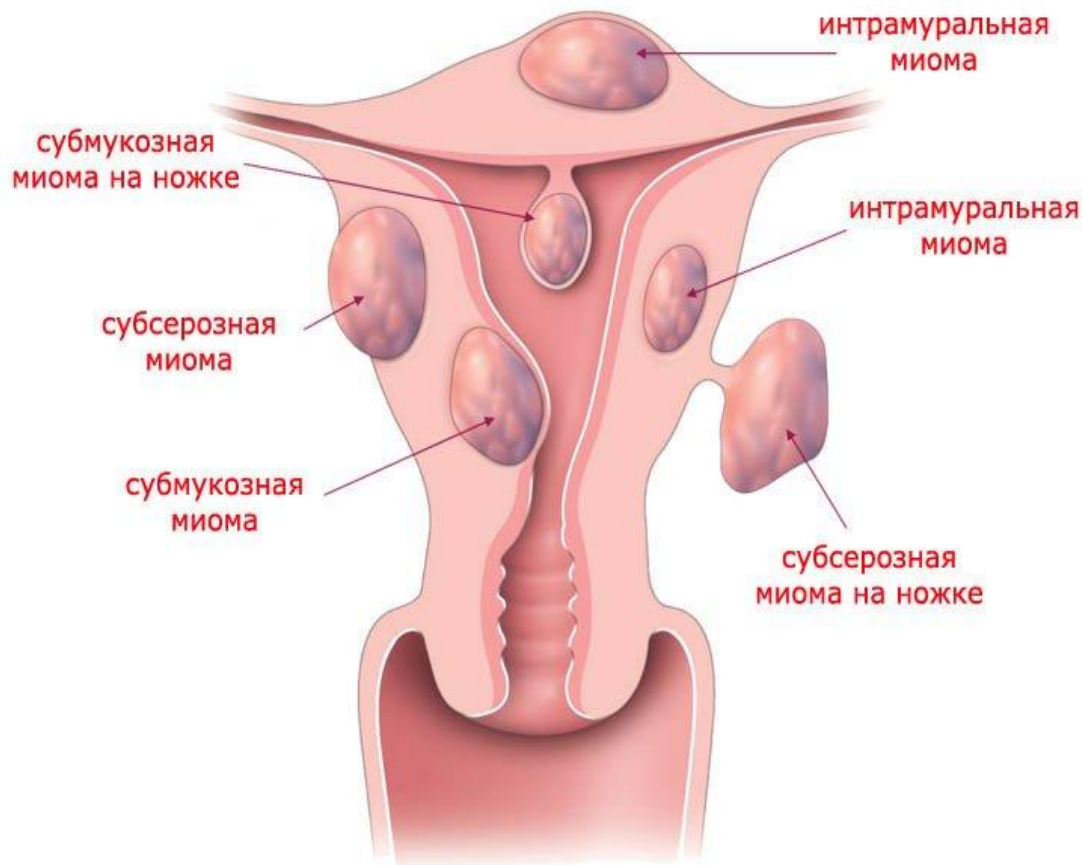


Современные методы лечения миомы матки



Выполнила студентка 5 курса 19 группы
лечебного факультета Левичева Ю.А.

ЛЕЧЕНИЕ.

- Тактика ведения больных с миомой матки включает наблюдение и мониторинг, медикаментозную терапию, различные методы хирургического воздействия и использование новых мини-инвазивных подходов.
- Для каждой пациентки разрабатывают индивидуальную тактику ведения, т.е. подход должен быть строго персонифицированным.



Хирургическое лечение.

Показания к хирургическому лечению.

Общепринятыми показаниями к хирургическому лечению являются:

- обильные менструальные кровотечения, приводящие к возникновению анемии;
- хроническая тазовая боль, значительно снижающая качество жизни;
- нарушение нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники); большой размер опухоли (более 12 нед беременной матки);
- быстрый рост опухоли (увеличение более чем на 4 нед беременности в течение 1 года);
- рост опухоли в постменопаузе; подслизистое расположение узла миомы; межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное) расположение узлов миомы;
- нарушение репродуктивной функции; бесплодие при отсутствии других причин

Экстренная операция

- необходима при спонтанной экспульсии («рождении») подслизистого мио- 315 матозного узла
- при дегенеративных изменениях в опухоли вследствие нарушения кровообращения, сопровождающихся признаками инфицирования и возникновением симптоматики «острого живота»



