалах** – выявление деформации шейки, наличие рождающихся узлов.



- **Бимануальное гинекологическое обследование** – подвижность, болезненность, величина, консистенция матки и лейоматозных узлов



● **Лабораторные методы исследования**

Обязательные:

- тест на беременность.
- определение группы крови и резус-фактора;
- общий анализ крови – признаки анемизации;
- общий анализ мочи;
- определение концентрации глюкозы в крови;
- исследование биохимических показателей крови;
- бактериоскопический анализ выделений.

При наличии показаний:

- гормональное исследование состояния гипофизарно-гонадотропной системы;
- гормональная кольпоцитология;
- исследование функции ЩЖ.

● Инструментальные методы исследования

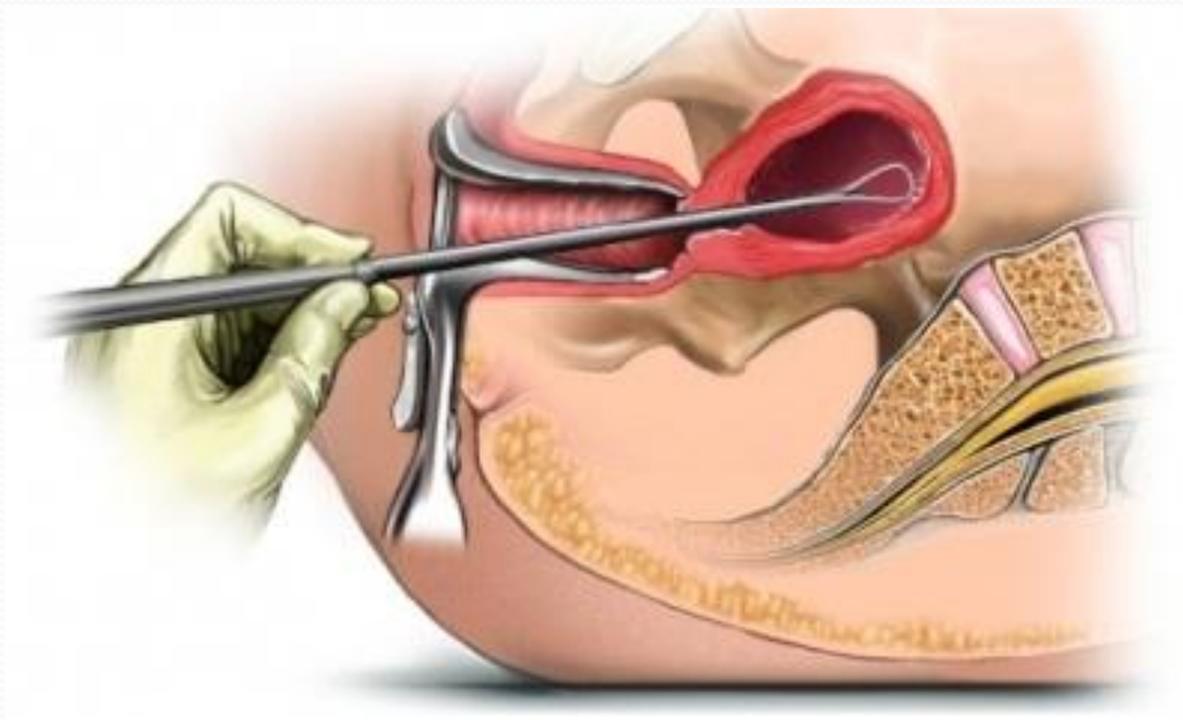
• УЗИ



Лейомиома матки при беременности



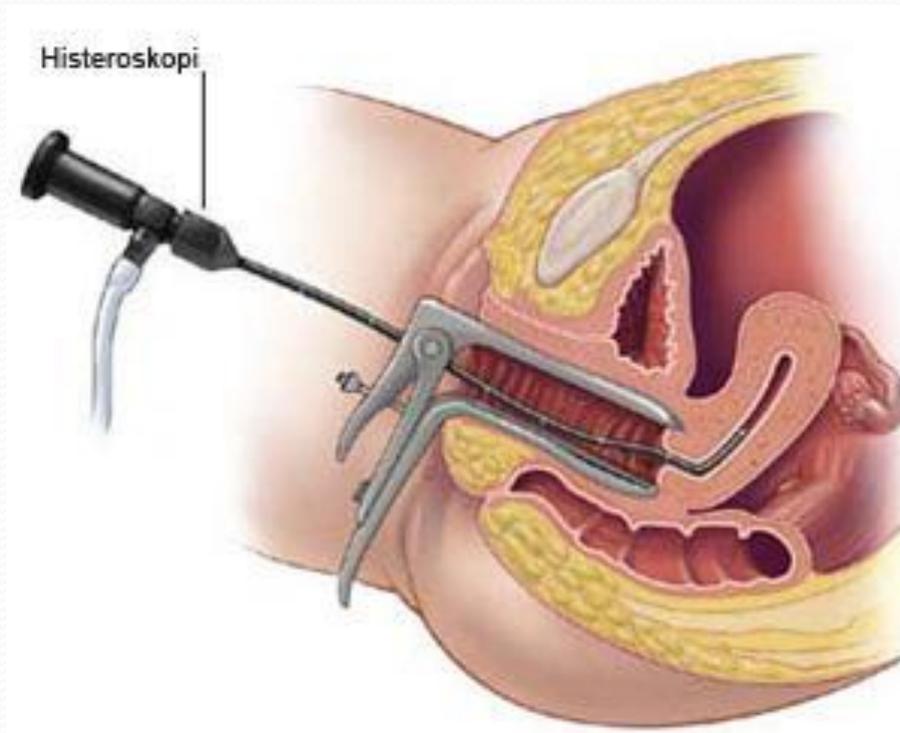
- **раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки.**



- **лапароскопия** – в сложных случаях дифференциальной диагностики фиброматозных узлов и опухолей придатков;



гистероскопия – визуализация подслизистых лейоматозных узлов, патологических изменений эндометрия, возможность выполнения внутриматочных операций с применением электро-, крио- или лазерохирургии



Дифференциальная диагностика:

- **• рак тела матки;**
- доброкачественные опухоли яичников;**
- беременность.**

Лечение

Консервативная терапия

Комбинированная терапия

Хирургическое лечение

Консервативная терапия ЛМ

