

Приложение 2
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«МИОМА МАТКИ»**

ТАШКЕНТ 2025

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор РСНПМЦЗМиР

Н.С. Надырханова



2025 год

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «МИОМА МАТКИ»

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	7
ТЕРМИНЫ.....	7
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	7
КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ	9
ДИАГНОСТИКА	9
ЛЕЧЕНИЕ	10
РЕАБИЛИТАЦИЯ	11
ПРОФИЛАКТИКА	12
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	28
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	28
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ ПРОТОКОЛА	31
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	32
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	33

1. Вводная часть

1) Коды по МКБ-10:

D25.0	Подслизистая лейомиома матки
D25.1	Интрамуральная лейомиома матки
D25.2	Субсерозная лейомиома матки
D25.9	Лейомиома матки неуточненная
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.
O34.1	Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери
Ссылка: https://mkb-10.com/index.php?pid=13490	

2) Коды по МКБ-11:

2E86.0	Лейомиома матки
2E86.00	Субмукозная лейомиома матки
2E86.01	Интрамуральная лейомиома матки
2E86.02	Субсерозная лейомиома матки
2E86.Z	Доброкачественная опухоль гладкой мускулатуры или скелетных мышц неуточненная, миома неуточненной локализации
JA84.1	Медицинская помощь матери при опухоли (миоме) тела матки
Ссылка: https://icd11.ru/zhenskoi-polovoi-sistemy-mkb11/	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

В разработку клинического протокола и стандарта внесли вклад: члены рабочей группы по организации процесса по направлению акушерство и гинекология:

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, д.м.н., профессор	ТМА
3	Гафурова Ф.А.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства, гинекологии и перинатальной медицины,
4	Каримова Ф.Д.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	ЦРПКМР, кафедра акушерства и гинекологии №2

Список основных авторов:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
---	--------	-----------	--------------

1	Юсупов У.Ю.	д.м.н., акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
2	Иргашева С.У.	д.м.н., акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
3	Алиева Д.А.	д.м.н., профессор, акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
4	Нишанова Ф.П.,	к.м.н., акушер гинеколог	РСНПМЦЗМиР
5	Мавлянова Н.Н.	д.м.н., акушер гинеколог	РСНПМЦЗМиР
6	Каримова Л.А.	акушер гинеколог	РСНПМЦЗМиР
7	Юлдашев С.К.	к.м.н., акушер гинеколог	РСНПМЦЗМиР
8	Миралиев Ф.К.	акушер гинеколог	РСНПМЦЗМиР
9	Шомирова Д.А.	акушер гинеколог	РСНПМЦЗМиР
10	Курбанов Б.Б.	д.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии	ТашПМИ
11	Матякубова С.А.	д.м.н., директор, акушер-гинеколог	Хорезмский филиал РСНПМЦЗМиР
12	Насретдинова Д.Б.	к.м.н., директор, акушер-гинеколог	Андижанский филиал РСНПМЦЗМиР
13	Суяркулова М.Э.	к.м.н., директор, акушер-гинеколог	Ферганский филиал РСНПМЦЗМиР
14	Шодмонов Н.М.	к.м.н., директор, акушер-гинеколог	Джиззакский филиал РСНПМЦЗМиР
15	Джумаев Б.А.	д.м.н., директор, акушер-гинеколог	Ташкентский филиал РСНПМЦЗМиР
16	Даминова Р.А.	директор, акушер-гинеколог	Наманганский филиал РСНПМЦЗМиР
17	Дустмуродов Б.М.	директор, акушер-гинеколог	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦЗМиР №2
18	Аширбекова Г.У.	директор, акушер-гинеколог	Филиал РСНПМЦЗМиР РК
19	Хамроева Л.К.	директор, акушер-гинеколог	Самаркандский филиал РСНПМЦЗМиР,
20	Садыкова Х.З.	директор, акушер-гинеколог	Сырдарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
21	Эшонкулов А.Г.	директор, акушер-гинеколог	Навоинский филиал РСНПМЦЗМиР
22	Зиёев А.М.	директор, акушер-гинеколог	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦЗМиР
23	Жураев Н.Б.	директор, акушер-гинеколог	Бухарский филиал РСНПМЦЗМиР
24	Ачилова С.И.	директор, акушер-гинеколог	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦЗМи

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупбаев Р.Б.	д.м.н., старший научный сотрудник, руководитель отдела фетальной медицины	РСНПМЦЗМиР
2	Саиджалилова Д.Д.	д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии	ТМА

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

РК – Республика Каракалпакстан

ТашПМИ – Ташкентский педиатрический медицинский институт

ТМА – Ташкентская медицинская академия

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_18_» _декабря_ 2023 г., протокол №2. Руководители рабочей группы: д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР», Абдуллаева Л.М., д.м.н., профессор ТМА, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Гафурова Ф.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатальной медицины ЦРПКМР, Каримова Ф.Д. д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 ЦРПКМР.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» «_21_» _____декабря_____2023 г., протокол №_19_____

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Алиева Т. М.	д.м.н., акушер - гинеколог	Научно-исследовательского Международного института Последипломного образования г. Алматы (Казахстан)

Список сокращений:

аГн-РГ	агонисты гонадотропин-рилизинг гормона АМК – аномальное маточное кровотечение
ЛНГ-ВМС	левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система МГТ – менопаузальная гормональная терапия
МРТ	магнитно-резонансная томография
НПВС	нестероидные противовоспалительные препараты
ФУЗ-абляция	фокусированная ультразвуковая абляция
MRgFUS абляция	ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии (ФУЗ- абляция)
ЭМА	эмболизация маточных артерий
УЗИ	ультразвуковое исследование
ММ	миома матки

Категории пациентов: женщины с миомой матки.

Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи, семейные врачи, организаторы здравоохранения, клинические фармакологи, студенты, клинические

ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов, женщины с миомой матки, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств):

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть

Введение.

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.

Определение

Миома матки – доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки.

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



	Суб-мукозная	0	Узел на ножке полностью в полости матки
		1	<50% узла расположено интрамурально
		2	≥50% узла расположено интрамурально
	Другие	3	100% интрамурально, но контактирует с эндометрием
		4	Интрамуральный узел
		5	Субсерозный ≥50% интрамуральный
		6	Субсерозный <50% интрамуральный
		7	Субсерозный на ножке
		8	Другие (например, шейчный узел, паразитарные образования и др.).
Гибридная лейомиома (включает эндометрий и серозную оболочку)	В этом случае две цифры указываются через дефис. При этом первая цифра соответствует отношению узла к эндометрию, вторая — отношению узла к серозной оболочке.		
	2–5	Узел расположен субмукозно и субсерозно. Субмукозно выступает менее половины диаметра узла и субсерозно выступает менее половины диаметра узла.	

Эпидемиология

Миома матки в настоящее время занимает второе место в структуре гинекологической заболеваемости. Распространенность ММ различается в отдельных исследованиях, поскольку во многом зависит от возраста, расовой принадлежности и диагностических возможностей медицины, но в среднем возникает у 20-40% женщин репродуктивного возраста. Сложность в определении истинной распространенности ММ в популяции связана с бессимптомным течением заболевания в более чем 70% случаев.

Этиология и патогенез

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.

Клиническая картина

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.

Диагностика

Диагноз миомы матки устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, физикального обследования, данных ультразвукового исследования и МРТ (по показаниям) органов малого таза.

Физикальное обследование

С	Рекомендовано проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования всем пациенткам для установления диагноза
----------	---

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 локализации миоматозного узла шейка матки сглажена, расположена асимметрично, смещена к противоположной локализации узла стенке таза.

