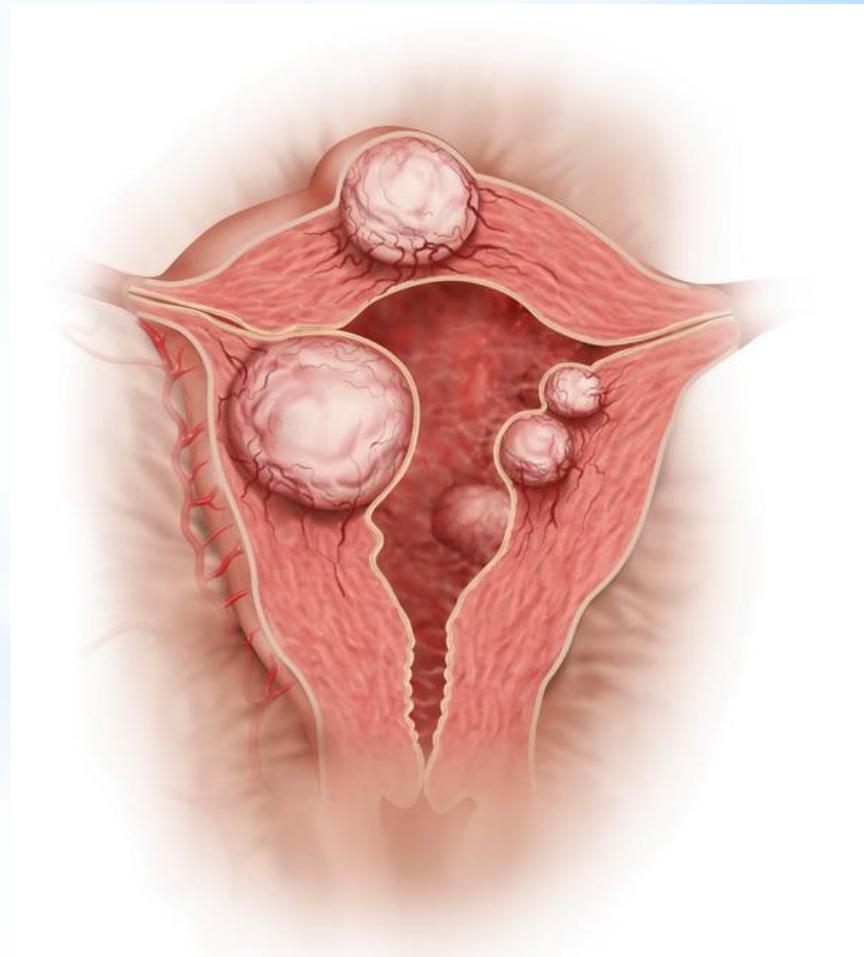


Миома матки

Котова Евгения 15 гр 5 курс лечебный ф-т

*** Миома матки -
доброкачественная
гормонозависимая
опухоль у женщин
репродуктивного
возраста**



* Этиология. Патогенез.

Нарушение экскреции и метаболического превращения эстрогенов, а так же соотношение фракций эстрогенов приводят к морфологическим изменениям в миометрии. Масса миометрия может увеличиваться в результате гиперплазии гладкомышечных клеток, которая инициируется эстрогенами, так и гипертрофии этих клеток. Рост миомы стимулирует прогестерон.

По морфогенетическим признакам
выделяют:

1. простые миомы, развивающиеся по типу доброкачественных мышечных гиперплазий
2. пролиферирующие миомы с морфогенетическими критериями истинной доброкачественной опухоли

* По локализации и росту миоматозных узлов выделяют:

1. субмукозные (растущие в полость матки и деформирующие ее)

2. субсерозные (растущие в сторону брюшной полости)

