

**Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии**

Доброкачественные заболевания матки и придатков



**Лектор: заведующий кафедры
профессор Круть Юрий Яковлевич**



❑ **Опухоли матки и яичников среди гинекологических заболеваний занимают значительное место. Опухоли, в том числе матки и яичников, развиваются при определенных неблагоприятных условиях, когда клетки организма приобретают способность чрезмерного роста и распространения.**

❑ **В последнее время очень распространено бессимптомное течение гинекологических заболеваний, в том числе и опухолей матки и яичников. При скрытом течении женских болезней нет боли в животе, кровотечений, нарушений менструального цикла и других симптомов.**

❑ **Поэтому каждой женщине минимум два раза в году необходим медицинский профилактический осмотр гинеколога.**



Опухоли матки и придатков бывают доброкачественными и злокачественными.

- ▶ **Доброкачественные опухоли растут медленно, отграничены от окружающих тканей, не прорастают в соседние органы и кровеносные сосуды. Боли в животе, связанные с ростом доброкачественной опухоли матки или яичников, возникают вследствие давления опухоли на расположенные рядом органы.**
- ▶ **Хирургическое удаление доброкачественной опухоли, как правило, избавляет от заболевания.**
- ▶ **Доброкачественные опухоли яичников являются острой проблемой гинекологии, поскольку довольно часто развиваются у женщин детородного возраста, вызывая снижение репродуктивного потенциала.**
- ▶ **Среди всех образований яичников доброкачественные опухоли составляют около 80%, однако многие из них склонны к малигнизации. Своевременное выявление и удаление овариальных опухолей крайне актуально в плане профилактики рака яичников.**



ЛЕЙОМИОМА МАТКИ

□ Синонимы международного названия «лейомиома» - «фибромиома» или «фиброма», которые указывают на содержание в опухолевых массах относительно большего количества волокнистой соединительной ткани.



□ Синонимы международного названия «лейомиома» - «фибромиома» или «фиброма», которые указывают на содержание в опухолевых массах относительно большего количества волокнистой соединительной ткани.

□ Синоним «миома» соответственно указывает на преобладание в опухоли гладкомышечных элементов. Эта терминология была ранее присуща отечественной гинекологической школе.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ лейомиомы матки

Лейомиома (далее - ЛМ):

- ❖ наиболее распространенное гинекологическое заболевание;
- ❖ встречается у 10-30% гинекологических больных;
- ❖ диагностируется у 20% женщин, достигших 30-летнего возраста;
- ❖ более половины всех гистерэктомий производится по поводу ЛМ матки;
- ❖ частота выявления ЛМ значительно отличается в зависимости от критериев отбора и методов диагностики ЛМ:
 - клинический;
 - трансвагинальное ультразвуковое сканирование;

Факторы риска возникновения и прогрессирования ЛМ

❖ Факторы риска ЛМ:

- возраст 40-44 года;
- срок более 5 лет после последних родов;
- курение 1 и более пачки в день;
- продолжительность менструального цикла более 30 дней;
- длительность менструального кровотечения 6 дней и более.

❖ *повышенная масса тела женщины:*

- повышенное значение массо-ростового индекса (30% и более);
- риск развития ЛМ положительно коррелирует с прибавкой массы после 18 лет.

- ❖ *частота встречаемости ЛМ в 3 раза выше у чёрной афро-американской расы:* развивается в более молодом возрасте, что связывается с совокупностью других факторов риска (например, особенностями гормональных влияний).

Факторы риска возникновения и прогрессирования ЛМ

- *при раннем менархе:* менархе в 11 лет и ранее;
 - *наследственная предрасположенность:*
- имеет мультифакторную природу, в основе которой лежит суммарный эффект генных и средовых факторов;
 - ЛМ матки встречается в 2-3 раза чаще у родственников пациенток, страдающих этим заболеванием;
 - у женщин с ЛМ матки отмечено наличие и других заболеваний, имеющих наследственную предрасположенность:
 - синдром поликистозных яичников (СПКЯ);
 - опухоли и опухолевидные заболевания придатков матки;
 - рак эндометрия;
 - рак молочной железы,
 - рак щитовидной железы;
 - на современном этапе проводится поиск семейных (генетически обусловленных) органоспецифических форм заболевания (по аналогии с раком эндометрия).

Факторы риска возникновения и прогрессирования ЛМ

□ *паритет:*

- наличие абортов в анамнезе;
- относительный риск развития ЛМ снижается пропорционально возрастанию числа родов при доношенной беременности;
- наличие последних родов у позднем репродуктивном возрасте обладает протективным эффектом по возникновению ЛМ;

□ *контрацептивный анамнез:*

- не выявлено негативное влияние оральных контрацептивов на развитие ЛМ;
- комбинированные оральные контрацептивы (КОК) не влияют на рост уже имеющихся узлов;
- защитный эффект отмечен при применении гестагенов.

Факторы риска возникновения и прогрессирования ЛМ

□ гинекологическая заболеваемость:

- повышен риск развития ЛМ при наличии в анамнезе гинекологических заболеваний (нарушение менструального цикла; воспалительные заболевания органов малого таза; внутренний эндометриоз; внутриматочные вмешательства);

□ экстрагенитальная патология:

- гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, железодефицитная анемия, ИБС, хронические очаги инфекции (тонзиллит, гайморит, отит), тиреотоксикоз, хронические заболевания ЖКТ (гастрит, холецистит, колит);
- отмечена зависимость от времени возникновения и степени тяжести экстрагенитального заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет): при выявлении заболевания до 35 лет, при длительности заболевания более 5 лет;

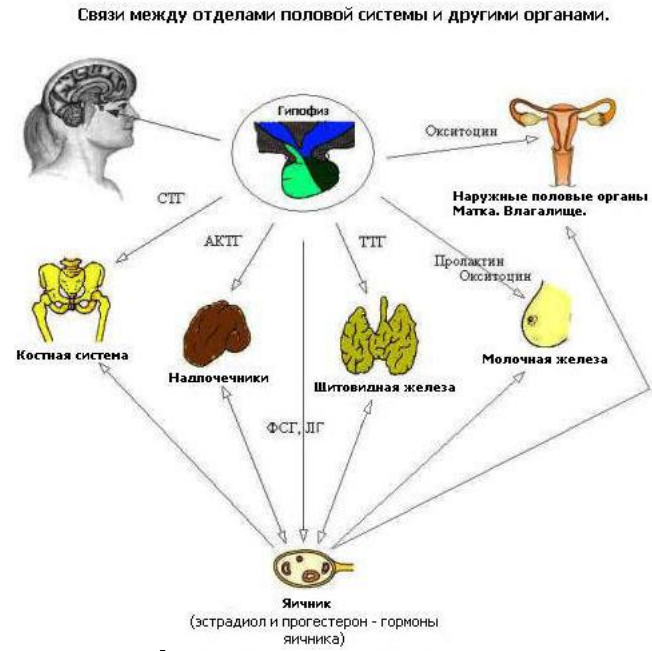
□ диетические привычки:

- повышенное потребление мяса; сниженное количество овощей и фруктов.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ лейомиомы матки

1. Гормональная теория возникновения и развития ЛМ.

- **Индуктором являются первичные или вторичные нарушения в системе «гипоталамус - гипофиз – яичники – матка»,** особенно на фоне неблагоприятного преморбитного фона, связанного с наличием в анамнезе гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

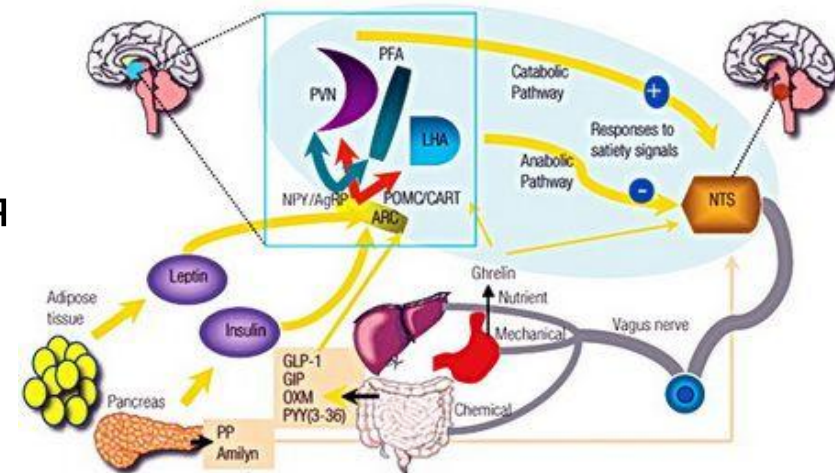


- **Развитие ЛМ тесно связывают с наличием гормонального дисбаланса, ключевым звеном которого является наличие *относительной гиперэстрогении*,** которая возникает вследствие нарушения метаболизма эстрогенов и/или недостаточной функции желтого тела.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ лейомиомы матки

1. Гормональная теория возникновения и развития ЛМ.

- *ЛМ редко возникает до полового созревания и после менопаузы;*
- *В постменопаузе рост ЛМ прекращается, они нередко подвергаются обратному развитию, значительно уменьшаясь в размерах.*
- *Рост миом ускоряется во время беременности;*
- *Миомы часто появляются на фоне состояний, сопровождающих гиперэстрогению (ановуляция, недостаточность функции желтого тела, синдром поликистозных яичников (СПКЯ), полипы и гиперплазия эндометрия, ожирение, патология печени, др.).*



Гормональные изменения в развитии и прогрессировании ЛМ

Влияние половых стероидов подтверждается:

- эпидемиологическими данными о возрасте возникновения ЛМ (практически всегда – репродуктивный возраст; с регрессом в климактерическом периоде);
- экспериментальными данными о стимулирующем влиянии половых стероидов *in vivo* и *in vitro* на клетки ЛМ;
- клинические данные о уменьшении ЛМ узлов под влиянием агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов (ГнРГ).

В ткани ЛМ, по сравнению с неизменённым миометрием, повышена:

- ▶ концентрация эстрогенов;
- ▶ рецепторов к эстрогенам;
- ▶ более интенсивное связывание эстрогенов;
- ▶ замедление конверсии активного эстрадиола в менее активный эстрон.

Эстрогены повышают риск возникновения ЛМ и способствуют её прогрессированию, увеличивают клеточную пролиферацию.



Генетическая теория:



- ❖ в клетках ЛМ в 3 раза чаще встречается аномальный кариотип в виде различных хромосомных aberrаций. Повреждение хромосомного аппарата клетки сопровождается нарушениями секреции факторов роста и/или их рецепторного аппарата, что сопровождается дисбалансом между процессами пролиферации и апоптоза.
- ❖ генетические мутации: предполагается, что различные виды цитогенетических и генетических повреждений изменяют метаболизм клетки, делают её предрасположенной к патологическому влиянию гормонов и факторов роста, что способствует индукции и прогрессированию ЛМ.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

По расположению различают 3 основных типа ЛМ узлов:

- интрамуральные (внутри- межмышечные) – 80%;
- субмукозные (подслизистые), – 5%;
- Субсерозные – 15% .