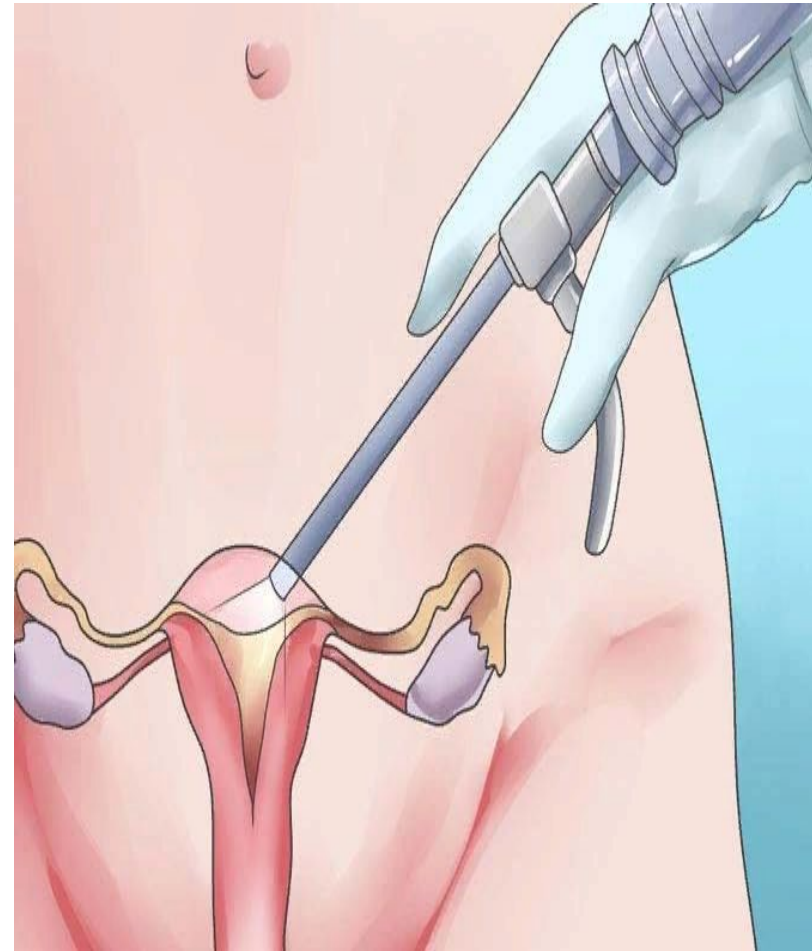
Виды хирургического

вмешательства.

- **Гистерэктомия.** Единственным, приводящим к полному излечению (радикальным) способом хирургического лечения является операция в объеме тотальной гистерэктомии — экстирпация матки (уровень доказательности IA).
- **Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки)** не является полностью радикальным вмешательством, но ее можно выполнять после подтверждения состояния шейки матки (кольпоскопия, биопсия при показаниях) (уровень доказательности IA). При сочетании с аденомиозом, учитывая отсутствие четкой границы заболевания, надвлагалищная ампутация не рекомендуется, так как возможно неполное удаление указанных выше патологических процессов, что в дальнейшем может быть причиной еще одной операции (удаление культи шейки матки и других тазовых органов — дистального отдела мочеочника), так как это более сложное вмешательство в связи с развитием спаечно-рубцовых процессов с вовлечением мочевого пузыря.

Миомэктомия.

