

МИОМА МАТКИ




□ **Миома матки**- моноклональный, гормончувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия.



Частота миомы матки

- Частота в общей популяции колеблется от 70 до 85 %
- Частота в структуре гинекологических заболеваний по данным различных авторов, от 10 до 27%






Этиопатогенез миомы матки

- Опухолевый рост является следствием нарушения тканевого гомеостаза, поддерживаемого балансом между двумя процессами:
 - -клеточной пролиферацией;
 - - апоптозом;

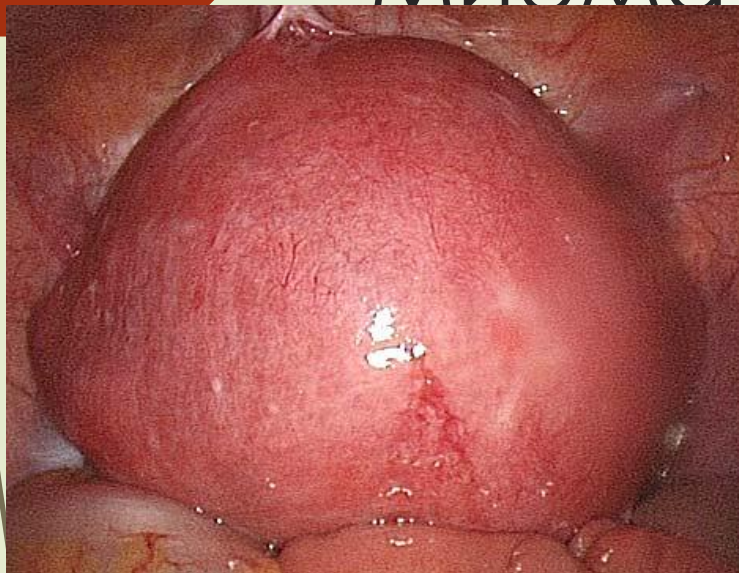
- Клетки миомы матки обладают значительно более высокой митотической активностью в обе фазы менструального цикла, чем клетки неизмененного миометрия.



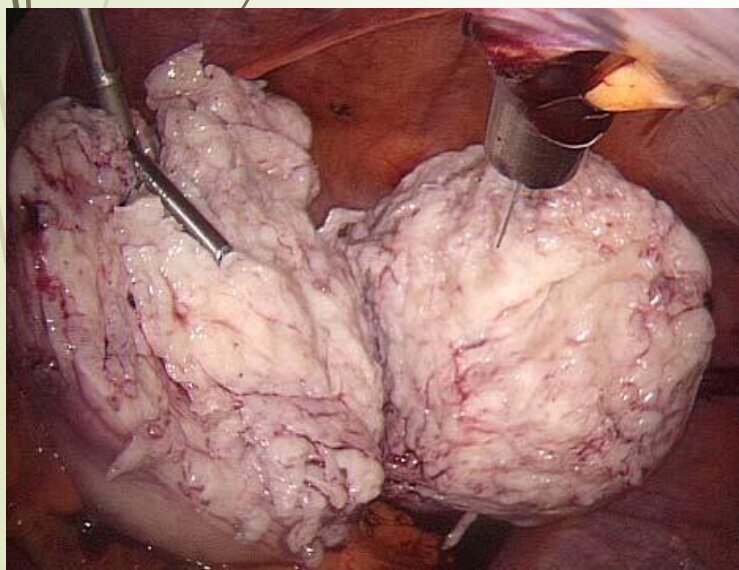
Этиопатогенез миомы матки

- **Ключевыми факторами патогенеза миомы матки считаются:**
- **половые стероидные гормоны-** физиологические регуляторы клеточной пролиферации миометрия.
- В отличие от нормального миометрия миома содержит гораздо больше эстрогеновых рецепторов на единицу объема ткани, число которых особенно возрастает в фолликулиновую фазу, и поэтому ткань миомы матки чрезвычайно чувствительно к эстрогенам.

Миома матки.



Миома матки — это доброкачественная гормонозависимая опухоль, которая развивается в миометрии — мышечной оболочке матки.





В 80% случаев
миома матки
бывает
множественной,
т.е.
одновременно
растут
несколько узлов
различной
величины.

