

Санкт-Петербургский государственный университет
Медицинский факультет
Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии

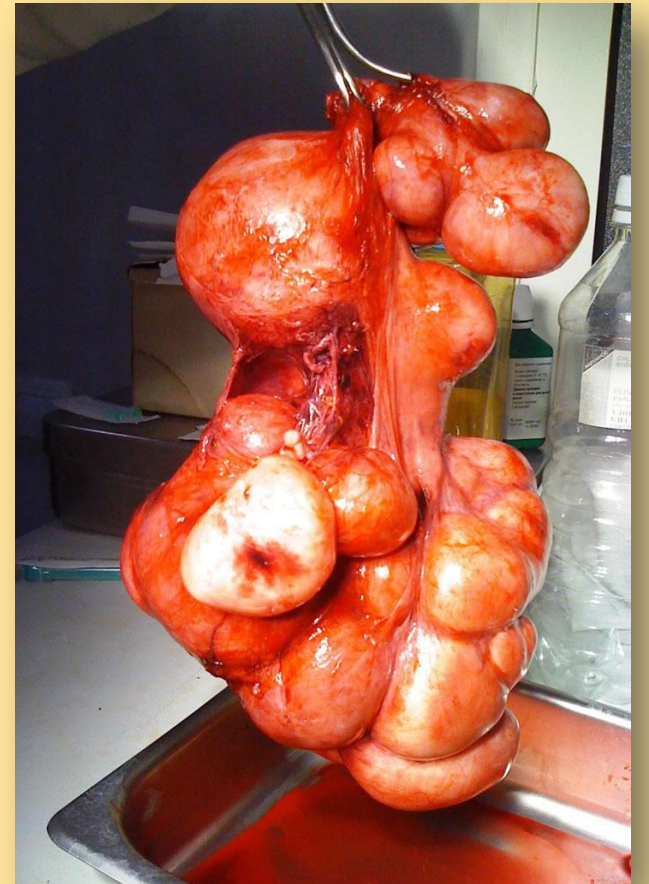
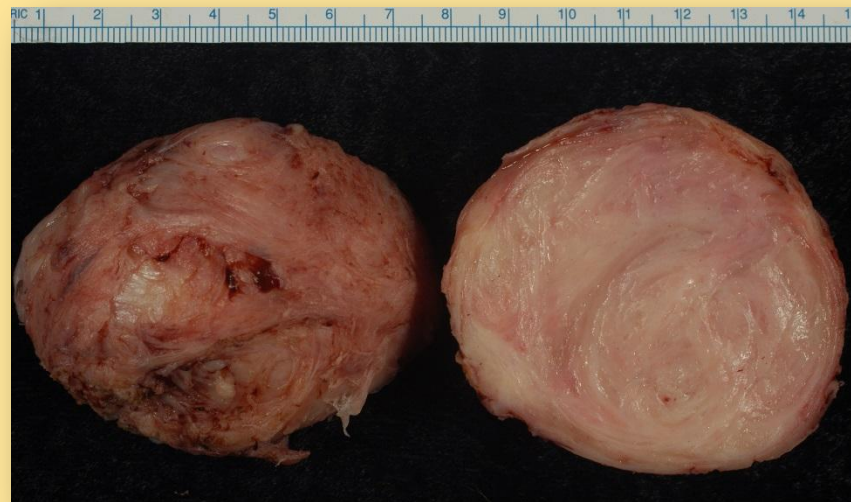
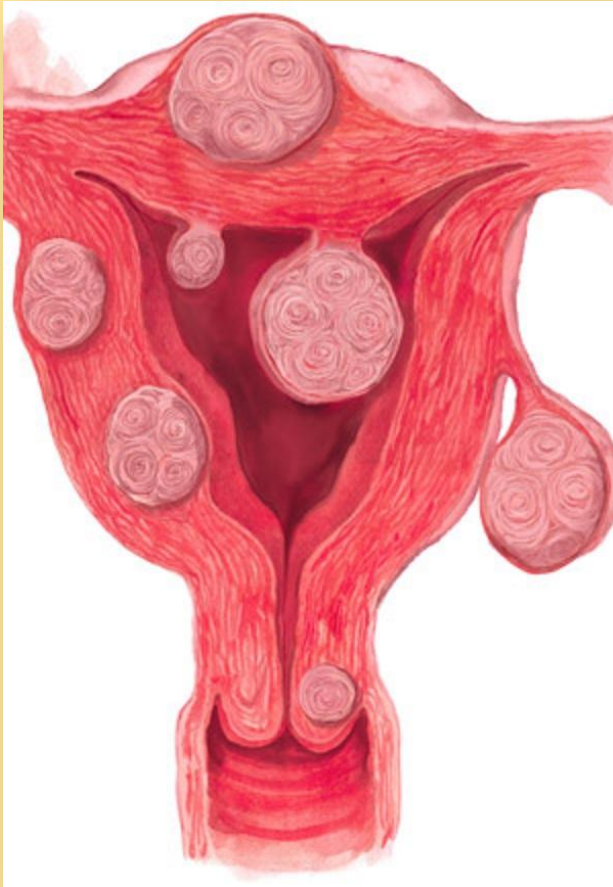
Современное представление об этиологии, патогенезе и способах лечения миомы матки

