

# Миома матки



# Миома матки

- **Миома матки**- моноклональный, гормончувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия.

# Частота миомы матки

- Частота в общей популяции колеблется от 70 до 85 %
- Частота в структуре гинекологических заболеваний по данным различных авторов, от 10 до 27% [Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., 2004; Bianchi S. et al., 1993; Parazzini F., Chiaffarino F. 2006].

# Этиопатогенез миомы матки

- Опухолевый рост является следствием нарушения тканевого гомеостаза, поддерживаемого балансом между двумя процессами:
  - -клеточной пролиферацией;
  - - апоптозом;
- Клетки миомы матки обладают значительно более высокой митотической активностью в обе фазы менструального цикла, чем клетки неизмененного миометрия.

# Этиопатогенез миомы матки

- ***Ключевыми факторами патогенеза миомы матки считаются:***
- ***половые стероидные гормоны-*** физиологические регуляторы клеточной пролиферации миометрия.
- В отличие от нормального миометрия миома содержит гораздо больше эстрогеновых рецепторов на единицу объема ткани, число которых особенно возрастает в фолликулиновую фазу, и поэтому ткань миомы матки чрезвычайно чувствительно к эстрогенам.

# Этиопатогенез миомы матки

- *В последние годы основополагающее значение приобретает:*
- « **прогестероновая** » гипотеза, в соответствии с которой, не только эстридиол 17-в, но и, в большей степени , **прогестерон** играет ключевую роль в инициировании каскада молекулярно-генетических нарушений, возникающих в процессе роста опухоли.

# Этиопатогенез миомы матки

- *Основными модуляторами клеточного роста являются :*
- инсулиноподобный фактор роста,
- семейство эпидермального фактора роста
- трансформирующий фактор роста.

# Классификация миомы матки

- 1.** По локализации в различных отделах матки в 95% наблюдений опухоль располагается в теле матки и в 5%- в ее шейке.
- 2.** *По отношению к мышечному слою матки различают три формы роста опухоли:*
  - 1.** **Интрамуральная форма (межмышечную)**( опухоль располагается в толще стенки матки)
  - 1.** **Субмукозная (подслизистую)** ( рост миомы происходит по направлению к полости матки)
  - 2.** **Субсерозная (подбрюшинную)**( рост миомы происходит по направлению к брюшной полости).



# Клиника миомы матки

**Основными симптомами миомы матки являются:**

- боли,
- кровотечение,
- нарушение функции соседних органов.

Нередко миома матки протекает

« **безсимптомно** » - т.е

- отсутствует жалобы
- нарушения менструальной функции;

# Диагностика миомы матки

**Гинекологический осмотр** позволяет обнаружить:

- увеличенную матку( размеры ее оцениваются в неделя беременности),
- с бугристой ( узловатой) поверхностью,
- плотной консистенцией.

**Среди методов инструментальной диагностики** миомы матки применяется:

- ультразвуковое сканирование ( трансвагинальное ультрозвуковое сканирование)
- МРТ матки (для уточнение локализации и размеров).
- Гистероскопия ( при субмукозной форме у женщин репродуктивного возраста )
- Лапароскопия ( у женщин репродуктивного возраста для проведения более точной диагностики и хирургического лечения
- лапароскопическая миомэктомия- при субсерозной и субсерозной-интрамуральной формах ).

# Среди методов инструментальной диагностики миомы матки

- **Ультразвуковое сканирование** (трансвагинальное ультразвуковое сканирование);
- **МРТ матки** (для уточнение локализации и размеров).
- **Гистероскопия** ( при субмукозной форме у женщин репродуктивного возраста )
- **Лапароскопия** ( у женщин репродуктивного возраста для проведения более точной диагностики и хирургического лечения
- **Лапароскопическая миомэктомия**- при субсерозной и субсерозной-интрамуральной формах ).

# Ультразвуковая диагностика подбрюшинной миомы матки.

**На эхограмме субсерозная миома матки  
идентифицируется в виде:**

- образования округлой конфигурации, сповышенным уровнем звукопроводимости
- плотно спаянной маткой.

Субсерозные узлы миомы на широком основании характеризуется определенными эхографическими признаками:

- акустическое отражение от поверхности опухоли, обращенной в брюшную полость отличается повышенной звукопоглощаемостью.