Этиопатогенез миомы матки

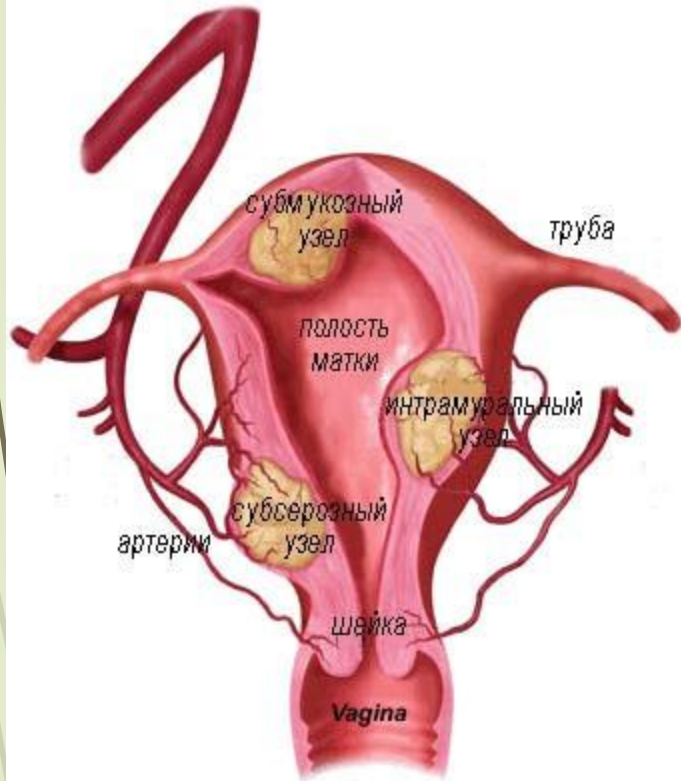
- *В последние годы основополагающее значение приобретает:*
- « **прогестероновая** » гипотеза, в соответствии с которой, не только эстрадиол 17-в, но и, в большей степени , **прогестерон** играет ключевую роль в инициировании каскада молекулярно-генетических нарушений, возникающих в процессе роста опухоли.

Этиопатогенез миомы матки

- *Основными модуляторами клеточного роста являются :*
- инсулиноподобный фактор роста,
- семейство эпидермального фактора роста
- трансформирующий фактор роста.

Классификация

(по расположению миоматозных узлов):



- **интерстициальные** (интрамуральные, внутривенные, межмышечные) — узел в толще мышечного слоя матки.
- **субсерозные** (подбрюшинные) — узел под серозной оболочкой матки с наружной ее поверхности
- **субмукозные** (подслизистые) — узел под слизистой оболочкой, ближе к внутренней полости матки
- **интралигаментарная** (межсвязочная) — узел расположен в связке матки



Клиника миомы матки

Основными симптомами миомы матки являются:

- боли,
- кровотечение,
- нарушение функции соседних органов.

Нередко миома матки протекает

« **бессимптомно**»- т.е

- отсутствует жалобы
- нарушения менструальной функции;



К быстрому
росту опухоли
относят
увеличение ее
размеров за
год или более
короткий
промежуток
времени на
величину,
соответствующую 5-недельной
беременности.

Диагностика миомы матки

Гинекологический осмотр позволяет обнаружить:

- увеличенную матку (размеры ее оцениваются в неделя беременности),
- с бугристой (узловатой) поверхностью,
- плотной консистенцией.

Среди методов инструментальной диагностики миомы матки применяется:

- ультразвуковое сканирование (трансвагинальное ультразвуковое сканирование)
- МРТ матки (для уточнение локализации и размеров).
- Гистероскопия (при субмукозной форме у женщин репродуктивного возраста)
- Лапароскопия (у женщин репродуктивного возраста для проведения более точной диагностики и хирургического лечения)
- лапароскопическая миомэктомия- при субсерозной и субсерозной-интрамуральной формах).

