

ФГБОУ ВО "КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО" МИНИСТЕРСТВА ЗДОВООХРАНЕНИЯ РФ

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой:
ДМН, доцент,
Базина Марина Ивановна

Реферат на тему:
«Влияние миомы матки на репродуктивную
систему женщины»

Выполнила:
Ординатор 2 года обучения
кафедры акушерства и гинекологии ИПО,
Поздеева Кристина Вадимовна

Проверила:
КМН, доцент,
Шапошникова Екатерина Викторовна

Красноярск, 2021

Оглавление

| | |
|--|----|
| Введение..... | 3 |
| Актуальность..... | 3 |
| Этиология и патогенез..... | 4 |
| Классификация..... | 5 |
| Клиника..... | 6 |
| Диагностика..... | 6 |
| Особенности течения беременности с миомой матки..... | 7 |
| Родоразрешение при миоме матки..... | 8 |
| Лечение..... | 10 |
| Заключение..... | 17 |
| Список литературы..... | 18 |

Введение

Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль среди женщин репродуктивного возраста большинства стран мира, что составляет 90 % от всех доброкачественных опухолей половой системы.

Как следствие, миома матки становится главной причиной гистерэктомии во многих странах, например в США она является основанием приблизительно для 1/3 всех гистерэктомий, а это примерно 200 тыс. гистерэктомии ежегодно. В России, по различным данным, миома матки является причиной гистерэктомии в 50-70% случаев при заболеваниях матки.

Несмотря на высокую распространенность заболевания сравнительно немного фундаментальных исследований было направлено на выявление причинной обусловленности и патогенеза миомы матки из-за редкости ее злокачественного преобразования. Однако, несмотря на доброкачественное течение, миома матки является причиной значительного снижения качества жизни у значительной части женского населения. Клинические проявления опухоли связаны с маточными кровотечениями, болью, сдавливанием смежных органов, нарушением не только их функции, но и фертильности, включая бесплодие и невынашивание беременности.

Миома матки является распространенной патологией, при этом в последнее время отмечается ее «омоложение».

Актуальность

Доброкачественные опухоли половой системы женщин прогрессируют каждый год. Женщины стали менее ответственно относиться к этому заболеванию, что приводит к нарушению детородной функции: бесплодие, невынашивание беременности, перинатальным потерям. В последнее время появляется все больше осложнений, миома озлокачивается, что становится причиной летальности. Из-за сложившейся неблагоприятной демографической ситуации в России, рассматриваемое гинекологическое заболевание приобретает высокую социальную значимость.

Этиология и патогенез

Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль среди женщин большинства стран мира. Считают, что миому матки диагностируют у 30-35% женщин репродуктивного возраста, чаще в позднем репродуктивном возрасте, а у 1/3 пациенток она становится симптомной.

Как следствие, миома матки становится главной причиной гистерэктомии во многих странах, например в США она является основанием приблизительно для 1/3 всех гистерэктомий, а это примерно 200 тыс. гистерэктомии ежегодно. В России, по различным данным, миома матки является причиной гистерэктомии в 50-70% случаев при заболеваниях матки.

Несмотря на высокую распространенность заболевания, до последних лет сравнительно немного фундаментальных исследований было направлено на выявление причинной обусловленности и патогенеза миомы матки из-за редкости ее злокачественного преобразования. Однако, несмотря на доброкачественное течение, миома матки является причиной значительного снижения качества жизни у значительной части женского населения. Клинические проявления опухоли связаны с маточными кровотечениями, болью, сдавливанием смежных органов, нарушением не только их функции, но и фертильности, включая бесплодие и невынашивание беременности.

Причины развития миомы матки неизвестны, но научная литература содержит большой объем информации, имеющий отношение к эпидемиологии, генетике, гормональным аспектам и молекулярной биологии этой опухоли.

Факторы, потенциально связанные с генезом опухоли, можно условно представить категориями:

4

1. - предрасполагающие или факторы риска;
2. - инициаторы;
3. - промоторы;
4. - эффекторы.

Знание факторов предрасположенности позволит иметь представление об этиологии миомы матки и разработать превентивные меры. Несмотря на то, что мы рассматриваем факторы риска изолированно, чаще всего налицо их сочетание (табл.1). Воздействие многих факторов ранее приписывали их влиянию на уровень или метаболизм эстрогенов и прогестерона, но доказано, что эта связь чрезвычайно сложна, и скорее всего, существуют другие механизмы, вовлеченные в процесс образования опухоли. Следует отметить, что анализ факторов риска миомы матки остается трудной задачей в связи с относительно небольшим количеством проведенных эпидемиологических исследований, а на их результаты может оказывать влияние тот факт, что распространенность бессимптомных случаев миомы матки достаточно высока.

