

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. Кафедрой: ДМН. Доцент
Базина М.И.

Реферат
Миома матки

Выполнил: клинический ординатор Петров И.С.

Красноярск 2019

Этиология и патогенез

Миома матки – доброкачественная гормонозависимая опухоль, состоящая из гладкомышечных клеток и фиброзных соединительных элементов. Миома матки не склонна к малигнизации. Она составляет до 1/3 гинекологических заболеваний. Чаще встречается у женщин репродуктивного возраста. Средний возраст больных- 30-45 лет. По данным статистики, у 20% женщин, достигших 30-летнего возраста имеется миома матки.

В результате многолетних исследований клиники, патогенеза, гормонального и иммунного статусов больных миомой матки, разнообразных методов консервативного лечения ее принято считать гормонозависимой гипертрофией и гиперплазией миометрия, так как она возникает и прогрессирует у женщин репродуктивного возраста, когда высока гормональная активность яичников, и нередко регрессирует после наступления менопаузы, когда резко снижается уровень половых гормонов. С другой стороны, миому матки рассматривают как результат патологической регенерации поврежденного миометрия, риск которых (внутриматочные вмешательства, половые инфекции) выше у женщин детородного возраста. Половые гормоны регулируют рост миомы матки: установлено, что в миоматозных узлах содержится в 2 раза больше эстрогенных рецепторов, а прогестероновых в 3 раза в сравнении с окружающим миометрием. Следовательно, обе группы женских половых гормонов могут играть существенную роль в росте сформировавшихся миоматозных узлов. Кроме того, в патогенезе миомы матки играют определенную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, нарушения гемодинамики малого таза, которые могут приводить к гипоксии и наследственная предрасположенность.

Выделяют два клинико-патогенетических варианта развития миом матки:

Возникновение миомы «первичное» - опухоль появляется на фоне первичного эндокринного бесплодия, генитального инфантилизма. Характерной особенностью клиники и течения «первичной» миомы является развитие опухоли в молодом возрасте, медленный темп роста, но вместе с тем большая склонность к возникновению в ней дегенеративных изменений. «Вторичная» миома появляется у женщин, ранее не страдавших нарушениями менструальной и генеративной функции, но имевших в анамнезе заболевания, обусловившие нарушения рецепторного аппарата миометрия: воспаления, аборты, осложнения родов, операции на придатках. Течение «вторичной» миомы характеризуется быстрыми темпами роста, множественностью узлов и меньшей частотой дегенеративных изменений.

Таким образом, логическую цепочку патогенеза миомы матки можно представить следующим образом: возрастные изменения гемодинамики внутренних половых органов у женщин с неблагоприятным фоном приводит к локальной гипоксии миометрия. Происходит дифференцировка камбиальных клеток гладкомышечной ткани миометрия с приобретением ими способности к пролиферации, образованная ткань продолжает пролиферировать под действием половых гормонов. Рост и регрессия миомы эстрогензависимы, так как увеличение размеров опухоли наблюдается во время беременности и уменьшение - в постменопаузе.

Классификация миомы матки.

По локализации:

миома тела матки - 95%;

миома шейки матки (шеечная) - 5%.

По форме:

интерстициальная (межмышечная) - узел располагается в толще миометрия;

субмукозная (подслизистая) – рост по направлению к полости матки;
субсерозная (подбрюшинная) - рост по направлению к брюшной полости;

смешанная (сочетание двух, трех форм роста). Диагноз должен отражать сочетание этих форм: субмукозно-интерстициальная, интерстициально-субмукозная и др.;

забрюшинная – (при экзофитном росте из нижнего сегмента матки, перешейка, шейки матки);

межсвязочная (интралигаментарная) – между листками широкой связки.

Среди субмукозных миом выделяют рождающиеся опухоли, когда рост узла происходит по направлению к внутреннему зеву. Длительное развитие такого узла приводит к расширению цервикального канала и нередко сопровождается выходом опухоли во влагалище (рождение субмукозного узла).

Клиника миомы матки

Нередко миома матки протекает бессимптомно. Основными симптомами миомы матки являются нарушение менструальной функции, функции соседних органов.