План обследования при миоме матки:

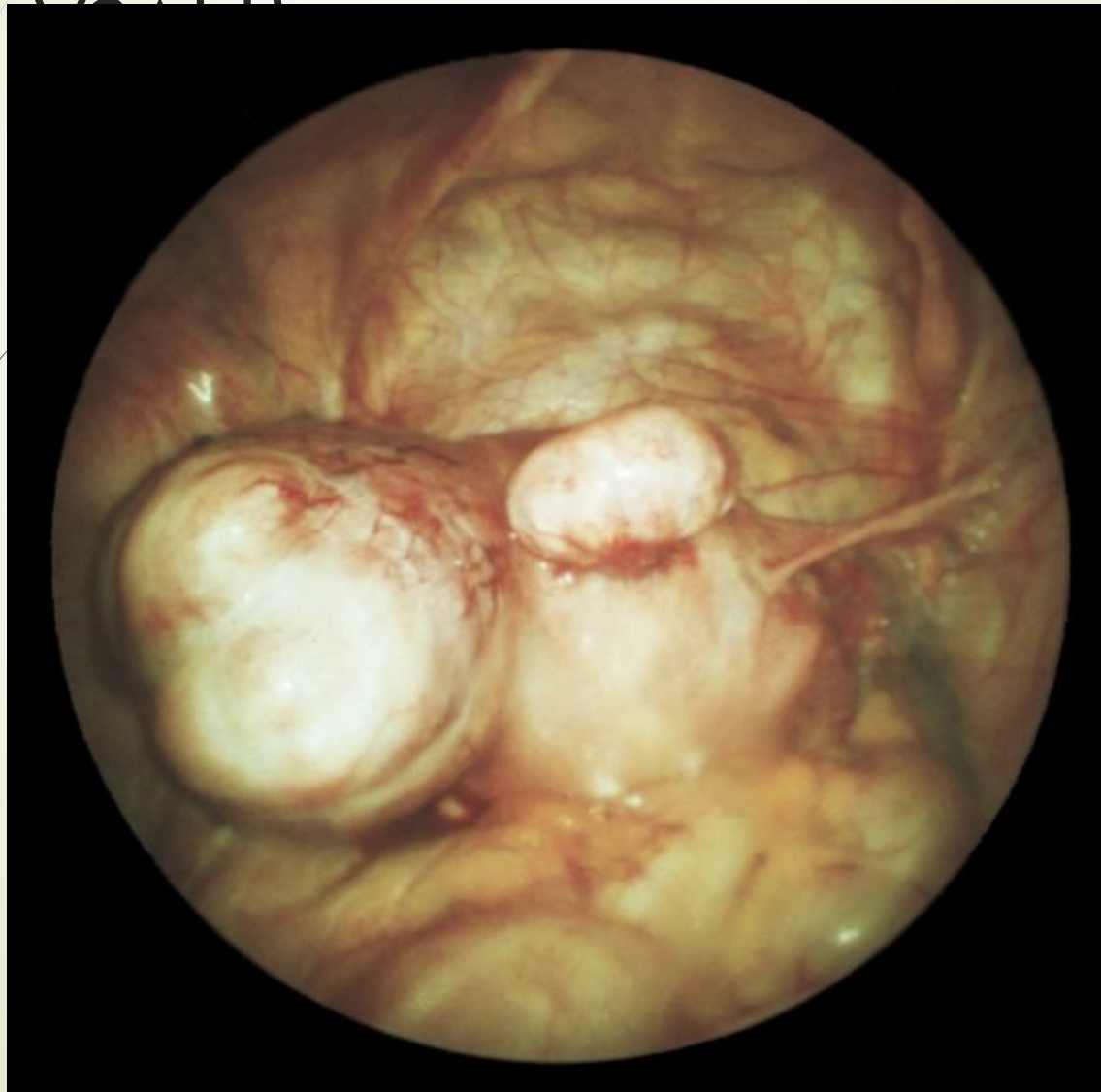


- гинекологический осмотр
- УЗИ
- гистероскопия
