

Лекция №4

Тема: Миома матки. Эндометриоз.

Цель лекции: Обучить студентов современным методам диагностики, лечения и профилактики миом матки и эндометриоза.

Задачи:

1. Научить студентов современным методам диагностики миом матки, эндометриоза, дифференциальной диагностики между миомой матки и генитальной формой эндометриоза.
2. Научить студентов определять показания к оперативному и консервативному лечению миом матки и эндометриоза.
3. Научить студентов интерпретировать данные УЗИ и рентгеновского снимка при миоме матки и эндометриозе.

План лекции

1. Этиология и патогенез миом матки и эндометриоз..
2. Классификация миом матки и эндометриоза.
3. Симптомы миомы матки и эндометриоза.
4. Диагностика миомы матки и эндометриоза.
5. Дифференциальная диагностика миомы матки и эндометриоза..
6. Лечение миомы матки и эндометриоза. Показания к консервативному и оперативному лечению миомы матки и эндометриоза.

МИОМА МАТКИ

Миома матки - доброкачественная опухоль, развивающаяся в мышечной оболочке матки-миометрии. Различают миомы из гладких мышечных волокон-леймиомы и поперечнополосатых волокон - рабдомиомы.

По данным статистики миомы матки встречаются в 3,2% у женщин в возрасте старше 30 лет, реже (0,7-0,8%) в более молодом возрасте. После прекращения менструаций миома, как правило, не развивается, а наоборот, нередко уменьшается или совсем исчезнет.

Миома матки занимает в структуре опухолей женской половой системы особое место. Это объясняется тем, что рост и развитие ее происходит в гормонально-зависимом органе, на которое оказывают влияние вырабатываемые в яичниках и частично в коре надпочечников половые стероидные гормоны.

Дисгормональные нарушения в организме, нарушения рецепторной функции матки являются причиной появления миомы. Кроме того, отмечено, что в 24% случаев имеет значение наследственный фактор.

По данным литературы, за последние годы в развитии миомы определенную роль играют изменения иммунологической реактивности организма, обусловленными в большей степени сопутствующими

патологическими состояниями: воспалительными заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, анемией и др.

В зависимости от направления роста узлов различают 3 вида миом матки:

1. Интерстициальная миома, когда опухоль расположена в толще стенки матки;
2. Субмукозная, когда большая часть опухоли выпячивается в полость матки;
3. Субсерозная, когда опухоль расположена подбрюшинно.

При развитии множественных субсерозных узлов, матка приобретает форму картофельного клубня. При этом резко изменяется топография связок и маточных труб. Эти узлы могут сдавливать нервные сплетения, мочевой пузырь, мочеточник, прямую кишку и в связи с этим вызывать такие симптомы, как боли, частое мочеиспускание, нарушение акта дефекации.

При субмукозном росте миома обуславливает деформацию ее полости. Такие узлы увеличивают менструирующую поверхность эндометрия, нарушают сократительную способность матки. В связи с этим увеличивается кровопотеря во время менструации, т.е. возникает гиперполименорея.

Субмукозные узлы миомы могут быть на длинной ножке и, являясь как бы инородным телом, могут рождаться через цервикальный канал при сокращении мышцы матки.

Реже миома развивается в шейке матки - до 4-5%, еще реже - межсвязочно. Строение слизистой оболочки матки при миомах может быть различным. Она может быть обычного строения - с циклическими изменениями, чаще - гиперплазия эндометрия, реже - атрофия слизистой, обычно при субсукозных миомах.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ: частота миом матки 15-%. Среди гинекологических больных миома матки встречается у 10-27% женщин. Оперативное вмешательство по поводу миом матки проводится более чем у 50% больных.

Наиболее часто миома матки обнаруживается у городских женщин 30-40 лет.

Нередко миома матки протекает без каких-либо симптомов и только обнаруживается случайно на профилактических осмотрах в женских консультациях. Но чаще миома матки имеет следующие симптомы:

1. Гиперполименорея - обильные и длительные менструации, реже метроррагия. Гиперполименорея, протекающая ежемесячно, приводит к постгеморрагической анемии. Встречается в 50% случаев.
2. Боли и чувство тяжести в нижних отделах живота и в пояснице.
3. Дизурические явления, запоры.
4. Болезненные менструации - альгодисменорея.

