

О справочнике

Вы держите третье издание популярного справочника серии «Схемы лечения».

Издание представляет собой компактный справочник для врачей по акушерству и гинекологии под редакцией видного отечественного специалиста в этой области — академика РАН В.Н. Серова.


Достоинства справочника — лаконичное изложение и широкий тематический охват. Материал книги составляют общие принципы и современные схемы лечения наиболее распространенных заболеваний женской репродуктивной системы, а также некоторых состояний, возникающих во время беременности и родов, которые требуют проведения фармакотерапии. Названия заболеваний и состояний расположены в алфавитном порядке, что очень удобно при выборе схемы лечения конкретного заболевания.

Издание не имеет цели навязывать какие-либо советы лечащим врачам и наставлять их, они сами определяют приемлемый подход к лечению. Однако нередко возникают ситуации, когда типичные подходы не работают и приходится использовать альтернативные схемы лечения. В таких случаях справочник будет служить хорошим подспорьем для врача. Тем не менее в сложных ситуациях книга не заменит консультацию опытного акушера-гинеколога.

Справочник предназначен практикующим акушерам-гинекологам, врачам общей практики, а также студентам и ординаторам медицинских вузов.

Список условных обозначений

В справочнике

 Обозначение материалов, представленных производителями лекарственных средств и согласованных с титульными редакторами справочника



В указателе лекарственных средств

\* — лекарственные средства, не зарегистрированные в РФ.

\*\* — лекарственные средства, регистрация которых в РФ аннулирована.

\*\*\* — лекарственные средства, находящиеся в процессе регистрации.

Список сокращений

АВ — атрофия влагалища

АД — артериальное давление

АПЭ — аденоматозный полип эндометрия

АТ — антибактериальная терапия

АФС — антифосфолипидный синдром

ВА — вторичная аменорея

ВДКН — врожденная дисфункция коры надпочечников

ВХБ — внутрипеченочный холестаз беременных

ГАМП — гиперактивный мочевого пузыря

ГГ — генитальный герпес

ГП — гиперпролактинемия

ГСПП — гипоталамический синдром пубертатного периода

ГКС — глюкокортикоидные средства

ГнРГ — гонадотропин-рилизинг-гормон

ГЭ — гиперплазия эндометрия

ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДТЗ — диффузный токсический зоб

ЗГТ — заместительная гормональная терапия

ЗППП — заболевания, передающиеся половым путем

ИЗСД — инсулинозависимый сахарный диабет

ИТТ — инфузионно-трансфузионная терапия

ИЦН — истмико-цервикальная недостаточность

КПК — комбинированные пероральные контрацептивы

ЛГ — лютеинизирующий гормон

МГТ — менопаузальная гормональная терапия

МКПП — маточные кровотечения в пубертатном периоде

ММ — миома матки

МПКТ — минеральная плотность костной ткани

МТ — масса тела

НЛФ — неполноценная лютеиновая фаза

НМ — недержание мочи

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

ОПП — остеопороз постменопаузальный

ПГ — простагландины

ПОНРП — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ПН — плацентарная недостаточность

ПП — предлежание плаценты  
 ППР — преждевременное половое развитие  
 ПМС — предменструальный синдром  
 ПЭ — полип эндометрия  
 СГГФГ — синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза  
 СД — сахарный диабет  
 СПКЯ — синдром поликистозных яичников  
 УГМ — урогенитальный микоплазмоз  
 УГР — урогенитальные расстройства  
 УК — урогенитальный кандидоз  
 УКЗ — узловой коллоидный зоб  
 УТ — урогенитальный трихомониаз  
 УХ — урогенитальный хламидиоз  
 ФСГ — фолликулостимулирующий гормон  
 ХГ — хорионический гонадотропин  
 ЦВД — центральное венозное давление  
 ЦМВИ — цитомегаловирусная инфекция  
 ЦНС — центральная нервная система  
 ЩЖ — щитовидная железа  
 ЭШМ — эндометриоз шейки матки  
 ЭЭГ — электроэнцефалограмма  
 в / в — внутривенно (-ый)  
 в / м — внутримышечно (-ый)  
 мг — миллиграмм  
 мес — месяц  
 мин — минута  
 мл — миллилитр  
 м. ц. — менструальный цикл  
 нед — неделя  
 п / к — подкожно (-ый)  
 р / нед — раз в неделю  
 р / сут — раз в сутки  
 р-р — раствор  
 сут — сутки  
 ч — час

HELLP-синдром

Родоразрешение

При HELLP-синдроме акушерская тактика должна быть направлена в первую очередь на **прерывание беременности в максимально короткие сроки** и стабилизацию функций пораженных органов и систем. Прерывание беременности — единственный способ предотвратить прогрессирование патологических процессов.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) применяется с целью нормализации объема циркулирующей крови, коллоидно-осмотического давления плазмы, реологических и коагуляционных свойств крови, макро- и микрогемодинамики. Она включает **коллоиды**:

Альбумин, 10–20 % р-р	в / в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал, 6 % или 10 % р-р, в / в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально
Свежезамороженная плазма	в / в 20 мл / кг / сут в предоперационный период и интра-операционно, в послеоперационном периоде в / в 12–15 мл / кг / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал, 6 % или 10 % р-р, в / в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально

Применяют также **кристаллоиды**, представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, калия хлорид), **плазму**, обогащенную **тромбоцитами** (при уровне тромбоцитов менее  $40 \times 10^9 / \text{л}$ ), или **тромбоконцентрат** (не менее 2 доз при уровне тромбоцитов менее  $50 \times 10^9 / \text{л}$ ).

Соотношение коллоидов и кристаллоидов, объем ИТТ определяются значениями:

гематокрита (не ниже 0,27 и не выше 0,35);

диуреза (50–100 мл/ч);

центральное венозное давление (ЦВД) (не менее 6–8 см вод. ст.);

показателей гемостаза (АТ III не менее 70 %, эндогенный гепарин не ниже 0,07 ЕД / мл);

содержанием белка в крови (не менее 60 г / л);

цифрами АД.

В начале инфузии скорость введения растворов в 2–3 раза превышает диурез, в последующем на фоне или в конце введения жидкости количество мочи в час должно превышать объем вводимой жидкости в 1,5–2 раза.

При неэффективности терапии проводят плазмаферез.

Терапия гепатопротекторами и витаминами

ИТТ дополняют **гепатопротекторами и витаминами, обладающими гепатопротекторными свойствами.**

Декстроза, 10 % р-р	в / в, объем инфузии и длительность терапии определяют индивидуально + Аскорбиновая кислота внутрь до 1,0 г / сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Фосфолипиды внутрь 300 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 3 р / сут, длительно
---------------------	---

Гипотензивная терапия

При повышении систолического АД выше 140 мм рт. ст. показана **относительно управляемая гипотензивная терапия** (см. раздел «преэклампсия»).

Коррекция коагуляционных нарушений

С целью дополнительной коррекции нарушений гемокоагуляции в предоперационном периоде и интраоперационно вводят **ингибиторы фибринолиза:**

Транексамовая кислота	в / в, болюсно, 750 мг 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
-----------------------	---

Терапия глюкокортикоидными средствами

Указанную выше комплексную терапию проводят на фоне введения глюкокортикоидных средств (ГКС).

Преднизолон	в / в 500–1000 мг / сут, длительность терапии определяют индивидуально
-------------	--

Антибактериальная терапия

Антибактериальную терапию начинают с момента операции родоразрешения. Она включает в себя антибиотики с бактерицидной активностью и широким спектром антибактериального действия, такие как комбинированные уреидопенициллины, цефалоспорины III и IV поколений (обладают высокой проникающей способностью в различные ткани и жидкости организма, большей продолжительностью действия, что позволяет вводить средства 1–2 раза в сутки; эти ЛС можно также применять при не очень тяжелой почечной недостаточности, так как при их применении не требуется коррекция режима дозирования), карбапенемы и фторхинолоны (высокоактивные антибиотики, обладающие ультрашироким спектром действия):

Имипенем / циластатин	в / в 750 мг 2 р / сут, 5–10 сут
Меропенем	в / в 500–1000 мг 3 р / сут, 5–10 сут
Офлоксацин	внутри 100–200 мг 2 р / сут, 5–10 сут
Пиперацillin / тазобактам	в / в медленно в течение 30 мин 4 г / 500 мг 3 р / сут, 5–10 сут
Цефепим	внутри 2 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефотаксим	внутри 1–2 г 1–2 р / сут, 5–10 сут
Цефтриаксон	внутри 0,5–1 г 1–2 р / сут, 5–10 сут

В послеоперационном периоде по показаниям проводят **плазмаферез и ультрафильтрацию.**

После родов все признаки HELLP-синдрома исчезают в течение 5–7 дней и обычно не повторяются при последующих беременностях.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма)

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне гипоталамического синдрома пубертатного периода

Основные направления лечения вторичной аменореи (ВА):

устранение установленных в ходе обследования причин ВА;

восстановление физиологических гормональных соотношений с учетом уровня поражения репродуктивной системы;

нормализация нервно-психического статуса;

нормализация массы тела;

профилактика рецидивов нарушений ритма менструаций по типу олиго- и аменореи;

назначение пожизненной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) пациенткам с первично-яичниковой этиологией ВА.

Для нормализации центральных механизмов регуляции репродуктивной системы и функции гипоталамических отделов головного мозга целесообразно применение следующей терапии.

Противосудорожная терапия

Карбамазепин	внутри 0,1 г 2 р / сут, 3–4 нед, затем 0,1 г на ночь, 4–6 нед, затем 0,05 г на ночь 4–6 нед
Магния сульфат, 25 % р-р	в / м 5,0 мл 1 р / 2 сут, 5 инъекций

Фенитоин	внутрь 0,0585 г (1 / 2 табл.) 1 р / сут, 3–4 нед (в дальнейшем длительность и доза ЛС подбираются с учетом динамики ЭЭГ 1 р / 20–30 сут)
----------	--

## Терапия ноотропными ЛС

Гинкго двулопастного листьев экстракт	внутрь 1 табл. 3 р / сут, 1–2 мес
Пирацетам	внутрь 0,2 г 2 р / сут, 1 мес

## Витаминотерапия

Пиридоксин	в / м 1,0 мл 1 р / 2 сут, 10 инъекций +* Тиамин в / м 1,0 мл 1 р / 2 сут, 10 инъекций
Поливитамины	внутрь 1 драже 2 р / сут, 1 мес
* Чередовать.	

## Терапия диуретиками

Ацетазоламид	внутрь 1 табл. 2 р / сут, 3–4 нед (преимущественно у пациенток с внутричерепной гипертензией)
Спиринолактон	внутрь 25–50 мг 1 р / сут, 2–4 нед

## Гормональная терапия

**При нормальном или слегка сниженном уровне эстрадиола** при отсутствии преобладания ЛГ над ФСГ (индекс ЛГ / ФСГ менее 2):

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 2 р / сут с 11-го по 25-й день м. ц., 1–6 мес
Прогестерон	внутрь 100 мг 3 р / сут с 16-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес

**При выраженной гипозестрогении**, как и при абсолютной гиперэстрогении и индексе ЛГ / ФСГ более 2–2,5:

Этинилэстрадиол / гестоден	внутрь 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол / дезогестрел	внутрь 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма)

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне нарушения функции щитовидной железы

При вторичной аменорее на фоне нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ) терапия проводится в зависимости от ее выраженности.

**При наличии субклинического или манифестного третичного гипотиреоза на фоне аутоиммунного поражения ЩЖ:**

Левотироксин натрия внутрь за 20 мин до еды 2–3 мкг / кг 1 р / сут утром натощак, длительно

При субклиническом гипотиреозе либо эутиреоидном зобе после исключения аутоиммунного процесса в ЩЖ:

Калия йодид внутрь 200 мг 1 р / сут, 6–9 мес

Гомеопатическая терапия не показана согласно рекомендациям лечения заболеваний ЩЖ.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма)

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у девочек на фоне потери массы тела

При вторичной аменорее на фоне потери массы тела (МТ) назначают:

диету высокой энергетической ценности (2500–3000 ккал) с включением в пищу соленых, пряных продуктов, повышающих аппетит;

пищеварительные ферменты в течение 2–3 мес.

Применяют также **биогенные стимуляторы**.

Маточное молочко под язык 10 мг 3 р / сут, 1–2 мес

При нормализации МТ показана выжидательная тактика в течение 1–2 мес.

Если на фоне проведенного лечения менструальный цикл не восстановился, обосновано краткосрочное применение **ЗГТ**.

Эстрадиол внутрь 2 мг 1 р / сут, непрерывно

Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р / сут, непрерывно

Прием эстрогенов необходимо продолжить до возникновения закономерной менструальноподобной реакции, в последующем как минимум в течение 2–3 мес проводят **ЗГТ** по следующим схемам:

Эстрадиол	внутрь 2 мг 1 р / сут, непрерывно 2–3 мес + Дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р / сут, с 11-го по 25-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес или Прогестерон внутрь 100 мг 3 р / сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес
Эстрадиола валерат	внутрь 2 мг 1 р / сут, непрерывно 2–3 мес + Дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р / сут, с 11-го по 25-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес или Прогестерон внутрь 100 мг 3 р / сут, с 19-го по 28-й день индуцированного м. ц., 2–3 мес

или

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р / сут, 7 сут

\* После окончания курса лечения.

При отсутствии стойкого регулирующего эффекта возможно повторное использование антигомотоксических и лекарственных средств.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма)

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне занятий спортом

Основное место в лечении этого вида аменореи принадлежит изменению стиля жизни (восстановление массы тела, снижение физических нагрузок).

Показан прием **«малых» транквилизаторов, низкодозированная ЗГТ** после восстановления массы тела.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

\* После окончания курса лечения.

Для восстановления фертильности показано использование стимулирующих овуляцию средств.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма)

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне потери массы тела

Рекомендуются полноценное питание (2000–2500 ккал / сут), витаминотерапия (особенно витаминами групп В, С, Е).

**При отсутствии эффекта на фоне восстановления массы тела и витаминотерапии показана комбинированная циклическая ЗГТ** в течение 2–3 мес:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут, или Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг/сут и дидрогестерон 10 мг/сут, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

\*После окончания курса лечения.

Для оценки возможного самостоятельного восстановления цикла терапия отменяется через 2–3 мес.

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма)

Аменорея вторичная (гипоталамическая форма) у женщин на фоне стресса

Необходимо устранить стрессовый фактор или снизить реакцию на него (консультация с психотерапевтом, применение «малых» транквилизаторов). Растительные препараты на основе прутняка обыкновенного оказывают комплексный эффект: устраняют повышенную тревожность и восстанавливают м. ц.

При длительном отсутствии менструаций (более 6 мес) показано применение

**комбинированной циклической низкодозированной ЗГТ**, продолжительность которой в среднем составляет 2–3 мес.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут, или Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг 1 р/сут и дидрогестерон 10 мг 1 р/сут, 14 сут

\* После окончания курса лечения.

Для восстановления фертильности показана терапия, стимулирующая гипоталамо-гипофизарную систему — агонисты ГнРГ в импульсном режиме или гонадотропины.

Менотропины	в / м 150–300 МЕ 1 р / сут, в одно и то же время суток, с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликулов
-------------	---

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм / сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте —

снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, затем:

Гонадотропин хорионический в / м 10 000 ЕД, однократно

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

Дидрогестерон внутрь по 10 мг 3 р/сут до 10-й нед беременности

Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут, или в / м 1 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10–12 сут
-------------	--

Аменорея вторичная (гипофизарная форма)

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у девочек на фоне гиперпролактинемии

**При вторичной аменорее на фоне гиперпролактинемии** применяют ЛС, снижающие уровень пролактина. Терапию продолжают в среднем 6 мес после стойкого снижения уровня пролактина. Считается, что этот срок достаточен для восстановления менструального цикла и генеративной функции.

Бромокриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг / сут), длительность терапии определяют индивидуально
--------------	--

Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р / сут, 3 сут; затем 50 мкг 1 р / сут, 3 сут; затем 75 мкг 1 р / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг / сут до 600 мкг / сут), длительность терапии определяют индивидуально
-----------	---

Альтернативные ЛС:

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р / нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг / нед, далее ежемесячно на 0,5 мг / нед до 2 мг / нед), длительность терапии определяют индивидуально
------------	---

Растительные дофаминомиметики:

Сухой экстракт прутняка обыкновенного	внутри 3,2–4,8 мг (по 40 капель или 1 табл.) утром, длительность терапии определяют индивидуально, но не менее 3 мес
---------------------------------------	--

Аменорея вторичная (гипофизарная форма)

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне опухоли гипофиза

Лечение должно осуществляться совместно с нейрохирургом, эндокринологом и гинекологом.

Вопрос о необходимости хирургического лечения решает нейрохирург.

В последующем показана **ЗГТ**.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 14 сут + Эстрадиола валерат / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 14 сут, или Эстрадиол внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг / сут и дидрогестерон 10 мг / сут, 14 сут
--------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
--------------------	--

\*После окончания курса лечения.

По показаниям назначают ГКС и гормоны щитовидной железы.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма)

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне послеродового гипопитуитаризма (синдром Шихана)

В зависимости от клинических проявлений назначается заместительная терапия соответствующими гормонами. При аменорее или олигоменорее рекомендуется **ЗГТ** половыми гормонами.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / левоноргестрел внутри 2 мг / 0,15 мг 1 р / сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
--------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / - ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
--------------------	--

\* После окончания курса лечения.

Показано наблюдение эндокринологом и акушером-гинекологом.

Больных с тяжелой формой синдрома Шихана лечат только в условиях эндокринологического стационара.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма)

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне синдрома «пустого» турецкого седла

Лечение назначается в зависимости от характера эндокринных нарушений, пациентки нуждаются в наблюдении эндокринолога, нейрохирурга, гинеколога.

**При гипогонадотропном гипогонадизме** показана комбинированная циклическая низкодозированная **ЗГТ** половыми гормонами до возраста менопаузы.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 14 сут + Эстрадиола валерат / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / - ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут, или Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг 1 р/сут и дидрогестерон 10 мг 1 р/сут, 14 сут

\*После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (гипофизарная форма)

Аменорея вторичная (гипофизарная форма) у женщин на фоне синдрома гиперторможения гонадотропной функции гипофиза

При СГГФГ патогенетически обосновано назначение **ЛС, индуцирующих овуляцию**.

Кломифен более эффективен при нормальном и незначительно сниженном уровне эндогенных эстрогенов.

Кломифен	внутри 50–150 мг 1 р / сут с 5-го по 9-й день м. ц., 1–3 мес
----------	--

Лечение можно начинать и с гонадотропинов, особенно для восстановления фертильности.

Менотропины	в / м 150–300 МЕ 1 р / сут в одно и то же время суток с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликула
-------------	--

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм / сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, затем:

Гонадотропин хорионический	в / м 10 000 ЕД, однократно
----------------------------	-----------------------------

**При аменорее-галакторее** показано назначение ЛС, тормозящих секрецию ПРЛ. Терапию продолжают в среднем 6 мес после стойкого снижения уровня пролактина.

Основные ЛС:

Бромокриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг / сут), длительность терапии определяют индивидуально
Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р / сут, 3 сут, затем 50 мкг р / сут, 3 сут, затем 75 мкг 1 р / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг / сут до 600 мкг / сут), длительность терапии определяют индивидуально

Альтернативные ЛС:

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р / нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг / нед, далее ежемесячно на 0,5 мг / нед до 2 мг / нед), длительность терапии определяют индивидуально
------------	---

Аменорея вторичная (маточная форма) у женщин

Лечение во всех случаях хирургическое. Рекомендуются гистерорезектоскопия в предполагаемые дни менструаций с иссечением синехий.

После оперативного вмешательства на протяжении 2–3 мес проводят циклическую терапию **эстроген-гестагенными ЛС**.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут (в первые после операции сутки 2–4 мг / сут) с 1-х по 21–28-е сут, 2–3 мес + Дидрогестерон внутри 20 мг 1 р / сут с 14-х по 28-е сутки, 2–3 мес или Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут с 14-х по 28-е сутки, 2–3 мес
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут (в первые после операции сутки 2–4 мг / сут) с 1-х по 21–28 сутки, 2–3 мес + Дидрогестерон внутри 20 мг 1 р / сут с 14-х по 28-е сут, 2–3 мес или Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут с 14-х по 28-е сутки, 2–3 мес

Иногда внутриматочное вмешательство, направленное на разрушение синехий, приходится проводить повторно.

Если причиной заболевания является туберкулезная инфекция, то наблюдение и лечение проводятся у фтизиогинеколога.

Аменорея вторичная (надпочечниковая форма) у девочек на фоне постпубертатной (неклассической) формы врожденной дисфункции коры надпочечников

При вторичной аменорее на фоне постпубертатной (неклассической) формы ВДКН назначают:

Гидрокортизон	внутри 15–20 мг / м <sup>2</sup> / сут, 3–12 мес (девочкам с открытыми зонами роста)
Дексаметазон	внутри 0,25–0,5 мг на ночь, 3–12 мес
Преднизолон	внутри 2,5–5 мг утром, 3–12 мес

Обязателен контроль уровня 17-ОП и ДЭА-С в сыворотке крови каждые 2–3 мес. Длительность терапии определяется степенью тяжести ферментативного дефицита и эффективностью лечения.

Аменорея вторичная (яичниковая форма)

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у девочек на фоне синдрома истощения яичников

Показано назначение ЗГТ до возраста естественной менопаузы и затем по показаниям.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 14 сут + Эстрадиола валерат / дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / - ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут, или Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг 1 р/сут и дидрогестерон 10 мг 1 р/сут, 14 сут

\*После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (яичниковая форма)

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у девочек на фоне формирующегося синдрома

поликистозных яичников

При **вторичной аменорее на фоне формирующегося СПКЯ** назначают КПК:

Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг или 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг или 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол / - диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес

Аменорея вторичная (яичниковая форма)

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у женщин на фоне синдрома истощения яичников

Показано назначение **ЗГТ** до возраста естественной менопаузы и затем по показаниям.

Предпочтение следует отдавать двух- и трехфазным эстроген-гестагенным ЛС в циклическом режиме.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

\* После окончания курса лечения.

Пациентки с синдромом истощения яичников подлежат обязательному диспансерному наблюдению до возраста 45–50 лет.

Аменорея вторичная (яичниковая форма)

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у женщин на фоне синдрома резистентных яичников

Для нормализации м. ц. и профилактики метаболических нарушений до возраста 45–50 лет

проводят **комбинированную ЗГТ** двух- и трехфазными эстроген-гестагенными ЛС.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут, или Эстрадиол внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг 1 р/сут и дидрогестерон 10 мг 1 р/сут, 14 сут

\* После окончания курса лечения.

Аменорея вторичная (яичниковая форма)

Аменорея вторичная (яичниковая форма) у женщин ятрогенного и аутоиммунного генеза

В настоящее время признанной эффективной тактикой ведения пациенток с аутоиммунной и ятрогенной формами яичниковой аменореи является **экстракорпоральное оплодотворение и ЗГТ**.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут, или Эстрадиол



внутри 2 мг 1 р/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг 1 р/сут и дидрогестерон 10 мг 1 р/сут, 14 сут
--

*После окончания курса лечения.
---------------------------------

Положительные эффекты применения **ГКС** при аутоиммунном поражении яичников не доказаны.

Анемия железодефицитная у беременных

При выявлении причины развития железодефицитной анемии (ЖДА) основное лечение должно быть направлено на ее устранение (лечение энтерита, коррекция алиментарной недостаточности и др.).

Лекарственные препараты железа являются средством выбора для коррекции дефицита железа и уровня гемоглобина у больных ЖДА. Им следует отдавать предпочтение перед пищевыми продуктами, содержащими железо.

В большинстве случаев для коррекции дефицита железа при отсутствии специальных показаний препараты железа следует назначать внутрь. Парентеральный путь введения препаратов железа у большинства беременных без специальных показаний следует считать нецелесообразным.

При лечении ЖДА не рекомендуется производить гемотрансфузии без жизненных показаний вследствие высокого риска инфицирования беременной. Переливание эритроцитов также связано с риском иммунизации организма отсутствующими у него антигенами. Критерием жизненных показаний к гемотрансфузии является не уровень гемоглобина, а состояние гемодинамики больной.

Антианемическая терапия

Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать:

**пероральные ЛС** (удобство применения, лучшая переносимость);

препараты  $\text{Fe}^{2+}$ , а не  $\text{Fe}^{3+}$  (лучшая абсорбция);

**сульфат железа** —  $\text{FeSO}_4$  (лучшая абсорбция, эффективность, низкая стоимость);

**препараты с замедленным выделением  $\text{Fe}^{2+}$**  (лучшая абсорбция, лучшая переносимость).

Поступающее в организм лекарственное железо депонируется в виде ферритина и гемосидерина, лишь затем мобилизуясь для образования Hb. Суточная доза  $\text{Fe}^{2+}$  для профилактики и лечения легкой формы заболевания составляет 50–60 мг. Для лечения выраженной анемии — 100–120 мг  $\text{Fe}^{2+}$ . Ежедневный прием препаратов предпочтительнее, чем еженедельный.

Для лечения и профилактики ЖДА у беременных и кормящих матерей с успехом применяют комплексные препараты, содержащие витамины и микроэлементы.

Железа сульфат + аскорбиновая кислота, табл.	1–2 табл./сут (100–200 мг элементарного железа) внутрь в 1–2 приема
--	---

В последние годы в практику входят неионные соединения  $\text{Fe}^{3+}$  на основе гидроксиполимальтозного комплекса, близкие к естественным соединениям Fe с ферритином.

Они обеспечивают активное всасывание  $\text{Fe}^{3+}$  из кишечника в кровь с помощью транспортного белка, предотвращая свободную диффузию по градиенту концентрации, т. е. прооксидантный стресс. Это уменьшает частоту побочных эффектов.

**Препараты железа для парентерального введения следует использовать:**

при неэффективности пероральной терапии тяжелой формы ЖДА;

нарушении всасывания железа при заболеваниях ЖКТ;

индивидуальной непереносимости солей железа;

обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**Для парентерального введения** применяют препараты трехвалентного железа. Курсовую дозу препарата железа вычисляют для конкретного больного по формуле: масса тела больного (кг) × концентрация гемоглобина в крови (г / 100 мл) × 2,5. Учитывая прооксидантное и лизосомотропное действия препаратов железа, их парентеральное введение необходимо сочетать с применением плазмозамещающих растворов, которые позволяют защитить клетку и избежать перегрузки макрофагов железом.

Железа полиизомальтозат	в / м 100 мг (2 мл) 1 р / сут, до нормализации уровня гемоглобина + Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000, в / в 400 мл 1 1 р / нед, до нормализации уровня гемоглобина
-------------------------	--

После нормализации уровня гемоглобина рекомендуется продолжить принимать антианемические препараты внутрь в профилактических дозах в течение 6 мес. Кроме того, необходимо назначение сбалансированной **диеты**, в которой в достаточном количестве и в оптимальных сочетаниях содержатся необходимые пищевые ингредиенты, в том числе достаточное количество железа и белка. Максимальное количество железа, которое может всосаться из пищи, составляет 2,5 мг / сут. Энергетическая ценность пищи должна быть увеличена на 10 % за счет белков, фруктов, овощей. Мясо содержит железа больше, чем печень. Потребление жиров следует ограничить, так как они снижают желудочную секрецию и процессы всасывания железа в кишечнике.

Профилактика железодефицитной анемии

Профилактика анемии требуется прежде всего беременным с высоким риском развития данного заболевания. К ним относятся:

женщины, ранее болевшие анемией;  
женщины с хроническими инфекционными заболеваниями или хроническими заболеваниями внутренних органов;  
многорожавшие женщины;  
беременные с уровнем гемоглобина в I триместре менее 120 г / л;  
беременные с многоплодием;

женщины, у которых в течение многих лет менструации продолжались более 5 дней.

Профилактика заключается в назначении небольшой дозы препаратов железа в течение 4–6 мес начиная с 12–14-й недели беременности.

Профилактика ЖДА беременных способствует созданию у новорожденных более высоких запасов железа, предотвращая развитие дефицита железа и анемии у грудных детей.

Астма бронхиальная у беременных

Во время беременности тяжесть течения бронхиальной астмы (БА) нередко меняется, и больным могут понадобиться более тщательное врачебное наблюдение и изменение схемы лечения. Ретроспективные исследования показали, что во время беременности примерно у трети женщин течение БА не меняется, у трети становится менее тяжелым, у оставшейся трети ухудшается. Увеличение перинатальной смертности при плохо контролируемой БА приводит к тому, что применение ЛС для достижения оптимального контроля БА оправдано даже в тех случаях, когда их безопасность при беременности не бесспорна. Лечение ингаляционными Р2-агонистами, теофиллином, кромогликатом натрия, ингаляционными ГКС не сопровождается увеличением частоты врожденных пороков развития плода.

Следует еще раз напомнить, что одно из центральных мест в лечении БА занимают

**обучающие программы и диспансерное наблюдение.**

В настоящее время принят **ступенчатый подход к терапии БА** в связи с тем, что наблюдается значительное разнообразие тяжести течения БА не только у разных людей, но и у одного и того же человека в различное время. Цель данного подхода — достижение ремиссии и профилактика обострений БА с применением наименьшего количества ЛС. Количество и частоту приема ЛС увеличивают (ступень вверх), если течение БА ухудшается, и уменьшают (ступень вниз), если обострения БА отсутствуют.

При БА назначают ЛС для устранения и предотвращения симптомов обструкции дыхательных путей. К таким ЛС относят **базисные**, контролирующие течение заболевания, и

**симптоматические средства.**

**Базисные ЛС**, принимаемые ежедневно, длительно, помогают достичь и сохранить контроль над течением персистирующей БА. Они включают:

ГКС (ингаляционные, системные);  
ингаляционные ( $\beta_2$ -агонисты длительного действия;

стабилизаторы мембран тучных клеток;  
теофиллин пролонгированного действия.

В настоящее время наиболее эффективными ЛС для достижения ремиссии и профилактики обострений БА являются ингаляционные ГКС.

К **симптоматическим ЛС** (средства скорой или неотложной помощи, средства для быстрого облегчения состояния), устраняющим бронхоспазм и облегчающим сопутствующие симптомы (свистящие хрипы, чувство стеснения в грудной клетке, кашель), относятся ингаляционные и пероральные ( $\beta_2$ -агонисты короткого действия, М-холинолитики, теофиллин короткого действия).

ЛС для лечения БА вводят различными путями, включая ингаляционный, пероральный и парентеральный. Основное преимущество при поступлении ЛС непосредственно в дыхательные пути при ингаляции — более эффективное создание высоких концентраций ЛС в дыхательных путях и сведение к минимуму системных побочных эффектов. При назначении беременным следует отдавать предпочтение ингаляционным формам введения ЛС.

Аэрозольные ЛС для лечения представлены в виде ингаляторов-дозаторов аэрозолей, активируемых дыханием ингаляторов-дозаторов аэрозолей, ингаляторов-дозаторов сухих порошков и «влажных» аэрозолей, которые подаются через распылитель ингаляционных растворов (небулайзер). Использование буферной насадки (спейсера) улучшает поступление ЛС из ингалятора, дозирующего аэрозоль под давлением.

Ниже приведены схемы лечения БА в зависимости от степени тяжести.

При **интермиттирующем течении БА (ступень 1)** назначение базисных ЛС не показано.

Применяют симптоматические ЛС не чаще одного раза в неделю.

Салбутамол	ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут
Тербуталин	ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут
Фенотерол	ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут

Фенотерол необходимо с осторожностью применять в I триместре беременности.

**Перед предполагаемой физической нагрузкой или в контакте с аллергеном:**

Салбутамол	ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы), однократно
Кромоглициевая кислота	ингаляционно 5–10 мг (1–2 дозы), однократно

Необходимо учитывать, что кромоглициевая кислота противопоказана в I триместре беременности.

**При легкой персистирующей форме БА (ступень 2):**

ЛС выбора:

Беклометазона дипропионат	ингаляционно 250 мкг (1 доза) 2 р / сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут
Будесонид	ингаляционно 200 мкг (1 доза) 2 р / сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут
Флунизолид	ингаляционно 250 мкг (1 доза) 2 р / сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут
Флутиказон	ингаляционно 50–125 мкг 2 р / сут, длительно ± Ипратропия бромид ингаляционно 40 мкг (2 дозы) 4 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут

Альтернативные ЛС:

Кромоглициевая кислота	ингаляционно 5–10 мг (1–2 дозы) 4 р / сут, длительно
Недокромил натрия	ингаляционно 2–4 мг (1–2 дозы) 2–4 р / сут, длительно
Теofilлин (пролонгированного действия)	внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно

**При персистирующей БА средней степени тяжести (ступень 3):**

Беклометазона дипропионат	ингаляционно 250 мкг (1–2 дозы) 2–4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теofilлин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно
Будесонид	ингаляционно 200 мкг (1 доза) 2–4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теofilлин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно
Флунизолид	ингаляционно 500 мкг (2 дозы) 2–4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теofilлин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно
Флутиказон	ингаляционно 125 мкг (1 доза*) 2–4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теofilлин (пролонгированного действия) внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно

\*Следует принимать во внимание, что дозировка в ингаляторе может быть различной (25, 50, 100, 125, 250, 500 мкг).

Астма бронхиальная у беременных

**При тяжелой персистирующей БА (ступень 4):**

Беклометазона дипропионат	ингаляционно 250 мкг (1 доза) 4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теofilлин пролонгированного действия внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно ± Метилпреднизолон внутри 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно или Преднизолон внутри 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно
Будесонид	ингаляционно 200 мкг (1 доза) 4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теofilлин пролонгированного действия внутри 200–350 мг 2 р / сут, длительно ± Метилпреднизолон внутри 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно

	процесса) 1 р / сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно
Флунизолид	ингаляционно 500 мкг (2 дозы) 4 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теофиллин пролонгированного действия внутрь 200–350 мг 2 р / сут, длительно ± Метилпреднизолон внутрь 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно
Флутиказон	ингаляционно 250 мкг (1 доза) 2–3 р / сут, длительно + Формотерол ингаляционно 12–24 мкг (1–2 дозы) 2 р / сут, длительно + Сальбутамол ингаляционно 100–200 мкг (1–2 дозы) по потребности, но не более 4 р / сут ± Теофиллин пролонгированного действия внутрь 200–350 мг 2 р / сут, длительно ± Метилпреднизолон внутрь 20–40 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно или Преднизолон внутрь 5–30 мг (в зависимости от тяжести процесса) 1 р / сут, длительно

Бесплодие

Бесплодие при гонадотропной недостаточности

Лечение бесплодия при гонадотропной недостаточности складывается из двух этапов:

подготовительного;

индукции овуляции.

Подготовительный этап

На **подготовительном этапе** проводят циклическую **ЗГТ** с целью формирования женского фенотипа, увеличения размеров матки, роста эндометрия, формирования рецепторного аппарата в органах-мишенях, что повышает эффективность последующей стимуляции овуляции.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1–2 р / сут, с 3–5-го дня менструальноподобной реакции непрерывно, в течение всего цикла (с 1-го по 25-й день)
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1–2 р / сут, с 3–5-го дня менструальноподобной реакции непрерывно, в течение всего цикла (с 1-го по 25-й день)
Этинилэстрадиол	внутри 50 мкг 1–2 р / сут, с 3–5-го дня менструальноподобной реакции непрерывно, в течение всего цикла (с 1-го по 25-й день)

**Затем:**

Дидрогестерон	внутри 10 мг 1–2 р / сут с 11-го по 25-й день цикла
Норэтистерон	внутри 5 мг 1–2 р / сут, 10 сут
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут или в / м 1,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10 сут

Альтернативные ЛС:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
Эстрадиола валерат**	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат внутри 2 мг / 500 мкг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

\* После окончания курса лечения. \*\*Применяется при выраженной гипоплазии половых органов.

Предпочтительно применение натуральных эстрогенов (эстрадиол, эстрадиола валерат) и гестагенов (дидрогестерон, прогестерон).

Продолжительность подготовительной терапии зависит от выраженности гипогонадизма и составляет 3–12 мес.

Индукция овуляции

После завершения первого этапа проводят **индукцию овуляции**, основные принципы которой — адекватный выбор ЛС и его начальной дозы и тщательный клинико-лабораторный контроль стимулированного цикла.

ЛС выбора:

Менотропины	в / м 150–300 МЕ 1 р / сут в одно и то же время с 3–5-го дня менструальноподобной реакции, до созревания фолликулов
-------------	---

Начальная доза зависит от выраженности гонадотропной недостаточности.

Адекватность дозы оценивается по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм / сут). При медленном росте фолликулов дозу повышают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Введение ЛС продолжают до образования зрелых фолликулов диаметром 18–20 мм, **затем:**

Гонадотропин хорионический в / м 10 000 ЕД однократно

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 3 р / сут до 10-й нед беременности
Прогестерон	внутрь 100 мг 2–3 р / сут или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут или в / м 1,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (при отсутствии СГЯ):

Гонадотропин хорионический	в / м 1500–2500 ЕД 1 р / сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы
----------------------------	---

При неэффективности одного курса возможно проведение повторных курсов индукции овуляции при отсутствии кист в яичниках.

**Альтернативной схемой индукции овуляции** является применение агонистов ГнРГ (эффективны только при гипоталамической форме), которые вводят внутривенно с 3–5-го дня менструальноподобной реакции 20–30 дней в пульсирующем режиме (1 доза в течение 1 мин через каждые 89 мин) с помощью специального аппарата.

При неэффективности одного курса возможно проведение повторных курсов индукции овуляции при отсутствии кист в яичниках.

Бесплодие

Бесплодие при синдроме поликистозных яичников

Лечение бесплодия при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) проводят в два этапа:

первый этап — подготовительный;

второй этап — стимуляция овуляции.

Подготовительный этап

Схемы подготовительной терапии зависят от клинко-патогенетической формы СПКЯ.

При **СПКЯ** и **ожирении** показаны ЛС, способствующие снижению инсулинорезистентности.

ЛС выбора:

Метформин	внутрь 500 мг 3 р / сут, 3–6 мес
-----------	----------------------------------

Альтернативные ЛС:

Орлистат	внутрь 120 мг 3 р / сут, 3–6 мес
----------	----------------------------------

При **яичниковой форме СПКЯ** и **высоком уровне ЛГ** применяют ЛС, способствующие снижению чувствительности гипоталамо-гипофизарной системы до полного подавления функции яичников (уровень эстрадиола в сыворотке крови менее 70 пмоль / л).

ЛС выбора:

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мкг в каждую ноздрю 3 р / сут с 21-го или 2-го дня м. ц., 1–3 мес
Лейпрорелин	п / к 3,75 мг 1 р / 28 сут с 21-го или 2-го дня м. ц., 1–3 мес
Трипторелин	п / к 3,75 мг 1 р / 28 сут или 0,1 мг 1 р / сут с 21-го или 2-го дня м. ц., 1–3 мес

Альтернативные ЛС:

Принципиального значения применение агонистов ГнРГ с 21-го или 2-го дня цикла не имеет, однако первая схема предпочтительнее, так как при ее использовании не образуются кисты яичников. При назначении со второго дня цикла фаза активации, предшествующая фазе подавления, в механизме действия агониста ГнРГ совпадает с фолликулиновой фазой цикла и может вызвать образование кист в яичниках.

При **надпочечниковой форме СПКЯ** показано назначение глюкокортикоидных средств.

Дексаметазон	внутрь 0,25–1 мг 1 р / сут, 3–6 мес
Метилпреднизолон	внутрь 2–8 мг 1 р / сут, 3–6 мес
Преднизолон	внутрь 2,5–10 мг 1 р / сут, 3–6 мес

При **центральной форме СПКЯ** применяют противосудорожные ЛС.

ЛС выбора:

Фенитоин	внутрь 0,117 г 1–2 р / сут, 3–6 мес
----------	-------------------------------------

Альтернативные ЛС:

Карбамазепин	внутрь 100 мг 2 р / сут, 3–6 мес
--------------	----------------------------------

Индукция овуляции

На втором этапе проводят **индукцию овуляции**. ЛС и схемы их введения определяют с учетом клинко-лабораторных характеристик пациенток. Во время индукции овуляции проводят тщательное наблюдение за стимулированным циклом с использованием УЗИ и гормонального профиля.

**Индукция овуляции кломифеном** показана при недлительном анамнезе заболевания у молодых женщин с достаточным уровнем эстрогенов (эстрадиол сыворотки крови 150 пмоль / л и более) и невысоких значениях ЛГ (15 МЕ / л и менее).

Кломифен	внутрь 100 мг 1 р / сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц.
----------	--

Контрольное УЗИ проводят на 10-й день цикла, оценивают диаметр доминантного фолликула и толщину эндометрия. В дальнейшем УЗИ проводят через день, при размере лидирующего фолликула более 16 мм — ежедневно.

**Альтернативные схемы лечения** (при выраженном антиэстрогенном эффекте):

Кломифен	внутрь 100 мг 1 р / сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц. + Эстрадиол
	внутрь 2 мг 2 р / сут, с 10-го по 15-й день м. ц. или Этинилэстрадиол внутрь 50 мкг 2 р

	/ сут, с 10-го по 15-й день м. ц.
Кломифен	внутрь 100 мг 1 р / сут в одно и то же время, с 3-го по 7-й день м. ц. + Менотропины в / м 75–150 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 7–8-го дня м. ц. до созревания фолликулов или Фоллитропин альфа в / м 75–150 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 7–8-го дня м. ц. до созревания фолликулов

**Стимуляция овуляции гонадотропинами** показана при отсутствии адекватного фолликулогенеза после стимуляции кломифеном, при наличии выраженного периферического антиэстрогенного эффекта, недостаточной эстрогенной насыщенности. Может проводиться как у молодых пациенток, так и у женщин в позднем репродуктивном возрасте.

ЛС выбора:

Менотропины	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
Урофоллитропин	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Фоллитропин альфа	в / м 100–150 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
-------------------	---

Индукция овуляции гонадотропинами с применением агонистов ГнРГ показана при СПКЯ с высоким уровнем ЛГ в сыворотке крови (более 15 МЕ / л).

ЛС выбора:

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мкг в каждую ноздрю 3 р / сут, с 21-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Менотропины в / м 225–300 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, со 2–3-го дня последующего м. ц. до созревания фолликулов
Лейпрорелин	п / к 3,75 мг, однократно, на 21-й день м. ц. + Менотропины в / м 225–300 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, со 2–3-го дня последующего м. ц. до созревания фолликулов
Трипторелин	п / к 3,75 мг, однократно, на 21-й день м. ц., или 0,1 мг 1 р / сут, с 21-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Менотропины в / м 225–300 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, со 2–3-го дня последующего м. ц. до созревания фолликулов

Бесплодие

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Менотропины	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, со 2–3-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Ганиреликс п / к 0,25 мг 1 р / сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов или Цетрореликс п / к 0,25 мг 1 р / сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов
Фоллитропин альфа	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, со 2–3-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Ганиреликс п / к 0,25 мг 1 р / сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов или Цетрореликс п / к 0,25 мг 1 р / сут, начиная с 5–7-го дня применения гонадотропинов (при достижении доминантным фолликулом размеров 13–14 мм) до созревания фолликулов

**Индукция овуляции у пациенток позднего репродуктивного возраста** (при слабом ответе яичников на гонадотропные препараты).

ЛС выбора:

Менотропины	в / м 225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Трипторелин п / к 0,1 мг 1 р / сут, со 2-го дня м. ц. до созревания фолликулов
-------------	---

Альтернативные ЛС:

Трипторелин	п / к 0,1 мг 1 р / сут, со 2-го дня м. ц. до созревания фолликулов + Фоллитропин альфа в / м 200–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц. до созревания фолликулов
-------------	---

Во всех схемах с применением гонадотропинов адекватность дозы последних оценивают по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм / сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Во всех схемах при наличии зрелого фолликула диаметром 18–20 мм, толщине эндометрия не менее 8 мм терапию прекращают и назначают ХГ.

**Гонадотропин хорионический** в / м 10 000 ЕД однократно

После констатации овуляции проводят **поддержку лютеиновой фазы цикла**.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 3 р / сут до 10-й нед беременности
Прогестерон	внутрь 100 мг 2–3 р / сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут, или в / м 1,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (при отсутствии СГЯ):

Гонадотропин хорионический в / м 1500–2500 ЕД 1 р / сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы

Бесплодие

Бесплодие при яичниковой недостаточности

При наличии Y-хромосомы в кариотипе необходимо лапароскопическое удаление гонад.

**Стимуляция овуляции с целью лечения бесплодия не показана.** Единственным методом достижения беременности является перенос оплодотворенной донорской яйцеклетки в полость матки (донация). Донация складывается из двух этапов:

подготовительного, целью которого является увеличение размеров матки, рост эндометрия, формирование рецепторного аппарата в матке; цикла донации.

Подготовительный этап

На **подготовительном этапе** показано проведение циклической ЗГТ.

ЛС выбора:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1–2 р / сут с 3–5-го дня менструальноподобной реакции непрерывно с 1-го по 25-й день цикла
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1–2 р / сут с 3–5-го дня менструальноподобной реакции непрерывно с 1-го по 25-й день цикла
Этинилэстрадиол	внутри 50 мкг 1–2 р / сут с 3–5-го дня менструальноподобной реакции непрерывно с 1-го по 25-й день цикла

**Затем:** при этом эстрогены не прекращают применять

Дидрогестерон	внутри по 10 мг 2 раза сутки с 11-го по 25-й день менструального цикла
Норэтистерон	внутри 5 мг 1–2 р / сут, 10 сут
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут, или в / м 1,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10 сут

Альтернативные ЛС:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
Эстрадиола валерат*	** внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / норгестрел внутри 2 мг / 500 мкг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

\* После окончания курса лечения. \*\* Применяется при выраженной гипоплазии половых органов.

Предпочтительно применение натуральных эстрогенов (эстрадиол, эстрадиола валерат) и гестагенов (дидрогестерон, прогестерон).

Продолжительность подготовительной терапии зависит от выраженности гипогонадизма и составляет 3–6 мес.

Цикл донации

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 5-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 2 р / сут, с 6-го по 10-й день м. ц. или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 2 р / сут, с 6-го по 10-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 3 р / сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ) или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 3 р / сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ)
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 5-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 2 р / сут, с 6-го по 10-й день м. ц. или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 2 р / сут, с 6-го по 10-й день м. ц. +* Эстрадиол внутри 2 мг 3 р / сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ) или Эстрадиола валерат внутри 2 мг 3 р / сут, с 11-го по 15-й день м. ц. (под контролем УЗИ)

\* После окончания курса лечения.

**При толщине эндометрия 10–12 мм со дня введения менотропинов донору:**

Эстрадиол	внутри 2 мг 3 р / сут, до получения овоцитов донора + Прогестерон внутри 100 мг 1 р / сут, до получения овоцитов донора
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 3 р / сут, до получения овоцитов донора + Прогестерон внутри 100 мг 1 р / сут, до получения овоцитов донора

**Со дня получения овоцитов донора:**

Эстрадиол	внутри 2 мг 3–4 р / сут, до переноса эмбрионов в матку + Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, до переноса эмбрионов в матку
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 3–4 р / сут, до переноса эмбрионов в матку + Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, до переноса эмбрионов в матку

**Со дня переноса эмбрионов в матку:**

Эстрадиол	внутри 2 мг 3–4 р / сут, 12–14 сут + Прогестерон внутри 200 мг 2–3 р / сут или в / м 1,0–2,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 12–14 сут
-----------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 3–4 р / сут, 12–14 сут + Прогестерон внутри 200 мг 2–3 р / сут или в / м 1,0–2,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 12–14 сут
--------------------	---

При положительном тесте на беременность ЗГТ эстрогенами и гестагенами в прежней дозе продолжают до 12–15-й недели беременности (желательно под контролем уровней эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови). После 15-й недели ЛС постепенно отменяют.

**Схемы стимуляции суперовуляции у донора** аналогичны тем, которые применяют в циклах индукции овуляции при СПКЯ, — «чистые» схемы с менопаузальными и рекомбинантными гонадотропинами, схемы с агонистами и антагонистами ГнРГ. Выбор тактики определяется индивидуально.

Бесплодие

Бесплодие при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников

Оперативное лечение

**Первый этап** лечения пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников — оперативное вмешательство.

Операцией выбора является **лапароскопия**, которая позволяет:

точно диагностировать патологию в малом тазу;

провести органосохраняющую операцию — удалить новообразование яичника с сохранением непораженной ткани и выполнить биопсию второго яичника (с последующим патоморфологическим исследованием);

одновременно устранить сопутствующие патологические изменения:

— выполнить консервативную миомэктомию;

— коагулировать очаги эндометриоза;

— рассечь спайки;

— выполнить по показаниям сальпингооовариолизис и сальпингостомию.

Для уточнения состояния полости матки наряду с лапароскопией показано проведение

**гистероскопии**. При обнаружении внутриматочной патологии (синехий, субмукозной миомы матки или неполной перегородки матки) рекомендуется проведение **гистерорезектоскопии**.

Послеоперационное лечение

В **послеоперационном периоде** для восстановления репродуктивной функции проводят комплексную терапию с учетом лапароскопического диагноза в отношении нозологического образования яичника.

Антибактериальная терапия

Для снижения риска развития послеоперационных осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде рекомендовано внутривенное введение одной терапевтической дозы **антибиотиков широкого спектра действия**. Это позволяет снизить риск развития послеоперационных инфекционных осложнений в среднем на 10–30 %.

Неблагоприятное влияние на исход оперативного вмешательства оказывают следующие факторы:

• наличие хронических очагов инфекции:

— патология шейки матки;

— хронический эндометрит;

— сальпингоофорит;

— ЗППП;

• длительное и травматичное вмешательство;

• большая кровопотеря.

Необходимость продолжения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде зависит от перечисленных выше факторов, а также от осложнений послеоперационного периода (состояния пациентки, температуры тела, результатов клинического исследования крови).

ЛС выбора:

Цефазолин	в / в или в / м 1,0–2,0 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол в / в 100,0 мл 3 р / сут, 5–10 сут
Цефепим	в / в или в / м 1,0–2,0 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефоперазон	в / в или в / м 1,0–2,0 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в / в или в / м 1,0–2,0 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефуросксим	в / в или в / м 1,5 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол в / в 100,0 мл 3 р / сут, 5–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 0,5 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Амоксициллин / клавулановая кислота	в / в 1,2 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Ампициллин / сульбактам	в / в или в / м 1,5 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут



Доксциклин	внутри 0,1 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Имипенем / циластатин	в / в или в / м 0,5–1,0 г 2–3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Меропенем	в / в 0,5–1,0 г 2–3 / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Офлоксацин	в / в 0,2 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Рокситромицин	внутри 0,15 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут

**При применении антибиотиков обязательно назначение противогрибковых ЛС.**

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р / сут, 5–10 сут
Флуконазол	внутри 150 мг, однократно

Иммунотерапия

**Иммунокорригирующую терапию** целесообразно начинать за 1–2 дня до оперативного лечения и продолжать в течение 5–10 дней в качестве монотерапии (при спаечном процессе I–II степеней при отсутствии признаков хронического воспалительного процесса) или в сочетании с антибактериальной терапией (при спаечном процессе III–IV степеней).

ЛС выбора:

Аминодигидро-фалазиндион	в / м 0,1 г / сут, 5 сут, затем 0,1 г через натрия сутки, на курс 5–10 инъекций
--------------------------	---

Альтернативные ЛС:

Полиоксидоний	в / м 6 мг 1 р / сут, 3 сут, затем 6 мг через сутки, на курс 5–10 инъекций
---------------	--

Терапия гепатопротекторами

Применение **гепатопротекторов** усиливает действие противомикробных ЛС в раннем послеоперационном периоде и снижает частоту побочных эффектов при проведении гормонотерапии в позднем реабилитационном периоде за счет улучшения метаболических процессов в печени на уровне гепатоцитов.

Бесплодие

Силибинин	внутри 0,07 г 3 р / сут, 15–30 сут, всего 2 курса с интервалом 1–2 мес
Фосфолипиды	внутри 1–2 капс. 3 р / сут, 14 сут, затем 1 капс. 3 р / сут, 15–30 сут

Терапия системными энзимами

Назначение системных энзимов на раннем этапе комплексной консервативной терапии способствует улучшению репаративных процессов в поврежденных тканях и коррекции аутоиммунных нарушений, а также снижает частоту побочных эффектов гормонотерапии в позднем реабилитационном периоде.

Панкреатин /папаин /бромелаин /трипсин /химотрипсин /амилаза /липаза /рутозид	внутри 3 драже 3 р / сут, 14 сут, затем 8 драже 3 р / сут, 2 мес
---	--

Метаболическая и мембраностабилизирующая терапия

Обязательным компонентом фармакотерапии нарушений репродуктивной функции при доброкачественных опухолях яичников является **метаболическая и мембраностабилизирующая терапия**, направленная на нивелирование метаболических нарушений, которая проводится в позднем реабилитационном периоде.

**Метаболические комплексы:**

Витамин Е	внутри 0,1 г 3 р / сут, с 8–9-го по 13–14-й день м. ц. + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р / сут, с 8–9-го по 13–14-й день м. ц. + Ко-карбоксилаза в / м 0,1 г 1 р / сут, с 8–9-го по 13–14-й день м. ц. + Липоевая кислота внутри 1 табл. 3 р / сут, с 8–9-го по 13–14-й день м. ц. + Рибофлавин в / м 1,0 мл 1 р / сут, с 8–9-го по 13–14-й день м. ц.
-----------	--

**или**

Витамин Е	внутри 0,1 г 3 р / сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Инозин внутри 0,2 г 3 р / сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Метионин внутри 0,5 г 3 р / сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Оротовая кислота (калиевая соль) внутри 0,5 г 3 р / сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Пиридоксальфосфат внутри 20 мг 3 р / сут, с 15-го по 22-й день м. ц. + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, с 15-го по 22-й день м. ц.
-----------	--

Вне беременности метаболический комплекс рекомендуется принимать ежемесячно, во время беременности — в течение всей беременности 10–12-дневными курсами с перерывом 2–3 нед.

**Мембраностабилизирующая терапия:**

Аскорбиновая кислота /рутозид	внутри 1 табл. (50 мг / 50 мг) 3 р / сут, 1 мес
-------------------------------	---

Терапия тиреотропными ЛС

По показаниям могут быть назначены **тиреотропные** лекарственные средства.

Левотироксин натрия	внутри 25–50 мкг 1 р / сут за 30 мин до завтрака, длительность терапии определяется индивидуально
---------------------	---

Левотироксин натрия /-лиотиронин	внутри $1/4 - 1/2$ табл. (40 мкг / 10 мкг) 1 р / сут за 30 мин до завтрака, длительность терапии определяется индивидуально
Левотироксин натрия /-лиотиронин /калия йодид	внутри $1/4 - 1/2$ табл. (70 мкг / 10 мкг / 150 мкг) 1 р / сут за 30 мин до завтрака, длительность терапии определяется индивидуально

#### Индукция овуляции

При необходимости с целью обеспечения наступления беременности проводят контролируемую индукцию овуляции кломифеном или гонадотропинами.

#### Индукция овуляции кломифеном:

Кломифен внутри 100 мг 1 р / сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц.

Контрольное УЗИ проводят на 10-й день цикла, оценивают диаметр доминантного фолликула и толщину эндометрия. В дальнейшем УЗИ проводят через день, при размере лидирующего фолликула более 16 мм — ежедневно.

**Стимуляция овуляции гонадотропинами** показана при отсутствии адекватного фолликулогенеза после стимуляции кломифеном, при наличии выраженного периферического антиэстрогенного эффекта, недостаточной эстрогенной насыщенности.

ЛС выбора:

Менотропины	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
Урофоллитропин	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Фоллитропин альфа в / м 100–150 МЕ 1 р / сут в одно и то же время с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут

Во всех схемах с применением гонадотропинов адекватность дозы последних оценивают по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм / сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Во всех схемах при наличии зрелого фолликула диаметром 18–20 мм, толщине эндометрия не менее 8 мм терапию прекращают, назначают ХГ.

