

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

(гинекология)

Санкт-Петербург
СпецЛит
2017

УДК 618
К-49

Клинические протоколы (гинекология) / А. А. Шмидт,
К-49 А. А. Безменко, Д. И. Гайворонских [и др.]. — Санкт-Петербург :
СпецЛит, 2017. — 143 с. — ISBN 978-5-299-00905-7.

Издание подготовлено коллективом кафедры акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова под руководством начальника кафедры, доцента А. А. Шмидта.

Сборник клинических протоколов включает основные нозологические формы и клинические ситуации, встречающиеся в практической работе врачей женских консультаций и гинекологических стационаров. Протоколы составлены на основе действующих регламентирующих документов МЗ РФ, материалов отечественной и зарубежной литературы, съездов и конгрессов акушеров-гинекологов и данных собственного опыта авторов.

Предназначено для врачей акушеров-гинекологов, врачей, обучающихся в системе последиplomного образования по специальности «Акушерство и гинекология».

Данные протоколы утверждены на заседании ученого совета Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (Протокол № 192 от 14.04.2017 г.)

УДК 618

ISBN 978-5-299-00905-7

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. Клинический протокол «Хроническая тазовая боль».....	5
2. Клинический протокол «Аномальные маточные кровотечения»	10
3. Клинический протокол «Воспалительные заболевания нижнего отдела половых путей»	20
4. Клинический протокол «Воспалительные заболевания матки»..	32
5. Клинический протокол «Воспалительные заболевания придатков матки»	37
6. Клинический протокол «Пельвиоперитонит у гинекологических больных»	43
7. Клинический протокол «Сепсис»	46
8. Клинический протокол «Доброкачественные опухоли яичников»	53
9. Клинический протокол «Миома матки»	59
10. Клинический протокол «Эндрометриозная болезнь»	68
11. Клинический протокол «Рак шейки матки»	81
12. Клинический протокол «Трофобластические опухоли»	87
13. Клинический протокол «Пролапс гениталий»	97
14. Клинический протокол «Недержание мочи у женщин»	103
15. Клинический протокол «Внематочная беременность»	110
16. Клинический протокол «Невынашивание беременности на ранних сроках»	113
17. Клинический протокол «Доброкачественная дисплазия молочных желез»	120
18. Клинический протокол «Климактерический синдром»	130
Приложение. Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями	138
Литература	140

Коллектив авторов:

- Шмидт Андрей Александрович* — кандидат медицинских наук, доцент, начальник кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Безменко Александр Александрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Гайворонских Дмитрий Иванович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Долгов Геннадий Викторович — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Молганов Олег Леонидович — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Новиков Евгений Иванович — доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Анашкина Раиса Ивановна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Атаянц Карине Маратовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Базолина Елена Александровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Бондарев Николай Эдуардович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Варфоломеев Дмитрий Иванович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Коваль Анна Андреевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Попова Анна Вячеславовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Силаева Елена Африкановна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Тимофеева Наталья Борисовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Тимошкова Юлия Леонидовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии;
Тихонова Татьяна Кирилловна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии;
Шанина Татьяна Борисовна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Бугаев Андрей Анатольевич — заведующий отделением клиники акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Еремянц Лианна Анатольевна — заведующая отделением клиники акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Соломко Дмитрий Владимирович — заведующий отделением клиники акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова,
Морозова Галина Юрьевна — заведующая женской консультацией ВМА им. С. М. Кирова,
Власьева Ольга Валерьевна — врач онколог клиники акушерства и гинекологии ВМА им. С. М. Кирова.

1. Клинический протокол

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ

МКБ-10	№94	Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом
--------	-----	---

Определение и классификация.

Хроническая тазовая боль — боль в области таза, брюшной стенки ниже пупка, низа спины, которая длится 6 мес. и более, может не иметь цикличности и связи с менструальным циклом, приводящая к ухудшению общего состояния и снижению качества жизни женщины.

Классификация.

Собственно тазовая боль — болевые ощущения в нижних отделах живота, паховых областях, пояснице, беспокоящие пациентку практически постоянно и усиливающиеся в определенные дни менструального цикла, при переохлаждении, длительной статической нагрузке и т. д.

Дисменорея — болезненные менструации.

Диспареуния — болезненный половой акт при глубоком проникновении.

Факторы риска возникновения тазовых болей:

- систематическое переохлаждение;
- работа, связанная с подъемом тяжестей вручную;
- иммунные нарушения;
- рождение детей крупной массы тела;
- наличие в настоящее время или в анамнезе: хронических воспалительных заболеваний органов малого таза; спаечного процесса в малом тазу; варикозной болезни вен малого таза («конгестивный синдром»); эндометриоза (малые формы); разрыва задних листков широких связок матки («синдром Аллена–Мастерса»); пояснично-крестцового радикулита; воспалительных заболеваний мочевыделительной системы; мочекаменной болезни.