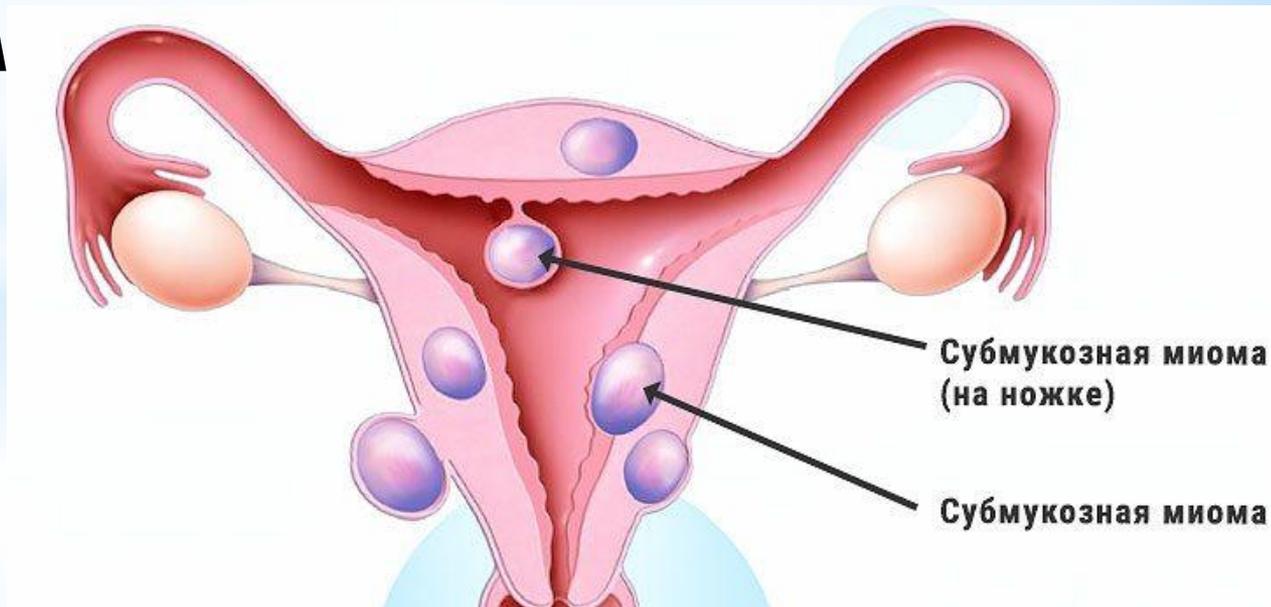
3. интралигаментарные (по мере роста узел расслаивает листки широкой маточной связки)

* Типы субмукозных миом:

0 тип - субмукозные узлы на ножке, без интрамурального компонента

1 тип - субмукозные узлы на широком основании с интрамуральным компонентом менее 50%

2 тип - миоматозные узлы с интрамуральным компонентом



* Клиника и диагностика.

1) субмукозные миомы

Длительные, обильные, менструации со сгустками и метроррагии, анемизирующие больную. Тянущие и схваткообразные боли внизу живота. Нередко сопровождается бесплодием и невынашиванием беременности

* 2) субсерозные миоматозные узлы

жалобы на дискомфорт внизу живота, периодически возникающие тянущие или острые боли. Боли могут иррадиировать в поясничную область, ногу, промежность.

* 3) интерстициально-субсерозные узлы

беспокоит чувство тяжести и дискомфорта внизу живота, увеличение живота. Дизурические явления : учащенное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря, императивные позывы, острая задержка мочи

* 4) интерстициальные миоматозные узлы

Увеличение матки, влияет на сократительную способность миометрия. Жалобы на обильные длительные менструации, межменструальные кровяные выделения, анемия

* Гинекологическое исследование:
Сглаженность шейки матки, в цервикальном канале пальпируется округлой или овоидной формы узел плотной консистенции.

Осмотр в зеркалах:
узел пролабирует из цервикального канала во влагалище



* Метрография

метод диагностики подслизистых миоматозных узлов у пациенток с жалобами на обильные менструации, схваткообразные боли во время менструации и маточные кровотечения в постменопаузе.

