

Міністерство охорони здоров'я України
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”
Кафедра АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Тема лекції:

**“ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ
МАТКИ ТА ЯЄЧНИКІВ”**

Лектор – д.мед.н., проф. **ГРОМОВА** Антоніна Макарівна

Полтава

Частота – 6-13% усіх гінекологічних захворювань.

Доброякісні утвори яєчників:

- **КІСТИ** – пухлиноподібні (небластоматозні), здебільшого ретенційні утворення
- **КІСТОМИ** – справжні пухлини (бластоматозні), які ростуть за рахунок проліферації клітин

КЛАСИФІКАЦІЯ доброякісних пухлин яєчників

1. Епітеліальні пухлини.

1. *Доброякісні бластоматозні пухлини яєчника:*

- ✓ серозна (ціліоепітеліальна) кістома;
- ✓ папілярна (сосочкова) кістома;
- ✓ псевдомуцинозна (проліферуюча і сецернуюча) кістома;
- ✓ псевдоміксома;
- ✓ сецернуюча кістома.

2. *Доброякісні небластоматозні пухлини яєчника:*

- ✓ фолікулярна кіста;
- ✓ лютеїнова кіста;
- 1. параоваріальна кіста;
- ✓ шоколадна кіста.

- *Злоякісні* – раки.

КЛАСИФІКАЦІЯ доброякісних пухлин яєчників

II. Пухлини із сполучної тканини:

1. *Доброякісні – фіброма яєчника;*
2. *Злоякісні – саркома яєчника.*

III. Пухлини, які містять елементи зародкових листків:

1. *Ектодермальні тератоми;*
2. *Мезодермальні тератоми;*
3. *Ендодермальні тератоми.*

IV. Гормонопродукуючі пухлини:

1. *Фемінізуючі – фолікулярна, гранульозоклітинна, текабластома;*
2. *Маскулінізуючі – адренобластома, гіпернефрома.*

Фолікулярна кіста

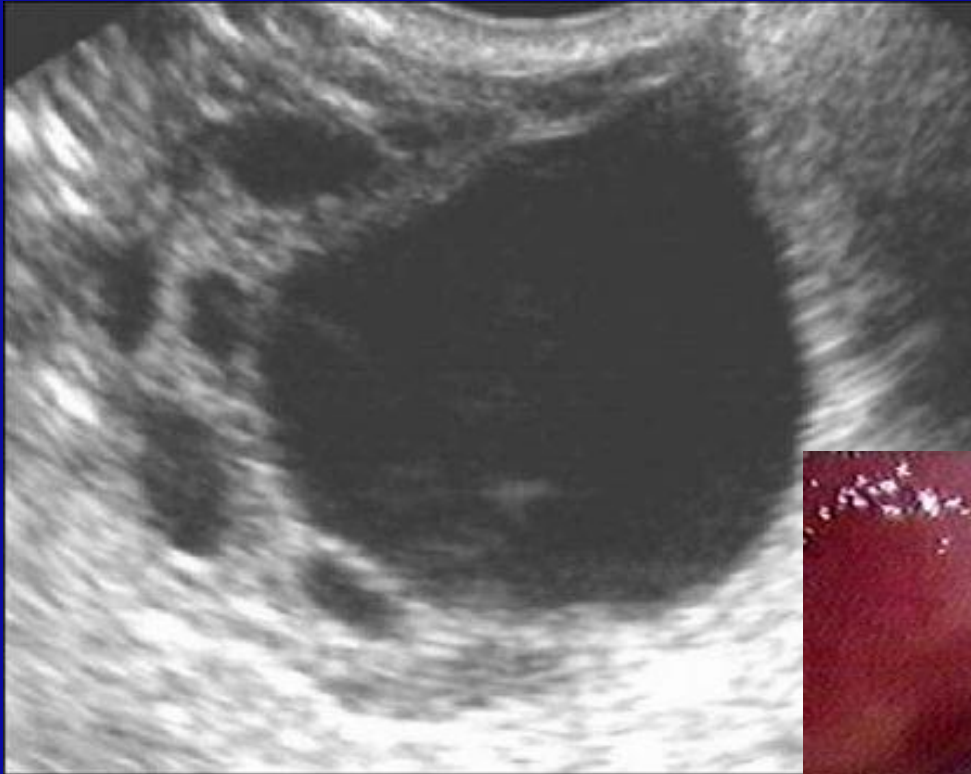
Розвивається з первинного яєчниковою фолікула в результаті кістозної трансформації антрального фолікула. Має гладку поверхню і тонку капсулу. Зсередини капсула вкрита кубічним епітелієм. Вміст кісти – рідина прозора, без кольору або з жовтуватим відтінком. Кіста росте в напрямку черевної порожнини. Як правило, фолікулярна кіста протікає безсимптомно і виявляється випадково при онкологічному огляді.

Діагностика фолікулярної кісти не завжди проста. Особливо непросто віддиференціювати від бластоматозної пухлини. У зв'язку з цим в даний час фолікулярна кіста може **лікуватись консервативно**:

- у зв'язку з високим інфекційним індексом у всіх хворих проводиться вивчення мікробіоценозу піхви та діагностику ЗПСШ для патогенетично обґрунтованої терапії та проводиться лікування ЗОШ з метою ліквідації преморбідного стану;
- комбіновані однофазні оральні контрацептиви;
- гестагени (прогестерон, дуфастон) з 16 по 26-й день менструального циклу, 3-6 міс.;
- антагоністи гонадотропін-релізінг-гормону (трипторелін, диферелін)
- вобензим 3-5 таб. 3 р/добу протягом 1-3 міс.

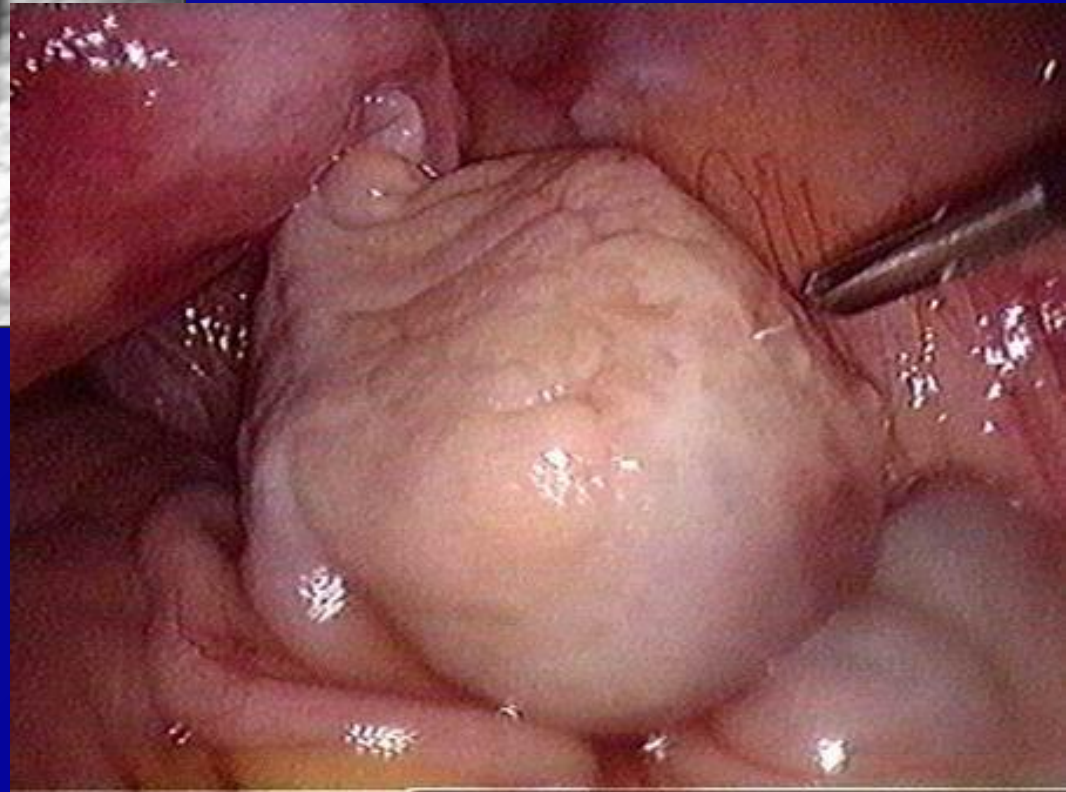
При відсутності ефекту через 3-6 міс. показано **оперативне лікування**. Об'єм операції залежить від величини кісти, ступеня пошкодження яєчника та віку хворої. В молодому віці кісту бажано вилучати, а не пошкоджену тканину яєчника залишити. Після 40 років видаляється яєчник разом з пухлиною. Частіше проводять лапароскопічну операцію.

Фолікулярна кіста яєчника



Ультрасонографія

Лапароскопія



Кіста жовтого тіла (лютеїнова)

I. Кіста жовтого тіла без вагітності.

Як правило, містить рідину червоно-жовтого кольору, капсула товста, внутрішній шар капсули вистелений лютеїновими клітинами зернистого шару жовтого кольору. Схожість з фолікулярною кістою за об'ємом та однопорожнинною будовою поєднується з макроскопічними відмінностями: внутрішній шар капсули фолікулярної кісти гладкий, кісти жовтого тіла – складчастий; вміст фолікулярної кісти – рідина прозора, без кольору, кісти жовтого тіла – червоно-жовтого або кольору кофе; фолікулярна кіста зсередини вистелена циліндричним чи кубічним епітелієм, кіста жовтого тіла – лютеїновими зернистими клітинами. Консервативне лікування проводиться аналогічно із попереднім. При його неефективності – хірургічне лікування.

Кіста жовтого тіла (лютеїнова)

II. Лютеїнова кіста при вагітності, міхуровому занеску та хоріонепітеліомі:

частіше двобічні, величиною від апельсина до голівки новонародженого, швидко розвивається, поверхня її гладка, капсула бурого кольору, вміст рідкий, в деяких випадках густий, жовтого чи коричнево-червоного кольору. Кіста розсмоктується самостійно в другій половині вагітності або після видалення міхурового занеска чи хоріонепітеліоми.

**Кіста жовтого тіла з численними
перетинками (УСГ)**



Доброякісні бластоматозні (проліферуючі) пухлини (кістоми)

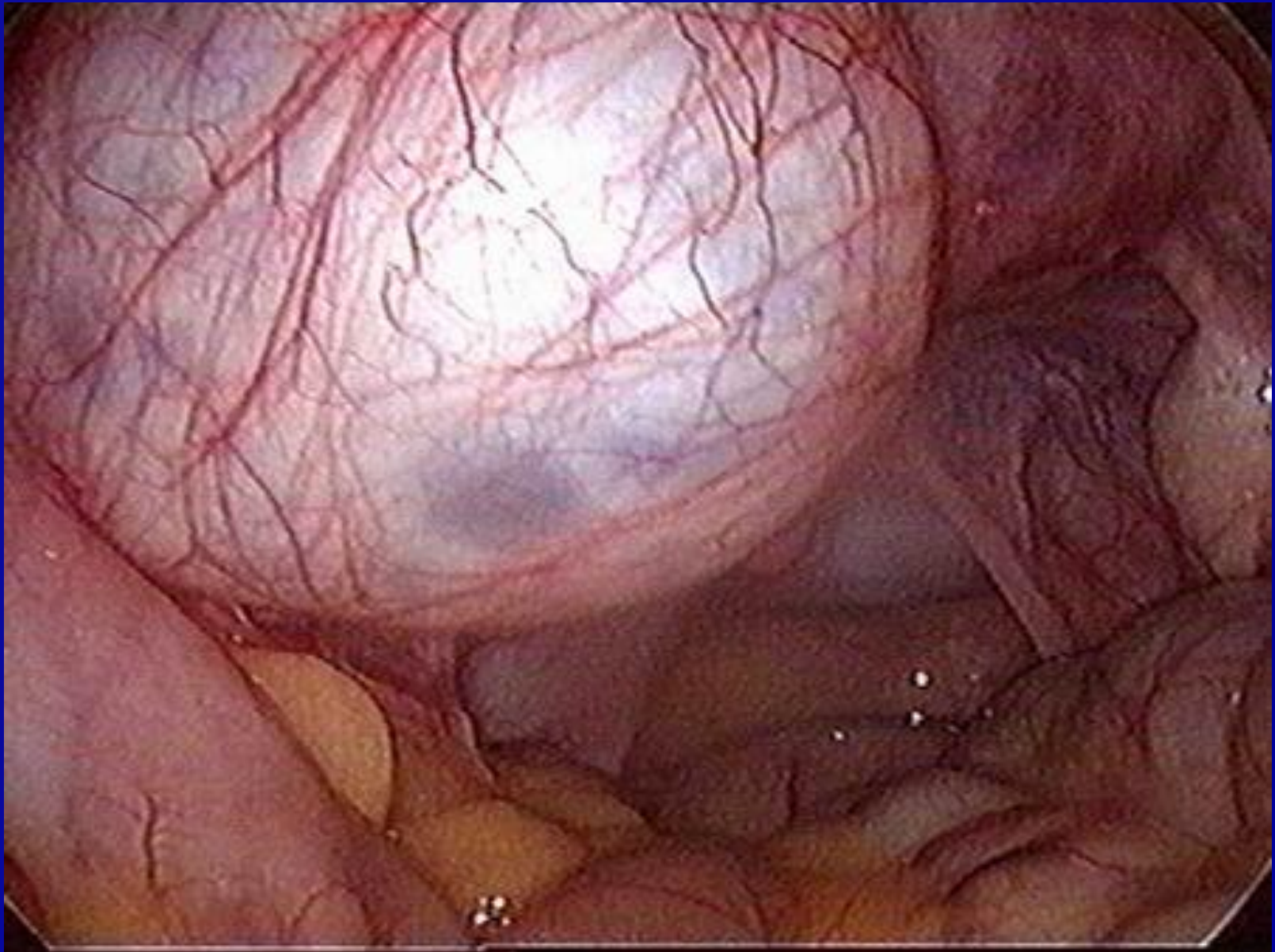
КІСТОМА – це активно проліферуюча пухлина, яка збільшується за рахунок проліферації клітин епітелію та накопичення ексудату всередині камер кістоми. Цей ексудат продукується клітинами циліндричного епітелію, який вистилає стінку камер кістоми.

Сосочкова (папілярна) кістома

Часто двобічна, багатокамерна, швидкоростуча, схильна до малігнізації. Капсула вистелена кубічним, часом миготливим однорядним епітелієм. При злоякісному переродженні розростання епітелію переходить на парієтальну очеревину та очеревину сусідніх органів. Сосочкова кістома, як правило, невеликих розмірів, супроводжується асцитом. По відношенню до матки знаходиться близько (коротка ніжка), часом (до 40% випадків) розміщена між листками широкої зв'язки матки. Вміст кісти серозний або серозно-кров'янистий. Клінічно сосочкова кістома протікає в більшості випадків безсимптомно. Менструальний цикл не порушується, хоча у жінки нерідко спостерігається неплідність.

Лікування хірургічне.

