

Одобрено  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
и социального развития  
от «9» июня 2016 года  
Протокол №4

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### МИОМА МАТКИ

#### 1. Содержание

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	2
Дата разработки протокола	2
Пользователи протокола	2
Категория пациентов	2
Шкала уровня доказательности	2
Определение	3
Классификация	3
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	4
Показания для госпитализации	10
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	10
Диагностика и лечение на стационарном уровне	11
Медицинская реабилитация	16
Паллиативная помощь	16
Сокращения, используемые в протоколе	16
Список разработчиков протокола	17
Конфликт интересов	17
Список рецензентов	17
Список использованной литературы	17

## 2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9

Коды МКБ-10	Коды МКБ-9
D25 Лейомиома матки	39.7944 Эндovasкулярная эмболизация сосудов тазовых органов, маточных артерий.
D25.0 Подслизистая лейомиома матки	68.4110 Лапароскопическая консервативная миомэктомия или гистерорезекция субмукозных узлов.
D25.1 Интрамуральная лейомиома матки	68.51 Лапароскопическая вагинальная гистерэктомия.
D25.2 Субсерозная лейомиома матки	68.411 Лапароскопическая полная гистерэктомия.
D25.9 Лейомиома матки неуточненная	67.30 Другие виды иссечения или деструкции пораженного участка или ткани шейки матки. 67.39 Другие методы иссечения или деструкции пораженного участка или ткани шейки матки. 68.31 Лапароскопическая надвлагалищная экстирпация матки. 68.41 Лапароскопическая полная абдоминальная гистерэктомия. 68.29 Другие виды иссечения или деструкции пораженного участка матки. 68.30 Надвлагалищная абдоминальная ампутация матки. 68.39 Другие и неопределенные абдоминальные гистерэктомии. 68.40 Полная абдоминальная экстирпация матки. 68.49 Другие и неопределенные полные абдоминальные гистерэктомии. 68.50 Влагалищная экстирпация матки. 68.59 Другие вагинальные гистерэктомии. 68.81 Экстирпация матки с перевязкой внутренних подвздошных артерий. 68.90 Другая и неуточненная экстирпация матки. 69.09 Другие виды дилатации и кюретажа матки.

3. Дата разработки протокола: 2013 года (пересмотрен 2016 г.).

4. Пользователи протокола: ВОП, акушер-гинекологи, онкологи.

5. Категория пациентов: взрослые.

### 6. Шкала уровня доказательности:

Соотношение между степенью убедительности доказательств и видом научных исследований.

Уровень доказательности	Классификация рекомендаций
-------------------------	----------------------------

I	Доказательства, полученные, по меньшей мере от одного тщательно рандомизированного контролируемого исследования	A	Высокий уровень доказательности для применения клинических превентивных действий.
II-1	Данные из хорошо разработанных контролируемых исследований без рандомизации	B	Хороший уровень доказательности для применения клинических превентивных действий
II-2	Данные полученные из хорошо разработанных когортных исследований (проспективных или ретроспективных) или исследованиях случай-контроль, предпочтительно полученных из нескольких научных медицинских центров или нескольких исследовательских групп	C	Данное доказательство конфликтует и не позволяет дать конкретную рекомендацию за или против применения клинических превентивных действий
II-3	Доказательства, полученные посредством сравнения количества или места локализации с или без вмешательства. Очевидные результаты в неконтролируемых исследованиях (такие как результаты лечения пенициллином в 1940-е годы) также могут быть включены в эту категорию	D	Хороший уровень доказательности не рекомендуемый применение клинических превентивных действий
III	Мнения авторитетных специалистов, основанные на клиническом опыте, наглядных исследованиях или отчеты экспертных комитетов	E	Высокий уровень доказательности против применения клинических превентивных действий
		L	Недостаточный уровень доказательности (в качестве или количестве) для того чтоб дать рекомендации, однако другие факторы могут повлиять на принятие решения

**7. Определение:** Миома матки (лейомиома) – моноклональная доброкачественная опухоль из гладкомышечных волокон матки [1].

### 8. Классификация [1,2]:

1. По локализации и направлению роста:

- подбрюшинная (субсерозная) - рост миоматозного узла в сторону брюшной полости под серозную оболочку матки;
- подслизистая (субмукозная) - рост миоматозного узла в стороны полости органа под слизистую оболочку матки;

- внутривеночная (интерстициальная) - рост узла в толще мышечного слоя матки.