Подготовила: Смирнова Анна,
501 группа

Санкт-Петербург
2018

Лейомиома матки

- доброкачественное образование, развивающееся из гладкой мускулатуры матки.



Распространённость

- 12-25% от всех гинекологических заболеваний;
- Наблюдается у 25% женщин старше 35 лет;
- Данные, включающие посмертные патологоанатомические исследования, свидетельствуют о том, что истинная распространённость патологии достигает 77%;
- В зависимости от возраста заболеваемость изменяется следующим образом: 4% в возрастной группе 20—30 лет, 11—18% — 30—40 лет, 33—40% — 40—60 лет;
- От 5 до 10% проблем бесплодия связаны с наличием миомы матки.

Классификация

1. По локализации в отделах матки:

а) тела матки (95%);

б) шейки матки (5%).

2. По расположению узлов в толще стенки матки:

а) интрамуральные;

б) субмукозные;

в) субсерозные

г) интралигаментарные.

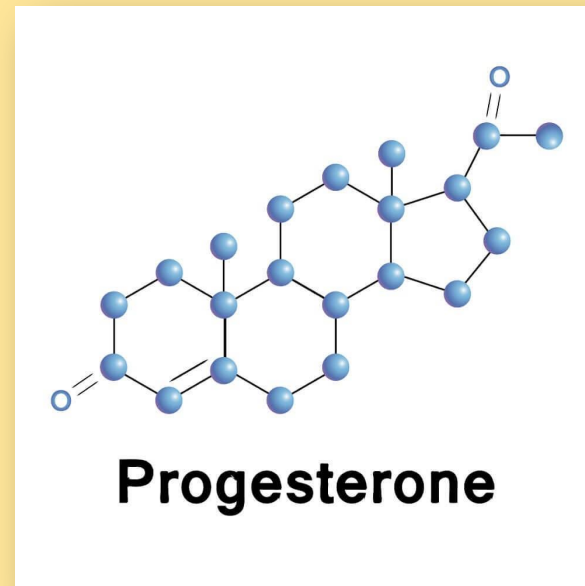
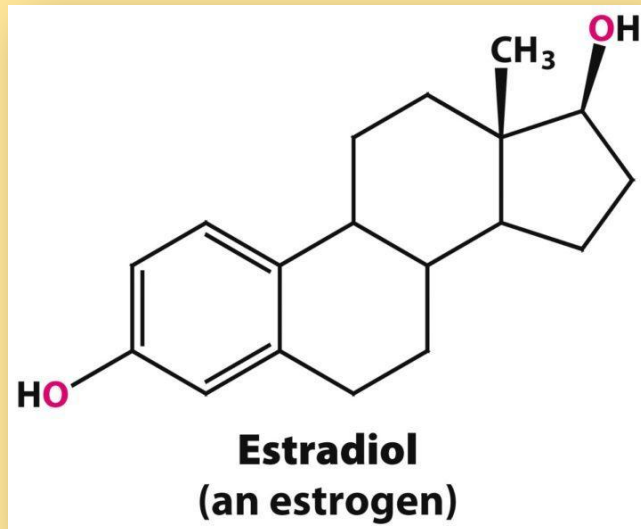


Этиологические факторы

- наследственная предрасположенность;
- возраст 40-50 лет;
- инструментальные вмешательства на матке;
- хронические воспалительные заболевания половой сферы;
- гинекологические заболевания, вызывающие или являющиеся следствием гормонального дисбаланса;
- эндокринная патология;
- соматические заболевания;
- нереализованное или позднее деторождение;
- стресс;
- позднее наступление менархе;
- обильные менструации;
- избыточная масса тела в сочетании с гиподинамией;
- экзогенные факторы.

