

Лапароскопическая МИОМЭКТОМИЯ

Исполнитель: студент 4 курса лечебного факультета
1428 группы Валетко Даниил Алексеевич

Актуальность

Миома матки представляет собой доброкачественную, хорошо отграниченную капсулированную опухоль, источником которой являются гладкомышечные клетки шейки или тела матки. Известно, что лейомиома наблюдается у каждой 4-5-й женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет. Существуют данные, что миому матки могут иметь до 70% женщин репродуктивного возраста.

Известна тесная связь миомы матки и бесплодия: среди пациенток с первичным бесплодием миомы выявляются у каждой третьей, а каждая пятая пациентка с миомой матки страдает бесплодием. Причем у 20% бесплодных женщин миома является единственной патологией репродуктивной системы.

О заболевании

Основные причины формирования узлов миомы:

1. гормональные нарушения;
2. повреждения миометрия.

К факторам, влияющим на развитие миомы **также относят:**

- наследственная предрасположенность;
- стрессы;
- неблагоприятная экологическая ситуация;
- снижение иммунного ответа.

Классификация

Классификация лейомиом согласно МКБ-10:

- 1) D25 Лейомиома матки;
- 2) D25.0 Подслизистая лейомиома матки;
- 3) D25.1 Интрамуральная лейомиома матки;
- 4) D25.2 Субсерозная лейомиома матки;
- 5) D25.9 Лейомиома матки неуточненная.

Классификация

Варианты роста лейомиом:

- 1) *диффузный* лейомиоматоз;
- 2) *расслаивающая* лейомиома;
- 3) *внутривенозный* лейомиоматоз;
- 4) *метастазирующая* лейомиома.

Классификация

В зависимости от размера миоматозного узла лейомиомы подразделяют на:

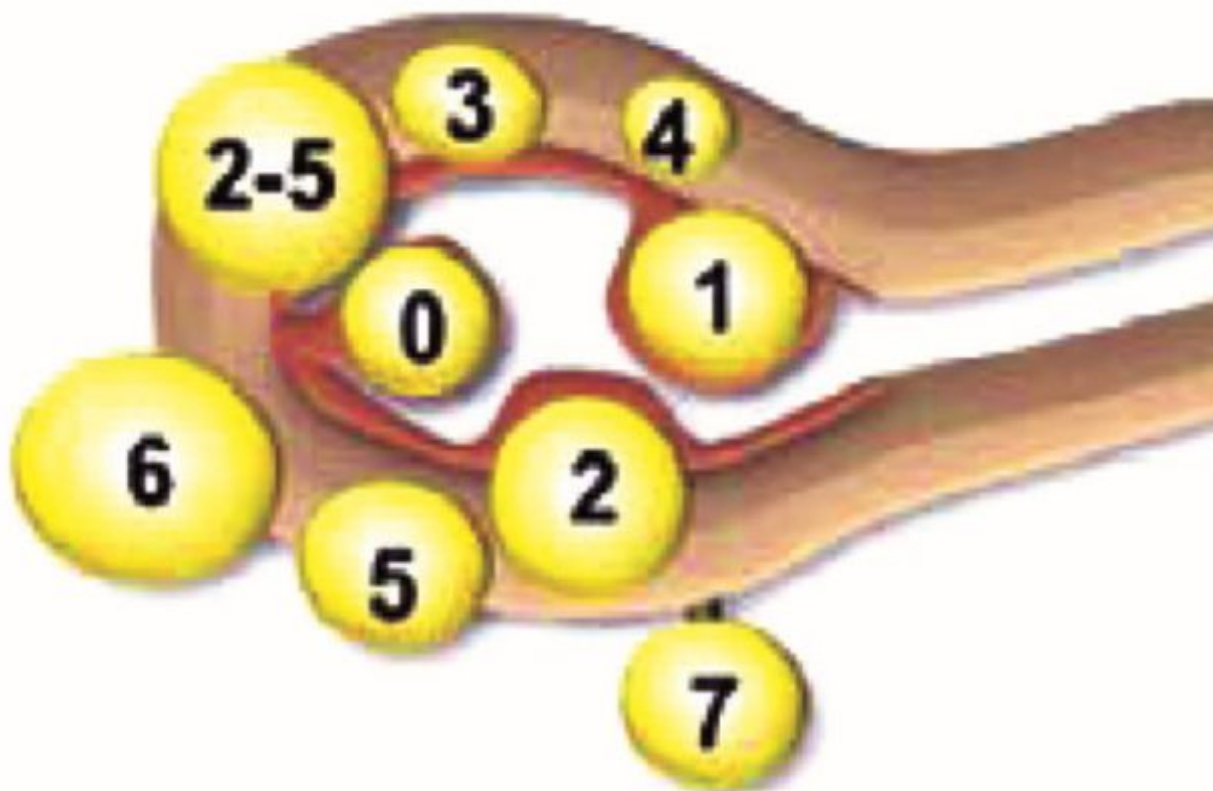
- 1) один или множественные **интрамуральные** или **субсерозные** узлы, размером *менее 3см*, при этом субмукозные узлы отсутствуют;
- 2) то же самое, но узлы при этом *от 3 до 6см*;
- 3) то же самое при размерах узлов *более 6см*;
- 4) подозрение или наличие доказанного **субмукозного узла** при имеющемся единичном или множественных интрамуральных или субсерозных узлах любых размеров.

Локализация миоматозных узлов по FIGO

Классификационная система лейомиом

SM – субмукозные	0	Внутриполостная лейомиома на ножке
	1	<50% интрамуральная
	2	>50% интрамуральная
O – другие	3	Контактирующая с эндометрием, 100% интрамуральная
	4	Интрамуральная
	5	Субсерозная $\geq 50\%$ интрамуральная
	6	Субсерозная <50% интрамуральная
	7	Субсерозная лейомиома на ножке
	8	Другие (специфические, в том числе шеечные, "паразитические")
Гибридные лейомиомы (вовлекают как эндометрий, так и серозу)	Два номера (категории), указанные через дефис. Согласно конвенции, в первую очередь указывают отношение к эндометрию, во вторую – к серозе. Пример приведен ниже	
	2-5	Субмукозная и субсерозная, выдающаяся менее чем на половину диаметра в сторону эндометриальной и брюшной полости соответственно

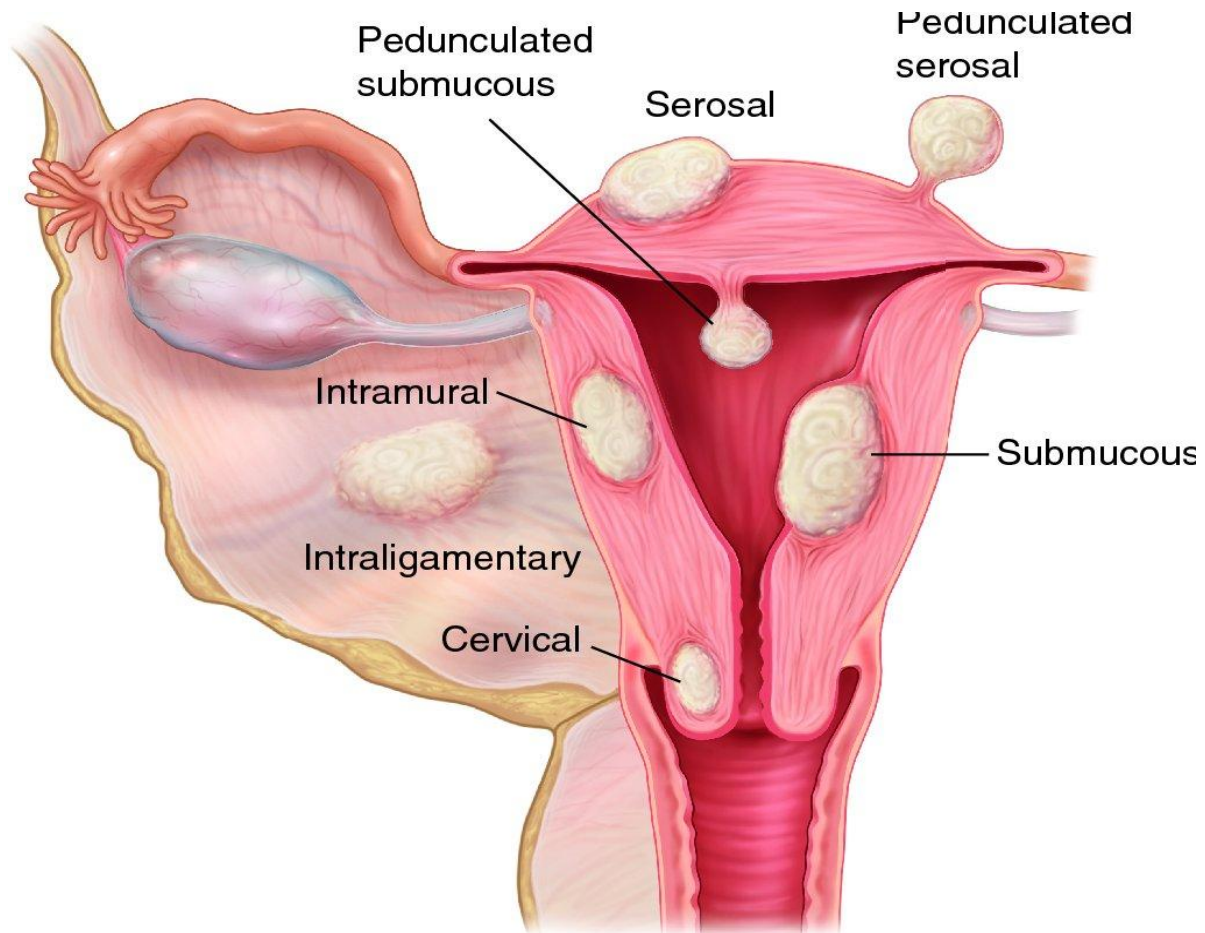
Локализация миоматозных узлов по FIGO



Локализация миоматозных узлов по FIGO



Локализация узлов



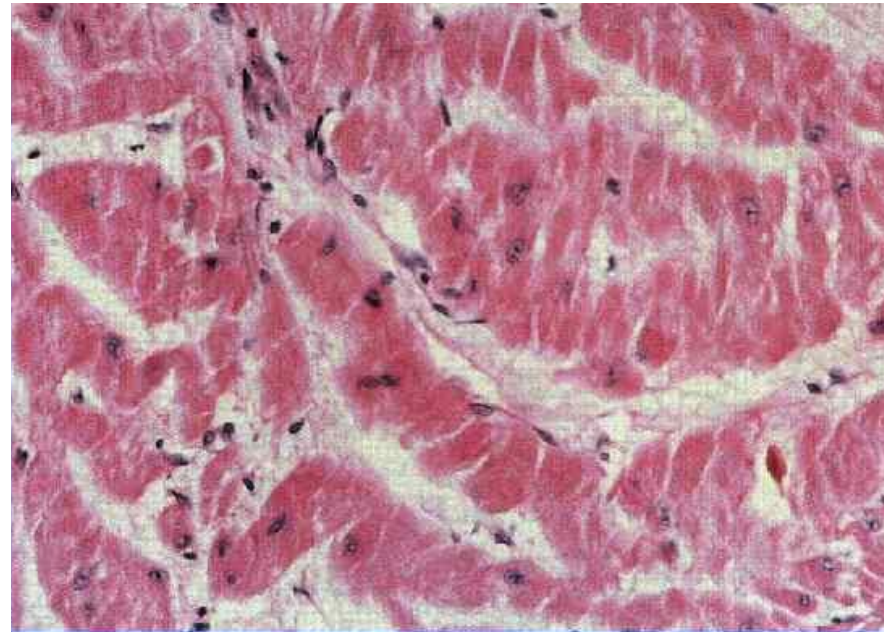
Частота встречаемости

Пик заболеваемости приходится на 40–50 лет. Лейомиома матки составляет до 30% гинекологических заболеваний. В последние годы наблюдается рост числа больных данной патологией среди женщин репродуктивного возраста.



