ЛЕКЦИЯ №4

ТЕМА: ФИБРОМИОМА МАТКИ.

Доброкачественная опухоль, которая встречается у 20% женщин. Некоторые ученые, что каждая вторая жещина после 40 лет имеет фибромиому матки. Опухоль обладает значительным ростом в период наличия менструальной функции и подвергается обратному развитию в менопаузальный период. Иногда это дает основание ждать менопаузы как излечения.

К сожалению, эта опухоль может подвергаться озлокачествлению (0.6 -1%). Перерождается фибромиома в саркому так как это соединительнотканная опухоль.

Встречается в любом возрастном периоде, но чаще всего в 40-50 лет (находят развитие миомы у 65% женщин). От 30 до 40 лет также довольно часто встречают миому - 25-35%. Раньше 25 лет - единичные случаи. Не одна миома матки не похожа на других. Может состоять из одно узла, но чаще всего бывает множественная миома матки.

Существует несколько названий матки. Термин миома матки стал преобладать над другими названиями опухоли. Миома является синонимом фибромы, фибромиомы, лейомиомы. Все зависит лишь от того в каком количестве и качестве соединительнотканные и мышечные волокна.

Локализация: чаще всего множественная, чаще интрамуральная, интерстициальная. Миома исходит из мышечной стенки, имеет множество узлов, количество и размер которых совершенно разнообразны. Интерстициальная локализация преобладает (60-70%). Беременность при миоме матки возможно (3%), однако бесплодие преобладает. При беременности с миомой идет нарушение питания плода, так как узлы не могут растягиваться и рост плода идет в сторону свободную от узлов. Самые большие проблемы при вынашивании такой беременности. При такой беременности развивается слабость родовой деятельности, выполняют кесарево сечение из-за положения плода, из-за препятствия в виде узлов. В послеродовом периоде могут быть осложнения - кровотечение. Если кровотечения нет, то в последующем при сокращении матки узлы ишемизируются ( так как питание идет из капсулы) и развивается некроз узлов, развивается эндометрит, метрофлебит. На фоне гангрены развивается сепсис. При множественных узлах необходимо выполнить ампутацию матки.

Довольно часто встречаются субмукозные (подслизистые) узлы. Находятся в полости матки. Эти миомы могут рождаться , для чего нужно чтобы шейка раскрылась. Отсюда клиника - кровотечение, схваткообразные боли. Субмукозные миомы на широком основании не могут рождаться, и чаще всего дают тяжелые кровотечения с анемизацией.

Также довольно часто встречаются субсерозные миомы. Эти миомы окружены только серозной оболочкой. Они могут быть на широком или узком (ножка) основании. Может быть сочетание субсерозной и множественной интрамуральной.

Интралигаментарные узлы - более редкая локализация - узел при этой локализации расположен между листками широкой связки. Узел находится в параметрии, довольно часто глубоко, лежит на сосудах, на проходящем мочеточнике, придавливает мочевой пузырь. Поэтому эта локализация очень коварна.

Шеечная миома матки - узлы чаще всего одиночные, и довольно часто бывают больших размеров, выполняющих и вколоченных в малый таз. Влагалищной части шейки практически не найти. Еще реже встречается миома круглой связки.

ПАТОГЕНЕЗ.

Мнение о гистогенезе сложилось в начале века - происхождение из мезенхимы сосудистой стенки - происходит перерождение мезенхимы стенки сосуда и образуется так называемая активная зона (зачатки роста будущей миомы матки). В этих зонах роста нарушается метаболизм, и дальнейший рост обуславливается дисгормональными нарушениями. В начале возникает какая-то основная причина нарушений в системе гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников - яичники, что приводит к организации роста миомы. Затем начинается рост миомы без признаков дифференцировки, а затем появляется четкая дифференцировка и поэтому часть таких узлов содержит соединительнотканные волокна, мышечные волокна. Такая дисгормональная опухоль обуславливает ряд нарушений в организме, которые способствуют также росту опухоли: метаболические нарушения, функциональная недостаточность печени (в печени происходит метаболизм стероидов). Также способствуют возникновению миомы: нарушение жирового обмена также способствуют росту миомы. Воспалительные процессы, инфекционные процессы, нарушения менструального цикла, неполноценность второй фазы менструального цикла при которой содержание эстриола не увеличено, а прогестерон находится на нижней границе. Количество ядерных эстрогенных рецепторов ниже нормы, а количество суммарных прогестероновых рецепторов на нижней границе. Поэтому при миоме матки всегда имеется неполноценная вторая фаза, недоразвитое желтое тело, поэтому общая суммарная величина гормонов не изменена, но все-таки недостаточность второй фазы имеется. Эти нарушения периферических звеньев ответственных за репродуктивную функцию всегда имеются при миоме матки, но нарушения в центральных механизмах как правило отсутствуют. Появились новые исследования (Савицкий), которые говорят о локальной гипергормонемии. Гормонозависимыми волокнами в матке являются: гладкомышечные клетки, нервные волокна, сосудистая система. Эти рецепторы активны для эстрадиола и прогестерона, и получается такая зависимость зародышевых зачатков от функции яичников, которая имеет место локально. В зависимости от нарушений функций яичников происходит локальное потребление гормонов этими зародышевыми зачатками. В исследованиях было показано, что в сосудистой общей сети количество гормонов значительно ниже чем в региональной области опухоли. То есть все гормоны которые вырабатываются яичниками потребляются этой зоной.