Самый важный аспект этиологии миомы матки - инициатор роста опухоли - остается неизвестным, хотя теории инициирования ее туморогенеза существуют. Одна из них подтверждает, что увеличение уровня эстрогенов и прогестерона приводит к росту митотической активности, которая может способствовать формированию узлов миомы, увеличивая вероятность соматических мутаций. Другая гипотеза предполагает наличие врожденной генетически детерминированной патологии миометрия у женщин, больных

миомой матки, выраженной в увеличении количества РЭ в миометрии. Наличие генетической предрасположенности к миоме матки косвенно свидетельствует об этническом и семейном характере заболевания.

Кроме того, риск заболеваемости миомой матки выше у нерожавших женщин, для которых, возможно, характерно большое количество ановуляторных циклов, а также ожирение с выраженной ароматизацией андрогенов в эстрон в жировой ткани. Согласно одной из гипотез, основополагающую роль в патогенезе миомы матки играют эстрогены.

Эта гипотеза подтверждена клиническими испытаниями, оценивавшими эффективность лечения миомы матки агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ), на фоне терапии наблюдали гипоэстрогению, сопровождаемую регрессом миоматозных узлов. Тем не менее, говорить об основополагающей важности эстрогенов независимо от прогестерона нельзя, так как содержание прогестерона в крови, подобно эстрогенам, циклически изменяется в течение репродуктивного возраста, а также значительно повышено во время беременности и снижено после менопаузы. Таким образом, клинические и лабораторные исследования свидетельствуют о том, что и эстрогены, и прогестерон могут быть важными стимуляторами роста миомы.

Классификация

Клинико-анатомическая классификация основана на следующих принципах: локализация в различных отделах матки и рост опухоли по отношению к мышечному слою матки:

- интрамуральные,
- субмукозные,
- субсерозные,
- межсвязочные,
- шейечные,
- паразитарные.

В 95% наблюдений опухоль располагается в теле матки и в 5% - в ее шейке.

Классификация ВОЗ в зависимости от степени их дифференцировки:

- обычная лейомиома - зрелая доброкачественная опухоль,
- клеточная лейомиома,
- причудливая лейомиома,
- лейомиобластома - эпителиоидная лейомиома,
- внутрисосудистый лейомиоматоз,
- пролиферирующая лейомиома,

- лейомиома с явлениями предсаркомы (малигнизирующаяся).

В зависимости от количества узлов миома матки может быть:

- одиночной,
- множественной.

В 1995 г. Европейской ассоциацией гистероскопистов (ЕАГ) принята гистероскопическая классификация субмукозных узлов, предложенная Wamsteker и deBlok [Wamsteker Ketal., 1993], определяющая тип узлов в зависимости от интрамурального компонента:

0. субмукозные узлы на ножке без интрамурального компонента.
- I. Субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%.
- II. Миоматозные узлы с интрамуральным компонентом 50% и более.

Согласно рекомендациям Европейского Общества Репродукции Человека (ESHRE), небольшими следует считать миомы до 5 см, большими - миомы более 5 см.

Клиника

Миома матки длительное время может протекать без выраженных клинических проявлений. Симптомы миомы матки могут быть изолированными или в различных сочетаниях, включая маточные кровотечения, боль, нарушения функции смежных органов, бесплодие, гиперплазию эндометрия, мелкокистозные изменения яичников, дисгормональные заболевания молочных желез.

Основными клиническими проявлениями являются меноррагии, боли в пояснице и внизу живота, учащенное мочеиспускание, запоры. Кровотечение обусловлено растяжением полости матки и увеличением менструирующей поверхности, нарушением сократительной способности матки. Возникновение боли связано с натяжением связочного аппарата, растяжением брюшины. При сдавлении соседних органов возникают соответствующие симптомы: дизурические явления, нарушение функции желудочно-кишечного тракта. Но очень часто миома матки может носить бессимптомный характер и выявляется при проведении профилактических осмотров.

Диагностика

Основными этапами диагностики миомы матки являются: гинекологическое обследование, УЗИ матки, а также при необходимости гистерография и гистероскопия. При гинекологическом обследовании гинеколог обнаруживает увеличение размеров матки и, в некоторых случаях, отдельный узел миомы. УЗИ матки бывает трансабдоминальное (исследование производят через переднюю брюшную стенку) и трансвагинальное (аппарат для УЗИ вводят во влагалище). На ультразвуковом исследовании матки (УЗИ) обнаруживается увеличение размеров матки. В некоторых случаях при затруднениях в диагностике миомы матки производят гистерографию - введение в полость матки контрастного вещества с последующей рентгенографией матки. Гистероскопия представляет собой метод исследования, при котором в полость матки вводят гистероскоп - специальный аппарат, позволяющий врачу увидеть полость матки.

