

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

(гинекология)

2-е издание, дополненное

Санкт-Петербург
СпецЛит
2018

УДК 618
К-49

Клинические протоколы (гинекология) / А. А. Шмидт,
К-49 А. А. Безменко, Д. И. Гайворонских [и др.]. — 2-е изд., доп. —
Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 158 с.
ISBN 978-5-299-00946-0

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 последилового 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 978-5-299-00946-0

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| 1. Клинический протокол «Хроническая тазовая боль»..... | 5 |
| 2. Клинический протокол «Аномальные маточные кровотоечения» | 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 «Эндрометриоидная 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 |
| 19. Клинический протокол «Контрацепция» | 138 |
| Приложение. Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями | 153 |
| Литература | 155 |

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,
Бузаев 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.
Иванова Лариса Васильевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры 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.

Клинические проявления.

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

На втором этапе появляются реперкуSSIONные (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. Деагреганты: 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);

- Endometrial (эндометриальное);
- Iatrogenic (ятрогенное);
- Not yet classified (еще не квалифицировано).

Данная классификация позволяет отразить как одну причину АМК, так и совокупность.

Первые 4 категории, объединенные в группу PALM, отражают наличие структурных изменений.

Категория лейомиома (L) подразделена на 2: субмукозная миома (Lsm) и другие формы миомы, не деформирующие полость матки (Lo).

Группа COEIN состоит из 4 категорий неорганических причин АМК, не поддающихся объективизации, и 1 категории, куда отнесены еще не классифицированные нарушения.

Полип (АМК-Р). Полипы эндометрия и эндоцервикса — чаще доброкачественные образования.

Классификация: железистые, железисто-фиброзные, фиброзные полипы.

Аденомиоз (АМК-А). Гистероскопическая классификация аденомиоза матки (Савельева Г.М., 2001):

I стадия — рельеф стенок не изменен, определяются эндометриоидные ходы в виде темно-синюшных «глазков», кровотокашие. Стенки матки обычной плотности;

II стадия — рельеф стенок неровный. Имеют вид продольных или поперечных хребтов или разволокненных мышечных волокон, выявляются эндометриоидные ходы;

III стадия — по внутренней поверхности матки определяются выбухания различной величины без четких контуров, на их поверхности видны эндометриоидные ходы. Поверхность стенки неровная, ребристая, стенки матки плотные.

Классификация: диффузная и узловая форма аденомиоза.

Лейомиома матки (АМК-Л). Причиной АМК являются (0–3 типы миом) — субмукозные миомы матки и интрамуральная миома матки, контактирующая с эндометрием (см. Клинический протокол «Миома матки»).

Малигнизация и гиперплазия (АМК-М). Классификация ВОЗ:

- гиперплазия эндометрия — пролиферация эндометриальных желез без цитологической атипии;

- простая гиперплазия эндометрия соответствует железистокистозной гиперплазии с характерным для этого состояния избыточным ростом преимущественно эпителиального компонента желез;

- комплексная, или сложная (аденоматоз), гиперплазия соответствует атипической гиперплазии I степени, отличается от простой гиперплазии эндометрия структурной перестройкой желез и пролиферацией желез эпителия;

— атипическая гиперплазия эндометрия — пролиферация эндометриальных желез с признаками цитологической атипии;

— простая атипическая гиперплазия эндометрия соответствует атипической гиперплазии эндометрия II степени и отличается выраженной пролиферацией железистого эпителия при отсутствии в нем признаков клеточного и ядерного полиморфизма;

— комплексная, или сложная, атипическая гиперплазия эндометрия (аденоматоз с атипией) аналогична атипической гиперплазии эндометрия III степени выраженности и имеет признаки клеточного и ядерного полиморфизма наряду с дезорганизацией эпителия эндометриальных желез.

Для диагностики стадии рака эндометрия — классификация FIGO.

Коагулопатия (АМК-С). Болезнь Виллибранта, тромбоцитопатия, реже острая лейкопения. Клинически проявляется чаще менорагиями.

Овуляторная дисфункция (АМК-О). Овуляторная дисфункция может быть связана с нарушениями функции желтого тела. Во многих случаях причиной являются эндокринопатии и нарушения ЦНС (синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, гиперпролактинемия, нервно-психическое напряжение, ожирение, анорексия, резкая потеря веса или экстремальные спортивные тренировки).

