



МИОМА МАТКИ

1 Миомы, расположенные в толще мышечного слоя матки (1) и под ее слизистой оболочкой (2)



Миома матки – доброкачественная гормонозависимая опухоль у женщин репродуктивного возраста, которая образуется в результате гипертрофии и пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани матки.

Миома матки встречается у 15 – 17% женщин старше 30 лет – до постменопаузы. В постменопаузе, как правило, происходит обратное развитие опухоли.

Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10 – 27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1 – 2,5% женщин. В гинекологических хирургических стационарах оперативное вмешательство по поводу миомы матки производят более чем у 50% больных.

К основным факторам риска, способствующим возникновению миомы матки, относят:

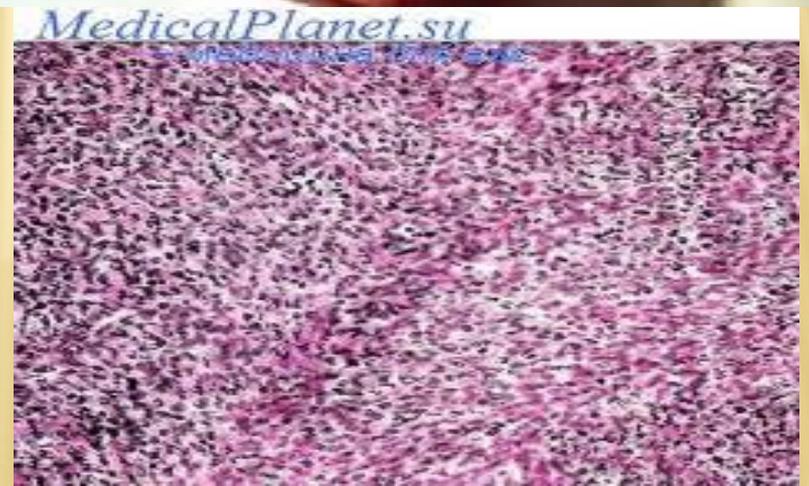
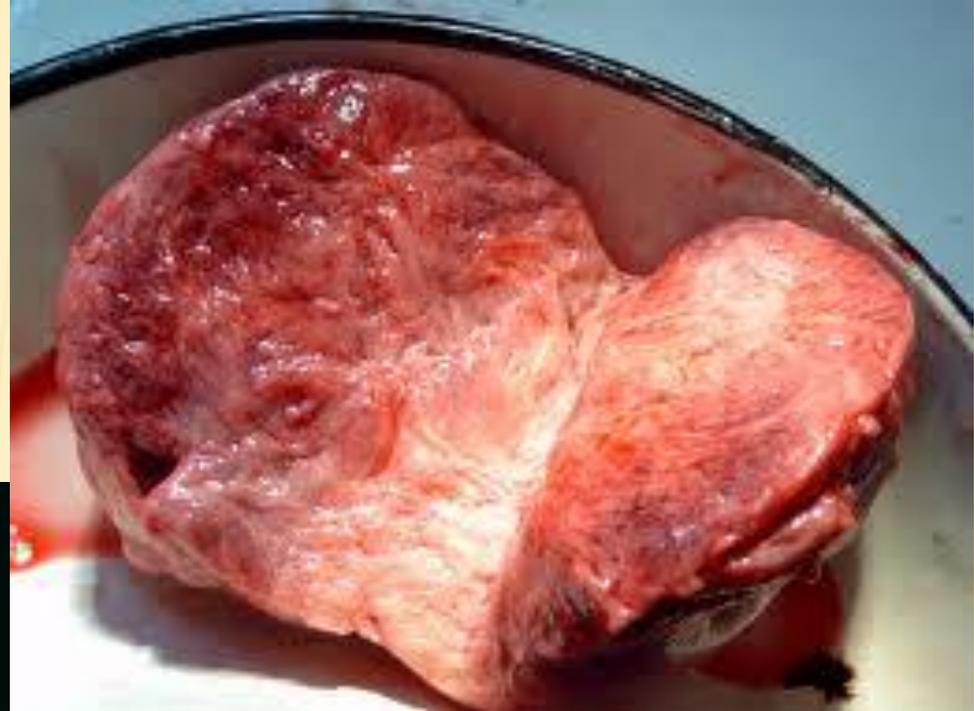
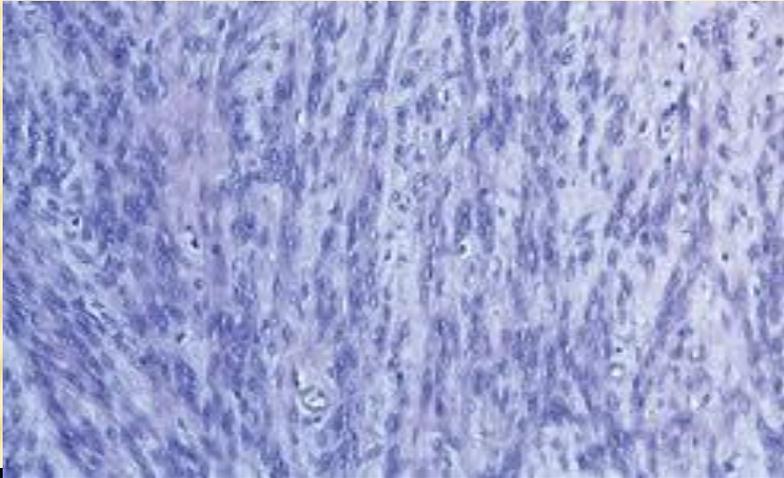
- поздняя менструация;**
- обильные менструации;**
- высокую частоту медицинских абортов;**
- наличие экстрагенитальной патологии (особенно сердечно-сосудистой);**
- воспалительные процессы внутренних половых органов;**
- нарушение гемодинамики малого таза;**
- метаболические нарушения в организме женщины (ожирение);**
- вторичные иммунодефицитные состояния;**
- отягощенный семейный анамнез онкологическими заболеваниями половой системы и других органов (рак эндометрия, шейки матки, яичников, молочной железы, желудка, пищевода, печени).**

КЛАССИФИКАЦИЯ

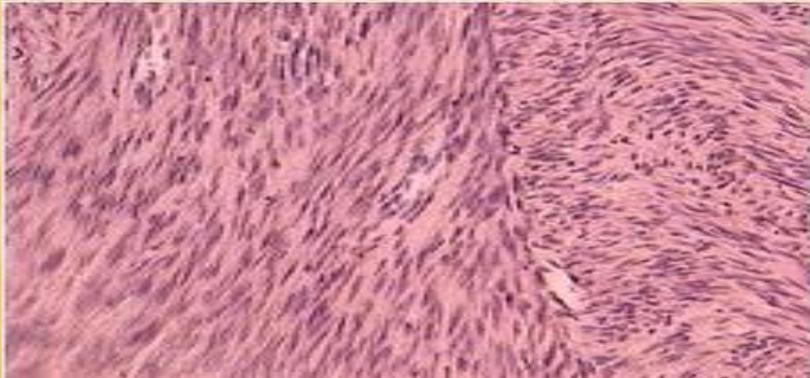
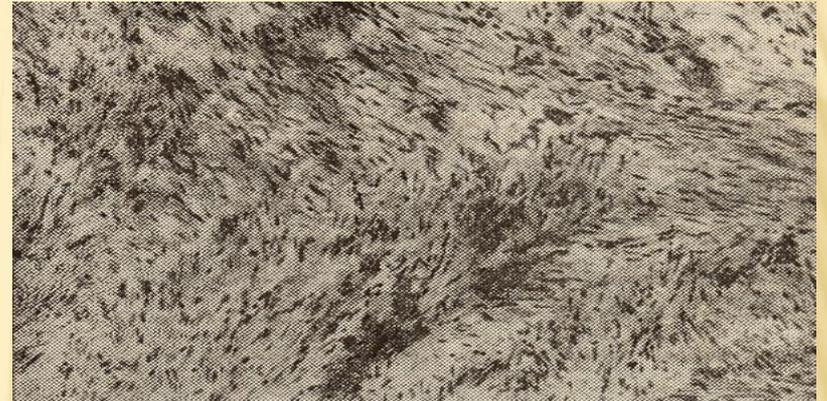
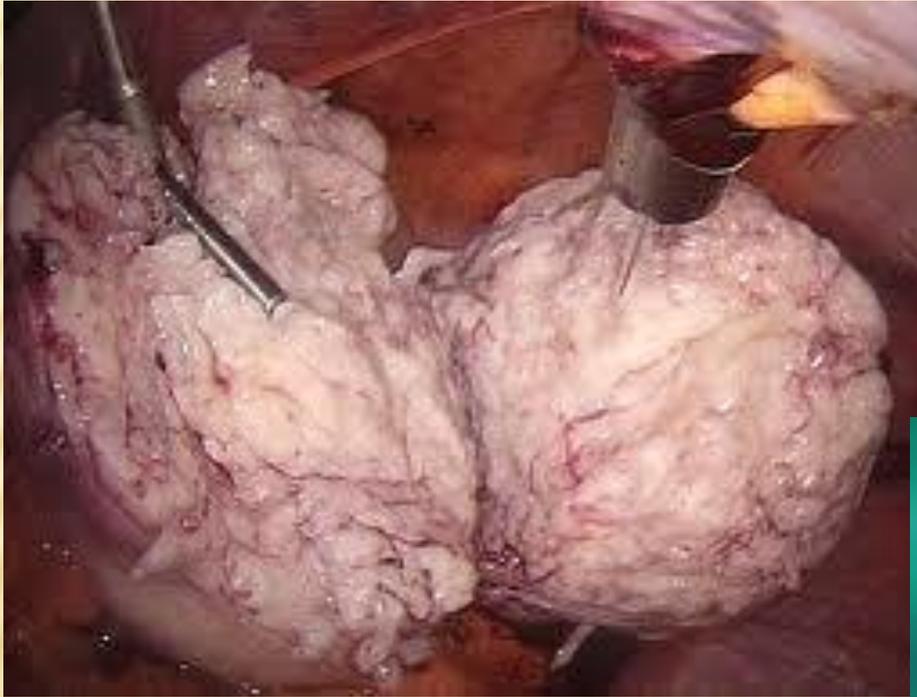
I. По соотношению форменных элементов опухоли:

