

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15 и 154/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ БЕНИГНИ ГИНЕКОЛОШКИ ЛЕЗИИ И ТУМОРИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при бенигни гинеколошки лезии и тумори.

Член 2

Начинот на згрижување при бенигни гинеколошки лезии и тумори е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при бенигни гинеколошки лезии и тумори по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-10470/1
9 октомври 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

БЕНИГНИ ГИНЕКОЛОШКИ ЛЕЗИИ И ТУМОРИ

МЗД Упатства

Последен пат е ажурирано на: 26.3.2014 © Duodecim Medical Publications Ltd

- [Види го и упатството](#): Гинеколошки малигноми.

Важно

- Покрај бимануелниот преглед на малата карлица, брисот по Пап, ендометријалната биопсија и ултразвучниот преглед се важни иследувања во амбулантската грижа за пациентите.
- Дел од гинеколошките лезии и тумори се асимптоматски и се детектираат случајно во текот на гинеколошкиот преглед.
- На најголемиот дел од бенигните тумори гинекологот треба да им посвети внимание.

Грло на матката - цервикс

Симптоми и дијагноза

- Симптомите опфаќаат засилен вагинален исцедок (леукореа) со непријатна миризба, вагинално крвавење и точкасто крвавење по сексуален однос т.н. spotting. Специфични симптоми нема, но промените може да се забележат при рутински преглед.
- Вагиналната цитологија (брис по Пап; [види го упатството: Пап \(цервикална\) размаска и ендометријална биопсија](#)) и ХПВ ДНК тестот се најважните иследувања.
- Клеточните абнормалности секогаш се иследуваат поподробно со примена на колпоскопија и биопсија. Ефективниот третман на преканцерозните лезии (ЦИН 1-3), со примена на конизација со јамка и понатамошните редовни контроли, ја намалуваат прогресијата на преканцерозните лезии кон цервикален карцином.

Бенигни промени на грлото на матката

- **Цистата на Наботи** претставува епително испакнување на површината на грлото на матката кое настанува заради оклузија на изводниот канал на жлездите во лигавицата на грлото на матката.
 - Промената е најчесто асимптоматска и не изискува третман. Поголемите цисти може да се отворат со, на пример, заоблен врв на хируршки инструмент.
- **Цервикалниот полип** се манифестира со посткоитален крвав исцедок.
 - Големината на полипот може да варира од неколку милиметри до два сантиметри. Полипите на петелка може да потекнуваат од внатрешноста на цервикалниот канал или ендочервиксот, а понекогаш може да водат потекло и од ендометриумот.
 - Полипот може да се отстрани со сврдловидно движење, т.е. увртување со употреба на фенестриран форцепс или т.н. фенестра.

- Цервикалните полипи се бенигни, но се препорачува отстранетиот ткивен примерок да се приложи за микроскопска анализа.
- Полипите се често рекурентни, па во тој случај се препорачува да се направи ендочервикална киретажа и ендометријална биопсија.
- Кај младите жени по породување и кај корисничките на хормонска контрацепција, сквамо-колумнарната јункција. т.е. границата помеѓу glandуларниот (цилиндричен) епител на цервиксот и повеќеслојниот плочест епител на вагината, се прикажува како ектопија на ектоцервиксот (вагиналниот дел од цервиксот). Појавата се смета за нормална и не побарува третман.
- **Кондиломите** се асоцирани со инфекции на грлото на матката со хуман папилома вирус (ХПВ), [види го упатството: Инфекција со хуман папилома вирус.](#)

Тело на матката

Симптоми

- Абнормалното крвање е главен симптом. Кај секоја втора пациентка со менорагија, состојбата е предизвикана од промени на телото на матката (полип, ендометријална хиперплазија, миом, аденомиоза).
- Кај окулу 15% од пациентките со постменопаузално крвање причината е карцином на телото на матката.