Показаниями к консервативному лечению являются:

- желание женщины сохранить репродуктивную функцию;
- клинически малосимптомное течение заболевания;
- миома, не превышающая размеры беременной матки на 12 нед;
- медленный рост узлов;
- интрамуральное или субсерозное (на широком основании) расположение узла;
- миома, сопровождающаяся заболеваниями с высоким анестезиологическим и/или хирургическим риском;
- консервативное лечение в качестве подготовительного этапа к операции или реабилитационной терапии в послеоперационном периоде после выполнения миомэктомии.

● **Комбинированная терапия миомы матки**

Комбинированная терапия ЛМ заключается в применении хирургического лечения в виде консервативной миомэктомии на фоне медикаментозной терапии – использования аГн-РГ в до- и послеоперационном периодах.

Показания для комбинированной терапии:

- заинтересованность женщины в сохранении матки и репродуктивной функции;
- лейомиома с большим количеством узлов;
- лейомиома с узлами размером более 5 см.

Комбинированная терапия проводится в три этапа:

I – 2-4 инъекции аГн-РГ с интервалом в 28 дней;

II – консервативная миомэктомия;

III – третья инъекция аГн-РГ.

Преимущества проведения хирургических вмешательств на фоне назначения аГн-РГ:

- уменьшение размеров узлов, васкуляризации и кровопотери;
- сокращение времени операции;
- уменьшение срока нормализации функциональной массы и размеров матки после выполнения консервативной миомэктомии.

Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению миомы

1. Симптомная лейомиома:

- геморрагический синдром – обильные продолжительные менструации (меноррагии) или ациклические кровотечения (метроррагии);
- болевой синдром;
- наличие хронической анемизации;
- симптомы сдавления смежных органов.

2. Величина опухоли, превышающая размеры беременной матки на 13-14 нед.

3. Наличие субмукозного узла (вызывает обильные кровотечения, которые приводят к стойкой анемизации больной). Нередко при этом матка не достигает больших размеров, в некоторых случаях – лишь немного увеличена. Срочная помощь нужна при образовании подслизистого узла.

4. Подозрение на нарушение трофики узла – при асептическом некрозе инфекция может распространиться гематогенным или лимфогенным путем.

5. Наличие субсерозного узла лейомиомы на ножке (в связи с возможностью перекрута узла).

6. Быстрый рост

7. Наличие атипичных форм расположения узлов лейомиомы. Интралигаментарная локализация обуславливает появление боли вследствие сдавления нервных сплетений и нарушения функции почек из-за сдавления мочеточников. Шеечное расположение узлов, как правило, приводит к нарушению функции смежных органов.

8. Лейомиома в сочетании с передраковой патологией эндометрия или яичников, опущением или выпадением матки.

9. Бесплодие или невынашивание беременности вследствие ЛМ (необходимо исключить другие факторы, которые могут обусловить эту патологию, и точно оценить расположение узлов).

Классификация хирургического лечения ЛМ

1. Консервативное хирургическое лечение (органосохраняющие операции):

- а) лапароскопическая миомэктомия;
- б) гистероскопическая миомэктомия;
- в) лапаротомия с миомэктомией;
- г) чрескожная и чрескатетерная эмболизация маточных артерий.

2. Радикальное хирургическое лечение:

а) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки):

- лапароскопическая;
- трансвагинальная;
- лапаротомическая.

б) субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки):

- лапароскопическая;
- трансвагинальная;
- лапаротомическая.

Профилактика фибромы матки

Своевременное и
достаточное лечение
инфекционно-
воспалительных
заболеваний
репродуктивной системы