Папілярна кістома (лапароскопія)

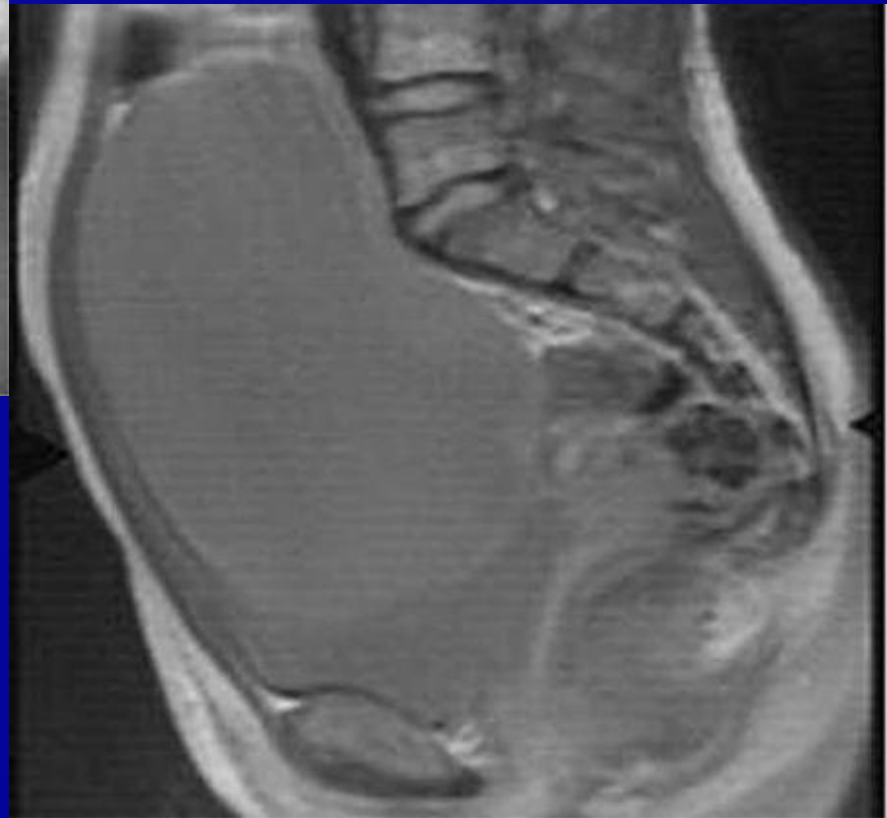


Папілярна кістома

Ультрасонографія



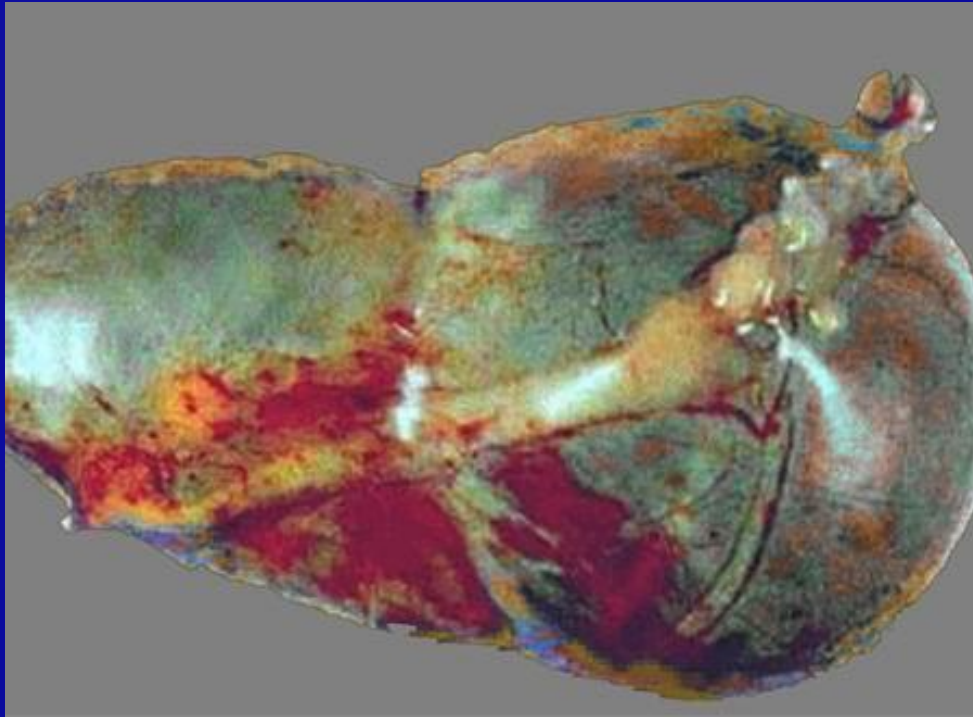
Ультрасонографія



Серозна або цілоепітеліальна кістома

Однокамерний утвір з серозним вмістом. Стінка капсули гладка. Внутрішня поверхня вистелена однорядним кубічним (а часом миготливим) епітелієм. *При гінекологічному обстеженні:* пухлина найчастіше однобічна звичайно невеликих розмірів з гладкою поверхнею, тугоеластичної консистенції, рухома, безболісна, клінічно проявляється рідко. Виявляється, як правило, на онкооглядах. *Лікування хірургічне.* Рідко малігнізується.

Серозна кістома (макропрепарат)



Псевдомуцинозна кістома (проліферуюча і сецернуюча)

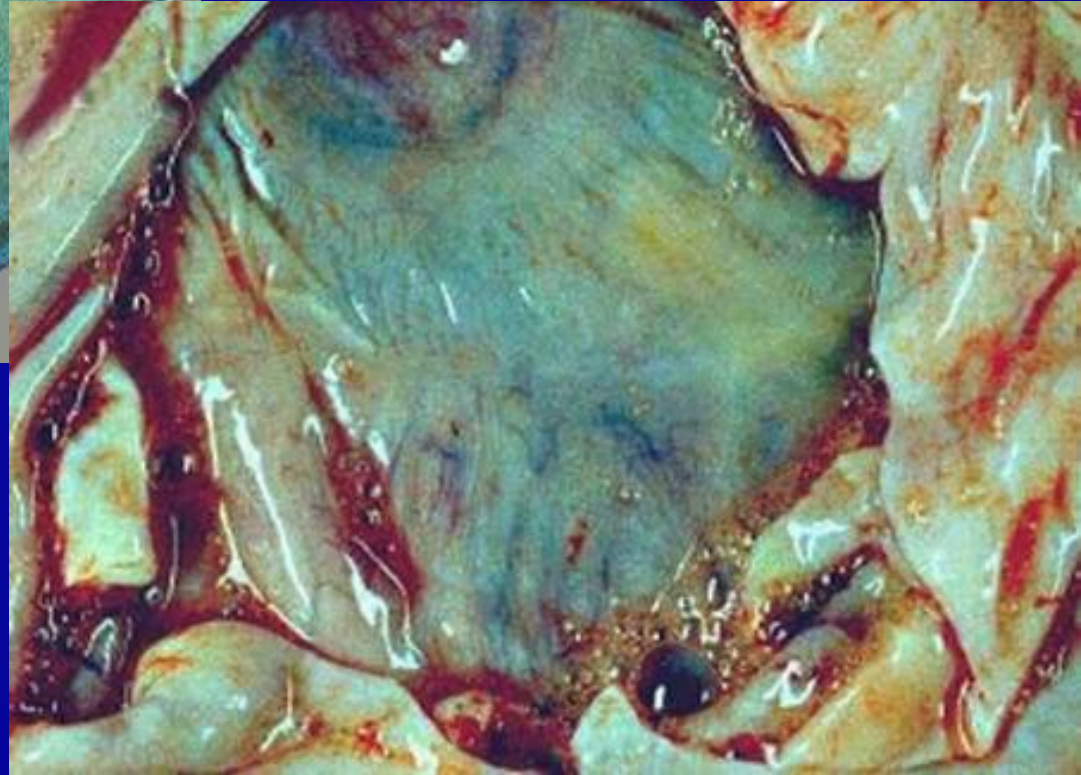
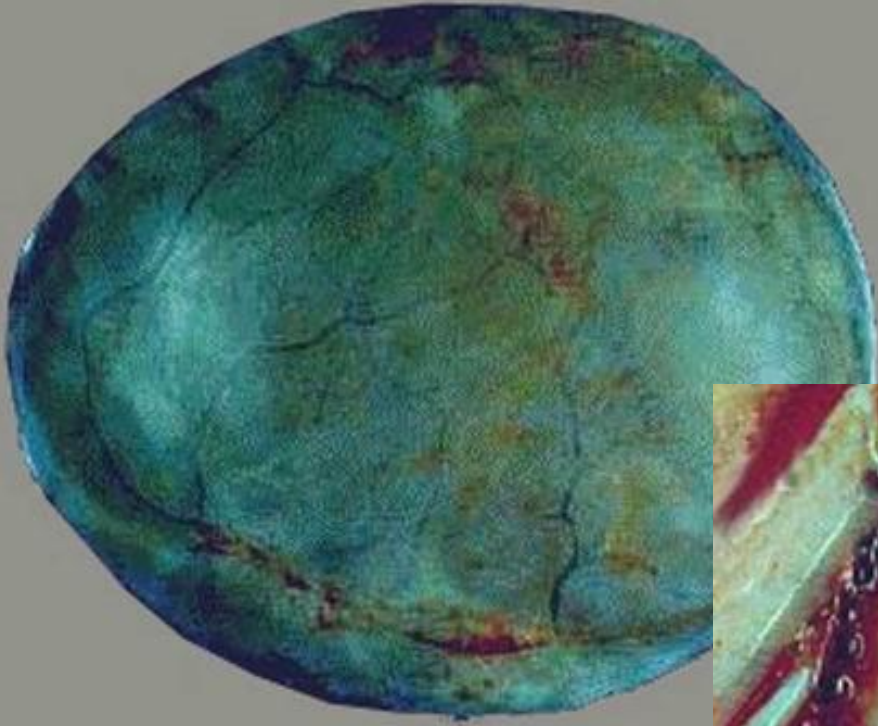
Як правило, однобічна, багатокамерна. Горбкувата, значних (часом величезних) розмірів. Різні за величиною відмежовані одна від одної сполучнотканинними перегородками певної товщини. Звичайно одна з камер є найбільшою і вважається основною. Порожнини з середини вистелені циліндричним епітелієм з базально розміщеним ядром. Ріст епітелію еверуючий. Малігнізація кістоми спостерігається в 70% випадків.

Вміст порожнини – псевдомуцин (густа желеподібна опалесцююча рідина різного кольору – жовтувата, коричнева, темночервона або темнозелена). **Пухлина розвивається** безсимптомно, поки не почне збільшуватися живіт. Проте при внутрішнь'язковому рості, а також при перекруті її ніжки або некрозі капсули рано появляється біль внизу живота. Симптоми перетискання сусідніх органів, як правило, проявляється пізно, при значному збільшенні пухлини. Діагностика псевдомуцинозної кістоми неважка: однобічність утвору (нерідко внутрішньозв'язково), місцями м'якої консистенції (нерівна поверхня), швидкий ріст і тривалий безсимптомний перебіг при великих розмірах пухлин. **Лікування хірургічне** – видалення пухлини разом з яєчником в молодому віці. Двобічне видалення яєчників після 48 років.

Псевдомуцинозна кістома (УСГ)



Псевдомуцинозна кістома (макропрепарат)



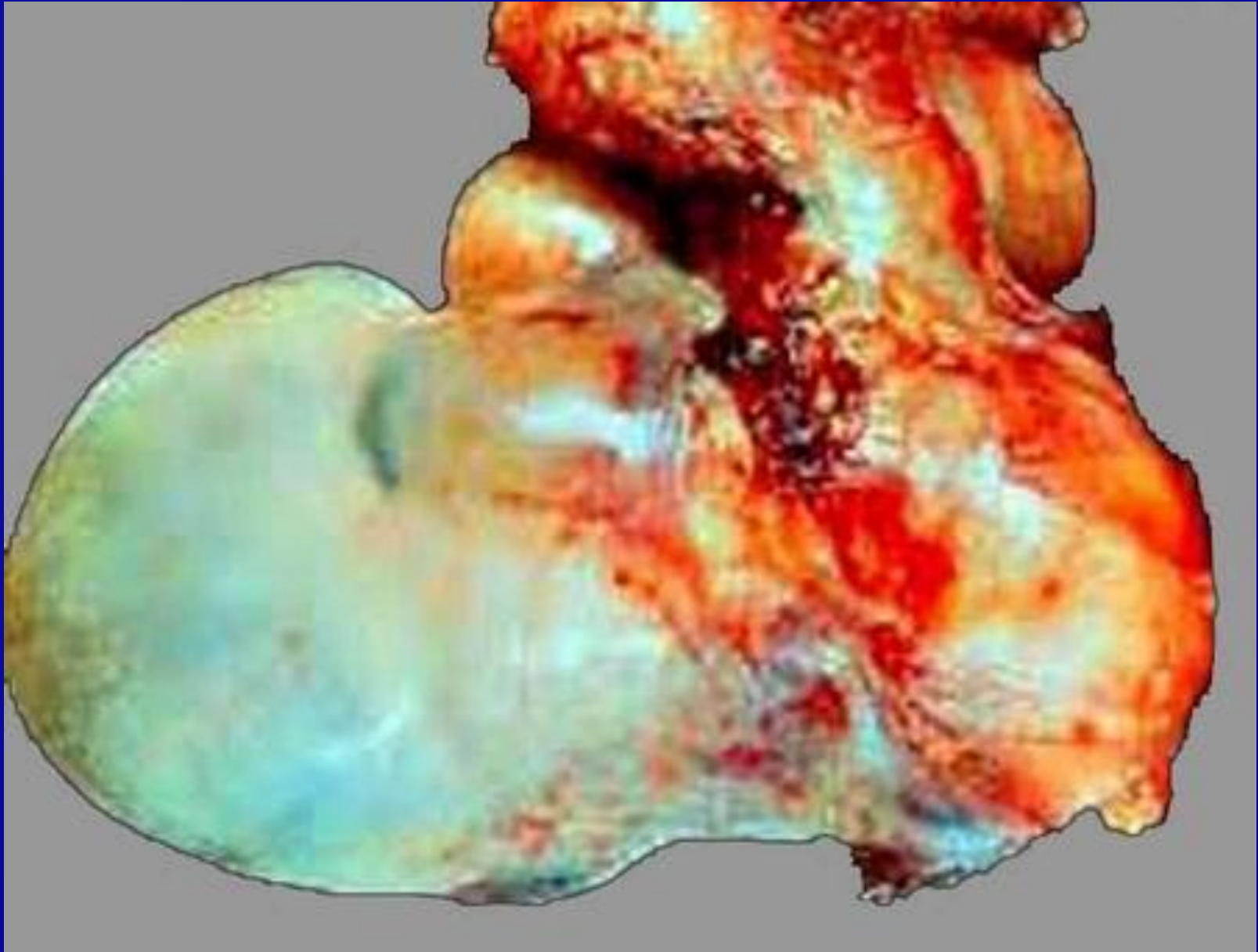
Фіброма яєчника

Зустрічається в 10% випадків (серед всіх доброякісних пухлин яєчників). Поверхня пухлини гладка, інколи горбкувата. Розвивається частіше в молодих жінок, звичайно односторонньо. На розрізі пухлина білуватого кольору, як правило, без порожнини, тканини її набряклі. Мікроскопічно складається із сполучнотканних веретеноподібних клітин, які збираються у волокна, які невпорядковано переплітаються в різних напрямках. Пухлина бідна судинами, рухома, знаходиться на ніжці, росте повільно.

