

# **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**(лекция)**

К наиболее часто встречающимся доброкачественными опухолями женских половых органов относятся опухоли яичников и матки.

Одной из причин возникновения опухолей репродуктивной системы женщин является нарушение сложного механизма нейрогуморальной регуляции. Эксперименты показали, что развитие опухоли можно вызвать: длительным воздействием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ); длительной гиперэстрогенией; длительным монотонным воздействием эстрогенов в нормальных или даже сниженных дозах. Временное снижение эстрогенной функции яичников может наступить: при воспалении придатков матки, инфекционных заболеваниях, недостаточности питания. Все эти факторы могут быть причиной нарушения гормональных соотношений в организме женщины, что может являться причиной возникновения опухолевого процесса. Возможно изменение чувствительности тканей к действию нормальных концентраций гормонов, что также может явиться причиной возникновения опухолей.

Объемные образования яичников составляют 25% всех заболеваний женских половых органов, причем на долю доброкачественных образований приходится 75-87% всех истинных опухолей яичников.

Имеется много классификаций опухолей яичников, построенных по клиническому, клинико-морфологическому и гистологическому принципу, но не одна из них полностью не удовлетворяет требованиям клиницистов. В настоящее время используется гистологическая классификация доброкачественных опухолей яичников (ВОЗ, 1977).

## **1) Эпителиальные опухоли:**

- а) серозные (цистаденома и папиллярная цистаденома, поверхностная папиллома, аденофиброма и цистаденофиброма);
- б) муцинозные (цистаденома, аденофиброма, аденофиброма и цистаденофиброма);
- в) эндометриоидные (аденома, цистаденома, аденофиброма и цистаденофиброма);
- г) светлоклеточные или мезонефроидные (аденофиброма);
- д) опухоли Бреннера (доброкачественные);
- е) смешанные эпителиальные опухоли (доброкачественные).

## **2) Опухоли стромы полового тяжа: текома, фиброма.**

## **3) Герминогенные опухоли: дермоидные кистомы, струма яичника.**

## **4) Опухолевидные процессы яичников:**

- а) лютеомы беременности;
- б) гиперплазия стромы яичника и гипертекоз;
- в) массивный отек яичника;
- г) единичная фолликулярная киста и киста желтого тела;
- д) множественные фолликулярные кисты (поликистоз яичников);
- е) множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и/или желтого тела;
- ж) эндометриоз;
- з) поверхностные эпителиальные кисты, включения (герминальные кисты, включения);
- и) простые кисты;
- к) воспалительные процессы;
- л) параовариальные кисты.

Приведенная классификация не очень удобная для использования в клинической практике, но гистологический тип опухоли яичников является одним из основных прогностических факторов, влияющих на выживаемость больных и определяющих объем оперативного вмешательства.

Согласно международной классификации болезней X доброкачественные новообразования яичников шифруются D28.

Клиническая картина доброкачественных опухолей яичников не имеет характерной симптоматики.

Жалобы неспецифичны. Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли. Наиболее частой жалобой больных с опухолями яичников являются боли. Локализация боли чаще в низу живота, в пояснице, иногда в паховых областях. Боли тупые, ноющего характера (острые боли возникают только при осложнениях: перекрут ножки опухоли или разрыв опухоли). Боли не связаны с менструацией, возникают вследствие раздражения или воспаления серозных покровов опухоли, спазма гладкой мускулатуры половых органов, нарушения кровообращения.

Характер болевых ощущений зависит от индивидуальных особенностей центральной нервной системы, определяющих восприятие болевых раздражений. Иннервация половой системы характеризуется значительным развитием рецепторного аппарата, воспринимающего различные по характеру раздражения. Опухоль в яичнике может вызывать раздражение рецепторов половых органов и брюшины малого таза, а также нервных окончаний и сплетений сосудистой системы матки и придатков. Болевой синдром может быть обусловлен натяжением капсулы опухоли, что приводит к раздражению рецепторного аппарата и нарушению кровоснабжения стенки опухоли, что само по себе тоже может вызывать болевые ощущения.

Часто больные жалуются на запоры и расстройства мочеиспускания, при значительных размерах опухоли больные отмечают чувство тяжести внизу живота и увеличение объема живота. Нередко основной жалобой является бесплодие. У значительного числа больных нет никаких симптомов заболевания и они длительное время являются носительницами новообразования, не подозревая об этом, потому что на ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно, даже при появлении первых симптомов заболевания некоторые больные не обращаются к врачу, хотя при опросе выявляется, что те или иные симптомы заболевания имели место давно.

Обычно длительность существования опухоли практически неизвестно, поскольку, как правило, к лечению больных приступают тогда, когда опухоль можно пропальпировать или выявить с помощью дополнительных методов исследования.

Доброкачественные опухоли яичников нередко сочетаются с хроническим воспалением придатков матки.

Менструальная функция у больных с доброкачественными опухолями яичников часто характеризуется различными нарушениями. Генеративная функция у этих больных снижена или имеется бесплодие, что может быть обусловлено нарушениями в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, вызвано непроходимостью маточных труб или изменением их функции в связи с наличием опухоли в малом тазе.

**Серозные или цистоэпителиальные опухоли** делятся на гладкостенные и папиллярные, которые, в свою очередь, подразделяются на инвертирующие (сосочки расположены внутри капсулы кистомы) и эвертирующие (сосочки располагаются на наружной поверхности капсулы, при этом опухоль часто приобретает вид цветной капусты).

По клиническому течению гладкостенные и папиллярные опухоли значительно отличаются друг от друга. Гладкостенные опухоли часто однокамерные и односторонние, их легко спутать с фолликулярными кистами яичников.

Папиллярные опухоли часто двусторонние, нередко сопровождаются асцитом, воспалительным процессом в малом тазу, интралигаментарным расположением и разрастанием сосочков по брюшине. Эвертирующую форму опухоли во время операции, как правило, принимают за рак яичника.

**Муцинозные кистомы** многокамерные, отличаются быстрым ростом. Содержимое опухоли – слизеподобная жидкость.

**Фибромы яичника** имеют бобовидную форму, плотные, легко подвергаются некрозу. Часто сопровождаются асцитом, к которому иногда присоединяются анемия и гидроторакс. Эта триада (асцит, гидроторакс и анемия) встречается редко и носит наименование синдрома Мейгса.

**Дермоидные кисты** яичников или зрелые тератомы, как правило, имеют длинную ножку, располагаются спереди от матки, обладают повышенной подвижностью. Опухоли встречаются чаще в молодом возрасте и даже до периода полового созревания. Остальные опухоли чаще возникают в возрасте 40 лет и старше, но не исключается их возникновение и в молодом возрасте.

Гормонопродуцирующие опухоли подразделяются на две группы, которые отличаются друг от друга клиническим течением заболевания.

**Феминизирующие опухоли** яичника (гранулезоклеточные, текаклеточные) вырабатывают в большом количестве эстрогены, и это обуславливает их клинические проявления. У девочек возникают признаки преждевременного созревания, у женщин в зрелом возрасте нарушения менструального цикла и беспорядочные кровотечения. В постменопаузе происходит как бы омоложение организма (сочность слизистой оболочки влагалища, появление кровянистых выделений, высокий кариопикнотический индекс, гиперплазия слизистой оболочки тела матки).