При миоме имеет всегда место поликистозные изменения (дегенерация) яичников (малоактивные фолликулярные кисты). Пока функционируют яичники, до тех пор растет миома. Выделено два патогенетических варианта роста и развития миомы (предложены Вихляевой):

1. первый вариант связан с тем, что у женщин довольно часто в анамнезе имеет место нарушение менструального цикла, генитальный инфантилизм, ювенильные кровотечения. При этом клиникопатогенетическом варианте происходит рост и развитие опухоли. Опухоли достигают больших размеров, не имеют специфических симптомов.
2. второй вариант связывается с нарушением рецепторных зон, что как правило бывает следствием местных патологических проявлений (патологические роды, множественные аборты, внутриматочные вмешательства, воспалительные процессы матки , придатков). При этом варианте часто встречаемся с небольшими миомами, но близко к рецепторной зоне. Эти миомы хотя и небольших размеров, но чрезвычайно кровоточащие, дающие много клинических проявлений.

КЛИНИКА.

**Главным симптомом является кровотечение**. Кровотечение связано с рядом факторов - с изменениями в эндометрии, с сократительной способностью матки. Изменения в эндометрии - чаще всего это выраженные пролиферативные изменения (преобладают над секреторными). Чаще пролиферативные изменения в виде железистой, железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Длительное отторжение, мозаичность картины отторгнутого миометрия способствует дальнейшим кровотечениям, поэтому при миоме кровотечение и анемия выражены.

Чаще всего в начале циклические кровотечения дают подслизистые миомы матки - обильные мено- и метроррагии. Затем кровотечения приобретают беспорядочный характер. Интерстициальные миомы, особенно деформирующие полость приводят к значительным кровотечениям. К мажущим, ациклическим кровотечениям приведут такие формы как шеечная, перешеечная. Кровотечение связано также с нарушением сократительной способности. Кровотечения при этом длительные, циклические и затем ациклические. Кровотечения также связаны с большой площадью отторжения. Женщины как правило страдают железодефицитной анемией.

**Второй симптом - болевой симптом**. Разные узлы, даже небольшие узлы могут давать боль. Чаще всего эти боли возникают и связаны с нарушением иннервации. Нервы и сосуды проходят по капсуле, поэтому нарушения связаны с перестяжением капсулы. Боли носят изнуряющий характер. Боли могут усиливаться после менструации, за счет сдавления, ишемии капсулы узла. Довольно часто миома сочетается аденомиозом матки, при этом матка тоже увеличена в размерах за счет полостей выстланных эндометрием (эндометрий при неблагоприятных условиях мигрировал в межмышечные пространства). При этом сочетании возникают циклические боли - перед менструацией, в первые дни менструации, и заканчиваются после окончания , а затем все повторяются. Боли могут носить схваткообразный характер при рождении фиброматозного узла. Нарастающий характер боли возникает при ишемии узла. Это встречается довольно часто - вдруг появляются боли внизу живота, которые усиливаются. Одновременно может быть повышением температуры, задержка мочеиспускания, кровянистые выделения. При пальпации обнаруживается локальная болезненность в одном из узлов. В узле появляются элементы некроза - узел становится серого цвета, с зонами деструкции. Это является одним зи показаний к срочному хирургическому вмешательству.

Большие миомы чаще дают сдавления нервных стволов, тазового сплетения.