Гонадотропин хорионический в / м 10 000 ЕД однократно

После констатации овуляции проводят **поддержку лютеиновой фазы цикла**.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 1–3 р / сут, 10–12 сут
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут, или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут, или в / м 1,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (в отсутствие СГЯ):

Гонадотропин хорионический в / м 1500–2500 ЕД 1 р / сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы

#### Бесплодие

Бесплодие трубно-перитонеальное

Лечение трубно-перитонеального бесплодия складывается из нескольких этапов.

**Первый этап** — эндоскопическая диагностика и хирургическая коррекция патологических изменений органов малого таза.

**Второй этап** — раннее восстановительное лечение с первых-вторых суток после хирургического вмешательства в течение 3–10 дней. Применяют медикаментозные и немедикаментозные методы лечения:

фармакотерапию:

- антибактериальную терапию;
- инфузионную терапию (растворы коллоидов и кристаллоидов);
- иммунокорректирующую терапию;

немедикаментозное лечение:

- физиотерапию;
- эфферентные методы лечения — плазмаферез, эндоваскулярное лазерное облучение крови, озонотерапию крови;
- фитотерапию;
- гирудотерапию.

**Третий этап** — отсроченное восстановительное лечение с учетом эндоскопического диагноза и результатов патоморфологического исследования эндометрия (продолжительность 1–3 мес). Применяют медикаментозные и немедикаментозные методы лечения:

фармакотерапию:

- комбинированные пероральные контрацептивы (КПК) с низким содержанием эстрогенов, гестагенов;
  - гестагены;
  - агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ);
- немедикаментозное лечение (при хронических рецидивирующих сальпингитах):
- физиотерапию (методику и число процедур подбирают индивидуально);
  - эфферентные методы лечения.

**Четвертый этап** — дополнительное обследование пациенток после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах путем проведения контрольных гистеросальпингографии, эхогистеросальпингографии или лапароскопии. При подтверждении проходимости маточных труб пациенткам разрешается половая жизнь без предохранения на фоне ультразвукового мониторинга фолликулогенеза с целью достижения беременности. Продолжительность — не более 6 мес.

**Пятый этап** — период ожидания наступления беременности: контролируемая индукция овуляции в течение не более четырех циклов. ЛС и схемы их введения определяются с учетом клинико-лабораторных характеристик пациенток. Допустимы следующие схемы:

индукция овуляции кломифеном;

стимуляция овуляции гонадотропинами.

Во время индукции овуляции проводят тщательный ультразвуковой и гормональный мониторинг стимулированного цикла.

При отсутствии наступления спонтанной беременности в течение 6 мес или сохраняющемся нарушении проходимости маточных труб при контрольном обследовании на четвертом этапе рекомендуется применение методов вспомогательной репродукции (экстракорпоральное оплодотворение).

**Антибактериальная терапия**

Для снижения риска развития послеоперационных осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде рекомендовано в / в введение одной терапевтической дозы антибиотиков широкого спектра действия. Это позволяет снизить риск развития послеоперационных инфекционных осложнений в среднем на 10–30 %.

Неблагоприятное влияние на исход оперативного вмешательства оказывают следующие факторы:

наличие хронических очагов инфекции:

- патология шейки матки;
- хронический эндометрит;
- сальпингоофорит;
- ЗППП;

длительное и травматичное вмешательство;

большая кровопотеря.

Необходимость продолжения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде зависит от перечисленных выше факторов, а также от осложнений послеоперационного периода (состояния пациентки, температуры тела, результатов клинического исследования крови).

**ЛС выбора:**

Цефазолин	в / в или в / м 1,0–2,0 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол в / в 100,0 мл 3 р / сут, 5–10 сут
Цефепим	в / в или в / м 1,0–2,0 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефоперазон	в / в или в / м 1,0–2,0 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в / в или в / м 1,0–2,0 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефуросксим	в / в или в / м 1,5 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол в / в 100,0 мл 3 р / сут, 5–10 сут

**Альтернативные ЛС:**

Азитромицин	внутри 0,5 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Амоксициллин /клавулановая кислота	в / в 1,2 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Ампициллин /сульбактам	в / в или в / м 1,5 г 3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Доксициклин	внутри 0,1 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Имипенем /циластатин	в / в или в / м 0,5–1,0 г 2–3 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Меропенем	в / в 0,5–1,0 г 2–3 / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Офлоксацин	в / в 0,2 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут
Рокситромицин	внутри 0,15 г 2 р / сут, 5–10 сут ± Метронидазол внутри 0,25 г 3 р / сут, 5–10 сут

**Бесплодие**

**При применении антибиотиков обязательно назначение противогрибковых ЛС.**

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р / сут, 5–10 сут
Флуконазол	внутри 150 мг, однократно

## Иммунотерапия

**Иммунокорригирующую терапию** целесообразно начинать за 1–2 дня до оперативного лечения и продолжать в течение 5–10 дней в качестве монотерапии (при спаечном процессе I–II степеней при отсутствии признаков и хронического воспалительного процесса) или в сочетании с антибактериальной терапией (при спаечном процессе III–IV степеней).

ЛС выбора:

Аминодигидрофалазиндион натрия	в / м 0,1 г / сут, 5 сут, затем 0,1 г через сутки, на курс 5–10 инъекций
--------------------------------	--

Альтернативные ЛС:

Полиоксидоний	в / м 6 мг 1 р / сут, 3 сут, затем 6 мг через сутки, на курс 5–10 инъекций
---------------	--

Индукция овуляции

При необходимости с целью обеспечения наступления беременности проводят контролируемую индукцию овуляции кломифеном или гонадотропинами.

**Индукция овуляции кломифеном:**

Кломифен	внутрь 100 мг 1 р / сут в одно и то же время, с 5-го по 9-й день м. ц.
----------	--

Контрольное УЗИ проводят на 10-й день цикла, оценивают диаметр доминантного фолликула и толщину эндометрия. В дальнейшем УЗИ проводят через день, при размере лидирующего фолликула более 16 мм — ежедневно.

**Стимуляция овуляции гонадотропинами** показана при отсутствии адекватного фолликулогенеза после стимуляции кломифеном, при наличии выраженного периферического антиэстрогенного эффекта, недостаточной эстрогенной насыщенности.

ЛС выбора:

Менотропины	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
Урофоллитропин	в / м 150–225 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут

Альтернативные ЛС (при высоком риске СГЯ):

Фоллитропин альфа	в / м 100–150 МЕ 1 р / сут в одно и то же время, с 3–5-го дня м. ц., 7–15 сут
-------------------	---

Во всех схемах с применением гонадотропинов адекватность дозы последних оценивают по динамике роста фолликулов (в норме 2 мм / сут). При медленном росте фолликулов дозу увеличивают на 75 МЕ, при слишком быстром росте — снижают на 75 МЕ.

Во всех схемах при наличии зрелого фолликула диаметром 18–20 мм, толщине эндометрия не менее 8 мм терапию прекращают, назначают ХГ.

Гонадотропин хорионический	в / м 10 000 ЕД однократно
----------------------------	----------------------------

После констатации овуляции проводят поддержку лютеиновой фазы цикла.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 1–3 р / сут, 10–12 сут
Прогестерон	внутрь 100 мг 2–3 р / сут или во влагалище 100 мг 2–3 р / сут или в / м 1,0 мл 2,5 % р-ра 1 р / сут, 10–12 сут

Альтернативные ЛС (при отсутствии СГЯ):

Гонадотропин хорионический	в / м 1500–2500 ЕД 1 р / сут, на 3, 5 и 7-й дни лютеиновой фазы
----------------------------	---

Вагиноз бактериальный

Вагиноз бактериальный у беременных

Основные задачи фармакотерапии бактериального вагиноза:

ликвидация условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов;

восстановление нормального микробиоценоза влагалища;

предупреждение развития суперинфекции (грибы, энтеробактерии и др.);

профилактика и лечение осложнений беременности (угроза прерывания, плацентарная

недостаточность, внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития плода и др.);

коррекция нарушений иммунного статуса.

Антимикробная терапия

На **первом этапе лечения** применяют ЛС, активные против анаэробных микроорганизмов.

Лечение проводят при сроке беременности 16 недель и более.

Метронидазол	внутрь 0,5 г 2 р / сут или 0,25 г 3 р / сут, 7 сут, или во влагалище 5 г 0,75 % крема 1–2 р / сут, 5–7 сут
Клиндамицин	во влагалище 5 г крема на ночь, 3 сут
Нистатин /нифурател	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут
Орнидазол	внутрь 0,5 г 2 р / сут, 5 сут
Тернидазол /неомицин /нистатин /преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут

Альтернативные ЛС:

Метронидазол	внутрь 2 г, однократно
--------------	------------------------

Орнидазол	внутрь 1,5 г, однократно
-----------	--------------------------

**ЛС для местного применения** имеют преимущества из-за прямого действия на возбудителей, что позволяет назначать их в более низких дозах и снизить частоту побочных реакций.

При наличии смешанной инфекции:

Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 0,016 г 2 р/сут, 7–10 дней
--------------	---

Одновременно с противомикробными ЛС, активными против анаэробных микроорганизмов, для профилактики кандидоза назначают **противогрибковые ЛС** для местного применения.

Клотримазол	во влагалище 100 мг (1 вагинальная табл.) на ночь, 6 сут
-------------	--

Натамицин	во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 3–6 сут
-----------	--

Эконазол	во влагалище 1 свеча на ночь, 3 сут
----------	-------------------------------------

При проведении терапии комбинированными ЛС дополнительно противогрибковые препараты не назначают.

Нормализация микрофлоры влагалища

**Второй этап лечения** — восстановление нормального микроценоза влагалища.

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 7–10 сут
------------------------	--

Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 7–10 сут
----------------------------	--

Эти ЛС назначают лишь при отсутствии дрожжеподобных грибов в отделяемом из влагалища.

Иммунная терапия

При необходимости проводится коррекция нарушений иммунного статуса.

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25 г / кг 1 р / 2 сут, всего 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)
------------------------------------	--

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутрь 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
--------------------	--

Интерферон-альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 5 сут
--	--

Лимонника плоды, настойка	внутрь 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
---------------------------	--

Панкреатин /папаин /бромелаин /трипсин /химотрипсин /-амилаза /липаза /рутозид	внутрь 3–5 драже 3 р / сут, 1 мес
--	-----------------------------------

Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутрь 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
---	--

Вагиноз бактериальный

Вагиноз бактериальный у небеременных

Основные задачи фармакотерапии бактериального вагиноза:

ликвидация условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов;

восстановление нормального микробиоценоза влагалища;

предупреждение развития суперинфекции (грибы, энтеробактерии и др.).

Антимикробная терапия

Для ликвидации условно-патогенных микроорганизмов и анаэробов можно назначать как ЛС для местного применения, так и системные противомикробные ЛС.

Клиндамицин	во влагалище 100 (1 свеча) на ночь, 3 сут, или 5 г 2 % крема на ночь, 6 сут, или внутрь 300 мг 2 р / сут, 7 сут
-------------	---

Метронидазол	во влагалище 1 свеча 2 р / сут, 5 сут, или 5 г 0,75 % геля на ночь, 5 сут, или внутрь 500 мг 2 р / сут, 7 сут
--------------	---

Метронидазол /миконазол	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут
-------------------------	--------------------------------------

Нифурател / нистатин	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут
----------------------	-------------------------------------

Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 0,016 г 2 р / сут 7–10 дней
--------------	--

Орнидазол	внутрь 500 мг 2 р / сут, 7 сут
-----------	--------------------------------

Тернидазол / неомидин / -нистатин / преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–12 сут
---	--

Тинидазол	внутрь 2 г, однократно
-----------	------------------------

В случае подозрения на смешанную инфекцию до идентификации возбудителя целесообразно применять антисептические средства:

Повидон-йодБетадин	во влагалище 1 свеча 0,2 г 2 р / сут, 7 дней или 1 свеча 1 р / сут, 14 дней
--------------------	---

Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 0,016 г 2 р / сут 7–10 дней
--------------	--

Нормализация микрофлоры влагалища

ЛС, нормализующие микрофлору влагалища, назначают после окончания курса антибактериальной терапии.

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут
------------------------	--------------------------------------

Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут
----------------------------	--------------------------------------

ВИЧ-инфекция у беременных

**Основная цель лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией** — продление жизни с максимальным сохранением ее качества.

Основные принципы лечения:

создание охранительного психологического режима;

своевременное начало эффективной антиретровирусной терапии и профилактики вторичных заболеваний;

тщательный подбор необходимого минимума ЛС;

ранняя диагностика и своевременное лечение вторичных заболеваний.

Для лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа применяют ЛС следующих групп:

ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ;

ингибиторы протеазы ВИЧ;

ЛС из группы индукторов интерферонов, обладающие неспецифической противовирусной активностью.

Выделяют **две основные группы показаний к антиретровирусной терапии у беременных**:

антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции;

химиопрофилактика перинатальной передачи ВИЧ.

Это принципиально важно, поскольку **антиретровирусную терапию ВИЧ-инфекции** следует рассматривать как терапию, проводимую по жизненным показаниям. При решении вопроса о ее назначении необходимо придерживаться принципа **приоритета сохранения жизни матери** наряду с сохранением плода.

В то же время **химиопрофилактика перинатальной передачи инфекции проводится в интересах плода**, поскольку состояние матери в это время не требует применения антиретровирусных ЛС.

В некоторых случаях терапия ВИЧ-инфекции у матери является также профилактикой заражения плода.

**При выявлении ВИЧ-инфекции на ранних сроках беременности** (в I триместре) — если женщина планирует сохранить беременность, — вопрос о начале терапии крайне сложен из-за вероятности эмбриотоксического и тератогенного эффекта, но при высокой вирусной нагрузке задержка с назначением антиретровирусной терапии ухудшит прогноз течения заболевания у матери и повысит риск заражения плода.

**Показания к антиретровирусной терапии** определяются с учетом:

стадии ВИЧ-инфекции;

уровня лимфоцитов CD4;

количества вирусных копий;

срока беременности.

При сроке беременности до 10 нед лечение следует начинать:

на стадии 2А, 2Б и 2В при вирусной нагрузке более 100 000 копий в 1 мл;

на стадии 3А и 4А при количестве лимфоцитов CD4 менее 100 в 1 мкл, при вирусной нагрузке более 100 000 копий в 1 мл;

на стадии 4В независимо от количества лимфоцитов CD4 и вирусной нагрузки.

Если лечение проводится в первые 14 нед беременности, предпочтительнее схемы, включающие диданозин и фосфазид, — наименее опасные для плода в эти сроки.

Из ингибиторов протеазы предпочтение отдается нелфинавиру. Теоретически все ныне известные ингибиторы протеазы могут повышать у беременных риск развития сахарного диабета или по крайней мере гипергликемии. Поэтому беременные, получающие ингибиторы протеазы, должны быть проинструктированы относительно симптомов гипергликемии.

Определение уровня глюкозы в крови необходимо осуществлять не реже одного раза в 2 нед.

**При наступлении беременности на фоне проводимого лечения** его рекомендуется продолжать, если ВИЧ-инфекция находится на стадиях 2Б, 2В, 4Б и 4В.

При этом необходимо учитывать риск для плода и корректировать схемы лечения. Женщине следует объяснить высокую вероятность тератогенного воздействия ЛС, применяемых на ранних стадиях эмбриогенеза. Наилучшим вариантом в данной ситуации будет прерывание беременности.

При продолжении ранее назначенной терапии рекомендуется заменить зидовудин или ставудин фосфазидом, а залцитабин или ламивудин — диданозином.

Интенсивность терапии определяется исходя из клинических, иммунологических и вирусологических показаний и данных об особенностях действия ЛС на организм беременной и плода.

При более благоприятных стадиях заболевания, если уровень лимфоцитов CD4 составляет не менее 200 клеток в 1 мкл, лечение следует прервать до завершения 13-й нед беременности.

Однако если в этот период болезнь будет прогрессировать, лечение следует возобновить.

Необходимо иметь в виду, что при планируемой беременности прием антиретровирусных ЛС следует прекратить до наступления у женщины фертильного м.ц., чтобы избежать

эмбриотоксического воздействия. Отмена препаратов после задержки менструации менее эффективна в связи с тем, что процессы раннего эмбриогенеза уже завершены.

**В настоящее время в мире применяют несколько схем профилактического лечения с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери плоду.**

Протокол 076

Протокол 076 предусматривает предупреждение передачи на всех трех стадиях, когда возможна передача ВИЧ.

**Предупреждение трансплацентарной передачи вируса:**

Зидовудин внутрь 100 мг 5 р / сут или 200 мг 3 р / сут, с 14–34-й нед беременности до родов

**Предупреждение инфицирования ребенка при прохождении через естественные родовые пути матери:**

Зидовудин в / в 2 мг / кг / ч в течение 1 ч, затем 1 мг / кг / ч, непрерывно до родоразрешения

В / в инфузия во время родов позволяет быстро достичь необходимой концентрации в крови новорожденного, что очень важно, учитывая контакт ребенка с большим количеством инфицированной крови и других секретов матери.

Назначение зидовудина новорожденному с целью дальнейшего **снижения риска развития у него ВИЧ-инфекции, связанного с возможным попаданием крови матери в кровеносную систему плода во время родового акта и непосредственно родоразрешения:**

Зидовудин, сироп внутрь 2 мг / кг 4 р / сут с 8-го часа после рождения, 6 нед

Критерии отбора ВИЧ-инфицированных беременных для проведения Протокола 076:

ВИЧ-инфекция у беременных

беременность 14–34 нед;

отсутствие ранее проводимого антиретровирусного лечения;

отсутствие клинических показаний к проведению антиретровирусной терапии в антенатальном периоде;

количество лимфоцитов CD4 более 200 в 1 мкл крови;

отсутствие в анамнезе внутривенного потребления наркотических средств.

**Короткий курс терапии зидовудином:**

Зидовудин внутрь 300 мг 2 р / сут, с 36-й нед беременности до родов, затем 300 мг каждые 3 ч во время родов

Новорожденным рекомендуется искусственное вскармливание.

**Комбинированная химиопрофилактика антенатального ВИЧ-инфицирования матери:**

Зидовудин внутрь 300 мг 2 р / сут с 38-й нед беременности, до родов + Ламивудин внутрь 150 мг 2 р / сут, с 38-й нед беременности до родов

**Новорожденным:**

Ламивудин внутрь 4 мг / кг 2 р / сут, 1 нед ± Зидовудин внутрь 2 мг / кг 4 р / сут, 1 нед

Схемы, разработанные в РФ, для химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Химиопрофилактику начинают при сроке беременности не менее 14 нед (более раннее назначение не рекомендуется из-за возможного тератогенного эффекта).

Если ВИЧ-инфекция у беременной была выявлена на более поздних сроках, химиопрофилактику начинают как можно раньше (с момента установления диагноза).

Зидовудин внутрь 200 мг 3 р / сут, на весь срок беременности

**При непереносимости зидовудина**

Фосфазид внутрь 200 мг 3 р / сут, на весь срок беременности

Для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов в РФ разработаны несколько схем химиопрофилактики.

Зидовудин в / в 2 мг / кг / ч в течение 1 ч, затем 1 мг / кг / ч, непрерывно до родоразрешения

Невирапин внутрь 200 мг, однократно при начале родовой деятельности (прием зидовудина, если пациентка получала его во время беременности, не прекращается до завершения родов)

Первая схема рекомендуется преимущественно пациенткам, не получавшим зидовудин в период беременности, а также пациенткам, ранее принимавшим невирапин.

Кроме того, предложены так называемые **резервные схемы**, которые рекомендуются при невозможности по каким-либо причинам применить одну из основных схем.

Зидовудин внутрь 300 мг каждые 3 ч, от начала родовой деятельности до родоразрешения

Фосфазид внутрь 600 мг однократно при начале родовой деятельности, затем 400 мг каждые 4 ч (если в период беременности больная получала зидовудин, его следует отменить)

Вульвовагинит у девочек

Вульвовагинит у девочек атопический

Лечение атопического вульвовагинита комплексное и включает следующие компоненты: местную терапию:

— туалет наружных половых органов;

— инстилляцию влагалища растворами антисептиков;

- аппликации лекарственных веществ с анестезирующим, вяжущим, десенсибилизирующим и (или) другим действием на наружные половые органы;
- антибактериальную терапию (с учетом данных чувствительности);
- назначение антигистаминных ЛС;
- энзимотерапию.

Терапия антигистаминными средствами

Основу лечения атопического вульвовагинита составляют **антигистаминные ЛС**.

Лоратадин	внутрь 5 мг или 5 мл сиропа 1 р / сут (детям в возрасте 2–12 лет); 10 мг 1 р / сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут
Фексофенадин	внутрь 30 мг 2 р / сут (детям 6–11 лет); 120 мг 1 р / сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут
Хифенадин	внутрь 5 мг 2 р / сут (детям до 3 лет); 10–15 мг 3 р / сут (детям 3–7 лет); 15–25 мг 3 р / сут (детям старше 7 лет), 5–7 сут
Хлоропирамин	внутрь 6,25 мг 3 р / сут (детям до 12 мес); 8,33 мг 3 р / сут (детям 1–6 лет); 12,5 мг 3 р / сут (детям 7–14 лет), 6–10 сут

Терапия глюкокортикоидными средствами

Для усиления противоаллергического эффекта и оказания противовоспалительного действия используют ГКС.

Бетаметазон, мазь	обрабатывать вульву 1 р / сут, 5–7 сут
Гидрокортизон, мазь	обрабатывать вульву 1 р / сут, 5–7 сут
Триамцинолон, мазь	обрабатывать вульву 1 р / сут, 5–7 сут

Терапия антисептиками и антибактериальными средствами

Одновременно назначают антисептические ЛС для местного применения.

Алюминия ацетат	обрабатывать вульву и влагалище 1 р / сут, 5–7 сут
Дуба кора, отвар	обрабатывать вульву и влагалище 1 р / сут, 5–7 сут
Этакридин, 0,1 % водный р-р	обрабатывать вульву и влагалище 1 р / сут, 5–7 сут

Антибактериальная терапия целесообразна **при атопическом вульвовагините, осложненном пиодермией** (обязательно определение чувствительности выявленной микрофлоры к противомикробным ЛС).

Амоксициллин	внутрь 20–40 мг / кг 2 р / сут, 5–7 сут
Ампициллин	внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р / сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут
Доксициклин	внутрь 4 мг / кг 1 р / сут, в 1-е сут, затем 2 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг)
Линкомицин	внутрь 30–60 мг / кг / сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 3 р / сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут
Мидекамицин	внутрь 20–40 мг / кг / сут в 3 приема (детям с массой тела менее 30 кг); 1,2 г / сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут
Оксациллин	внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р / сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут
Хлорамфеникол	внутрь 60 мг / кг / сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р / сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут

Энзимотерапия

В комплексном лечении атопического вульвовагинита используют также **пищеварительные ферменты**.

Панкреатин	внутрь 1 табл. 3 р / сут, 20–30 сут
Панкреатин / желчи компоненты / гемицеллюлоза	внутрь 1 драже 3 р / сут, 20–30 сут

Вульвовагинит у девочек

Вульвовагинит у девочек кандидозный

Лечение вульвовагинитов комплексное и включает следующие компоненты:

местную терапию;

применение **противогрибковых ЛС**;

применение ЛС, нормализующих микрофлору.

Противогрибковая терапия

Лечение кандидозного вульвовагинита заключается в назначении противогрибковых ЛС.

Кетоконазол	во влагалище 400 мг (1 свеча — после 12 лет, 1 / 2 свечи — до 12 лет) 1 р / сут, 3–5 сут
Натамицин	внутрь 100 мг 4 р / сут, 5–7 сут или во влагалище 100 мг (1 свеча — после 12 лет, 1 / 2 свечи — до 12 лет) 1 р / сут, 6 сут
Нистатин	во влагалище 250 000 ЕД (1 свеча) 1 р / сут, 7 сут
Флуконазол	внутрь 3 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут

Восстановление нормальной микрофлоры влагалища



После окончания курса противогрибковой терапии показано применение **ЛС, восстанавливающих микрофлору влагалища.**

**Бифидобактерии бифидум** внутрь 10 доз / сут, 10–15 сут (у девочек допубертатного возраста)

Вульвовагинит у девочек

Вульвовагинит у девочек острый бактериальный

Лечение вульвовагинитов комплексное и включает следующие компоненты: местную терапию:

— туалет наружных половых органов;

— инстилляцию влагалища растворами антисептиков;

— аппликации лекарственных веществ с анестезирующим, вяжущим, десенсибилизирующим и (или) другим действием на наружные половые органы;

антибактериальную терапию (с учетом данных чувствительности);

применение противогрибковых ЛС;

назначение антигистаминных ЛС;

применение поливитаминных комплексов;

назначение иммуномодуляторов;

применение ЛС, нормализующих микрофлору.

Терапия антисептиками и антибактериальными средствами

Терапию **антисептическими ЛС** для местного применения обычно сочетают с назначением **антибактериальных ЛС** внутрь.

Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, 0,1 % р-р	инстилляций влагалища 1 р / сут, 7–10 сут + Амоксициллин внутрь 20–40 мг / кг 2 р / сут, 5–7 сут, или Ампициллин внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р / сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 4 мг / кг 1 р / сут, в 1-е сут, затем 2 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг), или Линкомицин внутрь 30–60 мг / кг / сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 3 р / сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут, или Мидекамицин внутрь 20–40 мг / кг / сут в 3 приема (детям с массой тела
	менее 30 кг); 1,2 г / сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут, или Оксациллин внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р / сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут, или Хлорамфеникол внутрь 60 мг / кг / сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р / сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут
Хлоргексидин	во влагалище 1 свеча 1–2 р / сут, 7–10 сут + Амоксициллин внутрь 20–40 мг / кг 2 р / сут, 5–7 сут, или Ампициллин внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р / сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 4 мг / кг 1 р / сут, в 1-е сут, затем 2 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг), или Линкомицин внутрь 30–60 мг / кг / сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 3 р / сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут, или Мидекамицин внутрь 20–40 мг / кг / сут в 3 приема (детям с массой тела менее 30 кг); 1,2 г / сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут, или Оксациллин внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р / сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут, или Хлорамфеникол внутрь 60 мг / кг / сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р / сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут
Хлоргексидин / -лидокаин	инстилляций влагалища 1 р / сут, 5–7 сут + Амоксициллин внутрь 20–40 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут, или Ампициллин внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям с массой тела менее 20 кг); 200 мг 4 р / сут (детям с массой тела более 20 кг), 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 4 мг / кг 1 р / сут, в 1-е сут, затем 2 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут (детям старше 8 лет и с массой тела более 50 кг), или Линкомицин внутрь 30–60 мг / кг / сут в 2–3 приема (детям младше 14 лет); 0,5 г 1 р / сут (детям старше 14 лет), 5–7 сут, или Мидекамицин внутрь 20–40 мг / кг / сут в 3 приема (детям с массой тела менее 30 кг); 1,2 г / сут в 3 приема (детям с массой тела более 30 кг), 5–7 сут, или Оксациллин внутрь 12,5–25 мг / кг 4 р / сут (детям до 6 лет); 0,25–0,5 г 4 р / сут (детям старше 6 лет), 5–7 сут, или Хлорамфеникол внутрь 60 мг / кг / сут в 3–4 приема (детям до 8 лет); 200–300 мг 3–4 р / сут (детям старше 8 лет), 5–7 сут

Противогрибковая терапия

Для профилактики развития грибковой инфекции одновременно с антибактериальными ЛС применяют **противогрибковые ЛС.**

**Натамицин** внутрь 100 мг 4 р / сут, 5–7 сут

**Флуконазол** внутрь 3 мг / кг 1 р / сут, 5–7 сут

Терапия антигистаминными средствами

С целью снижения риска развития аллергических реакций на противомикробные ЛС, а также более быстрого устранения клинических проявлений заболевания (зуда, отека и т. д.)

используют **антигистаминные ЛС**.

Клемастин	внутрь 0,5 мг 2 р / сут, 8–10 сут (детям старше 6 лет)
Лоратадин	внутрь 5 мг или 5 мл сиропа 1 р / сут (детям в возрасте 2–12 лет); 10 мг 1 р / сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут
Фексофенадин	внутрь 30 мг 2 р / сут (детям 6–11 лет); 120 мг 1 р / сут (детям старше 12 лет), 8–10 сут
Хлоропирамин	внутрь 6,25 мг 3 р / сут (детям до 12 мес); 8,33 мг 3 р / сут (детям 1–6 лет); 12,5 мг 3 р / сут (детям 7–14 лет), 6–10 сут

Иммуномодулирующая терапия, витаминотерапия

Показания к иммуномодулирующей терапии:

наличие множественных очагов хронического воспаления;

частые обострения хронических очагов воспаления;

вялое или латентное течение хронических воспалительных заболеваний;

частые острые респираторные вирусные инфекции (более 3–4 раз в год);

субфебрилитет;

отсутствие клинического эффекта от проведения адекватной стандартной терапии.

Вульвовагинит у девочек

Как правило, с целью иммунокоррекции у детей применяют **ЛС интерферонов**.

Интерферон альфа-2b	во влагалище 150 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 5 сут, 2–3 курса с интервалом 5 сут
---------------------	--

Возможно также использование **растительных ЛС** с адаптогенным, иммуномодулирующим, общетонизирующим действием и **витаминов**.

Поливитамины	внутрь 1 табл. / капсула 1 р / сут, 30 сут + Женьшень, экстракт, внутрь 15–20 капель 1 р / сут, 20–30 сут, или Лимонника плоды, настойка, внутрь 15–20 капель 1 р / сут, 20–30 сут, или Элеутерококка корневища и корни, экстракт, внутрь 15–20 капель 1 р / сут, 15–20 сут
--------------	---

Восстановление нормальной микрофлоры влагалища

После окончания курса антибактериальной терапии показано применение **ЛС,**

**восстанавливающих микрофлору влагалища.**

Бифидобактерии бифидум	внутрь 10 доз / сут, 10–15 сут (у девочек допубертатного возраста)
Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10–12 сут (у девочек пубертатного возраста)

Вульвовагинит у девочек

Вульвовагинит у девочек при глистной инвазии

Фармакотерапию осуществляют в рамках лечения основного заболевания:

Левамизол	внутрь 2,5 мг / кг однократно
Мебендазол	внутрь 25–50 мг (детям 2–10 лет); 100 мг (детям старше 10 лет) однократно
Пирантел	внутрь 250 мг (детям 2–6 лет); 500 мг (детям 6–12 лет); 750 мг (детям старше 12 лет) однократно

Герпетическая инфекция (генитальная форма)

Герпетическая инфекция (генитальная форма) у беременных

Тактика лечения зависит от срока беременности и клинической формы генитального герпеса (ГГ).

Прерывание беременности и оперативное родоразрешение

В I триместре беременности при выявлении и подтверждении диагноза **первого эпизода первичного ГГ** ставят вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

**Кесарево сечение** для профилактики неонатального герпеса рекомендуют только при наличии первого эпизода первичной инфекции в течение последних 3–4 нед беременности или при герпетических высыпаниях на половых органах за 2–5 дней до родоразрешения.

Противовирусная терапия

Безопасность проведения специфической противовирусной терапии у беременных не доказана.

**При возникновении рецидива ГГ в I триместре беременности** назначают:

Ацикловир, 5% крем	нанести на пораженную поверхность 4–5 р / сут, 5–10 сут
--------------------	---

**При возникновении первого эпизода и рецидива ГГ во II и III триместрах беременности** противовирусную терапию проводят по следующей схеме:

Ацикловир	внутрь 200 мг 4 р / сут, 5 сут (при ГГ на сроке беременности до 36 нед) или до родов (при ГГ на сроке беременности более 36 нед)
Валацикловир	внутрь 500 мг 2 р / сут, 5 сут (при ГГ на сроке беременности менее 36 нед) или до родов (при ГГ на сроке беременности более 36 нед)

Противовирусные ЛС проходят через плаценту, поэтому их следует применять с осторожностью.

Прием противовирусных средств сочетают с **местной терапией**.

Ацикловир, 5 % крем | нанести на пораженную поверхность 4–5 р / сут, 5–10 сут

Иммунотерапия

При ГГ у беременных рекомендуют также применение **иммуномодуляторов** и **системных энзимов**.

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25–0,5 г / кг 1 р / 2 сут, всего 3 введения + Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид внутрь 3 драже 3 р / сут, 1–1,5 мес
Интерферон-альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 10 сут
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3 драже 3 р / сут, 1–1,5 мес

Герпетическая инфекция (генитальная форма)

Герпетическая инфекция (генитальная форма) у небеременных

**Основные задачи** противогерпетической терапии:

уменьшение выраженности клинических проявлений;

предупреждение развития рецидивов;

профилактика передачи инфекции половому партнеру или новорожденному.

Выделяют **три основные схемы** лечения генитального герпеса (ГГ):

применение противовирусных ЛС;

иммунотерапию;

комбинацию противовирусных ЛС с иммуномодуляторами.

При выборе схем лечения ориентируются:

на частоту рецидивов и тяжесть клинического течения ГГ;

состояние иммунной системы;

психосоциальные последствия инфекции;

наличие факторов риска передачи инфекции половому партнеру или новорожденному.

Терапия противовирусными средствами

В настоящее время существуют две схемы применения **противовирусных ЛС**:

эпизодическая терапия;

превентивная супрессивная терапия.

**Эпизодическая терапия** подразумевает прием ЛС во время обострения инфекции и показана пациенткам с редкими, клинически невыраженными обострениями при наличии четкого продромального периода, во время которого необходимо начать прием ЛС.

Ацикловир | внутрь 200 мг 5 р / сут, 5 сут

Валацикловир | внутрь 500 мг 2 р / сут, 5 сут

Фамцикловир | внутрь 250 мг 2 р / сут, 5 сут

**Превентивная супрессивная терапия** показана в следующих ситуациях:

пациенткам с тяжелыми и частыми рецидивами (более 6 обострений в год, менструальный герпес);

в парах, в которых один из партнеров не инфицирован ГГ и у него отсутствуют антитела в крови, с целью профилактики передачи инфекции;

при наличии выраженных психосоциальных и психосексуальных реакций на рецидивы;

при значительном влиянии инфекции на качество жизни пациента.

ЛС применяют ежедневно в непрерывном режиме в течение длительного времени (от 4–6 мес до 1–2 лет и более).

Ацикловир | внутрь 200 мг 4 р / сут или 400 мг 2 р / сут, длительно

Валацикловир | внутрь 500 мг 1 р / сут, длительно

Для санации влагалища при подозрении на смешанную инфекцию целесообразно применение:

Повидон-йод | во влагалище 200 мг (1 свеча) 2 р / сут, 7 дней или 1 раз перед сном, 14 дней

Иммунная терапия

На стадии клинико-иммунологической ремиссии пациенткам с ГГ показана **стимуляция неспецифической резистентности организма иммуномодуляторами** (перед началом лечения необходимо оценить интерфероновый статус и определить чувствительность клеток пациента к различным интерферонам).

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин | в / м 1 мл 1 р / 2 сут, 5 инъекций

Инозин пранобекс | Во время обострения взрослым 50 мг / сут (6–8 таб.), разделенных на 3–4 приема 5–10 дней до исчезновения симптомов заболевания и в течение еще 2 дней уже при отсутствии симптомов. В

	бессимптомный период — по 1 таблетке 2 р / сут, 30 дней для уменьшения числа рецидивов
Интерферон-альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С	в прямую кишку 1 млн МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 10 сут
Меглумина акридонатацетат	в / м 0,25 г 1 р / 2 сут, 10 инъекций
Натрия рибонуклеат	в / м 2 мл 1 р / 2 сут, 5 инъекций
Синтетический мурамилдипептид	внутри 1 табл. 2 р / сут, 10 сут
Или синтетический гексапептид	в / м 1 мл 1 р / сут через сутки, 5 инъекций
Или Двуспиральная РНК лизата дрожжей <i>saccharomyces</i>	в / м 2 мл 1 р / сут через сутки, 5 инъекций

В фазе ремиссии возможно также применение **герпетической вакцины** (при тяжелых формах ГГ).

Вакцина для профилактики герпетических инфекций	внутрикожно 0,25 мл 1 р / 3 сут, 5 инъекций, затем перерыв 2 нед, затем 0,25 мл 1 р / 7 сут, 5 инъекций
---	---

Цели вакцинации:

профилактика инфицирования;

предупреждение рецидивов ГГ;

уменьшение выраженности клинических проявлений ГГ.

Через 6 мес по такой же схеме проводят ревакцинацию.

Комбинированная терапия

При планировании беременности у пациенток с тяжелым течением ГГ, при невынашивании беременности и выявлении в крови аутоиммунных маркеров (волчаночный антикоагулянт, антитела к хорионическому гонадотропину) показана **комбинированная терапия** с применением иммуноглобулинов (противовирусные ЛС + иммуноглобулин).

Специфический противогерпетический иммуноглобулин	в / м 3 мл 1 р / 3–5 сут, 6 инъекций
---	--------------------------------------

В фазе ремиссии возможно применение **герпетической вакцины** (при тяжелых формах ГГ).

Гиперплазия эндометрия

Предлагаемые в настоящее время подходы к терапии гиперплазии эндометрия (ГЭ) включают:

**фармакотерапию**, направленную на нормализацию состояния эндометрия и регуляцию ритма менструаций;

**хирургическое лечение** (абляция эндометрия и гистерэктомия).

Метод лечения определяют после получения результатов гистологического исследования соскобов эндометрия и эндоцервикса. Метод лечения определяется:

формой ГЭ;

возрастом пациентки;

клинико-патогенетическим вариантом ГЭ:

— наличием или отсутствием метаболических нарушений;

— характером течения заболевания (числом рецидивов);

— наличием пролиферативного процесса в миометрии (миомы и аденомиоза);

сопутствующей экстрагенитальной патологией.

**Показания к оперативному лечению:**

неэффективность консервативной терапии при предраковых состояниях эндометрия;

рецидивирование предраковых процессов эндометрия;

противопоказания к гормональной терапии;

аденоматозная или атипическая ГЭ в пери- и постменопаузе.

Альтернативой гистерэктомии является абляция эндометрия, цель которой — разрушение функционального и базального слоев эндометрия.

Основное место в лечении ГЭ принадлежит **гормональной терапии**, оказывающей как местное воздействие на эндометрий, направленное на подавление пролиферации клеток слизистой оболочки матки, так и центральное действие, состоящее в ингибировании секреции гонадотропинов в гипофизе, приводящее к торможению стероидогенеза в яичниках.

**При лечении ГЭ применяют ЛС следующих групп:**

гестагены;

монофазные КПК;

ЛС с антигонадотропным действием;

агонисты ГнРГ.

Гиперплазия эндометрия

Гиперплазия аденоматозная или атипическая

Проводят **гестагенотерапию**, применяют **ЛС с антигонадотропным действием** или **агонисты ГнРГ**.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р / сут со 2-го дня м. ц., 6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р /нед со 2–4-го дня м. ц. непрерывно, 6 мес
Гидроксипрогестерон	в / м 250–500 мг 2 1 р /нед, 6 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Даназол	внутри 400–600 мг 1 р / сут со 2–4-го дня м. ц. непрерывно, 6 мес
Левоноргестрел внутриматочная система	ввести в полость матки на 4–6-й день м. ц. однократно
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Медроксипрогестерон	в / м 150–500 мг 1 1 р /нед, 6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес

При положительном результате лечения после окончания основного курса терапии последующая тактика должна быть направлена на нормализацию ритма менструаций и профилактику рецидивов заболевания. С этой целью могут быть длительно (возможно, в течение нескольких лет) использованы КПК или гестагены во вторую фазу м. ц. под контролем состояния эндо- и миометрия.

Необходимы динамическое трансвагинальное УЗИ и ежегодный вакуум-кюретаж эндометрия. При отсутствии или неполном морфологическом эффекте от терапии рекомендовано продолжение курса лечения еще на 6 мес с последующей гистероскопией и диагностическим выскабливанием.

Гиперплазия эндометрия

Гиперплазия эндометрия в сочетании с миомой матки и (или) аденомиозом

У таких больных показано применение **агонистов ГнРГ**.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р / сут со 2-го дня м. ц., 6 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес

Гиперплазия эндометрия

Гиперплазия эндометрия простая

Для лечения простой гиперплазии эндометрия применяют **гестагены** или **КПК** (у женщин репродуктивного возраста).

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 14-го по 28-й день м. ц., 6 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Прогестерон (в микрогранулах)	внутри 300–400 мг 1 р / сут, с 14-го по 28-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол / дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол / диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Этинилэстрадиол / ципротерон	внутри 35 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес

Гиперплазия эндометрия

Гиперплазия эндометрия простая рецидивирующая

Основу лечения составляет терапия **гестагенами**.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес
Прогестерон	внутри 300–400 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 6 мес

Гиперпролактинемия

Показания к лечению патологической гиперпролактинемии (ГП):

бесплодие;

выраженная гипофункция яичников;

пролактинсекретирующая аденома гипофиза с клиническими проявлениями.

В настоящее время существуют **три основных метода терапии ГП**:

фармакотерапия;

хирургическое лечение;

лучевая терапия.

Хирургическое лечение

**Показания к хирургическому лечению:**

микро- и макроаденомы, нечувствительные к терапии агонистами дофаминовых рецепторов (бромкриптином более 20 мг / сут, карберголином более 3,5 мг, хинаголидом более 0,6 мг);

непереносимость агонистов дофаминовых рецепторов;

опухоли, прорастающие сфеноидальный синус или сопровождающиеся ликвореей;

макроаденомы со значительным распространением за пределы турецкого седла и признаками сдавления перекреста зрительных нервов.

## Лучевая терапия

### Показания к лучевой терапии:

неэффективность и непереносимость фармакотерапии;  
в качестве дополнительного воздействия у пациенток в том случае, если после операции у них осталась опухолевая ткань в большом объеме;  
противопоказания к оперативному лечению или отказ от него.

Терапия агонистами дофаминовых рецепторов

**Фармакотерапия** занимает основное место в лечении патологической ГП. Схемы лечения подбирают индивидуально (после начала терапии ежемесячно определяют уровень пролактина в сыворотке крови, дозы ЛС повышают до нормализации уровня пролактина). Терапию продолжают в среднем 6 мес после стойкого снижения уровня пролактина. Считается, что этот срок достаточен для восстановления менструальной и генеративной функции.

**Бромокриптин** — наиболее распространенный агонист дофаминовых рецепторов — до настоящего времени остается «золотым стандартом» в лечении ГП, эффективно снижающим уровень пролактина, уменьшающим размеры пролактином, восстанавливающим репродуктивную функцию. **Хинаголид** является высокоэффективным ЛС, характеризующимся хорошей переносимостью и длительным действием.

ЛС выбора:

Бромокриптин	внутрь 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг / сут), длительно
Хинаголид	внутрь 25 мкг 1 р / сут, 3 сут, затем 50 мкг 1 р / сут, 3 сут, длительно, затем 75 мкг 1 р / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг / сут до 600 мкг / сут)

**Каберголин** относится к наиболее эффективным ингибиторам секреции пролактина; его назначают при неэффективности терапии бромокриптином и хинаголидом или при опухолевой ГП.

### Альтернативные ЛС (при ГП неопухолевой природы):

Каберголин	внутрь 0,125 мг 2 р / нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг / нед, далее ежемесячно на 0,5 мг / нед до 2 мг / нед), длительно
------------	---

**В случаях легкой и у некоторых больных со средне-тяжелой патологией** возможно применение растительных препаратов.

Прутьяка обыкновенного плодов экстракт	внутрь 3,2–4,8 мг (по 40 капель или по 1 табл.; таблетку не следует разжевывать) 1 р / сут утром, 3 мес
--	---

### При ГП опухолевой природы:

Каберголин	внутрь 0,25 мг 2 р / нед (при необходимости доза ежемесячно увеличивается на 0,5 мг / нед до 4 мг / нед), длительно
------------	---

Гипогалактия и агалактия

Важную роль играет профилактика нарушений лактации.

В 1990 г. участниками совещания ВОЗ были выработаны **10 принципов успешного грудного вскармливания**:

обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления матерями грудного вскармливания;  
информировать всех беременных о преимуществах и методах грудного вскармливания;  
помогать матерям осуществлять грудное вскармливание в первые часы после родов;  
показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они отделены от своих детей;

не давать новорожденным иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением строгих медицинских показаний;

практиковать совместное пребывание матери и новорожденного;

поощрять грудное вскармливание по требованию;

не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств;

поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания.

Раннее прогнозирование гипогалактии и выделение групп риска ее развития имеет существенное значение в организации мероприятий по профилактике и коррекции.

**Для нормального становления лактации** в послеродовом периоде необходимы:

раннее прикладывание к груди (в первые 2 ч после родов);

совместное пребывание матери и ребенка, что позволяет установить психоэмоциональный контакт, а также кормление по требованию;

психотерапия (формирование доминанты на лактацию, разъяснение преимуществ грудного вскармливания);

обучение технологии правильного кормления и сцеживания;

профилактика трещин и ссадин сосков;  
соблюдение режима дня и питания кормящей матери (полноценный отдых 8 ч в день, энергетическая ценность рациона должна составлять не менее 3500 ккал, в рацион необходимо включить молочные продукты, мясо, фрукты, овощи; объем жидкости должен составлять не менее 1,5 л; следует избегать острых приправ и пряностей). Пищу рекомендуется принимать 5–6 раз в день, желательно за 30 мин до кормления.

**С целью стимуляции лактации** широко используют комплексные гомеопатические препараты «Млекоин» и «Агнус-плюс», включающие крапиву, ветреницу, баранью траву. Широко применяют также фитотерапию: смесь хмеля, крапивы, укропа, тмина, фенхеля, аниса. Смеси можно готовить самим или пользоваться готовыми фиточаями «Лактовит», «Лактогон». Иногда принимают никотиновую кислоту за 15 мин до кормления.

#### **При недостаточной эффективности гомеопатических или растительных ЛС:**

Гормональное ЛС, получаемое из передней доли гипофиза крупного и мелкого рогатого скота (стимулятор лактации)	в / м 100 ЕД 1–2 р / сут, 6 сут + Маточное молоко сублингвально 10 мг 3 р / сут, 10–15 сут + Метоклопрамид в / м 2 мл 2–3 р / сут, 6 сут + Окситоцин в / м 1 мл (5 ЕД) 2 р / сут, 6 сут + 3,5,7,3'4'-Пентаоксифлаван внутрь 1 табл. 3 р / сут за 30 мин до кормления, 6 сут + Тиреоидин внутрь 0,025 г 3 р / сут, 7 сут
---	---

Пациенткам с пониженным содержанием белка в сыворотке крови рекомендуются с целью коррекции гипогалактии белково-витаминные пищевые добавки «Мама Плюс», «Млечный путь», «Фемилак», «Энфи Мама».

Гипотиреоз у беременных

Основной принцип лечения гипотиреоза — проведение **заместительной терапии тиреоидными гормонами**.

Врачебная тактика при беременности на фоне гипотиреоза основывается на положении, что беременные с этим заболеванием относятся к группе высокого риска развития перинатальной патологии.

Проведение адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня ТТГ и Т<sub>4</sub> в крови — залог успешного исхода беременности.

Заместительную терапию левотироксином у беременных проводят из расчета 2,3 мкг / кг массы тела, причем при впервые выявленном во время беременности гипотиреозе необходимо сразу назначать полную заместительную дозу.

Левотироксин натрия	внутри 150–200 мкг 1 р / сут утром натощак, за 30 мин до завтрака, до окончания беременности, затем коррекция дозы
---------------------	--

Гонорея у беременных

Гонорея у беременных неосложненная

Лечение беременных осуществляется в условиях стационара сразу после установления диагноза вне зависимости от срока гестации.

Применяют противомикробные ЛС, не оказывающие отрицательного влияния на плод.

Спектиномицин	в / м 2 г однократно
Цефотаксим	в / м 1,5 г однократно
Цефтриаксон	в / м 0,25 г однократно

Альтернативные ЛС:

Эритромицин	внутри 0,5 г 6 р / сут, 2 сут, затем 0,5 г 5 р / сут, 2 сут
-------------	---

Эффективность этих схем составляет не менее 95 %.

Как способ **первичной профилактики** при незащищенном половом акте:

Хлоргексидин	во влагалище 16 мг (1 свеча) однократно, не позднее 2 ч после незащищенного полового акта (независимо от фазы менструального цикла)
--------------	---

Гонорея у беременных

Гонорея у беременных осложненная

Антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия проводится длительными курсами.

Цефоперазон	в / в или в / м 1 г 2 р / сут, до разрешения клинической симптоматики
Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, до разрешения клинической симптоматики и в течение последующих 1–2 сут

**При сопутствующей хламидийной инфекции** ЛС выбора или альтернативные ЛС применяют в сочетании с макролидами или амоксициллином.

Азитромицин	внутри 1 г однократно
Амоксициллин	внутри 0,5 г 3 р / сут, 7–10 сут
Амоксициллин / клавулановая кислота	внутри 0,375 г 3 р / сут, 7 сут
Спирамицин	внутри 3 000 000 ЕД 3 р / сут, 7–10 сут

Иммунотерапия

При необходимости проводят следующую терапию:  
профилактику и лечение осложнений беременности;

коррекцию нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25 г / кг 1 р / 2 сут, всего 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)
Альтернативные ЛС:	
Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 5 сут
Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3–5 драже 3 р / сут, 1 мес
Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес

Депрессивные расстройства

Депрессивные расстройства у беременных и кормящих

После того как диагноз депрессивного расстройства поставлен, основной задачей лечебного процесса становится сокращение времени проявления соматических и психопатологических симптомов. В первую очередь должны применяться высокоэффективные средства, характеризующиеся низкой вероятностью развития побочных эффектов.

Психотропные средства беременным назначают при крайней необходимости по строгим показаниям:

выраженные аффективные проявления с тревогой, ажитацией, расстройствами сна и аппетита, усугубляющих соматическое состояние беременных и родильниц;  
суицидальные тенденции и мысли.

При фармакотерапии необходимо оценить **три группы факторов риска применения определенных антидепрессантов:**

тератогенные воздействия;

перинатальные синдромы (токсические состояния сразу после родов);

послеродовые психозы.

Большое значение для успешной терапии имеет раннее выявление депрессий, манифестирующих в период беременности.

Благодаря этому удастся провести щадящую психофармакотерапию — **купирование депрессивных расстройств на еще не развернутой стадии** с применением антидепрессивных ЛС в невысоких дозах непродолжительными курсами. Наиболее обоснован прием в этот период следующих антидепрессантов:

Имипрамин — противопоказан в первом триместре беременности!!!	внутри после еды, начиная с 75–100 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25 мг / сут до получения антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 200–250 мг / сут, максимальная доза 300 мг / сут, длительность лечения в среднем 4–6 нед, затем дозу постепенно понижают на 25 мг через каждые 2–3 сут, поддерживающая доза 25 мг 1–4 р / сут (слишком раннее прекращение лечения может привести к возобновлению депрессии, отменять ЛС следует постепенно)
Миансерин — применяют с осторожностью, оценив риск для ребенка и пользу для матери	внутри — начиная с 30–40 мг / сут, при недостаточном клиническом эффекте дозу постепенно увеличивают до 90–150 мг / сут в 2–3 приема или однократно на ночь, после стабилизации состояния дозу постепенно снижают до минимальной поддерживающей
Моклобемид	внутри после еды, начиная с 300 мг / сут, среднетерапевтическая доза 300–600 мг / сут в 2–3 приема, максимальная доза 600 мг / сут

Эти действия могут быть оценены и как меры профилактики послеродовых депрессий.

В **послеродовом периоде** при выборе антидепрессантов необходимо учитывать риск развития токсических эффектов у грудных детей, вскармливаемых матерью, которая принимает психотропные средства. Допустимо применение тех же ЛС, что и у беременных.

Депрессивные расстройства

Депрессивные расстройства у небеременных

**Основные задачи лечения:**

уменьшить (полностью исключить) все признаки и симптомы депрессивного расстройства; восстановить психосоциальные и коммуникационные возможности пациентки до преморбидного уровня;

свести к минимуму вероятность ухудшения состояния или рецидива заболевания.



В системе лечебных мероприятий при терапии аффективных (депрессивных) расстройств выделяют **три относительно самостоятельных этапа:**

**первый этап** — купирующая терапия (от момента начала лечения аффективной симптоматики до установления клинической ремиссии), направленная на быстрое устранение клинических проявлений заболевания. Основными терапевтическими принципами этого этапа являются гибкий, динамичный подход к терапии с адекватным темпом наращивания дозировок и быстрым переходом к интенсивным методам ведения пациента при отсутствии или недостаточной эффективности терапии;

**второй этап** — долечивающая или стабилизирующая терапия: продолжение эффективной терапии с момента достижения клинической (терапевтической) ремиссии до предполагаемого спонтанного окончания фазы. Этот этап включает в себя также долечивание остаточной симптоматики, борьбу с аффективной неустойчивостью, предрецидивными или ранними рецидивными расстройствами, включая их быстрое выявление и своевременное усиление терапии, длительность которой зависит от эндогенно запрограммированных характеристик течения заболевания;

**третий этап** — профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания.

Основа фармакотерапии депрессивных расстройств — применение антидепрессантов. К антидепрессантам, применяемым в акушерско-гинекологической практике, предъявляются следующие требования:

отсутствие выраженных побочных эффектов;

минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов;

ограниченность признаков поведенческой токсичности (степени нарушения психомоторного и когнитивного функционирования под влиянием психотропных ЛС);

минимальный тератогенный эффект, не препятствующий проведению психофармакотерапии во время беременности;

низкая вероятность взаимодействия с другими ЛС;

безопасность при передозировке;

простота использования.

Если состояние пациентки отвечает критериям депрессии в соответствии с МКБ-10, отсутствуют противопоказания и ограничения, стандартная терапия антидепрессантами может проводиться в амбулаторных условиях. Исключения составляют тяжелые, осложненные формы депрессий с психотическими включениями.

Выбор антидепрессанта прежде всего должен проводиться с учетом спектра его психотропной активности и преобладающей клинической симптоматики (тревожной или адинамической) в структуре депрессии.

**При преобладании тревоги и ажитации** показано назначение антидепрессантов с седативным эффектом.

Амитриптилин	внутри после еды, начиная с 50–75 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг / сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–250 мг / сут в 3–4 приема в течение дня и перед сном, максимальная доза 300 мг / сут — в условиях стационара, поддерживающая доза 25–75 мг / сут
Кломипрамин	внутри — начиная с 20–50 мг / сут, среднетерапевтическая доза 25–75 мг / сут в 3 приема, максимальная доза 300 мг / сут (эффект наступает на 3–5-е сутки лечения)
Пипофезин	внутри после еды, начиная с 25–50 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг / сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–200 мг / сут в 3–4 приема в течение дня, максимальная доза 300 мг / сут — в условиях стационара, при достижении терапевтического эффекта дозу постепенно снижают, поддерживающая доза 25–75 мг / сут
Пирлиндол	внутри после еды, начиная с 50–75 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг / сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–300 мг / сут в 3–4 приема в течение дня и перед сном, максимальная доза 300 мг / сут — в условиях стационара, поддерживающая доза 25–75 мг / сут
Флувоксамин	внутри после еды, начиная с 50–75 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг / сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–300 мг / сут в 3–4 приема, максимальная доза 400 мг / сут, поддерживающая доза 25–75 мг / сут

**При преобладании адинамической симптоматики** применяют антидепрессанты стимулирующего действия.

Имипрамин	внутри после еды, начиная с 75–100 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25 мг / сут до получения антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая
-----------	---

	доза 200–250 мг / сут, максимальная доза 300 мг / сут, длительность лечения в среднем 4–6 нед, затем дозу постепенно понижают на 25 мг через каждые 2–3 сут, поддерживающая доза 25 мг 1–4 р / сут (слишком раннее прекращение лечения может привести к возобновлению депрессии, отменять ЛС следует постепенно)
Флуоксетин	внутрь, начальная доза 20 мг / сут, среднетерапевтическая доза 20–40 мг / сут, максимальная доза 80 мг / сут, поддерживающая доза 20 мг / сут
Растительный антидепрессант	внутрь, по 1 драже 3 р / сут 4 недели

#### Депрессивные расстройства

По мере редукции адинамической симптоматики возможна **актуализация тревоги**, требующая дополнительного назначения анксиолитиков.

