



Миома матки и беременность

Работу выполнили:

```
graph TD; Title[Работу выполнили:] --- HLine[ ]; HLine --- B1[ ]; HLine --- B2[ ]; HLine --- B3[ ]; B1 --- N1[Белячков Дмитрий Сергеевич]; N1 --- I1[3 курс 301 группа «Педиатрия»]; B2 --- N2[Леонов Иван Сергеевич]; N2 --- I2[3 курс 301 группа «Педиатрия»]; B3 --- N3[Свиридова Дарья Игоревна]; N3 --- I3[5 курс 504 группа «Лечебное дело»];
```

Белячков Дмитрий
Сергеевич

3 курс 301 группа
«Педиатрия»

Леонов Иван
Сергеевич

3 курс 301 группа
«Педиатрия»

Свиридова
Дарья Игоревна

5 курс 504 группа
«Лечебное дело»

Содержание

01 Определение. Эпидемиология.
Классификация

02 Этиология. Патогенез. Клиника

03 Диагностика и диф.диагностика

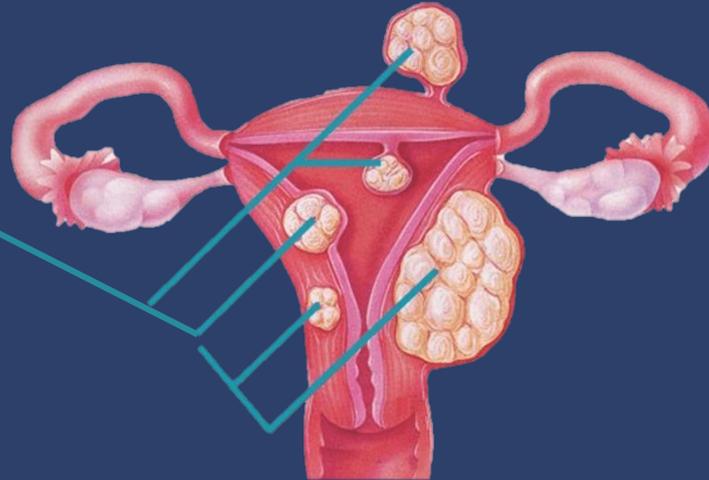
04 Лечение
Медикаментозное и хирургическое



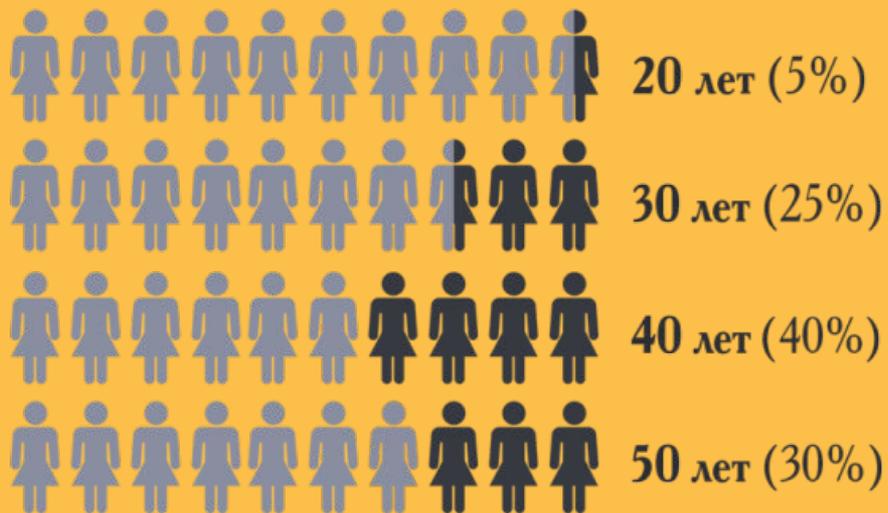
Миома матки – это?

- = фибромиома
- = лейомиома
- = фиброма

доброкачественная
моноклональная опухоль,
происходящая из гладкомышечных
клеток шейки или тела матки.