Лабораторные диагностические исследования

С	Рекомендовано всем пациенткам с миомой матки проведение контроля лабораторных данных с целью выявления осложнений, предоперационного обследования и определения
----------	---

тактики консервативного лечения

Исследование общего анализа крови, биохимического анализа крови, гемостазиограммы проводится с целью выявления осложнений (анемия, нарушение кровообращения в узле и др.), предоперационного обследования и определения тактики консервативного лечения

Инструментальные диагностические исследования

В	Рекомендовано ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ) в качестве основного метода скрининга и первичной диагностики миомы матки
----------	---

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-D-технологии 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.

С	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 реконструктивно-пластических операций
----------	---

В 40% случаев миома матки сочетается с аденомиозом.

С	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)
----------	---

Иные диагностические исследования

С	Рекомендовано проводить дифференциальную диагностику миомы матки с аденомиозом, саркомой матки, беременностью и др. у пациенток с отмеченным ростом миоматозных узлов, АМК
----------	--

С	Рекомендовано проведение патологоанатомического исследования удаленного макропрепарата для верификации диагноза
----------	---

Лечение

Консервативное лечение

С	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)
----------	--

При бессимптомном течении заболевания в случае небольших размеров матки медикаментозное и/или хирургическое лечение не показано.

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

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.

В	Рекомендовано применять транексамовую кислоту** у пациенток с миомой матки и АМК для уменьшения объема кровопотери
---	--

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%.

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

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.

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

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.

А	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
---	---

Применение ЛНГ-ВМС противопоказано в случаях субмукозной локализации миоматозных узлов, при миоматозных узлах с центрипетальным ростом. ЛНГ- ВМС 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.

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

Данная группа лекарственных препаратов эффективно снижает объем менструальной кровопотери, не оказывая влияния на рост узлов миомы.

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

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.

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

Хирургическое лечение

С	Рекомендовано проведение оперативного лечения миомы матки у пациенток при наличии показаний
----------	---

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.

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

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. При сочетании с аденомиозом, учитывая отсутствие четкой границы поражения, надвлагалищная ампутация не рекомендуется в связи с возможным рецидивированием заболевания.

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

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).

С	При выполнении лапароскопической миомэктомии использование морцелляции рекомендовано в специальном контейнере с целью исключения диссеминации
---	---

А	Рекомендуется гистероскопическое удаление подслизистых миоматозных узлов, не превышающих 4-5 см в диаметре, у пациенток с миомой матки
---	--

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, локализуемых 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.

В	Для использования влагалищного доступа необходим ряд условий: достаточная емкость влагалища и подвижность матки; нередко проводится в сочетании с реконструктивно-пластическими 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.

А	Показания, условия и противопоказания определяет врач-акушер-гинеколог. 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. Эндоваскулярная эмболизация маточных артерий ассоциирована со снижением яичникового овариального резерва, особенно у пациенток старшего репродуктивного возраста.
---	--

А	Рекомендуется проводить абляцию фокусированным ультразвуком под контролем МРТ
---	---

	(MRgFUS) у пациенток с миомой матки в качестве метода органосберегающего лечения при наличии условий и отсутствии противопоказаний
--	--

С	Показания, условия и противопоказания определяет врач акушер- гинеколог
---	---

Реабилитация

Специфической реабилитации нет.

Профилактика

Специфическая профилактика миомы матки не разработана.

Организация оказания медицинской помощи

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

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

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

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

Миома матки и бесплодие

С	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.)
---	--

С	Не рекомендовано проводить медикаментозную терапию как самостоятельный метод лечения миомы матки в популяции женщин с бесплодием
---	--

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

С	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
---	--

С	Комбинация гистероскопии и трансвагинального ультразвукового исследования или гистеросонографии являются методами выбора
---	--

С	Рекомендовано лечение субмукозных миом проводить хирургическим путем
---	--

(гистероскопически), что увеличивает частоту наступления беременности

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.

С 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)

С Не рекомендуется проводить миомэктомию у женщин с интрамуральной миомой при гистероскопически подтвержденном интактном эндометрии при отсутствии показаний к хирургическому лечению

Преимущества миомэктомии должны быть сопоставлены с рисками, а лечение интрамуральной миомы должно быть индивидуальным.