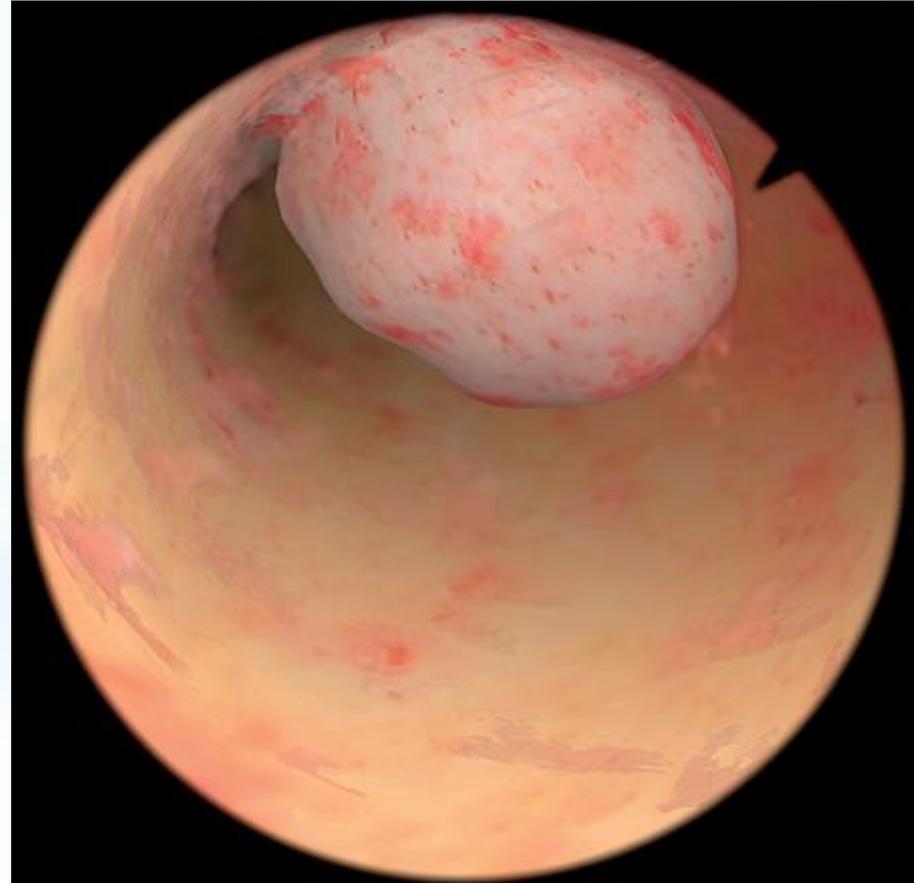
Рентгенографические признаки :

- расширение или искривление тени матки
- субмукозные миоматозные узлы в виде дефектов наполнения с четким контуром

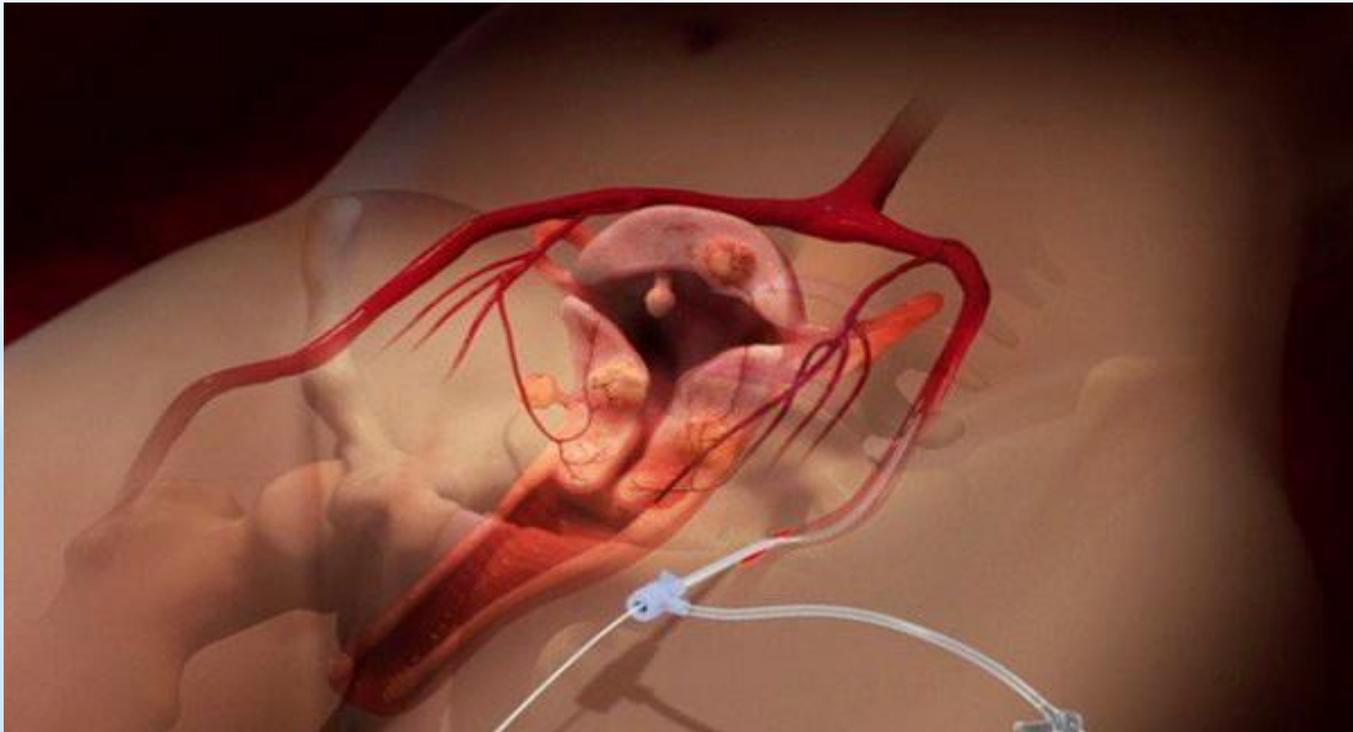
- * Гидросонография позволяет дифференцировать узел с полипом эндометрия, более четко определить локализацию подслизистого узла и деформацию полости матки



