УДК 618.14-006.36-071-08

Б.Т. Баусадькова

КГКП «Консультативно-диагностическая поликлиника №3», г. Семей

МИОМА МАТКИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**Аннотация**

В данной статье раскрываются вопросы диагностики, лечения миомы матки – гормонально-зависимой опухоли, встречающейся у каждой 4-5 женщины репродуктивного возраста и составляющей 90% всех опухолевых гинекологических заболеваний. Автором описаны часто встречающееся расположение миомы, типичные симптомы, эхографические признаки на ультразвуковом исследовании, показания к консервативному и оперативному лечению.

Ключевые слова: миома, диагностика, консервативное и оперативное лечение.

Миома матки – (также фибромиома, лейомиома) – это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки – миометрии.

Миома матки считается гормонально-зависимой опухолью. Это самая распространенная опухоль у женщин. В возрасте старше 35 лет миома матки выявляется у каждой 4-5 женщины. В возрасте 36-55 лет миома матки составляет 90% всех опухолевых гинекологических заболеваний.

Миома представляет собой клубок хаотично переплетающихся между собой гладко-мышечных волокон и обнаруживается в виде узла округлой формы. Узлы миомы могут достигать больших размеров и веса в несколько килограммов. Большинство узлов имеют диаметр от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

По расположению узлов в матке выделяют:

- подслизистую (субмукозную);
- межмышечную (интерстициальную, интрамуральную);
- подбрюшинную (субсерозную);
- межсвязочную (интралигаментарную) и шеечную миому.

Наиболее часто (95%) встречается межмышечная миома с расположением узлов в области дна и тела матки. Подслизистые узлы встречаются относительно редко, иногда имеют тонкую ножку и могут опускаться из матки в шейку или во влагалище, в этом случае говорят о «рождающемся» узле миомы.

Подбрюшинный узел также может иметь основание меньшего диаметра, чем сам узел, в этом случае употребляют термин «узел на ножке».

По течению миома бывает симптомной и бессимптомной. Бессимптомное течение более характерно для небольшой одиночной или множественной миомы с межмышечным и подбрюшинным расположением.

Наиболее типичные симптомы миомы матки:

- межменструальные кровотечения (меноррагии);
- чувство давления и боли в низу живота, боли, как правило, возникают во время менструаций и носят схваткообразный характер, но могут быть постоянными. А также боль может иметь внезапный режущий характер, что отмечается при редком осложнении – перекруте ножки подбрюшинного узла. К более редким симптомам миомы матки относят бесплодие и нарушение функции соседних органов: мочевого пузыря и прямой кишки.

Для диагностики миомы матки наиболее информативным методом является ультразвуковое исследование (трансабдоминальным и трансвагинальным) методами при которых миома матки обнаруживается в виде округлых очагов пониженной эхогенности (имеющих менее плотную структуру, чем миометрий).

Основные эхографические признаки миомы матки: - увеличение размеров матки;

- деформация контуров матки; округлая или овоидная форма патологического образования миометрия; четкие и ровные контуры узла; сниженная эхогенность;

- структура однородная у «молодых узлов» по мере роста становится все более неоднородной за счет перемежающихся гипо-изо-гиперэхогенных участков различной формы и размеров;

- при длительном динамическом наблюдении - возникновение дегенеративных изменений;

- достоверным признаком миомы является обнаружение в матке узла.

Правильную округло – овальную форму опухоли можно объяснить наличием тонкой соединительно-тканной псевдокапсулы, а также щели на границе с контактным миометрием, заполненной межклеточной жидкостью. По мере роста миомы форма узла может изменяться, однако четкий и ровный контур сохраняется.

При цветовом картировании миомы матки отмечается васкуляризация узла как по периферии за счет питающих сосудов, так и внутриопухолевых, развившихся в результате ангиогенного фактора опухолевых клеток.

Васкуляризация питающих сосудов составляет от 44 до 91%, а внутриопухолевых от 7,5 до 69%.

Внедрение в практику трехмерной эхографии позволяет в 95% правильно диагностировать субмукозную миому, а в случаях множественных узлов различной локализации, точность диагностики составляет 96% по сравнению с данными лапароскопии и гистероскопии.

С наступлением постменопаузы миома в 85-90% случаев претерпевает регресс, размеры узлов уменьшаются, в структуре преобладают соединительно-тканые компоненты, в связи, с чем эхогенность может значительно повышаться, псевдо капсула петрифицируется.

Измерение матки пораженной миомой, следует проводить по общепринятой методике с определением длины, передне-заднего размера и ширины. Если имеется единичный субсерозный узел, то обязательно указывается, с ним или без него было проведено измерение матки. Для оценки размеров миомы удобнее пользоваться определением среднего диаметра, рассчитанного как средняя величина трех взаимно перпендикулярных линейных размеров узла.

Если в ультразвуковом приборе имеется функция определения объема, то более точным будет измерение объема опухоли, что в дальнейшем позволит правильно оценить динамику роста. В тех случаях, когда имеется множественная миома, целесообразно указать локализацию, размеры, структуру и эхогенность наибольшего узла, по которому следует проводить динамическое наблюдение. И оперативное лечение, которое определяет лечащий врач-гинеколог. Врач УЗИ проводит обследование больных раз в полгода с целью определения количества узлов, их размеров, локализации, структуры и эхогенности, отмечая в протоколе динамические изменения, позволяющие клиницисту выработать адекватную тактику ведения. Хирургическому удалению миомы подвергаются от 50 до 70% больных, при этом гистерэкто-

миою проводят 81-92%, а реконструктивно-пластические операции только 8-19%.

