|  |
| --- |
|  |

**Государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего профессионального образования**

**«Дагестанская государственная медицинская академия »**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_Алиханова З.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**МИОМА МАТКИ**

**Факультет стоматологический**

Курс III

**Авторы:**

**Алиханова З.М., Бегова С.В.**

Продолжительность занятия – 6 час.  
  
**Цель занятия:** изучить этиологию, патогенез, виды миом по локализации фиброматозных узлов, клинические проявления, методы диагностики, основные виды операций, применяемых при миоме матки.  
  
**Студент должен знать:** современные теории патогенеза миомы матки, клинику, диагностику, методы лечения.  
  
**Студент должен уметь:** используя полученные знания и результаты дополнительных методов исследований, поставить диагноз; провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, знать показания к оперативному лечению; уметь оценить результаты рентгенологического исследования.  
  
**Место проведения занятия:** учебная комната, гинекологическое отделение (смотровой кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики, рентгенкабинет, операционная).  
  
**Оснащение:** таблицы, слайды, видеофильмы, рентгеновские снимки, эхограммы, удаленные во время операции макропрепараты.  
  
**План организации занятия:**   
  
Организационные вопросы и обсуждение темы занятия – 10 мин.  
  
Контроль исходного уровня знаний – 35 мин.  
  
Клинический разбор больных с миомой матки и историй болезни, ознакомление с техникой дополнительных методов исследования – 205 мин.  
  
Итоги занятия – 20 мин.  
  
  
**Содержание занятия**  
  
  
**Миома матки** – доброкачественная, гормональнозависимая опухоль, относится к стромальным опухолям, которые образуются в результате гипертрофии и пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани.  
  
Данные популяционных исследований свидетельствуют о том, что миома встречается у 15-17% женщин старше 30 лет и до постменопаузы. В постменопаузе, как правило, происходит обратное развитие опухоли. Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10-27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1-2,5% женщин. В гинекологических хирургических стационарах оперативное вмешательство по поводу миомы матки проводится более чем у 50% больных.  
  
Изучение преморбидного фона этих больных показывает, что все они в детстве перенесли много различных инфекций, которые могли обусловить нарушение гомеостаза организма. Почти 1/3 больных с миомой матки перенесли ранее воспаление придатков матки. Генеративная функция снижена: половина больных страдают первичным бесплодием или имеют малое число беременностей. Менструальный цикл при миоме матки может быть овуляторным. Такие женщины беременеют и рожают, но у многих имеет место ановуляция или неполноценность второй фазы цикла. Бесплодие может быть обусловлено также расположением узлов в трубных углах матки. Нередки привычные выкидыши.

**Патогенез**

Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не решен. По современным представлениям, миома матки является дисгормональной опухолью с нарушениями в системе гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников-яичники. При исследовании продукции гонадотропных гормонов гипофиза выявляется, что на протяжении менструального цикла она особенно не отличается от нормы, содержание эстриола не увеличено, а прогестерон находится на нижней границе нормы, что, по-видимому, обусловливает неполноценность второй фазы цикла. Кроме того, у больных с миомой матки имеет место большое число дегенеративных ооцитов.  
  
Количество ядерных эстрогенных рецепторов при миоме матки значительно ниже, чем в норме. Количество суммарных прогестероновых рецепторов на клетку при миоме ниже, чем у здоровых женщин. Рост и развитие миомы матки в значительной степени обусловлены нарушениями эстрогенрецепторной системы миометрия. В зависимости от размеров миомы изменяется уровень рецепции прогестерона в опухоли и миометрии.  
  
Дисгормональная природа опухоли обусловливает наличие ряда метаболических нарушений, функциональную неполноценность печени, а также нередко нарушения жирового обмена. Развитие и рост миомы во многом обусловливаются состоянием рецепторного аппарата матки. Нарушение рецепторного аппарата может способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный). У больных с миомой матки наблюдаются выраженные изменения гемодинамики малого таза, что является одним из факторов, способствующих более благоприятному развитию опухоли.  
  
В генезе миомы матки играют роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, а также наследственная предрасположенность.  
  
Таким образом, для миомы матки характерно нарушение периферических звеньев, ответственных за репродуктивную функцию, но отсутствуют значительные изменения центральных механизмов регуляции.

