

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ № 1

“ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ МАТКИ ТА
ЯЄЧНИКІВ”

Лектор — д.мед.н., проф. **ГРОМОВА** Антоніна Макарівна

План лекції.

1. Актуальність проблеми.
2. Класифікація доброякісних пухлин яєчників.
3. Фолікулярна кіста.
4. Кіста жовтого тіла(лютеїнова).
5. Доброякісні бластоматозні (проліферуючі) пухлини(кістоми).
6. Сосочкова(папілярна)кістома
7. Серозна або ціліоепітеліальна кістома.
8. Псевдомуцинозна кістома(проліферуюча і сецернуюча)
9. Фіброма яєчника
10. Тератодермоїди
11. Гранульзноклітинна пухлина
12. Текома
13. Адренобластома
14. Особливості клінічного перебігу доброякісних пухлин та їх ускладнення.
15. Міома матки(етіологія, патогенез,класифікація,клініка,діагностика,лікування, ускладнення, профілактика розвитку пухлини).

ЧАСТОТА – 6-13% УСІХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

ДОБРОЯКІСНІ УТВОРЕННЯ ЯЄЧНИКІВ:

КІСТИ –

пухлиноподібні
(небластоматозні),
здебільшого
ретенційні утворення

• *КІСТОМИ* –

справжні пухлини
(бластоматозні), які
ростуть за рахунок
проліферації клітин

КЛАСИФІКАЦІЯ

ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ

- **Епітеліальні пухлини.**

1. **Доброякісні бластоматозні пухлини яєчника:**

- ✓ серозна (ціліоепітеліальна) кістома;
- ✓ папілярна (сосочкова) кістома;
- ✓ псевдомуциозна (проліферуюча і сецернуюча) кістома;
- ✓ псевдоміксома;
- ✓ сецернуюча кістома.

2. **Доброякісні небластоматозні пухлини яєчника:**

- ✓ фолікулярна кіста;
- ✓ лютеїнова кіста;
- ✓ параоваріальна кіста;
- ✓ шоколадна кіста.

3. **Злоякісні** – раки.

КЛАСИФІКАЦІЯ **ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ**

- **Пухлини із сполучної тканини:**
 1. **Доброякісні** – *фіброма яєчника;*
 2. **Злоякісні** – *саркома яєчника.*
- **Пухлини, які містять елементи зародкових листків:**
 1. **Ектодермальні тератоми;**
 2. **Мезодермальні тератоми;**
 3. **Ендодермальні тератоми.**
- **Гормонопродукуючі пухлини:**
 1. **Фемінізуючі** – *фолікулярна, гранульозоклітинна, текабластома;*
 2. **Маскулінізуючі** – *адренобластома, гіпернефрома.*

ФОЛІКУЛЯРНА КІСТА

Розвивається з первинного яєчникового фолікула в результаті кістозної трансформації антрального фолікула. Має гладку поверхню і тонку капсулу. Зсередини капсула вкрита кубічним епітелієм. Вміст кісти – рідина прозора, без кольору або з жовтуватим відтінком. Як правило, фолікулярна кіста протікає. Клінічно проявляється болем внизу живота та порушенням менструального циклу.

Діагностика

Скарги, анамнез, об'єктивне, гінекологічне дослідження, УЗД ОМТ.

ЛІКУВАННЯ.

- протизапальна терапія (згідно анамнезу)
- комбіновані однофазні оральні контрацептиви;
- гестагени (прогестерон, дуфастон) з 16 по 26-й день менструального циклу, 3-6 міс.;
- вобензим 3-5 таб. 3 р/добу протягом 1-3 міс.

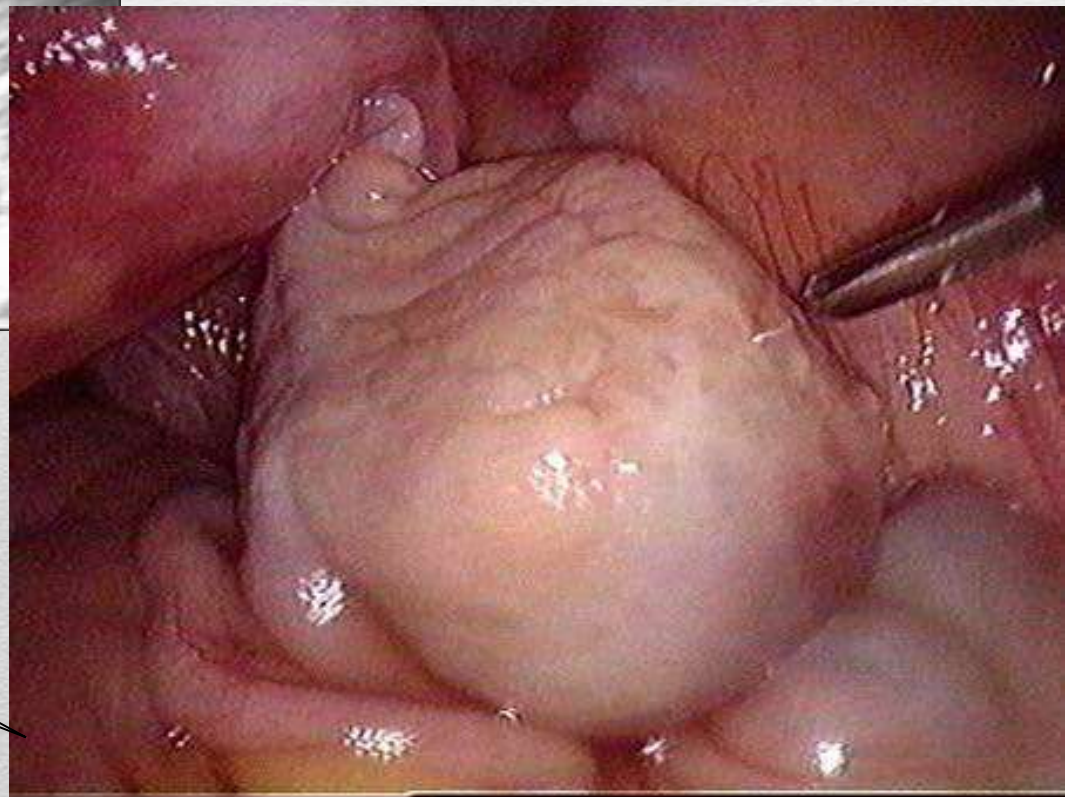
При відсутності ефекту через 3 міс. показано **оперативне лікування.**

ФОЛІКУЛЯРНА КІСТА ЯЄЧНИКА



Ультрасонографія

Лапароскопія



КІСТА ЖОВТОГО ТІЛА (ЛЮТЕЇНОВА)

I. Кіста жовтого тіла без вагітності.

❖ Як правило, містить рідину червоно-жовтого кольору, капсула товста, внутрішній шар капсули вистелений лютеїновими клітинами зернистого шару жовтого кольору.

❖ Внутрішній шар капсули кісти жовтого тіла – складчастий; вміст кісти жовтого тіла – червоно-жовтого або кольору кофе; кіста жовтого тіла зсередини вистелена лютеїновими зернистими клітинами.

Консервативне лікування проводиться аналогічно із попереднім (3 місяці).

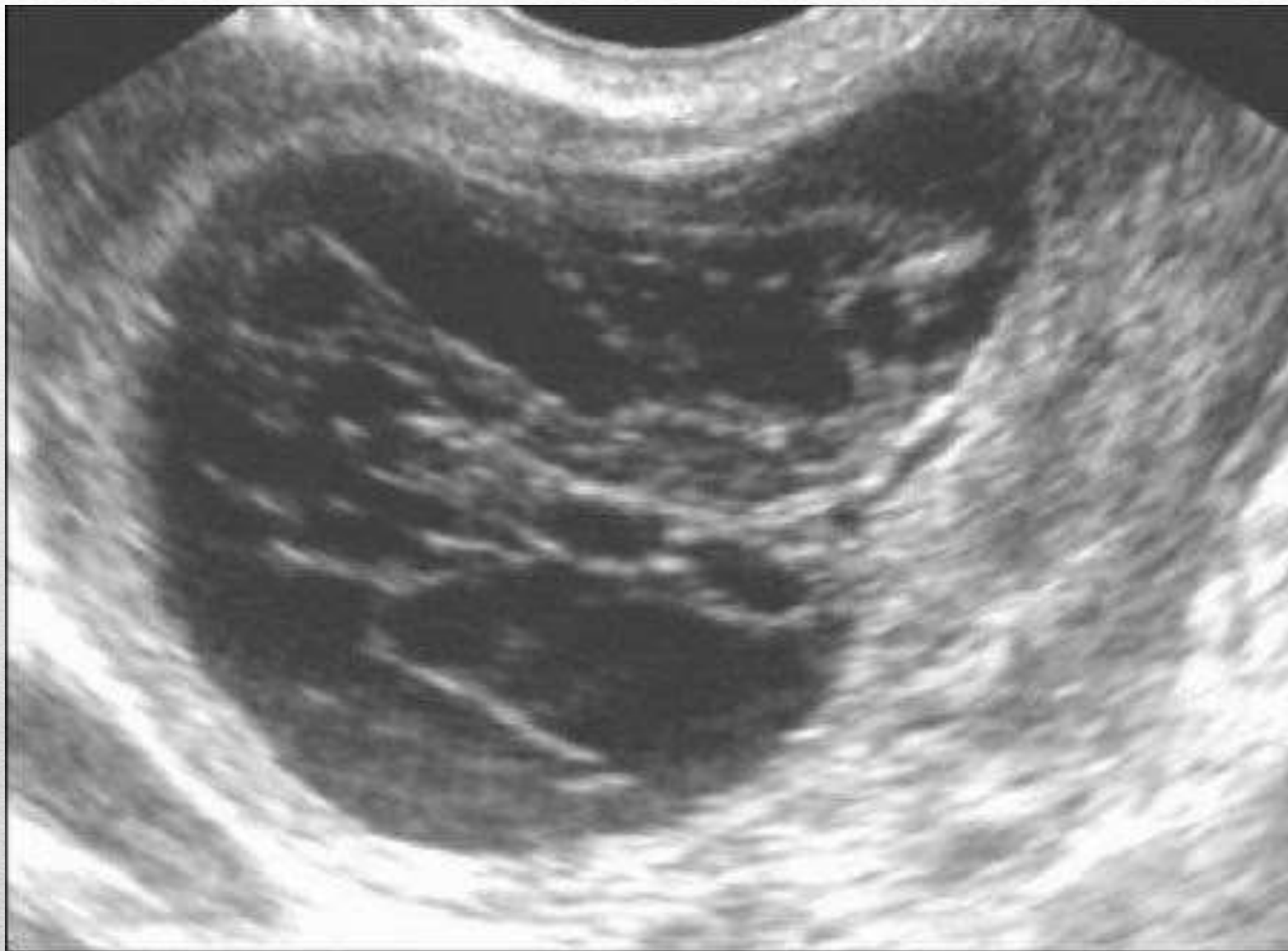
При його неефективності – хірургічне лікування.

КІСТА ЖОВТОГО ТІЛА (ЛЮТЕЇНОВА)

II. Лютеїнова кіста при вагітності, міхуровому занеску та хоріонепітеліомі:

- ❖ Частіше двобічні, швидко розвивається, поверхня її гладка, капсула бурого кольору, вміст рідкий, в деяких випадках густий, жовтого чи коричнево-червоного кольору.
- ❖ Кіста розсмоктується самостійно в другій половині вагітності або після видалення міхурового занеска чи хоріонепітеліоми.

КІСТА ЖОВТОГО ТІЛА З ЧИСЛЕННИМИ ПЕРЕТИНКАМИ **(УСГ)**



ДОБРОЯКІСНІ БЛАСТОМАТОЗНІ (ПРОЛІФЕРУЮЧІ) ПУХЛИНИ (КІСТОМИ)

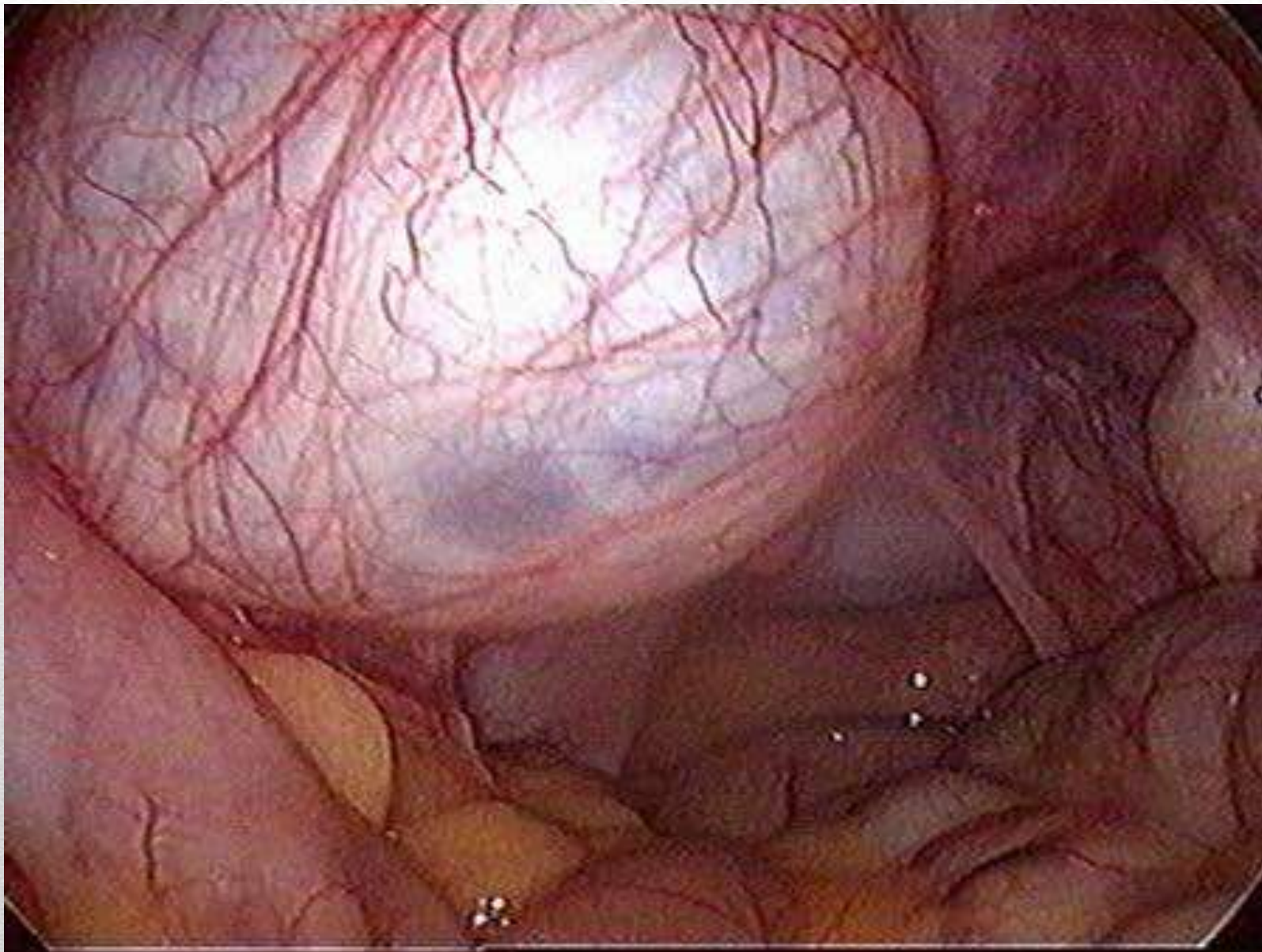
- ❖ КІСТОМА – це активно проліферуюча пухлина, яка збільшується за рахунок проліферації клітин епітелію та накопичення ексудату в середині камер кістоми.
- ❖ Цей ексудат продукується клітинами циліндричного епітелію, який вистилає стінку камер кістоми.
- Клінічно: порушення менструального циклу, біль внизу живота, а також симптоматика залежить від розмірів пухлини та здавлювання суміжних органів, що може порушувати їх функції.