Особенности течения беременности с миомой матки

Трудности при зачатии, обусловленные миомой, объясняются самыми разными факторами, среди которых: сдавливание маточных труб, затрудняющее передвижение сперматозоидов, нарушение овуляции. Саму по себе миому не считают причиной бесплодия, однако, если все установленные причины бесплодия устранены, удаление миомы значительно повышает вероятность зачатия. Правда, это касается миом, размер которых меньше 12-ти недельной беременности. Следует уточнить, что любое объемное образование в матке, естественно, обуславливает увеличение размера этого органа.

Если же миома большая и деформирует полость матки, сохранить способность к деторождению при ее удалении достаточно сложно, тем более что такая операция может сопровождаться кровотечением, иногда требующим удаления матки.

В настоящее время благодаря внедрению в практику новых методов диагностики почти у каждой третьей женщины в возрасте 30-35 лет выявляется миома матки. Поскольку у большинства пациенток с миомой матки фертильность сохранена, абсолютное число женщин, имеющих беременность при наличии миомы, постоянно возрастает. Для развития беременности необходимо повышенное образование как эстрогенов, так и (в еще большей степени) прогестерона - и то, и другое существенно влияет на состояние миомы. Кроме того, помимо гормональных изменений, при беременности происходят и чисто механические изменения - увеличение и растяжение мышечной оболочки матки, усиление кровотока в стенке матки. Влияние этих изменений на уже существующую миому зависит от того, где именно и как она расположена, в какой степени «захватила» матку.

Принято считать, что миома во время беременности растет, однако есть мнение, что это не истинный, а кажущийся рост, связанный с ростом матки в целом. Течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности. Отягощенными факторами течения беременности являются: локализация плаценты в проекции миоматозных узлов, наличие крупных узлов миомы, интенсивный рост узлов, локализация в дне и нижнем сегменте матки, множественная миома матки.

К особенностям течения беременности при ее сочетании с миомой матки относится угроза прерывания в различные сроки гестации. В первом триместре это связывают с увеличением сократимости матки, во втором триместре - с уменьшением свободного места для ребенка в матке за счет миоматозных узлов, а также с повышением сократительной активности матки. Как правило, чем больше размер миомы, тем выше вероятность преждевременных родов.

Имеет значение месторасположение миомы и наличие ее контакта с плацентой. К наиболее частым осложнениям беременности относятся фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, хроническая гипоксия плода, быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, отслойка плаценты, неправильные положения и предлежания плода.

Динамическое ультразвуковое обследование необходимо проводить в сроки беременности 10-12, 21-24, 32-34 недели и в доношенном сроке беременности, по показаниям.

Благодаря современным методам диагностики увеличилась частота выявления женщин с миомой матки, что привело к эффективному лечению. Вследствие раннего выявления и начатого своевременного лечения возросло количество беременностей с данной патологией. В процессе наблюдения за беременными проводится полное комплексное клиническое и лабораторное обследование для благоприятного течения беременности и адекватного родоразрешения.

Родоразрешение при миоме матки

У большинства беременных женщин с миомой роды наступают в срок и протекают без осложнений. В редких случаях роды с миомой могут иметь некоторые особенности:

- Риск преждевременных родов (родов до 37 недели беременности) у женщин с миомой выше, чем у беременных без миомы.
- Если миома расположена в месте прикрепления плаценты, это в 3 раза повышает риск отслойки плаценты.
- Предлежание плаценты чаще наблюдается у беременных с миомой. Неправильное (патологическое) положение плода, например, тазовое предлежание или поперечное положение, также чаще наблюдается у беременных с миомой матки.

По данным литературы, роды у беременных с миомой матки также протекают с осложнениями (несвоевременное излитие вод, аномалии сократительной деятельности матки, дистресс плода, плотное прикрепление плаценты, гипотонические кровотечения, субинволюция матки в послеродовом периоде и др.). Осложненное течение беременности и родов определяет более высокую частоту оперативных вмешательств и акушерских пособий у беременных с опухолями матки. Кесарево сечение при наличии миомы матки часто заканчивается расширением объема оперативного вмешательства (миомэктомия, удаление матки). Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае. Гинекологам приходится прибегать к радикальным операциям (удаление матки вместе с плодным яйцом), что для женщин, не имеющих детей, является большой трагедией. В то же время у многих женщин при небольших размерах опухоли, отсутствии признаков нарушения питания узлов беременность протекает благоприятно и, как правило, заканчивается самопроизвольными родами.

Большинство исследователей считают, что беременных с миомой матки необходимо госпитализировать в 37-38 недель для обследования, подготовки к родам и выбора рационального метода родоразрешения.

Ввиду того, что можно своевременно не распознать наличие расположения миомы, у каждой пациентки с этой патологией не исключено оперативное родоразрешение. Поэтому в стационаре проводят дополнительное углубленное обследование беременной и плода, включающее оценку системы гемостаза, данные ЭКГ, состояние маточно-плацентарно-плодового кровотока, положение и предлежание плода, соразмерность головки плода и таза матери, состояние зрелости шейки матки и другие показатели.