Влияние на организм

- 1) в миоматозной матке усиливается и перераспределяется кровоток;
- 2) меняется местный гормональный статус;
- 3) изменяется физиология и анатомия всего органа в целом;
- 4) ухудшается сократимость органа;
- 5) на узлах миомы весь миометрий гипертрофируется и гиперплазируется;
- 6) развивается хроническая анемия;
- 7) боли, проблемы в сексуальной жизни, нарушения функций тазовых органов;
- 8) Проблема бесплодия (у 20% бесплодных женщин миома является единственной патологией репродуктивной системы).



Симптомы, признаки и клинические проявления

Клинически миома матки у 30% пациенток может протекать **бессимптомно** (как правило, интрамуральные или субсерозные узлы небольших размеров).

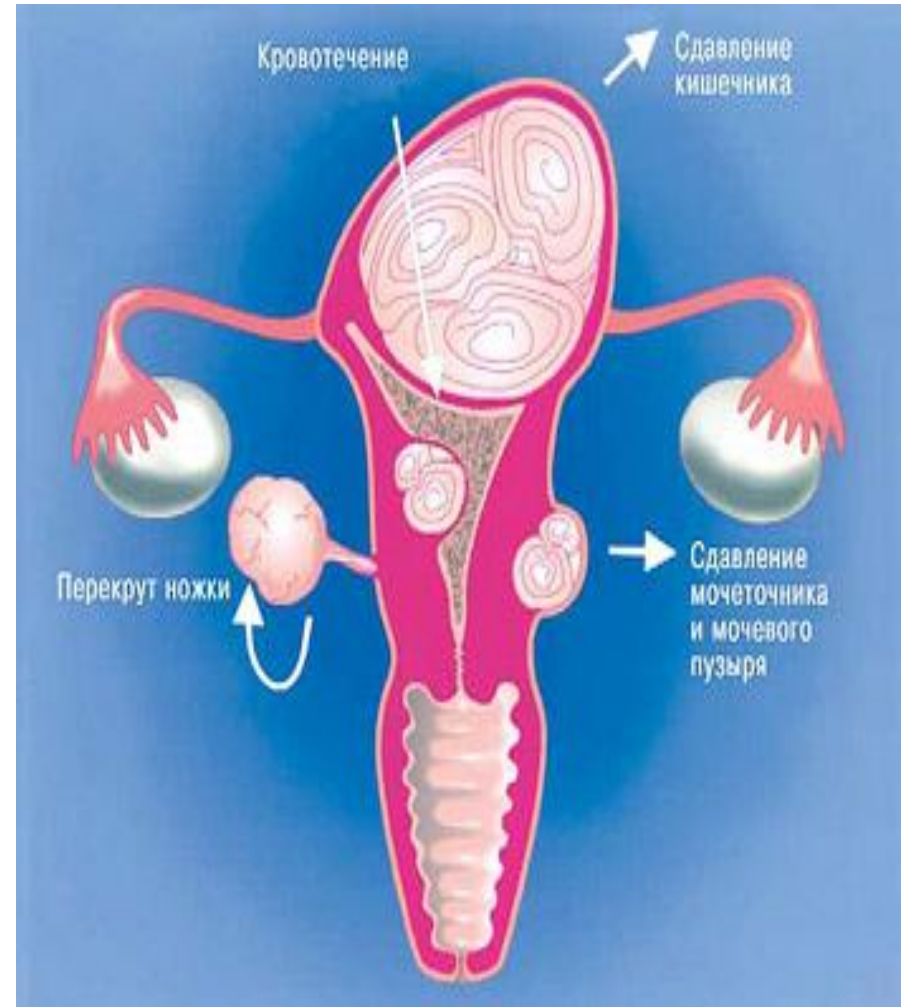
Проявления заболевания зависят от размеров, локализации и морфологических особенностей миоматозных узлов, а также от их количества.

Пациентки могут предъявлять **жалобы** на:

- 1) обильные, длительные и болезненные менструации
- 2) менструации со сгустками
- 3) межменструальные кровянистые выделения и кровотечения
- 4) боли
- 5) ощущение тяжести и давления внизу живота

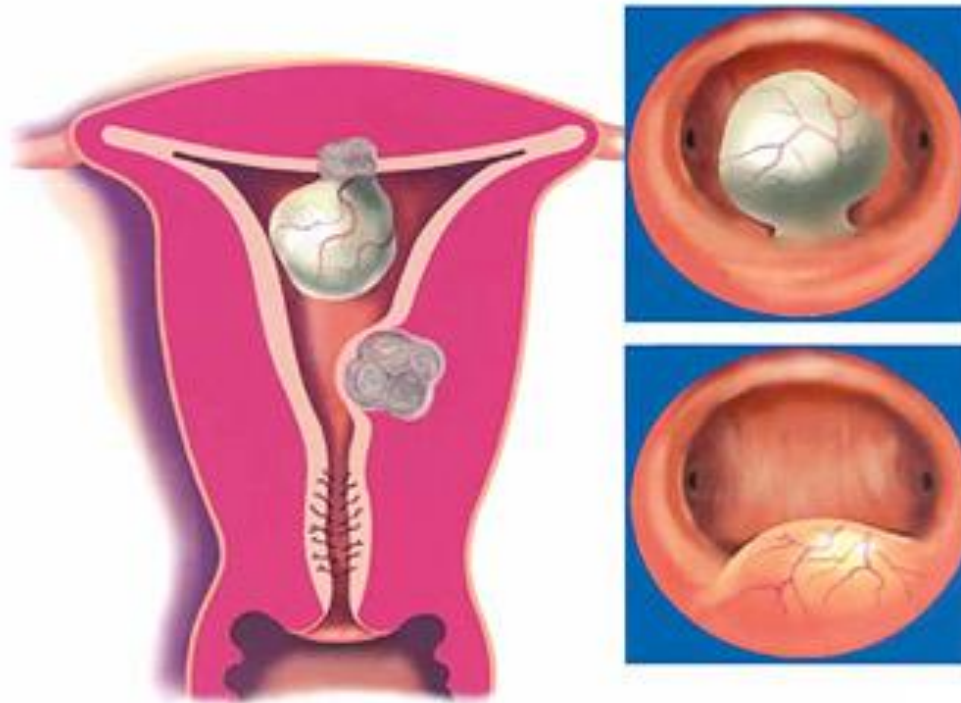
Симптомы множественной и большой миомы матки

- 1) более выраженные болевые ощущения;
- 2) нарушение функции соседних органов: запоры, нарушения опорожнения мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание;
- 3) болезненными менструации;
- 4) постоянные ноющие боли наблюдаются при выраженном росте узлов.



Субмукозные миомы

- 1) обильные менструации;
- 2) кровянистые выделения из половых путей теряют свою цикличность, а порой и вообще не прекращаются;
- 3) развитие анемии;
- 4) боли схваткообразного характера (в дни менструации).



Интерстициальные миомы

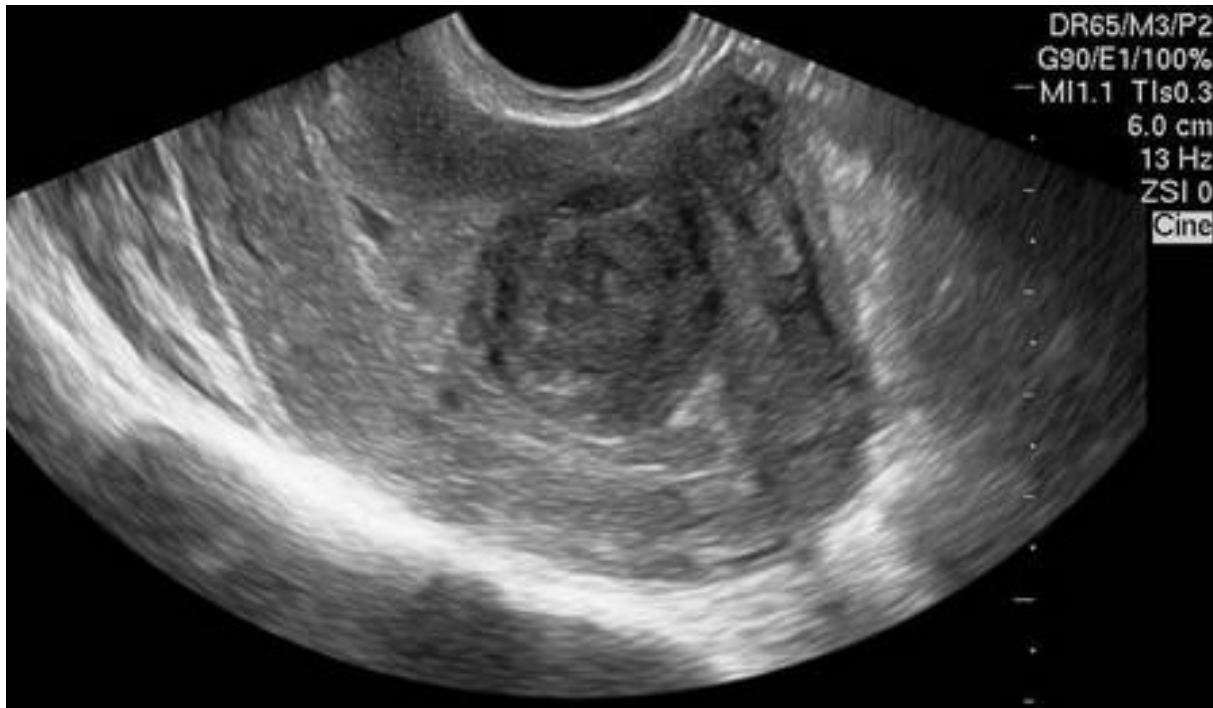
- 1) более *длительные, обильные и болезненные* менструации (особенно часто это наблюдается при сочетании миомы матки и аденомиоза);
- 2) при росте межмышечного узла в сторону полости матки проявляются такие же симптомы, как и при росте субмукозного узла.

