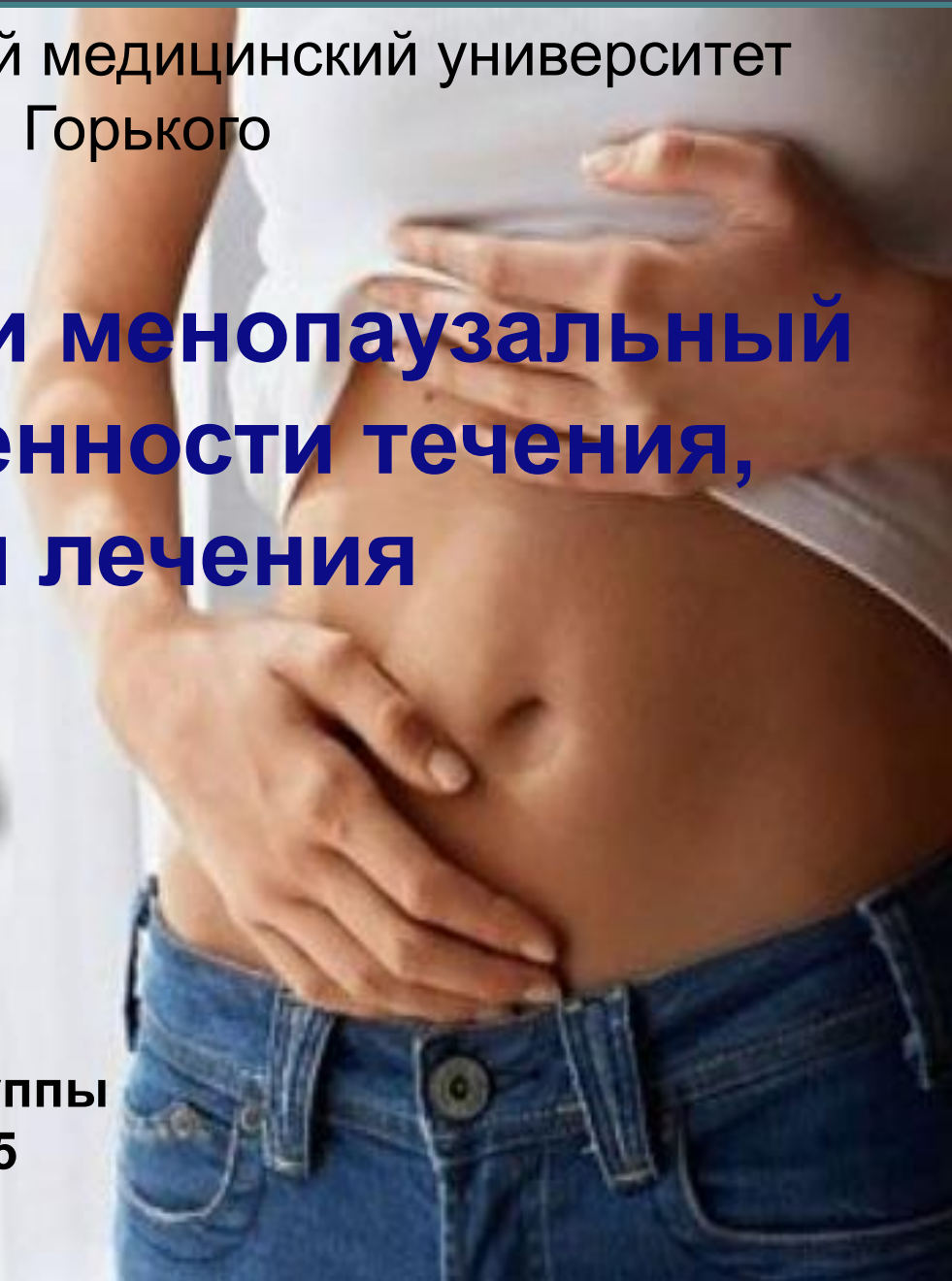


Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

Миома матки и менопаузальный период, особенности течения, диагностики и лечения

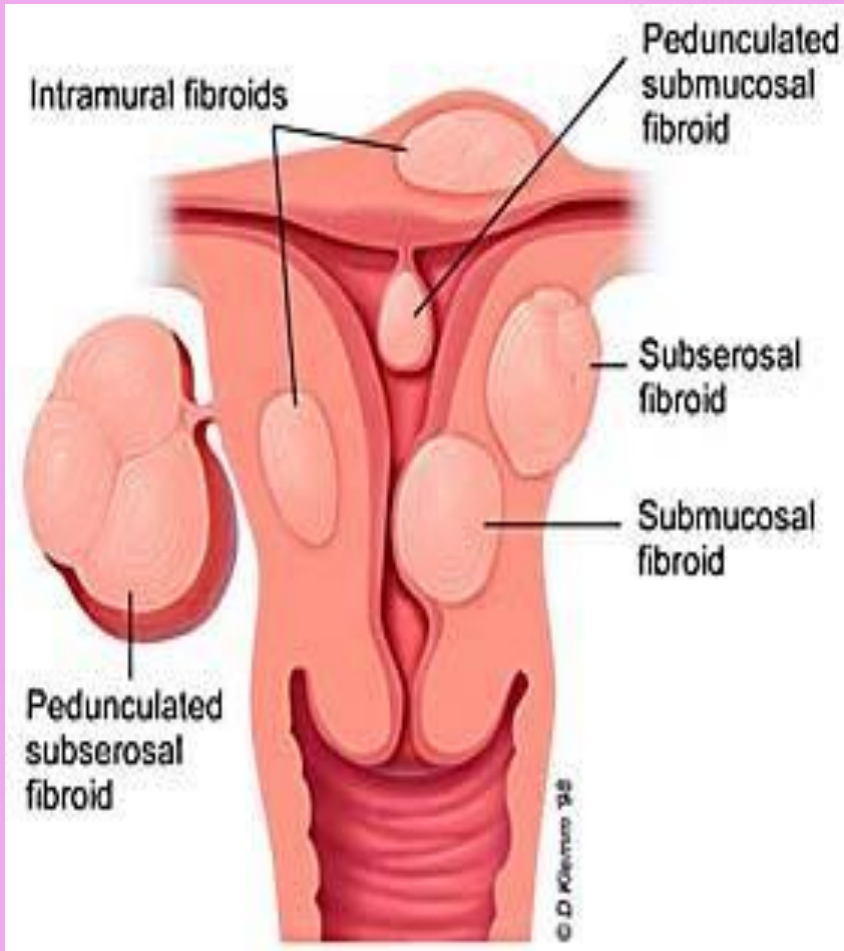
Подготовила: студентка 2 группы
2 медицинского факультета 5
курса Орлатая Алина
Алексеевна





Женщина в любом возрасте может страдать гинекологическими заболеваниями. Одним из таких заболеваний, с которым женщина может прожить всю жизнь, является **миома матки** — при климаксе её течение может улучшаться или усугубляться.

Миома матки



- Доброкачественное, гормонально-зависимое образование, состоящее из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия.
- **Синонимы:** лейомиома, фибромиома, фиброма

Как часто встречается миома матки?

- Болезнь эта не редкая в гинекологической практике.
- Частота в общей популяции колеблется от 70 до 85 %
- Частота в структуре гинекологических заболеваний по данным различных авторов, от 10 до 27%
- Распространенность достигает 70% к 50 годам; от 20% до 50% миом имеют симптомы и оказывают социальное и экономическое влияние.

