



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

AS Ida-Tallinna Keskhaigla
Ravi 18, 10138 Tallinn
Rg-kood 10822068
Tel 666 1900
E-post info@itk.ee
www.itk.ee

Миома матки или фиброма матки

Цель данного информационного листка – познакомить пациентку с характером, симптомами и вариантами лечения миомы матки.

Миома матки (также называемая фибромой) представляет собой доброкачественную опухоль, исходящую из мышц матки (гладкой мышечной ткани). Миомы могут расти в полости матки (субмукозные миомы), в стенке матки (интрамуральные миомы) или на наружной стороне матки (субсерозные миомы) и иметь различные размеры и форму. Миома матки является наиболее распространенной доброкачественной опухолью, встречающейся примерно у 30-35% женщин, хотя не все миомы матки вызывают симптомы.

Причины миомы матки неизвестны. Считается, что образование миомы может быть связано с соотношением женских гормонов (эстрогена и прогестерона). Избыток эстрогена по отношению к прогестерону способствует образованию, росту и развитию миомы. Например, миомы обычно увеличиваются во время беременности или терапии препаратами эстрогена. С наступлением менопаузы, когда уровень женских гормонов в крови снижается, рост миомы замедляется и возможна регрессия узла миомы. Таким образом, возраст женщины на момент наступления первой менструации, наследственные факторы, образ жизни, количество беременностей – все это влияет на риск развития миом.

Миомы матки различаются по размеру, они могут быть микроскопическими или достигать нескольких десятков сантиметров. Жалобы пациентки обычно зависят от размера и расположения миоматозного узла. Большинство миом имеют небольшие размеры и не вызывают жалоб. Чем больше миоматозный узел или чем больше различных узелков, тем тяжелее могут быть симптомы.

Жалобы

Более распространенной жалобой является обильная менструация, которая может привести к анемии. Менструация считается обильной, если в час приходится менять более одной большой прокладки или менструация длится дольше 7 дней. Обильная менструация чаще встречается при субмукозных миомах. Кровотечение обусловлено увеличенной площадью слизистой оболочки и нарушением сокращений матки во время менструации.

Крупный миоматозный узел может оказывать давление на соседние органы. При сдавливании окружающих нервов миома может вызывать боль в нижней части живота. Расположение фибромиомы по отношению к другим органам брюшной полости может вызывать различные жалобы. Если миома давит на мочевой пузырь, могут возникнуть нарушения мочеиспускания: недержание мочи, частое мочеиспускание и затрудненное мочеиспускание. Если миома давит на кишечник, могут возникнуть запоры. Если миома давит на окружающие вены, в малом тазу развивается венозный застой, что может привести к отеку ног из-за нарушения оттока крови.

Миома может располагаться на «ножке». В более редких случаях такой миоматозный узел, расположенный на «ножке», может обвивать собственную «ножку» и вызывать сильную боль в животе, поскольку в миоматозном узле возникают нарушения кровоснабжения.

Миоматозный узел в полости матки по мере продвижения к цервикальному каналу может вызывать схваткообразные боли внизу живота, напоминая родовые, и становится видимым в цервикальном канале. Это называется рождающимся миоматозным узлом.

Миоматозные узлы, которые влияют на форму полости матки, могут вызвать проблемы с беременностью. Хотя при фибромиоме матки может чаще происходить прерывание беременности, это, скорее всего, связано с более поздним возрастом, а не с миомой.

Хотя миомы часто увеличиваются во время беременности, в большинстве случаев беременность протекает без осложнений. Осложнением при родах может стать большая, чем обычно, кровопотеря из-за нарушения способности матки сокращаться после родов.

Исследования

Диагностика начинается со сбора анамнеза и осмотра пациентки. Врач может заподозрить миому, если при осмотре матка большего размера или отличается по форме от обычной. Миомы обычно диагностируются с помощью ультразвукового исследования. При необходимости для уточнения диагноза необходимо провести КТ или МРТ.

Для диагностики субмукозных миоматозных узлов может понадобиться дополнительное ультразвуковое исследование с контрастным веществом или физиологическим раствором, что позволит более четко выявить на изображении узлы, распространяющиеся в полости матки.

Лечение

При отсутствии жалоб или в случае небольших миоматозных узлов лечение не всегда необходимо. С наступлением менопаузы миомы, как правило, перестают расти и даже могут уменьшаться в размерах. В случае симптоматических миоматозных узлов выбор стоит между медикаментозным и хирургическим лечением. На выбор метода лечения влияют как размер, количество, так и расположение миоматозных узлов, а также от того, планируется ли в будущем беременность.

Медикаментозное лечение – как правило, симптоматическое, миоматозные узлы нельзя удалить с помощью лекарств. Как правило, применяют гормональную терапию, чаще гормональные противозачаточные препараты. Цель – уменьшить количество менструальной крови и остановить рост миомы. Медикаментозное лечение также включает, при необходимости, заместительную терапию препаратами железа при анемии и обезболивание нестероидными противовоспалительными препаратами (например, ибупрофен или напроксен).

Хирургическое лечение – хирургическое лечение необходимо, если миоматозный узел большой и/или имеются существенные симптомы. При хирургическом вмешательстве удаляют либо только миоматозный узел (узлы) с сохранением матки (миомэктомия), либо всю матку вместе с миоматозным узлом (узлами)(гистерэктомия). Если женщина планирует в будущем беременность, при возможности врач обязательно постарается сохранить матку.

Удаление миомы является эффективным методом лечения, но не защищает от развития новых миоматозных узлов.

Миоматозные узлы могут быть удалены как лапароскопически, так и путем лапаротомии (открытая операция). Выбор метода операции зависит от размеров, локализации и количества миоматозных узлов.

Гистероскопия позволяет удалить более мелкие субмукозные миоматозные узлы, в случае более крупного узла ее при необходимости проводят несколько раз.

Риски

Самый большой риск при миомэктомии – это кровотечение во время или после операции.

Если женщина забеременеет после миомэктомии, то есть риск разрыва маточной мышцы в области рубца. В литературе также можно встретить случаи, когда во время наступления беременности плацента крепиться на рубце миомэктомии – так называемая рубцовая беременность.

После миомэктомии иногда безопаснее рожать путем кесарева сечения (если травма миометрия была обширной или во время операции была вскрыта полость матки). Хирург, оперировавший миому, всегда может дать рекомендации по выбору оптимального метода родоразрешения в случае успешного зачатия.

У пациентки, которая не хочет рожать, возможно удаление миомы вместе с маткой – гистерэктомия (см. подробнее в информационном материале для пациентов «Гистерэктомия»). Риск кровотечения при этом виде операции ниже по сравнению с миомэктомией.

ИТК1193

Данный информационный материал утвержден комиссией по качеству медицинских услуг Восточно-Таллиннской центральной больницы 21.02.2024 (протокол № 4-24).