- лапароскопия

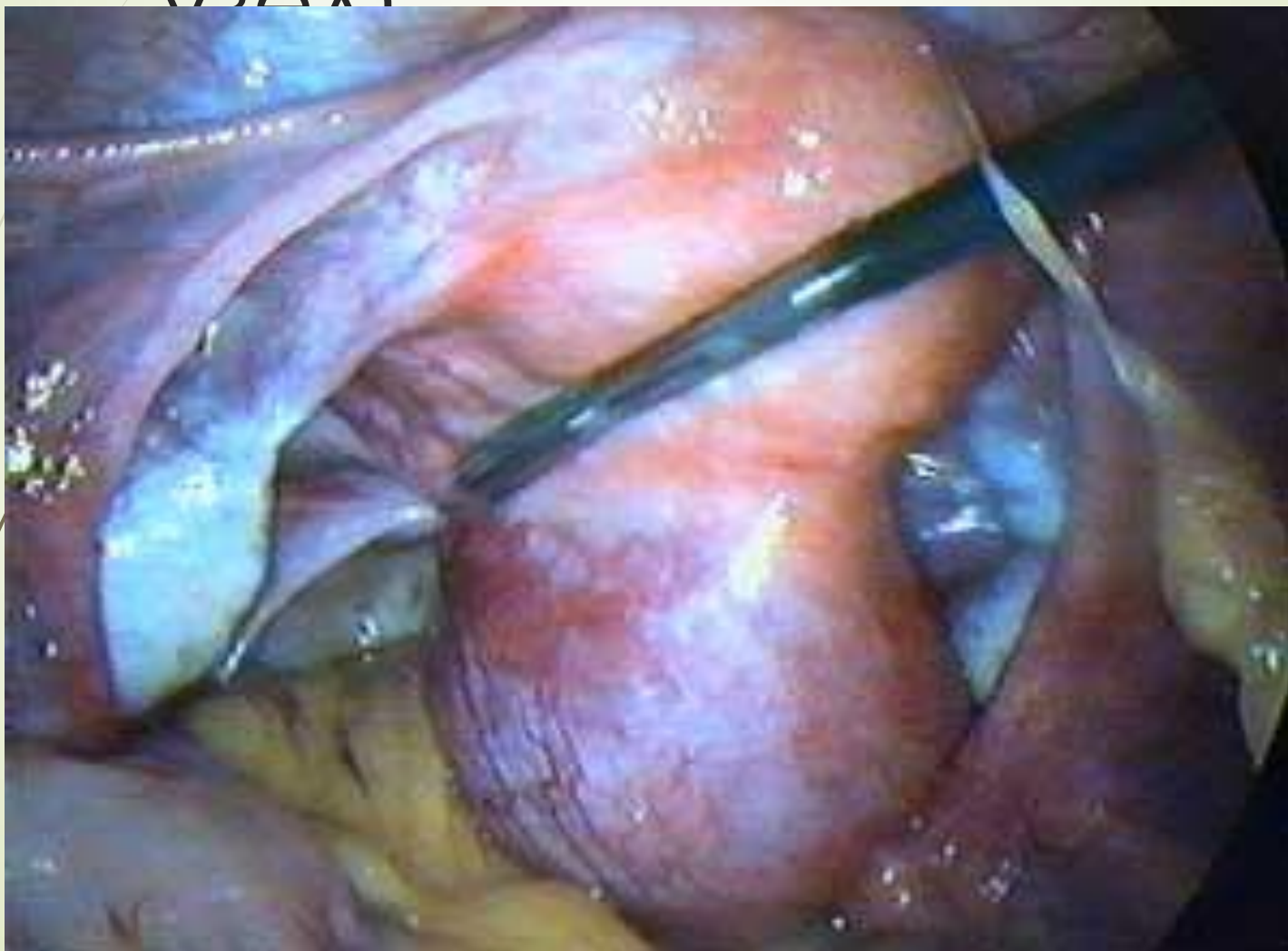
Миома (субсерозный узел)



Миома (субсерозные



Миома (субсерозный узел)