Алпразолам	внутрь — начиная с 0,25–0,5 мг / сут, при необходимости повышения дозы ее следует увеличивать постепенно, вначале в вечерний, а затем в дневной прием, максимальная суточная доза 4 мг / сут в 3 приема, при прекращении терапии дозу следует снижать постепенно, не более чем на 0,5 мг через каждые 3 сут, у некоторых пациентов может потребоваться еще более медленная отмена препарата (режим дозирования устанавливается индивидуально и может изменяться в процессе лечения в зависимости от достигнутого клинического эффекта и переносимости ЛС, рекомендуется использование минимальных эффективных доз)
Бромдигидро-хлорфенил-бензодиазепин	внутрь 0,25–0,5 мг 2–3 р / сут (в амбулаторных условиях) или 3–5 мг / сут (в стационарных условиях)
Диазепам	внутрь 5–10 мг 2–3 р / сут, максимальная доза 60 мг / сут, или 2,5 мг 1–2 р / сут (или 5 мг вечером) (работающим пациентам), или 2,5 мг 3 р / сут (при тревожных состояниях) (режим дозирования устанавливается индивидуально в зависимости от состояния пациента, клинической картины заболевания и чувствительности к ЛС)

**При сосуществовании тревоги и заторможенности** показано назначение антидепрессантов сбалансированного действия или антидепрессантов в сочетании с транквилизаторами.

Пароксетин	внутрь 20 мг 1 р / сут утром, при необходимости и хорошей переносимости дозу можно увеличивать на 10 мг с интервалом 1 нед, максимальная доза 50 мг / сут
Пирлиндол	внутрь после еды, начиная с 50–75 мг / сут, постепенно повышая дозу на 25–50 мг / сут до получения желаемого антидепрессивного эффекта, среднетерапевтическая доза 150–300 мг / сут в 3–4 приема в течение дня и перед сном, максимальная доза 400 мг / сут — в условиях стационара, после достижения терапевтического эффекта лечение продолжают индивидуально подобранной дозой 2–4 нед, после чего дозу постепенно уменьшают
Сертралин	внутрь — начиная с 50 мг 1 р / сут, при необходимости дозу повышают с интервалом 1 нед, максимальная доза 200 мг / сут
Циталопрам	внутрь в любое время суток вне зависимости от приема пищи — 20 мг 1 р / сут, максимальная доза 60 мг / сут

Терапию начинают с минимальных доз ЛС, подбирая дозу постепенно (увеличение дозировок при применении классических антидепрессантов должно быть максимально быстрым для достижения индивидуальной терапевтически эффективной дозы).

Монотерапия выбранным антидепрессантом продолжается не менее 4 нед.

При положительном результате (выраженном улучшении или ремиссии) целесообразно продолжение терапии в снижающихся дозах в течение 2 нед. При отчетливом, но неполном улучшении состояния терапию продолжают до 2 мес.

В отсутствие очевидного положительного эффекта первого курса терапии (снижение через 4 нед терапии выраженности депрессии менее чем на 50 % от исходного уровня по шкале Гамильтона) производится замена ЛС антидепрессантом иной химической структуры.

При выявлении в процессе первого курса терапии определенных устойчивых проявлений депрессии, возможно, связанных с недостаточной эффективностью первоначально выбранной терапии, назначают антидепрессанты, обладающие избирательностью действия:

ингибиторы МАО (обратимые и необратимые);

селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

К другим **факторам, влияющим на выбор антидепрессанта**, относятся:

соматическое состояние пациентки с учетом индивидуальных противопоказаний к назначению определенных ЛС;

сопутствующая фармакотерапия, назначенная в связи с хроническими соматическими заболеваниями, и возможные нежелательные взаимодействия ЛС.

Во всех случаях фармакотерапии необходимо подробно объяснить пациентке особенности фармакологического действия конкретного антидепрессанта, вероятность наступления терапевтического эффекта не ранее 1–2 нед с начала лечения, предупредить о всех возможных побочных эффектах.

Дисменорея у подростков

### Основные задачи лечения:

устранение выраженного болевого синдрома;

нормализация состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса пациентки;

устранение либо облегчение симптомов основных органических причин дисменореи (внутреннего генитального эндометриоза, острых и хронических воспалительных процессов в органах малого таза);

нормализация м. ц. (при нарушенном ритме или при недостаточности лютеиновой фазы).

**Базисная терапия при первичной дисменорее зависит от тяжести заболевания.**

**Альтернативная терапия при первичной дисменорее** (вне зависимости от степени тяжести) включает:

Зафирлукаст	внутрь 20 мг 2 р / сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, 6–12 мес
Монтелукаст	внутрь 10 мг 1 р / сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, 6–12 мес

Лечение **вторичной дисменореи** осуществляют в рамках лечения основного заболевания. При легкой форме дисменореи, преобладании смешанного и парасимпатического вариантов вегетативной нервной системы на фоне отсутствия отклонений гормонального статуса:

Диклофенак	внутрь 0,5–2 мг / кг / сут в 2 приема или в прямую кишку 50 мг 1 р / сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, не менее 6–12 циклов, или + Белладонны алкалоиды / фенобарбитал / эрготамин внутрь 1 табл. 3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально ± Женьшень, экстракт, внутрь 15–30 капель 2 р / сут, 2–3 мес, или Лимонника плоды, настойка, внутрь 15–30 капель 2 р / сут, 2–3 мес, или Пирацетам* внутрь 400–800 мг / сут, 1,5–2 мес, или Элеутерококка корневища и корни, экстракт, внутрь 15–30 капель 2 р / сут, 2–3 мес
Нимесулид у детей старше 12 лет	внутрь 100 мг 3 р / сут, за 2–3 сут до начала предполагаемой менструации и в течение 1–2 сут после ее начала, не менее 6–12 циклов + Белладонны алкалоиды / фенобарбитал / эрготамин внутрь 1 табл. 3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально ± Женьшень, экстракт, внутрь 15–30 капель 2 р / сут, 2–3 мес, или Лимонника плоды, настойка, внутрь 15–30 капель 2 р / сут, 2–3 мес, или Пирацетам* внутрь 400–800 мг / сут, 1,5–2 мес, или Элеутерококка корневища и корни, экстракт, внутрь 15–30 капель 2 р / сут, 2–3 мес

\*При жалобах на снижение памяти, внимания, эмоциональную лабильность.

### При мастодинии и масталгии:

Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения с допаминергическим действием	внутрь 30 капель или 1 табл. 2 р / сут, не менее 3 мес, без перерыва во время менструации (улучшение наступает, как правило, через 6 нед)
--	---

У пациенток с жалобами на частые головокружения, повышенную раздражительность возможно применение гомеопатических ЛС.

При **дисменорее средней степени тяжести** и преобладании симпатического тонуса вегетативной нервной системы на фоне недостаточности лютеиновой фазы и ановуляции:

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 2 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц. (при дисменорее на фоне внутреннего эндометриоза) или с 16-го по 25-й день м. ц. (при недостаточности лютеиновой фазы, в т. ч. и на фоне идиопатической гиперпролактинемии), 6–9 мес + Винпоцетин внутрь 2,5 мг 2 р / сут, 3–4 мес, с двухмесячными перерывами между курсами (2 курса в год) ± Карбамазепин* внутрь 100–200 мг 2 р / сут, 1–2 мес или Фенитоин* внутрь 2–1 табл. (0,117 г) 1–2 р / сут, 1–2 мес
Прогестерон	во влагалище 200 мг / сут, 6–9 мес (при выраженных нарушениях функции ЖКТ, некомпенсированной дискинезии желчевыводящих путей) + Винпоцетин внутрь 2,5 мг 2 р / сут, 3–4 мес, с двухмесячными перерывами между курсами (2 курса в год) ± Карбамазепин* внутрь 100–200 мг 2 р / сут, 1–2 мес или Фенитоин* внутрь 1 табл. (0,117 г) 1–2 р / сут, 1–2 мес

\*При наличии пароксизмальной активности по данным ЭЭГ.

При **тяжелой дисменорее и парасимпатической направленности тонуса вегетативной нервной системы:**

Этинилэстрадиол / -гестоден	внутрь 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес + Аскорбиновая кислота внутрь 1 г / сут, с 16-го по 1-й день последующего м. ц.,
-----------------------------	--

	2–3 мес + Витамин Е внутрь 400 мг / сут, с 18-го по 3-й день последующего м. ц., 2–3 мес + Магния лактат / пиридоксин* внутрь 1–2 табл. 3 р / сут, 2–3 мес, с 1–2-месячными перерывами (3–4 курса в год)
Этинилэстрадиол /- дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес + Аскорбиновая кислота внутрь 1 г / сут, с 16-го по 1-й день последующего м. ц., 2–3 мес + Витамин Е внутрь 400 мг / сут, с 18-го по 3-й день последующего м. ц., 2–3 мес + Магния лактат / пиридоксин* внутрь 1–2 табл. 3 р / сут, 2–3 мес, с 1–2-месячными перерывами (3–4 курса в год)

\* При дефиците магния назначают 2 табл. 3 р / сут; при этом необходимо периодическое определение магния в сыворотке крови.

Дисменорея у подростков

В качестве **альтернативных ЛС** по стандартным схемам могут применяться гестагены.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц. (при дисменорее на фоне внутреннего эндометриоза) или с 16-го по 25-й день м. ц. (при недостаточности лютеиновой фазы, в том числе и на фоне идиопатической гиперпролактинемии), 6–9 мес
Прогестерон	во влагалище 200 мг / сут, 6–9 мес (при выраженных нарушениях функции ЖКТ, некомпенсированной дискинезии желчевыводящих путей)

Дистрофия печени острая жировая у беременных

Терапевтическая тактика при ведении беременных с острой жировой дистрофией печени у беременных (ОЖДПБ) заключается в немедленном бережном родоразрешении с последующим проведением комплекса лечебных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений функционирования различных органов и систем.

**Лечебные мероприятия при ОЖДПБ включают:**

интенсивную предоперационную подготовку (инфузионно-трансфузионная терапия); срочное абдоминальное родоразрешение до гибели плода и появления признаков ДВС-синдрома;

заместительную и гепатопротекторную терапию;

профилактику массивной кровопотери во время операции и в послеродовом периоде; антибактериальную терапию (для профилактики гнойно-септических осложнений).

Повторные беременности не противопоказаны, так как рецидивы ОЖДПБ не наблюдаются.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Терапия должна быть комплексной и включать использование ЛС из разных фармакологических групп. В первую очередь необходима инфузионно-трансфузионная терапия, которая включает:

свежезамороженную плазму или альбумин (10–20 % р-р);

декстраны;

повидон;

гидроксиэтилированный крахмал (6 % или 10 % р-р);

растворы солей натрия и калия;

декстрозу.

Терапия средствами, улучшающими реологические и коагуляционные свойства крови

Терапию дополняют назначением **дезагрегантов** и **антикоагулянтов**.

Дипиридамол	внутри 50 мг 3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Пентоксифиллин	внутри 100 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Торможение фибринолитической активности плазмы осуществляется с помощью **ингибиторов протеолиза в сочетании с ингибиторами фибринолиза**.

Апротинин	в / в 40 000–60 000 ЕД 1 р / сут, 2–3 сут, затем 10 000–20 000 ЕД 1 р / сут (в первые 2 сут после операции 100 000 ЕД 4 р / сут), длительность терапии определяют индивидуально + Транексамовая кислота в / в болюсно 750 мг 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
-----------	---

Терапия глюкокортикоидными средствами

Указанная комплексная терапия реализуется на фоне введения **ГКС**.

**Преднизолон** в / в 500 мг 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Терапия витаминами, антиоксидантами и гепатопротекторами

Кроме того, назначают **витамины, антиоксиданты и гепатопротекторы**.

Кокарбоксилаза	внутри 100 мг 1 р / сут, длительно + Аскорбиновая кислота, 5 % р-р, в / в 5 мл 1 р / сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутрь 600 мг 1 р / сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутрь 0,25 г 4–6 р / сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутрь 175–300 мг или в / в 250–750 мг 1 р / сут, 3–4 нед
----------------	--

Пиридоксин, 1–5 % р-р	в / м 1 мл 1 р / сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5 % р-р, в / в 5 мл 1 р / сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутрь 600 мг 1 р / сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутрь 0,25 г 4–6 р / сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутрь 175–300 мг или в / в 250–750 мг 1 р / сут, 3–4 нед
Тиамин, 2,5–5 % р-р	в / м 1 мл 1 р / сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5 % р-р, в / в 5 мл 1 р / сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутрь 600 мг 1 р / сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутрь 0,25 г 4–6 р / сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутрь 175–300 мг или в / в 250–750 мг 1 р / сут, 3–4 нед
Фолиевая кислота	внутри 0,3 г 3 р / сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5 % р-р, в / в 5 мл 1 р / сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутрь 600 мг 1 р / сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутрь 0,25 г 4–6 р / сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутрь 175–300 мг или в / в 250–750 мг 1 р / сут, 3–4 нед
Цианокобаламин	в / м 200 мкг 1 р / сут, 3–4 нед + Аскорбиновая кислота, 5 % р-р, в / в 5 мл 1 р / сут, 3–4 нед, или Витамин Е внутрь 600 мг 1 р / сут, 3–4 нед, или Глутаминовая кислота внутрь 0,25 г 4–6 р / сут, 3–4 нед + Фосфолипиды внутрь 175–300 мг или в / в 250–750 мг 1 р / сут, 3–4 нед

#### Антибактериальная терапия

Антибактериальная терапия начинается с начала родоразрешения и включает антибиотики с бактерицидной активностью и широким спектром антибактериального воздействия, такие как **комбинированные уреидопенициллины, цефалоспорины III и IV поколений, карбапенемы и фторхинолоны.**

Имипенем / циластатин	в / в 750 мг 2 р / сут, 5–10 сут
Меропенем	в / в 0,5–1 г 3 р / сут, 5–10 сут
Офлоксацин	внутри 100–200 мг 2 р / сут, 5–10 сут
Пиперацillin / тазобактам	в / в медленно в течение 30 мин 4 г / 0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут
Цефепим	внутри 2 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефотаксим	внутри 1–2 г 1–2 р / сут, 5–10 сут
Цефтриаксон	внутри 0,5–1 г 1–2 р / сут, 5–10 сут

#### Задержка полового развития

Задержка полового развития центрального происхождения (гипоталамическая форма)

Тактика лечения определяется индивидуально и зависит от выявленных этиологических факторов, формы задержки полового развития (ЗПР), результатов проведенного обследования. Обязателен комплексный подход.

В первую очередь (по возможности) необходимо проведение терапии заболеваний, послуживших причиной развития гипоталамо-гипофизарной недостаточности.

При алиментарной недостаточности показаны полноценное питание и нормализация массы тела, устранение чрезмерных физических или эмоциональных нагрузок.

Витаминотерапия и терапия средствами, улучшающими мозговую кровоток и высшую нервную деятельность

При гипоталамической форме ЗПР и сохранной гормональной функции гипофиза (проба с агонистами ГнРГ положительная) показана терапия, направленная на улучшение деятельности центральной нервной системы (ЦНС) в циклическом режиме, до нормализации функции гипоталамических структур мозга.

Винпоцетин	внутри 5 мг 3 р / сут, 1 мес, 2–3 курса в год + Аскорбиновая кислота внутри 0,5 г 2 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + Витамин Е внутри 200–400 мг / сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Магния лактат / пиридоксин внутри 1 табл. 2 р / сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год
Глицин	внутри 100 мг 3 р / сут, 1–3 мес, 2–3 курса в год + Аскорбиновая кислота внутри 0,5 г 2 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + Витамин Е внутри 200–400 мг / сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Магния лактат / пиридоксин внутри 1 табл. 2 р / сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год
Пирацетам	внутри 400 мг 2 р / сут, 1 мес, 2–3 курса в год + Аскорбиновая кислота внутри 0,5 г 2 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес, 2–3 курса в год + Витамин Е внутри 200–400 мг / сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Магния лактат / пиридоксин внутри 1 табл. 2 р / сут, 3 мес, 2–3 курса в год + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., по 3 мес, 2–3 курса в год

Могут также быть назначены ЛС с противосудорожной активностью.

Карбамазепин внутри 100 мг 1 р / сут на ночь, 2–4 мес

#### Заместительная гормональная терапия

**В целях улучшения положительной обратной связи гипоталамических структур** проводится циклическая ЗГТ в течение 3–6 мес.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, или гель нанести на кожу живота или ягодиц 1 мг 1 р / сут, непрерывно + Дидрогестерон
	внутри 10 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, непрерывно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
Этинилэстрадиол	внутри 25–50 мкг / сут, непрерывно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла

Фитотерапия и терапия гомеопатическими средствами

Как альтернатива описанной терапии могут применяться **растительные и гомеопатические ЛС.**

Комбинированный гомеопатический препарат растительного происхождения	внутри 30 капель или 1 табл. 2 р / сут, не менее 3 мес, без перерыва во время менструации (капли немного разбавляют водой или другой жидкостью, таблетки принимают с небольшим количеством жидкости)
Прутьяка обыкновенного плодов экстракт	внутри 40 капель или 1 табл. 1 р / сут утром, 3 мес, без перерыва во время менструации (таблетку не следует разжевывать)

Задержка полового развития

Задержка полового развития центрального происхождения (гипофизарная форма)

При гипофизарной форме ЗПР и отрицательной пробе с агонистом ГнРГ показано проведение ЗГТ.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 12 сут +* Эстрадиол / норэтистерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут +* Эстрадиол внутри 1 мг 1 р / сут, 6 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / левоноргестрел внутри 2 мг / 0,15 мг 1 р / сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р / сут, 7 сут

\* После окончания курса лечения.

В последующем при желании женщины забеременеть проводится терапия бесплодия, включая ЗГТ и стимуляцию овуляции.

Задержка полового развития

Задержка полового развития яичникового происхождения

В связи с высоким риском малигнизации гонад при наличии хромосомы Y необходимо их оперативное удаление в основном лапароскопическим доступом.

При отсутствии хромосомы Y в кариотипе или после оперативного удаления гонад при ее наличии проводят ЗГТ.

### Основные цели ЗГТ:

феминизация фигуры, развитие оволосения, соответствующего полу, молочных желез, матки; подавление уровня гонадотропинов;

поддержание циклических изменений в эндометрии с менструальноподобной реакцией; профилактика эстрогендефицитных состояний (остеопороза, метаболических нарушений, урогенитальных расстройств);

социальная и психологическая адаптация.

В качестве **I этапа терапии** пациенткам с костным возрастом от 4 до 11 лет показаны синтетические аналоги гормона роста или анаболические стероидные ЛС.

Нандролон	в / м 25–50 мг 1 р / 3–4 нед, длительность терапии определяют индивидуально, повторный курс через 8 нед после последней инъекции
Соматропин	п / к 0,14 МЕ / кг (4,3 МЕ / м <sup>2</sup> ) 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Эти ЛС назначаются эндокринологом при выявлении недостаточности гормона роста под контролем рентгенографии черепа или томографии головного мозга.

Лечение прекращают при достижении пациенткой роста, достаточного для взрослого человека, или при закрытии эпифизов трубчатых костей.

При применении синтетических аналогов гормона роста одновременно назначают препараты кальция.

В качестве **альтернативного лечения** может быть использована схема неспецифической стимуляции роста:

Ретинол	внутри 5000 МЕ 3 р / сут, 1 мес +* Глютаминовая кислота внутри за 15–30 мин до еды 1 г 3 р / сут, 1 мес +* Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, 1 мес + Аскорбиновая кислота внутри после еды 100–200 мг 1 р / сут, 1 мес +* Поливитамины 1 табл. 1 р / сут, 2 мес +* Витамин Е внутри 200 мг 1 р / сут, 1 мес +* Клонидин внутри 0,075 мг на ночь, 2 мес
---------	--

\* После окончания курса лечения.

На фоне вышеуказанной терапии дополнительно назначают:

Левотироксин натрия	внутри 25 мкг 1 р / сут, 8 мес + Маточное молочко внутри 1 табл. 3 р / сут, 8 мес + Корня петрушки отвар внутри 3 ст. л. 2 р / сут, по 10 сут в течение 8 мес
---------------------	---

На **II этапе терапии** при «типичной» форме у пациенток с костным возрастом 11–12,5 лет наиболее целесообразно применение натуральных эстрогенов до появления первой менструальноподобной реакции.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, непрерывно, или пластырь приклеить на кожу 1 р / нед, длительно
-----------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, непрерывно
--------------------	-----------------------------------

Этинилэстрадиол	внутри 25–50 мкг / сут, непрерывно
-----------------	------------------------------------

В последующем длительно, по крайней мере на протяжении всего репродуктивного периода жизни, применяют следующие схемы **ЗГТ**:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, непрерывно, или пластырь приклеить на кожу 1 р / нед, или Эстрадиола валерат 2 мг 1 р / сут, непрерывно, или Этинилэстрадиол внутри 25–50 мкг / сут непрерывно
-----------	---

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, или гель нанести на кожу живота или ягодиц 1 мг 1 р / сут, постоянно + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла или Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, с 19-х по 28-е сут 28-дневного цикла
-----------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
--------------------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р / сут, 7 сут
--------------------	---

\* После окончания курса лечения.

Применение эстрадиола в виде геля предпочтительно и у пациенток старше 18 лет с дисгенезией гонад, страдающих заболеваниями ЖКТ или гепатобилиарной системы.

При **позднем обращении пациенток** (старше **16 лет**) для быстрого появления вторичных половых признаков и увеличения матки предпочтительна следующая схема ЗГТ:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
--------------------	---

\* После окончания курса лечения.

После **достижения желаемого результата** возможно изменение режима ЗГТ.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
-----------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут
--------------------	--

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг, 12 сут +* Эстрадиола валерат внутри 1 мг 1 р / сут, 7 сут
--------------------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / левоноргестрел внутри 2 мг / 0,15 мг 1 р / сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
--------------------	--

\* После окончания курса лечения.

Задержка полового развития

Пациенткам с **«чистой» и «смешанной» формами дисгенезии гонад**, особенно высокорослым, лечение желательно начинать при костном возрасте 9–11 лет.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
--------------------	---

\* После окончания курса лечения.

Наряду с системной ЗГТ в целях **профилактики рецидивов атрофического вульвовагинита** показана местная терапия эстрогенами.

Эстриол	во влагалище 1 аппликатор 1 р / нед или 1 свеча на ночь 1 р / нед, длительность терапии определяют индивидуально
---------	--

**Для желающих реализовать свою репродуктивную функцию** с целью подготовки к нидации (имплантации) яйцеклетки наиболее приемлемо назначение следующей схемы ЗГТ не менее чем на 3–6 мес:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут, или Эстрадиол 2 мг/сут, 14 дней + эстрадиол 2 мг/сут и дидрогестерон 10 мг/сут, 14 сут
--------------------	--

\* После окончания курса лечения.

Вопрос о возможности нидации следует решать при повышении содержания плазменного эстрадиола до значений, превышающих 300 пмоль / л, нормализации уровня ФСГ и ЛГ и при достижении толщины эндометрия более 0,8 см.

Во избежание передозировки и нежелательных побочных эффектов в первые 2 года ЗГТ целесообразно проводить контрольные исследования через короткие, трехмесячные интервалы. Подобная тактика позволяет, кроме того, наладить психологический контакт с пациентками и своевременно корректировать назначаемое лечение.

Зоб

Зоб токсический диффузный (болезнь Грейвса–Базедова) у беременных

В настоящее время используют три варианта лечения диффузного токсического зоба (ДТЗ):

**лечение тиреостатическими ЛС, хирургическое и лечение радиоактивным <sup>131</sup>I.**

Последний вариант для беременных неприемлем.

Терапия тиреостатическими средствами

Лечение тиреостатическими ЛС заключается в применении тиамазола или пропилтиоурацила, которые подавляют биосинтез тиреоидных гормонов. При беременности более целесообразно применение пропилтиоурацила, поскольку он хуже проникает через плаценту и в молочную железу.

**Для достижения эутиреоидного состояния:**

Пропилтиоурацил	внутри независимо от приема пищи 100 мг 3–4 р / сут, 3–4 нед
Тиамазол	внутри независимо от приема пищи 15–20 мг 1 р / сут, 3–4 нед

**Для поддержания эутиреоидного состояния:**

Пропилтиоурацил	внутри независимо от приема пищи 50–100 мг 1 р / сут, 12–18 мес
Тиамазол	внутри независимо от приема пищи 2,5–5 мг 1 р / сут, 12–18 мес

После исчезновения признаков тиреотоксикоза дозы тиреостатических средств можно снижать и, поскольку во II и III триместрах беременности обычно наблюдается ремиссия ДТЗ, эти ЛС можно вообще отменить. Некоторые клиницисты, учитывая стрессовое воздействие родов, считают целесообразным продолжать лечение низкими дозами тиреостатических средств до самых родов и даже после них.

После родов за состоянием женщины с тиреотоксикозом необходимо тщательно наблюдать, поскольку в этот период возрастает риск рецидива. В некоторых случаях лучше продолжить лечение низкими дозами тиреостатических ЛС в течение не менее 6 мес, даже если к моменту родов отмечалась ремиссия заболевания.

Лечение тиреостатическими ЛС во время беременности нельзя назвать абсолютно безопасным, но оно необходимо, поскольку заболевание беременных тиреотоксикозом повышает риск рождения мертвого ребенка, наступления преждевременных родов или развития гестоза.

Повышаются также частота неонатальной смертности, вероятность рождения ребенка с дефицитом массы тела.

**При тиреотоксическом кризе** назначают высокие дозы тиреостатических ЛС, причем предпочтение следует отдать пропилтиоурацилу, который дополнительно препятствует превращению  $T_4$  в  $T_3$  на периферии.

Пропил-тиоурацил	внутри независимо от приема пищи 600 мг, однократно, затем 300 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений криза
Тиамазол	внутри 60–80 мг, однократно, затем 30 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений

Кроме того, в / в назначают ГКС, которые подавляют секрецию гормонов ЩЖ и уменьшают превращение  $T_4$  в  $T_3$ , компенсируют относительную надпочечниковую недостаточность, оказывают иммуносупрессивное действие.

**Гидрокортизон** в / в 50–100 мг каждые 6–8 ч, до ликвидации клинических проявлений криза

Непрерывно проводят дезинтоксикационную терапию, при этом общее количество переливаемой жидкости составляет 3 л. При гипертермии рекомендуются влажные обертывания тела. При необходимости назначают транквилизаторы.

Оперативное лечение

Оперативное лечение во время беременности (субтотальная резекция щитовидной железы) показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения ДТЗ средней тяжести и при узловом зобе, при необходимости использования высоких доз тиреостатических ЛС для поддержания эутиреоидного состояния, при подозрении на малигнизацию и при зобе больших



размеров. Наиболее целесообразно осуществить операцию в начале II триместра беременности. Хирургическое лечение на более ранних сроках чаще приводит к спонтанному аборту. Подготовка к операции заключается в назначении тиамазола до достижения эутиреоидного состояния, преднизолона, витаминов. С целью предупреждения возможного прерывания беременности после операции необходимо назначать ЛС, снижающие возбудимость матки, и гестагены.

Планирование семьи при диффузном токсическом зобе

Оптимальный период для планирования семьи — полное устранение тиреотоксикоза, при этом обязательным условием является исчезновение из крови антител к рецептору ТТГ (тиреостимулирующих иммуноглобулинов) до наступления беременности. В противном случае они поступят в кровь плода и будут стимулировать его щитовидную железу, что приведет к развитию врожденного тиреотоксикоза.

**При легкой форме ДТЗ** беременность может быть сохранена, но требуются обязательное наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога и лечение в первой половине беременности.

**Заболевание средней и тяжелой степени тяжести** при неэффективности комплексной консервативной терапии служит показанием к хирургическому лечению в конце I — начале II триместра беременности или прерыванию беременности и обязательному последующему лечению тиреотоксикоза.

Женщину, страдающую ДТЗ, необходимо госпитализировать в ранние сроки беременности, так как именно в это время чаще наблюдается обострение заболевания и довольно часто возникает угроза прерывания беременности. Госпитализация может понадобиться для коррекции гормональных нарушений, при присоединении преэклампсии и других осложнений беременности.

**Родоразрешение** должно производиться на фоне эутиреоза, чтобы не спровоцировать развитие тиреотоксического криза. Ведение родов предусматривает выжидательную тактику; необходим контроль состояния сердечно-сосудистой системы, по показаниям применяют сердечно-сосудистые ЛС в связи с опасностью развития декомпенсации кровообращения. В послеродовом и раннем послеродовом периодах должна проводиться профилактика кровотечения.

Зоб

Зоб токсический узловой (многоузловой) у беременных

Поскольку лечение радиоактивным йодом во время беременности не применяется, показано **хирургическое лечение** при сохранении беременности. В период подготовки к операции назначают тиреостатические ЛС, пропранолол.

Зоб

Зоб узловой на фоне аутоиммунных заболеваний щитовидной железы у беременных

На фоне хронического аутоиммунного тиреоидита может возникнуть любое узловое образование, морфологическую характеристику которого следует уточнять при проведении пункционной биопсии узла. В том случае, если у больной с подтвержденным хроническим аутоиммунным тиреоидитом в щитовидной железе (ЩЖ) методом УЗИ выявляется узловое образование, а при цитологическом исследовании из этого образования получен материал, характерный для пролиферирующего узлового коллоидного эутиреоидного зоба, то лечение такой пациентки необходимо осуществлять в соответствии с вышеуказанными принципами. Если же у больной с хроническим аутоиммунным тиреоидитом при УЗИ выявляются очаги повышенной неоднородности в ЩЖ, отличающиеся структурно от окружающей ткани, и при цитологическом исследовании пунктат из них характерен для усиленной лимфоидной инфильтрации, обнаруживаемой при гипертрофической форме хронического аутоиммунного тиреоидита, то лечение проводят в соответствии с алгоритмом терапии тиреоидита.

Зоб

Зоб эндемический эутиреоидный диффузный у беременных

Основными задачами консервативного лечения эутиреоидного зоба являются стабилизация размеров узловых образований и отсутствие формирования новых узлов в ткани щитовидной железы (ЩЖ), а также уменьшение ее размеров.

Терапия тиреостатическими средствами и препаратами йода

Медикаментозную терапию эутиреоидного йододефицитного зоба проводят с помощью препаратов йода, тиреоидных гормонов или комбинации этих ЛС.

Как правило, для большинства больных достаточно назначения калия йодида в физиологической дозе.

**Калия йодид** внутрь 200 мкг 1 р / сут, 1,5–2 года

В том случае если через 6 мес отмечается значительное уменьшение или нормализация размеров ЩЖ, рекомендуется продолжить прием препаратов йода в профилактической дозе. Если на фоне приема препаратов йода в течение 6 мес не произошло нормализации размеров ЩЖ, то показано применение левотироксина.

Левотироксин натрия	внутри утром, за 30 мин до завтрака, 100–150 мкг 1 р / сут, длительно ± Калия йодид внутрь 200 мкг / сут, длительно
---------------------	---

Адекватную дозу подбирают в соответствии с уровнем ТТГ, который должен быть на нижней границе нормы. После нормализации размеров ЩЖ по данным УЗИ, проводимого каждые 6 мес, рекомендуется переход на длительный прием профилактических доз йода.

Профилактика

Задачей **профилактических мероприятий** является достижение оптимального уровня потребления йода населением.

Для удовлетворения потребности организма в йоде рекомендуются следующие **нормы** его ежедневного потребления (ВОЗ, 1996):

50 мкг — для детей грудного возраста;

90 мкг — для детей от 2 до 6 лет;

120 мкг — для детей от 7 до 12 лет;

150 мкг — для подростков старше 12 лет и взрослых;

200 мкг — для беременных и кормящих женщин.

В связи с этим каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода:

дети в препубертатном периоде — 100 мкг;

подростки — 200 мкг;

взрослые — 150 мкг;

беременные и кормящие женщины — 200 мкг.

Дети грудного возраста получают йод с молоком матери.

**Для преодоления дефицита йода используют следующие методы профилактики:**

**массовую йодную профилактику** — профилактику в масштабе популяции, осуществляемую путем внесения йода в наиболее распространенные продукты питания (хлеб, соль);

**групповую йодную профилактику** — профилактику в масштабе определенных групп повышенного риска развития йододефицитных заболеваний: детей, подростков, беременных и кормящих женщин. Осуществляется путем регулярного длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода;

**индивидуальную йодную профилактику** — профилактику у отдельных лиц путем длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

Предотвратить формирование зоба во время беременности можно систематическим приемом калия йодида.

Калия йодид внутрь 200 мкг 1 р / сут, длительно

Можно также применять комплексные витаминно-минеральные препараты, содержащие йод. Зоб

Зоб эндемический эутиреоидный узловой (многоузловой) у беременных

Узловой эутиреоидный зоб в виде одиночного или множественных узлов нередко диагностируют у молодых женщин. Вероятность развития тиреотоксикоза при этом во время беременности невелика, поскольку возрастает потребность в тиреоидных гормонах и ускоряется клиренс йода. После родов, в отличие от ДТЗ, риск развития тиреотоксикоза у женщин с узлами ЩЖ не увеличивается. Если возникают показания к удалению узла, операцию лучше производить во II триместре беременности либо через некоторое время после родов. После операции при необходимости проводят заместительную терапию тиреоидными гормонами. **Узловой эутиреоидный зоб не является показанием к прерыванию беременности.**

Консервативное лечение (левотироксином в дозе, позволяющей поддерживать уровень ТТГ на нижней границе физиологической нормы — 0,5–1 мЕ / л) оправдано при наличии у больной одиночного узлового коллоидного эутиреоидного зоба (УКЗ) небольших размеров, преимущественно паренхиматозного типа строения (узел не более 3 см) или многоузлового зоба на ранних стадиях (при небольшом числе узловых образований и умеренной пролиферации фолликулярных клеток, а также при условии, что исходный уровень ТТГ не ниже 1 мЕ / мл). Основная цель лечения — предотвратить или замедлить дальнейший рост узла.

Левотироксин натрия внутрь утром, за 30 мин до завтрака, 100–150 мкг 1 р / сут, 12 мес

Использование комбинированных препаратов (левотироксин натрия / йодид калия) при лечении УКЗ вполне оправдано, особенно у пациенток, проживающих в регионах с умеренной или тяжелой степенью йодной недостаточности. Однако эффект от такой терапии будет несколько более отсроченным, чем при монотерапии левотироксином. Кроме того, более предпочтительно начинать лечение узлового эутиреоидного зоба именно с левотироксина, так как в патогенезе зоба помимо йодной недостаточности могут принимать участие и другие зобогенные факторы или врожденный дефект синтеза тиреоидных гормонов.

На фоне лечения проводят контрольные определения уровня ТТГ в крови и УЗИ ЩЖ каждые 3–4 мес.

После отмены левотироксина пациентки с положительными результатами терапии должны получать физиологическое количество йода с пищей либо дополнительно в виде ЛС во избежание рецидива заболевания.

Калия йодид внутрь 150–200 мкг 1 р / сут, длительно

**Назначение препаратов тиреоидных гормонов при узловом зобе не показано:**

при длительно существующих узловых (многоузловых) зобах;  
при наличии выраженного кистозного компонента в узловом образовании;  
если размер одного из образований 3 см и более.

**Абсолютные противопоказания к назначению левотироксина больным с узловым зобом:****кардиологические:**

- ИБС с тяжелыми нарушениями ритма сердца, политопная или частая экстрасистолия;
- стенокардия напряжения III–IV функциональных классов;
- нестабильная стенокардия;
- выраженная недостаточность кровообращения (начиная со стадии IIb);

**эндокринологические:**

- базальный уровень ТТГ менее 1 мЕ / л;
- признаки повышенной функциональной активности тиреоцитов при цитологическом исследовании пунктата;
- «горячие» узлы при сканировании.

**Гипотиреоз**

Врачебная тактика при беременности на фоне гипотиреоза основывается на положении, что беременные с этим заболеванием относятся к группе высокого риска перинатальной патологии. Проведение адекватной заместительной терапии тиреоидными гормонами под контролем уровня ТТГ и Т<sub>4</sub> в сыворотке крови — залог успешного исхода беременности.

Заместительную терапию левотироксином у беременных проводят из расчета 2,3 мкг / кг массы тела, причем при впервые выявленном во время беременности гипотиреозе необходимо сразу назначать полную заместительную дозу.

Левотироксин натрий	внутри 150–200 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р / сут до окончания беременности, затем коррекция дозы
---------------------	--

**Аутоиммунный тиреоидит Хашимото**

При развитии гипотиреоза проводят заместительную терапию тиреоидными гормонами.

Левотироксин натрий	внутри 150–200 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р / сут до окончания беременности, затем коррекция дозы
---------------------	--

**Послеродовой тиреоидит**

Лечение направлено на коррекцию нарушения функции ЩЖ. Лечение проводится только при выраженных клинических проявлениях.

При появлении отчетливых симптомов или при сохранении лабораторных признаков гипотиреоза необходимо начать лечение левотироксином.

Левотироксин натрий	внутри 100–150 мкг утром натощак за 30 мин до завтрака 1 р / сут, 6 мес
---------------------	---

Через 6 мес после назначения левотироксина следует сделать попытку его отмены и определить функцию ЩЖ (не менее чем через 4–6 нед после прекращения лечения). При восстановлении функции ЩЖ дальнейшая терапия не рекомендована.

При сохраняющемся гипотиреоза лечение левотироксином следует продолжить, и через 3–6 мес попытаться его отменить. Сохранение гипотиреоза более 6 мес с высокой вероятностью указывает на формирование стойкого манифестного гипотиреоза, что обуславливает необходимость пожизненной терапии левотироксином.

Левотироксин натрий	внутри 25–50 мкг / сут утром за 30 мин до завтрака, с последующим повышением дозы на 25–50 мкг / сут до 100–150 мкг / сут, пожизненно
---------------------	---

**Зоб**

Как правило, транзиторный тиреотоксикоз при послеродовом тиреоидите проходит самостоятельно в течение 3–5 нед, при необходимости могут быть назначены β-блокаторы.

Пропранолол	внутри 20–40 мг 3–4 р / сут, до ликвидации клинических проявлений
-------------	---

**Кандидоз урогенитальный****Кандидоз урогенитальный у беременных**

Лечение проводят только в случае микробиологически подтвержденного урогенитального кандидоза (УК) при наличии клинических признаков вульвовагинита.

Для лечения беременных рекомендуется проводить только **местную терапию** с учетом срока беременности.

Изоконазол	во влагалище 0,6 г (1 свеча), однократно, или 1 % крем нанести на пораженную поверхность 3–5 г на ночь, 7 сут (при грибковом поражении вульвы или кожи в области промежности) или
Сертаконазол Залаин.	влагалищные свечи 0,3 г однократно на ночь, при сохранении симптомов заболевания через 7 дней повторно 0,3 г на ночь
Кетоконазол	во влагалище 400 мг (1 свеча) 1 р/сут на ночь, 5 дней
Клотримазол	во влагалище 0,1 г (1 вагинальная табл.) или 1 % крем 3–5 г на ночь, 7 сут
Миконазол	во влагалище 0,1 г (1 свеча) на ночь, 7 сут

Натамицин	во влагалище 0,1 г (1 свеча) на ночь, 6* сут или 9** сут
Нистатин	во влагалище 250 000 ЕД (1 свеча) на ночь, 14 сут
Нистатин / нифурател	во влагалище 1 свеча на ночь, 8–10 сут
Тернидазол / неомицин / нистатин / преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–10 сут
Эконазол	во влагалище 0,15 г (1 свеча) на ночь, 6 сут или хлоргексидин во влагалище 0,016 мг (1 свеча) 2 р / сут, 7–10 дней

\* Острая форма. \*\* Рецидив хронической формы.

**В I триместре беременности возможно применение только натамицина; кетоконазол (Ливарол), комбинация нистатин / нифурател (Макмирор Комплекс), а также все остальные ЛС можно применять начиная со II триместра беременности.**

При отсутствии эффекта от лечения необходимо провести повторный курс, используя другие ЛС.

Помимо применения противогрибковых ЛС, необходимо проводить профилактику и терапию осложнений беременности (угроза прерывания, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития плода и др.).

Кандидоз урогенитальный

Кандидоз урогенитальный у небеременных

#### **Цели лечения:**

элиминация возбудителя;

устранение факторов, поддерживающих рецидивирующий характер заболевания; лечение сопутствующих заболеваний, утяжеляющих течение УК.

Основное место в фармакотерапии УК принадлежит противогрибковым ЛС, назначать которые необходимо с учетом выявленного вида *Candida* и данных о чувствительности к основным ЛС. Вопрос о необходимости фармакотерапии при бессимптомном носительстве в настоящее время до конца не решен. Возможно назначение противогрибковых ЛС перед предстоящими диагностическими вмешательствами.

**При неосложненном течении УК** возможно проведение эмпирической фармакотерапии, однако выполнение микроскопического и культурального исследований перед началом лечения предпочтительно.

Применяют препараты локального действия.

Бутоконазол	Во влагалище 1 доза из специального аппликатора — однократно
Изоконазол	во влагалище 1 свеча 1 р / сут, 6 сут или кетоканозол во влагалище 400 мг (1 свеча) 1р / сут, 6 сут или Клотримазол во влагалище 200 мг на ночь, 6 сут или 500 мг, однократно
СертаконазолЗалаин.	300 мг во влагалище перед сном, однократно
Кетоконазол	во влагалище 400 мг ( 1 свеча) 1 р/сут на ночь, 5 дней
Метронидазол / миконазол	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут
Миконазол	вагинальные овули, 1200 мг, однократно, или 400 мг 1 р / сут, 3 сут, или 1 свеча на ночь, 7 сут
Натамицин	во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 6–9 сут
Неомицин / полимиксин В / нистатин	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут
Нистатин	во влагалище 250 000 ЕД (1 свеча) на ночь, 14 сут, или 500 000 ЕД (1 свеча) на ночь, 7 сут
Нифурател / нистатин	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут
Омоконазол	во влагалище 150 мг (1 свеча) на ночь, 6 сут, или 300 мг (1 свеча) на ночь, 3 сут, или 900 мг (1 свеча) на ночь, однократно или Повидон-йод во влагалище 200 мг (1 свеча) 2 р / сут, 7 дней или 1 раз перед сном, 14 дней
Тернидазол / неомицин / - нистатин / преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–12 сут
Циклопирокс	во влагалище 1 свеча на ночь, 6 сут
Эконазол	во влагалище 1 свеча на ночь, 6 сут или Хлоргексидин во влагалище 0,016 (1 свеча) 2 р / сут 7–10 дней

Используют также препараты для перорального применения.

Итраконазол внутрь 200 мг 2 р / сут, 3 сут

Флуконазол внутрь 150 мг, однократно

С целью **профилактики рецидивов УК** ЛС для местного применения рекомендовано назначать за 6 дней до менструации или в течение 6 дней после нее, в течение 6 мес.

**При осложненном течении УК** длительность фармакотерапии увеличивается, как правило, в 2 раза. Предпочтение отдается противогрибковым ЛС с максимально широким спектром действия, с целью предотвращения рецидивов лечение продолжается в течение 6 мес.

Итраконазол	внутри 200 мг 1 р / сут, 3 сут, затем 200 мг в 1-й день м. ц., 6 мес
Кетоконазол	во влагалище по 400 мг 1 р/сут 10 дней, затем по 400 мг/ 1 р/сут 5 дней (до или после м. ц.) в течение 6 мес
Ливарол.	
Флуконазол	внутри 150 мг на 1-е и 4-е сут лечения, затем 150 мг в 1-й день м. ц., 6 мес

При подозрении на системные резервуары гриба в ЖКТ:

Натамицин	внутри 100 мг 4 р сут, 5–10 сут или Нистатин внутри 500 000 ЕД 4 р / сут
-----------	--

Киста яичников функциональная в пубертатном периоде

Выжидательная тактика

При обнаружении кисты в эмбриональном или неонатальном периоде необходимо придерживаться выжидательной тактики. Содержимое кисты аспирируют под контролем УЗИ только в тех случаях, когда имеется высокий риск гипоплазии легкого вследствие его сдавления опухолевидным образованием.

В пубертатном периоде динамическое наблюдение за образованием с использованием УЗИ показано на протяжении не более 3 мес.

Хирургическое лечение

Осложненное течение функциональных кист яичников (ФКЯ) практически во всех случаях является показанием к лапароскопии.

**Объем оперативного вмешательства** зависит от степени сохранности яичниковой ткани: при апоплексии показано ушивание разрыва или гемостаз посредством эндокоагуляции; при перекруте яичника:

- при отсутствии некротических изменений — органосохраняющая операция;
- при полном нарушении кровообращения в яичнике и его некрозе — овариэктомия.

Гормональная терапия

Гормональная терапия показана в пубертатном периоде **при подозрении на ФКЯ** или **при персистирующем фолликуле диаметром более 2 см**, а в нейтральном периоде — **при наличии симптомов преждевременного полового развития** (ППР).

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес
---------------	--

Прогестерон	внутри 100 мг 3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес
-------------	---

Отсутствие положительной динамики (уменьшение или исчезновение образования, по данным УЗИ, проводимого на 7–8-й день м. ц. в течение 3 мес) является показанием к оперативному лечению — лапароскопии, энуклеации кисты.

Противовоспалительная терапия

С учетом возможности развития ФКЯ на фоне воспалительного процесса рекомендована также противовоспалительная терапия.

Диклофенак	внутри 0,5–2 мг / кг / сут в 2 приема или в прямую кишку 50 мг (1 свеча) 1 р / сут, 7 сут
------------	---

Индометацин	внутри 1,5–2,5 мг / кг / сут в 3–4 приема, 7 сут (детям старше 12 лет), 7 сут
-------------	---

Нимесулид	внутри 50–100 мг 2 р / сут, 7 сут
-----------	-----------------------------------

Профилактика рецидивов кист

Для предотвращения повторного образования функциональных кист показано восстановление ритма менструаций с учетом нарушения гормонального статуса.

**При недостаточности лютеиновой фазы** м. ц. назначают гестагены.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 11-го по 25-й день м. ц., не менее 6 мес
---------------	--

Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 6 мес
-------------	---

В случае **гипоэстрогении** (снижение функции яичников) показано применение микродозных КПК.

Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., не менее 6 мес
----------------------------	---

Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., не менее 6 мес
---------------------------------	--

В последующем показана **циклическая витаминотерапия** в течение 3 мес.

Аскорбиновая кислота	внутри 0,5 г 2 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (курсы повторяют 2–3 р / год) + Витамин Е внутри 200–400 мг / сут, 3 мес (курсы повторяют 2–3 р / год) + Магния лактат / пиридоксин внутри 1 табл. 2 р / сут, 3 мес (курсы повторяют 2–3 р / год) + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (курсы повторяют 2–3 р / год)
----------------------	---

**При выявлении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза**, провоцирующих рецидивы кист, проводят их лечение.

Киста яичников фолликулярная и киста желтого тела в зрелом возрасте

Кисты нередко исчезают без лечения.

**При неосложненном течении и небольших размерах кист** (менее 4 см в диаметре) при отсутствии нарушений м. ц. возможно наблюдение в течение 3 мес.

**При осложненном течении в остром периоде** рекомендуются:

постельный режим;

холод на низ живота;

в / в введение изотонического раствора натрия хлорида или 5 % р-ра глюкозы.

Оперативное лечение

**Показания к оперативному вмешательству** (лапароскопия или лапаротомия):

гемоперитонеум при разрыве кисты;

перекрут кисты;

уменьшение размеров кисты менее чем в 2 раза через 3 мес после начала фармакотерапии.

Противовоспалительная терапия

**При осложненном течении фолликулярной и кисты желтого тела (КЖТ) в острый период назначают НПВС.**

Ацеклофенак	внутри 100 мг 2–3 р / сут, 2–3 сут
Диклофенак	внутри 100 мг 2–3 р / сут, 2–3 сут, или в / м 75 мг 2–3 р / сут, 2–3 сут, или свечи ректальные 50–100 мг 2–3 р / сут, 2–3 сут
Ибупрофен	внутри 200–600 мг 1–2 р / сут, 2–3 сут
Индометацин	внутри 25 мг 2–4 р / сут, 2–3 сут или свечи ректальные 50–100 мг 2–4 р / сут, 2–3 сут
Кетопрофен	внутри 50 мг 1–3 р / сут, 2–3 сут, или в / м 100 мг 1–3 р / сут, или свечи ректальные 100 мг 3 р / сут, 2–3 сут
Мелоксикам	внутри 7,5–15 мг 1–2 р / сут, 2–3 сут
Мефенамовая кислота	внутри 500 мг 3–4 р / сут, 2–3 сут
Напроксен	внутри 250 мг 1–3 р / сут, 2–3 сут
Пироксикам	внутри 10–20 мг 1–3 р / сут, 2–3 сут или свечи ректальные 10–20 мг 1–3 р / сут, 2–3 сут
Сулиндак	внутри 200 мг 1–2 р / сут, 2–3 сут
Теноксикам	внутри 20 мг 1–3 р / сут, 2–3 сут
Тиапрофеновая кислота	внутри 100–300 мг 1–3 р / сут, 2–3 сут
Фенилбутазон	внутри 200 мг 1–2 р / сут, 2–3 сут
Фенопрофен	внутри 200 мг 1–2 р / сут, 2–3 сут

Гормональная терапия

**После исчезновения боли и нормализации общего состояния** назначают ЛС, направленные на выключение функции яичников. Как правило, 3–6-месячный курс терапии **высокодозированными КПК** эффективен для лечения как фолликулярных кист, так и КЖТ (кроме того, прием этих ЛС снижает риск возникновения таких кист в последующем).

Этинилэстрадиол / - гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол / - левоноргестрел	внутри 50 мкг / 250 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол / - норгестимат	внутри 35 мкг / 250 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол / - норэтистерон	внутри 50 мкг / 1 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес
Этинилэстрадиол / - ципротерон	внутри 35 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем через 7-дневный перерыв в течение 21 дня, 3–6 мес

При **КЖТ** эффективно применение **гестагенов**.

Дидрогестерон	внутри 10–20 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
Левоноргестрел	внутри 30 мкг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
Линестренол	внутри 500 мкг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес

**При тяжелом течении**, не требующем оперативного вмешательства, частых рецидивах кист показано назначение **ЛС, обладающих антигонадотропным действием**.

Бусерелин, спрей	150 мкг в каждую ноздрю 3 р / сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р / нед непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Даназол	внутри 100–200 мг 1 р / сут непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес

Киста яичников фолликулярная и киста желтого тела в зрелом возрасте

**При тяжелом течении**, не требующем оперативного вмешательства, частых рецидивах кист показано назначение ЛС, обладающих антигонадотропным действием.

Бусерелин, спрей	150 мкг в каждую ноздрю 3 р / сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес или
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р / нед непрерывно со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес или
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р/28 сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес или
Даназол	внутри 100–200 мг в сут непрерывно со 2–4-го дня м. ц., 6–8 мес или
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 раз в 28 сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес или
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 раз в 28 сут со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес

**При неосложненных кистах** диаметром более 4 см, нарушениях м. ц. (задержки менструаций или ациклические кровянистые выделения) назначают КПК или гестагены по схемам, приведенным выше (длительность лечения обычно составляет 3 мес).

Контрацепция

Контрацепция гормональная

Комбинированные пероральные контрацептивы

По количеству эстрогенного компонента в составе таблетки их подразделяют на высокодозированные, низкодозированные и микродозированные. К высокодозированным относятся ЛС, содержащие 50 мкг, к низкодозированным — 30–35 мкг, к микродозированным — 20 мкг этинилэстрадиола.

КПК подразделяют также на монофазные и многофазные.

Монофазные КПК — контрацептивы с постоянным на протяжении приема ежедневной дозой эстрогенов и гестагена.

Многофазные КПК — двух- и трехфазные ЛС с переменной дозой эстрогена и гестагена, имитирующие колебания содержания естественных яичниковых гормонов, в течение нормального м.ц.

#### Монофазные КПК:

Этинилэстрадиол / гестаген	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут 21 день, затем 7 дней перерыв или
Этинил / дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, 21 сут, затем перерыв 7 сут или
Этинилэстрадиол / норгестимат	внутри 35 мкг / 250 мкг 1 р / сут, 21 сут, затем перерыв 7 сут
Этинилэстрадиол / гестаген	внутри 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут 21 день, затем 7 дней перерыв
Этинилэстрадиол / - дроспиренон	внутри 20 мкг / 3 мг 1 р/сут, 28 сут, без перерыва

#### Многофазные КПК:

Этинилэстрадиол / левоноргестрел	внутри 30 мкг / 50 мкг 1 р / сут с 1-го по 6 -й день м. ц. + Этинилэстрадиол / левоноргестрел внутри 40 мкг / 75 мкг 1р / сут с 7-го по 11-й день м. ц. Этинилэстрадиол / левоноргестрел внутри 30 мкг / 125 мкг 1р / сут с 12-го по 21-й день м. ц. ± Плацебо внутри 1 табл. 1 р / сут с 22-го по 28-й день м. ц. или Этинилэстрадиол / гестоден внутри 30 мкг / 50 мкг 1 р / сут с 1-го по 6-й день м. ц.+ Этинилэстрадиол / гестоден внутри 40 мкг / 70 мкг 1 р / сут с 7-го по 11-й день м. ц. Этинилэстрадиол / гестоден внутри 50 мкг / 100 мкг 1 р / сут с 12-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или Этинилэстрадиол / дезогестрел внутри 30 мкг / 50 мкг 1 р / сут с 1-го по 6-й день м. ц.+ Этинилэстрадиол / дезогестрел внутри 40 мкг / 75 мкг 1р / сут с 7-го по 12-й день м. ц. Этинилэстрадиол / дезогестрел внутри 30 мкг / 125 мкг 1р / сут с 13-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут
----------------------------------	---

**У женщин с признаками гиперандрогении** (гирсутизм, акне, жирная себорея) при обращении за контрацепцией предпочтительно использовать КПК, в состав которых входят прогестагены, обладающие антиандрогенными свойствами, при этом стоит учитывать более высокие риски ВТЭ при применении антиандрогенных гестагенов в составе КОК. Карева Е.Н. Тромбозы и гестагены // Доктор.Ру. 2019. Т. 7. № 162. С. 57–64. Плавинский С.Л., Баринаева А.Н., Озолина Л.А. Нежелательные последствия использования гормональных средств. Анализ фармакоэпидемиологических исследований и баз спонтанных отчетов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019. Т. 18, № 6. С. 92–99.

Этинилэстрадиол / - диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., или Этинилэстрадиол / хлормадиион ацетат внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., или Этинилэстрадиол / ципротерон внутри 35 мкг / 2 мг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц.
Этинилэстрадиол / - дроспиренон	внутри 30 мкг / 3 мг 1 р / сут, 21-й сут, затем перерыв 7 сут

Чистые прогестагены

Контрацептивная эффективность этих препаратов составляет от 3 до 10 беременностей на 100 женщин в течение 1 года.

«Мини-пили» в качестве метода контрацепции имеют ряд преимуществ:

отсутствие эстрогензависимых побочных реакций;

лучшая переносимость;

возможность применения во время лактации;

менее выраженное по сравнению с КПК системное влияние на организм;

оказывают незначительное влияние на углеводный, жировой, белковый обмен, не влияют на АД;

имеют выраженный лечебный и защитный эффект при дисменорее, воспалительных

заболеваниях органов малого таза, ФКМ, генитальном эндометриозе;

могут применяться у женщин с экстрагенитальной патологией (пороки сердца, сахарный диабет безсосудистых осложнений, варикозное расширение вен, артериальная гипертензия, мигрень);

могут применяться у курящих женщин старше 35 лет.

Дезогестрел внутри	75 мкг 1 р / сут с 1-го дня м. ц. в непрерывном режиме, или Левоноргестрел внутри 30 мкг 1 р / сут с 1-го дня м. ц. в непрерывном режиме, или Линестрел внутри 500 мкг 1 р / сут с 1-го дня м. ц. в непрерывном режиме
-----------------------	--

Инъекционная контрацепция

В настоящее время применяют 2 вида инъекционных стероидных ЛС:

Медروксипрогестерон (депо)	в / м 150 мг 1 раз в 90 сут или Норэтистерон в / м 200 мг 1 раз в 60 сут
-------------------------------	---

Экстренная контрацепция

Наиболее эффективны **2 метода** экстренной контрацепции (ЭК).