**Классификация**

Опухоль возникает межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются интерстициальные (в толще стенки матки), подбрюшинные (растущие в сторону брюшной полости) и подслизистые (растущие в сторону слизистой оболочки матки) узлы опухоли. Вокруг миоматозного узла образуется капсула из мышечных и соединительнотканных элементов стенки матки. Капсула подбрюшинных узлов образована также за счет брюшинного покрова матки. Подслизистые узлы имеют капсулу из мышечного слоя и слизистой матки.   
  
Подслизистые узлы встречаются примерно у каждой десятой больной с миомой матки. Эти формы опухоли различаются не только клинически, но также морфологически и гистохимически. В подслизистых узлах активность обменных процессов выше, что обеспечивает более быстрый их рост.  
  
Наиболее часто (80%) встречаются множественные миомы матки с различным числом и расположением узлов неодинаковой величины и формы. Значительно реже имеют место одиночные подбрюшинные или интерстициальные узлы. Миоматозные узлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могут расти по направлению боковой стенки малого таза, располагаясь между листками широкой связки (интралигаментарно).

**Клинические проявления**

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. Преобладание тех или иных факторов отражается на симптоматике заболевания.  
  
Основными симптомами являются кровотечение, боли, сдавление соседних органов, рост опухоли. Кровотечения чаще носят характер гиперполименореи. При наличии множественной миомы матки с интерстициальным расположением узлов происходит растяжение полости матки и увеличение менструирующей поверхности. Вследствие этого увеличивается количество крови, теряемой во время менструации. Кроме того, нарушается сократительная способность матки. Особенно сильные кровотечения возникают при миомах матки с центрипетальным ростом и подслизистым расположением узлов. Для такого расположения миом характерны не только длительные менструации, но и наличие межменструальных кровотечений. Ациклические кровотечения при миоме матки могут быть обусловлены нарушением функции яичников, что подтверждается нередко выявляемой гиперплазией эндометрия. Маточное кровотечение может быть обусловлено также сопутствующей патологией: стромальной гиперплазией яичников, кистозной дегенерацией их, воспалением придатков матки, внутренним эндометриозом, гормонопродуцирующими опухолями яичников.  
  
Появление кровотечения у женщин с миомой матки в постменопаузе почти всегда свидетельствует о патологии яичников (феминизирующая опухоль, стромальная гиперплазия яичника) или эндометрия (рак, гиперплазия, полипоз). Болевой синдром вызывается натяжением связочного аппарата матки, растяжением ее брюшинного покрова, а также давлением растущей опухоли на окружающие органы.  
  
Давление на соседние органы зависит от расположения и направления роста узлов. Так, исходящие из передней стенки матки узлы даже небольших размеров давят на мочевой пузырь, вызывая дизурические явления. Интралигаментарно расположенные опухоли вызывают сдавление мочеточников с последующим развитием гидроуретера, гидронефроза и пиелонефрита. Давление на прямую кишку обусловливает нарушения функции желудочно-кишечного тракта. При миоме матки с центрипетальным ростом и подслизистым расположением узла боли могут носить схваткообразный характер. Подслизистые миоматозные узлы на ножке могут появляться во влагалище, что сопровождается резкими болями и усилением кровотечения.  
  
Миомы матки, как правило, растут медленно (не более 4 нед. в год). Быстрое увеличение опухоли подозрительно в отношении саркоматозного роста, хотя это происходит редко (2%).

**Методы диагностики**

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. В настоящее время широко используется ультразвуковое сканирование для определения размеров матки, локализации узлов и состояния яичников. Уточнить диагноз позволяют такие методы исследования, как зондирование матки с последующим раздельным диагностическим выскабливанием слизистой цервикального канала и слизистой полости матки, гистеросальпингография, гистероскопия.   
  
При неясности диагноза обследование больной заканчивают проведением лапароскопии. С помощью этого метода можно уточнить диагноз миомы, определить характер изменений в придатках, а при необходимости взять кусочек ткани для патоморфологического исследования.

**Дифференциальная диагностика**

Миому матки следует дифференцировать от рака или саркомы тела матки, с доброкачественной или злокачественной опухолью, исходящей из яичника, с воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки, с беременностью.  
  
