

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»				
Вид документа		Клинический протокол		
ГБУ РД «ГКБ»		Версия	№ 1	
		Запись в Едином реестре документации	№ ___	
		Экземпляр	№ ___	
		Введен в действие	01.11.21	
Конфиденциально		Срок действия		3 года
Название документа		<p><i>Клинический протокол «Миома матки» Коды МКБ: D25.0 – Подслизистая лейомиома матки; D25.1 – Интрамуральная лейомиома; D25.2 – Субсерозная лейомиома; D25.9 – Лейомиома неуточненная. Другие доброкачественные новообразования матки (D26): D26.0 – Доброкачественное новообразование шейки матки; D26.1 – Доброкачественное новообразование тела матки; D26.7 – Доброкачественное новообразование других частей матки; D26.9 – Доброкачественное новообразование матки неуточненной части.</i></p> <p><i>Возрастная группа - взрослые</i></p>		
	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано :	Зав.отделением хирургической инфекции	Мусаева Д.О		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		

	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмаджидо в Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудова Ф.Б.		
	Заведующая организационнометодическим отделом	Тагирбекова О.М.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки . Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы. Частота заболевания среди женщин репродуктивного возраста достигает 70% Средний возраст выявления миомы матки 32-34 года, а пик заболеваемости приходится к началу менопаузы . В настоящее время отмечается рост частоты встречаемости миомы матки у молодых женщин до 30 лет, не реализовавших репродуктивную функцию . У большей части женщин заболевание протекает бессимптомно, что затрудняет оценку истинной распространенности. У 25% пациенток репродуктивного возраста имеются клинические проявления, которые требуют лечения. При первичном и вторичном бесплодии миому матки обнаруживают в 23,5% случаев . В ряде случаев миома матки не препятствует наступлению беременности и развитию плода, однако повышает частоту осложнений беременности и родов .

Эстрогены и прогестерон традиционно рассматривают как стимуляторы роста лейомиомы, что подтверждает значительно большая экспрессия в них рецепторов эстрогенов, эстрогенрегулируемых генов и еще в большей степени - экспрессия рецепторов прогестерона (изоформ А и В), по сравнению с миометрием и эндометрием

Генетическая природа данного заболевания подтверждается наличием «семейных форм» миомы матки у 5-10 % женщин, при этом доказано, что миома матки является моноклональной опухолью, т.е. рост ее происходит из одной первичной мутантной клетки, которая приобретает способность нерегулируемого роста. Наиболее существенный вклад в патогенез миомы матки вносят хромосомные

перестройки, ассоциированные с увеличением экспрессии гена HMGA2, а также соматические мутации гена в экзоне 2 гена MED 12, кодирующего РНК полимеразу 2.

Существенный вклад в патогенез миомы матки вносит и процесс образования новых сосудов из уже существующих – неоангиогенез. В процессе развития миомы матки ключевую роль играют также и ростовые факторы. Основными факторами роста, участвующими в патогенезе миомы матки, являются инсулиноподобные факторы роста (IGF), сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF), фактор, индуцируемый при гипоксии (HIF), фактор роста фибробластов, тромбоцитарный фактор роста, ангиогенин, эпидермальный фактор роста, оксид азота, интерлейкин-8, матриксные металлопротеиназы (MMPs). Все эти факторы образуют сложную систему взаимодействия и каскады активации, которые имеют ключевую роль в молекулярном патогенезе лейомиомы.

К факторам риска, связанным с развитием миомы матки, относят раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, поздний репродуктивный возраст, ожирение, прием тамоксифена, высокий паритет, менопауза, курение, прием КОК, воспалительные процессы

Классификация миомы матки Международной федерации гинекологии и акушерства (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO), 2011, 2018 :

1. Субмукозная - узел в полости на ножке
 - менее 50% интрамуральный компонент
 - интрамуральный компонент
 - контактирует с эндометрием, 100% интрамуральный
2. Друге
 - интрамуральная
 - субсерозная, более 50% интрамуральная
 - субсерозная менее 50% интрамуральная
 - субсерозная на ножке
 - другая
3. Гибридная - субмукозная или субсерозная (Контактирует с Эндометрием и Серозной оболочкой)

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Жалобы и анамнез-течение миомы матки может быть бессимптомным и симптомным. Симптомы заболевания: аномальные маточные кровотечения, боли внизу живота различного характера и интенсивности, болезненные и обильные менструации, бесплодие при отсутствии других причин, невынашивание беременности, нарушение функции смежных органов (дизурические расстройства, запоры), диспареуния и др.

Физикальное обследование -рекомендовано проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования всем пациенткам для установления диагноза .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). Комментарии: Бимануальное влагалищное исследование включает определение размеров матки, подвижности, болезненности и взаимоотношение с другими тазовыми органами; выявление миоматозных узлов, а также их локализацию. Размеры матки измеряются в неделях (в соответствии с беременностью) .

При шеечно-перешеечной локализация миоматозного узла шейка матки сглажена, расположена асимметрично, смещена к противоположной локализации узла стенке таза.

Инструментальные диагностические исследования

рекомендовано ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ) в качестве основного метода скрининга и первичной диагностики миомы матки .

