

Самигуллина А.Э., Агайдаров Р.Д.

**ЖАТЫНДЫН ЛЕЙОМИОМАСЫ: ЗАМАНБАП
КЛАССИФИКАЦИЯЛАР (адабиятка сереп)**

Самигуллина А.Э., Агайдаров Р.Д.

**ЛЕЙОМИОМА МАТКИ: СОВРЕМЕННЫЕ
КЛАССИФИКАЦИИ (обзор литературы)**

A.E. Samigullina, R.D. Agaydarov

**LEIOMYOMA OF THE UTERUS: MODERN
CLASSIFICATION (literature review)**

УДК: 618.3: 618.14-006.36-089

Макалада заманбап классификация көрсөтүлгөн, алар акушер-гинекологдордун ишине киргизилген жана жатындын миомасы менен ооруган бейтаптарга адистеширилген медициналык жардам көрсөтүүнүн көлөмүн жана деңгээлин аныктап, аялдарды жүргүзүүнүн тактикасын негиздөөгө мүмкүндүк берүүчү каражат болуп саналат. Азыркы дүйнөдө, ар кандай деңгээлдеги жатындын миомасы менен ооруган бейтаптарга медициналык жардам көрсөтүүнүн көптөгөн классификациялары бар, көрсөтүлгөн кызматтардын зарыл көлөмүн жана тактикасын аныктоого мүмкүндүк берет, ал эми изилдөөчүлөр үчүн бул патологиянын маңызын кыйла терең түшүнүүгө болот. Бул макалада көптөгөн классификациялардын ичинен, биз алардын айрымдарын карадык, көбүнчө практикада колдонулуучусун. Изилдөөчүлөргө, мындай көптөгөн классификациялар ушул багыттагы иштерди иликтөөгө жана улантууга көп кырдуу мамиле кылууга мүмкүндүк берет. Классификациялар статистика органдарына гана оорунун учурларын эсепке алууга эмес, түйүндөрдүн локализациясын эске алуу менен оорунун түзүмүн көзөмөлдөөгө да мүмкүндүк берет. Бирок, сапаттуу саламаттыкты сактоого түйүндү локалдаштырууну аныктоо жетиштүү эмес, ал эми акыркы өсүш багытын түшүнүү маанилүү, анткени дал ушул себептен жатындын миомасы менен ооругандардын тактикасы көз каранды, ошондой эле хирургиялык коррекциялоо ыкмасын тандоо жөнүндө маселени чечүү.

Негизги сөздөр: классификациялоо, жатындын лейомиомасы, ишик, залалдуу ишиктер, миоматоздук түйүн, хирургиялык ыкма, аялдар.

В статье представлены современные классификации, которые внедрены в работу акушеров-гинекологов и являются инструментом, позволяющим обосновать тактику ведения женщин в зависимости от объема и уровня оказания специализированной медицинской помощи пациентке с миомой матки. В современном мире для врачей различного уровня оказания медицинской помощи пациенткам с миомой матки существует множество классификаций, позволяющих определить тактику ведения и необходимый объем оказываемых услуг, а для исследователей более глубокое

представление сущности данной патологии. Из множества классификаций в данной статье нами рассмотрены некоторые из них, наиболее часто применяемые в практике. Исследователям, такое множество классификаций позволяет многогранно подойти к изучению и продолжению работ в данном направлении. Классификации позволяют не только органам статистики вести учет случаев заболевания, но и отследить структуру заболевания учитывая локализацию узлов. Однако, для качественной медицинской помощи недостаточно только определить локализацию узла, но и важно понять направление роста последнего, так как именно от этого зависит тактика ведения пациентов с миомой матки, а также решение вопроса о выборе хирургического метода коррекции.

Ключевые слова: классификация, лейомиома матки, опухоль, доброкачественная опухоль, миоматозный узел, хирургический метод, женщины.

The article presents modern classifications that are implemented in the work of obstetricians and gynecologists and are a tool that allows you to justify the tactics of women's management, depending on the volume and level of specialized medical care for a patient with uterine fibroids. In the modern world, for doctors of various levels of medical care for patients with uterine fibroids, there are many classifications that allow you to determine the management tactics and the necessary amount of services provided, and for researchers a deeper understanding of the essence of this pathology. Of the many classifications in this article, we have considered some of them, which are most often used in practice. Researchers, such a set of classifications allows a multi-faceted approach to the study and continuation of work in this direction. Classifications allow not only statistical agencies to keep records of cases, but also to track the structure of the disease, taking into account the localization of nodes. However, for high-quality medical care, it is not enough to determine the location of the node, but it is also important to understand the direction of growth of the latter, since this is what determines the tactics of managing patients with uterine fibroids, as well as the decision on the choice of a surgical method of correction.