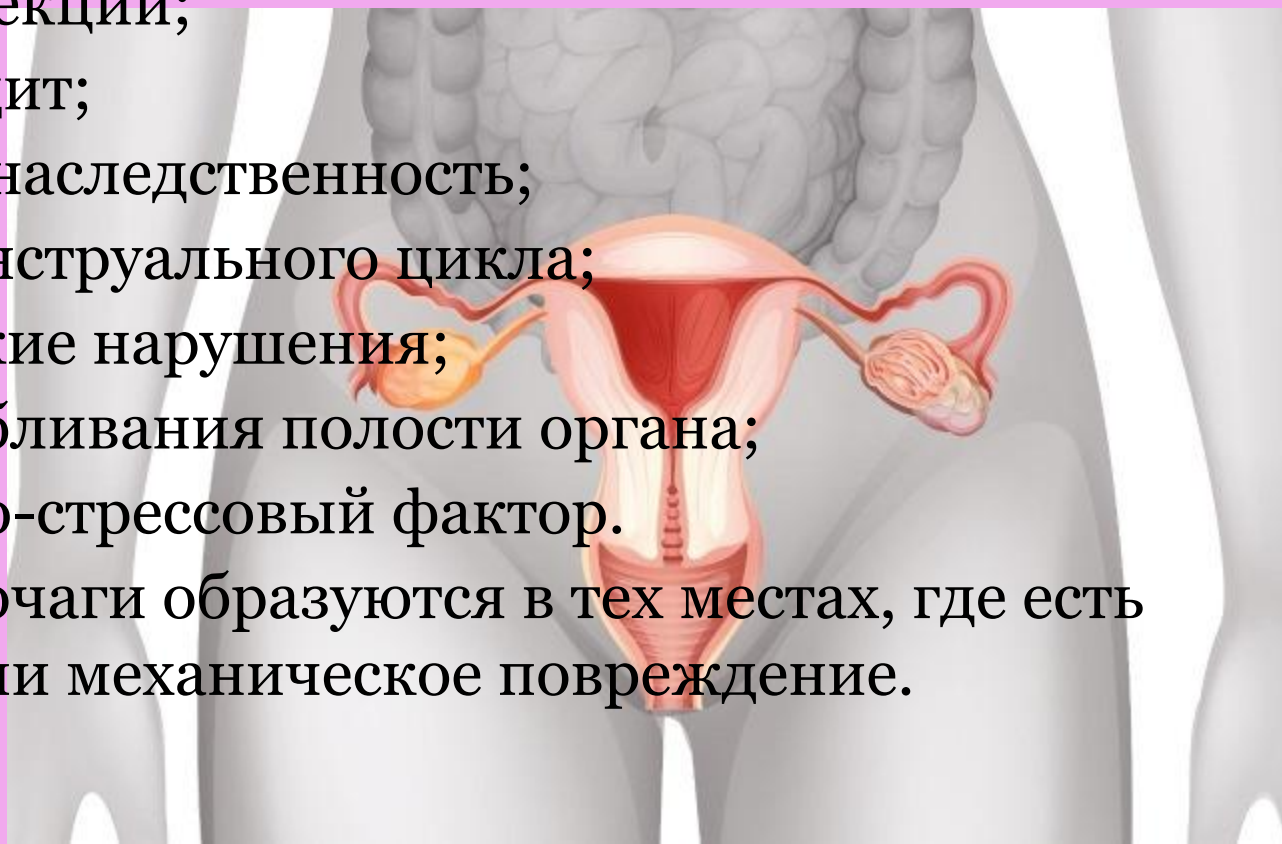


Что может вызвать миому матки?

Провоцирующие факторы для развития миомы:

- беременность;
- воспалительные процессы в органах малого таза;
- половые инфекции;
- иммунодефицит;
- отягощенная наследственность;
- патология менструального цикла;
- метаболические нарушения;
- частые выскабливания полости органа;
- эмоционально-стрессовый фактор.

Миоматозные очаги образуются в тех местах, где есть воспаление или механическое повреждение.



Этиопатогенез миомы матки

- Опухолевый рост является следствием нарушения тканевого гомеостаза, поддерживаемого балансом между двумя процессами:
 - -клеточной пролиферацией;
 - - апоптозом;
- Клетки миомы матки обладают значительно более высокой митотической активностью в обе фазы менструального цикла, чем клетки неизмененного миометрия.

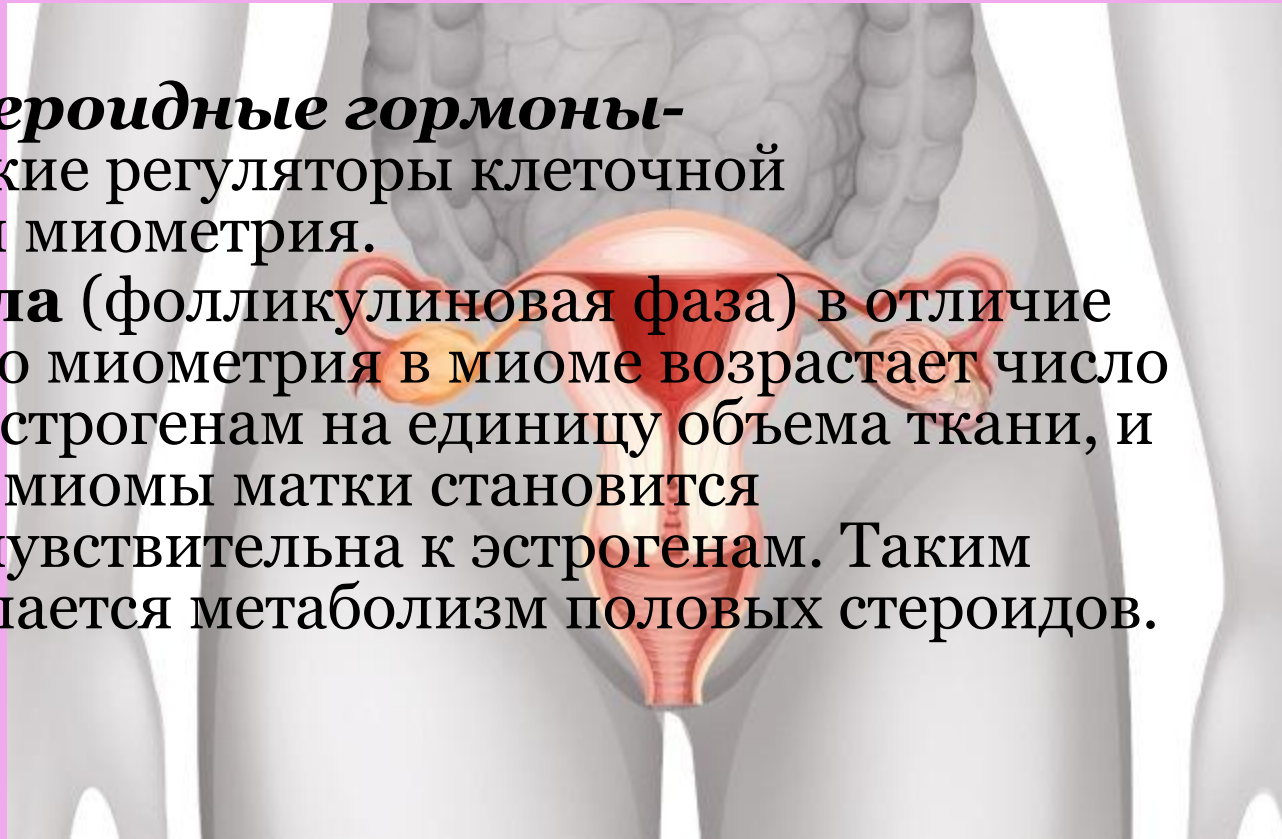


Этиопатогенез миомы матки

- **Ключевыми факторами патогенеза миомы матки считаются:**

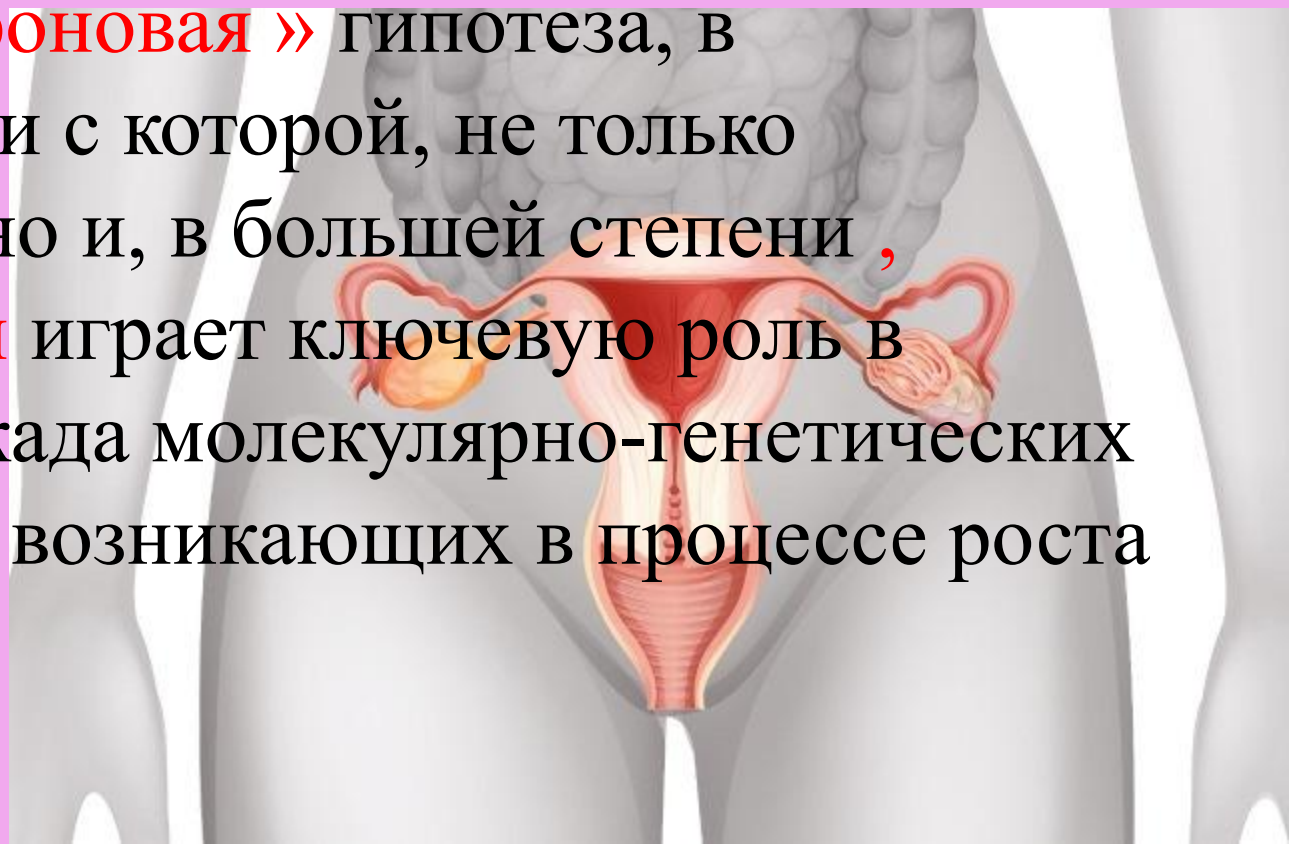
- **половые стероидные гормоны-** физиологические регуляторы клеточной пролиферации миометрия.