**Маскулинизирующие опухоли** (андробластома, липоидоклеточные опухоли) вырабатывают в большом количестве мужской половой гормон тестостерон, что приводит к исчезновению менструаций, гирсутизму, бесплодию в поздних стадиях заболевания, облысению, изменению тембра голоса.

Диагноз опухоли яичника устанавливают на основании опроса больной и данных бимануального исследования. Женщины предъявляют жалобы на ноющие боли внизу живота, обычно больше в той стороне, где находится опухоль, на нерегулярные или болезненные менструации, бесплодие, при значительных размерах опухоли отмечают увеличение живота в размере и нарушение функции смежных органов (расстройства мочеиспускания и дефекации).

При бимануальном исследовании в малом тазу определяются образования различной величины и формы (в зависимости от характера опухоли).

Кистомы, как правило, располагаются сбоку или позади матки. Дермоидные кисты, обладая длинной ножкой, подвижны и нередко определяются спереди от матки. Часто неизменная матка располагается на опухоли как на подушке. Серозные, гладкостенные опухоли тугоэластичные, тонкостенные. Папиллярные эвертирующие опухоли могут иметь причудливую форму. При сжатии их между пальцами создается впечатление "хруста снега". Подвижность их часто ограничена.

Муцинозные кистомы имеют шаровидную, бугристую поверхность. Фибромы плотные, как правило, подвижные, чаще односторонние.

Пальпаторно, как правило, можно определить: размер и консистенцию, характер поверхности опухоли, ее местоположение и взаимоотношение с органами малого таза.

Установление диагноза до операции необходимо, так как это позволяет:

- определить объем вмешательства;
- характер предоперационной подготовки;
- определить хирурга соответствующей квалификации.

Доброкачественную опухоль следует дифференцировать от злокачественной опухоли яичника, особенно в I и II стадии распространения процесса. Рак яичника может ничем не отличаться от кистомы, тем более если он возник в кистоме. За доброкачественную опухоль яичников можно принять метастатический рак яичников – так называемую опухоль Крукенберга. Первичный очаг при этом может локализоваться в любом органе, но чаще в желудочно-кишечном тракте



Кистому яичников до операции трудно дифференцировать от фолликулярной кисты, так как признаки, которые обычно учитывают присущи и кистомам.

Кисты, как правило, невелики, но и кистомы вначале могут иметь небольшие размеры. Кисты яичников часто располагаются сбоку и спереди от матки. Фолликулярные кисты пальпируются как тонкостенные кистозные образования, подвижные, малоболезненные при пальпации. Диаметр образования, как правило, не превышает 10 см, форма округлая. Поскольку фолликулярную кисту нередко нельзя отличить от кистомы, показано оперативное лечение. При подозрении на кисту желтого тела можно провести наблюдение за больной в течение 2-3 месяцев. Если образование не рассасывается, то показано оперативное лечение. Опухоли яичника необходимо дифференцировать от эндометриоидных кист, для которых характерны резкие боли до и во время менструации, иногда симптомы раздражения брюшины, так как происходит микроперфорация кист с попаданием их содержимого в брюшную полость. Это же обуславливает наличие спаечного процесса, который почти всегда сопутствует эндометриоидным кистам, ограничивая их подвижность. Эндометриоидные кисты располагаются сбоку или позади матки и в результате спаечного процесса нередко составляют с маткой единый конгломерат. Размеры эндометриоидных кист меняются в зависимости от фазы менструального цикла, чего не наблюдается при опухолях яичников. Это является важным диагностическим признаком.

При наличии эндометриоидных кист также показано оперативное лечение. Истинную опухоль необходимо дифференцировать с опухолевидным образованием воспалительной этиологии.

В пользу воспалительного процесса свидетельствуют следующие данные.

- 1) Возникновение заболевания после родов, абортов или с началом половой жизни.
- 2) Наличие в анамнезе обострений воспалительного процесса.
- 3) Бесплодие.
- 4) Определение при бимануальном исследовании в области придатков матки болезненных образований с нечеткими контурами.
- 5) При наличии гнойного tuboovариального образования с возникновением перфорации и попаданием в полость малого таза гнойного содержимого имеются симптомы раздражения брюшины, лихорадка, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Противовоспалительная терапия может расцениваться и как диагностический тест. Если под воздействием лечебного фактора рассасывание образования не происходит, то нельзя исключить опухоль и показано оперативное вмешательство.

Но развитие опухоли нередко сопровождается перифокальным воспалением, поэтому даже если противовоспалительная терапия приводит к уменьшению образования и улучшению самочувствия, а образование приобретает более четкие контуры следует думать об опухоли и необходимо оперативное лечение.

Опухоль яичника необходимо дифференцировать от **синдрома гиперстимуляции яичника**, который возникает под влиянием гормональных препаратов, применяемых для стимуляции овуляции (кlostилбигид, кломифенцитрат). При этом яичник увеличивается (иногда значительно), появляются боли, в более тяжелых случаях даже асцит и симптомы острого живота. Диагностике этого состояния способствует указание женщины на прием препаратов для стимуляции овуляции.

Истинную опухоль яичника часто необходимо дифференцировать от **параовариальной кисты**, которая представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, тугоэластичной консистенции, расположенное сбоку и спереди от матки. Отдифференцировать параовариальную кисту от овариального образования удастся лишь в тех случаях, когда на нижнем полюсе или рядом с опухолевидным кистозным образованием пальпируется неизмененный яичник.

Опухоль яичника следует отличать от миомы матки. Наличие миоматозного узла исходящего из тела матки, явный переход шейки матки непосредственно в опухоль, когда движения шейки матки передаются на опухоль подтверждают диагноз миоматозного узла. Миоматозный узел более плотный по консистенции чем опухоль яичника. Миома матки сопровождается гиперполименореей, тогда как при кистах яичника кровотечений, как правило, нет. В сложных клинических случаях уточнить диагноз позволяет ультразвуковое исследование матки и придатков.

При наличии кистомы размеры яичника обычно увеличены за счет жидкостного образования с четкими контурами с гомогенным или негомогенным содержимым (при наличии пристеночного роста папиллярных образований внутри кистомы или внутренних перегородок), которое определяется отдельно от матки. При миоме матки размеры матки увеличены, контуры ее неровные (бугристые), четкие, структура миометрия очагово или диффузно неоднородная за счет наличия в стенке миоматозных узлов, структура которых тоже может быть неоднородной за счет дистрофических изменений в узле. При УЗИ затруднена диагностика субсерозного миоматозного узла и кистомы плотного строения на основе различной плотности тканей.

Самым тяжелым осложнением доброкачественных опухолей яичника является возникновение в них злокачественного роста. Наиболее опасны с этой точки зрения цилиоэпителиальные папиллярные кистомы. Значительно реже наблюдается злокачественный рост муцинозных кистом и редко – дермоидных кист яичников.

Уловить момент возникновения злокачественного роста трудно, поэтому у женщины у которой имеется опухоль яичника, необходимо своевременно удалять ее, то есть сразу при обнаружении обследовать и в плановом порядке направлять их на оперативное лечение. Женщины с кистой яичника не наблюдаются на диспансерном учете до удаления, только после операции.