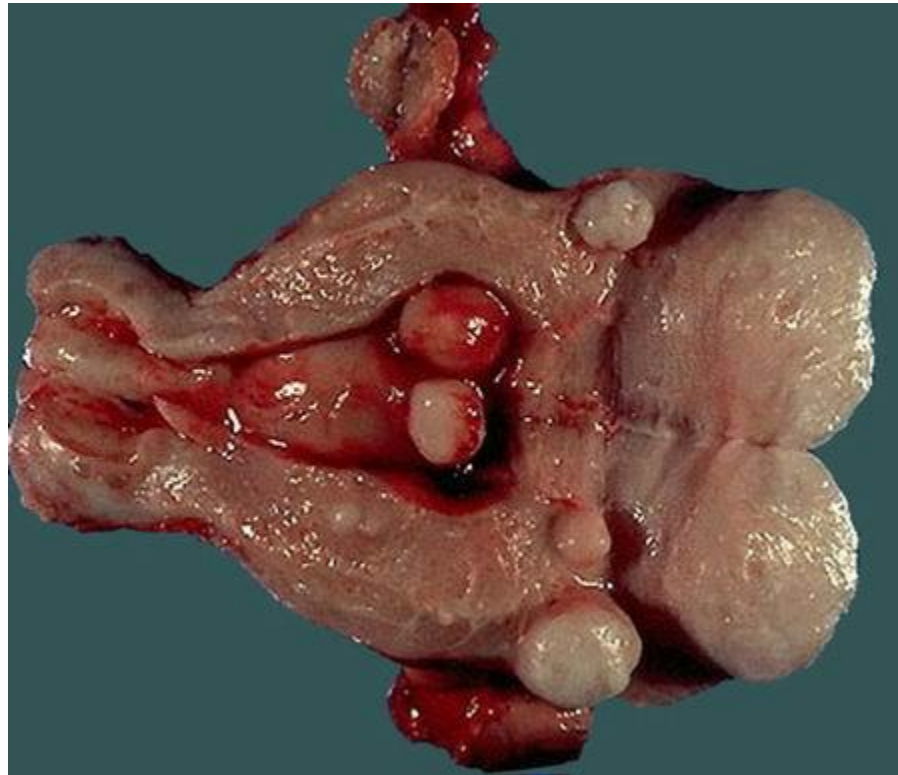
Редкие формы локализации ЛМ узлов:

- шейечная ЛМ;
- интралигаментарная ЛМ;

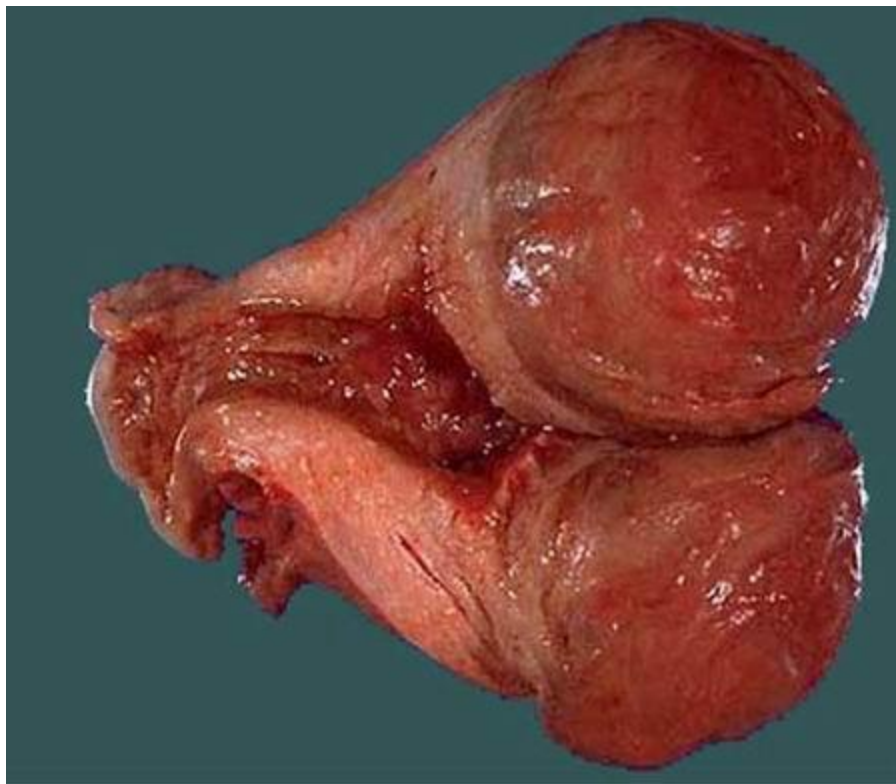
В 80% случаев ЛМ матки бывает множественной (много узлов), с узлами различной локализации и величины.



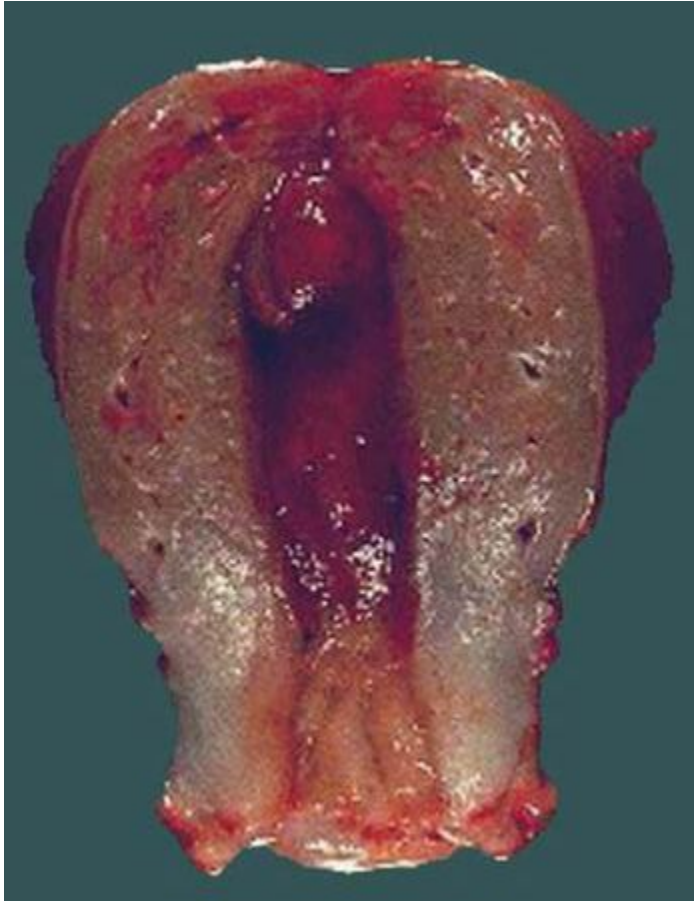
Макропрепарат: Миома матки с различной локализацией узлов



Макропрепарат: миома матки, интрамуральные узлы



Макропрепарат: субмукозная миома матки



Первоначально опухоль возникает межмышечно.

В дальнейшем, в зависимости от направления роста развиваются:

- ✓ **интрамуральные (в толще стенки матки);**
- ✓ **субмукозные (растущие в сторону эндометрия);**
- ✓ **субсерозные (растущие в сторону брюшной полости) узлы.**

Наиболее быстрым ростом обладают ЛМ узлы:

- **межмышечные;**
- **подслизистые.**



Интрамуральные миомы:

- встречаются наиболее часто;
- развиваются в стенке матки в виде изолированных инкапсулированных узелков различного размера.

ЛМ, располагающиеся в широкой связке матки, называют **внутрисвязочными (интралигаментарными) ЛМ.**

Интрамуральные узлы, диаметр которых превышает толщину миометрия, могут значительно деформировать полость матки с увеличением общей площади эндометрия. **Такие узлы называются интрамуральными узлами с центрипетальным ростом.** Их необходимо отличать от субмукозных узлов, так как клиническая картина может быть идентична и характеризоваться только нарушением менструального цикла.

Субмукозные ЛМ:

- расположены под эндометрием;
- часто связаны с миометрием тонкой ножкой;
- могут далеко выдаваться в полость матки (рождающийся субмукозный узел);
- могут выпадать через цервикальный канал (родившийся субмукозный узел);
- субмукозные ЛМ обычно быстро растут;
- часто сопровождаются изменением покрывающего их эндометрия;
- часто сопровождаются кровотечениями с развитием вторичной анемии.

Субсерозные миомы:

- растут по направлению к наружной поверхности матки;
 - часто образуют ножку;
 - подвижны;
 - способны достигать значительных размеров, не вызывая при этом каких-либо симптомов;
 - их необходимо отличать от опухолей придатков матки.
- ◆ Узлы на ножке часто фиксируются к сальнику или у брыжейке тонкого кишечника и могут получать дополнительное кровоснабжение из места вторичного прикрепления. В процессе роста миомы дополнительный источник кровоснабжения может стать основным.
- ◆ При некрозе субсерозного узла (например, в результате перекрута ножки) лейомиома становится зависимой от вторичного источника кровоснабжения, превращаясь в паразитирующую миому.



Осложнения Лейомиомы матки



- ❖ инфекционные осложнения;
- ❖ нарушение питания узла с последующим развитием некроза;
- ❖ рождение субмукозного узла;
- ❖ маточные кровотечения (меноррагия; метроррагия);
- ❖ вторичная железодефицитная анемия;
- ❖ злокачественное перерождение.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА МИОМЫ МАТКИ

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ:

- маточные кровотечения (мено-/метроррагия);
- боли;
- нарушение функции смежных органов;
- нарушение репродуктивной функции.
- Бессимптомное течение – у 50% женщин с ЛМ матки.
- Симптомы значительно варьируют в зависимости от размеров узлов, их количества и локализации .



ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- ❖ наиболее характерный признак ЛМ;
- ❖ как правило, меноррагия, в виде гиперменореи

Причины меноррагий:

- деформация полости матки с увеличением площади внутренней поверхности матки и количества отторгающегося эндометрия;
- особенности формирования кровеносных сосудов эндометрия и миометрия при ЛМ матки;
- морфологическими изменениями эндометрия (гиперплазия, полипы эндометрия), связанными с овариальной недостаточностью.

В некоторых случаях возможны и межменструальные кровотечения (метроррагии).

Непосредственно ЛМ не влияет на баланс половых гормонов в организме и, следовательно, на регулярность менструального цикла.

БОЛИ

Неосложнённые ЛМ матки обычно безболезненны.

- Иногда могут быть **постоянные ноющие боли в нижних отделах живота**, пояснично-кресцовой области и в ногах с расстройствами чувствительности в виде парестезий.
- Эти боли связаны с растяжением брюшины при росте подбрюшинно расположенных узлов, давлением миоматозных узлов на нервные сплетения малого таза или отдельных нервов (**радикулоалгичный синдром**).
- **Миелопатический синдром** - больные жалуются на слабость и тяжесть в ногах, парестезии, которые возникают через 10-15 минут после начала ходьбы и исчезают после кратковременного отдыха.
- **Схваткообразные боли при субмукозной (подслизистой) локализации узла, при рождающемся узле.**

Нарушение питания узла с последующим развитием некроза.

Нарушение регионарной гемодинамики в узле встречается в 7% случаев и сопровождается развитием некроза узла.

