С такой гинекологической проблемой как фиброма матки рано или поздно сталкивается практически каждая женщина. Признаки, темпы развития, характер роста узлов и врачебная тактика настолько индивидуальны, что простому обывателю порой тяжело сформировать общее понятие об этом заболевании. Насколько оно опасно, что собой представляет, как проявляется и лечится, - на все эти вопросы вы получите ответы из материала этой статьи.

Фиброма матки – доброкачественная, очень редко малигнизирующаяся, неэпителиальная опухоль. Болеют молодые женщины возрастом от 30 до 45 лет. Перерождение фибромы в рак наблюдается лишь в 1% клинических наблюдений при подслизистой локализации. Участки фиброматоза матки способны вызвать проблемы с зачатием и вынашиванием ребенка.

## Этиология

Стенка матки имеет три слоя. Внутренний слизистый – эндометрий, средний мышечный – миометрий и внешний серозный – периметрий. Фиброма касается самого толстого слоя – миометрия. Его клетки чувствительны к действию половых гормонов. При нарушении экскреции эстрогенов, их метаболического превращения, а также соотношения фракций в различные стадии менструального цикла, происходит морфологическое изменение миометрия. Увеличивается как количество гладкомышечных волокон (гиперплазия), так и их размер (гипертрофия).

Наряду с эстрогенами рост фибромы стимулирует прогестерон. Под его действием увеличивается количество делений клеток (митозов) в ткани опухоли, происходит аутокринная регуляция через специфические факторы роста. Гипертрофия матки сходна с изменениями этого органа при беременности.

Кроме гормональной теории, фиброма матки может сформироваться при хронических очагах инфекции – вокруг воспалительных инфильтратов. При нарушении кровообращения в малом тазу происходят дегенеративные и фенотипические изменения гладкомышечных волокон, что может способствовать росту фибромы. В пользу предположения о наследственной склонности говорят факты образования зачатков миоматозных узлов в процессе эмбрионального развития.

## Морфология

Фиброма матки по структуре неоднородна. В зависимости от преобладания мышечной или соединительной ткани выделяют миомы, фибромиомы и фибромы. На практике тяжело четко разграничить эти понятия и отнести опухоль к тому или иному виду. На этапе предварительного диагноза позволительно употребление любого из них. Более современное название доброкачественной мышечной опухоли матки – лейомиома.

Заболевание имеет 2 формы – узловую и диффузную. При диффузной форме клубочковые участки мышечной гиперплазии множественны, не имеют четких границ, могут сливаться между собой. Глубина распространения различна, могут поражаться все 3 слоя. Очаги представлены гладкомышечной тканью, соединительная ткань развита слабо. Узловая форма характеризуется наличием фиброматозного узла (-ов), окруженного псевдокапсулой из соединительной ткани. В зависимости от места расположения существуют:

* Интрамурральные фибромы – расположены в толще миометрия, «истинные миомы» с выраженной мышечной паренхимой и слаборазвитой фиброзной капсулой, может вдавливаться в соседние стенки не более чем на 30%.
* Интрамуррально-субсерозные фибромы – вне матки располагается 50-70% опухоли.
* Субсерозые фибромы – от 70 до 100% опухоли расположено вне стенок матки.

У этих 2 типов узлов преобладает стромальный компонент, поэтому их называют фибромиомы. Располагаются на ножке или широком основании, покрыты брюшиной. В них часто развиваются очаги деструкции, некроза, кровоизлияния и обызвествления.

* Субмукозные фибромы – растут в полость матки, покрыты эндометрием, преобладает паренхиматозный компонент.
* Интралигаментарные фибромы – в процессе роста расслаивают листы широкой маточной связки.

Тело матки – излюбленная локализация образований, примерно в 5% случаев поражается шейка. С равной частотой встречаются одиночные и множественные узлы различных размеров. При гистологическом исследовании выделяют 2 морфотипа фибромиом – простые (доброкачественные мышечные гиперплазии) и пролиферирующие (истинные доброкачественные опухоли, быстро растут, количество патологических митозов до 25%). Для сравнения при саркоме матке в клетках обнаруживается более 70% патологических митозов.