— наличие в настоящее время или в анамнезе: хронических воспалительных заболеваний органов малого таза; спаечного процесса в малом тазу; варикозной болезни вен малого таза («конгестивный синдром»); эндометриоза (малые формы); разрыва задних листков широких связок матки («синдром Аллена–Мастерса»); пояснично-крестцового радикулита; воспалительных заболеваний мочевыделительной системы; мочекаменной болезни.

Клинические проявления.

На первом этапе заболевания отмечается изолированный болевой синдром в нижних отделах живота.

На втором этапе появляются реперкуссионные (отраженные) боли в верхних отделах живота. В ряде случаев болевые ощущения окончательно переходят в верхние отделы живота.

Для третьего (полисистемного) этапа заболевания характерно распространение трофических расстройств в восходящем направлении, с широким вовлечением в патологический процесс различных отделов нервной системы. При этом, как правило, возникают на-

рушения менструальной, секреторной и половой функций, кишечные расстройства, изменения обмена веществ.

При синдроме хронической тазовой боли практически любого генеза женщины дополнительно предъявляют жалобы на повышенную раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, потерю интереса к окружающему миру, подавленное настроение, вплоть до развития депрессивных и ипохондрических реакций.

Алгоритм обследования пациенток с хронической тазовой болью. Дифференциальная диагностика, должна быть направлена на выявление заболеваний, сопровождающихся развитием тазовых болей (см. Факторы риска возникновения тазовых болей).

Объем обследования.

1. Клинический анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой.
2. Определение острофазовых белков в динамике 1 раз в 3 дня:
 - СРБ;
 - прокальцитонинный тест;
 - D-димер.
3. Гемостазиограмма.
4. Общий анализ мочи.
5. Бактериоскопия:
 - отделяемого из влагалища;
 - цервикального канала и уретры.
6. Бактериологические посевы на микрофлору и определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам:
 - мочи;
 - отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры.
7. УЗИ:
 - органов брюшной полости;
 - почек;
 - органов малого таза;
 - доплеровское исследование сосудов малого таза;
 - дуплексное сканирование сосудов малого таза.
8. МРТ:
 - органов малого таза;
 - пояснично-крестцового отдела позвоночника.
9. Консультации смежных специалистов:
 - терапевт;
 - невролог;
 - комплексное обследование (в том числе миография);
 - уролог;
 - хирург;
 - психотерапевт.
10. Диагностическая лапароскопия.

NB!	Учитывая возможность сочетания нескольких причин тазовых болей у женщин, целесообразно проведение комплексного обследования.
------------	--

Принципы лечения тазовых болей.

При подозрении на спаечный процесс органов малого таза:

1. Нестероидные противовоспалительные средства: Мелоксикам 15 мг 1 раз в сутки. Внутрь, в/м, ректально. Внутрь, во время еды, не разжевывая. В/м введение применяют только в первые несколько дней после начала лечения, в последующем переходят на пероральные формы. При комбинированном назначении (таблетки и раствор для в/м введения) общая суточная доза не должна превышать 15 мг. Ректально — одна свеча (15 мг) в сутки. Курс терапии — 6 дней;

или Ксефокам 8 мг 1–2 раза в сутки. Внутрь. Принимать перед едой, запивая стаканом воды. Курс терапии 5 дней.

2. Седативные препараты при тревожно-мнительных состояниях: Ново-Пассит по 1 таб. или по 5 мл раствора для приема внутрь 3 раза в сутки до приема пищи. При необходимости по назначению врача возможно увеличение дозы до 2 таб. или до 10 мл раствора 3 раза в сутки. Курс терапии — 14 дней;

или Афобазол таб. 10 мг 3 раза в сутки внутрь, после приема пищи. Курс применения препарата составляет 2–4 нед. При необходимости суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 мес.

3. Физиотерапия (электрофорез с биокартаном, лидазой, терридеказой и др.).

4. Мануальная терапия.

5. Психотерапия.

6. Антидепрессанты (по назначению психиатра).

При подозрении на варикозную болезнь вен малого таза:

1. Дезагреганты: Курантил 25 мг 3 раза в сутки, внутрь. Курс — 14 дней.

2. Антикоагулянты: Аспирин-кардио 100 мг 1 раз в сутки. Внутрь. Курс — 1 мес. (под контролем коагулограммы).

3. Фибринолитики: Тромбовазим 400 ЕД 2 раза в сутки. Внутрь за 30–40 мин до еды. Курс лечения 20 дней.

4. Венотоники: Детралекс 500 мг 2 раза в день. Внутрь во время приема пищи, днем и вечером. Курс лечения 1 мес.