К особенностям ведения родов через естественные родовые пути у больных с миомой матки, имеющих низкий риск, относятся следующие:

- применение препаратов спазмолитического действия на протяжении активной фазы первого периода родов (открытие маточного зева 5-8 см);
- ограничение использования родостимуляции с помощью окситоцина и даже отказ от стимуляции.
- проведение профилактики гипоксии плода в родах;
- предупреждение кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах с помощью метилэргометрина.

Миома матки не является абсолютным показанием к контрольному ручному исследованию послеродовой матки. Неосложненное течение родов, отсутствие кровотечения, стабильность гемодинамических показателей родильницы, редкость подслизистой локализации миоматозных узлов во время беременности позволяют ограничиться наблюдением за течением послеродового периода.

Показаниями к кесареву сечению в плановом порядке являются:

- Низкорасположенные миоматозные узлы (шейка, перешеек, нижний сегмент матки), которые могут явиться препятствием для раскрытия шейки матки и продвижения плода.

- Наличие множественных межмышечных узлов или большой миомы (диаметром 10 см и более).
- Рубец на матке после миомэктомии, состоятельность которого трудно оценить.
- Нарушение питания, приводящее к вторичным изменениям в узлах опухоли, которые после родов через естественные родовые пути могут претерпевать некротические изменения.
- Тазовое предлежание плода.
- Подозрение на малигнизацию или некроз миомы (быстрый рост, большие размеры, мягкая консистенция, локальная болезненность, анемия).
- Сочетание миомы матки с другими заболеваниями и осложнениями беременности, которые ухудшают прогноз для матери и плода.

Показания к миомэктомии во время кесарева сечения:

- Подбрюшинные узлы на ножке (все подлежат удалению в любом доступном месте).
- Доминирующий межмышечный миоматозный узел средних и больших размеров.
- Одиночные узлы.
- Вторичные изменения в одном из узлов.

Показания к последующему удалению матки во время кесарева сечения:

- Множественная миома матки с различными расположениями миоматозных узлов у женщин позднего репродуктивного возраста (39-40 лет и более).
- Некроз межмышечного узла.
- Рецидив (дальнейший рост миоматозных узлов) после ранее произведенной миомэктомии (чаще всего это пролиферирующий вариант опухоли).
- Расположение миоматозных узлов в области сосудистых пучков, нижнем сегменте матки, межсвязочная локализация, центрипетальный рост и подслизистые узлы.

В послеродовом периоде у больных с миомой матки следует назначать препараты спазмолитического действия. При наличии признаков субинволюции можно применять окситоцин по 0,5-1,0 мл 2-3 раза в день вместе с 2-4 мл но-шпы внутримышечно.

После миомэктомии и осложненного кесарева сечения применяют антибиотики широкого спектра действия. Используют комбинации препаратов, обладающих аэробным и анаэробным действием.

Сохранение естественного грудного вскармливания не менее 6 месяцев стабилизирует размеры опухоли.

Большинство исследователей считают, что беременность оказывает на миому положительное действие. Во-первых, организм женщины длительное время насыщен гормонами, соотношение которых наиболее благоприятно для гормонально зависимых органов и тканей, в том числе для сосудистой системы. Во-вторых, изменения, происходящие во время беременности в матке, нормализуют структуру миометрия, ее функциональную активность, предупреждают процессы преждевременного «старения» миоцитов.

Профилактика дальнейшего роста миом заключается в сохранении грудного вскармливания ребенка, повторном наступлении беременности и родов через 2-3 года, здоровом образе жизни, предупреждении соматических и гинекологических заболеваний.

Послеродовой период

Как правило, послеродовой период протекает без особенностей. Тем не менее, у женщин с миомой матки могут быть связаны как ранние, так и поздние послеродовые осложнения. К ранним относятся: послеродовые кровотечения, связанные с пониженным тонусом матки; плотное прикрепление и приращение плаценты; к поздним - неполная инволюция матки, инфекционные заболевания. Эти состояния обычно успешно поддаются лечению. После родов миома может значительно уменьшиться в размерах.

Возрастающая частота миомы матки у женщин детородного возраста ставит перед врачами вопрос о методах родоразрешения, не приносящая вред матери и ребенку. Чаще

акушеры-гинекологи прибегают к оперативному вмешательству, что позволяет во время одной операции провести миомэктомию с рождением ребенка.

Лечение миомы матки

Консервативное лечение

Итак, основной целью консервативного лечения - затормозить рост миоматозных узлов и избежать операции. Также консервативная терапия проводится в случаях, когда наличие патологии других органов или систем не позволяет прибегать к оперативному лечению. В таких случаях операции проводят только по жизненным показаниям (некроз узла с клиникой острого живота, рождающийся миоматозный узел с обильным кровотечением).