Гиперменструальный синдром характерен для субмукозной или множественной интерстициальной формы. Продолжительность и интенсивность маточных кровотечений с ростом миомы увеличивается. Позднее могут присоединяться и ациклические кровотечения. В результате менструальных и межменструальных кровотечений развивается хроническая постгеморрагическая анемия, гиповолемия, миокардиодистрофия, изменения гемостаза, что приводит к нарушениям функций жизненно важных органов. Причиной кровотечений при миоме матки являются снижение маточного тонуса и нарушение сократительной способности матки, увеличение менструирующей поверхности, гиперпластические процессы

эндометрия, нарушения свертывающей системы крови.

Боли внизу живота могут быть различного характера. Острые боли возникают при нарушении питания узла. При субмукозных узлах могут быть схваткообразные боли во время менструации. Ноющие боли характерны для интерстициальной и субсерозной форм и обусловлены растяжением брюшины при росте узлов и сдавлением нервных сплетений малого таза. Постоянный и выраженный болевой синдром сопровождает интралигаментарные миомы вследствие давления на нервное сплетение в области внутреннего зева. Наличие болей, связанных с менструацией, всегда подозрительно на сочетание миомы с эндометриозом.

Нарушение функции соседних органов – мочевого пузыря (дизурические расстройства с возможным развитием гидронефроза и пиелонефрита) и прямой кишки (запоры). Нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки при миоме матки объясняется не только механическим давлением (при больших размерах опухоли по передней и задней стенкам), но и анатомо-топографической близостью, общностью иннервации, крово- и лимфообращения.

Бели – водянисто-слизистые, обычно наблюдаются при больших опухолях. При некрозе слизистой оболочки, покрывающей субмукозный узел, бели жидкие, зловонные, буроватого цвета.

Многообразие клинических проявлений при миоме матки обусловлено различной локализацией и формой роста узлов, сочетанием миомы с другой генитальной (железисто-кистозная гиперплазия, кисты и кистомы яичников, эндометриоз и др.) и экстрагенитальной патологией, состоянием репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание и др.).

Диагностика миомы матки

Диагностика миомы матки в современных условиях не сложна. Характерен возраст больных, в анамнезе выясняется наследственная предрасположенность, нарушение менструальной и детородной функции, наличие болевого синдрома, признаков нарушения функции мочевого пузыря и прямой кишки и др.

При пальпации живота матка, увеличенная до 12 недель и более, определяется над лоном в виде плотного бугристого ассиметричного образования. При осмотре в зеркалах легко диагностируется шейечная миома (смещение наружного зева, неравномерное увеличение, уплотнение и деформация шейки матки) или рождающийся субмукозный узел.

При вагинальном исследовании определяется плотная, увеличенная матка, с мелко- или крупнобугристой поверхностью. Оценка размеров матки проводится в неделях беременности. Для уточнения диагноза широко применяется ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. Кроме того, УЗИ (абдоминальная или трансвагинальная эхография) позволяет выявить миому матки на ранних стадиях развития, осуществлять контроль за эффективностью лечения в динамике. Высока диагностическая ценность при миомах матки малых размеров компьютерной томографии и ЯМР-томографии. Однако эти методы дорогостоящие и поэтому малодоступны. В плане дифференциальной диагностики высоко информативны современные эндоскопические методы диагностики - гистероскопия и лапароскопия. Гистероскопия используется для диагностики субмукозных узлов, определения состояния эндометрия, возможна прицельная биопсия. Дифференциальную диагностику миомы матки проводят с саркомой, опухолями яичников, беременностью, внутренним эндометриозом матки.

При отсутствии возможности проведения УЗИ, томографии можно выполнить гистеросальпингографию. При наличии субмукозных узлов выявляются дефекты наполнения и расширение полости матки. При

обследовании больных с миомой матки необходима особая онкологическая настороженность. Следует исключить опухоли яичников, гиперпластические предраковые процессы, рак эндометрия и др. Поэтому одним из важных исследований в комплексной диагностике больных миомой матки является тщательное раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба, результаты которого во много определяют тактику лечения больной. Выполнение тщательного раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки обязательно перед оперативным лечением больной. Важное значение в определении тактики лечения имеют изучение гормональной активности яичников, определение гонадотропных, стероидных и других гормонов.