Key words: classification, uterine leiomyoma, tumor, benign tumor, myomatous node, surgical method, women.

Лейомиома матки – это моноклональная доброкачественная гладкомышечная опухоль, растущая из незрелых миоцитов стенки сосудов матки. Кроме того, исследователями отмечается, что миома матки гормонозависимая, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, возникающая из гладкомышечных клеток матки с последующим фиброзированием в условиях тканевой гипоксии [1].

В научной литературе существует несколько определений для этой доброкачественной опухоли матки: «миома», «фибромиома», «фиброма» и другие, однако в современной гинекологии был выбран именно термин «лейомиома» как наиболее правомочный [2].

В современном мире для врачей различного уровня оказания медицинской помощи пациентам с миомой матки существует множество классификаций, позволяющих определить тактику ведения и необходимый объем оказываемых услуг, а для исследователей более глубокое представление сущности данной патологии.

Из множества классификаций нами рассмотрены некоторые из них, наиболее часто применяемые в практике.

Врачи практического здравоохранения при постановке диагноза ориентируются на МКБ-10 (Международную классификацию болезней), согласно которой лейомиома матки кодируется как - D25 Лейомиома матки, которая в свою очередь подразделяется на:

- D25.0 Подслизистая лейомиома матки;
- D25.1 Интрамуральная лейомиома матки;
- D25.2 Субсерозная лейомиома матки;
- D25.9 Лейомиома матки неуточненная.

Данная классификация позволяет не только органам статистики вести учет случаев заболевания, но и отследить структуру заболевания учитывая локализацию узлов, а также определить тактику и объем специализированной медицинской помощи для данного контингента женщин.

Однако для качественной медицинской помощи недостаточно только определить локализацию узла, но и важно понять направление роста последнего, так как именно от этого зависит тактика ведения пациентов с миомой матки.

Поэтому классификация, основанная на определении локализации и направлении роста узла при миоме матки, расширяет представление и прогнозирует тактику терапии у данной категории женщин [3], по данной классификации различают:

- *Субсерозную* (подбрюшинную) миому матки;
- на ножке (на тонком основании);

- на широком основании.

К подбрюшинным миомам матки относят также интралигаментарные миомы, исходящие из боковой поверхности матки и растущие между листками широкой маточной связки.

- *Интерстициальную* (межмышечную):

- узел смещается в сторону полости матки (центрипетальный рост узлов);

- узел смещается в сторону брюшной полости (центрофугальный рост узлов).

- *Субмукозную* (подслизистую):

- на ножке (на тонком основании);

- на широком основании.

В свою очередь ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) в 2003 году рекомендовала классификацию [4], основанную на степени дифференцировки миоматозных узлов:

- Лейомиома неуточненная (8890/0)

Гистологические варианты:

- митотически активный вариант
- клеточный вариант (8892/0)
- геморрагический клеточный вариант
- эпителиоидный вариант (8891/0)
- Миксоидный вариант (8896/0)
- Атипический вариант (8893/0)
- Липолейомиоматозный вариант (8890/0)

Варианты роста:

- диффузный лейомиоматоз (8890/1)
- расслаивающая лейомиома
- внутривенный лейомиоматоз (8890/1)
- метастазирующая лейомиома (8898/1)

Кроме того, для уточнения *гистологического* строения миоматозного узла матки существует классификация, раскрывающая особенности клеточной составляющей:

- простая миома;
- пролиферирующая миома;
- митотически активная;
- клеточная;
- миома с гормон-индуцированными изменениями;
- атипическая (причудливая);
- эпителиоидная; миксоидная;
- сосудистая;
- миома с другими клеточными элементами;
- миома с гемопоэтическими клетками;
- диффузный лейомиоматоз и гиперплазия эндометрия;
- расслаивающая лейомиома;
- внутривенный лейомиоматоз;
- доброкачественная метастазирующая лейомиома;

- перитонеальный леймиоматоз.

Самой последней и рекомендуемой для акушеров-гинекологов является классификация FIGO (2011), которая описывает 8 типов миомы, а также гибридный класс (сочетание двух типов миомы) (рис. 1). Поскольку различные типы миомы нередко развиваются одновременно (в зависимости от локализации), данная классификация отражает более характерное распространение миомы в виде «карты».

