



Жатырдың фиброзды ісіктері.
Гинекологиядағы қатерсіз
үрдістер. Жамбастық релаксация
синдромы.

жоспар

- Жалпы шолу
- Жатыр фибромасының жіктелуі
- Жатыр фибромасы: симптомдары
- Жатыр фибромасының емі
- Гинекологиядағы қатерсіз үрдістер
- Жамбастық релаксация синдромы

Жалпы шолу

- фиброзные опухоли матки - доброкачественные опухоли, которые образуются в матке по неясным причинам. Фиброзные опухоли матки являются результатом разрастания ткани в мышечной оболочке стенки матки, которая называется миометрием. Эти опухоли доброкачественные

- Еще не известно, почему у некоторых женщин образуются фиброзные опухоли. Наследственность может иметь значение, так как часто фиброзные опухоли, развиваются у женщин из одной семьи. Почему-то фиброзные опухоли чаще встречаются у женщин африканской расы (в 2-3 раза чаще). Кроме того, у женщин с избыточной массой тела, риск развития фиброзных опухолей увеличивается. Большинство женщин с фиброзными опухолями, вероятно, проживут всю жизнь, даже не подозревая, что у них есть опухоль, потому что фиброзные опухоли часто обнаруживают случайно во время диагностических или терапевтических процедур. Фиброзные опухоли широко распространены и встречаются у 50% женщин.

Каковы симптомы фиброзных опухолей матки?

- У большинства женщин с фиброзными опухолями матки нет никаких симптомов. Однако, фиброзные опухоли могут вызвать много симптомов в зависимости от их размера, местоположения в пределах матки, и того, насколько близко к смежным тазовым органам они расположены. Большие фиброзные опухоли могут вызвать:
 - чувство сдавления,
 - боль в тазовой области,
 - давление на мочевой пузырь, провоцируя частые или даже затрудненные мочеиспускания,
 - давление на прямую кишку с болью во время дефекации.
- Аномальное маточное кровотечение - самый распространенный симптом фиброзной опухоли. Если опухоли нарушают кровоснабжение, они могут приводить к тяжелым, болезненным менструациям или длительным перерывам между менструациями. Если фиброзные опухоли матки увеличиваются в размерах, они могут вызывать сильную боль.

- Патологические менструальные кровотечения (обычно гиперменорея), интенсивность кровотечений постепенно нарастает, что может привести к выраженной анемии •• Сильное кровотечение возникает либо вследствие некроза эндометрия, покрывающего подслизистую оболочку ФМ, либо из-за растяжения полости матки, увеличения менструирующей поверхности и снижения сократительной способности миометрия при обширном разрастании интрамуральных ФМ •• Часто ФМ сочетаются с полипами и гиперплазией эндометрия, что также может вызвать патологическое кровотечение •• В некоторых случаях возможны и межменструальные кровотечения. ФМ не влияют на баланс половых гормонов в организме и, следовательно, на регулярность менструального цикла.
- • Боль. Неосложнённые ФМ матки обычно безболезненны. Острая боль обусловлена перекрутом ножки или некрозом узла ФМ. Схваткообразные боли характерны для подслизистых ФМ, далеко выступающих в полость матки.

- • Сдавление органов малого таза обычно возникает, если миоматозная матка или узел достигает размеров, соответствующих 10–12 нед беременности и более •• Учащение мочеиспускания обусловлено сдавлением ФМ мочевого пузыря •• Задержка мочи возникает при ретроверсии матки вследствие миоматозного роста, при этом шейка матки сдвигается кпереди в область заднего уретро - везикального угла и прижимает мочеиспускательный канал к лонному сочленению •• Гидроуретер, гидронефроз и пиелонефрит обусловлены сдавлением мочеточников расположенными внутрисвязочно узлами •• Запоры и затруднения дефекации могут быть вызваны крупными узлами, расположенными по задней стенке матки.
- • Бесплодие. ФМ может препятствовать продвижению яйцеклетки по маточной трубе и имплантации концептуса •• Большие интрамуральные ФМ, расположенные в области углов матки, часто перекрывают интерстициальную часть маточной трубы •• Эндометрий над субмукозной ФМ может находиться в другой фазе цикла, нежели чем остальные участки эндометрия •• У женщин с субмукозными или интрамуральными ФМ чаще возникают выкидыши и преждевременные роды.

● **Диагностика**

- • Пальпация живота. ФМ пальпируются в виде плотных узлов неправильной формы. При саркоме, отёке и дегенерации ФМ узлы обычно мягкие, болезненные. При беременности матка мягковатой консистенции.
- • Исследование органов малого таза (бимануальное влагалищное исследование, осмотр в зеркалах) проводят каждые 3–6 мес. Наиболее характерный признак — увеличение матки. Она, как правило, асимметрична, с неправильными очертаниями и подвижна при отсутствии спаек •• Для субмукозных ФМ характерно симметричное увеличение матки •• Некоторые субсерозные миоматозные узлы могут быть не связаны с телом матки и свободно перемещаться в брюшной полости. В этих случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с опухолями придатков матки и внетазовыми новообразованиями •• ФМ, локализованные в шейке, и субмукозные ФМ на ножке могут далеко выдаваться в просвет шеечного канала; иногда субмукозная ФМ может быть видна на уровне шеечного зева или входа во влагалище.

- Пальпацию прямокишечно - маточных связок проводят для выявления эндометриоза, часто сочетающегося с ФМ.
- • При ФМ увеличена кровопотеря во время менструаций, поэтому пациенткам регулярно проводят анализ крови. Для коррекции ЖДА назначают препараты железа.
- • УЗИ органов малого таза используют в случаях, когда увеличенная матка заполняет полость малого таза, затрудняя физикальное обследование, а также для выявления гидронефроза, возникающего вследствие сдавления мочеиспускательного канала миоматозной маткой.
- • При подозрении на субмукозную ФМ обычно проводят гистеросальпингографию или гистероскопию.
- • КТ/МРТ.
- • При быстром росте миоматозных узлов необходимо исключить злокачественное перерождение.