Клінічні симптоми проявляються звичайно при крововиливах та некробіозі, а також при перекруті ніжки пухлини. В цих випадках появляються симптоми подразнення очеревини. В окремих випадках (при двобічних ураженнях) фіброма яєчника супроводжується тріадою Мейгса (асцит анемія, кахексія), що, як правило, вказує на злоякісне переродження пухлини.

Лікування хірургічне.

Фіброма яєчника (зовнішній вигляд)



Тератодермоїди

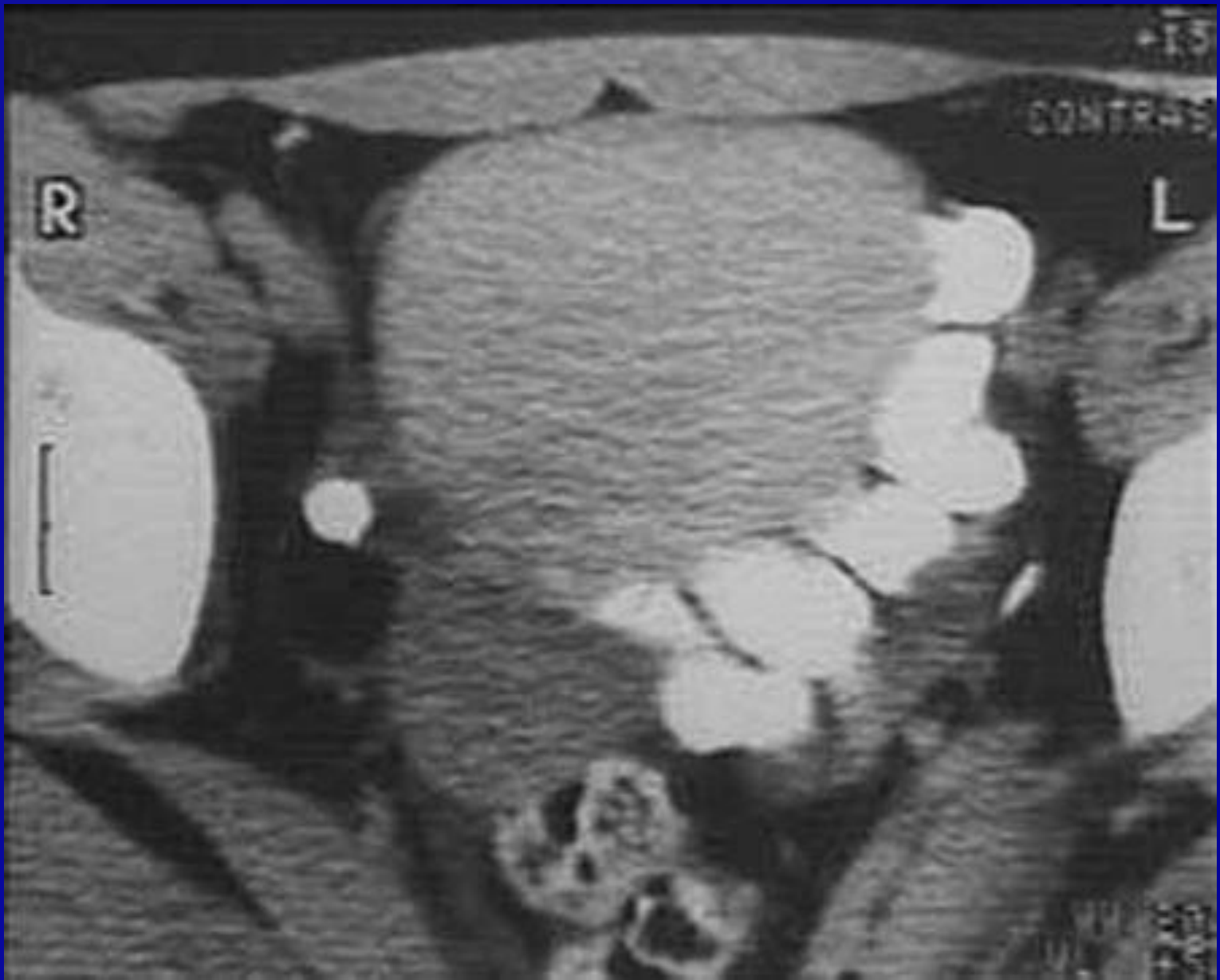
Розвиваються з усіх трьох ембріональних зачатків (ендо-, мезо- та ектодерми). Становлять 25% усіх пухлин яєчника.

Тератоми із організмоїдними утвореннями зустрічаються у 5,88%; із органоїдними – 11,76%; із гістіоїдними – 82,36%.

Склад тератом:

- шкіра, сальні, потові залози, волосся
- нервова тканина (нейроглія, мозочок)
- органи дихання (тканини трахеї, бронхів, слизова носу)
- органи травлення (зуби, слинні залози, м'язи покриті кишковим епітелієм)
- щитоподібна залоза
- кістки, хрящі

Частіше однобічна (85-90%), на ніжці. Довго безсимптомно. Повільно росте. Консистенція тверда. Часто розміщена попереду матки.



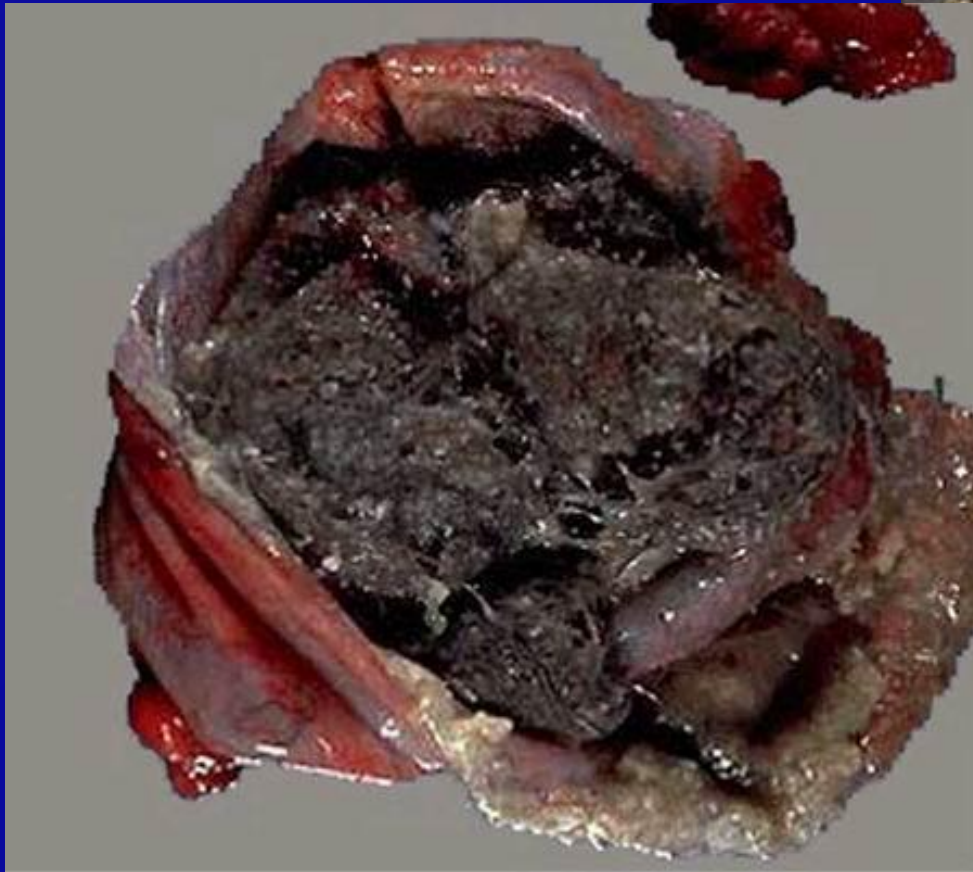
Включення високої щільності (КТ)

Дермоїдні кісти

Макропрепарат
(вміст кісти – волосся та зуби)



Макропрепарат
(вміст кісти - волосся)

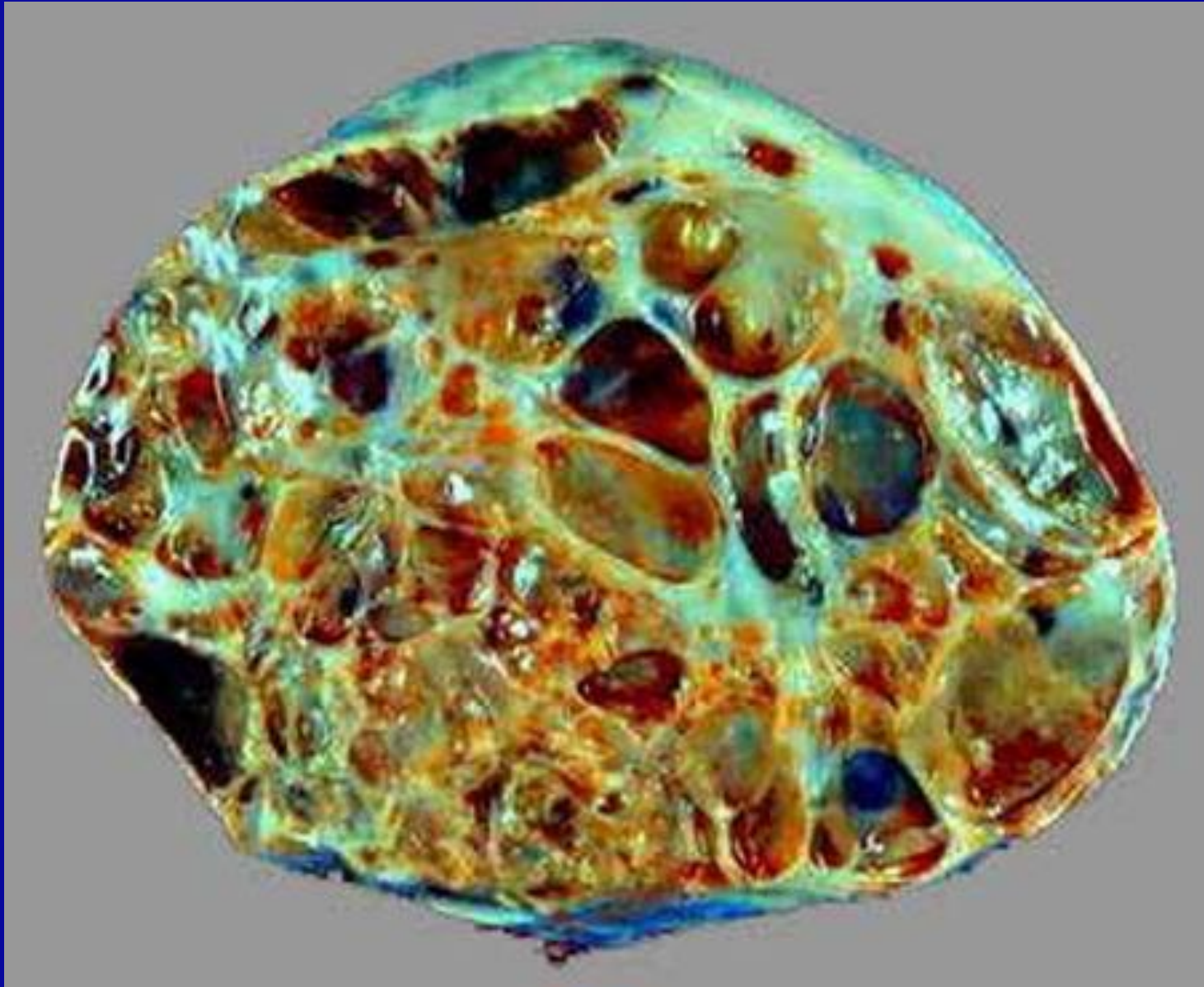


Гранульозоклітинна пухлина

Розвивається з клітин зернистого шару фолікулів. Пухлина майже завжди однобічна, овоїдної форми, з горбкуватою чи гладкою поверхнею, нерівномірною консистенцією, що зумовлено наявністю порожнини. Часто буває у дітей. На розрізі пухлина жовтуватого кольору. Пухлина часто перероджується в рак. Поєднання фемінізуючого синдрому, порушення менструальної функції, безпліддя з пухлиною яєчника завжди вказує на гормонопродукуючий характер пухлини. *Лікування оперативне.*

Гранульозоклітинна пухлина

(мультилокулярна поверхня поперечного зрізу, макропрепарат)



Текома

Складає 5% пухлин яєчників. Розвивається з веретеноподібних клітин внутрішньої оболонки покришки фолікула, які виробляють естрогени, а при лютеїнізації їх – прогестерон.