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2). Комментарии: УЗИ органов малого таза (с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков) является методом первичного скрининга при миоме матки, динамического наблюдения за развитием заболевания, оценки эффективности различных видов (консервативное и/или хирургическое) лечебного воздействия. Метод предоставляет возможность топической диагностики миоматозных узлов, их структуры, гемодинамики и, соответственно, выраженности пролиферативных процессов, дифференциальной диагностики (аденомиоз, саркома и др.), выявления вторичных изменений в узлах в результате нарушения кровообращения (некроз, отек, гиалиноз) . Современные 3/4-Дтехнологии позволяют получить дополнительную информацию о локализации узлов миомы, что особенно важно при их центрипетальном росте и субмукозном расположении. Цветовое доплеровское картирование используют для оценки структуры миоматозного узла . В ряде случаев

возможно применение эхогистерографии и гистеросальпингографии .
Рекомендовано использовать магнитно-резонансную томографию органов малого таза (МРТ) у пациенток с сочетанной патологией, с большими размерами опухоли, при наличии сдавления смежных органов у пациенток, планирующих реализацию репродуктивной функции для дифференциальной диагностики с аденомиозом, выбора объема и доступа при планировании реконструктивнопластических операций.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: В 40% случаев миома матки сочетается с аденомиозом

Рекомендовано проведение гистероскопии пациенткам при подозрении на межмышечно-подслизистую и подслизистую локализацию миоматозных узлов, для исключения внутриматочной патологии; а также для выбора доступа оперативного лечения (гистероскопическая миомэктомия)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

Консервативное лечение

Рекомендовано динамическое наблюдение за бессимптомной миомой матки небольших размеров (отсутствие АМК, болевого синдрома, роста миоматозных узлов, при размерах матки до 12 недель, при отсутствии миоматозных узлов субмукозной локализации) .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** При бессимптомном течении заболевания в случае небольших размеров матки медикаментозное и\или хирургическое лечение не показано.

Рекомендовано проведение медикаментозной терапии у пациенток с миомой матки для купирования симптомов (АМК, болевой синдром) и сопутствующими гинекологическими заболеваниями .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** При выборе варианта медикаментозной терапии следует оценивать не только его эффективность, но и безопасность, переносимость, а также принимать во внимание экономическую рентабельность лечения. Проводимую медикаментозную терапию необходимо оценивать каждые 3 месяца и при ее неэффективности

следует назначать другие препараты. Следует помнить, что единственная цель медикаментозного лечения – облегчение или ликвидация симптомов, связанных с миомой матки, регресс миоматозных узлов .

Рекомендовано применять транексамовую кислоту** у пациенток с миомой матки и АМК для уменьшения объема кровопотери . **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).** **Комментарии:** Оптимальная суточная доза транексамовой кислоты** составляет 3,9 – 4,0г, длительность приема до 5 дней. Частота побочных эффектов при приеме препарата минимальна, и они в основном проявляются легкой тошнотой, головной болью, заложенностью носа и болью в спине. Транексамовая кислота** способствует снижению менструальной кровопотери на 40%.

Рекомендовано использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) у пациенток с миомой матки при дисменорее и АМК для снижения болевого синдрома и объема кровопотери .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** НПВС снижают активность ЦОГ-2 (экспрессия которой значительно выше в миоме матки по сравнению с нормальным миометрием) и уровень простагландинов, что позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома и объем кровопотери .

Рекомендовано использование прогестагенов (по анатомотерапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) - Прогестагены) у пациенток с миомой матки для лечения АМК .

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2). **Комментарии:** Рекомендовано проведение терапии прогестагенами преимущественно в непрерывном режиме для обеспечения атрофии железистого эпителия и децидуализации стромального компонента. Перорально назначаемые прогестагены уменьшают соответствующие симптомы заболевания, их эффективность зависит от режима назначения. При циклическом режиме (с 14-го по 26-й день цикла) эффективность составляет 0-20%, при 21-дневном режиме (с 5-го по 26-й день цикла) – 30-50%. Прогестагены не оказывают влияния на стабилизацию или уменьшение роста миоматозных узлов, однако они могут быть использованы в качестве лекарственных средств для уменьшения объема АМК, а также для профилактики гиперпластических процессов эндометрия, сопряженных с миомой матки . Нецелесообразно терапия прогестагенами при наличии субмукозной миомы матки .

Рекомендовано использование в качестве альтернативного лечения

#левоноргестрела в форме внутриматочной терапевтической системы (по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами), у пациенток с миомой матки и АМК для уменьшения объема кровопотери .

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Комментарии: Применение ЛНГ-ВМС

противопоказано в случаях субмукозной локализации миоматозных узлов, при миоматозных узлах с центрипетальным ростом. ЛНГВМС содержит 52 мг левоноргестрела, который ежедневно высвобождается в дозе 20 мкг/сут в течение первых 5 лет. ЛНГ-ВМС снижает объем кровопотери с эффективностью до 74-97%, не оказывая воздействие на величину миоматозных узлов.

Рекомендовано использование комбинированных оральных контрацептивов (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) у пациенток с миомой матки для контрацепции, купирования симптомов.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3). Комментарии: Данная группа лекарственных препаратов эффективно снижает объем менструальной кровопотери , не оказывая влияния на рост узлов миомы .

Рекомендовано использование агонистов гонадотропинрилизинг-гормона (аГн-РГ) (по АТХ – Аналоги гонадотропинрилизинг-гормона) у пациенток с миомой матки и анемией в качестве предоперационного лечения, а также для уменьшения размеров миоматозных узлов и уменьшения интраоперационной кровопотери .

