

ИНТЕРАКТИВНОЕ СЕМИНАРСКОЕ ЗАНЯТИЕ

МИОМА МАТКИ

8 семестр 4 курс (весна)

Миома матки – это



1. гормонально-зависимая, доброкачественная опухоль из мышечной и соединительной ткани
2. это эпителиальная опухоль
3. опухоль из многослойного плоского эпителия
4. гормонально-активная опухоль

Миома матки - это



1. гормонально-зависимая, доброкачественная опухоль из мышечной и соединительной ткани
2. это эпителиальная опухоль
3. опухоль из многослойного плоского эпителия
4. гормонально-активная опухоль

Миома матки возникает



1. в период детства
2. в период полового созревания
3. в репродуктивный период
4. в постменопаузе

Миома матки возникает



1. в период детства
2. в период полового созревания
3. **в репродуктивный период**
4. в постменопаузе

Определение (I)

- Миома матки – доброкачественная, иммуно- и гормональнозависимая опухоль, относится к стромальным опухолям, которые образуются в результате гипертрофии и пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани.

- D25 Лейомиома матки.
- D25.0 Подслизистая лейомиома матки.
- D25.1 Интрамуральная лейомиома матки.
- D25.2 Субсерозная лейомиома матки.
- D25.3 Неуточнённая лейомиома матки.

Распространенность

- Распространённость лейомиомы матки увеличивается с возрастом женщины:
20–30% у женщин репродуктивного возраста, 40% — у женщин от 40 до 50 лет.
- Однако истинная распространённость лейомиомы матки, выявляемая по материалам аутопсии, составляет 50–62%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ



Основная причина, способствующая возникновению миомы матки



1. гормональная
2. позднее менархе
3. сердечно-сосудистые заболевания
4. заболевания желудочно-кишечного тракта

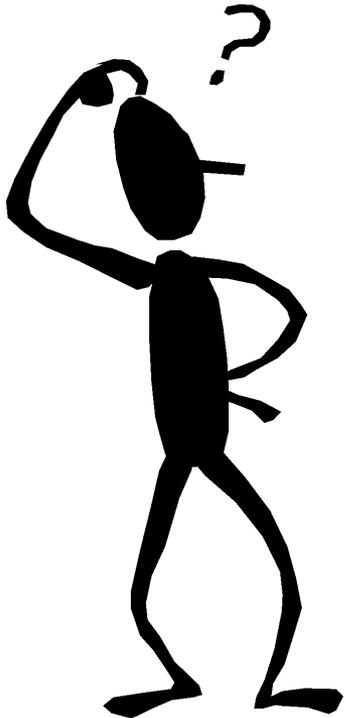
Основная причина, способствующая возникновению миомы матки



1. **гормональная**
2. позднее менархе
3. сердечно-сосудистые заболевания
4. заболевания желудочно-кишечного тракта

Этиология

- Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не решен.
- Патогенез миомы матки остается спорным и вызывает много вопросов.



Этиология

- До настоящего времени существует традиционное мнение о ведущей роли эстрогенов в патогенезе миом. Уменьшение объемов миоматозных узлов и значительное снижение содержания рецепторов эстрогенов в миометрии и тканях миомы после длительного лечения агонистами гонадолиберина подтверждают это мнение.

Этиология

- Развитие и рост миомы во многом обуславливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Нарушение рецепторного аппарата могут способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный).

Этиология

- В генезе миомы матки играют роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции.

Жалобы

- Жалобы больных зависят от многих факторов: локализации и величины опухоли, вторичных изменений в миоматозных узлах, продолжительности заболевания, наличия сопутствующих изменений в половых органах и т.д.

Жалобы

- Меноррагии у больных с миомой матки могут быть обусловлены увеличением внутренней поверхности, с которой происходит десквамация эндометрия во время менструации, неполноценностью миометрия и сосудов, расположенных в мышечном слое, гиперплазией эндометрия и повышением его фибринолитической активности.

Симптомы

- Важную роль в клинике миом матки играют нарушения функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки), которые чаще наблюдается при межсвязочном, подбрюшинном, шейечном расположении узлов, иногда при больших размерах опухоли. Рост узла кпереди нередко способствует нарушению мочеиспускания, подшейечные миомы вызывают нарушение акта дефекации.

Первичная локализация миомы матки



1. межмышечная
2. субсерозная
3. субмукозная
4. интралигаментарная

Первичная локализация миомы матки



1. **межмышечная**
2. субсерозная
3. субмукозная
4. интралигаментарная

Субмукозная миома матки - это



1. рост миоматозного узла в полость матки
2. рост миоматозного узла в сторону серозы
3. рост узла интралигаментарно
4. рост узла из шейки матки

Субмукозная миома матки - это

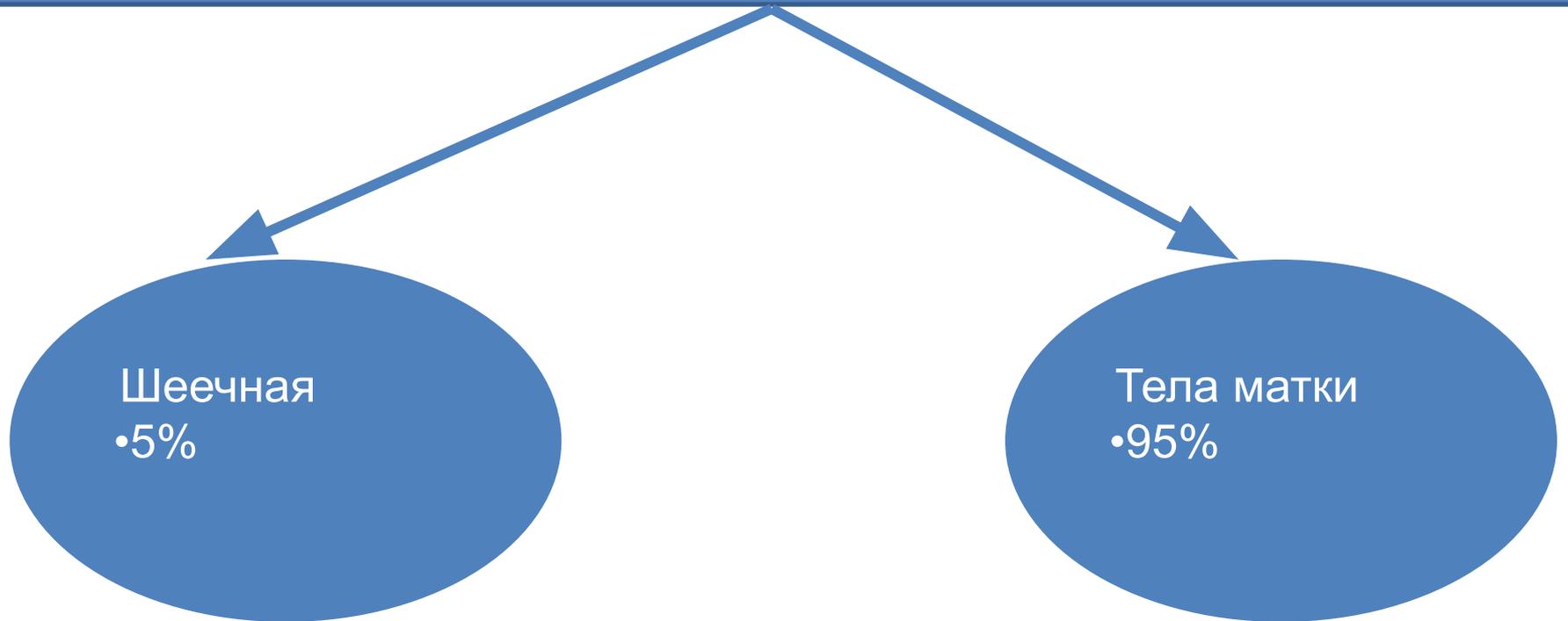


1. **рост миоматозного узла в полость матки**
2. рост миоматозного узла в сторону серозы
3. рост узла интралигаментарно
4. рост узла из шейки матки

Локализация

- Чаще всего миомы матки бывают множественными. Миоматозные узлы чаще располагаются в теле матки (95%) и гораздо реже (5%) в шейке.
- По локализации фиброматозных узлов различаются: подбрюшинные (субсерозные); межмышечные (интерстициальные); подслизистые (субмукозные).

Миома матки



Миома матки

```
graph TD; A[Миома матки] --> B[Интерстициальная •58%]; A --> C[Субсерозная •18%]; A --> D[Подслизистая •24%];
```

Интерстициальная
•58%

Субсерозная
•18%

Подслизистая
•24%

Классификация по гистологическим вариантам

По гистологическим вариантам лейомиомы делятся на

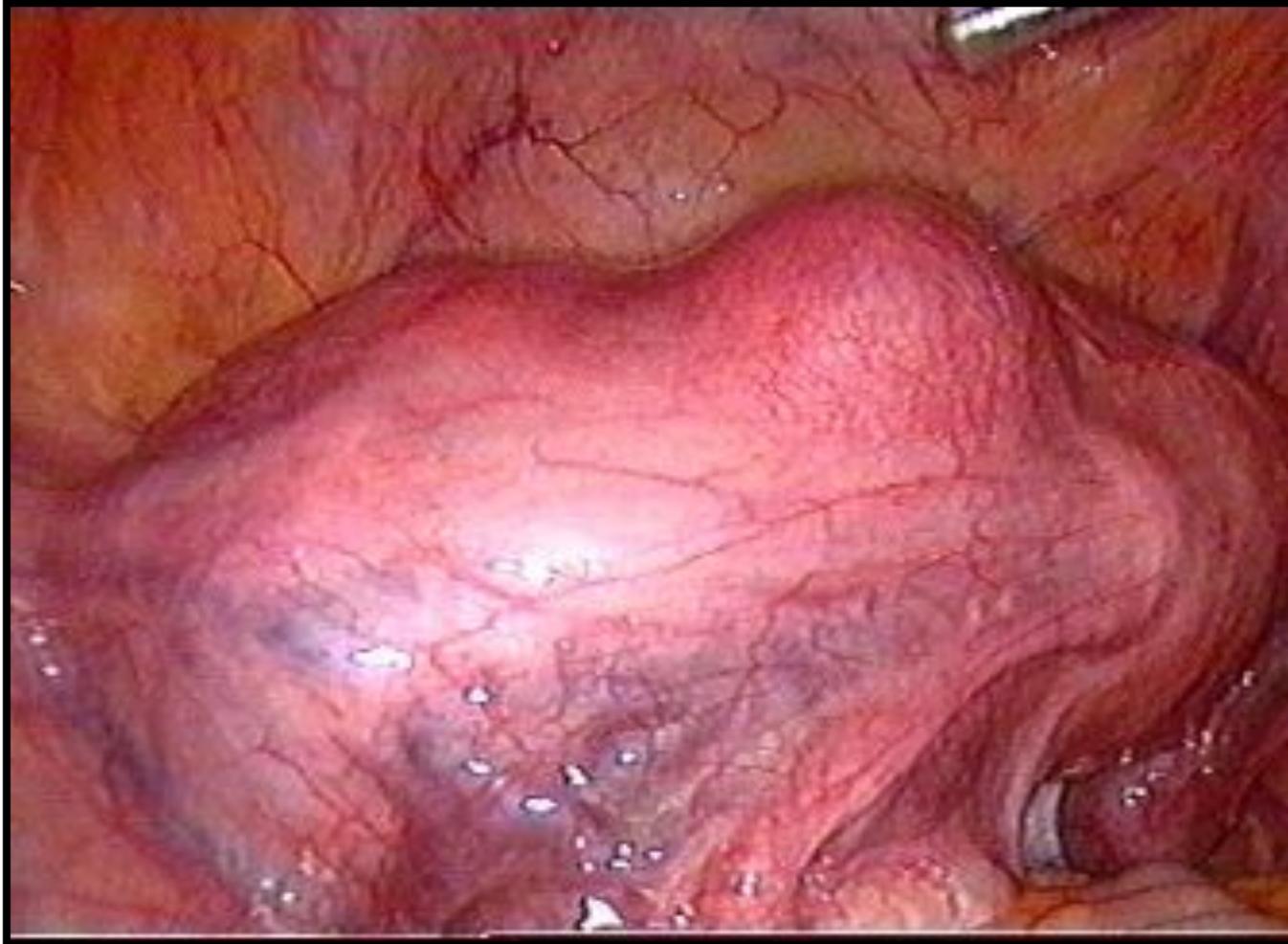
- простые
- пролиферирующие
- предсаркомы

Классификация по морфогенетическим вариантам

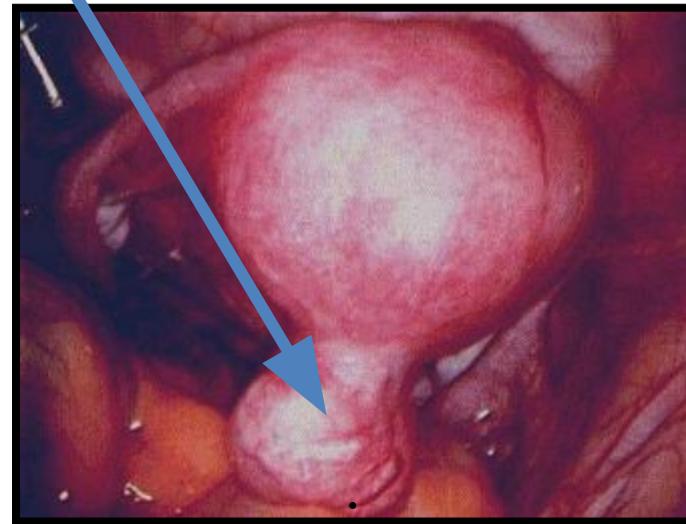
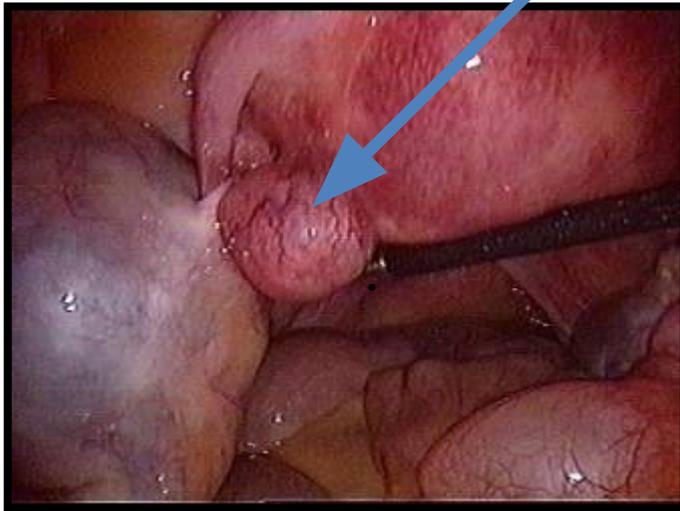
- атипичная лейомиома (*bizarre*);
- геморрагическая лейомиома;
- эпителиоидная лейомиома;
- миксоидный вариант;
- ангиолейомиома,
- липолейомиома;
- диффузный лейомиоматоз,
- внутривенный лейомиоматоз.

К числу редких вариантов относится дольчатая или гроздевидная лейомиома.