* Гистероскопия
субмукозные узлы
имеют сферическую
форму, четкие
контуры, белесоватый
цвет, деформируют
полость матки, их
консистенция плотная
при прикосновении
кончиком
гистероскопа. На
поверхности узла
могут быть
кровоизлияния.



- * Диагностическая лапароскопия показана при невозможности дифференциальной диагностики субсерозной миомы матки и опухолей неинвазивными методами



лечение

```
graph TD; A[лечение] --> B[консервативное]; A --> C[хирургическое]; C --> D[1. Радикальное]; C --> E[2. Органосохраняющее];
```

консервативное

хирургическое

1. Радикальное
2. Органосохраняющее

* Консервативное:
цель - торможение
роста или обратного
развития опухоли,
лечение метrorрагий
и анемии

(норколут,
примолют-нор,
норэтистерон,
оргаметрил,
гестринон,
неместран)

назначают
производные 19-
норстероидов с 16-25
день цикла, или 5-25
дн в течение 6-24 мес

* Антигонадотропины (имеющие стероидную структуру: *даназол, гестринон*) и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (*золадекс, диферелин, бусерелин*) влияют на рост миоматозных узлов. Использование агонистов ГнРГ целесообразно у пациенток в перименопаузальном периоде, поскольку обуславливает стойкую реакцию стероидогенеза и наступление менопаузы

* Агонисты ГнРГ используют для предоперационной подготовки к консервативной миомэктомии. Структура узла становится более плотной, снижается интранодулярный и перинодулярный кровоток (максимально выражен эффект после 2-3 инъекций, потому что возможны деструктивные и некробиотические процессы)

* Предотвращение менометроррагий и роста миомы - применяют внутриматочную гормональную систему «Мирену» с капсулой левоноргестрелом

противопоказание:

субмукозные миоматозные узлы, большая полость матки, абсолютные показания к оперативному лечению

* Хирургическое:

показания:

- 1. большие размеры миомы (13-14 нед беременности)*
- 2. быстрый рост миомы(более 4 нед за год)*
- 3. субмукозное расположение узла*
- 4. нарушение питания, некроз миоматозного узла*
- 5. субсерозный узел на ножке*
- 6. шейная миома*
- 7. миома матки и менометроррагии, анемизирующие больную*
- 8. рост миомы в постменопаузе*
- 9. нарушение функции соседних органов*
- 10. бесплодие и привычное невынашивание беременности*

* Органосохраняющие операции:
сохраняют адекватное
кровообращение яичников путем
выделения восходящих ветвей
маточных артерий и сохраняют
менструальную функцию при высокой
надвлагалищной ампутации и
дефундации матки