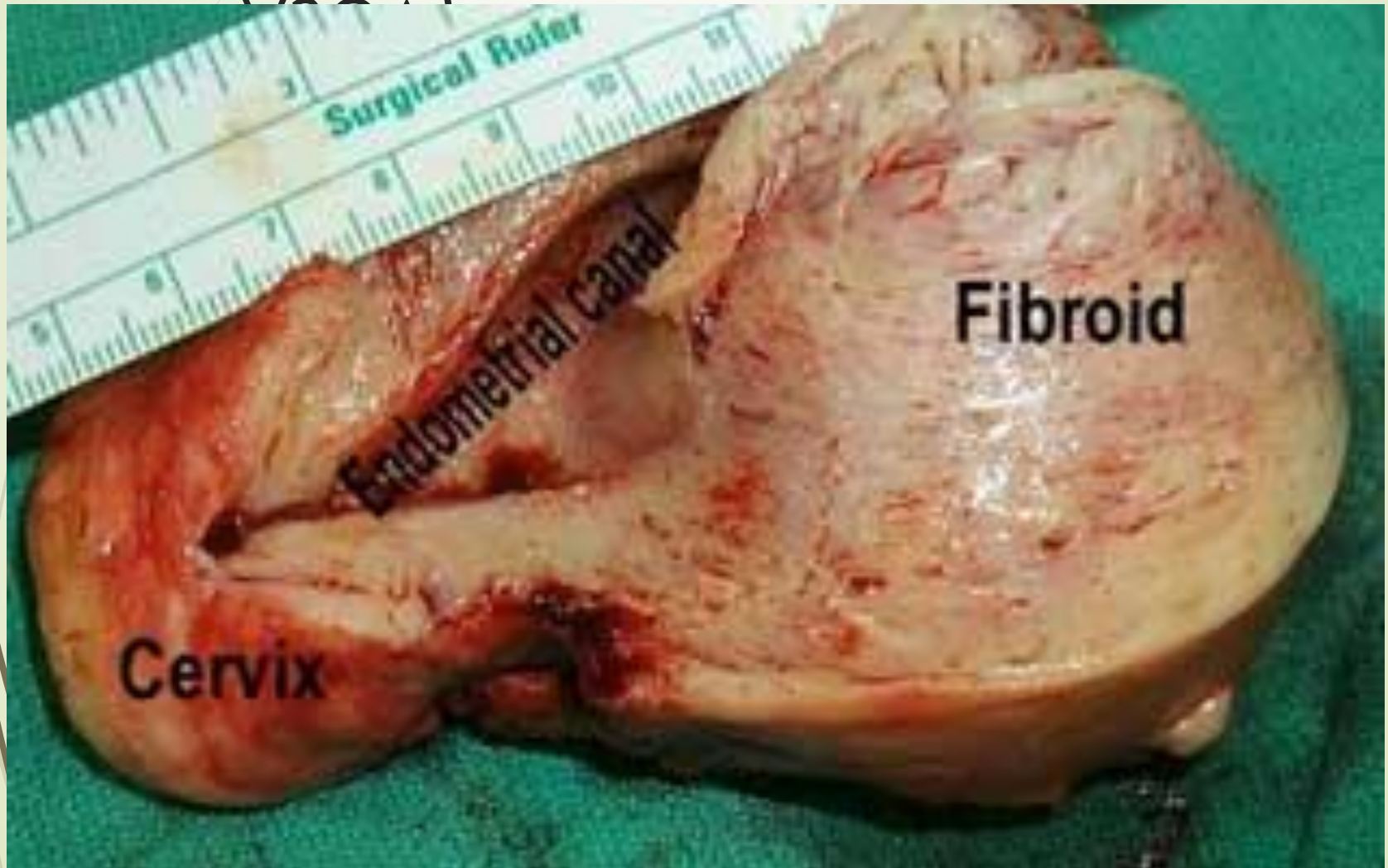
Миома (субсерозные узлы)



Миома (субсерозные узлы)