- ▣ **Фибромиома – преобладание соединительной ткани;**
- ▣ **Лейомиома – опухоль, состоящая только из гладкомышечных клеток миометрия;**
- ▣ **Рабдомиома – опухоль, состоящая из поперечнополосатой мышечных клеток.**

ЛЕЙОМИОМА



ФИБРОМИОМА

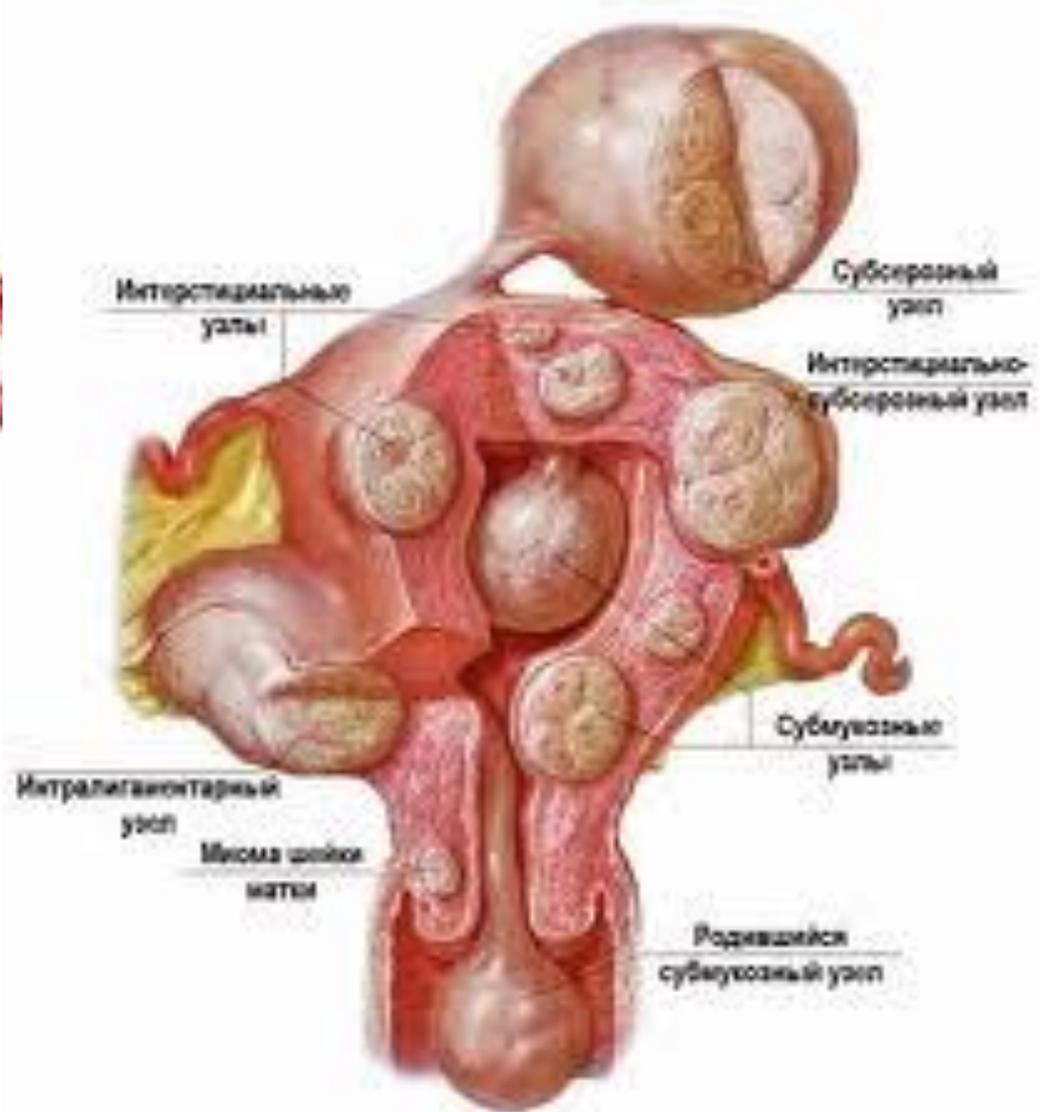


II. По морфологическому типу и активности пролиферативных процессов:

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

III. По характеру роста и локализации узлов:

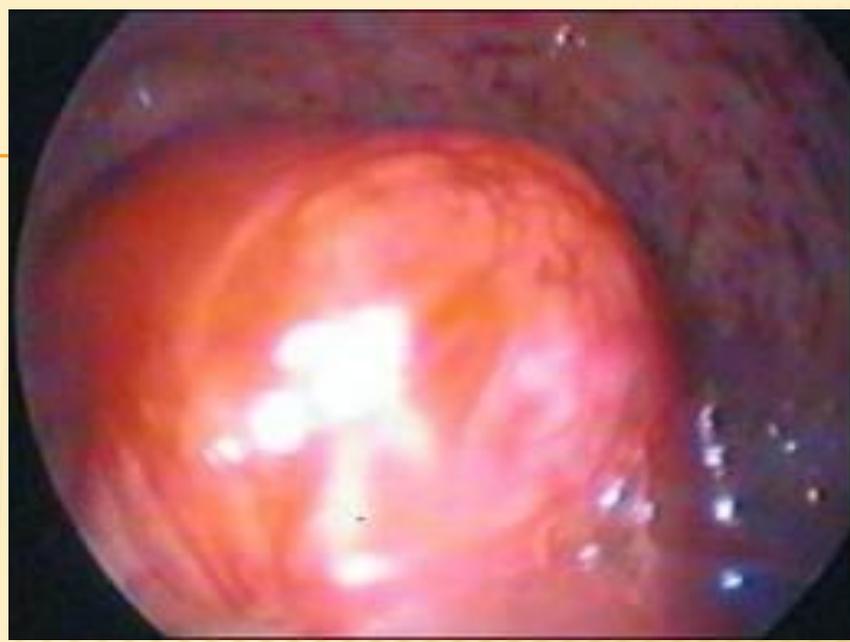
- **Диффузный рост миомы;**
- **Узловой рост миомы:**
- **Интерстициальное (интрамуральное) расположение узлов – опухоль находится в толще мышечного слоя стенки матки.**
- **Субсерозное (подбрюшинное) расположение узлов - рост опухоли происходит под серозную оболочку матки в сторону брюшной полости.**
- **Подслизистое (субмукозное) расположение узлов - опухоль растет в сторону полости матки, деформируя её.**
- **Интралигаментарное (межсвязочное) расположение узлов – рост опухоли в сторону параметрия между листками широкой связки матки.**