Дијагноза

- Зголемена џумкаста матка сугерира присуство на миоми.
- Во случај на абнормално крвање од матката, потребно е да се земе примерок од шуплината на матката со ендометријална биопсија, [види го упатството: Пап \(цервикална\) размаска и ендометријална биопсија.](#) Ултразвукот не претставува замена за ендометријалната биопсија.
- Трансвагиналниот ултразвук се користи за мерење на дебелината на ендометриумот и може да открие евентуално присуство на полип или миом, [види го упатството: Гинеколошко испитување со ултразвук.](#)
 - По менопаузата, ендометриум со дебелина под 5 mm, ретко оди во прилог на малигна промена, но дебелина над 10 mm се смета за абнормална и наметнува потреба од биопсија. Кај пациентките во репродуктивниот период, дебелина на ендометриумот над 18 mm е абнормална појава и наметнува потреба од понатамошни иследувања (биопсија/киретажа, хистероскопија).
- Причината за постменопаузалното крвање секогаш треба да биде одредена пред да се започне со третманот. Уреден Пап тест не исклучува присуство на карцином на ендометриумот.

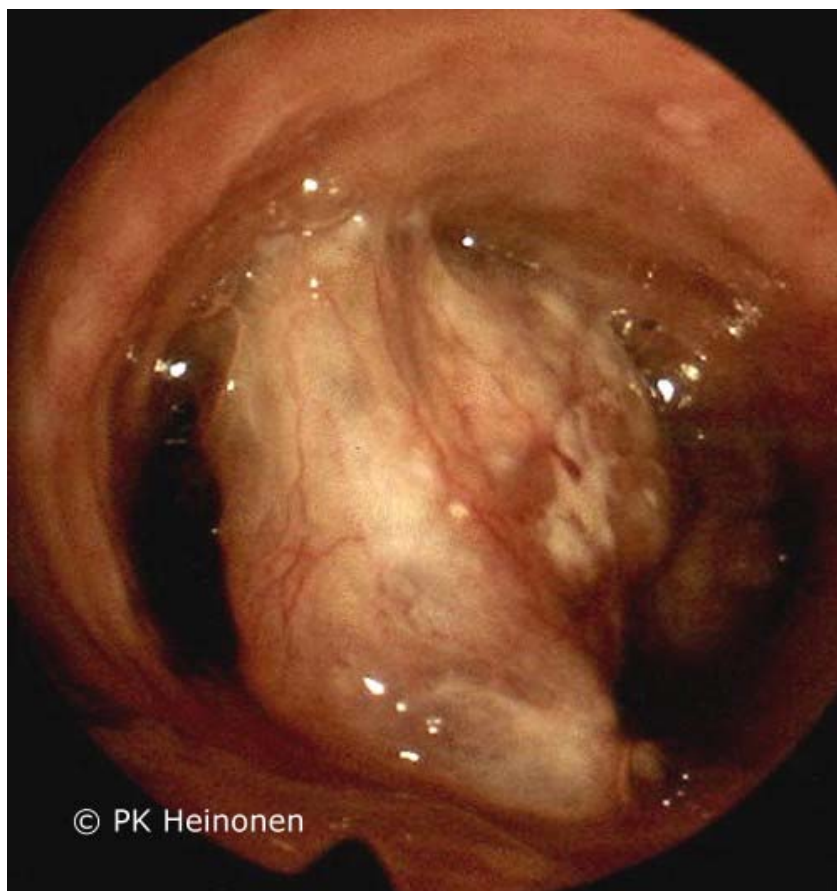
Бенигни тумори на телото на матката

Ендометријален полип

- Најчест е кај менопаузалните жени.
- Продолженото естрогенско делување и недостатокот на прогестерон се предиспонирачки фактори. Адјувантната антиестрогена терапија во лекувањето на карциномот на дојката го стимулира формирањето на полипите.

- Ендометријалниот полип може да предизвика продолжено, обилно менструално крвање или точкасто крвање, но често се наоѓа и при рутински ултразвучен преглед кај асимптоматски пациентки.
- Полипите се дијагностицираат со трансвагинален ултразвук, а уште попрецизно при инстилација на физиолошки раствор во шуплината на матката (хистеросонографија, [види го упатството: Гинеколошко испитување со ултразвук](#)).
- Асимптоматските полипи со дијаметар помал од 1 cm не изискуваат понатамошни иследувања. Сите клинички манифестни и големи (> 1 cm) полипи се отстрануваат со хистероскопија ([слика 1](#)). Полипите се ретко малигни (1%), но ендометријалната хиперплазија се јавува во 10%.