## 2. Согласно FIGO (2011 г.) [2].

<p>Leiomyoma Subclassification System</p> 	Тип	Код в классификации	Характеристика
	Субмукозный	0	Подслизистая миома на ножке, локализованная полностью в матке
		1	Интрамуральная миома, выступающая в полость матки более 50%
		2	Интрамуральная миома, выступающая в полость матки менее 50%
	Другой	3	Интрамуральная миома, контактирующая с эндометрием; полностью внутривеночная
		4	Интрамуральная
		5	Субсерозно-интрамуральная миома, выступающая в полость брюшины менее 50%
		6	Субсерозно-интрамуральная миома, выступающая в полость брюшины более 50%
		7	Субсерозная миома на ножке
	8	Специфическая миома (например, цервикальная)	
Гибридный	Вовлечены как эндометрий, так и серозная оболочка. В коде указывают две цифры через «дефис». Первая цифра отображает связь с эндометрием, вторая — с серозной оболочкой.		

## 3. По клиническим проявлениям:

- бессимптомная миома матки (50-80% случаев) – без клинических проявлений;
- симптомная миома матки (20-50% случаев) – с клиническими проявлениями.

## 9. Диагностика и лечение на амбулаторном уровне

### 1) Диагностические критерии (УД - III)

#### Жалобы:

- аномальные маточные кровотечения;
- тазовая боль;
- тяжесть внизу живота;
- увеличение живота;
- нарушение функции мочевого пузыря (дизурия);
- нарушение функции кишечника (дисхезия)
- бесплодие.

#### Анамнез:

Значимыми моментами анамнеза являются:

- отсутствие беременности и родов;
- раннее менархе,

- увеличение частоты менструации;
- длительность дисменореи;
- отягощенная наследственность;
- повышенная масса тела;
- артериальная гипертензия;
- сахарный диабет;
- возраст (пик заболеваемости 40-50 лет).

### **Физикальное обследование:**

Бимануальное влагалищное исследование:

- матка увеличена в размерах, с неровными контурами за счет плотноватых узлов.

### **Лабораторные исследования:**

- ОАК – снижение гемоглобина (анемия различной степени выраженности) при отсутствии экстрагенитальной патологии.

### **Инструментальные исследования:**

- УЗИ (трансвагинальное, трансабдоминальное, трансвагинальное соногистерография с контрастированием):

- чувствительность и специфичность 98-100%. (УД - А);
- небольшие гетерогенные эхо-сигналы в пределах границ миометрия;
- гипоехогенная и гетерогенная эхоструктура матки с неровными контурами;
- признаком нарушения питания миоматозного узла, является наличие кистозных областей в пределах миом.

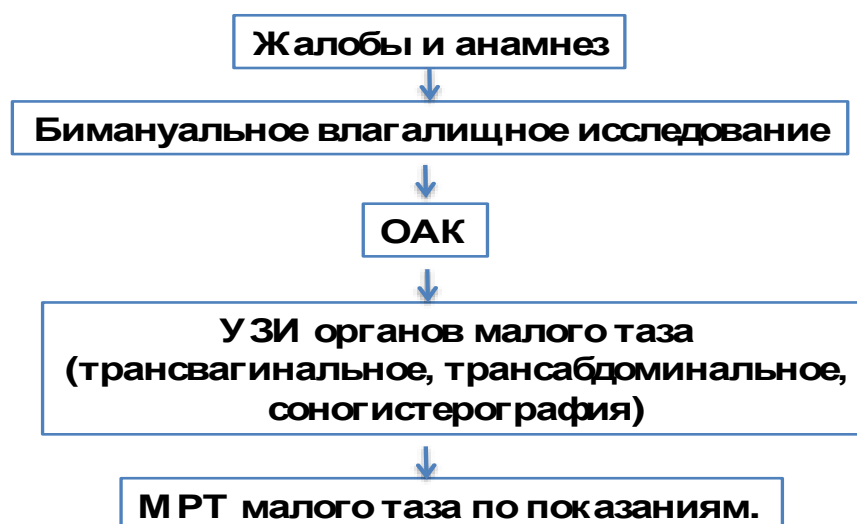
**NB!** при размерах миомы матки больше 12 недель предпочтительно производить трансабдоминальное УЗИ (УД - С).