Причины некроза узла:

- механические факторы (перекрут ножки узла, сдавление узла);
- нарушение гемодинамики в узле, связанное с быстрым изменением его величины (например, во время беременности, в послеродовом и послеабортном периоде);
- воспалительные заболевания:
 - инфицирование первичное;
 - инфицирование вторичное, связанное с ятрогенными вмешательствами (аборт, выскабливание слизистой полости матки, введение ВМС, и др.)

Клинические симптомы нарушения питания ЛМ узла

- **признаки «острого живота»** (острая боль в животе; напряжение передней брюшной стенки; симптомы раздражения брюшины);
- признаки интоксикационного синдрома (субфебрильная температура, повышенное количество лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ).
- при бимануальном исследовании находят:
 - резко болезненный ЛМ узел;
 - и/или увеличенную, болезненную матку, с неровной наружной поверхностью;
 - придатки матки интактны.

Некрозу часто подвержены субмукозные и субсерозные миоматозные узлы.



СДАВЛЕНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Обычно возникает, если миоматозная матка или узел достигает размеров, соответствующих 12 неделям беременности и более.

- ❖ Зависит от локализации и размеров ЛМ узлов.
- ❖ Учащение мочеиспускания возникает при сдавлении ЛМ узлами и/или увеличенной маткой мочевого пузыря.
- ❖ Задержка мочи возникает при ретроверсии матки вследствие миоматозного роста. Задержка мочи может быть при шейчной локализации узла по передней стенке шейки матки.
- ❖ Гидроуретер, гидронефроз и пиелонефрит возникают при сдавлении мочеточников крупными ЛМ узлами, расположенными интралигаментарно и/или в области шейки матки.
- ❖ Запоры и затруднения дефекации могут быть вызваны крупными миомами задней стенки матки.

БЕСПЛОДИЕ ПРИ МИОМЕ

- **Вероятность беременности снижена:**

- при субмукозной ЛМ;

- при больших ЛМ узлах, которые деформируют цервикальный канал;

- при интрамуральных ЛМ, расположенных в области трубных углов матки и перекрывающих интерстициальную часть маточной трубы.

- ЛМ может препятствовать продвижению яйцеклетки по маточной трубе и имплантации плодного яйца.**

- Эндометрий над субмукозной миомой зачастую не претерпевает секреторной трансформации и является механическим препятствием, что ведёт к уменьшению поверхности, пригодной для имплантации бластоцисты, и сопровождается продолжительными маточными кровотечениями.**

Беременность и лейомиома матки.

Наблюдаются осложнения:

◆ со стороны опухоли:

- быстрый рост опухоли;
- нарушение питания узлов;

◆ со стороны беременности:

- невынашивание беременности (1-й и 2-й триместр);
- недонашивание беременности (2-й и 3-й триместр);
- плацентарная дисфункция; аномалии прикрепления плаценты;
- неправильное положение и предлежание плода;
- аномалии родовой деятельности (чаще – слабость родовой деятельности);
- нарушение отделения плаценты;
- гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде;
- осложнения в послеродовом периоде (гипотоническое кровотечение, субинволюция матки, эндометрит, нарушение питания ЛМ узла).



Диагностика ЛЕЙОМИОМЫ

Диагностика ЛМ матки обычно не трудна и, как правило, устанавливается при бимануальном вагинальном исследовании.

- Наиболее характерный признак – увеличение тела матки.
- Матка, как правило, асимметрична, безболезненна, плотной консистенции, бугриста, с неправильными очертаниями и подвижна, если нет спаек.
- При развитии субмукозных миом матка обычно увеличивается симметрично.
- Иногда субмукозная миома может быть видна на уровне шейчного зева.

Диагностика ЛЕЙОМИОМЫ

- Некоторые субсерозные миомы 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.**
- Миомы шейки матки и субмукозные миомы на ножке могут далеко выдаваться в просвет цервикального канала.
- При миомах увеличена **кровопотеря**, поэтому пациенткам регулярно проводят **анализ крови, коагулограмму.** Для коррекции железodefицитной анемии назначают препараты железа.

Обязательные методы обследования пациенток с ЛМ матки:

- ❖ **ультразвуковое сканирование (трансабдоминальное и трансвагинальное).**

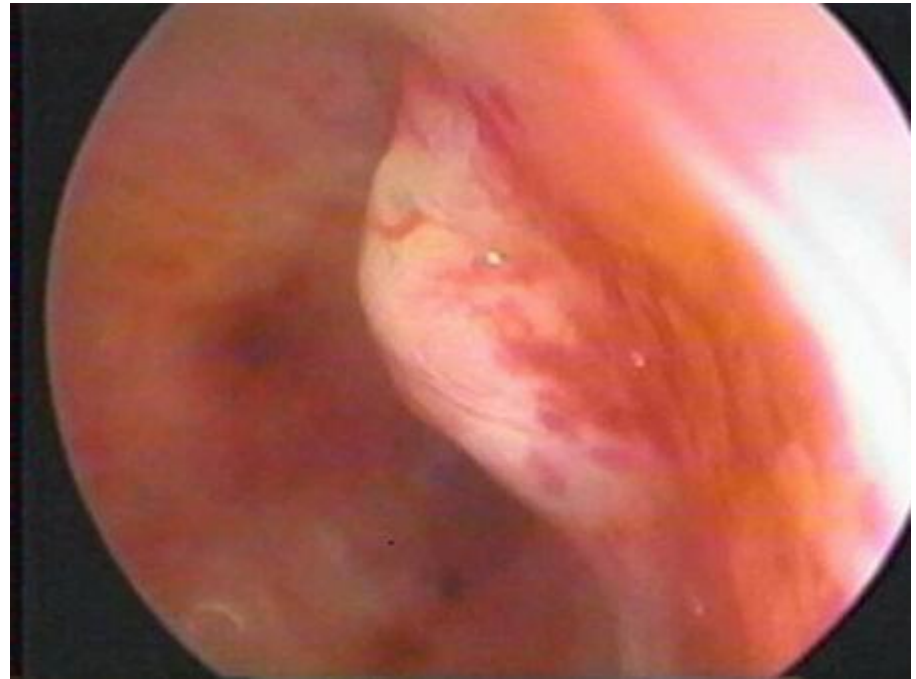


- ❖ При размерах матки более 12 нед беременности целесообразно проведение как **трансвагинального**, так и **трансабдоминального УЗИ**;
- ❖ **УЗИ органов малого таза** используют в случаях, когда увеличенная матка заполняет полость малого таза, затрудняя физикальное обследование, а также для выявления гидронефроза, возникающего вследствие сдавления уретры миоматозной маткой. В последнем случае показано проведение экскреторной урографии.
- ❖ **гистеросальпингография:** целесообразна у пациенток с бесплодием, так как позволяет оценить состояние полости матки и маточных труб;

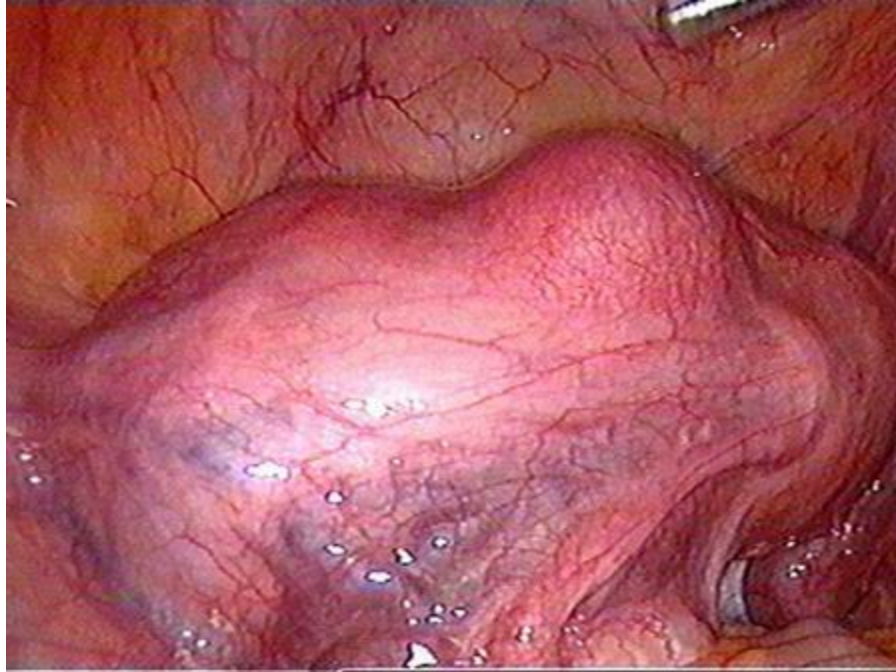
Дополнительные исследования

- ❑ **гистероскопия:** позволяет визуализировать и удалить субмукозную миому матки, полипы эндометрия; диагностировать аденомиоз (эндометриоз тела матки); провести прицельную биопсию эндометрия;
- ❑ **раздельное (фракционное) выскабливание полости матки (или аспирационная биопсия)** должна проводиться только по показаниям (например, перед планируемым оперативным лечением; нарушение менструального цикла; маточное кровотечение; подозрение на онкологическую патологию);
- ❑ **лапароскопия:** как лечебно-диагностический метод (подозрение на сопутствующую генитальную патологию – эндометриоз; параовариальные кисты; tuboовариальные образования); как оперативный доступ (плановая миомэктомия субсерозных ЛМ узлов);
- ❑ **МРТ (магнито-резонансная томография):** точная дифференциальная диагностика ЛМ матки с аденомиозом; с забрюшинными опухолями; овариальными и параовариальными опухолями.

Гистероскопия: субмукозная миома матки

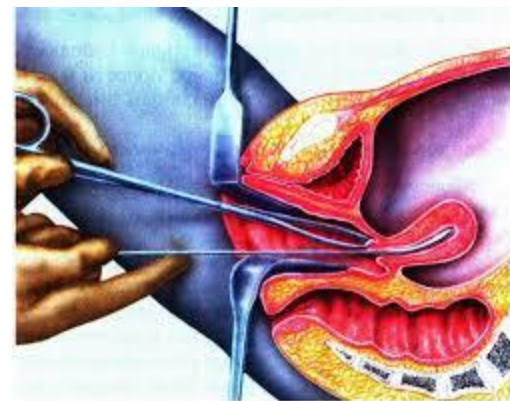


Лапароскопия: субсерозная миома матки



В диагностике миомы матки дополнительно применяют:

- зондирование полости матки,**
- тесты функциональной диагностики,**
- определение уровня стероидных и гонадотропных гормонов;**
- внутриматочная флебография,**
- ангиография (при подозрении на саркому матки);**
- радиоизотопные методы (при подозрении на злокачественное перерождение).**



На выбор лечебной тактики влияют:

- жалобы больной;
- анамнез;
- размеры матки и миоматозных узлов;
- темпы роста узлов;
- количество узлов;
- локализация узлов;
- наличие осложнений ЛМ матки (анемии; нарушения питания ЛМ узла; нарушение менструальной функции; бесплодие);
- наличие сопутствующей генитальной патологии;
- соматический статус пациентки.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Медикаментозная терапия является методом выбора у женщин, которые не подлежат хирургическому лечению или отказываются от него.