## Клинические проявления

У внимательных к своему здоровью, регулярно посещающих гинеколога женщин фиброма обнаруживается на самых ранних стадиях. Какие-либо субъективные признаки заболевания при этом отсутствуют. Это в первую очередь касается диффузной формы фибромы. При узловом росте наблюдаются такие симптомы фибромы матки:

* Длительные обильные месячные – нарушается менструальная цикличность, могут быть кровопотери между менструациями, при хроническом течении которых происходит анемизация женщины (характерны для субмукозного и интрамурральлного расположения узлов).
* Тянущая боль внизу живота - различной интенсивности, постоянная или схваткообразная (при интрамуррально-субсерозном и субсерозном расположении), появляется при росте миом и раздражении ими нервных окончаний брюшины или малого таза.
* Дизурические явления – вызываются давлением большой матки на мочевой пузырь. Пациентки жалуются на учащенное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, ложные позывы, иногда острую задержку мочи.
* Нарушения акта дефекации – наблюдаются при расположении узлов на задней стенке матки внизу в перешеечном отделе, ложные позывы, чувство неполного опорожнения, обстипация.
* Ноющая боль в поясничном отделе позвоночника - может иррадиировать в промежность, ногу, появляется при быстром росте опухолей и сдавлении ими соседних органов.
* Клиника «острого живота» - наблюдается при самопроизвольной экспульсии (рождении) субмукозной фибромы, перекруте ножки или обширной зоне некроза субсерозного узла, кровоизлиянии в опухоль.
* Синдром «нижней полой вены» - бывает у пациенток с миомами размером больше 20 недель беременности, в положении лежа появляется одышка, ощущение сердцебиения, нехватки воздуха.
* Увеличение живота.

При бимануальном исследовании определяется диффузное увеличение матки от 4 – 5 недель беременности (НБ) до 20 НБ и более. Поверхность органа плотная, может быть бугристой. При нарушенном кровообращении узлы болезненны при пальпации. Форма органа изменена, отдельные субсерозные фибромы матки пальпируются как плотные подвижные образования. Сглаживание шейки наблюдается при рождающемся фиброматозном узле.

## Диагностика

Современные методы визуализации внутренних органов помогают в своевременном обнаружении заболевания. Самым простым и информативным из них является ультразвуковое исследование. Точность метода свыше 92%, зависит от профессионализма доктора-функционалиста и технических возможностей аппарата.

При УЗИ фиброма матки характеризуется увеличением объема ткани в этом месте, повышение степени неоднородности эхоструктуры, понижением плотности. При диффузном росте контуры патологического очага нечеткие, размытые, плавно переходят в неизмененный миометрий и сливаются между собой, в отличие от фиброматозных узлов, которые ограничены плотной волокнистой тканью, инкапсулирующей опухоль.

Доктор-функционалист по данным УЗИ указывает точный размер матки, причину ее увеличения (эндометриоз, фибромиома, воспалительный процесс), определяет форму заболевания – диффузная или узловая, дает подробное морфологическое описание патологического процесса, сравнивает с данными предыдущего обследования и характеризует динамику заболевания.

Наряду с УЗИ для дифференциальной диагностики субсерозных и забрюшинных образований, увеличения лимфатических узлов и опухолей малого таза используется компьютерная, магнитно-резонансная томография. Чтобы отличить субмукозные фибромиомы от полипов эндометрия, различить их природу, применяется гистероскопия. Камера гистероскопа выводит на экран увеличенное изображение полости матки.

Для исключения патологии слизистого слоя матки женщинам с хроническими кровотечениями делают диагностическо-лечебное выскабливание с последующим гистологическим исследованием материала. В сложных клинических ситуациях иногда приходится прибегать к диагностической лапароскопии.

## Лечение

Целесообразно ли лечение фибромы матки при небольших размерах ответить сложно. Мнения гинекологов по этому вопросу расходятся. Точно можно сказать одно – обязательно динамическое наблюдение с ультразвуковым обследованием минимум 1 раз в год. В это время нужно выполнять профилактические меры, направленные на предотвращение дальнейшего развития и роста узлов – исключение загара, бани, острых и соленых блюд, массажа и физиотерапии. Назначаются витамины группы В, фолтевая кислота, Е и С, оральные монофазные контрацептивы.

Консервативная терапия направлена на замедление роста и обратного развития опухоли. Применяются такие группы препаратов:

* Производные 19-норстероидов (оргаметрил, гестринон, норколут)
* Низкодозированные гестагены
* Антигонадотропины (даназол, гестрион)
* Агонисты гонадотропин-релизинг гормона (золадекс, диферелин)

Хирургическое лечение (органосберегающие и радикальные операции) остается самым эффективным способом. Оно показано при больших размерах фибромы (13-14 НБ), быстром росте (более 4 НБ за год), субмукозном расположении узла или субсерозном узле на ножке, нарушении питания и некрозе опухоли, метрорагиях и анемизации больной, бесплодии, нарушении функции тазовых органов.

Фибромы крайне редко перерождаются в злокачественные опухоли. Рост их обычно прекращается с приходом постменопаузы, с угасанием выработки эстрогенов постепенно происходит инволюция узлов. Прогноз исхода заболевания благополучный при своевременном оказании врачебной помощи.