Множественная миома матки



Субсерозная миома матки



Субмукозная миома

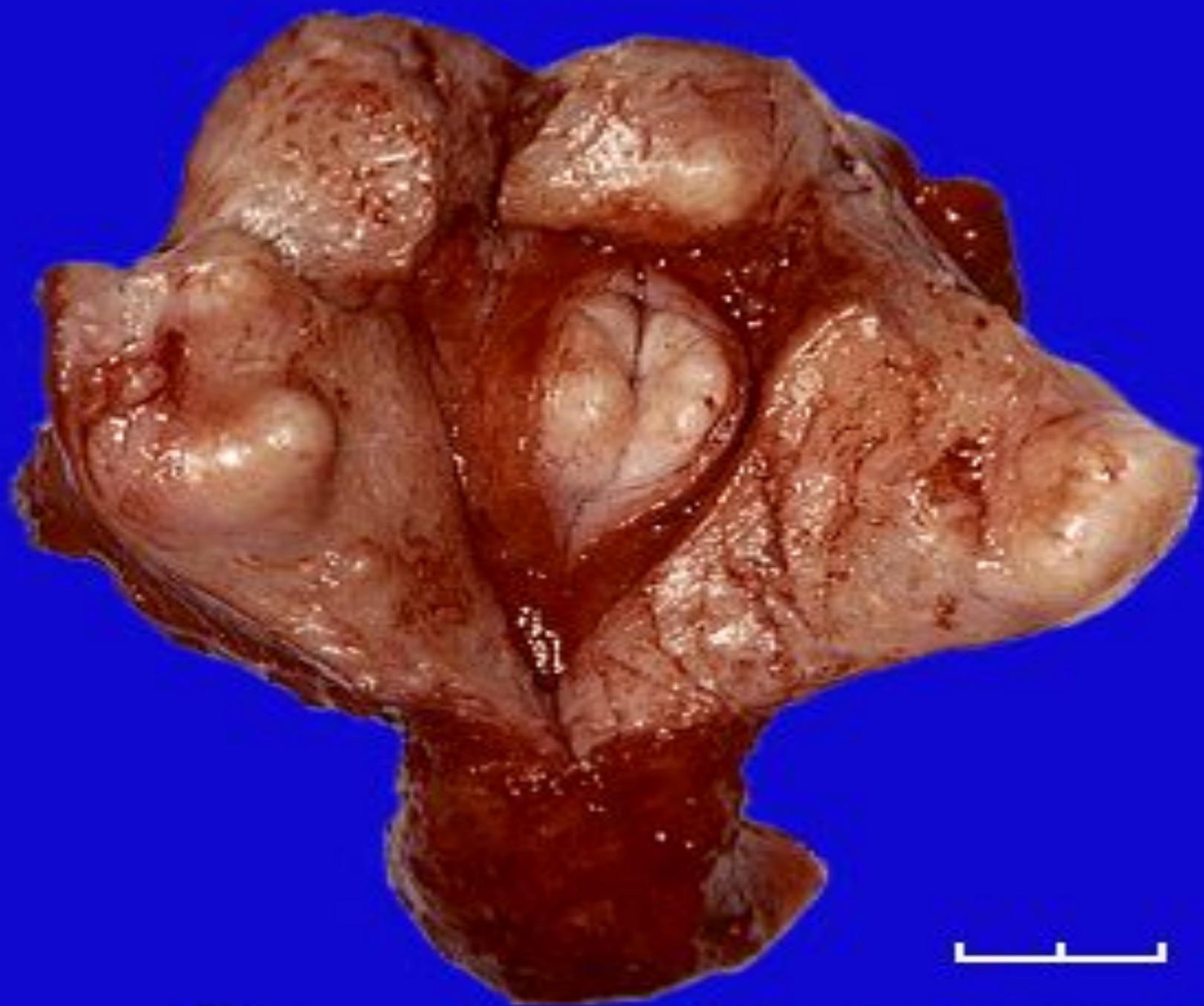


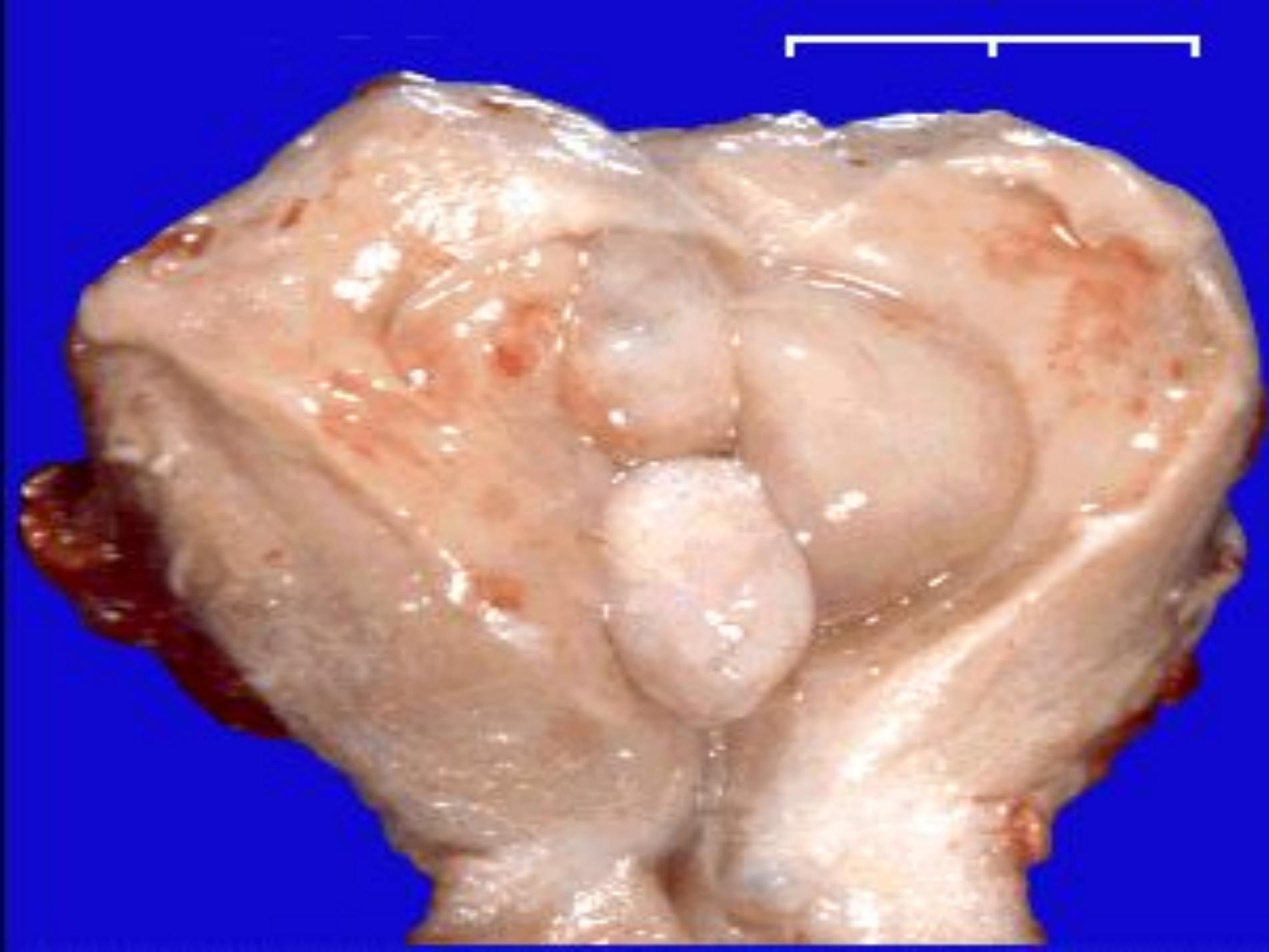
А– на узком основании



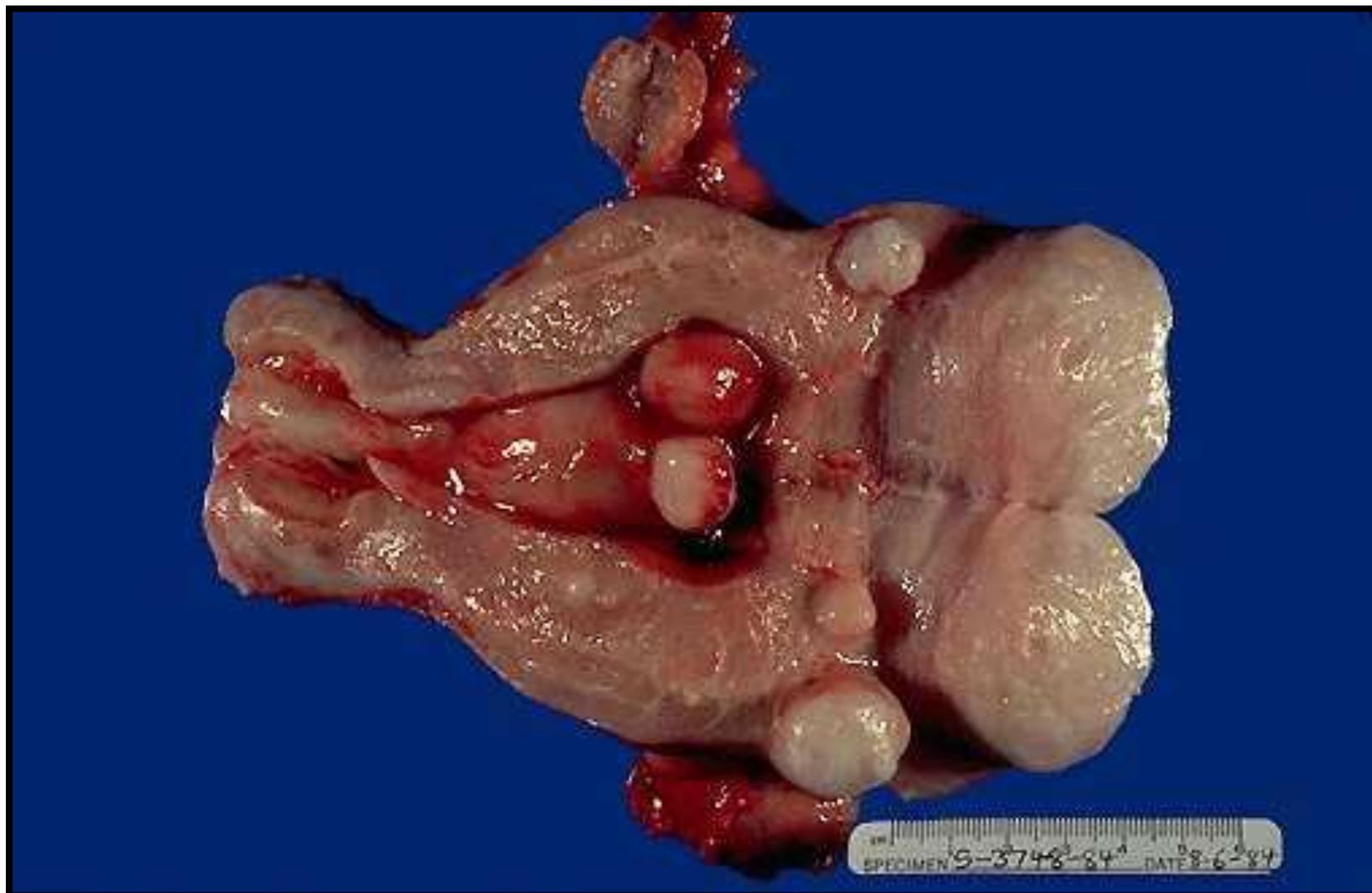
Б– на широком основании







Множественная миома матки



обильные менструальные кровотечения бывают при локализации миоматозного узла



1. субсерозно
2. интерстициально
3. субмукозно
4. в шейке матки

обильные менструальные кровотечения бывают при локализации миоматозного узла



1. субсерозно
2. интерстициально
3. **субмукозно**
4. в шейке матки

причиной болевого синдрома при миоме матки является



?

1. рождающийся подслизистый миоматозный узел
2. интралигаментарный узел
3. субсерозный узел на широком основании
4. интрамуральный узел

причиной болевого синдрома при миоме матки является



1. рождающийся подслизистый миоматозный узел
2. интралигаментарный узел
3. субсерозный узел на широком основании
4. интрамуральный узел

сдавление мочеточника вызывается при росте миоматозного узла



1. из задней стенки матки
2. интралигаментарно
3. из передней стенки матки
4. из дна матки

сдавление мочеточника вызывается при росте миоматозного узла



?

1. из задней стенки матки
2. **интралигаментарно**
3. из передней стенки матки
4. из дна матки

наиболее часто при миоме матки возникает



1. некроз субсерозного узла на ножке
2. выворот матки при рождающемся субмукозном узле
3. злокачественное перерождение
4. некроз интерстициального узла

наиболее часто при миоме матки возникает



?

1. некроз субсерозного узла на ножке
2. выворот матки при рождающемся субмукозном узле
3. злокачественное перерождение
4. некроз интерстициального узла

Симптомы

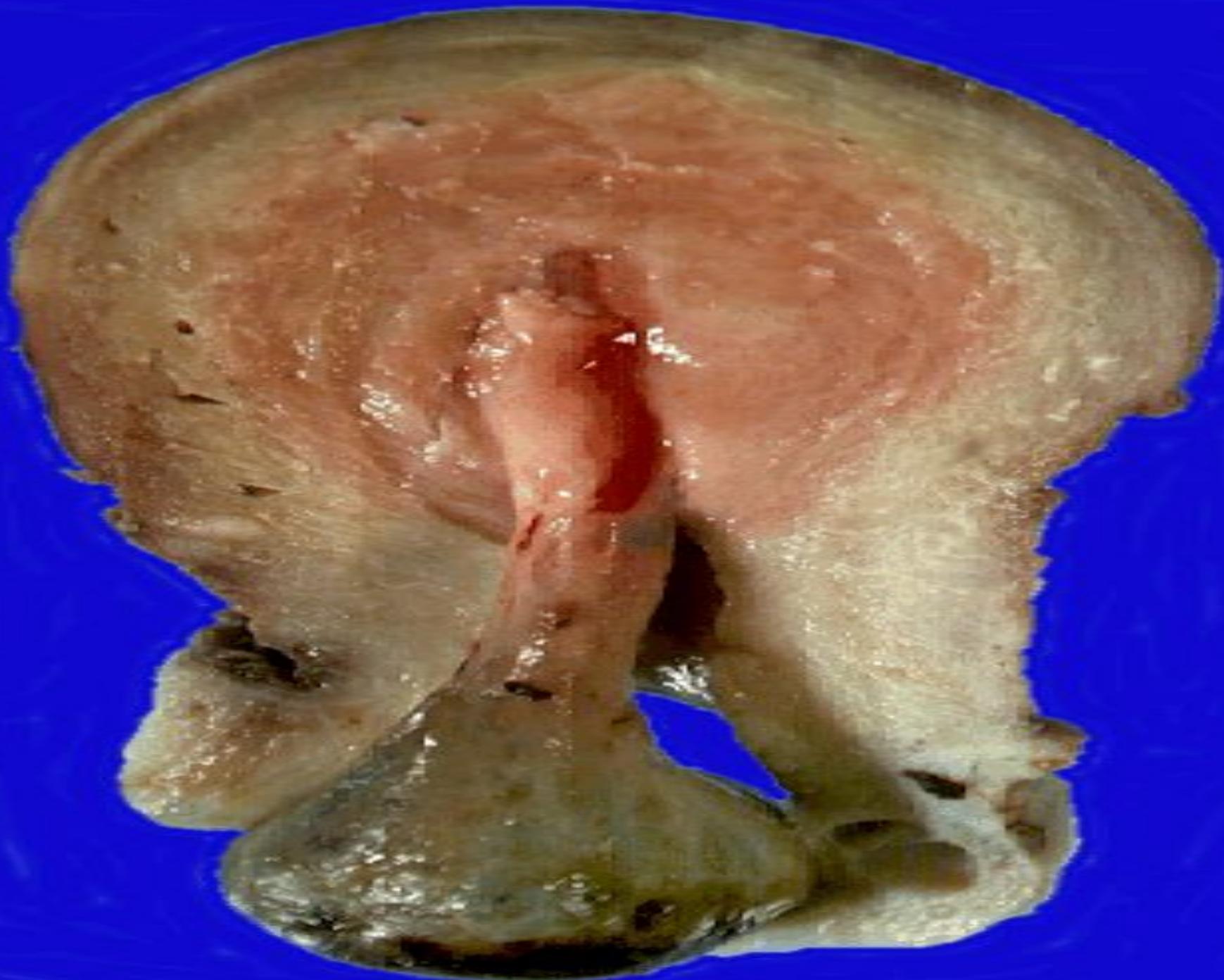
- Нередко основным и наиболее ранним симптомом миомы матки является нарушение менструальной функции – маточные кровотечения в виде мено- и метроррагий или скудные продолжительные мажущие кровянистые выделения.

Симптомы

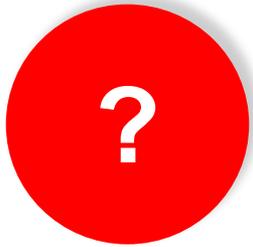
- Наряду с маточными кровотечениями в клинике миом матки отмечается симптом боли. Боли имеют различное происхождение и характер. Они локализуются в нижних отделах живота, пояснице и связаны с растяжением брюшины, покрывающей эти узлы, давлением миоматозных узлов на нервные сплетения малого таза. Выраженные длительные боли обусловлены быстрым ростом опухоли.

Симптомы

- Схваткообразные боли во время менструации характерны для подслизистой локализации опухоли. Аналогичного характера боли возникают при рождении подслизистого (субмукозного) узла.



наиболее достоверный метод диагностики субмукозного узла



1. влагалищное исследование
2. УЗИ
3. гистероскопия
4. гистерография

наиболее достоверный метод диагностики субмукозного узла



1. влагалищное исследование
2. УЗИ
3. Гистероскопия
4. гистерография

наиболее достоверный метод диагностики при субсерозном узле



1. влагалищное исследование
2. гистерография
3. УЗИ
4. гистероскопия

наиболее достоверный метод диагностики при субсерозном узле



1. влагалищное исследование
2. гистерография
3. УЗИ
4. гистероскопия

Диагностика

- Жалобы, анамнез.
- Общее обследование.
- Гинекологическое исследование.
- Дифференциальная диагностика.

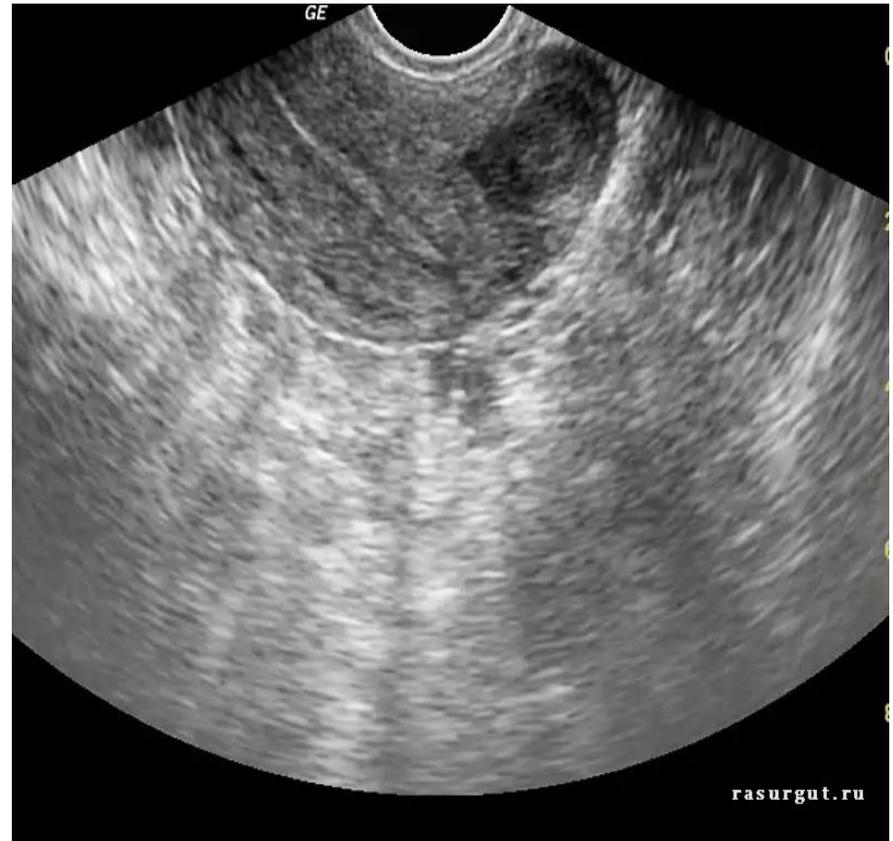
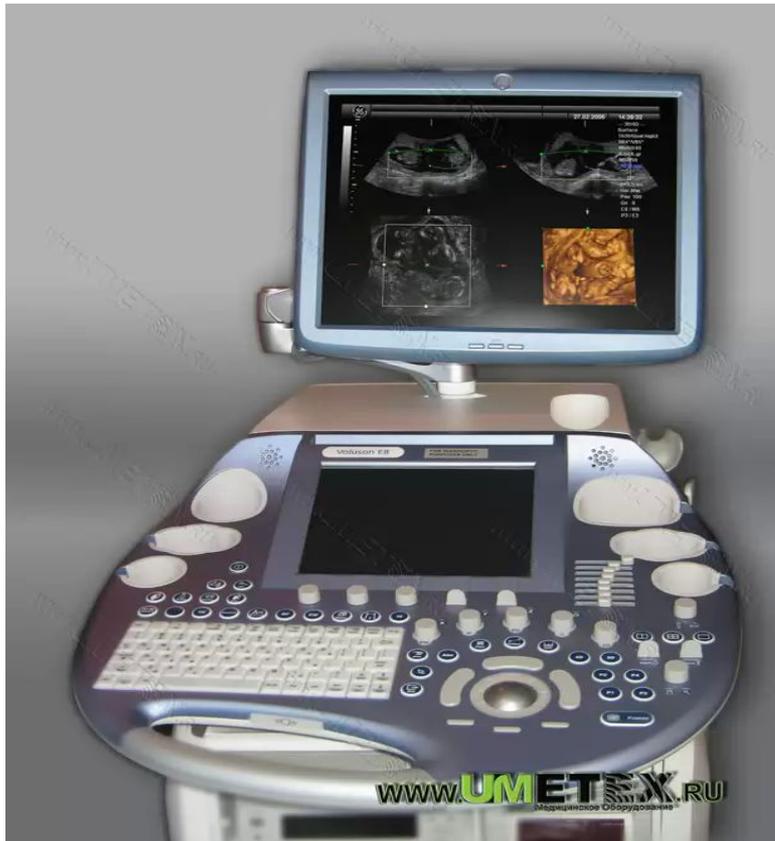
Диагностика

- У большинства больных поставить диагноз миомы матки не представляет больших затруднений, так как при обычном гинекологическом исследовании определяется увеличенная в размерах, подвижная, безболезненная матка плотной консистенции с узловатой поверхностью.