При дифференциальной диагностике между миомой матки и беременностью, прежде всего, следует обратить внимание на плотную консистенцию матки, узловатую поверхность опухоли, наличие длительных и обильных менструаций, что позволит исключить беременность. Кроме того, глубокое изучение анамнеза, учет вероятных и предположительных признаков беременности, положительная реакция на хорионический гонадотропин, ультразвуковое исследование могут помочь в уточнении диагноза.  
  
При дифференциальной диагностике миомы матки (чаще субсерозное расположение узла) и кистомы яичника следует обратить внимание на консистенцию опухоли, подвижность, бугристую поверхность образования. Ультразвуковое исследование, диагностическая лапароскопия – основные методы для уточнения диагноза.  
  
При дифференциальной диагностике миомы матки и саркомы матки обращают на себя внимание быстрый рост опухоли, возраст больной, жалобы больной на бели гнилостного характера, боли в нижних отделах живота, значительное похудание, анемия, не связанная с кровотечением, ухудшение общего состояния больной. Следует иметь в виду, что эти заболевания могут сочетаться. Большую помощь в диагностике оказывают, ангиография, лимфография, хромоцитоскопия, экскреторная урография, радиоизотопная ренография. 

**Лечение**

В настоящее время существуют два метода лечения больных с миомой матки: консервативный и хирургический.  
  
В течение последних лет, благодаря новым данным о патогенезе такого заболевания, как миома матки, стало возможным разработать новые методы лечения.   
  
Консервативное лечение должно быть комплексным. Оно предусматривает коррекцию нейроэндокринных нарушений, определяющих причину возникновения и патогенез миомы, терапию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, способствующих росту опухоли, устранению симптомов, отягощающих течение заболевания. Необходимо систематическое исследование крови и противоанемическое лечение, если отмечается снижение количества гемоглобина и эритроцитов.   
  
В систему комплексной консервативной терапии включают витамины, оказывающие многостороннее действие на организм. Насыщение витаминами осуществляется за счет соответствующих пищевых продуктов (свежие ягоды, овощи, фрукты и др.), зимой и ранней весной назначают комплексы витаминов. В комплекс желательно включать витамины Е и А. Комплексная консервативная терапия предусматривает коррекцию пищевого режима. Следует ограничить легко усвояемые углеводы и животные жиры; включить в рацион растительные масла, содержащие ненасыщенные жирные кислоты, фруктовые и овощные соки.  
  
Успех консервативной терапии во многом зависит от излечения сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Основой консервативной терапии миомы матки являются гормональные препараты. Противоопухолевое действие гестагенов проявляется в снижении митотической активности клеток опухоли, что способствует торможению ее роста. Гестагены назначают больным репродуктивного и пременопаузального возраста. Широко используют норколут, оргаметрил, которые при сохраненном менструальном цикле применяются с 16-го по 25-й день цикла в дозе 10 мг/сут или с 5-го до 25-й день цикла по 5-10 мг/сут в течение 4-6 мес. Женщинам пременопаузального возраста норколут назначают в непрерывном режиме в течение 3 мес по 5-10 мг/сут. 17-ОПК, обладающий высоким гестагенным эффектом, применяют у женщин с сохраненным менструальным циклом на 14, 17 и 21-й день цикла в дозе 125 мг или 250 мг в течение до 6 мес.  
  
В настоящее время применяют агонисты гонадолиберина (даназол, бусерилин, золадекс, диферелин) пролонгированного действия, которые подавляют секрецию гонадотропинов и вызывают тем самым псевдоменопаузу. Агонисты гонадолиберина уменьшают размер миомы на 55%. К сожалению, после прекращения лечения – миомы обычно снова начинают увеличиваться. Длительную терапию агонистами гонадолиберина не рекомендуют назначать молодым женщинам из-за возможности развития остеопороза.  
  
Весьма эффективен даназол в течение 4-6 мес при дозе 400 мг в день в непрерывном режиме. Гестринон в дозе 2,5 мг два раза в неделю в течение того же времени вызывает значительное уменьшение размеров миомы.  
  