Слика 1 (26.3.2014). Хистероскопски приказ на голем бениген ендометријален полип кај постменопаузална жена



Автор: Pentti Heinonen
 ИБ на прилогот: ime01397 (250.002)
 © Duodecim Medical Publications Ltd

Ендометријална хиперплазија

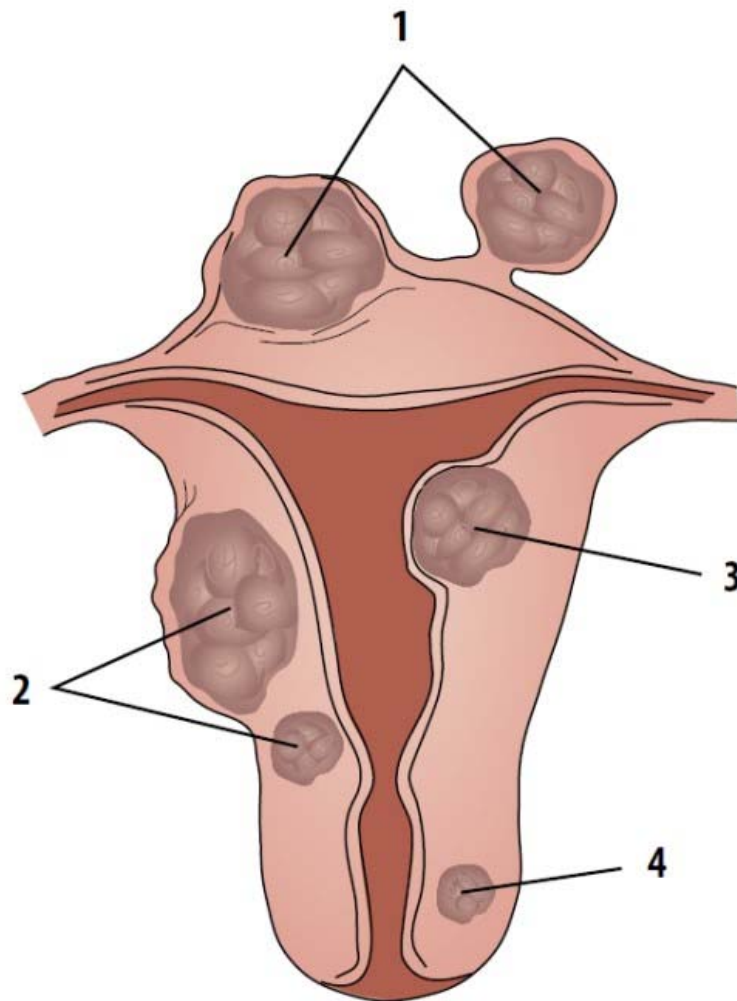
- Причината е прекумерно делување на естрогенот или дефицит или краткотрајно дејство на прогестеронот. Најчесто се јавува во пременопаузалниот период кога се зголемува бројот на ановулаторните циклуси.
- Ендометријалната хиперплазија предизвикува продолжено и профузно менструално крвање.