Медикаментозное лечение применяется:

- ✓ при неосложненном течении ЛМ;
- ✓ при отсутствии показаний к оперативному лечению у женщин репродуктивного возраста.

Медикаментозное лечение включает **негормональные средства и препараты гормональной терапии.**

Медикаментозная терапия ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- **Негормональные средства** - преимущественно симптоматическая терапия:
 - **гемостатики** (при кровотечении) и спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты (при болевом синдроме);
 - меры, направленные на лечение патологических состояний, которые могут способствовать росту миомы матки (патология щитовидной железы, воспалительные процессы гениталий) и на нормализацию обмена веществ (антиоксиданты, антиагреганты, поливитамины, фитотерапия .



Медикаментозная терапия ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- **Гормональная терапия** - основа медикаментозного лечения миомы, представляет собой корректирующую гормональную терапию, направленную на уменьшение как системной, так и локальной дисгормонемии (С).
- **Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)** не приводят к уменьшению размеров миомы, но могут уменьшать менструальную кровопотерю со значительным повышением гематокрита и других показателей гемограммы и могут применяться для гемостаза (В).



ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- ❖ **Прогестагены** (прогестины, гестагены) используются в комплексе медикаментозного лечения миомы, которая сопровождается гиперпластическими процессами эндометрия с целью уменьшения локальной гиперэстрогенемии.
- ❖ Используются прогестагены, дозы и режимы, обеспечивающие стромальную супрессию эндометрия (дидрогестерон 20-30 мг с 5 по 25 день менструального цикла (МЦ), норэтистерон (10 мг с 5 по 25 день МЦ) и линестрол (20 мг с 5 по 25 день МЦ), ВМС с левоноргестрелом.
- Даназол** (синтетический андроген, антигонадотропное средство) не рекомендуется в качестве начального лечения фибромиомы, поскольку он не является столь эффективным как АГн-РГ и имеет андрогенные побочные эффекты (В).

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- ❖ **Лечение агонистами гонадотропин-релизинг гормона (АГн-РГ)** эффективно уменьшает размер узлов и матки, но применяется не более 6 месяцев в связи с развитием синдрома медикаментозной менопаузы при длительном применении (А).
- ❖ **АГн-РГ: Гозерелин (Золадекс), Бусерелин (бусерелин-депо), Диферелин, лейпрорелин (Люкрин депо), трипторелин (Декапептил, Декапептил депо)**.
- ❖ Женщинам с миомой, имеющих гиперпластические процессы эндометрия, рекомендуется применение **АГн-РГ совместно с назначением дидрогестерона по 20 мг с 5 по 25 день (в течение первого цикла)** (С).
- ❖ **Лечение агонистами Гн -РГ в комбинации с ЗГТ («возвратная» «add-back» терапия прогестинами и КОК)** приводит к уменьшению размеров миомы, не вызывает проявлений медикаментозной менопаузы и является альтернативным методом лечения для женщин, которые имеют противопоказания к хирургическому лечению или отказ от

Медикаментозная терапия ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

- Применяют агонисты Гн-РГ и с целью предоперационной подготовки для купирования анемии, уменьшения технических сложностей во время операции за счёт уменьшения размеров опухоли и снижения кровоточивости ложа опухоли.
- Целесообразно применение агонистов ГнРГ в пременопаузе вплоть до наступления естественной менопаузы с последующим регрессом заболевания, что в ряде случаев позволяет избежать оперативного лечения.
- Целесообразно применение агонистов ГнРГ как реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии.

Клинический протокол «Лейомиома – гормональна доброякісна пухлина», Наказ МОЗ України №624 від 03.11.2008р.

	Улучшение симптомов	Уменьшение размеров миомы	Максимальная длительность применения	Возможные побочные эффекты
КОК (при наличии тяжелой менструального кровотечения)	Положительное влияние	Отсутствие эффекта	не ограничен при отсутствии противопоказаний со стороны экстрагенитальных заболеваний	Тошнота, головная боль, масталгия
Агористы Гн - Рг (гозерелин 3,75 мг 1 раз в 28 дней)	Положительное влияние	Положительный эффект	6 мес	Симптомы медикаментозной менопаузы
ВМС с левоноргестрелом	Положительное влияние	Воздействие не доказано	5 лет	Нерегулярные скудные месячные, экспульсия
Прогестагены с выраженным влиянием на эндометрий (при сопутствующей гиперплазии эндометрия)	Положительное влияние	Воздействие не доказано	6 мес	Тошнота, головная боль, масталгия
Даназол	Исследований мало	Положительный эффект	6 мес	Андрогенные побочные эффекты

Алгоритм ведения пациенток с лейомиомой матки (1)



Алгоритм ведения пациенток с лейомиомой матки (2)



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ

**Хирургическое лечение –
основной метод лечения
миомы матки.**



**Задачи врача при выборе хирургического метода
лечения:**

- ❖ **определить показания к оперативному лечению;**
- ❖ **выбрать время оперативного лечения;**
- ❖ **выбрать оптимальный оперативный доступ;**
- ❖ **выбрать оптимальный объём операции.**

Показания к оперативному лечению миомы матки

- **Симптомная миома матки:**
осложненная маточными кровотечениями, обильные длительные менструации (меноррагии) или ациклические маточные кровотечения, приводящие к анемизации больной.
- Осложнённая болевым синдромом.
- Наличие симптомов сдавления соседних органов.
- **Величина миомы 13-14 недель и более.**
- **Быстрый рост опухоли (на 4-5 недель за 1 год и более).**
- **Рост миомы в период постменопаузы.**
- **Субсерозный узел на ножке (из-за опасности перекрута).**
- **Наличие субмукозных узлов.**

Показания к оперативному лечению (продолжение):

- Наличие интерстициальных узлов с центрипетальным ростом и деформацией полости матки.
- Некроз миоматозного узла.
- Шеечная локализация миоматозных узлов.
- Сопутствующая генитальная патология, подлежащая оперативному лечению (опухоль яичника; опущение матки; tuboовариальные образования; др.).
- Резистентность к терапии агонистами Гн-РГ.
- Бесплодие, связанное с наличием ЛМ матки.
- ЛМ матки в сочетании с предопухоловой патологией эндометрия и/или яичников.
- Подозрение на злокачественное перерождение узлов.

Вид хирургического вмешательства зависит от:

- ❑ возраста женщины;
- ❑ течения заболевания;
- ❑ сохранение репродуктивной функции;
- ❑ расположения и количества узлов.

В репродуктивном возрасте подход к терапии ЛМ матки консервативный, а оперативное лечение должно носить малоинвазивный и органосохраняющий характер.



Виды оперативных вмешательств:

- Консервативная миомэктомия;
- Надвлагалищная ампутация матки;
- Гистерэктомия (экстирпация матки);
- Лапароскопическая операция, гистероскопическая резекция субмукозных миоматозных узлов,
- Эмболизация ветвей маточных артерий

Выбор оперативного доступа для проведения гистерэктомии: абдоминальный; вагинальный; вагинальный с лапароскопической ассистенцией.

Если гистерэктомию можно выполнить из любого доступа, то в интересах пациентки предпочтение отдаётся в следующем порядке: **вагинальный, вагинальный с лапароскопической ассистенцией, абдоминальный.**

Проблема удаления яичников при гистерэктомии по поводу миомы в зависимости от возраста:

До 45 лет:

- ❖ без овариоэктомии при отсутствии патологии яичников;
- ❖ резекция яичников или овариоэктомия при патологии яичников.

Возраст 46-55 лет:

- ❖ без овариоэктомии: при отсутствии патологии яичников и низком риске развития синдрома истощения яичников;
- ❖ с овариоэктомией: при наличии патологии хотя бы одного яичника; при отсутствии патологии яичников и высоком риске синдрома истощения яичников (операции на яичниках в анамнезе; длительные эпизоды воспалительных заболеваний придатков матки, особенно при наличии гидросальпинксов, гидатид маточных труб; отсутствие одного из яичников; необходимость в резекции одного или обоих яичников).

Возраст старше 55 лет:

- ❖ Целесообразно проводить во всех случаях профилактическую двухстороннюю овариоэктомию.

Показания к вагинальному доступу при гистерэктомии:

- Отсутствие сопутствующей патологии придатков матки;
- Достаточная подвижность матки;
- Достаточный хирургический доступ;
- Размеры матки до 12 недель беременности;

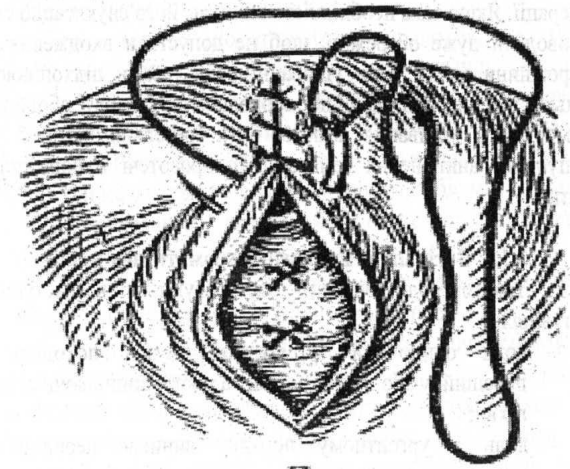
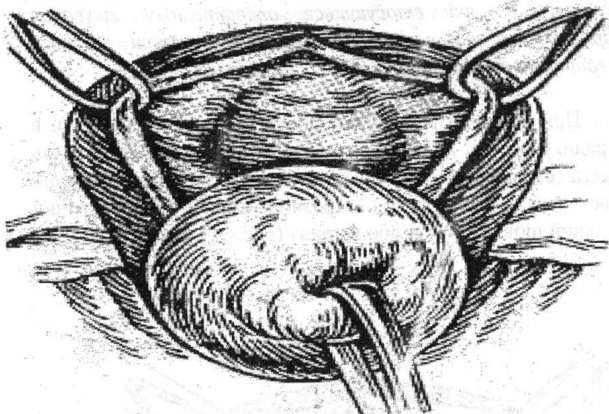
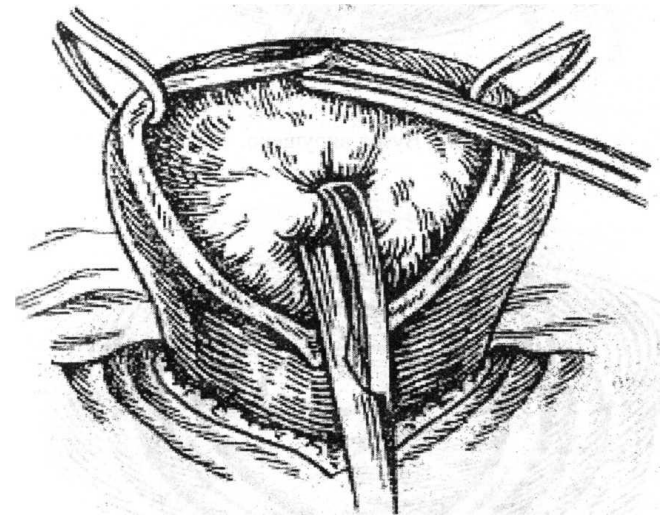
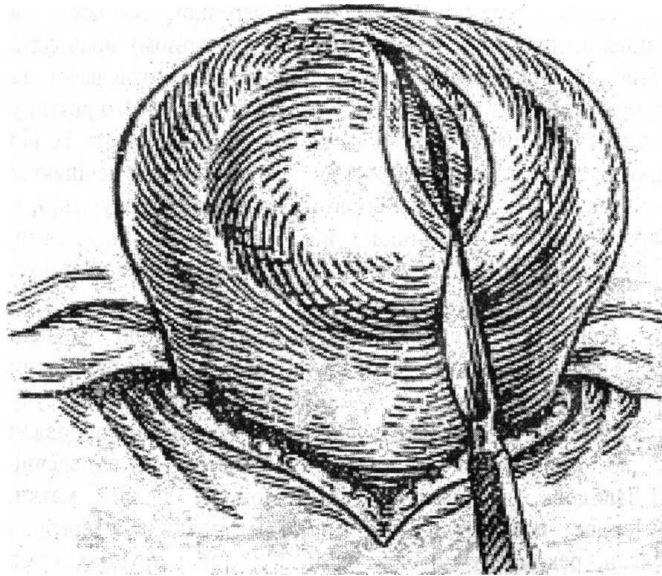
Противопоказания к влагалищной гистерэктомии:

- Размеры матки больше 12 недель беременности;
- Ограниченная подвижность матки;
- Сопутствующая патология яичников и/или маточных труб;
- Недостаточный хирургический доступ;
- Гипертрофия шейки матки;
- Недостижимость шейки матки;
- Операция в анамнезе по поводу пузырно-влагалищного свища;
- Инвазивный рак шейки матки.
- ◆ Подозрение на малигнизацию придатков.
- ◆ Сомнения в доброкачественности эндометрия.

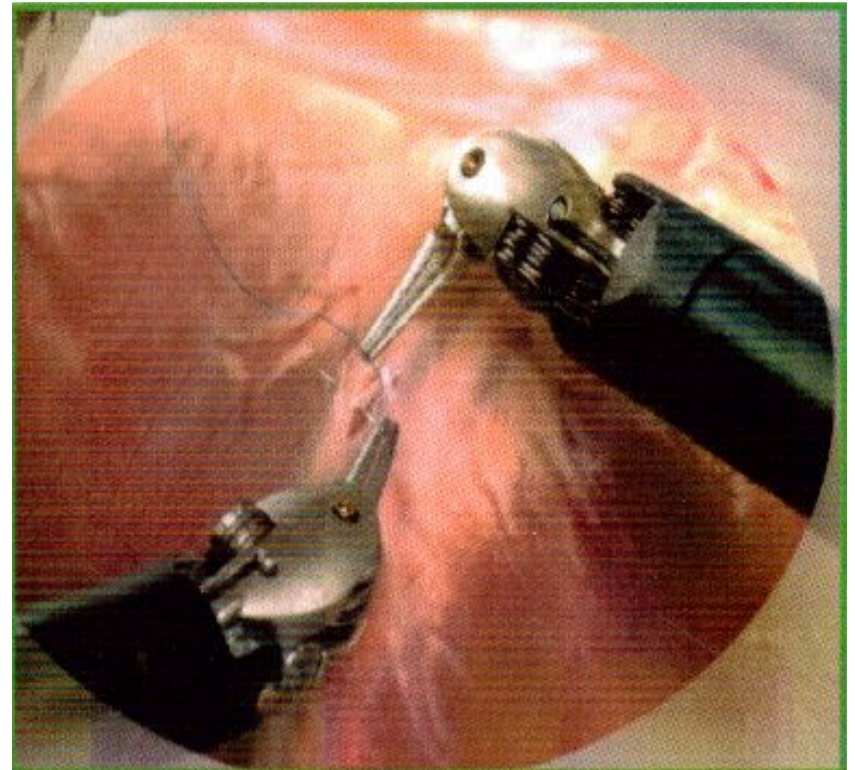
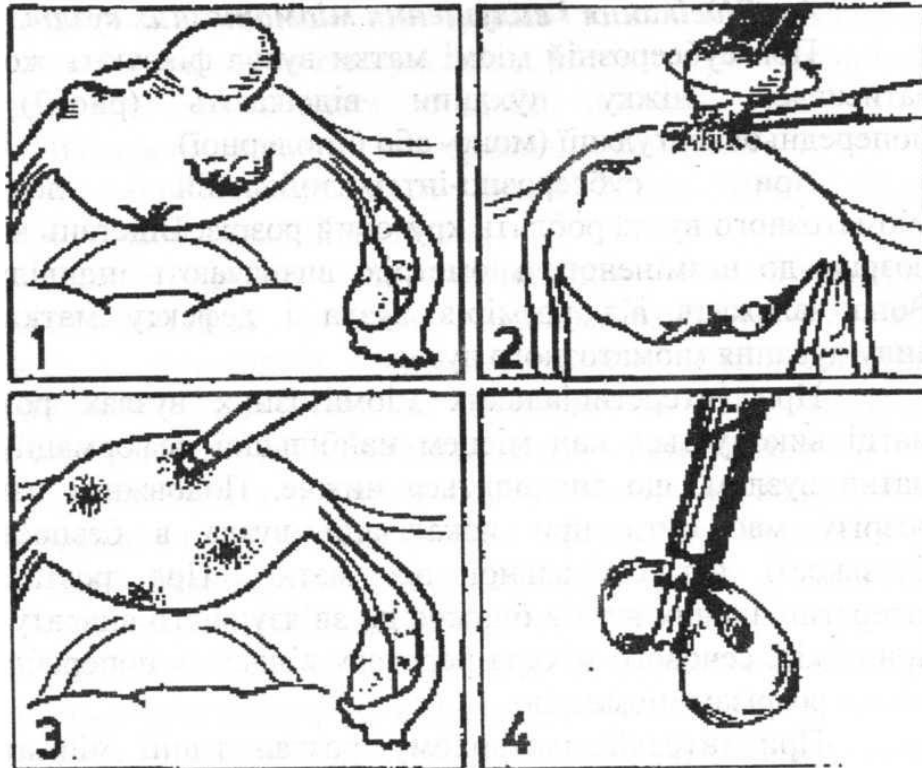
КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ - удаление одиночных или множественных узлов с сохранением матки; эту операцию обычно проводят женщинам, желающим забеременеть и не имеющих противопоказаний.

- Если для удаления субмукозных миом вскрывают полость матки, то в будущем родоразрешение через естественные родовые пути противопоказано.
- Главные осложнения - кровотечение во время и после операции, а также ранняя и поздняя кишечная непроходимость, обусловленная спайками между кишечником и маткой на месте десерозированного участка после удаления узла.
- Вероятность повторного возникновения узлов после миомэктомии зависит от возраста женщины, а также от объёма первоначально проведенной миомэктомии; в 30% случаев наблюдают повторное возникновение миом в течение 10 лет после операции.

Консервативная миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов)



Лапароскопическая миомэктомия



Эмболизация маточных артерий -

высокоэффективный метод лечения миомы матки, позволяющий освободить большинство больных от тяжелых проявлений заболевания, значительно уменьшить размеры миомы и сохранить при этом матку.

Основал этот метод J. Oliver, который в 1979 году впервые с успехом использовал эмболизацию маточных артерий в ургентной практике для остановки послеродовых и послеоперационных кровотечений.

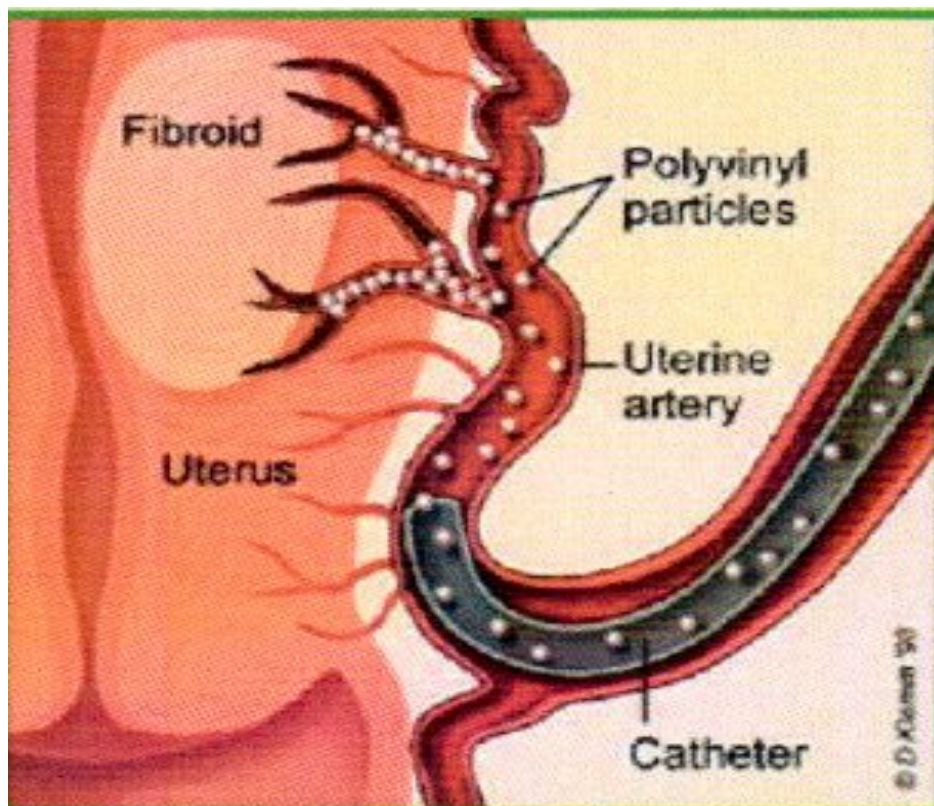
Выборочное закрытие сосудов миоматозного узла и перифиброидного сплетения приводит к стойкой селективной ишемизации и дальнейшему гиалиновой дегенерации и склерозирование только самой миомы, практически не влияя на обеспечение кровью непораженных участков стенки матки.

Эмболизация маточных артерий

Для этого проводится пункция и катетеризация правой общей бедренной артерии, выполняется ангиография с введением 12-15 мл 60 % урографина или ультравист для оценки анатомии внутренних подвздошных сосудов, кровоснабжение матки и васкуляризации миомы.

С помощью проводника с гидрофильным покрытием катетер устанавливается в левой маточной артерии дистальнее отхождения ее низходящей ветви к шейки матки и влагалища. Эмболизация указанного бассейна выполняется частицами поливинилалкоголя (ПВА) размерами 500-700 нм до остановки кровотока в дистальном отделе маточной артерии.

Эмболизация маточных артерий



Почти у 90% больных исчезают или значительно уменьшаются клинические симптомы, связанные с миомой. Среднее уменьшение объема матки по данным КТ и УЗИ в течение трех месяцев после ЭМА составляет от 30 до 60 %, а миоматозные узлы диаметром до 5 см могут полностью исчезать.

ГИСТЕРЭКТОМИЯ – это операция выбора.