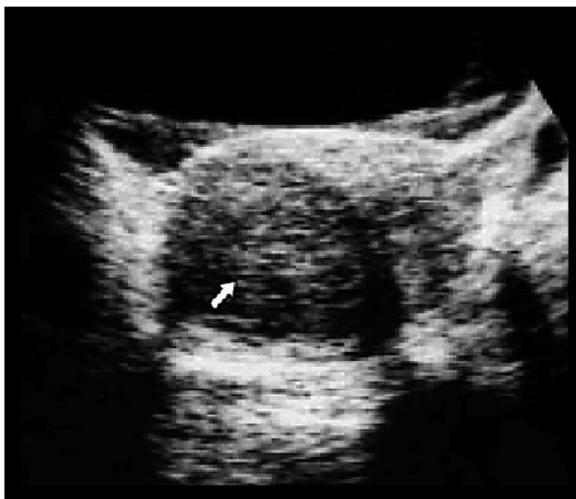
Диагностика

- При наличии длительных кровянистых выделений позволяют уточнить диагноз дополнительные методы исследования: зондирование матки с последующим отдельным диагностическим выскабливанием слизистой цервикального канала и слизистой полости матки, гистеросальпингография, гистероскопия. В настоящее время широко используется ультразвуковое сканирование для определения размеров матки, локализации узлов, состояния яичников.

УЗИ



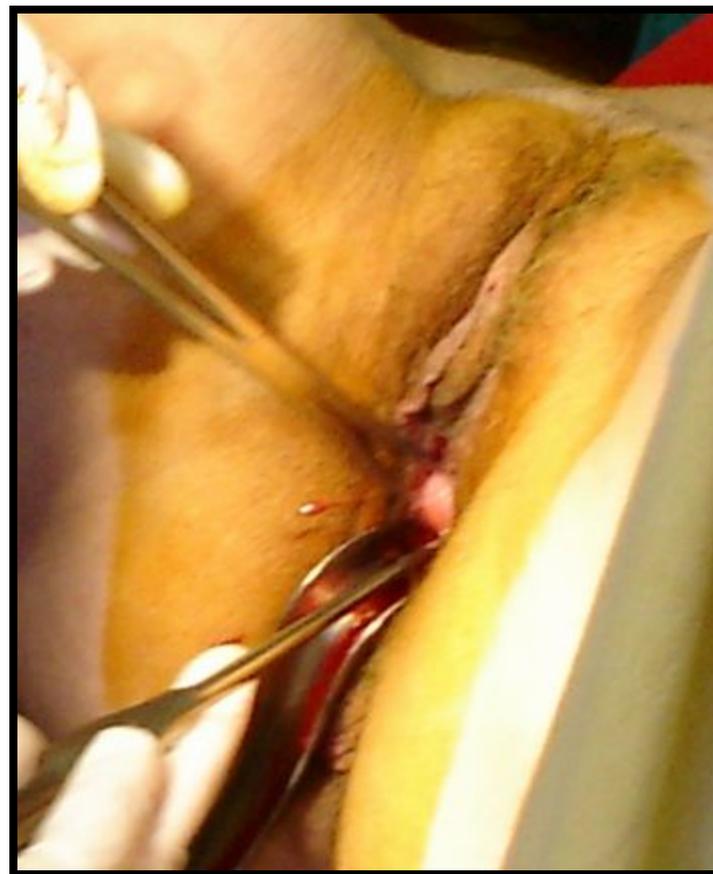
Данные УЗИ



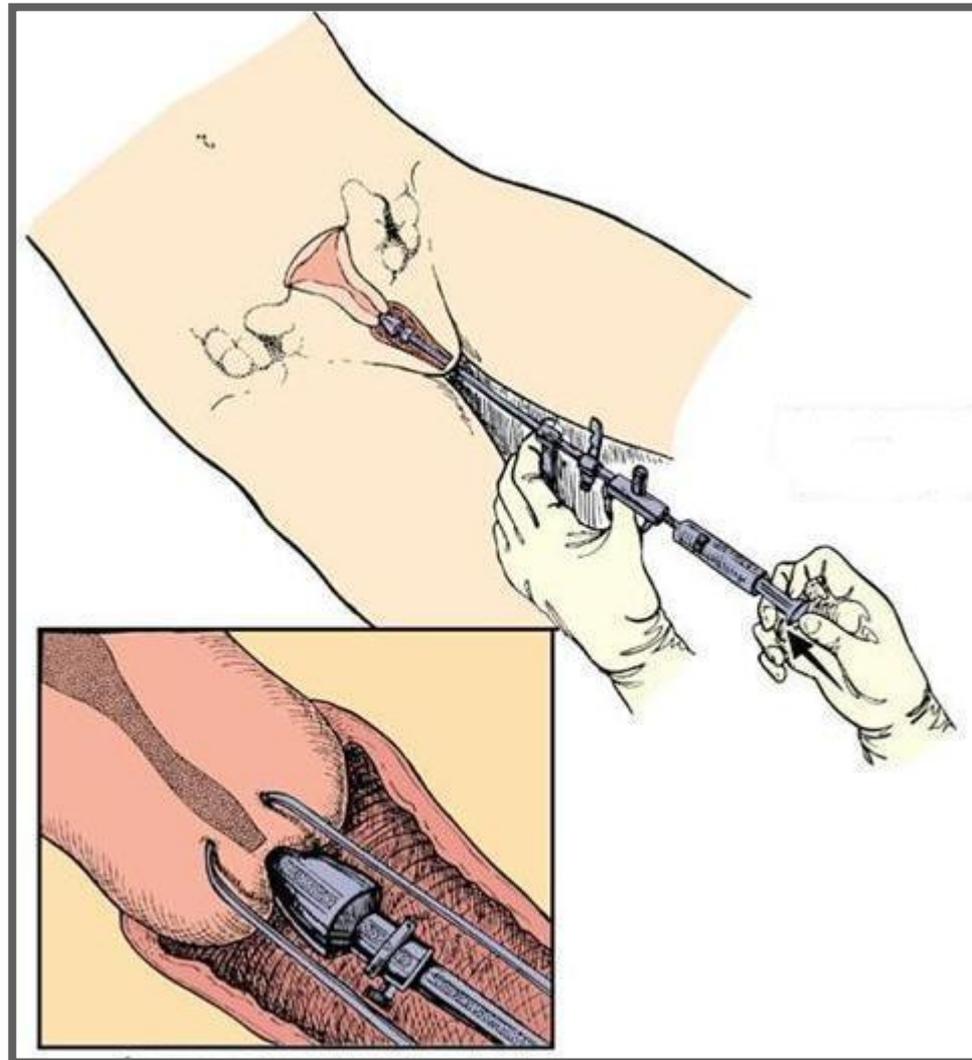
Зондирование матки



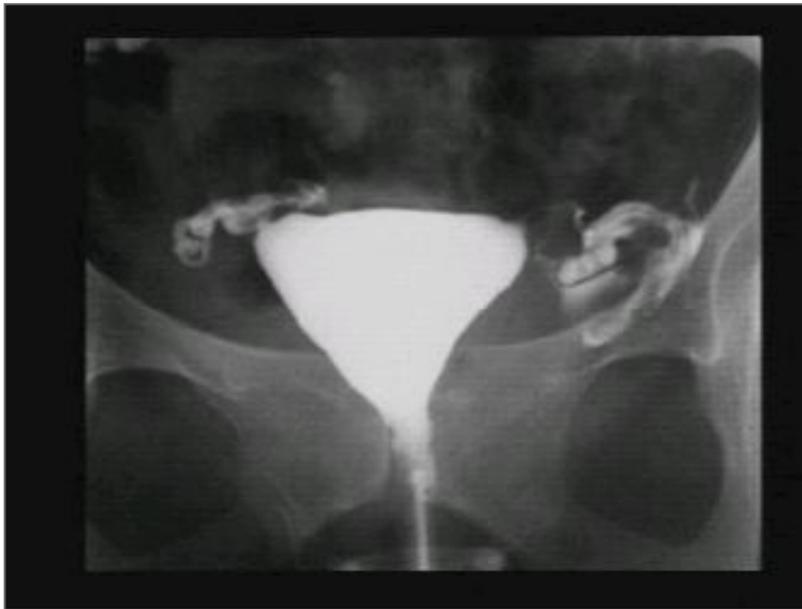
Раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки (РДВ)



Гистеросальпингография (ГСГ)



Миома матки - ГСГ



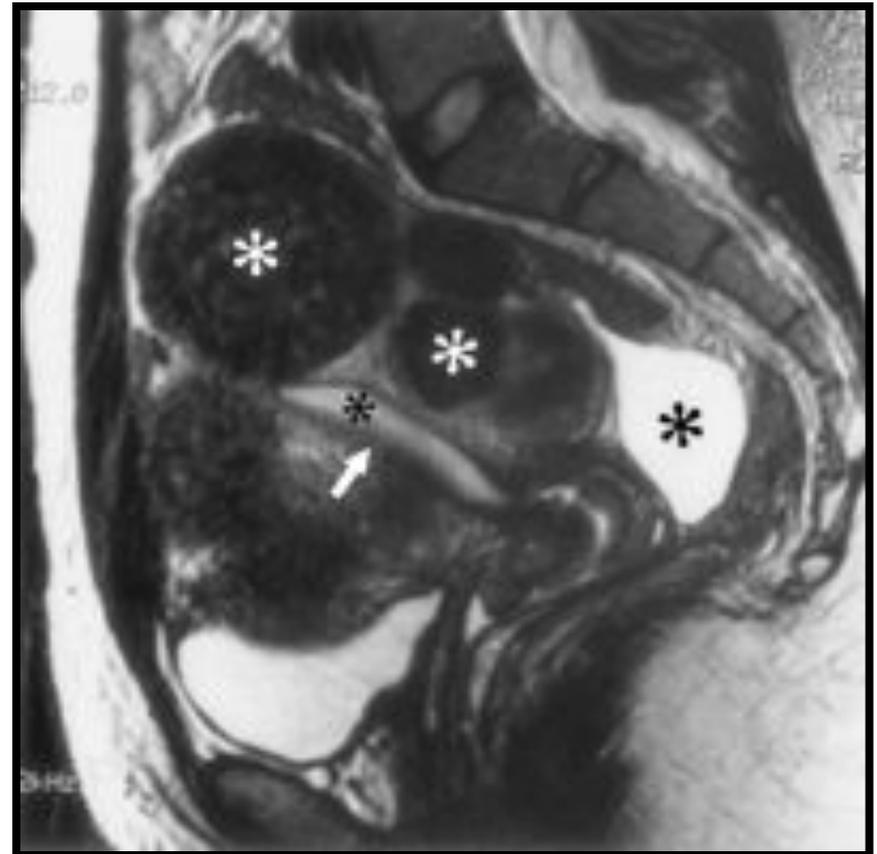
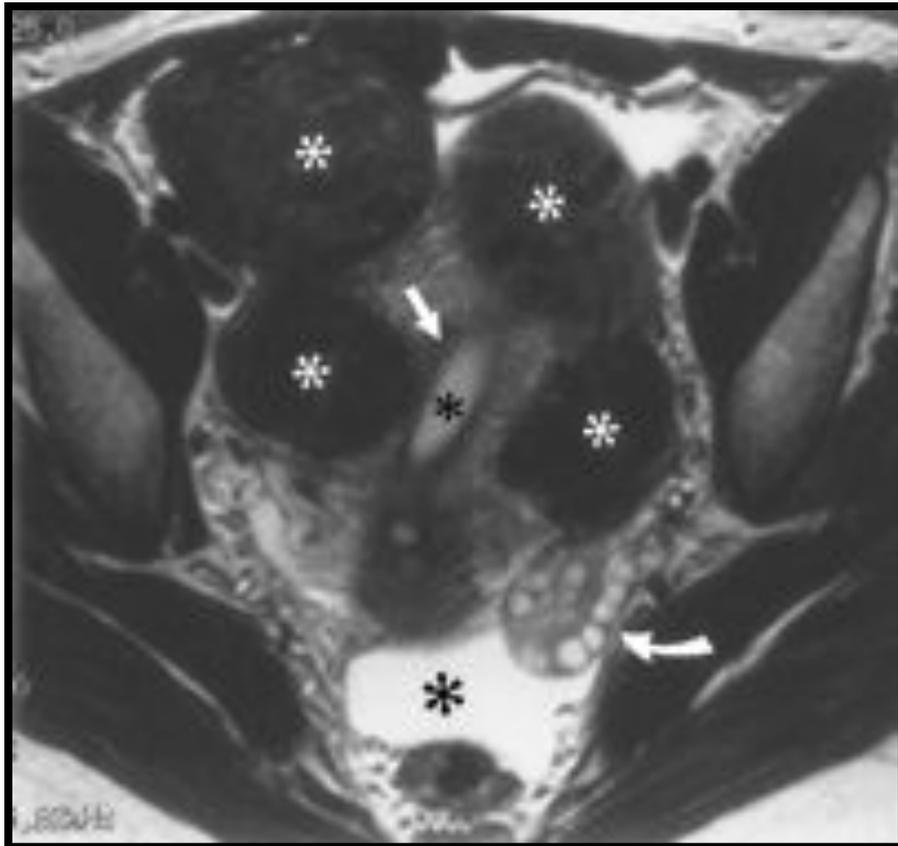
Миома матки - ГСГ



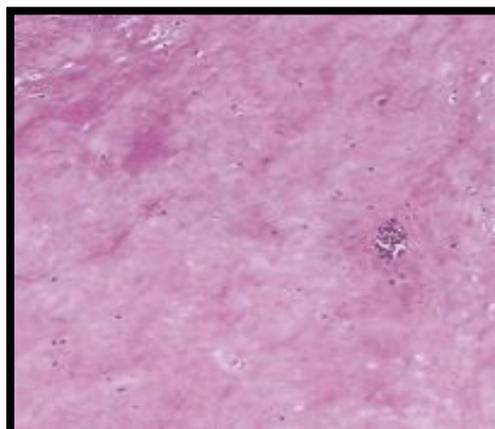
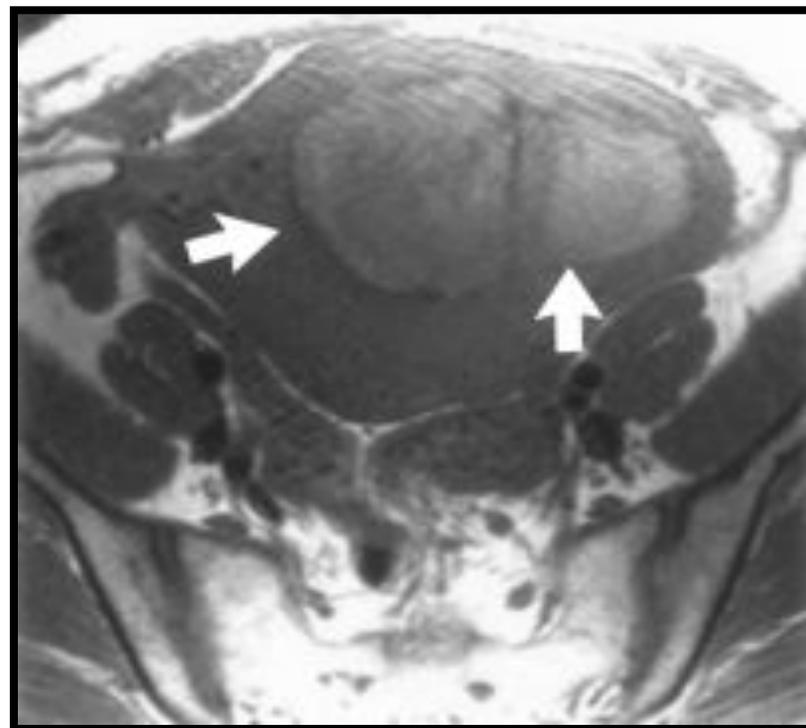
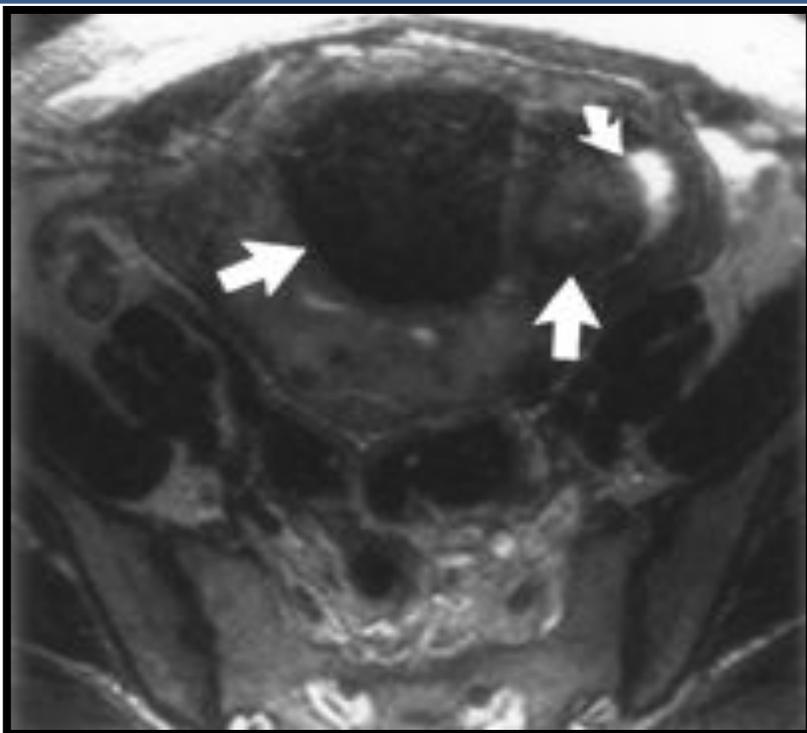
Гистероскопия