**NB!** трансвагинальная соногистерография с контрастированием (введение физиологического раствора в полость матки), имеет высокую диагностическую значимость при субмукозных узлах и позволяет дифференцировать от полипов эндометрия.

**NB!** субмукозная миома матки имеет меньшую эхогенность, чем полипы и окружающий эндометрий и тщательный осмотр позволяет визуализировать ее «продолжение» в окружающем миометрии.

- МРТ – при наличии атипичных форм образований малого таза и брюшной полости. (УД - С).

## **2) Диагностический алгоритм:**

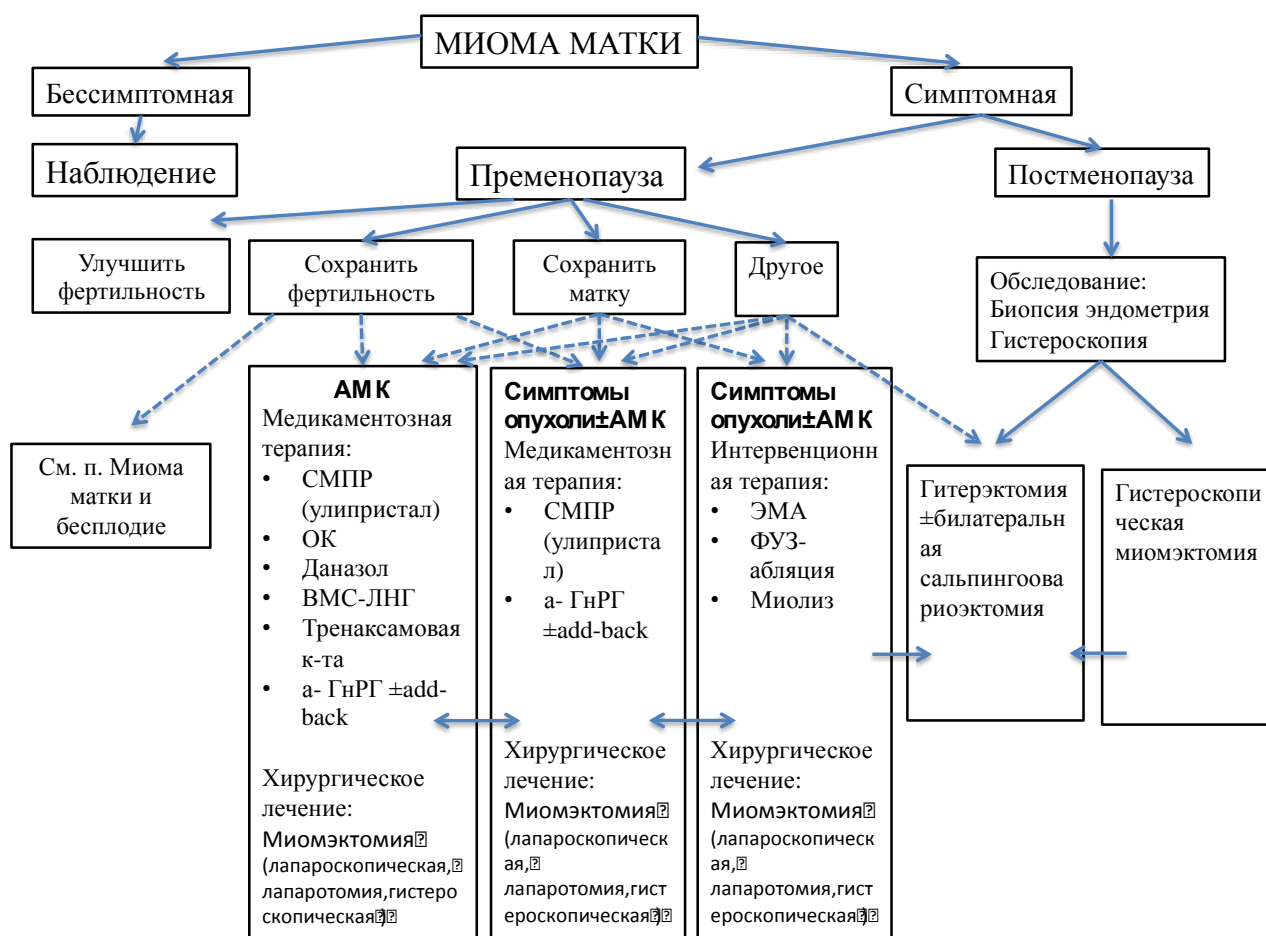


**3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [3]:**

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследование	Критерии исключения диагноза
Аденомиоз	Одинаковая клиническая картина, отсутствие специфических симптомов	УЗИ, МРТ Гистологическое исследование	Характерно отсутствие кровотока в ЦДК режиме при аденомиозе, утолщение переходной зоны эндометрия;
Рак матки/Саркома матки	Отсутствие специфических симптомов	Анамнез, УЗИ, МРТ	Быстрый рост опухоли, атипичная сонографическая картина и на МРТ, как нечеткие границы и прорастание в смежные органы
Полип эндометрия	Отсутствие специфических симптомов	УЗИ, МРТ	Хорошо очерченное полиповидное образование с структурой схожей с эндометрием.

**4) Тактика лечения:** Лечение женщин с миомой/лейомиомой должно быть индивидуализированным на основе симптоматики, размера и расположения миомы, возраста, желания пациента, потребности в сохранении способности к

деторождению или матки, доступности терапии, а также опыт врача (УД-ШВ) [1,4,5].



**Немедикаментозное лечение:** нет.

### Медикаментозное лечение:

Показания к медикаментозной терапии миомы матки:

- желание больной сохранить репродуктивную функцию;
- миома матки, которая не превышает размеров 12 недель беременности;