Нарушение функции эндометрия (АМК-Е). Причинами АМК могут быть нарушения рецепции, ангиогенеза, увеличение локального синтеза E2, простаглицлина, эндотелина-1, ускоренный лизис образующихся во время менструации сгустков крови из-за избыточной продукции активаторов плазминогена. До настоящего времени нет тестов для диагностики данных нарушений. АМК может быть следствием нарушения молекулярных механизмов регенерации эндометрия или воспалительной реакции. Есть данные о корреляции АМК с субклиническим течением *Ch. trachomatis*. Категория АМК-Е диагностируется после исключения других объективно существующих нарушений.

Ятрогенная категория (АМК-1). АМК могут вызвать прием фармакологических средств или использование внутриматочных устройств, оказывающих прямое воздействие на эндометрий и процессы коагуляции, а также системное влияние на механизмы овуляции. Эпизоды нерегулярных (прорывных) кровотечений также могут быть следствием непрерывного приема КОК или прогестеронов (недостаточное ингибирование ФСГ, персистенция фолликулов, продуцирующая избыток эстрогенов, морфофункциональные изменения сосудистого компонента эндометрия. К ятрогенным повреждениям эндометрия относят лечение некоторыми антибиотиками (рифампицином, гризеофульвином), антидепрессантами, тамоксифеном, кортикостероидами. Кровотечения «прорыва» чаще наблюдаются у курящих женщин, что связывают со снижением уровня стероидов в кровотоке из-за усиления их метаболизма в печени.

Неклассифицируемые АМК (АМК-N). Существуют нарушения, приводящие к АМК, выявляемые лишь специфическими биохимическими или молекулярно-биохимическими методами, которые отнесены в категорию «неклассифицированные». По мере получения новых данных они могут быть выделены в отдельную категорию или определены в уже существующие.

Клинические проявления маточных кровотечений.

АМК могут манифестироваться регулярными длительными (8 дней и более) и обильными (более 80 мл) (гиперполименорея) менструальными кровотечениями. Причинами этих кровотечений чаще являются субмукозная миома матки, аденомиоз, коагулопатии, функциональные нарушения эндометрия.

Межменструальные кровотечения на фоне регулярного цикла характерны для полипов эндометрия, хронического эндометрита, овulatoryной дисфункции.

Нерегулярные, непрогнозируемые длительные и/или обильные кровянистые выделения, чаще возникающие после задержек менструаций, более характерны для гиперплазии и рака эндометрия.

Диагностический алгоритм при маточных кровотечениях:

1. Оценка жалоб с определением синдрома нарушения менструальной функции.

2. Лабораторная диагностика должна включать:

— определение уровня ХГ в сыворотке крови у всех пациенток репродуктивного возраста для исключения возможной беременности;

— обследование на наличие анемии (клинический анализ крови);

— коагулограмма (при болезни Виллебранда — определение VIII фактора, кофактора аристоцетина, антигена фактора Виллебранда);

— при подозрении на патологию гемостаза — консультация гематолога;

— гормональное обследование проводится при нерегулярном ритме менструаций и риске гипотиреоза: ТТГ, антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе; пролактин, 17-ОН прогестерон, кортизол;

— исследование на инфекции (при высоком инфекционном риске);

— для исключения патологии шейки проводится ПАП-тест.

3. Трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза для оценки состояния эндометрия. Оптимальный срок для исследования — сразу после менструации на 5–7-й день цикла. Оценивают характер М-эха:

— тонкое однородное М-эхо соответствует полному отторжению функционального слоя эндометрия;

— локальное или равномерное увеличение толщины М-эха следует расценивать как патологию;

— в периоде постменопаузы М-эхо не должно превышать 4–5 мм по толщине, быть равномерным, структура его должна быть однородной;

— у менструирующих М-эхо интерпретируют с учетом фазы менструального цикла;

— максимальную толщину срединной структуры матки в норме наблюдают в секреторной фазе (12–28-й день), она не должна превышать 12–15 мм.

Полипы эндометрия и субмукозная миома матки также диагностируются при трансвагинальном ультразвуковом исследовании. УЗД органов малого таза при аденомиозе выявляет:

— неоднородность структуры миометрия при диффузной форме;

— разницу в толщине передней и задней стенок матки;

— узлы аденомиоза при узловой форме заболевания.