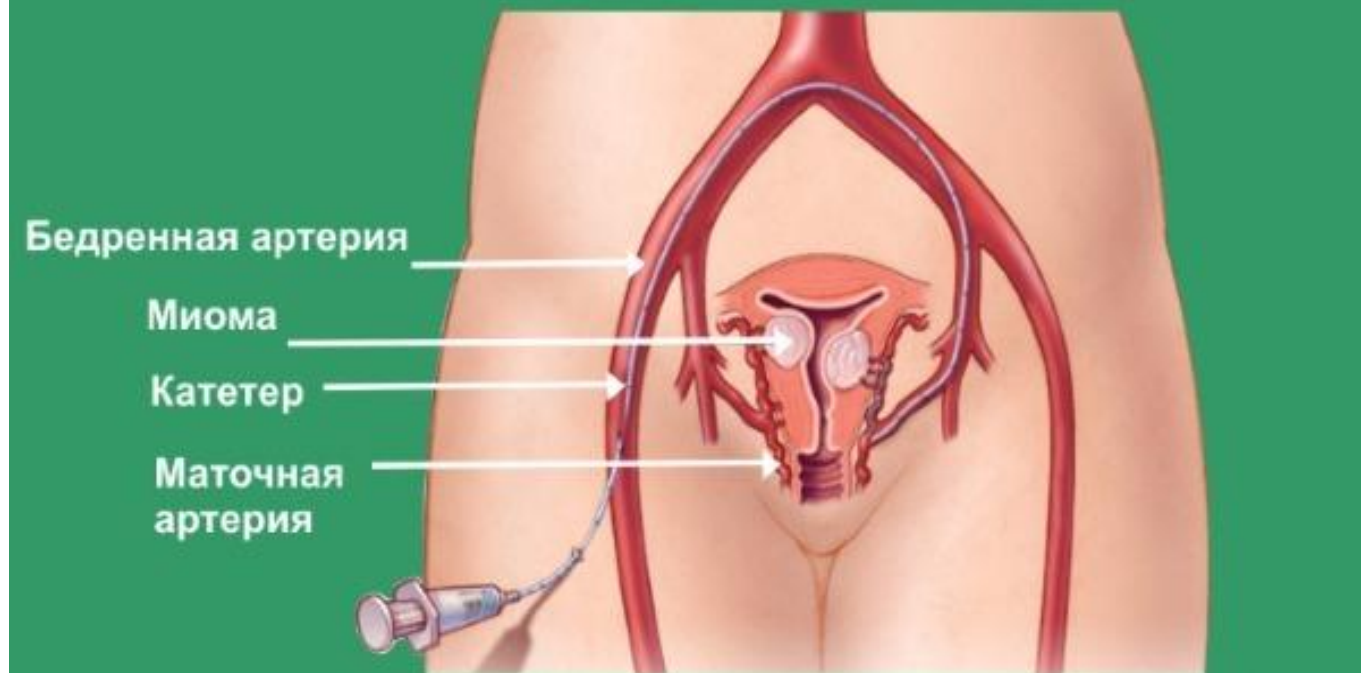
Показанием к миомэктомии является также бесплодие или невынашивание беременности при отсутствии каких-либо других причин кроме миомы матки. Результаты ряда исследований с высоким уровнем доказательности показали, что миоматозные узлы, контактирующие с полостью матки, могут быть причиной бесплодия. Имеются сведения об улучшении результатов ВРТ после миомэктомии у женщин с неуточненным бесплодием. На сегодняшний день ни один из существующих методов диагностики не может выявить все патологические очаги ни до операции, ни в ее процессе. Риск рецидивирования (возможно в большинстве случаев — персистенции) выше при наличии множественных миом.



Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки.

- Миниинвазивность эндоваскулярного вмешательства, проводимого под местной анестезией, эффективность метода, приводящего к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки, сохранение репродуктивной функции женщины, короткий срок госпитализации — важные и определяющие факторы для самих пациенток.
- **Показания** к эмболизации маточных артерий: симптомная миома матки.
- Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является альтернативой хирургическому лечению (уровень доказательности B).
- **Противопоказания** к эмболизации маточных артерий: беременность, воспалительные заболевания органов малого таза в стадии обострения, аллергические реакции на контрастное вещество, артериовенозные пороки развития, недифференцированное опухолевидное образование в малом тазу, подозрение на лейомиосаркому

Эмболизация маточных артерий



- ЭМА малоэффективна при (уровень доказательности C):
- — шейчно-перешеечном расположении узлов (необходимо проведение дополнительного ангиосканирования для выяснения всех источников кровоснабжения узлов);
- — «бедном» кровоснабжении миом (ИР выше 0,6);
- — сочетании миомы матки с диффузной формой аденомиоза.