- Дијагнозата се поставува врз основа на хистолошката анализа на примерокот, добиен со ендометријална биопсија.
- Едноставната хиперплазија (hyperplasia simplex, цистична гландуларна хиперплазија) е најчеста. Ризикот од карцином кај неатипичната хиперплазија е мал (1%), но кај нетретираната атипична едноставна хиперплазија се зголемува на 8%.
 - Во пременопаузалниот период, третманот опфаќа циклична терапија со прогестин (на пр., медроксипрогестерон ацетат 10 mg или норетистерон 5 mg дневно, почнувајќи од 15–24 ден од циклусот), сè додека пациентката има крвавење. Алтернатива е, на пр. континуираната прогестиска терапија со примена на хормон ослободувачка интраутерина влошка (ИУВ). Доколку крвавењата се тешки и обилни, доколку третманот со прогестин е неефикасен или доколку пациентката има атипична едноставна хиперплазија, треба да се направи хистеректомија.
- Комплексната хиперплазија (hyperplasia complex, аденоматозна хиперплазија) е посериозна состојба. Доколку се остави нетретирана, ризикот од карцином изнесува 3% во текот на 10-годишен период на следење.
 - Третманот се состои или од циклични прогестини или континуирана прогестинска терапија со хормон ослободувачка ИУВ, како што е погоре споменато, особено кога се во прашање пациентките во репродуктивно доба. Ендометријалната биопсија се повторува 6 месеци по започнувањето на терапијата. Хистеректомијата претставува алтернативен третман кај пери и постменопаузалните пациентки.
- Атипичната комплексна хиперплазија (hyperplasia complexa atypica) се третира со хистеректомија, бидејќи носи зголемен ризик од ендометријален карцином (29%). Доколку пациентката е млада и има желба за понатамошна репродукција или доколку хистеректомијата е контраиндицирана, третманот се состои од високи дози на прогестин по дополнителни иследувања и строг мониторинг со повторувани примероци.

Миоми

- Миомите („фиброиди“) се бенигни тумори со потекло од мазната мускулатура (леиомиоми) на матката. 0,1% се малигни леиомиосаркоми.
- Секоја трета жена во репродуктивно доба е носител на миоми, најчесто на возраст од 40-50 години.
- Големината на миомите варира и тоа најчесто во дијапазонот од 1-10 сантиметри.
- Миомите се најчесто локализирани на телото на матката (слика 2) и често се асимптоматски. Интрамуралните и супсерозните миоми може да предизвикаат симптоми кои се асоцирани со притисок врз околните органи и структури или да предизвикаат болка, иритација и нарушена функција на мочниот меур или нарушување на цревната функција. Пендуларните миоми може да се торквираат околу својата петелка, да некротизираат и подоцна да калцифицираат (слика 3).
- Субмукозните миоми (15%), кои се локализирани под лигавицата на матката, предизвикуваат обилни крвавења и се причина за анемија.
- Миомите, ретко (<2%) се причина за инфертилитет. Интрамуралните миоми не влијаат врз текот на бременоста, но кај секоја трета жена миомите ќе ги зголемат своите димензии во текот на бременоста.

Слика 2 (26.3.2014). Класификација на миомите според нивната локализација: 1) Супсерозни миоми, едниот на петелка; 2) интрамурални миоми; 3) субмукозни миоми; 4) цервикален миом.

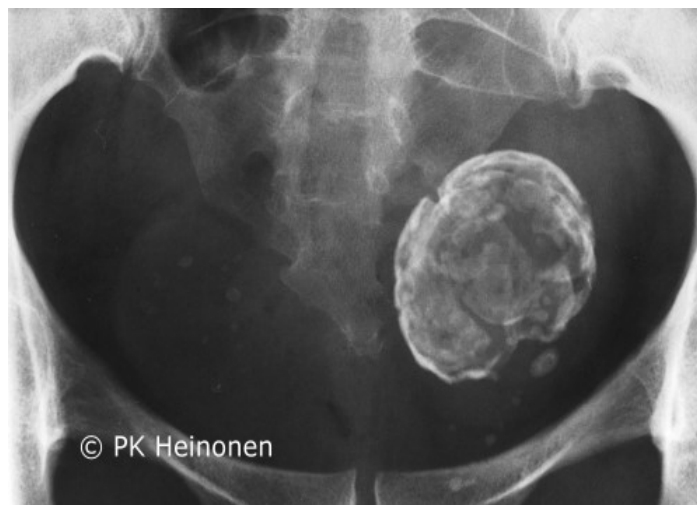


Извор

1. Suvitie P, Perheentupa A. Myoomat ja hedelmällisyys [Myomas and fertility]. Duodecim 2011; 127(17): 1848-56.

Автор: Pia Suvitie and Antti Perheentupa
ИБ на прилогот: ime01398 (500.105)
© Duodecim Medical Publications Ltd