Использование ЛС и введение внутриматочного контрацептива (ВМК).

Гормональная экстренная контрацепция. С этой целью используют КПК и чистые прогестагены в первые 24–72 ч после незащищенного полового акта.

КПК:

Этинилэстрадиол / - левоноргестрел	50 мкг / 0,25 мг + Этинилэстрадиол / левоноргестрел 50 мкг / 0,25 мг + Этинилэстрадиол / левоноргестрел 50 мкг / 0,25 мг + Этинилэстрадиол / левоноргестрел 50 мкг / 0,25 мг
---------------------------------------	--

Контрацепция

Чистые прогестагены:

Левоноргестрел	внутри 0,75 мг, затем перерыв 12 ч и повторный прием ЛС в той же дозе или Левоноргестрел внутри 1,5 мг, однократно (предпочтительно в течение 12 ч, но не позднее 72 ч после полового акта)
----------------	---

**Данозол** представляет собой соединение, обладающее способностью подавлять продукцию гонадотропинов, в результате чего происходят торможение овуляции и атрофия эндометрия.

**Данозол** внутри 600 мг, затем перерыв 12 ч и повторный прием ЛС

**Мифепристон** — синтетический антагонист прогестерона, производное норэтистерона.

Мифепристон	внутри 600 мг 1 р / сут, однократно или Мифепристон внутри 200 мг 1 р / сут с 23- го по 27-й день м. ц.
-------------	--

Введение ВМК может быть произведено в течение 5–7 дней после незащищенного полового акта. Учитывая риск развития воспалительных заболеваний гениталий, введение ВМК нецелесообразно применять у молодых нерожавших женщин, при наличии более одного полового партнера, при случайных половых связях.

Следует особо подчеркнуть, что **ЭК — это разовая контрацепция. Ее категорически нельзя использовать постоянно.** В определенных ситуациях ЭК является единственной возможностью предотвращения нежеланной беременности.

Внутриматочная контрацепция

Все ВМК подразделяют на 2 типа:

нейтральные (немедикаментозные);

медикаментозные, содержащие медь и гестагены.

ВМК является оптимальным методом контрацепции для рожавших женщин, имеющих одного полового партнера.

Обследование перед введением ВМК:

сбор анамнеза для исключения противопоказаний;

гинекологическое обследование;

бактериоскопическое исследование отделяемого вагины, цервикального канала и уретры;

ПЦР диагностика ИППП;

ОАК;

ОАМ;

анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В, С;

трансвагинальное УЗИ органов малого таза.

Введение ВМК врач производит:

на 4–8-й день м. ц.;

после кесарева сечения или после родов через 48 ч;



сразу или в течение 4 дней после аборта.

ВМК рекомендуют использовать в течение 3–5 лет. По истечению этого срока ВМК необходимо удалить, и при необходимости заменить на новый.

#### Спермициды

В России зарегистрированы следующие лекарственные формы:

вагинальные суппозитории;

вагинальные таблетки;

вагинальный крем;

вагинальные тампоны;

вагинальные капсулы.

Спермициды на основе бензалкония хлорида обладают выраженным спермицидным и антисептическим действием, не травмируют слизистую оболочку влагалища. Бензалкония хлорид не проникает в кровь и грудное молоко, поэтому может применяться после родов в период грудного вскармливания. Лекарственные формы на основе бензалкония хлорида отличаются временем начала действия, продолжительностью контрацептивного эффекта, наличием люмбрикантного (увлажняющего) эффекта.

Спермициды на основе ноноксинола выпускаются в виде вагинальных суппозиториях.

Преимущества спермицидов:

снижают риск инфекций, передаваемых половым путем;

не оказывают системного действия на организм женщины;

могут использоваться в течение длительного времени;

могут сочетаться с другими барьерными методами;

Ограничения к использованию:

анатомические особенности, затрудняющие введение средства;

острые воспалительные заболевания половых органов;

повышенная чувствительность к компонентам ЛС.

Климактерический период и менопауза

Поскольку большинство заболеваний в климактерическом периоде возникает в результате дефицита половых гормонов, патогенетически обосновано назначение МГТ с целью замещения гормональной функции яичников у женщин, испытывающих дефицит половых гормонов.

Важно достичь таких уровней гормонов в крови, которые бы реально улучшили общее состояние, обеспечили и профилактику поздних обменных нарушений и не вызывали побочных эффектов.

#### Показания к применению МГТ в перименопаузе:

ранняя и преждевременная менопауза (в возрасте моложе 40 лет);

искусственная менопауза (хирургическая, рентгенотерапия);

первичная аменорея;

вторичная аменорея (более 1 года) в репродуктивном возрасте;

ранние вазомоторные симптомы климактерического синдрома в пременопаузе;

урогенитальные расстройства (УГР);

наличие факторов риска развития остеопороза (см. «Остеопороз в постменопаузе»).

В постменопаузе МГТ назначают **с лечебной и профилактической целью**: с лечебной — для коррекции нейровегетативных, косметических, психологических расстройств, УГР; с профилактической — для предотвращения остеопороза.

В настоящее время достоверных данных об эффективности ЗГТ для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний нет.

#### Основные принципы МГТ:

В России применяются только аналоги натуральных эстрогенов (эстрадиол или эстриол) используются лишь аналоги натуральных эстрогенов (эстрадиол, эстриол). Доза эстрогенов небольшая и соответствует таковой в ранней и средней фазе пролиферации у молодых женщин;

обязательное сочетание эстрогенов с гестагенами (при сохраненной матке) предотвращает развитие гиперплазии эндометрия;

все женщины должны быть информированы о возможном влиянии кратковременного и длительного дефицита эстрогенов на организм. Следует также информировать женщин о положительном влиянии МГТ, противопоказаниях и побочных эффектах МГТ;

для обеспечения оптимального клинического эффекта с минимальными побочными реакциями крайне важно определить наиболее приемлемые оптимальные дозы, типы и пути введения гормональных ЛС.

Существуют **три основных режима МГТ**:

монотерапия эстрогенами;

комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в циклическом режиме;

комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в монофазном непрерывном режиме.

С лечебной целью МГТ назначают сроком до трех-четырех лет. При более длительном применении в каждом конкретном случае должны соотноситься эффективность (например,

снижение риска перелома шейки бедренной кости вследствие остеопороза) и безопасность (степень риска развития рака молочной железы) этой терапии.

Необходима оценка пользы и риска врачом, а также обсуждения соотношения риск / польза с пациенткой. При получении МГТ женщины должны проходить обследование каждые 6 мес, включающее: ТВУЗИ, биохимический анализ крови, коагулограмму, осмотр гинеколога.

Маммография показана ежегодно для женщин старше 50 лет и 1 раз в 2 года моложе 50 лет. Данные проведенных в США исследований [WHI и «Изучение Здоровья Медсестер» (Nurses' Health Study)] свидетельствуют, что долгосрочное использование монотерапии эстрогенами в течение 7 и 15 лет соответственно не увеличивает риск развития рака молочных желез у женщин.

Монотерапия эстрогенами

**Монотерапия эстрогенами** рекомендуется женщинам с удаленной маткой.

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, до 5 лет
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, до 5 лет

Эстрогены можно также вводить через кожу.

Эстрадиол, гель	нанести на кожу живота или ягодиц 0,5–1 мг 1 р / сут, постоянно, или пластырь приклеить на кожу 0,05–0,1 мг 1 р / нед, до 5 лет
-----------------	---

**Монотерапия гестагенами** назначают в перименопаузе у женщин с отсутствующими симптомами климактерия, женщинам с миомой матки и аденомиозом, при которых не требуется оперативное лечение, с дисфункциональными маточными кровотечениями.

Дидрогестерон	внутри 10–20 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., до 5 лет
Левоноргестрел, внутриматочная система	ввести в полость матки, однократно
Дезогестрел	внутри 75 мкг 1р / сут 28 дней непрерывно
Медروксипрогестерон	внутри 10 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., до 5 лет
Прогестерон	внутри 100–200 мкг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., или во влагалище 100–200 мкг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день или с 11-го по 25-й день м. ц., до 5 лет

При нерегулярных циклах гестагены можно назначать только с 11-го по 25-й день м. ц. (для его регуляции); при регулярных подходят обе схемы применения ЛС.

Терапия комбинированными двух- или трехфазными эстроген-гестагенными ЛС в циклическом или непрерывном режиме

Такая терапия показана женщинам в перименопаузе с сохраненной маткой.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в циклическом режиме:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут
--------------------	--

\*После окончания курса лечения.

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в непрерывном режиме:

Эстрадиол	внутри 1 или 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 1 или 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
-----------	--

\*После окончания курса лечения.

Климактерический период и менопауза

Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС с пролонгированной эстрогенной фазой в непрерывном режиме:

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо внутри 1 р / сут, 7 сут
--------------------	---

\*После окончания курса лечения.

Применение трехфазных эстроген-гестагенных ЛС в 3 непрерывном режиме:

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 12 сут +* Эстрадиол / норэтистерон внутри 1 или 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут +* Эстрадиол внутри 1 мг 1 р / сут, 6 сут
-----------	--

\* После окончания курса лечения.

Терапия комбинированными монофазными эстроген-гестагенными ЛС в непрерывном режиме Показана женщинам в постменопаузе с сохраненной маткой. Данный режим МГТ рекомендуется также женщинам, перенесшим гистерэктомию по поводу аденомиоза или рака внутренних половых органов (матки, шейки матки, яичников) не ранее чем через 1–2 года после операции (назначение согласуют с онкологами). Показания — тяжелый КС после излечения начальных стадий рака эндометрия и злокачественных опухолей яичников (излеченный рак шейки матки, вульвы и влагалища не считаются противопоказаниями к применению монофазных эстроген-гестагенных ЛС).

Эстрадиол / дидрогестерон	внутри 1мг / 5мг 1 р / сут, постоянно, или 0,5 мг/2,5 мг 1 р/сут, постоянно
Эстрадиола валерат / диеногест	внутри 2 мг / 2 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиола валерат / - медроксипрогестерон	внутри 2 мг / 5 мг 1 р / сут, постоянно или 1 мг / 2,5 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиол / дроспиренон	внутри 1мг / 2мг 1 р / сут постоянно
Эстрадиол / дидрогестерон	внутри 1 мг / 5 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиол / норэтистерон	внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрогены конъюгированные / - медроксипрогестерон	внутри 0,625 мг / 5 мг 1 р / сут, постоянно или 0,625 мг / 2,5 мг 1 р / сут, постоянно

Терапия ЛС с эстрогенным, гестагенным и андрогенным эффектами

**К альтернативным ЛС** у женщин в постменопаузе относят комбинированное эстроген-андрогенное ЛС и тиболон, дающий эстрогенный, гестагенный и андрогенный эффекты.

**Тиболон** внутри 2,5 мг 1 р / сут, постоянно

Показания к применению ЛС с эстрогеноподобным действием в перименопаузе:

ранняя и преждевременная менопауза (37–45 лет);  
искусственная менопауза (хирургическая, рентгенотерапия);  
ранние вазомоторные симптомы КС в перименопаузе;  
урогенитальные расстройства;  
наличие противопоказаний к применению ЗГТ;  
нежелание пациентки по каким-либо причинам использовать МГТ.

**Сагенил** внутри 100 мг 1 р / сут, длительно

Фитотерапия, терапия, гомеопатическими средствами

При противопоказаниях к МГТ или нежелании женщины принимать МГТ возможно назначение растительных (фитогормонов, фитоэстрогенов) и гомеопатических ЛС.

Фитогормоны — вещества растительного происхождения, оказывающие терапевтический эффект благодаря изофлавиновой структуре. Они содержатся в таких растениях, как цимицифуга, мелисса, рапонтицин. Однако в РКИ не показана эффективность фитотерапии. Исследования и метаанализы не показали закономерной эффективности фитотерапии в уменьшении тяжести или частоты приливов или ночной потливости. Терапия препаратами цимицифуги и зверобоя продырявленного была связана с развитием побочных эффектов и взаимодействий с лекарственными препаратами, поэтому должна применяться с осторожностью и с соответствующими медицинскими рекомендациями Baber R.J., Panay N., Fenton A. IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy // Climacteric. 2016. Apr. Vol. 19. N. 2. P. 109–150. doi: 10.3109/13697137.2015.1129166. Epub 2016 Feb 12. PubMed. PMID: 26872610..

Кровотечения маточные

Кровотечения маточные в послеродовом периоде

В случае появления кровяных выделений в послеродовом периоде при наличии признаков полного отделения плаценты с целью ускорения выделения последа показано применение приема Абуладзе или Креде–Лазаревича.

В отсутствие признаков полного отделения плаценты и кровопотери, достигающей 250–300 мл, показано ручное отделение плаценты и выделения последа. После выделения последа вводят сокращающие матку средства, проводят инфузионную терапию и возмещение кровопотери. Показано введение антибиотиков.

При истинном приращении плаценты ручное отделение неэффективно. Необходимо произвести лапаротомию, надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. Возможно сохранение матки при частичной ее резекции и наложении гемостатических швов.

**Общие принципы ведения родов:**

коррекция гемодинамических нарушений;  
устранение источника кровотечения путем введения внутриматочного баллона, ампутации или экстирпации матки;  
купирование коагулопатии (кровотечения);  
заместительная терапия факторами свертывания крови и их ингибиторами.

**Профилактика кровотечений** в послеродовом и раннем послеродовом периодах включает в себя:

своевременное лечение воспалительных заболеваний, борьбу с искусственными абортами и невынашиванием;  
рациональное ведение беременности, профилактику гестозов и осложнений беременности;  
правильную оценку акушерской ситуации в родах, оптимальную регуляцию родовой деятельности, обезболивание родов и своевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении;  
рациональное ведение послеродового и раннего послеродового периодов, профилактическое введение медикаментозных средств, вызывающих сокращение матки, в конце периода

изгнания, в последовом и раннем послеродовом периодах;  
 введение внутриматочного баллона;  
 после рождения ребенка обязательными являются опорожнение мочевого пузыря, лед на нижние отделы живота после рождения последа, периодический наружный массаж матки, тщательный учет теряемой крови и оценка общего состояния родильницы. Лечение должно быть комплексным и заключаться в остановке кровотечения, возмещении кровопотери и терапии ее последствий, коррекции гемостаза, профилактике гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде.

Терапия утеротоническими средствами

Динопрост	в / в капельно 1 мл (5 мг) (в 500 мл 5 % р-ра декстрозы или 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно + Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / в 1 мл, однократно + Окситоцин в / в капельно 1 мл (5 ЕД) (в 500 мл 5 % р-ра декстрозы или 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно
-----------	---

Гемостатическая и кровезамещающая терапия

Альбумин, 5 % р-р	в / в капельно 200–400 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Аминометилбензойная кислота в / в 50–100 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Апротинин в / в капельно 50 000–100 000 ЕД до 5 р / сут или 25 000 ЕД 3 р / сут (в зависимости от конкретного ПС), длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал, 6 или 10 % р-р, в / в капельно 500 мл 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000 в / в капельно 400 мл 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Кальция глюконат, 10 % р-р, в / в 10 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Плазма бесцитратная в / в 250 мл 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Транексамовая кислота в / в 500 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Этамзилат, 0,125 % р-р, в / в 2–4 мл 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	---

По показаниям применяют эритроцитарную и тромбоцитарную массу.

Гемостатическую терапию проводят до остановки кровотечения.

Антибактериальная терапия

Для профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений назначают

**антибактериальные ЛС.**

Амоксициллин / клавулановая кислота	в / м 1,0 г / 0,2 г 3 р / сут, 7 сут
Ампициллин	в / м 0,25–0,5 г 4 р / сут, 7 сут
Ампициллин / оксациллин	в / м 1 г 4 р / сут, 7 сут
Гентамицин	в / м 80 мг 2 р / сут, 7 сут
Линкомицин	в / м 0,6 г 2 р / сут, 7 сут
Метронидазол, 0,5% р-р	в / в капельно 100 мл 2 р / сут, 7 сут
Цефазолин	в / м 1 г 3–4 р / сут, 7 сут

Противоанемическая терапия

Железа (III) гидроксид полимальтозат	внутри 1 табл. 2 р / сут или в / м 2 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в / в 100 мкг / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Железа сульфат / - аскорбиновая кислота	внутри 0,05 г (в пересчете на железо) 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в / в 100 мкг / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Кровотечения маточные

Кровотечения маточные в раннем послеродовом периоде

**При задержке в матке частей плаценты** показано их удаление.

**При коагулопатиях** показана их коррекция в зависимости от имеющихся изменений.

**При нарушении сократительной способности матки в раннем послеродовом периоде** при кровопотере, превышающей 0,5 % массы тела (350–400 мл), должны быть использованы все средства борьбы с этой патологией:

опорожнение мочевого пузыря мягким катетером;

наружный массаж матки;

применение холода на нижние отделы живота;

использование средств, усиливающих сокращение миометрия;

введение внутриматочного баллона;

ручное обследование стенок полости послеродовой матки;

клеммы на параметрий по Бакшееву;

при неэффективности проведенных мероприятий обоснованы лапаротомия и экстирпация матки.

При продолжающемся кровотечении показана эмболизация сосудов малого таза или перевязка внутренних подвздошных артерий.

Большое значение при лечении гипотонического кровотечения имеют своевременно начатая инфузионная терапия и возмещение кровопотери, применение препаратов, улучшающих реологические свойства крови и микроциркуляцию, предупреждающих развитие геморрагического шока и коагулопатических нарушений.

Терапия утеротоническими средствами

Динопрост	в / в капельно 1 мл (5 мг) (в 500 мл 5 % р-ра декстрозы или 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно + Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / в 1 мл, однократно + Окситоцин в / в капельно 1 мл (5 ЕД) (в 500 мл 5 % р-ра декстрозы или 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно
-----------	---

Гемостатическая и кровезамещающая терапия

Альбумин, 5% р-р	в / в капельно 200–400 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Аминотетилбензойная кислота в / в 50–100 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Апротинин в / в капельно 50 000–100 000 ЕД до 5 р / сут или 25 000 ЕД 3 р / сут (в зависимости от конкретного ЛС), длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал, 6 % или 10 % р-р, в / в капельно 500 мл 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000 в / в капельно 400 мл 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Кальция глюконат, 10 % р-р, в / в 10 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Плазма бесцитратная в / в 250 мл 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Транексамовая кислота в / в 500 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Этамзилат, 0,125 % р-р, в / в 2–4 мл 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
------------------	---

По показаниям применяют эритроцитарную и тромбоцитарную массу.

Гемостатическую терапию проводят до остановки кровотечения.

Противоанемическая терапия

Железа (III) гидроксид и полимальтозат	внутри 1 табл. 2 р / сут или в / м 2 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в / в 100 мкг / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Железа сульфат / - аскорбиновая кислота	внутри 0,05 г (в пересчете на железо) 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Фолиевая кислота внутри 0,5–1 мг 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально + Цианокобаламин в / в 100 мкг / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Кровотечения маточные

Кровотечения маточные в пубертатном периоде

Основные задачи лечения маточных кровотечений в пубертатном периоде (МКПП):

остановка кровотечения;

регуляция менструального цикла;

коррекция нарушений физического и психического состояния.

Тактика лечения определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

I этап лечения

**I этап лечения** — остановка маточного кровотечения. Выбор метода гемостаза определяется общим состоянием пациентки и выраженностью кровопотери.

Гемостатическая терапия

Лечение начинают **с симптоматической гемостатической терапии**.

Аминокaproновая кислота	внутри 5 г, однократно, затем 1 г каждый час в течение не более 8 ч ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / м 0,5 мл 2 р / сут, 3–4 сут или Окситоцин в / м 5 МЕ 2 р / сут, 3–4 сут
Апротинин	в / в 100 000 ЕД каждые 2–3 ч, по мере улучшения состояния дозу постепенно уменьшают до 300 000–500 000 ЕД / сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / м 0,5 мл 2 р / сут, 3–4 сут или Окситоцин в / м 5 МЕ 2 р / сут, 3–4 сут
Кальция хлорид, 10 % р-р	в / в 10 мл 1–2 р / сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / м 0,5 мл 2 р / сут, 3–4 сут или Окситоцин в / м 5 МЕ 2 р / сут, 3–4 сут
Менадиона натрия бисульфит	внутри 15 мг 1 р / сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / м 0,5 мл 2 р / сут, 3–4 сут или Окситоцин в / м 5 МЕ 2 р / сут, 3–4 сут
Транексамовая кислота	внутри 1–1,5 г 3–4 р / сут или в / в 5 мл 2–4 р / сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / м 0,5 мл 2 р / сут, 3–4 сут или Окситоцин в / м 5 МЕ 2 р / сут, 3–4 сут
Этамзилат	внутри 500 мг 4 р / сут или в / м 2 мл 2 р / сут, 3–4 сут ± Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / м 0,5 мл 2 р / сут, 3–4 сут или Окситоцин в / м 5 МЕ 2 р / сут,

3–4 сут

Метилэргометрин можно назначать в сочетании с этамзилатом, однако при наличии или при подозрении на наличие полипа эндометрия либо миомы от назначения метилэргометрила лучше воздержаться из-за возможности усиления кровяных выделений и возникновения болей внизу живота.

#### Физиотерапия

Помимо фармакотерапии применяют немедикаментозные методы воздействия.

Могут быть использованы следующие **физиотерапевтические методики**:

гальванизация синокаротидной зоны;

вибрационный массаж паравертебральных зон;

эндоназальная гальванизация;

эндоназальный электрофорез ионов кальция.

#### Гормональная терапия

##### Показания к гормональному гемостазу:

отсутствие эффекта от симптоматической терапии;

тяжелая анемия на фоне длительного кровотечения;

рецидивирующие кровотечения при отсутствии органических заболеваний матки.

Гормональную терапию назначают по следующим схемам:

Эстрадиол	внутри 2 мг 2 р / сут, до остановки кровотечения, затем 2 мг 1 р / сут, общая длительность терапии 21 сут + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут или Прогестерон внутри 100 мг 3 р / сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 2 р / сут, до остановки кровотечения, затем 2 мг 1 р / сут, общая длительность терапии 21 сут + Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут или Прогестерон внутри 100 мг 3 р / сут, с 16-го дня приема эстрогенов, 10 сут
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг по 1 / 2 табл. каждые 4 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. / сут до 1 табл. / сут, общая длительность терапии 21 сут
Этинилэстрадиол / - левоноргестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг по 1 / 2 табл. каждые 4 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. / сут до 1 табл. / сут, общая длительность терапии 21 сут

#### Терапия препаратами железа

При выраженной анемии назначаются **препараты железа**.

Железа глюконат / марганца глюконат / меди глюконат, р-р	внутри 100–200 мг / сут (по железу) в 2–4 приема (взрослым); 5–7 мг / кг / сут в 2–4 приема (подросткам)
Железа сульфат* / аскорбиновая кислота	внутри 100 мг / 60 мг 2 р / сут, или 80 мг / 30 мг 1–2 р / сут, или 50 мг / 30 мг 1–2 р / сут, 8 нед после нормализации уровня гемоглобина

\* Во всех препаратах доза железа сульфата приведена при перерасчете на  $\text{Fe}^{2+}$ .

Критерием эффективности проводимого лечения препаратами железа служит появление ретикулярного криза (повышение числа ретикулоцитов по сравнению с исходным уровнем) с последующим увеличением уровня гемоглобина. В этом случае терапию продолжают в суточной дозе до полной нормализации уровня гемоглобина. После этого лечение проводят еще не менее 8 нед, сократив суточную дозу препарата до разовой, что позволит удовлетворить потребности роста организма и пополнить запасы железа.

В тех случаях, когда прием препаратов железа не сопровождается ретикулярным кризом и увеличением уровня гемоглобина, лечение прекращают. Необходимо помнить, что при остром воспалительном процессе у подростков железо практически не усваивается и накапливается в очаге воспаления, а не расходуется на синтез гемоглобина.

#### Кровотечения маточные

##### Хирургическое лечение

При неэффективности гормональной терапии, рецидивирующих и анемизирующих кровотечениях с целью гемостаза и диагностики патологических состояний эндометрия показано **выскабливание слизистой оболочки тела матки под контролем гистероскопии**.

#### Противомикробная терапия

На I этапе лечения одновременно с гемостатической терапией могут быть назначены

##### противомикробные ЛС.

##### Показания к антибактериальной терапии:

рецидивирующие или длительные (более 2 мес) анемизирующие кровотечения;

выявление патогенной (условно-патогенной) микрофлоры (в количествах, превышающих нормальный уровень) после отдельного диагностического выскабливания.

Антибактериальная терапия должна проводиться с учетом чувствительности флоры влагалища или цервикального канала к антибиотикам, одновременно для профилактики дисбактериоза назначают **противогрибковые ЛС**.

Амоксициллин / - клавулановая кислота	внутри 625 мг 3 р / сут, 7 сут + Метронидазол в / в 500 мг 1 р / сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р / сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Джозамицин	внутри 500 мг 2 р / сут, 7–10 сут + Метронидазол в / в 500 мг 1 р / сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р / сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Офлоксацин	внутри 200 мг 2 р / сут, 7–10 сут + Метронидазол в / в 500 мг 1 р / сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р / сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р / сут, 7–10 сут + Метронидазол в / в 500 мг 1 р / сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р / сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
Цефтриаксон	в / м 1 г 2 р / сут, 5 сут + Метронидазол в / в 500 мг 1 р / сут, 3 сут + Кетоконазол внутри 200 мг 2 р / сут, 7–14 сут, или Флуконазол внутри 150 мг, однократно

II этап лечения

**II этап лечения МКПП** включает терапию, направленную на регуляцию м. ц. и профилактику рецидива кровотечения, коррекцию нарушений физического и психического состояния: коррекцию пищевого поведения (калорийное и разнообразное питание с достаточным количеством животного белка);

соблюдение режима труда и отдыха, закаливание;

коррекцию осанки (при необходимости);

немедикаментозную противорецидивную терапию:

иглорефлексотерапию;

магнитотерапию;

электропунктуру;

санацию очагов инфекции;

витаминотерапию;

гормональную терапию;

терапию, направленную на улучшение функции центральной нервной системы.

Витаминотерапия

Витаминотерапия проводится циклически.

Аскорбиновая кислота	внутри 0,5 г 2 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (2–3 курса в год) + Витамин Е внутри 200–400 мг / сут, 3 мес (2–3 курса в год) + Магния лактат / пиридоксин внутри 1 табл. 2 р / сут, 3 мес (2–3 курса в год) + Фолиевая кислота внутри 1 мг 3 р / сут, 10–15 сут в предполагаемую 2-ю фазу м. ц., 3 мес (2–3 курса в год)
-------------------------	---

Гормональная терапия

Выбор метода **гормональной терапии** диктуется степенью эстрогенной насыщенности организма.

**При гипоестрогенных МКПП** назначаются ЛС, содержащие натуральные эстрогены.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 15-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес

**При нормальном или повышенном содержании эстрадиола** в сыворотке крови ЛС выбора являются гестагены или КПК.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2–3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
Этинилэстрадиол / дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
Этинилэстрадиол / - левоноргестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес

Через 3 мес приема низкодозных КПК возможно назначение микродозных КПК.

Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес

Терапия, направленная на улучшение функции ЦНС

Одновременно с витаминотерапией и гормональной терапией используют ЛС, улучшающие функциональное состояние ЦНС.

Глутаминовая кислота	внутрь 0,5 г 2 р / сут, 3 мес (2–3 курса в год) + Ацетиламиноянтарная кислота внутрь 10 мл 1 р / сут, 1 мес (2–3 курса в год,) или Винпоцетин внутрь 5 мг 3 р / сут, 1–2 мес, или Глицин внутрь 50–100 мг 2–3 р / сут, 1–2 мес, или Пентоксифиллин внутрь 10 мг / кг / сут в 3 приема, 1–2 мес, или Пирацетам внутрь 50–100 мг 1–2 р / сут, 2–3 нед— 2 мес, или Циннаризин внутрь 6,25–12,5 мг 1–2 р / сут, 1–2 мес + Карбамазепин внутрь 100 мг 2 р / сут, 2–4 нед, или Фенитоин внутрь 117–234 мг (1 / 2–1 таблетка) 1–2 р / сут, 3–6 мес
----------------------	---

Лимфогранулематоз у беременных

В настоящее время существует **три метода лечения лимфогранулематоза** — химиотерапия, лучевая терапия и комбинированное лечение.

До недавнего времени выявление лимфогранулематоза во время беременности считалось абсолютным показанием к ее прерыванию вне зависимости от срока.

Однако в последнее десятилетие были опубликованы результаты нескольких исследований, показавших возможность лечения этого заболевания во время беременности с использованием химиопрепаратов, не проникающих через плацентарный барьер и не оказывающих выраженного мутагенного воздействия.

Тактика ведения беременных с впервые диагностированным лимфогранулематозом или его рецидивом зависит от срока беременности и особенностей клинического течения заболевания: при выявлении лимфогранулематоза **в I триместре** целесообразно прерывание беременности; **во II триместре** (если женщина настаивает на сохранении беременности) необходимо

проведение химиотерапии. Прервать лечение следует за 3 нед до планируемых родов, чтобы избежать миелосупрессивного влияния лечения на кроветворную систему ребенка;

**в III триместре** при хорошем самочувствии беременной и отсутствии симптомов интоксикации, быстрого прогрессирования болезни и синдрома сдавления верхней полой вены предпочтительны и возможны выжидательная тактика и донашивание беременности до сроков, близких к срокам родов. Однако сразу после родов необходимо прерывать лактацию и начать лечение. В настоящее время большинство авторов считают возможным проводить химиотерапию и в последнем триместре беременности.

Отдельные клиники при I или II стадиях заболевания и при поражении только шейно-надключичных лимфатических узлов применяют лучевую терапию.

Для лечения лимфогранулематоза во время беременности наиболее целесообразно применять следующую схему **полихимиотерапии**:

Блеомицин	в / в капельно 10 мг / м <sup>2</sup> в 1-й и 14-й день + Винбластин в / в капельно 6 мг / м <sup>2</sup> в 1-й и 14-й день + Дакарбазин в / в струйно 375 мг / м <sup>2</sup> в 1-й и 14-й день + Доксорубицин в / в капельно 25 мг / м <sup>2</sup> в 1-й и 14-й день
-----------	---

Препараты блеомицин, доксорубицин, винбластин относятся к категории D.

При I и ПА стадиях с благоприятным прогнозом необходимо использование не менее четырех курсов химиотерапии, при остальных стадиях — не менее шести курсов.

Повторный курс проводят через 2 нед.

Меноррагии

**Терапия меноррагии всегда включает два этапа:**

первый этап — остановка маточного кровотечения;

второй этап — лечение выявленной патологии (медикаментозное или хирургическое) с целью профилактики рецидивов кровотечения.

Выбор метода лечения на этих этапах зависит от причины, приведшей к меноррагии.

**Методы остановки маточного кровотечения:**

симптоматическая гемостатическая терапия или гормональный гемостаз — при дисфункциональных меноррагиях;

лечение основного заболевания (помимо консервативной гемостатической терапии) при экстрагенитальной патологии;

— гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки, резектоскопия или гистерэктомия — при наличии внутриматочной патологии;

— оперативное лечение — часто при осложненной маточной и внематочной беременности;

— эмболизация или склерозирование маточных сосудов — при их аномалиях.

При дисфункциональных меноррагиях лечение начинают **с симптоматической гемостатической терапии**.

**Применяют ЛС следующих групп:**

нестероидные противовоспалительные средства (НПВС);

ингибиторы фибринолиза;

ЛС, оказывающие ангиопротективное действие и улучшающие микроциркуляцию.

Наиболее рационально комплексное использование ЛС всех трех групп.



## Терапия НПВС

Применение НПВС способствует уменьшению менструальной кровопотери и выраженности альгодисменореи.

Диклофенак	внутри 50 мг 2 р / сут, до остановки кровотечения
Мефенамовая кислота	внутри 0,5 г 3 р / сут, до остановки кровотечения
Напроксен	внутри 0,5 г 3 р / сут, до остановки кровотечения
Флурбипрофен	внутри 50 мг 4 р / сут, до остановки кровотечения

## Терапия ингибиторами фибринолиза

Применение ингибиторов фибринолиза приводит к выраженному уменьшению кровопотери, повышению уровня гемоглобина крови.

Аминокапроновая кислота	внутри 4–8 г / сут, до остановки кровотечения
Аминотетилбензойная кислота	внутри 750 мг / сут, до остановки кровотечения
Транексамовая кислота	внутри 3–6 г / сут, до остановки кровотечения

Терапия ЛС, оказывающими ангиопротективное действие и улучшающими микроциркуляцию. Данные ЛС применяют в комплексе с другими ЛС, оказывающими гемостатическое действие.

Этамзилат	внутри 0,25–0,5 г 4 р / сут, до остановки кровотечения
-----------	--

## Гормональная терапия

При отсутствии эффекта от негормональной гемостатической терапии в течение трех дней с момента ее начала с целью остановки кровотечения проводят **гормональный гемостаз**.

Медروкси-прогестерон	внутри 10 мг каждые 6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 10 мг 1 р / сут, 14–21 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Дидрогестерон внутри 10 мг 1 р / сут, 10–14 сут или Медроксипрогестерон внутри 10 мг 1 р / сут, 10–14 сут
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 0,625 мг 1 р / сут или в / в 20–25 мг, затем внутри по схеме, описанной выше, 14 сут +* Дидрогестерон внутри 10 мг 1 р / сут, 10–14 сут или Медроксипрогестерон внутри 10 мг 1 р / сут, 10–14 сут
Этинилэстрадиол / -гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут, 21 сут
Этинилэстрадиол / -дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, 21 сут
Этинилэстрадиол / -диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, 21 сут
Этинилэстрадиол / -циротерон	внутри 35 мкг / 2 мг каждые 4–6 ч, до остановки кровотечения, затем снижение дозы по 1 / 2 табл. в день до 35 мкг / 2 мг 1 р / сут, 21 сут

\* После окончания курса лечения.

**Примечание:** при анемии назначение «чистых» гестагенов с целью гемостаза не рекомендуется.

При выборе схемы лечения предпочтение отдают КПК.

При тяжелых меноррагиях целесообразно «выключение» менструации путем введения внутриматочной релизинг-системы с левоноргестрелом, назначения ЛС с антигонадотропным действием или агонистов ГнРГ.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р / сут, 6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 1 р / нед, 6 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Даназол	внутри 200 мг 2–3 р / сут, 6 мес
Левоноргестрел, внутриматочная система	ввести в полость матки на 3–5-й день м. ц., однократно
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес

## Меноррагии

При отсутствии эффекта от гормонотерапии показано хирургическое лечение — абляция эндометрия или гистерэктомия.

Профилактика рецидива меноррагий

**После остановки кровотечения** при дисфункциональных меноррагиях с целью профилактики их рецидива можно применять КПК или гестагены.

Длительность терапии определяется ее эффективностью и заинтересованностью женщины в беременности и может варьировать от 3 до 12 мес и более.

**Профилактическая терапия КПК:**

Этинилэстрадиол / - гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7-дневный перерыв, далее в течение 21 дня 3–12 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7-дневный перерыв, далее в течение 21 дня, 3–12 мес
Этинилэстрадиол / - диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7-дневный перерыв, далее в течение 21 дня, 3–12 мес
Этинилэстрадиол / - ципротерон	внутри 35 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем 7-дневный перерыв, далее в течение 21 дня, 3–12 мес

#### Профилактическая терапия гестагенами:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес
Медروксипрогестерон	внутри 10 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес
Норэтистерон	внутри 5 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес
Прогестерон	внутри 200–300 мг / сут в 2–3 приема, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–12 мес

В дни менструации можно проводить негормональную гемостатическую терапию по схемам, указанным выше. Длительность ее может варьировать от 3 до 12 мес и более.

Микоплазмоз урогенитальный

Микоплазмоз урогенитальный у беременных

**Комплексное лечение** урогенитального микоплазмоза (УГМ) у беременных включает: этиотропную терапию;

назначение иммуномодулирующих ЛС;

коррекцию нарушений в системе «мать–плацента–плод».

Противомикробная (этиотропная) терапия

#### Показания к этиотропной терапии:

клинические проявления инфекционно-воспалительного процесса в урогенитальном тракте; получение положительных результатов бактериологического исследования (обсемененность  $\geq 10^6$  КОЕ / мл);

наличие признаков внутриутробного инфицирования плода.

Применение противомикробных ЛС рекомендовано со II триместра беременности (не ранее 16–18-й недели беременности).

Джозамицин	внутри 0,5 г 3 р / сут, 7–10 сут
Спирамицин	внутри 3 000 000 ЕД 3 р / сут, 7–10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 7–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 1 г, однократно или 0,5 г 1 р / сут, 3 сут
Эритромицин	внутри 0,25 г 4 р / сут, 14 сут

Так как УГМ чаще всего является ассоциированной инфекцией, наряду с перечисленными в схему лечения необходимо включить **ЛС, активные в отношении анаэробов, и противогрибковые средства.**

Метронидазол	внутри 2 г, однократно или 0,5 г 2 р / сут, 7 сут + Изоконазол во влагалище 0,6 г (1 свеча), однократно, или Клотримазол во влагалище 100 мг (1 вагинальная табл.) на ночь, 7 сут, или Натамицин во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 3–6 сут
Орнидазол	внутри 1,5 г, однократно + Изоконазол во влагалище 0,6 г (1 свеча), однократно, или Клотримазол во влагалище 100 мг (1 вагинальная табл.) на ночь, 7 сут, или Натамицин во влагалище 100 мг (1 свеча) на ночь, 3–6 сут
Тернидазол / неомицин / нистатин / - преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–10 сут

Восстановление микрофлоры влагалища

После проведения антибактериальной терапии с целью восстановления микроценоза влагалища рекомендуется назначение **ЛС, восстанавливающих микрофлору влагалища.**

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут
Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут

Иммунотерапия

При необходимости проводят **коррекцию нарушений иммунного и интерферонового статуса.**

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25 г / кг 1 р / 2 сут, всего 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)
------------------------------------	--

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
--------------------	--

Интерферон-альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 10 сут
Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3–5 драже 3 р / сут, 2 нед– 2 мес
Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес

Микоплазмоз уrogenитальный

Микоплазмоз уrogenитальный у небеременных

**Критериями для назначения этиотропной терапии** при выявлении уrogenитального микоплазмоза (УГМ) следует считать:

клинические проявления воспалительного процесса уrogenитального тракта;

предстоящие оперативные или инвазивные вмешательства (роды, аборт, введение ВМС и т. д.);

бесплодие, если все другие причины устранены;

беременность с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши, преждевременные роды, мертворождение, перинатальная патология) и осложненным течением данной беременности.

При выявлении уrogenитальных микоплазм в низких титрах (менее  $10^4$  КОЕ / мл) и отсутствии клинических проявлений патологического процесса возможно рассматривать наличие микоплазм как носительство, при этом антибактериальная терапия не требуется.

Противомикробная терапия

Представители семейства Mycoplasmataceae чувствительны к противомикробным ЛС следующих фармацевтических групп:

тетрациклины;

макролиды;

линкозамиды;

аминогликозиды;

фторхинолоны.

С учетом этого для лечения уrogenитального микоплазмоза назначают:

Азитромицин	внутри 0,25 мг 1 р / сут, 6 сут
Гентамицин	в / м 80 мг г 3 р / сут, 7 сут
Джозамицин	внутри 500 мг 2 р / сут, 10 сут
Доксициклин	внутри 0,1 г 2 р / сут, 10 сут
Кларитромицин	внутри 0,25 мг 2 р / сут, 10 сут
Метациклин	внутри 0,3 г 4 р / сут, 10 сут
Мидекамицин	внутри 0,4 г 3 р / сут, 10 сут
Офлоксацин	внутри 0,2–0,4 г 2 р / сут, 10 сут
Рокситромицин	внутри 0,15 г 2 р / сут, 10 сут
Тетрациклин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 10 сут

Учитывая частое сочетание УГМ с инфекцией, вызванной бактероидами, анаэробами и грибами, в схемы антибактериальной терапии должны быть включены метронидазол и противогрибковые ЛС.

Метронидазол	внутри 0,25 г 3 р / сут, 10 сут + Итраконазол внутри 100 мг 2 р / сут, 5–10 сут или Флуконазол внутри 150 мг, однократно
--------------	--

Энзимная терапия

Антибактериальную терапию целесообразно проводить на фоне применения протеолитических ферментных препаратов или системных энзимов, потенцирующих действие антибиотиков.

Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 1–5 драже 3 р / сут, 2 нед–2 мес
Химотрипсин	в / м 2,5 мг 1 р / сут. Перед непосредственным использованием растворяют 5 мг в 1–2 мл физиологического раствора или 0,5–2 % раствора прокаина, 10 сут

**Примечание:** при введении химотрипсина обязательное участие врача!

Миома матки

**Миома матки (ММ)** — это доброкачественная, моноклональная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток тела и шейки матки. Существует несколько определений этой доброкачественной опухоли матки — «миома», «фиброма», «фибромиома», «лейомиома».

Факторами риска ММ, предрасполагающими ее развитие, является наличие генетической предрасположенности к миоме матки (косвенно подтверждается этническим и семейным

характером заболевания), также стоит отметить, что нерожавшие женщины подвержены большому риску заболеваемости.

К методам лечения данного заболевания относят медикаментозное и хирургическое.

#### Медикаментозное лечение

Цель медикаментозной терапии — купирование симптомов, для того чтобы улучшить результаты операции, предотвратить операцию и рецидив. Медикаментозная терапия возможна при отсутствии показаний и/или наличии противопоказаний к оперативному лечению при ММ. Возможна медикаментозная терапия при предоперационной подготовке. Предоперационное воздействие на эндометрий предполагает уменьшение кровоснабжения слизистой и/или подслизистых узлов миомы (соответственно уменьшение толщины эндометрия и/или объема подслизистых опухолей), что способствует решению одновременно нескольких задач:

уменьшение объема интраоперационной кровопотери;

снижение длительности операции;

улучшение качества визуализации эндометрия и стенок полости матки;

уменьшение потребления жидких сред растяжения полости матки и, следовательно, риск развития гипонатриемии

#### Гормональная терапия

В качестве медикаментозной терапии миомы матки используют улипристал (селективный модулятор рецепторов прогестерона) для предоперационной терапии умеренных и тяжелых симптомов лейомиомы матки (прежде всего маточных кровотечений) и в качестве монотерапии. Монотерапия улипристалом в некоторых случаях может предотвратить необходимость операции.

Улипристала ацетат	внутри 5 мг 1 раз в сутки в течение 3 мес. Допускается повторное проведение терапии. Длительность не более 4 курсов
--------------------	---

Применяют агонисты ГнРГ, которые служат эффективным средством для предоперационного лечения пациенток с симптомной ММ, необходимым для уменьшения размеров миомы в целях облегчения выполнения оперативного вмешательства эндоскопическим или трансвагинальным путем и восстановления уровня гемоглобина. Предоперационная терапия в течение 3 мес.

Даназол	внутри в качестве предоперационной подготовки — 300–400 мг/сут за 1–2 мес до операции
Бусерелин	внутримышечно в дозе 4,2 мг однократно каждые 4 нед. Лечение начинают в первые 5 дней менструального цикла. Продолжительность терапии: перед операцией — 3 мес, в остальных случаях — 6 мес
Гозерелин	в комбинации с антианемическими средствами в течение 3 мес (не более) перед оперативным вмешательством

Прогестагены используют для уменьшения объема аномальных маточных кровотечений и повышения уровня гемоглобина, а также для профилактики гиперпластических процессов эндометрия, сопряженных с ММ. Прогестагены не оказывают влияния на стабилизацию или уменьшение роста миоматозных узлов, но их используют на протяжении непродолжительного времени. Эффективность лечения перорально назначаемых прогестагенов зависит от режима их 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%. Возможно использование мифепристона 50 мг (антигестаген) в качестве медикаментозной терапии ММ в течение 3 мес для торможения роста опухоли и уменьшения размеров миоматозных узлов.

Мифепристон	внутри 1 таблетка 50 мг 1 раз в сутки в течение 3 мес
-------------	---

#### Негормональная терапия

В качестве негормональных препаратов 1-й линии при аномальных маточных кровотечениях применяют антифибринолитики, в частности транексамовую кислоту — транексам.

Транексамовая кислота	оптимальная суточная доза 3,9–4,0 г/сут, до 5 дней
-----------------------	--

Использовать НПВС при дисменорее у пациенток с миММ.

Диклофенак	внутри. Взрослым назначают в начальной суточной дозе 100–150 мг. Суточная доза обычно распределяется на 2–3 приема
Ибупрофен	Внутри взрослым в таблетках по 200 мг 3–4 раза в сутки. Курс приема не более 5 дней
Кетопрофен	Внутри. Обычно препарат назначают по 1 таблетке 2 раза в день

#### Хирургическое лечение

Показания к хирургическому лечению:

обильные менструальные кровотечения, приводящие к возникновению анемии; хроническая тазовая боль, значительно снижающая качество жизни;

нарушение нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов (прямая кишка, мочевого пузыря, мочеточники);

большой размер опухоли (более 12 нед беременной матки);  
 быстрый рост опухоли (увеличение более чем на 4 нед беременности в течение 1 года);  
 рост опухоли в постменопаузе;  
 подслизистое расположение узла миомы; межсвязочное и низкое (шеечное и перешеечное)  
 расположение узлов миомы;  
 нарушение репродуктивной функции;  
 бесплодие при отсутствии других причин.

#### Гистерэктомия

Единственным, приводящим к полному излечению (радикальным) способом хирургического лечения является операция в объеме тотальной гистерэктомии — экстирпация матки. Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки) не является полностью радикальным вмешательством, но ее можно выполнять после подтверждения состояния шейки матки (кольпоскопия, биопсия при показаниях). При сочетании с аденомиозом, учитывая отсутствие четкой границы заболевания, надвлагалищная ампутация не рекомендуется, так как возможно неполное удаление указанных выше патологических процессов, что в дальнейшем может быть причиной еще одной более сложной операции (удаление культи шейки матки и других тазовых органов — дистального отдела мочеточника).

#### Миома матки

При гистерэктомии, учитывая высокий удельный вес патологических процессов в маточных трубах и их роль в развитии рака яичника, необходимо оценить состояние маточных труб и ставить вопрос об удалении. Однако надо иметь в виду возможность снижения функции яичников в связи с нарушением их кровоснабжения.

#### Миомэктомия

Показанием к миомэктомии является бесплодие или невынашивание беременности при отсутствии каких-либо других причин кроме ММ, а также желание пациентки сохранить матку. Имеются сведения об улучшении результатов вспомогательных репродуктивных технологий после миомэктомии у женщин с неуточненным бесплодием.

#### Эмболизация маточных артерий

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является альтернативой хирургическому лечению ММ для остановки кровотечения при неоперабельных злокачественных новообразованиях и для предоперационной деваскуляризации сосудистых опухолей и артериовенозных аномалий в целях облегчения их удаления и уменьшения кровопотери.

#### Фокусированная ультразвуковая абляция

Метод неинвазивной деструкции тканей высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком под контролем МРТ. Имеет ряд ограничений, обусловленных гистологическим строением миом и топографо-анатомическими взаимоотношениями в зоне лечебного интереса. Рекомендовано в качестве органосберегающего лечения при ММ.

#### Послеоперационное ведение

Отказ от половой жизни в течение 1,5–2 мес. Регулярное проведение цитологического исследования шеечного эпителия. Динамическое ультразвуковое исследование. Предохранение от беременности в течение 6–12 мес. Беременеть разрешается в среднем через 1 год.

#### Невынашивание беременности

Невынашивание беременности привычное аутоиммунного генеза (антифосфолипидный синдром)

Подозрение на наличие первичного антифосфолипидного синдрома (АФС) может возникнуть при следующих данных анамнеза пациентки: привычное невынашивание беременности, эпизоды тромбофилических осложнений, предшествующие беременности с задержкой развития плода, раннее начало преэклампсии, осложнения в виде отслойки нормально расположенной плаценты, отслойка хориона.

#### Терапия глюкокортикоидными средствами

Вопрос о целесообразности использования ГКС при лечении женщин с АФС вызывает наибольшие споры. Многие исследователи считают нецелесообразным использование ГКС из-за их побочных действий. Однако антитела, вызывающие тромбофилические нарушения (относятся к иммуноглобулинам IgG), проникают к плоду и оказывают на него тот же эффект, что и на мать. В связи с этим для снижения риска тромбофилических осложнений у плода показан прием ГКС, но в меньших дозах, чем при системных заболеваниях.

Метилпреднизолон	внутри 4 мг 1–2 р / сут, длительно
------------------	------------------------------------

Преднизолон	внутри 5 мг 1–2 р / сут, длительно
-------------	------------------------------------

Доза и длительность терапии определяются индивидуально с учетом срока беременности, активности ВА или анти-ХГ антител и степени выраженности тромбофилических нарушений. Отменяют ГКС постепенно, при АФС — через 7–10 сут после родов под контролем гемостаза, при анти-ХГ антителах — сразу после родов.

Терапия средствами, улучшающими реологические и коагуляционные свойства крови

При повышении агрегации тромбоцитов назначают антиагреганты и (или) антикоагулянты.

Из **антиагрегантных ЛС** наиболее часто и с наибольшим успехом применяют ацетилсалициловую кислоту.

Ацетилсалициловая кислота	внутри после еды 100 мг 1 р / сут, до 7–9 сут до планируемого родоразрешения
---------------------------	--

В I триместре при явлениях угрозы прерывания беременности назначать ацетилсалициловую кислоту нецелесообразно, так как она ингибирует агрегацию тромбоцитов на 7–9 сут; поэтому в случае выкидыша возможно кровотечение. Прекращать прием ацетилсалициловой кислоты следует не позднее 7–9 сут до родоразрешения. Длительность приема определяется с учетом состояния тромбоцитарного звена гемостаза.

Дипиридамо́л — один из наиболее часто используемых антиагрегантов второго класса. Он подавляет активность фосфодиэстеразы и аденозиндезаминазы, активирует аденилатциклазу, что способствует накоплению цАМФ в тромбоцитах и гладкомышечных клетках сосудистой стенки, вызывает ее расслабление и предотвращает агрегацию, адгезию тромбоцитов.

Дипиридамо́л	внутри 25 мг 3 р / сут, до 24 ч до планируемого родоразрешения
--------------	--

Длительность лечения подбирается индивидуально с учетом выраженности нарушений тромбоцитарного звена гемостаза. Дипиридамо́л улучшает микроциркуляцию, усиливает ангиогенез, обладает иммуномодулирующим эффектом. Прекращать прием ЛС необходимо за 24 ч до родоразрешения. Побочные эффекты включают слабость, тошноту, снижение АД. Возможно применение пентоксифиллина.

Пентоксифиллин	внутри 200 мг 3 р / сут, длительно
----------------	------------------------------------

При приеме пентоксифиллина нередко отмечается головная боль.

К третьей группе антиагрегантных ЛС относятся мембраностабилизирующие ЛС, такие как декстраны.

Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000	в / в капельно 400 мл 2–3 р / сут, введения повторяют через день, длительность терапии определяют индивидуально
--	---

Их назначение часто сочетается с применением гепарина. Нередки побочные явления — головная боль, познобливание.

К **антикоагулянтам**, которые можно использовать в акушерской практике, относят гепарин натрия и низкомолекулярные гепарины. Длительность лечения и дозы определяются индивидуально с учетом тяжести АФС, синдрома анти-ХГ и выраженности тромбофилических нарушений.

Гепарин натрия	в / в капельно 5000–15 000 ЕД в 0,9 % р-ре хлорида натрия или п / к 5000 ЕД 2–3 р / сут, длительно
----------------	--

При лечении гепарином необходим контроль уровня тромбоцитов и АТ III. При снижении этих показателей возможно развитие гепарининдуцированных тромбозов.

**ЛС выбора при лечении тромбофилических нарушений являются низкомолекулярные гепарины.**

Далтепарин натрий	п / к 2500–5000 ЕД 1 р / сут (в I триместре) или 2 р / сут (во II и III триместрах), длительно
-------------------	--

Надропарин кальций	п / к 0,3 мл 1 р / сут (в I триместре) или 2 р / сут (во II и III триместрах), длительно
--------------------	--

Эноксапарин натрий	п / к 0,3–0,6 мл 1 р / сут, длительно
--------------------	---------------------------------------

Длительность лечения низкомолекулярными гепаринами подбирается индивидуально под контролем гемостазиограммы.

Иммунотерапия

По показаниям могут применяться препараты иммуноглобулинов.

Иммуноглобулин человека	в / в капельно 400 мкг / кг 1 р / 4 нед, до нормального окончания беременности
-------------------------	--

**Дополнительное лечение** включает:

профилактику плацентарной недостаточности;

профилактику активации вирусной инфекции.

Невынашивание беременности

Невынашивание беременности привычного инфекционного генеза

При обострении хронической вирусной инфекции проводят комплексное лечение.

Иммунотерапия

Назначают **иммуноглобулины** в сочетании с **системными энзимами** и **интерферонами**.

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 2,5–5 г 1 р / 2–3 сут, 2–3 введения или + Панкреатин / - папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / - рутозид внутри за 40–45 мин до еды 3 табл. 3 р / сут, 2 нед ± Интерферон альфа-2b (свечи) ректально 500 000 ME 2 р / сут, 10 сут или Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM) / интерферон альфа-2b (свечи) ректально (500 000 ME) 1 свеча 2 р / сут, 10 сут
------------------------------------	--

Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM)	в / в капельно 100–200 мл 1 р / 2–3 сут, 2–3 введения + Панкреатин / - папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / - рутозид внутрь за 40–45 мин до еды 3 табл. 3 р / сут, 2 нед + Интерферон альфа-2b (свечи) ректально 500 000 МЕ 2 р / сут, 10 сут
--	---

Можно также использовать **аналоги иммуномодуляторов эндогенного происхождения**.

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин в / м 1 мл 1 р / сут, 5–10 сут, 0,005 % р-р

Метаболическая терапия и витаминотерапия

Назначают комплексы **метаболической терапии** курсами по 5 дней с перерывами в 10 дней.

**I комплекс (5–6 сут с 8–9-го по 13–14-й день м. ц.):**

Бенфотиамин	внутри 0,01 г 3 р / сут, 5–6 сут + Витамин Е внутри 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутри 0,025 г 3 р / сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутри 10 мг 1 р / сут или в / м 1 мл 1 % р-ра 1 р / сут, 5–6 сут
Кокарбоксилаза	в / м 100 мг 1 р / сут, 5–6 сут + Витамин Е внутри 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутри 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутри 0,025 г 3 р / сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутри 10 мг 1 р / сут или в / м 1 мл 1 % р-ра 1 р / сут, 5–6 сут

**II комплекс (с 15-го по 22-й день м. ц.):**

Витамин Е	внутри 0,1 г 3 р / сут, 8 сут + Инозин внутри 200 мг 3 р / сут, 8 сут + Оротовая кислота, калиевая соль внутри до еды 0,5 г 3 р / сут, 8 сут + Пиридоксин внутри 0,01 г 3 р / сут, 8 сут + Сложный органический препарат фосфора (смесь кальциевых и магниевых солей инозитфосфорных кислот) внутри 0,25 г 3 р / сут, 8 сут + Фолиевая кислота внутри 0,01 г 3 р / сут, 8 сут
-----------	---

Невынашивание беременности

Невынашивание беременности привычное при гиперандрогении

**Гиперандрогения** представляет собой патологическое состояние, обусловленное изменением секреции и метаболизма гормонов. Выделяют надпочечниковую, яичниковую и смешанную формы гиперандрогении.

**Надпочечниковая гиперандрогения** — ведущий фактор невынашивания у 30 % женщин с гиперандрогенией. Диагноз помимо видимых проявлений маскулинизации устанавливается на основании повышенного уровня 17-гидроксипрогестерона (дефицит 21-гидроксилазы) и ДГЭА-С (дефицит 3 $\beta$ -ол-дегидрогеназы) в крови.