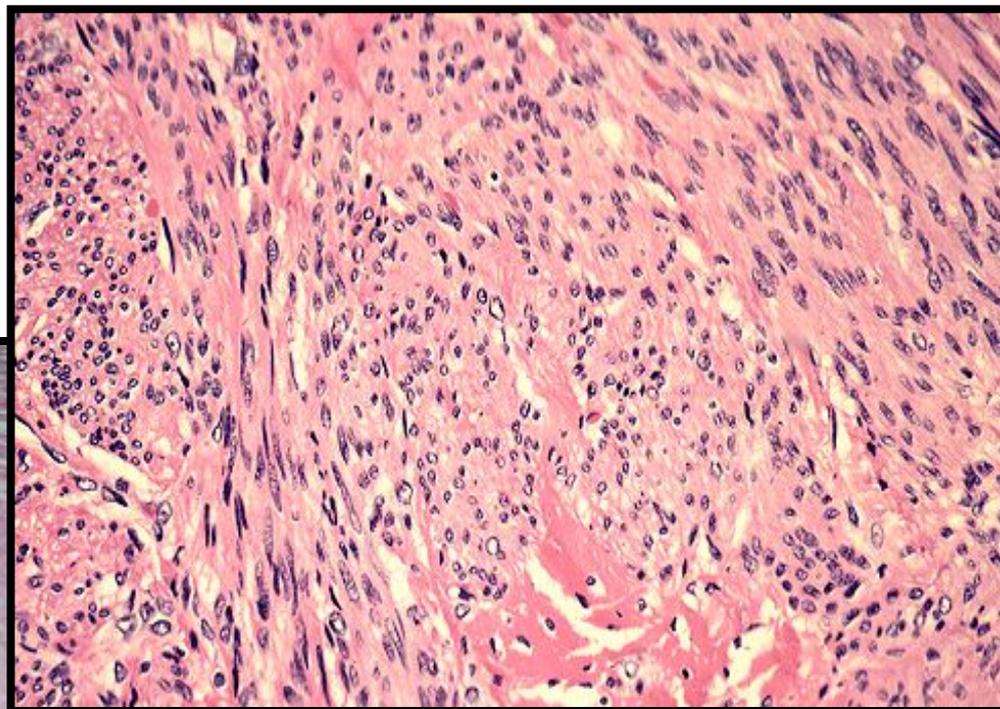
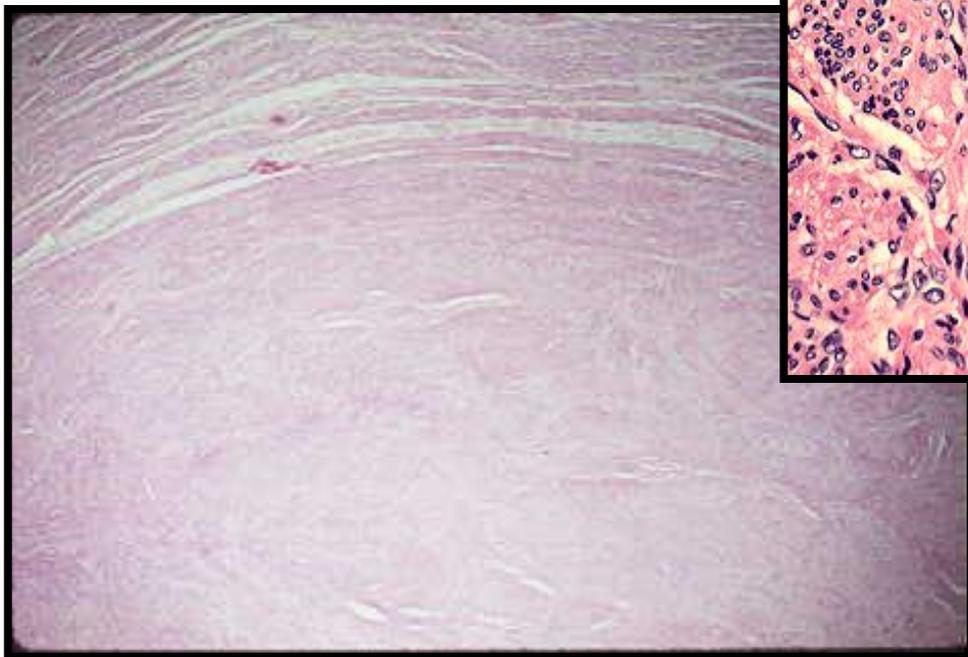
MR-исследование



Миома матки

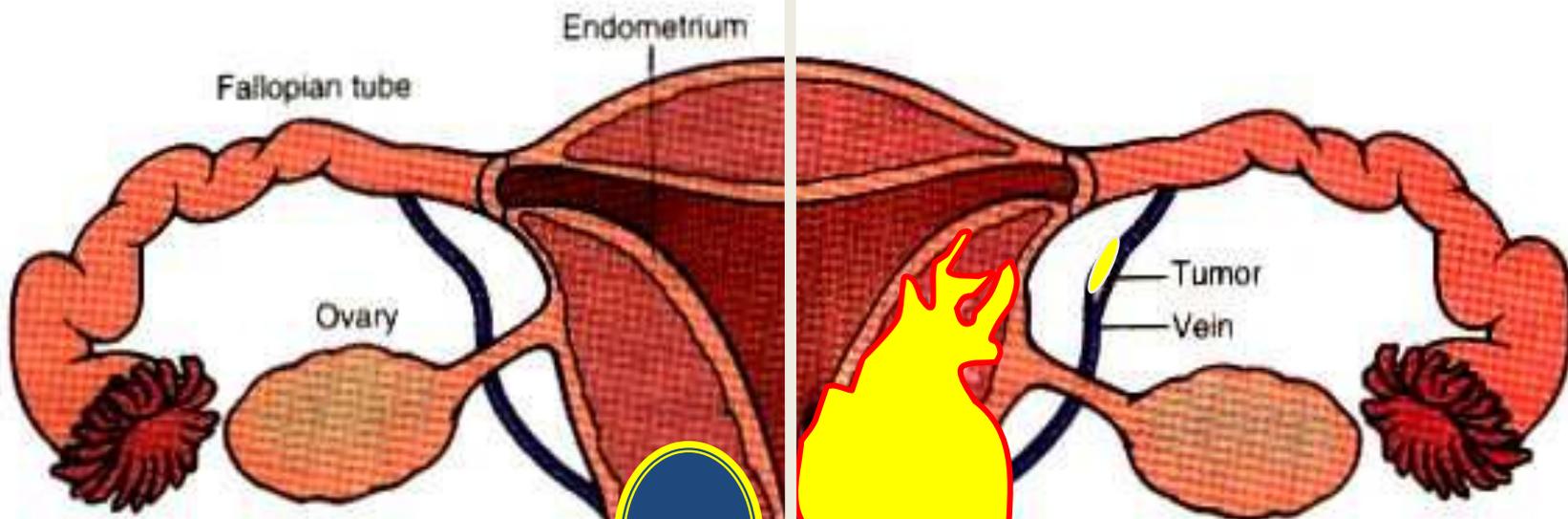


Лейомиома – гистологическое исследование



Миома - осложнения

- Атрофия.
- Дегенерация (hayline-red-cystic-fatty-calcerous)
- Некробиоз.
- Малигнизация (growth after menopause-rapid enlargement-recurrent fibroid polyp).
- Нарушение кровоснабжения (oedema-lymphangectasia)
- Инфицирование.



Лейомиома ▸

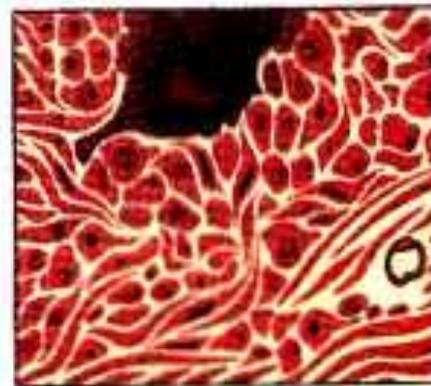
Лейомиосарком а

Small
Well demarcated
Slow growing

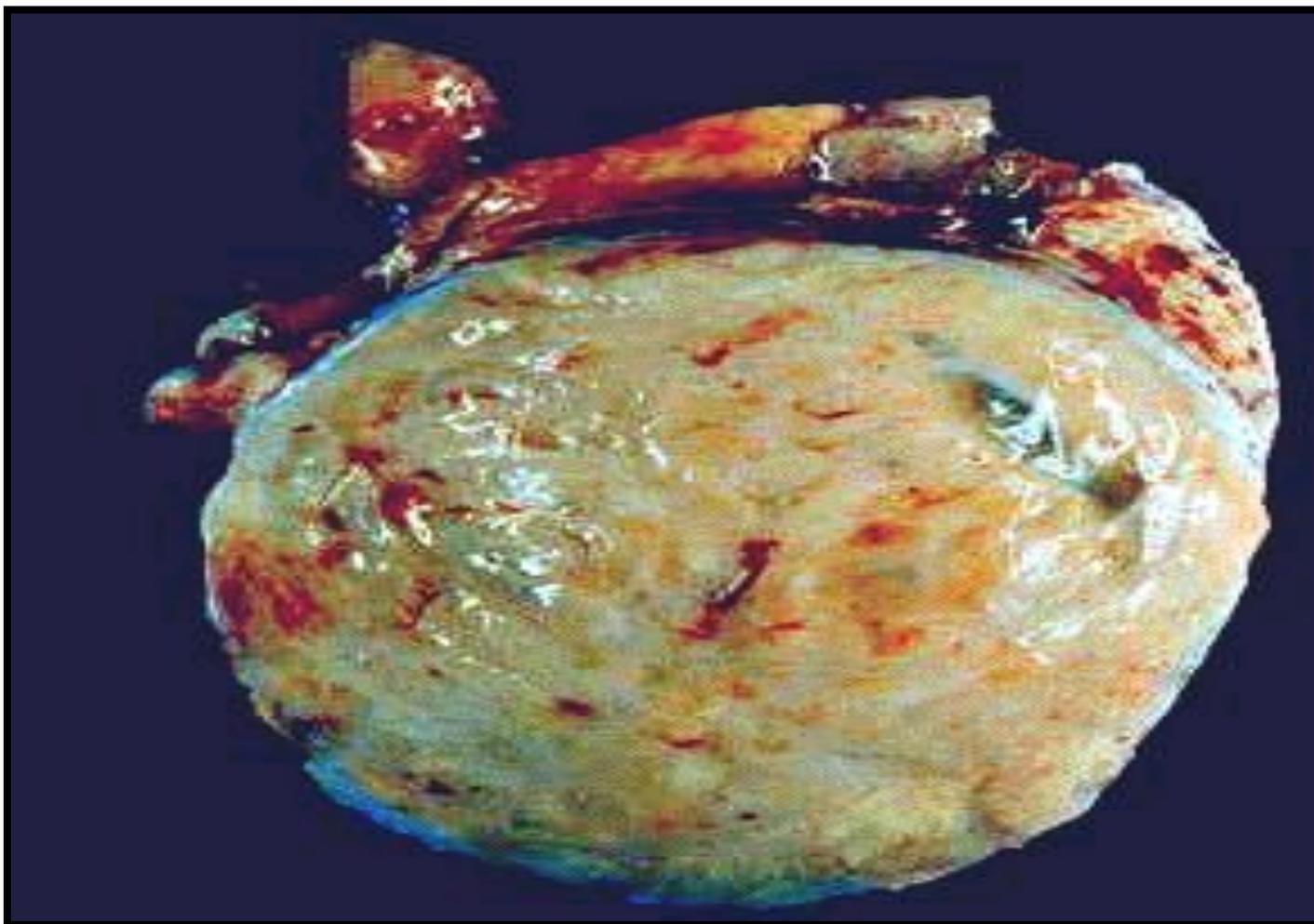
Noninvasive
Nonmetastatic
Well differentiated

Large
Poorly demarcated
Rapidly growing with
hemorrhage and necrosis

Locally invasive
Metastatic
Poorly differentiate



Некробиоз миоматозного узла

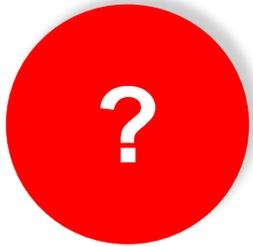


субсерозный миоматозный узел на ножке нужно дифференцировать



1. с цистаденомой яичника
2. с гидросальпинксом
3. с почкой
4. с мочевым пузырем

субсерозный миоматозный узел на ножке нужно дифференцировать



1. с цистаденомой яичника
2. с гидросальпинксом
3. с почкой
4. с мочевым пузырем

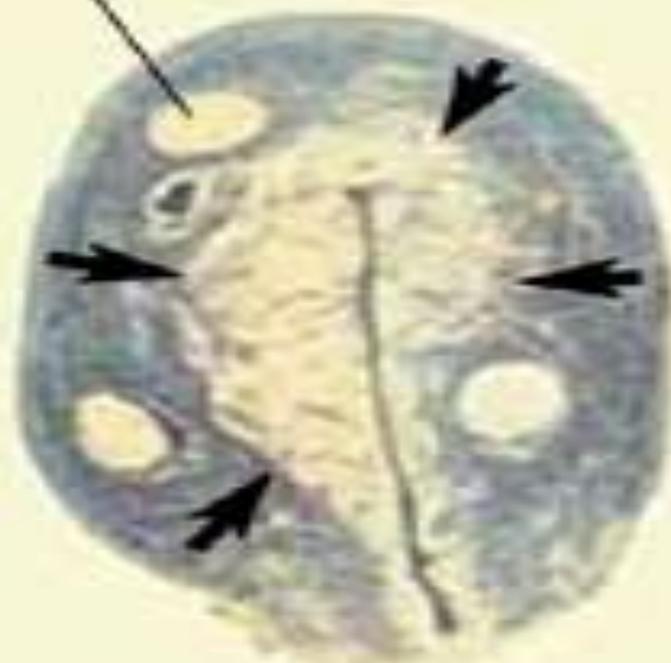
Дифференциальная диагностика





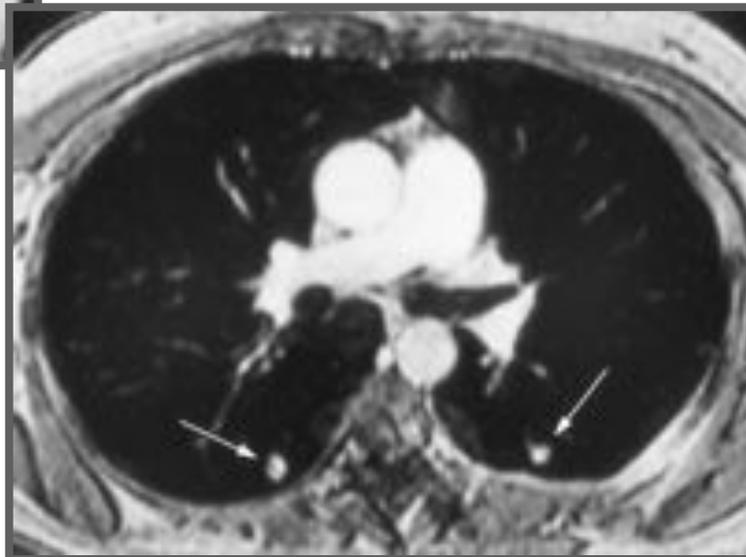
Миома матки

**УЗЛЫ
МИОМЫ**

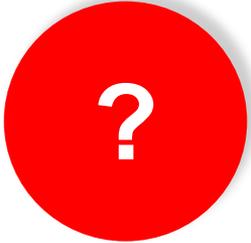


Аденомиоз

Сочетание миомы матки с аденомиозом (60-80%)



для лечения миомы матки применяют



?

1. хирургический метод
2. лучевую терапию
3. химиотерапию
4. паллиативную терапию

для лечения миомы матки применяют



1. хирургический метод
2. лучевую терапию
3. химиотерапию
4. паллиативную терапию

показаниями к медикаментозному лечению миомы матки являются



1. размеры лейомиомы до 12-13 недель
2. рост опухоли более 4 недель в год
3. интрамуральный узел диаметром более 10 см
4. шейчный узел миомы

показаниями к медикаментозному лечению миомы матки являются



1. размеры лейомиомы до 12-13 недель
2. рост опухоли более 4 недель в год
3. интрамуральный узел диаметром более 10 см
4. шейчный узел миомы

при лечении миомы матки применяют



?

1. агонисты ГнРГ
2. эстрогены
3. андрогены
4. преднизолон

при лечении миомы матки применяют



?