* Консервативная миомэктомия:
удаление миоматозных узлов и
сохранение тела матки

- лапаротомический доступ
- лапароскопически
- гистероскопический

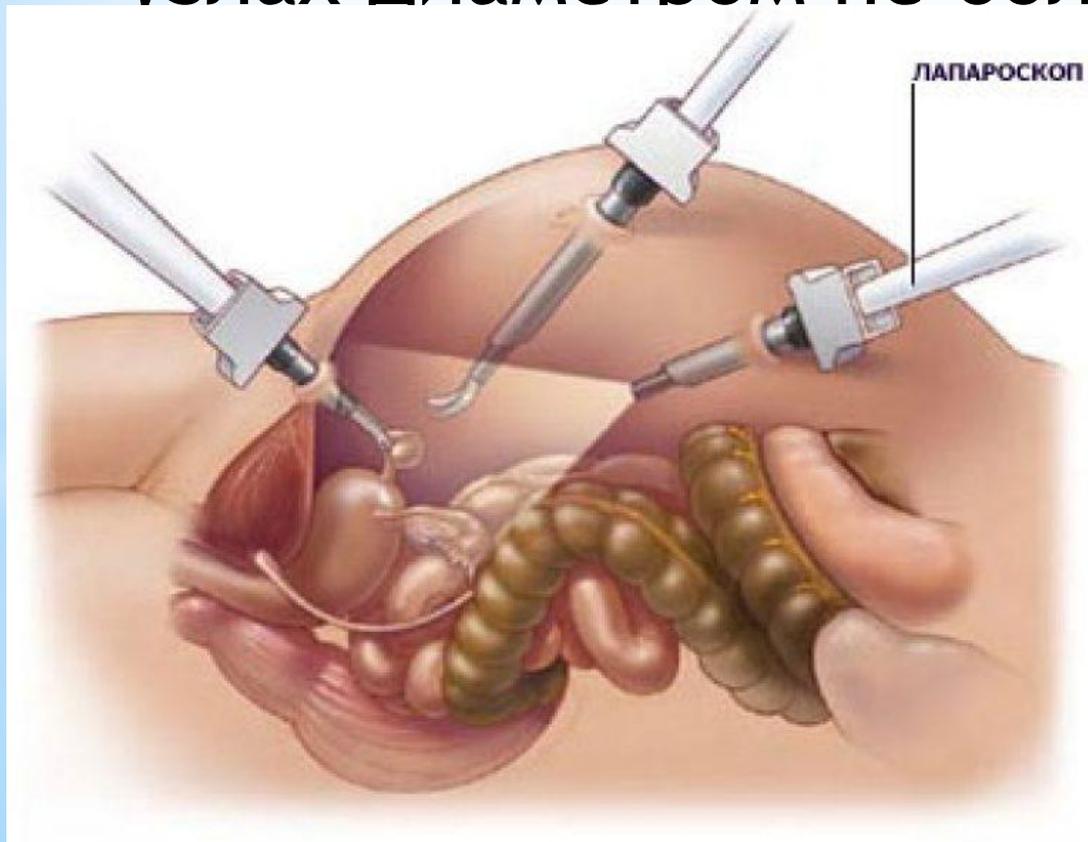
* *Лапаротомический доступ:*

при множественных интерстициальных миоматозных узлах более 7-10 см, при низкой шейечно-перешеечной локализации узлов, особенно по задней и боковой стенкам матки