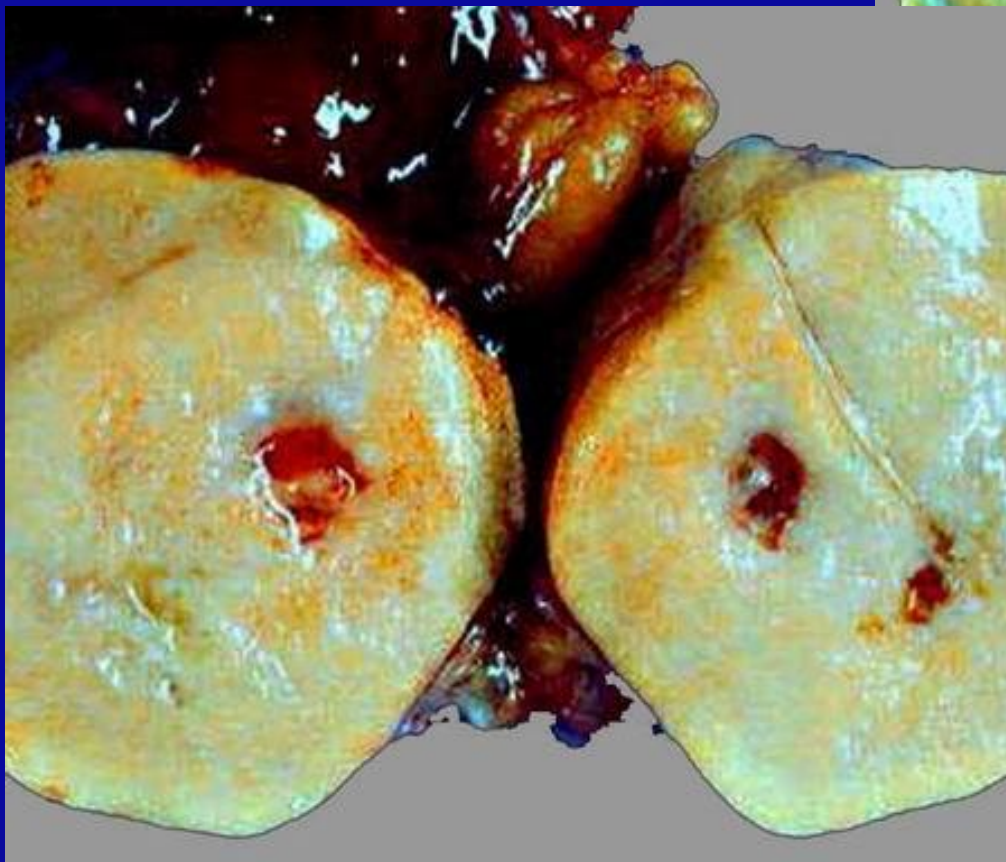
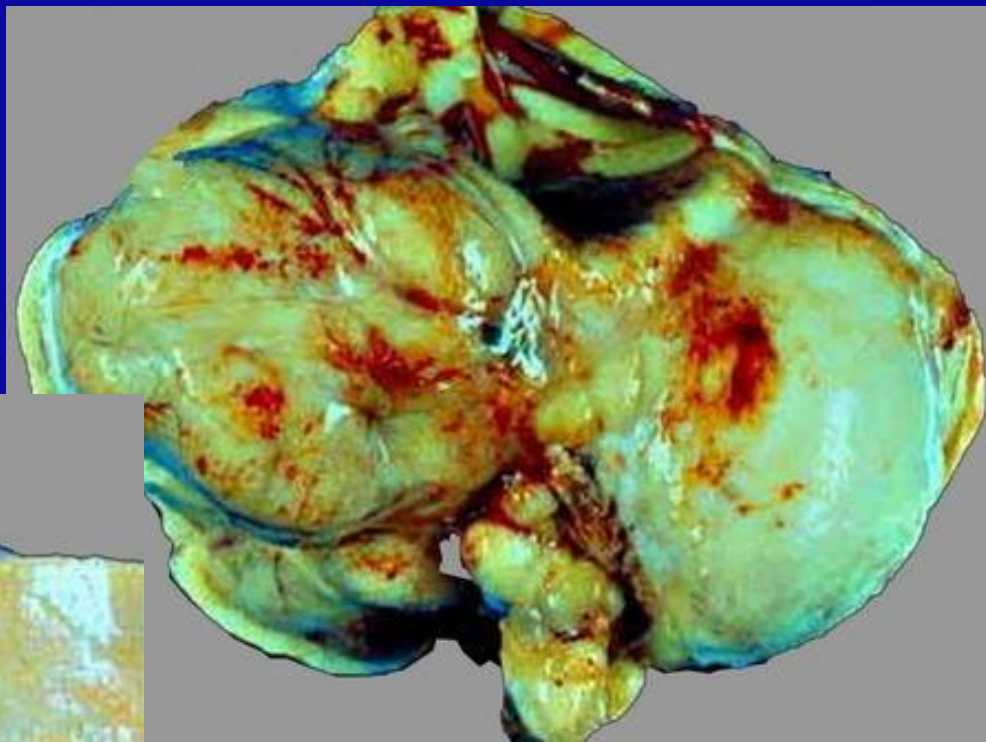
В результаті можливе передчасне статеве дозрівання або пізнє згасання менструальної функції. У жінок дітородного віку порушується менструальний цикл, відмічається безпліддя чи схильність до викиднів.

Пухлина однобічна, щільної консистенції, може досягати великих розмірів. На розрізі тканина жовтого кольору, часом з ділянками дрібних кист, що містять опалесцюючу фолікулярну рідину жовтого кольору. Діагностика текоми утруднена. Діагноз, як правило, встановлюється на операційному столі макроскопічно чи після біопсії.

Лікування хірургічне.

Текома

Фібротекома
(макропрепарат – зовнішній
вигляд)



Макропрепарат
(вид поверхні розрізу пухлини)

Адренобластома

Розвивається з сертолієвих та лейдігових клітин, продукуючих тестостерон.

Частіше пухлина однобічна, круглої чи овальної форми, з гладкою або горбкуватою поверхнею, невеликих розмірів, рухома розташована на ніжці. На розрізі жовтого або змішаного забарвлення. Розвиток пухлини проявляється маскулінізацією. Нерідко спостерігається малігнізація. *Лікування хірургічне.*

Спільні особливості клінічного перебігу доброякісних пухлин

1. Тривалий час – безсимптомно, ростуть, як правило, у напрямку черевної порожнини.

2. Кісти та кістоми – рухомі.

Анатомічна ніжка – лійково-тазова зв'язка, власна зв'язка яєчника, брижа яєчника.

Хірургічна ніжка – анатомічна ніжка + труба.

3. По мірі росту пухлин можуть з'являтися ознаки стиснення сусідніх органів.

4. Пухлини пальпують, зазвичай, збоку від матки, зміщуючи її у протилежний бік.

Ускладнення кіст і кістом яєчників

1. Злоякісне переродження (частіше при цілоепітеліальних та папілярних пухлинах, рідше – при муцинозних)
2. Перекрут ніжки пухлини (некроз і перитоніт з різким болем унизу живота, ↑ температури тіла, ↑ пульсу, нудота, блювання, позитивні симптоми подразнення очеревини) – термінова операція
3. Нагноєння пухлини (різкий біль у животі, ↑ температури тіла, позитивні симптоми подразнення очеревини) – термінова операція
4. Розрив капсули пухлини (гострий біль, кровотеча, шок) – зустрічається рідко

МІОМА МАТКИ

(фіброміома, лейоміома, міофіброма, фіброма)

це доброякісна, добре відокремлена капсульована пухлина, що розвивається з міометрія тіла або шийки матки. Зустрічається в 15-17% жінок після 30 років.

Міома – доброякісна пухлина з м'язевих та сполучнотканинних елементів.

Переважаання м'язевих елементів – *міома*;
переважаання сполучнотканинної стромы – *фіброма*, наявність обох тканин – *фіброміома*.

- **Частота:** 1-5% в общей женской популяции, 15-25% в возрасте старше 35 лет, 10-45% гинекологических больных
- **32,8 года** – средний возраст выявления, **44,4 года** – показания к оперативному лечению

• **Снижение качества жизни при наличии симптомной миомы**



**УЗИ
интерстициальная миома**

Етіологія та патогенез міоми матки

Міома – дисгормональна пухлина з порушенням у системі гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирників-яєчники.

Дисгормональна природа обумовлює ряд метаболічних порушень, функціональну недостатність печінки, а також нерідко порушення жирового обміну.

Гіпоталамо-гіпофізарні порушення можуть передувати виникненню новоутворень або розвиватися вторинно.

Етіологія та патогенез міоми матки

За даними літератури однією з обов'язкових умов міом є переважання естрогенної стимуляції.

1. Надлишок естрогенів в організмі — **“абсолютна гіперестрогенія”**.
2. **“Відносна гіперестрогенія”** — відсутність антиестрогенної дії прогестерона.
3. Нормальне утворення естрогенів та прогестерону в організмі, але порушена інактивація печінкою — **“гепато-оваріальний синдром”**.

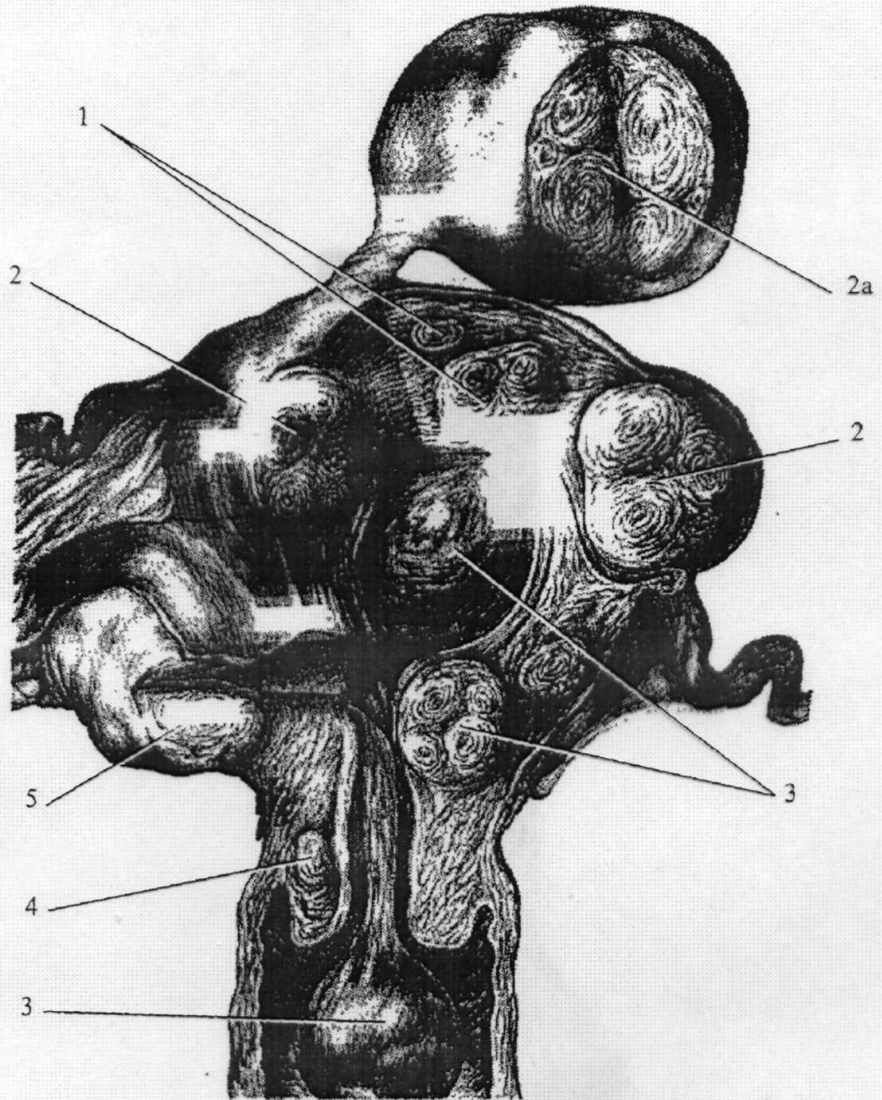
Фактори ризику розвитку міоми матки

- спадковість;
- порушення менструальної функції, починаючи з менархе, гіперестрогенія;
- статевий інфантилізм;
- порушення репродуктивної функції, дезорганізація і гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи;
- рецидивуючі запальні захворювання геніталій;
- багаторазові вишкрібання слизової оболонки тіла матки та штучні аборти;
- екстрагенітальна патологія з порушенням вуглеводного, ліпідного та інших видів обміну.

Класифікація

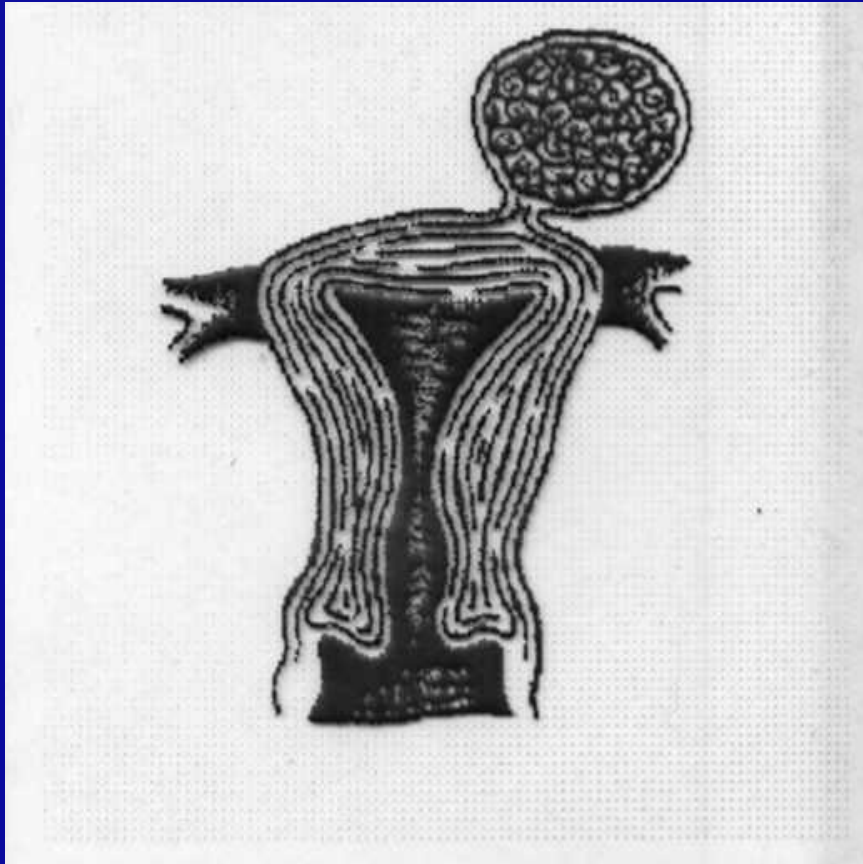
- МОРФОЛОГІЧНА
- ЗА СТУПЕНЕМ ПРОЛІФЕРАЦІЇ
- ЗА МІСЦЕМ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВУЗЛІВ
- ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ШАРІВ МІОМЕТРІЮ

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ

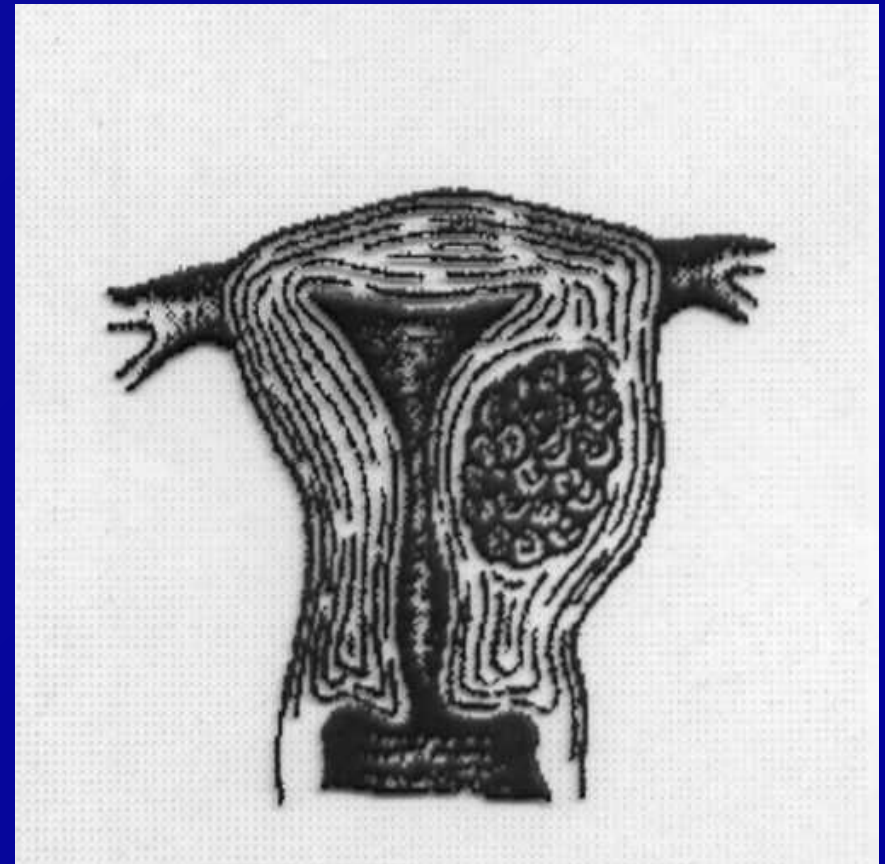


- 1** - інтрамуральні вузли;
- 2** - субсерозний вузол;
- 2a** - субсерозний вузол на ніжці;
- 3** - субмукозні вузли;
- 4** - внутрішньошийковий вузол;
- 5** - інтралігаментарний вузол.