С Рекомендуется проведение миомэктомии у пациенток с интрамуральными миомами более 4 см в случае планирования программ вспомогательных репродуктивных технологий

С 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

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).

С Не рекомендовано проведение женщинам, планирующим беременность, эмболизацию маточных артерий в качестве варианта лечения миомы матки

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 заболевании 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 патологоанатомическом исследовании. Подвержены риску лейомиосаркомы 1 из 400 женщин (0,25%), подвергшихся оперативному лечению по поводу миомы матки [38]. Это чрезвычайно агрессивное злокачественное новообразование, связанное с неблагоприятным прогнозом. Заболевание чаще всего диагностируются в перименопаузе. Предоперационная диагностика лейомиосаркомы является сложной и часто проводится только во время патологоанатомического исследования.

С	Рекомендовано проводить дифференциальную диагностику с лейомиосаркомой матки с помощью УЗИ и/или МРТ у пациенток с объемными образованиями матки при быстром росте миомы
---	--

Комментарии: Проблема заключается в том, что лейомиомы и лейомиосаркомы не могут быть надежно различены клинически или с помощью какого-либо метода визуализации до операции.

Кроме того, другие злокачественные опухоли матки, такие, рак шейки матки и рак эндометрия, могут быть причиной АМК у пациентки и требуют проведения дифференциальной диагностики.

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 патологоанатомическое исследование миоматозного узла	Да/Нет
4	Назначена медикаментозная терапия дисменореи при ее наличии	Да/Нет
5	Выполнено адекватное хирургическое лечение в соответствии с показаниями	Да/Нет

3. Список литературы:

1. Адамян Л. В. Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными опухолями внутренних гениталий и принципы восстановительного лечения //Москва. – 1985. Москва.
2. El-Balat A. et al. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature

- //BioMed research international. – 2018. – Т. 2018.
3. Pérez-López F. R. et al. EMAS position statement: management of uterine fibroids //Maturitas. – 2014. – Т. 79. – №. 1. – С. 106-116.
 4. Kubik-Huch R. A. et al. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of leiomyomas //European radiology. – 2018. – Т. 28. – №. 8. – С. 3125-3137.
 5. Grings A. O. et al. Protein expression of estrogen receptors α and β and aromatase in myometrium and uterine leiomyoma //Gynecologic and obstetric investigation. – 2012. – Т. 73. – №. 2. – С. 113-117.
 6. Markowski D. N. et al. HMGA2 and p14Arf: major roles in cellular senescence of fibroids and therapeutic implications //Anticancer research. – 2011. – Т. 31. – №. 3. – С. 753-761.
 7. Ciavattini A. et al. Uterine fibroids: pathogenesis and interactions with endometrium and endomyometrial junction //Obstetrics and gynecology international. – 2013. – Т. 2013.
 8. Mittal P. et al. Med12 gain-of-function mutation causes leiomyomas and genomic instability //The Journal of clinical investigation. – 2015. – Т. 125. – №. 8. – С. 3280-3284.
 9. Osinovskaya N. S. et al. Frequency and spectrum of MED12 exon 2 mutations in multiple versus solitary uterine leiomyomas from Russian patients //International journal of gynecological pathology. – 2016. – Т. 35. – №. 6. – С. 509-515.
 11. Tal R., Segars J. H. The role of angiogenic factors in fibroid pathogenesis: potential implications for future therapy //Human reproduction update. – 2013. – Т. 20. – №. 2. – С. 194-216.
 12. Сидорова И. С. и др. Современное состояние вопроса о патогенезе, клинике, диагностике и лечении миомы матки у женщин репродуктивного возраста //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2012. – Т. 6. – №. 4.
 13. Ren Y. et al. Different effects of epidermal growth factor on smooth muscle cells derived from human myometrium and from leiomyoma //Fertility and sterility. – 2011. – Т. 96. – №. 4. – С. 1015- 1020.
 14. Plewka D. et al. Expression of VEGF isoforms and their receptors in uterine myomas//Ginekologia polska. – 2016. – Т. 87. – №. 3. – С. 166-177.
 15. Baird D. D. et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence //American journal of obstetrics and gynecology. – 2003. – Т. 188. – №. 1. – С. 100-107.
 16. Chiaffarino F. et al. Alcohol consumption and risk of uterine myoma: A systematic review and meta analysis //PloS one. – 2017. – Т. 12. – №. 11. – С. e0188355.
 17. Серов В. Н., Сухих Г. Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология //М: ГЭОТАР-Медиа.-4-е изд.-2017. Москва: Проблемы репродукции.
 18. Donnez J., Donnez O., Dolmans M. M. With the advent of selective progesterone receptor modulators, what is the place of myoma surgery in current practice? //Fertility and Sterility. – 2014. – Т. 102. – №. 3. – С. 640-648.
 19. Worldwide A. A. M. I. G. AAGL practice report: practice guidelines for the management of hysteroscopic distending media:(replaces hysteroscopic fluid monitoring guidelines. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000; 7: 167–168.) //Journal of minimally invasive gynecology. – 2013. – Т. 20. – №. 2. – С. 137-148. SOGC clinical practice guideline, The Management of Uterine Leiomyomas, No. 318.
 20. Stewart E. A. et al. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2017. – Т. 124. – №. 10. – С. 1501-1512.
 21. Zepiridis L. I., Grimbizis G. F., Tarlatzis B. C. Infertility and uterine fibroids //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2016. – Т. 34. – С. 66-73.
 22. Parazzini F., Tozzi L., Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids //Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. – 2016. – Т. 34. – С. 74-84.