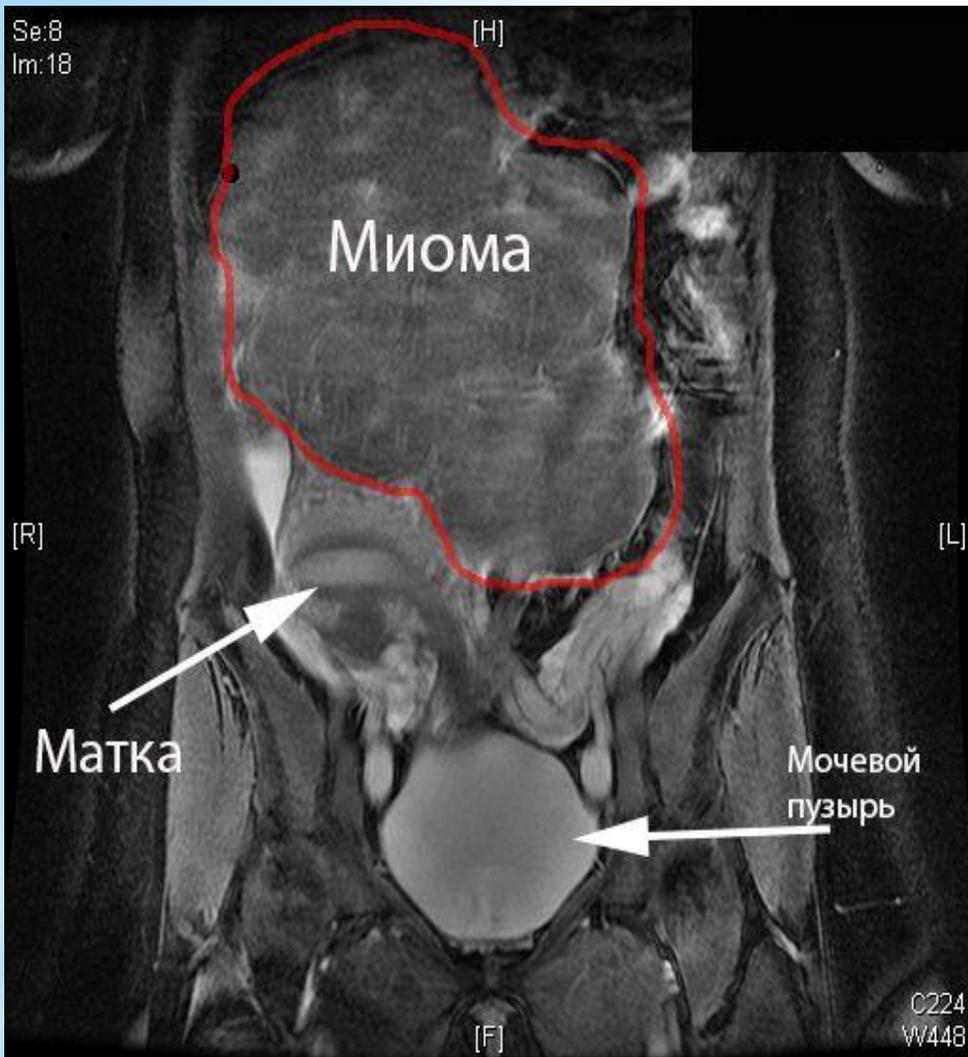


* Лапароскопический доступ:

при субсерозных миоматозных узлах,
при интерстициальных миоматозных
узлах диаметром не более 4-5 см



Захват ножки
зубчатыми
щипцами и
пересечение
ножки
коагулятором
(субсерозные
узлы)



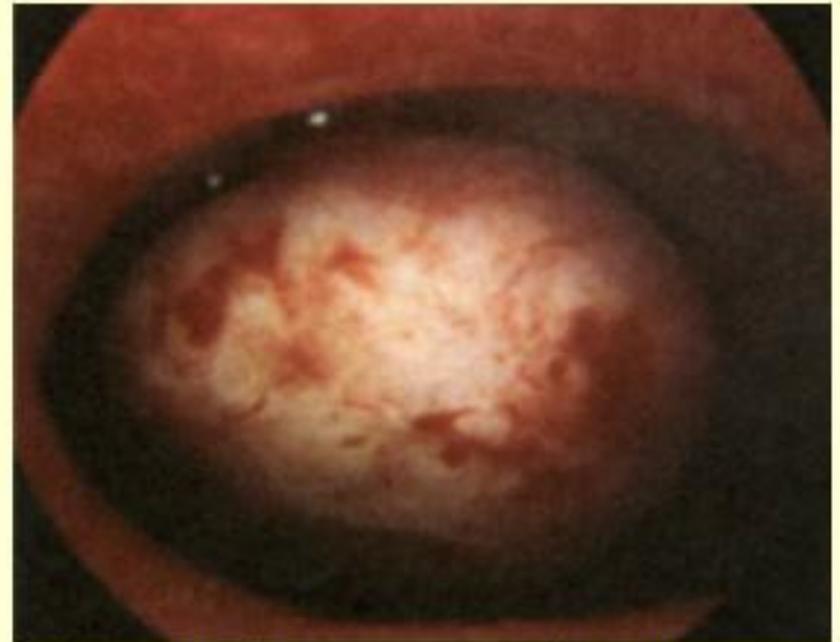
Декапсуляция и энуклеация с поэтапной коагуляцией кровоточащих сосудов ложа (интерстициально-субсерозные узлы)

Рассечение в поперечном или косом направлении переднего листка широкой маточной связки и энуклеация (интралигаментарные узлы)

* Гистероскопическая
МИОМЭКТОМИЯ:

- механическая
-
- электрохирургическая
- с помощью лазера

Механическая миомэктомия



Субмукозный узел, исходящий из дна матки, доступный для механической миомэктомии.

