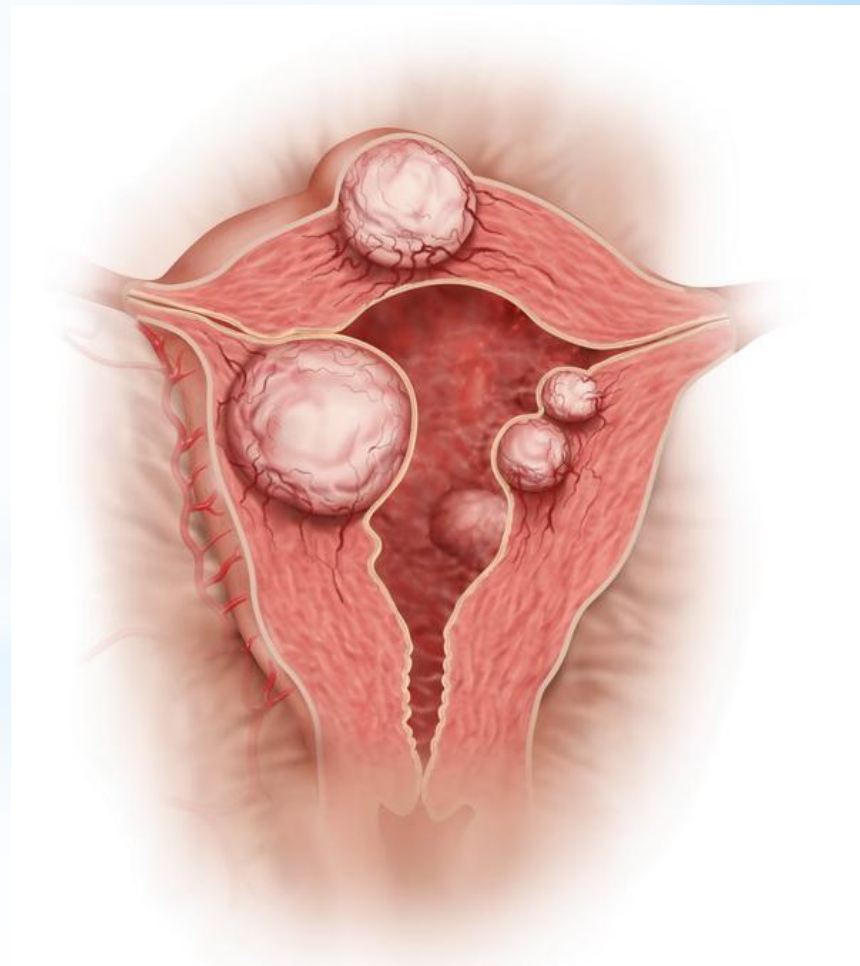


# Миома матки

Котова Евгения 15 гр 5 курс лечебный ф-т

**\* Миома матки -  
доброкачественная  
гормонозависимая  
опухоль у женщин  
репродуктивного  
возраста**



# \* Этиология. Патогенез.

Нарушение экскреции и метаболического превращения эстрогенов, а так же соотношение фракций эстрогенов приводят к морфологическим изменениям в миометрии. Масса миометрия может увеличиваться в результате гиперплазии гладкомышечных клеток, которая инициируется эстрогенами, так и гипертрофии этих клеток. Рост миомы стимулирует прогестерон.

По морфогенетическим признакам  
выделяют:

1. простые миомы, развивающиеся по типу доброкачественных мышечных гиперплазий
2. пролиферирующие миомы с морфогенетическими критериями истинной доброкачественной опухоли

\* По локализации и росту миоматозных узлов выделяют:

1. субмукозные ( растущие в полость матки и деформирующие ее)

2. субсерозные ( растущие в сторону брюшной полости)