Особенности менструальной функции при миоме матки: иногда раннее становление менструации связано с избыточным содержанием эстрогенов, но

чаще средний возраст 14,4±0,01. Обильные менструации встречаются у 35,48% в период полового созревания, скудные - у 2,5%, болезненные - у 16,49%.

Циклические кровотечения типа гиперполименорея встречаются у 2-3 больных, менструации длятся свыше 5-10 дней, у 1-3 больных встречаются ациклические кровотечения.

Боли при миомах матки имеют первичный характер и происхождение. Они локализуются в нижних отделах живота и в пояснице. Постоянные, ноющие боли могут быть при субсерозной и интерстициальной миоме, обусловлены растяжением брюшины, покрывающей эти узлы. Иногда боли связаны с быстрым ростом опухоли, нарушением кровообращения в узле. Боли могут носить острый характер вплоть до развития острого живота.

При больших размерах и медленном постепенном росте миомы матки боли, как правило, имеют ноющий характер, бывают тянущие и отмечаются постоянно на протяжении всего менструального цикла. Схваткообразные боли, наблюдаются при подслизистой миоме. Если узлы располагаются спереди, то боли могут иррадиировать в мочевого пузырь, сзади - в прямую кишку.

При интерлигаментарном расположении узла боли могут быть сильными вследствие давления на нервные сплетения, расположенные в области внутреннего зева шейки матки.

Боли при миомах матки могут быть обусловлены и в сопутствующими гинекологическими заболеваниями: эндометриоз, воспалительный процесс в придатках матки. итак, боли при миоме матки носят упорный, длительный характер, иногда схваткообразные, зависят от расположения миоматозных узлов и сопутствующих заболеваний.

Определенное значение при изучении клинических проявлений миомы матки имеет характер роста миомы. Миома растет как правило медленно. Быстрый рост миомы наблюдается при злокачественном перерождении в 0,7-3,1%, т.е. крайне редко, а также вследствие развития отека из-за нарушения питания миоматозного узла. Быстрый рост миомы наблюдается когда за год или более короткий срок матка увеличивается за счет миомы на 4-5 недель и более.

Отягощенный семейный анамнез при миоме матки наблюдается у каждой 3 женщины. У носительниц миомы матки часто наблюдаются сердечно-сосудистые заболевания, нарушения жирового обмена, аллергические проявления, нарушения со стороны центральной нервной системы - плаксивость, раздражительность, нарушение сна и др. Таким образом, клиническая картина миомы матки имеет разнообразный характер. Следует отметить, что почти у каждой 3 больной с миомой матки, т.е. у 34,8% женщин отмечается мелкокистозные перерождения яичников.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ: Все больные миомой матки независимо от размеров опухоли должны быть взяты на учет в женской консультации.

Общее обследование начинается с изучения данных анамнеза, перенесенных заболеваний - соматических и гинекологических, семейной отягощенности. выявлено, что у 8,4% родственниц больных имеются миомы матки. В 17,5% у больных миомой матки семейный анамнез отягощен онкологическими заболеваниями (рак яичников, матки, пищевода, молочной железы, желудка, печени и др.).

Из анамнеза обращает на себя внимание большое число детских инфекционных заболеваний, перенесенных в детстве - тонзиллит, ревматизм, инфекционная желтуха, скарлатина, коклюш и др. Несомненно, инфекционные заболевания, перенесенные в детстве, не могли не отразиться на формировании молодого организма и способствовать гормональным нарушениям гипоталамо - гипофизарно - яичниковым нарушениям.

При обычном гинекологическом исследовании диагностика миомы матки не представляет никаких трудностей, т.к. определяется плотная матка с множественными миоматозными субсерозными узлами, однако при ожирении определить размеры миомы матки бывает трудно.

Для решения вопроса о консервативном или оперативном лечении необходимо цитологическое исследование слизистой оболочки матки, а также влагалищной части шейки матки.