Перекрут ножки опухоли яичника происходит при физической нагрузке или подъеме тяжести. Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутых воронкотазовой и собственной связок яичника и части заднего листка широкой связки яичника. В ножке кистомы проходят сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка – образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего в хирургическую ножку, помимо анатомической, входит растянутая в длину маточная труба.

При полном перекруте ножки опухоли резко нарушается кровоснабжение и питание опухоли, возникают кровоизлияния и некроз. Клинически это проявляется картиной острого живота. Внезапные резкие боли, дефанс передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, нередко тошнота или рвота, парез кишечника, задержка стула, реже понос. Температура тела повышена, пульс частый, отмечают бледность, холодный пот, тяжелое общее состояние, снижение артериального давления. Может произойти перекрут ножки любой кистомы. Подвижные опухоли, не спаянные с окружающими органами наиболее опасны в этом отношении. При перекруте опухоль увеличивается за счет кровоизлияния и отека. Так как стенка артерий, питающих опухоль, имеет мышечный слой, а вены его не имеют, то при перекруте ножки опухоли артерии пережимаются в меньшей степени, чем вены и приток крови к опухоли сохранен, хотя и значительно уменьшен, а оттока крови по венам почти нет, происходит застой крови в венах, отек, кровоизлияние в капсулу кистомы, сдавление участков тканей опухоли с последующим их некрозом, так как с увеличением отека сдавливаются и артерии. Попытки смещения опухоли при бимануальном исследовании вызывают резкую болезненность. В этих случаях больные нуждаются в срочной операции – удалении опухоли. Промедление с операцией приводит к омертвлению опухоли, присоединению вторичной инфекции, сращению с соседними органами, ограниченному перитониту, что в дальнейшем значительно осложняет неизбежную операцию.

Нагноение стенки или содержимого опухоли возникает довольно редко. Инфекция может проникнуть в опухоль из кишечника лимфогенным путем. Не исключается возможность гематогенной инфекции. При образовании гнойника образуются перифокальные спайки. Гнойник может прорваться в прямую кишку или мочевого пузыря, вследствие чего появляются свищи. Нагноение опухоли сопровождается симптомами гнойной инфекции (озноб, высокая температура тела, лейкоцитоз, признаки раздражения брюшины).

Разрыв капсулы кисты иногда может быть результатом травмы. Грубое исследование при наличии хрупкой капсулы может привести к ее разрыву. Разрыв оболочки вызывает острые боли, шок, кровотечение. При разрыве капсулы опухоль во время исследования перестает определяться. Разрыв капсулы кистомы может привести к имплантации элементов опухоли по брюшине. Особенно опасен разрыв муцинозной кистомы яичника.

Установление диагноза опухоли яичника диктует необходимость оперативного вмешательства. Объем операции зависит от возраста больной, характера опухоли, наличия сопутствующих заболеваний.

При решении вопроса об объеме оперативного вмешательства при доброкачественной опухоли яичника возникают противоречия между необходимостью онкологической настороженности и проведением принципа разумного консерватизма.

Консервативной операцией на яичнике следует считать удаление опухоли и оставление здоровой ткани яичника с дальнейшим формированием его. Объем операции зависит от возраста женщин. Молодым женщинам рекомендуется производить одностороннюю овариотомию. Это возможно в том случае, когда имеется возможность выполнить патогистологическое исследование ткани удаленной опухоли *in situ*, то есть пока еще идет операция. В тех случаях, когда это сделать невозможно, с целью профилактики рака выполняют пангистерэктомию или надвлагалищную ампутацию матки с придатками при неизменной шейке матки. Некоторые авторы считают, что удаление пораженного яичника является правомочной операцией и что в дальнейшем функция удаленного яичника полностью компенсируется деятельностью оставшегося. Яичник является одним из звеньев в цепи гормональной регуляции гипоталамус-гипофиз-яичник. Наличие обратной связи в этой цепи при удалении даже одного яичника приводит к снижению эстрогенной функции, что сразу же опосредованно через гипоталамические центры отражается на гонадотропной функции гипофиза. После одностороннего удаления яичника отмечаются не только нарушения менструальной и генеративной функции, но и нейро-вегетативные расстройства. Поэтому необходимо необычайно бережно относиться к яичнику как половой железе, играющей большую роль в жизнедеятельности женского организма. После консервативных операций на яичнике с сохранением хотя бы небольшого его участка менструальная и генеративная функции страдают значительно меньше, чем после односторонней овариотомии (полного удаления яичника). Несмотря на большие размеры опухоли, если во время операции у женщины в репродуктивном возрасте выявляются неизмененные участки ткани яичника, показана консервативная операция.

*Противопоказаниями к проведению консервативных операций на яичниках* являются:

1. Перекрут ножки опухоли.
2. Нагноение и инфицирование кистомы.
3. Обширные спайки в малом тазу.
4. Межсвязочное расположение опухоли.

Полностью удалять яичник приходится в том случае, если в процессе операции не удастся сохранить питание участка неизменной овариальной ткани. Удаление яичников у женщин в возрасте 45 лет и старше также не безразлично для женщины и может вызвать развитие посткастрационного синдрома. Необходимо бережно относиться к яичникам в любом возрасте.

*Показания к операции при наличии доброкачественных опухолей яичников* можно сформулировать следующим образом:

1. Установление диагноза опухоли яичника является показанием к оперативному лечению в плановом порядке.
2. Подозрение на опухоль яичника и невозможность уточнить диагноз при применении дополнительных методов исследования. В этих случаях операцию следует расценивать как диагностическую лапаротомию.
3. Наличие опухолевидного образования воспалительной этиологии, которое не поддается длительной консервативной терапии наводит мысль на возможность опухоли яичника.

Придатки матки удаляют у молодых женщин при наличии противопоказаний к консервативной операции на яичниках или у женщин в климактерическом периоде или постменопаузе.



*Показанием к двустороннему удалению придатков матки (включая и пангистерэктомию и надвлагалищную ампутацию матки с придатками)* является:

- подозрение на злокачественный процесс в яичниках;
- двусторонние опухоли у женщин в климактерии и постменопаузе.

Операции на яичниках производят абдоминальным путем. Это обусловлено прежде всего необходимостью ревизии органов брюшной полости, так как никогда нельзя с точностью определить характер опухоли без ее патогистологического исследования.

Отдаленные результаты лечения больных после удаления доброкачественных опухолей яичника благоприятны с точки зрения сохранения трудоспособности. Нарушения менструальной и генеративной функции коррелируют с количеством удаленной ткани яичника. Удалять опухоли яичников можно и при лапароскопии.

Лапароскопия является окончательным этапом в диагностике овариальных образований, так как позволяет осуществить их визуальную оценку при увеличении, а в подозрительных на рак кистозных образованиях провести аспирацию содержимого и исследовать путем цистоскопии их внутреннюю структуру.

**Серозные и муцинозные цистаденомы** обнаруживаются при лапароскопии в виде овоидных образований, исходящих из толщи яичника. Ткань яичника растянута на опухоли и повторяет ее контуры. Обычно **серозные цистаденомы** однокамерные, тонкостенные с гладкой блестящей наружной поверхностью серовато-голубоватого цвета. При инструментальной пальпации определяется податливая капсула, наполненная жидкостью, которая сжимается при надавливании манипулятором и тут же выпрямляется. Серозные цистаденомы могут быть гладкостенными и папиллярными. Содержимое их серозное, прозрачное.