Слика 3 (26.3.2014). Нативна рендгенографија на карлица која открива калцифициран миом



Автор: Pentti Heinonen

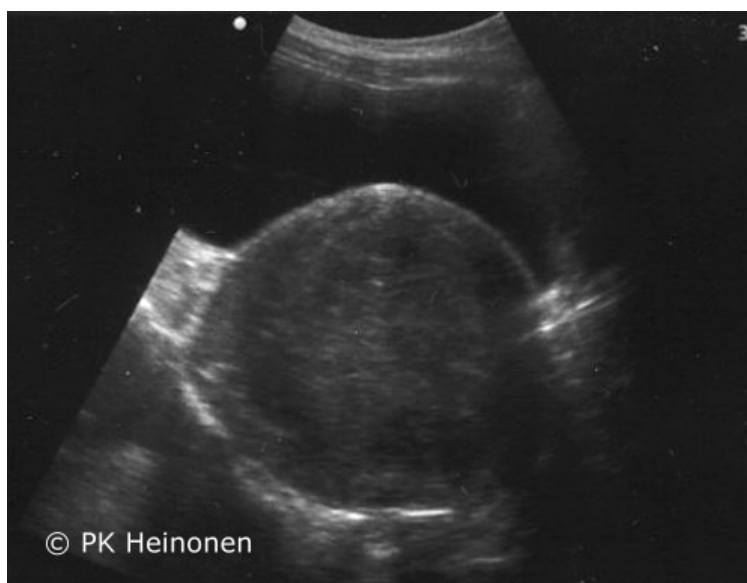
ИБ на прилогот: ime01399 (250.003)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Дијагноза

- При бимануелен преглед на карлицата, миоматозниот утерус е зголемен, цумкаст или заоблен. Локацијата на миомите може да се потврди, а растот да се следи со примена на ултразвук. (слика 4). Хистеросонографијата или хистероскопијата се користат за одредување на големината и локализацијата на субмукозните миоми. Хистероскопијата, исто така, се користи и во нивниот третман.
 - Диференцијацијата помеѓу педункуларен миом и оваријален тумор може да биде отежната при ултразвучната дијагностика.

Слика 4 (26.3.2014). Голем (10 cm) миом во предниот ѕид на матката, зад мочниот меур, прикажан со трансабдоминален ултразвук. Миомот е причина за ретенција на урината.



Третман

- Асимптоматските миоми не изискуваат третман; следењето е на секои 6-9 месеци со ултразвук.
- Големите, брзо растечките и клинички манифестните миоми, треба да се третираат.
- Хистеректомијата е терапија на избор кога пациентката не планира понатамошни бремености. Миомите се најчеста индикација за хистеректомија (30-50%).
- Енуклеација на миомите, доколку матката треба да се зачува за, на пр., понатамошни бремености.
- Емболизација на утерините артерии може да се примени во селектирани случаи [1](#).
- Субмукозен миом може да се отстрани хистероскопски доколку миомот во најголемиот дел расте кон шуплината на матката и неговиот дијаметар е помал од 4 cm (слика 5).
- Медикаментозна терапија (на пр., GnRH аналози) може да се примени предоперативно за да се намали големината на миоите.

Слика 5 (26.3.2014). Миом на петелка во шуплината на матката се отстранува хистероскопски со јамката на ресектоскопот.



Оваријални цисти

- Се среќаваат кај 5-10% од асимптоматските жени во репродуктивно доба, кај 3-15% од менопаузалните жени.
- Во репродуктивното доба жените имаат функционални оваријални цисти, како на пр. фоликуларни цисти кај неруптуриран оваријален фоликул и цисти од крвавечко жолто тело. Употребата на хормон-ослободувачка ИУВ создава предиспозиција кон формирање на функционални цисти.
- Другите вообичаени бенигни оваријални цисти вклучуваат епителни (серозни, муцинозни) цисти, хеморагични цисти, ендометријални цисти (ендометриоми) и цисти на герминативните клетки (тератоми). Некои од цистите не се само едноставни меури, туку имаат повеќе солидна структура.