Субсерозные миомы

- 1) боли внизу живота и/или пояснице; при нарушении кровообращения в узле, боли носят острый и очень интенсивный характер;
- 2) бесплодие и невынашивание беременности.

Диагностика

- 1) УЗИ, КТ и МРТ - основные неинвазивные инструментальные методы диагностики данной патологии;
- 2) эхографическое исследование;
- 3) интраоперационная эхография (УЗИ во время операции, выполняемое специальным датчиком).



Лечение

Принципиальные задачи лечения:

1. удаление опухоли (хирургическое лечение);
2. торможение опухолевого роста и регресс новообразования (консервативное лечение).

Медикаментозное лечение

- **Агонисты ГнРГ**

- Высокая вероятность рецидива роста миоматозных узлов у женщин репродуктивного возраста.
- Снижение плотности костной ткани;
- неблагоприятные изменения липидного профиля.

- **Мифепристон (Гинестрил)**

- Эффективнее в лечении, меньше побочных эффектов.
- НО отсутствует антипролиферативный эффект прогестерона.

Оперативное лечение

Показания к хирургическому лечению следующие:

1. Нарушение менструальной функции (маточные кровотечения)
2. Узлы миомы матки большого размера
3. Субмукозный и центростремительный рост узлов
4. Болевой синдром
5. Анемизация больной
6. Бесплодие и невынашивание беременности
7. Субсерозное расположение узла (на ножке)
8. Атипичное расположение узла (шеечное, перешеечное, интралигаментарное)
9. Дизурические явления

Оперативное лечение

«Золотым стандартом» лечения миомы матки в Западной Европе и США признана миомэктомия.

Миомэктомия может быть выполнена *3 способами*:

- 1) лапароскопически;
- 2) резектоскопически;
- 3) открытым оперативным вмешательством.

Доступы:

1. *трансабдоминальный* (лапаротомия, минилапаротомия и лапароскопия);
2. *трансвагинальный* (удаление шеечных узлов, выполняют гистерорезектоскопию узлов).

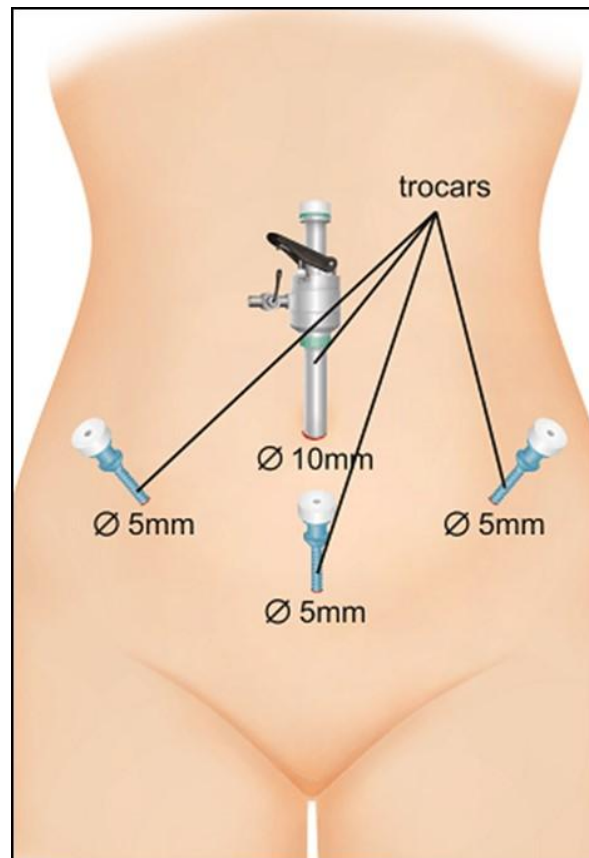
Лапароскопическая операция

Преимуществами в сравнении с традиционной открытой миомэктомией:

1. Время пребывания в стационаре сокращается в несколько раз, как правило, до 1–3 дней;
2. Сроки восстановления физической активности и трудоспособности после операции уменьшаются в 4 — 5 раз;
3. Послеоперационные боли практически отсутствуют;
4. Отличный косметический эффект — на коже не остается швов и других заметных следов операции;
5. Исключаются послеоперационные осложнения и другие неприятности, связанные с послеоперационным разрезом, поскольку он отсутствует;
6. Значительно снижается риск образования спаек, что принципиально важно как для женщин, планирующих беременность, так и для остальных пациенток, которые также после лапароскопической операции имеют значительно меньший шанс развития спаечной болезни, чем при открытой операции.

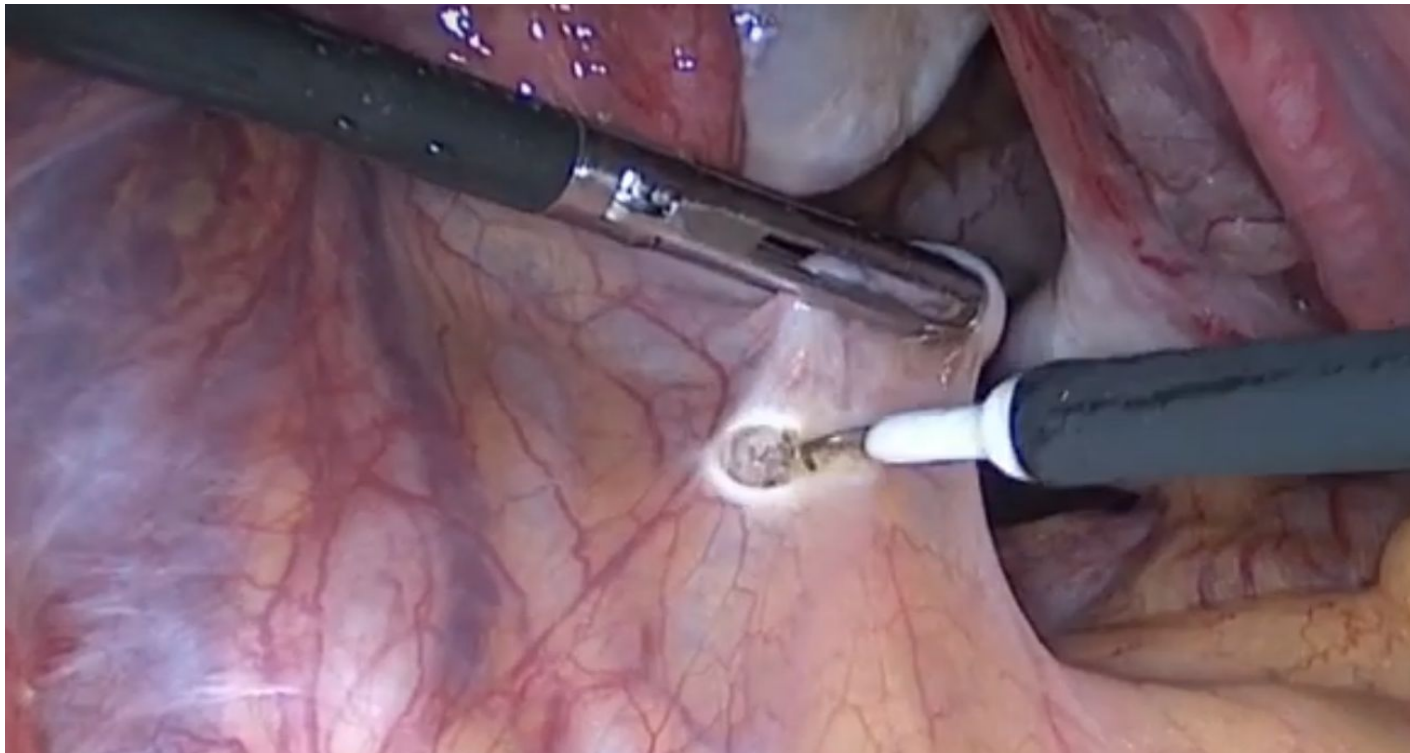
Лапароскопическая операция

Авторская методика лапароскопической миомэктомии с временной окклюзией внутренних подвздошных артерий, разработанная профессором К.В. Пучковым.

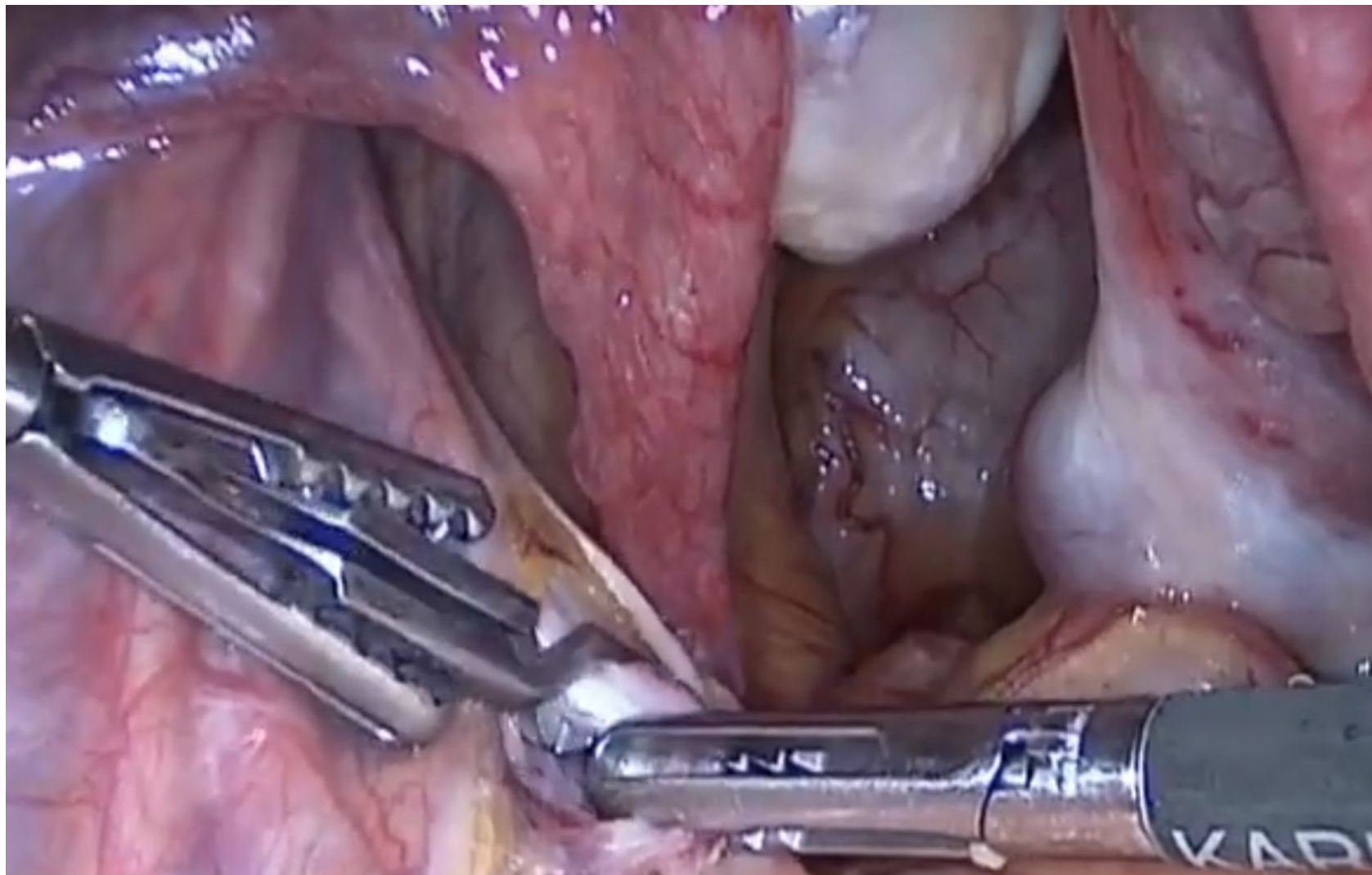


Лапароскопическая операция

1 этап: сразу после бифуркации общей подвздошной артерии вскрывается тазовая брюшина и на внутреннюю артерию временно накладывается сосудистый зажим De Bekey.