СОСОЧКОВА (ПАПІЛЯРНА) КІСТОМА

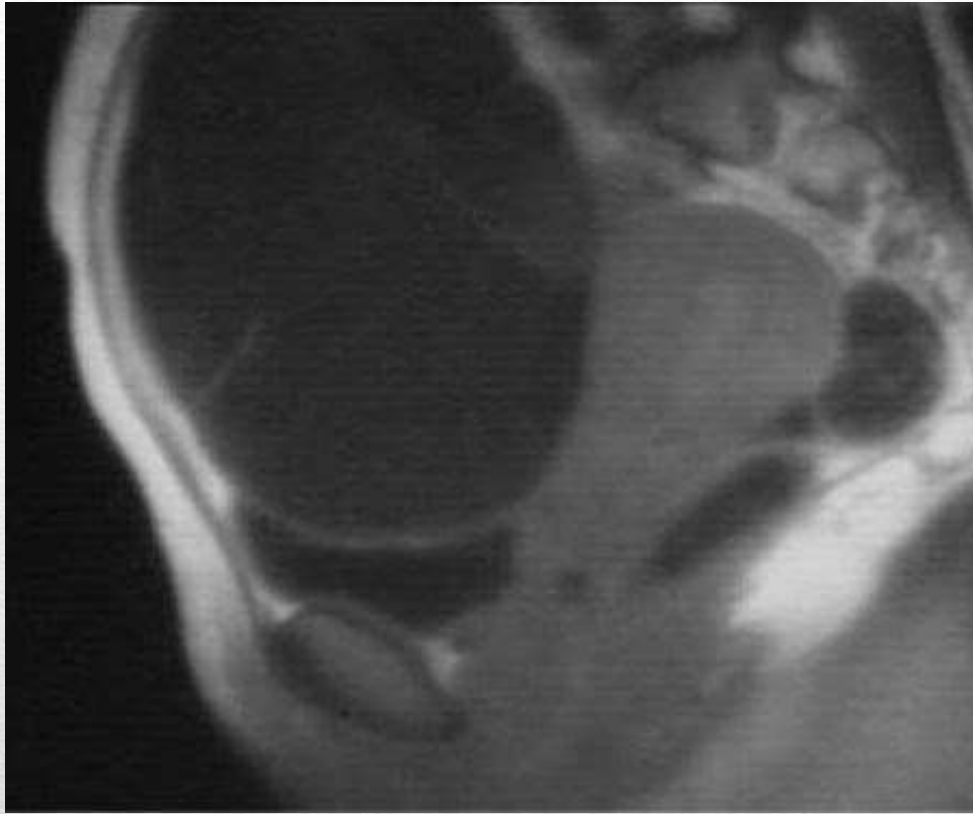
- ❖ Часто двобічна, багатокамерна, швидкоростуча, схильна до малігнізації (50-70%). Капсула вистелена кубічним, часом миготливим однорядним епітелієм.
- ❖ Сосочкова кістома, як правило, невеликих розмірів, супроводжується асцитом.
- ❖ По відношенню до матки знаходиться близько (коротка ніжка), часом (до 40% випадків) розміщена між листками широкої зв'язки матки.
- ❖ Вміст кісти серозний або серозно-кров'янистий.
- ❖ Клінічно сосочкова кістома протікає в більшості випадків безсимптомно. Менструальний цикл не порушується, хоча у жінки нерідко спостерігається непліддя.

Лікування хірургічне.

ПАПІЛЯРНА КІСТОМА (ЛАПАРОСКОПІЯ)

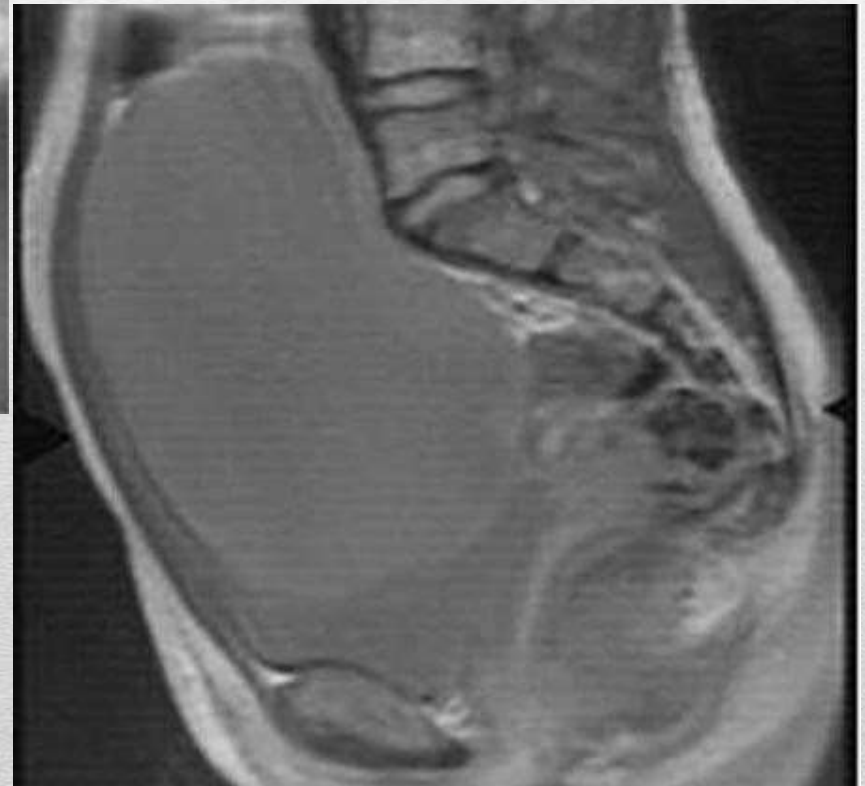


ПАПІЛЯРНА КІСТОМА



Ультрасонографія

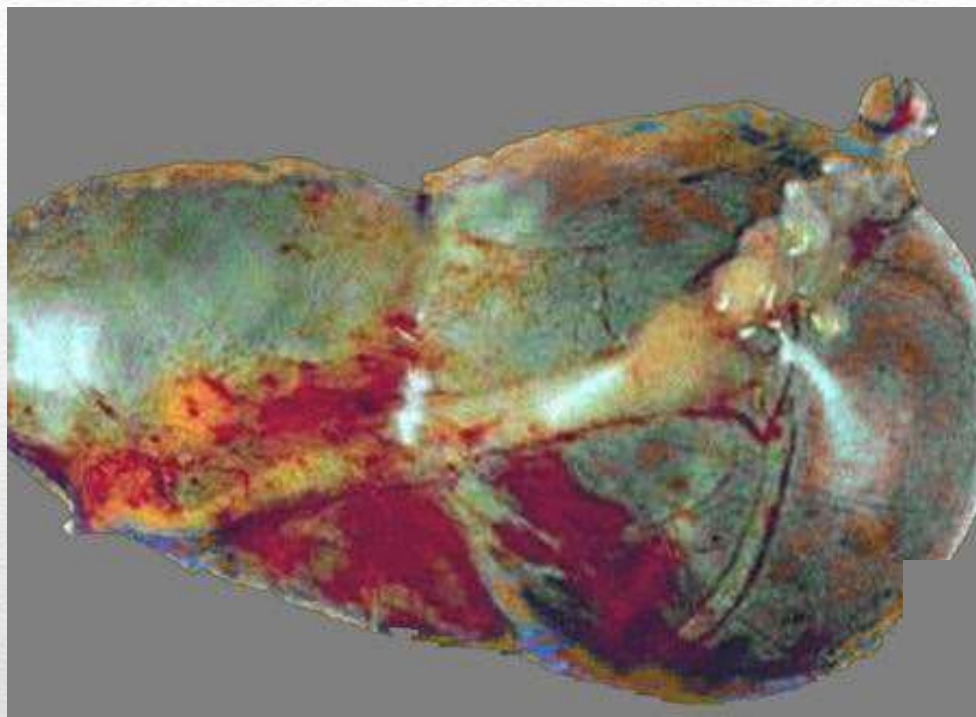
Ультрасонографія



СЕРОЗНА АБО ЦІЛЮЕПІТЕЛІАЛЬНА КІСТОМА

- ❖ Однокамерний утвір з серозним вмістом.
- ❖ Стінка капсули гладка. Внутрішня поверхня вистелена однорядним кубічним (а часом миготливим) епітелієм.
- ❖ *При гінекологічному обстеженні:* пухлина найчастіше однобічна звичайно невеликих розмірів з гладкою поверхнею, тугоеластичної консистенції, рухома, безболісна, клінічно проявляється рідко. Виявляється, як правило, на онкооглядах.
- ❖ *Лікування хірургічне.*
- ❖ Рідко малігнізується.

СЕРОЗНА КІСТОМА (МАКРОПРЕПАРАТ)



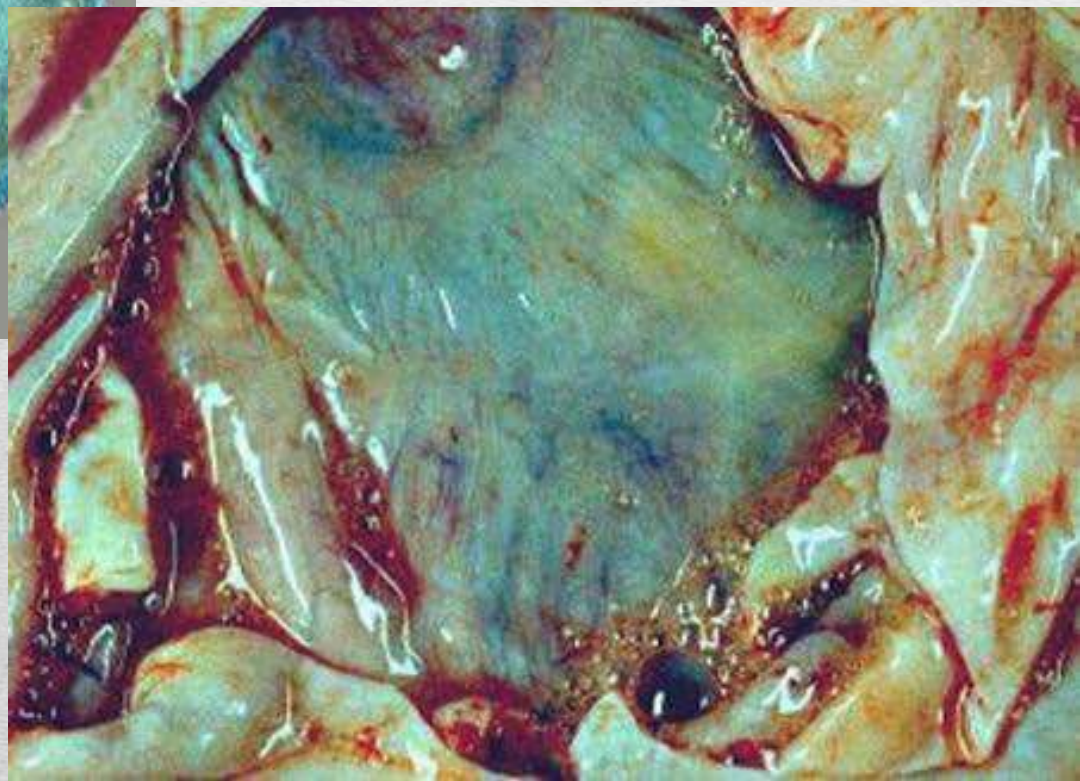
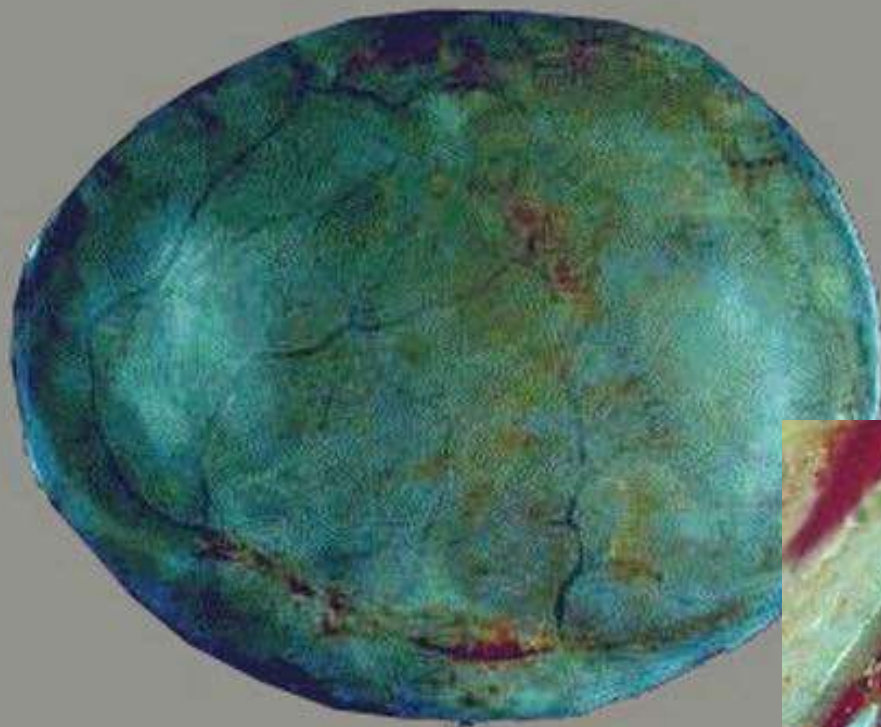
ПСЕВДОМУЦИНОЗНА КІСТОМА (ПРОЛІФЕРУЮЧА І СЕЦЕРНУЮЧА)