Эпидемиология



20-44%

Вне беременности

0,5-6%

Во время беременности

Классификация

По локализации и направлению роста в матке:

- Подбрюшная (субсерозная)
- Межмышечная (интерстициальная)
- Подслизистая (субмукозная)

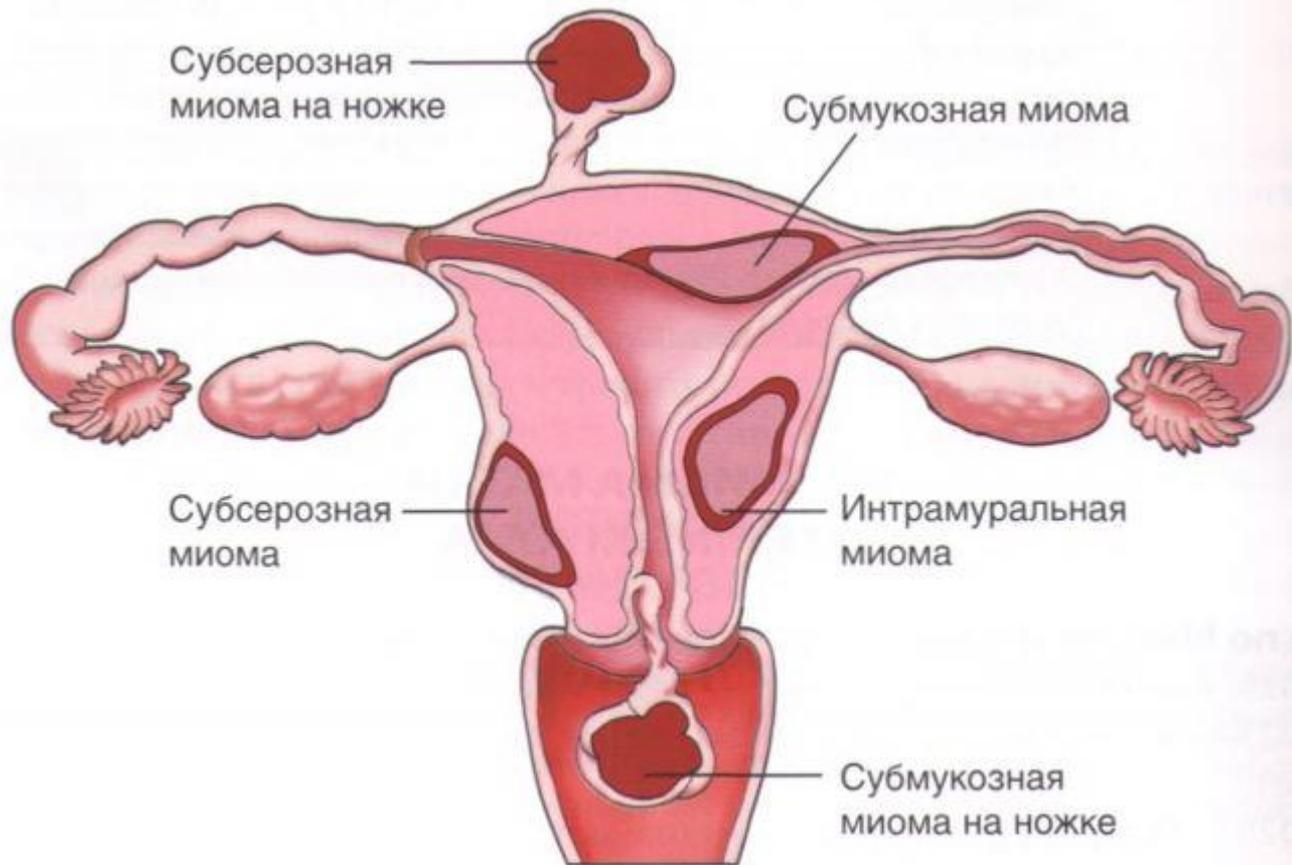
Топографическая классификация:

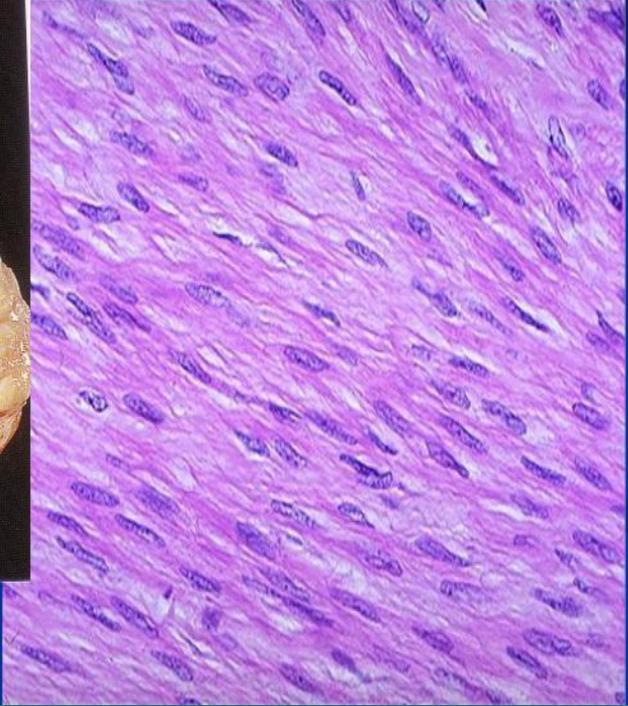
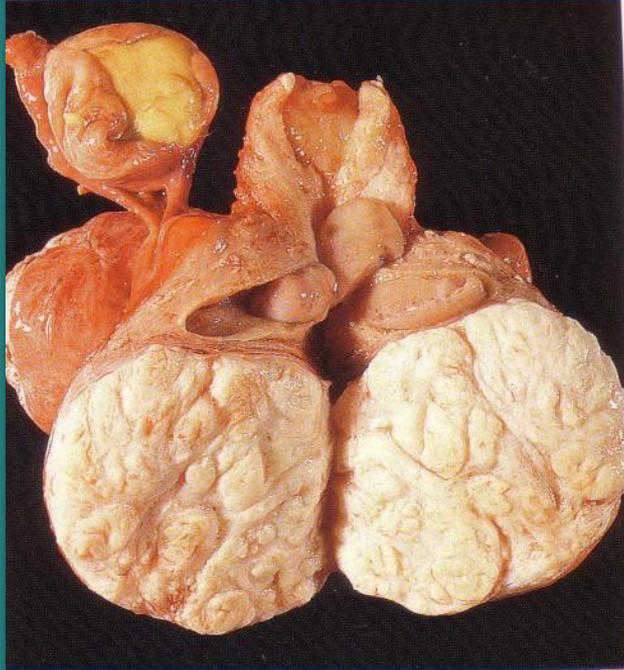
- 0 тип
- I тип (<50%)
- II тип (>50%)

По расположению миоматозных узлов:

- Шеечная (цервикальная)
- Перешеечная (истмическая)
- В теле матки (корпоральная)







Этиология



Теория 1

Эстрогены и прогестерон традиционно рассматривают как стимуляторы роста лейомиомы



Теория 2

Генетическая природа данного заболевания подтверждается наличием «семейных форм» миомы матки у 5-10 % женщин



Теория 3

Наиболее существенный вклад в патогенез миомы матки вносят хромосомные перестройки, ассоциированные с увеличением экспрессии гена HMGA2

Патогенез

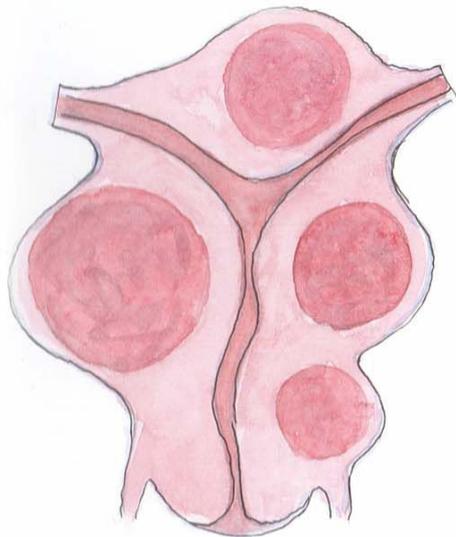
В патогенезе миомы матки играют определенную роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции. Точкой приложения повреждающего фактора является сосудистая стенка.

Дополнительно:

- Изменение содержания половых стероидных гормонов в локальном кровотоке матки.
- Клеточная гиперплазия, гипертрофия