- миома, сопровождающаяся экстрагенитальными заболеваниями с высоким анестезиологическим и хирургическим риском;
- медикаментозной терапии как подготовительный этап к операции или как реабилитационная терапия в послеоперационном периоде после консервативной миомэктомии.

Эффективное лечение женщин с аномальным маточным кровотечением, вызванное миомой, включает: левоноргестрел-содержащие внутриматочные системы (УД - I) аналоги гонадолиберина, (УД-I) селективные модуляторы рецепторов прогестерона, (УД - I) оральные контрацептивы, (УД - II-2) прогестины, (УД - II-2) и даназол (УД - II2) [1].

NB! Эффективными методами лечения симптомной миомы матки являются селективные модуляторы прогестиновых рецептора и гонадотропин-рилизинг гормона аналогов. (УД - I).

NB! Лечение а-ГнРГ эффективно уменьшает размер узлов и маточное кровотечение, но применяется не более 6 месяцев в связи с развитием синдрома медикаментозной менопаузы при длительном применении (УД - А).

NB! Улипристала ацетат эффективно останавливает маточное кровотечение, уменьшает объем миомы матки и увеличивает время предоперационной подготовки пациентов, что важно при наличии анемии у пациентов и/или наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии (УД - А).

NB! ОК и ВМС-ЛНГ эффективны в отношении маточных кровотечений, но неэффективны в уменьшении объемов миоматозных узлов.

NB! Даназол – уменьшает объем узлов на 20-25%, эффективно снижает объем тяжелых менструальных кровотечений, однако недостаточно данных в отношении эффективности длительной терапии миомы.

NB! Медикаментозная терапия является методом выбора у женщин, не подлежащих хирургическому лечению или отказывающихся от него. Стоит отметить, что размеры миомы возвращаются к прежним в течение 6 месяцев после прекращения терапии (УД - С).

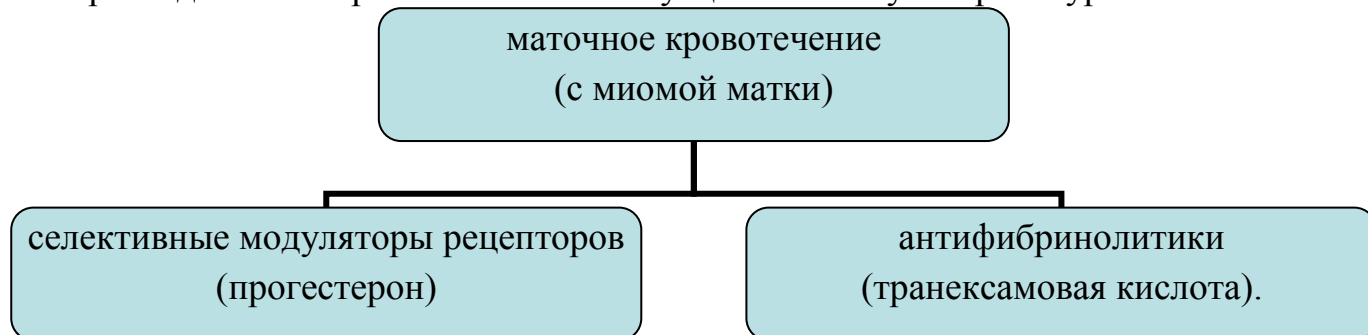
Перечень основных лекарственных средств:

- улипристала ацетат – 5 мг;
- А-ГнРг – 11,25 мг;
- ВМС с левоноргестрелом – 52 мг;
- Даназол;
- этинилэстрадиол диеногест 2 мг;
- этинилэстрадиол гестоден 75 мг;
- этинилэстрадиол дезогестрел 150 мкг.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- НПВС;
- препараты железа;
- тренакса.

Алгоритм действий при неотложных ситуациях на амбулаторном уровне:





Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: нет

Таблица – 1. Таблица сравнения препаратов:

Наименование ЛС	УД	Прекращение Симптомов	Уменьшение размеров узла	Максим-я длительность терапии	Возможные побочные эффекты
Улипристала ацетат	А	+	+	4 курса по 3 мес	Головная боль, тошнота, изменение настроения, РАЕС
А-ГнРг	А	+	+	6 мес	Симптомы медикаментозной менопаузы
ВМС с ЛНГ	В	+	-	5 лет	Нерегулярные мажущие выделения, экспельсия
КОК	В	+	-	Не ограничена, если нет противопоказаний со стороны ЭГЗ	Тошнота, головная боль, масталгия
Даназол	А	Исследований мало	+	6 мес	Андрогенный побочный эффект
Прогестагены с выраженным влиянием на эндометрий	В	+	Воздействие не доказано	6 мес	Тошнота, головная боль, масталгия

**5) Показания для консультации специалистов:**

- консультация онкогинеколога – при подозрении на гиперпластические процессы эндометрия или саркому матки.
- консультация терапевта – при анемии, для определения консервативного лечения.
- консультации смежных специалистов при наличии экстрагенитальных заболеваний.

**6) Профилактические мероприятия: нет.**

**7) Мониторинг состояния пациента:**

- женщины с бессимптомным течением миомы размерами до 12 недель при отсутствии других патологических образований органов малого таза требуют дальнейшего углубленного обследования для выявления другой патологии, с которой возможно связано развитие миомы матки, и соответственно, необходимо проводить ее лечение;
- они должны обращаться к врачу 1 раз в год, или в случае возникновения симптомов заболевания чаще (УД - С);
- женщины с бессимптомной миомой более 12 недель должны консультироваться у специалистов индивидуально в согласованном режиме наблюдения, но не реже одного раза в год и получать консервативную терапию (УД-С) в случае отказа от операции или при наличии противопоказаний к ней.

### **8) Индикаторы эффективности лечения:**

- уменьшение или исчезновение симптомов заболевания;
- уменьшение размеров миомы матки или отсутствие роста узлов;
- предотвращение рецидивов заболевания.

### **10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:**

#### **10.1 Показания для плановой госпитализации:**

- симптомная миома (с геморрагическим и болевым синдромом, наличием анемии, симптомов сдавления смежных органов) у женщин завершивших репродуктивную функцию;
- размер миомы 13-14 недель и более;
- наличие субмукозного узла;
- подозрение на нарушение питания узла;
- наличие субсерозного узла миомы на ножке (в связи с возможностью перекрута узла);
- быстрый рост (на 4-5 недель в году и более) или резистентность к терапии а-ГнРГ);
- миома в сочетании с гиперпластическим процессом эндометрия и /или опухолью яичников;
- бесплодие и/или невынашивание беременности вследствие миомы матки, деформирующей полость матки.

#### **10.2 Показания для экстренной госпитализации:**

- маточное кровотечение;
- клиника острого живота (некроз узла, перекрут ножки узла);
- выраженные болевые синдромы (схваткообразные боли внизу живота при рождающейся миоме матки).

### **11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:**

#### **1) Диагностические мероприятия:**

Жалобы:

- кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота.

Физикальный осмотр:

- бледность кожных покровов и видимых слизистых;
- снижение артериального давления, тахикардия.