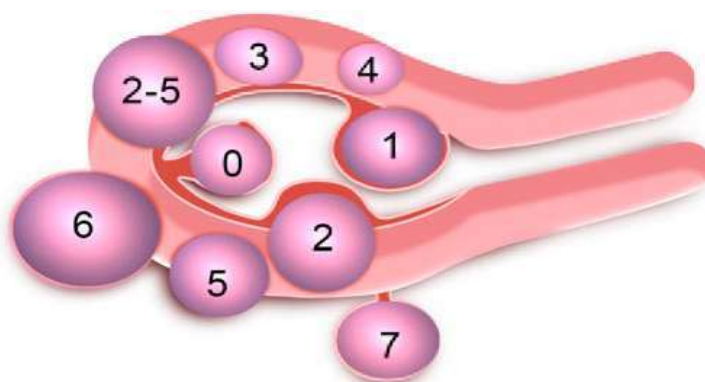
Как видно из рисунка 1, FIGO (Международная федерация по гинекологии и акушерству) при разработке своей классификационной системы рассмотрела несколько вопросов, а именно: отношение миомы к эндометрию и серозе; расположение миомы в матке (верхний сегмент, нижний сегмент; шейка, передняя, задняя или боковые стенки); размер поражения; количество поражений [5].

Для врача клинициста важно точное расположение миоматозного узла в матке, поэтому критерием

диагностики рекомендуется использовать УЗИ (ультразвуковое исследование), которое на сегодняшний день является «золотым стандартом» и позволяет получить подтверждение локализации и количество узлов.

Классификация представлена следующим образом:

- 0 = внутрисполостная, на ножке;
- 1 = субмукозная, <50% интрамуральная;
- 2 = субмукозная, ≥50% интрамуральная;
- 3 = контактирующая с эндометрием, 100% интрамуральная;
- 4 = интрамуральная;
- 5 = субсерозная, ≥50% интрамуральная;
- 6 = субсерозная, <50% интрамуральная;
- 7 = субсерозная на ножке;
- 8 = другие варианты.



**Leiomyoma
subclassification
system**

Рис. 1. Классификация миомы матки.

Если указаны две цифры (например, 2-5), то первая цифра обозначает связь с эндометрием, а вторая цифра – связь с серозной оболочкой (например, 2-5 = субмукозная и субсерозная, в каждом случае менее половины диаметра расположено в эндометрии и брюшной полости соответственно).

Данная классификационная система позволяет практическому врачу отделить миому матки, деформирующую полость матки, от других ее форм, с точки зрения клинических проявлений именно подслизистые миоматозные узлы чаще вызывают аномальные маточные кровотечения, изнуряющие женщин фертильного возраста.

Следующая, представленная нами, классификация была разработана и предложена в 1993 году группой ученых во главе с Wamsteker К. для облегчения выбора хирургической тактики, объема и метода терапии, учитывая, что при оперативном лечении в повседневной практике хирурги сталкивались с различными техническими трудностями, связанными с глубокой пенетрацией миоматозных узлов матки [6].

Классификация, позволяющая отделить субмукозные миоматозные узлы от других, с более детальным рассмотрением различных узловых поражений, направлена на помощь врачу в решении клинических случаев и определения тактики ведения пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Классификация Wamsteker миом матки

SM - субмукозные	0	Внутриполостная миома на ножке
	1	<50% интрамуральная
	2	>50% интрамуральная
O - другие	3	Контактирующая с эндометрием, 100% интрамуральная
	4	Интрамуральная
	5	Субсерозная >50% интрамуральная
	6	Субсерозная <50% интрамуральная
	7	Субсерозная миома на ножке
	8	Другие (специфические – шеечные, «паразитические» и т.д.)
Гибридные	Два номера, указанные через дефис в первую очередь, указывают на отношение к эндометрию, во вторую – к серозе	

Данная классификация была одобрена и рекомендована к использованию ESGE (Европейским обществом гинекологической эндоскопии), для хирургов появился инструмент, благодаря которому стало возможным оценить вероятность полного или неполного удаления подслизистой миомы матки, провести предоперационную подготовку и оценить вероятный объем при гистероскопической миомэктомии.

Однако, при высокой корреляции с продолжительностью и сложностью оперативного вмешательства данная классификация не помогает в прогнозировании завершенности миомэктомии и не эффективна при узлах с пенетрацией менее 50,0%.

Данные обстоятельства послужили продолжением исследований, позволяющих многогранно оценить возможности для врача хирурга при проведении миомэктомии и в 2005 году Lasmar R.B. с соавторами, предложили новую доработанную классификацию (STEPW) для подслизистых миом матки, в которой были рассмотрены пять параметров, такие как: размер, расположение (топография), ширина основания по отношению к стенке матки и степень пенетрации в миометрий [7].