- ❖ Як правило, однобічна, багатокамерна. Горбкувата, значних (часом величезних) розмірів.
- ❖ Різні за величиною відмежовані одна від одної сполучнотканинними перегородками певної товщини. Порожнини з середини вистелені циліндричним епітелієм з базально розміщеним ядром.
- ❖ Малігнізація кістоми спостерігається в 70% випадків.
- ❖ Вміст порожнини – псевдомуцин
- ❖ *Пухлина розвивається* безсимптомно, поки не почне збільшуватися живіт. Проте при внутрішньов'язковому рості, а також при перекруті її ніжки або некрозі капсули рано проявляється біль внизу живота. Симптоми перетискання сусідніх органів, як правило, проявляється пізно, при значному збільшенні пухлини.
- ❖ Діагностика: однобічність утвору (нерідко внутрішньов'язково), місцями м'якої консистенції (нерівна поверхня), швидкий ріст і тривалий безсимптомний перебіг при великих розмірах пухлин.
- ❖ *Лікування хірургічне* – видалення пухлини разом з яєчником в молодому віці. Двобічне видалення яєчників після 48 років.

ПСЕВДОМУЦИНОЗНА КІСТОМА (УСГ)



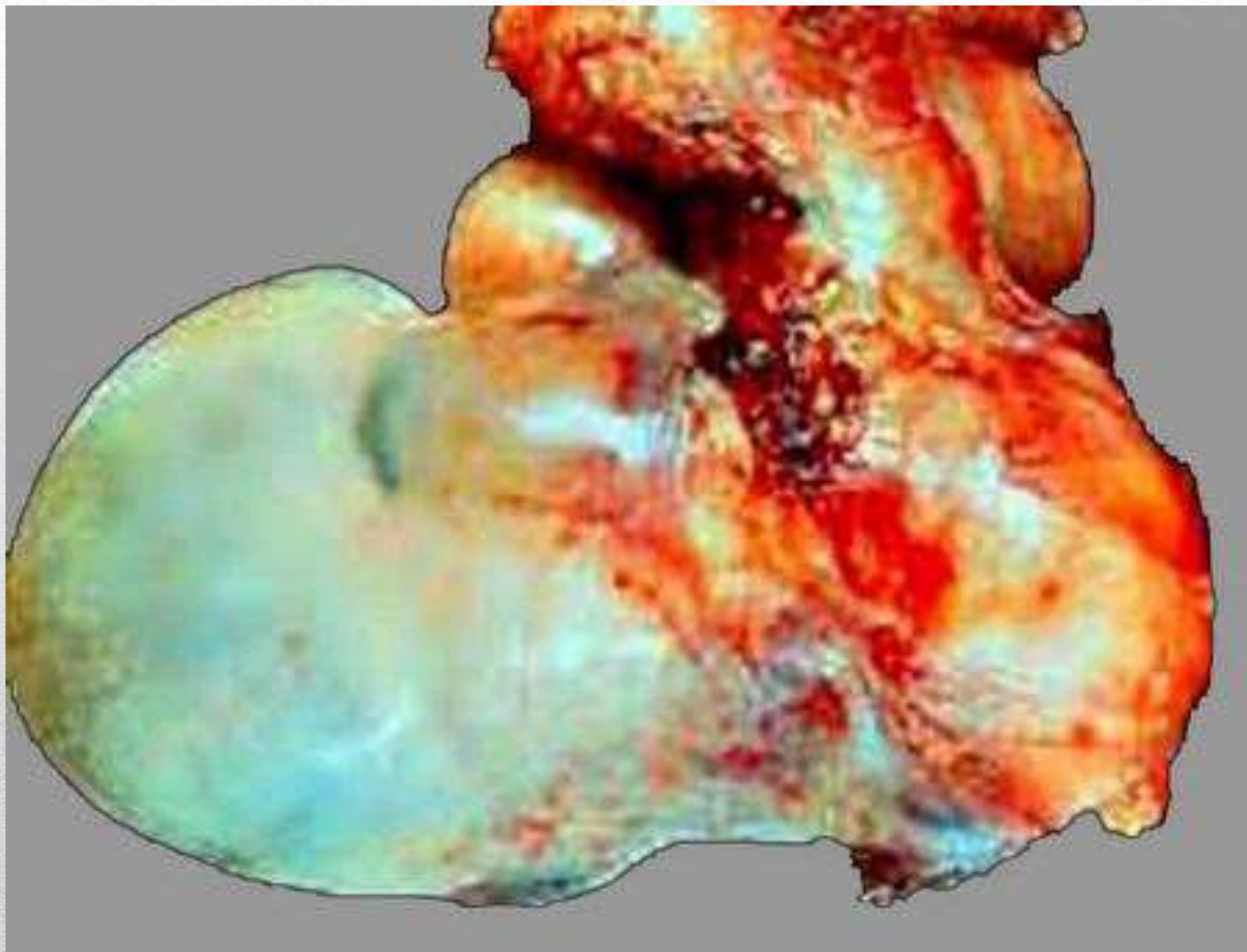
ПСЕВДОМУЦИНОЗНА КІСТОМА (МАКРОПРЕПАРАТ)



ФІБРОМА ЯЄЧНИКА

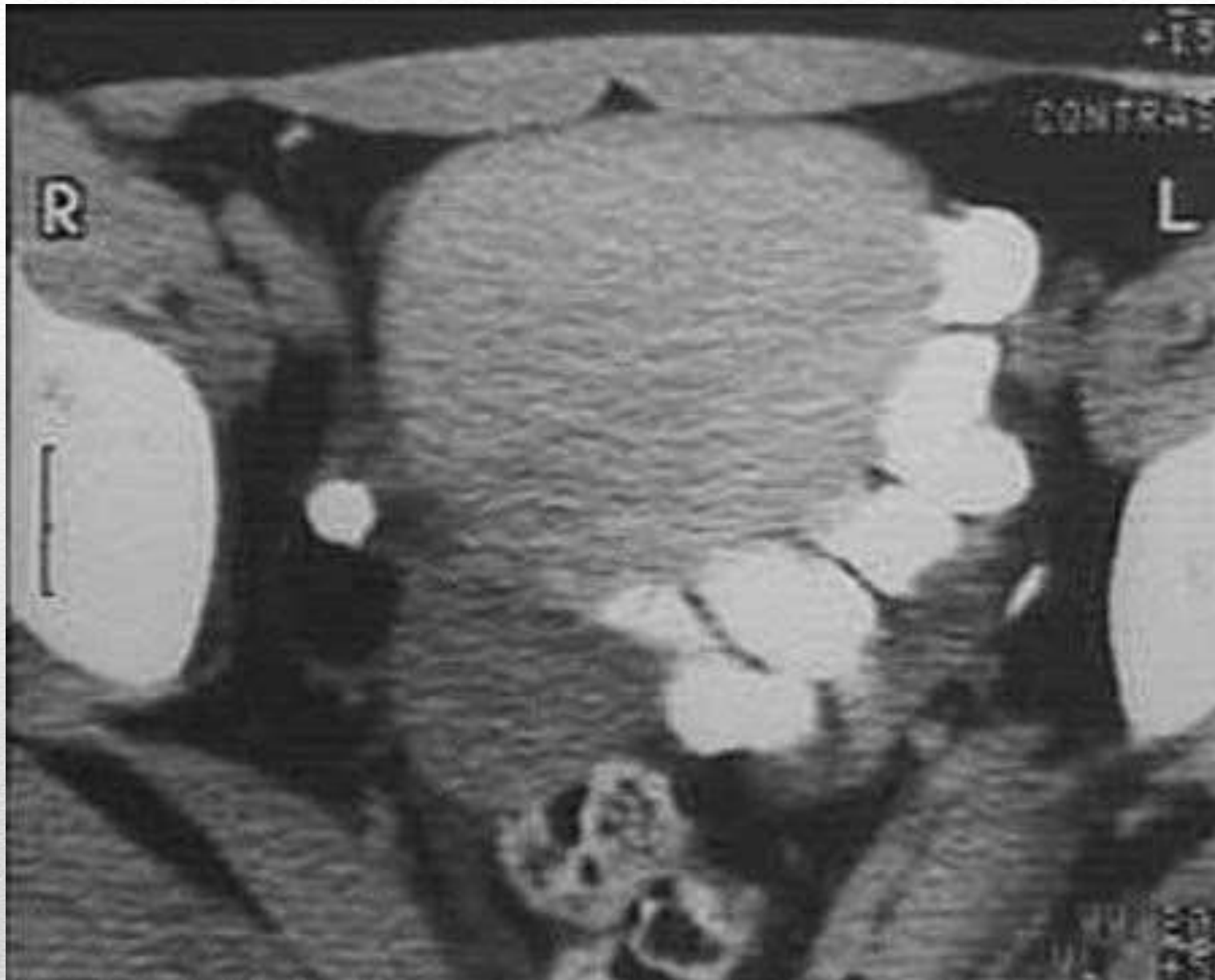
- ❖ Розвивається частіше в молодих жінок, звичайно односторонньо.
- ❖ Поверхня пухлини гладка, інколи горбкувата.
- ❖ На розрізі пухлина білуватого кольору, як правило, без порожнини, тканини її набряклі.
- ❖ Мікроскопічно складається із сполучнотканних веретеноподібних клітин, які збираються у волокна, які невідповідно переплітаються в різних напрямках. Пухлина бідна судинами, рухома, знаходиться на ніжці, росте повільно.
- ❖ *Клінічні симптоми* проявляються звичайно при крововиливах та некробіозі, а також при перекруті ніжки пухлини. В цих випадках проявляються симптоми подразнення очеревини. В окремих випадках (при двобічних ураженнях) фіброма яєчника супроводжується тріадою Мейгса (асцит анемія, кахексія), що, як правило, вказує на злоякісне переродження пухлини.
- ❖ *Лікування хірургічне.*

ФІБРОМА ЯЄЧНИКА (ЗОВНІШНІЙ ВИГЛЯД)



ТЕРАТОДЕРМОЇДИ

- ❖ Розвиваються з усіх трьох ембріональних зачатків (ендо-, мезо- та ектодерми). Становлять 25% усіх пухлин яєчника.
- ❖ Склад тератом:
 - шкіра, сальні, потові залози, волосся
 - нервова тканина (нейроглія, мозочок)
 - органи дихання (тканини трахеї, бронхів, слизова носу)
 - органи травлення (зуби, слинні залози, м'язи покриті кишковим епітелієм)
 - щитоподібна залоза
 - кістки, хрящі
- ❖ Частіше однобічна (85-90%), на ніжці.
- ❖ Довго безсимптомно. Повільно росте. Консистенція тверда. Часто розміщена попереду матки.