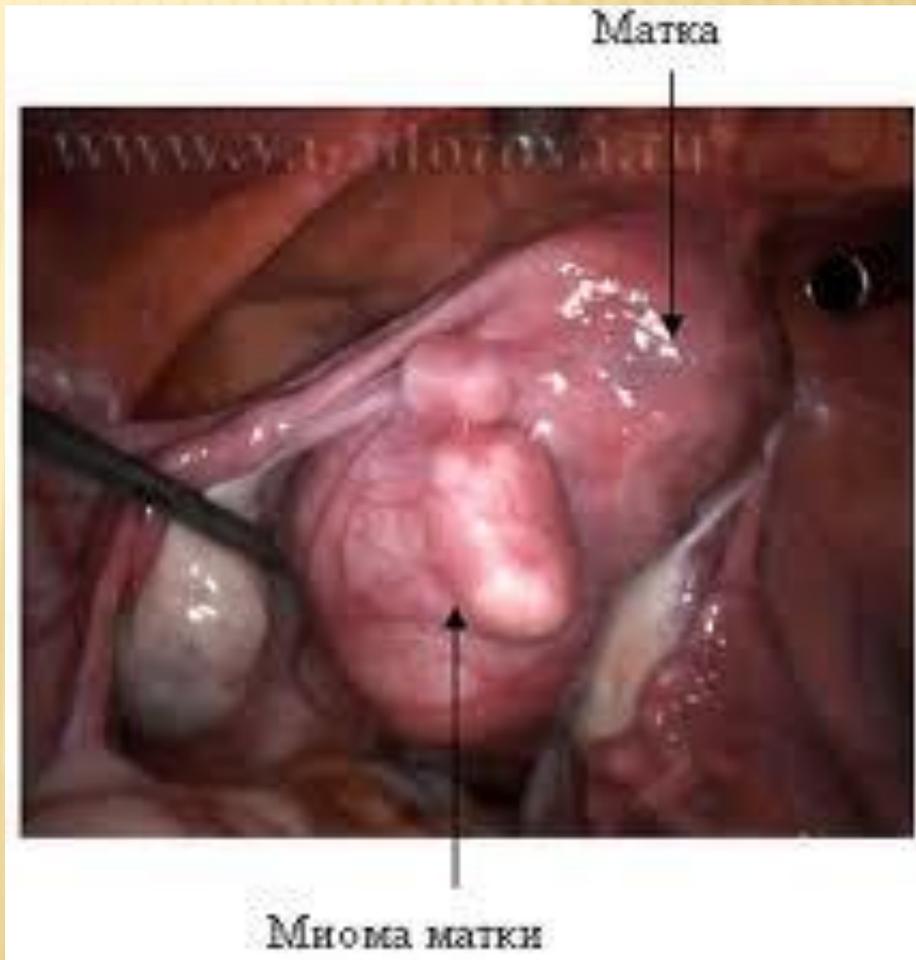
СУБМУКОЗНАЯ МИОМА



Субмукозный миоматозный узел
в дне матки



СУБСЕРОЗНАЯ МИОМА



ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ МИОМА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ



МНОЖЕСТВЕННЫЙ РОСТ УЗЛОВ



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Жалобы больных зависят от многих факторов: локализации и величины опухоли, вторичных изменений в миоматозных узлах, продолжительности заболевания, наличия сопутствующих изменений в половых органах.

Основными симптомами являются – кровотечение, боли, сдавление соседних органов, рост опухоли.

Кровотечения носят характер *гиперполименореи* (длительные и обильные менструации). Кровотечение при миоме матки обусловлено растяжением полости матки миоматозными узлами и увеличением внутренней поверхности, с которой происходит десквамация эндометрия во время менструации. Вследствие этого увеличивается количество крови, теряемой во время менструации. Кроме того, нарушается сократительная способность матки.

Болевой синдром вызван натяжением связочного аппарата матки, растяжением брюшины, покрывающей матку, а также давлением растущей опухоли на окружающие ткани.

Боли могут носить различный характер, интенсивность и продолжительность. Локализуются в нижних отделах живота и в пояснице. Постоянные ноющие боли обусловлены растяжением брюшины, покрывающей эти узлы. Выраженные длительные боли связаны с быстрым ростом опухоли.

При нарушении кровоснабжения в узле,
возникшем внезапно, боли носят острый характер,
вплоть до развития клинической картины
«острого живота».

При больших размерах и медленном, постепенном
росте миомы матки боли ноющего, тянущего
характера отмечаются постоянно на протяжении
всего менструального цикла.

Схваткообразные боли во время менструации
наблюдаются при подслизистой локализации
опухоли.

Давление на соседние органы зависит от расположения и направления роста узлов.

При расположении миоматозного узла передней поверхности матки боли иррадируют в область мочевого пузыря. Давление на мочевой пузырь вызывает нарушение мочеиспускания.

Если миоматозный узел растет на задней поверхности матки, боли часто иррадируют в прямую кишку, сдавление прямой кишки вызывает нарушения дефекации.

Наиболее частые осложнения при миоме матки:

- ▣ нарушение питания миоматозного узла, с последующим его некрозом;
- ▣ острое кровотечение при рождающемся субмукозном узле;
- ▣ выворот матки при рождающемся субмукозном миоматозном узле;
- ▣ перекрут ножки подбрюшинного узла;
- ▣ невынашивание беременности.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Заподозрить миому матки можно во время обычного гинекологического исследования – пальпируется увеличенная в размерах, подвижная, безболезненная матка плотной консистенции с узловатой, бугристой поверхностью.

Уточнить диагноз, определить размеры, количество и локализацию миоматозных узлов позволяет УЗИ. Для подтверждения подслизистых узлов используют гистероскопию, гистеросальпингографию.

СУБМУКОЗНАЯ МИОМА



ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ ПРИ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЕ



МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Современные тенденции в лечении миомы матки:

- ▣ более активная тактика ведения больных;
- ▣ рост органосохраняющих операций;
- ▣ более широкое применение медикаментозного лечения;
- ▣ внедрение малоинвазивных технологий.

Медикаментозное лечение миомы матки

основано на концепции о гормонзависимом характере этой опухоли и использовании средств, тормозящих её развитие.

Медикаментозное лечение направлено на:

- торможение роста опухоли,**
- уменьшение размеров матки,**
- сохранение репродуктивной функции у пациенток фертильного возраста,**
- улучшение качества жизни.**

Показания к медикаментозному лечению миомы:

- **величина опухоли, увеличивающая размер матки менее чем до 12-13 недель беременности;**
- **интерстициальное и субсерозное расположение узлов (на широком основании);**
- **наличие противопоказаний к оперативному лечению;**
- **отсутствие маточных кровотечений, приводящих к анемии;**
- **в качестве адъювантной терапии.**

Основой консервативной терапии являются гормональные препараты.

Медикаментозное лечение целесообразно проводить при размерах миоматозных узлов до 3см.

Механизм действия препаратов, применяемых для лечения миомы матки, заключается во временном и обратимом угнетении функции яичников.

- 1. Агонисты ГнРГ широко используются для лечения миомы в качестве неоадьювантного лечения и в виде длительной монотерапии. Механизм действия основан на блокаде секреции гонадотропинов и яичниковых гормонов, что вызывает состояние «обратимой медикаментозной кастрации».**

Неoadъювантное лечение длительность курс 3 – 4 месяца, введение препарата начинают в первые 5 дней менструального цикла, 1 раз в 28 – 30 дней:

- ▣ Гозерелин («Золадекс») – подкожно 3,6 мг;
- ▣ Декапептил депо («Трипторелин») – в/м по 3,75 мг;
- ▣ Диферелин – в/м по 3,75 мг;
- ▣ Бусерелин – в/м по 3,75 мг;
- ▣ Люкреин-депо – в/м или п/к по 3,75 мг.

Монотерапия агонистами ГнРГ – длительность курса лечения составляет 6 месяцев, 1 раз в 28-30 дней. Возможно долгосрочные курсы с перерывом на 3 месяца.

2. **Антигонадотропные препараты.** Механизм действия основан на подавлении максимальных выбросов ЛГ и ФСГ, что вызывает хроническую ановуляцию. Длительность курса составляет 3 – 6 месяцев (возможно до 12 месяцев).
- Даназол по 1 капсуле (100 или 200 мг) 4 или 2 раза в сутки (суточная доза 400 мг).
 - Гестринон («Неместран») перорально, стартовая доза по 2,5 мг 2 раза в неделю.
3. **Антипрогестагены.** Механизм действия – конкурируют с прогестероном на уровне клеточ-мешеней за взаимодействие с рецепторами, необратимо блокируя их. Длительность лечения 3-6 месяцев. Используют в качестве неоадьювантного лечения и монотерапии:
- Мифепристон перорально по 50 мг в день, непрерывно.