Консервативное лечение, проводимое в репродуктивном возрасте, сразу после выявления миоматозных узлов небольших и средних размеров, позволяет в ряде случаев затормозить дальнейший рост опухоли, предупредить операции по удалению матки, сохранить возможность родить ребенка.

Показания к консервативному лечению:

- молодой возраст пациентки (репродуктивный и пременопаузальный)
- небольшие размеры миоматозно измененной матки (до 10 недель беременности)
- межмышечное расположение миоматозных узлов
- относительно медленный рост миомы.
- отсутствие деформации полости матки

Достаточно широко внедряются гормональные препараты: чистые гестагены, антипрогестины, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. Применение этих лекарственных средств приводит к статистически достоверному уменьшению размеров матки и узлов, а также толщины эндометрия. При ЦДГ отмечается уменьшение васкуляризации миомы и значительное повышение сосудистого сопротивления как в сосудах опухоли, так и в ветвях маточных артерий.

Имеются сведения, что лучшему эффекту гормональной терапии подвергаются гипervasкуляризированные миомы, в то время как в гиповаскулярных чаще возникал гиалиноз.

Подготовка к операции с помощью А-ГНРГ дает возможность проводить щадящие органосохраняющие операции и уменьшить объем кровопотери.

Органосохраняющие операции: лапароскопическая миомэктомия; гистероскопическая миомэктомия; лапаротомия с миомэктомией; эмболизация маточных артерий.

Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки): лапаротомическая; влагалищная; лапароскопическая.

Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутиация матки): лапаротомическая; влагалищная; лапароскопическая.

Показания к хирургическому лечению:

- подслизистая локализация миоматозного узла, большие размеры миоматозно измененной матки (общая величина соответствует матке 14 недельного срока беременности), маточные кровотечения, сопровождающиеся хронической гипохромной анемией, быстрый рост опухоли;
- острое нарушение питания миомы (перекрут ножки субсерозного узла, некроз опухоли);

- кишки (интралигаментарная, ретроцервикальная миома,

- узел располагающийся в предпузырной клетчатке);
- наличие миоматозного узла в области трубного угла матки, который является причиной бесплодия, шейечная и шейечно-перешеечная локализация;
- нерегрессирующая и растущая миома матки в постменопаузальном возрасте.

Рост фибромиомы усиливается в возрасте 35-45 лет, когда снижается функциональная активность яичников и их чувствительность к гормонам, возникает хроническое функциональное напряжение систем регуляции (нейроэндокринной, гормональной, иммунной) и чаще всего нарушается гомеостаз (внутреннее равновесие организма).

Объем оперативного вмешательства зависит от многих факторов: клинических проявлений, расположения и размеров узла; возраста больной и ее желания сохранить репродуктивную функцию.

У женщин перименопаузального возраста при наличии миомы больших размеров чаще всего выполняется радикальная операция: тотальная или субтотальная гистерэктомия.

Симптоматическая терапия: для уменьшения выраженности кровотечений при миоме матки применяют гемостатики.

При болевом синдроме назначают нестероидные противовоспалительные препараты. Также используют препараты, направленные на лечение патологических состояний которые могут содействовать росту миомы матки патология щитовидной железы воспалительные процессы гениталий и на нормализацию обмена веществ (антиоксиданты, антиагреганты, поливитамины).

Из средств народной медицины при миоме эффективны свежеприготовленные соки, содержащие много калия (из картофеля, абрикосов, слив, персиков).

Литература:

1. Озерская И.А. Эхография в гинекологии - М.: Медика, 2009. - 292 с.
2. Лихачев. В.К. Практическая гинекология. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1997. - 224 с.
3. Малевич К.И., Русакевич П.Р. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях - Минск, Вышэйшая школа, 1994, - 368 с.
4. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Опухоли женской репродуктивной системы. 2007. №4: С. 23-24.
5. Краснопольская К.В., Сичинава Л.Г., Калугина А.С. Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров // Акуш.и гин. - 2000; 1: - С. 56-58;

Тұжырым

ЖАТЫР МИОМАСЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Б.Т. Баусадыкова

Семей қ. №3 Консультативті – диагностикалық емхана мекемесі

Осы мақалада репродуктивті жастағы 4-5 әйелде кездесетін және гинекологиялық аурулардың барлығының 90% құрайтын, жатыр миомасы - гормоналды – тауелді ісікті диагностикалау, емдеу сұрақтары ашылған. Автормен жиі кездесетін миоманың орналасуы, әдеттегі симптомдар, ультрадыбыстық зерттеулердегі эхографиялық белгілер, консервативтік және шұғыл емдеуге көрсетулер сипатталған.

Негізгі сөздер: миома, диагностика, консервативтік және шұғыл емдеу.

Summary

UTERINE FIBROID. DIAGNOSTIC AND TREATMENT

B.T. Bausadykova

PSCE «Diagnostic policlinic №3», Semey

In the present article uncovers the diagnostic questions of hysteromyoma treatment – hormone dependent growth detected by every 4-5 childbearing age woman and composing 90% of all oncotic gynecopathy. Author describes ordinary setup of myoma, typical symptoms, sonographic sign at echographia, indications for conservative and operative treatment.

Key words: myoma, diagnostic, conservative and operative treatment.