**Папиллярные цистаденомы** могут располагаться интралигаментарно, что требует их дифференциации от параовариальных кист. Папиллярные разрастания чаще имеют инвертирующий рост, незаметны при внешнем визуальном осмотре образования, и внешне образование не отличается от гладкостенной серозной опухоли. После вскрытия цистаденомы, аспирации ее содержимого, при осмотре внутренней стенки капсулы определяются сосочковые разрастания желто-белого цвета. Возможен экстравертирующий рост папиллярных разрастаний. При выявлении папиллярных разрастаний биоптат опухоли должен быть подвержен срочному интраоперационному гистологическому исследованию для исключения злокачественного процесса. Проводить цитологическое исследование кистозного овариального содержимого не имеет смысла, так как его исследование не дает представления о гистоструктуре опухоли. Только гистологический диагноз овариального образования можно принять за окончательный диагноз и решить вопрос о возможном расширении оперативного вмешательства и переходе на лапаротомию. Точность лапароскопической диагностики серозных цистаденом составляет 95%.

**Муцинозные цистаденомы** имеют стенки неравномерной толщины и гладкую неровную поверхность из-за часто встречающейся многокамерности. В зависимости от толщины капсулы и цвета содержимого в различных камерах они бывают серо-розового цвета, коричневатого, серо-голубого цвета. Содержимое муцинозных кистом вязкое, мутное. При надавливании манипулятором часть цистаденомы податливая, часть — тугоэластичная, что связано с различным наполнением камер муцином. Часто муцинозные цистаденомы сходны по внешнему своему виду с серозными, особенно при размерах образований до 5-6 см, и различаются только по содержимому. Точность лапароскопической диагностики муцинозных цистаденом составляет 100%.

При сочетании муцинозной и серозной цистаденомы в одном образовании, то есть диморфных цистаденомах, а также при сочетании цистаденомы с опухолевидными кистозными процессами, то есть многокамерных полиморфных образованиях, хирургический диагноз: цистаденома яичника.

**Зрелые кистозные тератомы или дермоидные кисты**, имеют вид серовато-белесоватых образований округлой и овальной формы с гладкой наружной поверхностью и разнородной консистенцией: частично — плотной, частично — мягко-эластичной. Соотношение кистозной и плотной частей разное. В большинстве случаев преобладает кистозная часть. Капсула опухоли над кистозной частью чаще всего тонкостенная, но иногда средней плотности и плотная. Содержимое кистозной части представлено жиром различной плотности и цвета, слизью, волосами, иногда костными фрагментами. Плотная часть тератомы частично срастается с тканью яичника, и поэтому на границе кистозной и плотной частей капсула опухоли может быть наиболее подвержена повреждению при выделении. Точность лапароскопической диагностики зрелой кистозной тератомы составляет 94%.

**Эндометриоидные кисты яичников** определяются в виде овоидной формы образований с плотной ровной капсулой с синеватым оттенком, окруженные, как правило, сращениями. Инструментальная пальпация свидетельствует об их эластичной консистенции. Эндометриоидные кисты яичников обычно располагаются позади матки, малоподвижны и сращены с задней поверхностью матки, задним листком широкой связки, брюшиной яичниковой ямки и позадиматочного пространства. Отсутствие сращений около эндометриоидных кист встречается редко и обычно бывает при их малых размерах. При выделении кист из сращений они вскрываются в 97% случаев. При этом изливается густое темно-коричневого цвета содержимое, напоминающее по внешнему виду горячий шоколад. Однако в 17% случаев содержимое эндометриоидных кист может быть серозным, что затрудняет их дифференциальную диагностику с фолликулярными, простыми и лютеиновыми кистами. Диагноз эндометриоидных кист при лапароскопии ставится в 92% случаев.

**Фолликулярные и простые кисты яичников** сходны и представляют собой тонкостенное, эластичное, с гладкой наружной и внутренней поверхностью, однокамерное или многокамерное, подвижное образование, наполненное однородной прозрачной жидкостью, располагающееся сбоку от матки. В некоторых случаях содержимое кист может быть серозно-геморрагическим или шоколадного цвета при наличии старых кровоизлияний. Правильный диагноз фолликулярной кисты ставится при лапароскопии в 86% случаев.

**Кисты желтого тела** имеют вид толстостенных овоидных образований, часто рыхлых, внутренняя поверхность которых с желтоватым оттенком, складчатая, содержимое светлое, прозрачное или шоколадного цвета при наличии старых кровоизлияний. Правильный диагноз возможно поставить у 80% больных.

**Параовариальные кисты** имеют вид однокамерных образований с выраженным сосудистым рисунком, со светлым содержимым, располагающимся между листками широких связок матки. Диагностика параовариальных кист наиболее проста из-за их местонахождения, точность ее составляет 100%. Однако следует помнить, что серозные цистаденомы, располагающиеся интралигаментарно, сходны с параовариальными кистами. В этих случаях выделяется следующий дифференциально-диагностический признак: если кистозное образование между листками широких связок на небольшом протяжении плотно прилегает к брыжеечно-яичниковому краю яичника — это серозная цистаденома, если образование с яичником не связано — параовариальная киста.

Спаечный процесс с образованием кистозных полостей в малом тазу или **серозоцеле** характеризуется спаечным процессом вокруг половых органов. В сращениях определяется эластической консистенции образование с нечеткими границами. При бимануальном исследовании серозоцеле может не пальпироваться даже при значительном размере. Методы визуализации (сонография, томография) позволяют выявить образование, однако правильный диагноз возможен только при лапароскопии. При рассечении плотных сращений изливается прозрачная жидкость и обнаруживается, что опухолевые образования яичников отсутствуют, а имеется полость неправильной формы, в которой замурован нормальный яичник или яичник вообще не определяется, иногда в полость серозоцеле опорожняется гидросальпинкс.

Лапароскопия дает детальную увеличенную визуальную картину, характерную для каждой доброкачественной опухоли и каждого опухолевидного образования, однако в ряде случаев внешняя схожесть овариальных образований затрудняет их дифференциальную диагностику. Поэтому в 100% случаев должно проводиться гистологическое исследование операционных материалов, и окончательный диагноз выставлять необходимо только после получения гистологического ответа.

Удаление образований яичников лапароскопическим доступом показано при любом размере образования. Размеры образования имеют значение лишь в техническом плане при выполнении лапароскопии.

Объем лапароскопических операций на яичниках при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников тот же, что и при традиционном лапаротомическом доступе:

- резекция яичников — отрезание части яичника с оставлением здоровой ткани;
- пункция и аспирация содержимого кисты с коагуляцией капсулы кисты;
- цистэктомия — вылушивание и удаление капсулы кисты из ткани яичника;
- цистовариоэктомия — полное удаление яичника с кистой;
- цистосальпингоовариоэктомия — полное удаление яичника с кистой и маточной трубой;
- вылушивание параовариальной кисты;
- разделение спаек и опорожнение серозоцеле.