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Комментарии: Аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона являются одними из эффективных лекарственных средств, влияющих на симптомы, обусловленные миомой матки, и временно воздействующих на размеры миоматозных узлов, при этом продолжительность лечения ограничена 6 месяцами в связи с побочными эффектами (гипоэстрогения, потеря минеральной плотности костной ткани). Длительность предоперационного лечения ограничивается 3 месяцами.

Рекомендовано использование #мифепристона (по АТХ - антагонистов прогестерона) у пациенток с миомой матки и АМК

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Комментарии: Применение #мифепристона в дозе 2,5-5мг в течение 3-6 месяцев уменьшает объем кровопотери при миоме и улучшает качество жизни, не уменьшая значительно объем миоматозного узла . В РФ зарегистрирован #мифепристон в дозе 10 мг.

Хирургическое лечение

Рекомендовано проведение оперативного лечения миомы матки у пациенток при наличии показаний .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). Комментарии: Показаниями для оперативного вмешательства являются: 1) АМК, приводящие к анемии; 2) хроническая тазовая боль, снижающая качество жизни; 3) симптомы сдавления смежных органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники); 4) большой размер опухоли (более 12 недель беременности); 5) быстрый рост опухоли (увеличение матки более чем на 4 недели беременности в течение 1 года); 6) рост опухоли в постменопаузе; 7) подслизистое расположение узла миомы; 8) межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное) расположение узлов миомы; 9) нарушение репродуктивной функции (невынашивание беременности, бесплодие при отсутствии других причин); 10) признаки нарушения кровообращения в узлах миомы матки (некроз, отек, гиалиноз). Необходимо письменное информированное согласие пациентки на планируемый объем оперативного лечения.

Рекомендовано проведение гистерэктомии пациенткам с миомой матки при наличии показаний к операции, при отсутствии репродуктивных планов, после получения информированного согласия пациентки .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). Комментарии: Единственным эффективным методом лечения миомы матки является тотальная гистерэктомия. Возможно проведение субтотальной гистерэктомии после исключения патологии шейки матки (цитологическое исследование микропрепарата шейки матки + молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus)), кольпоскопия, биопсия по показаниям), однако ее преимущества не доказаны^{3, 47}. При сочетании с аденомиозом, учитывая отсутствие четкой границы поражения, надвлагалищная ампутация не рекомендуется в связи с возможным рецидивированием заболевания.

Рекомендуется выполнять органосохраняющее оперативное лечение(миомэктомию) пациенткам при желании реализовать репродуктивную функцию.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Хирургическое лечение выполняют в плановом порядке в I фазу менструального цикла (5-14-й день). Возможно проведение миомэктомии лапароскопическим или лапаротомным доступами. При реконструктивно-пластических операциях доступ определяется в

зависимости от клинической ситуации, наличие специализированной бригады хирургов и условий (наличие оборудования). При выполнении лапароскопической миомэктомии использование морцелляции рекомендовано в специальном контейнере с целью исключения диссеминации .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). - Рекомендуется гистероскопическое удаление подслизистых миоматозных узлов, не превышающих 4-5 см в диаметре, у пациенток с миомой матки .

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). **Комментарии:** Гистероскопическая миомэктомия может сочетаться с аблацией и резекцией эндометрия. В случае рождающихся субмукозных узлов следует проводить миомэктомию влагалищным доступом с ревизией полости матки. Влагалищный доступ является наиболее подходящим для миом, локализующихся частично или целиком во влагалищной части шейки матки.

Влагалищная гистерэктомия рекомендуется для хирургического лечения миомы матки (при наличии условий) и размеров матки до 12 недель .

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2). **Комментарии:** Для использования влагалищного доступа необходим ряд условий: достаточная емкость влагалища и подвижность матки; нередко проводится в сочетании с реконструктивнопластическими операциями при опущении, а также при стрессовом недержании мочи.

Рекомендуется выполнять эндоваскулярную эмболизацию маточных артерий (ЭМА) у пациенток с высоким операционным риском в качестве альтернативы хирургическому лечению при отсутствии противопоказаний у пациенток, не планирующих беременность.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). **Комментарии:** Показания, условия и противопоказания определяет врач-акушергинеколог.

Окклюзия маточных артерий с помощью эмболизации или хирургическими методами может быть предложена для отдельных женщин с симптомной миомой, которые хотят сохранить свою матку. Женщины, выбирающие окклюзию маточных артерий для лечения миомы должны быть консультированы относительно возможных рисков, включая вероятность того, что процедура может повлиять на фертильность и течение беременности . После эмболизации маточных артерий регистрируется более низкая частота беременности, более высокая частота выкидышей и более неблагоприятные исходы беременности, чем после миомэктомии ¹⁹. Эндоваскулярная эмболизация маточных артерий ассоциирована со

снижением яичникового овариального резерва, особенно у пациенток старшего репродуктивного возраста .

Рекомендуется проводить абляцию фокусированным ультразвуком под контролем MPT (MRgFUS) у пациенток с миомой матки в качестве метода органосберегающего лечения при наличии условий и отсутствии противопоказаний.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4). **Комментарии:** Показания, условия и противопоказания определяет врач-акушергинеколог.