- ❖ **До гистерэктомии или других лечебных процедур, особенно пожилой женщине, необходимо провести диагностическое выскабливание полости матки для точного определения причины кровотечения (миома или рак эндометрия).**
- ❖ Гистерэктомия полностью устраняет риск повторного возникновения лейомиомы.
- ❖ Нет убедительных данных о повышении риска развития рака в удалённом при гистерэктомии яичнике.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Диспансерные группы:

- больные с повышенным риском развития миомы матки (частые рецидивы хронического сальпингоофорита, эндомиометрита, сопровождающиеся обменно-эндокринными нарушениями);
- с нарушением менструального цикла с периода менархе и поздней менопаузой;
- с неоднократными абортами и диагностическими выскабливаниями матки;
- с нарушениями менструального цикла на фоне длительно текущих экстрагенитальных заболеваний;

Диспансерные группы:

- ❖ с наличием ЛМ матки и онкологических заболеваний у ближайших родственников;
- ❖ после проведенного оперативного и консервативного лечения по поводу ЛМ матки;
- ❖ с ЛМ матки и противопоказаниями к оперативному лечению;
- ❖ с ЛМ матки в начальной стадии развития (небольшие размеры матки, с наличием субсерозных узлов на широком основании и/или интерстициальными узлами; отсутствие болевого синдрома, патологических кровотечений и симптомов сдавления смежных органов).
- ❖ ***Контрольные профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев.***

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

- ❖ **Доброкачественные опухоли яичников** – эпителиальные и неэпителиальные опухоли яичника без признаков злокачественного процесса.
- ❖ **Опухолевидные образования яичников** – заболевания, не относящиеся к истинным опухолям, но сопровождающиеся увеличением размеров яичника (кисты яичников, воспалительные процессы, поликистоз яичников, параовариальные кисты).
- **Опухоли яичника занимают 2-е место среди новообразований женских половых органов.**
- **Составляют до 25% всех опухолей женских половых органов.**
- **Доброкачественные опухоли наиболее часто встречаются в промежутке между менархе и менопаузой.**

Доброкачественные опухоли яичников

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

❖ Гормональные изменения:

- ▶ Гиперпродукция ФСГ, ЛГ;
- ▶ У больных обнаружены рецепторы к эстрогенам и прогестерона в тканях опухолей, что свидетельствует о чувствительности опухолей к гормонам;
- ▶ В анамнезе гормональное бесплодие, нарушения менструального цикла, раннее или позднее наступление менархе, поздняя менопауза;

- ❖ Отягощенная наследственность.
- ❖ Сочетанная патология (рак молочной железы, рак эндометрия).
- ❖ Вирус папилломы человека (особенно при возникновении серозных опухолей).
- ❖ Стресс как фактор, приводящий к гормональным нарушениям.



Группы риска

- ❑ Женщины с хроническими воспалительными процессами органов малого таза.
- ❑ Женщины с гормональными нарушениями (нарушение менструального цикла, гормональное бесплодие).
- ❑ Женщины, у которых в анамнезе были операции на яичниках, отягощенная наследственность (опухоли яичников, эндометрия у близких родственников).
- ❑ Женщины с раком молочной железы.
- ❑ Женщины, у которых была патологическая беременность.
- ❑ Доброкачественные опухоли яичников нередко бывают ассоциированы с наследственными эндокринопатиями – сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, носительством ВПЧ и вируса герпеса II типа.

Кисты яичников:

- ❖ **Ретенционная киста** – это истинная киста, которая образуется в железе из-за нарушения оттока ее секрета.

Ретенционные кисты также могут образовываться в результате размягчения ткани на месте бывшего кровоизлияния, некроза, накопления в рудиментарных зачатках.

- ❖ увеличение кисты происходит не за счёт размножения клеточных элементов, а в результате накопления жидкости, являющейся транссудатом плазмы крови. Этим кисты отличаются от истинных опухолей - **кистом яичника**.
- ❖ Кисты встречаются в любом возрасте, чаще в молодом.

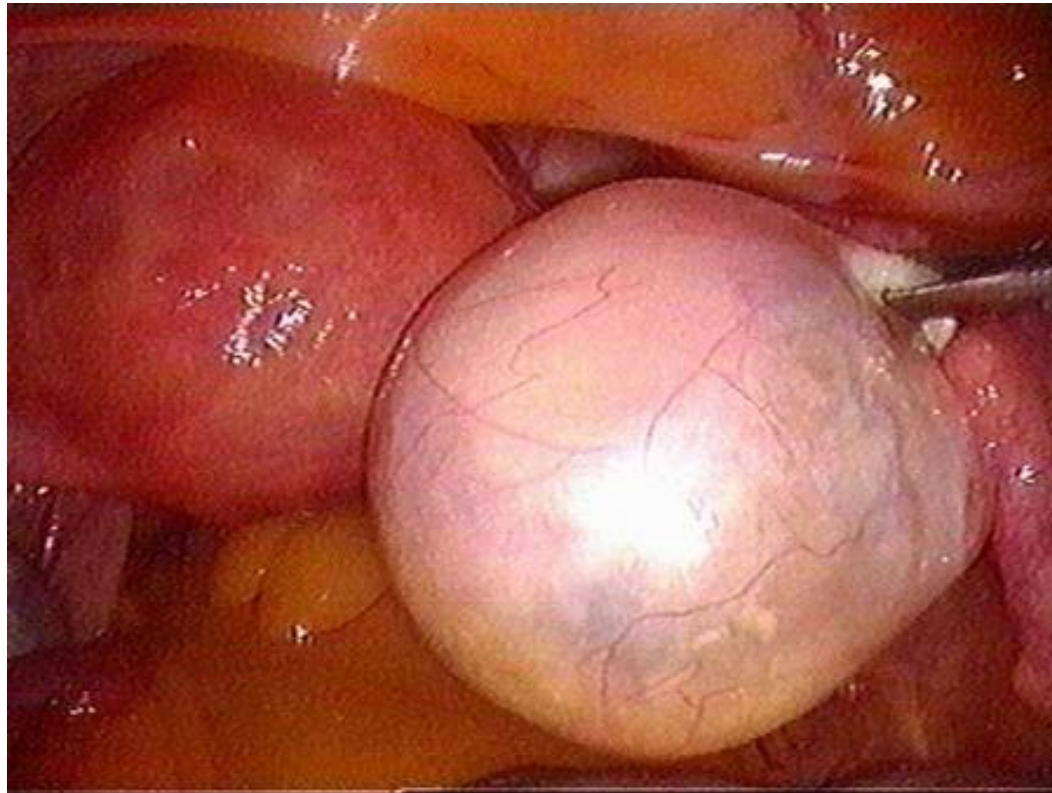
Классификация. Опухолевидные образования

Киста – ретенционное образование, которое возникает вследствие накопления секрета внутри этого образования (т.е. не за счет настоящего роста);

✓ **Фолликулярные кисты** образуются на фоне воспалительного процесса. Это обычно односторонние образования, возникают на месте кистозно-атрезированого фолликула, однокамерные, тонкостенные. В диаметре 6-8 см. В такой кисте накапливается жидкость желтого цвета, содержащий эстрогены, которые продуцируются внутренним слоем капсулы;

✓ **Кисты желтого тела** - это односторонние кисты с толстой капсулой, образующихся у женщин репродуктивного возраста (16-40 лет). Такие кисты часто разрываются, имеют кровоизлияние, подвергаются обратному развитию.

Лапароскопия: киста правого яичника



Клиническая картина кист яичников

Фолликулярная киста:

- ❖ Встречается в любом возрасте;
- ❖ Может сопровождаться болями внизу живота и пояснице;
- ❖ Нарушение менструального цикла по типу персистенции фолликула (гиперэстрогения);
- ❖ Бесплодие.

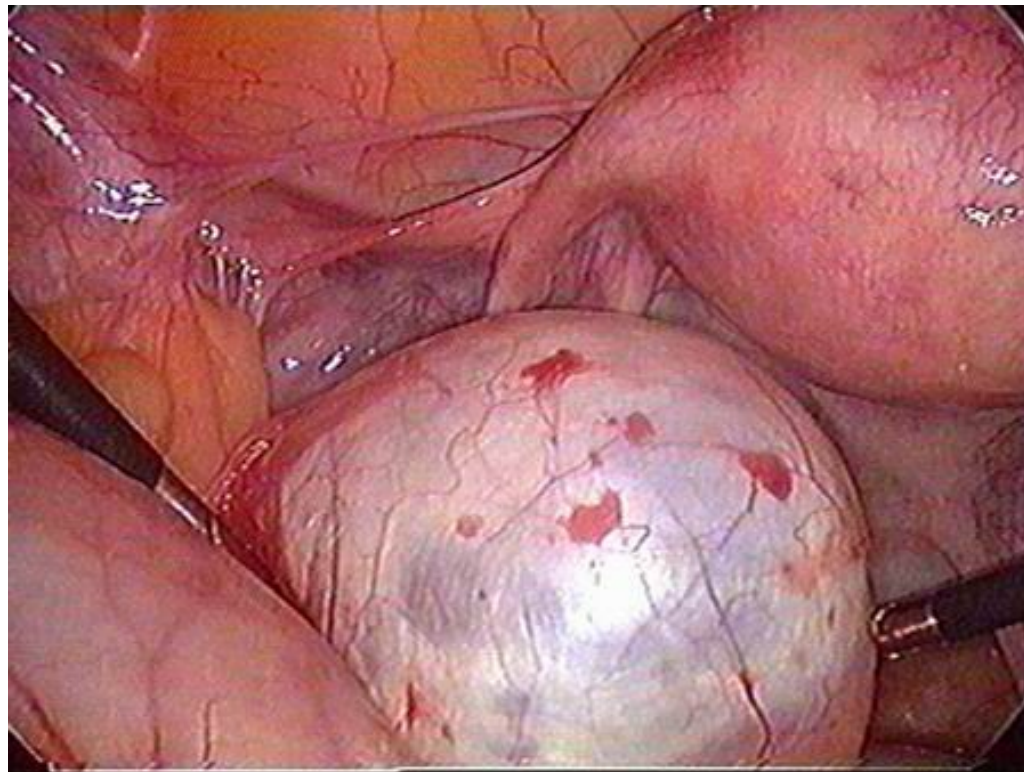
Киста желтого тела:

- ❖ Влечет задержку менструации от 2-3 недель до 2-3 месяцев;
- ❖ Возникают признаки, типичные для беременности (тошнота, нагрубание молочных желез);
- ❖ Ноющие боли внизу живота;
- ❖ При большей задержки месячных возникает мено - метроррагия.

КИСТЫ (фолликулярные и лютеиновые):

- ❑ обычно небольших размеров,
- ❑ односторонние,
- ❑ как правило, не имеют клинических проявлений.
- ❑ в случаях появления внутрибрюшного кровотечения из жёлтого тела наблюдаются симптомы острого живота (остро возникшие боли, тенезмы), реже симптомы геморрагического шока. Их образование связано с нарушением овуляции.
- ❑ большинство функциональных кист спонтанно исчезают без лечения в течение 60 дней.
- ❑ при персистенции таких образований более 60 дней, особенно при наличии нормального менструального цикла, необходимо исключать истинные опухоли яичников.
- ❑ для исключения истинных опухолей показана лапароскопия.