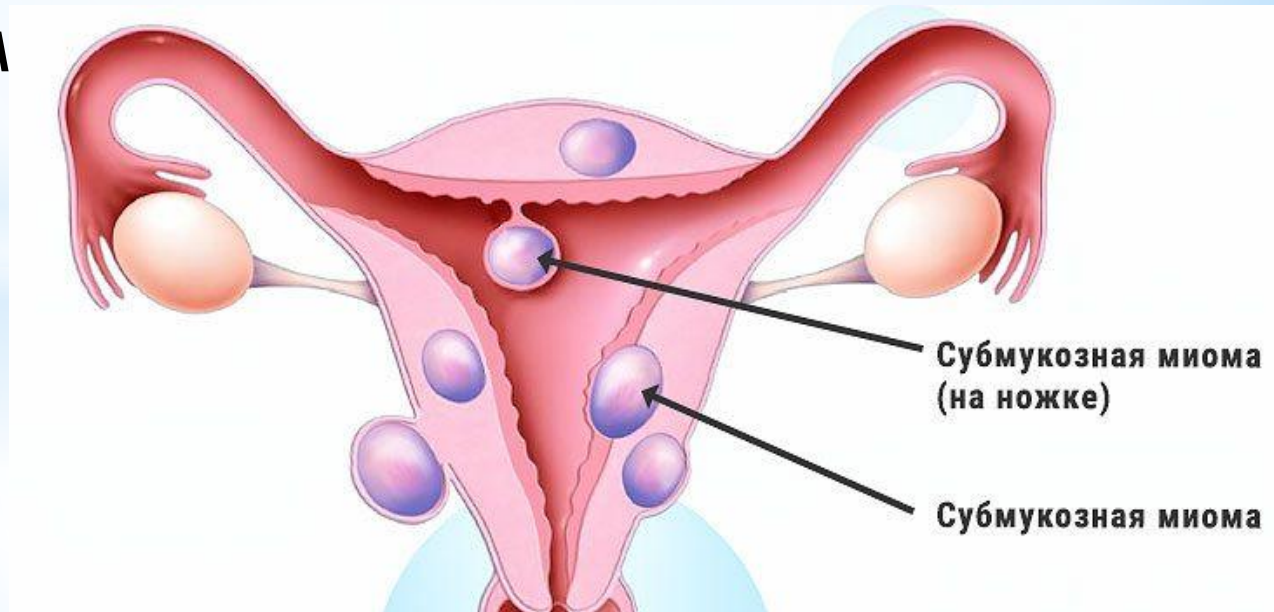
3. интралигаментарные (по мере роста узел расслаивает листки широкой маточной связки)

## \* Типы субмукозных миом:

0 тип - субмукозные узлы на ножке, без интрамурального компонента

1 тип - субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%

2 тип - миоматозные узлы с интрамуральным компонентом





## \* Клиника и диагностика.

### 1) субмукозные миомы

Длительные, обильные, менструации со сгустками и метроррагии, анемизирующие больную. Тянущие и схваткообразные боли внизу живота. Нередко сопровождается бесплодием и невынашиванием беременности

## \* 2) субсерозные миоматозные узлы

жалобы на дискомфорт внизу живота, периодически возникающие тянущие или острые боли. Боли могут иррадиировать в поясничную область, ногу, промежность.



### \* 3) интерстициально-субсерозные узлы

беспокоит чувство тяжести и дискомфорта внизу живота, увеличение живота. Дизурические явления : учащенное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря, императивные позывы, острая задержка мочи

## \* 4) интерстициальные миоматозные узлы

Увеличение матки, влияет на сократительную способность миометрия. Жалобы на обильные длительные менструации, межменструальные кровяные выделения, анемия

\* Гинекологическое исследование:  
Сглаженность шейки матки, в цервикальном канале пальпируется округлой или овоидной формы узел плотной консистенции.

Осмотр в зеркалах:  
узел пролабирует из цервикального канала во влагалище



## \* Метрография

метод диагностики подслизистых миоматозных узлов у пациенток с жалобами на обильные менструации, схваткообразные боли во время менструации и маточные кровотечения в постменопаузе.