- **Дифференциальная диагностика** •
Маточная беременность • Опухоль
яичника • Опухоль слепой или
сигмовидной кишки •
Аппендикулярный абсцесс •
Дивертикулит • Нефроптоз.

● Консервативное лечение

- • Показания: небольшая величина опухоли (до размеров 12 - недельной беременности у женщин репродуктивного возраста, 14–15 - недельной беременности в пременопаузе), итрамуральная или субсерозная локализация. Необходимо перед назначением консервативного лечения провести кольпоскопию, раздельное выскабливание слизистой оболочки шейки и тела матки.
- • Абсолютные противопоказания: подозрение на саркоматозное перерождение, рождение субмукозного узла, некроз, перекрут ножки субсерозного узла, сочетание ФМ с опухолями яичника, раком матки и другими заболеваниями, требующими немедленного хирургического лечения.

- гонисты гонадолиберина пролонгированного действия, подавляющие секрецию гонадотропинов и вызывающие тем самым псевдоменопаузу, можно назначать п/к 1 р/мес в течение 6 мес. Применяют следующие агонисты гонадолиберина: бусерелин, трипторелин, гозерелин • При таком режиме введения размеры ФМ уменьшаются на 55% • После прекращения лечения ФМ обычно снова начинают увеличиваться • Противопоказания: остеопороз в анамнезе, не рекомендуют назначать длительными курсами молодым женщинам из - за возможности развития остеопороза • Побочные эффекты: острая симптоматика, характерная для менопаузы («приливы», ночные поты, бессонница, эмоциональная лабильность и остеопороз).
- • Женщинам старше 45 лет показано назначение тех же препаратов для подавления гиперпластических процессов эндометрия и ускорения наступления постменопаузы, седативных препаратов.
- • Ретинол с 5 по 25 день менструального цикла в течение 12 мес, витамины группы В, К, Е, С.
- • Коррекция сопутствующей патологии, например ЖДА.
- • Физиотерапия — электрофорез с калия йодидом, медью или цинком, электростимуляция шейки матки, шейно - лицевая и эндоназальная ионогальванодиатермия.
- • Бальнеологические факторы — йодобромные, радоновые, «жемчужные» ванны.
- • Фитотерапия — полевой хвощ, пастушья сумка, чернобыльник, аир и т.д.

● Хирургическое лечение

- • Показания •• Кровотечение, вызываемое ФМ, особенно в случаях выраженной анемии. Гиперменорея характерна для субмукозных или интрамуральных ФМ с центрипетальным ростом •• Сильные боли, предполагающие некроз или перекрут ножки миоматозного узла •• Увеличение миоматозной матки до размеров, соответствующих 12 - недельной беременности (нарушение функций почек, затруднения при обследовании придатков матки) •• Нарушение функций соседних органов •• Субмукозная ФМ •• Невынашивание беременности •• Быстрый рост опухоли — на 4–5 нед беременности в течение 1 года •• Болевой синдром при внутрисвязочном расположении узла.

- Вид хирургического вмешательства зависит от возраста женщины, симптоматики, а также от желания иметь в будущем детей
- Миомэктомия — удаление одиночных или множественных ФМ с сохранением матки; эту операцию обычно проводят женщинам, желающим забеременеть и не имеющим противопоказаний
- Если для удаления субмукозных ФМ необходимо рассечение стенки матки, то в будущем родоразрешение через естественные пути противопоказано
- Осложнения — кровотечение во время и после операции, а также ранняя или поздняя кишечная непроходимость, обусловленная спайками между кишечником и маткой после миомэктомии
- Вероятность повторного возникновения ФМ после миомэктомии зависит от возраста женщины, а также от объёма первоначально проведённой миомэктомии
- Вероятность наступления беременности после миомэктомии — 40%
- Гистерэктомия показана, если женщина не планирует больше иметь детей

- Необходимо провести диагностическое выскабливание полости матки для точного определения причины кровотечения (ФМ или рак эндометрия) ●●
Гистерэктомия полностью устраняет риск повторного возникновения ФМ ●● Нет убедительных данных о повышении риска развития рака в удалённом при гистерэктомии яичнике, поэтому женщинам моложе 40–45 лет яичники необходимо сохранять ●●
Полурадикальные методы оперативного лечения применяют для сохранения менструальной функции у женщин в пременопаузе ●● Дефундацию матки выполняют в тех случаях, когда расположение миоматозного узла позволяет сохранить тело матки без её дна ●● Высокая надвлагалищная ампутация матки — тело матки отсекают значительно выше внутреннего зева ●● Лоскутный метод по А.С. Слепых: при надвлагалищной ампутации матки выкраивают и оставляют лоскут эндометрия.

- **Прогноз** • После миомэктомии у ранее бесплодных пациенток в 40% наступает беременность • Повторное возникновение ФМ в течение 10 лет после операции наблюдают в 30% случаев.
- **Беременность** при ФМ возникает у 3–4% пациенток • При небольших размерах опухоли беременность и роды могут протекать без патологии • В I и особенно во II триместрах происходит быстрый рост миоматозного узла. В III триместре рост незначителен • Осложнения •• Угроза прерывания беременности (30% случаев) •• Токсикозы •• Несвоевременное излитие околоплодных вод •• Гипотрофия, гипоксия плода, деформация различных частей плода •• Неправильное положение плода в матке •• Аномалии родовой деятельности.