Рекомендовано при наличии бесплодия у пациенток с миомой матки проводить комплексное обследование, включающее оценку типа, характеристики, размеров и расположения миоматозных узлов, а также показатели, характеризующие состояние репродуктивной функции (трубный фактор, наличие эндокринных нарушений, мужского фактора бесплодия и др.) . **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Не рекомендовано проводить медикаментозную терапию как самостоятельный метод лечения миомы матки в популяции женщин с бесплодием . **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Рекомендовано у женщин с бесплодием и миомой матки адекватно оценить и классифицировать тип миомы, используя трансвагинальное ультразвуковое исследование, гистероскопию, гистеросонографию или магнитно-резонансную томографию

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). - Рекомендовано проведение предоперационной оценки подслизистой миомы матки, включая определение размера и расположения миомы матки, ее отношение к полости матки, оценку степени инвазии в полость матки и толщину миометрия до серозной оболочки для определения доступа и объема оперативного лечения .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Комбинация гистероскопии и трансвагинального ультразвукового исследования или гистеросонографии являются методами выбора.

Рекомендовано лечение субмукозных миом проводить хирургическим путем (гистероскопически), что увеличивает частоту наступления беременности . **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Комментарии: При больших размерах миомы, при узлах 2 типа возможно проведение 2 этапа гистероскопии .

У пациенток с субмукозной миомой матки снижена частота имплантации в естественном цикле, увеличивается частота самопроизвольного прерывания беременности, чаще наблюдают плацентарную недостаточность и осложнения беременности, связанные с аномальной локализацией плаценты или ее преждевременной отслойкой. Миомэктомия при субмукозном расположении узла увеличивает вероятность наступления спонтанной беременности.

Не рекомендуется удаление субсерозных миом при бесплодии при отсутствии специальных показаний к хирургическому лечению (перекрут ножки узла, нарушение кровообращения в узле, симптомны сдавления смежных органов, большие размеры узла, отмеченный рост узла)

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). - Не рекомендуется проводить миомэктомию у женщин с интрамуральной миомой при гистероскопически подтвержденном интактном эндометрии при отсутствии показаний к хирургическому лечению .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** Преимущества миомэктомии должны быть сопоставлены с рисками, а лечение интрамуральной миомы должно быть индивидуальным .

Рекомендуется проведение миомэктомии у пациенток с интрамуральными миомами более 4 см в случае планирования программ вспомогательных репродуктивных технологий ^{66, 67.}

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4). - Рекомендован индивидуальный выбор доступа (лапароскопический или лапаротомный) для миомэктомии у женщин с бесплодием, исходя из количества, размеров, расположения узлов, квалификации хирурга и условий проведения оперативного лечения^{65.}

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** Преимуществом лапароскопического доступа, наряду с минимальной инвазивностью, является возможность ревизии органов брюшной полости, в том числе выявление сопутствующих гинекологических заболеваний – сочетание с эндометриозом, спаечным процессом и др., что позволяет расширить возможности поиска для выявления причин бесплодия и интраоперационной их коррекции (частота встречаемости сочетанных гинекологических заболеваний варьирует от 30 до 60% случаев).

Не рекомендовано проведение женщинам, планирующим беременность, эмболизацию маточных артерий в качестве варианта лечения миомы матки . **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Миома матки и бесплодие

Рекомендовано при наличии бесплодия у пациенток с миомой матки проводить комплексное обследование, включающее оценку типа, характеристики, размеров и расположения миоматозных узлов, а также показатели, характеризующие состояние репродуктивной функции (трубный фактор, наличие эндокринных нарушений, мужского фактора бесплодия и др..

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Не рекомендовано проводить медикаментозную терапию как самостоятельный метод лечения миомы матки в популяции женщин с бесплодием . **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Рекомендовано у женщин с бесплодием и миомой матки адекватно оценить и классифицировать тип миомы, используя трансвагинальное ультразвуковое исследование, гистероскопию, гистеросонографию или магнитно-резонансную томографию .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). - Рекомендовано проведение предоперационной

оценки подслизистой миомы матки, включая определение размера и расположения миомы матки, ее отношение к полости матки, оценку степени инвазии в полость матки и толщину миометрия до серозной оболочки для определения доступа и объема оперативного лечения .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Комбинация гистероскопии и трансвагинального ультразвукового исследования или гистеросонографии являются методами выбора .

Рекомендовано лечение субмукозных миом проводить хирургическим путем (гистероскопически), что увеличивает частоту наступления беременности **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).**

Комментарии: При больших размерах миомы, при узлах 2 типа возможно проведение 2 этапа гистероскопии .

У пациенток с субмукозной миомой матки снижена частота имплантации в естественном цикле, увеличивается частота самопроизвольного прерывания беременности, чаще наблюдают плацентарную недостаточность и осложнения беременности, связанные с аномальной локализацией плаценты или ее преждевременной отслойкой. Миомэктомия при субмукозном расположении узла увеличивает вероятность наступления спонтанной беременности.

Не рекомендуется удаление субсерозных миом при бесплодии при отсутствии специальных показаний к хирургическому лечению (перекрут ножки узла, нарушение кровообращения в узле, симптомы сдавления смежных органов, большие размеры узла, отмеченный рост узла).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). - Не рекомендуется проводить миомэктомию у женщин с интрамуральной миомой при гистероскопически подтвержденном интактном эндометрии при отсутствии показаний к хирургическому лечению.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** Преимущества миомэктомии должны быть сопоставлены с рисками, а лечение интрамуральной миомы должно быть индивидуальным.

