



МИОМА МАТКИ

Доцент, к.м.н. Хамадьянова А.У.

- Миома матки (син. лейомиома) - доброкачественная , гормональнозависимая опухоль мышечной оболочки матки - миометрия .
- Миома встречается у 15 -17 % женщин старше 30 лет . Обнаружение миомы матки до периода полового созревания встречается крайне редко и рассматривается как казуистическое явление (А.И. Давыдов , М.А.Стрижаков 2009 год) .

Термин " миома матки " является наиболее признанным

- и широко употребляемым . так как отражает морфогенез опухоли - ее развитие из мышечной ткани матки .
- Другие названия этой опухоли (" фиброма " , " фибромиома ") рекомендуется использовать для уточнения ее гистостроения .

Каждая миома матки является множественной .
поэтому определение " множественная миома
матки " лишено логического смысла .


Патогенез - до настоящего времени
окончательно не изучен . Но достоверно
установлено . что в развитии миомы половым
стероидам принадлежит конкретная роль :

- эстрогены стимулируют рост опухоли
- прогестерон его подавляет .

Подтверждением этому служит ряд факторов, а именно:

- Миома матки не наблюдается до периода полового созревания (т.е. до периода стероидогенеза), а в постменопаузе (агормональная фаза) подвергается склерозированию
- У больных миомой матки изменяется циклическая секреция ЛГ и ФСГ гормонов с превалированием последнего
- при миоме матки нарушается метаболизм половых стероидов - в фолликулиновую фазу менструального цикла преобладают эстрон и эстриол, а в лютеиновую фазу - эстриол на фоне понижения секреции прогестерона

- В клетках миометрия увеличивается содержание эстрогенсвязывающих рецепторов
- У больных миомой матки наблюдается угнетение как Т - , так и В - клеточного звена иммунитета
- выраженное снижение абсолютного и процентного содержания естественных киллерных клеток
- В Т - клеточном звене более выраженные изменения отмечены со стороны субпопуляций Т - лимфоцитов - хелперов и в меньшей степени - Т - супрессоров (Ботвин М.А. 1999 год)
- Более глубокие нарушения отмечены у больных миомой матки с быстрым ростом опухоли и большими размерами миомы (> 14 нед) и у женщин с рецидивами миомы

- 
- Все это указывает на определенную роль иммунной системы в генезе опухолевого роста миомы матки .
 - Своеобразным иммуногенетическим маркером миомы матки является лейкоцитарный белок p53

Клинико - патогенетические варианты роста и развития миомы матки .

Выделяют 2 варианта :

- больные с быстрым темпом роста миомы и большим ее размером (у них есть изменения со стороны нервной и эндокринной систем) .
- больные с опухолью небольших размеров и медленным темпом ее роста (имеется ХРВПМ и др .)

Топография :

- узлы миомы матки поражают тело и дно матки (92 -95 %)
- перешеек (4 -8 %)
- влагалищную часть шейки матки - 1 %
- межсвязочные или интралигаментарные опухоли - 4,5 %

В структуре матки -

- интерстициальные миомы - 45 %
- подслизистые (субмукозные) - 20 %
- субсерозные - 16 %
- смешанные формы - 15 -20 %
- шейечные узлы - 1 -2 %

Размеры узлов могут быть от микроскопической величины до узлов с доношенную беременность .
Нет ни одной миомы , похожей на другую .

Макроскопически зрелая миома матки -

- имеет псевдокапсулу
- четко отграничена
- не инфильтрирует близлежащие ткани
- на разрезе ткань гладкая беловатого или розоватого цвета

Микроскопически - состоит из гладкомышечных и соединительнотканых элементов

Саркоматозное перерождение опухоли возникает не чаще чем в 1% случаев

Но должна быть онкологическая настороженность -

- более часто возникает рак эндометрия на фоне гиперпластического процесса (имеющегося почти всегда при миоме)
- а также рак шейки матки после надвлагалищной ампутации матки в связи с миомой .