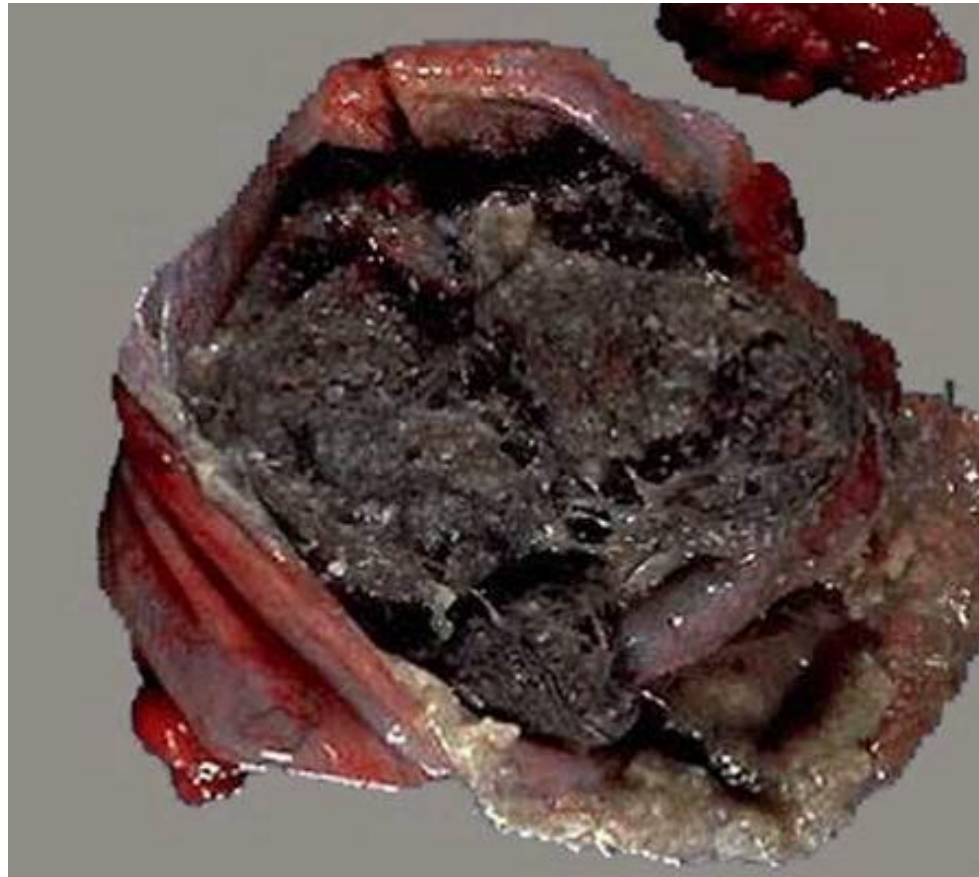
Лапароскопия: киста левого яичника



- **Параовариальные кисты** образуются между листками широких связок, отходящих от боковых поверхностей матки, то есть такая киста расположена не в яичнике, а рядом. Параовариальные кисты обычно образуются на фоне хронического воспаления яичников, гормоны не продуцируются.
- **Эндометриоидная (шоколадная) киста** - появляется вследствие имплантации эндометрия в яичник, занесенного по маточным трубам из полости матки. Эндометрий развивается на поверхности яичника и проходит все стадии менструального цикла с выделением менструальной крови;



Макропрепарат: эндометриоидная киста



Клиническая картина эндометриоза яичников очень разнообразна:

- ❑ **Ведущей жалобой является болевой синдром** различной интенсивности: постоянные ноющие боли, периодически усиливающиеся, с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, достигающие максимума накануне или во время менструации.
- ❑ **Эндометриоидные кисты яичников всегда сопровождаются развитием спаечного процесса в малом тазу**, что может приводить к нарушению функции кишечника и мочевого пузыря.
- ❑ **При наличии эндометриоидных кист может наблюдаться субфебрильная температура, ознобы, увеличение СОЭ, лейкоцитоз.**

Медикаментозное лечение опухолевидных образований (кист) яичников

- **Монофазные эстроген-прогестагенные препараты** (ригевидон, минизистон по 1 таб 1 раз в сутки с 5 по 25 день менструального цикла , 3-6 месяцев).
- **Прогестагены** (Микролют, дуфастон, минизистон по 1 таб . 1 раз в сутки с 5 по 25 день менструального цикла, 3-6 месяцев).
- **Противовоспалительная терапия** (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты).
- **Хирургическое лечение** опухолевидных образований яичников.

Кистомы - это истинные опухоли яичников, которые способны к росту, то есть их увеличение проходит не за счет накопления секрета, а за счет роста.

Эпителиальные опухоли встречаются чаще:

- **Серозная (цилиоэпителиальная) опухоль яичника** встречается в возрасте 40-50 лет, односторонняя, как правило, содержит секрет;
- **Псевдомуцинозные опухоли** - многокамерные, односторонние, достигают гигантских размеров.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Наиболее часто встречаются эпителиальные опухоли яичников (серозные и муцинозные кисты; опухоль Бреннера).

- Они составляют около 80% от всех опухолей яичников.
- При доброкачественной опухоли происходит разрастание эпителия без признаков атипии и разрушения базальной мембраны.
- **Доброкачественные эпителиальные опухоли имеют вид кистозных гладкостенных образований (носят название «цистаденомы»),** содержимое которых определяется гистотипом.
- Содержимое кист представляет собой серозную жидкость соломенного цвета. Серозные кисты чаще односторонние и однокамерные, небольших размеров. Иногда они достигают 30 см в диаметре.

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

СТРОМАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ (из стромы полового тяжа)

- гранулёзоклеточные,
- текомы,
- фибромы,
- андробластомы,
- гинандробластомы.

СТРОМАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ могут быть:

- доброкачественными,
- злокачественными.

Все они относятся к гормонально-активным опухолям (за исключением фибром), и поэтому такие доброкачественные образования имеют достаточно яркую клиническую картину.

Кистомы из стромы полового тяжа:

□ **Гранулезоклеточные опухоли** - продуцируют эстрогены, редко становятся злокачественными, но проявляются гиперэстрогенией;

□ **Андробластома (опухоль из клеток Сертоли-Лейдига)** - опухоль, продуцирующая андрогены. Чаще болеют молодые женщины. Опухоль односторонняя, небольших размеров, нередко перерождается в злокачественную. В клинической картине преобладают вирилизация, маскулинизация;

□ **Текома (феминизирующая опухоль)** - односторонняя, доброкачественная опухоль, которая редко встречается. Развивается из клеток внутренней оболочки фолликула, продуцирует эстрогены, а в случае лютеинизации - прогестерон. Вследствие чего возможно преждевременное половое созревание (8-10 лет) или позднее угасание менструальной функции (55-60 лет).

Основным видом стромальных опухолей является **ФИБРОМА ЯИЧНИКА**:



- ❖ Составляет около 7% всех опухолей яичников.
- ❖ Фибромы – доброкачественные опухоли, состоящие из фибробластов с различной степенью зрелости, продуцирующие обильное количество коллагена.
- ❖ Фиброма не обладает гормональной активностью.
- ❖ Она представляет собой одностороннее образование с гладкой или бугристой поверхностью, иногда больших размеров.
- ❖ Чаще фибромы яичника развиваются у женщин пожилого возраста.
- ❖ В клинической картине заболевания нередко наблюдается **триада Мейгса (анемия, асцит, гидроторакс)**, которая после удаления опухоли исчезает.

К НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ относят также **герминогенные опухоли.**

- Они развиваются из первичных зародышевых клеток.
- Больные с герминогенными опухолями преимущественно молодого и детского возраста.
- **Доброкачественными герминогенными опухолями являются зрелые тератомы**, которые развиваются из элементов одного или всех трёх зародышевых листков (экто-, мезо- и энтодермы).
- **Гистологически зрелые тератомы состоят из зрелых структур тканей и органов зародыша (кожа, зубы, щитовидная железа, кишечная трубка, хрящ и др.).**
- Зрелые тератомы подразделяются на солидные и кистозные.

К кистозным тератомам относятся **дермоидные кисты**:

- ❖ составляют 25% от всех доброкачественных опухолей яичников;
- ❖ чаще встречаются у молодых женщин;
- ❖ могут поражать детей и пожилых женщин;
- ❖ дермоидные кисты включают в себя эпидермис и его придатки;
- ❖ гормональной активностью дермоидные кисты не обладают.
- ❖ клинически заболевание проявляется болями внизу живота, которые могут быть острыми в связи с перекрутом ножки кисты.
- ❖ дермоидные кисты могут малигнизироваться.



Герминогенные опухоли:

□ Тератомы - дермоидная киста (зрелая тератома)

развивается с остатков в яичнике эмбриональных зачатков, чаще односторонняя. На разрезе содержит зрелые зачатки - зубы, волосы и др. Редко становится злокачественной, в отличие от незрелой тератомы.



□ Метастатические опухоли - опухоль Крукенберга.

Первичный очаг - желудок, кишечник. Это двустороннее образование, небольших размеров (8-10 см), подвижное, бугристое. На разрезе имеет ячеистое строение, с солидными участками и слизью.

Клиническая картина кистом яичников

- Тупые ноющие боли внизу живота, в поясничной и подвздошной области, иррадируют в нижние конечности и пояснично-крестцовую область;
- Отсутствие связи боли с менструацией;
- Нарушение менструальной функции;
- Запоры и дизурические расстройства (появляются при опухолях больших размеров);
- Приступообразные и острые боли, обусловленные перекрутом ножки опухоли (частичным или полным) и перфорацией капсулы опухоли.

Диагностика опухолей яичников

- ◆ Бимануальное обследование.
- ◆ Осмотр в зеркалах.
- ◆ Ультразвуковое исследование.
- ◆ Цветное доплеровское картирование.
- ◆ Под контролем УЗИ проводят пункцию образования, а затем цитологическое исследование.
- ◆ Компьютерная томография, МРТ.
- ◆ Исследование кишечника на предмет опухоли (ректороманоскопия, ирригоскопия).
- ◆ Фиброгастроскопия.
- ◆ Исследование молочных желез (маммография, УЗИ).

Диагностика опухолей яичников

- ❖ **Определение опухолевых онко - маркеров – СА-125, HE4, СА-19-9, др.**
- ❖ Высокий уровень АФП и ХГЧ также может свидетельствовать о злокачественности процесса.
- ❖ **HE4 в сочетании с СА 125** имеет высокую чувствительность: около 76,4% при специфичности 95%. Кроме того, **HE4** является более чувствительным на ранних стадиях *рака эндометрия* по сравнению с СА 125.

Алгоритм расчета риска наличия злокачественных опухолей яичника (ROMA).