4. Прогестагены. Малоэффективны при лечении миомы матки. Показаны при сочетании миомы матки небольших размеров и гиперплазии эндометрия. Наиболее эффективный метод терапии – внутриматочная гормональная система «Мирена» (ВМК с левоноргестрелом), выделяющая левоноргестрел в полость матки по 20 мкг в сутки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ:

- Размеры матки с миомой более 12 недель беременности**
- Субмукозные миомы и интерстициальные миомы с центрипетальным ростом узла**
- Быстрорастущие миомы (более 4 недель в год)**
- Миомы с кровотечениями и выраженным болевым синдромом**
- Миомы в сочетании с другими заболеваниями гениталий (опухоли яичников, эндометриоз, опухолевидные образования в области придатков матки)**
- Соматическая патология (артериальная гипертония, ожирение, сахарный диабет, варикозное расширение вен, синдром гиперкоагуляции).**

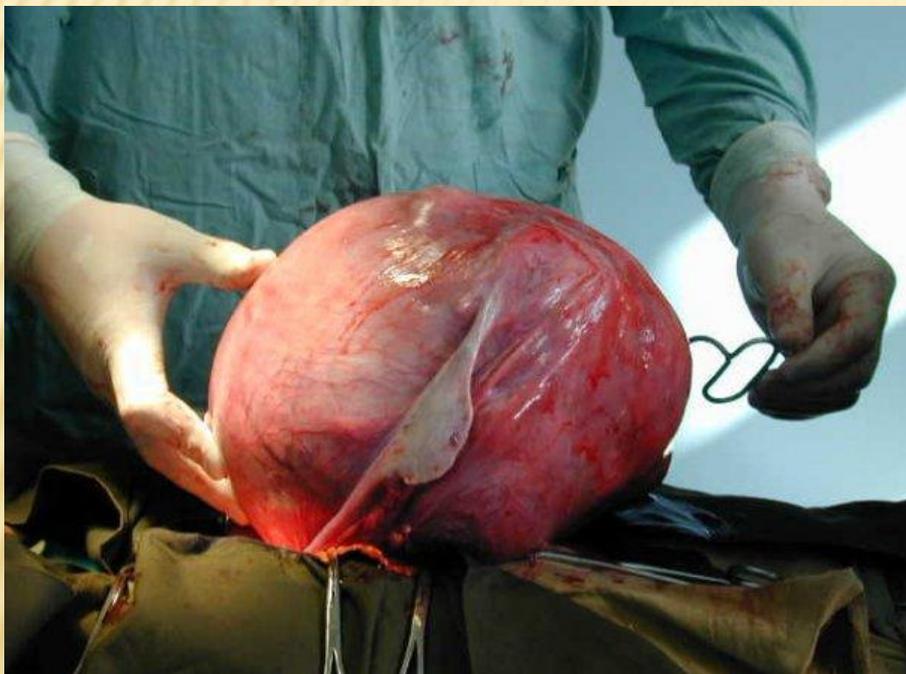
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ

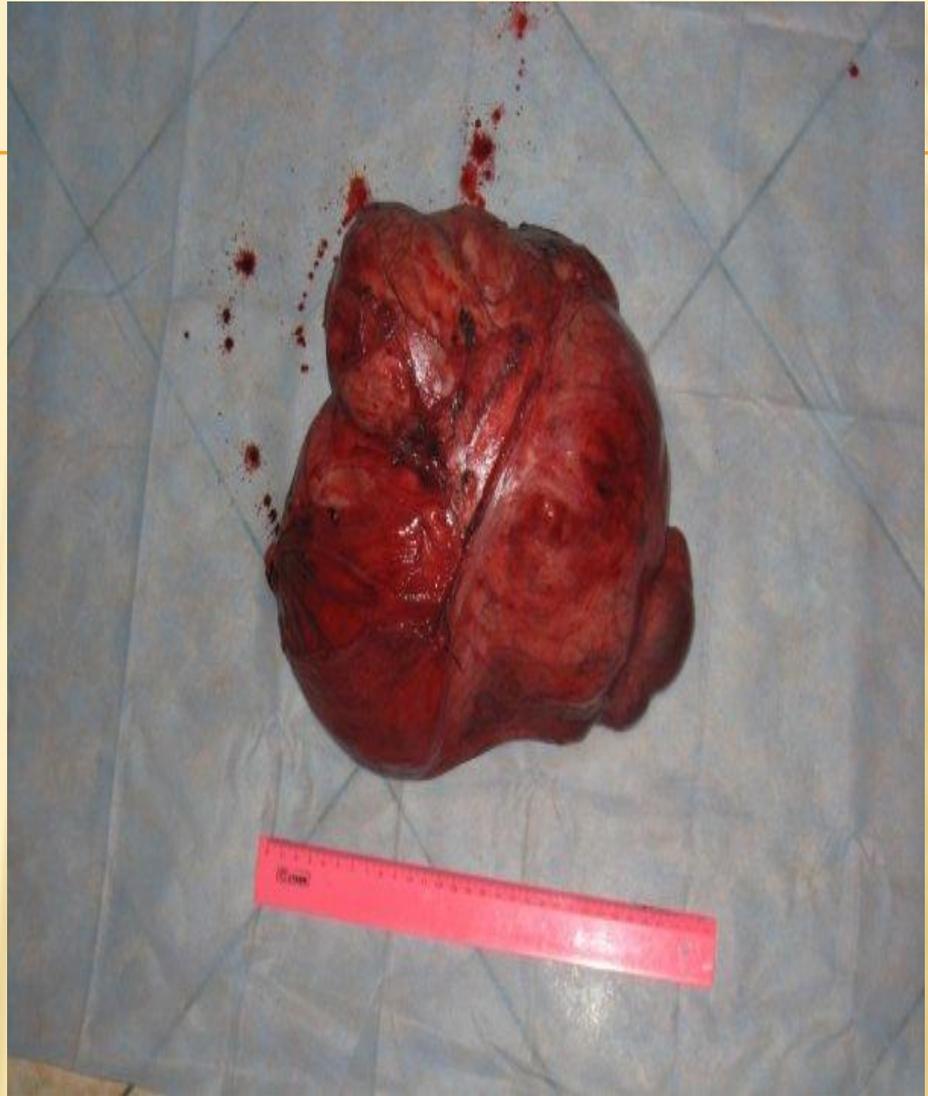
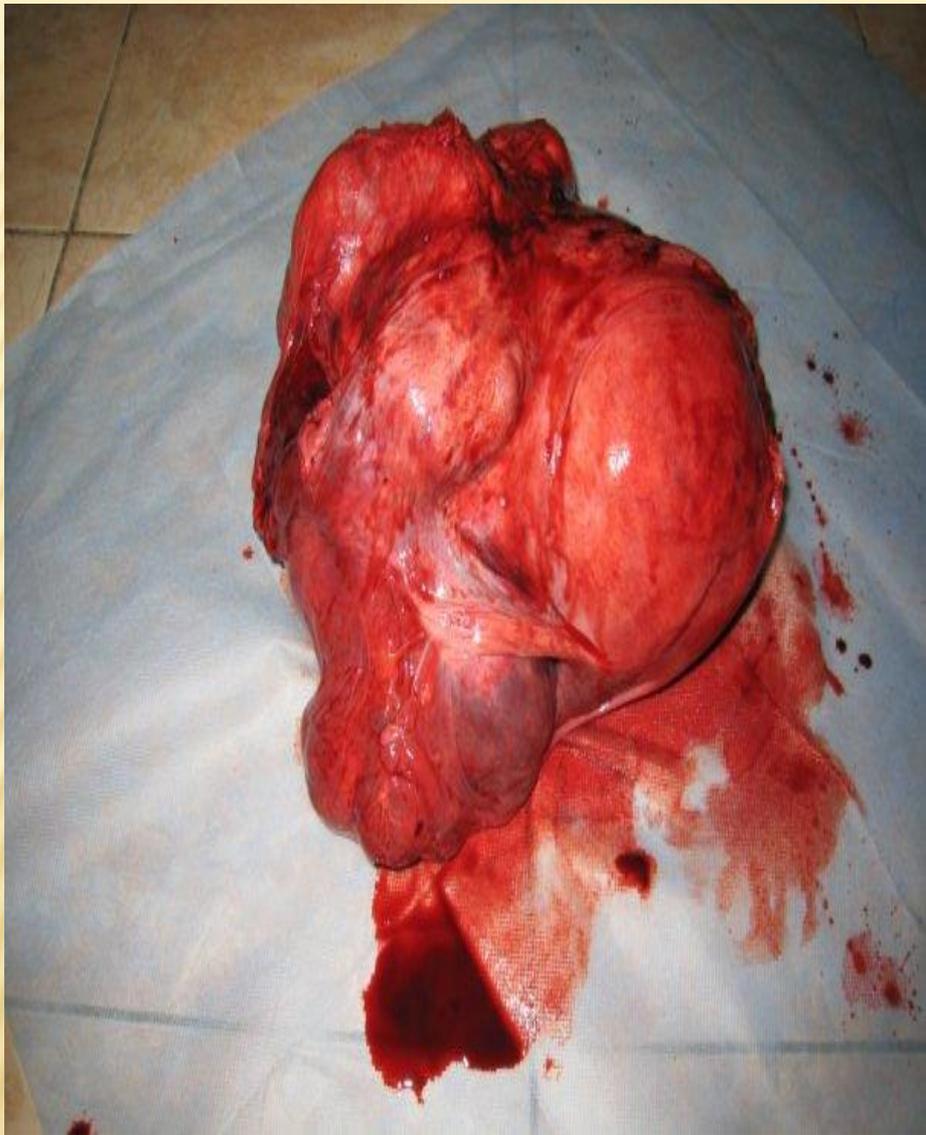
Показания к оперативному лечению:

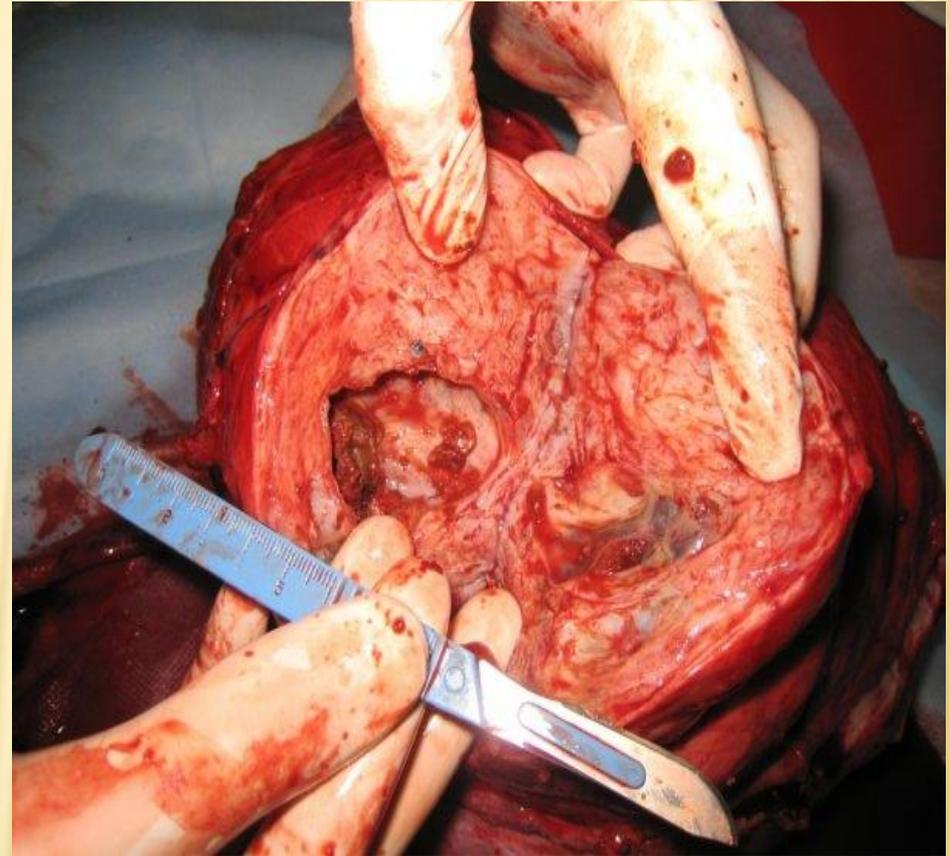
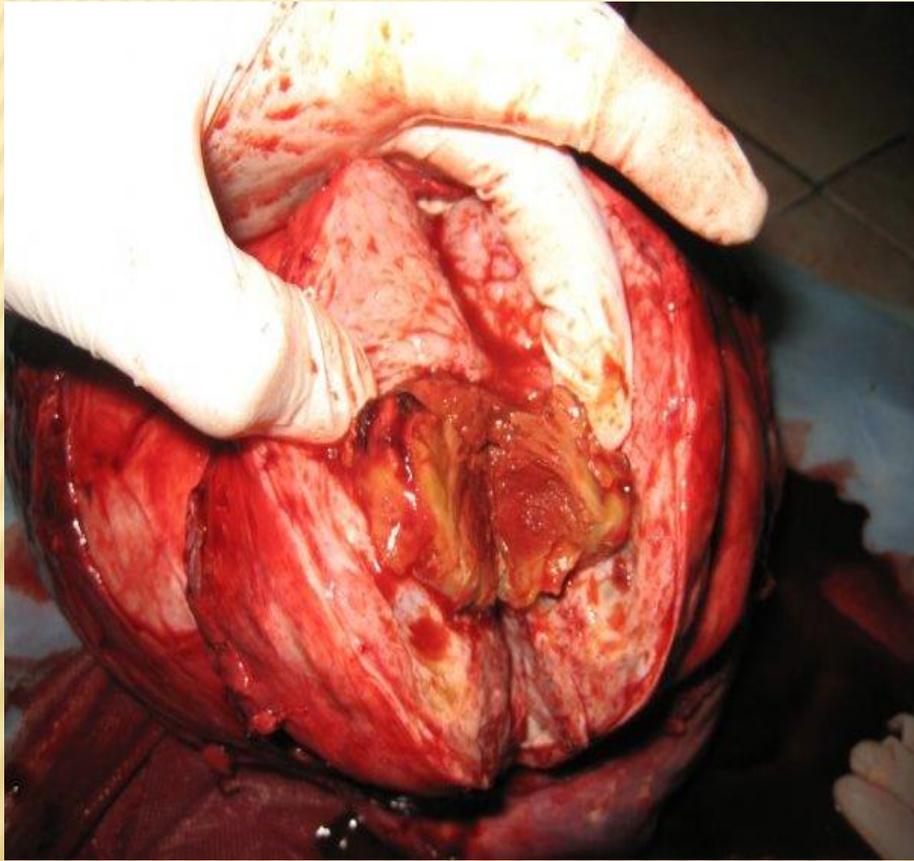
- **Большие размеры матки (более 13-14 недель);**
- **Быстрый рост (более 4 недель в год);**
- **Резистентность к консервативной терапии;**
- **Наличие болей, кровотечений, нарушение функции соседних органов;**
- **Признаки нарушения трофики узла, некроз миоматозного узла;**
- **Подслизистая миома, сопровождающаяся длительными и обильными менструациями. «Рождающийся» миоматозный узел;**
- **Признаки перекрута субсерозного узла на «ножке»;**
- **Миома шейки матки;**
- **Миома матки в сочетании с опухолями половых органов другой локализации, аденомиозом, гиперплазией эндометрия.**

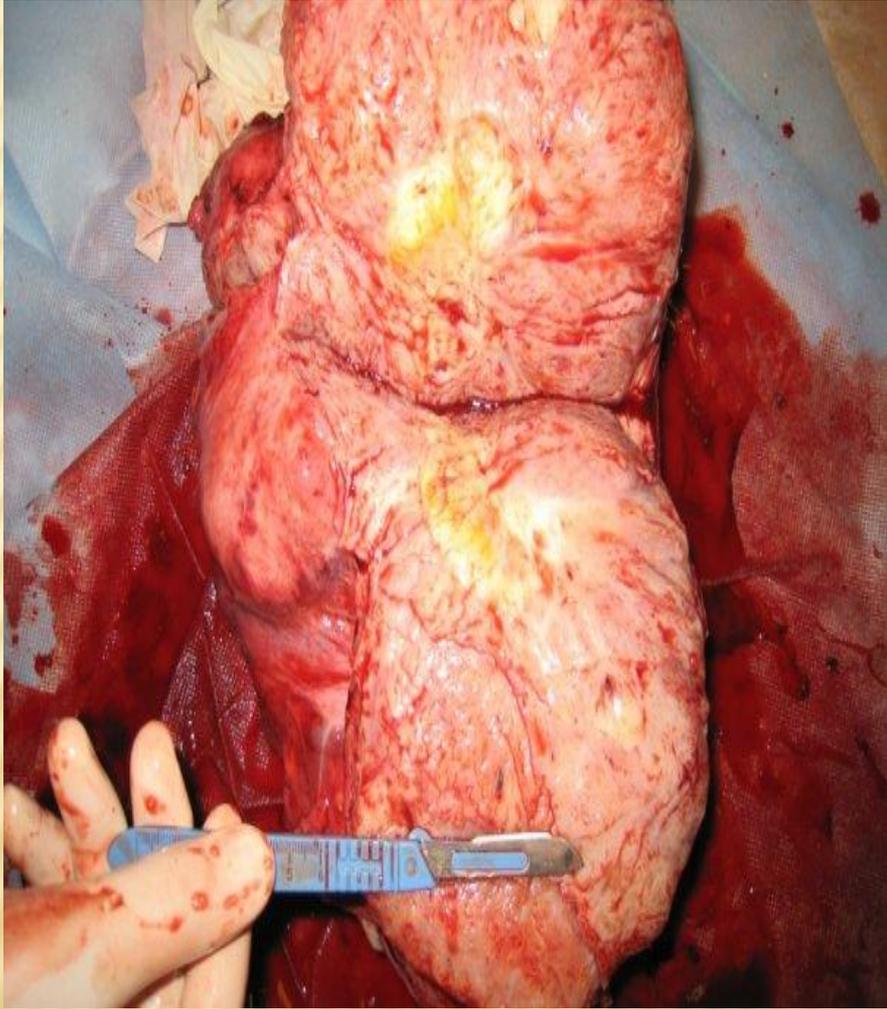
К хирургическим методам лечения относятся радикальные операции – экстирпация матки и органосохраняющие операции – миомэктомия с использованием различных доступов (гистероскопическим, лапароскопическим, лапаротомическим).

ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ

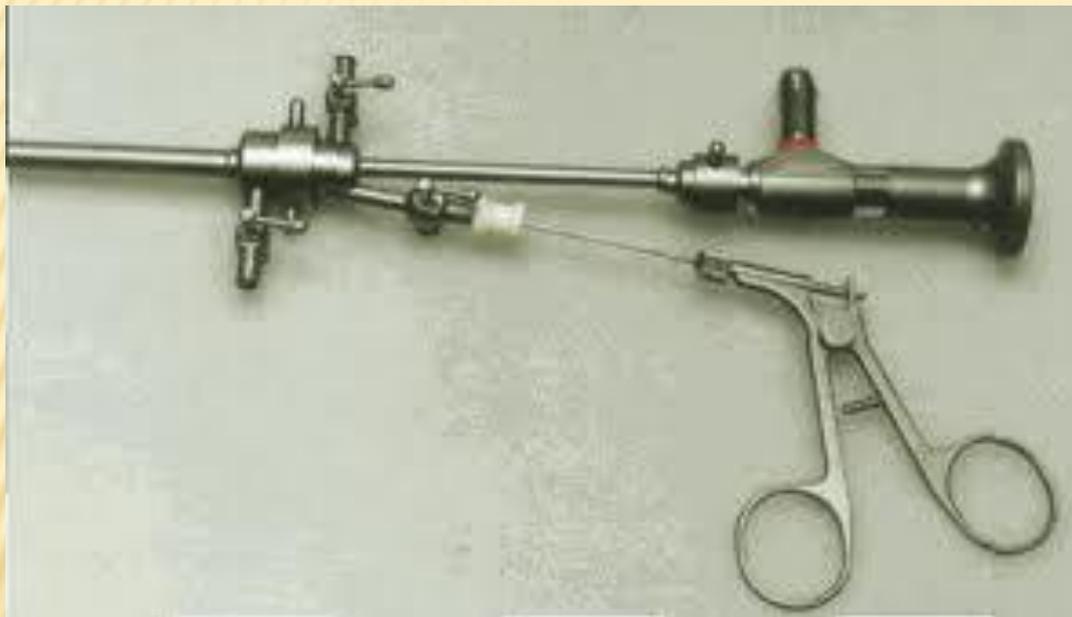






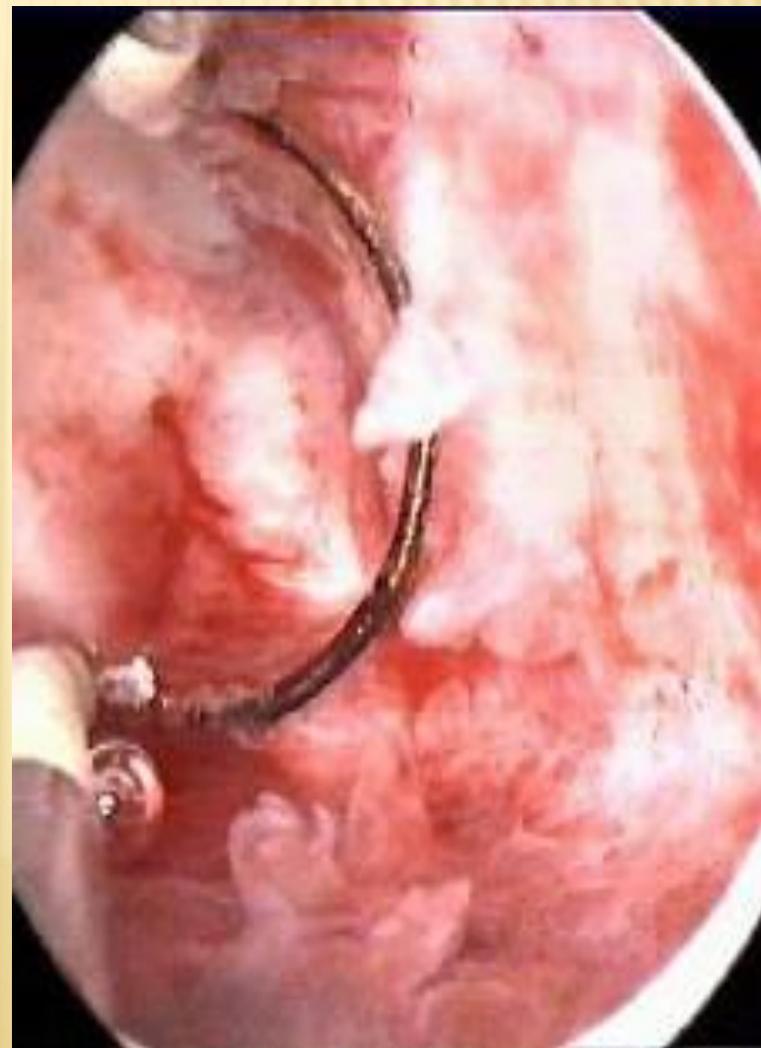
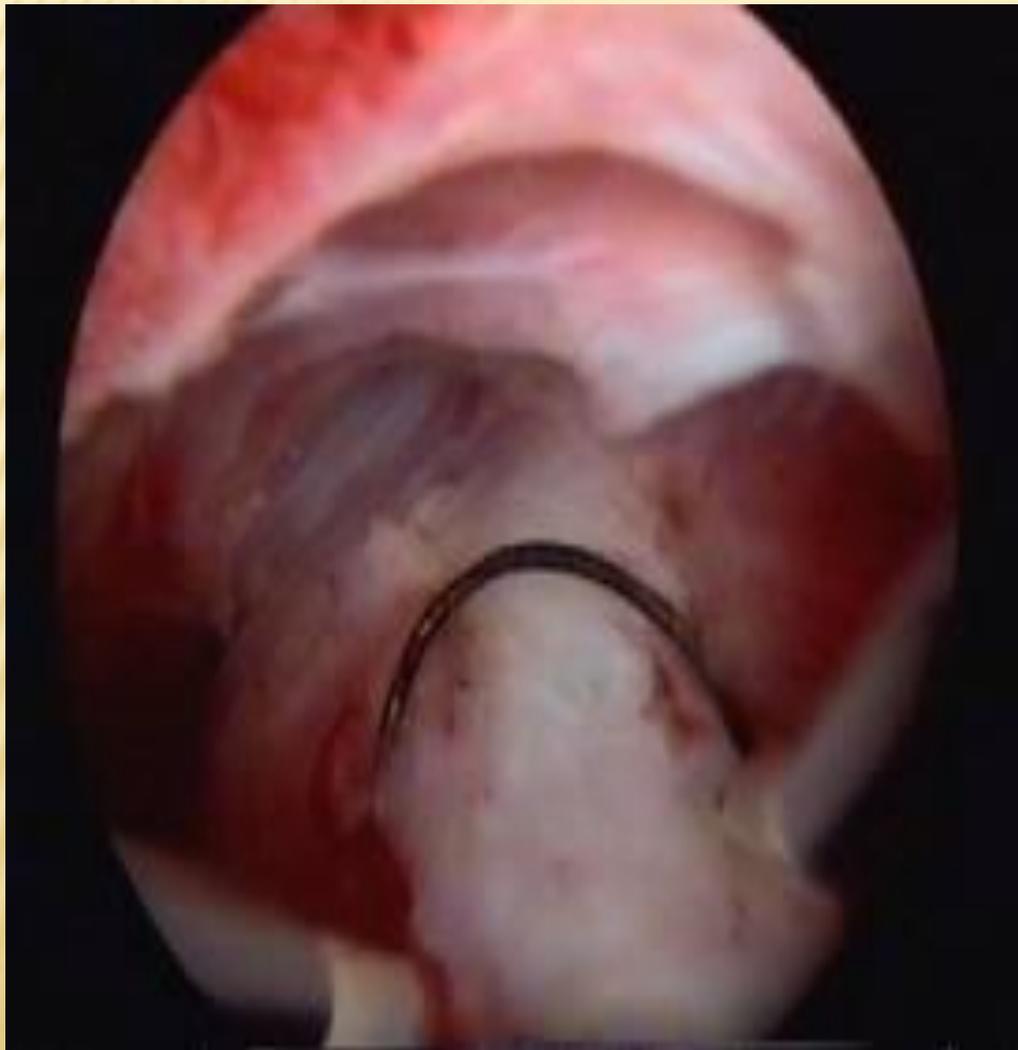


ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОП

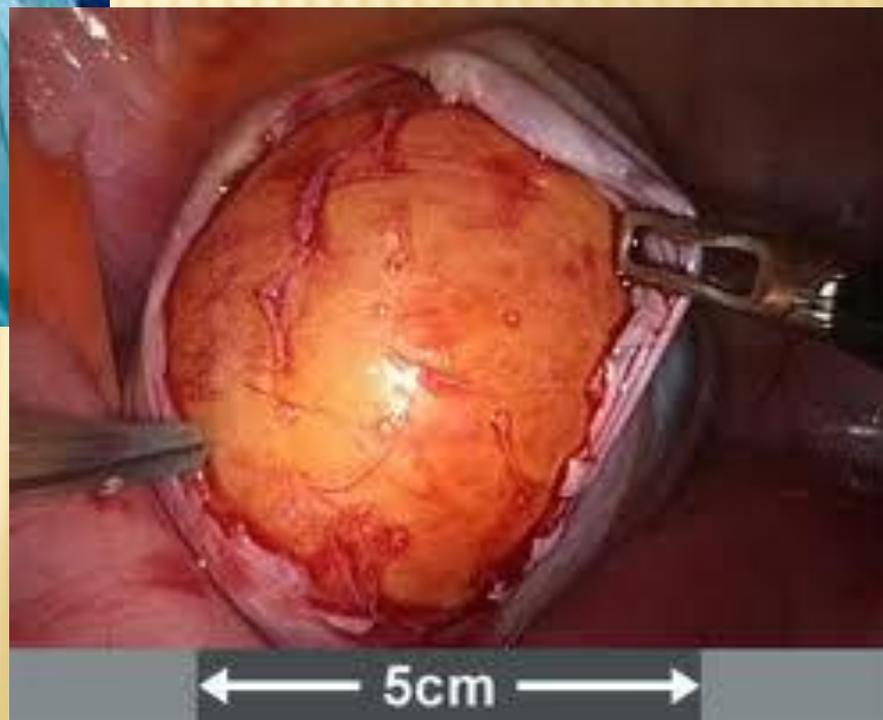


ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ

УДАЛЕНИЕ СУБМУКОЗНОГО МИОМАТОЗНОГО УЗЛА



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ВЫЛУЩИВАНИЕ МИОМЫ



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ (субсерозный узел II типа)

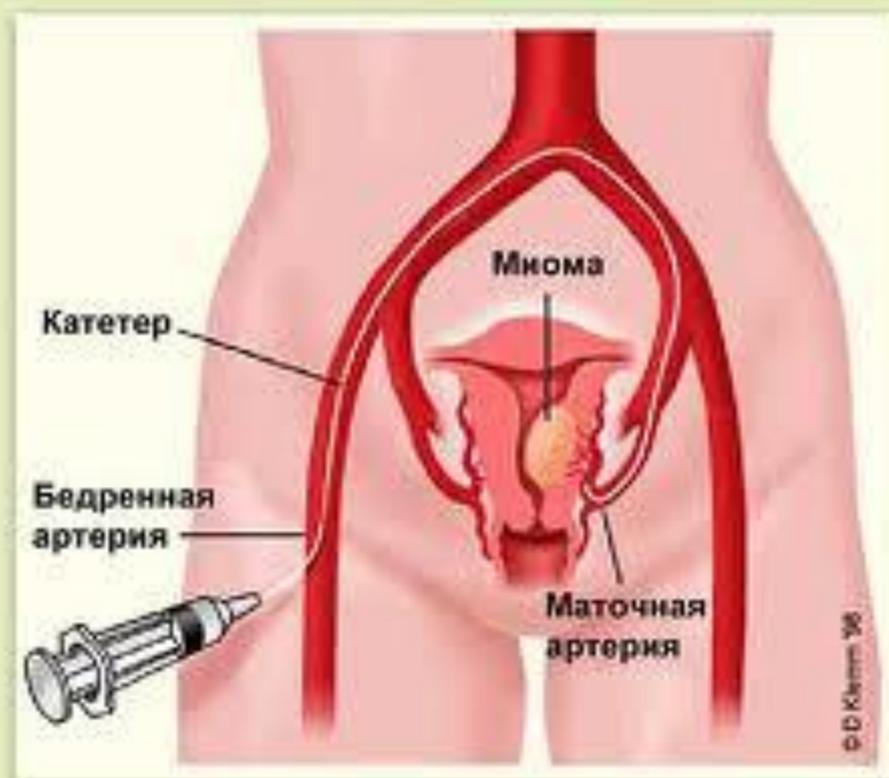


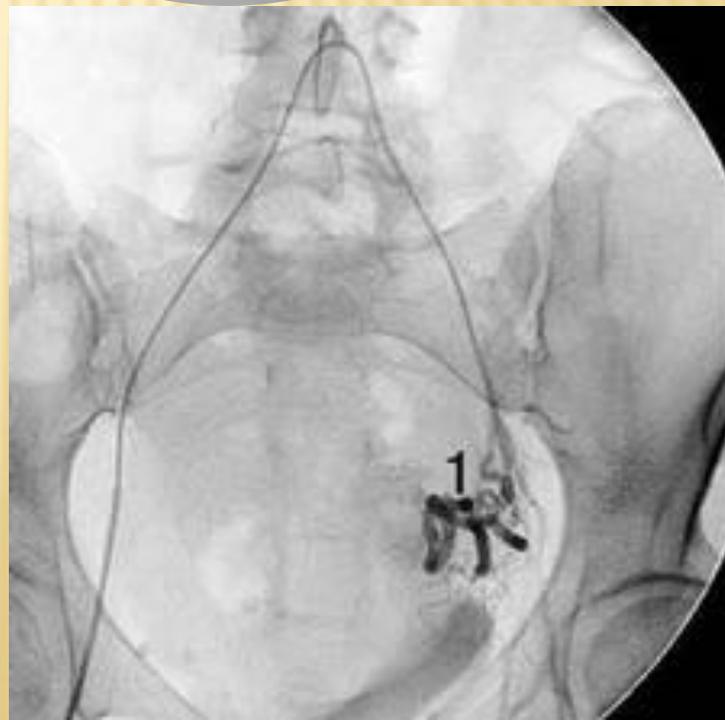
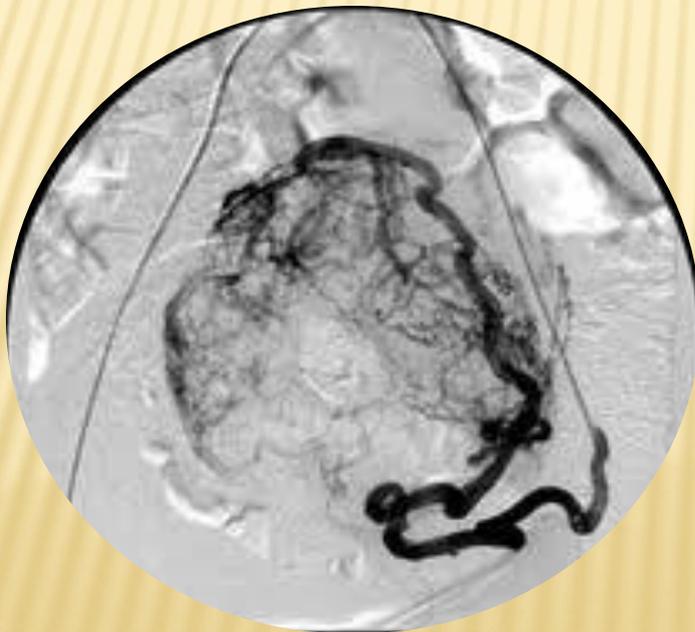
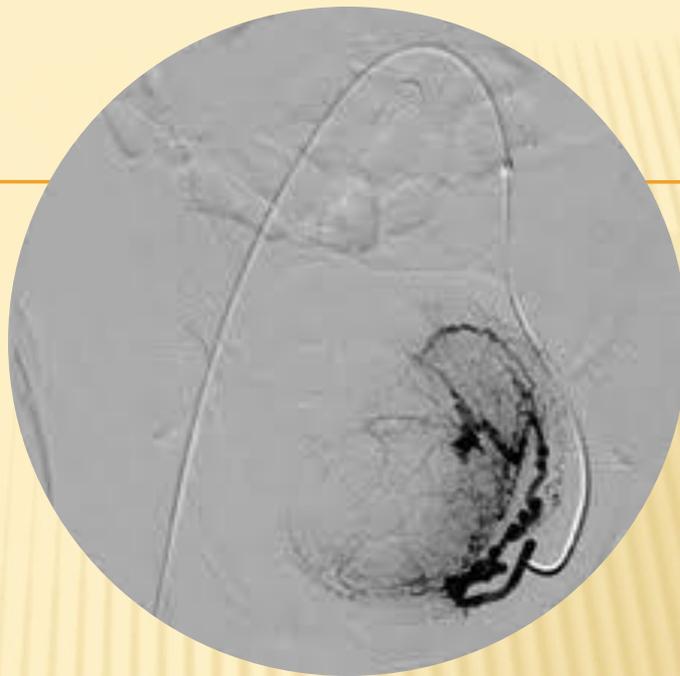
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

- **Эмболизация маточных артерий (ЭМА)**
- **ФУЗ абляция миомы матки**

ЭМА выполняется в условиях рентгеноперационной под контролем ангиографии, по стандартной методике.

