

А.И. Ищенко
М.А. Ботвин
В.И. Ланчинский

МИОМА МАТКИ

Этиология, патогенез,
диагностика, лечение



УДК 618.14-006.36

ББК 53.6+57.1

И98

Ищенко А.И., Ботвин М.А., Ланчинский В.И.

И98 Миома матки: этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.И. Ищенко, М.А. Ботвин, В.И. Ланчинский. — Москва: Издательский дом Видар-М, 2010. — 244 с.

ISBN 978-5-88429-131-7

В книге изложен современный взгляд на этиологию и патогенез миомы матки на основании достижений в области цитогенетики, молекулярной биологии, эндокринологии, иммунологии и сферы межклеточных взаимодействий. Приведены данные об эпидемиологии и факторах риска развития заболевания, освещены вопросы нормальной морфологии и морфопатологии гладкомышечных клеток матки и узлов миомы. Представлены международные и отечественные варианты классификации миомы матки, сведения о многообразии клинического течения заболевания, отражены показания к применению специальных методов исследования. Изложена техника различных методов хирургического лечения, альтернативных методов лечения, рассмотрены подходы к выбору консервативной терапии миомы матки.

Предназначена для врачей акушеров-гинекологов, хирургов, урологов, проктологов, преподавателей и учащихся высших медицинских учебных заведений.

УДК 618.14-006.36

ББК 53.6+57.1

ISBN 978-5-88429-131-7

© А.И. Ищенко, М.А. Ботвин,
В.И. Ланчинский, 2010

© «Издательский дом Видар-М», 2010

Оглавление

Список сокращений	5
Предисловие	6
Глава 1. Современные представления о миоме матки	9
1.1. Эпидемиология и факторы риска развития опухоли	9
1.2. Этиология и патогенез миомы матки	13
1.2.1. Генетика и молекулярная биология миомы матки	13
1.2.2. Роль половых гормонов	18
1.2.3. Роль факторов роста	21
1.2.4. Роль иммунной системы, апоптоза и процессов пролиферации	23
1.3. Морфология и морфогенез миометрия и миомы матки	25
1.4. Варианты классификации миомы матки как многообразие проявлений лейомиомы	30
Глава 2. Клиническая картина миомы матки	39
Глава 3. Диагностика. Методы обследования больных миомой матки	47
Глава 4. Методы лечения миомы матки	65
4.1. Консервативные методы лечения	66
4.2. Современные органосохраняющие хирургические и альтернативные методы лечения миомы матки	82
4.2.1. История зарождения хирургического лечения миомы матки	82
4.2.2. Хирургические доступы при оперативном лечении миомы матки	107
4.2.3. Лапаротомическая миомэктомия	110
4.2.4. Лапароскопическая миомэктомия	149
4.2.5. Минилапаротомическая миомэктомия	157
4.2.6. Трансвагинальная миомэктомия	162
4.2.7. Комбинированная лапарогистероскопическая миомэктомия	166
4.2.8. Альтернативные контактные и безконтактные методы лечения миомы матки (эмболизация маточных артерий, хирургия фокусированным ультразвуком, интерстициальная лазер-индуцированная термотерапия)	169

4.3. Радикальное хирургическое лечение миомы матки	181
4.3.1. Выбор доступа при радикальном хирургическом лечении миомы матки	181
4.3.2. Лапаротомическая надвлагалищная ампутация матки (субтотальная, супрацервикальная гистерэктомия)	183
4.3.3. Лапаротомическая экстирпация матки (тотальная гистерэктомия)	192
4.3.4. Радикальное хирургическое лечение при атипичном расположении узлов миомы	199
4.3.5. Влагалищная экстирпация матки	201
4.3.6. Лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки (субтотальная, супрацервикальная гистерэктомия)	207
4.3.7. Лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки (субтотальная, супрацервикальная гистерэктомия) с укреплением культи шейки матки (цервикопексия)	208
4.3.8. Лапаровагинальная экстирпация матки (тотальная гистерэктомия)	209
4.3.9. Лапароскопическая экстирпация матки (тотальная лапароскопическая гистерэктомия)	212
4.3.10. Лапароскопическая интрафасциальная экстирпация матки	214