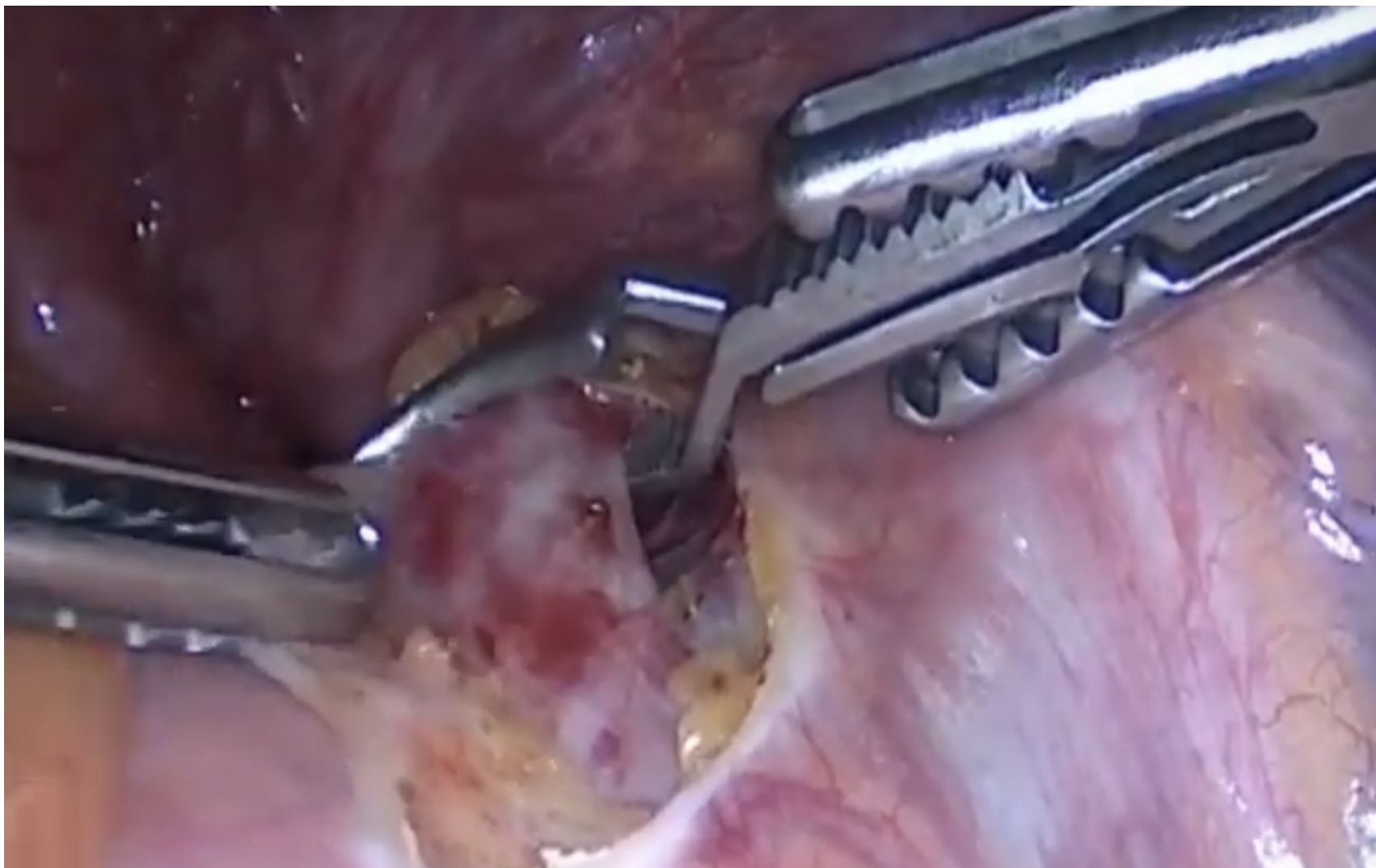
Лапароскопическая операция



Лапароскопическая операция



Лапароскопическая операция

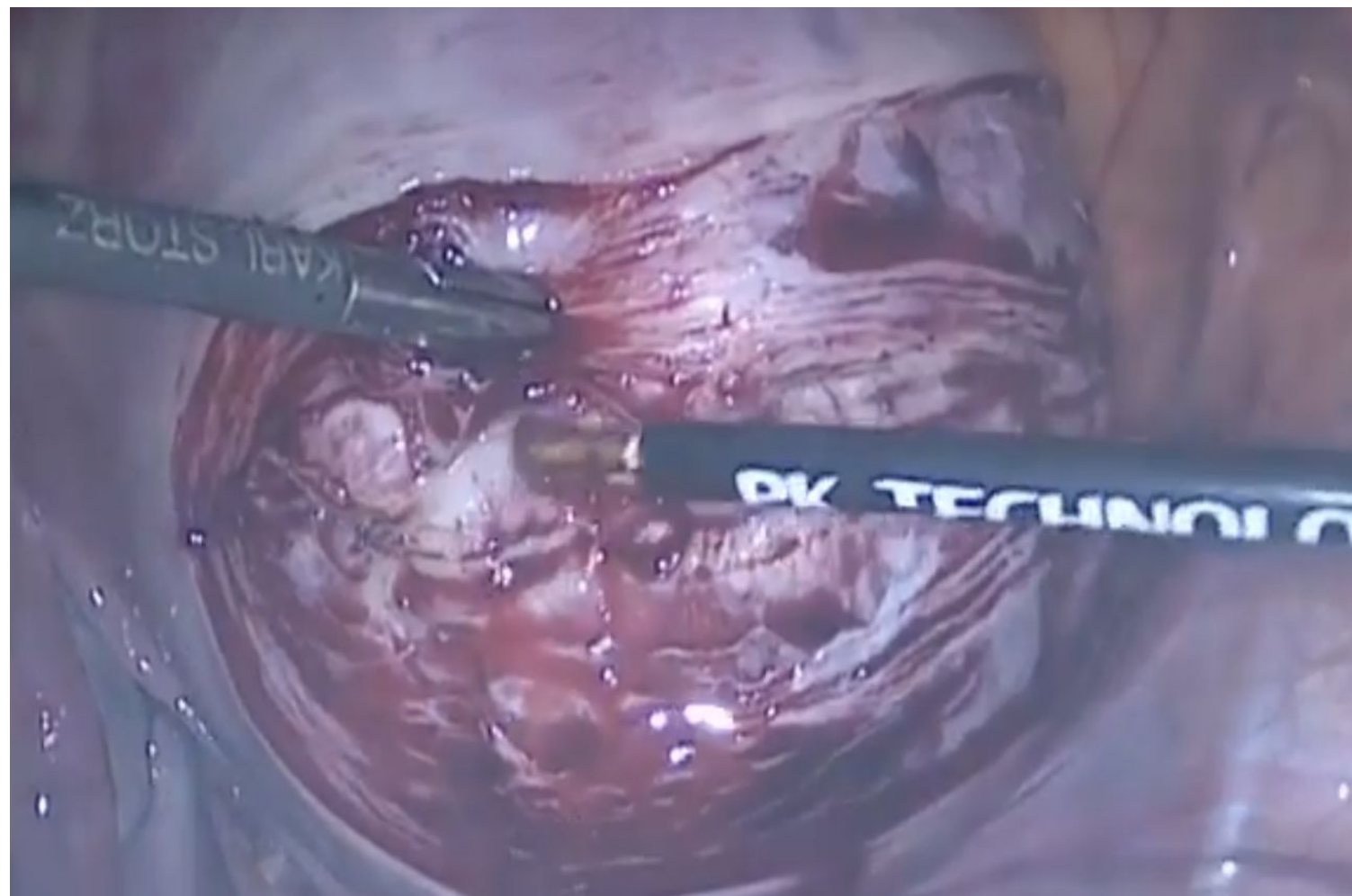


Лапароскопическая операция

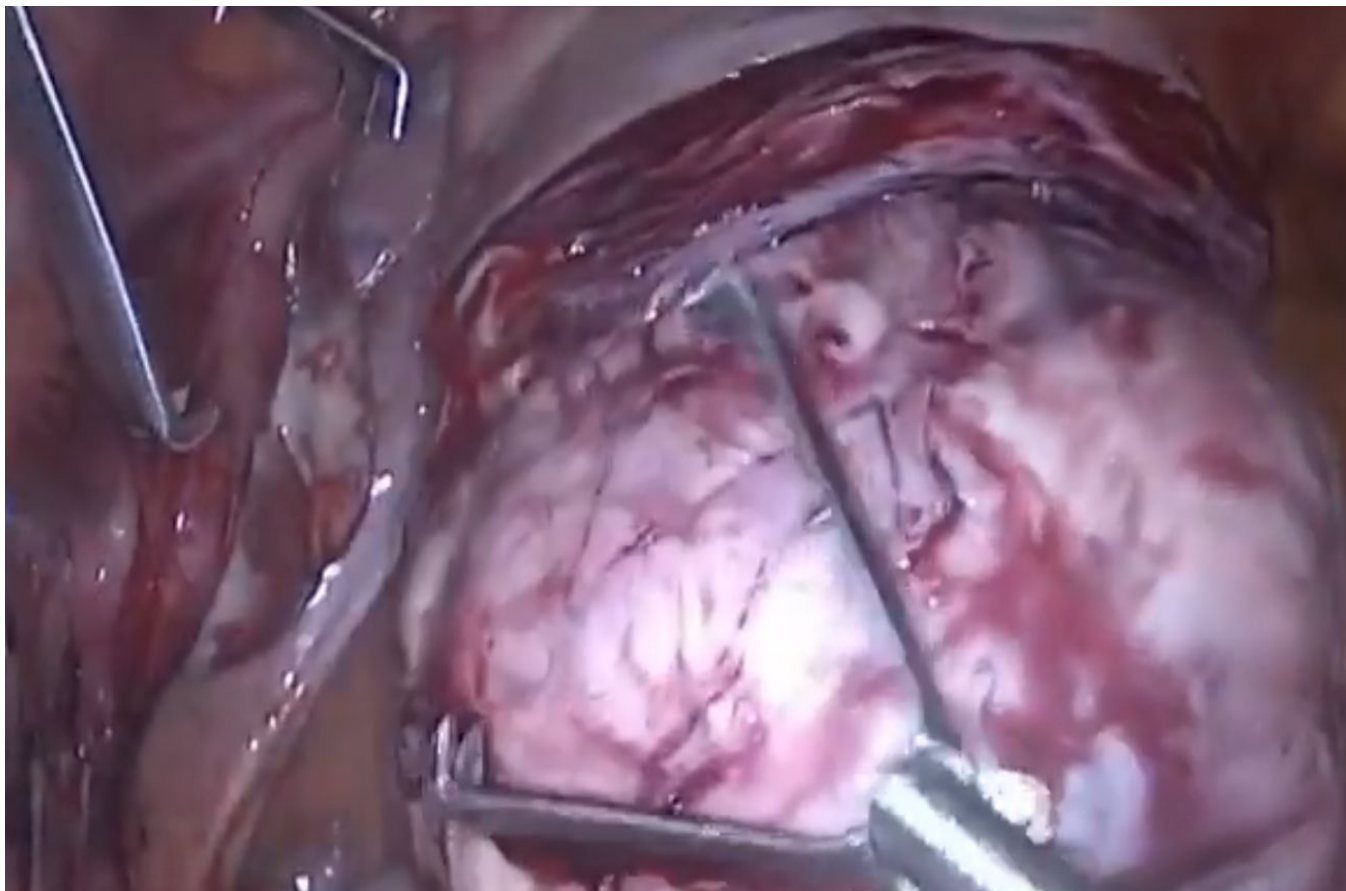
2 этап: J-крючком PK Technology OLYMPUS в поперечном направлении рассекается мышечная ткань до миоматозного узла и двумя 10 мм жесткими зажимами миома вылуцивается из окружающих тканей.