Современные методики лапароскопических операций на яичниках осуществляются с применением различных энергий (механической, электрической, лазерной, волновой) и позволяют проводить основные хирургические приемы по рассечению тканей, а также осуществлять гемостаз раневых поверхностей посредством коагуляции без применения шовного материала. Дополнительная обработка ложа кистозного образования одним из видов энергии повышает абластичность выполнения операций. Ушивание яичника производится только по специальным показаниям.

Методологические особенности лапароскопических операций обеспечивают ряд их преимуществ по сравнению с лапаротомическими, в особенности при выполнении органосохраняющих оперативных вмешательств на яичниках у девочек-подростков и женщин, заинтересованных в реализации репродуктивной функции:

– **во-первых**, оперативное вмешательство проводится в условиях закрытой брюшной полости без использования шовного материала или с минимальным его применением, при постоянном орошении оперируемых тканей раствором фурацилина, с наложением в конце операции гидроперитонеума, что приводит к резкому снижению по сравнению с лапаротомическим доступом постоперационных воспалительных осложнений и постоперационного спаечного процесса, а также гораздо меньшему применению лекарственных препаратов;

– **во-вторых**, выполнение операций при лапароскопическом доступе на микрохирургическом уровне при оптическом увеличении в 7-8 раз приводит к гораздо меньшей травматизации оперируемых тканей яичника и большей возможности осуществления органосохраняющих операций, и, следовательно, сохранению репродуктивной, менструальной и сексуальной функций женщин;

– **в-третьих**, доступ к органам малого таза при лапароскопии осуществляется путем проколов передней брюшной стенки в трех или четырех точках, а при лапаротомии — путем непрерывного рассечения всех слоев передней брюшной стенки на расстоянии 8-10 см, таким образом лапароскопический доступ имеет явно преимущественный косметический эффект и создает, несомненно, лучшие условия для вынашивания в последующем беременностей и родов;

– **в-четвертых**, применение лапароскопического доступа приводит к гораздо более быстрой физической и социальной реабилитации больных после операции — болевой синдром купируется в течение суток, развитие паретического состояния кишечника практически отсутствует, нормализация температурной реакции происходит в 2,5 раза быстрее, чем после лапаротомии, более гладкое течение послеоперационного периода приводит к сокращению пребывания больных в стационаре, которое после лапароскопии составляет 1-5 дней, в среднем 3 дня, тогда как после лапаротомии в среднем — 8 дней.

Таким образом, лапароскопический доступ является «золотым» стандартом в диагностике и органосохраняющем хирургическом лечении кистозных доброкачественных опухолей и опухолевидных образований. Основанием для отказа от лапароскопии является обоснованное подозрение на злокачественный процесс и противопоказания со стороны сопутствующих соматических заболеваний для анестезиологического обеспечения при операции.



## Миома матки

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов и выявляется у 20-25% женщин репродуктивного возраста.

Согласно современным представлениям миома матки не является истинной опухолью, ее следует рассматривать как доброкачественную, то есть гормонально контролируемую гиперплазию мышечных элементов мезенхимального происхождения.

Основным пусковым механизмом, в результате которого комбиальные клетки гладкомышечной ткани миометрия приобретают способность к пролиферации, является гипоксия, связанная с нарушениями микроциркуляции. При экспериментально созданной гиперэстрогении в матке отмечается выраженное нарушение капиллярного кровообращения с последующей гипертрофией миометрия и развитием миомы.

Морфогенез и дальнейший рост миоматозного узла проходят три стадии развития:

I – образование активной зоны роста в миометрии. Активные зоны располагаются вблизи микрососудов и характеризуются высоким уровнем обмена и сосудистотканевой проницаемости, что способствует развитию опухоли.

II – роста опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (микроскопически определяемый узел).

III – роста опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узел).

Морфоструктура миомы матки не постоянна. В зависимости от количества мышечных элементов, степени их пролиферации, дифференцировки и наличия признаков атипии выделяют три формы миомы матки: простую, пролиферирующую, предсаркоматозную.

В простой миоме митозы отсутствуют. В пролиферирующей миоме митотическая активность повышена, она в 2 раза чаще диагностируется у больных с быстрорастущими опухолями, чем при умеренном и медленном темпе их роста. Предсаркоматозную миому от пролиферирующей отличает наличие мультицентрических очагов пролиферации с явлениями атипии (неоднородность ядер клеток с крупными гиперхромными ядрами круглой и овальной формы).

Большое значение в патогенезе гиперпластических процессов миометрия придается центральному механизму. Предполагают, что в основе развития миомы матки лежит синдром психоэмоционального напряжения, приводящий к срыву адаптационно-компенсаторных реакций на различных уровнях кальцевой системы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка вследствие нарушения макро- и микроциркуляции, тканевой гипоксии.

Соответственно уровню повреждения можно выделить три патогенетических варианта возникновения и развития миомы матки:

I – обусловлен нарушением функции гипоталамо-гипофизарной системы (с увеличением или уменьшением продукции гонадотропинов).

II – опухоль развивается на фоне нарушенной функции яичников.

III – опухоль сопровождается нарушением, преимущественно функции и структуры, рецепторного аппарата матки, что, как правило, является следствием абортов, ручных и инструментальных исследований матки, длительного использования ВМС.

Опухоль возникает межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются следующие виды узлов матки: интерстициальные (в толще стенки матки); подбрюшинные (растущие в сторону брюшной полости); подслизистые (растущие в сторону слизистой оболочки матки).

Вокруг миоматозного узла образуется капсула из мышечных и соединительно-тканых элементов стенки матки. Капсула подбрюшинных узлов образована также за счет брюшинного покрова матки. Подслизистые узлы имеют капсулу из мышечного слоя и слизистой матки. В 80% случаев встречаются множественные миомы матки с различным числом узлов, неодинаковой величины и формы.

Подбрюшинные узлы могут быть связаны с телом матки широким основанием или растут непосредственно под брюшиной и связаны с маткой только ножкой. Такие узлы очень подвижны и ножки легко подвергаются перекручиванию. Подслизистые узлы встречаются у каждой десятой больной с миомой матки.

В 95% случаев миома развивается в теле матки и лишь в 5% в шейке матки. Миома шейки матки растет забрюшинно. Тело матки нередко остается неизмененным и располагается на верхнем полюсе этой опухоли. Низко расположенные миоматозные узлы исходящие из тела матки также могут располагаться забрюшинно или межсвязочно. Они отмечаются малой подвижностью.

Е.М. Вихляева и Л.Н. Василевская, Т.А. Паллади относят к числу **факторов риска развития миомы матки** следующие особенности анамнеза и данные объективного исследования:

1. Наследственная предрасположенность (миома матки, другие опухоли половых органов, мастопатия у родственниц первого и второго поколения).

2. Нарушения менструальной функции начиная с менархе, в том числе сочетающиеся с половым инфантилизмом.

3. Расстройства менструальной функции не поддающиеся излечению, особенно в сочетании с нарушениями углеводного, липидного и других видов обмена (ожирение, диабет).

4. Рецидивирующие воспалительные заболевания внутренних половых органов, способствующие нарушению функции яичников.

5. Неоднократные диагностические выскабливания слизистой оболочки тела матки и искусственные аборты, следствием которых могут быть воспалительные заболевания матки и изменения рецепторного аппарата эндометрия.