*Рентгенографические признаки :*

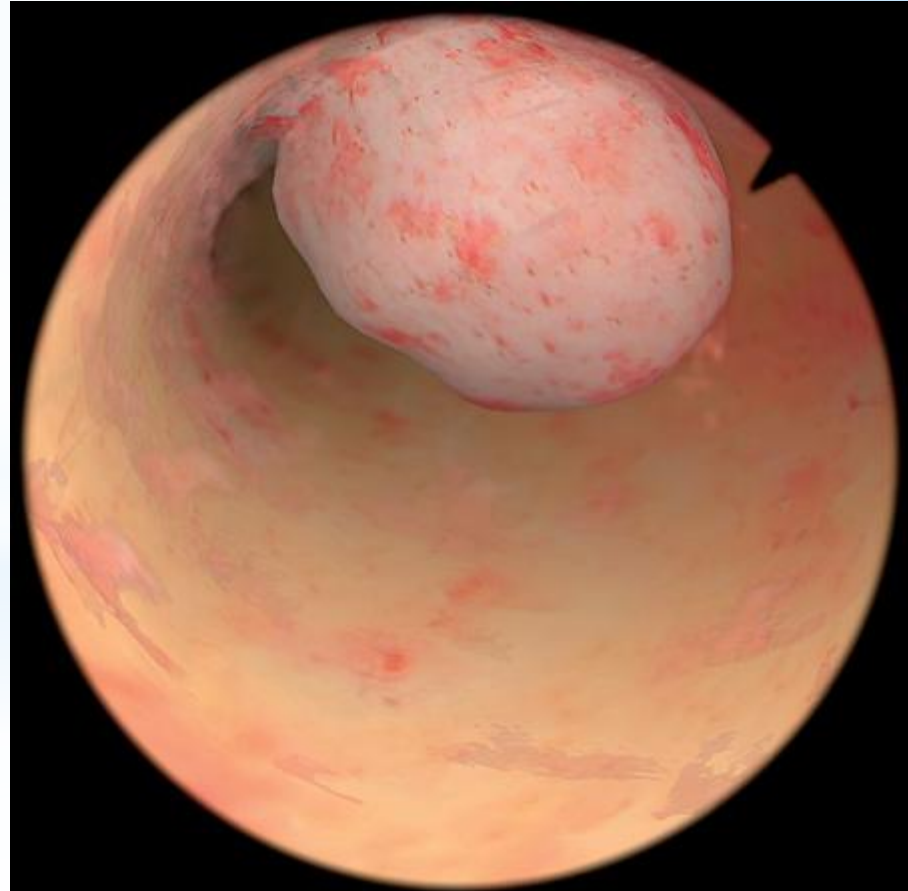
- расширение или искривление тени матки
- субмукозные миоматозные узлы в виде дефектов наполнения с четким контуром

- \* Гидросонография позволяет дифференцировать узел с полипом эндометрия, более четко определить локализацию подслизистого узла и деформацию полости матки