**При повышенном уровне 17-гидроксипрогестерона** назначают дексаметазон. Доза подбирается индивидуально под контролем **17-гидроксипрогестерона** в сыворотке крови и зависит от степени тяжести гиперандрогении.

Дексаметазон внутри после ужина 0,125–0,5 мг / сут 1 р / сут, длительно

**При адреногенитальном синдроме с нормальным уровнем 17-гидроксипрогестерона и повышенном уровне ДГЭА-С** терапию дексаметазоном можно проводить только до 16-й недели беременности (считая с овуляции).

Дексаметазон внутри после ужина 0,125–0,5 мг / сут 1 р / сут, до 16-й недели беременности

Назначать ЛС прогестеронового ряда не следует, так как у таких пациенток, как правило, диагностируется гиперпрогестеронемия. Необходимо наблюдение за шейкой матки, поскольку у 2 / 3 беременных с адреногенитальным синдромом, в том числе при стертых проявлениях, фиксируется истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН).

**Яичниковая гиперандрогения** (СПКЯ) выявляется только у 12,1 % женщин, обращающихся по поводу невынашивания беременности.

Подготовка к беременности пациенток с СПКЯ, имеющих избыточную массу тела, начинается с выполнения рекомендаций по снижению веса с помощью рационального питания и физических упражнений.

Во вторую фазу цикла начинают прием гестагенов.

Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 2–3 цикла

Прогестерон внутри 100 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 2–3 цикла

Затем назначают дексаметазон внутри после ужина 0,125–0,5 мг 1 р / сут до нормализации концентрации андрогенов в сыворотке крови. При необходимости проводят стимуляцию овуляции кломифеном, хорионическим гонадотропином.

С наступлением беременности дексаметазон может быть отменен, либо терапия продолжается вплоть до 16-й недели беременности в дозе не более 0,5 мг / сут.

Дексаметазон внутри после ужина 0,125–0,5 мг 1 р / сут, до 16-й недели беременности

Дидрогестерон внутри 10 мг 2 р / сут, до 16-й недели беременности

Прогестерон внутри 100 мг 2–3 р / сут или интравагинально 200 мг 2–3 р / сут, до 16-й недели беременности

Эффект интравагинального применения прогестерона менее выражен, чем при приеме внутрь. Биодоступность дидрогестерона выше, чем у прогестерона, и менее вариабельна.

Современные гестагены не обладают андрогенным и анаболическим эффектами, не оказывают вирилизующего действия на плод.

Дополнительно (при отсутствии индивидуальной непереносимости) назначают **гестагены**. Особенностью ведения беременности у **пациенток со смешанной гиперандрогенией** является прием дексаметазона до 35–36-й нед.

Дексаметазон	внутрь после ужина 0,125–0,5 мг / сут 1 р / сут, до 35–36-й недели беременности
--------------	---

Параллельно назначают гестагены по вышеуказанным схемам. Терапия гестагенами показана при относительной гиперэстрогении (отношение эстрадиол / прогестерон больше 1,5). Если отношение эстрадиол / прогестерон меньше 1,5, терапию гестагенами можно не проводить. Прием гестагенов прекращают в 16 нед беременности.

**Дополнительное лечение** включает:

контроль состояния шейки матки, так как возможно развитие ИЦН;

профилактику плацентарной недостаточности;

витамины.

Невынашивание беременности

Невынашивание беременности привычное при истмико-цервикальной недостаточности

Основной метод лечения — хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности путем наложения кругового или П-образных швов на шейку матки.

Антибактериальная терапия

Дополнительно **для лечения и профилактики инфекционных осложнений** применяют антибиотики, разрешенные к применению в акушерской практике, желательно с учетом чувствительности микроорганизмов.

Амоксициллин / клавулановая кислота	внутрь 325–625 мг 3 р / сут, 7–9 сут
Ампициллин	внутрь или в / м 500 мг 3 р / сут, 5–7 сут
Джозамицин	внутрь 500 мг 3 р / сут, 9–14 сут
Карбенициллин	в / м 1 г 3 р / сут, 5–7 сут
Цефазолин	в / м 1 г 3 р / сут, 5–7 сут
Цефиксим	внутрь 400 мг 1 р / сут, 7 сут
Цефотаксим	в / м 1 г 3 / сут, 5–7 сут

Энзимотерапия

Лечение антибиотиками проводят в сочетании с системной **энзимотерапией**.

Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутрь за 40–45 мин до еды 3–5 табл. 3 р / сут, 2–3 нед
--	---

Терапия средствами для местного применения

В сочетании с антибиотиками применяют местные антисептики для обработки влагалища и швов и противомикробные ЛС.

Бензилдиметилмиристоиламинопропил-аммоний, 0,01 % р-р	интравагинально 50–100 мл 1 р / сут, 5–7 сут
Водорода пероксид, 3 % р-р	интравагинально 50–100 мл 1 р / сут, 5–7 сут
Клотримазол	интравагинально 100 мг 1 р / сут, 6–10 сут
Метронидазол / миконазол	интравагинально 100 мг 1 вагинальная табл. 1 р / сут, 6–10 сут
Нитрофурал, 0,02 % р-р	интравагинально 50–100 мл, 1 р / сут, 5–7 сут
Тернидазол / неомицин / нистатин / преднизолон	интравагинально 1 вагинальная табл. 1 р / сут, 6–10 сут
Хлоргексидин, 0,2 % р-р	интравагинально 50–100 мл 1 р / сут, 5–7 сут
Хлорхинальдол / метронидазол	интравагинально 100 мг / 250 мг 1 вагинальная табл. 1 р / сут, 6–10 сут

Иммуноотерапия

Иммуноглобулины показаны **при острых вирусных инфекциях** или **рецидивах вирусных заболеваний**:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 2,5–5 г 1 р / 2–3 сут, 2–3 введения
Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM)	в / в капельно 100–200 мл 1 р / 2–3 сут, 2–3 введения

Противопоказаниями к применению иммуноглобулинов являются индивидуальная непереносимость, низкий уровень иммуноглобулинов А. К побочным эффектам иммуноглобулинов относятся познабливание, головная боль, повышение температуры. Для снятия или уменьшения побочных реакций используют антигистаминные ЛС, метамизол натрия, чай, соки.

**Препараты рекомбинантных интерферонов** оказывают противовирусное, иммуномодулирующее действие, усиливают действие антибиотиков.



Интерферон альфа-2b	ректально 500 000 МЕ 2 р / сут, 10 сут
Иммуноглобулин человека нормальный (IgG + IgA + IgM) / Интерферон альфа-2b	ректально 1 свеча 2 р / сут, 10 сут

Используют также **аналоги иммуномодуляторов эндогенного происхождения.**

Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин, 0,005 % р-р в / м 1 мл 1 р / сут, 5–10 сут

**Дополнительное лечение** включает:

прием средств, снижающих сократительную деятельность матки;

профилактику плацентарной недостаточности;

назначение витаминов.

Невынашивание беременности

Невынашивание беременности привычное при неполноценной лютеиновой фазе

При **неполноценной лютеиновой фазе (НЛФ)** гормонального генеза наблюдается

снижение выработки прогестерона во вторую фазу м. ц.

В качестве подготовки к беременности пациенток, страдающих привычным невынашиванием,

обусловленным НЛФ, используют циклическую комбинированную гормональную терапию

эстрогенами и гестагенами, проводят стимуляцию овуляции кломифеном, хорионическим гонадотропином.

Терапия гестагенами

Во время беременности гестагены применяют в I триместре, а точнее, до 16-й нед

беременности, т. е. до окончания формирования плаценты. На фоне лечения гестагенами

улучшаются рост и развитие миометрия, его васкуляризация. Гестагены нейтрализуют действие

окситоцина, снижают синтез простагландинов, блокируют клеточный иммунный ответ путем

синтеза прогестерон-индуцированного блокирующего фактора, протеинов, вызывающих апоптоз естественных киллеров.

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 2 р / сут, до 20-й нед беременности, с последующим постепенным снижением дозы
Прогестерон	внутрь 100 мг 2–3 р / сут или интравагинально 100 мг 2–3 р / сут, до 16 нед беременности

Возможно применение прогестерона интравагинально, но эффект при этом менее выражен, чем при применении внутрь. Среди побочных эффектов прогестерона наиболее часто наблюдаются седация и сонливость.

Невынашивание беременности

Невынашивание беременности привычное при пороках развития матки

При гипоплазии матки и (или) хориона в сочетании с гестагенными ЛС может быть назначен 17-β-эстрадиол.

Дидрогестерон	внутрь 10 мг 2 р / сут, до 16-й нед беременности + Эстрадиол внутрь 2 мг 1 р / сут, до 9–10-й недели беременности
Прогестерон	внутрь 100 мг 2–3 р / сут, до 16-й нед беременности + Эстрадиол внутрь 2 мг 1 р / сут, до 9–10-й недели беременности

При миомах матки, эндометриозе, пороках развития матки, внутриматочных синехиях, хроническом эндометрите, при гипоплазии хориона в I триместре также назначается терапия гестагенами.

Недостаточность плацентарная

Лечение **плацентарной недостаточности (ПН)** начинают с терапии осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний, оказывающих отрицательное воздействие на функцию плаценты. Кроме того, оно включает:

соблюдение лечебно-охранительного режима (исключение тяжелых физических и эмоциональных нагрузок);

медикаментозную терапию.

Медикаментозная терапия направлена на нормализацию функции ЦНС, улучшение маточно-плацентарного кровотока, воздействие на реологические свойства крови, улучшение трофической функции плаценты и нормализацию метаболических процессов.

Нормализация функции ЦНС

Применяют седативные средства, транквилизаторы, нейролептики.

Диазепам	внутрь 0,01 г 2 р / сут или в / м 2 мл 1 р / сут, длительно + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутрь 0,02–0,04 г 3 р / сут, длительно, или Пиона настойка внутрь 5 мл 3 р / сут, длительно, или Пустырника трава, экстракт, внутрь 30 мл 3 р / сут, длительно, или Сборы успокоительные 10 мл 3 р / сут, длительно
Дроперидол, 0,25 % р-р	в / м 2–4 мл 1 р / сут, длительно + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутрь 0,02–0,04 г 3 р / сут, длительно, или Пиона настойка внутрь 5 мл 3 р / сут, длительно, или Пустырника трава, экстракт, внутрь 30 мл 3 р / сут, длительно, или Сборы успокоительные 10 мл 3 р / сут, длительно

Нитразепам	внутрь 0,01 г 1 р / сут на ночь, длительно + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутрь 0,02–0,04 г 3 р / сут, длительно, или Пиона настойка внутрь 5 мл 3 р / сут, длительно, или Пустырника трава, экстракт, внутрь 30 мл 3 р / сут, длительно, или Сборы успокоительные 10 мл 3 р / сут, длительно
------------	--

Улучшение маточно-плацентарного кровотока

Применяют **β-миметики**, являющиеся токолитиками:

Гексопреналин	внутрь 500 мкг 6 р / сут или в / в 5 мкг в 500 мл 5 % р-ра декстрозы 1 р / сут, 6–10 сут
Фенотерол	внутрь 5 мг 6 р / сут или 0,5 мг в 500 мл 5 % р-ра декстрозы 1 р / сут, 6–10 сут

При возникновении тахикардии на фоне применения β-миметиков к лечению добавляют **блокаторы кальциевых каналов**.

Верапамил	внутрь 20–40 мг 3 р / сут, 6–10 сут (вместе с токолитиками)
-----------	---

**Применяют также спазмолитики.**

Аминофиллин	внутрь 0,15 г 3 р / сут или в / в 10 мл 2,4 % р-ра 1 р / сут, длительно
Бендазол, 0,5–1 % р-р	в / м 2–4 мл 1 р / сут, длительно
Дротаверин	внутрь 0,04 г 3 р / сут или в / м 2 мл 2 % р-ра 1 р / сут, длительно
Папаверин	внутрь 0,4 г 3 р / сут или в / м 2 мл 2 % р-ра 1 р / сут, длительно

**Примечание:** препараты верапамил и аминофиллин относятся к категории C!!!

Коррекция реологических свойств крови

Лечение проводят под контролем гемостазиограммы и АД по следующей схеме:

Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000	в / в капельно 400 мл 1 р / сут, 3–5 сут + Ацетилсалициловая кислота внутрь 60 мг 1 р / сут, длительно, или Гепарин натрия в / в 5000–10 000 ЕД 1 р / сут, 3–5 сут с переходом на п / к путь введения, или Дипиридамол внутрь 25–50 мг 3 р / сут, 28 сут, или Ксантинола никотинат внутрь 150 мг 3 р / сут после еды или в / в 2 мл 15 % р-ра 3 р / сут, 2–3 нед, или Пентоксифиллин в / в 100 мг 1 р / сут или внутрь 0,1 г 3 р / сут, 5–7 сут
--	---

**Примечание:** ксантинола никотинат не рекомендуется назначать в первом триместре беременности!!!

Улучшение трофической функции плаценты

Для улучшения **трофической функции плаценты** применяют следующую схему лечения:

Аскорбиновая кислота, 5 % р-р	в / в 5 мл 1 р / сут, 14 сут + Декстро́за, 5–10 % р-р, в / в 400 мл 1 р / сут, 10 сут + Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят внутрь 200 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 1 р / 2–3 сут, 14 сут + Незаменимых аминокислот р-ры в / в 1 р / 2–3 сут, 5–7 введений
-------------------------------	--

Метаболическая терапия

Нормализацию метаболических процессов проводят с помощью **витаминов и антиоксидантов**. Для каждой беременной индивидуально подбирают метаболическую терапию. При невозможности индивидуального подбора можно воспользоваться усредненным типом терапии, наиболее приемлемым для большинства пациенток.

Витамин Е	внутрь 50 мг 3 р / сут, 10–14 сут + Кальция пантотенат внутрь 0,25 мг 3 р / сут или в / м 2 мл 20 % р-ра 1 р / сут, 10–14 сут + Кокарбоксилаза в / в 100 мг 1 р / сут, 10–14 сут + Липоевая кислота внутрь 0,025 г 3 р / сут, 10–14 сут + Рибофлавин в / м 0,01 г (1 мл 1 % р-ра) 1 р / сут, 10–14 сут
Витамин Е	внутрь 50 мг 3 р / сут, 10–14 сут + Оротовая кислота (калиевая соль) внутрь 0,5 г 3 р / сут, 10–14 сут + Пиридоксаль фосфат внутрь 0,01 г 3 р / сут, 10–14 сут + Сложный органический препарат фосфора (смесь кальциевых и магниевых солей инозит-фосфорных кислот) внутрь 0,25 г 3 р / сут, 10–14 сут + Фолиевая кислота внутрь 0,001 г 3 р / сут, 10–14 сут + Цианокобаламин в / м 200 мкг 1 р / сут, 10–14 сут

Комплекс метаболической терапии содержит много витаминов, но заменить эти комплексы поливитаминами для беременных нельзя, так как первая схема рассчитана на восстановление цикла трикарбоновых кислот (цикла Кребса), а вторая — на нормализацию окислительно-восстановительных процессов. При приеме поливитаминов такой последовательности не наблюдается.

Недостаточность плацентарная

Иммунная терапия

**Иммунотерапию** применяют у беременных с ПН по показаниям.

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в 50 мл 1 р / 2 сут на сроке 12–15 нед, 24–27 нед и 36–39 нед беременности (всего 3 курса)
------------------------------------	--

Профилактика

Профилактика плацентарной недостаточности у пациенток с привычной потерей плода в анамнезе должна начинаться до беременности с выявления причин невынашивания, оценки состояния репродуктивной системы супругов и рациональной подготовки с учетом выявленных нарушений.

Профилактика плацентарной недостаточности в **I триместре** помимо лечения основной патологии, обуславливающей невынашивание, включает:

Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят	в / в капельно 5 мл в 200 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида 1 р / сут, 5–10 сут или внутрь 200 мг 3 р / сут, 30 сут + Поливитамины внутрь 1 табл. 1 р / сут, 30 сут + Троксерутин внутрь 1 табл. 3 р / сут, 30 сут
--	---

Назначают также комплексы **метаболической терапии** курсами по 5 дней с перерывами в 10 дней.

**I комплекс (5–6 сут с 8–9-го по 13–14-й день м. ц.):**

Бенфотиамин	внутрь 0,01 г 3 р / сут, 5–6 сут + Витамин Е внутрь 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутрь 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутрь 0,025 г 3 р / сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутрь 10 мг 1 р / сут или в / м 1 мл 1 % р-ра 1 р / сут, 5–6 сут
Кокарбоксилаза	в / м 100 мг 1 р / сут, 5–6 сут + Витамин Е внутрь 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Кальция пантотенат внутрь 0,1 г 3 р / сут, 5–6 сут + Липоевая кислота внутрь 0,025 г 3 р / сут, 5–6 сут + Рибофлавин внутрь 10 мг 1 р / сут или в / м 1 мл 1 % р-ра 1 р / сут, 5–6 сут

**II комплекс (с 15-го по 22-й день м. ц.):**

Витамин Е	внутрь 0,1 г 3 р / сут, 8 сут + Инозин внутрь 200 мг 3 р / сут, 8 сут + Оротовая кислота (калиевая соль) внутрь до еды 0,5 г 3 р / сут, 8 сут + Пиридоксин внутрь 0,01 г 3 р / сут, 8 сут + Сложный органический препарат фосфора (смесь кальциевых и магниевых солей инозитфосфорных кислот) внутрь 0,25 г 3 р / сут, 8 сут + Фолиевая кислота внутрь 0,01 г 3 р / сут, 8 сут
-----------	--

При артериальной гипотензии показано назначение комбинированного ЛС, содержащего янтарную и лимонную кислоты, которое повышает АД в среднем на 10 мм рт. ст.

Янтарная кислота / лимонная кислота	внутрь 1 табл. 2 р / сут (утром и днем), 10 сут (повторный курс через 10 сут)
-------------------------------------	---

Во **II** и **III** триместрах лечения и профилактики плацентарной недостаточности помимо лечения основных причин невынашивания может быть рекомендована терапия в чередующем режиме.

Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят	в / в капельно 5 мл в 200 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида 1 р / 2 сут, 5 введений + Гексобендин / этамиван / этофиллин в / в капельно 2 мл в 200 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида 1 р / 2 сут, 5 введений
--	--

Для профилактики и лечения **гипотрофии плода** применяют:

Аминокислот р-ры	в / в капельно 500 мл 1 р / сут, 5–10 сут
------------------	---

При недостаточной эффективности терапии плацентарной недостаточности может быть рекомендован **плазмаферез**.

Остеопороз постменопаузальный

Для лечения **постменопаузального остеопороза (ОПП)** применяют ЛС, оказывающие антирезорбтивное действие:

препараты половых гормонов;

кальцитонин;

бисфосфонаты;

стронция ранелат;

селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов.

Менопаузальная гормональная терапия

**Менопаузальная гормональная терапия (МГТ)** является эффективным методом профилактики потери костной ткани в перименопаузе у женщин с повышенным риском развития остеопороза.

Кроме того, доказана эффективность МГТ для снижения частоты переломов позвонков и шейки бедренной кости (уровень доказательности А).

**Дополнительные преимущества использования МГТ в перименопаузе:**

лечение психовегетативных симптомов климактерического синдрома;

профилактика и лечение урогенитальных расстройств;

улучшение состояния кожи и волос, повышение мышечного тонуса;

снижение частоты развития рака толстой кишки на 20–37 %.

Вопрос о длительности МГТ, оптимальной для профилактики ОПП, продолжает обсуждаться.

Считается, что **продолжительность этой терапии должна составлять 3–5 лет**, и начинать ее наиболее целесообразно в перименопаузе или в первые годы постменопаузы.

Монотерапия эстрогенами

**Монотерапия эстрогенами** рекомендуется женщинам с удаленной маткой.

Эстрадиол	внутрь 2 мг 1 р / сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, 3–5 лет
-----------	---

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, 3–5 лет
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг 1 р / сут, циклически (курс терапии составляет 21 сут, перерывы между курсами 1 нед) или постоянно, 3–5 лет

Эстрогены можно также вводить **чрескожно**.

Эстрадиол, гель	нанести на кожу живота или ягодиц 0,5–1 мг 1 р / сут, постоянно, или пластырь приклеить на кожу 0,05–0,1 мг 1 р / нед, 3–5 лет
-----------------	--

Показания к чрескожному введению эстрогенов:

нечувствительность к пероральным ЛС;

заболевания печени, поджелудочной железы, синдром мальабсорбции;

нарушения в системе гемостаза, высокий риск развития венозного тромбоза;

гипертриглицеридемия, развившаяся до перорального применения эстрогенов (особенно конъюгированных) или на его фоне;

гиперинсулинемия;

артериальная гипертензия;

повышенный риск образования камней в желчных путях;

курение;

мигрень;

для снижения инсулинорезистентности и улучшения толерантности к глюкозе;

для более полного выполнения больными схемы МГТ.

Терапия комбинированными двух- или трехфазными эстроген-гестагенными ЛС в циклическом или непрерывном режиме

Такая терапия показана женщинам в перименопаузе с сохраненной маткой.

#### **Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в циклическом режиме:**

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 9 сут +* Эстрадиола валерат / левоноргестрел внутри 2 мг / 0,15 мг 1 р / сут, 12 сут, затем перерыв 7 сут
Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 11 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут или Эстрадиола валерат / ципротерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут, затем перерыв 7 сут

\*После окончания курса лечения.

#### **Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС в непрерывном режиме:**

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрадиол / дидрогестерон внутри 2 мг / 10 мг 1 р / сут, 14 сут
Эстрогены конъюгированные	внутри 0,625 мг 1 р / сут, 14 сут +* Эстрогены конъюгированные / медроксипрогестерон внутри 0,625 мг / 5 мг 1 р / сут, 14 сут

\* После окончания курса лечения.

#### **Применение двухфазных эстроген-гестагенных ЛС с пролонгированной эстрогенной фазой в непрерывном режиме:**

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг 1 р / сут, 7 сут +* Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутри 2 мг / 20 мг 1 р / сут, 14 сут +* Плацебо 1 р / сут, 7 сут
--------------------	--

\*После окончания курса лечения.

#### **Применение трехфазных эстроген-гестагенных ЛС в непрерывном режиме:**

Эстрадиол	внутри 2 мг 1 р / сут, 12 сут +* Эстрадиол / норэтистерон внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, 10 сут +* Эстрадиол внутри 1 мг 1 р / сут, 6 сут
-----------	--

\* После окончания курса лечения.

Терапия комбинированными монофазными эстроген-гестагенными ЛС в непрерывном режиме

Показана женщинам в постменопаузе с сохраненной маткой. Данный режим МГТ

рекомендуется также женщинам, перенесшим гистерэктомию по поводу аденомиоза или рака

внутренних половых органов (матки, шейки матки, яичников), не ранее чем через 1–2 года

после операции (назначение согласуют с онкологами). Показания — тяжелый КС после

излечения начальных стадий рака эндометрия и злокачественных опухолей яичников

(излеченный рак шейки матки, вульвы и влагалища не считаются противопоказаниями к применению монофазных эстроген-гестагенных ЛС).

Остеопороз постменопаузальный

Эстрадиола валерат / диеногест	внутри 2 мг / 2 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиола валерат / - медроксипрогестерон	внутри 2 мг / 5 мг 1 р / сут, постоянно или 1 мг / 2,5 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиол / дидрогестерон	внутри 1 мг / 5 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиол / норэтистерон	внутри 2 мг / 1 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрогены конъюгированные / - медроксипрогестерон	внутри 0,625 мг / 5 мг или 0,625 / 2,5 мг 1 р / сут, постоянно

Терапия ЛС с эстрогенным, гестагенным и андрогенным эффектами

К **альтернативным ЛС** у женщин в постменопаузе относятся комбинированное эстроген-андрогенное ЛС — эстрадиол (прастерон) и тиболон, дающий эстрогенный, гестагенный и андрогенный эффекты. **Эстрадиол (прастерон)** показан в том числе женщинам после овариэктомии, поскольку у них развивается эстроген- и андрогендефицитное состояние.

Тиболон Ледибон.	внутри 2,5 мг 1 р / сут, постоянно
Эстрадиол / - прастерон	в / м 4 мг / 200 мг 1 р / каждые 4 нед. После устранения симптомов интервалы между введением могут быть увеличены до 5–6 нед, постоянно

У пациенток старше 60 лет при МГТ дозы ЛС следует снизить вдвое: установлено, что у пожилых женщин и половинные дозы гормональных ЛС надежно защищают кости.

В последующие годы при наличии остеопороза выбор ЛС для его лечения осуществляют индивидуально. МГТ не является терапией выбора для профилактики и терапии ОПП у пациенток без климактерических симптомов.

Терапия бисфосфонатами

**Бисфосфонаты** — ЛС терапии первой линии для лечения остеопороза. Их назначают для профилактики остеопороза у женщин в постменопаузе и лечения ОПП, особенно при наличии переломов позвонков.

Алендронат натрия	внутри в положении стоя, не разжевывая, за 30 мин до первого приема пищи, запивая только водой, 10 мг / сут, не менее 3–5 лет
Ризедроновая кислота	внутри в положении стоя за 30 мин до или через 2 ч после еды и не менее чем за 30 мин до сна, запивая стаканом воды, 5 мг 1 р / сут, не менее 3–5 лет
Ибандроновая кислота	внутри натошак 150 мг 1 раз в месяц длительно или 3 мг (3 мл) внутривенно струйно 1 раз в 3 мес, в течение 3–5 лет
Золедроновая кислота	внутри 100 мл 1 раз в 3 мес

Стронция ранелат

Стронция ранелат (бивалос) — единственный препарат с доказанным разнонаправленным действием на костное ремоделирование: стимуляция костеобразования на 20–30 % и подавление резорбции костной ткани на 10–20 %.

Стронция ранелат увеличивает МПК позвонков и проксимальных отделов бедренной кости и уменьшает риск переломов тел позвонков и периферических переломов у женщин с постменопаузальным остеопорозом. Стронция ранелат улучшает костную структуру, увеличивает костную массу и прочность кости.

Длительность лечения стронция ранелатом составляет 3–5 лет.

Стронция ранелат Внутрь в виде суспензии, 2 г 1 р / сут перед сном

**Меры предосторожности при применении вещества Стронция ранелат**

Результаты клинических исследований свидетельствуют о том, что лечение стронция ранелатом сопровождается возрастанием ежегодной заболеваемости венозной тромбоэмболией, включая легочную эмболию. Причина этого явления на данный момент не установлена. При лечении больных из группы риска венозной тромбоэмболии или больных с возможным повышением риска особое внимание должно уделяться специфическим признакам и симптомам венозной тромбоэмболии, а также проведению адекватной профилактики этого осложнения.

Терапия селективными модуляторами эстрогеновых рецепторов

**Селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов** оказывают антиэстрогенный эффект на ткань молочной железы и эндометрий, но дают эстрогенные эффекты в отношении костной ткани и липидного обмена.

Ралоксифен Внутрь 60 мг 1 р / сут, длительно

**Показания к применению:**

профилактика потерь костной ткани у женщин в постменопаузе с низкой МПКТ, а также у женщин с высоким риском развития рака молочной железы и наличием противопоказаний к МГТ;

лечение ОПП и профилактика переломов позвонков.

Терапия кальцитонином

**Кальцитонин** назначают для лечения остеопороза в постменопаузе и купирования острых болей, обусловленных переломами позвонков на фоне остеопороза.

Кальцитонин, спрей интраназально 200 МЕ / сут ежедневно, не менее 3–5 лет

Терапия препаратами кальция и витамина D

**Препараты кальция и витамина D** используют для профилактики остеопороза. Кроме того, ЛС данной группы являются обязательными компонентами комплексной антиостеопоротической терапии. Они составляют базовую терапию во всех случаях и используются для профилактики и терапии ОПП. Для пожилых людей часто терапия препаратами кальция и витамина D бывает достаточной.

Альфакальцидол	внутри 0,5–1 мкг / сут, длительно + Кальция карбонат внутри 500 мг / сут, длительно
----------------	---

Кальцитриол	внутри 0,25 мкг 2–3 р / сут, длительно + Кальция карбонат внутри 500 мг / сут, длительно
Колекальциферол	внутри 400–800 МЕ / сут, длительно для профилактики) или 200 000 МЕ каждые 15 сут, 3 мес (при лечении остеопороза)

Эффективность монотерапии витамином D для профилактики переломов, обусловленных остеопорозом при ОПП, не доказана (уровень доказательности D).

Отслойка нормально расположенной плаценты преждевременная

Терапия должна быть направлена на лечение заболевания, послужившего причиной отслойки (артериальная гипертензия, преэклампсия и др.), снятие тонуса матки, коррекцию гемостаза, борьбу с анемией и шоком.

Выбор метода терапии зависит от массивности и величины кровопотери, общего состояния беременной (роженицы), состояния плода, времени возникновения кровотечения (во время беременности, в родах), вида кровотечения (скрытое, наружное), состояния родовых путей (степень раскрытия шейки матки), состояния гемостаза и др.

Основными показателями в выборе метода лечения при преждевременной отслойке плаценты являются выраженность кровотечения, а также состояние матери и плода.

Ведение беременности

При отслойке плаценты во время беременности при сроке до 34–35 нед, если состояние беременной и плода значительно не страдает, нет наружного и внутреннего кровотечения, то возможно проведение консервативного лечения, которое включает постельный режим, ультразвуковой контроль, контроль состояния свертывающей системы крови, назначение

**спазмолитических, гемостатических средств.**

Дротаверин, 2 % р-р	в / м или в / в 2–4 мл 2–3 р / сут, до нормализации тонуса матки + Магния лактат / пиридоксина гидрохлорид внутри 2 табл. 2 р / сут, длительно + Этамзилат, 12,5 % р-р, в / в или в / м 2–4 мл, однократно, затем 2 мл через каждые 4–6 ч, до прекращения кровяных выделений
---------------------	--

Назначают также поливитамины, препараты железа, антигеморрагические средства.

**При отслойке плаценты нельзя использовать  $\beta$ -миметики!**

Ведение родов (выбор метода родоразрешения)

При выраженной клинической картине отслойки плаценты во время беременности (кровотечение, подозрение на маточно-плацентарную апоплексию, резко выраженный болевой синдром, гипоксия плода) показано родоразрешение путем кесарева сечения.

При наличии выраженных признаков матки Кувелера после кесарева сечения показана экстирпация матки без придатков в связи с опасностью кровотечения в послеоперационном периоде вследствие коагулопатии и гипотонии матки.

Если беременная находится в первом периоде родов, выраженное кровотечение отсутствует, состояние женщины и плода удовлетворительное, то показано вскрытие плодного пузыря. Роды следует вести под постоянным мониторингом контролем. Не рекомендуется с целью усиления родовой деятельности использовать окситоцин.

Если в процессе родов усиливается кровотечение, отмечают признаки страдания матери и плода и нет условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, то показано родоразрешение путем кесарева сечения.

Во втором периоде родов основным признаком отслойки плаценты является острая гипоксия плода. При наличии условий показано срочное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов или вакуумэкстрактора, а при тазовом предлежании плода — его экстракция.

При ведении родов через естественные родовые пути с профилактической целью показано введение утеротонических средств в последовом и раннем послеродовом периоде.

Во время кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП), особенно при наличии изо- и гипокоагуляции, с гемостатической целью показано введение бесцитратной плазмы. При выраженной кровопотере показана трансфузия эритроцитарной массы, а также кровезамещающих растворов.

Ведение послеродового периода

При кровотечении после родов через естественные родовые пути, обусловленном нарушением свертываемости крови и нарушением сократительной способности матки, показано введение

**утеротонических средств.**

Динопров	в / в капельно или в шейку матки 5 ЕД, однократно + Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / в капельно 1 мл (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно
Окситоцин	в / в капельно или в шейку матки 5–10 ЕД, однократно + Метилэргометрин, 0,02 % р-р, в / в капельно 1 мл (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно

**Для остановки коагулопатического кровотечения вводят:**

Аминометил-бензойная кислота	в / в 50–100 мг или в / м 100 мг, однократно, затем дозы подбираются индивидуально + Апротинин в / в, капельно 50 000–100 000 ЕД до 5 р / сут или 25 000 ЕД 3 р / сут (в зависимости от конкретного ЛС), длительность терапии определяют индивидуально + Гидроксиэтилкрахмал 6 % — 500 мл 1 р / сут,
------------------------------	--

длительность терапии определяют индивидуально + Криопреципитат (доза препарата зависит от исходной концентрации фактора VIII в плазме, характера и локализации кровотечений, степени риска хирургического вмешательства, наличия в крови больного специфического ингибитора, способного нейтрализовать активность фактора VIII) + Плазма бесцитратная (подбор дозы индивидуален) + Фибриноген в / в, капельно 250–500 мл (1–2 г) 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

В комплексной инфузионной терапии используют также криопреципитат, гидроксиэтилкрахмал, плазму бесцитратную. При тромбоцитопении показано введение тромбоцитарной массы.

Лечение продолжают до остановки кровотечения.

Папилломавирусная инфекция (генитальная форма)

Деструкция кондилом

#### Методы деструкции:

механическое разрушение (**уровень доказательности В**):

— физические методы (криодеструкция, лазерокоагуляция, диатермокоагуляция, радиоволновая терапия, электрохирургическое иссечение);

— прижигание кондилом химическими веществами;

применение цитостатических ЛС (**уровень доказательности С**).

Поскольку полного излечения от папилломавирусной инфекции в настоящее время достичь невозможно, целью терапии является деструкция экзофитных кондилом и атипически измененного эпителия.

Азотная кислота / кислоты органические / меди нитрат, р-р	нанести на поверхность кондилом 1–3 1 р / нед, при необходимости обработку повторить
Подофиллотоксин, 0,5 % р-р	смазывать пораженные участки кожи и слизистой оболочки 2 р / сут, 3 сут, затем перерыв 4 сут, длительность курса 5 нед
Трихлоруксусная кислота, 80–90 % р-р	нанести на поверхность кондилом, однократно, при необходимости обработку повторить через 3–6 сут
Фторурацил, 5 % крем	смазывать пораженные участки кожи и слизистой оболочки 1 р / сут на ночь, 1 нед или 1 р / нед, 10 нед

Иммунная терапия

В ряде случаев целесообразно применение **иммуномодуляторов** (при обширных поражениях, рецидивирующих и осложненных формах). Эти ЛС назначают за 7–10 дней до применения деструктивных методов лечения (иногда терапию продолжают после деструкции):

Инозин пранобекс	иммуностимулятор с противовирусным действием для системного применения (Гроприносин). Подавляет репликацию вирусов. Способствует быстрой элиминации ВПЧ, полноценной эпителизации шейки матки и исчезновению койлоцитарной атипии. Снижает частоту рецидивов и повышает эффективность деструктивной терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний. При ПВИ по 2 таб. 3 р / сут в течение 14–28 дней в виде монотерапии. При рецидивирующих остроконечных кондиломах по 2 таб. 3 р / сут в качестве монотерапии или в комбинации с хирургическим лечением в течение 14–28 дней, далее с трехкратным повторением указанного курса с интервалом 1 мес. При дисплазии шейки матки, ассоциированной с ВПЧ, по 2 таб. 3 р / сут в течение 10 дней, далее 2–3 курса с интервалом 10–14 дней
Азоксимера бромид	при первично выявленном случае или рецидивирующем ВПЧ: Полиоксидоний® суппозитории по 12 мг вагинально ежедневно в течение 3 дней, далее через день. Общий курс 10 свечей. Полиоксидоний® флаконы 6 мг в/м 3 дня подряд далее через день. Общий курс 10 инъекций
Интерферон альфа	в / м 100 000 МЕ 1 р / 2–3 сут, 10 инъекций
Интерферон альфа-2b, свечи, мазь и гель	нанести на пораженные поверхности 3–4 р / сут, 7–10 сут, или свечи в прямую кишку 500 000 МЕ 2 р / сут, 10 сут
Меглумина акридонатацетат	в / м 0,25 г 1 р / 2 сут, 10 инъекций
Синтетический мурамилдипептид	внутрь 10–20 мг / сут, 10 сут

При сочетании папилломавирусной инфекции с другими инфекциями, передающимися преимущественно половым путем, показано лечение последних.

Пиелонефрит у беременных

**Основные принципы терапии** острого гестационного пиелонефрита:

восстановление нарушенного пассажа мочи (катетеризация, стентирование мочеточника, чрескожная пункционная нефростомия);

антибактериальная терапия (эмпирическая или с учетом выявленных возбудителей);  
 симптоматическая терапия (дезинтоксикационная, спазмолитическая, по показаниям — введение анальгетиков);  
 при необходимости эфферентные методы детоксикации;  
 применение антигистаминных ЛС.

Проводят тщательное наблюдение за течением беременности, состоянием матери и плода, профилактику гипоксии и гипотрофии плода.

При появлении признаков, свидетельствующих о снижении функции почек, дозу вводимого препарата уменьшают в 2–4 раза. При проведении терапии необходимо учитывать, что в 40 % случаев пиелонефрит сочетается с другими заболеваниями мочевой системы: мочекаменной болезнью, аномалиями развития почек, мочеточников или сосудов, нефроптозом, хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Антибактериальная терапия

**Антибактериальную терапию** (после восстановления адекватного пассажа мочи по верхним мочевым путям) проводят с учетом вида возбудителя, срока беременности, функционального состояния почек и аллергологического анамнеза.

Длительность лечения определяется динамикой клинико-лабораторных показателей.

При лечении пациенток в **I триместре беременности** (в период органогенеза) для предотвращения повреждающего влияния на эмбрион применяют только малотоксичные природные и полусинтетические **пенициллины**, которые подавляют рост многих грамотрицательных и грамположительных бактерий, и **растительные уросептики**, применение которых может быть рекомендовано в периоде прегравидарной подготовки у женщин с инфекциями мочевых путей в анамнезе.

Амоксициллин / - клавулановая кислота	в / в 1,2 г 3 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут , или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут , или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут , или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут + Растительные уросептики внутри 3 р / сут, 14 сут
Ампициллин	в / в или в / м 0,5–1 г 4 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут + Растительные уросептики внутри 3 р / сут, 14 сут
Ампициллин / - сульбактам	в / в или в / м 1,5–3 г 3 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут + Растительные уросептики внутри 3 р / сут, 14 сут
Бензил- пенициллин	в / м 2 000 000–3 000 000 ЕД 4 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут + Растительные уросептики внутри 3 р / сут, 14 сут
Карбенициллин	в / м 1 г 4 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутри 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут + Растительные уросептики внутри 3 р / сут, 14 сут

\*После окончания курса лечения.

Во **II и III триместрах беременности** (после завершения органогенеза плода и начала функционирования плаценты, выполняющей барьерную функцию по отношению к некоторым антибиотикам) спектр антибактериальных ЛС может быть расширен. ЛС выбора:

Амоксициллин / - клавулановая кислота	в / в 1,2 г 3 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут
Ампициллин	в / в или в / м 0,5–1 г 4 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут
Ампициллин / - сульбактам	в / в или в / м 1,5–3 г 3 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут



Бензилпенициллин	в / м 2 000 000–3 000 000 ЕД 4 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут
Карбенициллин	в / м 1 г 4 р / сут, 5 сут +* Амоксициллин внутрь 0,25–0,5 г 3 р / сут, 5–10 сут, или Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 0,375 г 2–3 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин внутрь 0,5 г 4 р / сут, 5–10 сут, или Ампициллин / сульбактам внутрь 0,375 г 2 р / сут, 5–10 сут

Пиелонефрит у беременных

**или**

Цефоперазон	в / в или в / м 1–2 г 3 р / сут, 5 сут +* Цефутоксим внутрь 0,5–1 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в / в или в / м 1–2 г 3 р / сут, 5 сут +* Цефутоксим внутрь 0,5–1 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефтазидим	в / в или в / м 1–2 г 3 р / сут, 5 сут +* Цефутоксим внутрь 0,5–1 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефтриаксон	в / в или в / м 0,5–1 г 2 р / сут, 5 сут +* Цефутоксим внутрь 0,5–1 г 2 р / сут, 5–10 сут
Цефутоксим	в / в или в / м 0,75–1,5 г 3 р / сут, 5 сут +* Цефутоксим внутрь 0,5–1 г 2 р / сут, 5–10 сут

**или**

Гентамицин	в / м 3–5 мг / кг / сут в 1–2 введения, 5–7 сут +* Фуразолидон внутрь 0,1 г 4 р / сут, 5–10 сут
Нетилмицин	в / м 4–5 мг / кг / сут в 1–2 введения, 5–7 сут +* Фуразолидон внутрь 0,1 г 4 р / сут, 5–10 сут

\* После окончания курса лечения.

Альтернативные ЛС:

Азтреонам	в / в или в / м 1–2 г 3–4 р / сут, 10 сут +* Фуразолидон внутрь 0,1 г 4 р / сут, 5–10 сут
-----------	---

\* После окончания курса лечения.

В сочетании с антибиотиками показано назначение растительных уросептиков.

Растительные уросептики внутрь 3 р / сут, 14 сут

В послеродовом периоде помимо указанной терапии можно применять фторхинолоны и карбапенемы.

ЛС выбора:

Имипенем / циластатин	в / в 0,5–1 г 2–4 р / сут, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин 0,25–0,75 г 2 р / сут, 5–7 сут
Меропенем	в / в 0,5–1 г 2–4 р / сут, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 0,25–0,75 г 2 р / сут, 5–7 сут
Офлоксацин	в / в 0,2–0,4 г / сут в 1–2 введения, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 0,25–0,75 г 2 р / сут, 5–7 сут
Пефлоксацин	в / в 0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 0,25–0,75 г 2 р / сут, 5–7 сут
Ципрофлоксацин	в / в 0,4–0,6 г 2 р / сут, 5–7 сут +* Левофлоксацин внутрь 0,25–0,5 г 1–2 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 0,2–0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Пефлоксацин внутрь 0,4 г 2 р / сут, 5–7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 0,25–0,75 г 2 р / сут, 5–7 сут

\* После окончания курса лечения.

**Альтернативные ЛС** (могут применяться или в качестве монотерапии, или в сочетании с антибиотиками):

Налидиксовая кислота	внутри 0,5–1 г р / сут, 10–12 сут
Нитрофурантоин	внутри 0,05–0,1 г 4 р / сут, 10–12 сут
Оксолиновая кислота	внутри 0,5 г 3 р / сут, 10–12 сут
Пипемидовая кислота	внутри 0,4 г 2 р / сут, 10–12 сут

Также после консультации врача с целью профилактики обострений возможно применение растительных уросептиков: Канефрон® Н по 2 табл. 3 раза в день, курсами по 14 дней.

На период активной антибактериальной терапии необходимо временно прекратить грудное вскармливание.

Детоксикационная и десенсибилизирующая терапия

При остром пиелонефрите наряду с антибактериальной проводят **детоксикационную и десенсибилизирующую терапию.**

Декстроза, 5 % р-р	в / в капельно 400 мл 1 р / сут, 2–3 сут + Дифенгидрамин внутрь 50 мг 2 р / сут или в / м, 1 % р-р, 1мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Кетотифен
--------------------	---

	внутри 1 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Мебгидролин внутри 100 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Прометазин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2,5 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хлоропирамин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хифенадин внутри 25–50 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Декстран, средняя молекулярная масса 30 000–40 000	в / в капельно 400 мл 1 р / сут, 2–3 сут + Дифенгидрамин внутри 50 мг 2 р / сут или в / м, 1 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Кетотифен внутри 1 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Мебгидролин внутри 100 мг 2 р / сут, 10–14 сут,
	или Прометазин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2,5 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хлоропирамин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хифенадин внутри 25–50 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Натрия хлорид, 0,9 % р-р	в / в капельно 400 мл 1 р / сут, 2–3 сут + Дифенгидрамин внутри 50 мг 2 р / сут или в / м, 1 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Кетотифен внутри 1 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Мебгидролин внутри 100 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Прометазин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2,5 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хлоропирамин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хифенадин внутри 25–50 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Поливидон / натрия хлорид / калия хлорид / кальция хлорид / магния хлорид / натрия гидрокарбонат	в / в капельно 400 мл 1 р / сут, 2–3 сут + Дифенгидрамин внутри 50 мг 2 р / сут или в / м, 1 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Кетотифен внутри 1 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Мебгидролин внутри 100 мг 2 р / сут, 10–14 сут, или Прометазин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2,5 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хлоропирамин внутри 25 мг 2 р / сут или в / м, 2 % р-р, 1 мл 2 р / сут, 10–14 сут, или Хифенадин внутри 25–50 мг 2 р / сут, 10–14 сут

#### Пиелонефрит у беременных

Лечение пиелонефрита беременных и родильниц осуществляют под контролем лабораторных данных. При отсутствии эффекта от проводимой комплексной терапии острого пиелонефрита в течение 2–3 сут (продолжающиеся ознобы, гектическая лихорадка, выраженная интоксикация, воспалительные изменения показателей крови и мочи) производят операцию — декапсуляцию почки, нефростомию, вскрытие гнойных очагов и, при необходимости, дренирование околопочечного пространства.

В крайних случаях производят нефрэктомию. После успешной операции беременность можно сохранить.

#### Пневмония внебольничная у беременных

**Основным методом лечения внебольничной пневмонии (ВП)** является

**антибактериальная терапия**, которую следует начинать без промедления, сразу после установления диагноза. В большинстве случаев применяют эмпирическую терапию, а при выборе ЛС ориентируются на следующие критерии:

наиболее вероятный возбудитель заболевания с учетом его предполагаемой лекарственной устойчивости (на основании локальных эпидемиологических данных);

особенности клинического течения и степень тяжести заболевания;

срок беременности;

аллергологический анамнез;

сопутствующие заболевания;

стоимость ЛС.

**Продолжительность лечения** зависит от нескольких факторов:

возбудителя ВП;

ответа на терапию;

наличия сопутствующих заболеваний и осложнений.

Доза и частота введения ЛС должны быть соизмеримы с интенсивностью патологического процесса.

Лечение ВП может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Фармакотерапия внебольничной пневмонии легкой и средней степени тяжести в амбулаторных условиях

Азитромицин	внутри 0,5 г 1 р / сут, 3 сут
Амоксициллин / клавуланат	внутри 625 мг 3 р / сут, 7–10 сут
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Спирамицин	внутри 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Цефуроксим внутри 0,5 г 2 р / сут, 10–14 сут

При подозрении на макроаспирацию рекомендуется **комбинированное лечение**.

Амоксициллин / клавулановая кислота	внутри 625 мг 3 р / сут, 2–3 нед + Спирамицин внутри 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 2–3 нед
-------------------------------------	--

Фармакотерапия внебольничной пневмонии в стационарных условиях в отделениях общего профиля

**Показания к госпитализации** беременных с ВП можно разделить на три группы: **непосредственно связанные с тяжелым течением ВП:**

- нарушение сознания;
- частота дыхания более 30 в минуту;
- частота сердечных сокращений более 125 уд /мин;
- артериальная гипотония (систолическое АД менее 90 мм рт. ст., диастолическое АД менее 60 мм рт. ст.);
- нестабильная гемодинамика;
- температура тела ниже 35 °С или выше 40 °С;
- количество лейкоцитов периферической крови менее  $4 \times 10^9$  / л или более  $20 \times 10^9$  / л;
- уровень гемоглобина менее 90 г / л, гематокрит менее 30 %;
- гипоксемия или гиперкапния;
- уровень креатинина сыворотки крови более 176,7 мкмоль /л или мочевины крови более 7 ммоль / л;
- возможная аспирация;
- плевральный выпот;
- многодолевое поражение легкого;
- септикопиемия;
- септический шок;
- неэффективность амбулаторного лечения в течение 3 сут;

**связанные с наличием сопутствующих соматических заболеваний:**

- хроническая обструктивная болезнь легких;
- гипертоническая болезнь и сердечно-сосудистые заболевания, особенно осложненные сердечной недостаточностью;
- цереброваскулярные заболевания;
- хронические гепатиты;
- хронические нефриты, острая или хроническая почечная недостаточность;
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани;
- наркомания, алкоголизм;
- дефицит массы тела;

**связанные с осложненным течением беременности:**

- токсикоз средней и тяжелой степени;
- угроза прерывания беременности;
- фетоплацентарная недостаточность;
- острая и хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- задержка внутриутробного развития плода.

При принятии решения следует также учитывать социальные и бытовые условия пациентки, ее пожелания относительно места лечения. Однако необходимо учитывать, что в первые три дня амбулаторного лечения беременная нуждается в ежедневном осмотре терапевтом или патронаже высококвалифицированной медицинской сестры. Очевидно, что госпитализации подлежат большинство беременных с ВП.

**При лечении ВП в отделениях общего профиля** возможно проведение «ступенчатой терапии», предусматривающей двухэтапное применение противомикробных ЛС: переход с парентерального на пероральный путь введения с учетом клинического состояния беременной. Этот переход допустим при клиническом улучшении состояния, стабилизации гемодинамики, возможности самостоятельного приема пищи и отсутствии нарушения всасывания.

ЛС выбора:

Ампициллин	в / м 1 г 4 р / сут, 2–4 сут, затем внутри 0,25–0,5 г 4 р / сут, 7–10 сут
Ампициллин / сульбактам	в / м 1,5 г 4 р / сут, 2–4 сут +* Ампициллин внутри 0,25–0,5 г 4 р / сут, 7–10 сут
Амоксициллин / - клавуланат	в / в 1,2 г 3 р / сут, 2–4 сут, затем внутри 625 мг 3 р / сут 7–10 сут
Спирамицин	в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 2–4 сут, затем внутри 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 7–10 сут
Цефуросим	в / в 0,5–1 г 2 р / сут, 2–4 сут, затем внутри 0,5 г 2 р / сут, 7–10 сут

\* После окончания курса лечения.

Альтернативные ЛС:

Амоксициллин / - клавуланат	в / в 1,2 г 3 р / сут, 10–14 сут
-----------------------------	----------------------------------

Цефепим	в / в 1 г 2 р / сут, 10–14 сут ± Спирамицин в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут ± Спирамицин в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в / в 1 г 1 р / сут, 10–14 сут ± Спирамицин в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут

Пневмония внебольничная у беременных

Фармакотерапия внебольничной пневмонии в отделении интенсивной терапии

**Показаниями к лечению ВП в условиях отделения интенсивной терапии** являются следующие состояния:

частота дыхания более 30 в минуту;

систолическое АД менее 90 мм рт. ст.;

двусторонняя или многодолевая пневмония;

быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких;

септический шок или необходимость введения вазопрессорных ЛС более 4 ч;

острая почечная недостаточность.

ЛС выбора:

Цефепим	в / в 1 г 2 р / сут, 10–14 сут + Спирамицин в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут + Спирамицин в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в / в 1 г 1 р / сут, 10–14 сут + Спирамицин в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут

При наличии клинических и эпидемиологических данных, позволяющих с большой долей вероятности предположить ВП определенной этиологии или при неэффективности стартовой эмпирической АТ (после получения результатов бактериологического исследования мокроты) возможно проведение терапии, направленной на эрадикацию определенного возбудителя.

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *S. Pneumoniae*

ЛС выбора:

Амоксициллин	внутри 0,5 г 3 р / сут, 7–10 сут
Бензилпенициллин	в / в 2 000 000 ЕД 4 р / сут, 5–10 сут
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р / сут, 7–10 сут
Спирамицин	внутри 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 7–10 сут
Цефутоксим	внутри 0,5 г 2 р / сут, 7–10 сут
Цефтриаксон	в / в 1 г 1 р / сут, 5–10 сут
Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, 5–10 сут

Альтернативные ЛС:

Амоксициллин / клавулановая кислота	в / в 1,2 г 3 р / сут, 5–10 сут
Ванкомицин	в / в 1 г 2 р / сут, 5–10 сут
Имипенем / циластатин	в / в 0,5 г 3–4 р / сут, 5–10 сут
Меропенем	в / в 0,5 г 3–4 р / сут, 5–10 сут
Пиперацillin / тазобактам	в / в 2,5 г 3 р / сут, 5–10 сут
Спирамицин	в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 5–10 сут
Цефазолин	в / в 1 г 3 р / сут, 5–10 сут

Антибактериальная терапия пневмококковой пневмонии должна продолжаться не менее трех дней после стойкой нормализации температуры тела.

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *H. influenzae*

ЛС выбора:

Ампициллин / сульбактам	в / в 1,5 г 4 р / сут, 10–14 сут
Пиперацillin / тазобактам	в / в 2,5 г 3 р / сут, 10–14 сут
Цефепим	в / в 1 г 2 р / сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в / в 1 г 1 р / сут, 10–14 сут
Цефутоксим	в / в 0,5 г 2 р / сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Спирамицин	в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут
------------	---

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *M. catarrhalis*

Ампициллин / сульбактам	в / в 1,5 г 4 р / сут, 10–14 сут
Пиперацillin / тазобактам	в / в 2,5 г 3 р / сут, 10–14 сут
Цефепим	в / в 1 г 2 р / сут, 10–14 сут
Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут
Цефтриаксон	в / в 1 г 1 р / сут, 10–14 сут

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *C. pneumoniae*, *Legionella spp.*, *M. pneumoniae*

Азитромицин	внутри 0,5 г 1 р / сут, 3 сут
-------------	-------------------------------

Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р / сут, 2–3 нед
Спирамицин	в / в или внутри 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 2–3 нед

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *P. aeruginosa*

ЛС выбора:

Имипенем / циластатин	в / в 0,5 г 3–4 р / сут, 10–14 сут ± Гентамицин в / м 80 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Меропенем	в / в 0,5 г 3–4 р / сут, 10–14 сут ± Гентамицин в / м 80 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Пиперацillin / - тазобактам	в / в 2,5 г 3 р / сут, 10–14 сут ± Гентамицин в / м 80 мг 2 р / сут, 10–14 сут
Цефтазидим	в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут ± Гентамицин в / м 80 мг 2 р / сут, 10–14 сут

Пневмония внебольничная у беременных

Альтернативные ЛС:

Гентамицин	в / м 80 мг 2 р / сут, 10–14 сут + Спирамицин в / в или внутри 3000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут + Цефтазидим в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут
------------	---

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной *S. aureus*

ЛС выбора:

Оксацillin	в / в или в / м 2 г 4 р / сут, 10–14 сут
------------	--

Альтернативные ЛС:

Ванкомицин	в / в 1 г 2 р / сут, 10–14 сут
Спирамицин	в / в 3 000 000 МЕ 3 р / сут, 10–14 сут
Цефазолин	в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут
Цефуроксим	в / в 0,5 г 2 р / сут, 10–14 сут

Фармакотерапия внебольничной пневмонии, вызванной бактериями семейства *Enterobacteriaceae* (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*)

ЛС выбора:

Гентамицин	в / м 80 мг 2 р / сут, 10–14 сут + Цефепим в / в 1 г 2 р / сут, 10–14 сут, или Цефотаксим в / в 1 г 3 р / сут, 10–14 сут, или Цефтриаксон в / в 1 г 1 р / сут, 10–14 сут
Имипенем / - циластатин	в / в 0,5 г 3–4 р / сут, 10–14 сут
Меропенем	в / в 0,5 г 3–4 р / сут, 10–14 сут

Альтернативные ЛС:

Ампициллин / сульбактам	в / в 1,5 г 4 р / сут, 10–14 сут
Пиперацillin / тазобактам	в / в 2,5 г 3 р / сут, 10–14 сут

Полип эндометрия

Хирургическое лечение

**Удаление полипа эндометрия (ПЭ), раздельное выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и тела матки** (под гистероскопическим контролем) с последующим морфологическим исследованием полученного материала является **обязательным этапом лечения**.

Наиболее эффективный метод оперативного лечения ПЭ — электрохирургическая гистерорезектоскопия, при которой глубокое срезание ножки полипа размером до 1 см осуществляют игольным электродом на границе базального слоя и миометрия. Резекцию более крупных ПЭ производят фрагментарно петлевидным электродом. Рецидивы аденоматозного полипа эндометрия (АПЭ) на фоне атрофии эндометрия, как и впервые выявленные АПЭ и полипы с очаговым аденоматозом (особенно выраженной формы), при наличии ГЭ и (или) другой гинекологической патологии являются показанием к хирургическому лечению — надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки у женщин в пременопаузе. Придатки матки чаще всего удаляют в связи с высокой частотой гиперпластических процессов в яичниках у таких пациенток.