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ

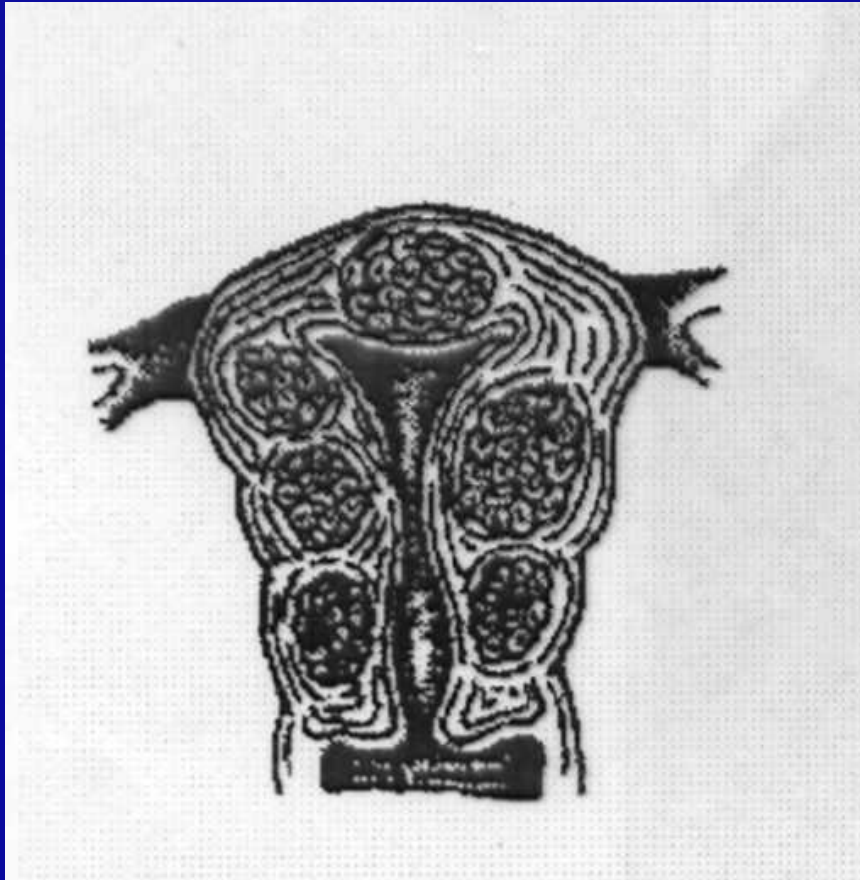


Субсерозний вузол

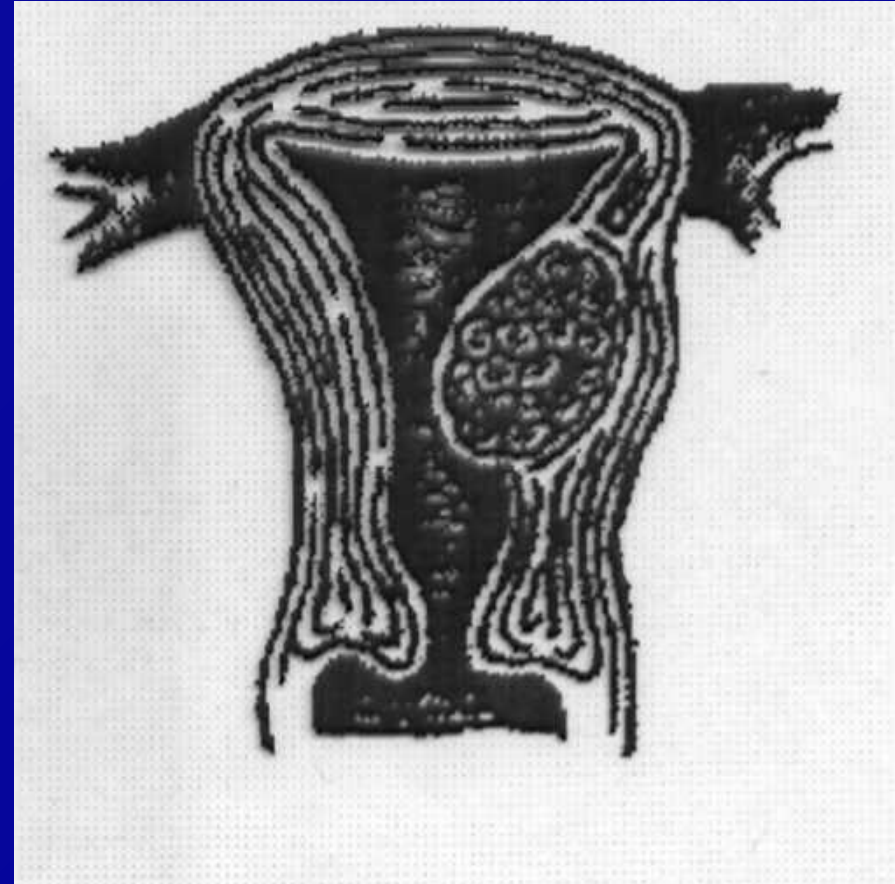


**Інтрамуральний
вузол**

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ



**Множинні
інтрамуральні вузли**



Субмукозний вузол

Клініка

- Кровотеча (менорагії, метрорагії)
- Больовий синдром
- Альгодисменорея
- Порушення сечовиділення, акту дефекації
- Беспліддя
- Невиношування

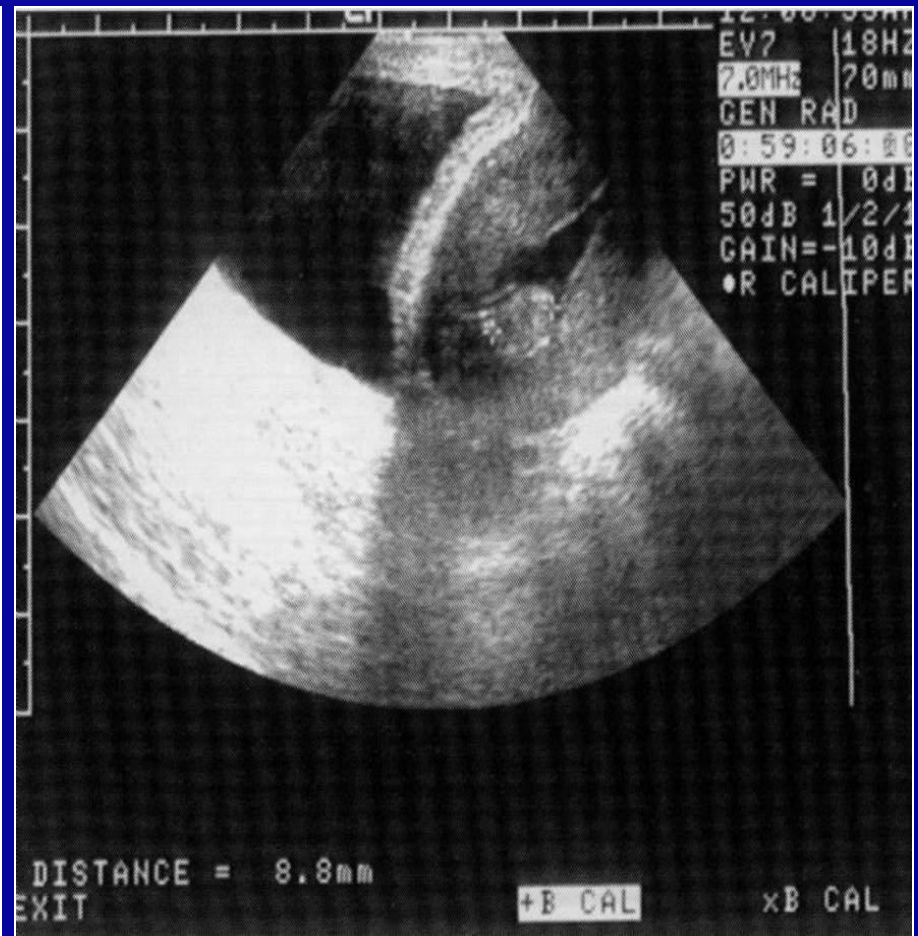
Діагностика

- Скарги
- Анамнез
- Об'єктивне гінекологічне обстеження
- Зондування та діагностичне вишкрібання
- Гормональне дослідження
- УЗД
- Гістероскопія
- Лапароскопія
- КТ, ЯМР
- Морфологія ендометрію
- Екскреторна урографія
- Ректороманоскопія

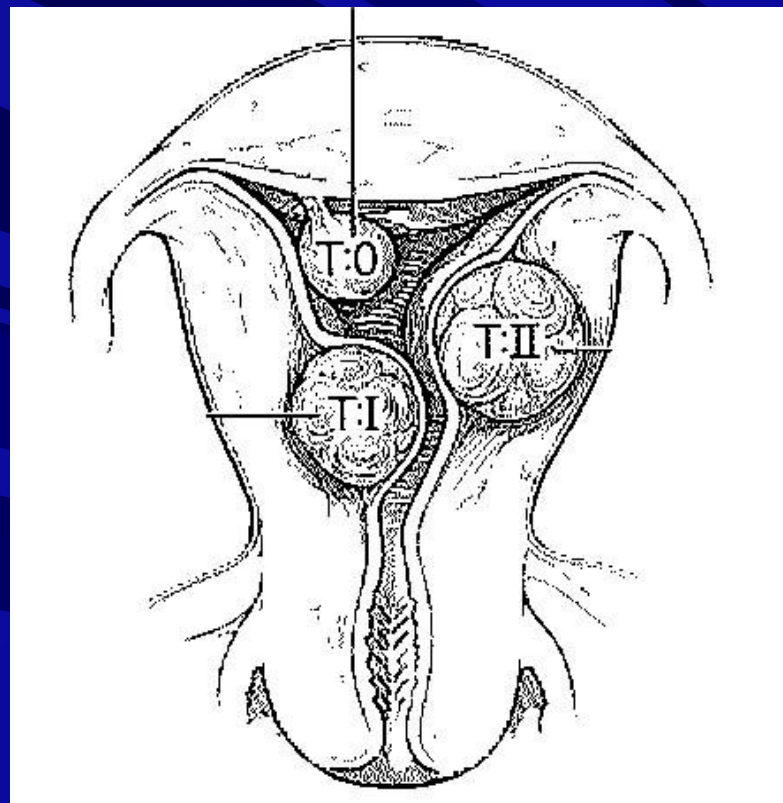
Інтерстиціальна міома (УЗД)



Субмукозна міома (УЗД)

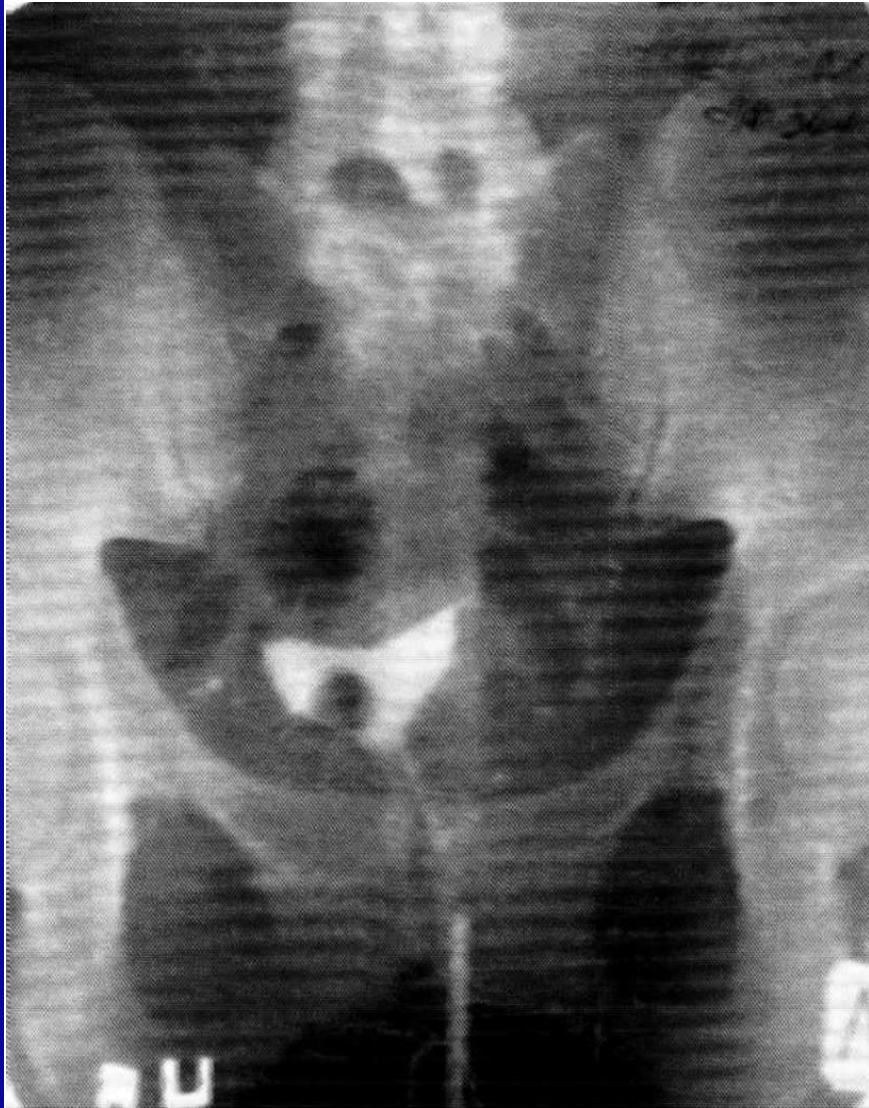


Классификация Европейской Ассоциации Гинекологов Эндоскопистов субмукозной лейомиомы матки по степени деформации ее полости (R.Hart, 2006)