В **1 фазу цикла** (фолликулиновая фаза) в отличие от нормального миометрия в миоме возрастает число рецепторов к эстрогенам на единицу объема ткани, и поэтому ткань миомы матки становится чрезвычайно чувствительна к эстрогенам. Таким образом нарушается метаболизм половых стероидов.

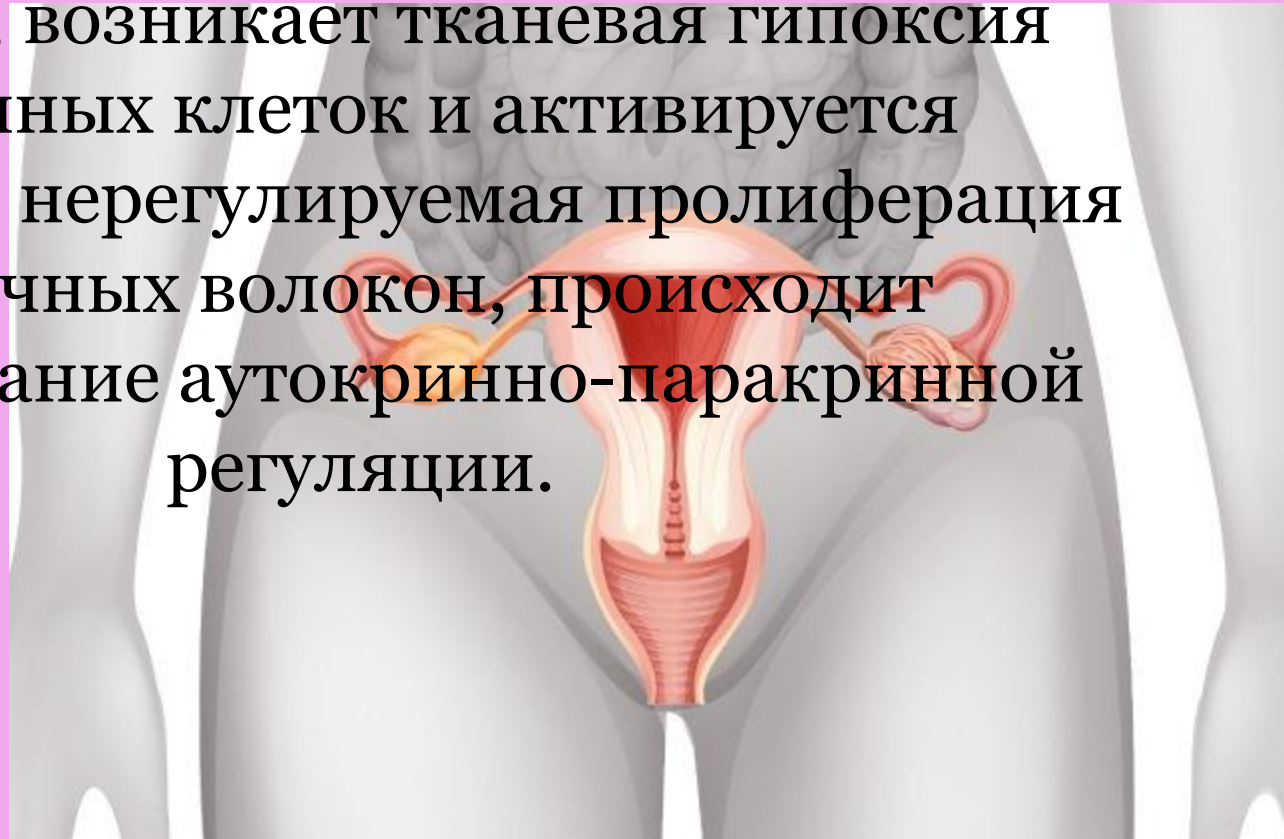


Этиопатогенез миомы матки

- *В последние годы основополагающее значение приобретает:*
- « **прогестероновая** » гипотеза, в соответствии с которой, не только эстрадиол, но и, в большей степени, **прогестерон** играет ключевую роль в запуске каскада молекулярно-генетических нарушений, возникающих в процессе роста опухоли.



После овуляции – под воздействием прогестерона активируется гиперплазия эндометрия и гипертрофия миометрия. В результате нарушаются процессы апоптоза, возникает тканевая гипоксия мышечных клеток и активируется постоянная нерегулируемая пролиферация мышечных волокон, происходит формирование аутокринно-паракринной регуляции.

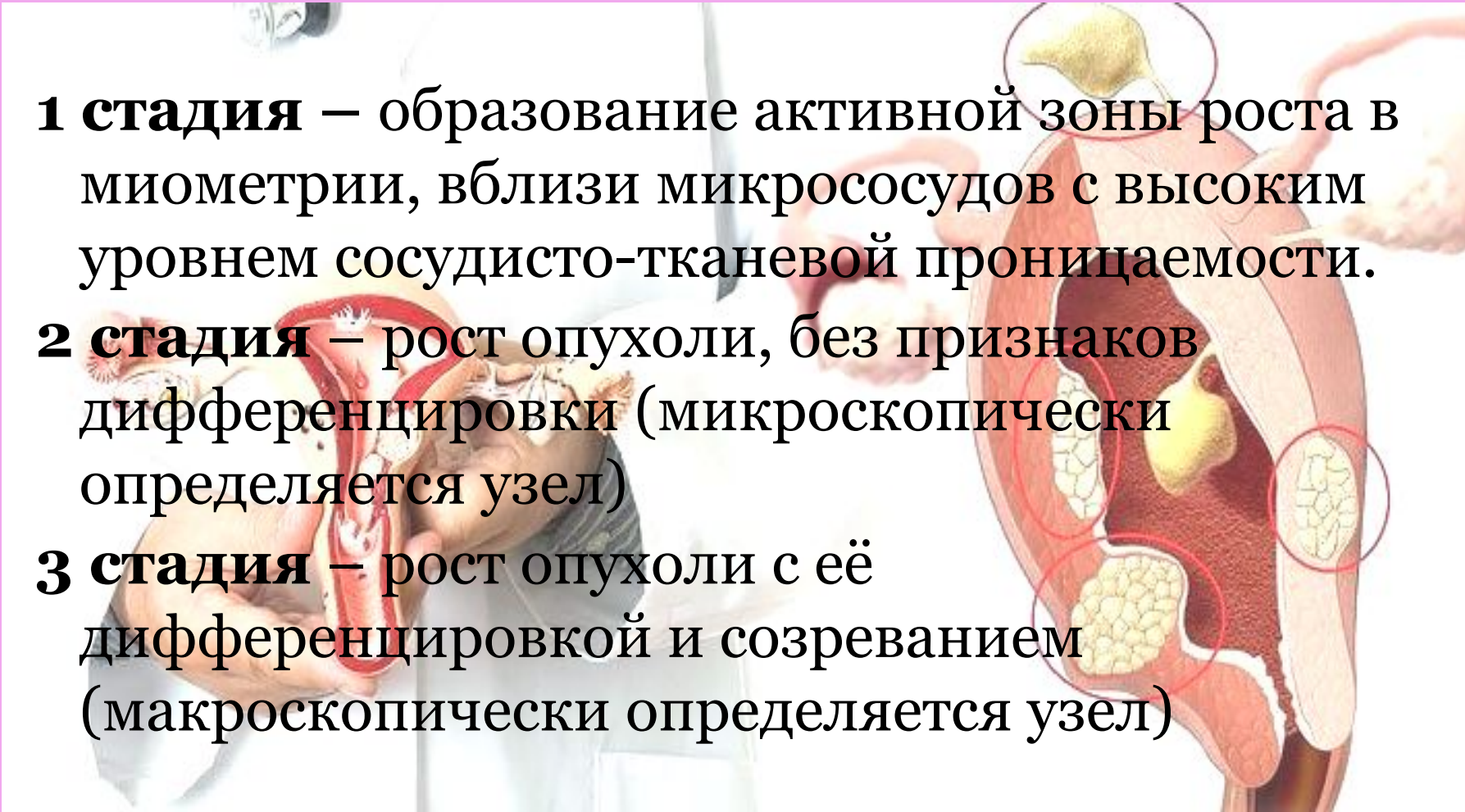


Прогестерон блокирует действие эстрогенов
и оказывает эффект непосредственно
через свои рецепторы.

