Содержание

Участники издания 9

Предисловие 13

Список сокращений и условных обозначений . . 14

РАЗДЕЛ 1. ТАЗОВАЯ БОЛЬ 17

1. Пациентка, 27 лет, с повторными обращениями по поводу сильных тазовых болей 19
Ли Э. Лерман

2. Пациентка, 25 лет, с жалобами на выраженную диспареунию 23
Кейт А. Маккракен

3. Пациентка, 16 лет, с жалобами на дисменорею, на фоне приема оральных контрацептивов 27
Гери Д. Хьювитт

4. Пациентка, 37 лет, с болями в боковой части разреза по Пфанненштилю 31
Кристофер М. Мороски

5. Пациентка, 26 лет, с хронической тазовой болью и отрицательными результатами обследования 36
Миза Перрон-Бердик

6. Пациентка, 30 лет, с эндометриозом и прогрессирующей тазовой болью, на фоне приема оральных контрацептивов 40
Уильям Д. Поу

7. Пациентка, 47 лет, со схваткообразными болями во время менструации и болезненным половым актом 44
Абимбола Фамуйиде

РАЗДЕЛ 2. ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ВЛАГАЛИЩА И ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 49

8. Пациентка, 28 лет, с аллергией на метронидазол и трихомониазом. 51
Анита Тамириса

9. Пациентка, 24 года, со слизисто-гнойным цервицитом 55
Джейми Дж. Аллейн

10. Пациентка, 27 лет, с трихомониазом и просьбой о назначении лечения партнеру. . . 59
Рита Цай

11. Пациентка, 33 года, с многократными обращениями к гинекологу по поводу выделений из влагалища и зуда. 63
Шелли Холмстром

12. Пациентка, 24 года, с трихомониазом в первом триместре беременности 68
Марк Таррентин

13. Пациентка, 16 лет, с необходимостью конфиденциального лечения от хламидиоза (соблюдение законов, касающихся несовершеннолетних) 72
Кавита Шах Арора

14. Пациентка, 75 лет, с жалобами на выделения зеленоватого цвета 76
Эми Р. Стагг

РАЗДЕЛ 3. АМЕНОРЕЯ И АНОМАЛЬНОЕ ВАГИНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ 81

15. Пациентка, 32 года, с рыхлой шейкой матки 83
Джулиана Шанц-Дунн

16. Пациентка, 28 лет, со вторичной аменореей и умственной отсталостью (семейная премутация ломкой Х-хромосомы) . . . 86
Фредерик Фридман-мл.

17. Пациентка, 27 лет, спортсменка (бег), со вторичной аменореей 90
Дженин Л.

18. Пациентка, 38 лет, со вторичной аменореей через 6 месяцев после операции гастрошунтирования 94
Кайл Эндрю Биггс

19. Пациентка, 25 лет, с левоноргестрел-содержащим внутриматочным средством, мажущими кровянистыми выделениями и положительным тестом на беременность . . . 98
Джеффри Ротенберг

20. Пациентка, 30 лет, с нерегулярным менструальным циклом на фоне гипотиреоза 101
Скотт Грациано

21. Пациентка, 25 лет, с кровянистыми выделениями в середине цикла. 104
Энн Ли Чан и Тод К. Эйби

РАЗДЕЛ 4. КОНТРАЦЕПЦИЯ И ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ 109

22. Пациентка, 25 лет, с отсутствием нитей через год после установки внутриматочного средства. 111
Эдрианн Дейд

23. Пациентка, 29 лет, ВИЧ-позитивна, с просьбой о назначении оральных контрацептивов. 114
Патриция Хьюгелет

24. Пациентка, 42 года, с внутриматочным средством и актиномицетами, выявленными по результатам цервикальной цитологии 118
Реган Н. Тайлер

25. Пациентка, 25 лет, с легочной эмболией на фоне приема оральных контрацептивов в анамнезе, требующая консультации по поводу контрацепции 121
Хедвига Сен-Луи

26. Пациентка, 22 года, беременная, желающая получить консультацию по поводу послеродовой контрацепции длительного действия 124
Стейси Л. Холман

27. Пациентка, 33 года, с непальпируемым имплантатом и просьбой о его удалении 128
Майкл К. Чинн

28. Пациентка, 24 года, после установки контрацептивного имплантата (3 нед), и с положительным тестом на беременность 132
Роксана Джамшиди

29. Пациентка, 32 года, ВИЧ-позитивна, с просьбой об установке внутриматочного средства 136
Кристи М. Борас

30. Пациентка, 23 года, через 2 ч после совершенного в ее отношении преступления сексуального характера 140
Шандхини Раиду

31. Пациентка с индексом массы тела 40 кг/м^2 и просьбой о назначении оральных контрацептивов (эффективность методов контрацепции при ожирении) 144
Сара Ветстоун