6. Экстрагенитальные заболевания способствующие нарушению функции яичников и других желез внутренней секреции.

Подбрюшинные опухоли небольших размеров могут иметь бессимптомное течение, т.е. женщины не предъявляют жалоб.

При наличии множественной миомы матки с интерстициальным расположением узлов происходит растяжение полости матки и увеличение менструирующей поверхности. Вследствие этого увеличивается количество крови теряемой во время менструации. Кроме того нарушается сократительная способность матки. Особенно сильные кровотечения возникают при миомах с центринатальным ростом и подслизистым расположением узлов. Для такого расположения миом характерны не только длительные и обильные менструации, но и наличие межменструальных кровотечений, которые также могут быть обусловлены нарушением функции яичников, что подтверждается выявляемой гиперплазией эндометрия.

Маточное кровотечение может быть обусловлено и сопутствующей патологией: стромальной гиперплазией яичников; кистозной дегенерацией; воспалением придатков матки; внутренним эндометриозом; гормонопродуцирующими опухолями яичников.

Появление кровотечения у женщин с миомой матки в постменопаузе свидетельствует о патологии: яичников (феминизирующая опухоль или стромальная гиперплазия яичников); эндометрия (рак, гиперплазия, полипоз).

У таких больных обязательно проведение диагностического выскабливания слизистой полости матки.

Болевой синдром вызывается натяжением связочного аппарата матки, растяжением ее брюшинного покрова, а также давлением растущей опухоли на окружающие органы.

Давление на соседние органы зависит от расположения и направления роста узлов.

Исходящие из передней стенки матки узлы даже небольших размеров давят на мочевой пузырь, вызывая дизурические явления. Интралигаментарно расположенные опухоли вызывают сдавление мочеточников с последующим развитием гидроуретера, гидронефроза и пиелонефрита.

Давление на прямую кишку обуславливают нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

При миоме матки и подслизистым расположением узла боли могут носить схваткообразный характер. Подслизистые миоматозные узлы на ножке могут появляться во влагалище, что сопровождается резкими болями и усилением кровотечения. Редким осложнением вследствие рождения миоматозного узла является выворот матки.

Миомы матки, как правило, растут медленно. Быстрое увеличение опухоли подозрительно в отношении малигнизации. При неосложненных миомах болевой синдром выражен слабо, боли могут стать доминирующим симптомом при появлении осложнений в виде: некроза, перекручивания ножки миоматозного узла, спаек с тазовой брюшиной, при воспалительных процессах придатков матки или остаточных явлениях воспаления тазовой брюшины.

Диагностируют миому матки на основе данных анамнеза (наличие нарушений менструаций, искусственных абортов, соскобов слизистой полости матки, кровотечения по время родов и внутриматочные манипуляции при этом). Жалоб больных на боли внизу живота и обильные длительные менструации, а также исходя из результатов бимануального исследования).

Пальпируются плотные опухоли, иногда с множественными узлами с гладкой наружной поверхностью, чаще подвижные, иногда подвижность опухоли ограничена из-за ее величины, спаечного процесса в полости малого таза.

Большое значение имеют дополнительные инструментальные методы исследования (УЗИ, гистерография, гистероскопия).

Миому матки необходимо дифференцировать с саркомой матки; рака эндометрия; доброкачественной или злокачественной опухолью исходящей из яичника; воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки; с беременностью.

При наличии длительных кровянистых выделений необходимо дифференцировать миому матки и рак эндометрия. Следует иметь в виду, что эти заболевания могут сочетаться. Уточнить диагноз позволяет диагностическое выскабливание слизистой полости матки.

Доброкачественные опухоли яичников – шаровидные или овальные образования тугоэластической консистенции, как правило, они четко пальпируются отдельно от матки. Если трудно определить откуда исходит опухоль, то шейку матки с помощью пулевых щипцов смещают книзу: опухоль исходящая из матки смещается вместе с ней. Эффективными также являются: ультразвуковое исследование матки и придатков; рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума; эндоскопическое исследование.

Подбрюшинный миоматозный узел на ножке легко принять за опухоль яичника. В том и другом случае показана операция.

Трудно дифференцировать миому матки от доброкачественных опухолей яичников при наличии спаечного процесса или при раке яичника, когда опухоли спаены в единый конгломерат. В некоторых случаях такой конгломерат очень напоминает миому матки. При невозможности уточнить диагноз показано пробное чревосечение. При небольших подслизистых миомах матки с наличием кровотечения необходимо дифференцировать их с дисфункциональными маточными кровотечениями, связанными с нарушением функции яичника.

В этих случаях необходимо выполнить диагностическое выскабливание слизистой полости матки, которое позволяет диагностировать подслизистую миому, а при дисфункциональных кровотечениях эта манипуляция является не только диагностической, но и терапевтической и после нее кровотечение, как правило, прекращается. Гистологическое исследование соскоба из полости матки позволяет точно характеризовать состояние эндометрия и определить наличие в нем различных патологических состояний.

Уточнить диагноз позволяют и другие инструментальные методы исследования состояния эндометрия: УЗИ матки (существуют эхографические признаки патологии эндометрия – изменения ширины МЭХО, его структуры, контуров); гистероскопия или гистерография с контрастными веществами.



Миому матки необходимо дифференцировать от беременности при которой матка мягковатой консистенции. Наличие достоверных и вероятных признаков беременности, наличие при УЗИ в полости матки плодного яйца и хорионического гонадотропина в крови или моче помогает уточнить диагноз беременности.

До последнего десятилетия доминировала тактика пассивного наблюдения за больными от момента обнаружения миомы до возникновения показаний к операции. Консервативное лечение должно быть комплексным и направленным на различные звенья патологического процесса с учетом выявленных нарушений и складываться из: лечения сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний; коррекции гормональных и волевических нарушений; лечения анемии; торможения роста опухоли; нейротропного воздействия.

При решении **вопроса о консервативном лечении миомы** следует учитывать три аспекта:

1. Соблюдение максимальной онкологической настороженности на различных этапах наблюдения.
2. Морфофункциональные характеристики опухолевого роста.
3. Специфическую чувствительность ткани миометрия и миоматозных узлов к эндо- и экзогенным гормональным влияниям (эта чувствительность в значительной степени определяется соотношением мышечного и соединительнотканного компонентов в ткани опухоли).

Концентрация рецепторов прогестерона снижается по мере роста опухоли сначала в миометрии, а затем в ткани узла.

**Консервативное лечение миомы матки должно быть комплексным и включать в себя следующие направления.**

**1. Обеспечение диетического питания.** Необходимость этого обусловлена особенностями обмена веществ, частым сочетанием миомы матки с ожирением, нарушением белкового, углеводного, жирового, микроэлементного обмена, нарушением функции печени и органов пищеварения. Рекомендуется строго сбалансированное питание с включением в рацион растительного масла, овощных и фруктовых соков, минеральной воды. Для регуляции обменных процессов назначают микродозы йода, ионы меди и цинка внутрь, парентерально или путем ионофореза на нижние отделы живота. Это способствует нормализации менструальной функции, уменьшению кровопотери, ограничению роста опухоли, улучшению общего состояния.