Симптоми

- Најчесто асимптоматски и се детектираат случајно при клинички и/или ултразвучен преглед.
- Симптомите можат да вклучуваат болка и чувство на притисок. Појавата на ненадејна болка која се зајакнува, укажува на торквирана циста. Перфорација или руптура на цистата предизвикува појава на ненадејна пресечна болка.
- Покачената телесна температура асоцира на аднекситис и формирање на апсцес.
- Диференцијално дијагностички, дивертикулитис и инфекции на уринарните патишта, секогаш треба да се имаат на ум.
- Големите тумори предизвикуваат чувство на притисок, надуеност на стомакот, често мокрење и симптоми по потекло од цревата.

Дијагноза

- Асимптоматските цисти често остануваат недијагностицирани при клинички преглед.
- Каква било маса, која при прегледот ќе се почувствува покрај матката, бара понатамошни иследувања.
- Трансвагиналниот ултразвук е основна дијагностичка алатка. Големите цисти може да се евалуираат и со абдоминален ултразвук.
 - При ултразвучната евалуација треба да се проценат големината на цистата, по можност внатрешната структура, како мултилокуларност, присуството на солидни ткивни елементи, како и присуството на папиларни израстоци.
 - Бенигните цисти се унилокуларни, анехогени и со мазна површина на ултразвук и дијаметарот е помал од 10 cm.
 - Повеќе солидна структура на цистата кај жени во репродуктивно доба сугерира тератом, ендометриом или хеморагична лезија.
 - Кај постменопаузалните жени, повеќе солидна структура на цистата, секогаш наметнува потреба од понатамошни иследувања.
 - Диференцијално дијагностички во предвид треба да се земе педункуарен миом.
- Туморските маркери (СА 125, ТАТ1, HE4) се испитуваат доколку наодот е нејасен или постојат знаци за малигнитет.

Третман

- Унилокуларните анехогени оваријални цисти со дијаметар помал од 5 cm кај жените во репродуктивно доба не бараат понатамошен третман.
 - Доколку големината на цистата е 5–10 cm, нејзината големина се реevalуира по 6-12 месеци.
 - Доколку големината на цистата била помалку од 7 cm и цистата не покажува пораст при контролниот преглед, понатамошно следење не е потребно.
 - Од друга страна, цисти со дијаметар од 7–10 cm треба да се реevalуираат по 1 година.
 - Циста со дијаметар над 10 cm треба хируршки да се отстрани.
- Кај постменопаузалните жени, унилокуларна анехогена оваријална циста со дијаметар помал од 3 cm не изискува следење. Цистата со дијаметар од 3–7 cm треба да се реevalуира со ултразвук по 6–12 месеци, а цистата со дијаметар над 7 cm треба хируршки да се третира.
 - Симптомите и евентуално зголемената концентрација на туморските маркери влијае врз одлуката за хируршкиот третман.
- Се врши ендоскопска енуклеација на цистата или отстранување на целиот овариум (**ннд-А**). Хистолошката анализа ја потврдува конечната дијагноза.

Вулва и вагина (срамница и родница)

- Бенигните тумори се најчести.
- Кондиломите се чести кај младите жени ([види го и упатството: Инфекција со хуманпапилома вирус](#)).
- Многу дерматолошки состојби (особено екцем, псоријаза, неуродерматит) се појавуваат на кожата на вулвата (срамницата).

Дијагноза

- Чешањето, иритацијата и болката на надворешните гениталии се типични, но неспецифични симптоми. Некои пациентки немаат никакви симптоми.
- Биопсијата ја потврдува дијагнозата и треба да се земе при низок праг.
- Диференцијално дијагностички треба да се земат во предвид вулводинија, како и вулвовагинитис, предизвикани од, на пр., кандида или херпес.

Бенигни тумори и лезии

- **Кондиломите** се најчест тумор на надворешните гениталии и на вагината (родницата), [види го и упатството: Инфекција со хуманпапилома вирус](#).
 - ХПВ инфекцијата може да биде асоцирана со сквамозните епителни промени на надворешните гениталии и вагината (родницата). Некои од нив се преканцерозни лезии.