Рекомендуется проведение миомэктомии у пациенток с интрамуральными миомами более 4 см в случае планирования программ вспомогательных репродуктивных технологий ^{66, 67}.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4). - Рекомендован индивидуальный выбор доступа (лапароскопический или лапаротомный) для миомэктомии у женщин с бесплодием, исходя из количества, размеров, расположения узлов, квалификации хирурга и условий проведения оперативного лечения⁶⁵.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5). **Комментарии:** Преимуществом лапароскопического доступа, наряду с минимальной инвазивностью, является возможность ревизии органов брюшной полости, в том числе выявление сопутствующих гинекологических заболеваний – сочетание с эндометриозом, спаечным процессом и др., что позволяет расширить возможности поиска для выявления причин бесплодия и интраоперационной их коррекции (частота встречаемости сочетанных гинекологических заболеваний варьирует от 30 до 60% случаев).

Не рекомендовано проведение женщинам, планирующим беременность, эмболизацию маточных артерий в качестве варианта лечения миомы матки **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).** **Миома матки и беременность**

Следует проводить ультразвуковое исследование для оценки состояния плода и органов малого таза. Показания, доступ и объем оперативного вмешательства определяется комиссионно (по решению врачебного консилиума). Оперативное лечение миомы матки при беременности проводится только по экстренным показаниям. Показаниями к оперативному лечению во время беременности являются: некроз

миоматозного узла, перекрут ножки узла миомы, развитие перитонеальных симптомов. Предпочтительным методом родоразрешения являются роды через естественные родовые пути. При родоразрешении путем операции Кесарево сечение выполнять миомэктомию целесообразно в случае наличия миоматозного узла, препятствующего извлечению плода.

Миома матки в перименопаузе и постменопаузе

Бессимптомная миома матки небольших размеров требует динамического наблюдения с учетом возможных онкологических рисков. При симптомном течении заболевания предпочтительнее выбор радикального объема операции.

Миомэктомия целесообразна в перименопаузальном периоде только при нереализованной репродуктивной функции женщины и категорическом отказе пациентки от гистерэктомии.

При единичной субмукозной миоме матки небольших размеров в постменопаузе проводится гистероскопическая миомэктомия в сочетании с аблацией и резекцией эндометрия при сочетанной патологии.

Миома матки и рак

Лейомиосаркома матки - редкая мезенхимальная опухоль, характеризующаяся цитологической атипией, высоким митотическим индексом и некрозом опухоли при патолого-анатомическом исследовании. Подвержены риску лейомиосаркомы 1 из 400 женщин (0,25%), подвергшихся оперативному лечению по поводу миомы матки. Это чрезвычайно агрессивное злокачественное новообразование, связанное с неблагоприятным прогнозом. Заболевание чаще всего диагностируется в перименопаузе. Предоперационная диагностика лейомиосаркомы является сложной и часто проводится только во время патолого-анатомического исследования.

Рекомендовано проводить дифференциальную диагностику с лейомиосаркомой матки с помощью УЗИ и\или МРТ у пациенток с объемными образованиями матки при быстром росте миомы **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**. **Комментарии:** Проблема заключается в том, что лейомиомы и лейомиосаркомы не могут быть надежно различены клинически или с помощью какого-либо метода визуализации до операц. Кроме того, другие злокачественные опухоли матки, такие, рак шейки матки и рак эндометрия, могут быть причиной АМК у пациентки и требуют проведения дифференциальной диагностики.

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

Специфической реабилитации нет. Консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации.

V. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: *Порядок информирования не требуется.*

VI. Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

- 1 спонтанная экспульсия («рождение») подслизистого миоматозного узла;
- 2 дегенеративные изменения в опухоли вследствие нарушения кровообращения, сопровождающиеся признаками инфицирования и возникновением симптоматики «острого живота»; 3) АМК.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

- 1 Хирургическое лечение миомы матки (гистерэктомия, миомэктомия, ЭМА, ФУЗаблиация);
- 2 Гистероскопия при подозрении на субмукозное расположение узлов.

VII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

	№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2	.	Назначено лечение АМК при его наличии	Да/Нет
3	.	Выполнено патолого-анатомическое исследование операционного материала (удаленного макропрепарата)	Да/Нет
4	.	Назначена медикаментозная терапия дисменореи при ее наличии	Да/Нет
5	.	Выполнено адекватное хирургическое лечение в соответствии с показаниями	Да/Нет

VIII. Регламентирующие документы:

Диагностика лечения	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	<p>1.</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями);</p> <p>2.</p> <p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. N 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».</p>	<p>1. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2014.-1024С. – 2014. Москва: Проблемы репродукции.</p>	<p>1. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.</p>