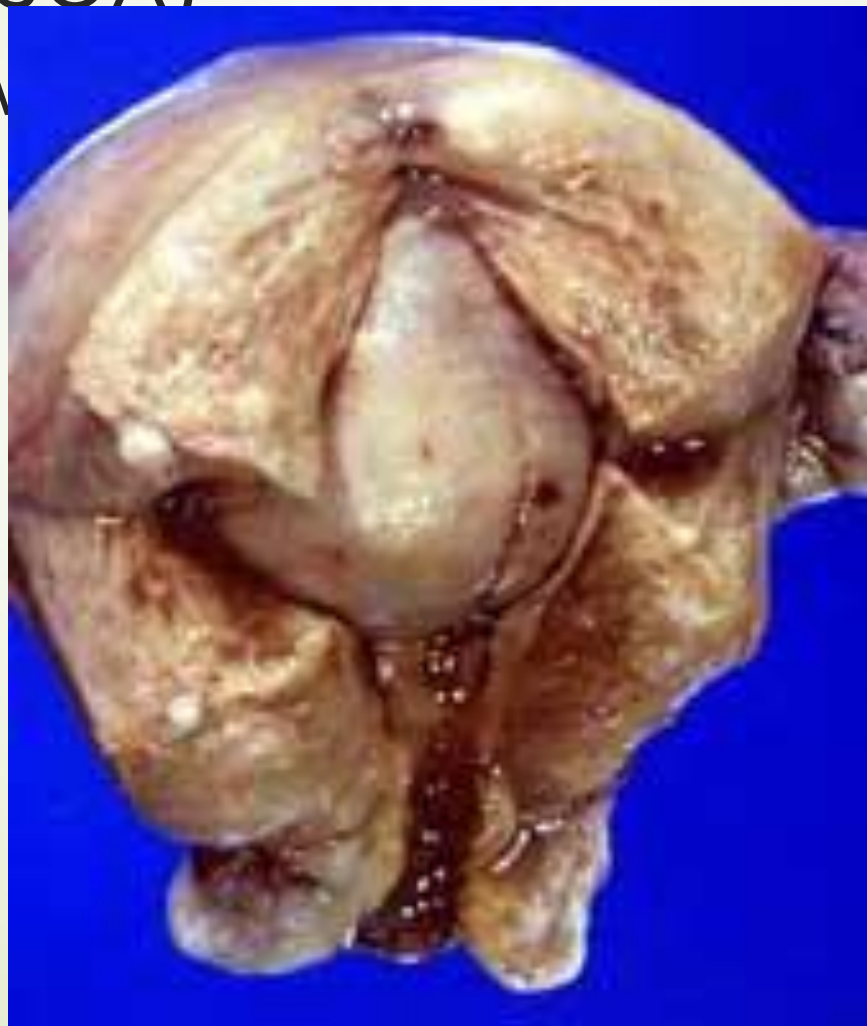


Миома (субсерозный узел)




Миома (субмукозный узел)

м



Среди методов инструментальной диагностики миомы матки

- **Ультразвуковое сканирование** (трансвагинальное ультразвуковое сканирование);
- **МРТ матки** (для уточнение локализации и размеров).
- **Гистероскопия** (при субмукозной форме у женщин репродуктивного возраста)
- **Лапароскопия** (у женщин репродуктивного возраста для проведения более точной диагностики и хирургического лечения
- **Лапароскопическая миомэктомия**- при субсерозной и субсерозной-интрамуральной формах).



Ультразвуковая диагностика подбрюшинной миомы матки.

На эхограмме субсерозная миома матки идентифицируется в виде:


- образования округлой конфигурации, сповышенным уровнем звукопроводимости
- плотно спаянной маткой.

Субсерозные узлы миомы на широком основании характеризуется определенными эхографическими признаками:

- акустическое отражение от поверхности опухоли, обращенной в брюшную полость отличается повышенной звукопоглощаемостью.

Трансвагинальное ультразвуковое сканирование. Подбрюшинной миомы матки.


- Угасание амплитуды волновых колебаний от маточной поверхности опухоли к брюшной.
- Отсутствие эффекта «врастания» опухоли в миометрий,
- Повышенная смещаемость опухоли по отношению матки
- Округлой формой,
- С гладкой блестящей поверхностью
- Бледно-розовым оттенком.



Гистероскопические признаки миомы матки

Эндоскопическая картина подслизистой миомы матки основывается на визуализации в ее полости образования:

- **округлой или овальной формы**
- **бледно-розового цвета**
- **с гладкой поверхностью.**
- Узлы миомы небольших размеров (дм до 30-40 мм) на тонком основании, расположенные в верхних отделах полости матки, определяются в виде:
 - « гроздьев»
 - бледно- розового или белесоватого оттенка, свисающих в ее просвет.



Гистероскопические признаки миомы матки

- Подслизистые узлы миомы на широком основании идентифицируются в виде:
 - **фиксированного бугорка на поверхности одной из стенок матки;**
- Межмышечная миома матки с центрипетальным ростом определяется в виде:
 - **выпячивание над одной из стенок матки бледно-розового цвета с гладкой поверхностью.**


MPT- признаки миомы матки

- Четко очерченные образования, резко выделяющиеся из окружающего миометрия.
- С интенсивного сигнала от равномерно низкой до равномерно высокой.
- Миомы с дегенеративными изменениями (гиалиновые, кистозные) имеют :
- характерный пятнистый или гомогенный вид с неоднородными по интенсивности сигналом.