РАЗДЕЛ 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ 149

32. Пациентка, 41 год, с прозрачными (физиологическими) выделениями из обоих сосков 151
Кристин Робильярд Айзекс

33. Пациентка, 38 лет, с впервые выявленными кровянистыми выделениями из одного соска . . 154
Эстер Фукс

34. Пациентка, 34 года, с беременностью и образованием в молочной железе 158
Аша Бхагсингх Бхалвал и Памела Д. Беренс

35. Пациентка, 29 лет, с лактационным маститом, лихорадкой и покраснением 162
Памела Д. Беренс

36. Пациентка, 45 лет, с выделениями зеленого цвета из одного соска (эктазия протока) 166
Триша Камилл Юсаф и Кэтрин Чуа

37. Пациентка, 35 лет, с жалобами на циклическую боль в молочных железах (идиопатическая мастодиния) 170
Дорота Ковальска

РАЗДЕЛ 6. СКРИНИНГ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА 175

38. Пациентка, 22 года, с плоскоклеточным интраэпителиальным поражением низкой степени по результатам начальной онкоцитологии шейки матки 177
Марк К. Хираока

39. Пациентка, 25 лет, получившая от тети письмо с рекомендацией сдать анализы на выявление синдрома Линча (каскадное тестирование) 181
Джессика М. Кингстон

40. Пациентка, 30 лет, с наличием атипичного эпителия в крае резекционного среза после петлевой электроэксцизии по поводу плоскоклеточного интраэпителиального поражения высокой степени 187
Джордан Б. Хайлтон

41. Пациентка, 32 года, с семейным анамнезом рака яичников (тетя и бабушка по отцовской линии) 191
Рупина Сангха

42. Пациентка, 23 года, с плоскоклеточным интраэпителиальным поражением высокой степени, выявленным по результатам онкоцитологии шейки матки 195
Флоренсия Грир Полите

43. Пациентка, 35 лет, с семейным анамнезом рака молочной железы, не связанным с мутацией гена *BRCA* 199
Натали Э. Боверсокс

44. Пациентка, 25 лет, с плоскоклеточным интраэпителиальным поражением низкой степени, желающая пройти вакцинацию против вируса папилломы человека 204
Кристин Конагески

РАЗДЕЛ 7. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ 209

45. Пациентка, 55 лет, с зудящим поражением вульвы белого цвета (склеротический лишай) 211
Нэнси Д. Гейбэ

46. Пациентка, 55 лет, с вновь возникшим образованием вульвы (плоскоклеточное интраэпителиальное поражение вульвы высокой степени) 215
Диана Каррэн

47. Пациентка, 25 лет, с болью в области промежности и невозможностью полового акта (вестибулодиния) 218
Ванесса М. Барнабей

48. Пациентка, 30 лет, со свежими поражениями вульвы (остроконечная кондилома) 223
Кристофер Магуаер

49. Пациентка, 50 лет, со склеротическим лишаем, сросшимися половыми губами и инфекциями мочевыводящих путей. 227
Дон Палашевски

50. Пациентка, 25 лет, с рецидивирующим кандидозным вагинитом 231
Кимберли Картер

51. Пациентка, 35 лет, с жалобами на «узелок» на вульве (киста бартолиновой железы) 235
Д. Скотт Вирсма

РАЗДЕЛ 8. БЕСПЛОДИЕ 239

52. Супружеская пара с отсутствием беременности в течение 2 лет (обследование по бесплодию по эконом-программе бесплатной или льготной медицинской помощи — medicaid) 241
Мериэль Стивенс

53. Пациентка, 33 года, с диагнозом «бесплодие» (двусторонний гидросальпинкс). 245
Элизабет Э. Пушек

54. Пациентка, 26 лет, с нерегулярным менструальным циклом и бесплодием. 249
Хелен Даннингтон

55. Пациентка, 32 года, с эндометриомой размером 3 см и бесплодием. 253
Майкл Т. Брин

56. Пациентка, 32 года, с повторными репродуктивными потерями 256
Дебра Э. Тобел

РАЗДЕЛ 9. ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА 261

57. Супружеская пара, недавно вернувшаяся из Бразилии и планирующая беременность (вирус Зика) 263
Майкл Никс

58. Пациентка, 26 лет, с депрессией в анамнезе, планирующая беременность 267
Джонатан Шаффир

59. Предгравидарная подготовка пациентки, 25 лет, с тромбозом глубоких вен в анамнезе. . . 271
Эрика Оберман

60. Пациентка, 25 лет, еврейка-ашкенази, планирующая беременность 275
Джессика К. Алак

61. Пациентка, 40 лет, с хронической гипертензией (на базовой терапии атенололом), планирующая беременность 278
Л. Дэвид Мур

62. Пациентка, 30 лет, с сахарным диабетом, контролируемым приемом пероральных препаратов, планирующая беременность 283
Саул Д. Ривас