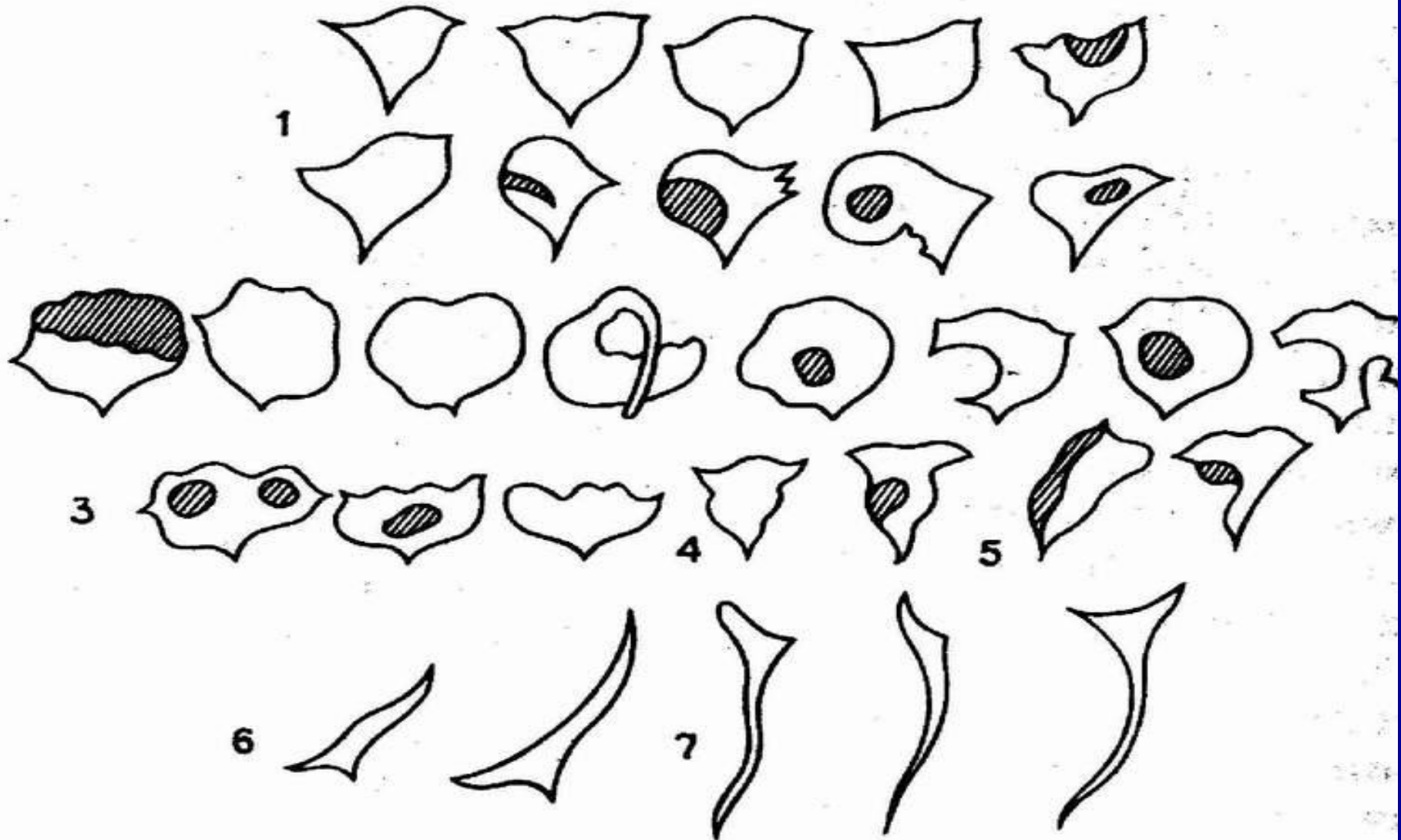


Тип лейомиомы	
0	Не проникает в миометрий
I	< 50% узла проникает в миометрий
II	> 50% узла проникает в миометрий

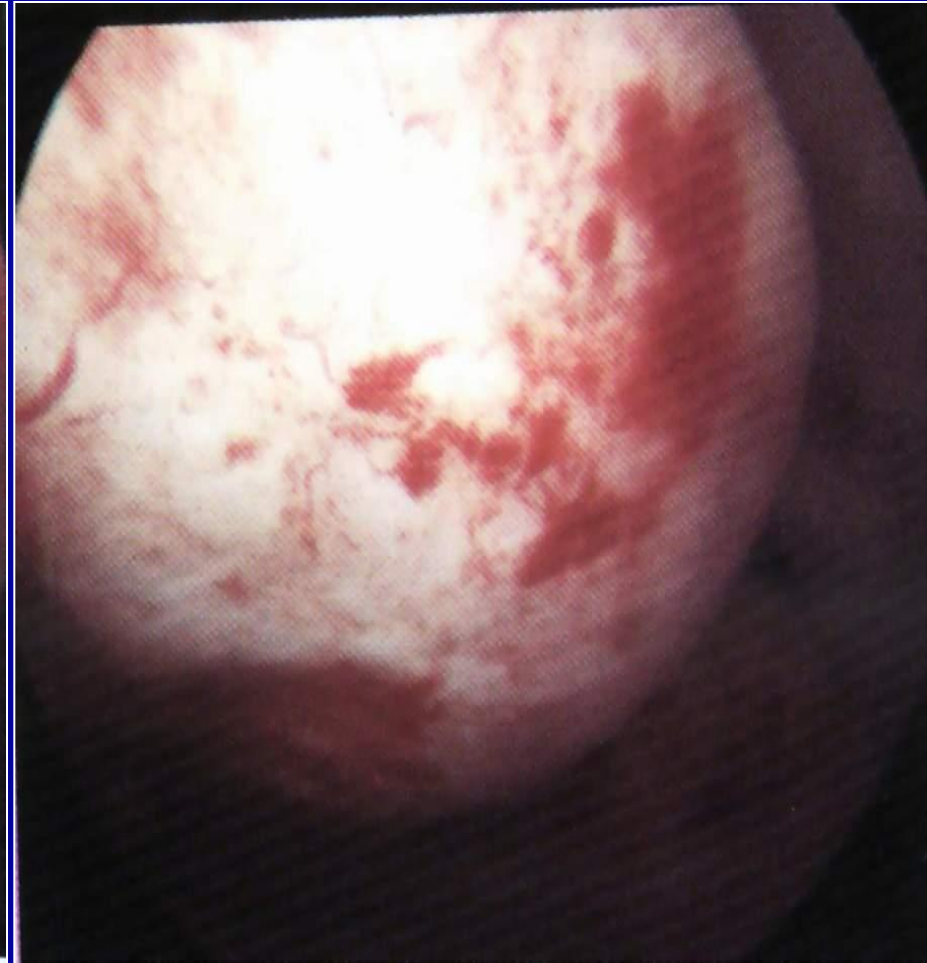
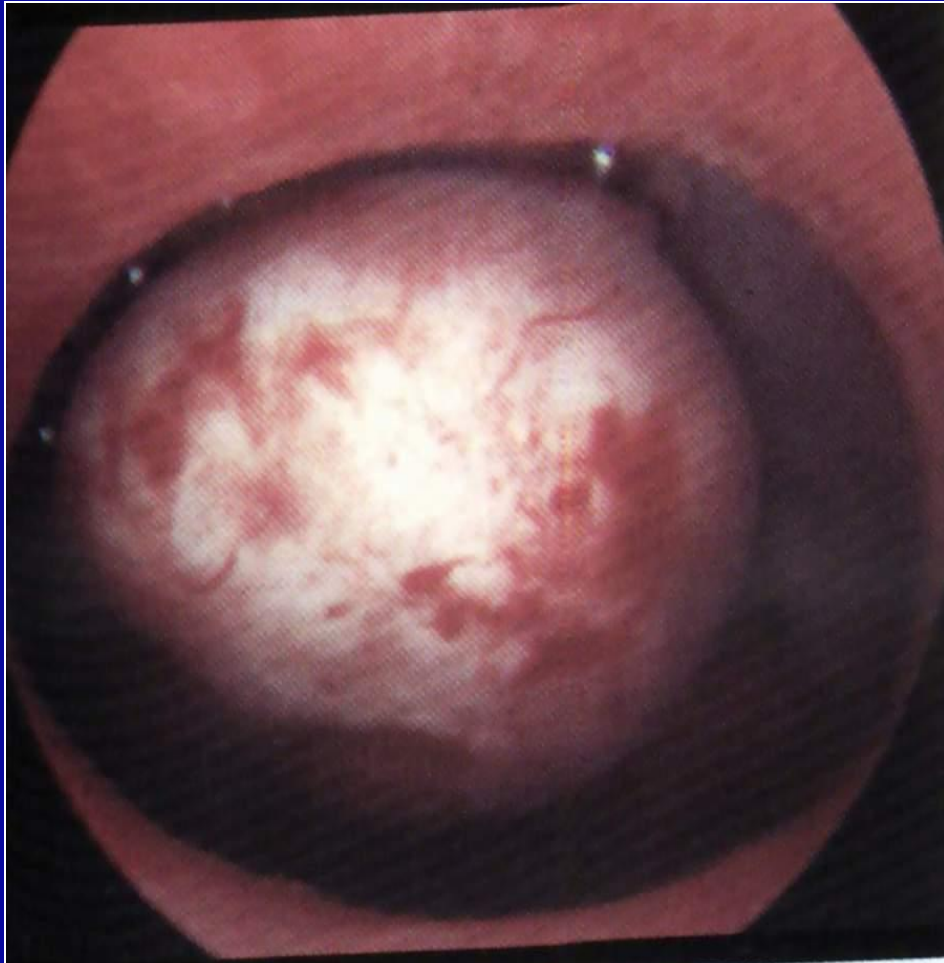
Субмукозна міома матки (ГСГ)



Зміна порожнини матки (ГСГ)



Крупний субмукозний вузол (гістероскопія)



МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

✓ *КОНСЕРВАТИВНЕ*

✓ *ОПЕРАТИВНЕ*

Современные тенденции в лечении лейомиомы матки

- Смена выжидательной тактики на активную
- Внедрение органосохраняющих технологий



Благодаря развитию новых технологий стали возможными «ВМЕШАТЕЛЬСТВА,
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ГИСТЕРЕКТОМИИ»
(HYSTERECTOMY ALTERNATIVE INTERVENTIONS)

КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ

- Направлена на уповільнення росту.

Підлягають хворі:

- невеликі пухлини до 12 тиж.
- з інтерстиціальними щільними вузлами
- з невеликими циклічними кровотечами.

Ретельне обстеження:

- базальна температура
- цитологічне обстеження
- гістологічне обстеження.

Симптоматичне лікування:

- *застосування скорочуючих матку речовин* (окситоцин, метилерг, препарати споринї, калини, водяного перцю, пастухової сумки, 10% глюконат кальцію)
- *збільшення кровотворної здатності кісткового мозку* (призначають препарати заліза)

Протипоказання

консервативного лікування:

- фіброма більше 16 тиж.
- підслизові вузли та поліпоз ендометрія
- злоякісне переродження
- некроз
- швидкий ріст, стиснення сусідніх органів
- профузні кровотечі
- вагітність
- Cr шийки матки і тіла, пухлини придатків
- запальні утворення
- ендометріюїдні кісти.

Традиционно консервативное лечение с использованием гестагенов

- Исходя из прогестероновой теории развития миомы матки, *недостаточно эффективные результаты* лечения производными прогестерона вполне объяснимы,
- В конкретных клинических ситуациях подобный метод в качестве одного из вариантов гормонального воздействия может быть использован *в комбинации с другими методами или в случае, когда другие группы препаратов противопоказаны.*

норколут, премолют-нор, дуфастон , Лутеинил и др.

- Женщинам репродуктивного возраста с размерами миомы до 8 нед беременности при сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия в циклическом режиме прерывистыми 6-месячными курсами.
- В пременопаузальном возрасте -в непрерывном режиме

Агонисты ГнРГ

Механизм
терапевтического
эффекта

Подавление
Гонадотропной
функции гипофиза

Гипоэстрогения

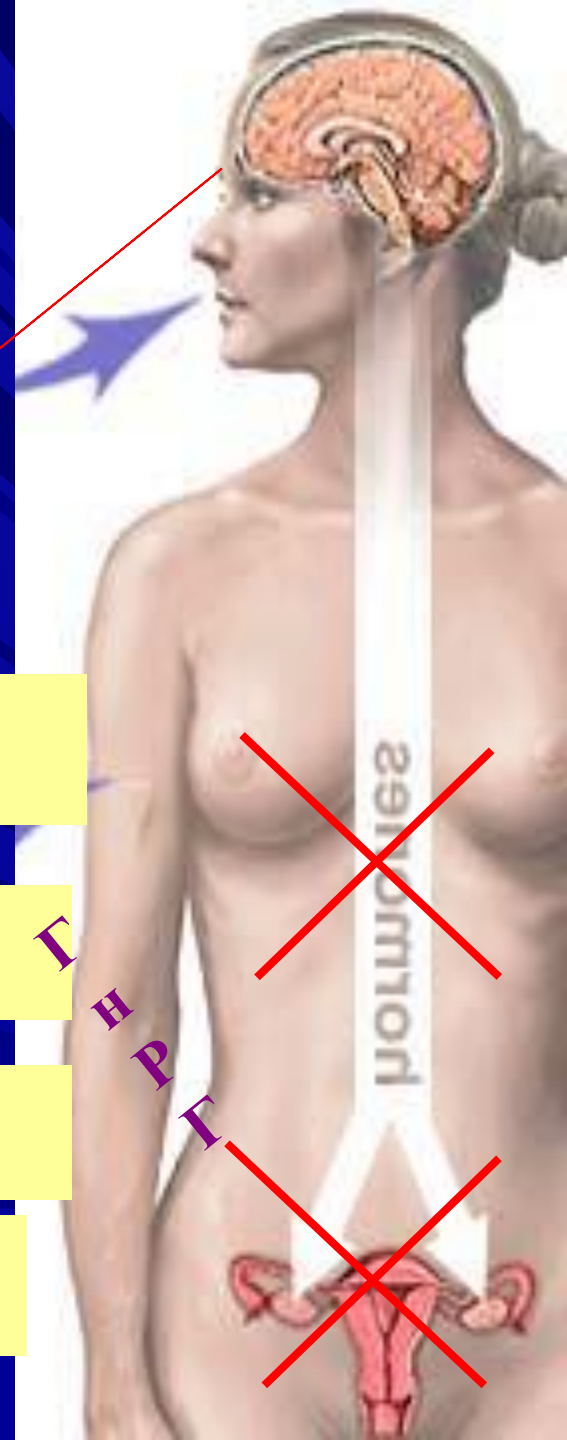
уменьшение (в среднем
на 52,6%)
размеров матки и узлов
опухоли

Золадекс

Люкрин

Диферелин

Бусерелин



Г
Н
И
С
Г

Г
Н
Р
Г

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ РИЛИЗИНГ- СИСТЕМА С ЛЕВОНОРГЕСТ

An advertisement for Mirena. On the left, two women are walking and talking. One is wearing a tan suit and the other a pink suit. In the center, the Mirena logo is displayed above the text "Внутриматочная гормональная система". Below this, it says "Уникальный долгосрочный метод контрацепции с лечебными преимуществами". At the bottom, there is an image of the Mirena product box.

Мирена
Внутриматочная
гормональная система

Уникальный долгосрочный
метод контрацепции
с лечебными
преимуществами

Мирена

эффективно стабилизирует
размер маленьких
миоматозных узлов (до
2-2,5 см) в течение 4 лет

ПОКАЗАННЯ до ОПЕРАЦІЇ

- Сильні та подовжені менструації або ациклічні кровотечі, які призводять до анемізації хворої.
- Розміри пухлини 12 і більше тижнів, навіть за відсутності скарг.
- Розміри пухлини, при яких виникають симптоми порушення функції суміжних органів (порушення функції нирок, часте сечовиділення, порушення акту дефекації).
- Швидкий ріст пухлини (у таких випадках завжди підозрюють злоякісну пухлину).
- Субсерозні вузли на ніжці.
- Некроз міоматозного вузла.
- Субмукозна міома матки (призводить до маткових кровотеч).
- Інтралігаментарні вузли, які призводять до появи болю в результаті здавлювання нервових сплетінь і порушення функції нирок при здавлюванні сечових шляхів.
- Вузли, які ростуть з піхвової частини шийки матки.
- Поєднання фіброміоми з іншими патологічними станами статевих органів: пухлини яєчників, випадіння матки, гіперпластичні стани ендометрія, які нечутливі до гормонального лікування.
- Поєднання фіброміоми матки та безпліддя.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

- Основний метод
- Органозберігаючі операції
- Радикальні операції
- Лапаротомний, вагінальний, лапаро- та гістероскопічний доступи

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Доступ – абдомінальний, черезпідвентральний.