При этом авторами было проведено предварительное исследование 62 гистероскопических миомэктомий, которое выявило, что предложенная классификация STEPW имеет большую статистически значимую корреляцию с исходом хирургического вмешательства в сравнении с системой ESGE.

Классификация STEPW включает в себя следующие пять параметров (табл. 2):

1. *Размер:*

– оценка 0 баллов - наибольший диаметр, найденный с помощью любого метода визуализации,

когда размер узла составляет 2,0 и менее сантиметров;

- оценка 1 балл - если размер узла 2,1–5,0 см;

- оценка 2 балла - если размер >5 см.

2. *Расположение* (топография) - определяется третья полости матки, в которой находится миома:

- оценка 0 баллов - нижняя треть матки;

- оценка 1 балл - средняя треть матки;

- оценка 2 балла - верхняя треть матки.

3. *Ширина основания:*

- оценка 0 баллов - миома занимает треть стенки матки или менее;

- оценка 1 балл - если миома занимает от одной трети до двух третей;

- оценка 2 балла - если миома вовлекает более двух третей стенки матки.

4. *Проникновение* (пенетрация) миоматозного узла в миометрий:

- оценка 0 баллов - если узел полностью находится в полости матки;

- оценка 1 балл - если большая часть узла находится в полости матки;

- оценка 2 балла - если большая часть узла расположена в миометрии.

5. *Стенка* матки: если миома расположена по боковой стенке матки, то к балльной оценке добавляют один дополнительный балл независимо от трети полости расположения в матке.

При этом, максимально возможная общая оценка - 9 баллов. Когда у пациента выявляется более одного субмукозного узла, то каждый следующий субмукозный узел имеет свою собственную индивидуальную оценку.

Таблица 2

Классификация STEPW субмукозных миом матки.

Балл	Размер	Расположение	Ширина основания	Пенетрация	Боковая стенка
0	<2 см	Низкое	<1/3	0	+1
1	>2-5 см	Среднее	>1/3-2/3	<50,0%	
2	>5 см	Высокое	>2/3	>50,0%	
Оценка баллов					Всего баллов

После подсчета итогового балла авторами предложено включение пациента в группу, на основании которой и будет определена хирургическая тактика (табл. 3).

Таблица 3

Терапевтические возможности хирургической терапии субмукозной миомы матки.

Оценка	Группа	Сложность и возможности терапии
0-4	I	Низкая сложность гистероскопической миомэктомии
5-6	II	Высокая сложность гистероскопической миомэктомии Рассматривается двухэтапная гистероскопическая миомэктомия
7-9	III	Рассматриваются альтернативы гистероскопической технике

Лечебная тактика для пациентов при определении группы (I, II или III) зависит от узла с максимальным количеством баллов, данная классификация в отличие от классификации ESGE позволяет с большей степенью вероятности предсказать будет ли гистероскопическая миомэктомия субмукозно расположенного узла частичной или полной.

Для врачей практического здравоохранения вышеперечисленные классификации служат инструментом, позволяющим обосновать и предложить пациентке с миомой матки индивидуально ориентированную тактику наблюдения, а при необходимости и объем лечения.

Исследователям, такое множество классификаций позволяет многогранно подойти к изучению и продолжению работ в данном направлении.

Литература:

1. Грищенко Я.В. Миома матки в современном мире: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения [Текст] / Я.В. Грищенко, О.Д. Константинова, С.В. Черкасов // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. - 2012. - №3. - С. 2-19.
2. Malcolm G. Munro. The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them? / G. Munro Malcolm, O.D. Critchley Hilary, S. Fraser Ian // American Journal of Obstetrics & Gynecology. - 2012. - P. 259-265.
3. Козаченко А.В. Беременность и миома матки [Текст] / А.В. Козаченко, С.Н. Буянова, И.А. Краснова // Акушерство и гинекология. - 2015. - №2. - С. 61.
4. WHO classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. – Lyon: IARC Press. - 2003.
5. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация [Текст] / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук, Л.Д. Белоцерковцева с соавт. // Клинические рекомендации (протокол лечения). - Москва. - 2015. - С. 34-41.
6. Wamsteker K. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension / K.Wamsteker, M.H. Emanuel, J.H.de Kruijff // Obstet Gynecol. - 1993. - V.82 (5). - P.736-740.
7. Lasmar R.B. Submucous fibroids: a new presurgical classification to evaluate the viability of hysteroscopic surgical treatment-preliminary report / R.B. Lasmar, P.R. Barrozo, R. Dias, M.A. Oliveira // J Minim Invasive Gynecol. - 2005. - №12. - P.308-311.