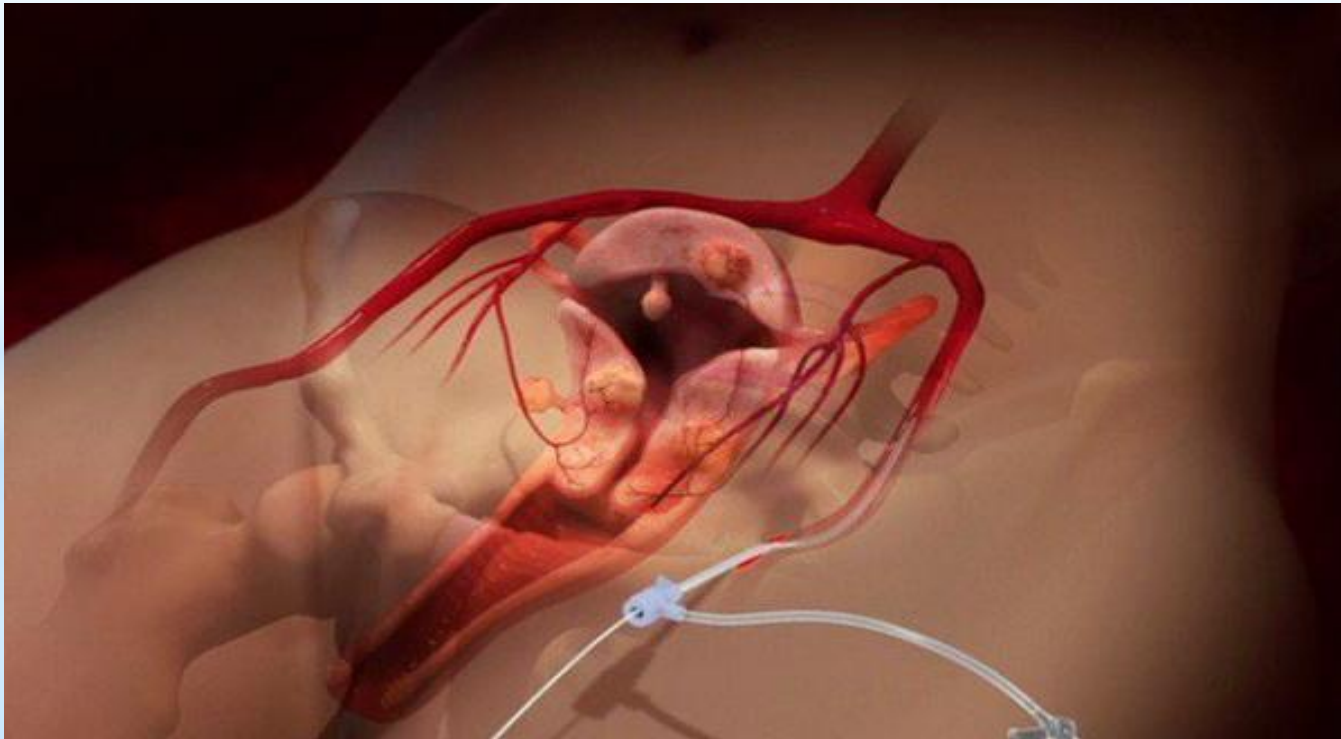


\* Гистероскопия  
субмукозные узлы  
имеют сферическую  
форму, четкие  
контуры, белесоватый  
цвет, деформируют  
полость матки, их  
консистенция плотная  
при прикосновении  
кончиком  
гистероскопа. На  
поверхности узла  
могут быть  
кровоизлияния.





- \* Диагностическая лапароскопия показана при невозможности дифференциальной диагностики субсерозной миомы матки и опухолей неинвазивными методами



# лечение

```
graph TD; A[лечение] --> B[консервативное]; A --> C[хирургическое]; C --> D[1. Радикальное]; C --> E[2. Органосохраняющее];
```

консервативное

хирургическое

1. Радикальное
2. Органосохраняющее

\* Консервативное:  
цель - торможение  
роста или обратного  
развития опухоли,  
лечение метrorрагий  
и анемии

( норколут,  
примолют-нор,  
норэтистерон,  
оргаметрил,  
гестринон,  
неместран)

назначают  
производные 19-  
норстероидов с 16-25  
день цикла, или 5-25  
дн в течение 6-24 мес

\* Антигонадотропины (имеющие стероидную структуру: *даназол, гестринон*) и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (*золадекс, диферелин, бусерелин*) влияют на рост миоматозных узлов. Использование агонистов ГнРГ целесообразно у пациенток в перименопаузальном периоде, поскольку обуславливает стойкую реакцию стероидогенеза и наступление менопаузы

\* Агонисты ГнРГ используют для предоперационной подготовки к консервативной миомэктомии. Структура узла становится более плотной, снижается интранодулярный и перинодулярный кровоток (максимально выражен эффект после 2-3 инъекций, потому что возможны деструктивные и некробиотические процессы)

\* Предотвращение менометроррагий и роста миомы - применяют внутриматочную гормональную систему «Мирену» с капсулой левоноргестрелом

**противопоказание:**

субмукозные миоматозные узлы, большая полость матки, абсолютные показания к оперативному лечению



## \* Хирургическое:

### *показания:*

- 1. большие размеры миомы (13-14 нед беременности)*
- 2. быстрый рост миомы(более 4 нед за год)*
- 3. субмукозное расположе не узла*
- 4. нарушение питания, некроз миоматозного узла*
- 5. субсерозный узел на ножке*
- 6. шейная миома*
- 7. миома матки и менометроррагии, анемизирующие больную*
- 8. рост миомы в постменопаузе*
- 9. нарушение функции соседних органов*
- 10. бесплодие и привычное невынашивание беременности*

\* Органосохраняющие операции:  
сохраняют адекватное  
кровообращение яичников путем  
выделения восходящих ветвей  
маточных артерий и сохраняют  
менструальную функцию при высокой  
надвлагалищной ампутации и  
дефундации матки

\* Консервативная миомэктомия:  
удаление миоматозных узлов и  
сохранение тела матки