Осмотр и пальпация живота:

- шадящее положение женщины;
- болезненность при пальпации нижних отделов живота;
- положительные симптомы раздражения брюшины при перекруте ножки узла и некрозе узла.

## **2) Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:**

Инфузионная терапия кристаллоидами при массивном кровотечении:

- раствор натрия хлорид;
- натрия ацетат;
- натрия гидрокарбонат;
- калия хлорид;
- натрия ацетата тригидрат,
- калия хлорид;
- раствор Рингера Локка;
- раствор глюкозы.
- обезболивание при выраженном болевом синдроме:
- напроксен таблетки 0,25 мг и 0,5 мг;
- ибупрофен 5мг/ 2 мл, ампулы; таблетка, 5 мг.
- антифибринолитическая терапия – для уменьшения кровопотери:  
тренакса таблетки 250 мг, 500 мг; 5 мл ампулы.

## **12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

**1) Диагностические критерии на стационарном уровне:** смотрите диагностические критерии на амбулаторном уровне.

## 2) Диагностический алгоритм:



## 3) Перечень основных диагностических мероприятий:

- ОАК.

## 4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- УЗИ малого таза трансвагинально и /или абдоминально,
- гистеросонография малого таза;
- гистероскопия;
- МРТ малого таза.

**NB!** В условиях стационара могут проводиться все виды лечебно-диагностических мероприятий при обоснованности и вынесении показаний с учетом имеющихся основных и сопутствующих заболеваний в рамках существующих клинических протоколов.

## 5) Тактика лечения: смотрите пункт 4.

**Немедикаментозное лечение:** нет.

### Медикаментозное лечение:

- антибактериальная профилактика послеоперационных инфекционных осложнений;
- антибиотикотерапия при экстренной госпитализации по поводу некроза или перекрута ножки узла;
- адекватная обезболивающая терапия;
- инфузионная терапия кристаллоидами и коллоидами по показаниям;
- коррекция анемии;

- профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

### **Перечень основных лекарственных средств**

#### **Антифибринолитические препараты:**

- транексамовая кислота таблетки 250 мг, 500 мг; 5 мл ампулы.

#### **Препараты железа:**

- железа (II) сульфат сухой + аскорбиновая кислота таблетка 320 мг/60мг;
- железа (II) сульфата гептагидрат + аскорбиновая кислота сироп, 100 мл, железа сульфат капли, 25 мл, флаконы.

#### **Коллоидные и кристаллоидные растворы (в суммарном объеме до 1500-2000 мл):**

- раствор натрия хлорид;
- натрия гидрокарбонат;
- калия хлорид;
- натрия ацетата тригидрат;
- калия хлорид;
- раствор глюкозы.

#### **Анальгетики:**

- напроксен таблетки 0,25 мг и 0,5 мг;
- ибупрофен 5мг/2 мл, ампулы; таблетка, 5мг.

#### **Перечень дополнительных лекарственных средств:**

- СМПП (улипристал ацетат 5 мг);
- гемотрансфузия (в соответствии с показаниями).

**NB!** Анемия должна быть скорректирована до плановой операции (УД – II-2А). Селективные модуляторы рецепторов прогестерона и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона эффективны при коррекции анемии и их следует применять до операции (УД-I-A).

**NB!** Использование вазопрессина, бупивакаина и адреналина, мизопростола, перичервикального жгута или тромбиновые матрицы уменьшают потерю крови при миомэктомии и должны быть предусмотрены (УД-I-A).

**Хирургическое вмешательство** Хирургическое планирование должно быть основано на точной установке местоположения, размера и количества миоматозных узлов [УД-III-A]. В случаях необходимости использования морцелляции для удаления миоматозного узла из брюшной полости, пациент должен быть проинформирован о возможных рисках и осложнениях, в том числе о том факте, что в редких случаях миомы могут содержать элементы злокачественности и что лапароскопическая морцелляция может распространять рак, потенциально ухудшая их прогноз [УД – III-B].

#### **Выскабливание полости матки:**

Показания:

- при маточном кровотечении/

### **Гистерэктомия**

Показания:

- женщины, завершившие детородную функцию;
- быстрый рост миомы в менопаузе у женщин, не применяющих заместительную гормональную терапию (даже при отсутствии симптоматики);
- подозрение на наличие лейомиосаркомы.

**NB!** Женщинам с бессимптомной миомой матки, при низком уровне подозрения на злокачественный процесс, удаление матки не показано [1].

