

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_  
Р.А. Часнойть  
29 ноября 2007 г.  
Регистрационный № 069-0806

**ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ  
У БОЛЬНЫХ В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный  
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Т.С. Дивакова, С.Е. Медведская

Витебск 2008

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Норколут — гестаген, содержащий норэтистерон, в виде таблеток по 5 мг, для перорального применения.
2. 17-оксипрогестерона капронат (17-ОПК) — синтетический аналог гормона желтого тела в ампулах, содержащих по 1 мл 12,5% масляного раствора для внутримышечного введения.
3. Депо–Провера — гестаген пролонгированного действия в виде водной суспензии во флаконах по 150 мг/мл для внутримышечного введения.
4. Хлоргексидин — препарат с антисептическим и бактерицидным действием, содержащий хлоргексидина биглюконат, во флаконах 20% водного раствора по 0,5; 3 и 5 л.
5. Димексид — антисептик, обладающий противовоспалительным, рассасывающим и фибринолитическим действием, флаконы по 100 мл.
6. 10% спиртовой раствор йода.
7. Метронидазол — антимикробный препарат с широким спектром действия в отношении простейших и анаэробной микрофлоры, 0,5% раствор для инфузий по 100 мл, таблетки по 0,25 мг.
8. Ципрофлоксацин — антимикробный препарат широкого спектра действия, 0,02% раствор для инфузий по 100 и 250 мл, 0,08% раствор для инфузий по 100 и 250 мл.
9. Гистероскоп с диагностическим и операционным тубусами, оснащенный манипуляционными щипцами, ножницами и биопсийными щипчиками.
10. Резектоскоп с набором петель для внутриматочной монополярной коагуляции.
11. Лапароскоп с набором инструментов.
12. Лазерный аппарат «Родник-1» с магнитотроном для проведения влагалищной магнитолазеротерапии (фирма «Люзар», Беларусь).

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Гиперпластические процессы эндометрия у больных пери- и постменопаузального периода.

В зависимости от клинического течения заболевания, обусловленного различными механизмами развития патологии и необходимости получения конечного результата, определены клинические группы:

I — железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у больных пери- и постменопаузального периода с нормальной массой тела;

II — железисто-кистозная гиперплазия эндометрия у больных пери- и постменопаузального периода с ожирением;

III — полипоз эндометрия у больных пери- и постменопаузального периода.

Больные с аденоматозом слизистой матки в пери- и постменопаузальном периоде подлежат радикальному хирургическому

лечению (удаление матки с придатками) с обязательным пересмотром стекол-микрорефератов в онкодиспансере и консультацией онкогинеколога.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Индивидуальная непереносимость препаратов.

Острые либо в стадии обострения воспалительные заболевания половых органов и других систем.

Злокачественные заболевания любой локализации.

Тяжелые формы заболеваний печени, сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, артериальной гипертензии.

Тромбозы.

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА**

У больных **I группы** с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия и нормальной массой тела после гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания матки проводится:

**I этап:** синтетические прогестины с целью подавления пролиферативной активности эндометрия в течение 3 месяцев: норколут по 5 мг внутрь по контрацептивной схеме. При отсутствии менструальноподобной реакции в 7-дневный промежуток перейти на непрерывную схему лечения. У больных с хроническими заболеваниями печени — 17-ОПК 12,5% раствор по 250 мг 2 раза в неделю при нарушенном менструальном цикле либо на 17-й и 23-й дни цикла при сохранении последнего. У больных с миомой и эндометриозом в анамнезе при отсутствии хронических воспалительных процессов гениталий — Депо-Провера по 150 мг каждые 2 недели. Через 3 месяца лечения — контрольная гистероскопия. При отсутствии патологии эндометрия — диспансерное наблюдение в течение 2 лет с ультразвуковым контролем эндометрия каждые 3 месяца.