Список литературы 218

Список сокращений

- а-ГнРГ – агонист гонадотропного релизинг-гормона
- ВПА – внутренняя подвздошная артерия
- ГМК – гладкомышечные клетки
- ГРС – гистерорезектоскопия
- ГСГ – гистеросальпингография
- ГнРГ – гонадотропный релизинг-гормон
- ИЛТТ – интерстициальная лазер-индуцированная термотерапия
- ИФР – инсулиноподобный фактор роста
- КТ – компьютерная томография
- ЛГ – лютеинизирующий гормон
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- ПВА – поливинилалкоголь
- СКТ – спиральная компьютерная томография
- ТФР- β – трансформирующий фактор роста β
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- ФНО – фактор некроза опухолей
- ФРФ – фактор роста фибробластов
- ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
- ЦДК – цветовое доплеровское картирование
- ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение
- ЭМА – эмболизация маточных артерий
- ЭФР – эпидермальный фактор роста
- ЭЦМ – экстрацеллюлярный матрикс
- Nd:YAG – иттрий-алюминиевый гранат на неодиме
- FUS – хирургия фокусированным ультразвуком

Предисловие

Настоящую книгу можно рассматривать как итог пятнадцатилетних исследований, проведенных на базах отделений оперативной гинекологии кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ММА им. И.М. Сеченова и клиники акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева – одной из первых специализированных клиник России по акушерству и гинекологии.

Зарождение медицинского факультета Московского университета совпало по времени с началом чтения И.Ф. Эразмусом в 1764–1765 гг. лекций по анатомии, хирургии и «бабичьему искусству», который и стал первым преподавателем акушерства в Московском университете. В дальнейшем видными учеными, преподавателями, практиками и пропагандистами медицинских достижений в акушерстве и гинекологии были такие известные врачи как С.Г. Зыбелин, В. М. Рихтер, А.И. Данилевский, В.П. Ризенко, М.В. Рихтер, В.И. Кох, А.Н. Рахманов, А.М. Макеев, Н.И. Побединский, В.Ф. Снегирев, А.П. Губарев, М.Л. Колосов, М.С. Малиновский, К.Н. Жмакин, В.И. Бодяжина, Л.С. Персианинов, Н.М. Побединский.

В разные времена в древних источниках, Гиппократом, R.L.K. Virchow сообщалось об узлах в матке, которые в настоящее время принято называть миомой матки. Сегодня каждая 4–5-я женщина в мире больна миомой матки. В настоящее время 80% женщин в возрасте 30–40 лет подвержены риску данного заболевания. Благодаря возросшим техническим диагностическим возможностям миому матки нередко обнаруживают в молодом возрасте (в 20 лет и раньше). И если учесть, что доклиническая стадия миомы матки составляет в среднем 8–10 лет, имеется возможность наблюдения, проведения профилактики и выбора оптимального лечения этого распространенного заболевания.

Хотя современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки основаны на достижениях цитогенетики, молекулярной биологии, эндокринологии, иммунологии, сферы межклеточных взаимодействий, тем не менее до настоящего времени остается большое количество белых пятен в данной области медицинской науки.

Значительный прогресс, достигнутый в последние годы в области молекулярной генетики и молекулярной биологии, позволяет ставить вопрос об идентификации генетических факторов и первичных молекулярных дефектов, приводящих к развитию и эволюции миоматозных изменений матки. Цитогенетический анализ биоптатов тканей миомы показал, что в 40–50% случаев миом при кариотипическом анализе у пациентов обнаруживаются различные хромосомные аномалии.