**NB!** Гистерэктомию не нужно рекомендовать в качестве профилактики возможного будущего роста миомы.

### **Виды гистерэктомии:**

- вагинальной гистерэктомии;
- абдоминальной гистерэктомии;
- существуют четкие показания и противопоказания;
- ВГ с лапароскопической асистенции.

**NB!** Выбор вида гистерэктомии, вне зависимости от доступа (вагалищный, лапароскопический или лапаротомный), должен быть основан на опыте, предпочтениях хирурга и объективному статусу пациентки (размеры и количество миоматозных узлов, предшествующие оперативные вмешательства, экстрагенитальная патология и т.п.). По возможности, предпочтительнее использовать наименее инвазивный подход к лечению.

### **Миомэктомия**

Показания: женщины, страдающие невынашиванием беременности или бесплодием, с наличием одного или более миоматозного узла, деформирующего полость матки (наиболее часто подслизистой миомы), миомэктомия может способствовать повышению фертильности и успешного исхода беременности [1].

**NB!** Миомэктомия, как хирургический метод лечения, позволяет сохранять фертильность, эффективно устраняя симптомы, связанные с миомой матки. [УД -С]. Это вариант лечения для женщин, которые хотели бы сохранить орган или фертильную функцию, но несет риск, возможного дальнейшего вмешательства (УД-П2). Нет никаких доказательств того, что лапароскопический доступ для осуществления миомэктомии является более эффективным в сравнении с лапаротомным [УД -С]. Миомэктомия является альтернативой гистерэктомии для женщин, желающих сохранить орган, независимо от детородных планов [1]. Женщины должны быть информированы о риске возможного расширения объема операции до гистерэктомии во время плановой миомэктомии. Это будет зависеть от интраоперационных находок и хода операции.

### **Гистероскопическая миомэктомия**

**Показания:** симптоматическая внутриматочная миома матки, подслизистые миомы (типы 0, I и II), до 4-х до 5 см в диаметре [1].

**NB!** Следует с осторожностью проводить в случаях, когда толщина между миомой матки и серозной оболочкой менее чем 5 мм.

#### **Лапароскопическая миомэктомия:**

**Показания:** миомы в сложных локализациях (нижний сегмент или шейка матки), множественных узлов и/или больших размеров узлов (> 10 см).

Лапароскопическая миомэктомия имеет преимущества перед лапаротомной миомэктомией с точки зрения меньшей кровопотери, послеоперационной боли, меньшим количеством общих осложнений, быстрым восстановлением и значительным косметическим преимуществом [УД - В]

Разрывы матки во время беременности и в родах после лапароскопической миомэктомии связаны с неадекватным ушиванием глубоких дефектов при интрамуральной форме миомы или чрезмерном применении электрохирургических энергии [УД - С]. Соблюдение 6 месячного интервала от миомэктомии до наступления беременности, способствует лучшему восстановлению миометрия.

#### • **Другие виды лечения:**

##### **Эмболизация маточных артерий:**

**Показания:** симптомная миома матки, при желании пациенток, которые желают сохранить орган, но не планирующих в последующем беременность.

**NB!** Женщин, выбирающих ЭМА для лечения миомы, следует проконсультировать относительно возможного риска, снижения фертильности и исходов беременности [УД-II-3A].

#### **Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук с МРТ ассистенцией (ФУЗ-абляция)**

**Показания:** размер миомы матки меньше или равной 10 см и общий размер матки меньше или равный 24 недель.

#### **7) Показания для консультации специалистов:**

#### **8) Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:**

- острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
- острый ДВС-синдром;
- нарушения сознания, судороги;
- ранний послеоперационный период.

#### **11. Индикаторы эффективности лечения:**

- уменьшение размеров миомы матки (при ЭМА, ФУЗ абляции);
- уменьшение или исчезновение симптомов заболевания;
- удаление миомы матки и/или матки.

## **12. Дальнейшее ведение:**

Специфической профилактики нет. Пациенткам рекомендуется обязательное обращение к врачу при появлении аномального маточного кровотечения, патологических выделений из половых органов и других симптомов повторного возникновения миомы матки после лечения.