Поэтому гестагенные препараты в качестве
средств при лечении миомы матки
следует применять с особой
осторожностью.

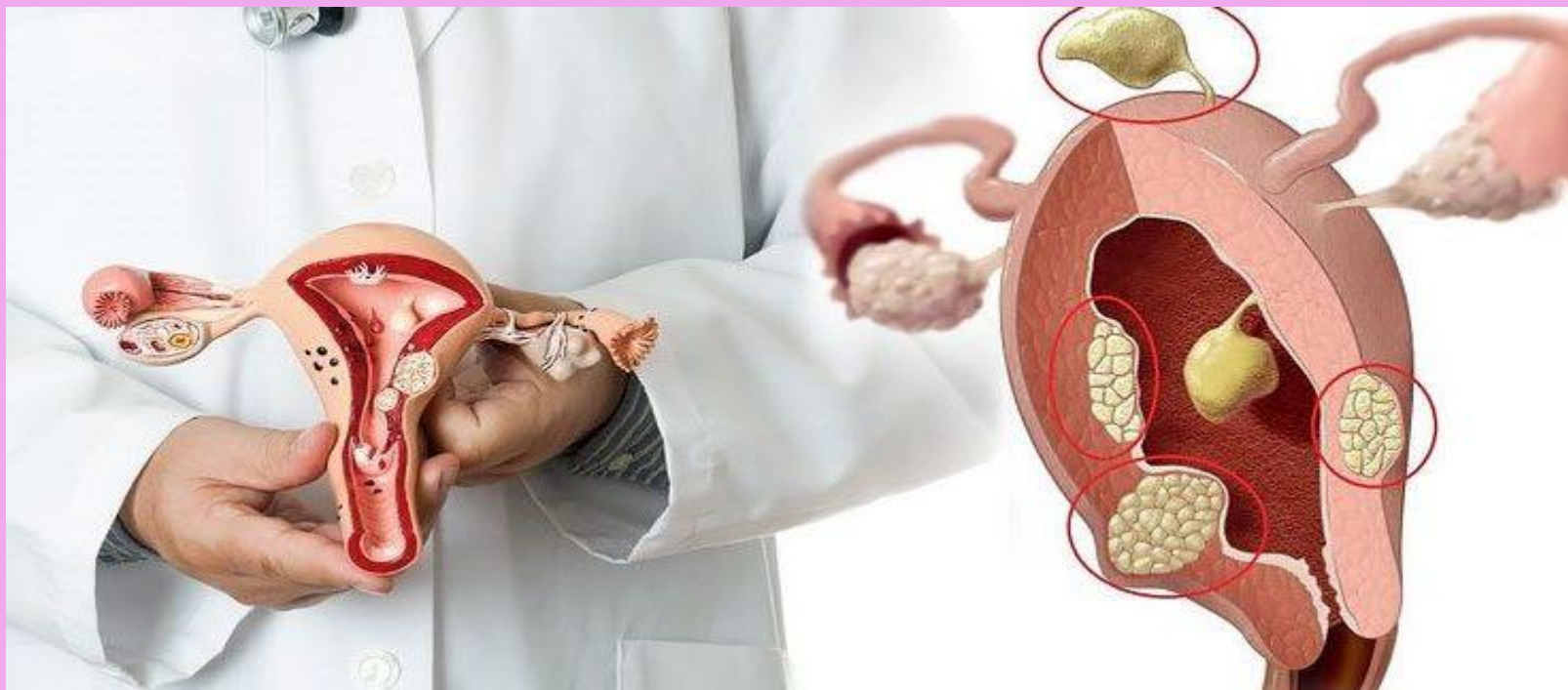


МОРФОГЕНЕЗ

- 
- 1 стадия** – образование активной зоны роста в миометрии, вблизи микрососудов с высоким уровнем сосудисто-тканевой проницаемости.
- 2 стадия** – рост опухоли, без признаков дифференцировки (микроскопически определяется узел)
- 3 стадия** – рост опухоли с её дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяется узел)

КЛАССИФИКАЦИЯ миомы матки

- 1. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ** в различных отделах матки:
в 95% наблюдений опухоль располагается в теле матки и
в 5%- в ее шейке.



КЛАССИФИКАЦИЯ миомы матки

По отношению к мышечному слою матки различают такие формы роста опухоли:

Интрамуральная форма (межмышечная) - опухоль располагается в толще стенки матки.

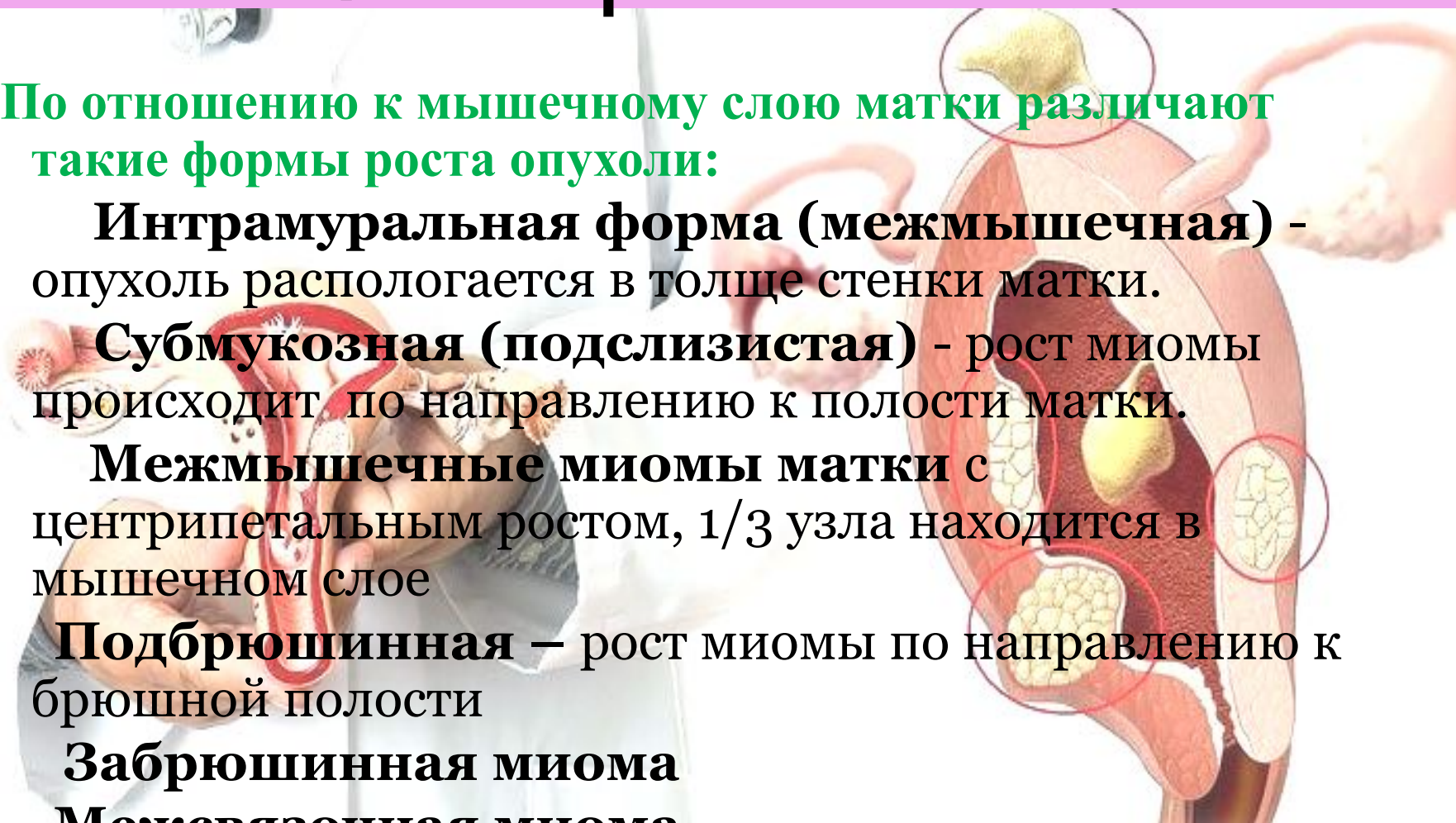
Субмукозная (подслизистая) - рост миомы происходит по направлению к полости матки.