Патогенез

1. Мезенхимальная теория.
2. Инфекционная теория.
3. Теория локальной гиперэстрогении.
4. Теория, согласно которой ведущая роль в патогенезе миом отдаётся прогестерону.



Современное представление

В узлах миомы содержится в 2 раза больше эстрогеновых, и в 3 раза больше прогестиновых рецепторов в сравнении с окружающим миометрием.

□ миома матки может возникать и расти при нормальном уровне половых гормонов в крови.

Основная роль в возникновении и развитии миомы принадлежит синергическому влиянию на миометрий эстрогенов, прогестерона, факторов роста, цитокинов, иммунореактивного инсулина.

Выраженное митогенное влияние на миометрий и ткань миоматозных узлов оказывают факторы роста: инсулиноподобные, семейство эпидермальных, сосудисто-эндотелиальные, трансформирующие.

Влияние эстрогенов и прогестерона

- Эстрогены увеличивают пролиферацию гладкомышечных клеток миометрия.
- Прогестерон:
 - повышает частоту соматических мутаций в клетках миометрия;
 - вызывает увеличение экспрессии инсулиноподобного фактора роста 1-го типа (ИПФР 1), стимулирующего пролиферацию клеток миомы, и уменьшение уровня инсулиноподобного фактора связывающего протеина (ИПФРСР-3);
 - оказывает стимулирующее влияние на эпидермальный фактор роста (ЭФР);
 - играет важную роль в экспрессии bcl-2 (онкопротеин, ингибитор апоптоза) в ткани миомы, значительно превышая экспрессию этого протеина в интактном миометрии, где он практически не обнаруживается;
 - блокирует влияние эстрогенов посредством угнетения экспрессии их рецепторов;

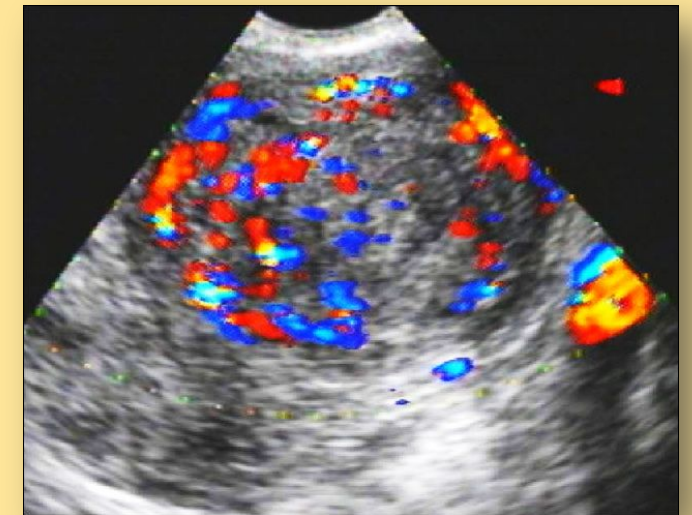
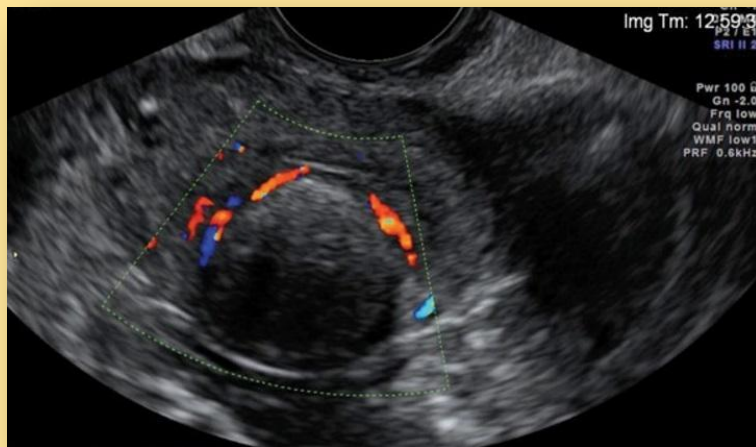
Клиническая картина