До настоящего времени неоднозначно оценивается роль половых гормонов, эстрогеновых и прогестиновых рецепторов в развитии миомы мат-

ки. Считается, что основная роль в возникновении и росте миомы принадлежит синергическому влиянию на миометрий эстрогенов, факторов роста и иммунореактивного инсулина. С другой стороны, многочисленные клинико-лабораторные исследования указывают на усиление митотической активности миометрия под воздействием прогестинов.

Под влиянием ростовых факторов, оказывающих локальное действие и обеспечивающих межклеточные взаимодействия, происходит гормональная стимуляция роста миоматозных узлов. В результате нарушения баланса процессов пролиферации и апоптоза в миометрии возникает очаговая (локальная) гиперплазия миометрия. Подтверждением этому является повышение экспрессии в лейомиоме протоонкогена *bcl-2* (ингибитор апоптоза) и *Ki-67* (регулятор клеточной пролиферации). Основными регулирующими системами пролиферации и апоптоза являются эндокринная и иммунная системы.

С развитием и внедрением новых технологий, основанных на фундаментальных исследованиях в различных областях науки, расширяются возможности диагностики миомы матки. Общепризнанным методом постановки диагноза миомы матки является ультразвуковое сканирование органов малого таза, а применение новых технологий – цветового доплеровского картирования, магнитно-резонансной и спиральной компьютерной томографии – позволяет диагностировать миому в 95–100% случаев. Однако к сожалению, такая грозная злокачественная опухоль матки, как саркома, чаще всего является неожиданной находкой в удаленных опухолях и ее дооперационная диагностики весьма актуальна.

Проблема лечения миомы матки до настоящего времени остается наиболее трудной и дискуссионной. Медленное, без выраженных клинических проявлений развитие заболевания длительное время служило основанием для пассивного наблюдения за больными до тех пор, пока не появлялись симптомы, требующие оперативного вмешательства. Выбор метода лечения определяется множеством факторов: особенностями патогенеза, формой и темпом роста опухоли, возрастом, отсутствием или наличием детей у женщины и т.д. Целью терапии является удаление опухоли (хирургическое лечение) либо торможение опухолевого роста и регресс новообразования (консервативное лечение).

Неоднозначен вопрос о гормонотерапии, которая имеет множество побочных влияний, «маскирует» мелкие узлы миомы, что затрудняет их обнаружение во время операции, носит временный эффект, к тому же, как правило, при отмене приема препарата возобновляется рост опухоли.

Хирургическое лечение – наиболее эффективный метод лечения миомы матки, которое заключается либо в энуклеации узлов, либо в удалении тела или всей матки. Наиболее анатомичным и оптимальным методом лечения женщин репродуктивного возраста является миомэктомия, осуществляемая из различных хирургических доступов: лапаротомического, лапароскопического или влагалищного. При большом количестве узлов и крупных размерах опухоли их удаляют через традиционный лапаротомический

разрез, при небольшом количестве миоматозных узлов с успехом используется лапароскопический доступ. При субмукозной миоме матки небольших размеров методом выбора считается влагалищный доступ. Однако до настоящего времени нет четких показаний для использования того или иного хирургического доступа или способа лечения. В последние годы появились альтернативные контактные и безконтактные методы лечения миомы матки: эмболизация маточных артерий, хирургия фокусированным ультразвуком, интерстициальная лазер-индуцированная термотерапия, лазерный миолиз.

Известно, что рецидивирование миомы или продолжение роста мелких узлов – довольно частое явление и встречается в 9–55% случаев. С другой стороны, многие женщины, даже пременопаузального периода, желая сохранить матку, категорически отказываются от радикальной операции. У большинства же больных миомой матки выполняются радикальные операции, связанные со значительной хирургической травмой, кровопотерей и утратой менструальной и репродуктивной функций. Поэтому сохранение матки и профилактика рецидива миомы, особенно у молодых женщин, должны быть одними из ведущих критериев при лечении данного заболевания женских половых органов.

Пусть эта книга станет посильным вкладом в решение проблемы здоровья российских женщин, от которых во многом зависит генетическое здоровье нации и народонаселение нашей страны.