Межмышечные миомы матки с центрипетальным ростом, 1/3 узла находится в мышечном слое

Подбрюшинная – рост миомы по направлению к брюшной полости

Забрюшинная миома

Межсвязочная миома



Классификации субмукозной лейомиомы матки по степени деформации ее полости Европейской Ассоциации Гинекологов-эндоскопистов:

0 тип – полностью подслизистый узел, не проникающий в миометрий;

I тип – менее 50% узла проникает в миометрий;

II тип – более 50% его пенетрирует в миометрий.

Согласно рекомендациям Европейского Общества Репродукции Человека, небольшими следует считать миомы до 5 см, большими – миомы более 5 см.



КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от количества узлов миомы матки:

- одиночная;
- множественная.

По клиническим проявлениям:

- бессимптомная миома матки (50-80% случаев);
- симптомная миома матки (20-50% случаев).



КЛИНИКА миомы матки

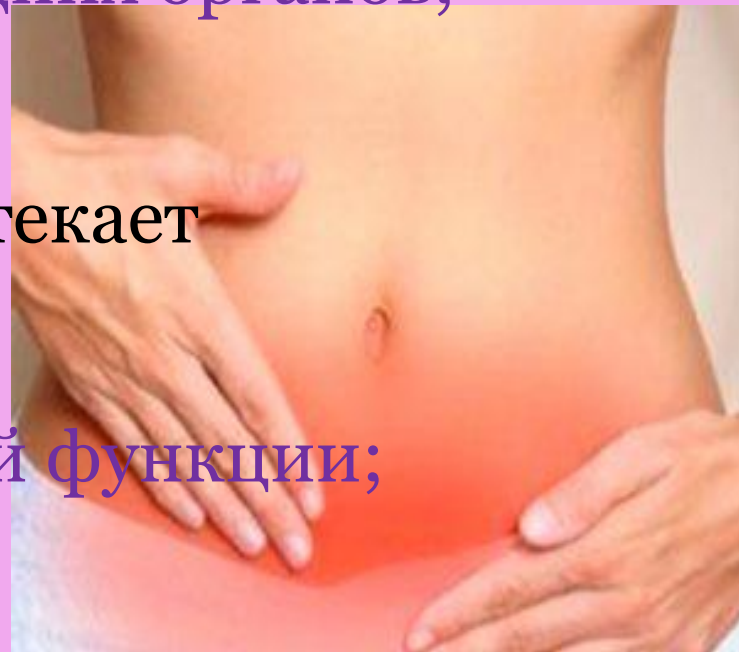
Основными симптомами миомы матки являются:

- боли,
- кровотечение,
- нарушение функции соседних органов,
- рост опухоли

Нередко миома матки протекает

« **безсимптомно** » - т.е

- отсутствует жалобы
- нарушения менструальной функции;

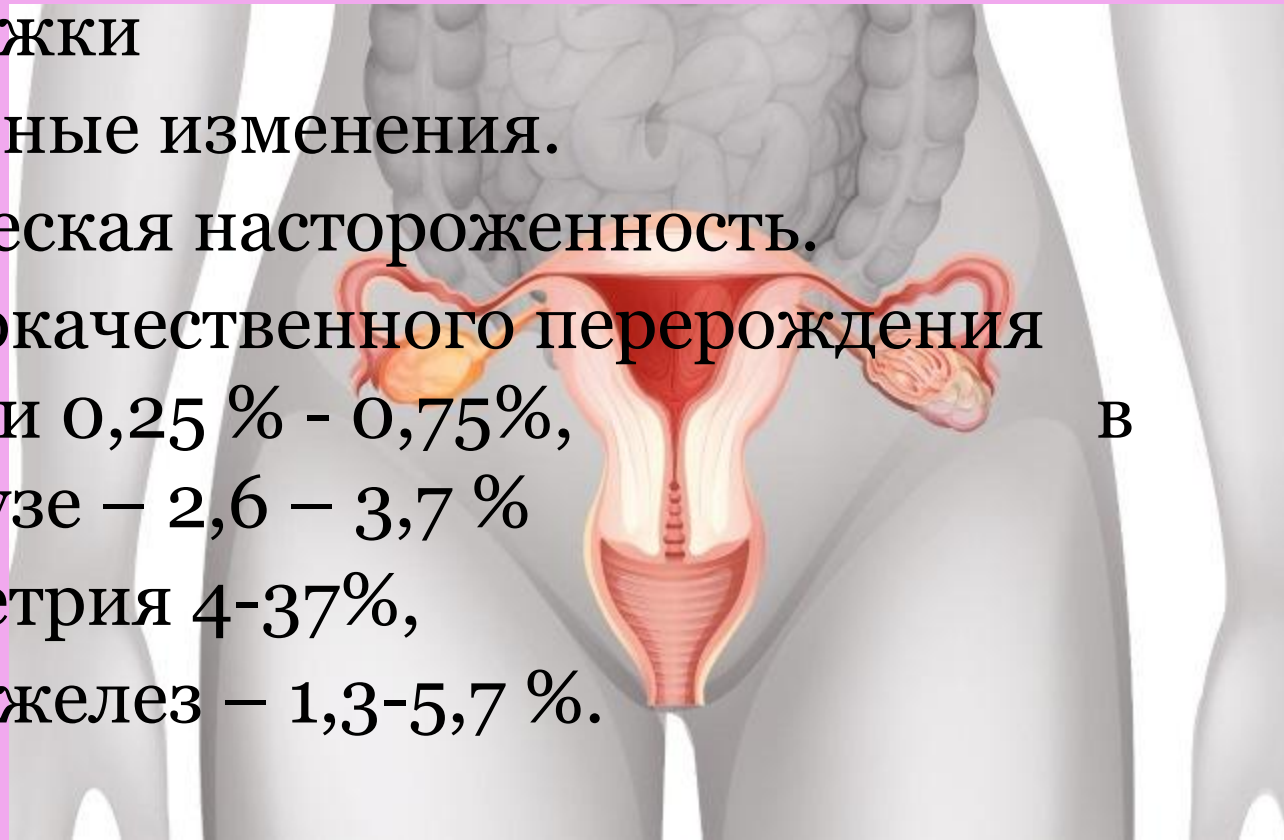


ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Некроз
2. Перекрут ножки
3. Дегенеративные изменения.

Онкологическая настороженность.

Частота злокачественного перерождения
миомы матки 0,25 % - 0,75%,
постменопаузе – 2,6 – 3,7 %
рак эндометрия 4-37%,
молочных желез – 1,3-5,7 %.



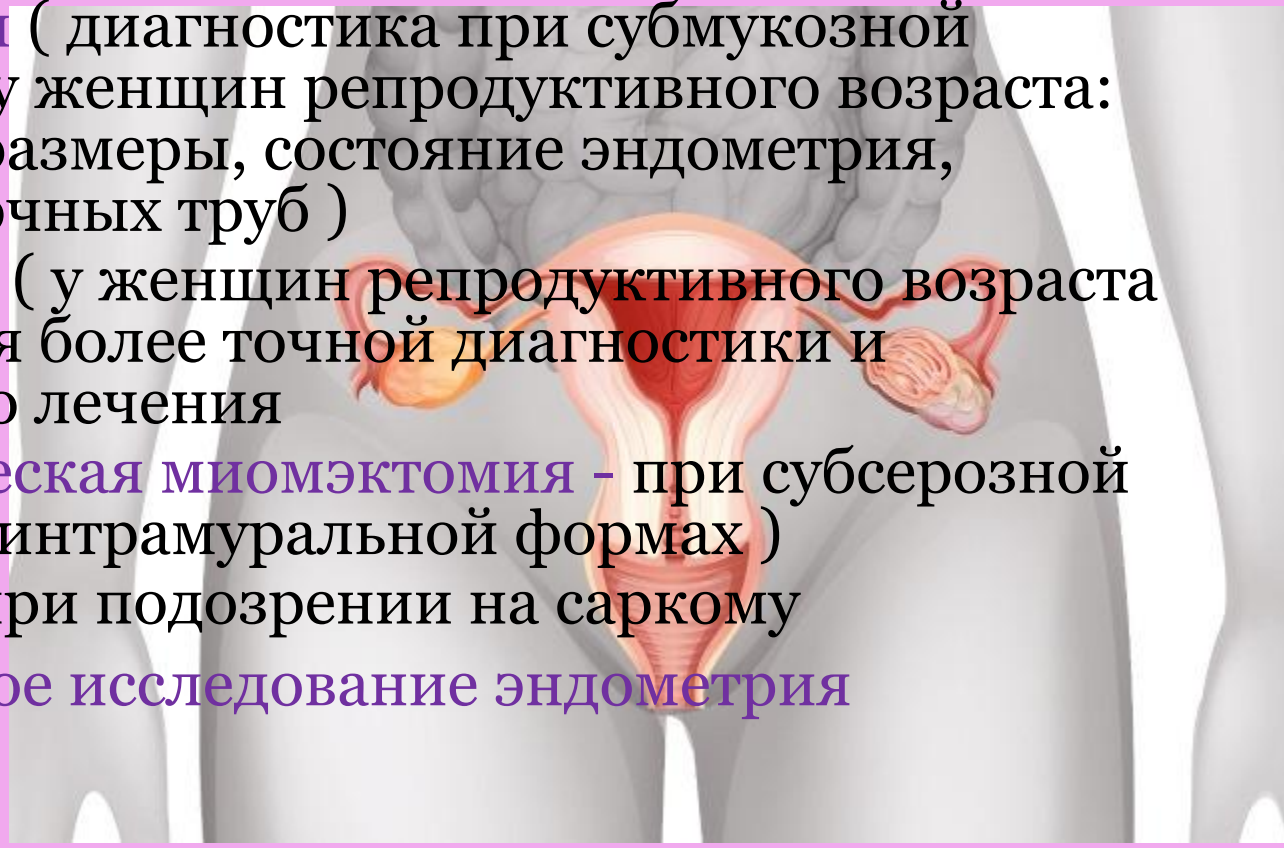
ДИАГНОСТИКА миомы матки

Гинекологический осмотр позволяет обнаружить:

- увеличенную матку(размеры ее оцениваются в неделях беременности),
- с бугристой (узловатой) поверхностью,
- плотной консистенцией.