- лапаротомический доступ
- лапароскопически
- гистероскопический

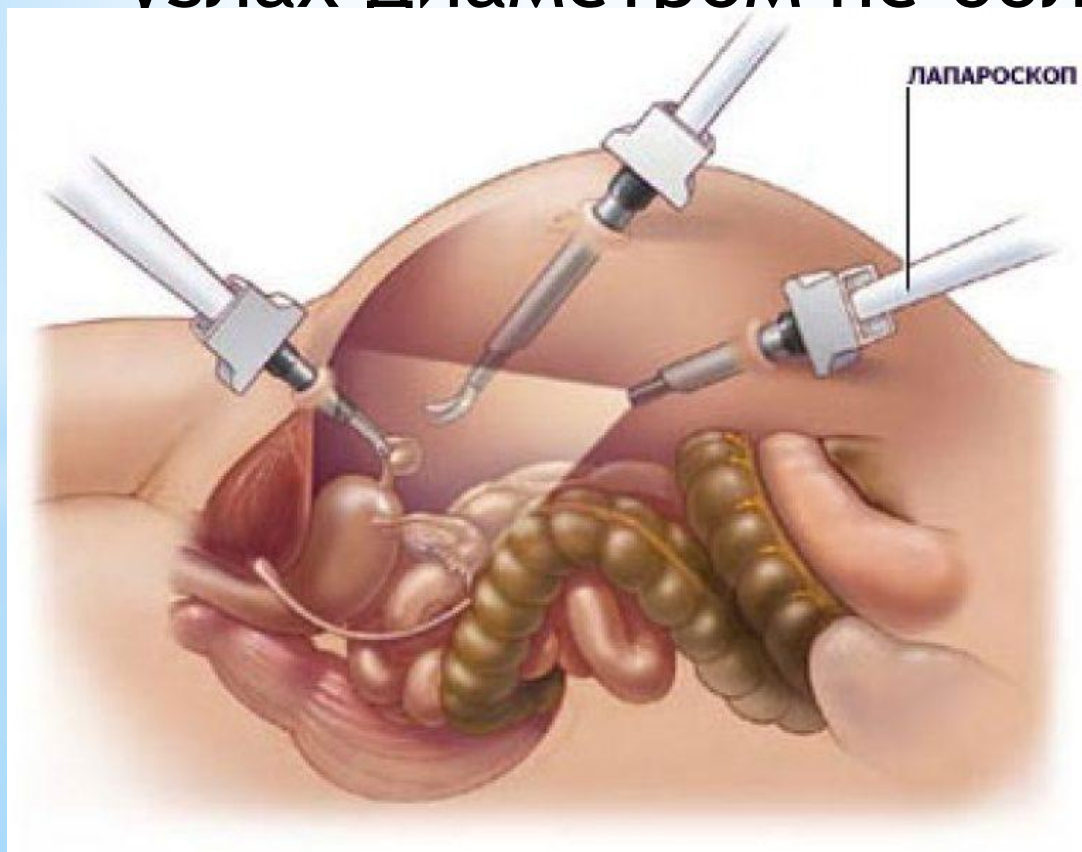
\* *Лапаротомический доступ:*

при множественных интерстициальных миоматозных узлах более 7-10 см, при низкой шейечно-перешеечной локализации узлов, особенно по задней и боковой стенкам матки