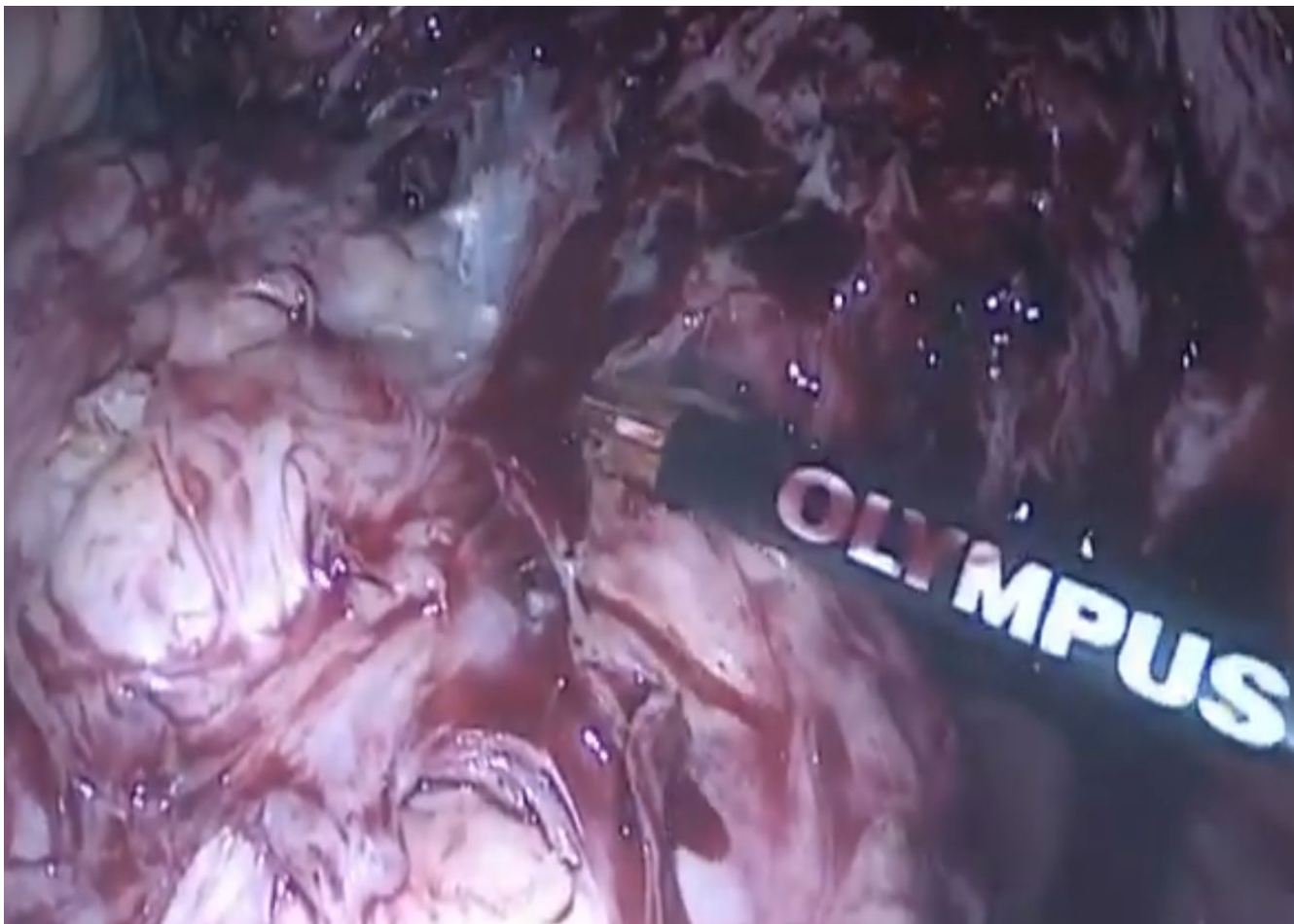
Лапароскопическая операция



Лапароскопическая операция

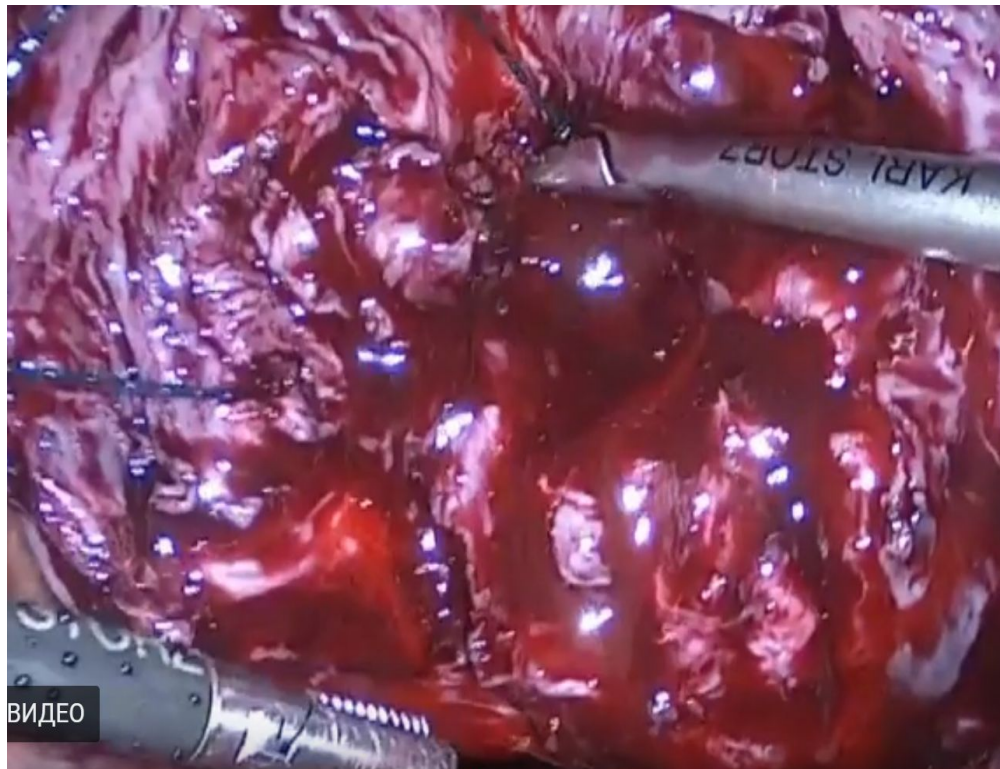


Лапароскопическая операция

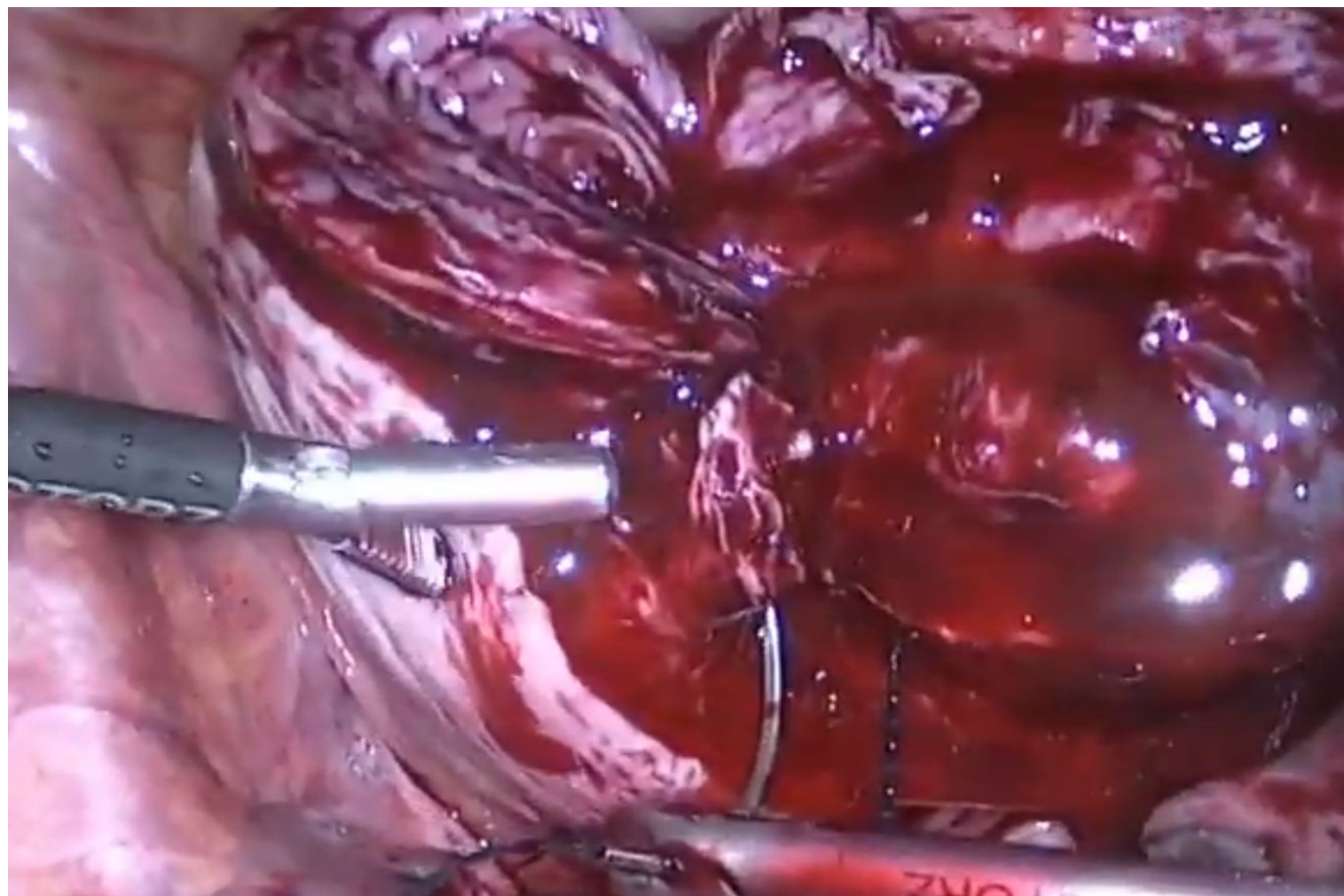


Лапароскопическая операция

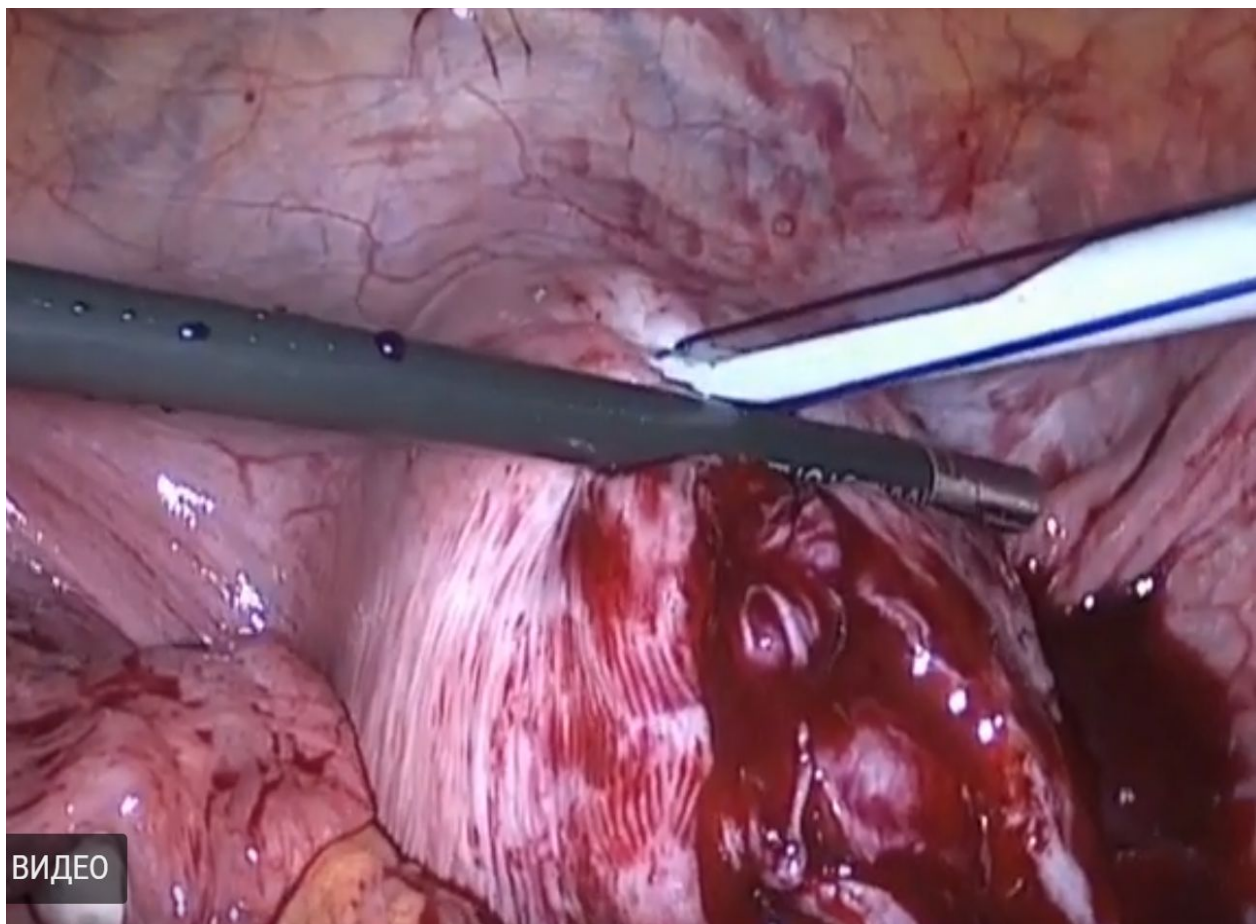
3 этап: рана ушивается системой V-lock (MEDTRONIC COVIDIEN), выполненной из монофиламентной рассасывающейся полидиоксаноновой нити с насечками, ориентированными в пространстве под заданным углом. Эта система позволяет послойно и быстро ушить рану матки с хорошим гемостазом. Завершающий ряд швов выполнен нитью Монокрил 2-0 на атравматичной игле.