Лечение миомы матки

Хирургическое лечение.

Больным миомой матки проводится консервативное или оперативное лечение.

Показания к хирургическому лечению миомы матки:

- { Большие размеры матки (более 14 недель беременности).
- { Субмукозная форма.
- { Гиперменструальный синдром, хроническая постгеморрагическая анемия.
- { Быстрый рост опухоли (4 и более недель в год)
- { Субсерозный узел на тонком основании (ножке) в связи с высоким риском перекрута и развития некроза.
- { Нарушение функции соседних органов.
- { Шеечная миома матки.
- { Сочетание миомы с другими заболеваниями матки и придатков, требующими хирургического вмешательства.
- { Некроз узла (операция в экстренном порядке).

{ Бесплодие, причиной которого явилась миома матки.

Объем оперативного вмешательства зависит от многих факторов: возраста женщины, состояния шейки матки, яичников, эндометрия, реализации её репродуктивной функции и может быть различным.

Радикальное хирургическое лечение заключается в экстирпации матки или надвлагалищной ампутации. Самым распространенным методом лечения миомы является радикальная операция – гистерэктомия. ГИСТЕРЭКТОМИЯ - это удаление всей матки. Может выполняться как открытым способом так и лапароскопически (через проколы брюшной стенки). Требуется общего наркоза и пребывания в стационаре не менее 7 дней. Полное восстановление (при неосложненном течении послеоперационного периода) занимает 3-6 недель. Важно отметить, что этот внешне радикальный метод лечения миомы матки, к сожалению, не лишен серьезных недостатков. Очевидно, что для пациенток, не завершивших детородную функцию, удаление матки является крайне нежелательным. Кроме того, как и любое хирургическое вмешательство, требующее наркоза, гистерэктомия связана с определенной степенью анестезиологического риска и серьезных осложнений, в особенности у пациенток с сопутствующей патологией, выраженной анемизацией. Не менее важной особенностью гистерэктомии является высокая вероятность развития в послеоперационном периоде синдрома постгистерэктомии (СПГ или ПГС) – комплекса гормональных, вегетососудистых и психологических нарушений, значительно ухудшающих качество жизни пациенток. СПГ возникает более чем у 50% женщин после гистерэктомии и характеризуется нарушениями гормонального фона, психоэмоциональной сферы и вегетососудистой регуляции. При этом существенно возрастает риск развития таких заболеваний как рак молочной железы, ишемической болезни сердца. Учитывая молодой возраст больных миомой матки, становится очевидным, что для большинства из них гистерэктомия является инвалидизирующим вмешательством, приводящим как к психологическим, так и к физическим страданиям. Гистерэктомию

можно провести абдоминальным, лапароскопическим и вагинальным доступами. К полурадикальным операциям относится дефундация, высокая ампутация матки, при этом сохраняется шейка матки. Шейка матки играет важную роль в формировании тазового дна и кровоснабжении мочеполовой системы, поэтому тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) проводится при наличии сопутствующей патологии шейки матки (фоновые, предраковые состояния), рецидивирующих процессах, некрозе опухоли, при шеечном расположении миоматозного узла. Эти операции, лишая женщину репродуктивной функции, позволяют сохранить менструальную функцию. Молодым женщинам, не выполнившим репродуктивную функцию, проводится консервативная миомэктомия, которая заключается в удалении миоматозных узлов и сохранении тела матки. Миомэктомия требует общего наркоза и пребывания в стационаре в течение 3-7 дней. Полное восстановление (при неосложненном течении послеоперационного периода) занимает 2-3 недели. Миомэктомия позволяет избежать ряда недостатков гистерэктомии. Это органосохраняющее вмешательство, которое создает предпосылки для сохранения фертильности. В то же время, миомэктомия не является идеальным методом. Это вмешательство выполнимо далеко не всегда. Помимо размеров, количества и расположения миоматозных узлов, выполнимость миомэктомии зависит от опыта оперирующего специалиста. Еще одним ограничением миомэктомии является вероятность возникновения интраоперационного кровотечения, которое может потребовать перехода к гистерэктомии (удалению матки). Помимо этого, почти у 30% больных, перенесших миомэктомию, возникает рецидив заболевания. Это объясняется, прежде всего, тем, что в ходе операции не всегда удается удалить все узлы, некоторые из них, имеющие небольшие размеры, могут оставаться и впоследствии расти. Кроме того, сама механическая травма матки может являться фактором, провоцирующим возникновение новых миом. Миомэктомия может осуществляться лапаротомическим, лапароскопическим, гистероскопическими способами.