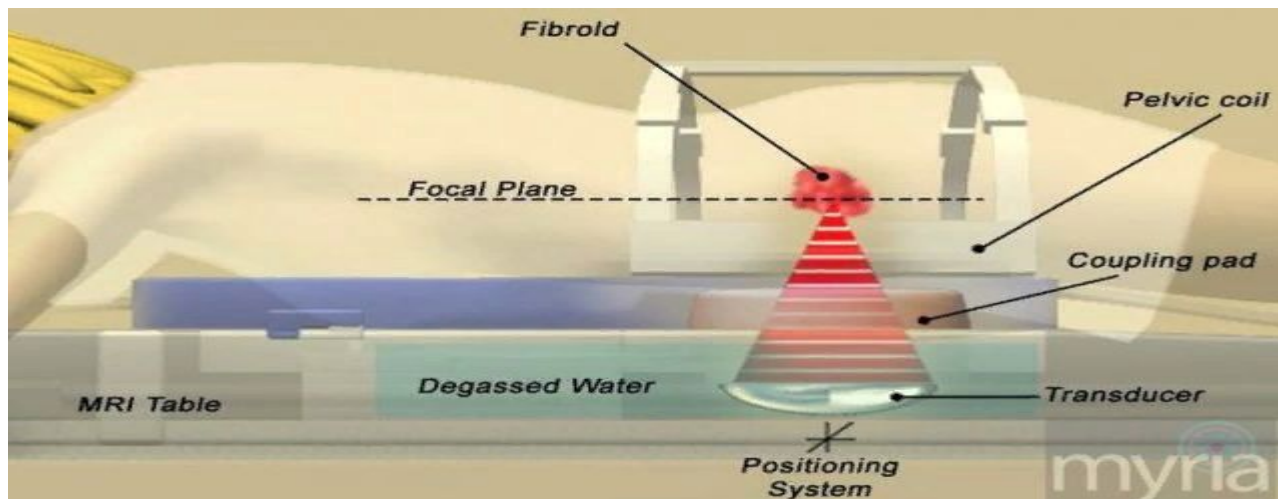
Технология MRgFUS



Это технология неинвазивной деструкции тканей высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии. Процедура выполняется на специальной установке, генерирующей высокоинтенсивный ультразвук, объединенной в единую систему с высокопольным магнитно-резонансным томографом. Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук является лечебным агентом. МР-томография служит средством контроля, навигации и термометрии в режиме реального времени. В результате короткого (несколько секунд) дистанционного воздействия энергии ультразвука, сфокусированного в прицельном, посредством МР-навигации, патологическом участке внутри организма, ткань, которая находится в фокусе US-луча, нагревается до температуры, необходимой для ее термической деструкции, но при этом ткани, окружающие фокус, остаются интактными.

Показания.

- MRgFUS терапия рекомендуется: при наличии стандартных показаний к лечению симптомной миомы матки, с целью подготовки узлов к хирургическому удалению (особенно к трансцервикальной миомэктомии) и для профилактики клинических проявлений миомы матки. При этом обязательным условием является отсутствие противопоказаний к органосберегающему лечению, отсутствие противопоказаний к проведению МР-томографии, а также наличие условий для эффективного проведения MRgFUS терапии. В исключительных случаях процедура MRgFUS оправдана при необходимости временно отсрочить хирургическое лечение.



Противопоказания.

- Противопоказания к проведению MRgFUS терапии миомы матки:
- 1. Противопоказания, обусловленные состоянием органов гениталий.
- 2. Противопоказания, обусловленные общим состоянием пациентки.
- 3. Противопоказания, обусловленные техническими ограничениями системы для проведения MRgFUS
- терапии.

Противопоказания, обусловленные состоянием органов гениталий:

- **Абсолютные**
- — наличие противопоказаний к органосберегающему лечению;
- — острый воспалительный процесс органов гениталий;
- — беременность.
- **Относительные**
- — миома матки не является основным заболеванием и основной причиной клинических симптомов;
- — tuboовариальные воспалительные образования вне обострения;
- — доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников.

Противопоказания.

Противопоказания, обусловленные общим состоянием пациентки:

- 1. Заболевания печени: циррозы печени в активной фазе с мезенхимально-воспалительным или цитолитическим синдромом, явлениями портальной гипертензии; вирусные гепатиты с признаками репликативной активности; стеатогепатиты в активной фазе.
- 2. Заболевания почек с нарушением азотвыделительной функции.
- 3. Заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся нарушениями ритма и признаками недостаточности кровообращения.
- 4. Аллергические заболевания: бронхиальная астма; рецидивы отека Квинке (крапивницы); поллинозы (аллергический ринит, конъюнктивит).