Г.А. Паллади и соавт. (1986) разработал и с успехом применял методику комплексной витаминотерапии с учетом участия витаминов в циклических процессах. Пентовит – в первую фазу цикла аскорбиновую кислоту на 12-26 сутки цикла, токоферол и ретинолаацетат (Вит. Е и А) во вторую фазу цикла.

Клиника миомы матки характеризуется нейровегетативными нарушениями, изменением психоэмоционального статуса, что является основанием для включения в комплекс лечения мероприятий, направленных на восстановление нейроэндокринной регуляции в высших отделах вегетативной нервной системы.

С этой целью используют седативные препараты транквилизаторы, антидепрессанты.

Большую роль в изменении психоэмоционального статуса играет болевой синдром, устранение которого имеет важное значение для повышения эффективности лечения миомы матки.

При дисменорее используют анальгетики, неспецифические противовоспалительные средства (диклофенак, нимесуид). Изменению функционального состояния коры большого мозга способствуют хронические воспалительные заболевания половых органов, которые нередко сопутствуют миоме матки. Значительные изменения возникают в подкорковых регулирующих центрах, в яичниках, угнетаются иммунологические процессы, нарушается менструальный цикл с гипер- или гипоменструальными проявлениями.

Лечение воспалительных заболеваний является патогенетически обусловленным, проводится в несколько этапов в течение нескольких циклов. Предпочтение отдают средствам, повышающим иммунологическую реактивность организма и обладающих противовоспалительным действием.

Основной целью лечебных воздействий при миоме матки является торможение роста опухоли.

Этот эффект достигается после нормализации гормональных взаимоотношений, обмена веществ, излечения сопутствующих воспалительных процессов.

Тактика консервативного лечения больных миомой матки предусматривает использование гормонов, способствующих восстановлению эндокринного гомеостаза и клеточной рецепции матки. Гормонотерапия возможна как в репродуктивном, так и в климактерическом периоде. Ее можно проводить как перед операцией, так и после нее.

## **Гормональное лечение противопоказано:**

1. При опухолях значительных размеров (свыше 10-12 недель).
2. При подслизистой локализации узлов.
3. При выраженной тенденции к быстрому росту опухоли (подозрение на саркому).
4. Неуточненном диагнозе.
5. Сочетании миомы с беременностью.
6. Сочетании миомы с опухолевыми заболеваниями половых органов.

Для гормонального лечения миом матки используются андрогены, которые являются естественными ингибиторами синтеза эстрогенов, подавляют развитие и созревание фолликула, образование желтого тела, угнетают пролиферацию эндометрия и способствуют его атрофии.

Вместе с тем андрогены обладают и рядом серьезных побочных явлений (гипертрихоз, изменение голоса, задержка менструации). Это ограничивает их применение, особенно у молодых женщин.

Для лечения миомы матки, как в репродуктивный, так и в перименопаузальный период наиболее часто применяют гестагены, относящиеся к производным норстероидного ряда.

Наибольший уровень эстрогенных рецепторов обнаруживается в ткани эндометрия, а в узлах миомы наблюдается отчетливая тенденция к повышению их количества по сравнению с неизменным миометрием, что свидетельствует о чувствительности к эстрогенным влияниям не только миометрия, но и ткани опухоли. Поэтому препараты, оказывающие антиэстрогенное действие на клетки, содержащие эстрагеновые рецепторы способны в той или иной степени тормозить рост опухоли.

Аналоги норэтистерона (нарколут) назначают в дозе 5 мг/сут с 16 по 25-ые сутки или с 5-го по 25 день менструального цикла в течение 6-9 месяцев.

При лечении женщин климактерического возраста предпочтение отдают комбинированным эстроген-гестагенным препаратам, содержащим в качестве гестагенного компонента производные норстероидного ряда. Миома матки часто сочетается с наружным и внутренним эндометриозом. В этих случаях целесообразно назначать даназол – синтетический стероид (производное 17  $\beta$ -этинилтестостерона), который обладает активным антигонадотропным действием и не имеет эстрогенных и гестагенных свойств. Механизм лечебного эффекта даназол (данола) связан с торможением секреции ФСТ и ЛГ гипофизом по механизму отрицательной обратной связи, поскольку этот препарат обладает выраженным сродством к рецепторам половых гормонов в гипоталамусе и гипофизе. Даназол эффективен в дозах 200-800 мг/сут. Рекомендуется начинать лечение с 400 мг/сут., после чего, в зависимости от результатов, дозу можно повысить или снизить. Продолжительность приема препарата составляет, как правило, 6 месяцев. Иногда длительность курса увеличивают до 9-12 месяцев.

Имеются данные о торможении роста и регрессии миомы с помощью другого стероидного препарата – гестринона. Его назначают в дозе 2,5-5 мг 2 раза в неделю. В результате этого в организме устанавливается такой же уровень гормонов, как в ранней фолликулиновой фазе при нормальном менструальном цикле.

Успешно применяют для лечения миомы матки, особенно при сочетании ее с аденомиозом, гестагены нового поколения, в частности, дидрогестерон (дюфастон) в дозе 20-30 мг с 5-го по 25-ый день менструального цикла или с 16 по 25 день цикла.

Есть опыт применения при миоме матки агонистов гонадолиберина. Функция аденогипофиза регулируется с помощью нейрогуморальных субстанций так называемых рилизинг-гормонов.

Гонадотропин рилизинг-гормон синтезируется ГнРГ в аркуатных ядрах гипоталамуса в пульсирующем режиме, затем по аксонам нервных клеток попадает в терминальные окончания, из которых формируется нормальная кровеносная система, объединяющая гипоталамус и гипофиз. По портальным сосудам ГнРГ достигает передней доли гипофиза и связывается со специфическими рецепторами гонадотрофов, которые осуществляют синтез и высвобождение гонадотропинов. Установлено, что за счет пульсирующего выделения ГнРГ поддерживается выработка гонадотропинов, а постоянное введение ГнРГ приводит к снижению чувствительности рецепторов клеток передней доли гипофиза к ГнРГ, что сопровождается уменьшением продукции гонадотропинов и гипоэстрогенией. Агонисты ГнРГ, синтезированные путем модификации молекулы натурального ГнРГ, обладают значительно большей биологической активностью (в 50-200 раз), что объясняется более выраженной стойкостью к разрушающим ферментам, а также замедленным метаболизмом и большим периодом полураспада. Таким образом, непрерывное введение аналогов ГнРГ после исходной стимуляции вызывает гипофизарную десенситизацию и глубокую блокаду секреции гонадотропинов с последующим подавлением функции яичников.

Из препаратов этой группы применяют депо-формы трипторелина (деканептил) и гозерелина (золадекс). Деканептил вводят внутримышечно в дозе 3,75 мг, а золадекс – подкожно по 3,6 мг начиная с 2-4 суток менструального цикла и затем делают инъекцию каждые 28 суток в течение 3-6 месяцев. Они являются наиболее удобными формами для обеспечения длительного поступления гормонов в организм. Недостатком их является невозможность прекратить действие в тот момент, когда это необходимо.