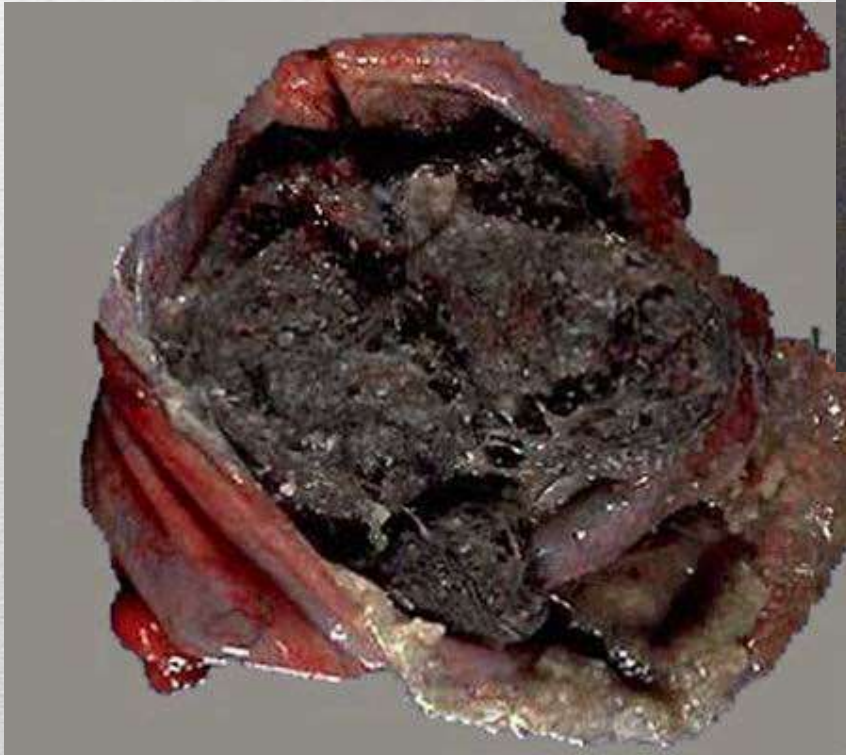
ВКЛЮЧЕННЯ ВИСОКОЇ ЩІЛЬНОСТІ (КТ)

ДЕРМОЇДНІ КІСТИ

Макропрепарат
(ВМІСТ КІСТИ – ВОЛОССЯ ТА
ЗУБИ)



Макропрепарат
(ВМІСТ КІСТИ - ВОЛОССЯ)

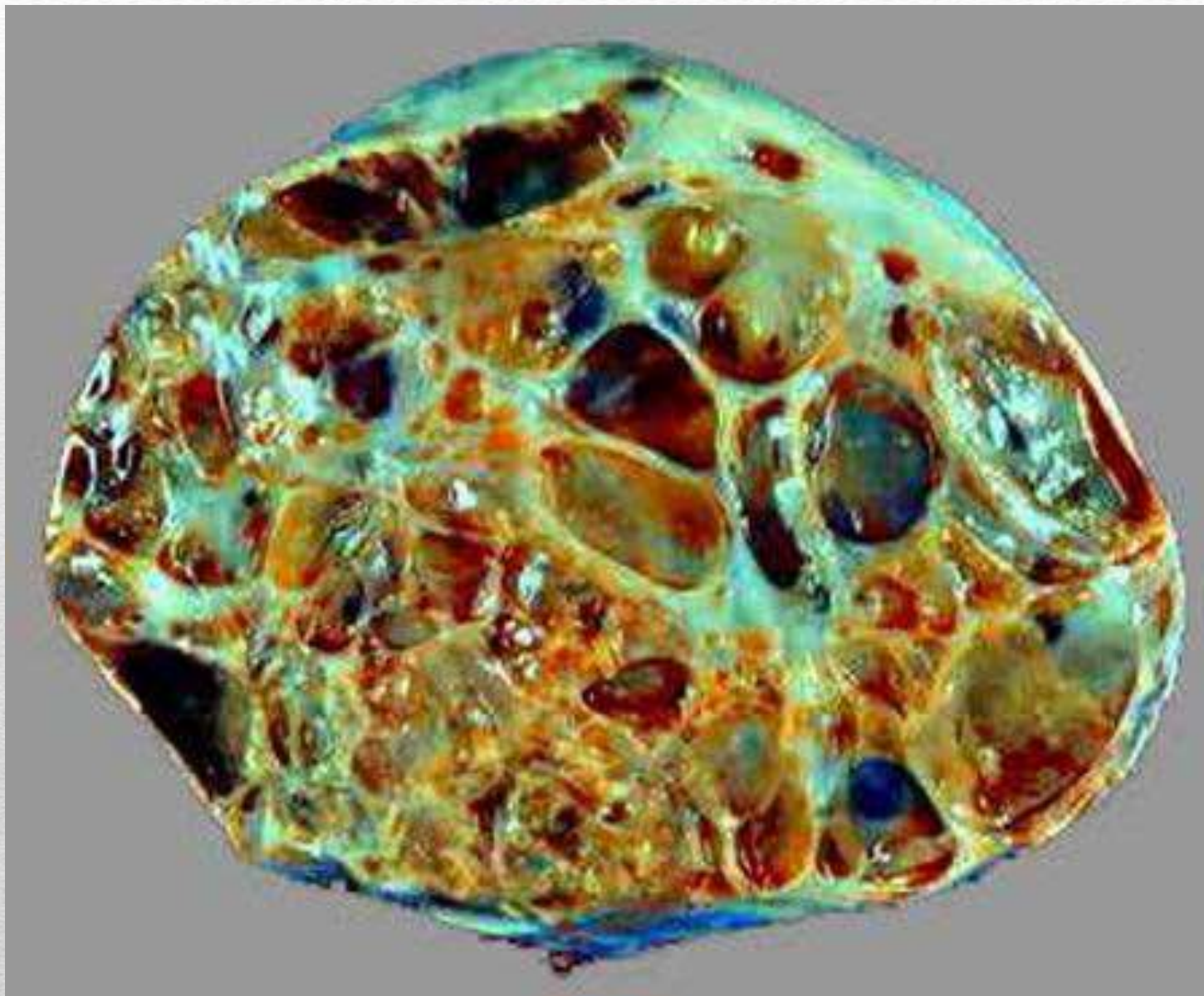


ГРАНУЛЬОЗОКЛІТИННА ПУХЛИНА

- ❖ Розвивається з клітин зернистого шару фолікулів.
- ❖ Пухлина майже завжди однобічна, овоїдної форми, з горбкуватою чи гладкою поверхнею, нерівномірною консистенцією, що зумовлено наявністю порожнини.
- ❖ Часто буває у дітей.
- ❖ На розрізі пухлина жовтуватого кольору. Пухлина часто перероджується в рак.
- ❖ Поєднання фемінізуючого синдрому, порушення менструальної функції, безпліддя з пухлиною яєчника завжди вказує на гормонопродукуючий характер пухлини.
- ❖ *Лікування оперативне.*

ГРАНУЛЬОЗОКЛІТИННА ПУХЛИНА

(МУЛЬТИЛОКУНАРНА ПОВЕРХНЯ ПОПЕРЕЧНОГО ЗРІЗУ, МАКРОПРЕПАРАТ)



ТЕКОМА

- ❖ Складає 5% пухлин яєчників. Розвивається з веретеноподібних клітин внутрішньої оболонки покриття фолікула, які виробляють естрогени, а при лютеїнізації їх – прогестерон.
- ❖ В результаті можливе передчасне статеве дозрівання або пізнє згасання менструальної функції. У жінок дітородного віку порушується менструальний цикл, відмічається безпліддя чи схильність до викиднів.

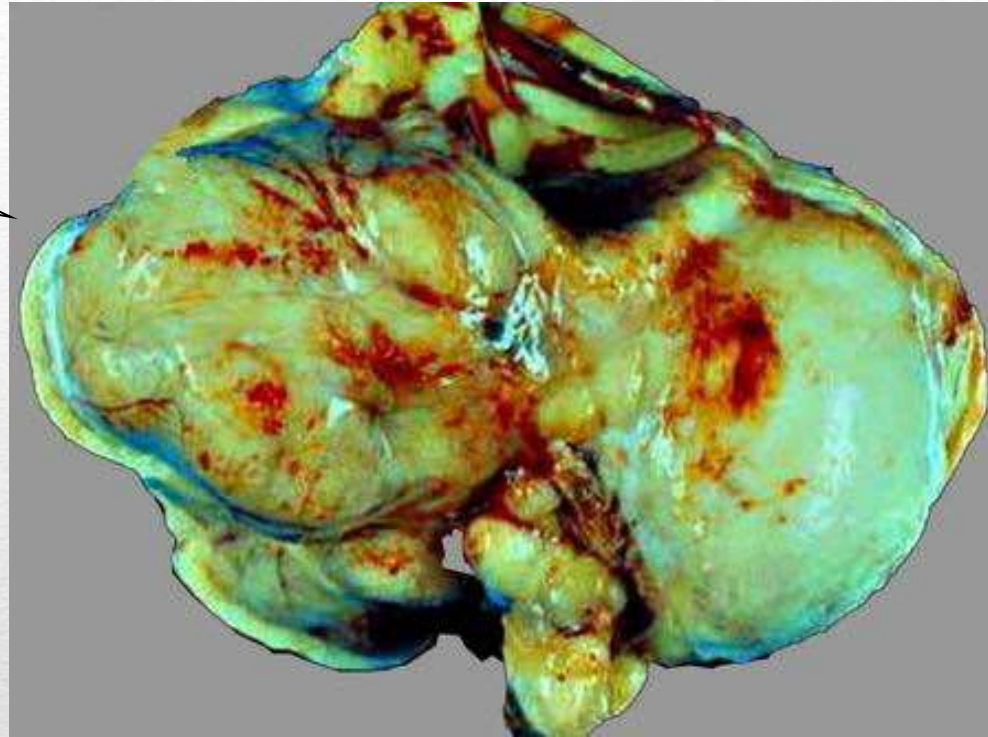
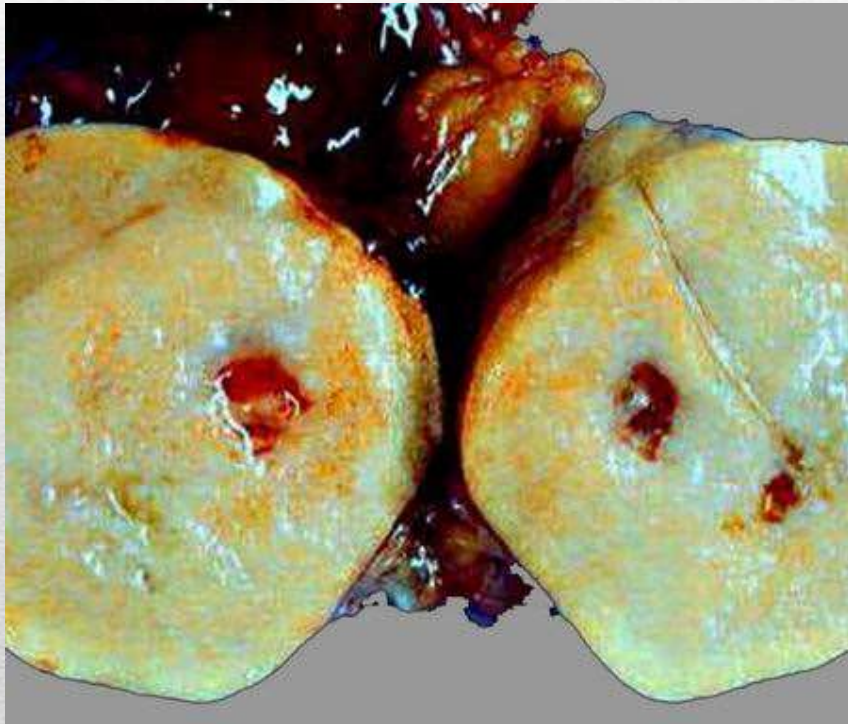
Пухлина однобічна, щільної консистенції, може досягати великих розмірів. На розрізі тканина жовтого кольору, часом з ділянками дрібних кист, що містять опалесцюючу фолікулярну рідину жовтого кольору.

Діагноз, як правило, встановлюється на операційному столі макроскопічно чи після біопсії.

Лікування хірургічне.

ТЕКОМА

Фібротекома
(макропрепарат – зовнішній
ВИГЛЯД)



Макропрепарат
(вид поверхні розрізу пухлини)

АДРЕНОБЛАСТОМА

- ❖ Розвивається з сертолієвих та лейдігових клітин, продукуючих тестостерон.
- ❖ Частіше пухлина одnobічна, круглої чи овальної форми, з гладкою або горбкуватою поверхнею, невеликих розмірів, рухома розташована на ніжці.
На розрізі жовтого або змішаного забарвлення.
Розвиток пухлини проявляється маскулінізацією.
Нерідко спостерігається малігнізація.
- ❖ *Лікування хірургічне.*

Особливості
клінічного перебігу
доброякісних
пухлин та їх
ускладнення.

СПІЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН

1. Тривалий час – безсимптомно, ростуть, як правило, у напрямку черевної порожнини.

2. Кісти та кістоми – рухомі.

Анатомічна ніжка – лійково-тазова зв'язка, власна зв'язка яєчника, брижа яєчника.

Хірургічна ніжка – анатомічна ніжка + труба.

3. По мірі росту пухлин можуть з'являться ознаки стиснення сусідніх органів.

4. Пухлини пальпують, зазвичай, збоку від матки, зміщуючи її у протилежний бік.

УСКЛАДНЕННЯ КІСТ І КІСТОМ ЯЄЧНИКІВ

1. Злоякісне переродження (частіше при ціліоепітеліальних та папілярних пухлинах, рідше – при муцинозних)
2. Перекрут ніжки пухлини (некроз і перитоніт з різким болем унизу живота, ↑ температури тіла, ↑ пульсу, нудота, блювання, позитивні симптоми подразнення очеревини) – термінова операція
3. Нагноєння пухлини (різкий біль у животі, ↑ температури тіла, позитивні симптоми подразнення очеревини) – термінова операція
4. Розрив капсули пухлини (гострий біль, кровотеча, шок) – зустрічається рідко

Лейоміома матки

ЛЕЙОМІОМА МАТКИ

Терміни «лейоміома», «фіброміома», «міома» є синонімами і позначають розповсюджену пухлину матки, що виявляється у 70-80 % жінок, які досягли 50-річного віку.

Поширеність захворювання збільшується з віком і досягає максимуму у віці 40-50 років.

Лейоміома матки — це моноклональна пухлина, що виникає з гладкої м'язової тканини матки (тобто міометрія). Це доброякісне новоутворення, що складається з неупорядкованих «міофібробластів», заглиблених у великій кількості позаклітинного матриксу, що становить значну частину об'єму пухлини.

Лейоміома матки може зростати, залишатися стабільною та/або регресувати, наприклад у постменопаузі.

ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ МІОМИ МАТКИ

1. Надлишок естрогенів в організмі — “абсолютна гіперестрогенія”.
2. “Відносна гіперестрогенія” — відсутність антиестрогенної дії прогестерона.
3. Нормальне утворення естрогенів та прогестерону в організмі, але порушення рецепторного апарату матки до естрогенів та прогестеронів, та можлива інактивація печінкою — “гепато-оваріальний синдром”.