МРТ- признаки миомы матки

- Миома с кальцификатами выглядит как образование :
- с равномерно высокой интенсивностью сигнала,
- четко отграниченная кольцом низкой интенсивности от окружающего миометрия.



Лапароскопическая картина миомы матки

- Увеличенная в размерах матка с неровной поверхностью при субсерозно - интрамуральной форме и\или округлое образование на «ножке», возвышающееся над серозной поверхностью матки.



Показания к хирургическому лечению миомы матки

- Размер матки, соответствующие 12 и более недель беременности
- маточные кровотечения
- Абдоминальные и тазовые боли;
- Нарушение функции соседних органов;
- Быстрый рост;
- Рост после менопаузы;



Показания к хирургическому лечению миомы матки

- Бесплодие (в отсутствие других причин)
- Привычные выкидыши (в отсутствие других причин)
- Быстрый рост;
- Рост после менопаузы;



Лечение миомы матки

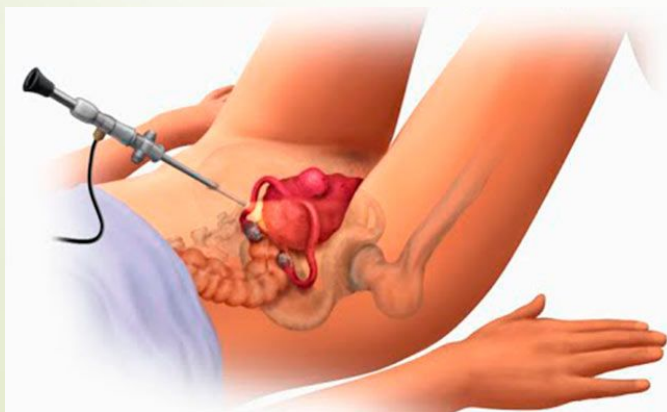
- Медикаментозное лечение, направленное на контроль роста миомы и развития симптомов заболевания.
- Хирургическое лечение:
 - А. органосохраняющие операции:
 - абдоминальная,
 - лапароскопическая
 - гистероскопическая миомэктомия, применяемые при нерезервированной репродуктивной функции

Лечение миомы матки

- ▣ **Б. радикальные операции:**
- ▣ - гистерэктомия, применяемая при множественной миоме матки больших размеров и у женщин с реализованной репродуктивной функцией.
- ▣ **Малоинвазивные органосохраняющие методы лечения:**
- ▣ - эмболизация маточных артерий(ЭМА),
- ▣ -миолиз различными источниками энергии).

Эмболизация маточных артерии


Эмболизация маточных артерий (ЭМА, эндovasкулярная эмболизация маточных артерий) – это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол бедренной артерии (пункцию), по внутрисосудистому катетеру в сосуды, питающие миому, вводятся частички специального эмболизационного препарата.



Механизм лечебного воздействия ЭМА

Закупорка питающих миоматозные узлы мелких сосудов так называемого перифиброидного сплетения лишает доброкачественную опухоль артериального питания, ишемизирует ее, что сопровождается асептическим некрозом ткани миомы с последующим гиалинозом и фиброзом.



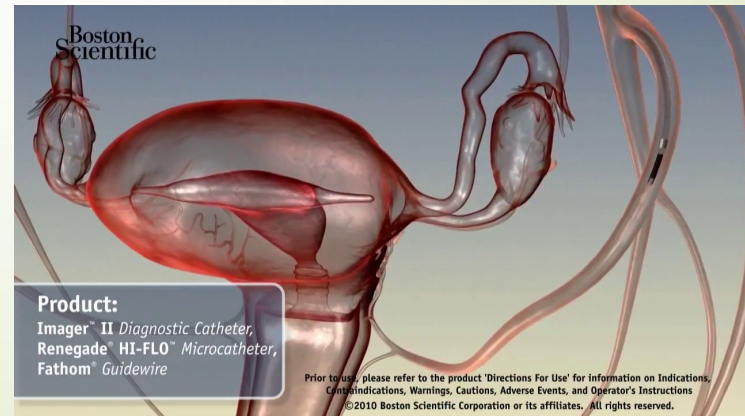


Техника проведения эмболизации маточных артерий

- **Эмболизация маточных артерий выполняется :**
- в специально оборудованной рентгенооперационной,
- под контролем ангиографического оборудования,
- без наркоза,
- в положении пациентки лежа на операционном столе.