- Епителните промени на кожата вклучуваат **хемангиоми, бемки и цисти**.
 - Цистичниот оток на вагиналниот сид, познат како Гартнерова циста, може да се пунктира или да се отвори со скалпел.
 - Циста може да се формира и во изводниот канал на Бартолиниевата жлезда (види го и упатството: [Бартолиниис](#); апсцес и циста на [Бартолиниевият канал](#)).
- Понекогаш **ендометриозата** може да се види и на вагината (родницата).
- **(Пејџетова) Paget's болест**
- **Lichen sclerosus et atrophicus** е автоимуна инфламаторна промена на кожата и мукозните мембрани.
 - Најчеста е кај постменопаузалните жени.
 - Јасно ограничени бледо пребоени зони со мали улцерации и крвавења се видливи на надворешните гениталии ([слика 6](#)), но не и на вагината (родницата).
 - Симптомите опфаќаат чешање и печење.
 - Дијагнозата се потврдува хистолошки на биоптичен фрагмент.
 - Целта на третманот е ублажување на симптомите и спречување на понатамошната прогресија на болеста.
 - Дијагнозата се потврдува хистолошки на биоптичен фрагмент.
 - Целта на третманот е олеснување, т.е ублажување на симптомите и превенција на понатамошната прогресија на состојбата.
 - Првата линија на топична терапија ја претставуваат потентни кортикостероидни масти ([ннд-С](#)), аплицирани навечер во текот на 4 недели, а потоа 2 пати неделно во следните 4 недели.
 - Состојбата е хронична и бара неколкугодишна топична терапија, со промени на терапискиот курс помеѓу кортикостероидни масти и емоилентни креми.
 - Инхибиторите на калцинеурин (такролим, пимекролим), се користат под контрола од гинеколог.
 - Доколку не се третира, состојбата може да доведе до атрофија на усните и стеснување на влезот во вагината (родницата), со што сексуалното општење станува отежнато.
 - Неопходно е пациентките да се следат еднаш годишно, бидејќи lichen sclerosus et atrophicus носи 5% ризик од агравација на состојбата и развој на сквамозелуларен карцином.
- Lichen (ruber) planus, [види го и упатството: Лихен планус](#).
 - Lichen planus е инфламаторно дерматолошко заболување кое се појавува на оралната и на вагиналната лигавица.
 - Ерозивниот вагинален lichen planus предизвикува дополнителни крвавења, крвавење по однос, печење и болка.
 - При преглед под спекулум лигавицата лесно се раскрвавува и се забележуваат и јасно ограничени црвеникави лезии на вагиналните сидови.
 - Со напредувањето, болеста предизвикува формирање на лузни и атхезии на вагината, а со преминот во хронична фаза станува причина за стеснување на вагината (родницата).
 - Ерозивниот lichen planus кој доведува до скарификација го третира гинеколог.
 - Lichen planus носи 1–2% ризик од агравација кон сквамозелуларен карцином.

Слика 6 (1.11.2011). Kraurosis vulvae (lichen sclerosus et atrophicus) е хронична состојба која тешко се лекува, а предизвикува неподносливо чешање. Сродната состојба кај мажите е позната како balanitis xerotica obliterans. Такролимот е додаден на традиционалниот режим на лекување кој се состои од високо потентни локални кортикостероиди.



Автор: Raimo Suhonen
ИБ на прилогот: ime01365 (130.528)