ФАКТОРИ РИЗИКУ

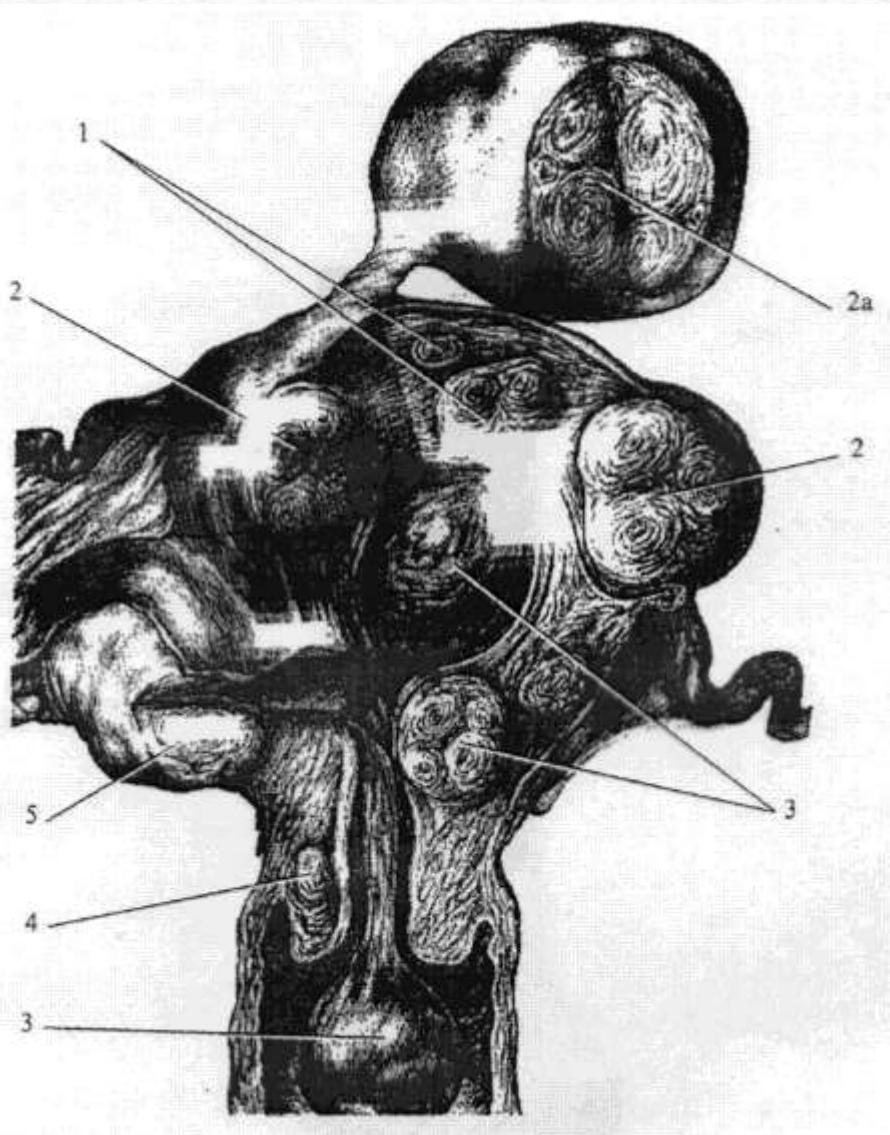
РОЗВИТКУ МІОМИ МАТКИ

- спадковість;
- порушення менструальної функції, починаючи з менархе, гіперестрогенія;
- статевий інфантилізм;
- порушення репродуктивної функції, дезорганізація і гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи;
- рецидивуючі запальні захворювання геніталій;
- багаторазові вишкрібання слизової оболонки тіла матки та штучні аборти;
- екстрагенітальна патологія з порушенням вуглеводного, ліпідного та інших видів обміну.

КЛАСИФІКАЦІЯ

- МОРФОЛОГІЧНА
- ЗА СТУПЕНЕМ ПРОЛІФЕРАЦІЇ
- ЗА МІСЦЕМ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ВУЗЛІВ
- ПО ВІДНОШЕННЮ ДО ШАРІВ МІОМЕТРІЮ

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ

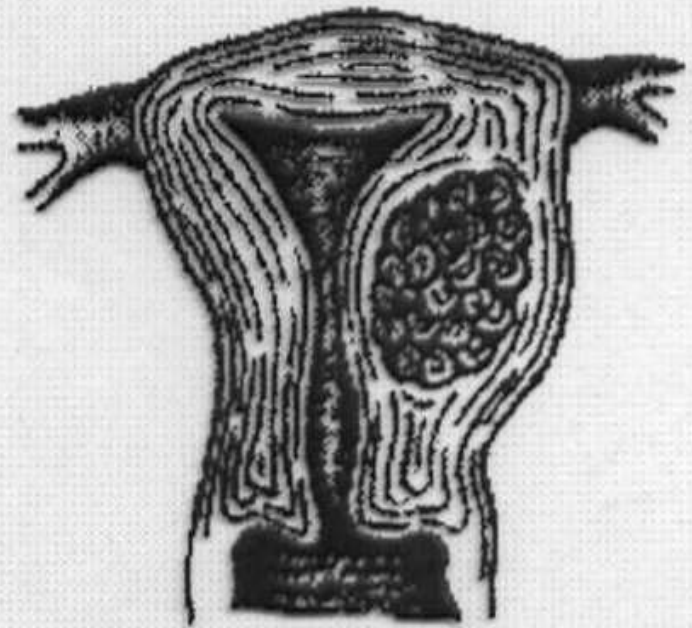


- 1 - ІНТРАМУРАЛЬНІ ВУЗЛИ;**
- 2 - СУБСЕРОЗНИЙ ВУЗОЛ;**
- 2А - СУБСЕРОЗНИЙ ВУЗОЛ НА НІЖЦІ;**
- 3 - СУБМУКОЗНІ ВУЗЛИ;**
- 4 - ВНУТРІШНЬОШИЙКОВИЙ ВУЗОЛ;**
- 5 - ІНРАЛІГАМЕНТАРНИЙ ВУЗОЛ.**

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ

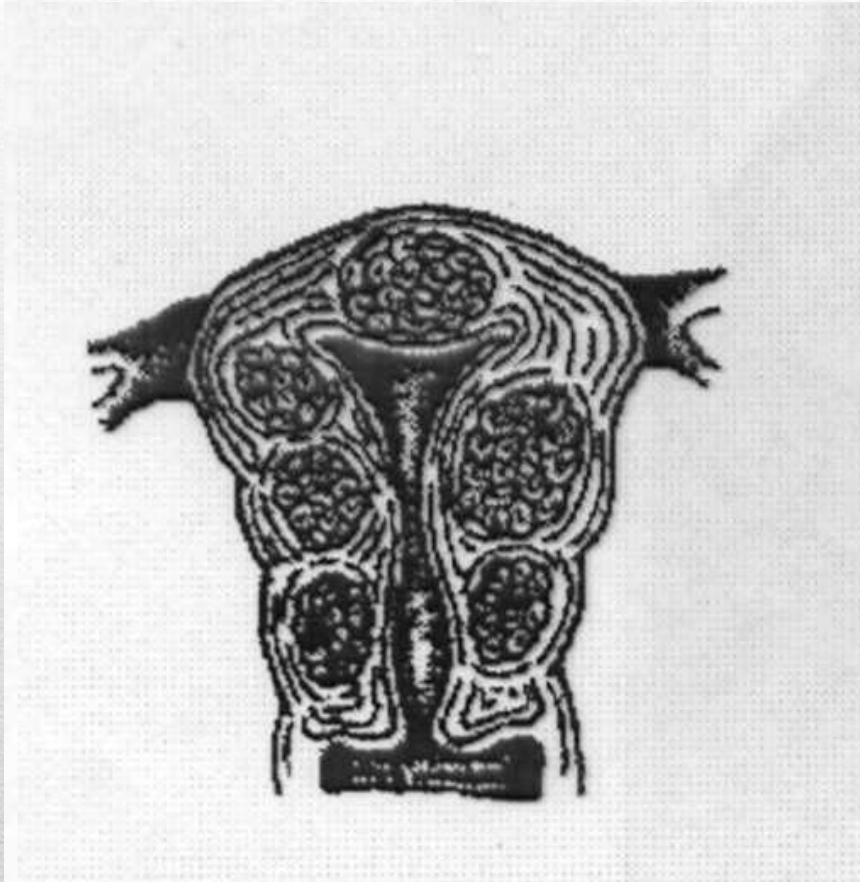


Субсерозний вузол

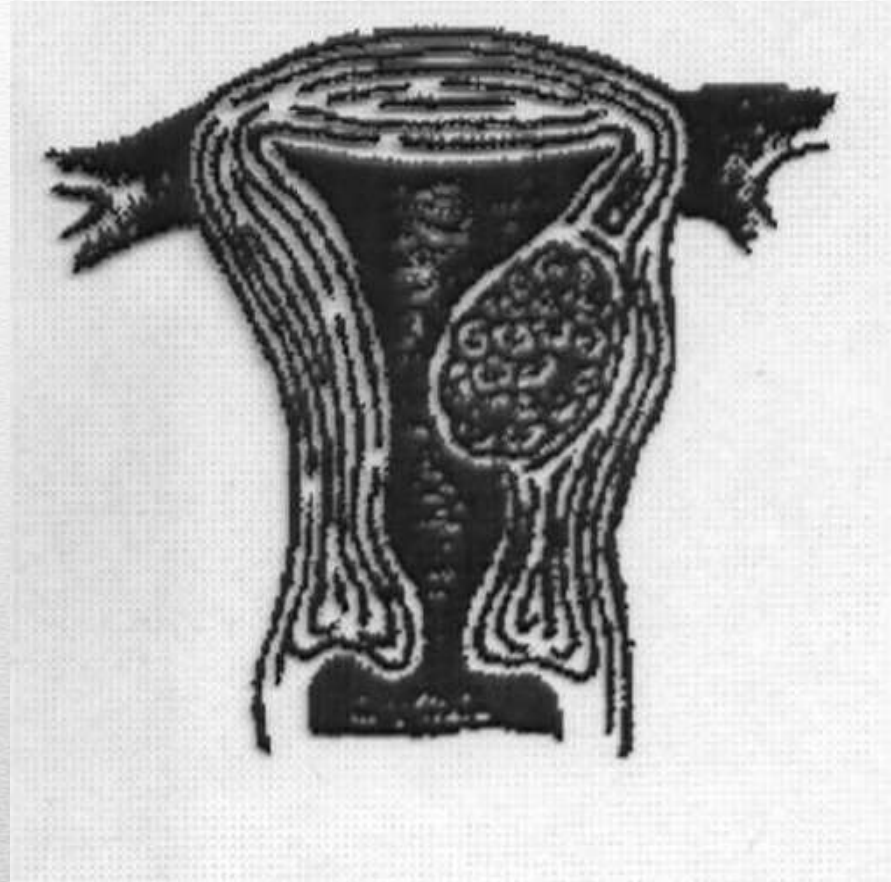


Інтрамуральний
вузол

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ФІБРОМАТОЗНИХ ВУЗЛІВ

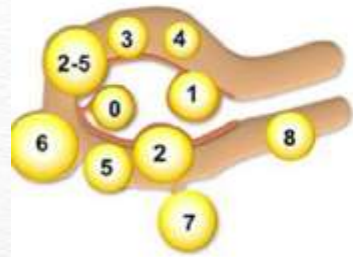


**Множинні
інтрамуральні вузли**



Субмукозний вузол

Система класифікації лейоміом FIGO, 2018



Тип	Код	Характеристика
Субмукозні	0	Підслизова міома на ніжці
	1	Виступає в порожнину матки понад 50%
	2	Виступає в порожнину матки менше 50%
	3	Інтрамуральна міома, яка контактує з ендометрієм.
Інші	4	Інтрамуральна
	5	Субсерозно-інтрамуральна - виступає в черевну порожнину менше 50%

6	Субсерозно-інтрамуральна - виступає в черевну порожнину понад 50%
7	Субсерозна міома на ніжці
8	Специфічна міома (наприклад, цервікальна)
Гібридні (змішані)	Залучені як ендометрій, так і серозна оболонка. У коді вказують дві цифри через дефіс: перша вказує на частину вузла, пов'язану з ендометрієм, друга - на частину вузла, яка розташована ближче до серозної оболонки.
2-5	Підслизові та субсерозні, кожен з меншим ніж половина діаметра в ендометрії і черевній порожнині відповідно