Для диагностики субсерозного миоматозного узла можно пользоваться гистеросальпингографией, гистероскопией, иногда проводят лапароскопию и УЗИ. Бинострастная пельвиография применяется для определения субсерозного узла и дифференциальной диагностики с опухолью яичника. Внутриматочная фибрография применяется для определения интерстициальных или межмышечных узлов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ миомы матки проводится:

1. Кистой яичника.
2. Аденомиозом.
3. Раком шейки матки и тела матки.
4. Беременностью

ОСЛОЖНЕНИЯ МИОМ МАТКИ:

1. Перекрут ножки миомы матки.
2. нарушение кровоснабжения опухоли, некроз и инфицирование ее.
3. Злокачественное перерождение ее.
4. Выворот матки при рождении миомы.

ЛЕЧЕНИЕ МИОМ МАТКИ

Оперативное и консервативное. Показанием к оперативному лечению миомы матки являются:

1. Субмукозные узлы, дающие гиперполименорею с развитием вторичной постгеморрагической анемии.
2. Малигнизации опухоли.
3. Симптом болей.
4. Нарушение функции соседних органов.
5. Быстрый рост опухоли.
6. Сочетание миомы матки и саркомы.

7. Сочетание миомы матки и рака эндометрия.
8. Сочетание миомы и кистомы или рака яичника.

В консервативном лечении миомы матки различают 6 направлений:

1. Раннее выявление и лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.
2. Коррекция гормональных нарушений.
3. Лечение анемии, волевических и метаболических нарушений.
4. Торможение роста опухоли.
5. Нейротропные воздействия.
6. Рациональная диета.

Диета должна быть направлена на нормализацию желудочно - кишечного - печеночного комплекса, лечение постгеморрагической анемии, нормализацию белкового и липидного обменов. Можно применять натошак - 1 стакан слегка подогретой минеральной воды - боржоми, эссенуки, смирновская, 1/4 стакана картофельного сока, абрикосовый сок. Соки инактивируют отдельные фракции эстрогенов, способствующие росту миомы матки.

Электрофорез с йодом и йодистые препараты внутрь - йодид калия, порошки, содержащие чистый йод (0,02).

Витаминотерапия - ретинола ацетат - снижает чувствительность матки к эстрогенам. Витамины группы В, С, кокарбоксилаза, улучшают ферментативные процессы в организме, жировой и белковый обмены. Витамины в комплексе консервативной терапии способствуют нормализации метаболических процессов в организме больных и ограничивают рост опухоли.

Уретонические средства рекомендуются за 2-3 дня до начала менструации и во время нее для улучшения сократительной деятельности матки при интерстициальных миомах.

Во время кровотечения с целью гемостаза применяется: Е-АКК, фибриноген, криопреципитат, протамин сульфат и др. препараты. Из прогестинов рекомендуются препараты, содержащие больше гестагенов, чем эстрагенов, их применяют с 5 до 25 день в течение 3 месяцев (норколут, марвелон и др.). Действие прогестинов направлено на угнетение циклической и базальной секреции ФСГ и ЛГ в гипоталама-гипофизарной системе.

Патогенетически обоснованным является лечение больных миомой матки гестагенами: прогестерон, 17-ОПК, андрогены - норэтистерон, норэтистерон - ацетат.

Таким образом, использование синтетических прогестинов, гестагенов, андрогенов и др. видов консервативной терапии способствует в некоторых случаях: лечению миомы матки до возникновения показаний к операции.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз - заболевание, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани, подобной эндометрию за пределами его нормального расположения.

Причины развития эндометриоза точно не установлены, однако имеется несколько теорий возникновения данной патологии. эмбриональная теория объясняет возникновение эндометриоза из остатков первичной почки (вольфово тело). Согласно метапластической теории, эндометриоз развивается в мышце ткани вследствие своеобразной метаплазии брюшины в эндометрии. По другой теории в возникновении эндометриоза некоторую роль играет механическая травма половых органов, например, при аборте, диагностическом выскабливании слизистой оболочки матки, диатермокоагуляции шейки, кесаревом сечении и др. манипуляциях, при которых создаются условия для имплантации эндометрия на этих участках половой системы. По мнению некоторых авторов внебрюшная локализация эндометриоза - область пупка, мочевого пузыря, легкие и др. органы обусловлена занесением частиц эндометрия лимфогенным и гематогенным путем.