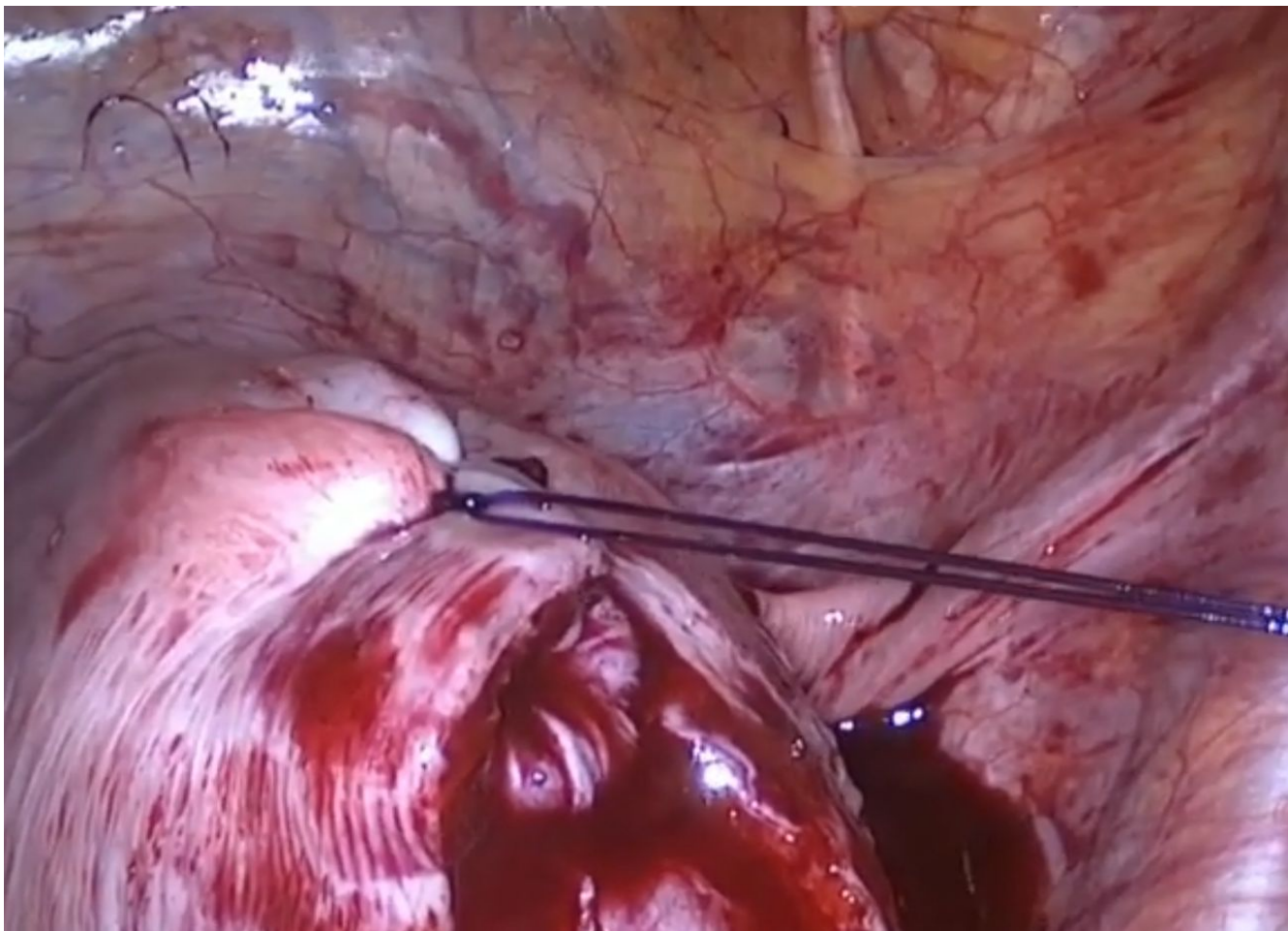
Лапароскопическая операция



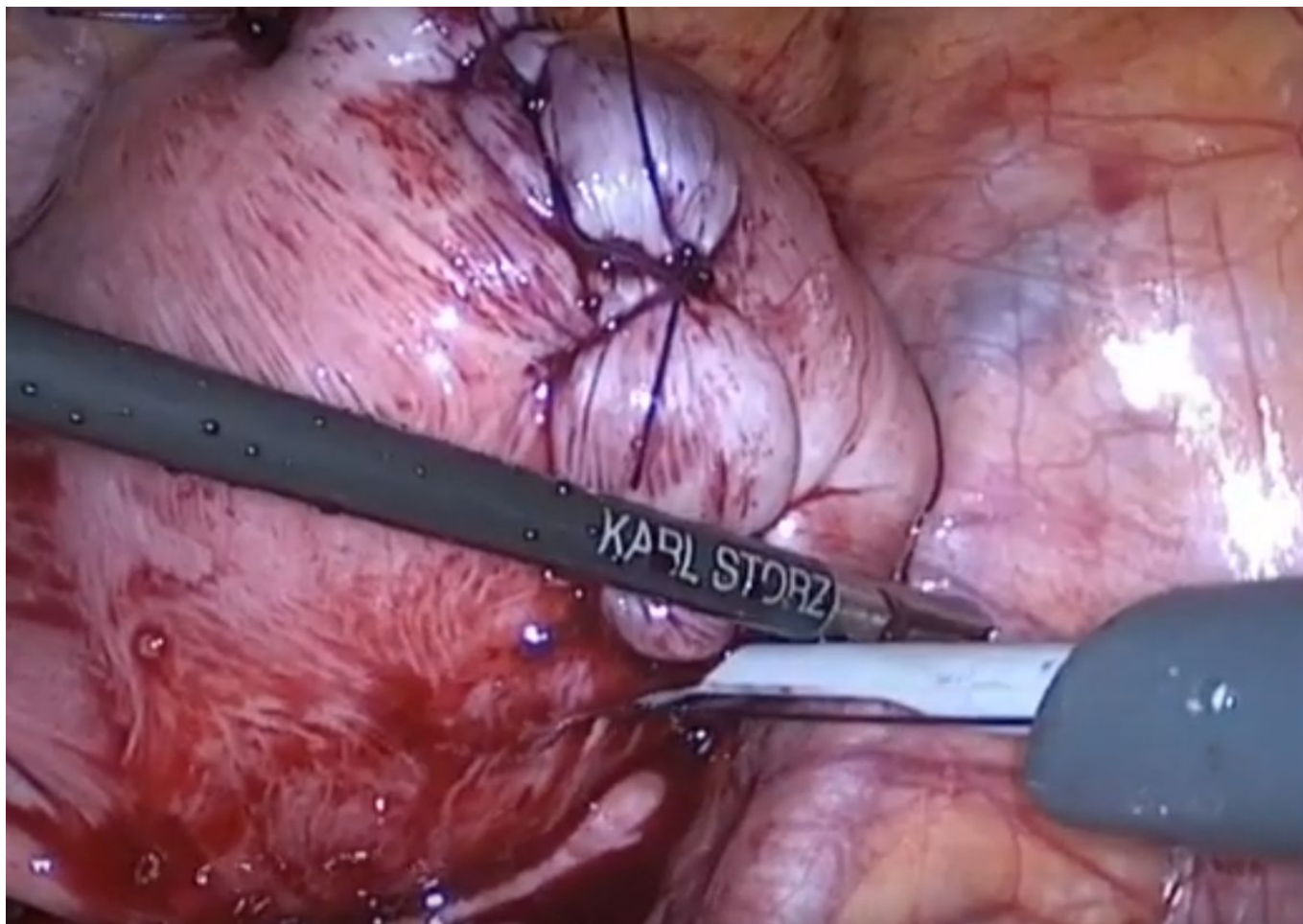
Лапароскопическая операция



Лапароскопическая операция

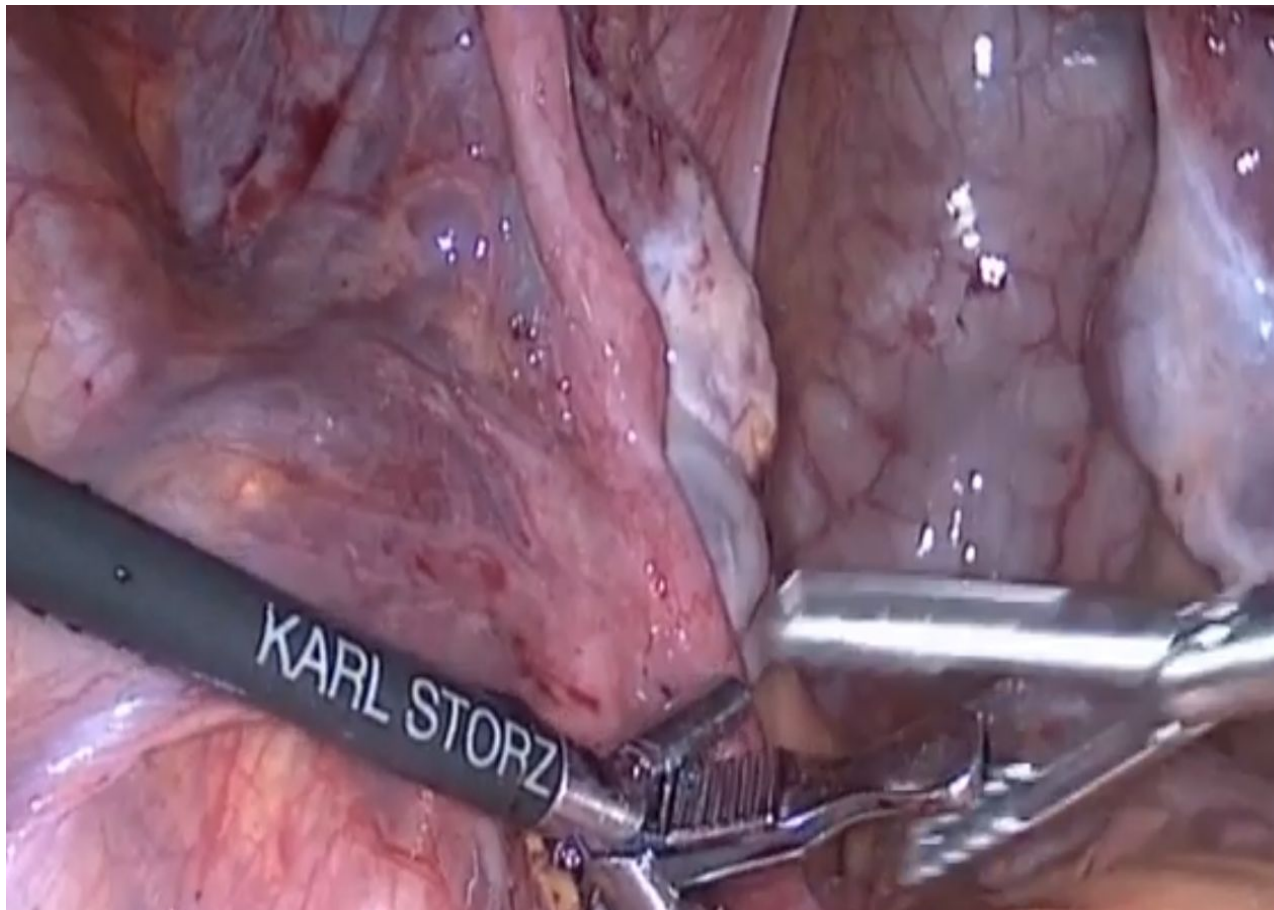