Общая схема

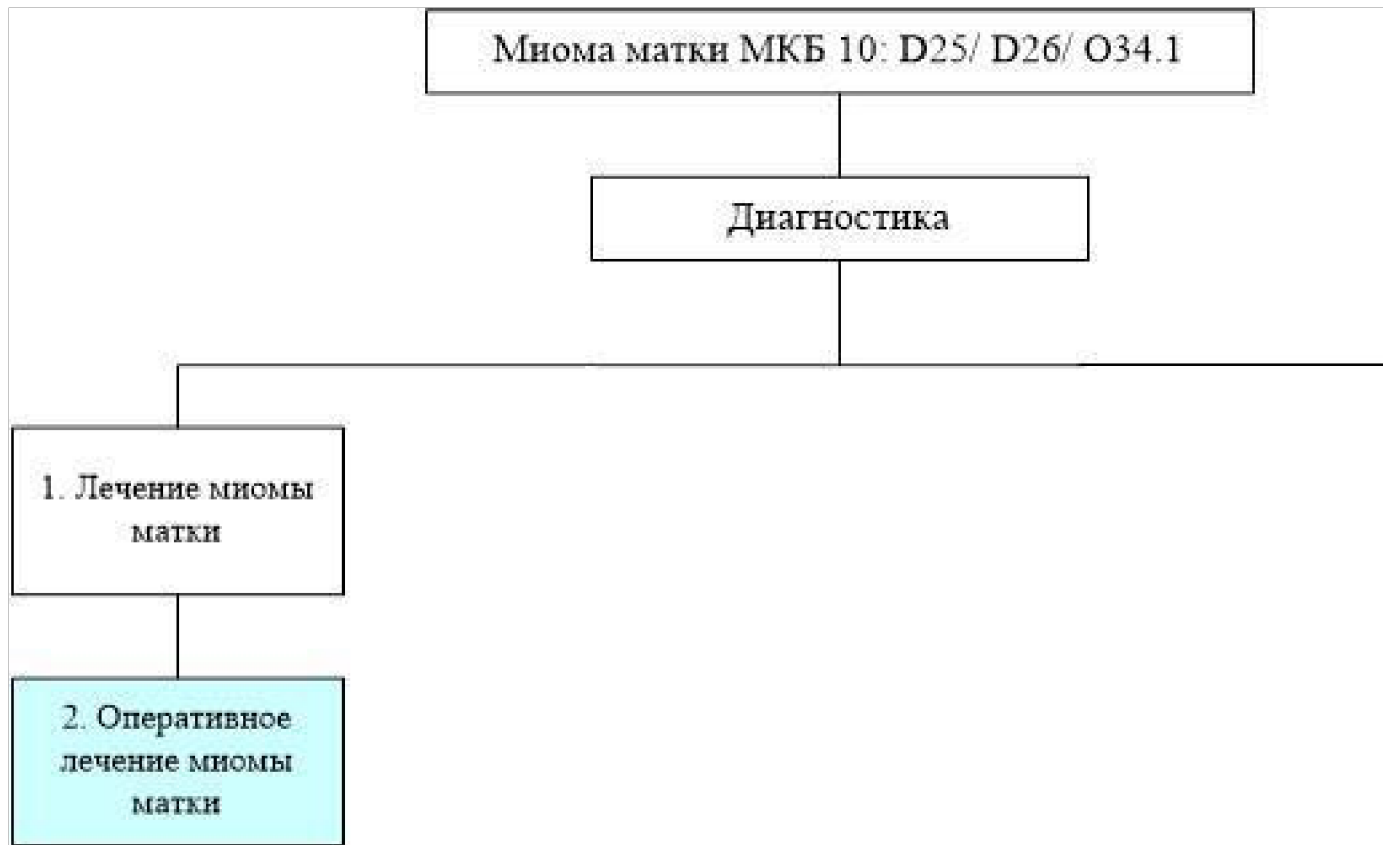


Схема 1

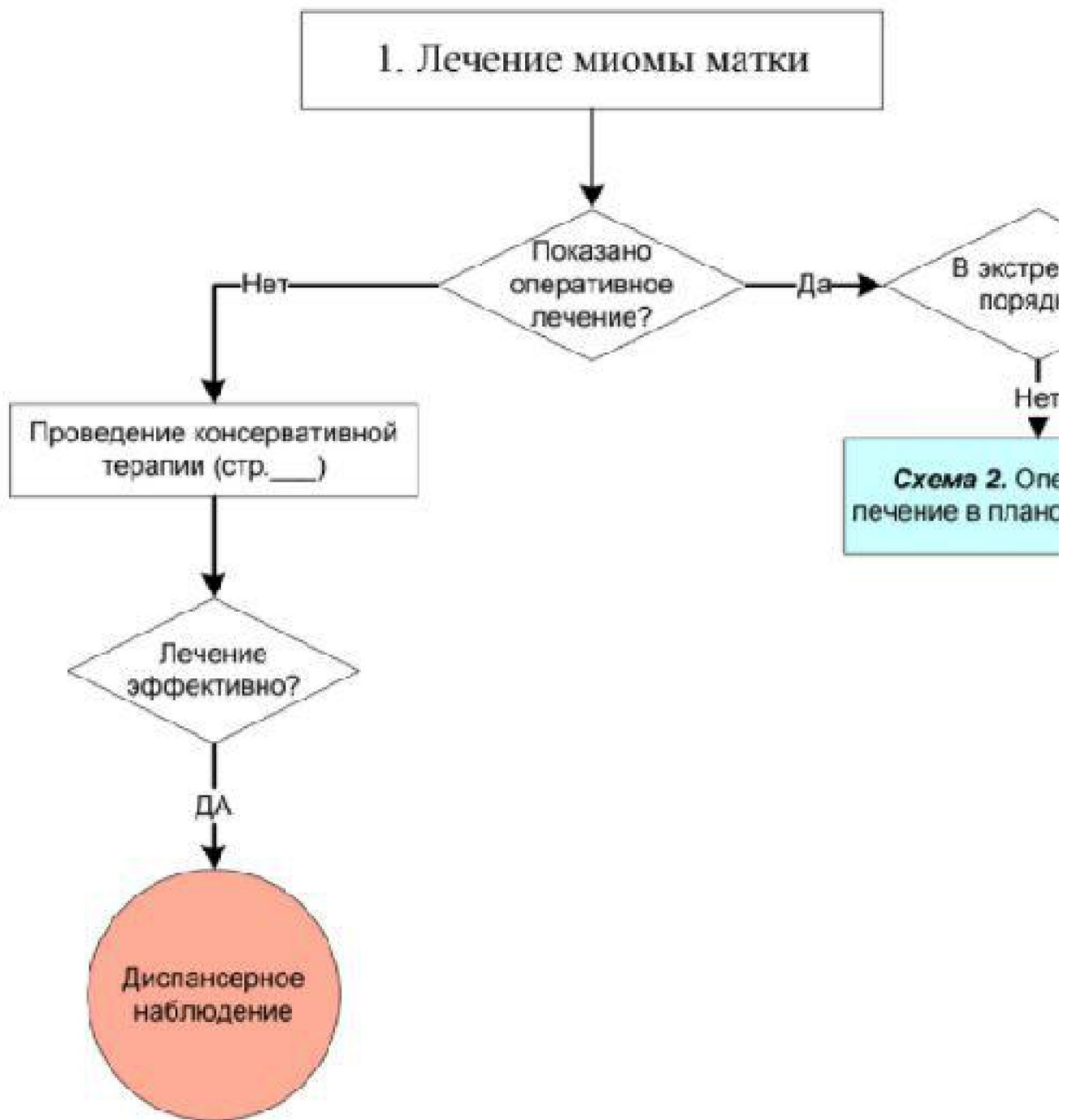


Схема 2