Среди методов инструментальной диагностики миомы матки

- Ультразвуковое сканирование (трансвагинальное ультразвуковое сканирование);
- МРТ матки (для уточнение локализации и размеров).
- Гистероскопия (диагностика при субмукозной форме миомы у женщин репродуктивного возраста: локализация, размеры, состояние эндометрия, состояние маточных труб)
- Лапароскопия (у женщин репродуктивного возраста для проведения более точной диагностики и хирургического лечения
- Лапароскопическая миомэктомия - при субсерозной и субсерозной-интрамуральной формах)
- Ангиография при подозрении на саркому
- Гистологическое исследование эндометрия



Ультразвуковая диагностика

Подслизистая миома матки большого размера



ID_20120420_173917

20/04/12
17:41:28

GYN/EV-General
E9-4/C7MHz
DR85/M1/P2
G94/E1/100%
MI1.1 TIs0.3
— 4.0 cm
17 Hz
ZSI 0
Text

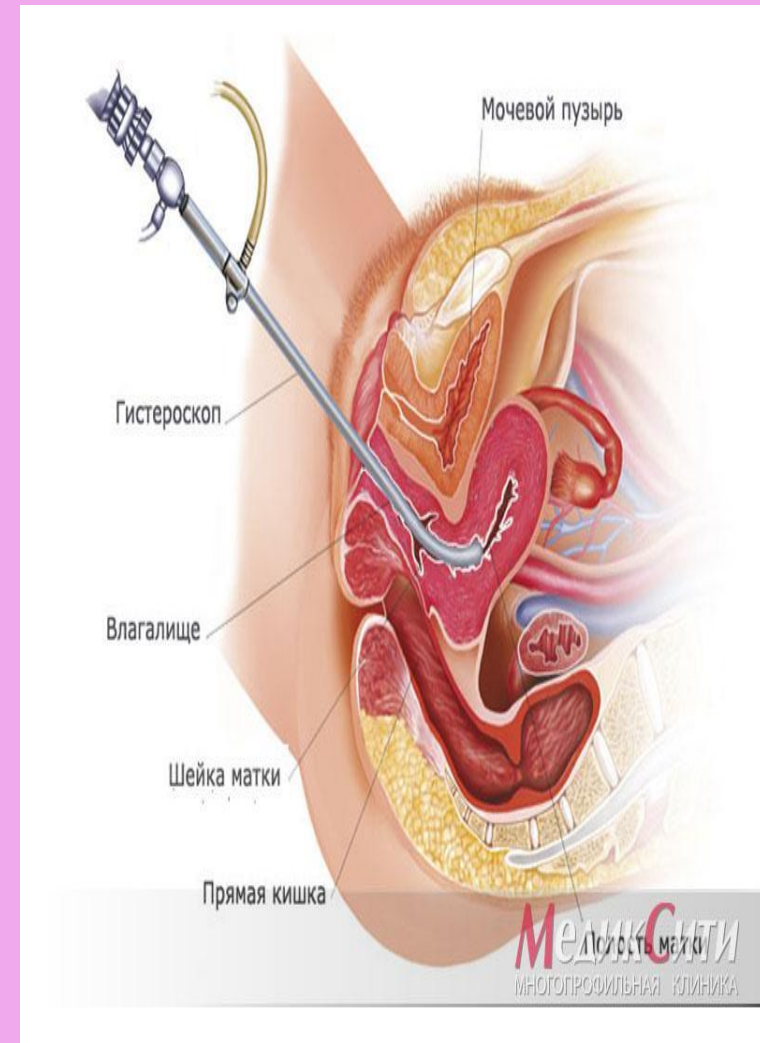


Гистероскопические признаки миомы матки

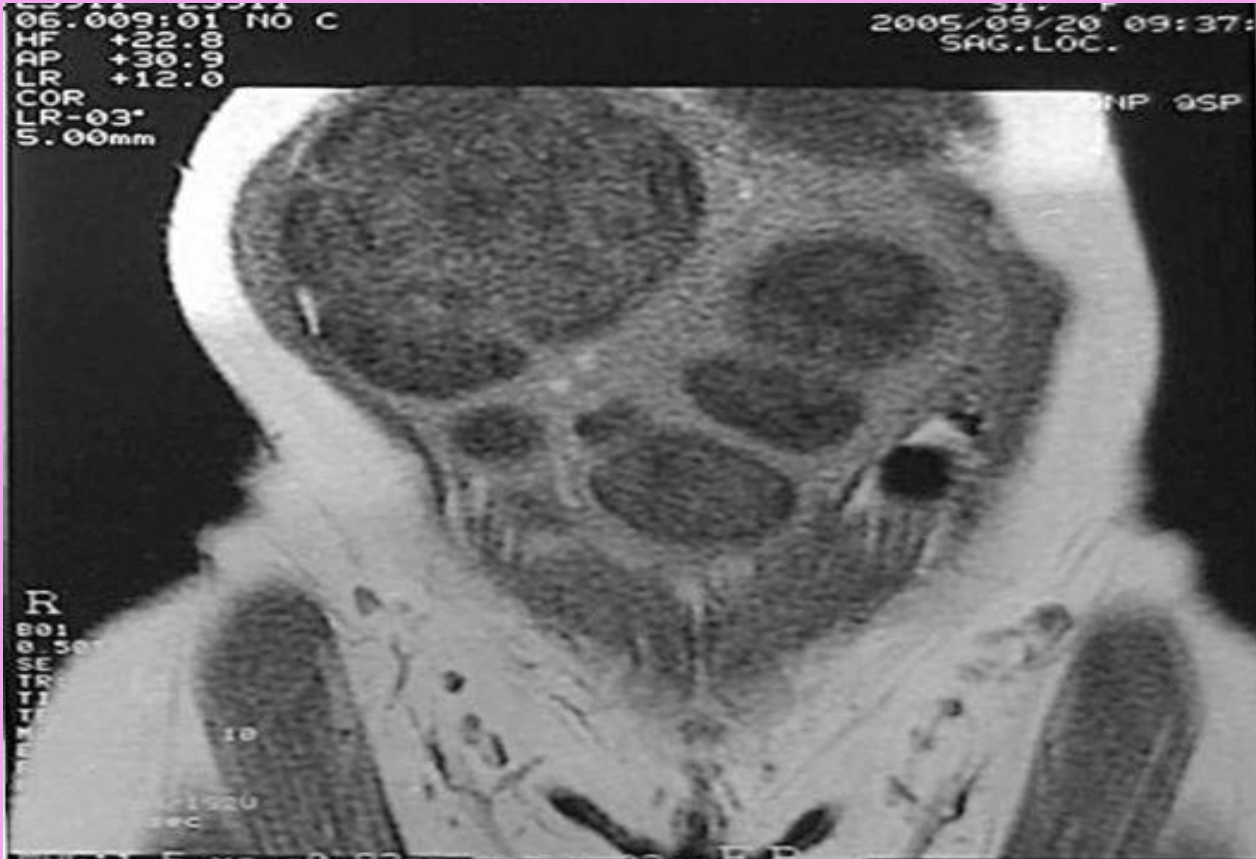
Эндоскопическая картина подслизистой миомы матки основывается на визуализации в ее полости образования:

- округлой или овальной формы
- бледно-розового цвета
- с гладкой поверхностью.
- Узлы миомы небольших размеров (дм до 30-40 мм) на тонком основании, расположенные в верхних отделах полости матки, определяются в виде:
- « гроздьев»
- бледно- розового или белесоватого оттенка, свисающих в ее просвет.