5. Нестероидные противовоспалительные средства: Мелоксикам 15 мг 1 раз в сутки. Внутрь, в/м, ректально. Внутрь, во время еды, не разжевывая. Внутримышечное введение применяют только в первые несколько дней с начала лечения, в последующем переходят на пероральные формы. При комбинированном назначении (таблетки

и раствор для в/м введения) общая суточная доза не должна превышать 15 мг. Ректально — одна свеча (15 мг) в сутки. Курс терапии 6 дней;

или Ксефокам 8 мг 1–2 раза в сутки. Внутрь. Принимать перед едой, запивая стаканом воды. Курс терапии — 5 дней.

6. Седативные препараты при тревожно-мнительных состояниях: Ново-Пассит по 1 таб. или по 5 мл раствора для приема внутрь 3 раза в сутки до приема пищи. При необходимости по назначению врача возможно увеличение дозы до 2 таб. или до 10 мл раствора 3 раза в сутки. Курс терапии — 14 дней;

или Афобазол таб. 10 мг 3 раза в сутки внутрь, после приема пищи. Курс применения препарата составляет 2–4 нед. При необходимости суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 мес.

7. Физиотерапия (электрофорез с гепарином и др.).

8. Психотерапия.

Хирургическое лечение. Хирургическое лечение показано при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии, возможные причины хронических тазовых болей устраняются, а при отсутствии патологии — пересекаются крестцово-маточные связки или производится пресакральная нейрэктомия.

Разрыв задних листков широких связок матки (синдром Аллена–Мастерса).

Обусловлен травматическим разрывом связочного аппарата матки, главным образом широких, а также кардинальных и крестцово-маточных связок в сочетании с варикозным расширением вен и венозным застоем в сосудистом русле малого таза.

Диагностические критерии синдрома Аллена–Мастерса:

1. Анамнез: роды крупным плодом, в тазовом предлежании, быстрые роды, инструментальное родоразрешение через естественные пути, аборт, гинекологические операции, тугая тампонада влагалища.

2. Бимануальное исследование: обнаруживается «шарнирная» шейка матки, т. е. легко смещаемая во всех направлениях; при гинекологическом исследовании боли усиливаются, особенно болезненно давление на заднюю поверхность матки, задний свод влагалища.

3. Диагностическая лапароскопия — основной метод верификации диагноза. Лапароскопические признаки синдрома Аллена–Мастерса: разрывы задних листков широких маточных связок, положение матки в ретроверзию, круглые маточные связки истончены и удлинены, одно- либо двусторонние и разрывы крестцово-маточных связок (в 50 % случаев), всегда обнаруживается серозный или серозно-геморрагический выпот в брюшной полости.

Лечение синдрома Аллена–Мастерса только хирургическое: лапароскопия, коррекция дефектов задних листков широких связок; фиксация круглых связок к задней поверхности матки, антефиксация матки, частичная денервация матки.

Рекомендации для амбулаторного этапа:

- санаторно-курортное лечение;
- курсы физиотерапии профилактически 1 раз в 6 мес.;
- исключение факторов риска;
- постановка на диспансерный учет.

2. Клинический протокол

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

МКБ-10	N84.0	Полип тела матки
	N85.0	Железистая гиперплазия эндометрия
	N85.1	Аденоматозная гиперплазия эндометрия
	D25	Лейомиома матки
	D25.0	Подслизистая лейомиома матки
	D25.1	Интрамуральная лейомиома матки
	D25.2	Субсерозная лейомиома матки
	D25.9	Лейомиома матки неуточненная
	N92.0	Обильные и частые менструации при регулярном цикле
	N92.1	Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле
	N92.2	Обильные менструации в пубертатном возрасте
	N92.3	Овуляторные кровотечения
	N92.4	Обильные кровотечения в предменопаузном периоде
	N93.0	Посткоитальные или контактные кровотечения
	N93.8	Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища

Определение и классификация.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) – кровотечения чрезмерные по длительности (более 8 дней), объему кровопотери (80 мл) и/или частоте менее 21 дня.

Классификация FIGO–PALM–COEIN. Данная классификация, принятая во всем мире, позволяет выделить 9 категорий АМК:

- Polyp (полип);
- Adenomyosis (аденомиоз);
- Leiomyoma (лейомиома);
- Malignancy (малигнизация);
- Hyperplasia (гиперплазия);
- Coagulopathy (коагулопатия);
- Ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция);

Клинические протоколы (гинекология)

Редактор *Тимаева П. А.*

Корректор *Полушкина В. В.*

Компьютерная верстка *Саватеевой Е. В.*

Подписано в печать 01.08.2017. Формат 60 × 88¹/₁₆.

Печ. л. 9. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит”».

190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.

Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12

<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии ООО «Литография Принт».

191119, Санкт-Петербург, ул. Днепропетровская, 8