Гинеколошки тумори – поврзани извори

Кохранови прегледи

- Додавањето на хемотерапија на база на цисплатин кон радиотерапијата навидум го зголемува преживувањето и ја забавува прогресијата на болеста при адјувантниот третман на карциномот на грлото на матката во ран стадиум со ризик за повторно појавување, иако доказите се недоволни **(ннд-D)**.
- Додавањето на неoadјувантна терапија кон хируршкото лекување може да не го подобрува целокупното преживување кај ран или локално напреднат карцином на грлото на матката **(ннд-C)**.
- Ингвиналната хирургија може да е поефикасна од ингвиналната радиотерапија во превенцијата на ингвиналните рецидиви кај раниот карцином на вулвата (срамницата) **(ннд-C)**.
- Неoadјувантната хемотерапија веројатно е од некаква корист кај пациентките со иноперабилен тумор на вулвата (срамницата) или со позитивни ингвинални лимфни јазли, доколку се надоврзува на ресекција на туморската маса и екстирпација на лимфните јазли **(ннд-D)**.
- Вагиналната хистеректомија има бројни бенефити во однос на абдоминалната хистеректомија и треба да се претпочита. Лапароскопската хистеректомија се чини дека нема предности во однос на вагиналниот пристап, а времето на операција е подолго. Во споредба со абдоминалната хистеректомија, лапароскопскиот пристап

има бројни предности, но повторно, времето на операција е подолго и има поголем ризик од повреди на уринарниот тракт **(ннд-А)**.

- Кај пациентките со **претпоставен** I стадиум на ендометријален карцином, се смета дека лимфаденектомијата не го намалува ризикот од смртен исход и рецидив на болеста во споредба со пациентките кај кои не е направена лимфаденектомија **(ннд-В)**.
- Поинтензивниот режим на цитотоксична терапија, со претпочитање на паклитакселот и платината, обезбедуваат подолг период на преживување без прогресија на болеста во однос на понеинтензивните режими, во случаите на напреднат ендометријален аденокарцином, но за сметка на зголемената токсичност. За предностите во однос на целокупното преживување и квалитетот на животот, доказите се недоволни **(ннд-А)**.
- Радикалната пелвична хирургија во втор акт, во случаите на напреднат оваријален карцином, се чини дека е ефикасна во оние случаи во кои примарната хируршка интервенција не е направена од гинеколог-онколог, но доказите се недоволни **(ннд-Д)**.
- Интраперитонеалната хемотерапија во примарниот третман на напреднатиот оваријален карцином го подобрува, како целокупното преживување, така и периодот на преживување без рецидив **(ннд-А)**.
- Емболизацијата на утерините артерии (ЕУА) кај пациентките со клинички манифестни фиброиди, нуди покус период на хоспитализација и побрзо враќање кон рутинските активности, во споредба со хистеректомијата или миомектомијата, но стапката на минорни компликации е повисока **(ннд-А)**.
- Тоталната, наспроти суптоталната хистеректомија во терапијата на бенигните гинеколошки состојби, веројатно, не прави разлика во однос на стапката на инконтиненција, констипација или во параметрите на сексуалната функција **(ннд-В)**.

Резиме на други докази

- Се покажува дека таксаните се ефикасни во третманот на напреднатиот оваријален карцином и карцином на дојката **(ннд-В)**.
- Нафарелинот навидум го намалува крвавењето од матката, ги подобрува хематолошките параметри и симптомите кај пациентките со леиомиоми **(ннд-В)**.

Литература

- Hennessy BT, Coleman RL, Markman M. Ovarian cancer. Lancet 2009 Oct 17; 374(9698): 1371-82.
- Stewart EA. Uterine fibroids. Lancet 2001 Jan 27; 357(9252):293-8.
- Levy BS. Modern management of uterine fibroids. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87(8): 812-23.
- Blair AR, Casas CM. Gynecologic cancers. Prim Care 2009 Mar; 36(1): 115-30, ix.

Author: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

ИБ на прилогот: rel00258 (025.046)

© Duodecim Medical Publications Ltd

Референци

1. Edwards RD, Moss JG, Lumsden MA, Wu O, Murray LS, Twaddle S, Murray GD, Committee of the Randomized Trial of Embolization versus Surgical Treatment for Fibroids. Uterine-artery embolization versus surgery for symptomatic uterine fibroids. N Engl J Med 2007 Jan 25; 356(4): 360-70.

Автор: Pentti Heinonen

ИБ на прилогот: ebm00544 (025.046)

© Duodecim Medical Publications Ltd

1. МБД упатства, 26.3.2014 Essential evidence plus,
http://www.essentialevidenceplus.com/content/ebmg_ebm/544
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до 2018 година.