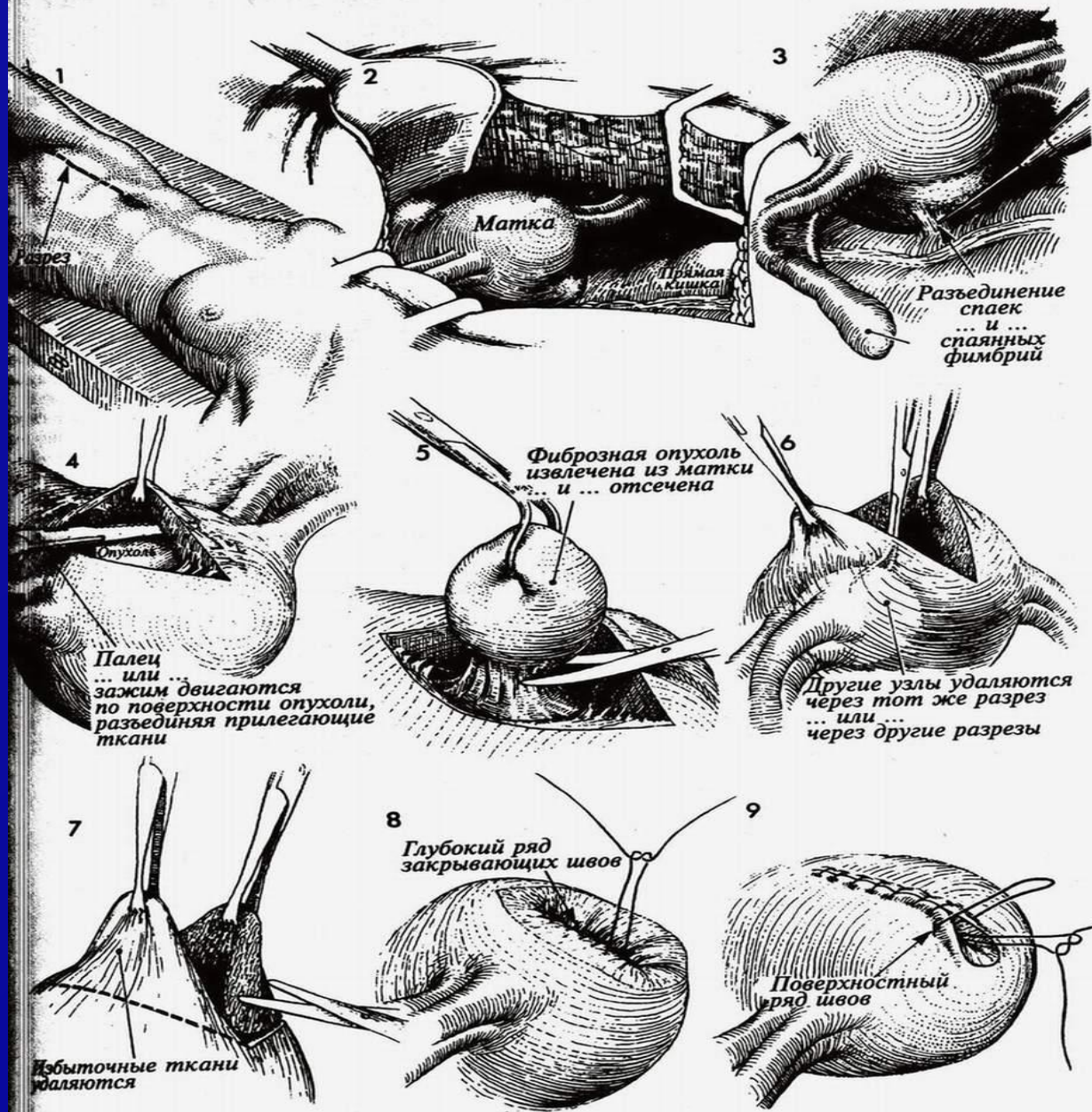
Об'єм операції залежить від віку, стану, ступеню анемізації, супутніх захворювань, розміщення та розмірів вузлів.

Радикальні – екстирпація з придатками (гіперпластичні процеси ендометрія, патологія шийки матки, вік, саркоматозний ріст в вузлах).

Надпідвентральна міомектомія – вік, розміщення вузлів.

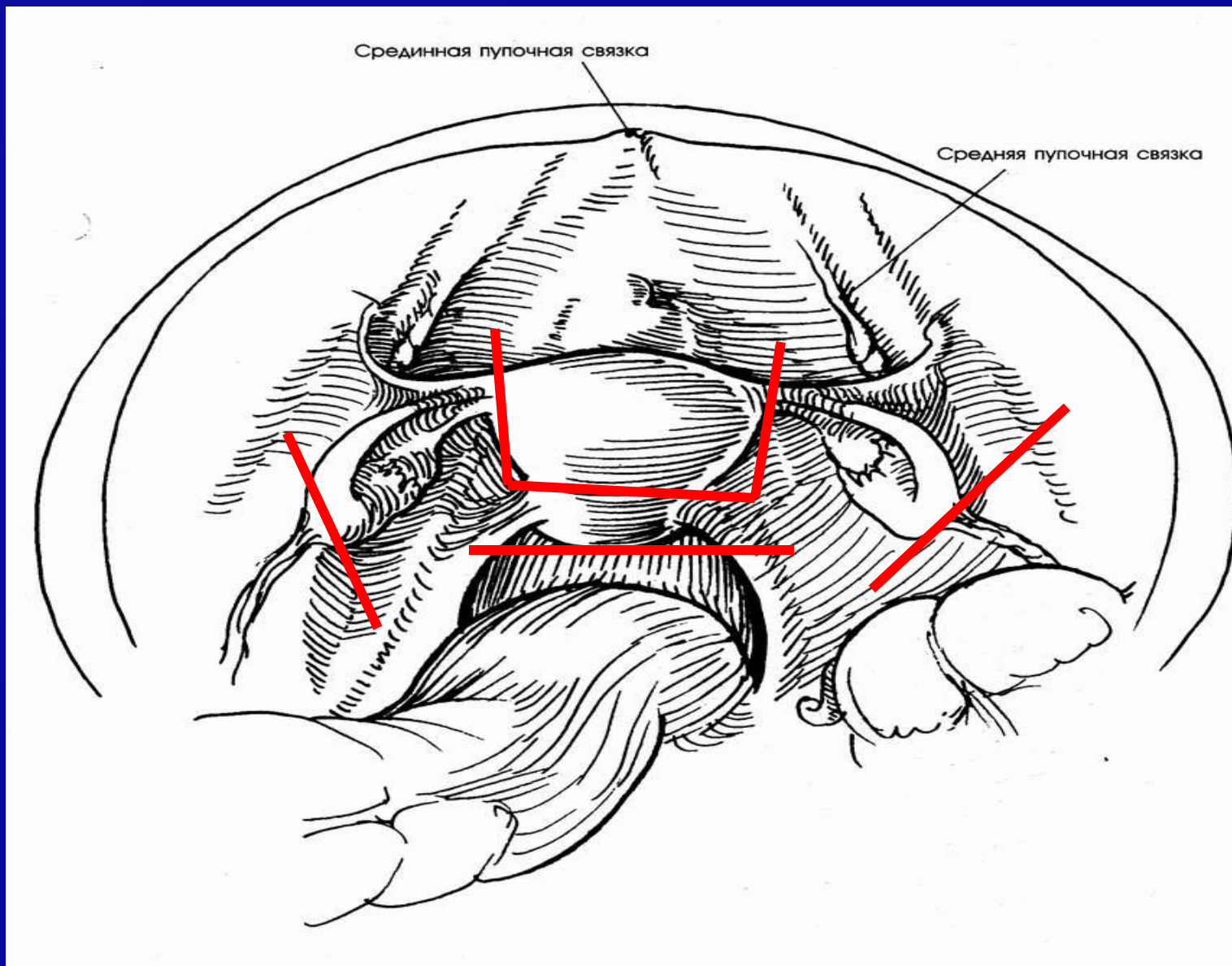
Консервативна міомектомія – у молодих жінок.

Об'єм – індивідуально, маткові труби видаляють при інфекції.



Лапаротомія. Консервативна міомектомія

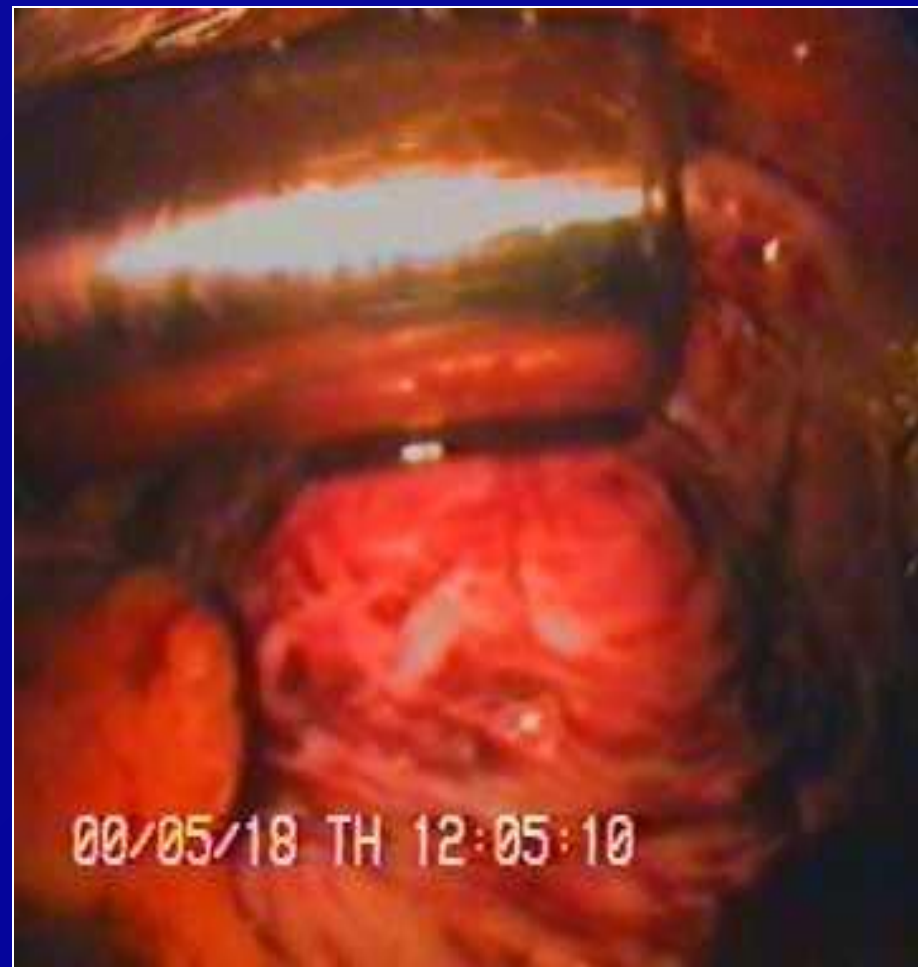
Радикальні операції



Консервативна міомектомія (лапароскопія)



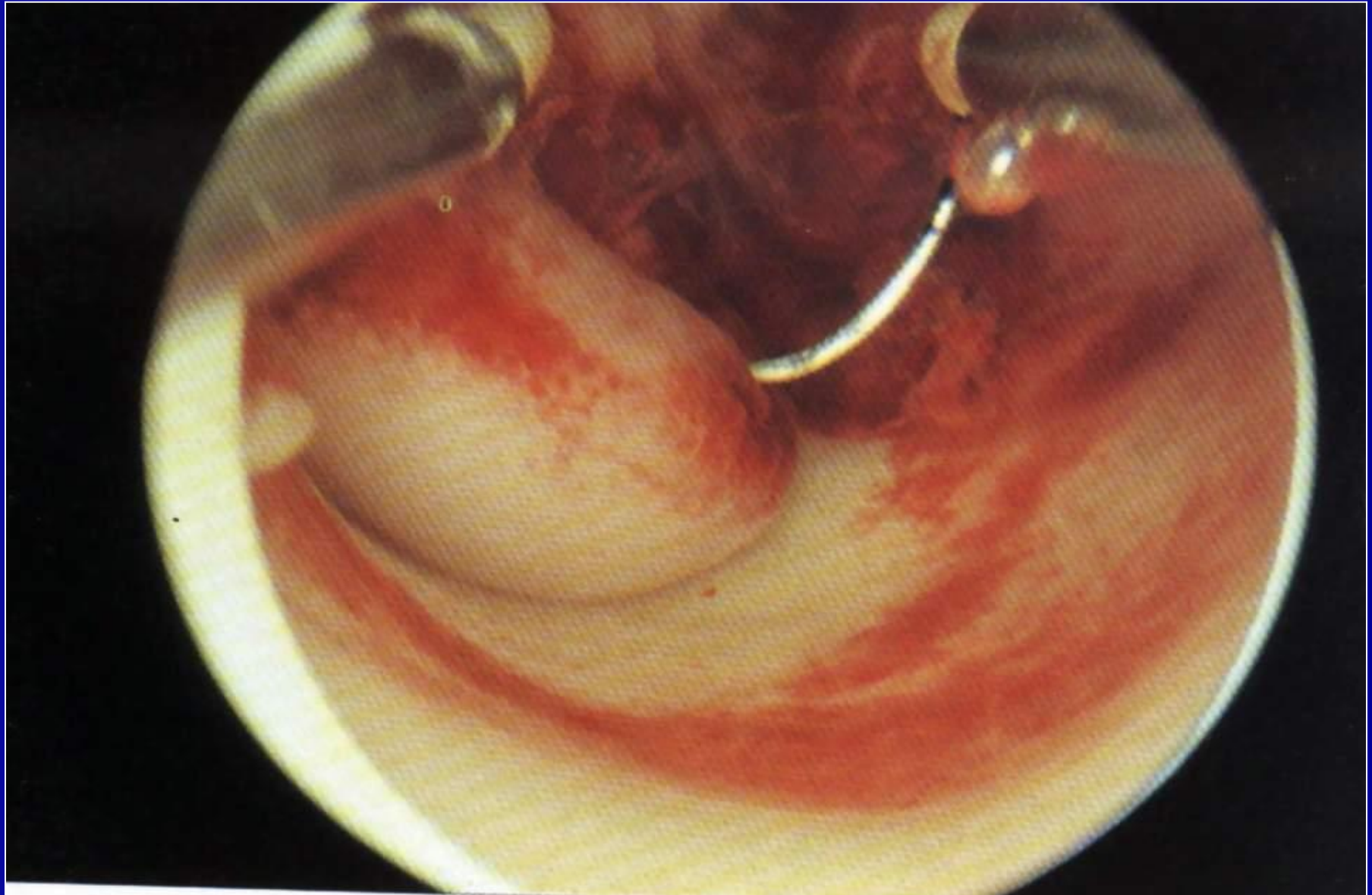
Лапароскопічна гістеректомія (морцеляція)