1. агонисты ГнРГ
2. эстрогены
3. андрогены
4. преднизолон

Показания к медикаментозному лечению:

- размер опухоли, увеличивающий размер матки менее чем до 12–13 нед беременности;
- интрамуральное и субсерозное расположение узлов (на широком основании);
- противопоказания для оперативного лечения;
- в качестве адъювантной терапии;
- отсутствие маточных кровотечений, приводящих к анемии.

Медикаментозное лечение миомы матки

- агонисты Гн-РГ
- антипрогестагены
- антигонадотропные средства
- прогестагены
- антиэстрогены

Медикаментозное лечение миомы матки

- Агонисты Гн-РГ

Неoadъювантное лечение — длительность курса лечения 3–4 мес, начинают введение ЛС в первые 5 дней менструального цикла, 1 раз в 28–30 дней:

гозерелин — подкожно по 3,6 мг или

трипторелин — в/м по 3,75 мг или

депо-формы бусерелина — в/м по 3,75 мг или

лейпрорелин — в/м или подкожно по 3,75 мг.

Медикаментозное лечение миомы матки

- Агонисты Гн-РГ

Монотерапия — длительность курса лечения 6 мес 1 раз в 28–30 дней. Возможны долгосрочные курсы с перерывом на 3 месяца или добавлением «возвратной» терапии препаратами для заместительной гормонотерапии (с целью купирования побочных эффектов, связанных с гипоэстрогенией). Наилучшим препаратом является тиболон по 1 таблетке в день, непрерывно в течение 3–6 мес.

Медикаментозное лечение миомы матки

Антипрогестагены вызывают блокаду эффектов эндогенного стероида, конкурируя с прогестероном на уровне клеточ-мишеней за взаимодействие с рецепторами. Длительность курса лечения составляет 3–6 мес. Применяют в качестве неоадъювантного лечения и монотерапии (возможны повторные курсы лечения).

Мифепристон — перорально по 50 мг в день (возможно 25 мг), непрерывно.

Медикаментозное лечение миомы матки

Антигонадотропные средства.

- Даназол — перорально по 1 капсуле (100 или 200 мг) 2–4 раза в день (суточная доза 400 мг) в течение 3–6 мес, реже 12 мес. Стартовая доза обычно составляет 200 мг 2 раза в день и может быть увеличена в зависимости от клинической симптоматики.
- Гестринон — перорально, стартовая доза по 2,5 мг (в некоторых случаях 5 мг) 2 раза в нед. Продолжительность лечения 3–6 мес.

Медикаментозное лечение миомы матки

Прогестагены мало эффективны при лечении лейомиомы матки.

Показаны при сочетании лейомиомы матки небольших размеров и гиперпластического процесса эндометрия.

Наиболее эффективный метод терапии в этом случае — внутриматочная гормональная система, выделяющая левоноргестрел в полость матки

Медикаментозное лечение миомы матки

- В настоящее время применяют агонисты гонадолиберина пролонгированного действия, подавляющие секрецию гонадотропинов и вызывающие тем самым псевдоменопаузу (даназол, бусерилин, золадекс, диферелин). Назначение агонистов гонадолиберина уменьшают размер миомы на 55%.

показанием к оперативному лечению миомы матки является



1. субмукозная миома матки
2. размеры матки менее 12 недель
3. рост опухоли более 2 недель в год
4. интрамуральное расположение миоматозного узла

показанием к оперативному лечению миомы матки является



1. **субмукозная миома матки**
2. размеры матки менее 12 недель
3. рост опухоли более 2 недель в год
4. интрамуральное расположение миоматозного узла

при миоме матки выполняют



1. надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки
2. удаление придатков матки (аднексэктомия)
3. резекцию большого сальника
4. удаление миоматозного узла на шейке

при миоме матки выполняют



1. надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки
2. удаление придатков матки (аднексэктомия)
3. резекцию большого сальника
4. удаление миоматозного узла на шейке

Хирургическое лечение



- Миомэктомия
- Эмболизация
- Гистерэктомия

экстирпацию матки делают при



1. шейном узле миомы матки
2. бесплодию
3. размерах опухоли более 15 недель беременности
4. субсерозном узле на ножке

экстирпацию матки делают при



1. **шеечном узле миомы матки**
2. бесплодии
3. размерах опухоли более 15 недель беременности
4. субсерозном узле на ножке

Выбор лечения

- В настоящее время такие операции, как консервативная миомэктомия или надвлагалищная ампутация матки, производят при помощи лапароскопии. Преимуществом лапароскопии является значительное уменьшение операционной травмы (нет разреза передней брюшной стенки), значительно меньше выражен в последующем спаечный процесс, хороший косметический эффект.

Хирургическое лечение

Показания для оперативного лечения следующие:

- миома матки больших размеров – больше 12 недель беременности;
- миома матки с выраженным болевым синдромом, обильными кровотечениями, вызывающими анемию и нарушение трудоспособности больной;

Хирургическое лечение

- быстрый рост миомы матки;
- миома матки в сочетании с эндометриозом;
- нарушение кровоснабжения миоматозного узла, некробиоз миоматозного узла;

Хирургическое лечение

- злокачественное перерождение;
- миома матки с субмукозным расположением узла, рождающийся субмукозный узел.

Доступ

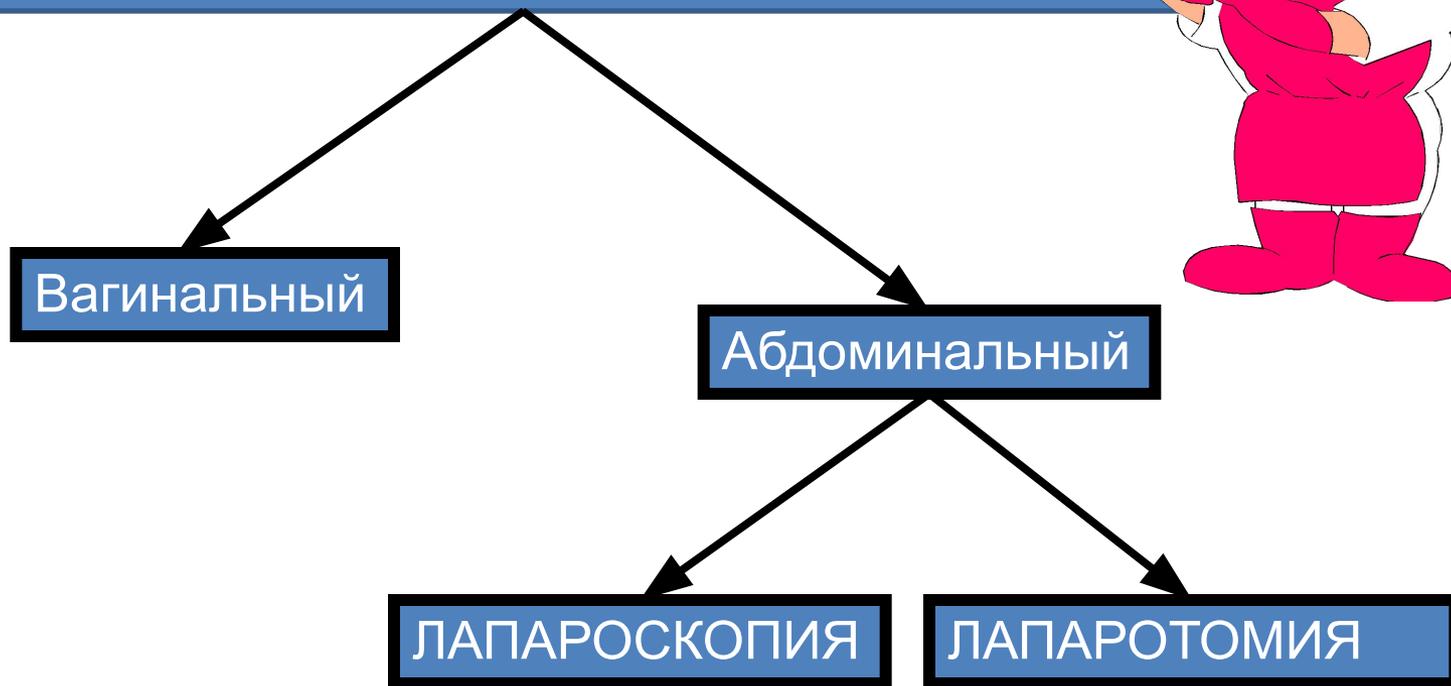


Вагинальный

Абдоминальный

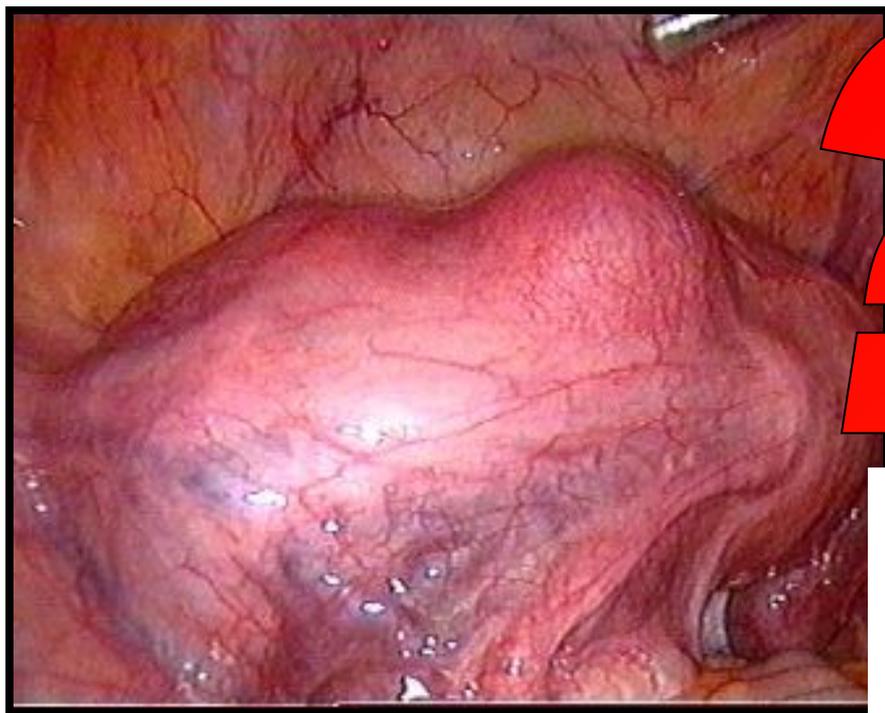
ЛАПАРОСКОПИЯ

ЛАПАРОТОМИЯ

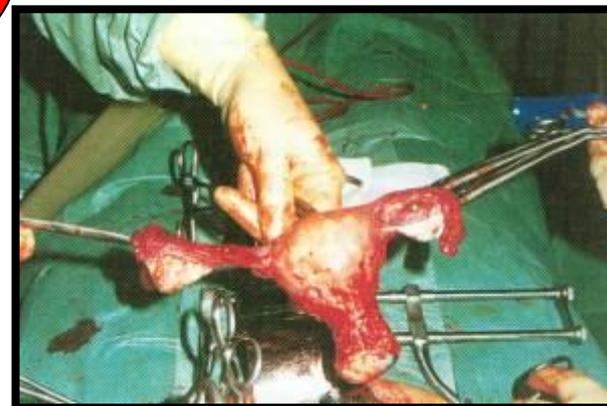


Выбор хирургического лечения

ЛАПАРОСКОПИЯ



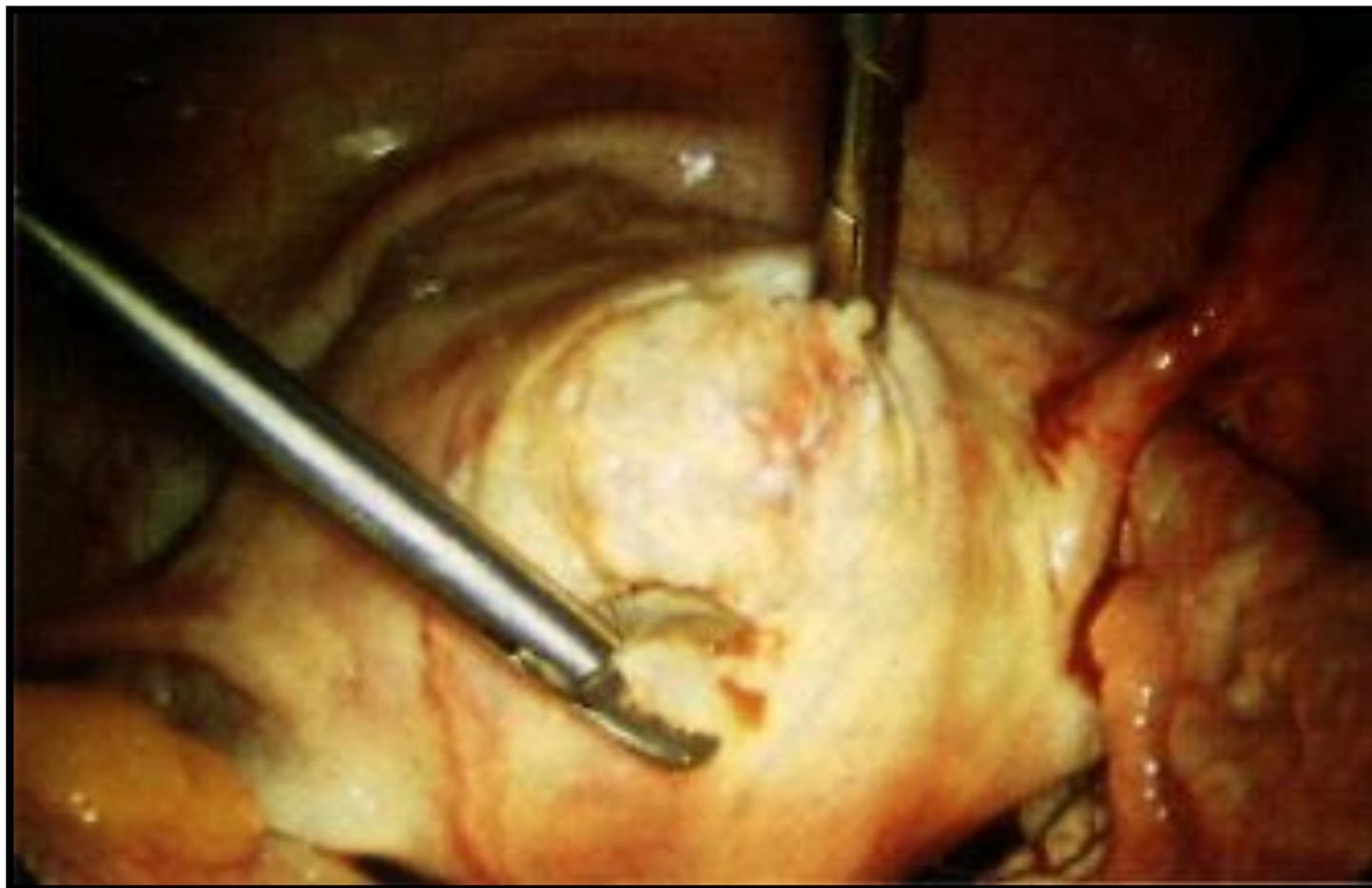
ЛАПАРОТОМИЯ



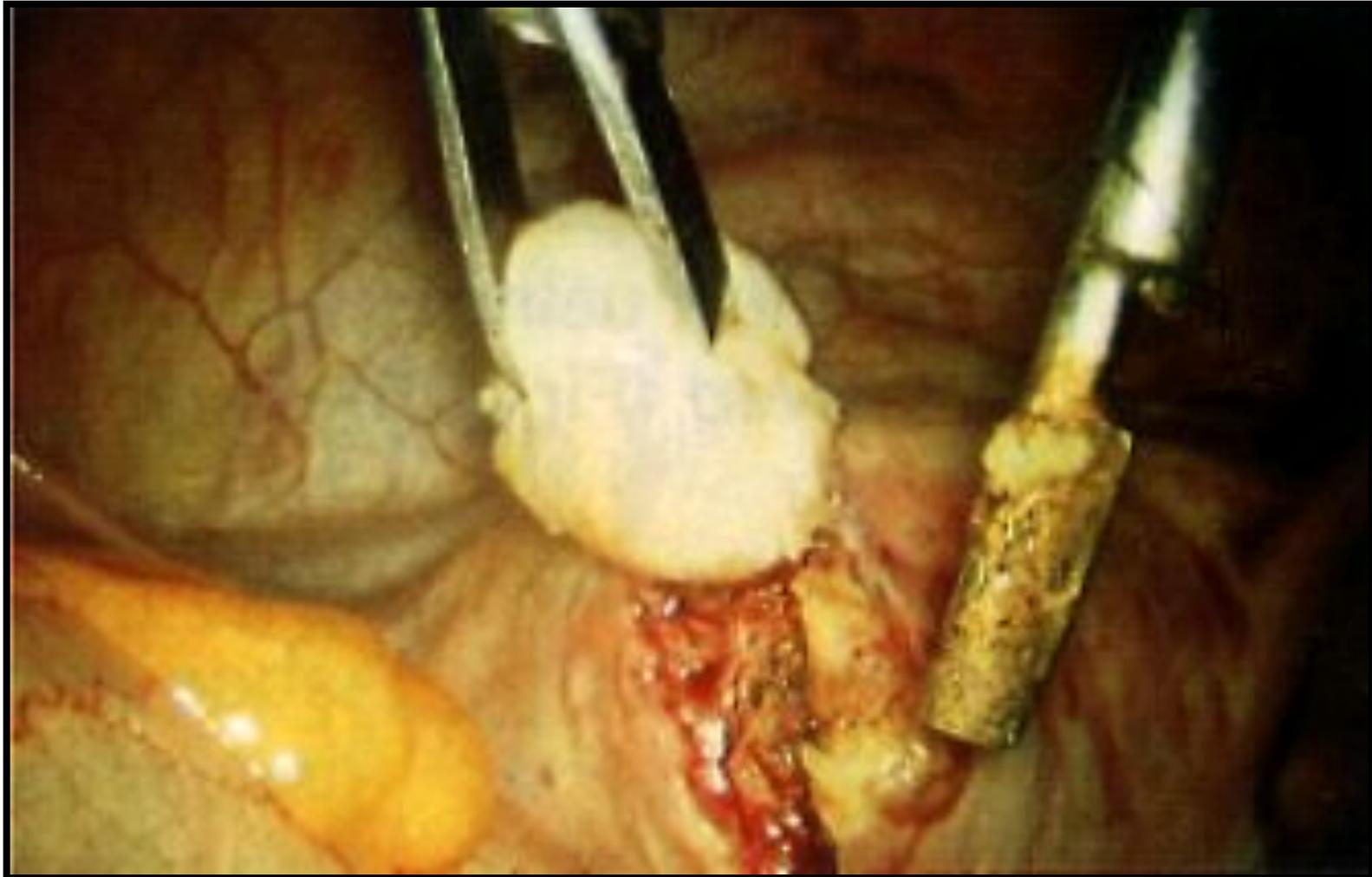
Консервативная хирургия

- консервативная миомэктомия (вылущивание одного или нескольких миоматозных узлов – чаще субсерозных);
- высокая ампутация матки;
- миометроэктомия и реконструктивное восстановление матки (целью этой операции является не только иссечение миоматозных узлов, разросшихся их сохраненных, свободных от миоматозной ткани подслизисто-мышечно-серозных лоскутов матки, которые могут выполнять менструальную функцию, а нередко и обеспечивать сохранение детородной функции).