Миому матки классифицируют по морфогенетическому типу:

- простая миома . развивающаяся по типу доброкачественной мышечной гиперплазии . Митозы отсутствуют .
- пролиферирующая миома . обладающая морфогенетическими критериями истинной доброкачественной опухоли миометрия . Патологические митозы 25 % .
- предсаркома . данный тип опухоли характеризуется наличием множественных очагов пролиферации миогенных элементов с явлениями атипии . Патологические митозы достигают 75 % .

Симптоматология и клиническое течение .

- Жалобы на циклические и ациклические кровотечения .
- боли внизу живота тянущего или схваткообразного характера . дизурические расстройства . запоры . бесплодие .
- бели . анемию и слабость .

Основные симптомы -

- патологические менструальные кровотечения (50% больных) : у $\frac{2}{3}$ гиперменорея . у $\frac{1}{3}$ ациклические кровотечения - особенно при субмукозных миомах
- полипах эндометрия и гиперплазии его .
- вторичная железодефицитная анемия
- боли у 50 -70% больных
- бесплодие у 30% больных

- Нарушение кровообращения узлов. сопровождающиеся циклическими и ациклическими кровотечениями. нарастающим характером болей. повышением температуры
- нарушения функции смежных органов : запоры. дизурические расстройства при миомах больших размеров.
- развитие гидроуретера. гидронефроза и пиелонефрита обусловлены сдавлением мочеточников интралигаментарными и шейными узлами миомы
- рост миомы матки часто определяет клиническое течение заболевания. Возможен быстрый рост миомы матки - это рост опухоли до 5 нед за год или менее короткий период. Причинами могут быть ускоренные процессы пролиферации в ткани опухоли. злокачественное ее перерождение. развитие отека в узле вследствие нарушения его кровотока.

Осложнения:

- риск злокачественного перерождения до 1% (в постменопаузе - 2.6 -3.7%)
- в то же время миома матки нередко сочетается с раком эндометрия (4 -37%)
- с раком молочных желез (1.3 -5.7%)
- с раком поджелудочной железы (до 16.5%)

Диагностика миомы матки .

Дифференцировать -

- маточная беременность
- рак и саркома матки
- воспалительные тубоовариальные мешотчатые образования
- старая нарушенная внематочная беременность
- опухоли брюшной полости (ректосигмоидного отдела прямой кишки и др .)
- аппендикулярным абсцессом
- нефроптозом (тазовая почка)
- опухоли забрюшинного пространства
- опухоли . кисты и рак яичника

Гинеколог проводит пальпацию живота .

специальное бимануальное или ректовагинальное исследование , что позволяет выявить опухоль и ее локализацию .

Дополнительные методы исследования -

- УЗИ (с вагинальным датчиком дает более точную информацию о миоме)
- гистероскопия (можно удалить подслизистые узлы и сделать диагностическое выскабливание эндометрия)
- гистеросальпингография (позволяет выявить субмукозные узлы и проверить проходимость маточных труб при бесплодии)
- рентгенологическое исследование ЖКТ для дифференциальной диагностики миомы и опухолей придатков матки . желудка . кишечника

Вспомогательные методы исследования -

- лапароскопия
- КТГ или ЯМР
- пробное чревосечение

Группы риска по онкологической настороженности .

- Все больные с миомой матки подлежат диспансерному наблюдению каждые 3-4 мес .
- Группы риска - больные . имевшие бесплодие эндокринного генеза
- с миомой матки в период климакса и менопаузы
- имеющие гиперпластические (или рецидивирующие) процессы в эндометрии
- наследственная предрасположенность
- с рецидивирующими воспалительными заболеваниями гениталий
- больные . имевшие большое кол-во абортсв или операции на внутренних половых органах

Лечение .