**Нарушение функции смежных органов** - мочевой пузырь, кишечник. Даже узел, растущий из передней стенки матки и оказывающий давление на мочевой пузырь может давать разнообразную симптоматику: учащенное мочеиспускание, болезненное мочеиспускание, задержка мочеиспускания. Это приводит к вторичным изменениях в мочевых путях - циститы, свищи и др. Большие узлы, локализующиеся на передней стенке матки, шеечная и перешеечная локализация узлов также близки к мочевому пузырю. Эти узлы часто дают задержку мочеиспускания. Такое нарушение приводит к нарушению трофики, возникают пузырно-влагалищные свищи. При интралигаментарном расположении узла - сдавление мочеточника, крупных магистральных сосудов, нервных сплетений. Мочеточник вытягивается, истончается и во время операции может травмироваться. Такая локализация приводит к нарушению пассажа мочи. Возникает гидроуретер, гидронефроз, то есть поражение почки.

Нарушение функции кишечника - по типу запора. Так как появляются застойные явления в малом тазу, что ухудшает перистальтику кишечника, приводит к образованию геморроя. Женщины с миомой матки входят в группу риска по возникновению аденокарциномы матки потому что в патогенезе часты обменные нарушения (ожирение), гиперпластические процессы в эндометрии, возрастной период (гипертоническая болезнь и др).

**Бесплодие так же проявляется часто.**

**Нарушения менструального цикла** - по типу дисфункциональных маточных кровотечений.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МИОМЫ.

Миома выявляется достаточно легко, но дифференциальная диагностика небольших опухолей трудна. Матка при бимануальном исследовании имеет неровную поверхность, а опухоль имеет гладкую поверхность, четкие контуры, безболезненная при исследовании, смещается вместе с шейкой матки. Другие методы позволяют найти общее увеличение матки.

УЗИ дает более четкую топическую информацию о локализации и размерах узлов. Можно увидеть структуру узлов (некроз, кальцификация и др).

Гистеросальпингография. Очень важный метод у женщин с бесплодием (надо проверить проходимость маточных труб, локализацию узла).

Зондирование полости матки и цитологическое, гистологическое исследование эндометрия. Эти исследования важны для исключения рака матки. Также выполняется диагностическое выскабливание.

Гистероскопия - достаточно новый метод. Осматривается визуально вся полость матки в воздушной или водной среде. При гистероскопии можно сделать биопсию.

Компьютерная томография, ЯМРТ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА.

1. опухоли придатков
2. беременность маточная, внематочная

Диференцируют по данным УЗИ.

1. аденомиоз матки - в основном по клиническим проявлениям, данных урографии

ТЕРАПИЯ.

1. консервативное лечение
2. хирургические методы

Хирургические методы составляют основу лечения. Показания должны быть поставлении при выявлении миомы. Есть абсолютные показания:

1. субмукозная локализация
2. шеечно-перешеечная локализация узла
3. некроз фиброматозного узла
4. большие размеры опухоли
5. сочетание аденоматоза и миомы
6. сочетание миомы и опущения (выпадения) матки
7. сочетание миомы с раком шейки матки
8. рождающиеся узлы миомы

В разных возрастных период объем вмешательства разный. До 40 лет тактика должна направлена на органосохраняющие операции по возможности. Выполняется консервативная миомотомия (вылущивается узел, ушивается ложе). Если в молодом возрасте невозможно сделать консервативную миомотомию, существует ряд пластических операций, направленных на сохранение только менструальной функции. К ним относятся - высокая надвлагалищная ампутация матки, дефундация матки. Слепых предложил надвлагалищную ампутацию матки с пластикой эндометрия по Слепых. Если невозможно ни то, ни другое , то делается надвлагалищная экстирпация матки по показаниям. Старше 40 лет - два объема - надвлагалищная ампутация матки (удаляется тело матки, оставляется шейка), и экстирпация (удаляется тело вместе с шейкой) - выполняется при изменений в шейке матки (полипоз, дистопия и др.).

В менопаузе женщинам делается только тотальная гистероэктомия (полная экстирпация матки) с придатками.

Консервативное лечение направлено (практически его нет) на нормализацию менструального цикла - гормональное лечение (поддержание второй фазы); лечение анемии; остановка кровотечения; общеукрепляющая терапия.

Недавно появился анатогонист люлилиберина - золодекс - используется для рассасывания маленьких миом, подготовки к операции. Таназол используется как препарат подготовки к оперативному лечению.