## Трансвагинальное ультразвуковое сканирование. Подбрюшинной миомы матки.

- Угасание амплитуды волновых колебаний от маточной поверхности опухоли к брюшной.
- Отсутствие эффекта «врастания» опухоли в миометрий,
- Повышенная смещаемость опухоли по отношению матки
- Округлой формой,
- С гладкой блестящей поверхностью
- Бледно-розовым оттенком.

# Гистероскопические признаки миомы матки

Эндоскопическая картина подслизистой миомы матки основывается на визуализации в ее полости образования:

- **округлой или овальной формы**
- **бледно-розового цвета**
- **с гладкой поверхностью.**
- Узлы миомы небольших размеров ( дм до 30-40 мм) на тонком основании, расположенные в верхних отделах полости матки, определяются в виде:
  - « гроздьев»
  - бледно- розового или белесоватого оттенка, свисающих в ее просвет.

# Гистероскопические признаки миомы матки

- Подслизистые узлы миомы на широком основании идентифицируются в виде:
- **фиксированного бугорка на поверхности одной из стенок матки;**
- Межмышечная миома матки с центрипетальным ростом определяется в виде:
- **выпячивание над одной из стенок матки бледно-розового цвета с гладкой поверхностью.**

# МРТ- признаки миомы матки

- Четко очерченные образования, резко выделяющиеся из окружающего миометрия.
- С интенсивного сигнала от равномерно низкой до равномерно высокой.
- Миомы с дегенеративными изменениями ( гиалиновые, кистозные ) имеют :
- характерный пятнистый или гомогенный вид с неоднородными по интенсивности сигналом.



# МРТ- признаки миомы матки

- Миома с кальцификатами выглядит как образование :
- с равномерно высокой интенсивностью сигнала,
- четко отграниченная кольцом низкой интенсивности от окружающего миометрия.

# Лапароскопическая картина миомы матки

- Увеличенная в размерах матка с неровной поверхностью при субсерозно - интрамуральной форме и\или округлое образование на «ножке», возвышающееся над серозной поверхностью матки.

# Показания к хирургическому лечению миомы матки

- Размер матки, соответствующие 12 и более недель беременности
- маточные кровотечения
- Абдоминальные и тазовые боли;
- Нарушение функции соседних органов;
- Быстрый рост;
- Рост после менопаузы;

## Показания к хирургическому лечению миомы матки

- Бесплодие (в отсутствие других причин)
- Привычные выкидыши (в отсутствие других причин)
- Быстрый рост;
- Рост после менапаузы;

# Лечение миомы матки

- **Медикаментозное лечение, направленное на контроль роста миомы и развития симптомов заболевания.**
- **Хирургическое лечение:**
- ***А. органосохраняющие операции:***
- **абдоминальная,**
- **лапароскопическая**
- **гистероскопическая миомэктомия, применяемые при нерезервированной репродуктивной функции**

# Лечение миомы матки

- ***Б. радикальные операции:***
- - гистерэктомия, применяемая при множественной миоме матки больших размеров и у женщин с реализованной репродуктивной функцией.
- ***Малоинвазивные органосохраняющие методы лечения:***
- - эмболизация маточных артерий (ЭМА),
- - миолиз различными источниками энергии).

# Эмболизация маточных артерии

**Эмболизация маточных артерий (ЭМА, эндоваскулярная эмболизация маточных артерий)** – это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол бедренной артерии (пункцию), по внутрисосудистому катетеру в сосуды, питающие миому, вводятся частички специального эмболизационного препарата.

# АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

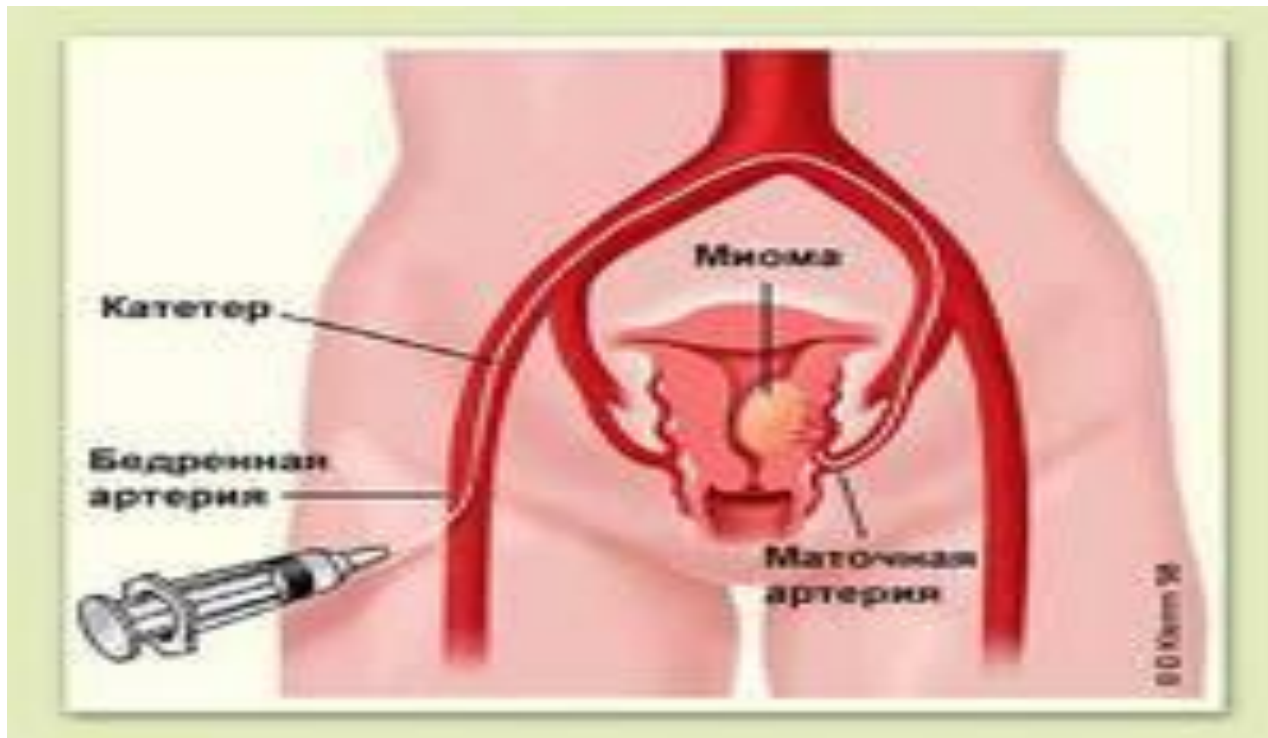
- Внедрение в практику новых высокотехнологичных методов лечения ;
- сохранение менструальной функции;
- сохранение репродуктивной функции [Бреусенко В.Г. и соавт., 2006; Капранов С.А. и соавт., 2007, Usadi R сохранение репродуктивной функции [Бреусенко В.Г. и соавт., 2006; Капранов С.А. и соавт., 2007, Usadi R. с сохранение репродуктивной функции [Бреусенко В.Г. и соавт., 2006; Капранов С.А. и соавт., 2007, Usadi R. S сохранение репродуктивной функции [Бреусенко В.Г. и соавт.



# Механизм лечебного воздействия ЭМА

Закупорка питающих миоматозные узлы мелких сосудов так называемого перифиброидного сплетения лишает доброкачественную опухоль артериального питания, ишемизирует ее, что сопровождается асептическим некрозом ткани миомы с последующим гиалинозом и фиброзом.

# Техника проведения эмболизации маточных артерий



# Техника проведения эмболизации маточных артерий

- **Эмболизация маточных артерий выполняется :**
- в специально оборудованной рентгеноперационной,
- под контролем ангиографического оборудования,
- без наркоза,
- в положении пациентки лежа на операционном столе.

# Техника проведения эмболизации маточных артерий

- **Первым этапом вмешательства является:**
- пункция правой общей бедренной артерии.
- местная анестезия кожи (в зоне прокола в верхней части бедра)
- пункция артерии полой иглой (диаметр 1,5 мм), через которую вводится тонкий катетер (диаметр 1,2 мм).

# Техника проведения эмболизации маточных артерий

- **под контролем ангиографии :**
- данные выводятся на монитор,
- внутрисосудистый катетер проводится до маточных артерий.
- через катетер вводится эмболизационный препарат,

# Техника проведения эмболизации маточных артерий

- **С током крови эмболы ПВА:**
  - мигрируют,
  - закупоривает артерии перифиброидного сплетения (питающего миому и частично сосуды неизмененного миометрия).
- **В результате :**
  - в миоматозном узле происходит редукция артериального кровотока, в то время как кровообращение непораженного миометрия практически полностью восстанавливается.