Подслизистые узлы миомы на широком основании идентифицируется в виде:
фиксированного бугорка на поверхности одной из стенок матки

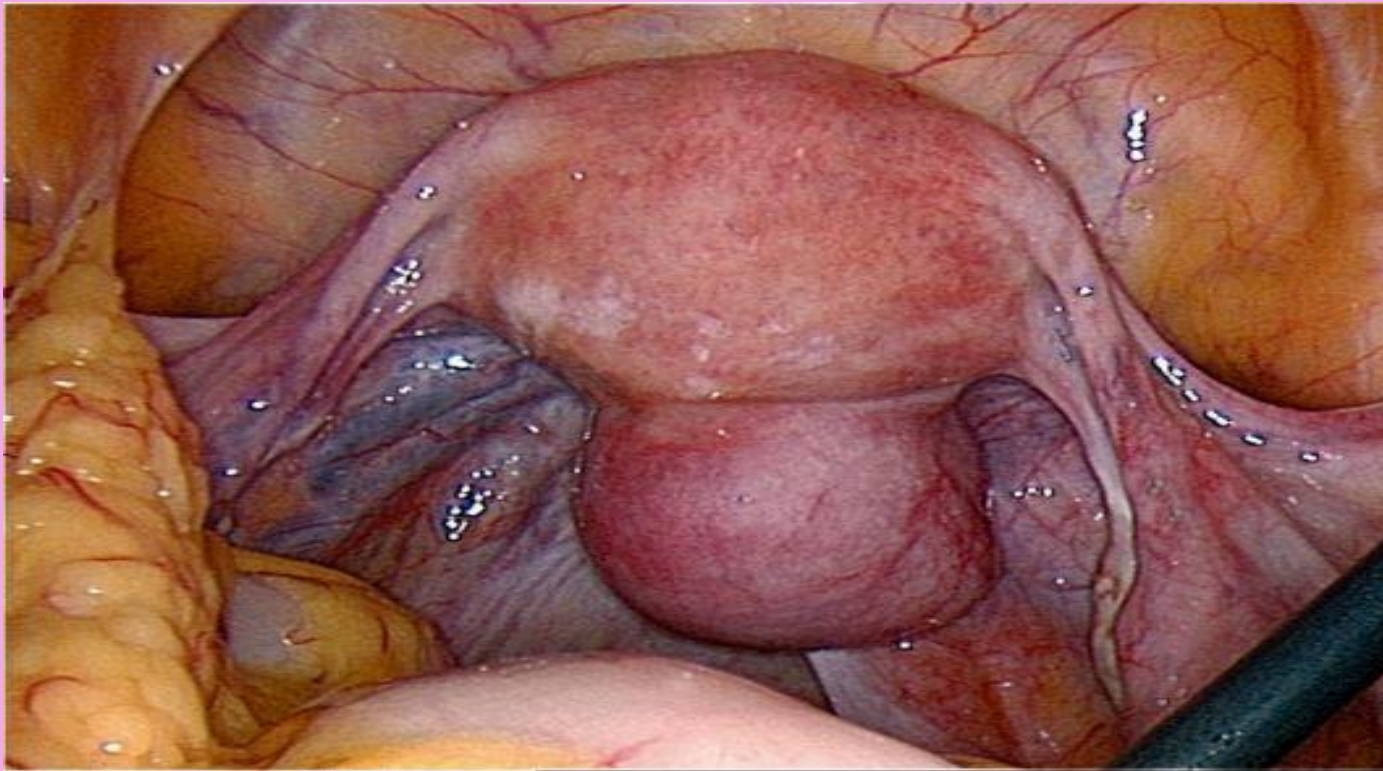


МРТ- признаки миомы матки



- Четко очерченные образования, резко выделяющиеся из окружающего миометрия.

Лапароскопическая картина миомы матки



- Увеличенная в размерах матка с неровной поверхностью при субсерозно - интрамуральной форме и\или округлое образование на «ножке», возвышающееся над серозной поверхностью матки.

Лечение миомы матки

- **Медикаментозное лечение, направленное на контроль роста миомы и развития симптомов заболевания.**

Негормональные средства

Симптоматическая терапия:

- При кровотечении – транексамовая кислота 1 г внутривенно в течение 10 минут или внутрь, 3 раза в день 5 – 7 дней. Не существует доказательств, что транексамовая кислота увеличивает частоту тромбоэмболических осложнений, даже при применении у женщин с высоким риском. Риск тромбоэмболии менее 1 %.
- При болевом синдроме – нестероидные противовоспалительные препараты.

Лечение миомы матки

- Гормональная терапия

Оральные контрацептивы

Прогестагены/высвобождающая прогестаген
внутриматочная система

Андрогены

Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона

Селективные модуляторы рецепторов
прогестерона

Лечение миомы матки

- Хирургическое лечение:
- *А. органосохраняющие операции:*
- абдоминальная,
- лапароскопическая
- гистероскопическая миомэктомия, применяемые при нереализованной репродуктивной функции
- *Б. радикальные операции:*
- - гистерэктомия, применяемая при множественной миоме матки больших размеров и у женщин с реализованной репродуктивной функцией.
- *Малоинвазивные органосохраняющие методы лечения:*
- - эмболизация маточных артерий (ЭМА),
- - миолиз различными источниками энергии).

Показания к хирургическому лечению миомы матки

- Размер матки, соответствующие 12 и более недель беременности
- Маточные кровотечения
- Абдоминальные и тазовые боли;
- Нарушение функции соседних органов;
- Бесплодие (в отсутствие других причин)
- Привычные выкидыши (в отсутствие других причин)
- Быстрый рост;
- Рост после менопаузы без проводимой ЗГТ

Гистерэктомия

- Женщинам, которые выполнили репродуктивную функцию,
- гистерэктомия показана как радикальный способ лечения симптомных лейомиом.
- Женщины с бессимптомной миомой подлежат диспансерному наблюдению, так как не существует доказательств, подтверждающих обоснованность опасений по поводу малигнизации, и таким женщинам гистерэктомия не показана.
- Единственным показанием для гистерэктомии у женщин с полностью асимптомной миомой является увеличение узла после наступления менопаузы без проводимой ЗГТ из-за увеличенного риска лейомиосаркомы, хотя он и остается очень низким.

Выбор доступа для гистерэктомии:

Выбор доступа для гистерэктомии зависит:

- от опыта хирурга,
- показаний к операции,
- особенностей пациентки
- выбора пациентки.

Следует применять индивидуальный подход к каждому случаю.

Возможны следующие варианты:

1. вагинальная гистерэктомия (ВГ),
2. лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия (ЛАВГ),
3. лапароскопическая супрацервикальная гистерэктомия,
4. полностью лапароскопическая гистерэктомия, абдоминальная гистерэктомия (АГ).

Каждой пациентке, которая нуждается в гистерэктомии, предлагается вагинальный доступ, если это осуществимо, так как частота послеоперационной заболеваемости и осложнений ниже, в сравнении с любым другим видом доступа

Если гистерэктомию можно выполнить любым доступом, то в интересах пациентки преимущество определяется в следующем порядке
ВГ – ЛАВГ – АГ

Противопоказания к проведению ВГ:

- Размеры матки больше 12 недель;
- Ограниченность подвижности матки;
- Сопутствующая патология яичников и маточных труб;
- Недостаточный хирургический доступ;
- Гипертрофия шейки матки;
- Недостижимость шейки матки;
- Операция по поводу пузырно-влагалищной свища в анамнезе;
- Инвазивный рак шейки матки.

Показания и условия для выполнения ВГ:

- Отсутствие сопутствующей патологии яичников и маточных труб;
- Достаточная подвижность матки;
- Достаточный хирургический доступ;
- Размеры матки до 12 недель;
- Опытный хирург.

Показания к субтотальной гистерэктомии (надвлагалищной ампутации матки):

- когда пациентка настаивает на сохранении шейки матки,
- при отсутствии патологии эпителия влагалищной части ее и эндоцервикса.
- Тяжелая экстрагенитальная патология, требующая сокращения срока операции.
- Выраженный спаечный процесс или тазовый эндометриоз, в связи с
повышенным риском травмирования сигмовидной кишки или мочеочника, или других осложнений.
- Необходимость срочной гистерэктомии в исключительных случаях (отсутствие этапа удаления шейки сокращает продолжительность операции, имеет существенное значение при выполнении срочного оперативного вмешательства).