Стадии роста



1. Матка и миомы до эмболизации:
миоматозные узлы активно кровоснабжаются

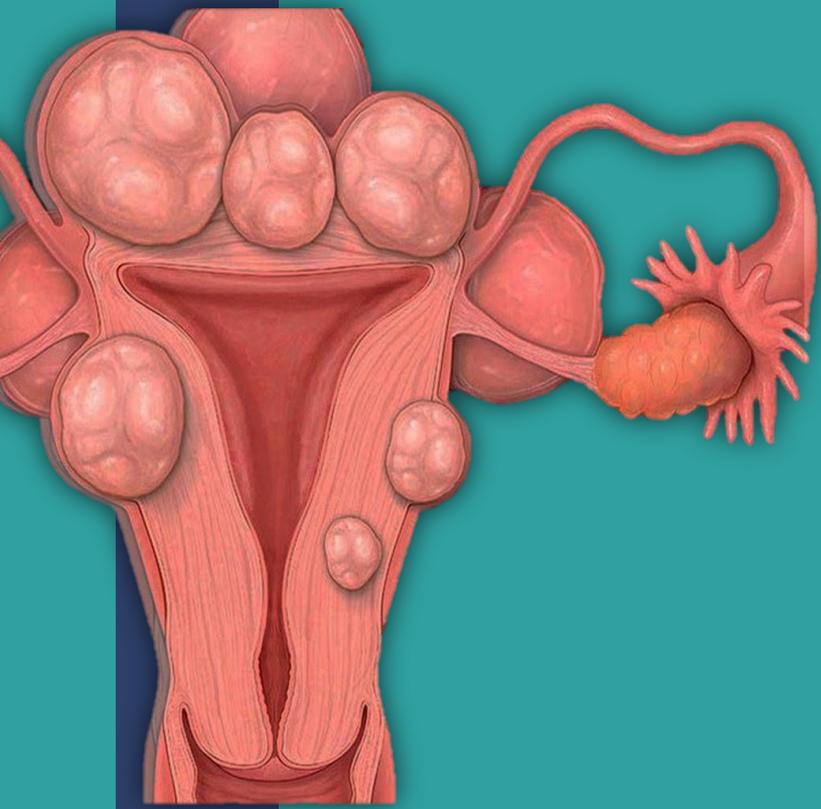


2. После ЭМА: в миоматозных узлах
кровооток отсутствует



3. Несколько месяцев после ЭМА:
миоматозные узлы замещаются
соединительной тканью

Клиника



- нарушение менструального цикла;
- болезненные месячные с обильным кровотечением;
- хронические воспалительные заболевания женской половой сферы (аднекситы);
- хронические боли внизу живота;
- эндокринные дисфункции;
- невынашивание беременности;
- бесплодие;
- нарушение функций кишечника;
- хронические заболевания печени;
- частое мочеиспускание.

Диагностика

01

Анамнез

02

Лабораторные ис-ния

03

Инструментальные ис-ния

04

Дополнительные ис-ния





Рис. 9.24. Множество подбрюшинных миоматозных узлов. Лапароскопия



Рис. 9.25. Миома матки. Интерстициальный узел. Трехмерное УЗИ



Рис. 9.26. Множество субмукозных миоматозных узлов различной локализации. Гистероскопическая картина