Противопоказания.

Противопоказания, обусловленные ограничениями системы MRgFUS

Противопоказания, обусловлены ограничениями метода МРТ:

- — наличие металлических и магнитных имплантов;
- — наличие кардиостимулятора;
- — вес более 110 кг;
- — окружность талии более 110 см;
- — боязнь замкнутого пространства;

Противопоказания, обусловлены ограничениями FUS:

- — грубые и обширные рубцы передней брюшной стенки;
- — липосакция области живота в анамнезе;
- — пластика передней брюшной стенки полимерной сеткой в анамнезе;
- — рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных сосудов в анамнезе;
- — наличие внутриматочного контрацептива.

Условия, необходимые для эффективного проведения MRgFUS терапии

- 1. Способность миомы адекватно поглощать энергию FUS.
 - 2. Достаточные размеры лечебного акустического окна.
 - 3. Доступность всех отделов миомы для луча FUS.
- Оптимальным методом визуальной диагностики, позволяющим объективно оценить морфологические и топографо-анатомические условия, необходимые для эффективной MRgFUS терапии, является МРТомография. **Критерии миомы матки оптимальной для MRgFUS терапии:** — МР-тип «черная» (гистологический тип: типичная миома без отека стромы); — размеры узлов от 20 см до 80 мм в диаметре; — количество узлов менее трех; — интерстициальный компонент узла более 30%; — доступность для FUS всех отделов узла.
- **Приемы, позволяющие улучшить условия проведения MRgFUS** терапии при неполном соответствии миомы матки критериям «оптимальной»: Методы дегидратации узлов миомы: — неинвазивный лимфодренаж; — в/м введение сульфата магния

Возможные осложнения MRgFUS терапии миомы матки

- 1. Локальный ожог и локальный термический отек передней брюшной стенки.
- 2. Нейропатия седалищных нервов (и дискомфорт в указанной области).
- 3. Термическое повреждение органов малого таза.
- 4. Свищ между миоматозным узлом и полостью матки.

Медикаментозное лечение

При выборе варианта медикаментозной терапии следует оценивать не только его эффективность, но и безопасность, переносимость, а также принимать во внимание экономическую рентабельность лечения. Проводимую медикаментозную терапию необходимо оценивать каждые 3 мес, и при ее неэффективности следует назначать другие препараты.



Нестероидные противовоспалительные средства. Транексамовая кислота.

- У 2% беременных выявляют миому матки, из них 10% имеют осложнения, связанные с миомой во время беременности, такие как боль во II и начале III триместра и периодические кровянистые выделения. Короткие курсы ибупрофена успешно контролировали болевые ощущения в данных группах пациенток. Доказано, что индометацин может быть также эффективен в лечении боли, связанной с дегенерацией миомы матки во время беременности.
- Данные последнего плацебо-контролируемого исследования (III фаза) свидетельствуют о значительном снижении обильных менструальных кровотечений под действием транексамовой кислоты при миоме матки. В систематическом обзоре Cochrane (2009) имеются данные о значительном снижении объема кровопотери при миомэктомии

Прогестагены.

- Внутриматочный и пероральный способ лечения.

Прогестагены не оказывают влияния на стабилизацию или уменьшение роста миоматозных узлов, но их используют на протяжении непродолжительного времени в качестве лекарственных средств для уменьшения объема аномальных маточных кровотечений и повышения уровня гемоглобина, а также для профилактики гиперпластических процессов эндометрия, сопряженных с миомой матки.



Улипристала ацетат.

- Улипристала ацетат улучшает качество жизни и не оказывает гипоэстрогенных побочных эффектов в отличие от аГн-РГ. Сегодня он рекомендован для предоперационной терапии умеренных и тяжелых симптомов лейомиомы матки (прежде всего маточных кровотечений) у женщин репродуктивного возраста старше 18 лет (перорально 5 мг 1 раз в сутки в течение 3 мес). У больных с лейомиомами матки доказана эффективность улипристала ацетата в плане уменьшения размеров миоматозных узлов и в контроле маточных кровотечений. Лечение улипристала ацетатом приводит к уменьшению менометроррагий и нередко аменорее уже в течение первых 7—10 дней терапии.



Список использованной литературы.

Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация.

Клинические рекомендации (протокол лечения) МЗ РФ 02 октября 2015 года.