В патогенезе эндометриоза важная роль принадлежит гормональным изменениям системы гипоталамус-гипофиз-яичники. Нарушения функции той системы приводят к развитию гиперэстрогении и недостаточной продукции желтым телом яичника прогестерона.

КЛАССИФИКАЦИЯ: Различают генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. наиболее часто встречается генитальный эндометриоз - 95%, гораздо реже - экстрагенитальный - 5%. Генитальный эндометриоз делится на внутренний и наружный. К внутреннему относят маточную форму и поражение интерстициальной части трубы, к наружному поражению яичников, маточных труб (перешеек, ампулярная часть), влагалища, влагалищной части шейки матки, круглых маточных связок, наружных половых органов, позадишеечной клетчатки.

При экстрагенитальном эндометриозе чаще поражается толстый кишечник, пупок, послеоперационный рубец. Эндометриозные образования подвергаются циклическим изменениям в организме, имеют форму узлов, инфильтратов без четких контуров или кистозных образований, наполненных густой коричневой жидкостью.

Чаще всего эндометриоз встречается в матке, яичниках и ретроцервикальной клетчатке.

КЛИНИКА эндометриоза заключается в основном в болях, появляющихся в предменструальном периоде. Боли локализуются внизу живота, в крестце, они носят стойкий характер, иногда сопровождаются клиникой острого живота. Содержимое эндометриозных образований изливается в окружающие ткани и вызывает воспалительную реакцию, боли, спайки и рубцы. На II месте по частоте среди симптомов стоит нарушение менструального цикла. Чаще всего это длительные менструации, которым нередко предшествуют темно-красные выделения из половых путей,

которые продолжают и после менструаций. Эти нарушения у женщин с эндометриозом связаны с пониженной сократительной способностью миометрия, увеличением внутренней поверхности матки и поступлением крови из эндометриодных образований, расположенных в миометрии. Нередко у больных с эндометриозом бывает бесплодие. Оно обусловлено нарушением гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, при которой бывает ановуляция, спаечным процессом в малом тазу, поражением маточных труб, неполноценностью эндометрия.

ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ: Встречается наиболее часто - аденомиоз или внутренний эндометриоз. В зависимости от степени поражения тела матки различают аденомиоз I, II и III степени. При эндометриозе тела матки наблюдаются альгодисменорея, гиперполименорея, развитие анемизации, сопровождающееся слабостью, быстрой утомляемостью, нарушением трудоспособности. При аденомиозе матка увеличивается до 7-10 недель за счет разрастания мышечной ткани вокруг очагов эндометриоза. различают узловатую и диффузную форму эндометриоза. Характерным является увеличение матки до менструации и уменьшение ее размеров после нее. Нередко, в 65% случаев, эндометриоз сочетается с миомой матки, реже - с аднекситом и опухолями яичников. Диагностика эндометриоза производится на основании жалоб, анамнеза, двуручного исследования, гистеросальпингографии, проводимой на 7-8 день цикла. Характерным при гистеросальпингографии является наличие зоконтурных теней имеющих овальную, округлую и удлиненную форму. В последние годы применяют гистероскопию, биконтрастную гинекографию, лапароскопию.

ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ чаще наблюдается у женщин, перенесших диатермокоагуляцию по поводу эрозии. при этом диагноз ставится на основании осмотра шейки матки в зеркалах, когда на поверхности шейки видны розовые полоски или точки темно-красного цвета. Возможны скудные темно-красные выделения до и после менструации. В постановке диагноза применяется кольпоскопия, биопсия. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с эрозией шейки матки, эритроплакией, эндоцервицитом, раком шейки матки.

ЭНДОМЕТРИОЗ МАТОЧНЫХ ТРУБ встречается редко, имеет вид небольших узелков, расположенных в толще стенки.