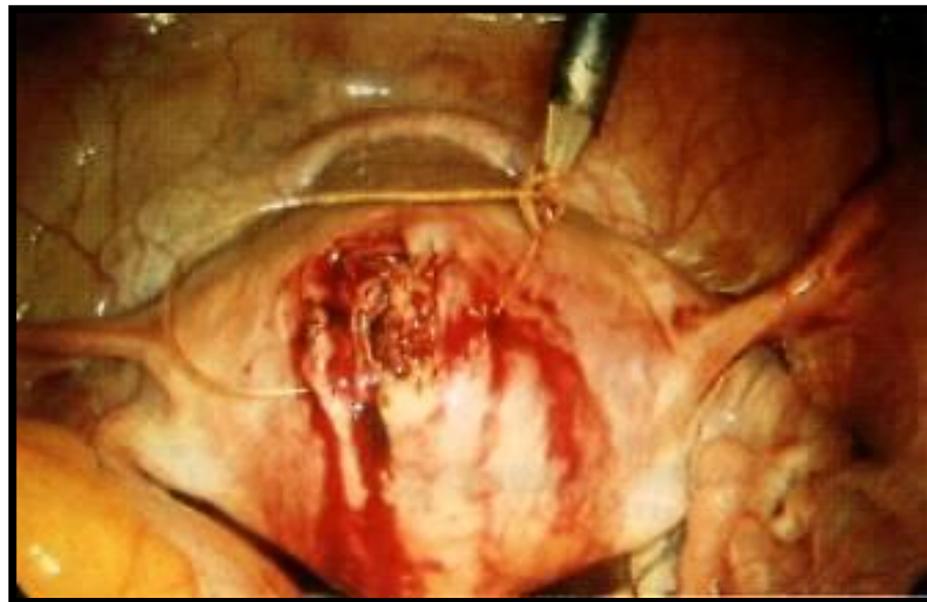
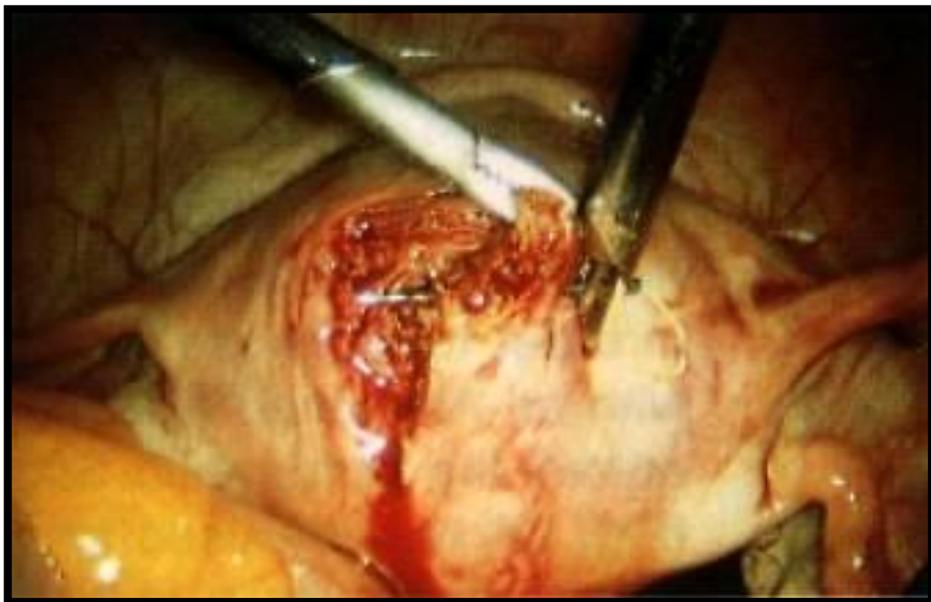
Рассечение капсулы узла



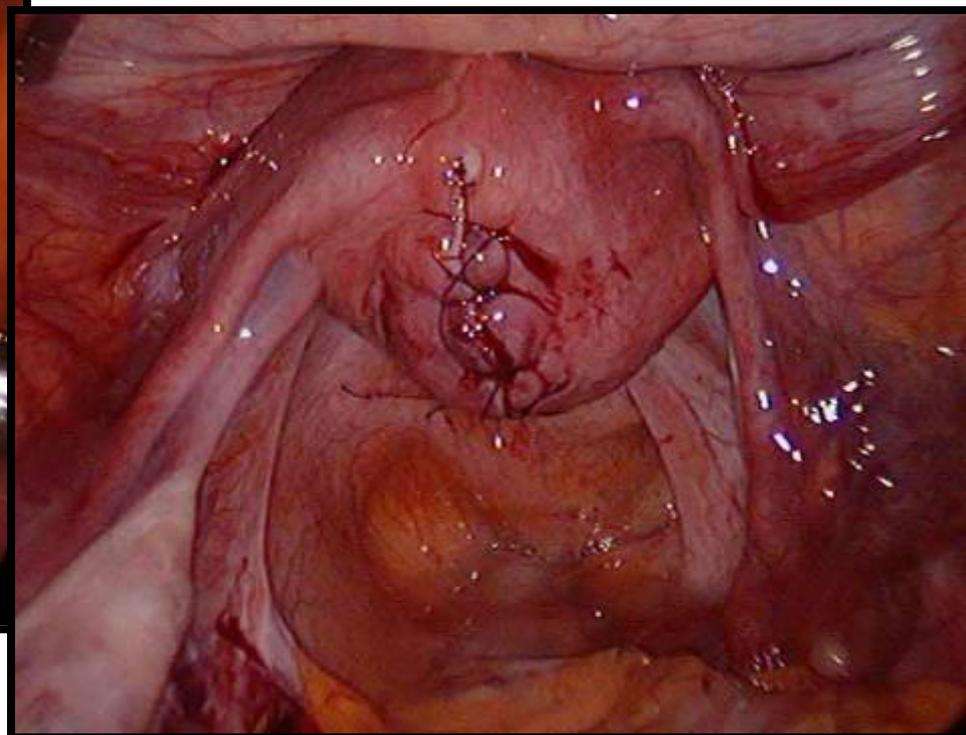
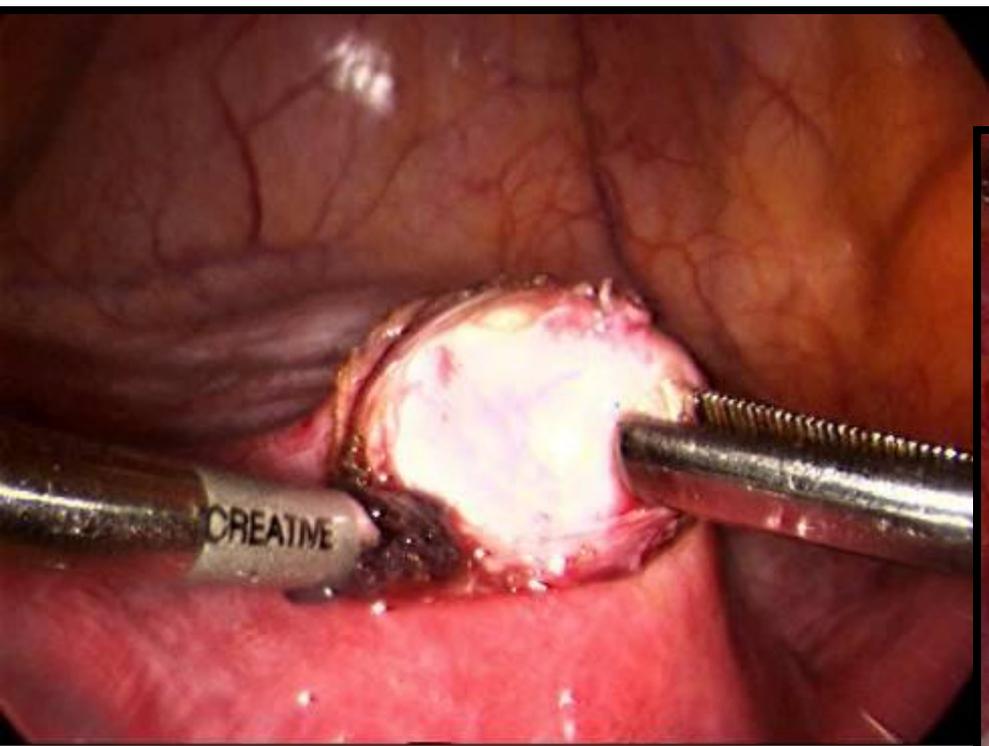
Вылуцвание узла



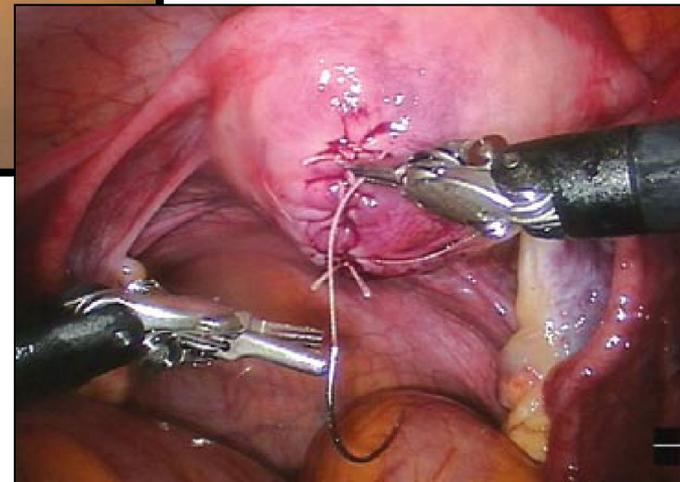
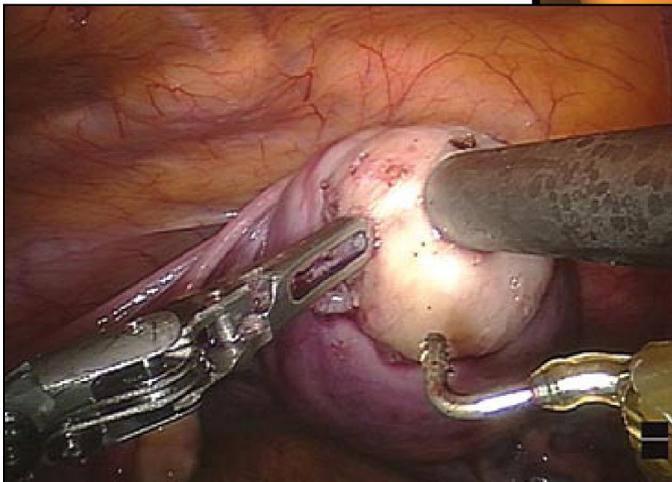
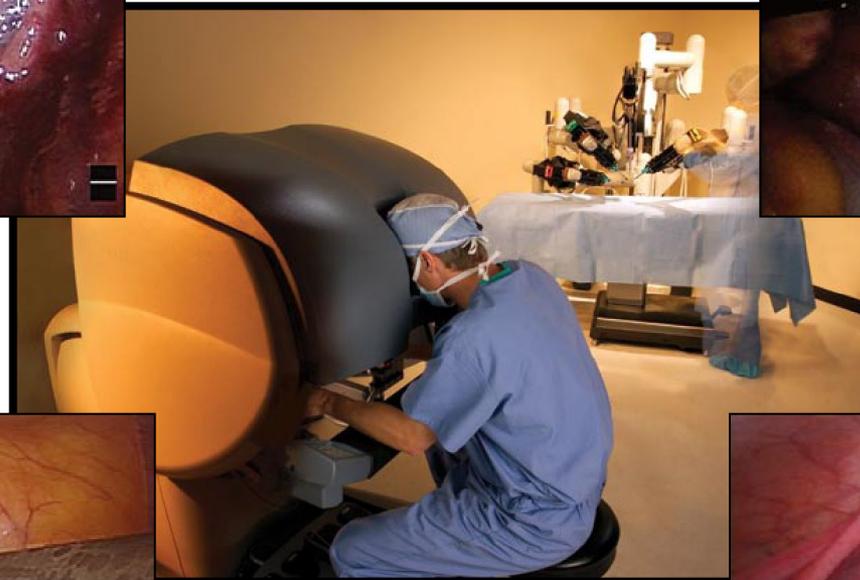
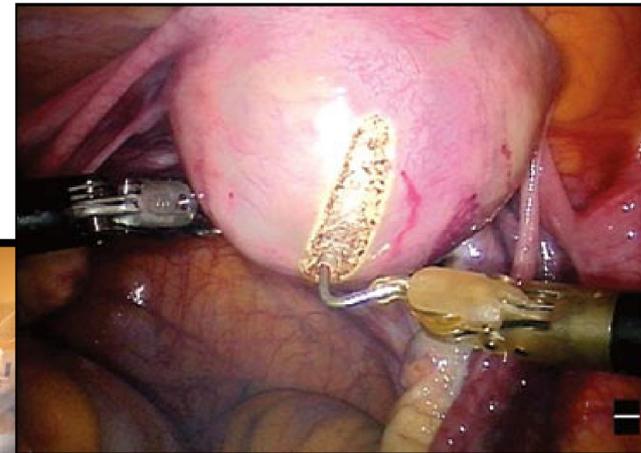
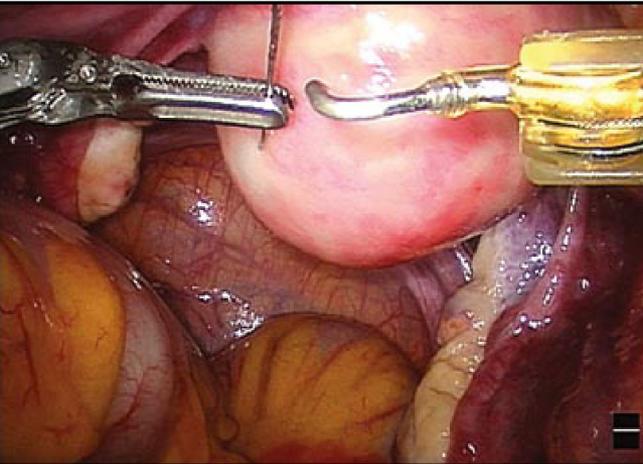
Зашивание ложа узла



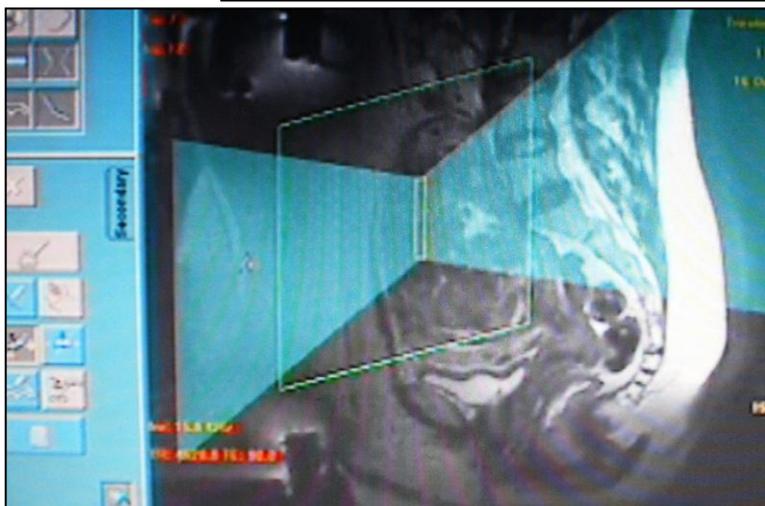
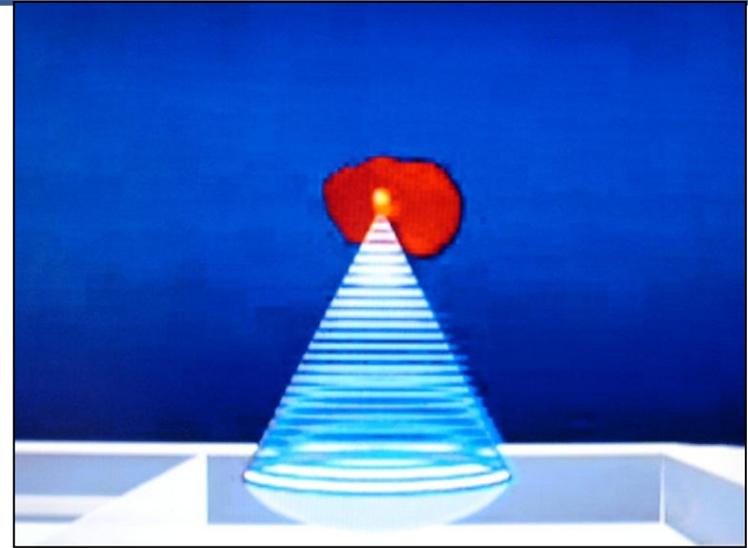
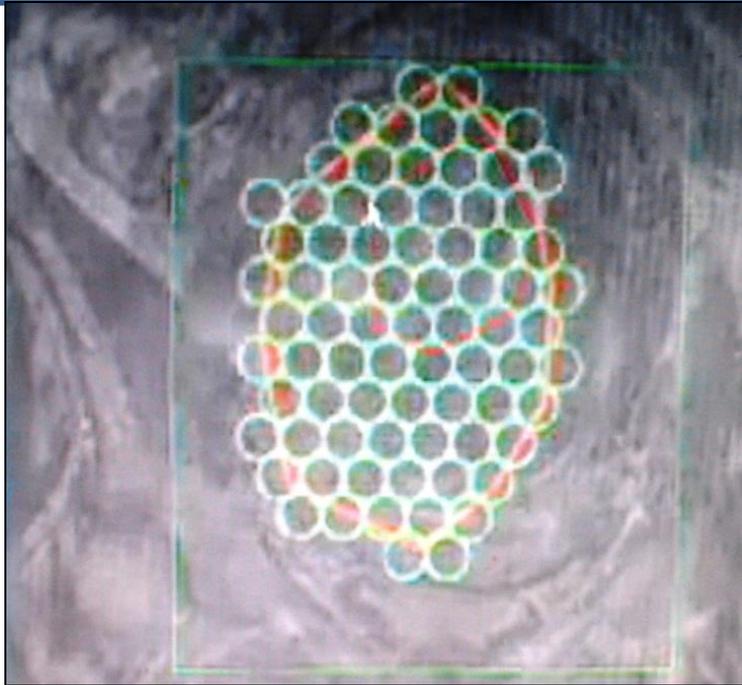
Миомэктомия



Роботизированная миомэктомия: The da Vinci® Surgical System



УЗ-миомэктомия



показаниями для эмболизации маточных артерий при миоме матки являются



1. размеры миомы матки 16-18 недель при всех локализациях узлов, кроме субсерозного узла на ножке
2. рост опухоли более 4 недель в год
3. некроз миоматозного узла
4. шейечный узел миомы

показаниями для эмболизации маточных артерий при миоме матки являются



1. размеры миомы матки 16-18 недель при всех локализациях узлов, кроме субсерозного узла на ножке
2. рост опухоли более 4 недель в год
3. некроз миоматозного узла
4. шейечный узел миомы

ЭМА. Сущность операции

- окклюзия маточных артерий эмболизирующими материалами которая приводит к прекращению кровотока в миоматозных узлах и наступлению ишемического некроза узлов.