Питание. Лучше всего ограничить в питании жиры и углеводы, белковая пища же, наоборот, должна поступать в организм в достаточном количестве, рекомендуют употреблять натощак утром овощные соки (из картофеля, свеклы, моркови, капусты), а также свежевыжатые фруктовые соки. Необходимо употребление продуктов, богатых йодом, особенно в эндемичных по зобу регионах: морская капуста, кальмары, креветки и др.

Полезны растительное и соевое масла, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, арахидоновую кислоту, витамины группы В.

Фитотерапия. Наиболее известными растениями являются болиголов, аконит, мухомор, чистотел. В них используют преимущественно ядовитые свойства, благодаря которым останавливается рост опухоли. Хорошо себя зарекомендовали корни лопуха, которые измельчают и смешивают в равных долях со спиртом и медом. Если вы решили применять несколько трав, то чередовать их следует каждые 2-3 недели. Иммуномодулирующим действием обладает гриб фузариум, а точнее, его биомасса.

Гормональная терапия. Раньше при лечении миомы матки старались угнетать функцию яичников. Потому наиболее применяемыми препаратами являлись Норколут, Дановал, Данол, Гестринол, Депо-провера. На фоне их приема у женщин репродуктивного возраста наблюдалось уменьшение размеров миомы, но при отмене рост возобновлялся. Хотя в пременопаузе такого не отмечалось. В настоящее время, отойдя от применения производных андрогенов, применяют современные гестагены, регулирующие менструальную функцию - Дюфастон (по 10-30 мг в сутки), Утрожестан (100-300 мг), назначаются с 16 по 25-й дни цикла.

Оперативные методы лечения

Показания:

Большинству больных с миомой матки необходимо хирургическое лечение. Показания к операции выявляют примерно у 15% больных. Общепринятыми показаниями к хирургическому лечению являются: обильные менструальные кровотечения, приводящие к возникновению анемии; хроническая тазовая боль, значительно снижающая качество жизни; нарушение нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники); большой размер опухоли (более 12 нед беременной матки); быстрый рост опухоли (увеличение более чем на 4 нед беременности в течение 1 года); рост опухоли в постменопаузе; подслизистое расположение узла миомы; межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное) расположение узлов миомы; нарушение репродуктивной функции; бесплодие при отсутствии других причин.

Как правило, хирургическое лечение выполняют в плановом порядке в I фазу менструального цикла (5-14-й день). Экстренная операция необходима при спонтанной экспульсии ("рождении") подслизистого миоматозного узла, при дегенеративных изменениях в опухоли вследствие нарушения кровообращения, сопровождающихся признаками инфицирования и возникновением симптоматики "острого живота", а также

при неэффективности проводимой антибактериальной и противовоспалительной терапии. Дегенеративные изменения в миоматозных узлах, закономерно возникающие в процессе развития опухоли, часто обнаруживаемые с помощью разнообразной визуализации дополнительных методов исследования (УЗИ, МРТ, КТ) и не имеющие указанной выше симптоматики, не являются показанием к хирургическому лечению. Множественная миома матки небольших размеров, не приводящая к возникновению симптоматики, также не является показанием к операции. В некоторых национальных рекомендациях (ACOG Pract.Bull. N 96, 2008) оспаривается необходимость проведения хирургического лечения только на основании клинически диагностированного быстрого роста опухоли вне периода постменопаузы (В).

Объем хирургического лечения

Больная с миомой матки, которой показана операция, должна иметь полную информацию о преимуществах и недостатках радикального и органосохраняющего объема хирургического лечения. Окончательное решение об объеме операции и доступе должна принимать сама пациентка совместно с хирургом (лечащий врач), подписывая информированное согласие на операцию и осведомление о возможности осложнений.