Схема 2. Оперативное лечение миомы матки в плановом порядке

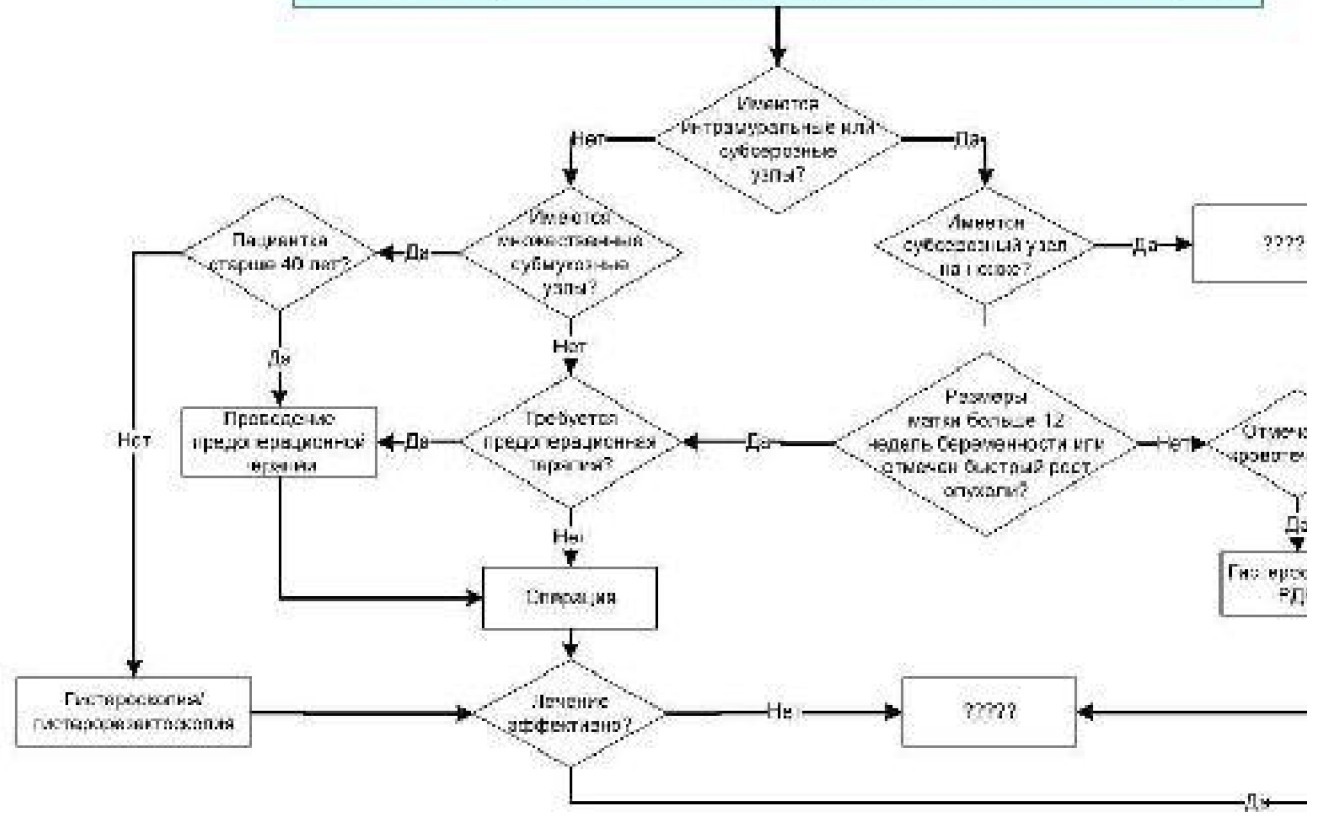
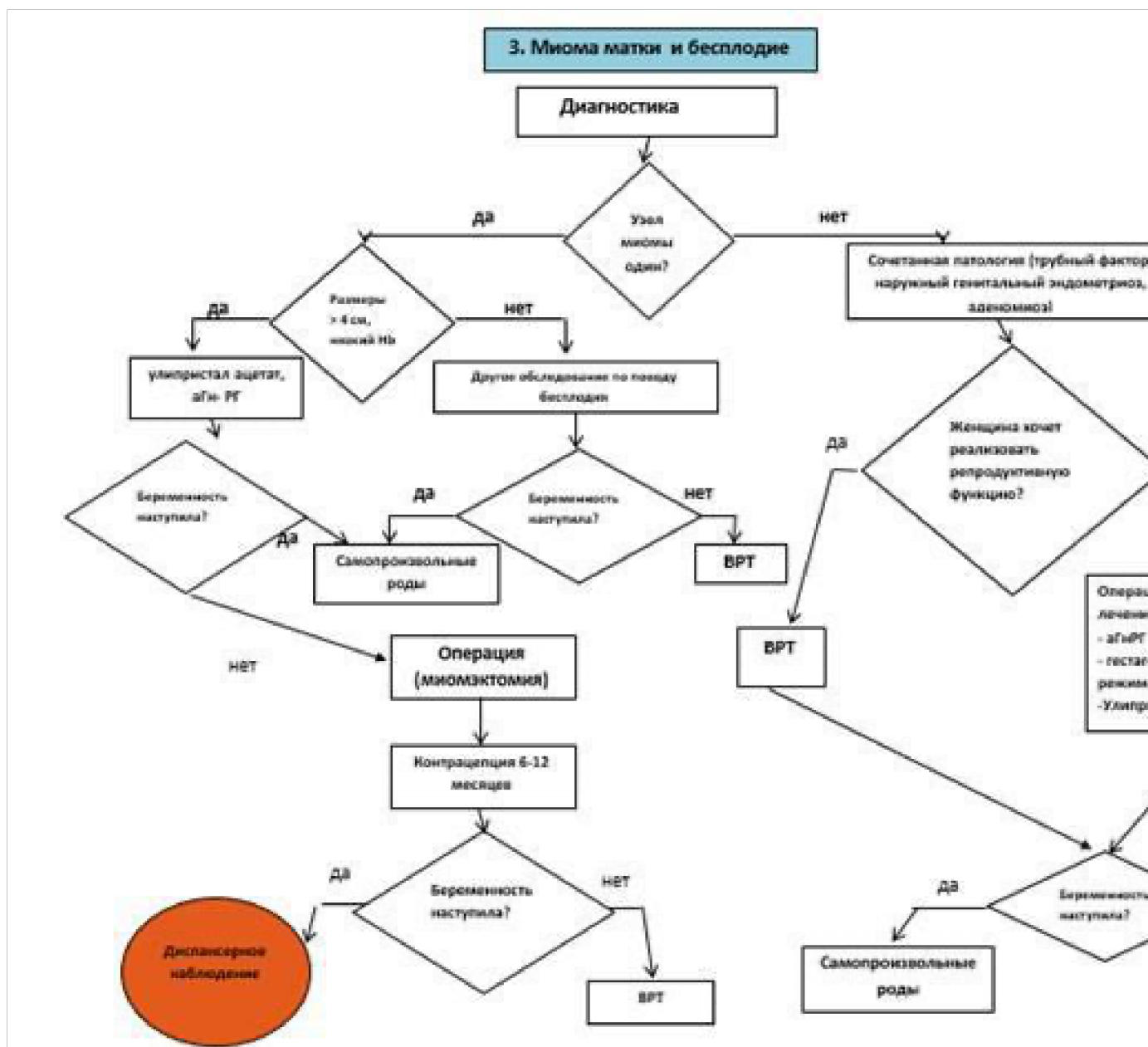