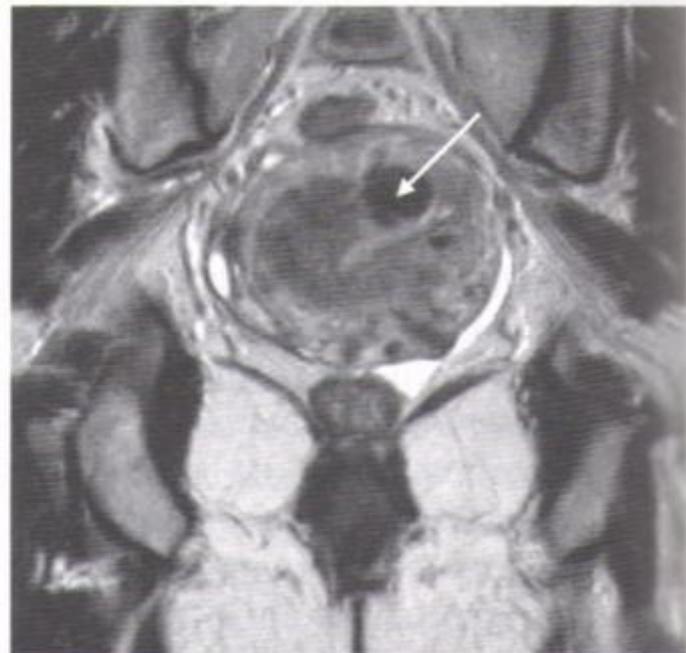