Гистерэктомия. Единственным, приводящим к полному излечению (радикальным) способом хирургического лечения является операция в объеме тотальной гистерэктомии - экстирпация матки (*уровень доказательности IA*). Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки) не является полностью радикальным вмешательством, но ее можно выполнять после подтверждения состояния шейки матки (кольпоскопия, биопсия при показаниях) (*уровень доказательности IA*). При сочетании с аденомиозом, учитывая отсутствие четкой границы заболевания, надвлагалищная ампутация не рекомендуется, так как возможно неполное удаление указанных выше патологических процессов, что в дальнейшем может быть причиной ещё одной операции (удаление культи шейки матки и других тазовых органов - дистального отдела мочеочника), так как это более сложное вмешательство в связи с развитием спаечно-рубцовых процессов с вовлечением мочевого пузыря. И хотя рецидивы миомы в культе шейки матки возникают редко, у 15-20% больных после операции этого объема наблюдают циклические кровянистые выделения из половых путей, что указывает на неполное удаление тканей миометрия и эндометрия. Тотальный объем гистерэктомии обеспечивает не только радикальное излечение при миоме матки, но и профилактику возникновения в будущем какого-либо заболевания шейки матки. В странах, не имеющих сплошного цитологического скрининга, тотальную гистерэктомию следует расценивать как одну из мер профилактики рака шейки матки. Гипотетические предположения о преимуществах субтотальной гистерэктомии по сравнению с тотальной в отношении отрицательного воздействия на функцию мочевыводящих путей, сексуальную функцию и влияние на качество жизни в целом не нашли подтверждения в многочисленных многоцентровых рандомизированных исследованиях. По мнению Американского конгресса акушеров-гинекологов (ACOG Comm.Opin. N 388, 2007) субтотальный объем гистерэктомии не следует рекомендовать как наилучший при удалении матки при доброкачественных заболеваниях. Больную необходимо информировать об отсутствии научно доказанных различий между тотальной и субтотальной гистерэктомией в их влиянии на сексуальную функцию, а также о возможном рецидивировании миомы и возникновении других доброкачественных и злокачественных заболеваний в культе шейки матки, для лечения которых в будущем необходимо хирургическое лечение.

Доступ операции

Данные современной доказательной медицины свидетельствуют о том, что наилучшим оперативным доступом для удаления матки является влагалищный доступ. Для влагалищной гистерэктомии характерны меньшая длительность, кровопотеря и частота интра- и послеоперационных осложнений. Однако для использования этого доступа при миоме матки необходим ряд условий: достаточная ёмкость влагалища и подвижность матки, небольшая величина и масса опухоли (менее 16 нед и 700 г), отсутствие выраженного спаечного процесса в полости таза и необходимости сочетанных операций на придатках матки и/или органах брюшной полости. При отсутствии условий для выполнения влагалищной гистерэктомии следует проводить лапароскопическую гистерэктомию. Лапаротомическая гистерэктомия, не имеющая каких-либо преимуществ по сравнению с лапароскопическим и влагалищным аналогом, необходима лишь небольшому числу больных с опухолями чрезвычайно больших размеров (более 24 нед и 1500 г) или при противопоказаниях проведения анестезиологического пособия. Лапаротомическую гистерэктомию также можно проводить при отсутствии технических возможностей и условий для проведения эндоскопической операции (оснащения, хирургической бригады). Указанные выше границы величины и массы матки при ее удалении влагалищным или лапароскопическим доступом условны и зависят от опыта каждого конкретного хирурга. Вне зависимости от доступа при тотальной гистерэктомии следует использовать интрафасциальную технику, позволяющую максимально сохранить интеграцию между тазовой фасцией и поддерживающим связочным аппаратом матки.

Миомэктомия

Несмотря на то, что тотальная гистерэктомия является радикальной операцией, её не следует рекомендовать женщинам молодого возраста, а также тем, кто желает сохранить матку и/или репродуктивную функцию. При наличии показаний к хирургическому лечению этим категориям больных выполняют органосохраняющие операции - миомэктомии. Показанием к миомэктомии является также бесплодие или невынашивание беременности при отсутствии каких-либо других причин кроме миомы матки. Взаимосвязь между миомой матки и бесплодием точно не определена. Однако результаты ряда исследований с высоким уровнем доказательности показали, что миоматозные узлы, контактирующие с полостью матки, могут быть причиной бесплодия. Имеются сведения об улучшении результатов ВРТ после миомэктомии у женщин с неуточненным бесплодием. На сегодняшний день ни один из существующих методов диагностики не может выявить все патологические очаги ни до операции, ни в её процессе. Риск рецидивирования (возможно в большинстве случаев - персистенции) выше при наличии множественных миом. При единичном узле он составляет 27%, риск повторной операции, связанной с рецидивом, - 11%, а при множественных узлах - соответственно 59 и 26%.

Доступ

Выбор доступа миомэктомии - достаточно сложная задача, зависящая не только от объективных факторов, таких как размеры опухоли, её локализация, множественность патологических изменений, но и от опыта конкретного хирурга.

Подслизистые миоматозные узлы (0-II типа ESGE), не превышающие 5-6 см в диаметре, удаляют гистероскопически с помощью моно- или биполярного резектоскопа или внутриматочного морцеллятора. При технической невозможности полного удаления узла II типа показана двухэтапная операция. В течение 3-месячного перерыва между этапами больной назначают терапию аГн-РГ, способствующую уменьшению матки и миграции неудаленных остатков узла в полость матки. Гистероскопическая миомэктомия может быть альтернативой гистерэктомии у женщин в постменопаузе, у которых

вследствие сокращения матки миоматозные узлы, расположенные рядом с полостью, мигрируют в неё. У женщин пременопаузального возраста, не заинтересованных в сохранении репродуктивной функции, гистероскопическую миомэктомию целесообразно сочетать с резекцией эндометрия.