РАЗДЕЛ 10. ДЕТСКИЕ И ПОДРОСТКОВЫЕ БОЛЕЗНИ 287

63. Пациентка, 14 лет, с гипертрофией малых половых губ 289
Рошанак Зинн

64. Пациентка, 16 лет, с акне, гирсутизмом и нерегулярным менструальным циклом 292
Эдуардо Лара-Торре

65. Пациентка, 8 лет, со стойким зудом в области вульвы 296
Лора Э. Паркс

66. Пациентка, 4 года, с рецидивирующими вульварными выделениями и зудом 300
Сара Х. Милтон

67. Пациентка, 15 лет, с болезненными язвами вульвы 304
Сара Э. Шаффер

68. Пациентка, 15 лет, с жалобами на невозможность использования тампона . . . 309
Селесте Ойеда Хемингуэй

69. Пациентка, 6 лет, с развитыми молочными железами (преждевременное половое развитие) 313
Шелли Холмстром

70. Пациентка, 13 лет, с первичной аменореей и циклической болью в области живота (атрезия девственной плевы) 319
Джеймс Кейси

71. Пациентка, 17 лет, со вторичной аменореей 323
Кортни Роудес

РАЗДЕЛ 11. ОБРАЗОВАНИЯ В МАЛОМ ТАЗУ И КИСТЫ. 327

72. Пациентка, 53 года, с дермоидной кистой размером 3 см, случайно обнаруженной при компьютерной томографии 329
Джейкоб Лоэр

73. Пациентка, 60 лет, с простой кистой яичника размером 4 см 333
Тара Харрис

74. Пациентка, 25 лет, с простой бессимптомной кистой диаметром 2 см, как случайной находкой на ультразвуковом исследовании 337
Сара Э. Вагнер

75. Пациентка, 25 лет, с эндометриозом и эндометриомой размером 4 см 340
Мостафа А. Борахай

76. Пациентка, 25 лет, с внезапной тазовой болью, тошнотой, рвотой и образованием в придатках (перекрут). 344
Тодд Р. Дженкинс

77. Пациентка, 30 лет, с лихорадкой, болью в области живота, выделениями из влагалища и образованием в придатках (тубоовариальный абсцесс) 348

78. Пациентка, 45 лет, с тазовой болью через год после тотальной лапароскопической гистерэктомии и двусторонней сальпингоофорэктомии (синдром остаточного яичника) 353
Тодд Р. Гриффин

79. Пациентка, 21 год, приблизительно на 5-й неделе беременности с жалобами на боль в левом нижнем квадранте живота . . .357
Лиза М. Кедер

РАЗДЕЛ 12. НЕДЕРЖАНИЕ И ОПУЩЕНИЕ . 363

80. Пациентка, 30 лет, с недержанием газов и кала после родов 365
К. Лорен Барнс и Лори Р. Берковиц

81. Пациентка, 46 лет, с недержанием мочи . . 369
Синти К. Уотлет

82. Пациентка, 48 лет, с микроскопической гематурией и отрицательным результатом посева мочи 374
Кимберли С. Геси

83. Пациентка, 55 лет, с императивными позывами к мочеиспусканию и отрицательными результатами анализа мочи и посева мочи. 378
Джули Земаитис Децесаре

84. Пациентка, 30 лет, с частыми неотложными позывами к мочеиспусканию в ночное время и чувством тяжести, ослабевающим при мочеиспускании (синдром болезненного мочевого пузыря — оценка состояния и первичное лечение) 382
Жаклин ван Нес

85. Пациентка, 25 лет, с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей 387
Джонатан Эмери

86. Пациентка, 80 лет, с полным выпадением матки и раздражением влагалища 391
Мадхурима Кришна Кирти

87. Пациентка, 60 лет, с жалобами на затруднения при дефекации (дефект задней стенки влагалища) 395
Эрика Нельсон

РАЗДЕЛ 13. ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ, СЕКСУАЛЬНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ 399

88. Пациентка, 25 лет, с неоднократными инфекциями, передающимися половым путем (торговля людьми) 401
Фей Челмоу и Дэвид Челмоу

89. Пациентка, 41 год, потерявшая интерес к половой жизни 407
Трэйси Э. Ирвин

90. Пациентка, 28 лет, транссексуал, просит провести обследование женского здоровья. . . .412
Гхазелех Моаеди

91. Пациент, 35 лет, транссексуал (женщина в мужчину), с мажущими кровянистыми выделениями из влагалища на фоне приема тестостерона. 416
Бет Кронин

92. Пациентка, 23 года, с невозможностью вступить в половые отношения с мужем из-за боли во влагалище (вагинизм вследствие изнасилования) 420
Кристина Уоллэйс Хафф