Схема 3



X. Информация для пациента (кратко о заболевании):

Миома матки — одна из самых распространенных опухолей женских половых органов. В значительной степени на развитие этой доброкачественной опухоли оказывают влияние воспалительные заболевания и аборт. У женщины, перенесшей к 30 годам 10 абортов, риск образования миомы матки к 40 годам возрастает в 2 раза. Абсолютно достоверно, что намного чаще миомы матки встречаются у нерожавших женщин.

В 30-40% случаев склонность к развитию миомы матки передается по наследству: от матери к дочери. Существуют так называемые «семейные формы» миомы матки, когда у всех женщин в семье — бабушки, мамы, тети, сестры — были миомы.

Течение миомы матки может быть бессимптомным и не вызывать жалоб у пациенток. Выявляется миома чаще всего на диспансерном осмотре у врача-акушера-гинеколога. При симптомном течении заболевания первыми признаками миомы могут быть боли внизу живота или в области поясницы, кровотечения, изменения менструального цикла, нарушение функций соседних органов, например — учащенное мочеиспускание. Для того, чтобы определить количество узлов, их размеры, расположение и т. д., необходимы специальные исследования: УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза. Иногда при

нетипичном расположении миомы результаты УЗИ могут быть недостоверными. Бессимптомные миомы матки небольших размеров подлежат диспансерному наблюдению. При наличии симптомов заболевания можно проводить медикаментозную терапию (для купирования симптомов).

У пациенток, планирующих реализацию репродуктивной функции, возможно проведение реконструктивно-пластических операций. Однако проведение органосохраняющих операций чревато рецидивированием заболевания.

В настоящее время возможно проведение миомэктомии, гистерэктомий (удаление матки) лапароскопическим доступом.

После лапароскопии заметны только маленькие «точки» 0,5-1 см, так как делаются лишь 5 мм-проколы для инструментов. Срок пребывания в больнице сокращается до 1-2 дней, и сразу после выписки пациентка может вести прежний образ жизни.

Объем оперативного вмешательства является врачебной тайной (кроме самой пациентки и врача-акушера-гинеколога никто не узнает, какую именно операцию она перенесла).