Больным с единичными миоматозными узлами субсерозной и интерстициальной локализации, даже при значительных их размерах (до 20 см) целесообразно проводить лапароскопическую миомэктомию. Указанный максимальный диаметр узла является условным пределом, особенно при его субсерозном расположении. Того же подхода к выбору доступа следует придерживаться при наличии множественных субсерозных миом. Во всех случаях рану на матке необходимо зашивать послойно, так же как при влагалищной или лапаротомической миомэктомии. Следует использовать экстракорпоральную технику завязывания узлов, которая обеспечивает достаточную степень натяжения нити и полноценное сопоставление краев раны. Лапароскопическую миомэктомию можно сочетать с гистероскопической у больных с ассоциацией субсерозных и субмукозных узлов.

Недостатками лапароскопического доступа являются отсутствие возможности пальпаторного поиска межмышечных узлов и их энуклеации с помощью дополнительных разрезов миометрия в ложе основного узла. При множественных интерстициальных миомах или ассоциациях множественных узлов различных локализаций целесообразно проводить лапаротомическую миомэктомию.

Во всех случаях рождающихся или родившихся подслизистых опухолей миомэктомию проводят влагалищным доступом. При наличии единичных субсерозных и межмышечных узлов, располагающихся на задней стенке матки или в её дне, можно выполнить миомэктомию влагалищным доступом через заднее кольпотомное отверстие. Таким способом можно удалять миомы до 8-12 см в диаметре, используя технику фрагментации узлов. Влагалищный доступ является наиболее подходящим для миом, локализующихся частично или целиком во влагалищной части шейки матки.

Вспомогательные хирургические технологии

Одна из основных проблем миомэктомии - борьба с интраоперационным кровотечением. Для уменьшения кровопотери используют как сосудосуживающие агенты (вазопрессин), так и разнообразные способы механической окклюзии сосудов, снабжающих матку (жгуты, зажимы, перевязка, коагуляция или эмболизация маточных артерий). В некоторых странах сосудосуживающие средства запрещены вследствие имеющихся сведений о фатальных осложнениях сердечно-сосудистой системы после местного применения этих препаратов. В любом случае при применении указанных препаратов необходимо предупредить анестезиолога, учитывая сосудистый эффект к повышению АД.

Вторая важная проблема миомэктомии - возникновение послеоперационного спаечного процесса. На сегодняшний день наиболее успешными способами профилактики спаек считают барьерные способы (сетки, гели, растворы), обеспечивающие временное отграничение раны от прилежащих к ней анатомических структур.

Новым являются доказанное применение кондиционирования брюшной полости во время эндоскопической операции с контролируемым режимом температуры, влажности и дополнительное использование кислорода.

Послеоперационное ведение

После тотальной гистерэктомии единственным ограничением для пациентки является отказ от половой жизни в течение 1,5-2 мес. Больным после субтотальных гистерэктомий следует регулярно проводить цитологическое исследование шеечного эпителия.

Пациентки после миомэктомии должны предохраняться от беременности в течение 6-12 мес в зависимости от глубины повреждения стенки матки при операции. Наиболее подходящим способом предохранения следует признать оральные контрацептивы. Беременеть разрешается через 1 год.

Послеоперационное противорецидивное лечение аГн-РГ не показано, так как оно снижает кровоснабжение матки и, следовательно, ухудшает заживление раны.

Вопрос о несостоятельности рубца на матке после эндоскопических миомэктомий, поднимающийся в современной отечественной литературе, требует тщательного анализа. В зарубежной литературе существует только одна работа, в которой проанализированы 19 случаев разрыва матки в срок от 17 до 40 нед беременности после миомэктомии с 1992 по 2004 г. Только в 3 случаях (18%) узлы миомы были больше 5 см в диаметре, а в 12 случаях (63%) не превышали 4 см в диаметре. Гемостаз раны только в 2 случаях (10%) осуществляли без коагуляции. В 7 (37%) рану не зашивали. Ни одна из женщин не умерла, 3 плодов (18%) на 17-, 28- и 33-й неделе гестации погибли. Существует только 2 сообщения о случаях разрывах матки при беременности после гистероскопических миомэктомий.

Кроме того, причиной послеоперационных кровотечений могут быть проблемы свертывающей системы крови, например, болезнь Виллебранда. Их можно остановить эмболизацией маточных артерий. Впервые эмболизацию маточных артерий и сосудистых коллатералей в акушерско-гинекологической практике применили во ВНИЦ ОЗМиР МЗ СССР в 1984 г. (Л.В.Адамян).