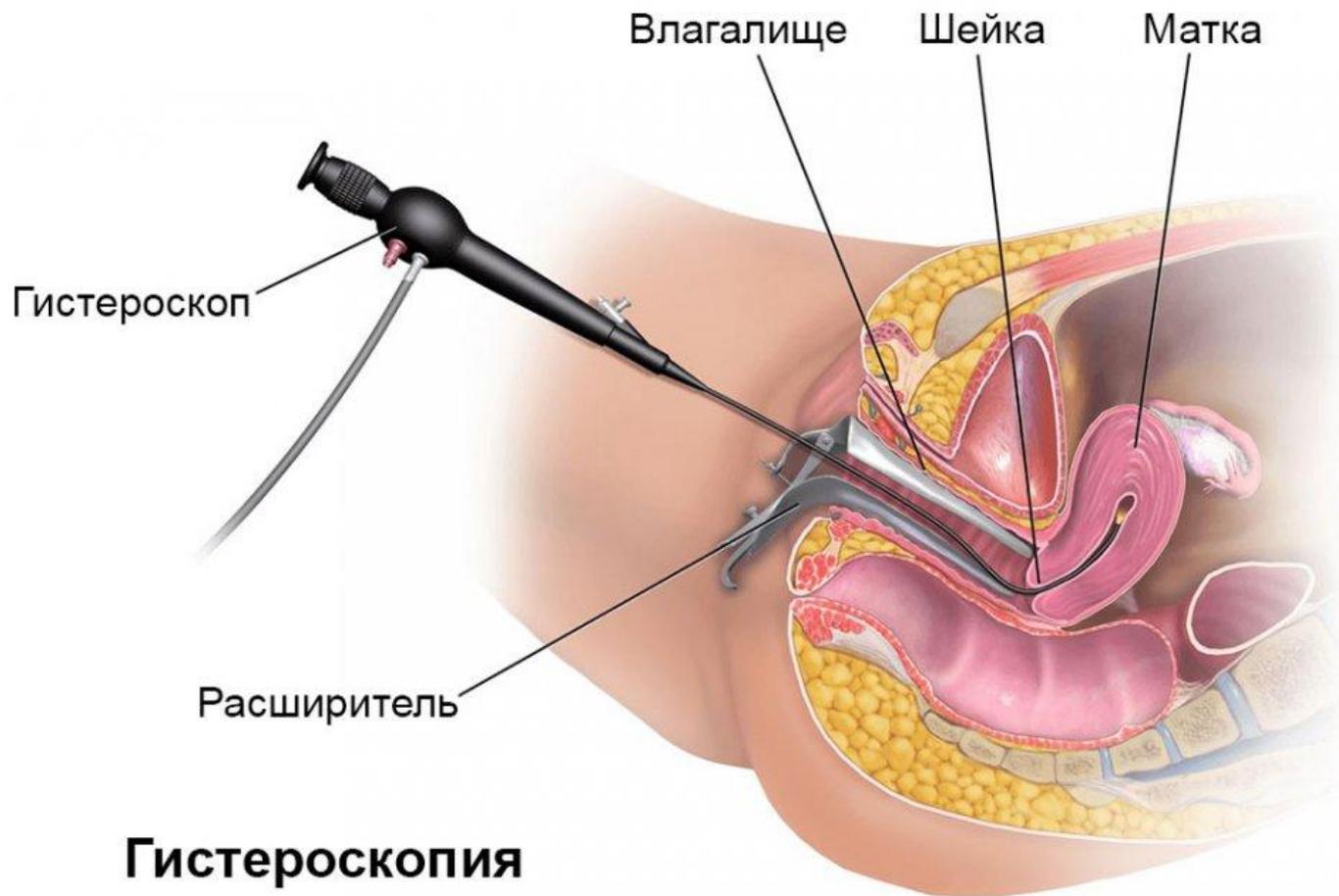
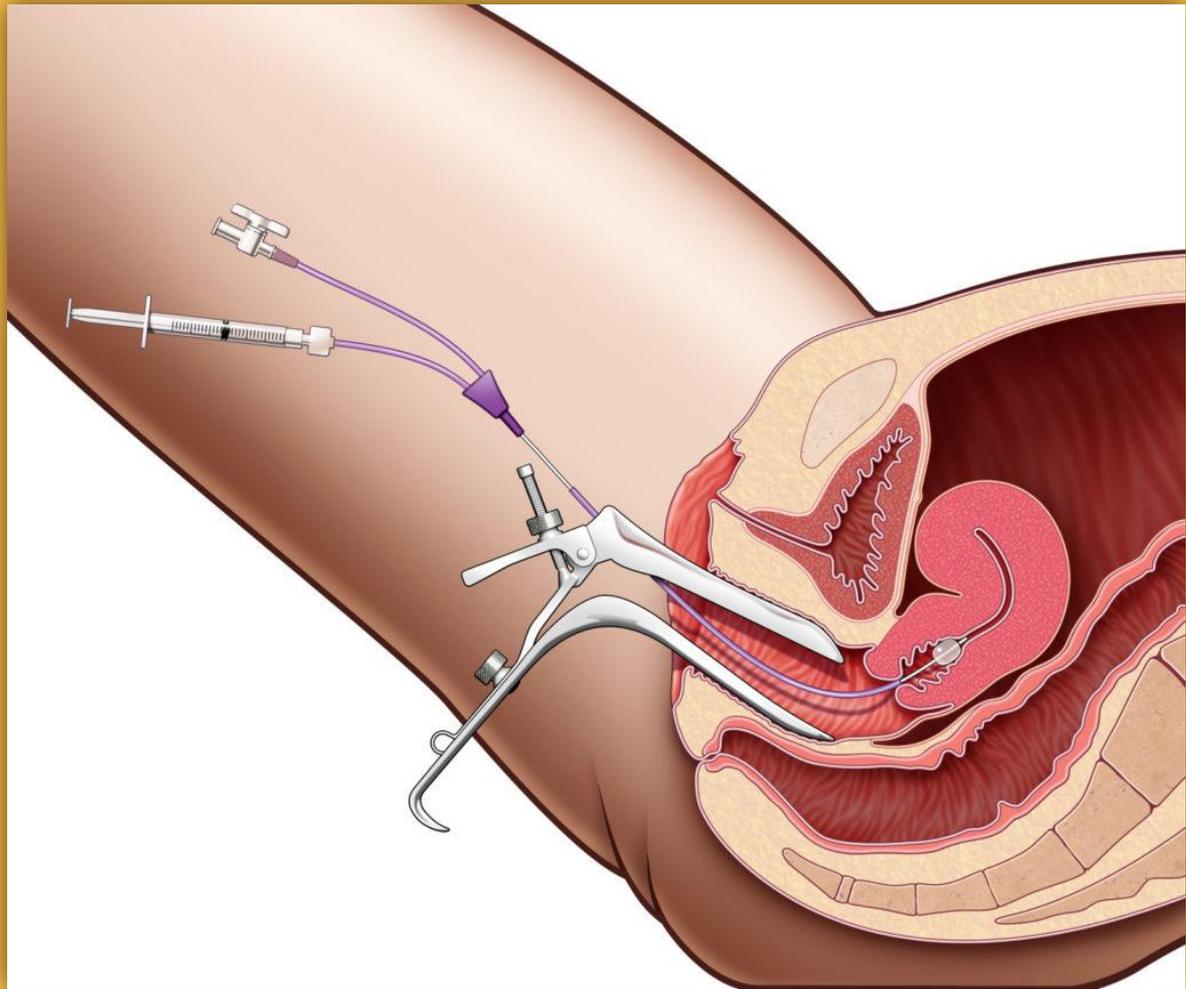