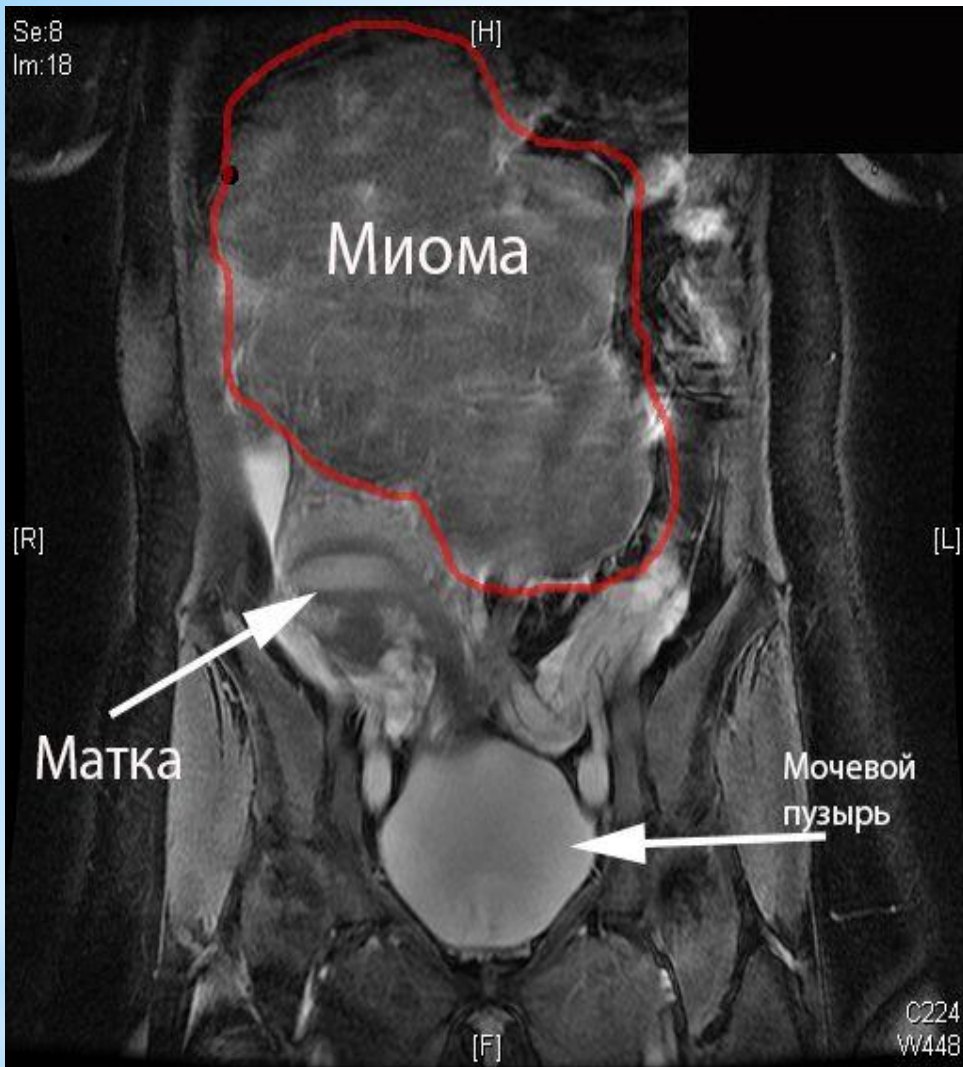
## \* Лапароскопический доступ:

при субсерозных миоматозных узлах,  
при интерстициальных миоматозных  
узлах диаметром не более 4-5 см



Захват ножки  
зубчатыми  
щипцами и  
пересечение  
ножки  
коагулятором  
(субсерозные  
узлы)





Декапсуляция и энуклеация с поэтапной коагуляцией кровоточащих сосудов ложа (интерстициально-субсерозные узлы)

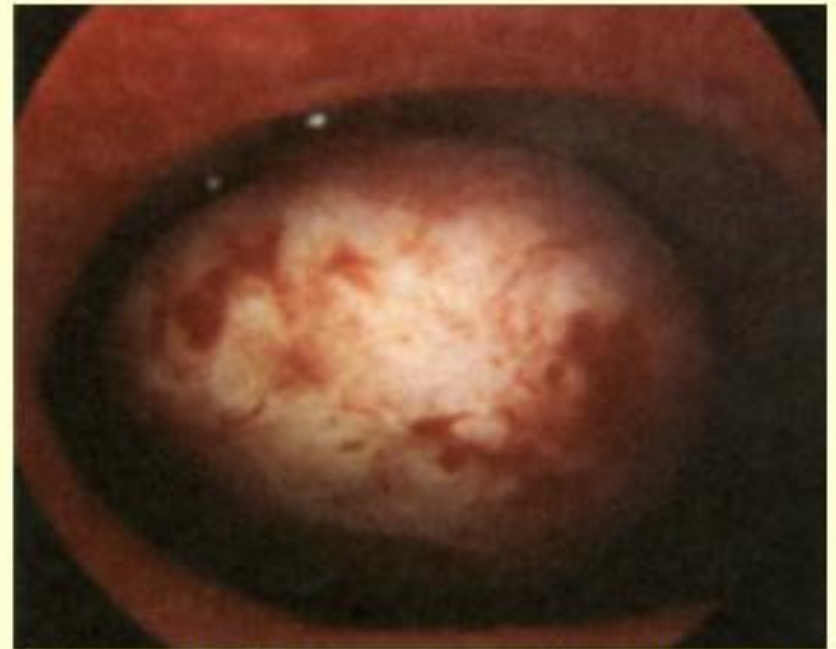
Рассечение в поперечном или косом направлении переднего листка широкой маточной связки и энуклеация (интралигаментарные узлы)



\* Гистероскопическая  
МИОМЭКТОМИЯ:

- механическая
- 
- электрохирургическая
- с помощью лазера

Механическая миомэктомия



Субмукозный узел, исходящий из дна матки,  
доступный для механической миомэктомии.