Андрогены и их производные еще используют для лечения больных с миомой матки в перименопаузальном и постменопаузальном возрасте. Больным пременопаузального возраста назначают метилтестостерон в дозе 5-10 мг ежедневно с 16-го по 25-й день цикла или по 5 мг с 5-го по 25-й день цикла, если он сохранен, в течение 4-6 мес.  
  
В последние годы с успехом применяются аналоги гонадолиберина (золадекс) в течение 3-6 месяцев. Это способствует уменьшению размеров миомы наполовину, исчезновению меноррагии и тазовых болей, повышению уровней гемоглобина и гематокрита. Нельзя забывать, что после отмены препарата, как правило, рост миомы возобновляется. При больших размерах миомы матки применение аналогов люлиберина можно рассматривать как своеобразную терапию и подготовку к операции, что позволяет избежать технических трудностей, снизить кровопотерю и обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода. При бесплодии, невынашивании и миоме матки средних размеров предварительное лечение аналогами люлиберина способствует быстрому уменьшению миомы и возможности проведения миомэктомии при лапароскопии.  
  
При выборе лечения необходимо тщательно учитывать противопоказания к ряду гормональных препаратов, в их числе: заболевание печени и желчных путей, тромбофлебит, гипертоническая болезнь, ревматизм, диабет, отосклероз.  
  
Консервативное лечение больных с миомой матки помогает отсрочить радикальное вмешательство до периода менопаузы, когда оно часто становится ненужным вследствие сопутствующей возрастной гипотрофии (и атрофии) миометрия.  
  
При оперативном лечении таких больных возникает ряд вопросов. Прежде всего, необходимо решить полным или частичным должно быть удаление матки, яичников, маточных труб, а, кроме того, каким доступом производить операцию – абдоминальным, вагинальным или методом хирургической лапароскопии.  
  
Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. К каждому из этих методов имеются показания и противопоказания. Операции по поводу миомы матки производят в экстренном и плановом порядке. Экстренные показания возникают при кровотечении, связанном с опасностью для жизни больной, перекруте ножки миоматозного узла, некрозе или нагноении миоматозного узла. Во всех этих случаях показана срочная операция. Противопоказанием к операции является только агональное состояние больной.  
  
При решении вопроса об объеме операции, т.е. ампутации или экстирпации ее, следует руководствоваться состоянием шейки матки. Неизмененную шейку удалять не следует. Возможно лечение патологических изменений шейки матки перед операцией. Обследование больных в отдаленные сроки показывает, что после надвлагалищной ампутации матки патологические изменения шейки матки обнаруживаются именно у тех женщин, у которых к моменту операции уже имели место те или иные ее изменения. При надвлагалишной ампутации матки или ее экстирпации вопрос об оставлении или удалении маточных труб решается индивидуально в каждом случае. Если маточные трубы натянуты на узлах опухоли или имеет место воспалительный процесс в них, то маточные трубы следует удалить. Во всех остальных случаях эти трубы нужно сохранить, так как их удаление в какой-то мере нарушает иннервацию и кровоснабжение яичников и приводит к более быстрому угасанию их функции.  
  
*Показаниями для операции являются:*

1. Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения, приводящие к анемизации больной. Уточнение состояния эндометрия обязательно, так как нередки случаи сочетания миомы матки и аденомиоза, миомы матки и рака эндометрия.
2. Большие размеры опухоли (свыше 15 нед беременности) даже в отсутствие жалоб. Опухоли такого размера нарушают анатомические взаимоотношения в малом тазу и брюшной полости.
3. Размер опухоли, соответствующий 12-13 нед беременности, при наличии симптомов сдавления соседних органов.
4. Рост опухоли более 4 нед в год.
5. Подбрюшинный узел на ножке. Такой узел подлежит удалению, поскольку появляется опасность перекрута его ножки, что может вызвать необходимость срочного оперативного вмешательства.
6. Некроз миоматозного узла. Некротические изменения обусловлены нарушением питания опухоли. Некроз миомы матки сопровождается, как правило, острыми болями, напряжением передней брюшной стенки, повышением температуры тела и лейкоцитозом. Чаще всего некрозу подвергаются подслизистые узлы миомы. Интерстициальные и подбрюшинные узлы нередко некротизируются во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде.
7. Подслизистая миома матки. Такие миомы вызывают обильные кровотечения, приводящие к резкой анемизации больной. Нередко при этом матка не достигает больших размеров, а в некоторых случаях лишь слегка увеличена. Эти больные нуждаются в незамедлительном оперативном лечении. Срочная помощь требуется при рождении подслизистого миоматозного узла, так как оно сопровождается резкими схваткообразными болями и обильным кровотечением. При этом происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, как при родах. Узел выполняет шейку матки или рождается во влагалище.
8. Интралигаментарное расположение узлов миомы, приводящее к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточников.
9. Шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки.
10. Сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов: рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки.
11. Бесплодие. Устанавливая показания, нужно учитывать, все факторы, так как операцию выполняют по относительным показаниям и не всегда она приводит к восстановлению генеративной функции.