**II этап:** при выявлении гиперпластического процесса через 3 месяца гормонотерапии — гормонотерапия 3 месяца с повышением дозы препарата либо переход на другой вид гормонотерапии.

**III этап:** при выявлении гиперплазии повторно — резектоскопическая абляция (резекция) эндометрия с лапароскопической аднексэктомией.

У больных **II группы** с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия и ожирением после гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания матки проводится:

**I этап:** гормонотерапия 3 месяца: 17-ОПК 12,5% раствор по 500 мг 2 раза в неделю 1 месяц, затем контроль УЗИ — при тонком эндометрии дозу препарата уменьшают, лечение продолжают в течение 2 месяцев. Через 3 месяца гормонотерапии — контрольная гистероскопия. При отсутствии патологии эндометрия — диспансерное наблюдение в течение 2 лет с ультразвуковым контролем эндометрия каждые 3 месяца.

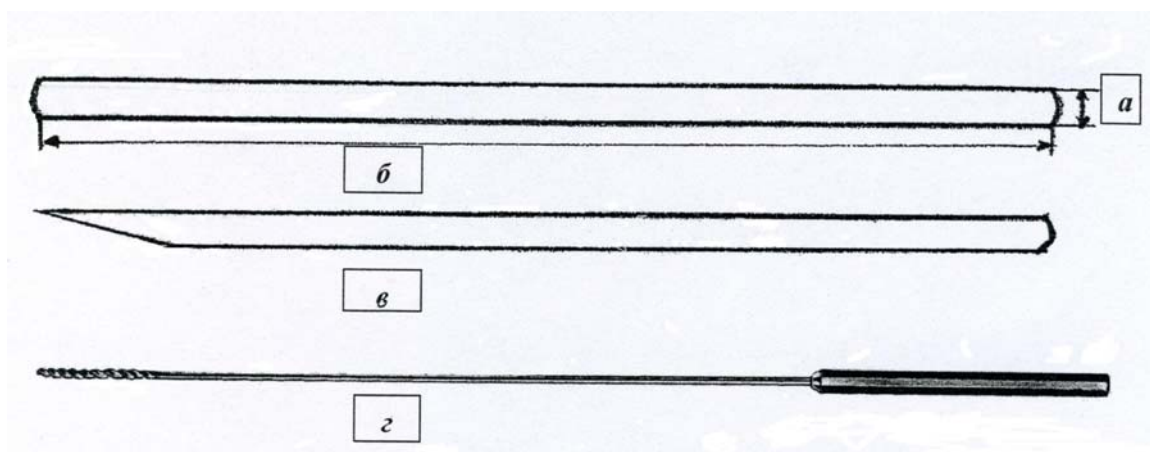
**II этап:** при выявлении гиперпластического процесса через 3 месяца гормонотерапии — 17-ОПК 12,5% раствор с увеличением дозы препарата или переход на гормонотерапию норколутом по 15 мг.

**III этап:** при отсутствии эффекта от консервативного лечения — резектоскопическая абляция (резекция) эндометрия с лапароскопической аднексэктомией либо гистерэктомия с придатками.

Больным, имеющим абсолютные противопоказания к гормонотерапии, проводится резектоскопическая абляция (резекция) эндометрия с лапароскопической аднексэктомией на I этапе.

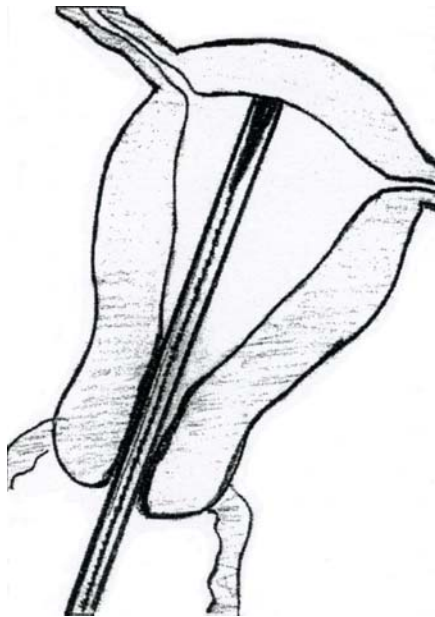
У больных **III группы** с полипозом эндометрия после обзорной гистероскопии проводится:

**I этап:** удаление полипа под контролем гистероскопии манипуляционными щипцами, ножницами либо биопсийными щипчиками. Удаление больших полипов (более 2 см) и гигантских (верхушка которых выходит за пределы цервикального канала) проводится после расширения цервикального канала до № 12–13 расширителя Гегара с использованием корнцанга путем откручивания. Оставшаяся ножка полипа удаляется манипуляционными инструментами под контролем гистероскопа. Проводится селективная деструкция прилежащего к ножке полипа базального слоя эндометрия 10% раствором йода с использованием пластиковой канюли и зонда-аппликатора (рис. 1, 2) в течение 2–3 мин либо резектоскопическая селективная абляция (резекция) эндометрия.



**Рис. 1. Устройство для селективной химической деструкции эндометрия:**

- а) диаметр канюли–проводника; б) длина канюли–проводника; в) канюля–проводник со скошенным дистальным концом; г) зонд–аппликатор



**Рис. 2. Схема введения зонда–аппликатора через канюлю–проводник в полость матки к поверхности эндометрия**

**II этап:** в послеоперационном периоде проводится противовоспалительная терапия (ципринол, метронидазол, лаваж матки 0,02% раствором хлоргексидина, тампоны с димексидом, магнитолазеротерапия). Ультразвуковой мониторинг за состоянием эндометрия выполняется 1 раз в 3 месяца в течение 2 лет.

**III этап:** при выявлении рецидива полипоза — гистерэктомия с аднексэктомией лапароскопическим либо лапаротомным доступом.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

**При гормонотерапии:** внеочередное кровотечение, прибавка веса, тошнота, депрессия, головная боль. При возникновении внеочередного маточного кровотечения необходимо увеличить дозу прогестагена, при приеме Депо-Провера добавить антибактериальную терапию. При увеличении массы тела более чем на 4 кг от первоначальной — разгрузочная диета, мочегонные средства.

**При гистероскопии:** перфорация матки, перегрузка сосудистого русла жидкостью, маточное кровотечение. При перфорации матки процедуру прекратить, установить контроль над состоянием больной; при стабильном состоянии и отсутствии признаков кровотечения — антибактериальная терапия, окситоцин; при ухудшении — лапароскопия, при необходимости — переход на лапаротомию. При возникновении признаков перегрузки сосудистого русла произвести пункцию брюшной полости через задний свод с аспирацией жидкости, больную перевести на управляемое дыхание, назначить диуретики. При маточном кровотечении: окситоцин, тампонада полости баллоном катетера Фолея.

**При резектоскопической аблации (резекции):** перегрузка сосудистого русла жидкостью, перфорация матки, термические повреждения органов малого таза, кровотечение. При признаках перегрузки сосудистого русла жидкостью — пункция брюшной полости, перевод больной на управляемое дыхание, назначение диуретиков. При перфорации матки — антибиотики широкого спектра действия, окситоцин, при ухудшении состояния больной — лапароскопия, при необходимости — переход на лапаротомию. При термическом повреждении органов малого таза — лапаротомия, привлечение смежных специалистов. При кровотечении из матки — тампонада последней баллоном катетера Фолея, назначение окситоцина.

**При лапароскопии:** ранение органов брюшной полости, газовая эмболия, кровотечение. При ранении органов брюшной полости — привлечение смежных специалистов, при необходимости — переход на лапаротомию; при газовой эмболии — проведение необходимых мероприятий совместно с анестезиологом-реаниматологом; при кровотечении — остановка последнего с использованием соответствующего инструментария.