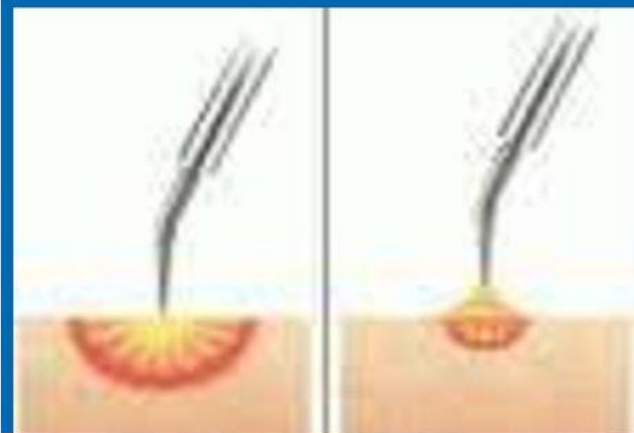
\* Механическая гистероскопия -  
при субмукозных узлах 0 и 1 типах с  
незначительным интерстициальным  
компонентом.

Прицельное фиксирование узла  
абортцангом и откручивание с  
последующим гистероскопическом  
контроле

или

Под контролем гистероскопа рассечь  
капсулу узла или его ножку  
резектором и извлечь узел

\* Электрохирургическая миомэктомия при субмукозных узлах 1 и 2 типа с большим интрамуральным компонентом, небольших сферических узлах, узлах расположенных в углах матки.



Этап резекции миомы

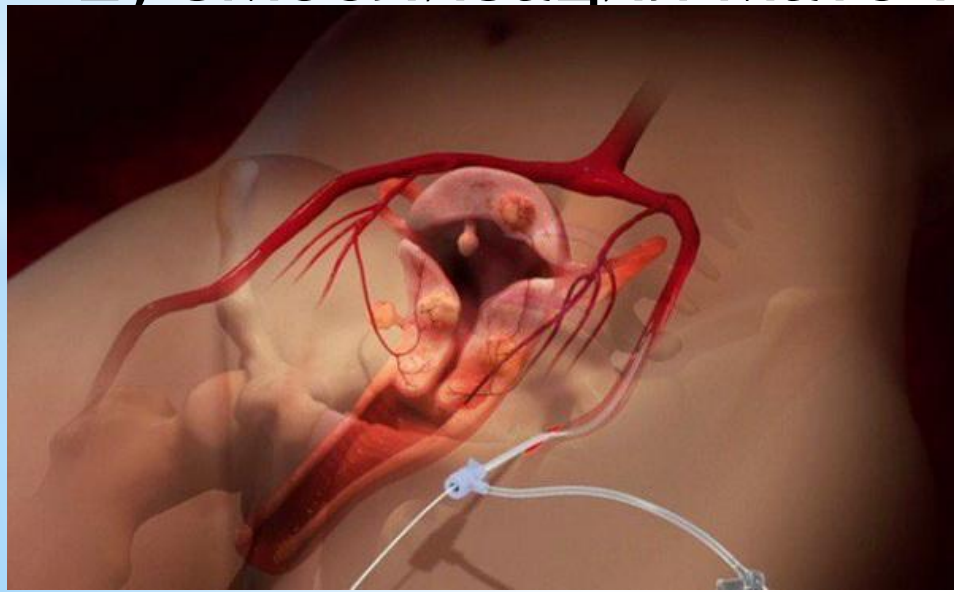


-  
одномоментное  
удаление  
-  
двухэтапное  
удаление

\* **Консервативные хирургические методы:**

1) лапароскопический миолиз (вапоризация миоматозного узла при помощи лазера)

2) эмболизация маточных артерий





\* Прогноз:

Миома матки относится к доброкачественным опухолям с редко малигнизацией, поэтому прогноз для жизни - благоприятный.

Однако рост миомы может потребовать хирургического лечения с исключением менструальной и репродуктивной функции у молодых женщин, что может обусловить первичное и вторичное бесплодие