**12. Медицинская реабилитация** нет.

**13. Паллиативная помощь** нет.

## **15. Сокращения, используемые в протоколе:**

СОЭ	–	скорость оседания эритроцитов
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
ЗГТ	–	заместительная гормональная терапия
а- ГнРГ	–	агонисты-гонадотропин релизинг гормонов
КОК	–	комбинированные оральные контрацептивы
ОК	–	оральные контрацептивы
ВМС	–	внутриматочная система
ДВС	–	синдром – синдром внутрисосудистого свертывания
ВГ	–	вагинальная гистерэктомия
АГ	–	абдоминальная гистерэктомия
НПВС	–	нестероидные противовоспалительные средства
ЭМА	–	эмболизация маточных артерий
АД	–	артериальное давление
АЧТВ	–	активированное частичное тромбопластиновое время
ПВ	–	протромбиновое время
АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
СМРП	–	селективный модулятор рецепторов прогестерона
ЭГЗ	–	экстрагенитальная патология
РАЕС	–	Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes (изменения в эндометрии, связанные с антагонистическим действием на рецепторы прогестерона)

## **16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Доцанова Айкерм Мжаверовна – доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии по интернатуре АО «Медицинский университет Астана».
- 2) Токтарбеков Галымжан Кабдулманович – врач акушер-гинеколог высшей категории, филиал КФ «УМС» ННЦМД.
- 3) Тулетова Айнуур Серикбаевна – PhD, врач первой категории, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АО «Медицинский университет Астана».



4) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор, АО «Медицинский университет Астана», врач клинический фармаколог высшей категории.

**17. Конфликта интересов:** нет.

**18. Список рецензентов:** Калиева Лира Каббасовна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

**19. Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**20. Список использованной литературы.**

1. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. The Management of Uterine Leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can 2015;37(2):157–178
2. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. The FIGO Classification System (“PALM-COEIN”) for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3–13
3. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/567/diagnosis/differential.html>
4. SOGC guideline on the management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility 2015
5. Миома матки: курс на органосохранение. Информационный бюллетень / В.Е. Радзинский, Г.Ф. Тотчиев. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ: ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МИОМОЙ МАТКИ И БЕСПЛОДИЕМ [4].**

**NB!**

1. Субсерозные узлы не оказывают влияния на фертильность. Влияние на фертильность интрамуральных узлов не ясно. Поскольку применение медикаментозной терапии миомы связано с подавлением овуляции, снижением выработки эстрогена, или нарушением чувствительности рецепторов эстрогена или прогестерона, а также прямым воздействием на эндометрий и процессы имплантации, медикаментозная терапия не может быть самостоятельным методом лечения миомы у пациентов с бесплодием (УД - III).
2. У женщин с бесплодием субмукозные миомы должны быть удалены, что повысит вероятность наступления беременности (УД II-2).
3. Удаление субсерозных миом не рекомендуется (УД III-D).
4. Крайне важно понимать, что хирургическое лечение миомы при бесплодии проводится только при наличии доказательств, подтверждающих улучшение исходов беременности путем хирургического вмешательства (УД II-2D).
5. Если пациент не имеет никаких других вариантов, преимущества миомэктомии должны быть взвешены против последующих акушерских и хирургических рисков и решение должно быть строго индивидуальным (УД III-C).
6. Хирургический подход к миоматозным узлам может быть вагинальным или абдоминальным. Абдоминальный подход может быть лапаротомическим или лапароскопическим. Выбор метода зависит от размера миомы, местоположения и умений врача.
7. Предоперационная тщательная оценка миомы имеет важное значение для принятия решения о лучшем подходе к лечению (УД III).
8. У бесплодных пациенток, показатели наступления беременности при лапароскопии и минилапаротомических подходах одинаковы, но лапароскопический метод связан с более быстрым восстановлением, меньшей послеоперационной болью (УД II-2).
9. Широкое применение лапароскопии при миомэктомии может быть ограничено техническими трудностями этой процедуры. Отбор пациентов должен быть индивидуализирован в зависимости от количества, размера и расположения миомы и мастерства хирурга (УД III-A).
10. Меньшая частота беременности, более высокая частота выкидышей, а также более неблагоприятных исходов беременности после эмболизации маточных артерий, чем после миомэктомии (УД II-3). Исследования также показывают, что эмболизация маточной артерии приводит к потере овариального резерва, особенно у пациенток постарше (УД III).
11. Пациенткам, планирующим беременность, не должна быть предложена эмболизация маточных артерий как вариант лечения миомы матки (УД II-3E).