## Показания к ЭМА

- Бессимптомная (3,8%) или симптомная миома матки;
- Менометроррагия ( 51,9%)
- Диспареуния (7%);
- Сдавления соседних органов (20,5%);
- Бесплодие(16,8%)

# Факторы влияющие на показаний к ЭМА

- Наличие различных сопутствующих заболеваний(21%);
- Рецидив заболевания после органосохраняющих методов хирургического лечения (лапароскопическая или трансцервикальная миомэктомия; 9%)
- Не эффективность гормональной терапии (7%);



# Факторы влияющие на показаний к ЭМА

- Субъективная мотивация самих больных, связанная с нежеланием потери органа (36%);
- Со страхом перед наркозом и операцией (27%);
- С боязнью раннего старения (19%);
- С доверием к новой методике лечения (11%);

# ЭМА при субмукозной миоме матки

- *ЭМА была выполнена 144 пациенток с единичной или множественной субмукозной миомой матки.*
- По классификации *C.Wamsteker и A.de Blok (1995)*, лидирующие узлы относились к **0** типу - 8,3%;
- К **1** типу – 23,6%;
- Ко **2** типу- 68,15%;

При **0** типе узлов:

- **миолизис** наблюдался у 58,3%;
- **Экспульсия**- у 41,7%;
- **1-2-м типах** – 22,7% и 21,2%;

# Постэмболизационный период

- В течение 12-18 мес происходит прогрессивное уменьшение размеров **миоматозных узлов и матки** в целом в среднем на 83% с восстановлением архитектоники полости матки.
- Устранение симптомов **менометроррагии** (97,9%);
- Исчезновение симптомов **сдавления** близлежащих органов (88,6%);

# Постэмболизационный период

- Исчезновение симптомов диспареунии (99%);
- **Пиометра и эндометрит** (2,6%) после 3-6 мес ( у больных со 2-м типом субмукозных узлов, при размерах 10 см и площади фиксации в миометрии менее  $\frac{1}{3}$  от объема узла);
- **Маточное кровотечения** (1,2%);
- 1-го типа дм до 7см;
- 2-го типа дм 10-11см;

# Постэмболизационный период

- Адекватное определение показаний к ЭМА;
- Правильная тактика ведения постэмболизационного периода
- **Способствует:**
- Восстановлению топографии полости матки и сократительной способности миометрия (87%);
- Нормализации менструальной функции (97%);

# ЛИТЕРАТУРА

1. Билан М. И., Козюра О. П. // Международный журн. интервенц. кардиоангиол. — 2004. — № 4. — С. 43—46.
- 2. Бобров Б. Ю., Капранов С. А., Златовратский А. Г. и др. // Бюл. НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН "Сердечно-сосудистые заболевания" 2006. — Т. 7, № 3. — С. 105.
- 3. Бреусенко В. Г., Краснова И. А., Капранов С. А. и др. // Вопр. гин., акуш. и перинат. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 44-48.

# ЛИТЕРАТУРА

- 4. Бреусенко В. Г., Краснова И. А., Капранов С. А. и др. // Акуш. и гин. — 2006. — № 3. — С. 23—26.
- 5. Доброхотова Ю. Э., Капранов С. А., Бобров Б. Ю. и др. // Рос. веста, акуш.-гин. — 2005. — Т. 5, № 2. — С. 44—49.
- 6. Доброхотова Ю. Э., Капранов С. А., Бобров Б. Ю. и др. // Рос. мед. журн. — 2006. — № 2. — С. 23—25.

# ЛИТЕРАТУРА

- 7. Кавтеладзе З. А., Дроздов С. А., Былое К. В. и др. // Международ. журн. интервенц. кардиоангиол. — 2005. — № 7. С. 55.
- 8. Капранов С. А., Бреусенко В. Г., Бобров Б. Ю. и др. // Международ. журн. интервенц. кардиоангиол. — 2005. — № 7. С. 56.
- 9. Краснова И. А., Бреусенко В. Г., Капранов С. А. и др. // Вопр. гин., акуш. и перинат. — 2005. — Т. 4, № 1. — с. 46-50.



# ЛИТЕРАТУРА

- 10. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Капранов С. А., Краснова И. А. II Международный, мед. журн. — 2005. — № 1. — С. 74-79.
- 11. At-Fown H. et al. // Obstetr. Gynecol. Surv. — 2002. Vol. 57, N 12. - P. 810-815.
- 12. Amagada J. o., Karanjgaokar V., Wood A., Wiener J. J. // J. Obstetr. Gynaecol. - 2004. — Vol. 24; N 1. - P. 86-87.
- 13. Barth M. M., Spies J. B. // J. Vase. Intervent. Radiol. — 2003. Vol. 14, N 9, Pt 1. - P. 1177-1182.