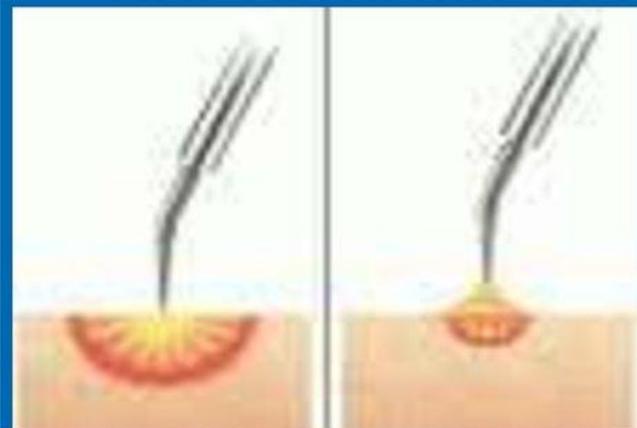
* Механическая гистероскопия -
при субмукозных узлах 0 и 1 типах с
незначительным интерстициальным
компонентом.

Прицельное фиксирование узла
абортцангом и откручивание с
последующим гистероскопическом
контроле

или

Под контролем гистероскопа рассечь
капсулу узла или его ножку
резектором и извлечь узел

* Электрохирургическая миомэктомия при субмукозных узлах 1 и 2 типа с большим интрамуральным компонентом, небольших сферических узлах, узлах расположенных в углах матки.



Этап резекции миомы

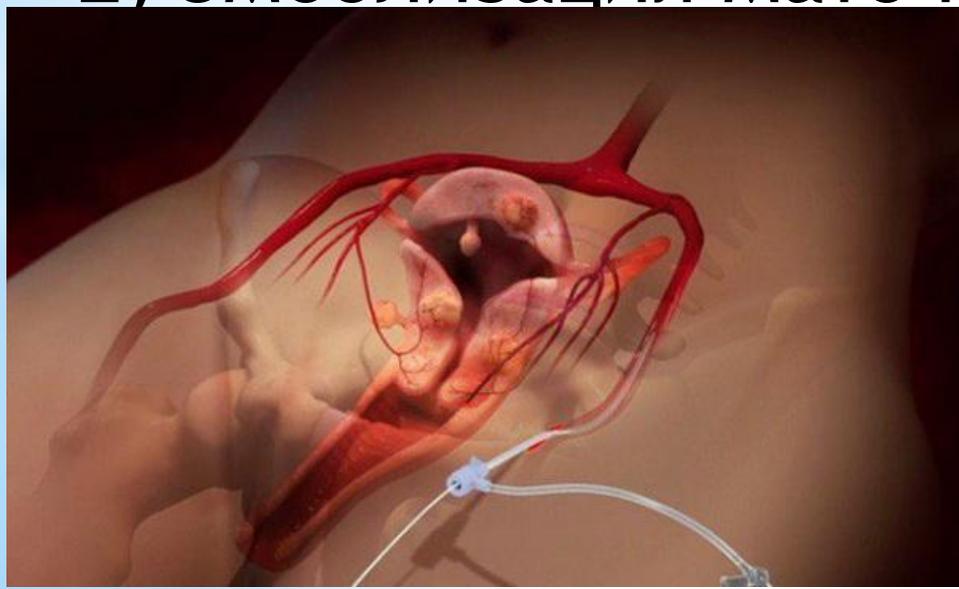


-
одномоментное
удаление
-
двухэтапное
удаление

* **Консервативные хирургические методы:**

1) лапароскопический миолиз (вапоризация миоматозного узла при помощи лазера)

2) эмболизация маточных артерий



* Прогноз:

Миома матки относится к доброкачественным опухолям с редко малигнизацией, поэтому прогноз для жизни - благоприятный.

Однако рост миомы может потребовать хирургического лечения с исключением менструальной и репродуктивной функции у молодых женщин, что может обусловить первичное и вторичное бесплодие