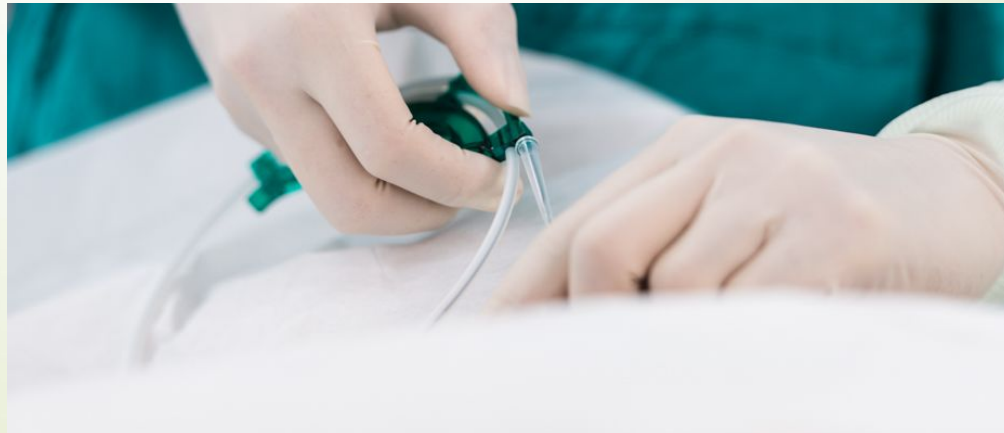
Техника проведения эмболизации маточных артерий


- **Первым этапом вмешательства является:**
- пункция правой общей бедренной артерии.
- местная анестезия кожи (в зоне прокола в верхней части бедра)
- пункция артерии полой иглой (диаметр 1,5 мм), через которую вводится тонкий катетер (диаметр 1,2 мм).



Техника проведения эмболизации маточных артерий

- под контролем ангиографии :
- данные выводятся на монитор,
- внутрисосудистый катетер проводится до маточных артерий.
- через катетер вводится эмболизационный препарат,





Техника проведения эмболизации маточных артерий

- **С током крови эмболы ПВА:**
 - мигрируют,
 - закупоривает артерии перифиброидного сплетения (питающего миому и частично сосуды неизмененного миометрия).
- **В результате :**
 - в миоматозном узле происходит редукция артериального кровотока, в то время как кровообращение непораженного миометрия практически полностью восстанавливается.



Показания к ЭМА

- Бессимптомная (3,8%) или симптомная миома матки;
- Менометроррагия (51,9%)
- Диспареуния (7%);
- Сдавления соседних органов (20,5%);
- Бесплодие (16,8%)



Постэмболизационный период

- В течение 12-18 мес происходит прогрессивное уменьшение размеров **миоматозных узлов и матки** в целом в среднем на 83% с восстановлением архитектоники полости матки.
- Устранение симптомов **менометроррагии** (97,9%);
- Исчезновение симптомов **сдавления** близлежащих органов (88,6%);

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Билан М. И., Козюра О. П. // Международ. журн. интервенц. кардиоангиол. — 2004. — № 4. — С. 43—46.
- 2. Бобров Б. Ю., Капранов С. А., Златовратский А. Г. и др. // Бюл. НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН "Сердечно-сосудистые заболевания" 2006. — Т. 7, № 3. — С. 105.
- 3. Бреусенко В. Г., Краснова И. А., Капранов С. А. и др. // Вопр. гин., акуш. и перинат. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 44-48.
- 4. Бреусенко В. Г., Краснова И. А., Капранов С. А. и др. // Акуш. и гин. — 2006. — № 3. — С. 23—26.
- 5. Доброхотова Ю. Э., Капранов С. А., Бобров Б. Ю. и др. // Рос. веста, акуш.-гин. — 2005. — Т. 5, № 2. — С. 44—49.
- 6. Доброхотова Ю. Э., Капранов С. А., Бобров Б. Ю. и др. // Рос. мед. журн. — 2006. — № 2. — С. 23—25.