АПЭ у женщин в постменопаузе служат абсолютным показанием к удалению матки с придатками.

Гормональная терапия

Тактика ведения больных после радикального удаления ПЭ определяется возрастом пациентки, строением полипа, функциональным состоянием эндометрия и яичников, сопутствующей гинекологической, экстрагенитальной патологией и наличием обменно-эндокринных нарушений.

В 10 % случаев в репродуктивном возрасте ПЭ обнаруживается на фоне воспалительных изменений эндометрия (объективизация гистологических признаков которых возможна лишь при проведении биопсии эндометрия в раннюю фолликулярную фазу м. ц.). В этих ситуациях в послеоперационном периоде назначают ЗГТ. С этой целью используют ЛС, содержащие натуральные эстрогены и способствующие улучшению процессов регенерации эндометрия.

**У женщин с регулярным менструальным циклом** (уровень прогестерона на 21-й день 28-дневного м. ц. более 30 нмоль / л) применяют «чистые» эстрогены.

Эстрадиола валерат внутрь 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., 3 мес

В случае **недостаточности лютеиновой фазы** назначают комбинированные эстроген-гестагенные ЛС.

Эстрадиола валерат	внутри 2 мг, 14 сут + Эстрадиола валерат/ дидрогестерон внутри 2 мг/10 мг, 14 сут, или Эстрадиол 2 мг/сут, 14 сут + эстрадиол 2 мг/сут и дидрогестерон 10 мг/сут, 14 сут
--------------------	--

Пациенткам репродуктивного возраста и особенно в перименопаузе с железистыми и железисто-фиброзными ПЭ на фоне ГЭ и других гинекологических заболеваний проводят лечение последних.

**После удаления АПЭ** пациенткам репродуктивного возраста показаны агонисты ГнРГ / ЛС с антигонадотропным действием.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мкг в каждую ноздрю 3 р / сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 р / нед непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Даназол	внутри 100–200 мг 1 р / сут непрерывно, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2–4-го дня м. ц., 3–6 мес

Антибактериальная терапия

В связи с тем, что при ПЭ в микробиоценозе полости матки превалирует облигатно-анаэробная флора и, в частности, анаэробные кокки как в монокультуре, так и в составе аэробно-анаэробных ассоциаций, всем пациенткам после хирургического удаления ПЭ показана **антибактериальная терапия** с учетом чувствительности выявленного возбудителя, обязательным компонентом которой является метронидазол, оказывающий помимо антибактериального противовоспалительное действие.

Метронидазол в / в капельно 100 мл 2 р / сут, 3 сут

В сроки двух предполагаемых последующих менструаций также проводят курсы антибактериальной терапии.

Клиндамицин в / м 300 мг 2 р / сут, 7 сут

Предлежание плаценты

Выбор метода терапии при предлежании плаценты (ПП) зависит от ряда обстоятельств, в том числе от времени возникновения кровотечения (во время беременности, в родах), скорости и величины кровопотери, общего состояния беременной (роженицы), состояния родовых путей (степени раскрытия шейки матки), вида ПП, срока беременности, положения плода и др.

Ведение беременности

Если ПП выявлено при УЗИ в ранние сроки беременности и кровяные выделения отсутствуют, то возможно наблюдение беременной в амбулаторных условиях. При наличии кровяных выделений показано лечение в условиях стационара. Проводят **терапию, направленную на снятие возбудимости матки, укрепление сосудистой стенки.**

Дротаверин, 2 % р-р	в / м 2 мл 3 р / сут, до нормализации тонуса матки и прекращения кровяных выделений + Магния лактат / Пиридоксина гидрохлорид внутри 2 табл. 2 р / сут, до нормализации тонуса матки и прекращения кровяных выделений + Этамзилат в / м 2 мл 2–3 р / сут, до нормализации тонуса матки и прекращения кровяных выделений
---------------------	---

При сроке беременности больше 16 нед возможно назначение **токолитиков.**

Гексопреналин	в / в капельно (со скоростью 0,075–0,3 мкг / мин) 0,005 мг (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 500 мл 5 % р-ра декстрозы), до угнетения сокращений матки, затем внутри 0,5 мг 4–8 р / сут, несколько недель
Фенотерол	в / в капельно (со скоростью 15–20 капель / мин) 0,5 мг (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 500 мл 5 % р-ра декстрозы), до угнетения сокращений матки, затем внутри 5 мг 4–8 р / сут, несколько недель

При недоношенной беременности с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома плода показано введение **глюкокортикоидных ЛС.**

Дексаметазон	в / м 4 мг 2 р / сут, 2–3 сут или внутри 2 мг 4 р / сут в 1-е сут, затем 2 мг 3 р / сут во 2-е сут, затем 2 мг 2 р / сут на 3-и сут
--------------	---

Ведение родов (выбор метода родоразрешения)

При центральном, боковом и краевом ПП без кровотечения показано родоразрешение кесаревым сечением в плановом порядке при сроке 37 нед.

При выраженном кровотечении независимо от степени ПП показано родоразрешение кесаревым сечением на любом сроке беременности. Если плацента прикрепляется на передней стенке в области нижнего сегмента матки, то методом выбора является корпоральное кесарево

сечение. Поперечный разрез на матке в нижнем сегменте можно использовать в том случае, если плацента локализуется на задней стенке матки.

При краевом ПП можно использовать выжидательную тактику до спонтанного начала родовой деятельности; в родах показано раннее вскрытие плодного пузыря.

При низком ПП и отсутствии кровотечения роды обычно проводят через естественные родовые пути.

При вращении плаценты в мышцу матки или рубец после кесарева сечения показана плановая операция с донным разрезом матки. После извлечения плода возможны метропластика или удаление матки.

При кесаревом сечении по поводу ПП с гемостатической целью показано введение бесцитратной плазмы, при выраженной кровопотере — эритроцитарной массы; кроме того, применяют другие **гемостатические средства**.

Аминометил-бензойная кислота	в / в 50–100 мг или в / м 100 мг, однократно, затем доза и способ введения подбираются индивидуально по результатам терапии + Апротинин в / в капельно 1 млн КИЕ* или 700 тыс. АтрЕ™, однократно, затем 140 тыс. АтрЕ с интервалом в 1 ч (доза зависит от конкретного ЛС), до остановки кровотечения + Кальция глюконат в / м или в / в 5–10 мл 1 р / сут, до остановки кровотечения + Этамзилат в / м 250 мг 3 р / сут, до остановки кровотечения
------------------------------	--

\* Калликреинкининовые ингибиторные единицы. Антитрипсиновые единицы. 1 АтрЕ = 1,33 КИЕ.

Ведение послеоперационного периода

В раннем послеоперационном периоде для профилактики кровотечения показано введение **утеротонических средств**.

Метилэргометрин, 0,02 % р-р	в / в 2 мл, однократно + Окситоцин в / в капельно 5 ЕД (в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида), однократно
-----------------------------	---

Ввиду значительной опасности развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде показано введение **антибиотиков** широкого спектра действия.

Цефазолин	в / м 1 г 3–4 р / сут, 5–7 сут
-----------	--------------------------------

Цефотаксим	в / м 1 г 3–4 р / сут, 5–7 сут
------------	--------------------------------

Преждевременное половое развитие

Преждевременное половое развитие при врожденной дисфункции коры надпочечников

#### **Основные задачи лечения:**

подавление развития вторичных половых признаков, вызывающих эмоциональные и психологические проблемы у ребенка и родителей;

снижение темпов костного созревания, позволяющее улучшить прогноз роста.

При **гетеросексуальном типе ППР на фоне классической формы ВДКН без признаков потери NaCl** показана пожизненная терапия по следующей схеме:

Гидрокортизон	внутри 10–20 мг / м <sup>2</sup> в сутки в 3–4 приема (в 7:00, 12:00, 17:00 и 3:00), пожизненно
Дексаметазон	внутри 0,5–0,75 мг / м <sup>2</sup> 1 р / сут на ночь (только при закрытых зонах роста), пожизненно
Преднизолон	внутри 2,5–5 мг / м <sup>2</sup> в сутки с приемом 2 / 3 суточной дозы утром (в 6:00–8:00) и 1 / 3 рано вечером (в 17:00), пожизненно

При **сольтеряющей форме ВДКН** помимо применения ГКС показана компенсация острой потери NaCl внутривенной инфузией гипертонических растворов NaCl.

При **ВДКН с вторичной активацией гипоталамо-гипофизарной системы** с целью улучшения показателей конечного роста на фоне терапии ГКС проводят терапию агонистами ГнРГ.

Гидрокортизон	внутри 10–20 мг / м <sup>2</sup> / сут в 3–4 приема (в 7:00, 12:00, 17:00 и 3:00), пожизненно + Трипторелин в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)
Дексаметазон	внутри 0,5–0,75 мг / м <sup>2</sup> 1 р / сут на ночь (только при закрытых зонах роста), пожизненно + Трипторелин в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)
Преднизолон	внутри 2,5–5 мг / м <sup>2</sup> / сут с приемом 2 / 3 суточной дозы утром (в 6:00–8:00) и 1 / 3 рано вечером (в 17:00), пожизненно + Трипторелин в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)

Преждевременное половое развитие

Преждевременное половое развитие при гипотиреозе

При **изолированном телархе на фоне сниженной функции щитовидной железы** проводят ЗГТ.

Левотироксин натрий	внутри 10–15 мкг / кг утром натощак за 30 мин до еды (под контролем уровня ТТГ и свободного Т <sub>4</sub> в сыворотке крови), пожизненно
---------------------	---

Преждевременное половое развитие

Преждевременное половое развитие при синдроме Мак-Кьюна–Олбрайта–Брайцева

При **синдроме Мак-Кьюна–Олбрайта–Брайцева** лечение показано в случае длительной гиперэстрогении, сопровождающейся частыми и тяжелыми кровотечениями.

**Ципротерон** внутрь 50 мг 2 р / сут, до купирования клинических проявлений

Преждевременное половое развитие

Преждевременное половое развитие при фолликулярных кистах яичника

Лечение при **фолликулярных кистах яичников** включает проведение гормональной терапии.

**Дидрогестерон** внутрь 10 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес

**Прогестерон** внутрь 100 мг 3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не более 3 мес

Отсутствие положительной динамики (уменьшение или исчезновение образования по данным УЗИ, проводимого на 7–8-й день м. ц. в течение 3 мес) является показанием к **оперативному лечению** — лапароскопии, энуклеации кисты.

Преждевременное половое развитие

Преждевременное половое развитие центрального происхождения (полная форма)

Фармакотерапию **полной формы ППР центрального происхождения желательн**о начинать не позднее 11,5 лет костного возраста.

**Критерии назначения агонистов ГнРГ:**

подтверждение гонадотропинзависимого характера ППР;

быстрое прогрессирование симптомов заболевания (увеличение костного возраста, опережающего фактически на два года и более, увеличение скорости роста более чем на два стандартных отклонения за предшествующий год);

наличие повторных менструаций у девочек младше семи лет.

В настоящее время из аналогов ГнРГ единственным официально разрешенным ЛС, используемым для терапии истинного ППР, является трипторелин.

ЛС выбора:

**Трипторелин** в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, прерывистыми курсами (длительность 1 курса не более 6 мес)

Альтернативные ЛС:

**Даназол** внутрь 100–200 мг 1 р / сут, непрерывно, не более 6–8 мес

Преэклампсия

По Международной классификации выделяют:

отеки беременных;

протеинурия беременных;

артериальная гипертензия при беременности;

преэклампсия;

эклампсия.

При незначительных отеках голеней возможно лечение в условиях женских консультаций. При отеках передней брюшной стенки, верхних и нижних конечностей лечение осуществляют в стационаре. Беременных с преэклампсией и эклампсией необходимо госпитализировать в стационары многопрофильных больниц, имеющих реанимационное отделение и отделение для выхаживания недоношенных детей.

**Принципы терапии преэклампсии** заключаются в следующем:

создание лечебно-охранительного режима:

— дозированный постельный режим — пребывание беременных в положении преимущественно на левом боку с 10:00 до 13:00 и с 14:00 до 17:00, т. е. в часы, соответствующие наивысшим подъемам АД;

— лечебное питание (достаточное содержание в рационе белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ, ограничение потребления поваренной соли до 6–8 г / сут, ограничение водной нагрузки до 1300–1500 мл);

медикаментозная терапия, направленная на восстановление функции жизненно важных органов;

быстрое и бережное родоразрешение.

**Фармакотерапия** должна быть комплексной и включать следующие ЛС:

регулирующие функции ЦНС;

гипотензивные;

для нормализации реологических и коагуляционных показателей крови;

для инфузионно-трансфузионной и дезинтоксикационной терапии;

улучшающие маточно-плацентарный кровоток;

антиоксиданты, витамины, мембраностабилизаторы, гепатопротекторы;

влияющие на метаболизм;

иммуномодуляторы (при необходимости).



Курс лечения проводят с индивидуальным подбором ЛС в зависимости от степени тяжести заболевания.

Важное значение имеет не только состав терапии, но и ее продолжительность у беременных. При легкой степени преэклампсии стационарное лечение целесообразно проводить **до 14 дней**, при тяжелой — **до родоразрешения**.

Регуляция функции центральной нервной системы

Первая группа ЛС включает седативные средства, транквилизаторы, нейролептики.

**При водянке и легкой форме преэклампсии:**

Нитразепам	внутрь 0,01 г 1 р / сут на ночь, 14 сут + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутрь 0,02–0,04 г 3 р / сут или настойка внутрь 1,5 мл (30 капель) 3 р / сут, 14 сут, или Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни, настойка, внутрь 5 мл 3 р / сут, 14 сут, или Пустырника трава, экстракт, внутрь 30 мл 3 р / сут, 14 сут, или Сборы успокоительные внутрь 2,5 мл 3 р / сут, 14 сут
Диазепам	внутрь 0,01 г 2 р / сут, 14 сут + Валерианы корневища с корнями, экстракт, внутрь 0,02–0,04 г 3 р / сут или настойка внутрь 1,5 мл (30 капель) 3 р / сут, 14 сут, или Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни, настойка, внутрь 5 мл 3 р / сут, 14 сут, или Пустырника трава, экстракт, внутрь 30 мл 3 р / сут, 14 сут, или Сборы успокоительные внутрь 2,5 мл 3 р / сут, 14 сут

**При тяжелой преэклампсии и эклампсии:**

Закисно-кислородный или закисно-фторотановый наркоз с кислородом	ингаляционно + Диазепам, 0,5 % р-р, в / в 2–4 мл, кратность введения определяют индивидуально + Магния сульфат, 25 % р-р, в / в 10–20 мл, кратность введения определяют индивидуально
--	---

Гипотензивная терапия

Эффективность и безопасность — основные принципы фармакотерапии в период беременности. При ведении беременной с АГ врач имеет дело одновременно с двумя пациентами — матерью и плодом, и их интересы не всегда совпадают. В настоящее время в мире не существует единых подходов и стандартов лечения данной патологии. Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и / или дальнейшее развитие ребенка. Объективные трудности при проведении фармакотерапии беременным с АГ обусловлены отсутствием достаточной доказательной базы по применению антигипертензивных лекарственных средств, так как этические нормы являются препятствием для проведения крупных клинических рандомизированных плацебо-контролируемых исследований у беременных.

Метилдопа остается лидирующим антигипертензивным препаратом. Преимущества перед другими антигипертензивными препаратами у беременных основано на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего его безопасность для матери, плода и новорожденного. Важно, что пока это единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении состояния здоровья детей. Препаратом выбора является нифедипин. Многочисленные наблюдения не выявили тератогенного, эмбриотоксического действия при применении препарата у человека, в том числе это показано на небольшой группе детей, матери которых принимали нифедипин в I триместре. В работах, посвященных изучению токолитического и гипотензивного эффекта нифедипина у беременных, отмечается безопасность препарата, отсутствие неблагоприятного влияния на плод и новорожденного, в том числе при длительном (18 мес) наблюдении за детьми (110 детей), матери которых использовали **нифедипин** во время беременности. В настоящее время на российском рынке имеется несколько форм нифедипина различной продолжительности действия, что позволяет назначить адекватную антигипертензивную терапию беременной с АГ, а также эффективно купировать гипертонический криз.

Преэклампсия

В настоящее время Канадская ассоциация акушеров-гинекологов не рекомендует применение атенолола для лечения АГ у беременных. Препаратом выбора при АГ у беременных из группы бета-адреноблокаторов (БАБ) является **метопролол**. При применении метопролола, как и при применении других БАБ, не отмечено тератогенных и эмбриотоксических эффектов.

Диуретики не рекомендованы при преэклампсии и абсолютно противопоказаны в случае нарушения маточно-плацентарного кровотока и задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода. Применение фуросемида оправдано, если беременность осложнена почечной или сердечной недостаточностью. Верошпирон не рекомендован при беременности, так как вызывает феминизацию плода мужского пола. В связи с недостаточным количеством данных, не желательно применять в период гестации и индапамид.

Не рекомендовано применение при преэклампсии таких препаратов, как раунатин, бендазол, папаверин, дротаверин и клофелин.

Ингибиторы АПФ строго противопоказаны при беременности. Применение этих препаратов во II–III триместре ассоциировано с уменьшением кровоснабжения почек у плода, в том числе дисгенезии почек, развитием маловодия, в результате олигоурии плода, развитием острой почечной недостаточности у плода или новорожденного; артериальной гипотензией; гипоплазией легких, развитием респираторного дистресс-синдрома новорожденных; костными дисплазиями с нарушением оссификации свода черепа и контрактурами конечностей; высоким риском ЗВУР; гибелью плода или новорожденного. Использование этих препаратов в период органогенеза было ассоциировано с увеличением частоты врожденных пороков развития сердечно-сосудистой и центральной нервной системы с 3 до 7 %.

Во время беременности не рекомендуются к применению:

Аминофиллин — категория С;

Амлодипин — оценить риск для ребенка и пользу для матери;

Небиволол — категория С;

Верапамил — категория С;

Клонидин — категория С.

Метилдопа	внутрь 250 мг 3 р / сут, 14 сут или Нифедипин внутрь 40 мг 1 / сут, длительность определяют индивидуально, либо по 80 мг / сут в 1–2 приема
-----------	---

Терапию проводят с целью подготовки к родоразрешению.

#### При тяжелой преэклампсии и эклампсии:

Бензогексоний, 2,5 % р-р	в / м или в / в 1 мл, кратность введения определяют индивидуально или Пентамин, 5 % р-р, в / м или в / в 1 мл, кратность введения определяют индивидуально
--------------------------	--

Терапия мочегонными средствами

Мочегонные ЛС применяют при низком диурезе после нормализации объема циркулирующей крови.

**При отеках** применяют фитосборы, обладающие мочегонными свойствами.

Листья брусники, или

Листья толокнянки, или

Настойка леспедезы головчатой, или

Плоды можжевельника, или

Почки березовые, или

Трава хвоща полевого, или

Цветки василька синего, или

Чай почечный (ортосифон тычиночный).

Используют также **калийсберегающие диуретики**.

Гидрохлоротиазид / триамтерен	внутрь 25 мг / 100 мг утром 2 1 р / нед, до исчезновения отеков
-------------------------------	---

**При тяжелой преэклампсии и эклампсии** по показаниям при подготовке к родоразрешению назначают салуретики.

Фуросемид	в / м или в / в 20–500 мг / сут дробно, длительность терапии определяют индивидуально
-----------	---

**При стойкой олигурии и анурии, развитии почечной недостаточности** показан экстракорпоральный гемодиализ: плазмаферез или ультрафильтрация.

Терапия средствами, улучшающими реологические свойства крови

**Дезагреганты и антикоагулянты** включают следующие ЛС:

Ацетилсалициловая кислота	внутрь 60 мг 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Дипиридамол	внутрь 50 мг 3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Ксантинола никотинат	внутрь 150 мг 3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Надропарин кальция	п / к 0,3 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Пентоксифиллин	внутрь 100 мг 3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Лечение проводят под контролем гемостазиограммы.

Инфузионно-трансфузионная терапия

Инфузионно-трансфузионная терапия направлена на восстановление нормальной тканевой перфузии и органного кровотока, устранение гиповолемии, гемоконцентрации, гипопроотеинемии и на коррекцию электролитных и метаболических нарушений. Для этих целей используют:

плазмозамещающие растворы (свежезамороженная плазма, 5 и 10 % р-ры альбумина);

кристаллоиды, представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, калия хлорид), 10 % р-р декстрозы;

коллоиды (декстраны, повидон, 6 и 10 % гидроксипропилированный крахмал).

Нормализация маточно-плацентарного кровотока

**β-миметики** назначают для нормализации маточно-плацентарного кровотока в индивидуально переносимых дозах вплоть до 38-й недели беременности.

Гексопреналин внутрь 500 мкг 6 р / сут или в / в 10 мкг 1 р / сут, до 38 нед беременности

Терапия антиоксидантами, витаминами, мембраностабилизаторами, гепатопротекторами и средствами, влияющими на метаболизм

**В комплексной терапии гестоза** применяются также:

Аскорбиновая кислота	внутри 100 мг 1 р / сут, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг / 140 мг 3 р / сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 1 р / сут, длительно
Витамин Е	внутри 600 мг 1 р / сут, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг / 140 мг 3 р / сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 1 р / сут, длительно
Глутаминовая кислота	внутри 0,25 г 4–6 р / сут, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг / 140 мг 3 р / сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 1 р / сут, длительно
Поливитамины	внутри, длительно + Калия и магния аспарагинат внутри 158 мг / 140 мг 3 р / сут, длительно + Фосфолипиды внутри 300 мг 3 р / сут или в / в 5 мл 1 р / сут, длительно

Презеклампсия

Иммунотерапия

Иммунотерапию применяют по показаниям и под контролем клинического состояния и лабораторных критериев. Прибегают к введению аллогенных лимфоцитов (внутрикожно 30–50 млн выделенных клеток из 40–50 мл крови мужа каждые 4–6 нед на ладонные поверхности предплечья в 8–10 точках), а также иммуноглобулинов.

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в 25–50 мл 1 р / 4–6 нед, количество введений определяют индивидуально
------------------------------------	--

При наличии эффекта беременность пролонгируют до срока, гарантирующего рождение жизнеспособного плода или до наступления родов.

Показания к досрочному родоразрешению

Показанием к досрочному родоразрешению являются не только эклампсия и ее осложнения, но также тяжелая презеклампсия. При тяжелой презеклампсии в течение 3–12 ч показано досрочное бережное родоразрешение путем кесарева сечения только под эндотрахеальным наркозом.

При возможности ведения родов через естественные родовые пути предварительно для улучшения функционального состояния матки и подготовки шейки матки в цервикальный канал или в задний свод влагалища вводят простагландиновый гель. При подготовленной шейке матки производят амниотомию с последующим родовозбуждением.

Зидовудин	внутри 300 мг каждые 3 ч, от начала родовой деятельности до родоразрешения
Фосфазид	внутри 600 мг однократно при начале родовой деятельности, затем 400 мг каждые 4 ч (если в период беременности больная получала зидовудин, его следует отменить)

При родоразрешении через естественные родовые пути в первом периоде родов наряду с применением классических методов (раннее вскрытие плодного пузыря, адекватная гипотензивная терапия, инфузионно-трансфузионная терапия не более 500 мл) проводят поэтапную длительную аналгезию, включая эпидуральную анестезию; во втором периоде родов оптимальным является продолжение эпидуральной анестезии.

**В послеродовом периоде** инфузионно-трансфузионную терапию проводят в полном объеме и продолжают не менее 3–5 сут в зависимости от снижения выраженности симптомов патологического процесса под контролем клинко-лабораторных данных.

После выписки проводят мероприятия, направленные на профилактику рецидива презеклампсии в условиях женской консультации.

Профилактика презеклампсии

Важную роль играет профилактика развития презеклампсии с учетом имеющихся факторов риска. Профилактика тяжелых форм презеклампсии должна начинаться с 8–9-й недели беременности. Профилактические мероприятия проводят поэтапно с учетом фоновой патологии.

Профилактический комплекс включает:

диету;

режим;

витамины;

фитосборы и лекарственные средства с седативным эффектом, а также улучшающие функцию почек;

спазмолитики;

средства, влияющие на метаболизм;

дезагреганты и антикоагулянты;  
антиоксиданты, мембраностабилизаторы;  
лечение экстрагенитальной патологии по показаниям.

У беременных группы риска профилактические мероприятия проводят постоянно. Фитосборы и ЛС, влияющие на метаболизм, следует принимать постоянно, чередуя друг с другом. На их фоне дезагреганты, антикоагулянты, мембраностабилизаторы с антиоксидантами применяют курсами по 30 дней с перерывом 7–10 дней.

Пурпура идиопатическая тромбоцитопеническая у беременных

Все беременные, страдающие идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИПТП) с любыми проявлениями геморрагического синдрома, должны быть **госпитализированы**.

В силу того что ИПТП является результатом сложного иммунологического конфликта по типу аутоиммунной агрессии, все методы лечения направлены на различные звенья патологического процесса и действуют по пути либо более глубокого и полного подавления выработки аутоантител и ЦИК, либо их механического удаления, а также возможного воздействия на процессы центральной регуляции иммунитета.

При лечении беременной, страдающей ИПТП, необходимо стремиться поддерживать число

**тромбоцитов на «безопасном» уровне —  $30 \times 10^9 / л$** . Однако если во время родов планируется использование некоторых видов анестезии (например, эпидуральной), желательно, чтобы количество тромбоцитов было более высоким (от  $50 \times 10^9 / л$  до  $100 \times 10^9 / л$ ).

Целью терапии и (или) наблюдения является профилактика тяжелых кровотечений (внутричерепного кровоизлияния или кровотечения из слизистых оболочек с развитием тяжелой постгеморрагической анемии), угрожающих жизни больной, в течение периода тромбоцитопении. При наличии любого из этих осложнений терапия должна быть начата немедленно вне зависимости от количества тромбоцитов. При тромбоцитопении, если отсутствует геморрагический синдром, лечение, как правило, не требуется.

К **основным методам лечения** относятся:

проведение комплексной медикаментозной терапии (ГКС, иммуноглобулины, ангиопротекторы);

выполнение спленэктомии при отсутствии устойчивого и продолжительного эффекта от проведения комплексной консервативной терапии в течение

3–4 нед, при непрерывно рецидивирующем течении хронической ИПТП или частых обострениях с кровотечениями из слизистых оболочек.

Во время беременности **спленэктомия** показана и проводится по жизненным показаниям со стороны матери, причем предпочтительнее во II триместре беременности, так как спленэктомия, выполняемая в I триместре, повышает риск самопроизвольных выкидышей, а в III триместре становится технически очень сложной и повышает риск преждевременных родов и мертворождений. В случаях если выраженный геморрагический синдром развивается в III триместре беременности, то после энергичной медикаментозной подготовки производят спленэктомию, сочетая ее с кесаревым сечением.

**Показания к спленэктомии:**

частые обострения с кровотечениями из слизистых оболочек при количестве тромбоцитов менее  $30 \times 10^9 / л$ ;

некупирующееся профузное кровотечение любой локализации или при угрозе кровоизлияния в ЦНС и жизни больной;

маточное кровотечение, не купирующееся консервативными методами, в послеродовом периоде.

Спленэктомию проводят трансторакальным доступом со вскрытием грудной полости и диафрагмы и, гораздо реже, — верхнесрединной лапаротомией. Во время операции должны быть удалены все добавочные селезенки, иначе тромбоцитопения будет сохраняться.

**Плазмаферез** показан больным, резистентным к медикаментозной терапии или зависимым от больших доз ГКС, а также лицам, у которых определяются высокие титры АТ-АТ.

**Основные рекомендации по лечению ИПТП у беременных:**

больным с числом тромбоцитов больше  $50 \times 10^9 / л$  лечение обычно не требуется, им не следует назначать ГКС или иммуноглобулины в качестве начальной терапии;

если число тромбоцитов составляет  $30 \times 10^9 / л$  —  $50 \times 10^9 / л$  на протяжении I и II триместров беременности, то вышеуказанные ЛС также не показаны (за исключением больных с высоким риском кровотечения, включая лиц с сопутствующей АГ, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и лиц, ведущих активный образ жизни);

лечение показано всем беременным с числом тромбоцитов менее  $10 \times 10^9 / л$  на любом сроке беременности, а также тем, у кого оно равно  $10 \times 10^9 / л$  —  $30 \times 10^9 / л$  во II и III триместрах беременности или имеется кровотечение;

в / в введение иммуноглобулина целесообразно в качестве начальной терапии в том случае, когда число тромбоцитов менее  $10 \times 10^9 / \text{л}$  на протяжении III триместра, или когда оно равно  $10 \times 10^9 / \text{л}$  —  $30 \times 10^9 / \text{л}$ , или имеется кровотечение; если у беременной, несмотря на лечение ГКС и высокими дозами иммуноглобулина в течение 4–5 нед, число тромбоцитов остается менее  $30 \times 10^9 / \text{л}$  и продолжается кровотечение, следует выполнить спленэктомию; если у беременной накануне спленэктомии продолжается кровотечение, а уровень тромбоцитов менее  $10 \times 10^9 / \text{л}$ , то до операции целесообразно назначить парентерально высокие дозы иммуноглобулина и ГКС в пульсовом режиме в дозе 1 г / сут в течение 3 дней; если симптомы ИПТП сохраняются после проведения комплексной консервативной терапии и спленэктомии, то беременность следует прервать и приступить к лечению больных цитостатиками, иммуносупрессантами и др.

**Для лечения кровотечений, угрожающих жизни больной**, в качестве начальной терапии используют:

ГКС в высоких дозах или пульс-терапию;

иммуноглобулин человеческого нормальный в / в;

сочетание ГКС и иммуноглобулина человеческого нормального в / в;

экстренную спленэктомию (по жизненным показаниям, прежде всего при внутричерепном кровоизлиянии и его угрозе, а также при профузном кровотечении любой локализации).

Трансфузии тромбоцитной массы не показаны из-за сенсibilизации и резкого повышения образования АТ-АТ, за исключением эпизодов развившегося профузного кровотечения с целью создания гемостатической пробки.

Симптоматическая терапия

Пурпура идиопатическая тромбоцитопеническая у беременных

На протяжении всей беременности необходимо проводить симптоматическую терапию, особенно у больных с непрерывно рецидивирующим течением заболевания, включающую чередование курсов фитотерапии (крапива, тысячелистник, шиповник, пастушья сумка, арника и др.), а также использование препаратов железа (для коррекции железодефицитных состояний), местных способов остановки кровотечений, ангиопротекторов и ингибиторов фибринолиза.

Аскорбиновая кислота / рутозид	внутри 0,05 г 4 р / сут, длительно ± Аминокапровая кислота внутри 0,2–0,5 г / кг 1 р / сут, длительно
Этамзилат натрия	внутри 250 мг 3 р / сут, длительно ± Аминокапроновая кислота внутри 0,2–0,5 г / кг 1 р / сут, длительно

Иммуносупрессивная терапия глюкокортикоидными средствами

При усугублении кожного геморрагического синдрома в процессе наблюдения за больной и (или) в случае присоединения кровотечения показана иммуносупрессивная терапия **ГКС**, которые нарушают взаимосвязь между поверхностью тромбоцита и АТ-АТ, уменьшают продукцию АТ-АТ селезенкой, печенью, костным мозгом, уменьшают проницаемость и степень повреждения эндотелия, снижают селезеночную секвестрацию тромбоцитов и деструкцию тромбоцитов фагоцитами.

**ЛС выбора** при назначении ГКС являются преднизолон и метилпреднизолон ввиду их относительно малой способности проникать через фетоплацентарный барьер и меньшего количества побочных эффектов.

Преднизолон	внутри 0,5–1 мг / кг / сут (с учетом суточного биоритма — 2 / 3 суточной дозы в утренние часы), 4 нед, затем снижать дозу по 5мг /нед до достижения дозы 10–15 мг / сут, 3–4 мес
-------------	--

Четырехнедельный срок терапии ГКС в полной дозе определяется периодом полураспада АТ-АТ, который составляет 3–4 нед.

Лечение проводят под контролем уровня тромбоцитов, показателей гемостаза и титра АТ-АТ и ЦИК.

Снижение количества тромбоцитов на фоне уменьшения дозы ГКС не является показанием к возврату прежней дозы. В случае достижения только клинической ремиссии продолжение терапии ГКС в прежней дозе до нормализации количества тромбоцитов нецелесообразно, так как пролонгированное лечение ГКС подавляет продукцию тромбоцитов и способствует развитию осложнений.

При наличии у больной тяжелых кровотечений начальная доза ГКС может составлять 3–5 мг / кг / сут в течение 3–5 дней до купирования геморрагического синдрома; в дальнейшем ЛС применяют в дозе 2 мг / кг / сут.

**Альтернативным методом** лечения в тяжелых ситуациях может быть пульс-терапия.

Метил-преднизолон	в / в капельно в течение 20 мин 30 мг / кг / сут, 3 сут до купирования геморрагического синдрома и повышения количества тромбоцитов до безопасного уровня (более $30 \times 10^9 / \text{л}$ )
-------------------	--

Пульс-терапия и применение ГКС в дозе 3–5 мг / кг / сут могут быть использованы при рецидиве тромбоцитопении и геморрагического синдрома после завершения начального курса ГКС.

Особого рассмотрения требует **тактика ведения больных в день родоразрешения**. Всем больным в день родоразрешения и последующие два дня (т. е. всего в течение трех дней) дополнительно необходимо парентеральное введение ГКС по следующей схеме.

#### **В день родоразрешения:**

Гидрокортизон	в / в 250 мг, однократно
Преднизолон	в / в 60 мг, однократно (при сохранении основной дозы преднизолона, принимаемой внутрь до родоразрешения)

#### **В первые два дня после родов:**

Гидрокортизон	в / в 125 мг 1 р / сут, 2 сут
Преднизолон	в / в 30 мг 1 р / сут, 2 сут (при сохранении основной дозы преднизолона, принимаемой внутрь до родоразрешения)

Всем больным, принимавшим ГКС во время беременности, после родоразрешения, учитывая вероятность обострения заболевания, рекомендуется продолжать прием преднизолона в прежней дозе в течение не менее 2 мес; затем дозу ЛС медленно снижают под контролем уровня тромбоцитов в крови и показателей гемостазиограммы.

Терапия иммуноглобулинами

**В случае резистентности к терапии ГКС** возможно использование лечебных доз иммуноглобулинов.

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно (со скоростью 10–20 капель / мин) 0,4–0,6 г / кг 1 р / сут, 3–5 сут
------------------------------------	--

В экстренных ситуациях дозу иммуноглобулинов увеличивают.

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно (со скоростью 10–20 капель / мин) 1 г / кг 1 р / сут, 2 сут
------------------------------------	--

Иммуноглобулин не вводят при количестве тромбоцитов более  $30 \times 10^9 / л$ .

В настоящее время существуют **три основных гипотезы, объясняющие механизм патогенетического действия иммуноглобулина при ИТПП**. К ним относятся: неспецифическая блокада иммуноглобулинами рецепторов клеток, фагоцитирующих тромбоциты;

модулирующее воздействие на активность Т-хелперов и Т-супрессоров, вследствие чего угнетается синтез аутоантител, подавляется аутоиммунный процесс; нейтрализация АТ-АТ.

Рвота беременных

Легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно. Лечение беременных с легкой рвотой можно проводить амбулаторно. При умеренно выраженной и тяжелой рвоте показано лечение в стационарных условиях.

#### **Основными компонентами лечения являются:**

диета. В связи со снижением аппетита рекомендуется разнообразная пища, которая должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Пищу необходимо принимать небольшими порциями каждые 2–3 ч в охлажденном виде и в положении лежа. Показан также прием минеральной щелочной воды в небольших объемах 5–6 раз в день;

лечебно-охранительный режим с устранением отрицательных эмоций;

электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия. Этих средств может быть достаточно для лечения легкой рвоты; при умеренно выраженной и тяжелой рвоте они позволяют ограничить прием ЛС;

медикаментозная терапия.

Медикаментозное лечение для каждой беременной подбирают индивидуально в зависимости от тяжести заболевания. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени тяжести почти всегда бывает эффективным. **Чрезмерная рвота беременных при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 3 сут является показанием к прерыванию беременности.**

Кроме того, существуют **показания к экстренному прерыванию беременности:**

нарастание слабости;

адинамия;

эйфория или бред;

тахикардия до 110–120 уд / мин;

артериальная гипотония до 80–90 мм рт. ст.;

желтушность кожи и склер;

боли в правом подреберье;

снижение диуреза до 300–400 мл / сут;

гипербилирубинемия;

повышение уровня остаточного азота, мочевины;

протеинурия, цилиндрурия.

**Медикаментозная терапия должна быть комплексной** и включать следующие ЛС: регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс; инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания; предназначенные для нормализации метаболических нарушений.

Наиболее рационально комплексное использование всех этих групп.

Терапия средствами, регулирующими функцию ЦНС и блокирующими рвотный рефлекс

**Первая группа ЛС** включает средства, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: атропин, галоперидол, дроперидол, метоклопрамид, клемастин, прометазин, тиэтилперазин.

**Наиболее эффективными** в клиническом отношении являются следующие комбинации:

Метоклопрамид	в / м 2 мл 1–2 р / сут, длительно + Атропин, 0,1 % р-р, в / м 0,5 мл 1–2 р / сут, длительно
---------------	---

Лечение продолжают до исчезновения клинических симптомов и в соответствии с результатами лабораторных исследований.

Инфузионная терапия

**Вторая группа ЛС** предназначена для **инфузионной терапии** и включает:

кристаллоиды (предназначены для регидратации), представляющие собой комплексные солевые растворы (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, калия хлорид). Объем вводимых кристаллоидов должен составлять около 50 % общего объема инфузии;

коллоиды (для дезинтоксикации): декстраны, повидон. Объем коллоидных растворов должен составлять 10–15 % объема инфузии;

парентеральное питание: 10–15 % р-р декстрозы и 5–10 % р-р аминокислот. Объем вводимых средств для парентерального питания должен составлять не менее 35–40 % общего объема инфузии.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1–3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Продолжительность лечения определяется клинико-лабораторными показателями.

Нормализация метаболических нарушений

На фоне инфузионной терапии назначают **ЛС, нормализующие метаболические нарушения.**

Аскорбиновая кислота	5 % р-р в / в 5 мл 1 р / сут, 3–4 нед + Инозин внутрь 0,2 г 3 р / сут, 3–4 нед + Кокарбоксилаза в / в 100 мг 1 р / сут, 3–4 нед + ЛС, полученное из селезенки крупного рогатого скота, в / м 2 мл 1 р / сут, 10 сут; при упорной рвоте в / м 2 мл 2 р / сут (до улучшения общего состояния), затем снижение дозы до 1 мл 2 р / сут, 3–4 нед + Рибофлавин в / м 0,01 г (1 мл 1 % р-ра) 1 р / сут, 3–4 нед + Фолиевая кислота внутрь 0,001 г 3 р / сут, 3–4 нед
----------------------	---

Комбинация этих ЛС восстанавливает цикл Кребса и нормализует окислительно-восстановительные процессы в клетках.

Родовой травматизм

Родовой травматизм — повреждение мягких тканей родового канала и другие повреждения, произошедшие при патологическом течении родов. Некоторые травмы родовых путей опасны для жизни женщины и в некоторых случаях приводят к длительной потере трудоспособности и инвалидности. Разрывы мягких тканей родового канала наиболее часто встречаются у первородящих.

**Разрывы мягких тканей родового канала подразделяют:**

на разрывы вульвы;

разрывы влагалища;

гематомы мягких тканей родовых путей;

разрывы шейки матки;

разрывы промежности;

разрывы матки.

Разрывы вульвы

Разрывы вульвы — травмы малых половых губ и клитора.

**Разрывы вульвы делят:**

на поверхностные;

глубокие.

Разрывы в области клитора сопровождаются кровотечением, иногда значительным.

Хирургическая коррекция

Разрывы в области малых половых губ зашивают тонким непрерывным швом или отдельными швами без захвата подлежащих тканей во избежание кровотечения из кавернозных тел. При зашивании разрывов в области клитора в уретру предварительно вводят мочевого катетер.

Швы накладывают под местной инфильтрационной либо под внутривенной **анестезией:**

Лидокаин	2 % р-р, местно 5–10 мл, однократно или
----------	---

Прокаин	0,5 % р-р, местно 10–20 мл, однократно
---------	--

Возможны аллергические реакции на вводимые местные анестетики.

Разрывы влагалища

Разрывы влагалища классифицируют **по этиологии**:

самопроизвольные;

насиленные (оперативное родоразрешение).

**По локализации:**

разрывы верхней трети влагалища;

разрывы средней трети влагалища;

разрывы нижней трети влагалища.

**По глубине повреждения:**

поверхностные;

глубокие.

Клинически разрывы влагалища проявляются кровотечением из поврежденной стенки или образованием гематом с выпячиванием боковой стенки влагалища, иногда с переходом на половые губы.

Оперативное лечение

Зашивание кровоточащей стенки влагалища отдельными швами или непрерывным швом; вскрытие и опорожнение большой по размерам гематомы; прошивание кровоточащих сосудов вместе с подлежащими тканями.

Швы накладывают под местной инфильтрационной или внутривенной **анестезией** (см.

«Разрывы вульвы»).

Противоанемическая терапия

**В случае развития анемии** назначают противоанемические средства:

Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	р / р для инъекций 100 мг / 5 мл амп, 5 мл в 100 мл физ. р-ра не менее чем в течение 15 мин., или
Железа (III) гидроксид полимальтозат, таблетки	внутри 1 табл. 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально, или
Железа (III) гидроксид полимальтозат, раствор	в / м 2 мл 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально, или
Железа сульфат / аскорбиновая кислота	внутри 0,05 г (в пересчете на железо) 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Длительность противоанемической терапии зависит от величины кровопотери и устанавливается индивидуально под контролем анализов крови.

Терапия для ускоренного заживления

Декспантенол / хлоргексидин по 1 свече 2 р / сут в течение 10 дней

Гематомы мягких тканей родовых путей

Гематомы мягких тканей родовых путей — ограниченное скопление крови при закрытых повреждениях, сопровождающихся разрывом сосуда и излиянием крови в окружающие ткани.

Гематомы мягких тканей родовых путей классифицируют **по локализации**:

в области больших половых губ;

в области промежности;

в области стенки влагалища;

в области околослагалищной клетчатки;

в области ягодичных мышц.

Основные **клинические признаки** гематомы:

сине-багровая окраска опухолевидного образования;

отсутствие отчетливых границ;

пастозная или эластичная консистенция;

напряжение тканей над кровоизлиянием и болезненность;

деформация вульвы при значительной гематоме;

признаки анемии при значительном кровоизлиянии — снижение содержания гемоглобина (115 г / л и менее) и количества эритроцитов (менее  $3,7 \times 10 / л$ ,

цветовой показатель 0,85 и ниже), снижение концентрации железа в сыворотке крови (менее 10 ммоль / л).

Оперативное лечение

Небольшие гематомы не требуют лечения, они постепенно рассасываются и полностью исчезают. Если гематома быстро увеличивается, нарастают проявления анемии, показано хирургическое вмешательство, которое сводится к разрезу покровов гематомы, удалению скопившейся крови и перевязке кровоточащего сосуда. Полость зашивают наглухо или оставляют дренаж.

Швы накладывают под местной инфильтрационной (или в / в) **анестезией** (см. «Разрывы вульвы»).

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Разрывы промежности



Число разрывов промежности в настоящее время относительно невелико (10–12 %) благодаря широкому использованию профилактического рассечения промежности.

Различают **самопроизвольные** и **насиленные** разрывы промежности. **По глубине повреждения разрывы делятся на 4 степени:**

**I** — разрывы задней спайки (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища), мышцы промежности остаются неповрежденными;

**II** — повреждение кожи промежности, стенок влагалища и мышц промежности, кроме наружного сфинктера прямой кишки;

**III** — глубокие повреждения с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки;

**IV** — глубокие повреждения с вовлечением наружного сфинктера и части прямой кишки.

Родовой травматизм

Выделяют центральный разрыв промежности, при котором плод рождается через отверстие, образовавшееся в центре промежности. При этом остаются сохраненными задняя спайка и сфинктер прямой кишки.

Основные клинические признаки угрожающего разрыва промежности: выпячивание промежности, цианоз, отек, побледнение. Основным клиническим признаком разрыва промежности является кровотечение.

Оперативное лечение

Лечение разрывов промежности состоит в восстановлении целостности поврежденных тканей путем наложения швов (викрил, дексон, монокрил, хромированный кетгут) непосредственно после рождения последа. Операцию зашивания производят на операционном столе под местной инфильтрационной, внутривенной или эпидуральной анестезией, если таковая проводилась во время родов.

Антибактериальная терапия

Для профилактики инфекционных осложнений при III и IV степенях разрыва применяют антибактериальную терапию:

Амоксициллин	в / в 1,2 г 3 р / сут, или
Амоксициллин / клавулановая кислота	1,2 г в / в капельно в 400 мл 0,9 % р-ра NaCl 3 р / сут, или
Ампициллин	в / в 1,5 г / 3 р / сут, или
Цефазолин	в / в 1 г 3 р / сут, или
Цефотаксим	в / в 1 г 2 р / сут, или
Цефутоксим	в / в 1,5 г 3 р / сут, или
Цефоперазон / сульбактам (сульперазон)	1 г в / в капельно в 400мл 0,9 % р-ра NaCl 3 р / сут 2 р / сут

Терапия для ускоренного заживления

Декспантенол / хлоргексидин по 1 свече 2 р / сут в течение 10 дней

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Разрывы шейки матки

Разрывы шейки матки — разрывы по направлению от наружного зева к внутреннему.

Встречаются в 6–15 % родов. Различают следующие варианты разрывов шейки матки:

**I степень** — разрыв шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см;

**II степень** — разрыв шейки матки с одной или двух сторон длиной более 2 см, но на 1 см не доходящий до свода влагалища;

**III степень** — разрыв шейки матки с одной или двух сторон, доходящий до свода влагалища или переходящий на него.

Сопровождаются кровотечением различной интенсивности. При повреждении нисходящей шеечной ветви маточной артерии кровотечение бывает обильным. Кровь вытекает постоянно алой струйкой при отделившемся последе и хорошо сократившейся матке.

Оперативное лечение

Сразу после осмотра шейки матки и обнаружения травмы на разрывы шейки матки необходимо наложить двухрядные швы. Путем наложения первого этажа швов восстанавливают целостность слизистой оболочки и мышечного слоя цервикального канала. Второй ряд швов накладывают на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки и оставшуюся часть глубже лежащего мышечного слоя.

Разрыв шейки матки III степени является показанием к ручному обследованию стенок полости матки для исключения разрыва нижнего сегмента матки.

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Разрыв матки

Разрывы матки — нарушение целостности стенок матки во время беременности или в родах.

Они встречаются в 0,05–0,1 % от общего числа родов, чаще встречаются у многорожавших. Во

время беременности разрывы матки возникают значительно реже, чем в родах, и составляют 9,1 %.

Разрывы матки классифицируют **по времени происхождения:**

во время беременности;

во время родов.

**По патогенетическому признаку** выделяют:

самопроизвольные разрывы матки (механические, гистопатические и механогистопатические);

насиленные разрывы матки (травматические и смешанные).

**По клиническому течению** различают:

угрожающий разрыв;

начавшийся разрыв;

совершившийся разрыв.

**По характеру повреждения** выделяют:

трещину (надрыв);

неполный разрыв;

полный разрыв.

**По локализации** различают:

разрыв в дне матки;

разрыв в теле матки;

разрыв в нижнем сегменте;

отрыв матки от сводов влагалища.

**Клиническая картина** угрожающего разрыва матки характеризуется:

родовая деятельность сильная, схватки резко болезненны, иногда приобретают судорожный характер;

нижний сегмент матки перерастяннут, истончен, болезненный при пальпации;

пограничное кольцо поднимается высоко, доходит до уровня пупка, располагается косо;

круглые связки матки напряжены и болезненны;

отек краев шейки матки, распространяющийся на влагалище и промежность;

затрудненное мочеиспускание из-за сдавливания мочевого пузыря и уретры между головкой и костями таза.

**При начавшемся, но не завершившемся разрыве** к перечисленным признакам

присоединяются следующие:

сукровичные выделения из половых путей;

возбужденное состояние роженицы (чувство страха, жалобы на сильные боли и др.);

примесь крови в моче;

ухудшение состояния плода (учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности).

Клиническая картина **совершившегося разрыва матки:**

в момент разрыва возникает чрезвычайно острая боль в животе;

сразу после разрыва родовая деятельность полностью прекращается;

возникает тяжелое состояние, связанное с шоком и нарастающей кровопотерей, кожа и

слизистые оболочки бледнеют, черты лица заостряются, пульс становится частым и малым, АД

падает, нередко наблюдаются тошнота и рвота;

при разрыве матки плод полностью или частично выходит в брюшную полость, поэтому при

пальпации части плода отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой;

рядом с плодом прощупывается сократившееся тело матки; сердцебиение плода не

прослушивается;

наружное кровотечение обычно незначительное; кровь изливается в брюшную полость.

Родовой травматизм

При неполноценности рубца и других патологических процессах в стенке матки возможен

постепенный разрыв с расползанием тканей. В этом случае острой, внезапной боли может не

быть, схватки прекращаются постепенно. Все другие признаки разрыва матки выражены

отчетливо.

Оперативное лечение при угрожающем разрыве матки

Показано срочное родоразрешение путем кесарева сечения.

Оперативное лечение при начавшемся или совершившемся разрыве матки

Необходима срочная лапаротомия. После извлечения плода и последа удаляют кровь,

излившуюся в брюшную полость, и проводят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию

матки. Если позволяет клиническая ситуация, матку не удаляют, а только зашивают разрыв.

Антибактериальная терапия

После ампутации или ушивания разорванной матки необходима профилактика инфекционных осложнений:

Амоксициллин / клавулановая кислота	1,2 г в / в кап в 400мл 0,9 % р-ра NaCl 3 р / сут, или
Ампициллин	в / в 1,5 г 3 р / сут, или
Цефазолин	в / в 1 г 3 р / сут, или

Цефотаксим	в / в 1 г 3 р / сут, или
Цефутоксим	в / в 1,5 г 3 р / сут, или
Метронидазол	в / в кап со скор 5 мл / мин 500 мг 2 р / сут, или
Цефоперазон / сульбактам	1 г в / в кап в 400 мл 0,9 % р-ра NaCl 3 р / сут 2 р / сут

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Утеротоническая терапия

Показана одновременно с назначением противошоковых средств в том случае, если ампутации матки удалось избежать.

Метилэргометрин	0,02 % р-р, в / в 2 мл, однократно
Окситоцин	в / в капельно 5 ЕД в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида, однократно

Выворот матки

**Выворот матки** — смещение матки, при котором она частично или полностью выворачивается слизистой оболочкой наружу. Вывернутая матка находится во влагалище или за пределами половой щели. Выворот матки может быть:

**частичным** — если вывернуто только тело или только ее верхняя часть;

**полным** — если матка целиком вывернута наружу.

Выворот матки сопровождается острой болью в животе, явлениями шока и кровотечением. Из половой щели показывается вывернутая матка. При пальпации в области обычного ее расположения определяется воронкообразное углубление.

Оперативное лечение

Вправление вывернутой матки проводят под глубоким наркозом. После удачного вправления необходима тампонада влагалища стерильным бинтом. При безуспешности ручного вправления матки применяют хирургические методы лечения.

Антибактериальная терапия

См. «Разрыв матки».

Противоанемическая терапия

См. «Разрывы влагалища».

Утеротоническая терапия

См. «Разрыв матки».

Повреждения лобкового симфиза (лонного сочленения)

**Повреждением лобкового симфиза (лонного сочленения) считается расхождение лонных костей более чем на 0,5 см.** Различают расхождение и разрыв лонного сочленения. Повреждение лонного сочленения следует заподозрить при жалобах пациентки на боль в области лона, усиливающуюся при движении ногами, особенно при разведении ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах. Родильница находится в позе «лягушки», не может поднять ногу в разогнутом состоянии. При пальпации в области лона определяются отечность, болезненность и углубление между разошедшимися концами.

Клинические рекомендации

Постельный режим в течение 3–5 нед в положении на спине, перекрестное бинтование в области таза, стягивающие биндажи, назначение обезболивающих средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Кетопрофен	р-р для в / в и в / м введения 50 мг / мл, амп. темн; по 100 мг 1–2 р / сут
Диклофенак	внутри 100 мг 2–3 р / сут, 2–3 сут, или в / м 75 мг 2–3 р / сут, 2–3 сут, или свечи ректальные 50 мг 1–2 р / сут, 2–3 сут
Парацетамол	внутри 500 мг 1 табл. 4 р / сут (не более 4 г) в течение 5–7 дней

Препараты кальция

Кальция карбонат / - колекальциферол	1 табл. (50 мг элементарного кальция + 200 МЕ холекальциферола) во флаконах по 20, 50 и 100 табл.; 1 табл. по 3 р / день
---	--

Метаболическая терапия

Тиамин	10 мг 3 / р / сут внутри после еды 30 дней; в / м по 0,02–0,05 г тиамина хлорида (1 мл 2,5 % или 5 % раствора) 1 р / сут
--------	--

Антибактериальная терапия

**По показаниям и для профилактики инфекционных осложнений назначают противинфекционные средства (см. «Разрыв матки»).**

Послеродовые свищи

Свищи образуются вследствие сдавления, некроза и последующего отторжения участков тканей мочевых путей, влагалища, прямой кишки. Некротические участки отторгаются на 5–7-й день после родов. **По причине возникновения** свищи разделяют:

на самопроизвольные;

наильственные.

**По локализации** выделяют следующие виды свищей:

пузырно-вагинальные;

маточно-влагалищные;  
мочеточниково-влагалищные;  
кишечно-влагалищные.

При мочеполовых свищах происходит недержание мочи с отхождением мочи через влагалище, при кишечно-влагалищных свищах через влагалище отходят газы и фекалии.

На угрозу возникновения свища указывает наличие примеси крови в моче.

Клинические рекомендации

Лечение свищей оперативное. Только небольшие свищи при правильном уходе иногда закрываются самопроизвольно.

Родовой травматизм

Уход сводится к содержанию половых органов в чистоте, смазыванию наружных половых органов и слизистой оболочки влагалища вазелиновым маслом, эмульсией, содержащей антибактериальные средства. Если свищ самопроизвольно не закрывается, то через 3–4 мес после родов производят пластическую операцию.

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек острый

Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза проводят в стационарных условиях.

В комплекс лечебных мероприятий в различных комбинациях могут быть включены:

антибактериальная терапия (при остром процессе и неизвестном этиологическом факторе — комбинация нескольких ЛС);

дезинтоксикационная терапия;

противогрибковые и антигистаминные ЛС, НПВС, иммуномодуляторы, системные энзимы;

гормональная терапия;

физиотерапия.

Дозу ЛС подбирают с учетом возраста ребенка, массы тела и выраженности клинической симптоматики.

При выявлении гнойных образований обязательно хирургическое лечение (в современных условиях методом выбора является лапароскопия).

Противомикробная терапия

Основной метод лечения — **антибактериальная терапия**.