Выбор хирургического доступа зависит от многих факторов:

- { величина матки
- { локализации миоматозных узлов
- { числа и величины миоматозных узлов
- { предоперационной гормональной подготовки
- { оснащенности эндоскопическим оборудованием и опыта хирурга

Лапаротомический доступ применяется при множественных интерстициальных миоматозных узлах более 7-10 см, при пришеечной локализации узлов, локализации узлов на задней и боковой стенках матки. Лапаротомический доступ позволяет адекватно сопоставить края ложа миоматозного узла с наложением двурядного шва. От полноценности шва зависит течение планируемой беременности и ведение родов.

Современным доступом является лапароскопический. Он позволяет сохранить менструальную функцию у всех больных и восстановить детородную функцию у 30 % пациенток. Беременность можно планировать через полгода после операции. Он показан при субсерозных и интерстициальных узлах диаметром до 4-5 см. Отдельные субсерозные миоматозные узлы не представляют сложности для удаления. Узел фиксируется зубчатыми щипцами, отделяется от матки, ножка узла коагулируется и пересекается. Миоматозные узлы можно извлекать через мини-лапараторные отверстия. Интерстициально-субсерозные миоматозные узлы удаляют путем субкапсуляции и нуклеации с коагуляцией кровотокающих сосудов. При значительном размере остающегося после консервативной миомэктомии ложа наряду с электрохирургической коагуляцией накладывают эндоскопические двурядные швы. Ушивание ложа узла позволяет осуществить дополнительный гемостаз, способствует профилактике спаечного процесса. Интралигаментарные узлы удаляют после рассечения в поперечном или косом направлении переднего листка широкой связки матки и энуклеации. Особую сложность представляет удаление небольших интерстициальных миоматозных узлов, которые, располагаясь в

толще миометрия, не деформируют наружных контуров матки и затрудняют визуальную диагностику во время операции. Для более точной диагностики используют интраоперационное УЗИ. После уточнения локализации узла над местом его расположения делают небольшой разрез, миоматозный узел захватывают зубчатыми щипцами. Питающие сосуды коагулируют. При субмукозной форме может быть выполнена гистероскопическая миомэктомия с помощью лазера. К консервативным хирургическим методам лечения миомы матки возможен лапароскопический миолиз (при помощи лазера) и эмболизация маточной артерии, ФУЗ-абляция

Суть ЭМА заключается в прекращении кровотока по ветвям маточных артерий, кровоснабжающих миому. При этом ветви, снабжающие здоровую часть миометрия не страдают. Это возможно благодаря особенностям кровотока в миоме - кровоснабжение узлов осуществляется из сосудистой сети, окружающей миому по периферии. Эти сосуды имеют диаметр до 0,5 мм, т.е. в несколько раз больше, чем артерии нормального миометрия. После введения в эти сосуды специальных эмболизационных частиц миома теряет кровоснабжение и происходит ее замещение соединительной тканью - фиброз, которое приводит к значительному уменьшению и/или исчезновению миомы и ее проявлений. Эмболизация выполняется в специально оборудованной рентгенооперационной, оснащенной ангиографическим аппаратом. Эмболизация - практически безболезненная процедура и выполняется под местной анестезией. Единственным воздействием является пункция правой общей бедренной артерии. Для этого после предварительной местной анестезии раствором новокаина или лидокаина через небольшой (1,5 мм) прокол кожи в верхней части бедра в артерию вводится тонкий катетер (1,2 мм), который под контролем рентгенотелевидения проводится непосредственно в маточные артерии.

Затем через катетер вводятся крошечные частички эмболизационного препарата, которые перекрывают сосуды, питающие миому. Эмболизационные частицы, как правило, вводятся поочередно и в правую и в

левую маточные артерии. Средняя продолжительность процедуры не превышает 20 минут.