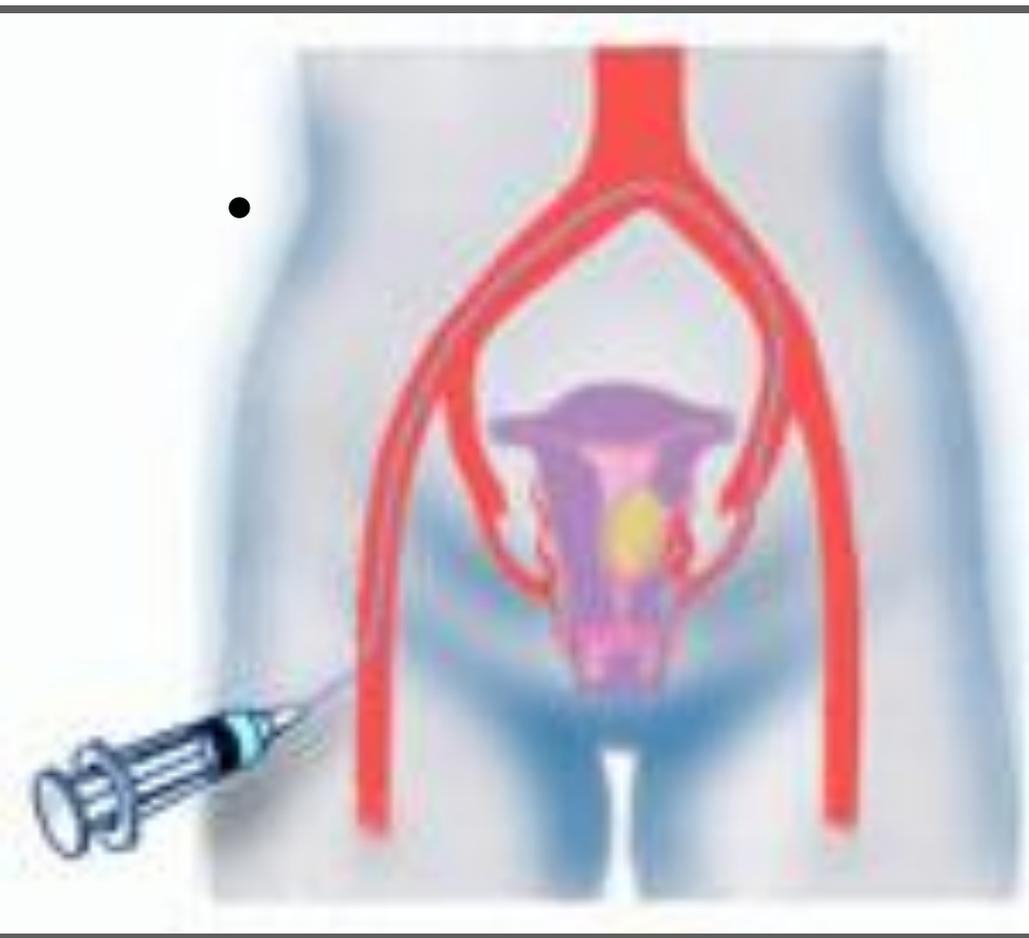


Показания для проведения ЭМА.

- Миома матки от 14-26 недель.
- Миома матки, меноррагия.
- Перешеечное расположение миоматозных узлов.
- Неэффективность консервативных методов лечения.



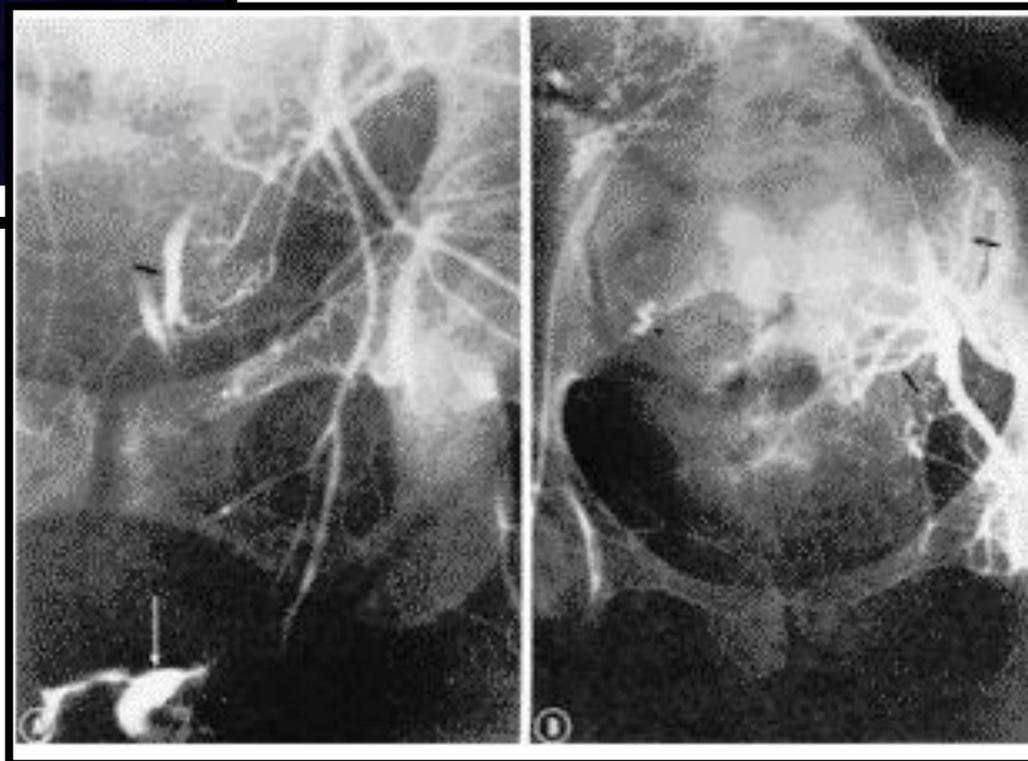
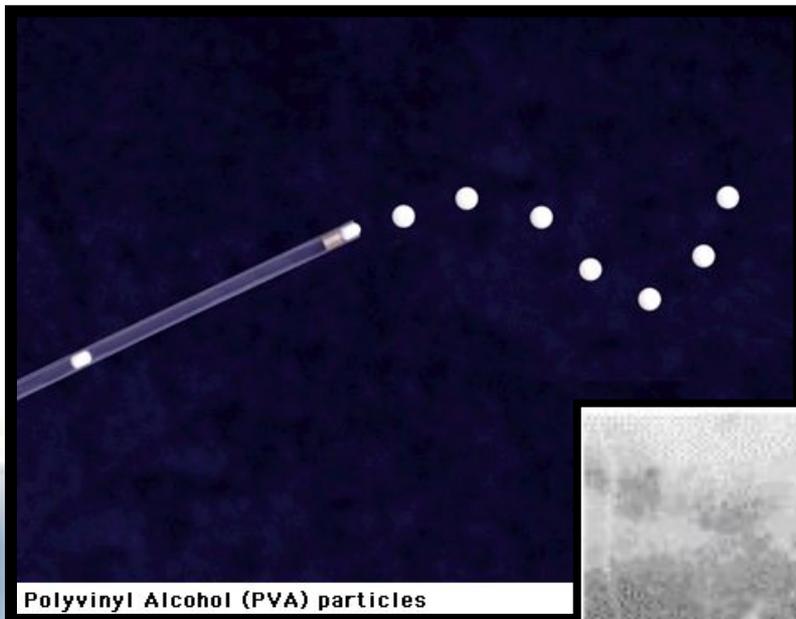
эмболизации



Для эмболизации необходима
пункция бедренной артерии.

В сосуд вводится катетер,
диаметром 1,5 мм. и провидится
в маточную артерию. После
установки катетера через него
вводится эмболизирующее
вещество ПВА
(поливинилалкоголь) с размером
микрочастиц 350-710 нм.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ



Осложнения после ЭМА.

- Через 6-12 часов после операции развивается «постэмболизационный синдром», который проявляется в малом тазу, тошнотой, слабостью, повышением температуры дизурическими явлениями.
- Самое серьезное осложнение - это некроз матки и ее воспаление, которое приводит к гистерэктомии менее чем в 1% случаев.



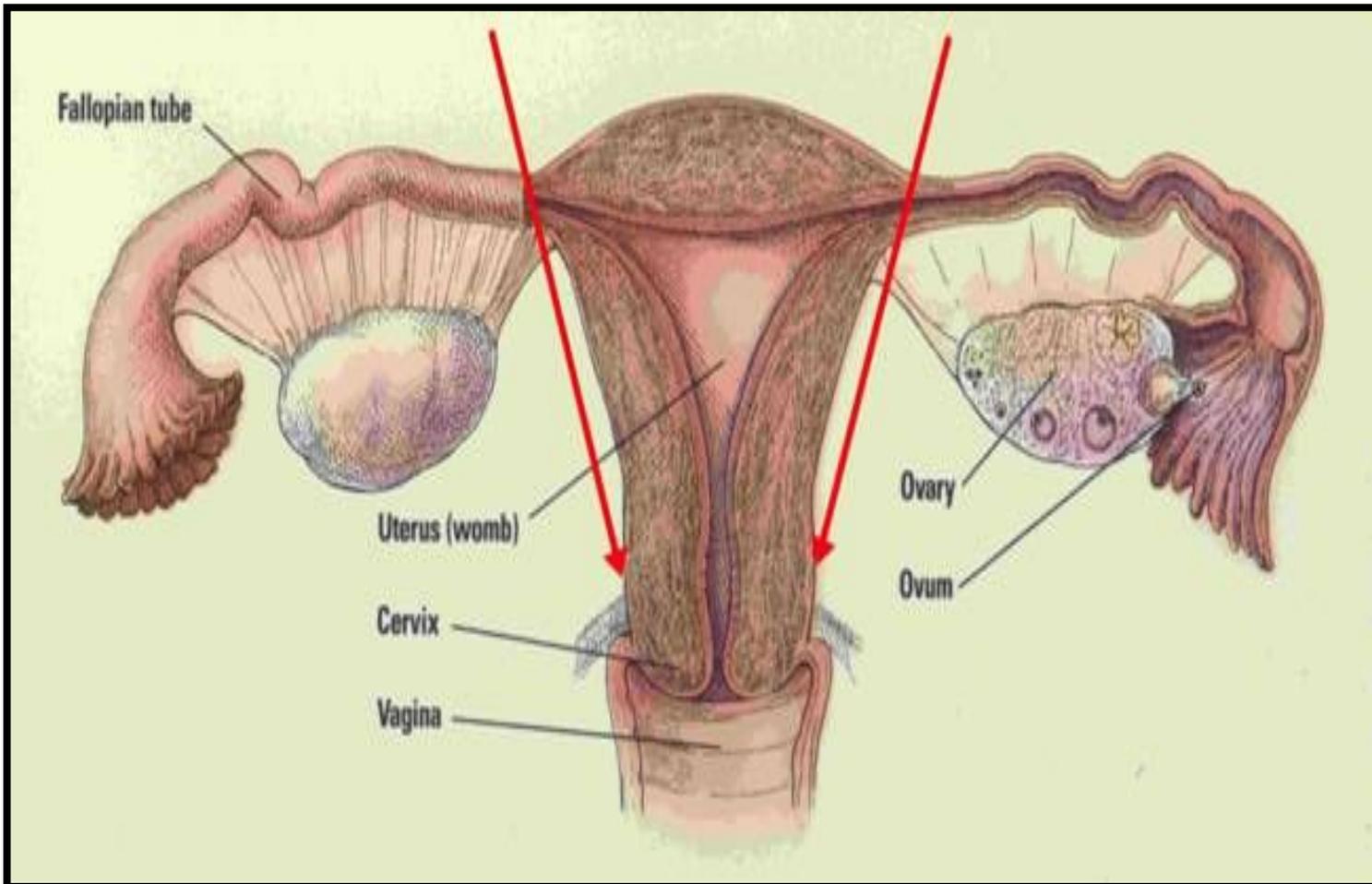
Исходы.

- При УЗИ зарегистрировано снижение перфузии в маточных артериях на 45-50% от исходных значений.
- Полная редукция кровотока в миоматозных узлах у части больных.
- В отдаленном периоде - восстановление кровотока в маточных артериях.
- К 6 месяцу размер миоматозных узлов и объем матки уменьшается на 40-45%, а к 1 году - на 60-70%.
- В миоматозных узлах происходит уплотнение структуры, изменение их топографического расположения.
- Проиходит миграция миоматозных узлов.
- При центрипитальном росте миоматозных узлов и небольших интерстициально - субмукозных миомах - перемещение узлов межмышечно, что приводит к исчезновению деформации полости матки.
- Миоматозные узлы становятся доступными для консервативной миомэктомии.

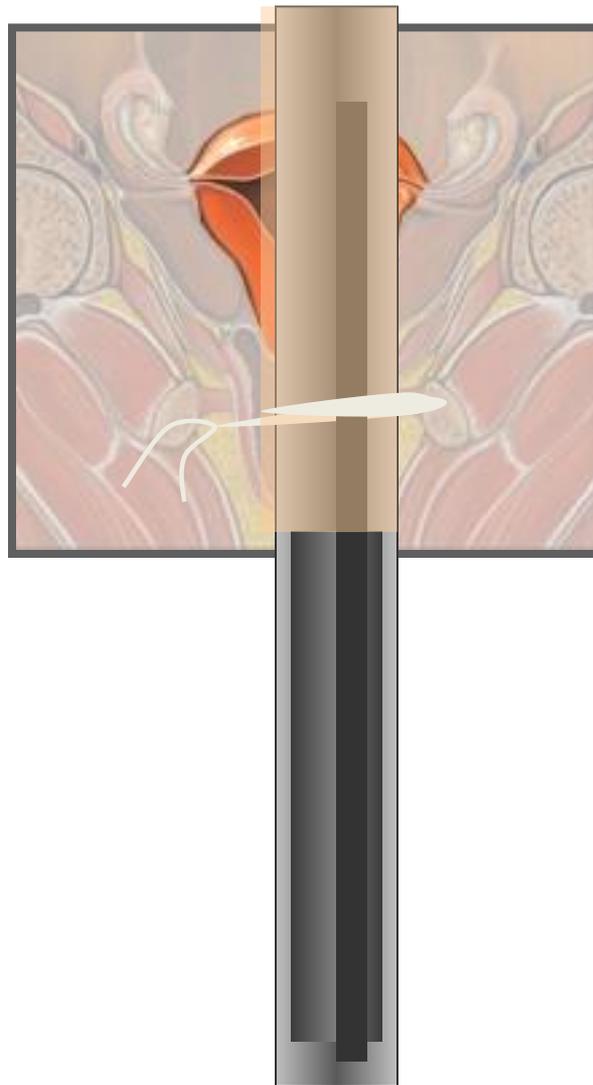
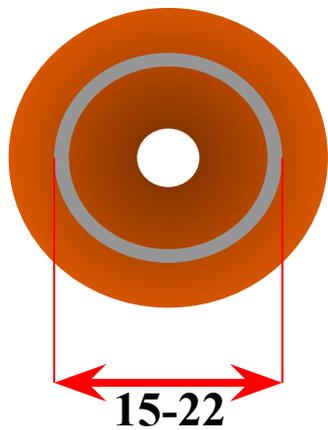
К радикальным операциям относятся:

- надвлагалищная ампутация матки;
- надвлагалищная ампутация матки с иссечением слизистой цервикального канала. Данная методика предложена на кафедре акушерства и гинекологии РУДН В.И. Ельцовым–Стрелковым и А.Г. Погасовым. Используется при сочетании миомы матки с эндометриозом.
- экстирпация матки. Данная операция применяется при сочетании миомы матки с заболеванием шейки матки или при низкорасположенных миоматозных узлах (интралигаментарное расположение узлов), когда технически произвести надвлагалищную ампутацию матки не представляется возможным.