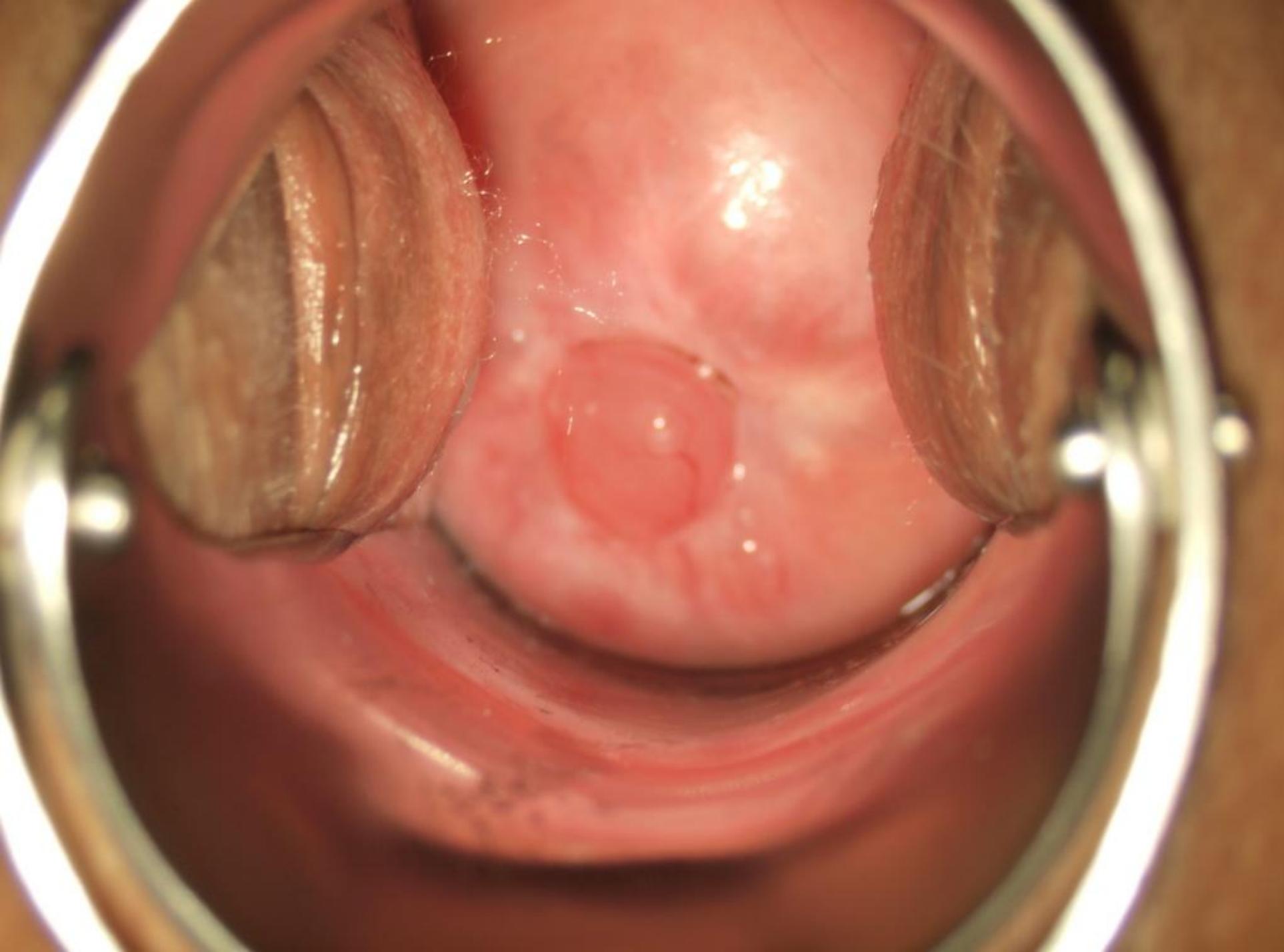
Регулярное
посещение гинеколога
(2 раза в год).

Специфический метод
профилактики —
первые роды до 25 лет.

Исключение аборт

Аденома

Аденомой матки называют опухолевидное разрастание клеток. Врачи и ученые не имеют единой точки зрения насчет отнесения аденомы к какому-либо классу заболеваний. Некоторые считают аденому опухолью. По мнению многих специалистов, аденома – это не истинная опухоль, а результат гормональных нарушений в организме женщины. Третьи считают аденому следствием перенесенных воспалительных заболеваний. Чаще всего аденома проявляется в форме полипов (разрастания слизистой, похожи на бородавки, только находятся внутри органов). Аденома возникает из-за нарушения функционирования эндометрия – слизистой оболочки матки.





SP/General
E9-4/CH7MHz
DR70/M2/P2
G70/E1/100%
-MI1.0 TIs0.3
6.0 cm
12 Hz
ZSI 0
Text

Z

ПОЛИП



Классификация

- **В зависимости от времени появления аденома бывает:**
 - врожденной;
 - приобретенной.
- **В зависимости от характера разрастания опухоли:**
 - диффузной;
 - узловой.
- **В зависимости от места возникновения:**
 - аденома тела матки;
 - аденома шейки матки.
- **Специалистами замечено, что риск возникновения аденомиоза увеличивается после хирургических операций на матке, перенесенных воспалительных процессов.**

Избыточный
вес

Низкий
уровень
физических
нагрузок.

Генетическая
предрасполож
енность.

Нерегулярная
половая
жизнь.

Некоторые
контрацепт
ивы.

Инфекцион
ные
заболевания.