Лапароскопическая операция

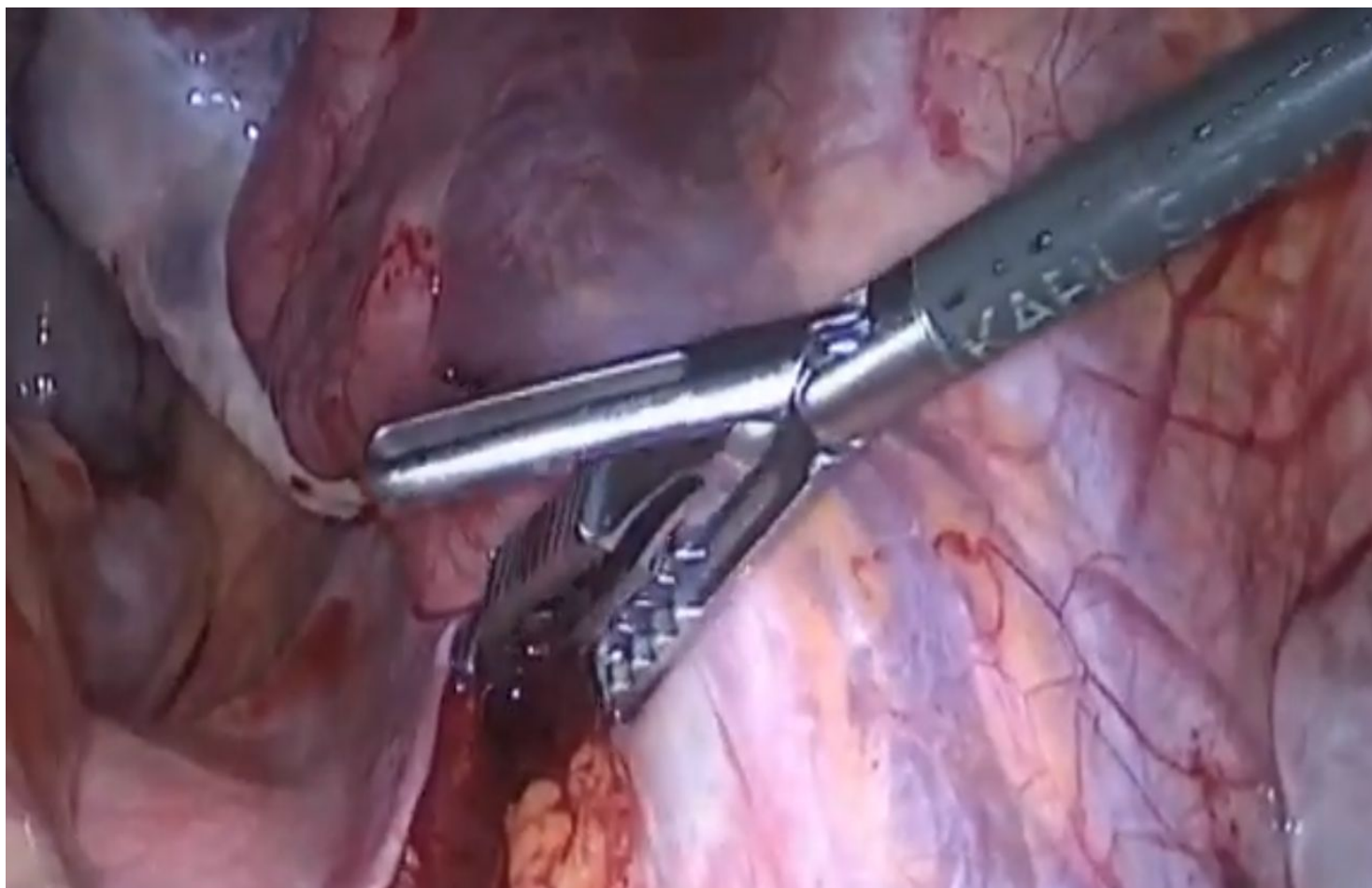


Лапароскопическая операция

4 этап: с внутренней подвздошной артерии снимается зажим и в матке восстанавливается кровоток.