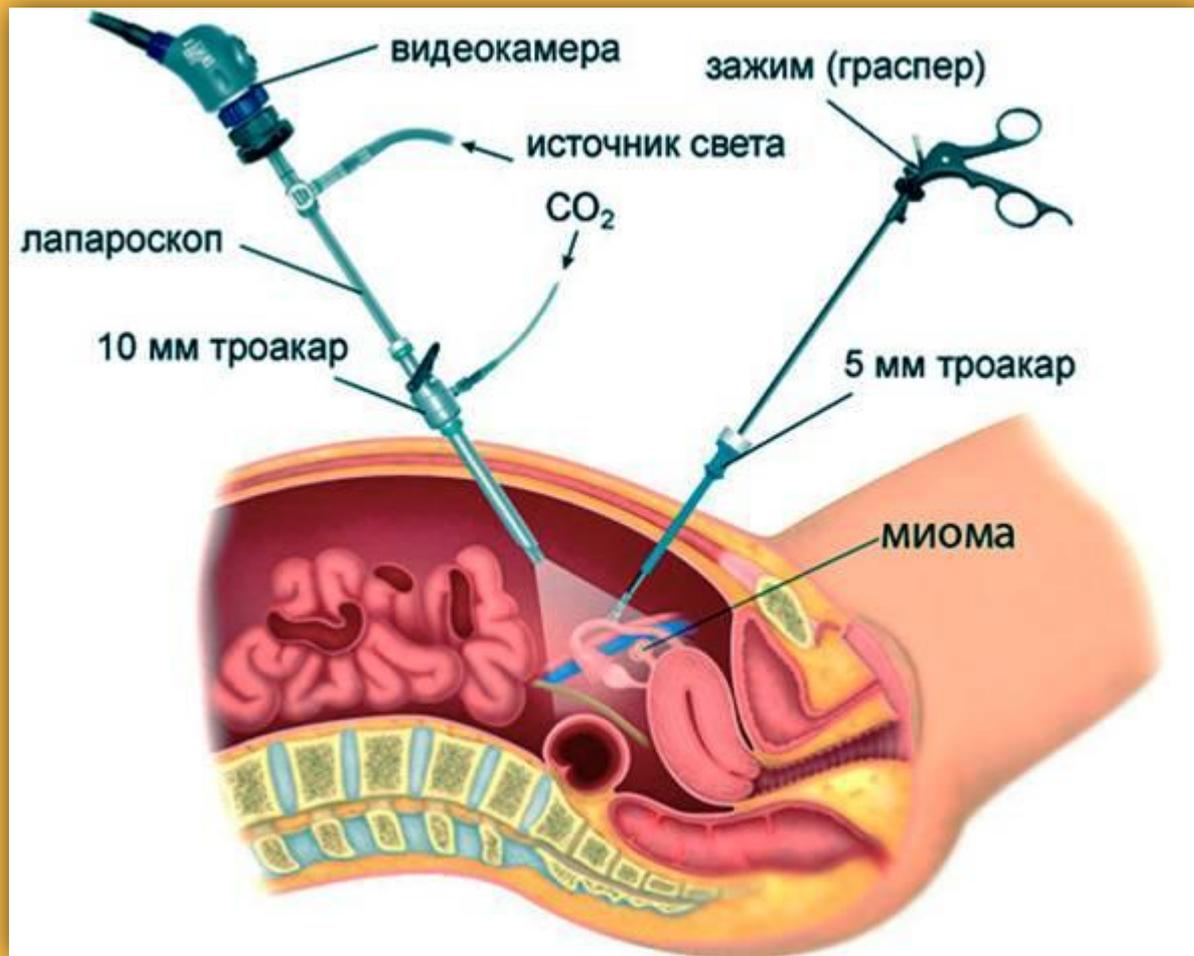