Преимущества эмболизации:

- Чрезвычайно безопасный и малоинвазивный метод лечения, не требующий наркоза
- Вмешательство высокоэффективно более чем в 98% случаев (после ЭМА не нужно возвращаться к вопросу о лечении миомы матки)
- Происходит немедленное улучшение симптоматики
- Миомы не возникают повторно (в отличие от миомэктомии)
- Требуется очень короткое пребывание в больнице - 1-3 дня
- ЭМА не является операцией, проводится под местной анестезией и занимает 15-40 минут
- Чрезвычайно низкая вероятность каких-либо осложнений
- Матка не удаляется
- Сохраняется способность к деторождению

Несмотря на то, что ЭМА - практически безболезненная процедура через 1-2 часа возникают довольно сильные тянущие боли в нижних отделах живота. Эти ощущения являются следствием ишемии клеток миомы и отражают результативность вмешательства. Болезненные ощущения продолжаются несколько часов и адекватно купируются обезболивающими препаратами.

Помимо этого, в первые дни после ЭМА может повышаться температура (до 37-37,5). Также возможна слабость и чувство недомогания. Тем не менее, все эти симптомы, известные как "постэмболизационный синдром", быстро проходят, не представляют угрозу для здоровья и никоим образом не относятся к осложнениям вмешательства. ЭМА - очень безопасная процедура, риск любых осложнений в десятки раз ниже чем после хирургического лечения и не превышает 1%. По данным серии исследований осложнения возникают после ЭМА примерно в 20 раз реже, чем после любого варианта хирургического лечения миомы матки (включая

лапароскопические операции).Самой частой проблемой после ЭМА является образование гематомы (синяка) на бедре в месте пункции артерии.

Важным преимуществом эмболизации является то, что она не лишает женщин способности к деторождению. Очевидно, что после гистерэктомии о деторождении речь не идет, однако даже после миомэктомии часто возникает бесплодие, связанное с образованием спаек в матке и вокруг нее.

ФУЗ-абляция

Суть метода ФУЗ-абляции заключается в воздействии на ткань миомы фокусированными ультразвуковыми волнами под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ). Эта методика изначально была предложена для лечения труднодоступных опухолей печени и поджелудочной железы. Использование этой методики для лечения миомы матки носит экспериментальный характер, поскольку не решено несколько технических проблем. Во-первых, до сих пор воздействие оказывается недостаточно точным, т.е. имеется риск непреднамеренного повреждения здоровых тканей и органов, располагающихся вблизи миоматозного узла. Во-вторых, воздействие не затрагивает 100% ткани самого миоматозного узла, что приводит к рецидиву роста миомы в сроки от 6 до 12 месяцев у подавляющего большинства пациенток.Возможно в будущем развитие технологий и позволит применять ФУЗ-абляцию более широко, однако в настоящее время область ее применения крайне узка и включает в себя пациенток с симптомными миомами, не имеющих заинтересованности в беременности при наличии у них противопоказаний к хирургическому лечению и ЭМА.

Заключение

Миома матки- довольно часто встречаемая доброкачественная опухоль. Лечение миомы может осуществляться как консервативным, так и

хирургическим путем. Консервативное лечение направлено на уменьшение размеров опухоли, прекращение ее роста и может быть использовано до проведения хирургической операции.

Хирургическое лечение миомы матки остается ведущим ,несмотря на успехи консервативного лечения. Оперативные вмешательства по поводу миомы матки составляют 45% абдоминальных вмешательств в гинекологии. В настоящее время имеется тенденция к снижению числа радикальных оперативных вмешательств при миоме матки и расширению показаний к органосохраняющим операциям. Сохранение матки, помимо сохранения репродуктивной и менструальной функций, позволяет предотвратить нарушение деятельности органов малого таза и способствует профилактике их опущения.

Список литературы:

- 1) Г.М. Савельева, В.Г. Бурсенко «Гинекология», Москва, 2004 год, стр 187-203
- 2) Д.Ф. Костючек «Акушерство и гинекология», Санкт-Петербург, 2001 год
- 3) Интернет-материалы