Амоксициллин / - клавулановая кислота	внутри 375 мг 3 р / сут, 7–10 сут + Гентамицин в / м 1,5 мг / кг / сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Метронидазол в / в 7,5 мг / кг 3 р / сут, 7–10 сут
Цефтриаксон	в / в или в / м 40–80 мг / кг 1 р / сут, 5 сут + Гентамицин в / м 1,5 мг / кг / сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Метронидазол в / в 7,5 мг / кг 3 р / сут, 7–10 сут
Цефотаксим	в / в или в / м 50–100 мг / кг / сут (в тяжелых случаях 150–200 мг / кг / сут) в 3–4 введения, 7–10 сут + Гентамицин в / м 1,5 мг / кг / сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Метронидазол в / в 7,5 мг / кг 3 р / сут, 7–10 сут
Гентамицин	в / м 1,5 мг / кг / сут в 2–3 введения, 7–10 сут + Клиндамицин в / м 10–40 мг / кг / сут в 3–4 введения, 7–10 сут

**или**

Цефепим*	в / в или в / м 0,5–1 г 2–3 р / сут, 7–10 сут + Доксциклин внутри 2–4 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут
Цефтриаксон	в / в или в / м 40–80 мг / кг 1 р / сут, 7–10 сут + Доксциклин внутри 2–4 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут

**или**

Имипенем / - циластатин*	в / в 30–60 мг / кг / сут в 3–4 введения, 7–10 сут + Доксциклин внутри 2–4 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут, или Кларитромицин внутри 7,5–15 мг / кг 2 р / сут, 7–10 сут, или Рокситромицин внутри 5 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут, или Спирамицин внутри 150 000 МЕ / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут
Меропенем	в / в 20–40 мг / кг / сут в 3 введения, 7–10 сут + Доксциклин внутри 2–4 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут, или Кларитромицин внутри 7,5–15 мг / кг 2 р / сут, 7–10 сут, или Рокситромицин внутри 5 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут, или Спирамицин внутри 150 000 МЕ / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут

\*При наличии пельвиоперитонита (септических состояниях).

Для профилактики развития кандидоза антибактериальные ЛС применяют вместе с противогрибковыми средствами.

Итраконазол	внутри 100 мг 2 р / сут, 3 сут (за 5 сут до окончания приема антибиотиков)
Флуконазол	внутри 3–12 мг / кг / сут, однократно

Противовоспалительная терапия

Противомикробную терапию целесообразно сочетать с применением **НПВС**.

Диклофенак	внутри 0,5–2 мг / кг / сут в 2 приема или в прямую кишку 50 мг 1 р / сут, 7 сут
Индометацин	внутри 1,5–2,5 мг / кг / сут в 3–4 приема, 7 сут (детям старше 12 лет)
Нимесулид	внутри 50–100 мг 2 р / сут, 7 сут

Терапия антигистаминными ЛС и иммуномодуляторами

Одновременно назначают антигистаминные ЛС и иммуномодуляторы, которые используют строго по показаниям.

Кетотифен	внутрь 0,5 мг 2 р / сут (детям с массой тела менее 30 кг); 1 мг или 5 мл сиропа 2 р / сут (детям с массой тела более 30 кг), 10 сут + Интерферон альфа-2b в прямую кишку 150 000 ЕД (1 свеча) 2 р / сут, 15 сут, или Меглумина акридонатацетат внутрь 0,3 г или в / м 0,25 г 1 р / сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид внутрь 3–5 табл. 3 р / сут, до 3–6 мес
Клемастин	внутрь 0,5 мг 2 р / сут (детям младше 12 лет); 1 мг 2 р / сут (детям старше 12 лет); в / м или в / в 2 мл 2 р / сут (детям 6–12 лет), 10 сут + Интерферон альфа-2b в прямую кишку 150 000 ЕД (1 свеча) 2 р / сут, 15 сут, или Меглумина акридонатацетат внутрь 0,3 г или в / м 0,25 г 1 р / сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид внутрь 3–5 табл. 3 р / сут, до 3–6 мес
Лоратадин	внутрь 5 мг или 5 мл сиропа 1 р / сут (детям в возрасте 2–12 лет); 10 мг или 10 мл сиропа 1 р / сут, 10 сут + Интерферон альфа-2b в прямую кишку 150 000 ЕД (1 свеча) 2 р / сут, 15 сут, или Меглумина акридонатацетат внутрь 0,3 г или в / м 0,25 г 1 р / сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид внутрь 3–5 табл. 3 р / сут, до 3–6 мес
Хлоропирамин	внутрь 6,25 мг 2 р / сут (детям младше 12 мес); 8,33 мг 2 р / сут (детям в возрасте от 1 года до 6 лет); 12,5 мг 2 р / сут (детям в возрасте 7–14 лет), 10 сут + Интерферон альфа-2b в прямую кишку 150 000 ЕД (1 свеча) 2 р / сут, 15 сут, или Меглумина акридонатацетат внутрь 0,3 г или в / м 0,25 г 1 р / сут, на 1, 2, 4, 6, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут, или Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид внутрь 3–5 табл. 3 р / сут, до 3–6 мес

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек

Инфузионная терапия

**При выраженной интоксикации назначают солевые и коллоидные растворы,**

восстанавливающие объем циркулирующей крови, ее электролитный состав и осмотические свойства. Объем инфузии в большинстве случаев ограничивается 2 л.

Физиотерапия

При острых сальпингитах и сальпингоофоритах физиотерапия включает:

воздействие переменным магнитным полем (электрофорез кальция) — в острый период (до ликвидации отека);

затем воздействие ультравысокочастотными токами (электрофорез цинка).

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек

Сальпингит и сальпингоофорит у девочек хронический

Антибактериальная терапия

Лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза в стадии обострения проводится по тем же принципам, что и острых.

Отличаются лишь схемы антибактериальной терапии.

Амоксициллин	внутрь 25–50 мг / кг в 3 приема, 7–10 сут + Доксициклин внутрь 2–4 мг / кг / сут в 2 приема, 7–10 сут
Метронидазол	внутрь 30 мг / кг / сут в 4 приема + Эритромицин внутрь 30 мг / кг / сут в 2–4 приема

Для профилактики развития кандидоза антибактериальные ЛС применяют вместе с противогрибковыми средствами.

Итраконазол	внутрь 100 мг 2 р / сут, 3 сут (за 5 сут до окончания приема антибиотиков)
Флуконазол	внутрь 3–12 мг / кг / сут, однократно

Гормональная терапия

При острых и хронических заболеваниях органов малого таза в случае нарушения м. ц. назначают гормональную терапию.

Выбор того или иного метода гормональной терапии определяется видом нарушения м. ц., эстрогенной насыщенностью пациентки, результатами ультразвукового исследования (толщина М-эхо).

**При гипоестрогенных МКПП** назначаются ЛС, содержащие натуральные эстрогены.

Эстрадиола валерат	внутрь 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 13-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат / левоноргестрел внутрь 2 мг / 0,15 мг 1 р / сут, с 14-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес
Эстрадиола валерат	внутрь 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 15-й день м. ц., 6–12 мес + Эстрадиола валерат / медроксипрогестерон внутрь 2 мг / 10 мг 1 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес или Эстрадиола валерат / ципротерон внутрь 2 мг / 1 мг 1 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–12 мес

**При нормальном или повышенном содержании эстрадиола** в сыворотке крови ЛС выбора являются гестагены или КПК.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2–3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
Прогестерон	внутри 100 мг 2–3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., не менее 3–4 мес
Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
Этинилэстрадиол / дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес
Этинилэстрадиол / - левоноргестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3 мес

Через 3 мес приема низкодозных КПК возможно назначение **микродозных КПК**.

Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес

#### Физиотерапия

При хронических процессах вне обострения физиотерапия может являться альтернативой фармакотерапии (если в остром периоде или периоде обострения проводилась адекватная лекарственная терапия, в том числе антибактериальная).

Кроме того, воздействие преформированными физическими факторами — практически единственный эффективный метод консервативного лечения при спаечном процессе в полости малого таза, сопровождающем воспалительные заболевания.

Применяют следующие методики:

воздействие переменным магнитным полем;  
воздействие ультравысокочастотными токами;  
электрофорез цинка, салициловой кислоты, йода.

#### Сахарный диабет у беременных

Тактика наблюдения женщин, страдающих сахарным диабетом (СД), заключается в достижении полной его компенсации в период, предшествующий беременности, и на всем ее протяжении.

Имеет значение нормализация не только углеводного, но и липидного обмена путем адекватной инсулинотерапии в сочетании с рациональным питанием.

Придерживаются следующих правил лечения СД у беременных:

при **СД типа 1** продолжают **лечение инсулином**;

при **СД типа 2** отменяют п / о гипогликемические ЛС. Способ лечения — **диетотерапия**;

при **гестационном СД** лечение начинают с **диетотерапии**. Если уровень глюкозы натощак по-прежнему превышает 5,3 ммоль / л, а через 1 ч после еды —

> 7,8 ммоль / л на фоне соблюдения диеты, то начинают лечение **инсулином**.

#### Диетотерапия

Правильно составленный режим питания помогает поддерживать нормальный уровень глюкозы в крови, является источником энергии, минеральных солей и витаминов. Беременной рекомендуют соблюдать диету из расчета, чтобы энергетическая ценность суточного рациона составляла не более 30–35 ккал / кг, т. е. в среднем около 2000 ккал / сут. Наиболее рациональным и физиологическим является шестиразовый прием пищи. Обязательным условием служит ограничение легкоусвояемых углеводов (сахар, сладкие соки, кондитерские изделия, варенье, мед).

#### Инсулинотерапия

Основным медикаментозным методом лечения СД во время беременности является инсулинотерапия.

Во время беременности рекомендуется использовать только **генно-инженерные инсулины человека (инсулин растворимый, инсулин-изофан)**. **Инсулин двухфазный — возможно, но опыт применения ограничен, препарат относится к категории С.**

Доза инсулина зависит от массы тела и давности заболевания.

Инсулин	п / к, в / м, в / в 40–100 ЕД 3–5 р / сут (доза определяется индивидуально в зависимости от тяжести диабета и массы тела больной), длительность терапии определяется индивидуально в зависимости от типа СД и уровня глюкозы в крови
---------	--

**Расчет суточной потребности в инсулине:** СД типа 1 до зачатия и в I триместре — 0,5 ЕД / кг массы тела, во II и III триместрах — 0,7 ЕД / кг массы тела.

#### Распределение суточной дозы:

•  $\frac{2}{3}$  суточной дозы вводят перед завтраком (соотношение инсулина короткого действия к инсулину средней продолжительности действия = 1:2);

•  $\frac{1}{3}$  суточной дозы вводят перед ужином (соотношение инсулина короткого действия к инсулину средней продолжительности действия = 1:1).

Использование многократных введений инсулина позволяет быстро нормализовать обменные процессы и длительно поддерживать стойкую компенсацию.

На разных сроках беременности нужно поддерживать разные уровни глюкозы в крови натощак — в пределах 3,3–5,6 ммоль / л, а после еды — в пределах 5,6–7,2 ммоль / л. Эти уровни глюкозы обеспечивают нормальное развитие плода. Обязательное условие успешного ведения беременности — ежедневный самостоятельный контроль уровня глюкозы в капиллярной крови с помощью тест-полосок или глюкометра. Чтобы оценить эффективность лечения за 1–2 мес, определяют гликированный гемоглобин (HbA1c). Поскольку обмен веществ во время беременности неустойчив, требуется частая коррекция режима инсулинотерапии. Поэтому уровень глюкозы в крови нужно определять несколько раз в сутки. При коррекции доз инсулина ориентируются на уровни глюкозы в крови натощак. Кроме того, необходимо следить за уровнем глюкозы в крови после приема пищи. Это позволяет предупредить макросомию плода. Беременным с инсулинозависимым СД (ИЗСД) требуются не менее двух инъекций инсулина в сутки (для предотвращения гипергликемии) натощак и после приема пищи. Перед завтраком и перед ужином вводят инсулин короткого действия и инсулин средней длительности действия (либо используют комбинированные препараты инсулина). Две трети общей суточной дозы вводят перед завтраком; 1/3 — перед ужином. Чтобы предотвратить ночную гипогликемию и рассветную гипергликемию, вечернюю дозу инсулина средней длительности действия лучше вводить не перед ужином, а перед сном. Некоторые беременные с ИЗСД нуждаются в более интенсивном лечении. В таких случаях используют режимы многократных инъекций (3–5 инъекций в сутки) либо носимые дозаторы инсулина.

Необходимо отметить некоторые **особенности течения СД в разные сроки беременности**, что требует коррекции инсулинотерапии:

в **I триместре беременности** происходит улучшение течения болезни, уменьшается уровень глюкозы в крови, повышается чувствительность тканей к инсулину. Это приводит к развитию гипогликемии, поэтому **доза инсулина должна быть уменьшена на 1/3**. Уменьшение потребности в инсулине связано с усиленным потреблением глюкозы плодом. В этом периоде требуется строгий контроль состояния углеводного обмена. Следует принимать меры для предупреждения развития гипогликемии и кетоацидоза;

с **15-й недели беременности** наблюдается ухудшение течения болезни и рост гипергликемии, что может привести к кетоацидозу и прекоме. Результатом контринсулярного влияния плацентарных гормонов является рост потребности в инсулине, поэтому **дозы инсулина необходимо увеличивать**;

начиная с **32-й недели беременности и до самых родов** вновь возможно некоторое улучшение в состоянии здоровья больной и появление гипогликемии. В этот период **доза инсулина может быть уменьшена на 20–30 %**. Улучшение течения диабета на этой стадии связано с влиянием инсулина на плод в организме матери, а также с повышенным потреблением плодом глюкозы, которая поступает через плаценту из материнской крови.

**При родах** происходят значительные колебания уровня глюкозы в крови. На фоне глубоких эмоциональных потрясений, под воздействием боли и страха возможно развитие гипергликемии и ацидоза. Утомление женщины, вызванное большими физическими нагрузками при родах, может привести к гипогликемии.

Сахарный диабет у беременных

**Сразу после родов** уровень глюкозы в крови быстро снижается, затем ее количество постепенно растет. Максимально низкий уровень глюкозы в крови приходится на 2–3-й день после родов, в этот период **доза инсулина должна быть минимальной**. Затем необходимо постепенно увеличивать количество инсулина таким образом, чтобы к 7–10-му дню послеродового периода вернуться к дозе, обычной для пациентки.

Динамика патологического процесса у женщин, больных СД, требует периодического наблюдения в стационаре для коррекции доз инсулина. **Целесообразной считается госпитализация беременных в следующие сроки:**

в первые недели беременности, когда нужно оценить степень заболевания и компенсировать СД;

на 20–24-ю неделю, когда риск развития обострения наиболее велик;

в 32-ю неделю, когда решается вопрос о методе родоразрешения и проводится повторная компенсация СД.

Родоразрешение

При недостаточно компенсированном СД или при развитии осложнений в течение беременности рекомендуются досрочное родоразрешение в 37–38-ю недели гестации.

Показаниями к **досрочному консервативному родовозбуждению** являются:

преэклампсия;

нарастающее многоводие;

повторные гипогликемические состояния;

явные нарушения жизнедеятельности плода.

До 37-й недели необходимость в родоразрешении возникает только при угрозе жизни и здоровью матери или плода.

Нередко возникает необходимость применения **кесарева сечения**. Почти в 62 % беременностей у больных СД требуется оперативное родоразрешение.

**Показания к выполнению кесарева сечения:**

прогрессирующая ретинопатия — появление свежих множественных кровоизлияний;  
лабильное течение СД со склонностью к кетоацидозу;  
нарастание признаков нефропатии с развитием почечной недостаточности;  
прогрессирующая гипоксия плода при невозможности естественных родов или при сроке беременности менее 36 нед;  
тяжелая преэклампсия;  
тазовое предлежание крупного плода;  
гигантский плод;  
кровоотечение, вызванное предлежанием или отслойкой плаценты;  
поперечное или косое положение плода;  
узкий таз роженицы;  
рубцы на матке.

**При ведении родов у больных СД следует помнить:**

энергоресурсы женщины ограничены. Затянувшиеся роды вызывают слабость родовых сил, поэтому продолжительность родов не должна превышать 10 ч, в противном случае переходят к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения;  
роды сопровождаются повышенным риском для ребенка, поэтому требуются постоянное наблюдение за плодом и профилактика асфиксии;  
при родах возможно нарастание преэклампсии;  
отрицательные эмоции, боль и утомление могут вызвать декомпенсацию СД: кетоацидоз и гипогликемию;  
роды могут быть осложнены несвоевременным отхождением вод, первичной и вторичной слабостью родовых сил, нарастающей гипоксией плода.

К концу родов часто развивается асфиксия, затруднено выведение плечевого пояса в связи с крупными размерами плода, поэтому второму периоду родов следует уделять повышенное внимание.

Синдром гипоталамический пубертатного периода

В зависимости от ведущих клинических проявлений подростки с гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП) могут наблюдаться и лечиться у невропатолога, эндокринолога и гинеколога.

Необходимо проведение комплексного лечения, направленного на коррекцию нарушений и нормализацию функции гипоталамических отделов мозга.

**Основные направления лечения:**

санация очагов инфекции;  
нормализация режима сна и отдыха;  
диета и нормализация массы тела (с последующим закреплением достигнутого эффекта в течение 6 мес и более);  
назначение ЛС, улучшающих мозговое кровообращение и биоэлектрическую активность головного мозга;  
дегидратирующая терапия;  
витаминотерапия;  
гормонотерапия;  
иглорефлексотерапия.

Устранение этиологических факторов ГСПП (санация очагов инфекции, снижение МТ) является начальным этапом лечения.

**Для нормализации центральных механизмов регуляции репродуктивной системы и функции гипоталамических отделов головного мозга** целесообразно применение следующей терапии.

Противосудорожная терапия

Карбамазепин	внутрь 0,1 г 2 р / сут, 3–4 нед, затем 0,1 г на ночь, 4–6 нед, затем 0,05 г на ночь, 4–6 нед
Магния сульфат, 25 % р-р	в / м 5 мл 1 р / 2 сут, 5 инъекций
Фенитоин	внутрь 0,0585 г (1 / 2 табл.) 1 р / сут, 3–4 нед (в дальнейшем длительность и доза ЛС подбирается с учетом динамики ЭЭГ 1 раз в 20–30 дней)

Терапия ноотропными ЛС

Гинкго двулопастного листьев экстракт	внутрь 1 табл. 3 р / сут, 1–2 мес
Пирацетам	внутрь 0,2 г 2 р / сут, 1 мес

Витаминотерапия

Пиридоксин	в / м 10 мг 1 р / 2 сут, 10 инъекций +* Тиамин в / м 10 мг 1 р / 2 сут, 10 инъекций
Поливитамины	внутрь 1 драже 2 р / сут, 1 мес



\*Чередовать.

Терапия диуретиками

Ацетазоламид	внутри 1 табл. 2 р / сут, 3–4 нед (преимущественно у пациенток с внутричерепной гипертензией)
--------------	---

Спиринолактон	внутри 25–50 мг 1 р / сут, 2–4 нед
---------------	------------------------------------

Гормональная терапия

При **нарушениях м. ц.** по типу олигоменореи допустимо назначение гормональных ЛС (микродозированных КПК или гестагенов).

При **олигоменорее и нормальном или слегка сниженном уровне эстрадиола** при отсутствии преобладания ЛГ над ФСГ (индекс ЛГ / ФСГ менее 2):

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 1–6 мес
---------------	---

Прогестерон	внутри 100 мг 3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
-------------	--

При **олигоменорее на фоне выраженной гипозестрогении**, как и при абсолютной гиперэстрогении и индексе ЛГ / ФСГ более 2–2,5:

Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
----------------------------	--

Этинилэстрадиол / дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
-------------------------------	---

Синдром поликистозных яичников, формирующийся у подростков

**Основные задачи терапии** при формирующемся синдроме поликистозных яичников (СПКЯ):

восстановление физиологического ритма менструаций за счет нормализации функции основных регулирующих звеньев репродуктивной системы;

нивелирование как гормональных, так и клинических симптомов гиперандрогенемии;

нормализация массо-ростовых соотношений за счет снижения массы тела у пациенток с избыточной массой тела с последующей коррекцией метаболических нарушений;

у девочек старше 16 лет либо у пациенток, желающих иметь в текущем году беременность, возможно проведение стимуляции овуляции.

**Основное место в лечении формирующегося СПКЯ принадлежит фармакотерапии.**

**Оперативное лечение** — лапароскопическая электро-каутеризация, демедуляция или клиновидная резекция яичников — показано девушкам старше 16 лет при неэффективности фармакотерапии, проводимой в течение 12 мес.

Базисная терапия

Базисная терапия при формирующемся СПКЯ включает два этапа:

первый этап — нормализация основных регулирующих звеньев репродуктивной системы;

второй этап (по показаниям) — стимуляция овуляции.

Схемы лечения на первом этапе базисной терапии зависят от предполагаемых и уточненных патогенетических механизмов развития СПКЯ в каждом конкретном случае.

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне нормальной массы тела

**При выраженной гиперандрогенемии, резко выраженных нарушениях секреции гонадотропных гормонов** (ЛГ / ФСГ значительно выше 3), **опсоменорее** назначают КПК.

Этинилэстрадиол / гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг или 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
----------------------------	---

Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг или 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
---------------------------------	---

Этинилэстрадиол / - диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
-------------------------------	---

При необходимости возможны повторные курсы (2–4).

**При умеренных отклонениях в гормональных показателях, регулярном ритме менструаций либо как этапная терапия после курса КПК** применяют **гестагены**.

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–8 мес
---------------	---

Прогестерон	внутри 100 мг 3 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–8 мес
-------------	--

На фоне приема этих ЛС необходим контроль уровня в сыворотке крови ЛГ, пролактина, тестостерона (после первых двух циклов терапии, затем 1 раз в 6 мес контроль уровня пролактина, тестостерона).

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне избыточной массы тела

Пациенткам с **избыточной массой тела алиментарного происхождения** показана нормализация массы тела (диеты и усиление физической активности). При достижении параметров идеальной массы тела и ее стабилизации в течение 6 мес проводят только витаминотерапию и динамическое наблюдение за состоянием репродуктивной системы.

В отсутствие положительной динамики (нерегулярный менструальный цикл, прогрессируют клинические признаки гиперандрогенемии, отмечается тенденция к повышению массы тела) проводят терапию, аналогичную таковой при СПКЯ на фоне метаболических нарушений в периоде полового созревания.

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне метаболических нарушений

Винпоцетин	внутри 1 табл. 3 р / сут, 2–3 мес + Глицин внутри 1 табл. 2 р / сут, 1–3 мес
------------	--

При наличии **пароксизмальной активности в головном мозге**, определяемой во время ЭЭГ, с целью восстановления основных регуляторных взаимоотношений в высших отделах регуляции эндокринной системы к терапии добавляют противосудорожные ЛС.

Карбамазепин	внутри 200–400 мг 2 р / сут, 3–6 мес
Ламотриджин	внутри 50–100 мг 2 р / сут, 3–6 мес
Фенитоин	внутри 5– 1 табл. (0,117 г) 1–2 р / сут, 3–6 мес

В случае выявления **гиперинсулинемии** и (или) **нарушения толерантности к глюкозе** показано назначение гипогликемических ЛС.

Метформин	внутри 500–850 мг 2 р / сут (первую дозу 500 мг принимают вечером после ужина, затем в течение 1 нед дозу увеличивают до 1000–1700 мг / сут за счет дополнительного приема ЛС утром после завтрака), длительность терапии определяют индивидуально
-----------	--

При применении гипогликемических ЛС обязателен контроль уровня гликемии натощак один раз в неделю, при снижении содержания глюкозы крови ниже 3 ммоль / л целесообразно снижение дозы ЛС.

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне гиперпролактинемии. При сочетании формирующегося СПКЯ с **гиперпролактинемией функционального или органического происхождения** назначают дофаминомиметики.

Бромокриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг / сут), длительность терапии определяют индивидуально
Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р / сут, 3 сут, затем 50 мкг 1 р / сут, 3 сут, затем 75 мкг 1 р / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг / сут до 600 мкг / сут), длительность терапии определяют индивидуально

Синдром поликистозных яичников, формирующийся у подростков

При неэффективности терапии бромокриптин и хинаголидом применяют каберголин.

Каберголин	внутри 0,125 мг 2 р / нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5 мг / нед, далее ежемесячно на 0,5 мг / нед до 2 мг / нед), длительность терапии определяют индивидуально
------------	---

Лечение формирующегося синдрома поликистозных яичников на фоне неклассической формы ВДКН

**В случае развития СПКЯ на фоне неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН)** показано применение ГКС в сочетании с низкодозированными КПК, обладающими антиандрогенной активностью.

Гидрокортизон	внутри 15–20 мг / м <sup>2</sup> 3 р / сут (в 7:00, 12:00, 16:30–17:00), 3–12 мес + Этинилэстрадиол / диеногест внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 9–12 мес
Дексаметазон*	внутри 0,25–0,5 мг 1 р / сут (в 22:00–23:00), 3–12 мес + Этинилэстрадиол / диеногест внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 9–12 мес
Преднизолон*	внутри 2,5–5 мг 1 р / сут (в 7:00–8:00), 3–12 мес + Этинилэстрадиол / диеногест внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 9–12 мес

\*Возможно, однако нежелательно применение у девочек старшего возраста с закрытыми зонами роста.

Необходим контроль уровня 17-ОП и ДЭА-С в сыворотке крови каждые 2–3 мес.

Вспомогательная терапия

Вспомогательная терапия направлена на уменьшение выраженности гиперандрогенемии и применяется одновременно с базисной терапией.

Спинолактон	внутри 50–200 мг / сут в 2–4 приема, с 5-го по 25-й день м. ц., 3–6 мес
-------------	---

При **выраженных признаках андрогенизации** (гипертрихоз, гирсутизм, угри, жирная себорея), невысоких уровнях сывороточного тестостерона или повышенном содержании в сыворотке крови дегидротестостерона показана терапия ЛС с антиандрогенным действием.

Пальмы ползучей плодов экстракт	внутри 80 мг 2 р / сут, 1 мес
Финастерид	внутри 5 мг 1 р / сут, 1 мес
Ципротерон*	внутри 5–10 мг 1 р / сут, с 5-го по 14-й день м. ц., 3–6 мес

\*Можно использовать как самостоятельно, так и в сочетании с КПК.

Синдром предменструального напряжения

Перед началом фармакотерапии необходимо:

выделить преобладающие симптомы и доказать, что их появление связано с фазой менструального цикла;

изменить стиль жизни (ограничение потребления жирной, острой, соленой пищи, кофе, крепкого чая, алкоголя; разумные занятия спортом, отдых без резкой смены климатической

зоны).

Фармакотерапию при предменструальном синдроме (ПМС) проводят при неэффективности поведенческих мер.

Применяются ЛС следующих групп:

патогенетические ЛС:

- агонисты ГнРГ;
- антиэстрогены;
- монофазные КПК;
- гестагены;
- эстрогены;

симптоматические ЛС:

- психотропные (анксиолитики, антидепрессанты);
- НПВС;
- растительные и гомеопатические;
- мочегонные и др.

Терапия гестагенами

Показания к назначению гестагенов:

- симптомы недостаточности лютеиновой фазы м. ц.;
- гиперпластические процессы эндометрия;
- непереносимость КПК.

ЛС выбора:

Дидрогестерон	внутри 10 мг 2 р / сут, с 14-го по 26-й день м. ц., 6–12 мес
Левоноргестрел, внутриматочная система	ввести в полость матки на 4–6-й день м. ц., однократно
Медроксипрогестерон	в / м 150 мг 1 р / 3 мес, 6–12 мес
Прогестерон	внутри 200–300 мг / сут в 2–3 приема, с 14-го по 26-й день м. ц., 6–12 мес

Терапия антидепрессантами

Во все схемы лечения рекомендуется включать в качестве симптоматической терапии **антидепрессанты** из группы ингибиторов обратного захвата серотонина.

Сертралин	внутри 50 мг 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Тианептин	внутри 12,5 мг 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Флуоксетин	внутри 20–40 мг утром, длительность терапии определяют индивидуально
Циталопрам	внутри 10–20 мг утром, длительность терапии определяют индивидуально

Терапия анксиолитиками

Симптоматические ЛС назначают в зависимости от преобладающих клинических проявлений.

**Анксиолитики** применяют при выраженных эмоциональных нарушениях.

Алпразолам	внутри 0,25–0,5 мг 3 р / сут, 6–12 мес
Диазепам	внутри 5–15 мг / сут в 1–3 приема, 6–12 мес
Клоназепам	внутри 0,5 мг 2–3 р / сут, 6–12 мес
Медазепам	внутри 10 мг 1–3 р / сут, 6–12 мес
Тетраметилтетраазобициклооктандион	внутри 0,3–0,6 мг 3 р / сут, 6–12 мес
Тиоридазин	внутри 10–25 мг / сут, 6–12 мес

Терапия растительными и гомеопатическими средствами

Данная терапия может быть эффективной при масталгии, гиперпролактинемии, психовегетативных нарушениях.

Зверобоя травы экстракт	внутри 1 драже 3 р / сут, 3–6 мес (при эмоционально-психическом дискомфорте)
Комбинированные фитопрепараты, оказывающие дофаминергическое действие	внутри 30 капель 2 р / сут, 3–6 мес (при масталгии, гиперпролактинемии)

Терапия агонистами дофаминовых рецепторов

Данные ЛС назначают при **гиперпролактинемии (ГП)**.

ЛС выбора:

Бромокриптин	внутри 0,625–1,25 мг перед сном вместе с приемом пищи с последующим повышением дозы на 0,625–1,25 мг каждые 3–4 сут до 2,5–5 мг / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 0,625–1,25 мг до 12,5 мг / сут), длительность терапии определяют индивидуально
Хинаголид	внутри 25 мкг 1 р / сут, 3 сут, затем 50 мкг 1 р / сут, 3 сут, затем 75 мкг 1 р / сут (при необходимости дозу ежемесячно увеличивают на 75 мкг / сут до 600 мкг / сут), длительность терапии определяют индивидуально

**Каберголин** относится к наиболее эффективным ингибиторам секреции пролактина; его назначают при неэффективности терапии бромокриптином и хинаголидом и / или при опухолевой ГП.

Альтернативные ЛС (при ГП неопухолевой природы):

Каберголин	внутрь 0,25 мг 2 р /нед (при необходимости доза через 1 мес увеличивается до 0,5мг /нед, далее ежемесячно на 0,5мг /нед до 2мг /нед), длительность терапии определяют индивидуально
------------	---

**В случаях легкой и у части больных со среднетяжелой патологией** возможно применение растительных препаратов, обладающих дофаминергическим действием:

Сухой экстракт плодов прутняка обыкновенного (Vitex agnus castus)	внутрь 3,2–4,8 мг (по 40 капель или по 1 табл.) утром, 3 мес (таблетку не следует разжевывать)
---	--

Средства на основе прутняка помогают нормализовать уровень пролактина, устранить симптомы ПМС и обладают низким числом побочных эффектов.

ЛС выбора (при ГП опухолевой природы):

Каберголин	внутрь 0,25 мг 2 р /нед (при необходимости доза ежемесячно увеличивается на 0,5мг /нед до 4мг /нед), длительность терапии определяют индивидуально
------------	--

Синдром предменструального напряжения

Терапия КПК

**При всех формах ПМС** в качестве патогенетической терапии применяют **монофазные КПК**.

Этинилэстрадиол / гестоден	внутрь 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол / дезогестрел	внутрь 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол / диеногест	внутрь 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес
Этинилэстрадиол / - ципротерон	внутрь 35 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 3–6 мес

Терапия агонистами ГнРГ и эстрогенами

**При тяжелых формах ПМС** применяются **агонисты ГнРГ**.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р / сут, со 2-го дня м. ц., 6 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, 6 мес

Одновременно с агонистами ГнРГ на весь период лечения назначают **эстрогены**, позволяющие уменьшить выраженность психовегетативных симптомов, снижение минеральной плотности костной ткани.

Эстрадиол	внутрь 2 мг 1 р / сут, или гель нанести на кожу живота либо ягодиц, 0,5–1 мг 1 р / сут, или пластырь приклеить на кожу, 0,05–0,1 мг 1 р /нед, 6 мес
Эстрадиола валерат	внутрь 2 мг 1 р / сут, 6 мес
Эстрогены конъюгированные	внутрь 0,625 мг 1 р / сут, 6 мес

Терапия антиэстрогенами

**При циклической масталгии** применяют **антиэстрогены**.

Тамоксифен	внутрь 10 мг 1 р / сут, 3–6 мес
------------	---------------------------------

Противовоспалительная терапия

**При цефалгической форме ПМС** в качестве симптоматической терапии назначают **НПВС** (за 2–3 дня до очередной менструации) или селективный агонист серотониновых (5HT<sub>1D1B</sub>)

рецепторов — **золмитриптан**.

Золмитриптан	внутрь 2,5 мг 1 р / сут (при появлении боли), длительность терапии определяют индивидуально
Диклофенак	внутрь 50–100 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Ибупрофен	внутрь 200–400 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Индометацин	внутрь 25–50 мг 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
Напроксен	внутрь 250 мг 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально

Терапия мочегонными ЛС

**При отечной форме ПМС** эффективны **мочегонные ЛС**.

Спиринолактон	внутрь 25–100 мг / сут в 1–2 приема, 3–6 мес
---------------	--

Сифилис у беременных

Сифилис у беременных: профилактика

Аntenатальная профилактика врожденного сифилиса заключается в своевременном выявлении этого заболевания у беременной и назначении адекватной терапии.

В настоящее время не существует научно обоснованных критериев для прерывания беременности при выявлении сифилиса у беременной. Однако учитывая, что даже полноценное лечение сифилиса во время беременности не гарантирует 100 % случаев рождения ребенка без признаков внутриутробного инфицирования, сифилис отнесен к медицинским показаниям для прерывания беременности в сроке до 28 нед.

Врач объективно информирует женщину о степени риска неблагоприятного исхода беременности (с учетом индивидуальных характеристик случая), а также об эффективности

планируемых мер по профилактике врожденного сифилиса, в первую очередь специфического лечения.

Решение о сохранении или прерывании беременности принимает сама женщина.

Согласно существующему положению обследование и лечение пациенток проводится дерматовенерологом, наблюдение за течением беременности осуществляет акушер-гинеколог. Схемы лечения определяются сроком беременности и стадией процесса.

Профилактическое лечение показано:

женщинам, получавшим специфическое лечение до беременности, у которых к началу беременности не произошла полная негативация серологических реакций;

всем женщинам, начавшим специфическое лечение во время беременности независимо от ее срока.

Антибактериальная терапия

Профилактическое лечение проводят с 20-й недели беременности, а при поздно начатом специфическом лечении — непосредственно за ним.

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в / м 1 000 000 ЕД 4 р / сут, 10 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в / м 1 200 000 ЕД / сут в 1–2 введения, 10 сут

Всем беременным с диагностированным сифилисом показана терапия, направленная на профилактику и лечение осложнений беременности (угроза прерывания, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия, задержка внутриутробного развития плода и др.).

Иммунотерапия

При необходимости проводится коррекция нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25 г / кг 1 р / 2 сут, 3 введения (повторный курс проводят при необходимости при сроке беременности 37–38 нед)
------------------------------------	---

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 5 сут
Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3–5 драже 3 р / сут, 1 мес
Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес

Сифилис у беременных

Сифилис у беременных первичный

**До 18-й недели беременности** (т. е. до формирования плацентарного кровообращения) возможно назначение как пролонгированных пенициллинов, так и пенициллинов со средней продолжительностью действия.

ЛС выбора:

Бензатина бензилпенициллин	в / м 2 400 000 ЕД 1 1 р / нед, 2 инъекции
Бензатина бензилпенициллин / бензилпенициллин прокаина	в / м 1 500 000 ЕД 2 1 р / нед, 5 инъекций
Бензатина бензилпенициллин / бензилпенициллин прокаина / бензилпенициллин	в / м 1 800 000 ЕД 2 1 р / нед, 5 инъекций
Бензилпенициллин (натриевая соль)	в / м 1 000 000 ЕД 4 р / сут, 10 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в / м 1 200 000 ЕД / сут в 1–2 введения, 10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 0,5 г 1 р / сут, 5 сут
Ампициллин	в / м 1 г 4 р / сут, 14 сут
Цефтриаксон	в / м 0,5 г 1 р / 2 сут, 5 инъекций
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 15 сут

Эритромицин дает наименьший терапевтический эффект; его применяют только при полной непереносимости других ЛС.

После 18-й недели беременности специфическое лечение проводят ЛС средней продолжительности действия, которые обеспечивают более высокую концентрацию пенициллина в крови матери и соответственно более высокий уровень пенициллина в тканях и органах плода.

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в / м 1 000 000 ЕД 4 р / сут, 10 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в / м 1 200 000 ЕД / сут в 1–2 введения, 10 сут

Сифилис у беременных

Сифилис у беременных вторичный и ранний скрытый

**До 18-й недели беременности** (т. е. до формирования плацентарного кровообращения) возможно назначение как пролонгированных пенициллинов, так и пенициллинов со средней продолжительностью действия.

ЛС выбора:

Бензатина бензилпенициллин	в / м 2 400 000 ЕД 1 1 р /нед, 3 инъекции
Бензатина бензилпенициллин / бензилпенициллин прокаина	в / м 1 500 000 ЕД 2 1 р /нед, 10 инъекций
Бензатина бензилпенициллин / бензилпенициллин прокаина / бензилпенициллин	в / м 1 800 000 ЕД 2 1 р /нед, 10 инъекций
Бензилпенициллин (натриевая соль)	в / м 1 000 000 ЕД 4 р / сут, 20 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в / м 1 200 000 ЕД / сут в 1–2 введения, 20 сут

Альтернативные ЛС:

Ампициллин	в / м 1 г 4 р / сут, 28 сут
Цефтриаксон	в / м 0,5 г 1 р / сут, 10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 30 сут

**После 18-й недели беременности** специфическое лечение проводят ЛС средней продолжительности действия, которые обеспечивают более высокую концентрацию пенициллина в крови матери и соответственно более высокий уровень пенициллина в тканях и органах плода.

Бензилпенициллин (натриевая соль)	в / м 1 000 000 ЕД 4 р / сут, 20 сут
Бензилпенициллин (новокаиновая соль)	в / м 1 200 000 ЕД / сут в 1–2 введения, 20 сут

В случае непереносимости беременными пенициллина возможно назначение цефтриаксона, эффективного против **T. pallidum** и проникающего через плаценту.

Цефтриаксон	в / м 0,5 г 1 р / сут, 10 сут
-------------	-------------------------------

Слабость

Слабость потуг

При слабости потуг используют стимулирующие матку средства (окситоцин в / в или в виде таблеток). При несостоятельности брюшного пресса используют бинт Вербова или его заменители из простыни. По показаниям производят перинео- или эпизиотомию. В случае безуспешности перечисленных мероприятий и наличии показаний к родоразрешению (асфиксия плода, хориоамнионит, затянувшийся период изгнания) накладывают акушерские щипцы или вакуум-экстрактор.

Энергетическое обеспечение организма в родах

Аскорбиновая кислота	в / в струйно или капельно 300 мг в 20 мл 10 % р-ра декстрозы, кратность введения определяется индивидуально + Кальция хлорид, 10 % р-р, в / в струйно медленно 10 мл, кратность введения определяется индивидуально или Кальция глюконат, 10 % р-р в / в струйно 10 мл, кратность введения определяется индивидуально + Мезодидиэтилэтилендибензолсульфоната дикалия дигидрат, 1 % р-р, 2 мл в 300 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида в / в капельно, кратность введения определяется индивидуально
----------------------	--

Терапия утеротоническими средствами

Окситоцин применяется для лечения слабости родовой деятельности при открытии шейки матки больше 5 см.

Окситоцин	в / в капельно (начиная с 6–8 капель /мин, с постепенным увеличением количества капель на 5 каждые 5–10 мин, но не более 40 капель /мин) 1 мл (5 ЕД) в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы (концентрация окситоцина составляет 10 мЕД на 1 мл) или за щеку, начиная с 25 ЕД каждые 30 мин (при необходимости дозу увеличивают до 100 ЕД), до получения эффекта
-----------	--

Если возникает бурная родовая деятельность, то таблетку удаляют и полость рта прополаскивают 5 % раствором натрия бикарбоната.

Простагландины (ПГ) применяют для созревания шейки матки или для лечения первичной слабости родовой деятельности.

Диноппрост	в / в капельно (начиная со скорости 6–8 капель /мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель /мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта
Диноппростон	в / в капельно (начиная со скорости 6–8 капель /мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель /мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта или внутрь 0,5 мг /ч (при недостаточности сократительной активности матки дозу можно увеличить до 1 мг /ч), до получения эффекта

Возможно комбинированное введение окситоцина (2,5 ЕД) и ПГ F2-альфа (применяют для родостимуляции или лечения первичной или вторичной слабости родовой деятельности). Утеротонические средства применяют также **с целью профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах** (вводят после рождения плечиков плода).

Метилэргометрин, 0,02 % р-р	в / в 1 мл в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно
Окситоцин	в / в 5 ЕД в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно

Профилактика гипоксии плода

**Для профилактики гипоксии плода** применяют **ингаляции** — вдыхание смеси воздуха с 60 % кислорода (длительность ингаляции 20–30 мин).

Эффективность оксигенотерапии в родах повышается на фоне применения аминофиллина, оказывающего спазмолитическое и общее сосудорасширяющее действие.

**Аминофиллин 2,4 % р-р** в / в 5 мл в 20 мл 10 % р-ра декстрозы, однократно

Через 15–20 мин после введения аминофиллина следует начать ингаляцию увлажненной воздушно-кислородной смеси.

Слабость

Слабость родовой деятельности (первичная и вторичная)

Лечение вторичной слабости родовой деятельности во многом сходно с лечением первичной слабости.

При вторичной слабости родовой деятельности, наступившей вследствие чрезмерной плотности плодных оболочек, показано их немедленное вскрытие.

Медикаментозный сон

Наилучшим средством борьбы с вторичной слабостью родовой деятельности в первом периоде родов является предоставление роженице медикаментозного сна-отдыха.

**Премедикация:**

Тримеперидин, 2 % р-р	в / в или в / м 1 мл, однократно + Дифенгидрамин, 1 % р-р, в / в или в / м 1 мл, однократно
-----------------------	---

**Через 15–20 мин после премедикации:**

**Натрия оксидат** в / в медленно 50–60 мг / кг, однократно

Сон наступает через 3–8 мин после введения ЛС и продолжается обычно в течение 2,5 ч.

Для отдыха роженицы также применяют:

Атропин, 0,1 % р-р	в / м 1 мл, однократно + Диазепам, 0,5 % р-р, в / м 2 мл, однократно + Дифенгидрамин, 2 % р-р, в / м 1 мл, однократно + Дроперидол, 0,25 % р-р, в / м 1 мл, однократно + Тримеперидин, 2 % р-р, в / м 1 мл, однократно
--------------------	--

После пробуждения необходимо следить за характером родовой деятельности. В случае ее недостаточности показана родостимуляция.

Энергетическое обеспечение организма в родах

Данные ЛС применяют с началом первого периода родов каждые 4 ч.

Аскорбиновая кислота	в / в струйно или капельно 300 мг в 20 мл 10 % р-ра декстрозы каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально + Кальция хлорид, 10 % р-р, в / в струйно медленно 10 мл каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально или Кальция глюконат, 10 % р-р, в / в струйно 10 мл каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально + Тиамин в / в струйно или капельно 50–100 мг в 20 мл 10 % р-ра декстрозы каждые 4 ч, длительность терапии определяют индивидуально
----------------------	--

**Кроме того, вводят:**

Мезодизитилэтилен-дибензол дигидрат, 1 % р-р	в / в капельно 2 мл в 300 мл 0,9 % р-ра сульфата дикалия натрия хлорида каждые 6 ч, длительность терапии определяют индивидуально
--	---

Терапия утеротоническими средствами

С целью сенсibilизации матки к окситоцину:

**3-окси-эстра-1,3,5 (10)-триен-17-он** в / м 20 000–30 000 ЕД каждые 2–3 ч (до 3 р / сут)

**Эстрадиола дипропионат** в / м 20 000–30 000 ЕД в / м 2–3 ч (до 3 р / сут)

Окситоцин применяют для лечения слабости родовой деятельности при открытии шейки матки больше 5 см.

Окситоцин	в / в капельно (начиная с 6–8 капель / мин, с постепенным увеличением количества капель на 5 каждые 5–10 мин, но не более 40 капель / мин 1 мл (5 ЕД) в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы (концентрация окситоцина составляет 10 мЕД на 1 мл) или за щеку начиная с 25 ЕД каждые 30 мин (при необходимости дозу увеличивают до 100 ЕД) до получения эффекта
-----------	---

Если возникает бурная родовая деятельность, то таблетку удаляют и полость рта прополаскивают 5 % раствором натрия бикарбоната.

ПГ применяют для созревания шейки матки или для лечения первичной слабости родовой деятельности.

Диноппрост	в / в капельно (начиная со скорости 6–8 капель /мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель /мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта
Диноппростон	в / в капельно (начиная со скорости 6–8 капель /мин; скорость введения зависит от получаемого эффекта и составляет в среднем 25–30 капель /мин) 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 5 % р-ра декстрозы, до получения эффекта или внутрь 0,5 мг /ч (при недостаточности сократительной активности матки дозу можно увеличить до 1 мг /ч), до получения эффекта

Возможно комбинированное введение окситоцина (2,5 ЕД) и ПГ (диноппрост 2,5 мг); данное вмешательство применяют для родостимуляции или лечения первичной или вторичной слабости родовой деятельности.

В периоде изгнания при стоянии головки в узкой части полости малого таза или во входе в него вводят:

Окситоцин п / к лобка 0,2 мл или внутрь (за щеку) 25 ЕД, однократно

Утеротонические средства применяют также **с целью профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах** (вводят после рождения плечиков плода).

Метилэргометрин, 0,02 % р-р	в / в 1 мл в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно
Окситоцин	в / в 5 ЕД в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно

Спазмолитическая терапия

Спазмолитические ЛС назначают при развившейся родовой деятельности и открытии шейки матки на 3–4 см. Введение ЛС при необходимости повторяют через 3–4 ч.

Апрофен, 1 % р-р	в / м 1 мл, однократно + Тримеперидин, 2 % р-р, в / м 1 мл, однократно
Гиосцина бутилбромид	в / м, в / в или ректально 2,5 мл, однократно + Тримеперидин, 2 % р-р, в / м 1 мл, однократно
Дротаверин	в / м 2 мл, однократно + Тримеперидин, 2 % р-р, в / м 1 мл, однократно
Папаверин	в / м 2 мл, однократно + Тримеперидин, 2 % р-р, в / м 1 мл, однократно

Слабость

Профилактика гипоксии плода

Мезодизтилзилтен-дибензолдигидрат, 1 % р-р	в / в капельно 2 мл в 300 мл 0,9 % р-ра сульфоната дикалия натрия хлорида каждые 6 ч, длительность терапии определяют индивидуально + Ингаляции — вдыхание смеси воздуха с 60 % кислорода (длительность ингаляции — 20–30 мин)
--	--

Эффективность оксигенотерапии в родах повышается на фоне применения аминофиллина, оказывающего спазмолитическое и общее сосудорасширяющее действие.

Аминофиллин, 2,4 % р-р в / в 5 мл в 20 мл 10 % р-ра декстрозы, однократно

Через 15–20 мин после введения аминофиллина следует начать ингаляцию увлажненной воздушно-кислородной смеси.

Антибактериальная терапия

При признаках развивающейся инфекции, а также при безводном промежутке более 12 ч, если окончание родов не ожидается в ближайшие 1–1,5 ч, показаны антибиотики широкого спектра действия.

Родоразрешение

При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий показано оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец и др.) в зависимости от условий, не дожидаясь признаков асфиксии плода, так как в таких случаях операция будет очень травматичной для уже страдающего плода.

Если продвижение головки, стоящей на тазовом дне, задерживается из-за ригидной или высокой промежности, производят перинео- или эпизиотомию.

При вторичной слабости родовой деятельности, сочетании других неблагоприятных факторов и отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути следует выполнить кесарево сечение. При наличии инфекции методом выбора является экстраперитонеальное кесарево сечение с последующим введением антибиотиков.

При признаках развивающейся инфекции, а также при безводном промежутке более 12 ч, если окончание родов не ожидается в ближайшие 1–1,5 ч, показаны антибиотики широкого спектра действия.

Утеротонические средства применяют также **с целью профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах** (вводят после рождения плечиков плода).

Метилэргометрин, 0,02 % р-р	в / в 1 мл в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно
-----------------------------	--



Окситоцин	в / в 5 ЕД в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида или 10–20 мл 40 % р-ра декстрозы, однократно
-----------	--

### Тиреоидит

Тиреоидит аутоиммунный у беременных

При развитии гипотиреоза проводится заместительная терапия тиреоидными гормонами.

Левотироксин натрия	внутри 150–200 мкг 1 р / сут утром натощак, за 30 мин до завтрака, до окончания беременности, затем коррекция дозы
---------------------	--

### Тиреоидит

Тиреоидит послеродовый

Лечение послеродового тиреоидита (ПТ) направлено на коррекцию нарушения функции ЩЖ и проводится только при выраженных клинических проявлениях.

Многие женщины не нуждаются в заместительной терапии, поскольку гипотиреоз у них непродолжителен. В случае появления отчетливых симптомов или при сохранении лабораторных признаков гипотиреоза необходимо начать лечение левотироксином.

Левотироксин натрия внутри 100–150 мкг 1 р / сут утром, за 30 мин до завтрака, 6 мес

Через 6 мес после назначения левотироксина следует сделать попытку его отмены и определить функцию ЩЖ (не менее чем через 4–6 нед после прекращения лечения). Если функция ЩЖ восстановилась, в дальнейшей терапии принимать левотироксин нет необходимости. При гипотиреозе лечение левотироксином следует продолжить, а через 3–6 мес сделать еще одну попытку отменить препарат. Сохранение гипотиреоза более 6 мес с высокой степенью вероятности указывает на формирование стойкого манифестного гипотиреоза, что обуславливает необходимость в пожизненной терапии левотироксином.

Левотироксин натрия	внутри 25–50 мкг / сут с последующим повышением дозы на 25–50 мкг / сут до 100–150 мкг / сут утром, за 30 мин до завтрака, пожизненно
---------------------	---

Как правило, транзиторный тиреотоксикоз при ПТ проходит самостоятельно в течение 3–5 нед, при необходимости могут быть назначены β-блокаторы.

Пропранолол внутри 20–40 мг 3–4 р / сут, до ликвидации клинических проявлений

Трихомонадная инфекция (урогенитальная форма) у беременных

Современные методы лечения беременных с уrogenитальным трихомониазом (УТ) основаны на применении противомикробных ЛС, эффективных против **T. Vaginalis** (группа нитроимидазолов), иммуномодуляторов и местного лечения. Терапию проводят с учетом срока беременности.

Противомикробная терапия

При возникновении инфекции **в I триместре беременности** возможно лечение только местными ЛС — обработка влагалища 4 % водным раствором метиленового синего, или бриллиантового зеленого, или раствором марганцево-кислого калия (1:10 000). Применяют также:

Хлоргексидин во влагалище 16 мг (1 свеча) 2 р / сут, 7–10 сут

Специфическое лечение проводят **не ранее II триместра беременности** (с 16–18-й недели).

Орнидазол внутри 1,5 г, однократно перед сном

Альтернативные ЛС:

Метронидазол	внутри 2 г, однократно, или 0,5 г 2 р / сут, 7 сут, или 0,25 г 3 р / сут, 7 сут
Нифурател	внутри 0,2 г 3 р / сут, 7 сут
Секнидазол	внутри 2 г, однократно
Тинидазол	внутри 2 г, однократно

Поскольку однократная доза нитроимидазолов в 95 % случаев эффективна для лечения беременных, с целью уменьшения побочных реакций для матери и плода более целесообразно проводить короткие курсы.

В сочетании с пероральными противомикробными средствами для повышения эффективности фармакотерапии могут применяться **местные ЛС**.

Клотримазол	во влагалище 0,1 г (1 табл.) на ночь, 10 сут
Нистатин / нифурател	во влагалище 1 свеча или 2–3 г крема на ночь, 10 сут

**или**

Тернидазол / неомицин / нистатин / преднизолон во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут

**или**

Хлоргексидин во влагалище 16 мг (1 свеча) 2 р / сут, 7–10 сут

При сочетании УТ с другими ЗППП одновременно проводят лечение последних.

Необходимы также профилактика и терапия осложнений беременности: угрозы прерывания, внутриутробной инфекции, фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода.

Иммунотерапия

По показаниям проводится коррекция нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25 г / кг 1 р / 2 сут, 3 введения (при рецидиве заболевания — повторный курс)
Альтернативные ЛС:	
Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Интерферон-альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 5 сут
Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3–5 драже 3 р / сут, 1 мес
Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес

Угроза прерывания беременности

Угроза прерывания беременности в I триместре

В ранние сроки (2–4 нед) самопроизвольные выкидыши более чем в 50 % случаев обусловлены хромосомными аномалиями, поэтому не рекомендуется применять гормональные и иммунные методы терапии, когда причина выкидыша не ясна и не проводилось обследование женщины до беременности.

**При угрозе прерывания в I триместре беременности** необходимо срочно выполнить УЗИ для определения жизнеспособности эмбриона, так как нередко признаки угрозы появляются уже после его гибели.

Седативная и антистрессовая терапия

Установив, что сердцебиение эмбриона есть, пациентке следует назначить комплексное обследование, а также физический и сексуальный покой, психотерапию, седативные ЛС.

Валерианы корневища с корнями, настойка	внутри 1,5 мл (30 капель) 3 р / сут, длительность терапии определяется индивидуально ± Диазепам, 0,5 % р-р, в / м 2 мл, при стрессовых ситуациях
Пустырника трава, настойка	внутри 1,5 мл (30 капель) 3 р / сут, длительность терапии определяется индивидуально ± Диазепам, 0,5 % р-р, в / м 2 мл, при стрессовых ситуациях

Экспериментальные исследования показали, что **магний** обладает антистрессовым действием и у принимающих его больных снижается интенсивность тревоги на 60 %, что позволяет использовать препараты магния как базисную терапию всем пациенткам вне зависимости от патогенетических механизмов привычного невынашивания. Магний при приеме внутрь оказывает не только седативный эффект и нормализует сон, но также снижает тонус матки, улучшает работу кишечника.

Магния лактат / - пиридоксин	внутри 470 мг / 5 мг (содержит 48 мг магния) (по 2 табл.) 2 р / сут или 1 табл. утром, 1 табл. днем и 2 табл. на ночь, длительно
Оротовая кислота, магниевая соль	внутри 500 мг (содержит 32,8 мг магния) (по 2 табл.) 2 р / сут, длительно

При отсутствии побочных эффектов препараты магния для приема внутрь могут применяться длительно, до ликвидации угрозы прерывания и в процессе всей беременности, для восполнения дефицита магния, который нередко сопровождает беременность.

Препараты магния следует с осторожностью использовать при артериальной гипотонии.

Побочным действием пероральных препаратов магния является вздутие кишечника. В случае развития данного осложнения дозу ЛС следует уменьшить до нормализации функции кишечника.

Спазмолитическая терапия

Помимо препаратов магния в I триместре беременности рекомендуется использовать **спазмолитические ЛС**.

Дротаверин	внутри 40–80 мг 2–3 р / сут, 2–20 сут
Папаверин, свечи	ректально 20 мг 2–3 р / сут, 2–20 сут

При выраженной боли назначают:

Дротаверин	в / м 40–80 мг 2–3 р / сут, 2–20 сут
------------	--------------------------------------

Длительность применения спазмолитиков определяется клиническими проявлениями угрозы прерывания [боли внизу живота и (или) пояснице] от 2–3 дней до 2–3 нед. Противопоказанием к назначению является лишь индивидуальная непереносимость.

Прерывание беременности

**При подтекании околоплодных вод** беременность при сроке до 25–26 нед сохранять нецелесообразно. Проводят медикаментозное и (или) инструментальное опорожнение матки. При более поздних сроках возможна выжидательная тактика.

Угроза прерывания беременности

Угроза прерывания беременности во II и III триместрах

Спазмолитическая терапия

**При угрозе прерывания во II и III триместрах беременности** назначают:

Магния сульфат, 25 % р-р / в медленно или в / м 5–20 мл 1–2 р / сут, 15–20 сут

Длительность лечения определяется клинической картиной угрозы прерывания и эффективностью применения ЛС.

Токолитическая терапия

Если угроза прерывания беременности возникает в поздние сроки, применяют ЛС, направленные на снижение сократительной деятельности матки (токолитики), в частности,  $\beta$ -адреномиметики.