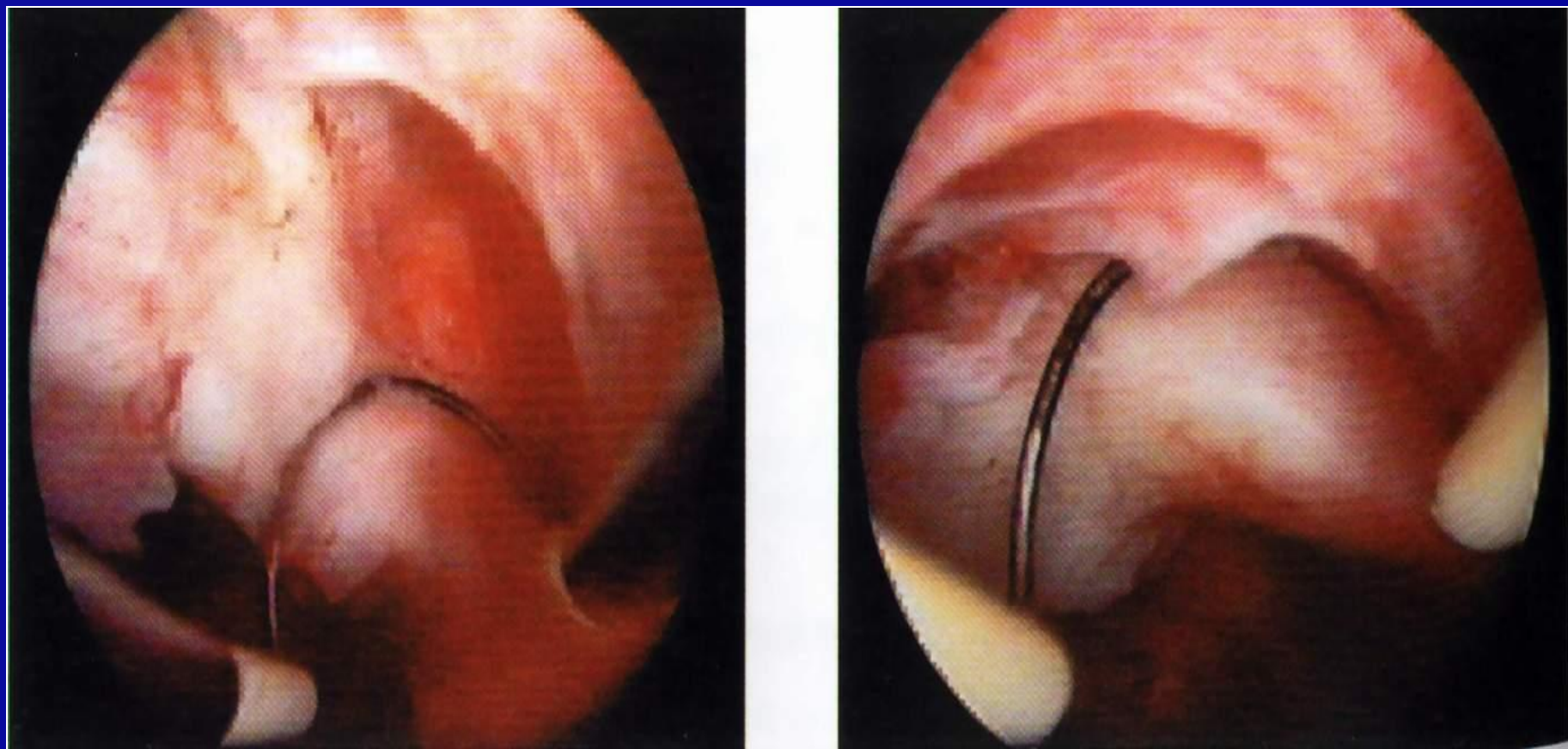
Інтрамурально-субсерозна міома (лапароскопія)



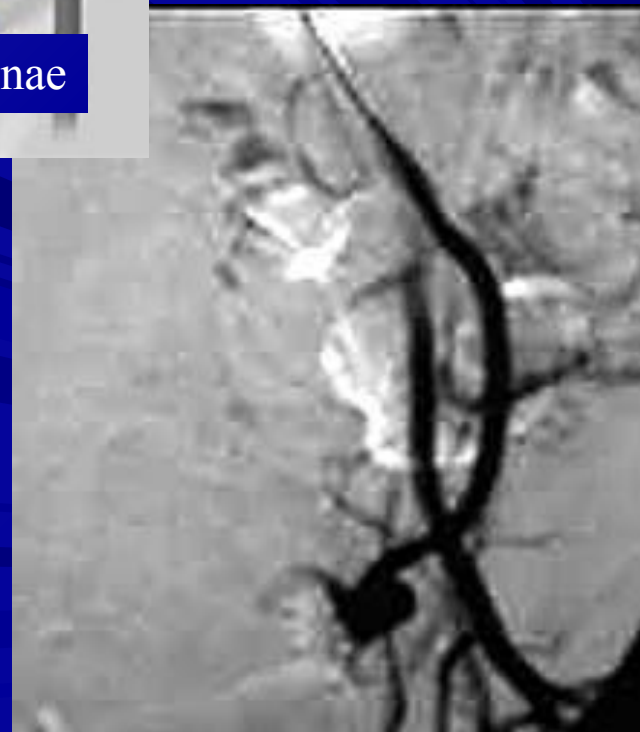
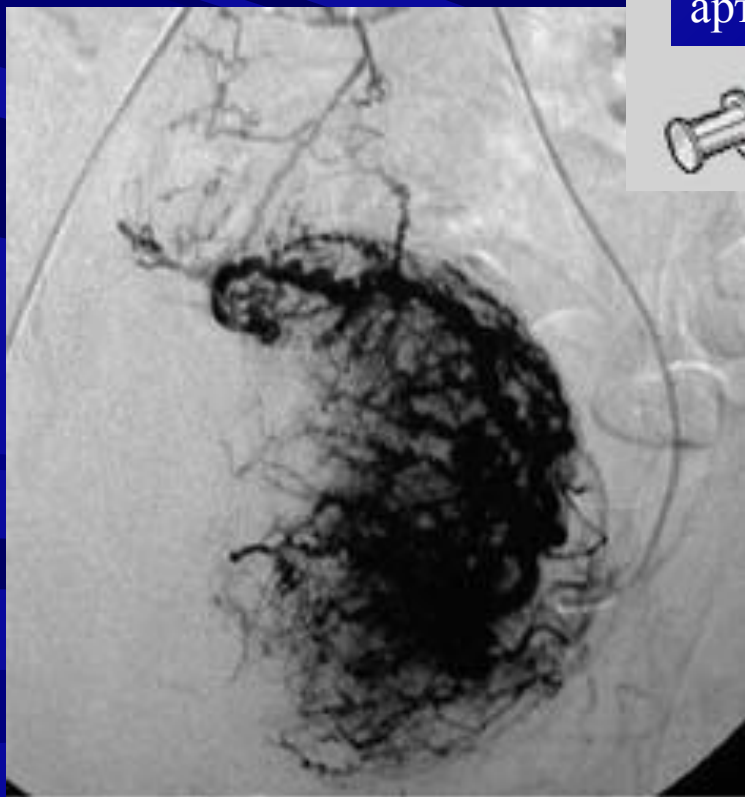
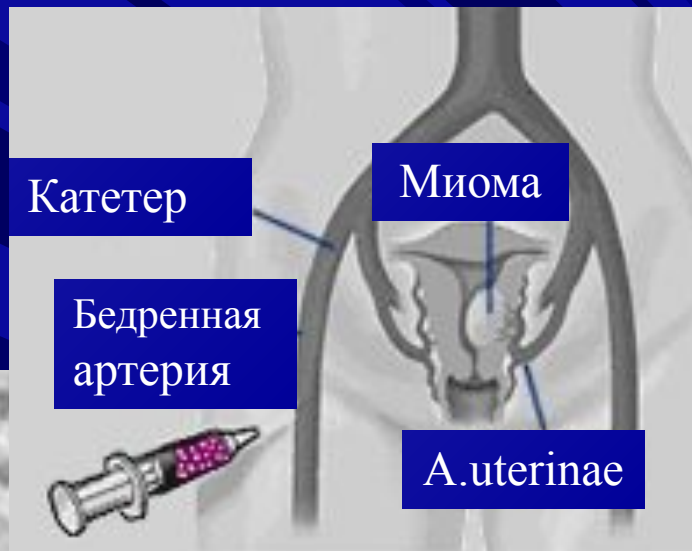
Гістероскопія – міомарезекція



Гістероскопія – міомарезекція



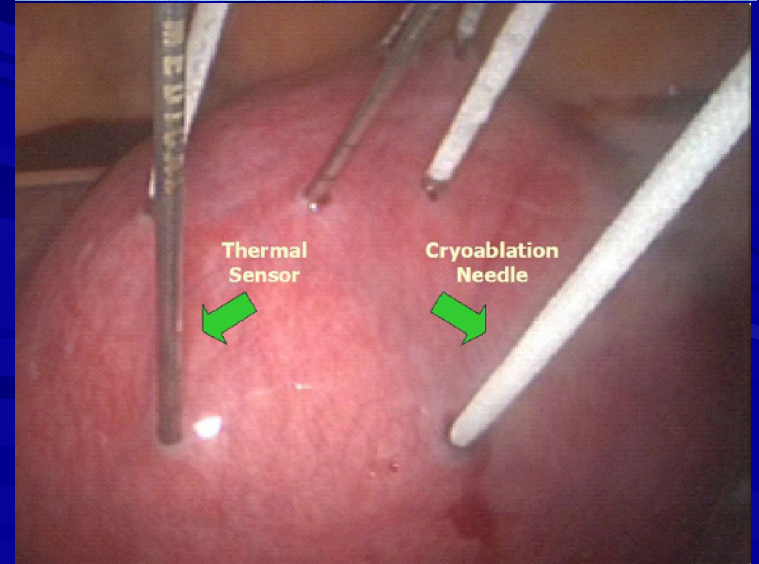
РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ



Криоабляция фиброматозных узлов

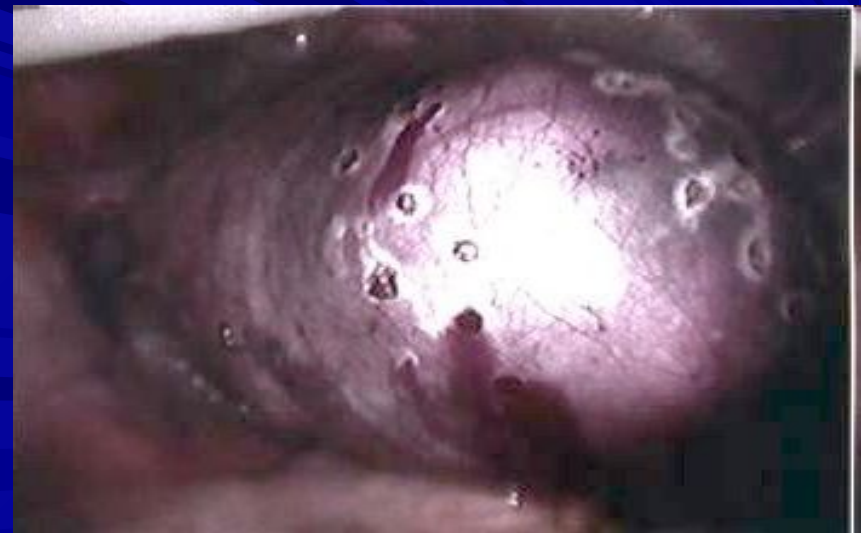
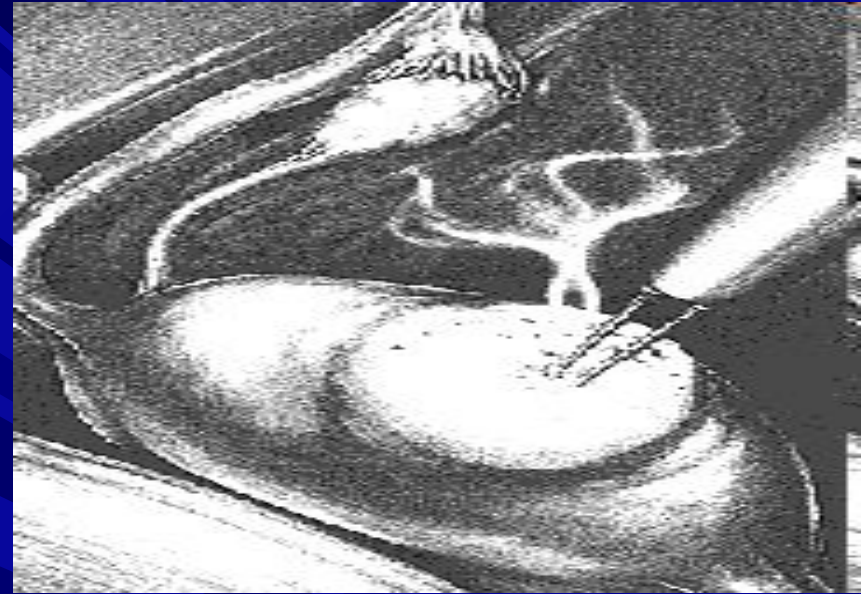
- Введение в ткань узла зонда с жидким азотом лапароскопически под контролем УЗИ
- Эффект – склерогиалиновая дегенерация ткани миомы (в пределах 3,5-5см) без повреждения окружающих тканей
- Уменьшение размеров миомы в среднем 71% (21,8-97,7)

[Ciavattini et al 12 in 2006]



Лазерная абляция фиброматозных узлов

- при лапароскопии использовался Nd:Yag (алюмоиттриевый) лазер с последующим применением биполярной коагуляции
- Широко применялась в 1995-2000г.г.
- были попытки лазерной абляции под контролем МРТ
- с развитием более эффективных методик утратила клиническое значение и в данное время представляет лишь исторический интерес



УСКЛАДНЕННЯ ЛЕЙОМІОМ

1. Слабка васкуляризація пухлини, розвиток судин в капсулі вузла та стиснення судин капсули або судин ніжки пухлини → умови для розладу циркуляції в фіброміомі у вигляді варикозного розширення і тромбозів пухлини, геморагічних інфарктів та некрозів.

Частота дистрофічних та некротичних змін при фіброміомі від 15 до 40% і більше.

2. набряк – гіалінове переродження стінок судин і гіалінізація вузла → однорідна хрящова речовина.

3. Тривалі порушення живлення → асептичний некроз.

4. Іноді розсмоктування окремих ділянок вузла, що призводить до утворення порожнини, що містить серозну рідину та залишки некротичних тканин – цистоміома.

5. Некроз фіброматозного вузла – 5-8% можливе нагноєння вузла.

6. Петрифікація вузлів (утворення кам'яної шкаралупи або відкладення солей в товщі вузла).

7. Рідко слизове (міксоматозне) або навіть жирове переродження.

8. Гіперплазія ендометрію.

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ФІБРОМІОМИ МАТКИ

- Основним методом специфічної профілактики є попередження формування умов гормонального гомеостазу, при якому виникає локальна гіперестрогенія.
- Серед особливих заходів:
- профілактика небажаної вагітності;
- систематична боротьба з хронічними стресовими випадками, які сприяють дії патологічних і психосоматичних факторів на геніталії;
- раннє виявлення і своєчасна корекція лютеїнової недостатності;
- повноцінна терапія загальних захворювань придатків матки;
- широке застосування оральних контрацептивів та гестагенів як "підтримуючої" терапії при патологічних станах, які порушують локальний гормональний гомеостаз матки.

ДЯКУЮ

ЗА УВАГУ!