- ❖ **Алгоритм (ROMA)** учитывает значения **HE4** и **СА 125**, а также статус менопаузы пациентки и подсчитывает прогностическую вероятность обнаружения эпителиального рака яичника во время операции.
- ❖ У женщин перед менопаузой значение *ROMA* равное или более 11,4% указывает на высокий риск обнаружения *эпителиального рака яичника*.
- ❖ У женщин после менопаузы значение *ROMA* равное или более 29,9% указывает на высокий риск, а значение *ROMA* менее 29,9%⁸⁷

Дифференциальный диагноз опухолей яичников

- **Беременность.**
- **Миома матки.**
- **Тубоовариального образования воспалительной этиологии.**
- **Злокачественные опухоли яичников.**
- **Опухоли других органов брюшной полости и забрюшинного пространства.**
- **Спаечная болезнь с образованием кистозных полостей.**

ДИАГНОСТИКА доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных образований

- УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.

Достоинством этого метода в диагностике опухолей яичников являются его высокая информативность (чувствительность, специфичность достигают 80-90%), простота, быстрота, безвредность, возможность объективного документирования и многократного проведения.

При небольших образованиях в малом тазу наибольшей информативностью обладает **трансвагинальная эхография**, при **образованиях более 6-7 см – трансабдоминальная эхография.**

- Цветное доплеровское картирование помогает **дифференцировать доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.** Для доброкачественных опухолей характерна умеренная васкуляризация в капсуле, перегородках и включениях. **Злокачественные опухоли имеют активную васкуляризацию.**

Компьютерная томография используется:

- при необходимости дифференциальной диагностики со злокачественным процессом;
- при неясном расположении опухоли в тазу;
- для выявления распространенности опухоли, её контуров, формы и уточнения состояния смежных органов;
- позволяет установить кистозную и солидную структуру, жировую ткань и участки обызвествления;
- однако дифференциальная диагностика опухолевидных и гнойно-воспалительных процессов в малом тазу при использовании КТ нередко бывает затруднительной.

Магнито-резонансная томография позволяет получать изображения в различных проекциях, что особенно важно при злокачественных процессах для выявления прорастания в окружающие органы и ткани.

- ❖ **Диагностическая лапароскопия** даёт возможность непосредственной визуальной оценки яичников, проведения дифференциальной диагностики опухолей и опухолевидных образований. По данным разных авторов точность диагностики опухолей яичников с помощью лапароскопии находится в пределах 70-100%.
- ❖ **Морфологическое исследование опухоли** позволяет установить окончательный диагноз с верификацией гистотипа опухоли и её доброкачественности.

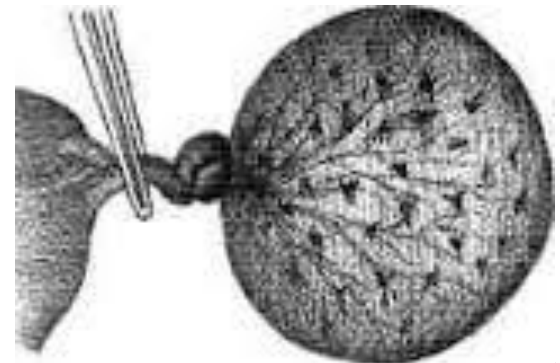
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ при перекруте ножки опухоли

Анатомическая ножка состоит:

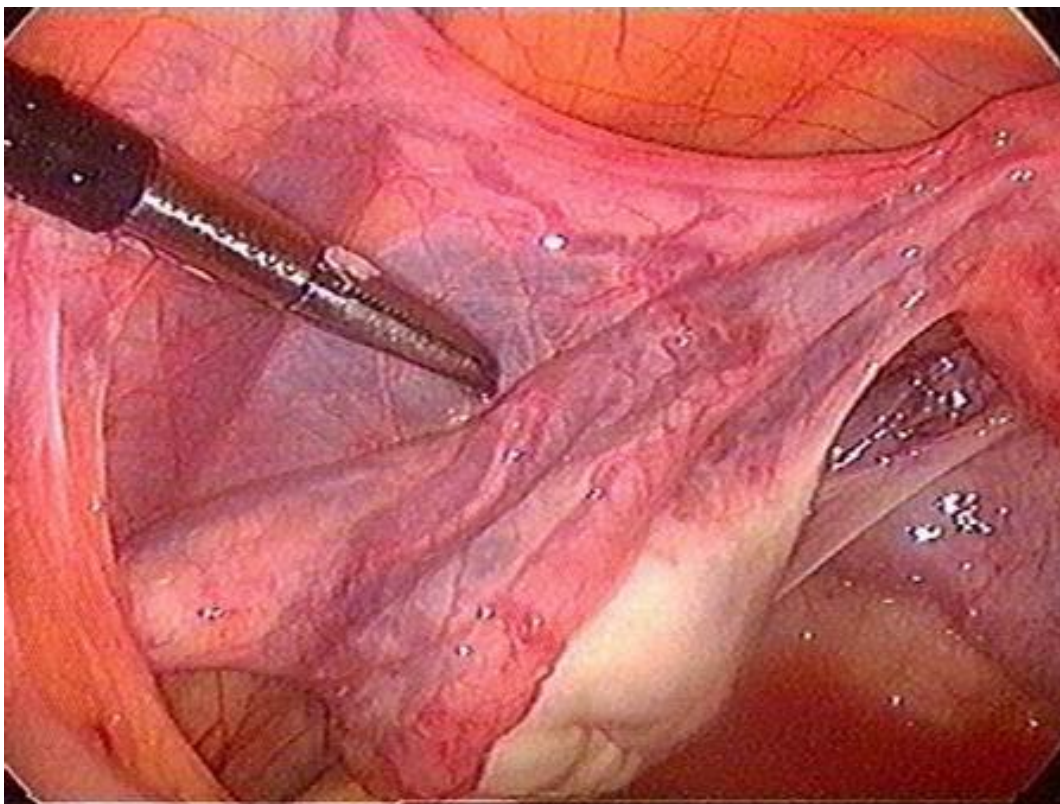
- из подвешивающей связки,
- собственной связки яичника,
- части широкой связки, в которых проходят яичниковые и маточные артерии, лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка - все образования, которые пересекаются во время операции:

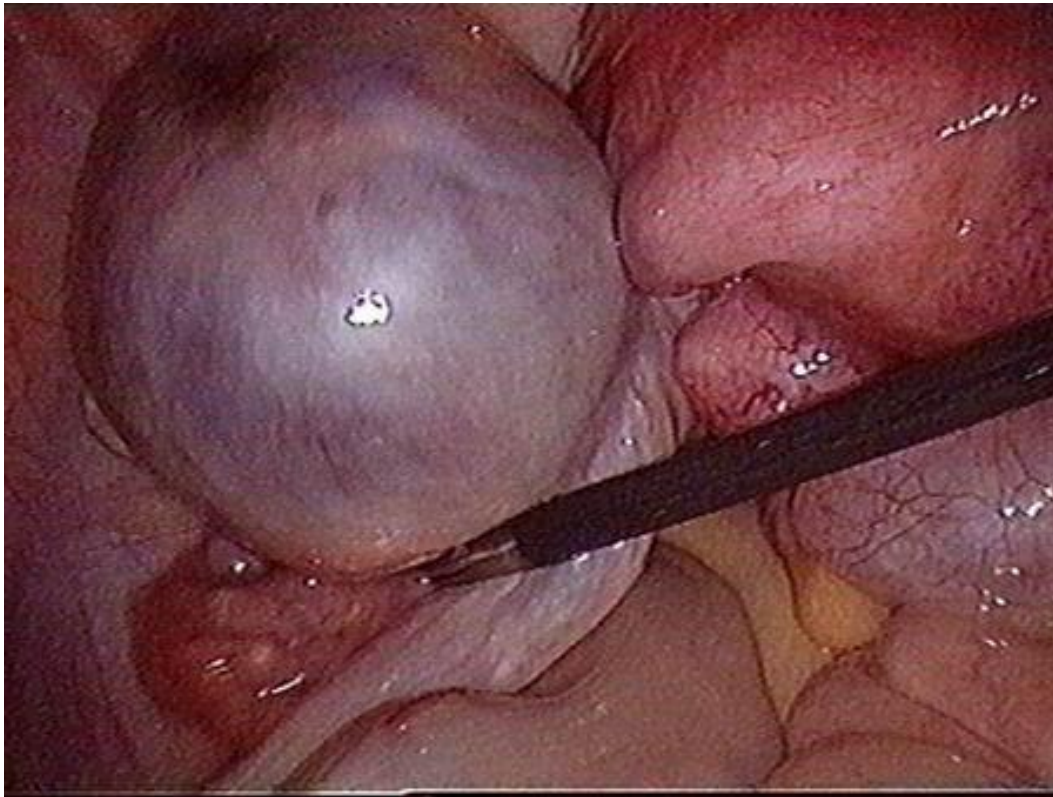
- ✓ анатомическая ножка,
- ✓ маточная труба,
- ✓ иногда сальник.



Лапароскопия: нормальная анатомия левых придатков



Лапароскопия: перекрут ножки кисты



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных образований

Цель лечения:

- Удаление опухоли с максимально возможным сохранением здоровой яичниковой ткани.
- Профилактика рецидивов опухоли.
- Сохранение и восстановление репродуктивной функции.
- Профилактика осложнений опухолей яичников: злокачественный рост, перекрут ножки, нагноение кисты, кровоизлияние, разрыв капсулы.

Все доброкачественные опухоли яичников после исключения функциональных кист требуют ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Это связано с тем, что без операции невозможно окончательно решить вопрос о злокачественности процесса.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ доброкачественных опухолей яичников и опухолевидных образований

- ❖ **Обнаружение доброкачественной опухоли яичника является однозначным показанием к ее удалению.** Хирургическая тактика в отношении доброкачественных опухолей яичников определяется возрастом, репродуктивным статусом женщины и гистотипом образования.
- ❖ **Обычно вмешательство заключается в удалении пораженного яичника – аднексэктомия.** У пациенток репродуктивного возраста допустимо выполнение клиновидной резекции яичника с экстренной гистологической диагностикой и ревизией другого яичника.
- ❖ **В перименопаузе, а также при двусторонней локализации доброкачественных опухолей яичников или подозрении на их малигнизацию производится пангистерэктомия.**
- ❖ **Доступом выбора** при доброкачественных опухолях яичников в настоящее время **является лапароскопический**, позволяющий уменьшить операционную травму, риск развития спаечного процесса и тромбоземболии, ускорить реабилитацию и улучшить репродуктивный прогноз.

Профилактика доброкачественных опухолей яичников

- **Доказано, что длительный прием монофазных КОК обладает профилактическим действием в отношении доброкачественных опухолей яичников.**
- Кроме того, отмечено, что у пациенток с реализованной генеративной функцией, доброкачественные опухоли яичников развиваются реже. **Поэтому женщинам настоятельно не рекомендуется прерывание беременности, в особенности первой беременности.**
- Также известно, что женщины, перенесшие гистерэктомию или перевязку маточных труб, имеют меньшие риски развития опухолей яичников, хотя данный протективный механизм остается невыясненным.
- Определенное значение в профилактике доброкачественных опухолей яичников отводится достаточному употреблению растительной клетчатки, селена и витамина А.
- **В качестве мер скрининга доброкачественных опухолей яичников выделяют регулярные гинекологические осмотры и УЗИ малого таза.**

Спасибо за внимание !

профессор Круть Юрий Яковлевич