Гексопреналин	в / в струйно медленно 10 мкг в 10 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида, однократно, затем 0,3 мкг / мин, длительность лечения определяют индивидуально
Сальбутамол	в / в капельно 5 мг в 500 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида со скоростью 20–40 капель / мин, длительность лечения определяют индивидуально
Фенотерол	в / в капельно 0,5 мг в 200 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида со скоростью 15–20 капель / мин, длительность лечения определяют индивидуально

**Примечание:** сальбутамол противопоказан в I и II триместрах беременности, относится к категории С по FDA.

Длительность в / в введения токолитиков определяется степенью угрозы прерывания от 2–4 до 24 ч. Скорость введения ЛС (капельно или с помощью инфузомата) определяется его переносимостью (необходим контроль АД и ЧСС) и уровнем снижения сократительной деятельности матки. Пульс беременной не должен быть чаще 120 ударов в минуту.

В случае положительного эффекта за 20 минут до и окончания инфузии начинают пероральное применение  $\beta$ -адреномиметиков.

Гексопреналин	внутрь 0,5 мг 8 р / сут, затем 0,5 мг 4–6 р / сут, не менее 2 нед
Сальбутамол	внутрь 4 мг 3–4 р / сут, не менее 2 нед
Фенотерол	внутрь 5 мг 4–6 р / сут, не менее 2 нед

Гексопреналин характеризуется меньшими побочными проявлениями, чем фенотерол.

Сальбутамол обладает той же эффективностью, но побочные эффекты выражены в меньшей степени, чем при приеме гексопреналина.

Селективные  $\beta$ -адреномиметики снижают амплитуду схваток и только затем тонус матки, поэтому являются ЛС выбора при лечении угрозы преждевременных родов с 26–27 нед беременности. На более ранних сроках беременности их применение менее эффективно.

Противопоказаниями к назначению  $\beta$ -адреномиметиков являются слабость, тахикардия, тремор, головная боль, тошнота, снижение АД. Эти ЛС проникают к плоду и оказывают тот же эффект: тахикардию, повышение уровня глюкозы в крови. При длительном применении  $\beta$ -адреномиметиков у новорожденных отмечают проявления, сходные с диабетической фетопатией.

При угрозе прерывания во II и III триместрах беременности применяются также НПВС. При повышенном тонусе матки индометацин является препаратом выбора, так как, являясь ингибитором простагландина, снижает тонус матки.

Индометацин	ректально 50–100 мг 1 р / сут, 7–9 сут (суммарная доза не должна превышать 1000 мг)
-------------	---

Курс лечения можно повторить, но не ранее чем через 2 нед, так как у плода наблюдается кумулятивный эффект.

Индометацин проникает через плаценту, ингибирует синтез простагландина у плода, вызывает сужение артериального протока, однако в суммарной дозе до 1000 мг побочного действия на плод не наблюдается.

Противопоказаниями к приему индометацина являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В случае применения индометацина возможно развитие таких побочных реакций, как головная боль, тошнота, слабость, но они менее выражены, чем при применении  $\beta$ -адреномиметиков.

Кровоостанавливающая терапия

При **начавшемся аборте** для остановки кровотечения могут использоваться различные **кровоостанавливающие ЛС** (ингибиторы фибринолиза).

Транексамовая кислота обладает антифибринолитическим, противовоспалительным и антиаллергическим действием, не влияет на гемостаз, ее можно использовать в I триместре беременности.

Транексамовая кислота	в / в капельно 5–10 мл (250–500 мг) в 200 мл 0,9 % р-ра натрия хлорида 1–2 р / сут или в / м 2 мл (100 мг) 2–3 р / сут, до остановки кровотечения, затем внутрь 250–500 мг 3 р / сут, 5 сут
-----------------------	---

Этамзилат является ангиопротектором, повышает устойчивость капилляров, нормализует их проницаемость, улучшает микроциркуляцию, не обладает гипер-и коагуляционными свойствами.

Этамзилат	в / в или в / м 250–500 мг 2–3 р / сут, до остановки кровотечения, затем внутрь 250 мг 3 р / сут, 5 сут
-----------	---

При кровотечении, обусловленном активацией фибринолиза и тромбоцитопенией, назначают аминометилбензойную кислоту.

Аминометилбензойная кислота, 1 % р-р	в / в 5–10 мл или в / м 10 мл до 3–4 р / сут, до остановки кровотечения
--------------------------------------	---

Использование данного ЛС противопоказано в I триместре беременности и при хронической форме ДВС. Возможны побочные реакции в виде тахикардии, головокружения, колебания АД, диспепсических нарушений.

Аминокапроновая кислота аналогична по действию аминометилбензойной кислоте, но менее эффективна.

Угроза прерывания беременности

Аминокапроновая кислота	в / в капельно 4–5 г в 0,9 % р-ре хлорида натрия, однократно (при необходимости повторное введение через 4 ч)
-------------------------	---

Побочные эффекты аминокапроновой кислоты — артериальная гипотензия, головокружение, тошнота.

При отсутствии эффекта можно вводить **свежезамороженную плазму**.

Угроза прерывания беременности

Урогенитальные расстройства в климактерическом периоде

Выбор схемы лечения зависит от преобладания тех или иных клинических проявлений и их сочетания с различными видами НМ.

**МГТ является основой лечения УГР.** Схемы лечения подбирают индивидуально, с учетом показаний и противопоказаний, стадии климактерического периода, типа наступления менопаузы (хирургическая или естественная).

Комплексное лечение различных расстройств мочеиспускания помимо ЗГТ включает применение различных ЛС, оказывающих селективное действие на М-холино- и α-адренорецепторы мочевого тракта.

Менопаузальная гормональная терапия

**Продолжительность системной МГТ** при УГР составляет 5–7 лет.

**Основные принципы МГТ:**

используются лишь натуральные эстрогены и их аналоги. Доза эстрогенов небольшая и соответствует таковой в ранней и средней фазе пролиферации у молодых женщин; обязательное сочетание эстрогенов с прогестагенами (при сохраненной матке) предотвращает развитие гиперплазии эндометрия;

все женщины должны быть информированы о возможном влиянии кратковременного и длительного дефицита эстрогенов на организм. Следует также информировать женщин о положительном влиянии МГТ, противопоказаниях и побочных эффектах МГТ;

для обеспечения оптимального клинического эффекта с минимальными побочными реакциями крайне важно определить наиболее приемлемые оптимальные дозы, типы и пути введения гормональных ЛС.

**Существуют три основных режима МГТ:**

монотерапия эстрогенами или гестагенами;

комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в циклическом режиме;

комбинированная терапия (эстроген-гестагенные ЛС) в монофазном непрерывном режиме.

В дополнение или как альтернатива системной МГТ может проводиться **местная терапия эстрогенами**.

Эстриол, крем или свечи	во влагалище 0,5 мг ежедневно до облегчения симптомов, но не более 3 нед, затем 2 1 р /нед, постоянно
-------------------------	---

Противопоказаний к местной терапии эстрогенами нет, данное лечение при необходимости может проводиться пожизненно.

Терапия ЛС, напрямую влияющими на функциональное состояние мочевого пузыря и мочеиспускательного канала

**М-холинолитики** дают спазмолитический эффект, нормализуют тонус мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, применяются при симптомах ГАМП. Длительность лечения устанавливают индивидуально.

Оксибутинин	внутри до еды 5 мг 1–3 р / сут, 1–12 мес
Толтеродин	внутри 2 мг 2 р / сут, 1–12 мес
Троспия хлорид	внутри 5–15 мг / сут в 2–3 приема, 1–12 мес

**α<sub>1</sub>-Адреноблокаторы** показаны при инфравезикальной обструкции и нестабильности мочеиспускательного канала.

Тамсулозин	внутри после завтрака 0,4 мг 1 р / сут, 1–12 мес
Теразозин	внутри перед сном 1–10 мг* 1 р / сут, 1–12 мес

\* Терапию теразозином начинают с дозы 1 мг / сут, при необходимости ее постепенно повышают. (Примеч. ред.)

**$\alpha_1$ -Адреномиметики** повышают тонус мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря, применяются для лечения недержания мочи (НМ) при напряжении.

**Мидодрин** внутрь 2,5 мг 2 р / сут, 1–2 мес

М-, Н-холиномиметики повышают тонус мочевого пузыря, назначаются при гипо- и атонии детрузора.

Дистигмина бромид	внутри за 30 мин до завтрака 5–10 мг 1 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
-------------------	---

Другие ЛС, применяемые в комплексной терапии урогенитальных расстройств

В комплексной терапии различных видов НМ применяют также **ЛС, улучшающие микроциркуляцию, ноотропные ЛС, антидепрессанты** и **НПВС** (при симптомах ГАМП, особенно в сочетании с АВ).

Пентоксифиллин	внутри 100–400 мг 2–3 р / сут, 1–3 мес ± Пирацетам внутри 400–800 мг 3 р / сут, 1–3 мес ± Сертралин внутри 50 мг 1 р / сут, 1–3 мес, или Тианептин внутри 12,5 мг 2–3 р / сут, 1–3 мес, или Флуоксетин внутри утром 20–40 мг / сут, 1–3 мес, или Циталопрам внутри 10–20 мг 1 р / сут, 1–3 мес ± Диклофенак внутри 50–100 мг 1–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Ибупрофен внутри 200–400 мг 1–2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Индометацин внутри по 25–50 мг 2–3 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально, или Напроксен внутри по 250 мг 2 р / сут, длительность терапии определяют индивидуально
----------------	---

Хламидиозная инфекция (урогенитальная форма)

Хламидиозная инфекция (урогенитальная форма) у беременных

Сложности в лечении уrogenитального хламидиоза (УХ) на фоне беременности обусловлены особенностями течения хламидиоза (скудная симптоматика, вялое течение, многоочаговость воспалительного процесса, наличие сочетанных хламидийно-уроплазменных, хламидийно-трихомонадных и других ИППП, устойчивость к традиционным методам лечения), сопутствующими осложнениями самой беременности и ограниченным кругом ЛС в связи с возможным отрицательным воздействием на плод.

Антибактериальная терапия

**Антибактериальная терапия** занимает ведущее место в лечении УХ, ее необходимо назначать сразу же после установления диагноза, повторные курсы проводят при обострении заболевания или появлении клинических признаков внутриутробного инфицирования, подтвержденного данными УЗИ.

Джозамицин	внутри 0,5 г 3 р / сут, 7–10 сут
Спирамицин	внутри 3 000 000 ЕД 3 р / сут, 7–10 сут
Эритромицин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 7–10 сут

Альтернативные ЛС:

Азитромицин	внутри 1 г, однократно
Амоксициллин	внутри 0,5 г 3 р / сут, 7–10 сут
Эритромицин	внутри 0,25 г 4 р / сут, 14 сут

Все перечисленные ЛС рекомендуется назначать после 14-й недели беременности, когда завершается процесс органогенеза.

В послеродовом периоде при необходимости назначают ЛС, рекомендуемые для беременных.

Иммунотерапия и другие методы лечения

**Дополнительные методы лечения пациенток с УХ:**

профилактика и терапия осложнений беременности — угрозы прерывания, плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии, задержки внутриутробного развития плода и др.; коррекция нарушений иммунного и интерферонового статуса.

ЛС выбора:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,25 г / кг 1 р / 2 сут, 3 введения (при необходимости лечение проводится в I, II триместрах беременности и за 10–14 дней до предполагаемого срока родов)
------------------------------------	--

Альтернативные ЛС:

Женьшень, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Интерферон альфа-2b	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 5 сут
Лимонника плоды, настойка	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3–5 драже 3 р / сут, 1 мес
Элеутерококка корневища и корни, экстракт	внутри 15–20 капель 2–3 р / сут, 1 мес

Хламидиозная инфекция (урогенитальная форма)

Хламидийная инфекция (урогенитальная форма) у небеременных

Пациенток с УХ следует информировать о том, что их половые партнеры подлежат обследованию, а при необходимости и лечению.

Следует рекомендовать воздерживаться от половых контактов без предохранения барьерным методом до микробиологически доказанного излечения.

Основное место в лечении УХ принадлежит противомикробным ЛС.

ЛС выбора (при неосложненном хламидиозе):

Азитромицин внутрь 1 г, однократно

Доксициклин внутрь 100 мг 2 р / сут, 7 сут

Альтернативные ЛС:

Джозамицин	внутри 500 мг 3 р / сут, 7–10 сут или
Кларитромицин пролонгированный	внутри 500 мг 1 р / сут, 10 сут
Кларитромицин	внутри 250 мг 2 р / сут, 7 сут
Офлоксацин	внутри 200 мг 2 р / сут, 7 сут
Рокситромицин	внутри 150 мг 2 р / сут, 7 сут
Эритромицин	внутри 500 мг 4 р / сут (основание) или 800 мг 2 р / сут (этилсукцинат), 7 сут

**При осложненном УХ** применяются те же ЛС, что и при неосложненном. Длительность лечения обычно составляет не менее 14–21 сут.

Предпочтительно назначение азитромицина.

Азитромицин Азицид. внутри 1 г 1 р / нед, 3 нед

При **хламидийном перитоните** необходимо стационарное лечение с использованием в / м и в / в форм антибиотиков, дезинтоксикационной терапии, в ряде случаев возможно хирургическое вмешательство.

**При персистирующей инфекции** назначение противомикробных ЛС нецелесообразно, так как в этом состоянии **C. trachomatis** не проявляют метаболическую активность, а эффективные против этих микроорганизмов антибиотики оказывают лишь бактериостатическое действие. В этих случаях рекомендуется коррекция выявленных нарушений иммунного статуса.

Иммуномакс	в / м 100–200 ЕД 1 р / сут через день, 6 инъекций или
Имунофан	п / к или в / м 0,05 мг 1 р / сут через день, 10–15 инъекций или
Тамерит	в / м 100 мг 1 р / сут, 10 сут, затем 100 мг 1 раз в 2–3 сут, 15–20 инъекций или
Циклоферон	в / м 0,25–0,5 г 1 р / сут на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 и 29-е сут

Холестаз внутрипеченочный у беременных

Специфическое лечение печеночного холестаза отсутствует. Поэтому проводят **симптоматическое лечение**, основной задачей которого является подавление кожного зуда.

**Комплексная терапия включает:**

проведение слепых тюбажей с многоатомным спиртом (пентитом) и сорбитом;

антацидные ЛС;

энтеросорбенты;

желчегонные ЛС из группы холеретиков;

холелитолитические средства;

мембраностабилизаторы и гепатопротекторы.

С целью элиминации токсичных метаболитов и иммунных комплексов нередко используют плазмаферез. Однако плазмаферез, вызывая некоторое улучшение общего самочувствия больных, не влияет на биохимические признаки синдрома холестаза, за исключением снижения уровня липидов в крови.

Связывание желчных кислот

С целью связывания желчных кислот назначают антацидные средства и энтеросорбенты.

Алюминия гидроксид / магния гидроксид	внутри 400 мг / 400 мг, или 525 мг / 600 мг (15 мл), или 300 мг / 100 мг (5 мл) 3–4 р / сут, длительно + Активированный уголь внутри 0,5 г 3 р / сут, длительно
Алюминия фосфат	внутри за 30 мин до еды 16 г 3–4 р / сут, 2–3 нед + Активированный уголь внутри 0,5 г 3 р / сут, длительно

Терапию дополняют энтеросорбентами:

Активированный уголь 0,5 г 3 р / сут, длительно или Фитосорбенты, длительно

Терапия желчегонными средствами

**Желчегонные ЛС из группы холеретиков** включают:

средства, содержащие желчь и желчные кислоты;

препараты растительного происхождения, содержащие плоды шиповника, цветки бессмертника песчаного;

синтетические холеретики.

Из последних часто применяют:

Осалмид | внутрь 0,25 г 3 р / сут, длительно

Терапия мембраностабилизаторами и гепатопротекторами

Комплексную терапию дополняют **мембраностабилизаторами и гепатопротекторами.**

Кислота липоевая | внутрь 0,025 г 3 р / сут, длительно

Фосфолипиды | в / в капельно 5 мл 1 р / сут или внутрь 300 мг 3 р / сут, длительно

Цистит у беременных

Основное место в лечении цистита принадлежит противомикробным ЛС.

Выбор ЛС в большинстве случаев осуществляют эмпирически на основании данных о преобладающих возбудителях, их чувствительности к антибиотикам.

У беременных при выборе ЛС необходимо учитывать срок беременности и возможное отрицательное влияние на плод, у рожениц — поступление препарата в молоко.

Как правило, предпочтение отдают следующим ЛС:

Амоксициллин	внутри 0,25–0,5 г 3 р / сут, 7 сут ± Растительные уросептики внутри 3 р / сут, от 14 сут
Амоксициллин / клавулановая кислота	внутри 0,375 г 2–3 р / сут, 7 сут ± Растительные уросептики внутри 3 р / сут, от 14 сут
Ампициллин	внутри 0,5 г 4 р / сут, 7 сут ± Растительные уросептики внутри 3 р / сут, 7 сут
Ампициллин / сульбактам	внутри 0,375 г 2 р / сут, 7 сут ± Растительные уросептики внутри 3 р / сут, от 14 сут
Цефуроксим	внутри 0,25 г 3 р / сут, 7 сут ± Растительные уросептики внутри 3 р / сут, от 14 сут

**Во II–III триместрах беременности и после родов** в качестве альтернативы перечисленным ЛС могут назначаться следующие ЛС:

Фосфомицин	внутри 3 г, однократно
Фуразолидон	внутри 0,1 г 4 р / сут, 7 сут
Фосфомицин	При беременности необходимо оценить риск для плода и пользу для матери, препарат относится к категории В по FDA

При отсутствии эффекта от проведенного лечения в течение 5–7 сут возможны повторные курсы антибактериальной терапии длительностью до 14 сут. После консультации врача с целью профилактики рецидивов возможно применение альтернативных лекарственных средств: в сочетании с антибиотиками для повышения эффективности лечения или в монотерапии:

Канефрон® Н, 2 таб. 3 раза в день, курсами по 2 нед.

Цитомегаловирусная инфекция у беременных

При первичной цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у матери до 22-й недели гестации, подтвержденной клинико-лабораторно, и неспецифических ультразвуковых признаках патологии плода показано **прерывание беременности** по медицинским показаниям.

**Родоразрешение путем кесарева сечения** проводят лишь по сумме относительных показаний (внутриутробная инфекция, хроническая гипоксия и синдром задержки развития плода II и III степени, первичное и вторичное бесплодие в анамнезе и др.).

Специфических противовирусных препаратов не существует.

**Для профилактики или лечения реактивации ЦМВИ** применяют:

Иммуноглобулин человека нормальный	в / в капельно 0,2–0,5 г / кг 1 р / 2 сут, 3 введения + Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / - химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид внутри 3 табл. 3 р / сут, 1 мес
Интерферон альфа-2b с антиоксидантами витаминами Е и С	в прямую кишку 500 000 МЕ (1 свеча) 2 р / сут, 10–14 сут
Панкреатин / папаин / бромелаин / трипсин / химотрипсин / амилаза / липаза / рутозид	внутри 3 табл. 3 р / сут, 1 мес

Экзо- и эндоцервициты

**Принципы лечения неспецифических цервицитов:**

точная идентификация возбудителя;

комбинированное использование ЛС для местного и системного применения с учетом чувствительности выявленных микроорганизмов к основным противо-микробным ЛС (при отсутствии возможности идентификации возбудителя терапия назначается эмпирически);

устранение факторов, поддерживающих рецидивирующий характер заболевания (нейроэндокринных, иммунных, гиповитаминозов, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний и т. д.);

применение ЛС, нормализующих микрофлору влагалища.

Хирургическое лечение

При наличии **хронического экзоцервицита**, подтвержденного гистологически (биопсия выполняется в первую фазу м. ц.), показана деструкция патологически измененного участка

шейки матки (лазерная деструкция, криодеструкция).

Антибактериальная терапия

Основное место в лечении **эндоцервицитов** принадлежит антибактериальной терапии.

Метронидазол / - миконазол	во влагалище 1 табл. на ночь, 10 сут + Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 375 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Гентамицин в / м 3 мг / кг / сут, 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 100 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Линкомицин внутрь 500 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь 300 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р / сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р / сут, 7 сут, или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р / сут, 5–7 сут
Клиндамицин	во влагалище 5 г 2 % крема на ночь, 7 сут + Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 375 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Гентамицин в / м 3 мг / кг / сут, 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 100 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Линкомицин внутрь 500 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь 300 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р / сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р / сут, 7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р / сут, 5–7 сут
Нистатин / - нифурател	во влагалище 1 свеча на ночь, 8 сут + Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 375 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Гентамицин в / м 3 мг / кг / сут, 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 100 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Линкомицин внутрь 500 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь 300 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р / сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р / сут, 7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р / сут, 5–7 сут
Тернидазол / - неомидин / - нистатин / - преднизолон	во влагалище 1 табл. на ночь, 6–10 сут + Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 375 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Гентамицин в / м 3 мг / кг / сут, 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 100 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Линкомицин внутрь 500 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь 300 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р / сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р / сут, 7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р / сут, 5–7 сут
Нермицин / - полимиксин В / - нистатин	во влагалище 1 табл. на ночь, 12 сут + Амоксициллин / клавулановая кислота внутрь 375 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Гентамицин в / м 3 мг / кг / сут, 5–7 сут, или Доксциклин внутрь 100 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Линкомицин внутрь 500 мг 3 р / сут, 5–7 сут, или Офлоксацин внутрь 200 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рифампицин внутрь 300 мг 2 р / сут, 5–7 сут, или Рокситромицин внутрь 150 мг 2 р / сут, 7 сут, или Ципрофлоксацин внутрь 250 мг 2 р / сут, 7 сут или Пефлоксацин внутрь 400 мг 2 р / сут, 5–7 сут

В ряде случаев используются антисептические средства:

Повидон-йод	во влагалище 1 свеча 2 р / сут, 7 дней или 1 раз перед сном 14 дней или
Хлоргексидин биглюконат / декспантенол / - полиэтиленоксидная основа	во влагалище 1 свеча 2 р / сут, 7–10 дней

Нормализация микрофлоры влагалища

После окончания курса антибактериальной терапии назначают ЛС, применение которых способствует нормализации микрофлоры влагалища.

Бифидобактерии бифидум	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут
Лактобактерии ацидофильные	во влагалище 1 свеча на ночь, 10 сут

Эндометриоз

Эндометриоз генитальный у подростков

Основные задачи лечения:

устранение выраженного болевого синдрома (за счет временной полной (частичной) блокады репродуктивной системы) и предотвращение развития на его фоне тяжелых неврологических нарушений;

предотвращение распространения эндометриоза в смежные органы;

сохранение репродуктивного потенциала и репродуктивной функции девушек.

Хирургическое лечение

Показания к **хирургическому лечению** генитального эндометриоза:

эндометриозидные кисты яичников — лапароскопия, энуклеация кисты с последующей эндокоагуляцией ее ложа или резекция яичников в пределах здоровых тканей при невозможности отсепарования капсулы от ткани яичников;

наружный эндометриоз — лапароскопия, эндокоагуляция эндометриозидных гетеротопий с последующим промыванием брюшной полости и контрольной ревизией брюшины малого таза; ретроцервикальный эндометриоз — иссечение очага эндометриоза;



наличие противопоказаний к проведению гормональной терапии.

Гормональная терапия

Ввиду необходимости сохранения репродуктивной функции основное значение в лечении эндометриоза у подростков принадлежит фармакотерапии.

У детей моложе 18 лет предпочтительно использование агонистов ГнРГ и КПК.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р / сут, с 1–2-го дня м. ц. непрерывно, 3–6 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес

Альтернативные ЛС:

Дидрогестерон внутрь 10 мг 2 р / сут, с 5-го дня м. ц. непрерывно, 6 мес

На последнем месяце применения агониста ГнРГ пациенткам с генитальным эндометриозом возможно назначение низкодозированных КПК с последующим применением этих ЛС до момента приобретения сексуального опыта и решения вопроса о деторождении.

Этинилэстрадиол / - гестоден	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., 6–12 мес
Этинилэстрадиол / - диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м.ц., затем перерыв 7 сут, или 1 р/сут непрерывно, 6–9 мес

Терапия противовоспалительными и седативными средствами

Дополнительно для купирования боли и предотвращения неврологических нарушений на фоне применения низкодозированных КПК назначают:

Ибупрофен / - питофенон / - фенпивериния бромид	внутри 1 табл. 3 р / сут, за 4 дня до и в 1-й день менструации, длительность терапии определяют индивидуально + Валерианы корневища с корнями, настойка, внутри 15 капель 3 р / сут, 6 мес или Пустырника трава, настойка, внутри 15 капель 3 р / сут, 6 мес
Нимесулид	внутри 1 табл. 3 р / сут, за 4 дня до и в 1-й день менструации, длительность терапии определяют индивидуально + Валерианы корневища с корнями, настойка, внутри 15 капель 3 р / сут, 6 мес или Пустырника трава, настойка, внутри 15 капель 3 р / сут, 6 мес

Эндометриоз

Эндометриоз шейки матки

Лечение зависит от степени распространенности процесса. Лечение эндометриоза шейки матки

(ЭШМ) у пациенток репродуктивного возраста с сохраненным м. ц. **комбинированное гормональное** и **оперативное**: наиболее целесообразна коагуляция очагов эндометриоза с применением CO<sub>2</sub>-лазера. Удаление очага необходимо производить в раннюю

фолликулиновую фазу м. ц. (6–7-й день, до 10-го дня цикла).

При ЭШМ за 1 мес до и после третьего месяца коагуляции гетеротопий назначают **КПК** или **гестагены**.

В этой связи особую актуальность представляет использование прогестагена четвертого поколения — диеногеста в составе комбинации: 2 мг диеногеста (дозы, эффективность которой для лечения эндометриоза доказана в многочисленных работах) с 0,03 мг этинилэстрадиола. Этинилэстрадиол / диеногест обладает уникальным двойным воздействием, оказывая не только закономерный эффект на гормональный профиль пациенток с ГЭ, но также локальное иммуномодулирующее воздействие на эндометриоидные гетеротопии, которые сначала подвергаются децидуализации, а затем и атрофии.

Этинилэстрадиол / - гестоден	внутри 20 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол / - гестоден	внутри 30 мкг / 75 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 20 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол / - дезогестрел	внутри 30 мкг / 150 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол / - диеногест	внутри 30 мкг / 2 мг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Этинилэстрадиол / - норгестимат	внутри 35 мкг / 250 мкг 1 р / сут, с 1-го по 21-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес

Применение гестагенов предпочтительнее, однако ввиду более частого развития побочных эффектов при малых формах эндометриоза со скудными клиническими проявлениями назначаются КПК.

Дидрогестерон	внутри 10–20 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Левоноргестрел, внутриматочная система	ввести в полость матки на 4–6-й день м. ц., однократно
Медроксипрогестерон	в / м 150 мг 1 р / 2–3 мес, 6–9 мес
Норэтистерон	внутри 5–10 мг 1 р / сут, с 5-го по 25-й день м. ц., затем перерыв 7 сут или 1 р / сут непрерывно, 6–9 мес
Прогестерон	внутри 100 мг 2 р / сут, с 16-го по 25-й день м. ц., 6–9 мес

Схема терапии зависит от распространенности процесса и выраженности клинических симптомов.

**Агонисты ГнРГ** или **ЛС с антигонадотропным действием** показаны при распространенном ЭШМ или при его сочетании с внутренним эндометриозом.

Бусерелин, спрей	интраназально 150 мг в каждую ноздрю 3 р / сут, со 2-го дня м. ц. непрерывно, 4–6 мес
Гестринон	внутри 2,5 мг 2 1 р / нед, со 2-го дня м. ц. непрерывно, 6–9 мес
Гозерелин	п / к в переднюю брюшную стенку 3,6 мг 1 р / 28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес
Даназол	внутри 200 мг 2–3* р / сут, со 2-го дня м. ц. непрерывно, 3–6 мес
Лейпрорелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес
Трипторелин	в / м 3,75 мг 1 р / 28 сут, со 2-го дня м. ц., 3–6 мес

\* Прием даназола начинают с 400 мг / сут.

Указатель лекарственных средств

МНН	ТН
Адеметионин	Гептор, Гептрал
Азитромицин	Азитрал, Азитрокс, Азитромицин, АзитРус, Зифактор, Зитролид, Зитролид форте, Зитроцин, Сумамед, Сумамед форте, Сумамокс, Хемомицин
Азлоциллин** (Без МНН)	Регистрация ТН в РФ аннулирована Солкодерм
Азтреонам	
Активированный уголь	Уголь активированный МС, Ультра-адсорб,
Депротеинизированный гемодериват из крови телят	Актовегин
Аллилэстренол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Алпразолам	Алзолам, Алпразолам
Альбумин человека	Альбумин, Альбумин человеческий, Плазбумин 20, Уман альбумин,
Альфакальцидол	Альфа Д3-Тева, Оксидевит
Алюминия гидроксид**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Алгелдрат+Магния гидроксид	Алмагель, Гастрацид, Маалокс
Алюминия ацетат*	В РФ не зарегистрирован
Алюминия фосфат	Фосфалюгель
Аминодиоксотетра- гидрофалазиндион натрия	Галавит
Аминокапроновая кислота	Аминокапроновая кислота
Аминометилбензойная кислота	Амбен
Аминофиллин	Эуфиллин, Эуфиллин-УБФ
Амитриптилин	Апо-Амитриптилин, Амитриптилин, Амитриптилин-АКОС, Амитриптилин-Гриндекс, Амитриптилин-Никомед, Амитриптилин-Ферейн
Амлодипин	Амловас, Амлодипин, Амлорус, Амлотоп, Веро-Амлодипин, Калчек, Кардилопин, Норваск, Нормодипин
Амоксициллин	Амоксициллин, Амосин, Оспамокс, Флемоксин Солютаб
Амоксициллин+ [Клавулановая кислота]	Амоксиклав, Аугментин, Кламосар, Медоклав, Панклав, Ранклав, Рапиклав, Флемоклав Солютаб
Ампициллин	Ампициллин, Ампициллин-АКОС, Ампициллин-Ферейн, Ампициллина тригидрат
Ампициллин+Оксациллин	Ампиокс, Оксамп, Оксамп натрий, Оксамсар
Ампициллин+[Сульбактам]	Сультасин

Апротинин	Апротекс, Апротинин, Гордокс, Ингитрил, Контрикал
Апрофен**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Артишока листьев экстракт	Хофитол
Аскорбиновая кислота	Асвитол, Аскорбиновая кислота, Аскорбиновая кислота-УБФ, Витамин С
Аскорбиновая кислота+ Рутозид	Аскорутин, Аскорутин-УБФ
Атенолол	Атенолол, Атенолол-Никомед, Атенолол-УБФ, Бетакард
Атропин	Атропин, Атропина сульфат
Ацеклофенак	Аэртал
Ацетазоламид	Диакарб
Ацетиламиноянтар-ная кислота	Когитум
Ацетилсалициловая кислота	Аспикор, Аспинат, Аспинат кардио, Аспирин, Аспирин кардио, Ацекардол, Ацетилсалициловая кислота, Ацетилсалициловая кислота-УБФ, Ацетилсалициловая кислота «Йорк», Ацетилсалициловая кислота МС, КардиАСК, Таспир, Тромбо АСС, Упсарин Упса
Ацикловир	Ацигерпин, Ацикловир, Ацикловир-АКОС, Виворакс, Герперакс, Зовиракс, Медовир, Провирсан
Беклометазон	Беклазон Эко, Беклазон Эко Легкое Дыхание, Кленил, Насобек
Белладонны алкалоиды+Фенобарбитал+Эрготамин	Беллатаминал
Бендазол	Дибазол, Дибазол-Дарница, Дибазол-УБФ
Бензатина бензилпенициллин	Бициллин-1, Ретарпен
Бензатина бензилпенициллин+ Бензилпенициллин прокаина	Бициллин-5
(Без МНН)	Бициллин-3
Бензидамин	Тантум верде, Тантум роза
Бензилпенициллин	Бензилпенициллина натриевая соль, Бензилпенициллина новокаиновая соль,
Бенфотиамин	Бенфогамма 150
Бетаксолол	Бетак, Бетоптик, Бетоптик С, Локрен
Бетаметазон	Акридерм, Белодерм, Дипроспан, Флостерон, Целестодерм-В
Бифидобактерии бифидум	Бифидумбактерин, Бифидумбактерин форте, Пробифор
Блеомицин	Блеомицитина гидрохлорид, Блеоцин
Бромокриптин	Бромокриптин-Рихтер
Будесонид	Буденофальк, Будесонид, Пульмикорт, Пульмикорт турбухалер, Тафен назаль
Бусерелин	Бусерелин, Бусерелин-депо
Вакцина для профилактики герпетических инфекций	Витагерпавак
Валацикловир	Валтрекс
Валерианы лекарственной корневищ с корнями экстракт	Валерианы настойка, Валерианы экстракт
Ванкомицин	Ванкомицин Тева, Ванкорус, Веро-Ванкомицин, Эдицин
Верапамил	Верапамил, Верогалид EP 240 мг, Изоптин CP 240, Финоптин
Винбластин	Винбластин-ЛЭНС
Винпоцетин	Бравинтон, Веро-Винпоцетин, Винпоцетин, Винпоцетин-АКОС, Винпоцетин-Сар, Винпоцетин форте, Кавинтон, Кавинтон Форте,

Витамин Е	альфа-Токоферола ацетат (витамин Е), Витамин Е, Витамин Е-ацетат, Доппельгерц Витамин Е форте
Водорода пероксид	Паркон, Перекись водорода
Ганиреликс	Оргалутран
Гексопреналин	Гинипрал
Гентамицин	Гентамицин, Гентамицин-АКОС, Гентамицин-Ферейн, Гентамицина сульфат,
Гепарин натрия	Гепарин, Гепарин-натрий Браун, Гепарин-Ферейн, Гепарин натрия, Лиотон 1000, Тромблесс
Гестринон	
Гидрокортизон	Гидрокортизон, Гидрокортизон-АКОС, Гидрокортизон-Пос, Кортэф, Латикорт, Локоид, Солу-Кортэф
Гидроксипрогестерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Гидроксиэтилкрахмал	Венофундин, Волекам, Волювен, Инфукол ГЭК, Рефортан ГЭК, Стабизол ГЭК,
Гидрохлоротиазид+Триамтерен	Апо-Триазид, Триампур композитум, Триамтел
Гинкго двулопастного листьев экстракт	Билобил, Билобил форте, Гинос, Танакан
Гиосцина бутилбромид	Бускопан
Глицин	Глицин
Глутаминовая кислота	Глутаминовая кислота
Гозерелин	Золадекс
Гонадотропин хорионический	Гонадотропин хорионический, Прегнил, Хорагон
Дакарбазин	Дакарбазин-ЛЭНС, Дакарбазин Лахема, Дакарбазин Медак
Дактиномицин	Дактиномицин, Космеген
Тирозил-D-аланил-глицил-фенилаланил-лейцил-аргинина диацетат	Даларгин
Далтепарин натрия	Фрагмин
Даназол	Данол
Дексаметазон	Дексазон, Дексамед, Дексаметазон, Дексаметазон-Ферейн, Максидекс, Офтан Дексаметазон
Декстран [ср.мол.масса 30000-40000]	Гемостабил, Реополиглюкин
Декстро́за	Глюкоза, Глюкоза-Э, Глюкоза Браун, Глюкостерил, Декстро́за
Джозамицин	Вильпрафен
Диазепам	Реланиум, Релиум, Седуксен, Сибазон
Дидрогестерон	Дюфастон
Диклофенак	Вольтарен, Вольтарен Акти, Вольтарен Эмульгель, Диклак, Дикло-Ф, Дикловит, Диклоген, Диклонат П, Диклоран, Диклофенак, Диклофенак-АКОС, Диклофенак-Альтфарм, Диклофенак-МФФ, Диклофенак-Ратиофарм, Диклофенак-Тева, Диклофенак-УБФ, Диклофенак-ФПО, Диклофенак ретард Оболенское, Диклофенакол, Наклофен, Наклофен Дуо, Ортофен, Ортофер
Диноппрост	Энзапрост-Ф
Диноппростон	Препидил, Простенонгель
Дипиридамол	Дипиридамол, Курантил 25
Дистигмина бромид**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Дифенгидрамин	Димедрол, Димедрол- УБФ, Псило-бальзам
Доксициклин	Доксициклин, Доксициклин-Ферейн, Юнидокс Солютаб
Доксорубицин	Адрибластин быстрорастворимый, Доксорубицин, Доксорубицин-ЛЭНС, Доксорубицин-Тева, Доксорубицин-Ферейн, Доксорубицин-Эбеве, Келикс
Дроперидол	Дроперидол
Дротаверин	Дроверин, Дротаверин, Дротаверин-УБФ, Дротаверин-ФПО, Дротаверин МС, Дротаверин

	форте, Но-шпа, Но-шпа форте, Нош-Бра, Спазмол, Спазоверин, Спаковин
Железа (III) гидроксид полимальтозат (Без МНН)	Мальтофер, Феррум Лек
Железа сульфат+[Аскорбиновая кислота]	Тотема
Женьшень	Сорбифер дурулес
Зафирлукаст	Геримакс Женьшень, Гинсана, Доппельгерц Женьшень, Женьшеня настойка
Зверобоя продырявленного травы экстракт	Аколат
Зидовудин	Деприм форте
Золмитриптан	Азидотимидин, Зидовудин, Зидовудин-Ферейн, Ретровир, Тимазид
Ибупрофен	
Ибупрофен+Питофенон+Фенпивериния бромид	Адвил, Бруфен СР, Долгит, Ибупрофен, Ибупрофен-Хемофарм, Нурофен, Нурофен для детей, Нурофен форте, Солпафлекс, Фаспик
Изоконазол	Новиган
Имипенем+[Циластатин]	Травоген
Имипрамин	Тиенам
Иммуноглобулин человека нормальный	Имизин, Мелипрамин
Иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgM+IgA]	Габриглобин-IgG, И. Г. Вена, Имбиоглобулин, Иммуновенин, Интраглобин, Октагам,
Аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин	Пентаглобин
Индометацин	Имунофан
Инозин	Индоколлор, Индометацин, Индометацин-Акри, Индометацин-Альтфарм, Индометацин-Биосинтез, Индометацин 50 Берлин-Хеми, Индометацин 100 Берлин-Хеми, Индометацин Софарма, Метиндол ретард
Инсулин растворимый [человеческий генно-инженерный]	Инозин, Рибоксин, Рибоксин-ЛекТ, Рибоксин-Ферейн
Интерферон альфа	Актрапид НМ, Актрапид НМ Пенфилл, Биосулин Р, Инсуман Рапид ГТ, Инсуран Р, Ринсулин Р, Хумулин Регуляр
Интерферон альфа-2b	Интерферон человеческий лейкоцитарный
Ипратропия бромид	Альтевир, Альфарона, Интрон А, Реальдирон
Итраконазол	Атровент, Атровент Н, Иправент
Каберголин	Ирунин, Итразол, Орунгал, Орунгамин, Орунит, Румикоз
Калия и магния аспарагинат	Достинекс
Калия йодид	Аспаркам, Аспаркам-УБФ, Аспаркам-Фармак, Калия и магния аспарагинат Берлин-Хеми, Калия и магния аспарагинат, Панангин
Кальцитонин	Йодбаланс, Йодомарин 100, Йодомарин 200, Калия йодид, Микройодид
Кальцитриол	Миакальчик
Кальция глюконат	Остеотриол, Рокальтрол
Кальция карбонат	Кальция глюконат
Кальция пантотенат**	
Кальция хлорид	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Карбамазепин	Кальция хлорид
Карбенициллин (Без МНН)	Зептол, Карбамазепин, Финлепсин, Финлепсин ретард
Кетоконазол	
Кетопрофен	Ферезол
Кетотифен	Кетоконазол, Ливарол, Микозорал, Низорал, Перхотал, Фунгинок
	Артрозиле, Быструмгель, Кетонал, Кетопрофен, ОКИ, Фастум, Феброфид, Флексен
	Кетотифен

Кларитромицин	Клабакс, Кларбакт, Кларитромицин, Кларитромицин Протекх, Кларитросин, Клацид, Клацид СР, Клеримед, Фромилид уно
Клемастин	Тавегил
Клиндамицин	Далацин, Клиндамицин, Клиндацин
Кломипрамин	Анафранил, Анафранил СР, Кломипрамин, Клофранил
Кломифен	Клостилбегит
Клоназепам	Клоназепам
Клонидин	Клофелин
Клотримазол	Кандибене, Кандид, Кандид-В6, Кандизол, Канизон, Клотримазол
Кокарбоксилаза	Кокарбоксилаза, Кокарбоксилаза-Ферейн, Кокарбоксилаза-Эллара, Кокарбоксилазы гидрохлорид
Колекальциферол	Аквадетрим, Вигантол
Кромоглициевая кислота	Интал, Кромогексал, Кромоглин, Лекролин, Налкром, Хай-кром
Ксантинола никотинат	Ксантинола никотинат, Ксантинола никотинат-УБФ
Гормональное ЛС, получаемое из передней доли гипофиза крупного и мелкого рогатого скота*	В РФ не зарегистрирован
Лактобактерии ацидофильные	Ацилакт
Лактулоза	Дюфалак, Нормазе, Порталак
Ламивудин	Зеффикс
Ламотриджин	Конвульсан, Ламиктал, Ламитор, Ламолеп, Ламотриджин
Левамизол	Декарис
Левоноргестрел	Мирена, Постинор, Эскапел
Левотироксин натрия	L-Тироксин БерлинХеми, Баготирокс, Эутирокс
Левотироксин натрия+Лиотиронин	
Левотироксин натрия+Лиотиронин+[Калия йодид]	
Левифлоксацин	Левифлоксацин, Лефокцин, Таваник, Флорацид, Элефлокс
Лейпрорелин	Люкриндепо
Глюкозаминил-мурамилдипептид (Без МНН)	Ликопид
Линестренол	Лимонника плодов настойка, Лимонника семян настойка
Линкомицин	Оргаметрил, Экслютон
Лоратадин	Линкомицин, Линкомицин-АКОС, Линкомицина гидрохлорид
(Без МНН)	Алерприв, Кларидол, Кларисенс, Кларитин, Кларифер, Ломилан, Лорагексал, Лоратадин, Лоратадин-Хемофарм, Эролин
Магния сульфат (Без МНН)	Магне В6 (соль магния + пиридоксин)
Мебгидролин	Магния сульфат, Магния сульфат-Дарница
Мебендазол	Апилак
Медазепам	Диазолин
Медроксипрогестерон	Вермокс, Вормин
Мезодиэтилэтилен-дибензолсульфонат	Мезепам
Мелоксикам	Вераплекс, Депо-Провера, Провера
Мелфалан	Сагенил
Менадиона натрия бисульфит	Артрозан, Мелбек, Мелбек форте, Мелокс, Мелоксикам, Мирлокс, Мовалис, Мовасин
Менотропины	Алкран
Меропенем	Викасол, Викасол-Дарница
Метациклин**	Гонадотропин менопаузный, Меногон, Менопур
	Меронем
	Регистрация ТН в РФ аннулирована

Метилдопа	Допегит
Метилпреднизолон	Медрол, Метипред, Солу-Медрол
Метилэргометрин	Метилэргобревин
Метионин	Метионин
Метоклопрамид	Метоклопрамид, Перинорм, Церуглан, Церукал
Метронидазол	Клион, Метровагин, Метрогил, Метролакэр, Метрон, Метронидазол Никомед, Метронидазол-АКОС, Метронидазол УБФ, Метросептол, Розамет, Розекс, Трихоброл, Трихопол, Флагил
Метронидазол+Миконазол	Нео-Пенотран
Метформин	Багомет, Глиформин, Глюкофаж, Метфогамма 500, Метфогамма 850, Метформин, Метформин-Рихтер, Сиофор 500, Сиофор 850, Формин Плива
Мефенамовая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Миансерин	Леривон
Мидекамицин	Макропен
Мидодрин	
Миконазол	Микозон
Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Мирамистин
Моклобемид	
Монтелукаст	Сингуляр
Надропарин кальций	Фраксипарин, Фраксипарин Форте
Налидиксовая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Нандролон	Ретаболил
Напроксен	Налгезин, Налгезин форте
Натамицин	Пимафуцин
Натрия гидрокарбонат	Натрия бикарбонат, Натрия гидрокарбонат
Натрия оксibuтират	Натрия оксibat
Натрия фторид	Натрия фторид
Натрия хлорид	Натрия хлорид, Натрия хлорид Браун, Ризосин
Небиволол	Небилет
Невирапин	Вирамун
Недокромил**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Неомицин+Нистатин+Полимиксин В	Полижинакс
Нетилмицин	
Нимесулид	Апонил, Найз, Нимесил, Нимика, Нимулид, Пролид
Нистатин	Нистатин
Нистатин+	Макмирор комплекс
Нифурател	
Нитразепам	Нитразепам
Нитроглицерин	Нитро, Нитроглицерин, Нитрокор, Нитроминт, Перлингганит, Тринитролонг
Нитрофурал	Фурацилин
Нитрофурантоин	Фурадонин
Нифурател	Макмирор
Норэтистерон	Норколут
Оксациллин	Оксациллин
Оксибутинин	Дриптан, Новитропан
Окситоцин	Окситоцин, Окситоцин-МЭЗ, Окситоцин-Ферейн
Оксолиновая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Омоконазол	Микогал
Орлистат	Ксеникал
Орнидазол	Гайро, Дазолик, Орнидазол, Орнидазол-Веро, Орнисид, Орнисид Форте, Тиберал
Оротовая кислота	Калия оротат
Осальмид**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Офлоксацин	Заноцин, Заноцин ОД, Офло, Офлоксацин, Офломак, Таривид, Тариферид, Тарицин, Унифлокс, Флоксал
Пальмы ползучей плодов экстракт	Пермиксон, Простамол Уно, Простаплант

Панкреатин	Креон 10000, Креон 25000, Мезим форте, Микразим, Панзим форте, Панкреазим, Панкреатин, Пензитал
Гемицеллюлаза+Желчи компоненты+Панкреатин (Без МНН)	Нормознзим форте, Энзистал
Папаверин	Вобэнзим
Папаверин	Папаверин, Папаверина гидрохлорид, Папаверина гидрохлорид МС
Пароксетин	Паксил, Пароксетин, Рексетин
Пентоксифиллин	Вазонит, Пентоксифиллин, Пентоксифиллин-ФПО, Тренпентал, Трентал, Трентал 400, Флекситал
Пефлоксацин	Абактал, Пефлоксацин-АКОС, Юникпеп
Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни	
Пипемидовая кислота	Пипегал
Пиперациллин+Тазобактам	
Пипофезин	Азафен
Пирантел	Гельминтокс, Немоцид, Пирантел
Пирацетам	Луцетам, Мемотропил, Ноотропил, Пирацетам, Пирацетам-Рихтер, Пирацетам-Ферейн, Пирацетам Оболенское
Пиридоксаль фосфат**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Пиридоксин	Пиридоксин, Пиридоксина гидрохлорид
Пирлиндол	Пиразидол
Пироксикам	Пироксикам, Пироксикам-Акри, Финалгель
Повидон	Энтеродез
Повидон-йод	Аквазан, Бетадин, Йодовидон, Йодоксид, Повидон-йод
Калия хлорид+Кальция хлорид+Магния хлорид+Натрия гидрокарбонат+Натрия хлорид+Повидон-8 тыс.	Гемодез-Н, Красгемодез 8000, Неогемодез
Подofilлотоксин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Поливитамины+Минералы	Компливит «Мама», Элевит Пронаталь
Празозин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Преднизолон	Медопред, Преднизол, Преднизолон, Преднизолон Никомед, Преднизолон-АКОС
Прогестерон	Крайнон, Прогестерон, Прожестожель, Утрожестан
Прометазин	Пипольфен
Пропилтиоурацил	Пропицил
Пропранолол	Анаприлин
Прутьяка обыкновенного плодов экстракт	
Пустырника трава	Пустырника настойка, Пустырника трава, Пустырника экстракт
Ралоксифен**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Резерпин	
Ретинол	Видестим, Ретинол, Ретинола ацетат, Ретинола ацетат (витамин А), Ретинола пальмитат
Рибофлавин	
Ризендроновая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Рифампицин	Макокс, Р-цин, Римпин, Рифампицин, Рифампицин-Ферейн, Эремфат
Рокситромицин	Рокситромицин, Рулид, Рулицин, Элрокс
Салметерол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Сальбутамол	Асталин, Вентолин, Вентолин Небулы, Саламол Эко Легкое Дыхание, Сальбутамол, Сальгим, Сальтос, Цибутол циклокапсмин
Секнидазол	
Сертралин	Асентра, Золофт, Серената, Серлифт, Стимулотон, Торин
Расторопши пятнистой плодов экстракт (Без МНН)	Карсил
Соматропин	Солкосерил
	Генотропин, Нордитропин НордиЛет, Растан,



Спектиномицин	Кирин
Спирамицин	Ровамицин, Спирамицин-веро
Спиринолактон	Веро-Спиринолактон, Верошпилактон, Верошпирон, Спиринолактон
ЛС, полученное из селезенки крупного рогатого скота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Сулиндак**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Тамоксифен	Веро-Тамоксифен, Тамоксифен
Тамсулозин	Гиперпрост, Омник, Омник Окас, Фокусин
Теноксикам	
Теofilлин	Теопэк, Теотард, Теофиллин
Теразозин	Корнам, Сетегис, Теразозин
Тербуталин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
(Без МНН)	Тержинан
Тетраметилтетраазо-бициклооктандион	Мебикар, Мебикс
Тетрациклин	Тетрациклин, Тетрациклин-АКОС, Тетрациклина гидрохлорид
Тиамазол	Мерказолил, Тирозол
Тиамин	Тиамин, Тиамин хлорид, Тиамин хлорид-ЭХО
Тианептин	Коаксил
Тиaproфеновая кислота**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Тиболон	Ливиал
Тинидазол	Тинидазол, Тинидазол-Акри,
Тиоктовая кислота	Берлитион 300, Липамид, Тиогамма, Тиоктаcid 600 Т, Тиоктаcid БВ, Эспа-Липон
Тиоридазин	Сонапакс, Тиодазин, Тиоридазин, Тиорил
Тиреоидин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Толтеродин	
Транексамовая кислота	Транексам, Транексамовая кислота
Триамцинолон	Кеналог, Кеналог 40, Полькортолон, Триаcорт, Триамцинолон-ФПО, Фторокорт
Трийодрезорцин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Тримеперидин	Промедол
Трипторелин	Декапептил, Диферелин
Трихлоруксусная кислота*	В РФ не зарегистрирован
Троксерутин	Троксевазин, Троксерутин, Троксерутин-МИК, Троксерутин Врамед
Троspия хлорид	Спазмекс
Урофоллитропин	
Урсодезоксихолевая кислота	Урсофальк
Фамцикловир	Фамвир
Фексофенадин	Гифаст, Телфаст, Фексадин, Фексофаст
Бромдигидрохлор-фенилбензодиазепин	Феназепам
Фенилбутазон	Бутадион
Фенилэфрин	Ирифрин, Мезатон, Назол Бэби, Назол Кидс
Фенитоин	Дифенин
Фенопрофен**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Фенотерол	Беротек, Беротек Н
Финастерид	Альфаинал, Пенестер, Проскар, Простерид, Финаст
Флувоксамин	Феварин
Флуконазол	Веро-Флуконазол, Дифлазон, Дифлюкан, Медофлюкон, Микомакс, Микосист, Микофлюкан, Проканазол, Флуконазол, Флюкостат, Форкан, Цискан
Флунизолид**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Флуоксетин	Апо-Флуоксетин, Прозак, Профлузак, Флуоксетин, Флуоксетин Ланнахер,
Флурбипрофен	
Флутиказон	Фликсоназе, Фликсотид
Фолиевая кислота	Фолацин, Фолиевая кислота
Фоллитропин альфа	Гонал-Ф
Формотерол	Оксис Турбухалер, Форадил

Фосфазид	Никавир
Фосфолипиды эссенциальные**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Фосфомицин	Монурал, Урофосфабол
Фторурацил	5-Фторурацил-Эбеве, Фторурацил, Фторурацил-Дарница, Фторурацил-ЛЭНС, Фторурацил-Тева
Фуразолидон	Фуразолидон
Фуросемид	Лазикс, Фуросемид
(Без МНН)	Хилак форте
Химотрипсин	Химотрипсин
Хинаголид	
Хифенадин	Фенкарол
Хлорамфеникол	Левомецетин, Левомецетин-АКОС, Левомецетин-УБФ, Левомецетина натрия сукцинат, Синтомицин
Хлоргексидин	Амидент, Гексикон, Гексикон Д, Хлоргексидин, Хлоргексидин биглюконат
Лидокаин+Хлоргексидин	Инстиллагель, Катеджель с лидокаином
Хлоропирамин	Супрастин, Хлоропирамин, Хлоропирамин-Ферейн
(Без МНН)	Гиналгин
Цетрореликс	Цетротид
Цефазолин	Интразолин, Кефзол, Лизолин, Нацеф, Цезолин, Цефазолин, Цефазолин-АКОС, Цефазолин Сандоз
Цефепим	Максипим, Максицеф, Цефепим
Цефиксим	Супракс
Цефоперазон	Медоцеф, Операз, Цефоперабол,
Цефотаксим	Интратаксим, Кефотекс, Клафобрин, Клафоран, Лифоран, Оритаксим, Талцеф, Цефабол, Цефантрал, Цефосин, Цефотаксим
Цефтазидим	Бестум, Вицеф, Орзид, Тизим, Фортазим, Фортум, Цефзид, Цефтазидим, Цефтазидим-АКОС, Цефтидин
Цефтриаксон	Азаран, Ифициф, Лендацин, Лифаксон, Медаксон, Офрамекс, Роцефин, Стерицеф, Терцеф, Тороцеф, Цефаксон, Цефатрин, Цефогам, Цефтриабо, Цефтриаксон, Цефтриаксон-КМП, Цефтриаксон Протекх
Цефуроским	Аксетин, Зинацеф, Зиннат, Суперо, Цефурабол, Цефурус
Цианокобаламин	Цианокобаламин
Циклопирокс	Батрафен, Дафнеджин
Циннаризин	Стугерон, Циннаризин
Ципротерон	Андрокур, Андрокур депо, Ципротерон-Тева
Ципрофлоксацин	Ифиципро, Квинтор, Цепрова, Ципринол, Ципробай, Ципробид, Ципродокс, Ципролакэр, Ципролет, Ципромед, Ципропан, Ципрофлоксацин-АКОС, Ципрофлоксацин-ФПО, Ципрофлоксацин, Цифлоксинал, Цифран, Цифран ОД
Циталограм	Опра, Прам, Ципрамир, Цитол
Эконазол	Гино-Певарил, Ифенек, Экодакс
(Без МНН)	Элеутерококка экстракт
Эноксапарин натрия	Клексан
Эритромицин	Эритромицин
Эстрадиол	Дивигель, Климара, Прогинова, Эстрожель
Дидрогестерон+Эстрадиол	
Норэтистерон+Эстрадиол	Паузогест
Эстрадиола валерат	
Диенгест+Эстрадиол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
(Без МНН)	Климонорм
Медроксипрогестерон+Эстрадиола валерат и Эстрадиола валерат [набор]	Дивина
Эстрадиола валерат/ прастерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована

Ципротерон+Эстрадиол	Климен
Эстриол	Овестин, Эстрокад
Эстрогены конъюгированные**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Эстрогены конъюгированные/ медроксипрогестерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Эстрон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Этакридин**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Этамзилат	Дицинон, Этамзилат, Этамзилат-Ферейн
Этинилэстрадиол**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Гестоден+Этинилэстрадиол	Линдинет 20, Линдинет 30, Логест, Фемоден
Дезогестрел+Этинилэстрадиол	Марвелон, Мерсилон, Новинет, Регулон, Три-Мерси
Диеногест+Этинилэстрадиол	Жанин
Левоноргестрел+Этинилэстрадиол	Микрогинон, Ригевидон, Ригевидон 21+7, Три-регол, Три-регол 21+7, Триквилар
Этинилэстрадиол/норгестимат**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Этинилэстрадиол/норэтистерон**	Регистрация ТН в РФ аннулирована
Ципротерон+Этинилэстрадиол	Диане-35
(Без МНН)	Лимонтар