- ✓ треть всех миом протекает бессимптомно;
- ✓ обильные менструации, приводящие к анемизации;
- ✓ межменструальные кровотечения;
- ✓ бесплодие или привычное невынашивание беременности;
- ✓ нарушение функции тазовых органов.



Диагностика

- 1) жалобы;
- 2) анамнез;
- 3) бимануальное влагалищное исследование;
- 4) УЗИ органов малого таза;
- 5) эхография и доплерография сосудов матки – для оценки васкуляризации узлов, динамики их роста.



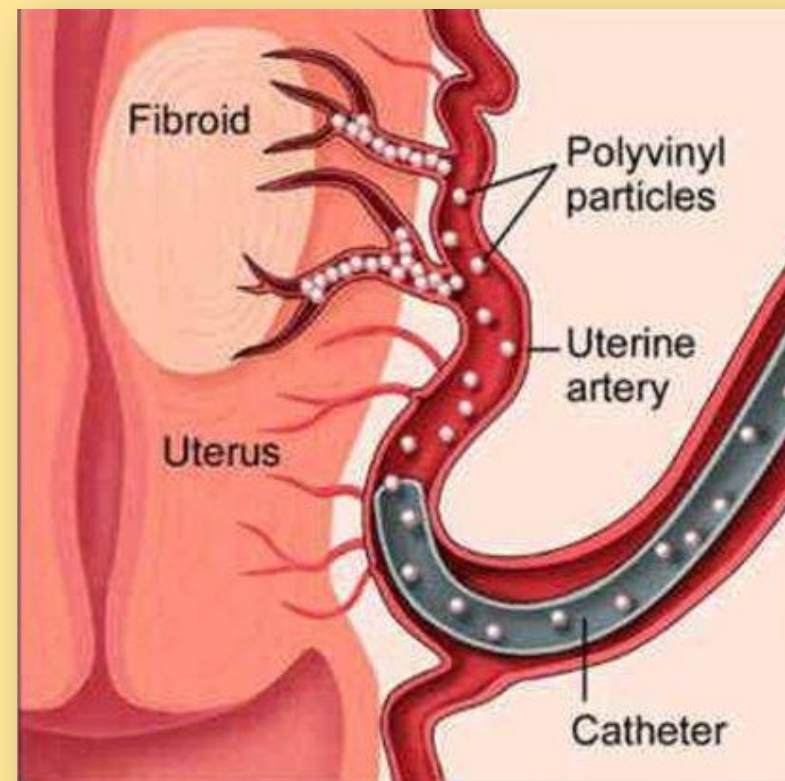
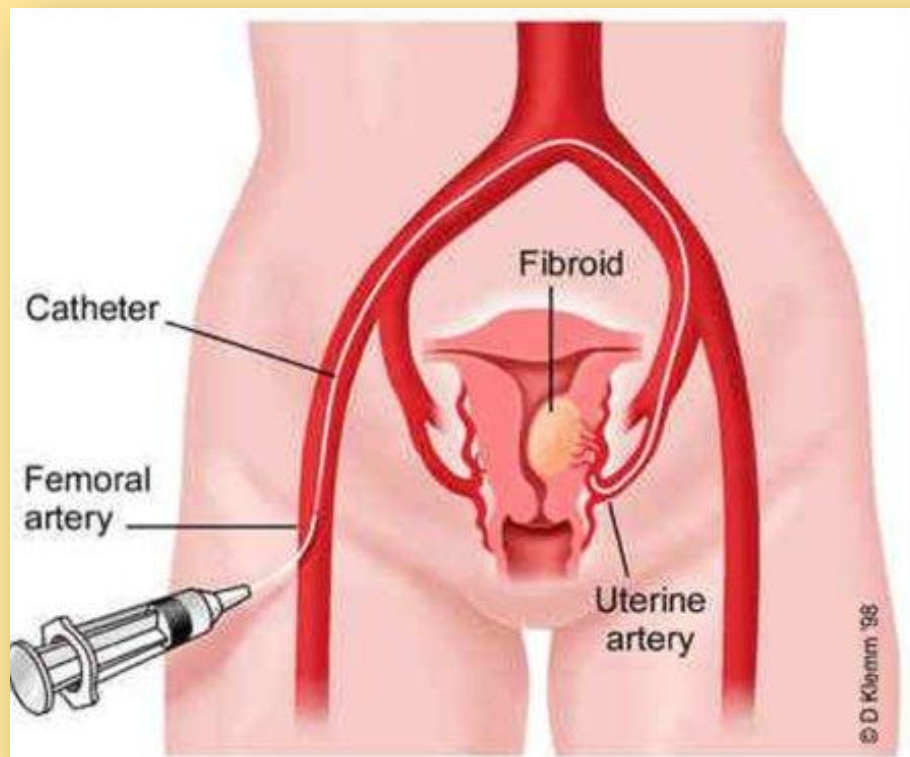
Лечение