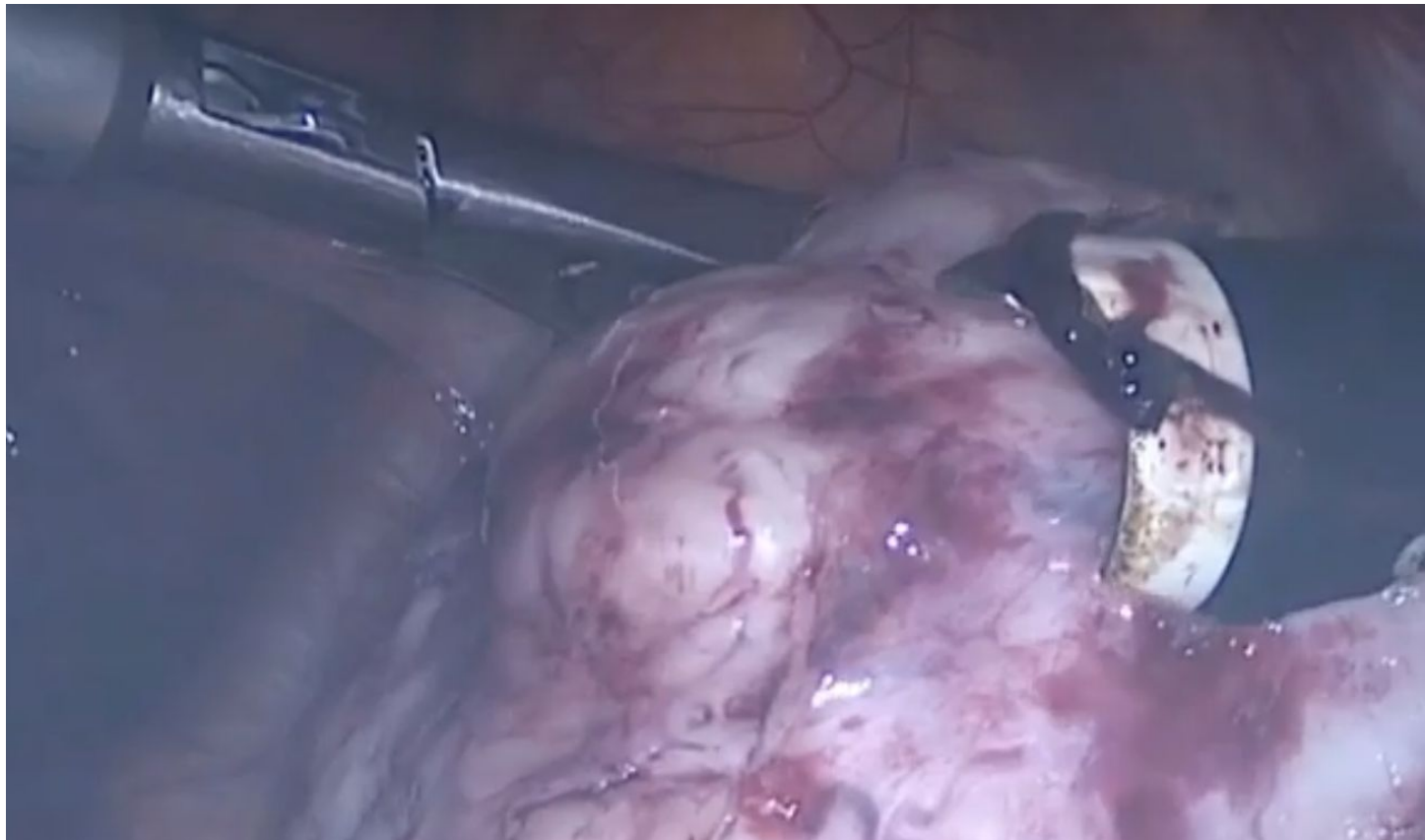


Лапароскопическая операция

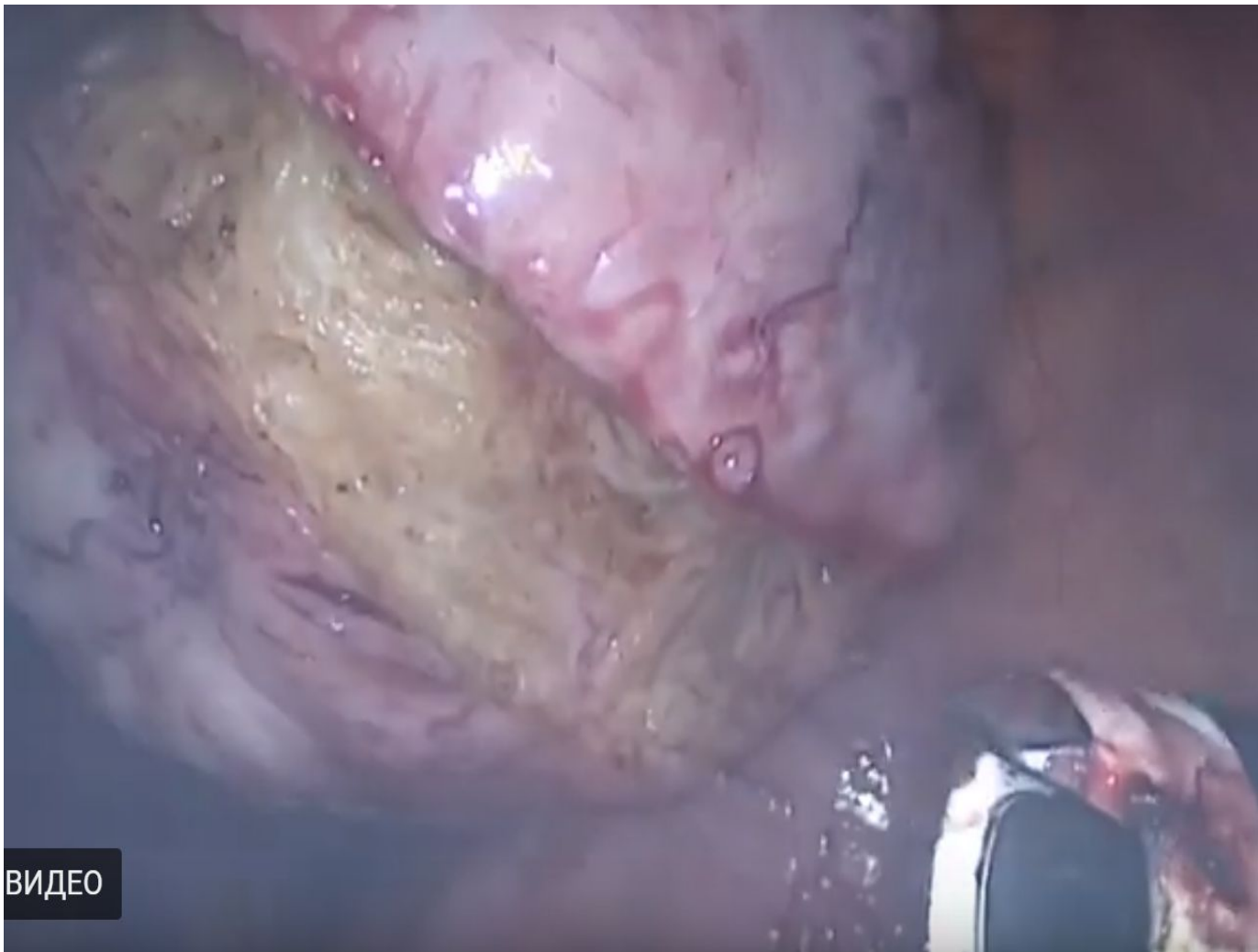


Лапароскопическая операция

5 этап: миоматозный узел извлекается из брюшной полости с помощью биполярной морцелляции.



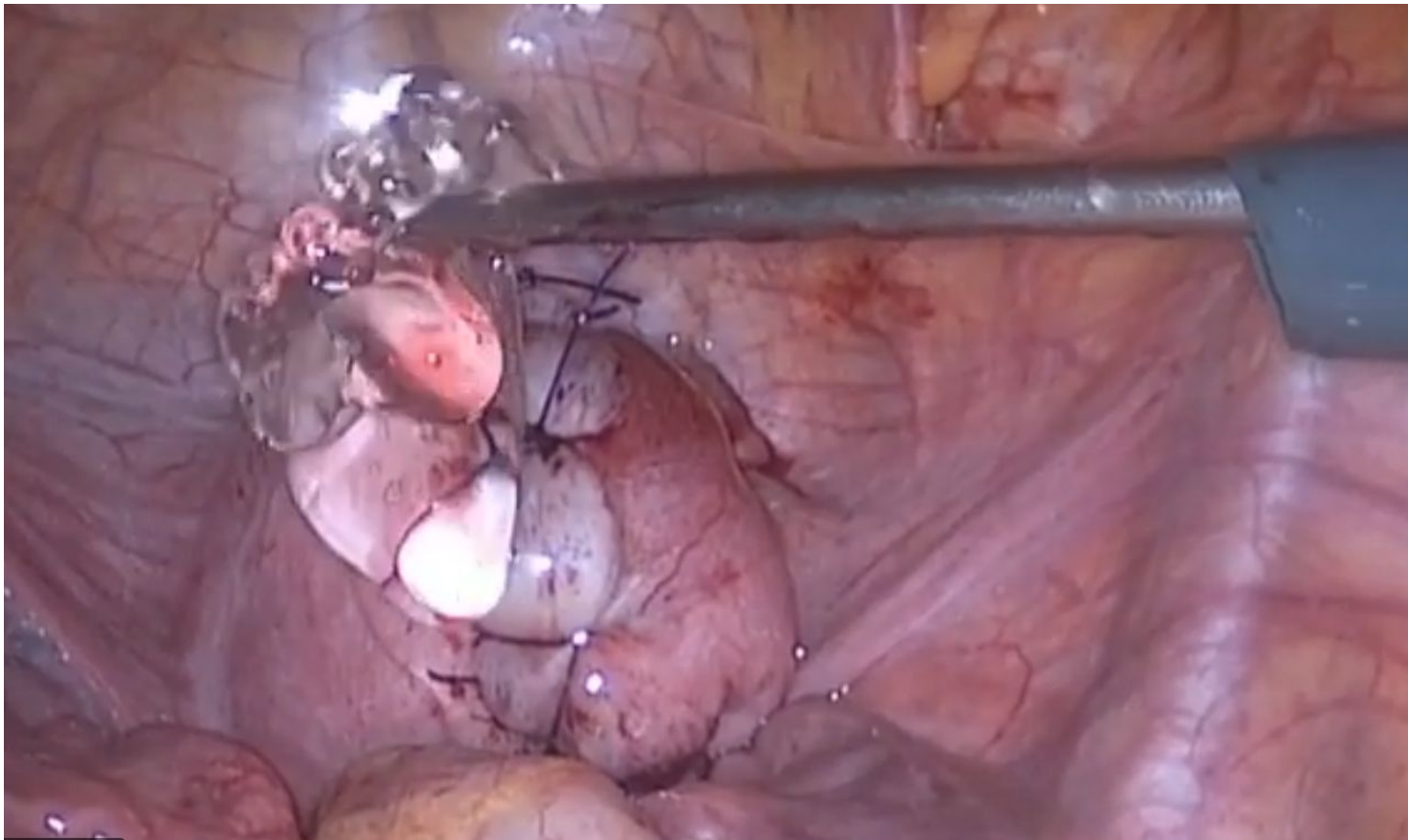
Лапароскопическая операция



ВИДЕО

Лапароскопическая операция

На линию шва наносится противовоспалечный гель Антиадгезин.



Выводы

Согласно рекомендациям зарубежных обществ акушеров-гинекологов, сохранение матки как органа при проведении хирургического лечения миомы матки важно не только для пациенток, планирующих беременность, но и для женщин, желающих сохранить менструальную функцию вплоть до наступления естественной менопаузы и, вообще, матку как орган. Поэтому, при выполнении операций по поводу миомы ведущие хирурги стремятся в большинстве случаев использовать органосохраняющие методики.