Рис. 9.27. Миома матки (стрелка). МРТ





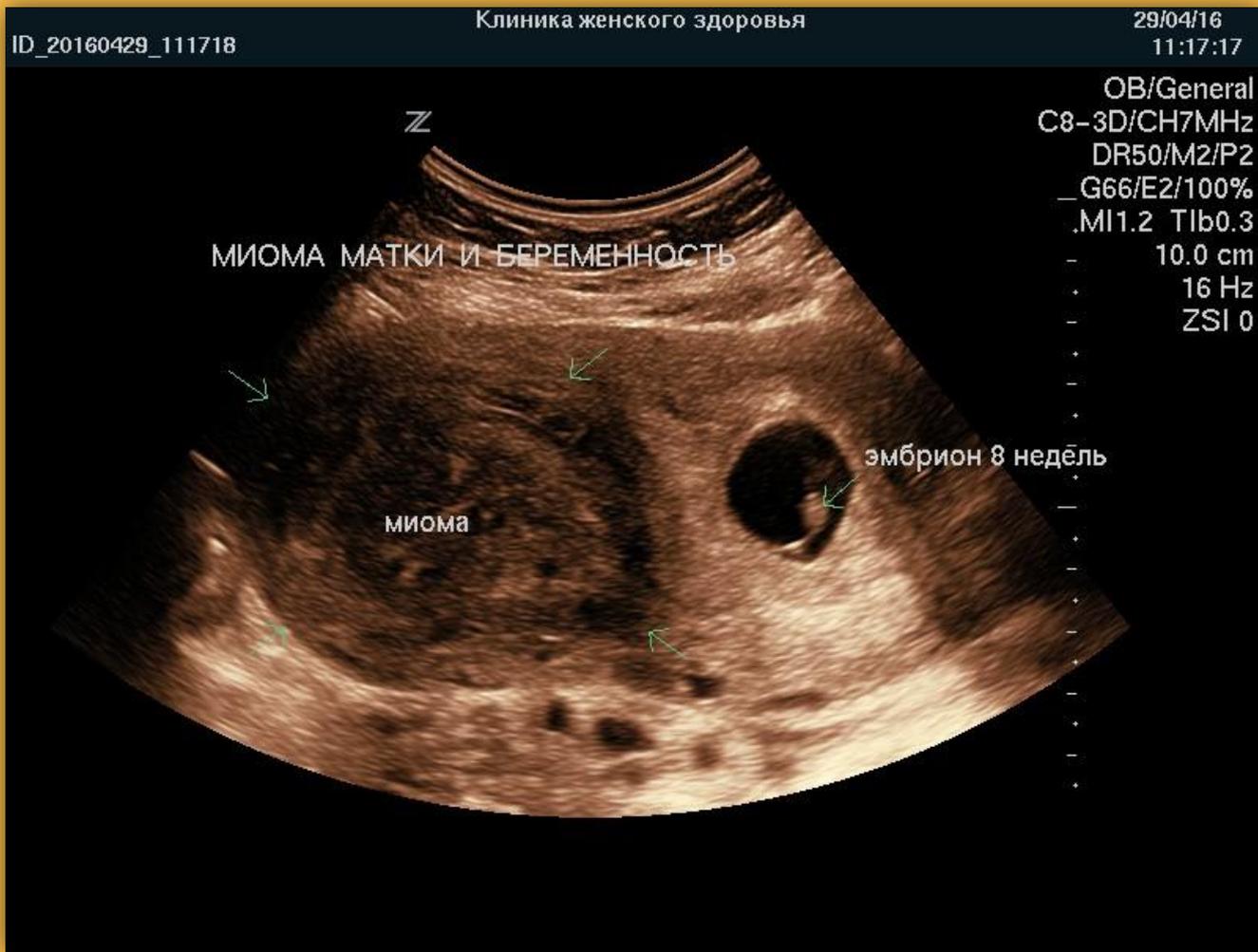




Осложнение беременности при
миоме матки



Осложнение беременности при
миоме матки



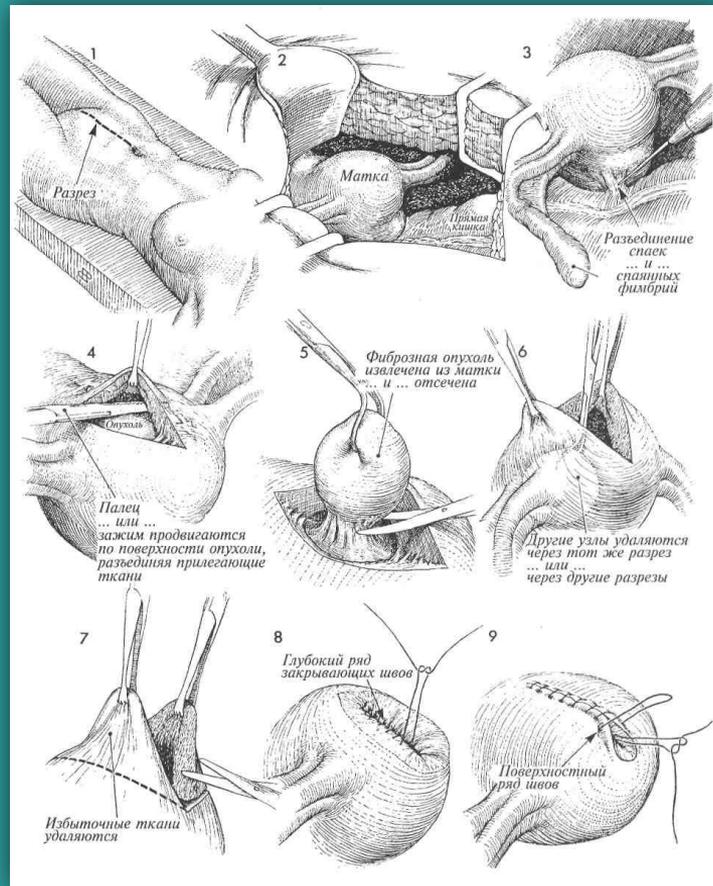
Лечение

Хирургическое

Токोलитики: гексопреналин 0,5 мг перорально 4-6 раз в сутки вместе с верапамилом или 2 мл гексопреналина в 50 мл NaCl 0,9%

Нифедипин 20-160 мг 3-4 раза в сутки

Профилактика ФПН: витамины, магний В6, курантил, трентал



Лечение

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ

ЧЕРЕЗ ПРОКОЛЫ ВВОДЯТСЯ
КАМЕРА И ИНСТРУМЕНТЫ



ДАННЫЕ
ПЕРЕДАЮТСЯ
НА
МОНИТОР
ХИРУРГА



УДАЛЕНИЕ
МИОМЫ



УДАЛЕННАЯ ТКАНЬ
ПЕРЕДАЕТСЯ
ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
В ЛАБОРАТОРИЮ

МАЛАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ
СОКРАЩЕНИЕ ВРЕМЕНИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ОТСУТСТВИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