Консервативная терапия:

1. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (GnRH-a). Назначают как средства предоперативной подготовки при больших размерах миомы на 3—4 мес для уменьшения размера как узлов миомы, так и матки, а также для нормализации уровня гемоглобина у женщин с хронической постгеморрагической анемией (на фоне обильного менструального кровотечения).
2. Прогестины (левоноргестрел-внутриматочные системы).
3. Антипрогестины. Селективный модулятор прогестероновых рецепторов — мифепристон.
4. Ингибиторы ароматаз.
5. Селективный синтетический модулятор прогестероновых рецепторов - улипристала ацетат.

Лечение

Способ, который можно расценить как промежуточный между консервативным и оперативным, — эмболизация маточных артерий (ЭМА).



Оперативное лечение

Показания к оперативному лечению:

- Размер матки > 12 нед беременности;
- субмукозное расположение узла;
- центрипетальный рост миомы;
- сочетание миомы матки с опухолями яичников;
- рост миомы;
- нарушение кровообращения в узле;
- подозрение на саркоматоз;
- меноррагии, менометроррагии, вызывающие анемию;
- желание восстановить репродуктивную функцию.

Оперативное лечение

Миомэктомия:

- Лапароскопическая;
- Лапаротомическая;
- Гистероскопическая
- Вагинальная;
- Мини-лапаротомия.

Используются различные виды хирургических энергий:

- Криомиолиз,
- Гипертермическая абляция лазером или радиоволновой энергией;
- Гипертермическая абляция фокусированной ультразвуковой энергией;
- Дистанционная абляция миоматозных узлов под контролем магнитно-резонансной томографии.



Выбирая способ лечения миомы матки, необходимо учитывать желание женщины реализовать репродуктивную функцию. Если женщина заинтересована в деторождении, операция должна быть органосохраняющей. В обратном случае все мероприятия должны быть направлены на устранение жалоб и клинических симптомов.

Список литературы

1. Гинекология: учебник для медицинских ВУЗов/Айламазян Э.К. – СПб. : СпецЛит, 2013.- 2-е изд., испр. и доп. – 415 с. : ил.
2. Штох Елена Анатольевна, Цхай Виталий Борисович Миома матки. Современное представление о патогенезе и факторах риска // Сибирское медицинское обозрение. 2015. №1 (91).
3. Кондратович Людмила Михайловна. "Современный взгляд на этиологию, патогенез и способы лечения миомы матки" Российский медицинский журнал, no. 5, 2014, pp. 36-40.
4. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Агеев М.Б., Ведерникова Н.В., and Жолобова М.Н.. "Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста" Акушерство, гинекология и репродукция, vol. 6, no. 4, 2012, pp. 22-28.
5. Гарипов Р.М., Пирогова В.И., Чудновец Л.Г., and Гумерова Г.Т.. "Применение эмболизации маточных артерий с целью купирования геморрагического синдрома при миоме матки" Медицинский вестник Башкортостана, vol. 3, no. 3, 2008, pp. 23-26.