В первые 3 месяца лечения существенно уменьшаются проявления миомы матки, повышается уровень гемоглобина, гематокрит, но после прекращения терапии матка и миома начинают быстро увеличиваться, достигая 80-100% от первоначальных размеров. Итак, агонисты ГнРГ дают временный эффект и их целесообразно применять для подготовки к операции больных с миомой матки, сопровождающейся кровотечением, а также для уменьшения размеров миоматозных узлов. Кроме того, их назначают больным в случае противопоказания к операции. После проведенного лечения в условиях медикаментозной псевдоменопаузы отмечается существенное снижение кровопотери и уменьшение длительности операции как гистерэктомии, так и миомэктомии. В настоящее время появляется тенденция к комбинированному применению лапароскопической миомэктомии с предоперационным лечением агонистами ГнРГ (для уменьшения размеров миоматозных узлов и оптимизации хирургических вмешательств, сохраняющих репродуктивную функцию у молодых пациенток).

В тактике ведения больных с миомой матки наблюдается четкая тенденция к стиранию границ между консервативными и оперативными методами лечения.

При лечении больных миомой матки возникает ряд вопросов. Прежде всего, необходимо решить полным или частичным должно быть удаление матки, яичников, маточных труб, а кроме того, каким доступом производить операцию — абдоминальным или вагинальным. Объем операции зависит от возраста женщины, ее общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.

Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. К каждому из этих методов имеются показания и противопоказания.

Полное удаление матки мотивируется высокой частотой сопутствующих заболеваний матки: гиперпластические процессы эндометрия, патологические изменения шейки матки, злокачественные процессы в эндометрии, возникновение саркоматозного роста в миоматозном узле. Эти изменения чаще возникают у женщин старшего возраста.

Следует оценить также возможность проведения операции брюшностеночным или влагалищным путем. Это зависит от ряда факторов: размер опухоли, необходимость проведения ревизии брюшной полости, выраженность подкожной жировой клетчатки, необходимость проводить дополнительное вмешательство на яичниках и др. Когда размеры матки небольшие (до 12 недель) при наличии сопутствующего опущения и выпадения матки выполняют удаление матки влагалищным доступом с последующей пластикой влагалища.



При консервативной миомэктомии у молодых женщин, если имеются кистозные изменения яичников, показана их клиновидная резекция, если же сопутствующая опухоль яичника — удаление опухоли. В постменопаузе при наличии патологических изменений яичников их следует удалить.

Производя консервативно-пластическую операцию на матке, маточные трубы следует сохранять. Если миома матки сопровождается воспалительным процессом в малом тазе, что бывает довольно часто, то маточные трубы следует удалить, так как они могут быть источником инфекции в послеоперационном периоде. По тем же соображениям необходимо удалять маточные трубы при некротических изменениях и гнойном расплавлении узлов миомы матки.

Операции по поводу миомы матки производят в экстренном и плановом порядке. Экстренные показания возникают при кровотечении, связанном с опасностью для жизни больной, перекруте ножки миоматозного узла, некрозе или нагноении миоматозного узла. Во всех этих случаях показана срочная операция. Противопоказанием к операции является только агональное состояние больной.

При решении вопроса об объеме операции, т.е. надвлагалищной ампутации матки или экстирпации ее, следует руководствоваться состоянием шейки матки. Если патологических изменений не выявлено, то производят надвлагалищную ампутацию матки. Неизмененную шейку матки удалять не следует.

## **Показаниями к операции являются:**

1. Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения, приводящие к анемизации больной.

2. Большие размеры опухоли (свыше 15 нед. беременности) даже при отсутствии жалоб. Опухоли такого размера нарушают анатомические взаимоотношения в малом тазе и в брюшной полости, часто приводят к нарушению функции почек.

3. Размер опухоли, соответствующий беременности сроком 12-13 нед. при наличии симптомов сдавления соседних органов (учащенное мочеиспускание, нарушение акта дефекаций).

4. Рост опухоли. Однако следует учитывать, что перед менструацией за счет кровенаполнения матки опухоль может несколько увеличиваться.

5. Подбрюшинный узел на ножке. Такой узел подлежит удалению, поскольку появляется опасность перекрута его ножки, что может вызвать необходимость срочного оперативного вмешательства. В этих случаях развивается типичная картина острого живота, что связано с нарушением питания опухоли. В ней возникают отек, кровоизлияния, затем некроз и нагноение. При влагалищном исследовании отдельно от матки пальпируется опухоль, резко болезненная при пальпации. Как правило, ее принимают за овариальное образование. В этих случаях диагностическая ошибка не имеет принципиального значения, так как в связи с острыми явлениями больная все равно нуждается в операции.

6. Некроз миоматозного узла. Некротические изменения обусловлены нарушением питания опухоли.

При асептическом некрозе инфекция может присоединиться гематогенным или лимфогенным путем. В некоторых случаях инфицирование происходит из кишечника, чаще всего из аппендикса. Вследствие некроза ткани расплавляются, а иногда возникают полости, наполненные жидким или полужидким содержимым. Может образоваться киста матки. При некрозе опухоли создается впечатление ее быстрого роста. Редко возникает так называемый сухой некроз с последующим отложением солей в ткань опухоли. Развивается кальцифицированная миома матки, обладающая деревянистой плотностью и хорошо видимая на обзорном рентгеновском снимке брюшной полости. Эти больные не нуждаются в операции.

Некроз миомы матки сопровождается, как правило, острыми болями, напряжением передней брюшной стенки, повышением температуры тела и лейкоцитозом. Чаще всего некрозу подвергаются подслизистые узлы миомы. Интерстициальные и подбрюшинные узлы нередко некротизируются во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде. В этих случаях диагностика не представляет трудности. При влагалищном исследовании определяется несколько миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации. Больные нуждаются в срочном оперативном лечении. Промедление с операцией может привести к нагноению некротически измененного узла, прорыву его содержимого в брюшную полость и развитию разлитого перитонита.

7. Подслизистая миома матки. Такие миомы вызывают обильные кровотечения, приводящие к резкой анемизации больной. Нередко при этом матка не достигает больших размеров, а в некоторых случаях лишь слегка увеличена. Эти больные нуждаются в срочном оперативном лечении.

Срочная помощь требуется при рождении подслизистого миоматозного узла, так как оно сопровождается резкими схваткообразными болями и обильным кровотечением. При этом происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, как при родах. Узел выполняет шейку матки или рождается во влагалище.

8. Интралигаментарное расположение узлов миомы, приводящее к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточников.

9. Шеечные миоматозные узлы, исходящие из влагалищной части шейки матки.

10. Сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов: рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки.

11. Бесплодие.

В отсутствие экстренных показаний к оперативному вмешательству нельзя производить операцию при наличии острых респираторных заболеваний и гриппа. Кроме того, при наличии гнойников типа фурункула или везикулезной сыпи независимо от ее локализации заведомо имеет место инфицирование организма и от операции следует воздержаться до момента полного выздоровления и нормализации показателей крови.

При наличии экстрагенитальных заболеваний должна проводиться тщательная предоперационная подготовка

Профилактика миомы матки состоит из таких мероприятий: соблюдение рационального режима с периода полового созревания; планирование семьи в целях исключения инвазивных вмешательств для прерывания беременности; коррекция гормональных нарушений и адекватное лечение гинекологических заболеваний и акушерских осложнений. Следует также избегать чрезмерной инсоляции и неадекватных температурных воздействий в позднюю репродуктивную фазу и в начальные стадии климактерического периода.