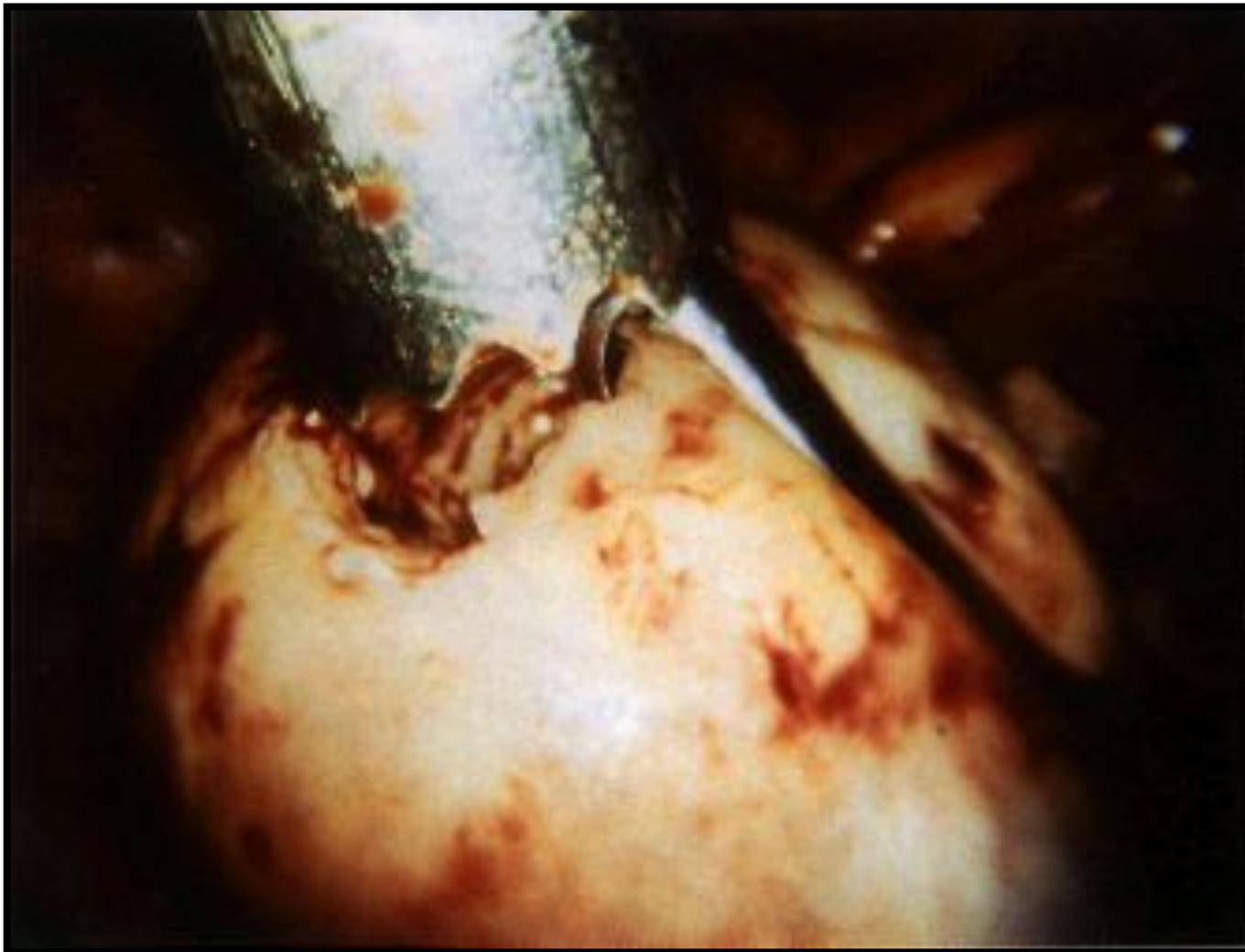
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ



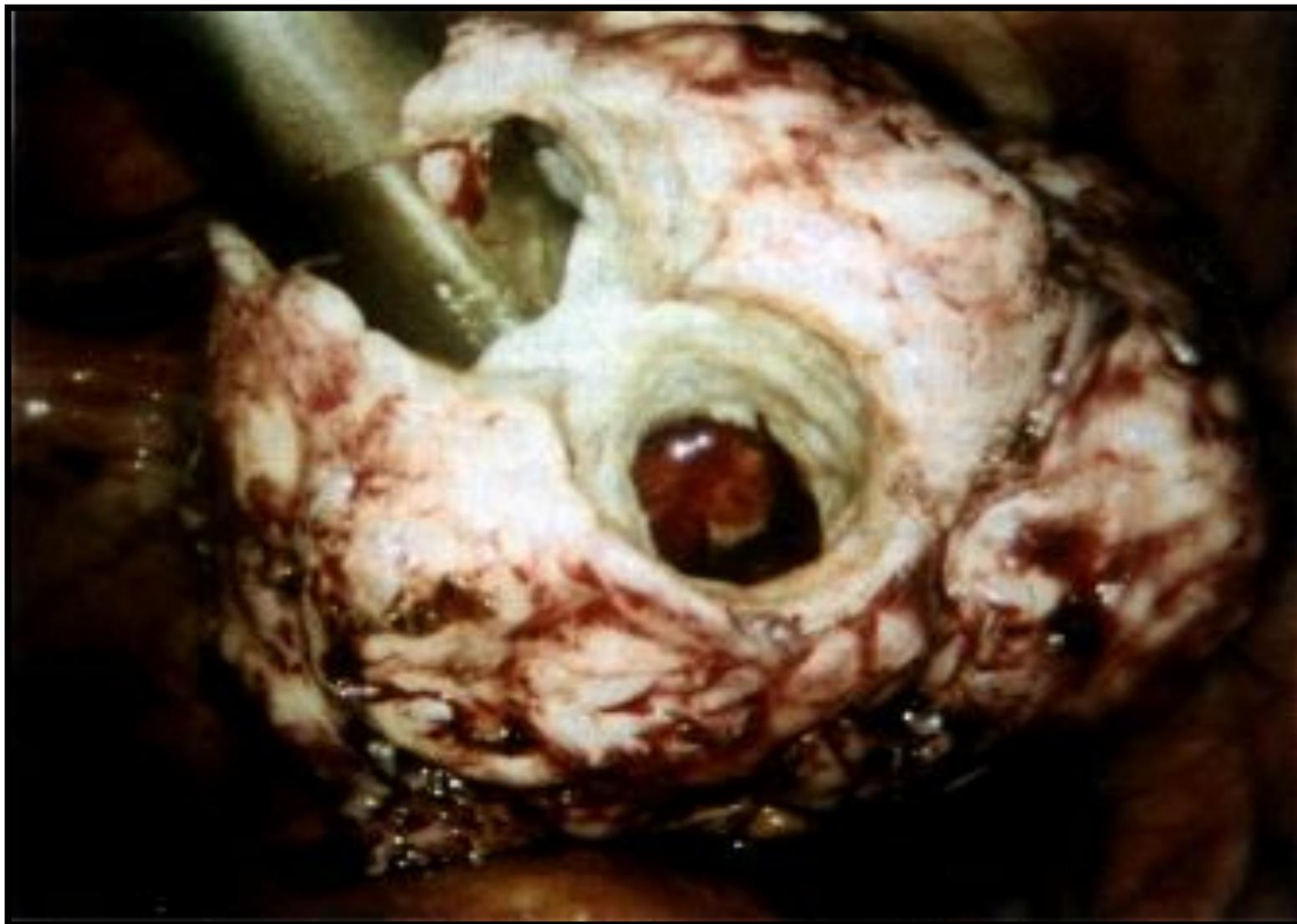
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИНТРАФАСЦИАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПО ЗЕММУ (ЛИГЗ)



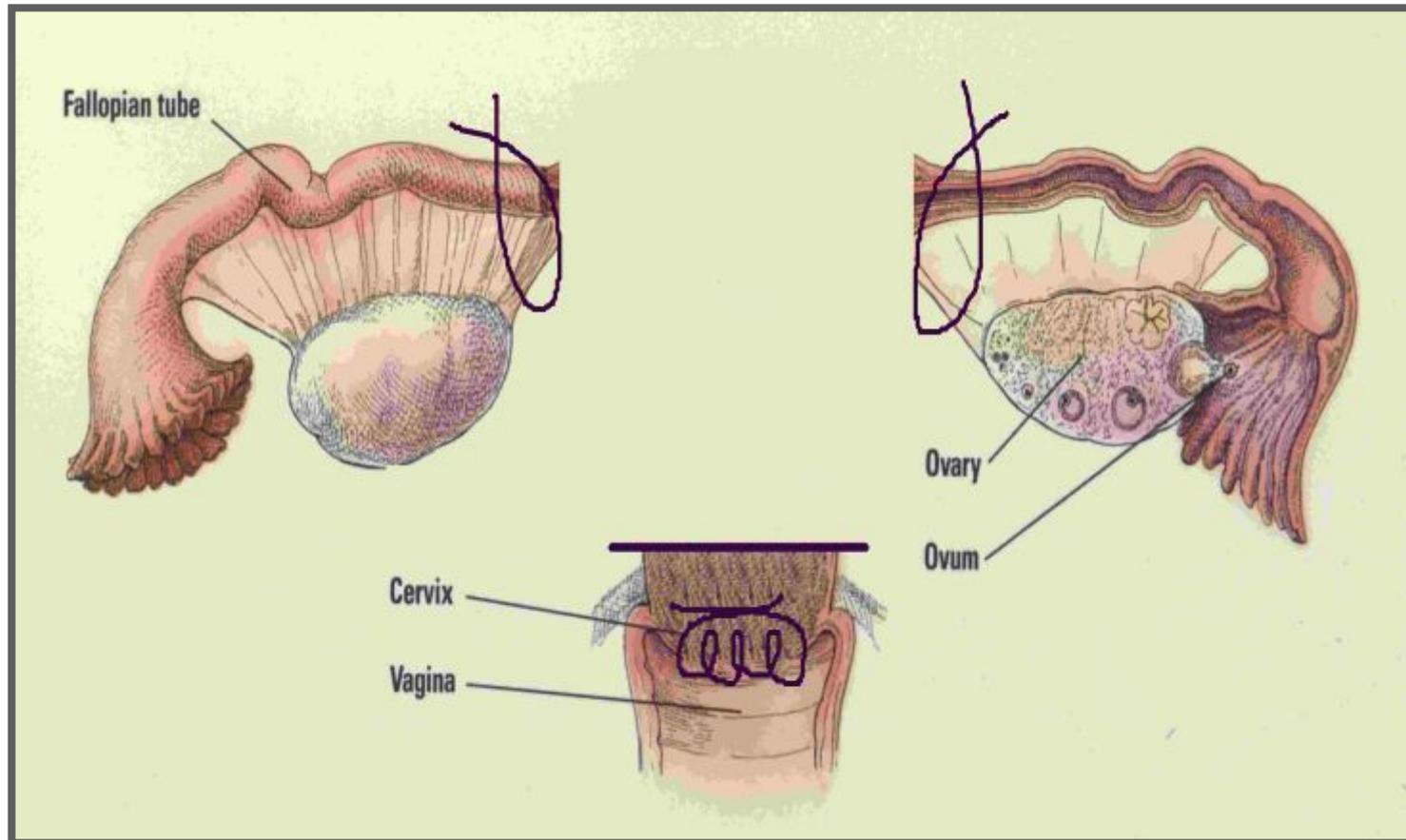
Морцелляция миомы матки



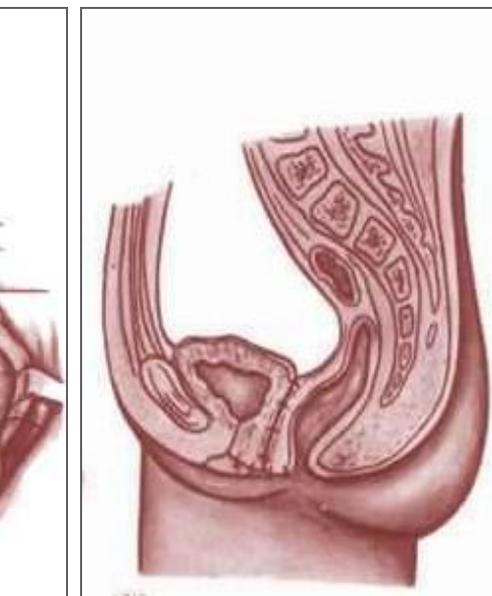
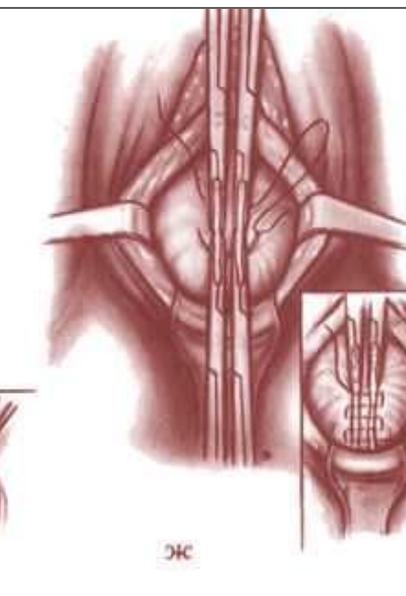
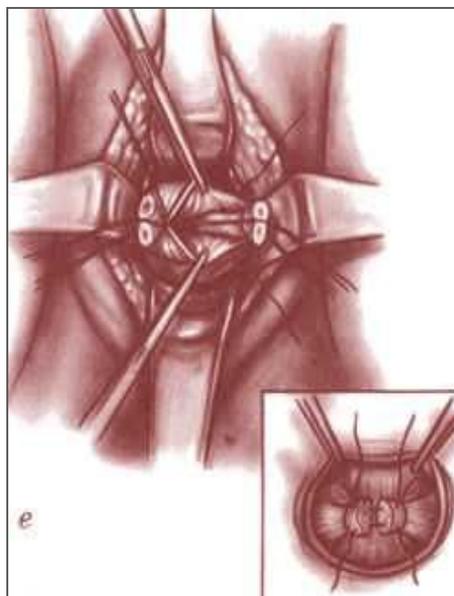
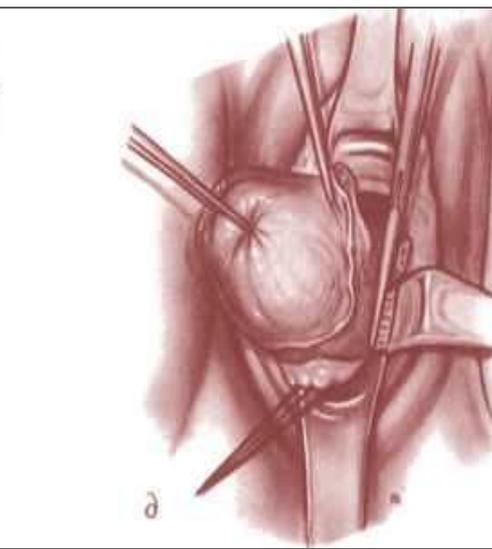
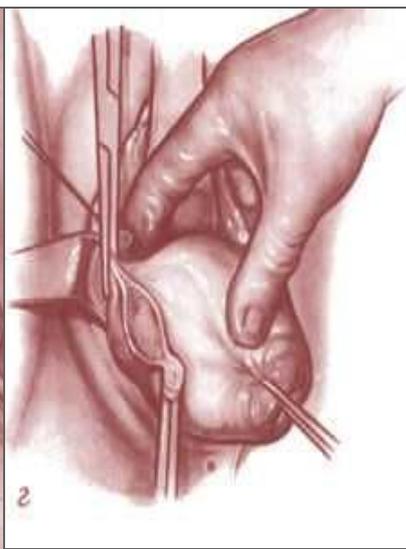
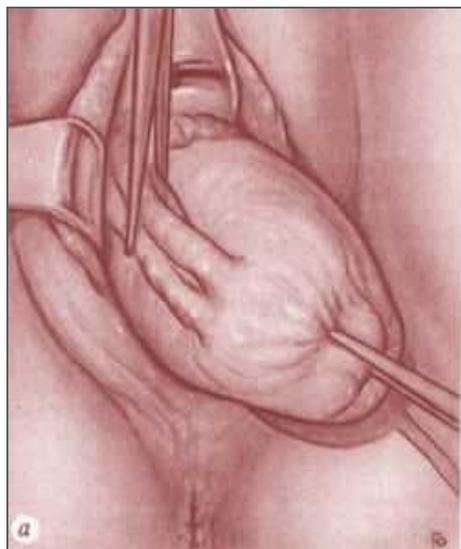
Морцелляция миомы матки



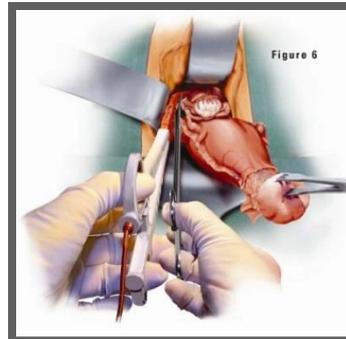
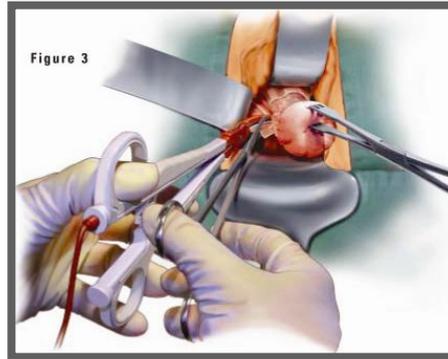
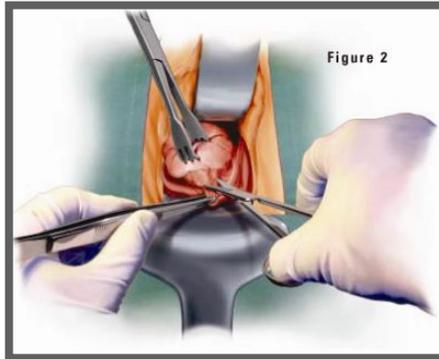
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИНТРАФАСЦИАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПО ЗЕММУ (ЛИГЗ)



Влагалищная экстирпация матки



Влагалищная экстирпация матки



ЗАНЯТИЕ ЗАВЕРШЕНО

Сдайте пульт преподавателю!