4. Гистероскопия и биопсия эндометрия — «золотой стандарт» диагностики внутриматочной патологии для исключения предраковых поражений и рака эндометрия, особенно в возрасте после 40 лет. При отсутствии гистероскопа проводится раздельное диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием эндометрия.

Лечебная тактика при маточных кровотечениях.

Лечение АМК проводится дифференцированно, в соответствии с выявленной патологией. Основные цели терапии АМК:

1) остановка кровотечения;

2) противорецидивная терапия.

Остановка кровотечения. Осуществление гемостаза возможно как посредством консервативных мероприятий, так и оперативным путем.

Медикаментозный гемостаз целесообразно проводить:

— женщинам раннего и активного репродуктивного возраста, которые не относятся к группе риска относительно развития пролиферативных процессов эндометрия;

— пациентам, у которых диагностическое выскабливание проводилось не более 3 мес. назад и при этом не было выявлено патологических изменений эндометрия.

Методы медикаментозного гемостаза:

1. Гормональный гемостаз монофазными пероральными контрацептивами, содержащими 0,03 мг этинилэстрадиола и гестагены группы норстероидов (через 1 ч до 5 таб. в день в первые сутки, с постепенным ежедневным снижением дозы до 1 таб. в день, общей продолжительностью терапии 21 день от начала терапии). С последующей противорецидивной терапией в контрацептивном режиме.

2. В качестве негормональных препаратов первой линии должны рассматриваться ингибиторы фибринолиза: Транексам таб. 250 или 500 мг; 250 мг в амп. 1000 мг 3–4 раза в сутки. Внутрь или в/в (капельно, струйно) в разовой дозе 15 мг/кг каждые 6–8 ч, скорость введения 1 мл/мин. Оптимальная суточная доза 4,0 г. Курс лечения до 5 дней.

3. Нестероидные противовоспалительные препараты курсом до 5 дней: Ибупрофен 400 мг в таб. 3 раза в сутки или Напроксен 500 мг в таб. 2 раза в сутки.

Хирургический гемостаз. Обеспечивается, прежде всего, фракционным выскабливанием полости матки и цервикального канала под гистероскопическим контролем. Данная операция преследует как диагностическую (для исключения органической патологии полости матки), так и лечебную цель и является методом выбора у женщин позднего репродуктивного и климактерического возраста.

| | |
|------------|---|
| NB! | В случаях пубертатных кровотечений проведение указанной операции возможно лишь по жизненным показаниям. |
|------------|---|

Лечебная тактика при маточных кровотечениях.

Лечебная тактика определяется этиопатогенетическими механизмами развития кровотечений, их интенсивностью и эффективностью проведенного на первом этапе гемостаза.

Лечение полипов матки. Лечение полипов только хирургическое — предпочтительно гистерорезектоскопия. Фиброзные полипы эндометрия при гистероскопии определяют как единичные образования бледного цвета, округлой или овальной формы, чаще небольших размеров (от 0,5–1 до 0,5–1,5 см). Они имеют ножку плотной структуры, гладкую поверхность, мало васкуляризованы.

Одиночные полипы на ножке удаляют щипцами или ножницами, введенными через операционный канал гистероскопа. Под контролем зрения их подводят к ножке полипа и срезают ее.

Для удаления полипов можно использовать также петлю резектоскопа или лазерный проводник, которыми иссекают ножку полипа.

| | |
|------------|---|
| NB! | После удаления полипа необходима контрольная гистероскопия, чтобы убедиться, что ножка полипа иссечена полностью. |
|------------|---|

Для удаления полипов эндометрия больших размеров, фиброзных и пристеночных полипов наиболее оптимальна электрохирургическая методика с помощью резектоскопа с петлевым электродом. Петлю электрода подводят к основанию полипа и срезают полип вместе с основанием до мышечного слоя.

Клинические протоколы (гинекология)

Редактор *Тимаева П. А.*

Корректор *Полушкина В. В.*

Компьютерная верстка *Саватеевой Е. В.*

Подписано в печать 19.02.2018. Формат 60 × 88¹/₁₆.

Печ. л. 10. Тираж 1500 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 Первой Академической типографии «Наука».

199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12/28