С конца 70-х годов рентгенэндоваскулярную эмболизацию маточных артерий используют в акушерской и гинекологической практике:

- - для остановки кровотечения в послеродовом периоде;
 - при пузырьном заносе;
 - после кесарева сечения;
 - для консервативной миомэктомии и гистерэктомии;
 - для остановки кровотечения при неоперабельных злокачественных новообразованиях;
 - для предоперационной деваскуляризации сосудистых опухолей и артериовенозных аномалий с целью облегчения их удаления и уменьшения кровопотери.

Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки

В настоящее время перспективным рентгенохирургическим вмешательством при лечении миом является эндоваскулярная эмболизация маточных артерий.

Многие больные в категоричной форме отказываются от хирургического или гормонального лечения, что обусловлено психоэмоциональным статусом пациентки или желанием сохранения собственной репродуктивной функции.

В течение последнего десятилетия эмболизация маточных артерий как самостоятельный метод лечения миомы матки вызывает особый интерес. Миниинвазивность эндоваскулярного вмешательства, проводимого под местной анестезией, эффективность метода, приводящего к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки, сохранение репродуктивной функции женщины, короткий срок госпитализации - важные и определяющие факторы для самих пациенток.

Показания к эмболизации маточных артерий: симптомная миома матки. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является альтернативой хирургическому лечению).

Противопоказания к эмболизации маточных артерий: беременность, воспалительные заболевания органов малого таза в стадии обострения, аллергические реакции на контрастное вещество, артериовенозные пороки развития, недифференцированное опухолевидное образование в малом тазу, подозрение на лейомиосаркому.

Инструментальные и лабораторные исследования перед процедурой включают все те, которые приняты для планового хирургического лечения, в том числе:

-бактериоскопическое исследование микрофлоры влагалища (при выявлении воспалительных изменений необходимо провести антибактериальную терапию - возможно местное применение, с целью уменьшения воспалительных осложнений ЭМА).

-онкоцитологическое исследование эндо- и экзоцервикса;

-ультразвуковое исследование органов и сосудов малого таза с определением скорости кровотока по маточным, яичниковым артериям и их ветвям. Для оценки параметров кровотока по сосудам матки используют ультразвуковое триплексное ангиосканирование (УЗАС), включающее сканирование сосудов в В-режиме, доплерографию и цветное доплеровское картирование кровотока;

-гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание, с последующим патогистологическим исследованием - при дисфункции яичников, увеличении срединного м-эха, не соответствующего дню менструального цикла;

-консультация гинеколога, интервенционного рентгенолога. ЭМА должны проводить опытные интервенционные рентгенологи, знакомые с техникой проведения процедуры, а также особенностями кровоснабжения миоматозных узлов;

-при выявлении опухоли яичника или одного из узлов при множественном характере роста субсерозного типа на тонком основании проводят оперативную лапароскопию
- удаление образования яичника до ЭМА, с последующим патогистологическим исследованием, а удаление миоматозного узла - после ЭМА с целью снижения объема кровопотери и риска "отшнуровывания" узла в брюшную полость.

Заключение

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женской половой системы.

1. Возрастные категории миомы матки различные, но средний возраст женщин с данной патологией составляет 40 лет. Следует отметить, что миома матки «молодеет» с каждым годом, даже среди лиц с возрастом до 20 лет встречается миома матки.

2. Предрасполагающих факторов развития миомы матки множество. Основной фактор – аборт, который занимает первое место среди причин и составляет 40% от всех причин. Так большее значение следует уделить инструментальным вмешательствам на матке и сопутствующим гинекологическим заболеваниям.

Лечение миомы матки может быть как консервативным, так и оперативным. Основой консервативного лечения является правильное питание и гормональная терапия. Оперативное лечение имеет два профиля: лапаротомический и лапароскопический. Наиболее частый метод оперативного лечения миомы матки - лапароскопический, так как после него меньше осложнений, нет косметических дефектов и более благоприятный исход.

Беременность с миомой матки встречается довольно часто. За последние 3 года частота беременности с данной патологией увеличилась, в связи с улучшенной диагностикой, наблюдением и эффективным родоразрешением.

Родоразрешение зависит от размера опухоли и ее локализации.

Список использованной литературы

1. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация: клинические рекомендации (протокол лечения) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации 21.09.2015)
2. Файл (PDF, 5Mb) 08.08.2016 Радзинский В.Е. Гинекология// под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса — М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1000 с.
3. Б. Ю. Бобров, С. А. Капранов, В. Г. Бреусенко и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему. «Диагностическая и интервенционная радиология» том 1 № 2 / 2007
4. Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Современное состояние вопроса // Журнал акушерства и женских болезней. 2010. №2. С. 100-125
5. Сидорова И.С. Миома матки (современные аспекты этиологии, патогенеза, классификации и профилактики). В кн.: Миома матки. Под ред. И.С. Сидоровой. М: МИА 2003; 5—66.
6. Большая Медицинская Энциклопедия, под ред. Петровского Б.В., 3-е издание, т. 15, т. 17.