23. Munro M. G. et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2011. – Т. 113. – №. 1. – С. 3-13.
24. Munro M. G. et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2018.
25. Suzuki A. et al. Differential Diagnosis of Uterine Leiomyoma and Uterine Sarcoma Using Magnetic Resonance Images: A Literature Review //Healthcare. – Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2019. – Т. 7. – №. 4. – С. 158.
26. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2015.
27. Marret H. et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2012. – Т.165. – №. 2. – С. 156-164.
28. Fascilla F. D. et al. Ultrasound diagnosis of uterine myomas //Minerva ginecologica. – 2016. – Т. 68. – №. 3. – С. 297-312.
29. Minsart A. F. et al. Does three-dimensional power Doppler ultrasound predict histopathological findings of uterine fibroids? A preliminary study //Ultrasound in obstetrics & gynecology. – 2012. – Т. 40. – №. 6. – С. 714-720.

Приложения.

Алгоритмы ведения пациента Общая схема



Схема 1

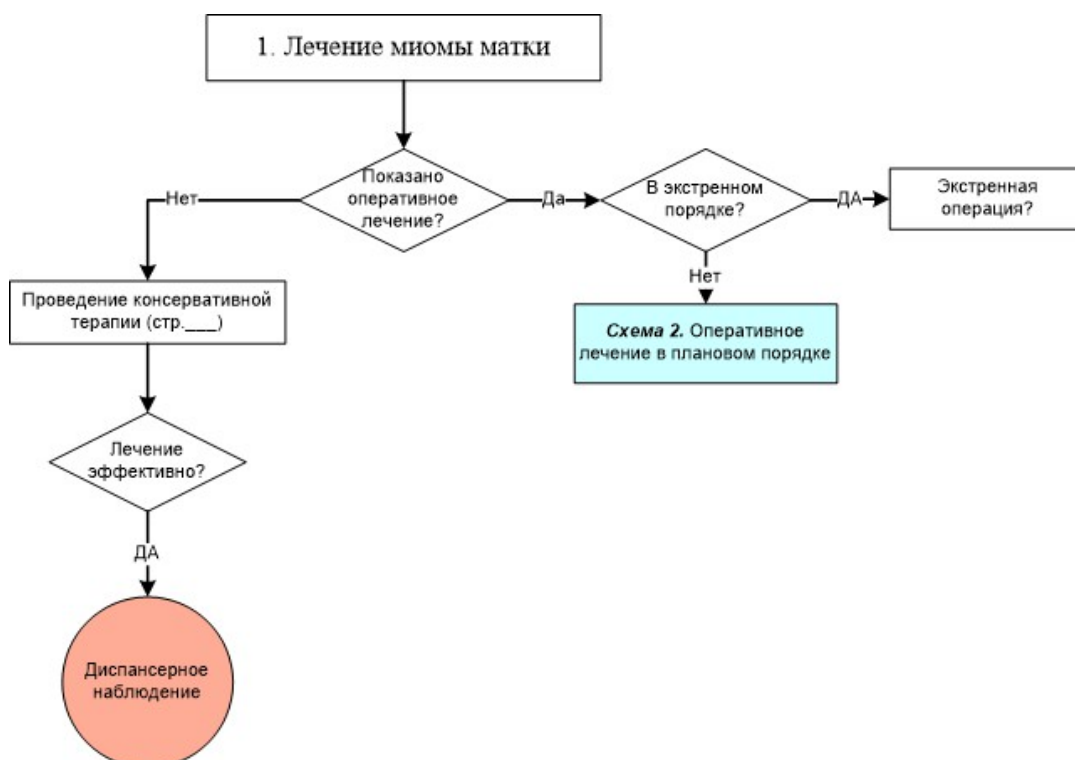


Схема 2

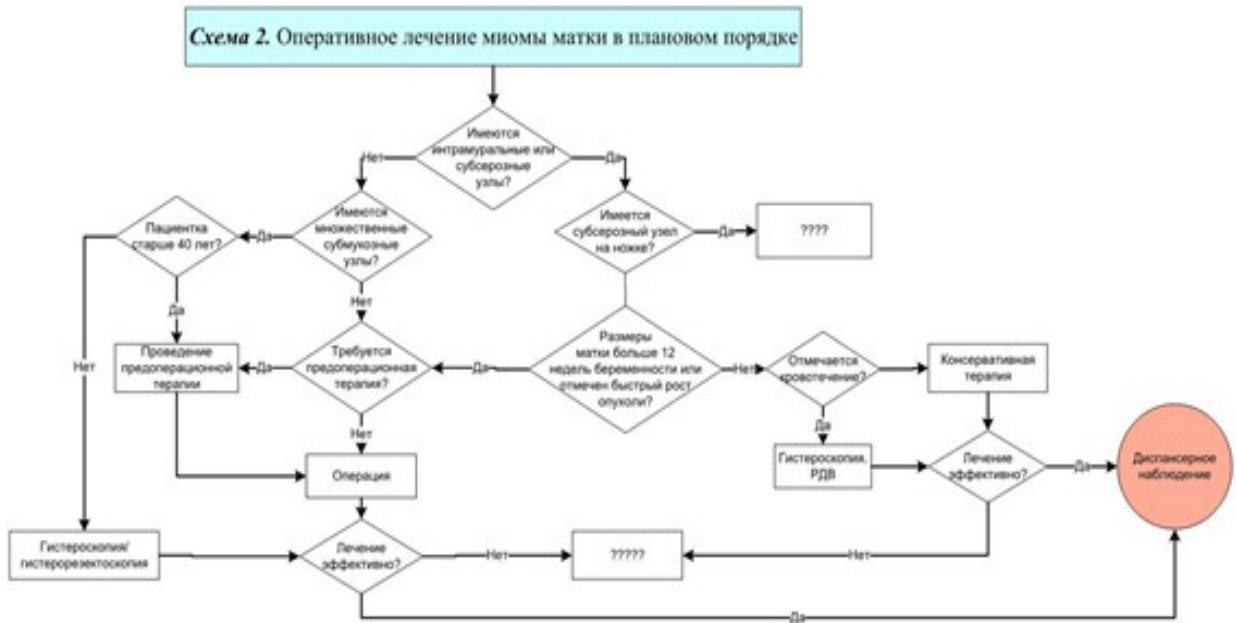
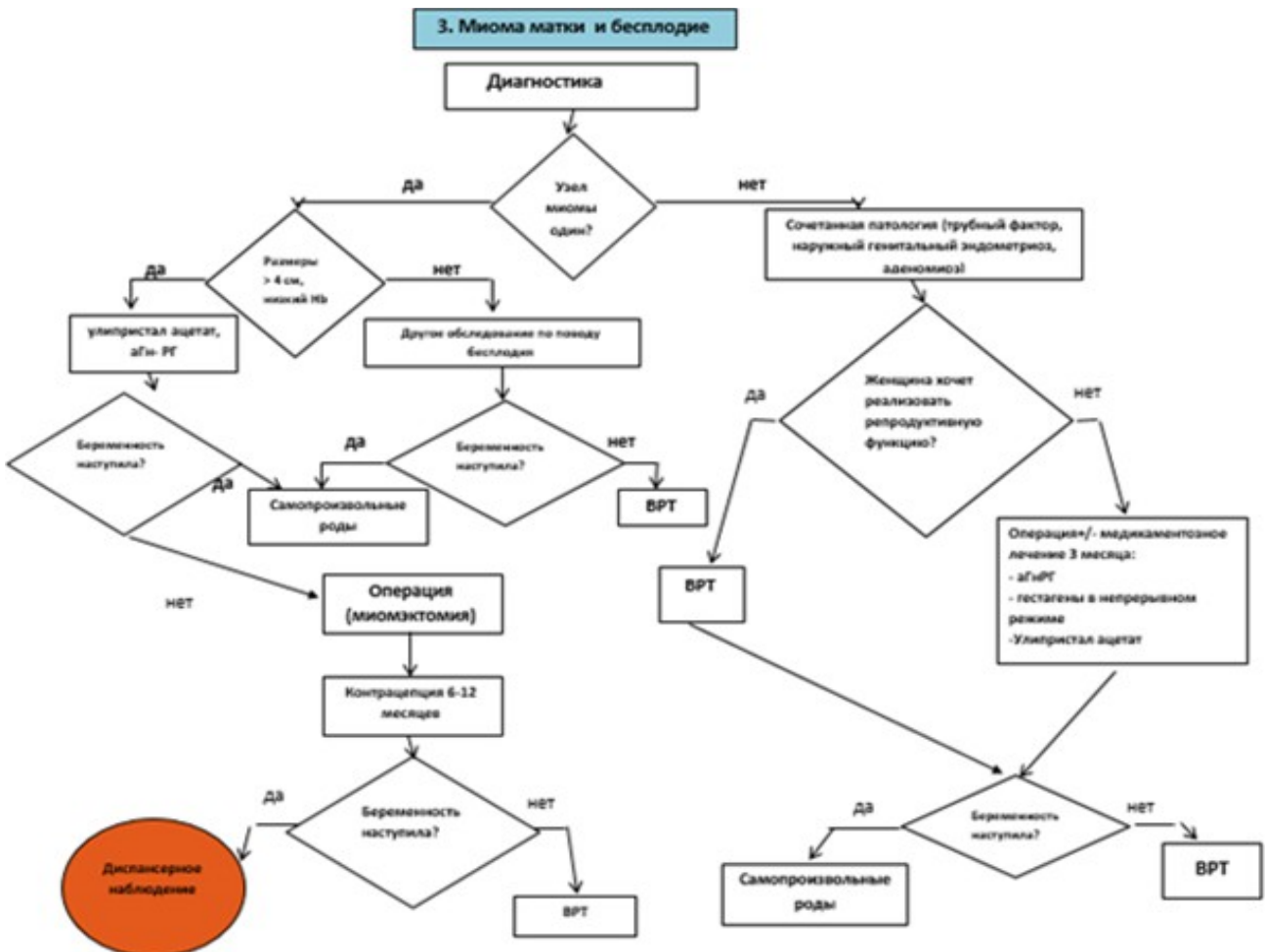


Схема 3



Информация для пациентов

Миома матки – одна из самых распространенных опухолей женских половых органов.

В значительной степени на развитие этой доброкачественной опухоли оказывают влияние воспалительные заболевания и аборты. 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).