Характер и объем оперативного вмешательства должны определяться хирургом строго индивидуально, с учетом общего состояния и возраста больной. Очень важным является не только правильное установление показаний к оперативному лечению, но и выбор наиболее рациональной методики и оптимального объема оперативного вмешательства.

***Виды операций, применяемых при миоме матки***

*Консервативная миомэктомия*производится для сохранения генеративной или менструальной функции женщины.  
  
По поводу миомы матки выполняют следующие консервативные операции: энуклеацию узлов матки, дефундацию и высокую ампутацию матки, аутотрансплантацию эндометрия, миомэктомию по методике Слепых с сохранением магистральных маточных сосудов, пластические операции по Александрову.  
  
Показания: молодой возраст (до 37 лет), миома матки как один из факторов бесплодия.  
  
Реабилитация после консервативной миомэктомии: электрофорез йода и цинка; общие радоновые ванны и влагалищные орошения. Одним из основных механизмов действия радоновой воды является седативное влияние на центральную и вегетативную нервную систему. При лечении больных с миомой матки радоновой водой происходит восстановление нормальных гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений, рецепции эндо- и миометрия, а также ликвидация воспаления, отека и венозного застоя.  
  
*К радикальным операциям относятся:*

1. Надвлагалищная ампутация матки.
2. Надвлагалищная ампутация матки с иссечением слизистой цервикального канала. Данная операция предложена на кафедре акушерства и гинекологии РУДН. Используется при сочетании миомы матки с эндометриозом.
3. Экстирпация матки. Данная операция применяется при сочетании миомы матки с заболеванием шейки матки или при низко расположенных миоматозных узлах (интралигаментарное расположение узлов), когда технически произвести надвлагалищную ампутацию матки не представляется возможным.
4. Удаление рождающегося или родившегося субмукозного миоматозного узла производят следующим образом: рождающийся или родившийся субмукозный миоматозный узел захватывают крепкими щипцами и пытаются открутить его медленными вращениями в одну и ту же сторону до полного отторжения. После удаления родившегося субмукозного узла показано выскабливание слизистой тела матки.

В последнее 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, легче протекает послеоперационный период, быстрее восстанавливается работоспособность.  
  
  
**Контрольные вопросы:** 

1. Что такое миома матки?
2. Перечислите виды миом по локализации фиброматозных узлов.
3. Что такое субмукозная миома матки?
4. Клинические проявления при субмукозной миоме матки.
5. Какие методы диагностики миомы матки вы знаете?
6. Назовите основные показания к плановому оперативному лечению миомы матки.
7. Назовите основные показания к экстренному оперативному лечению миомы матки.
8. Какие возможные осложнения при миоме матки вы знаете?
9. Дифференциальный диагноз.
10. Дифференциальный диагноз рождающегося субмукозного узла.
11. Перечислите основные виды операций, применяемых при миоме матки.

**Задача №1**  
  
Больная, 38 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровяные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение 3 лет, когда впервые была диагностирована миома матки 5-6 нед. При влагалищном исследовании обнаружено: в канале шейки матки виден узел миомы ∅2,5 см, матка плотная, увеличена до 6 нед беременности. В области дна матки определяется субсерозный миомный узел ∅3,5 см. Придатки с обеих сторон не определяются. Выделения кровянистые, обильные. Диагноз? Тактика врача?