Діагностичні ознаки лейоміоми матки

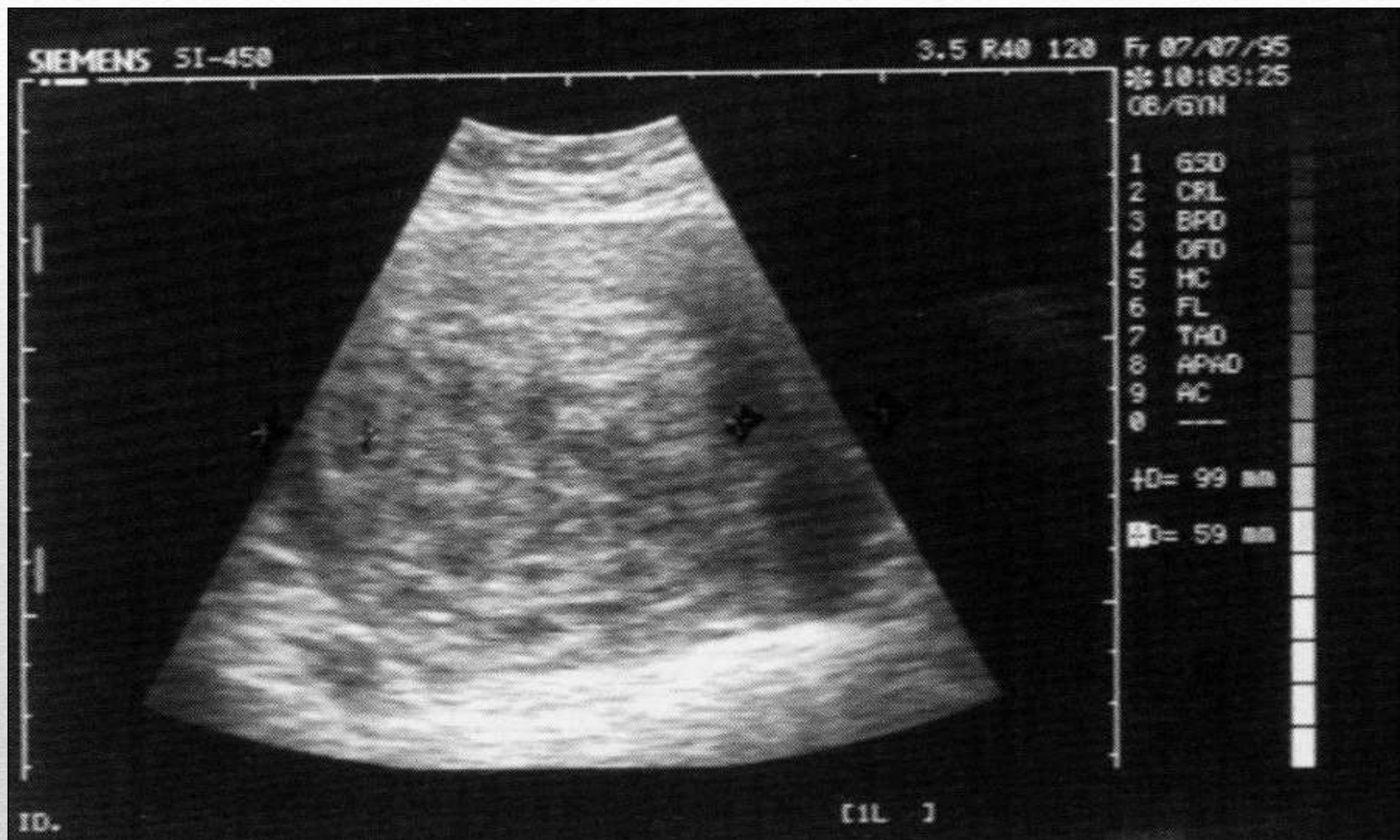
Метод обстеження	Діагностичні ознаки
Загальні	
Скарги	• маткові кровотечі - початок, тривалість, об'єм. • слабкість, запаморочення (при АМК та тяжкій залізодефіцитній анемії). • біль та дискомфорт у животі - початок, тривалість, характер, іррадіація болю, фактори полегшення або посилення болю. • збільшення живота, часті позиви на сечовипускання, закрепи. • безпліддя.
Анамнез	Анамнез захворювання: • коли вперше виявили ЛМ; попереднє лікування та його ефективність, динаміка захворювання. Акушерсько-гінекологічний анамнез: • оцінка менструального циклу та дата останньої менструації, кількість та результати вагітностей, методи контрацепції. Анамнез життя: • спадковість щодо наявності ЛМ у матерів та сестер, шкідливі звички, оперативні втручання на органах малого таза та черевної порожнини.
Об'єктивне обстеження	Тілобудова, визначення ІМТ (індексу маси тіла). Блідість шкірних покривів та слизових оболонок може свідчити про наявність анемії.
Гінекологічне обстеження	Зміни розмірів, форми та консистенції матки.

ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ (СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ЛЕЙОМІОМА МАТКИ (Затверджено Наказом МОЗ від 29.01.23 № 147))

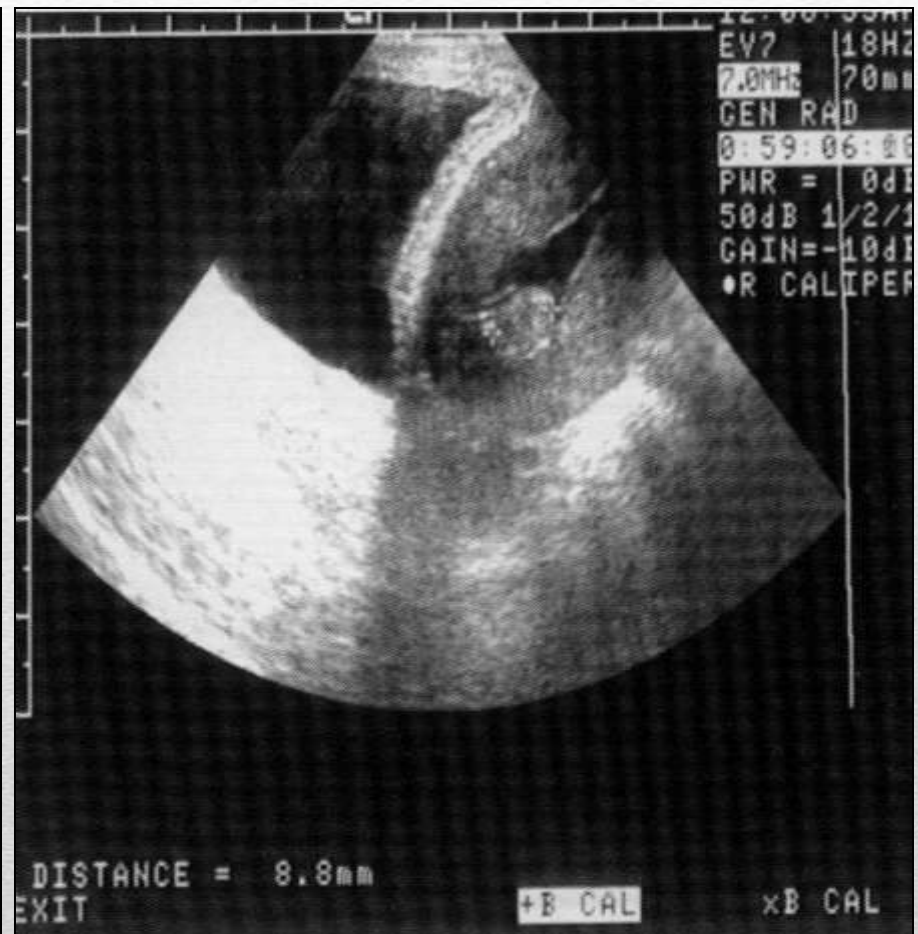
Метод обстеження	Діагностичні ознаки
Інструментальні	
Ультразвукове дослідження (трансвагінальне та/або трансабдоминальне, сольова або контрастна соногістерографія)	Рекомендовано при описі лейоміом під час виконання УЗД користуватись класифікацією FIGO. Мінімальний набір даних для опису лейоміоми: - оцінка загальних розмірів та об'єму матки; - оцінка кількості вузлів ЛМ (1, 2, 3, 4 або більше 4), якщо така візуалізація недоступна, можливо вказати оцінку розмірів матки, еквівалентну «Х» тижнів вагітності; - локалізація вузлів ЛМ (передня, задня стінки, ліве, праве ребро матки) і місце розташування у вертикальній площині: верхня половина, нижня половина або в обох; - розміри найбільшого вузла лейоміоми за наявності множинних вузлів; - зв'язок між вузлом ЛМ та ендометрієм з використанням системи класифікації FIGO (типи лейоміом 0,1,2,3, 2-5 - класифікуються як субмукозні ЛМ).
МРТ органів малого таза	Використовується у складних випадках при множинних ЛМ для диференційної діагностики лейоміоми матки та лейоміосаркоми.
КТ органів малого таза	Має обмежену цінність у визначенні розташування лейоміом відносно ендометрія або міометрія.
Офісна діагностична гістероскопія	Гістероскопія – стандарт для розмежування ЛМ типу 2 і 3, при цьому оцінка повинна здійснюватися на найнижчому тиску рідини, що сприяє візуалізації деформації порожнини матки та ендометрія.

ДІАГНОСТИЧНІ
ОЗНАКИ ЛЕЙОМІОМИ
МАТКИ
 (СТАНДАРТ
 МЕДИЧНОЇ
 ДОПОМОГИ:
 ЛЕЙОМІОМА МАТКИ
 (Затверджено Наказом
 МОЗ від 29.01.23 №
 147))

ІНТЕРСТИЦІАЛЬНА МІОМА (УЗД)



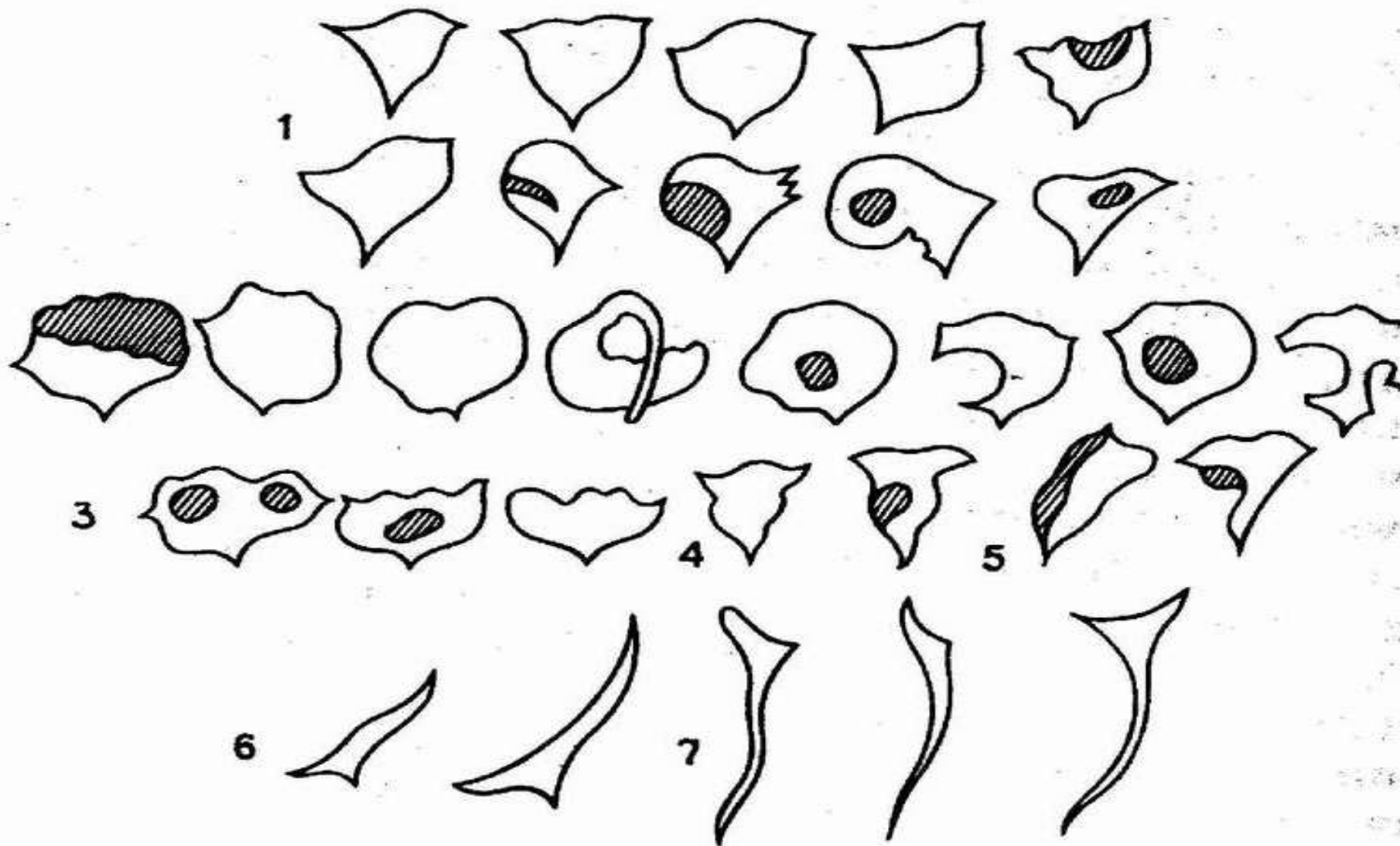
СУБМУКОЗНА МІОМА (УЗД)



СУБМУКОЗНА МІОМА МАТКИ (ГСГ)



ЗМІНА ПОРОЖНИНИ МАТКИ (ГСГ)



КРУПНИЙ СУБМУКОЗНИЙ ВУЗОЛ **(ГІСТЕРОСКОПІЯ)**



МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

✓ ***КОНСЕРВАТИВНЕ***

✓ ***ОПЕРАТИВНЕ***

Сучасні тенденції в лікуванні лейоміоми матки

- Зміна вичікувальної тактики на активну
- Впровадження органозберігаючих технологій



Завдяки розвитку нових технологій стали можливими «ВТРУЧАННЯ, які є АЛЬТЕРНАТИВНИМИ гістеректомії»
(HYSTERECTOMY ALTERNATIVE INTERVENTIONS)

ЛІКУВАННЯ

(СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ЛЕЙОМІОМА МАТКИ (ЗАТВЕРДЖЕНО НАКАЗОМ МОЗ ВІД 29.01.23 № 147))

Метод лікування обирається за інформованою згодою пацієнтки в залежності від наявних симптомів, типу, локалізації, розмірів та кількості вузлів ЛМ, віку жінки та репродуктивних планів.

При субмукозних ЛМ 0, 1 або 2 типу для пацієнток з АМК, безпліддям, невиношуванням вагітності, репродуктивними планами гістероскопічна резекція є методом лікування першого вибору.

При пролапсі субмукозної лейоміоми через шийку матки вагінальна міомектомія виконується незалежно від наявності симптомів.

При інтрамуральних або субсерозних ЛМ для жінок з АМК, безпліддям та репродуктивними планами здійснюється лапароскопічна або лапаротомна міомектомія.

ЛІКУВАННЯ

(СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ЛЕЙОМІОМА МАТКИ (ЗАТВЕРДЖЕНО НАКАЗОМ МОЗ ВІД 29.01.23 № 147))

Жінкам з АМК, болем та/або компресійними симптомами призначають консервативне медикаментозне лікування із застосуванням антифібринолітиків (транексамова кислота), нестероїдних протизапальних препаратів, комбінованих оральних контрацептивів (КОК), прогестагенів, у тому числі внутрішньоматкової системи з левоноргестрелом 52 мг, агоністів ГнРГ, оперативне лікування або поєднання цих методів.

У жінок репродуктивного віку, які не бажають зберігати фертильність і/або матку, та у пацієнток у постменопаузі лапароскопічна, лапаротомна або вагінальна тотальна гістеректомія з матковими трубами або з придатками матки є остаточним лікуванням симптомної ЛМ.

ЛІКУВАННЯ
(СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ЛЕЙОМІОМА МАТКИ (ЗАТВЕРДЖЕНО
НАКАЗОМ МОЗ ВІД 29.01.23 № 147)

При хірургічному лікуванні ЛМ
обов'язкове патологогістологічне
дослідження операційного матеріалу!!!