Чаще для ЭМА используется доступ через правую общую бедренную артерию. После пункции и катетеризации бедренной артерии катетер проводят до уровня бифуркации аорты, далее в контрлатеральную общую подвздошную артерию, внутреннюю подвздошную артерию и устье маточной артерии.





Лечебный эффект эмболизации маточных артерий у пациенток с миомой матки обусловлен прекращением артериального кровотока в сосудах миоматозного узла в момент введения эмболов и как следствие - возникновению асептического некроза миоматозных узлов.

Показания к ЭМА:

- **размеры миомы матки, соответствующие 16-18 неделям беременности;**
- **в качестве неоадьювантного лечения;**
- **реализованная репродуктивная функция.**

Преимущества ЭМА по сравнению с медикаментозным лечением миомы:

- **одномоментность воздействия;**
- **сохранение длительного эффекта от процедуры и отсутствие рецидивов;**
- **более высокая эффективность в отношении регресса клинических симптомов и размеров миомы матки;**
- **отсутствие серьезных побочных эффектов;**
- **возможность проведения больным с экстрагенитальной патологией.**

Преимущества ЭМА по сравнению с хирургическими методами:

- **сохранение матки**
- **отсутствие интраоперационной кровопотери**
- **одномоментное влияние на все миоматозные узлы**
- **отсутствие комбинированного эндотрахеального наркоза**
- **более короткий срок пребывания в стационаре**
- **меньший риск осложнений**

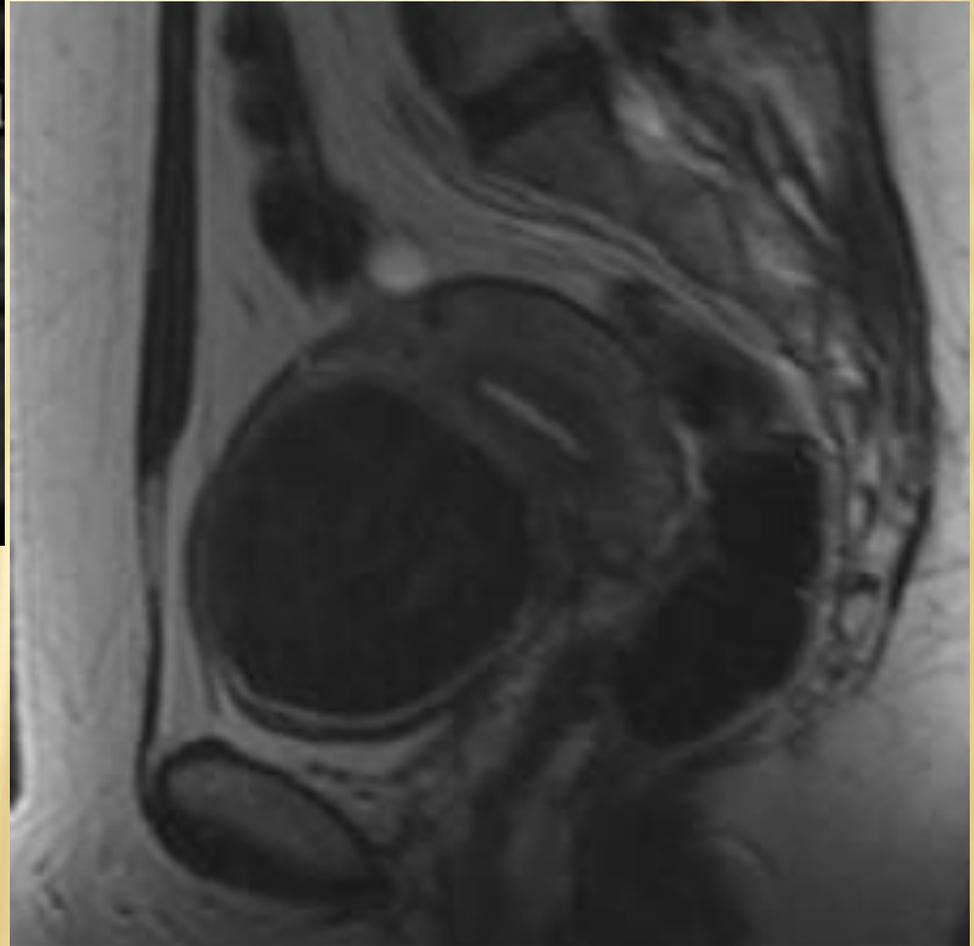
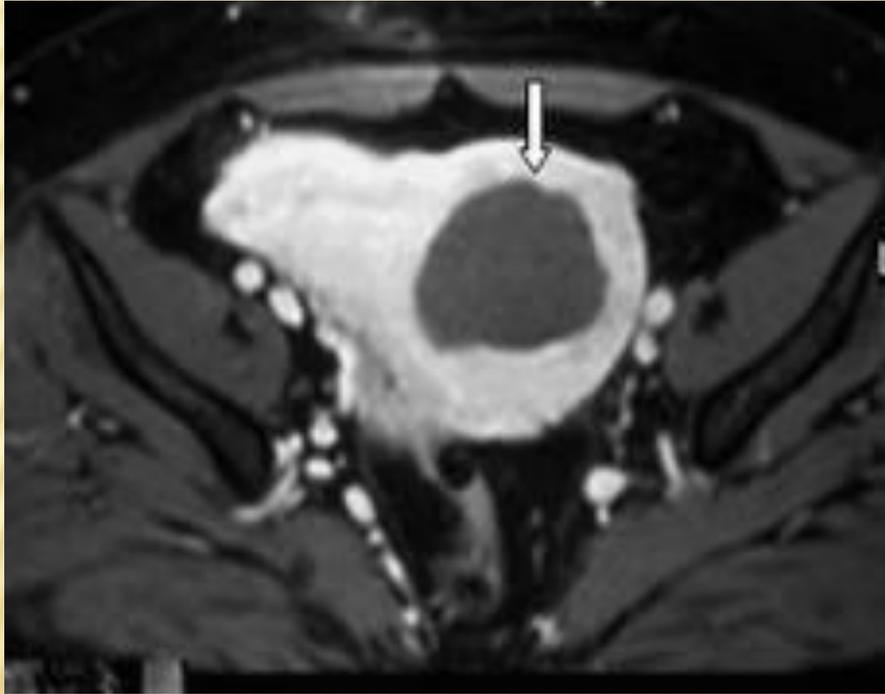
Выпаривание миомы матки - ФУЗ-абляция
является **неинвазивным методом безрецидивного**
лечения миомы матки.

Методика выполняется по интегрированной
системе объединяющей в себя: магнитно
резонансный томограф и систему для
дистанционной абляции опухолей фокусированным
ультразвуком. МРТ служит как для точного
наведения фокусированного лечебного ультразвука
на опухоль (миому матки) и контроля каждого
ФУЗ-воздействия на очаг в реальном времени, так
и для адекватного определения разрушенного
объема опухоли.

При ФУЗ-аблации происходит дистанционное воздействие энергии ультразвука, фокусированного в прицельном участке внутри организма. В течение нескольких секунд ткань, которая находится в фокусе УЗИ-луча, нагревается до температуры, необходимой для её термического некроза (аблации), и при этом ткани, окружающие фокус, остаются невредимыми. Таким образом, неинвазивно и строго локально производится разрушение опухолевых клеток.



МРТ ПЕРЕД ФУЗ



Противопоказания:

- ▣ **размеры миомы матки менее 2-3 см и более 10 см;**
- ▣ **расположение миоматозного узла на задней стенке матки;**
- ▣ **интралигаментарное расположение узла;**
- ▣ **низкое перешеечное расположение узла;**
- ▣ **миома матки с быстрым роста узла;**
- ▣ **наличие рубцов на передней брюшной стенке;**
- ▣ **спаечная болезнь брюшной полости;**
- ▣ **вес свыше 100 кг;**
- ▣ **ЭМА в анамнезе.**



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!