ЭНДОМЕТРИОЗ ЯИЧНИКОВ является достаточно распространенной формой генитального эндометриоза и стоит на II месте по частоте после аденомиоза. Основными симптомами эндометриоза яичников являются боли, усиливающиеся во время менструации, иногда появляются симптомы раздражения брюшины, что обусловлено микроперфорацией эндометриодных кист и попаданием содержимого в брюшную полость. Попадание крови в брюшную полость вызывает спаечный процесс в малом тазу. При этом заболевании в области придатков с одной или двух сторон пальпируются увеличенные придатки, болезненные, возможно, опухолевидные образования тугоэластической консистенции, неподвижные.

При прогрессировании процесса возникает спаечный процесс с образованием единого конгломерата, в который входит матка и придатки. В диагностике эндометриоза яичников применяется лапароскопия, ультразвуковое исследование. Дифференциальный диагноз эндометриоза яичников следует проводить с раком яичников, мешотчатыми воспалительными опухолями.

ПОЗАДИШЕЕЧНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ занимает III место после тела матки и придатков. Основными симптомами являются постоянные боли в крестце, пояснице, иррадиирующие в прямую кишку, влагалище. Боли усиливаются до и после менструации, при половых сношениях. Для диагностики важным является определение плотных образований с неровной поверхностью, резко болезненных позади шейки. Дифференциальный диагноз проводится с раком, хорионэпителиомой.

ЛЕЧЕНИЕ эндометриоза в зависимости от степени поражения может быть хирургическим, гормональным, физиотерапевтическим, симптоматическим. Основным методом лечения является гормонотерапия. при этом применяются эстрогенгестагенные препараты. Они подавляют выработку гонадотропинов, в результате чего не происходит созревания фолликулов, овуляции, прекращаются циклические процессы в эндометриоидных гетеротопиях. К этим препаратам относятся Нон-овлон, регивидон, ановлар, антеовин, марвелон и др. Эстроген-гестагенные препараты назначаются по 1 таблетке с 5-го цикла в течение 21 дня на протяжении 6-12 менструальных циклов. При наличии противопоказаний - сахарного диабета, заболеваний печени, варикозного расширения вен, гипертонии и др. назначают чистые гестагены: норколут, 17-ОПК. Женщинам старше 45 лет назначают андрогены: тестостерона-пропионат по 1 мл 2,5-5% раствор внутримышечно через день. на курс лечения 6-10 инъекций. Лечение состоит из 2-3 курсов с интервалами между ними 1-1,5 месяца.

Метиландростендиол назначают по 1 таблетке (0,025 г) 2 раза в день под язык, метилтестостерон по 2 таблетки (10 мг) под язык 3-4 раза в день в течение 20 дней. Проводятся 2-3 курса лечения. В последние годы применяют антигонадотропины-даназол, который подавляет атрофию слизистой оболочки тела матки и эктопического эндометрия.

Гормонотерапия применяется при I и II стадии аденомиоза, при лечении эндометриоза придатков в начальной стадии, а также при позадишеечном эндометриозе. При отсутствии эффекта от лечения, а также при аденомиозе III степени применяется надвлагалищная ампутация матки, при перешеечной локализации - экстирпация. При эндометриоидных кистах яичников - лечение оперативное. в послеоперационном периоде проводится лечение эстроген-гестагенными препаратами или чистыми гестагенами. В последнее время прибегают к лапароскопическому удалению очагов эндометриоза.

Одновременно с гормональной терапией производится физиотерапия, которая заключается в назначении электрофореза с йодидом калия, сульфатом магния, амидопирином. Симптоматическая терапия заключается в

назначении кровоостанавливающих (стиптицин, эрготал, водяной перец) и болеутоляющих средств (свечи с беладонной). При анемии назначаются препараты железа. Прогноз относительно благоприятный.

ПРОФИЛАКТИКА эндометриоза заключается в предотвращении попадания кусочков эндометрия из полости матки в другие отделы половых органов. в связи с этим производство различных внутриматочных вмешательств должно быть по строгим показаниям. Во время операции по поводу эндометриоидных кист содержимое, попавшее в брюшную полость, должно быть тщательно удалено.