СИМПТОМЫ

Бесплодие.

Ациклические
кровотечения.

Контактные
кровотечения.

Слизистые или слизисто-
кровянистые выделения.

Нарушение менструального цикла.

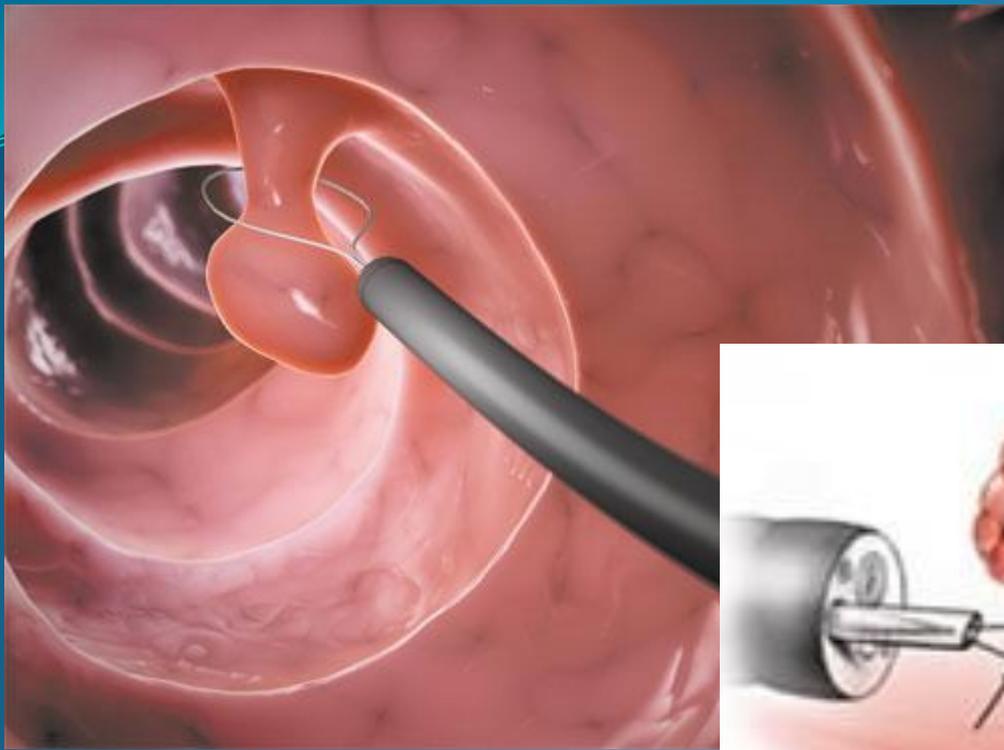
Боли в низу живота после середины
цикла.



Лечение

Гормональное. Применяется, если разрастания имеют небольшие размеры, функции организма не нарушены. Метод направлен на прекращение роста узлов. Гормональный препарат вводится в виде внутренней инъекции раз в месяц на протяжении 2-4 месяцев в зависимости от препарата и индивидуальных особенностей пациентки. Программу лечения, препарат, дозы назначает врач после соответствующего обследования.

Хирургическое. Основной метод лечения при сбое менструального цикла, больших размерах разрастаний. Полип с тонкой ножкой удаляют откручиванием. На толстую ножку полипа накладывают лигатуру (специальную нить) и рассекают ножку.



набрасывание и затягивание диатермической петли

ножка полипа

papillomnet.ru

The diagram illustrates the three stages of snare polypectomy. The top-left panel shows the snare wire loop being placed around the base of a polyp and tightened. The top-right panel shows the polyp completely detached from the mucosa, leaving a small stalk. The bottom-left panel shows the snare wire loop being used to cut the stalk. The bottom-right panel is an endoscopic view showing the stalk being cut with a scalpel, with the label 'ножка полипа' (stalk of the polyp) pointing to it. The website 'papillomnet.ru' is visible in the bottom right corner.