В настоящее время экзогенные гормоны (антигормоны) назначают больным миомой матки в перименопаузе как альтернативный метод лечения . а также в качестве предоперационной подготовки с целью -

- уменьшить объем опухоли и создать благоприятные условия для хирургического вмешательства
- снизить предполагаемую интраоперационную кровопотерю

В качестве самостоятельного метода лечения использование гормонов нецелесообразно . так как их лечебный эффект распространяется только на время действия лекарственного средства . и нередко после отмены происходит экспансивный рост опухоли миометрия .

В качестве адъювантной терапии больных миомой матки

широко используется антипрогестин - мифепристон .
Клинический эффект препарата связывают со снижением

уровней прогестероновых рецепторов . экспрессия которых существенно повышена в центральном и периферических отделах опухоли на протяжении всего менструального цикла (идет подавление роста миомы матки) .

Наиболее часто мифепристон в качестве адъювантного воздействия на миому матки используется в дозе 50 мг\сут в течение 3 мес . Восстановление менструального цикла происходит уже в течение первого месяца после отмены препарата . что свидетельствует об отсутствии длительного угнетающего воздействия на специфические функции репродуктивной системы женщины .

В последние 20 лет в мировой гинекологической практике при миоме матки успешно применяется метод эмболизации маточных артерий (ЭМА). Процедура заключается в проведении тазовой артериографии с последующей селективной эмболизацией мелких ветвей маточной артерии, кровоснабжающих миоматозные узлы. Как эмболизат используют частицы поливинилалкоголя размером от 350 до 700 микрон. В миоматозных узлах происходит инфаркт, склерозирование и гиалинизация.

Традиционно показаниями к хирургическому лечению при миоме матки являются -

- быстрый рост опухоли
- размеры опухоли до 12 -13 нед у женщин в возрасте до 40 лет
- рост опухоли в период менопаузы
- Субмукоз
- шейечная миома
- Перешеечные
- рождающийся или родившийся субмукоз
- субсерозная миома на ножке с тенденцией к ее перекруту

- интралигаментарная миома с нарушением функции смежных органов
- некроз миоматозного узла любой локализации
- миома с нарушением функции смежных органов
- Менометроррагия
- сочетание миомы матки и генитального эндометриоза
- сочетание миомы матки с неправильным положением гениталий (смещениями)
- сочетание миомы матки с рецидивирующими гиперпластическими процессами в эндометрии
- сочетание миомы с раком гениталий любой локализации

Объем хирургического вмешательства зависит от
возраста больной . сопутствующих
гинекологических заболеваний .
репродуктивной функции . Женщинам .
заинтересованным в сохранении генеративной
и менструальной функции . при наличии
условий производят органосохраняющую
операцию - консервативную миомэктомию -
энуклеацию (вылущивание) миоматозных
узлов .


При подбрюшинном расположении опухоли
отдается предпочтение минилапаротомии или
лапароскопии.

При подслизистой локализации опухоли
миомэктомия может быть произведена с
помощью гистерорезектоскопии .

На протяжении длительного периода гистерэктомия остается единственной рассматриваемой тактикой хирургического лечения больных миомой матки старше 40 – 45 лет. Это обоснованное лечение в данной ситуации и направлено на сохранение здоровья больной.

Отдельные авторы высказываются более определенно:

- патогенетически обоснованным методом лечения больных миомой матки следует считать хирургическое вмешательство. В перименопаузальном периоде возникает необходимость выбора между тотальной и субтотальной гистерэктомией. Риск развития рака шейки матки после субтотальной гистерэктомией варьирует в пределах 0.5-1%.



Показания к гистерэктомии должны быть четко сформулированы и обоснованы с учетом возможностей современных технологий , составляющих альтернативу удалению матки (Давыдов А.И. Стрижакова М.А. 2009 год)





Спасибо за внимание

Литература :

- Серов В.Н. Кира Е.Ф. Гинекология .руководство для врачей . Москва 2008 год .
- Стрижаков А.Н. Давыдов А.И. Гинекология . Учебное пособие. Курс лекций . Москва 2009 год .
- Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии Л. Медицина 1989 год