Эмболизация маточных артерии

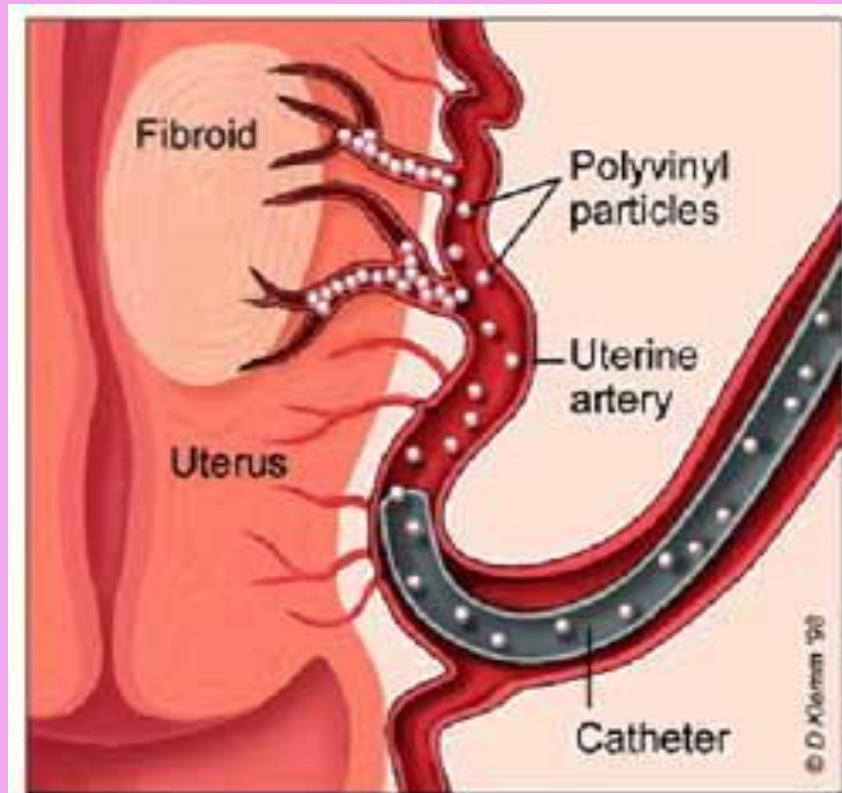
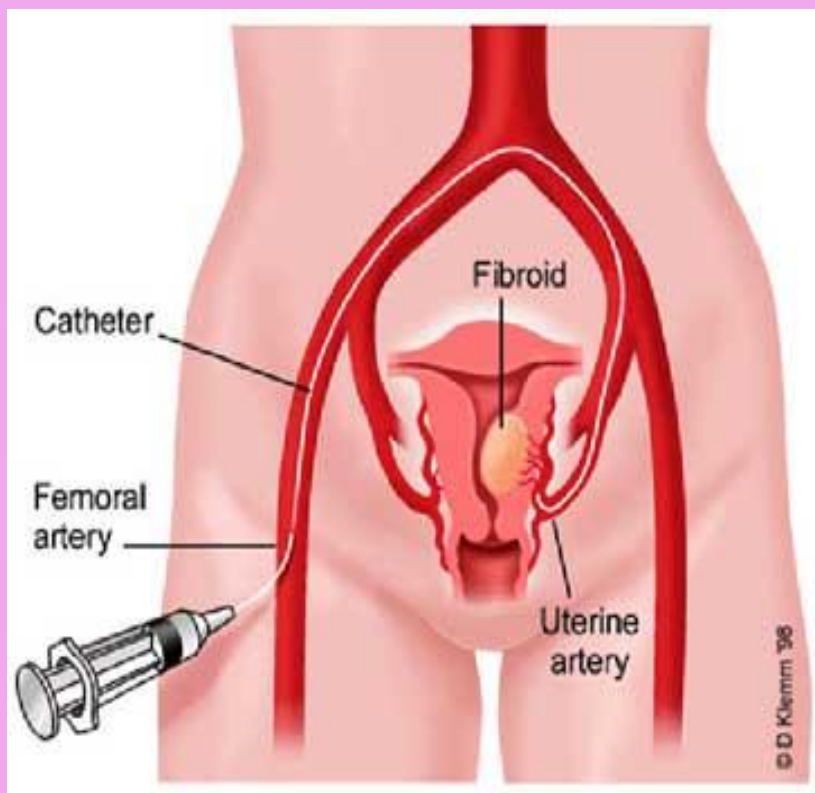
Эмболизация маточных артерий (ЭМА, эндоваскулярная эмболизация маточных артерий) – это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол бедренной артерии (пункцию), по внутрисосудистому катетеру в сосуды, питающие миому, вводятся частички специального эмболизационного препарата.

Механизм лечебного воздействия ЭМА

Закупорка питающих миоматозные узлы мелких сосудов так называемого перифиброидного сплетения лишает доброкачественную опухоль артериального питания, ишемизирует ее, что сопровождается асептическим некрозом ткани миомы с последующим гиалинозом и фиброзом.

Показания к ЭМА

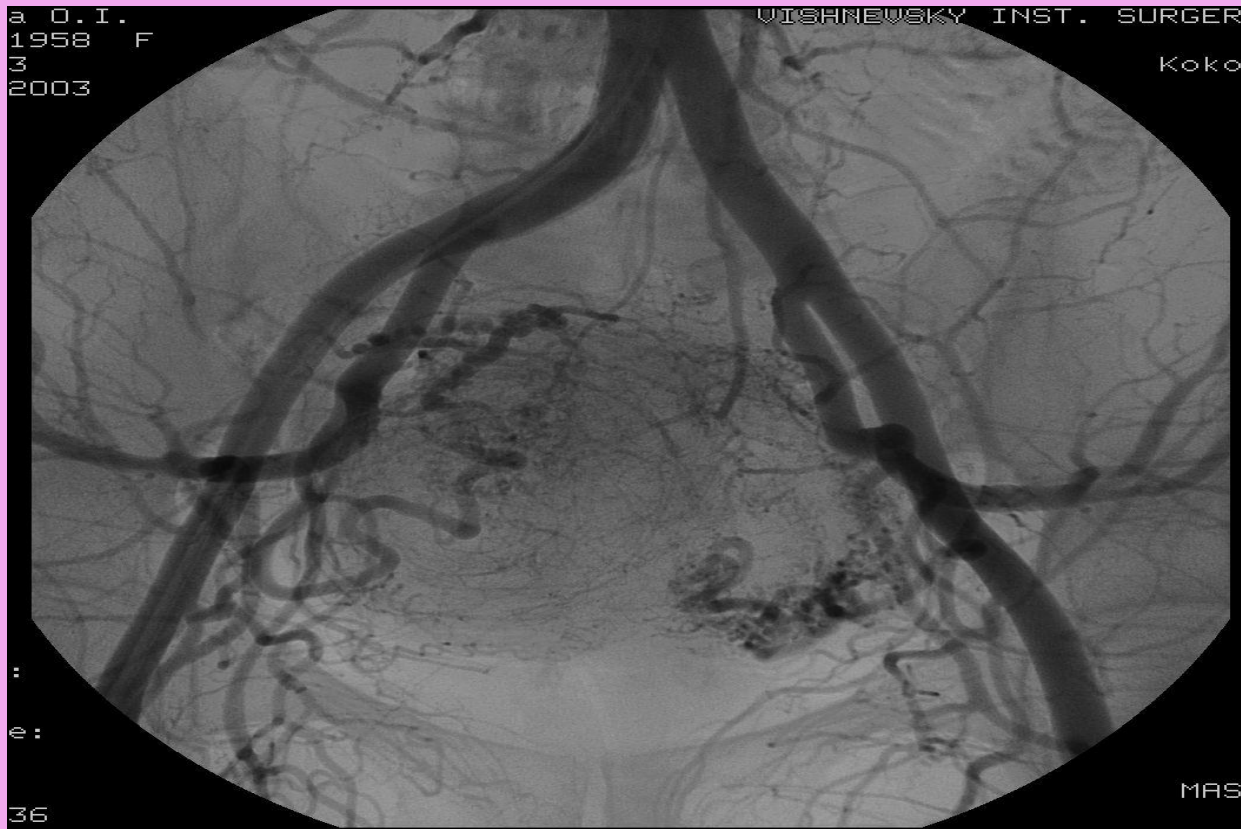
- СИМПТОМНАЯ МИОМА МАТКИ



Что происходит в результате эмболизации?

- Частицы поливинилалкоголя (ПВА) блокируют кровоток в артериях, кровоснабжающих миому
- Уменьшение кровотока к миоме, приводит к ее дегенерации
- Миома дегенерирует затем отторгается (гиалиновый склероз) и сморщивается

Тазовая ангиограмма



- Расширенные и извитые артерии матки с обеих сторон

До и после...



Билатеральная инъекция демонстрирует расширенные извитые сосуды, кровоснабжающие миому.



После успешной эмболизации отсутствие тока контраста указывает на прекращение кровоснабжения миомы.

Постэмболизационный синдром

ПЭС характеризуется

- лихорадкой,
- болями в животе
- лейкоцитозом после эмболизации.

Это, вероятно, вызвано

воспалительным ответом на
некротические ткани.

Постэмболизационный синдром

ПЭС требует медикаментозной коррекции – адекватного обезболивания.

В зависимости от выраженности болевого симптома возможно применение

наркотических и ненаркотических анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, транквилизаторов

При длительной гипертермии и лейкоцитозе возможно проведение антибактериальной и инфузионной терапии.

У больных с соматической патологией, особенно сердечно-сосудистой, в

комплексное лечение постэмболизационного синдрома следует включать

антикоагулянты (клексан, фраксипарин) в профилактических дозах

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**