АГОНІСТИ ГНРГ

Механізм
терапевтичного
ефекту

Придгнічення
гонадотропної
функції гіпофіза



Гіпоестрогенія



Зменшення (в середньому на 52,6%)
розмірів матки і вузлів пухлини

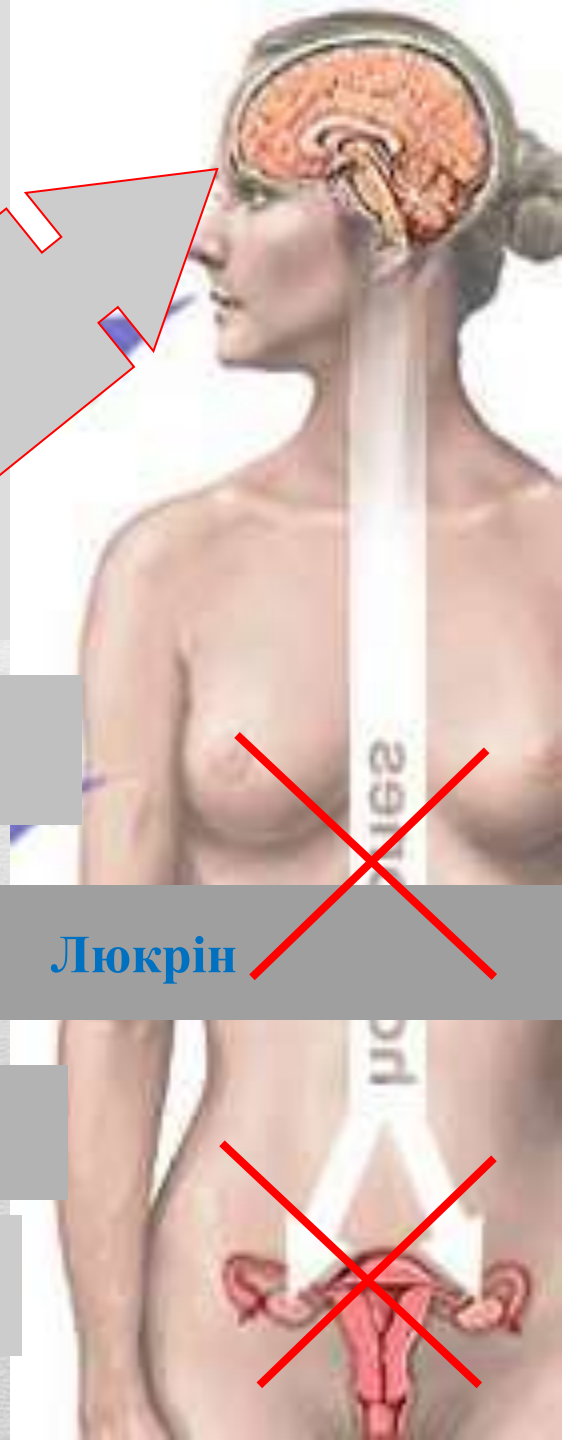
агоністи
ГНРГ

Золадекс

Люкрін

Діферелін

Бусерелін





ВНУТРІШНЬОМАТКОВА ГОРМОНАЛЬНА РИЛІЗИНГ-СИСТЕМА З ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛОМ

ефективно стабілізує
розмір маленьких
міоматозних вузлів (до 2-
2,5 см) протягом 4 років

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Основний метод

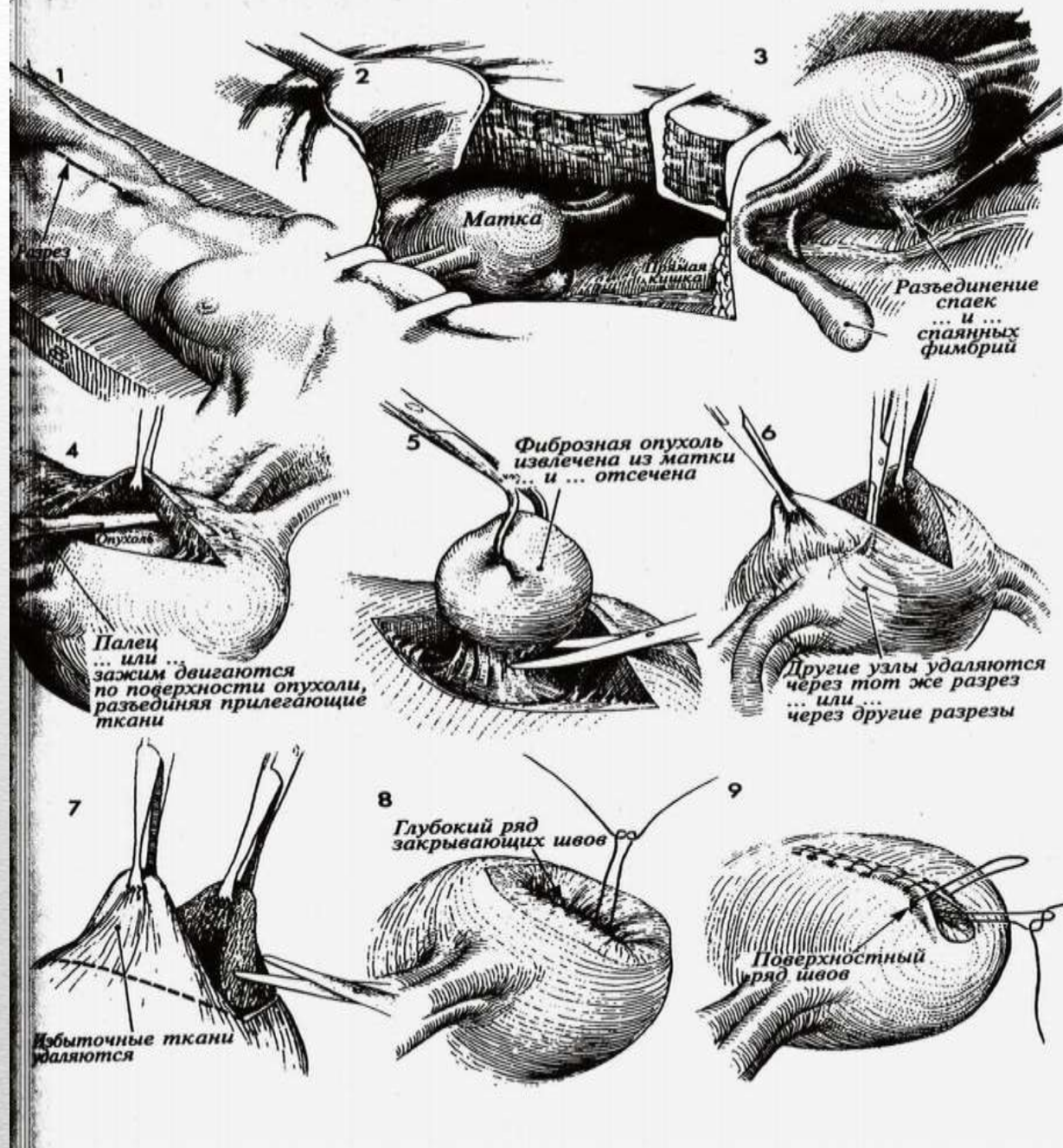
Органозберігаючі операції

Радикальні операції

**Лапаротомний, вагінальний, лапаро- та
гістероскопічний доступи**

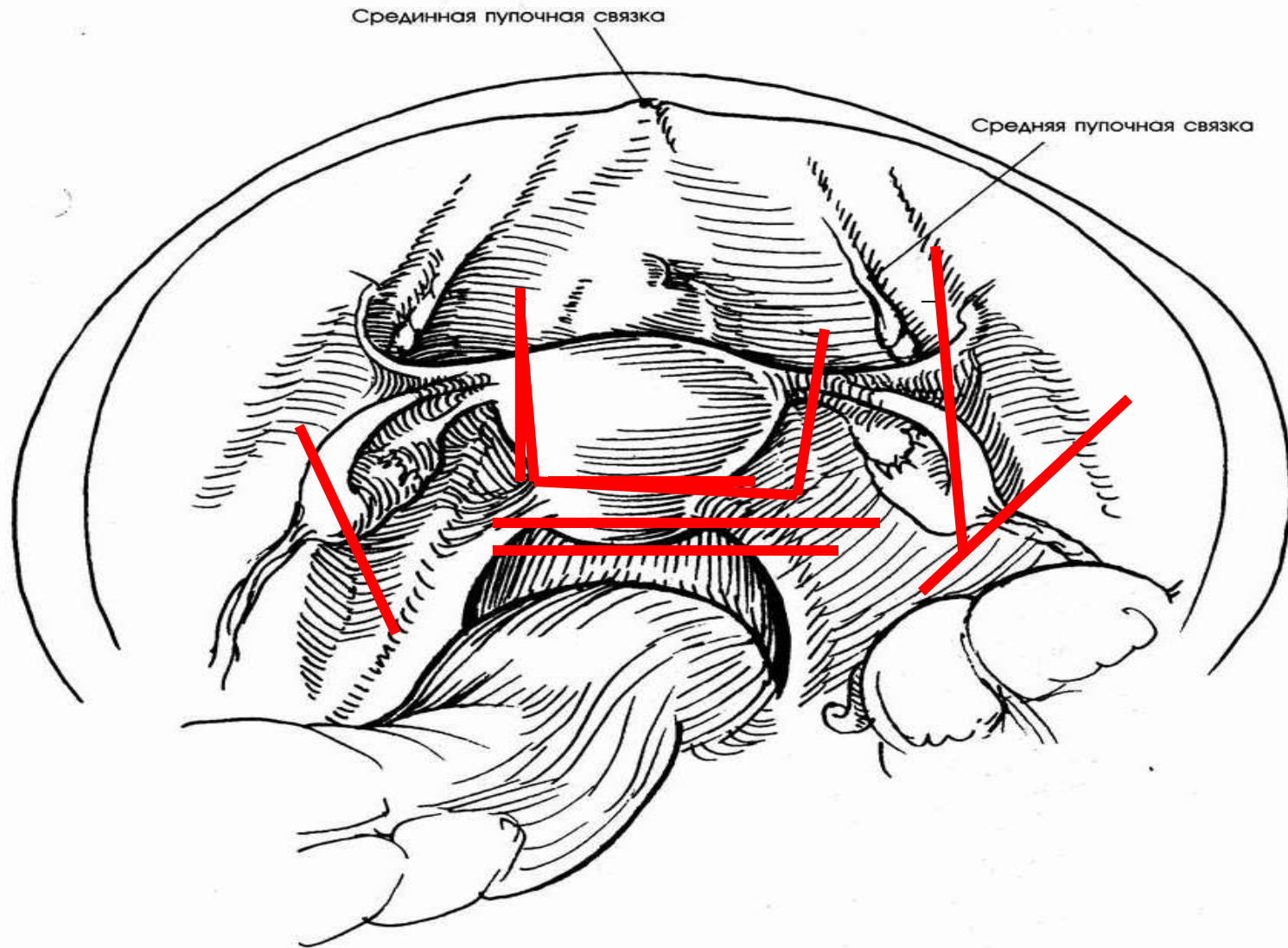
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

- ❖ Доступ – абдомінальний, черезпідхвовий.
- ❖ Об'єм операції залежить від віку, стану, ступеню анемізації, супутніх захворювань, розміщення та розмірів вузлів.
- ❖ Радикальні – екстирпація з придатками (гіперпластичні процеси ендометрія, патологія шийки матки, вік, саркоматозний ріст в вузлах).
- ❖ Надпідхвова міомектомія – вік, розміщення вузлів.
- ❖ Консервативна міомектомія – у молодих жінок.
- ❖ Об'єм – індивідуально, маткові труби видаляють при інфекції.



Лапаротомія. Консервативна міомектомія

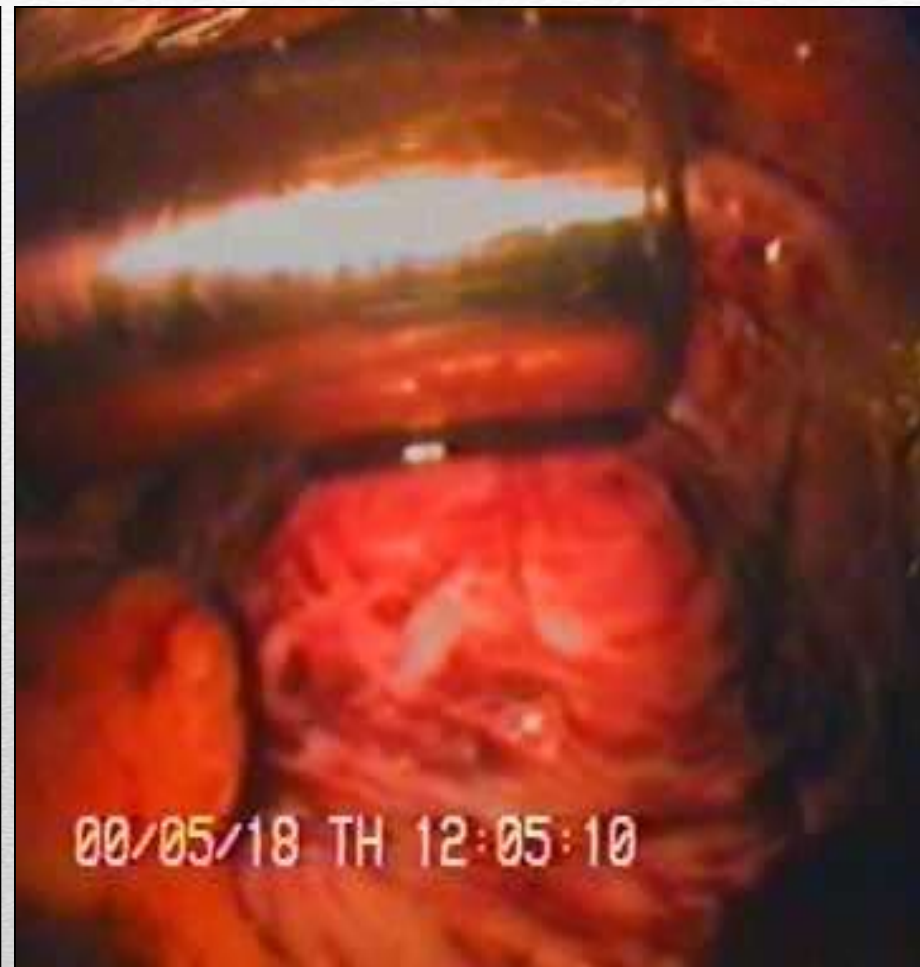
РАДИКАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ



КОНСЕРВАТИВНА МІОМЕКТОМІЯ (ЛАПАРОСКОПІЯ)



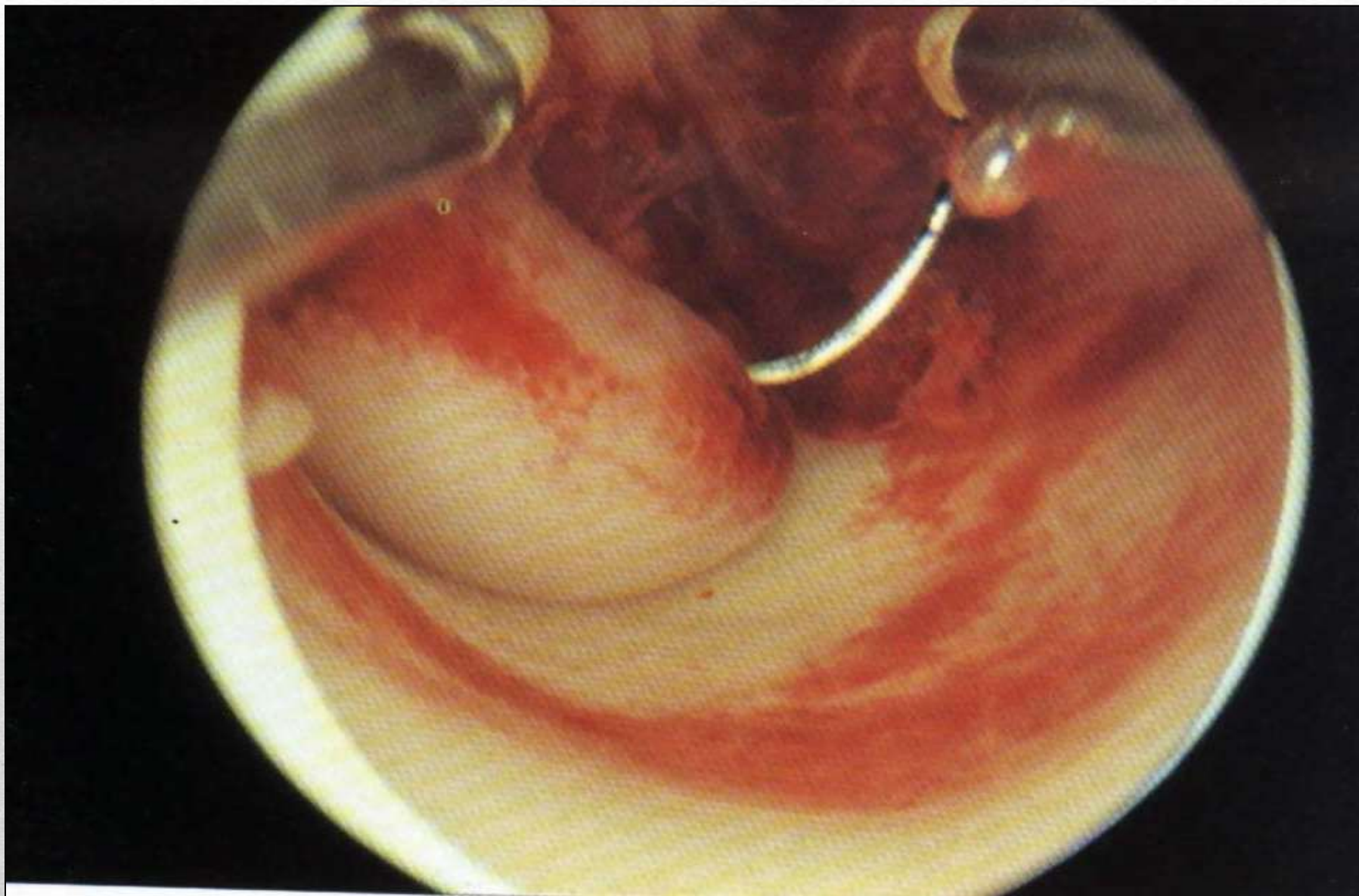
ЛАПАРОСКОПІЧНА ГІСТЕРЕКТОМІЯ (МОРЦЕЛЯЦІЯ)



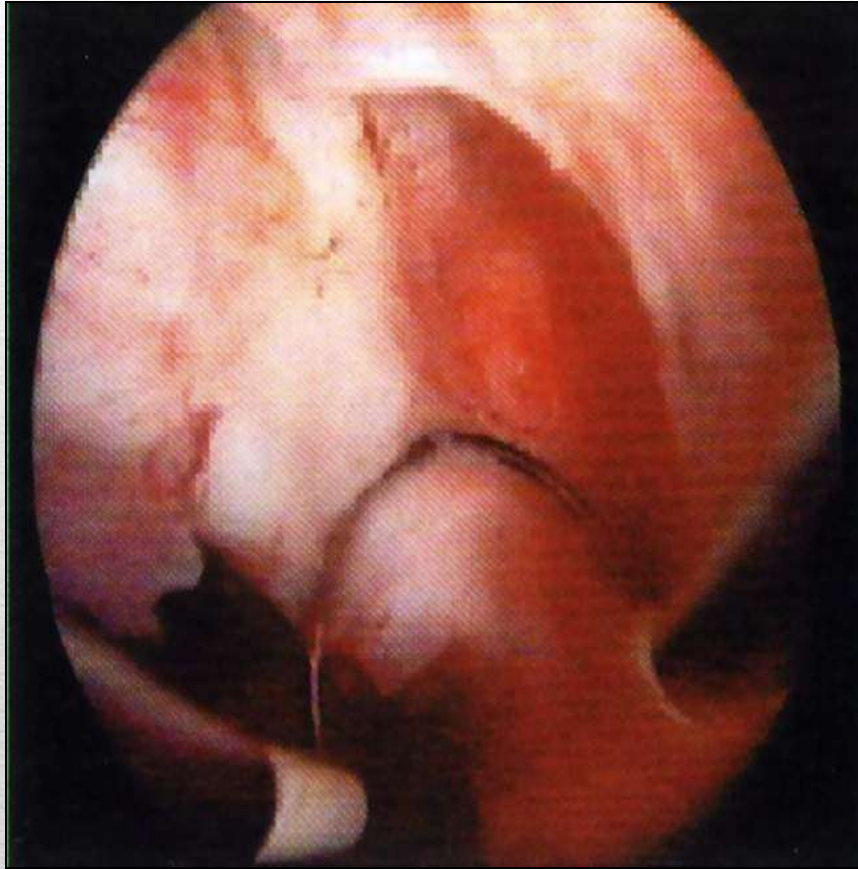
ІНТРАМУРАЛЬНО-СУБСЕРОЗНА МІОМА (ЛАПАРОСКОПІЯ)



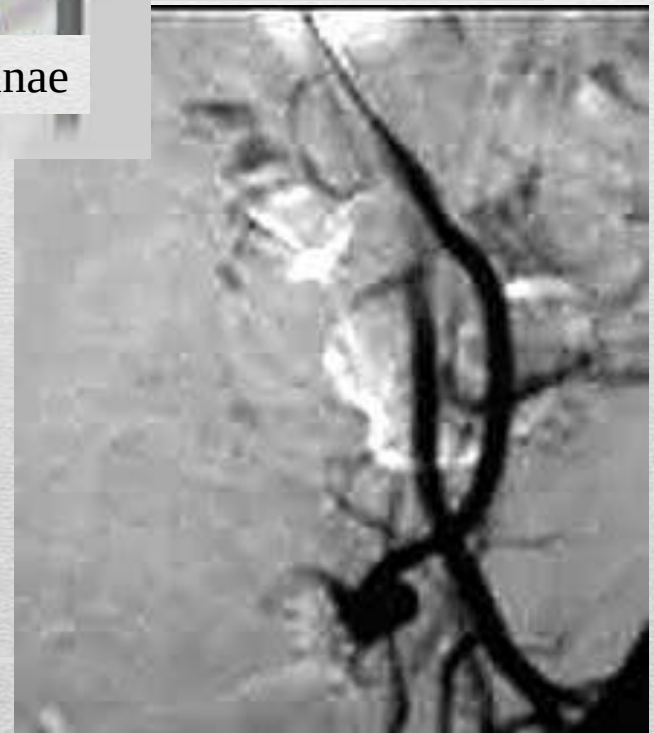
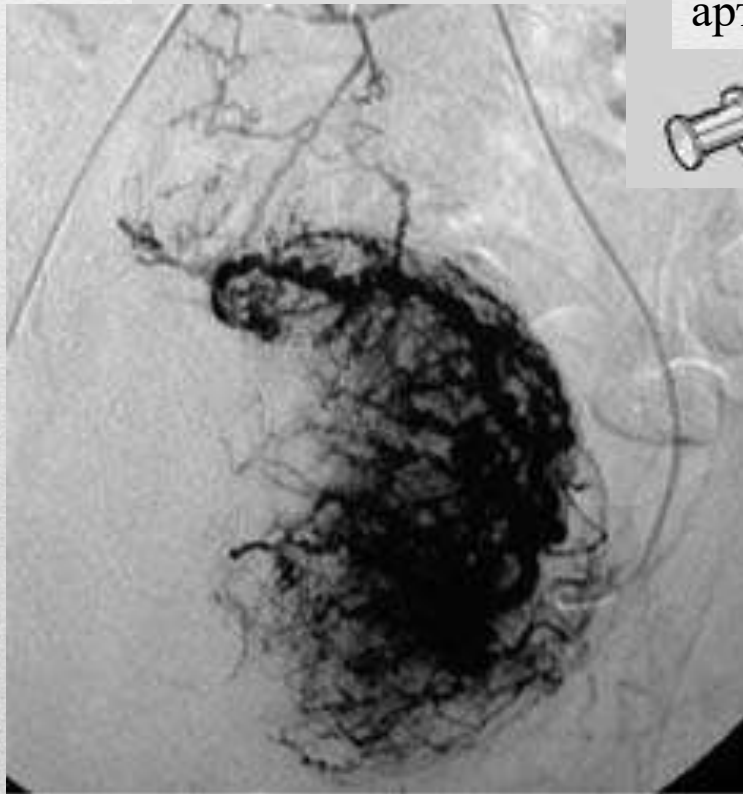
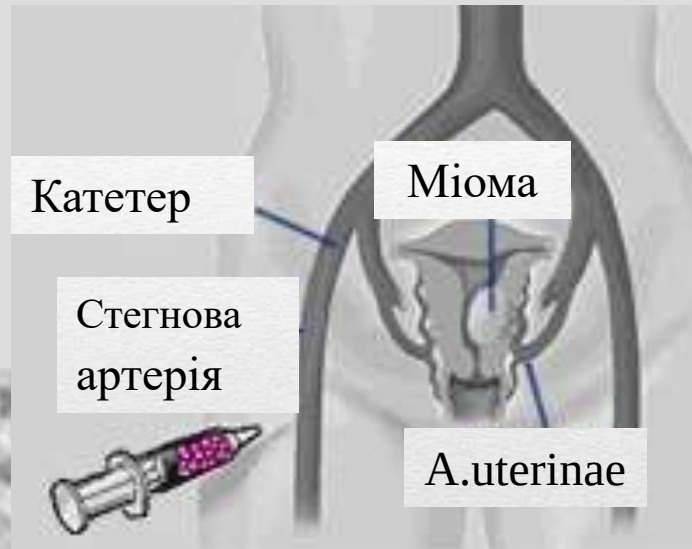
ГІСТЕРОСКОПІЯ – МІОМАРЕЗЕКЦІЯ



ГІСТЕРОСКОПІЯ – МІОМАРЕЗЕКЦІЯ



Рентгенендоваскулярна емболізація маткових артерій



УСКЛАДНЕННЯ ЛЕЙОМІОМ

1. Слабка васкуляризація пухлини, розвиток судин в капсулі вузла та стиснення судин капсули або судин ніжки пухлини → умови для розладу циркуляції в фіброміомі у вигляді варикозного розширення і тромбозів пухлини, геморагічних інфарктів та некрозів.

Частота дистрофічних та некротичних змін при фіброміомі від 15 до 40% і більше.

2. Набряк – гіалінове переродження стінок судин і гіалінізація вузла → однорідна хрящова речовина.

3. Тривалі порушення живлення → асептичний некроз.

4. Іноді розсмоктування окремих ділянок вузла, що призводить до утворення порожнини, що містить серозну рідину та залишки некротичних тканин – цистоміома.

5. Некроз фіброматозного вузла – 5-8% можливе нагноєння вузла.

6. Петрифікація вузлів (утворення кам'яної шкаралупи або відкладення солей в товщі вузла).

7. Рідко слизове (міксоматозне) або навіть жирове переродження.

8. Гіперплазія ендометрію.

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ФІБРОМІОМИ **МАТКИ**

Основним методом специфічної профілактики є попередження формування умов гормонального гомеостазу, при якому виникає локальна гіперестрогенія.

Серед особливих заходів:

профілактика небажаної вагітності;

систематична боротьба з хронічними стресовими випадками, які сприяють дії патологічних і психосоматичних факторів на геніталії;

раннє виявлення і своєчасна корекція лютеїнової недостатності;

повноцінна терапія загальних захворювань придатків матки;

широке застосування оральних контрацептивів та гестагенів як "підтримуючої" терапії при патологічних станах, які порушують локальний гормональний гомеостаз матки.

ДЯКУЮ

ЗА УВАГУ!