93. Пациентка, 32 года, 2 недели после родов, расстроенная до слез, просит выписать снотворные (послеродовая депрессия). 424
Энид Иветт Ривера-Кьяуцци

РАЗДЕЛ 14. МЕНОПАУЗА И СТАРЕНИЕ . . . 429

94. Пациентка, 50 лет, с сильными приливами и раком молочной железы в анамнезе 431
Мирлин Джеди

95. Пациентка, 56 лет, с диспареунией 435
Нан Дж. О'Коннелл

96. Пациентка, 60 лет, с 10% вероятностью перелома остеопорозного генеза по шкале оценки вероятности возникновения переломов FRAX® 439
Кэтрин И. Марко

97. Пациентка, 45 лет, с менструальным циклом через 60—90 дней и приливами 444
Макеба Уильямс

98. Пациентка, 70 лет, жертва жестокого обращения с пожилыми людьми. 449
Нгует А. Нгуен

Предметный указатель. 453

1. Пациентка, 27 лет, с повторными обращениями по поводу сильных тазовых болей

Ли Э. Лерман

История настоящего заболевания

Пациентка, 27 лет, обратилась повторно по поводу сильных тазовых болей, которые не прекращались с момента первого посещения 3 мес назад. Результаты обследования при первоначальном посещении показали, что основными причинами болей были дисменорея и миалгия мышц тазового дна. Результаты обследования на депрессию оказались отрицательными. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза не выявило отклонений в матке или придатках. План лечения включал прием орального контрацептива с пролонгированным режимом приема (84 дня), направление на физиотерапию органов малого таза и прием высоких доз нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП). Через 3 мес пациентка обратилась вновь: продолжительность менструации стала меньше, а боль уменьшилась с 10 из 10 баллов до 8 из 10. Однако пациентка не записалась на физиотерапию. Пациентке посоветовали продолжить прием препаратов и начать физиотерапию, последующий прием назначили через 2–3 мес.

Через 2 нед пациентка позвонила в офис врача и сообщила о небходимости срочного визита; посещение назначили на следующий день. Во время визита она сообщила, что с момента прошлого посещения месяц назад боль не уменьшилась. Вагинальные кровотечения прекратились. По словам пациентки, она не могла переносить физиотерапию из-за болей и не смогла вытерпеть первый сеанс. Боль была выражена так сильно, что она приняла 10 мг препарата оксикодона, который остался у ее партнера после операции. Оксикодон быстро снял боль, но его действие прекратилось. По словам пациентки, она чувствует себя несчастной и просит назначить оксикодон.

Обследование систем организма дало положительный результат на периодическое вздутие и запоры. С 15 лет пациентка выкуривает пачку сигарет в день и пьет алкоголь с друзьями в выходные. Прием других препаратов отрицает. Другие заболевания или оперативные вмешательства отсутствуют.

Физикальное обследование

Общий внешний вид	Хорошо сложенная, полноценно питающаяся женщина, без признаков острой патологии
Жизненно важные показатели	
Температура	37,0 °C
Пульс	72 уд./мин
Артериальное давление	122/70 мм рт.ст.
Частота дыхания	18 вдохов/мин
Индекс массы тела (ИМТ)	24,8 кг/м^2
Живот	Мягкий, без опухолевых образований, умеренная болезненность в нижнем квадранте без болезненности при внезапном ослаблении давления или мышечного дефанса. Кишечная перистальтика в норме
Наружные половые органы	Без особенностей
Влагалище	Без очагов повреждения. Выделения скудные. Уплотненные, болезненные участки мышц тазового дна с обеих сторон, болезненные при пальпации
Шейка матки	Нерожавшая. Кровотечение или выделения отсутствуют
Бимануальное исследование	Ограничено из-за болезненности

Способы лечения пациентки

За последние 3 мес пациентка обращалась три раза по поводу сильных тазовых болей, вероятно, из-за дисменореи и миалгии мышц тазового дна. Дисменорею удалось устранить при помощи орального контрацептива с пролонгированным режимом приема. С тазовыми болями справиться

не удалось из-за задержки, затем из-за непереносимости физиотерапии.

Вместо того чтобы сосредоточить внимание исключительно на требовании пациентки назначить оксикодон, были предприняты попытки обеспечить соблюдение рекомендованного курса лечения и сформировать реалистичные ожидания касательно улучшения симптомов. Пациентке сообщили, что для устранения сильных тазовых болей может потребоваться 12 и более недель профессиональной физиотерапии на область таза 1–2 раза в неделю. Скорейшие варианты восстановления мышечного тонуса и эластичности, а также устранения биомеханических нарушений отсутствуют. Пациентке рассказали, что опиаты эффективны при острой боли, но имеют неблагоприятные последствия при приеме по поводу хронических болей, в частности запоры, тошноту, сонливость, а также требуют более высоких доз для достижения той же степени обезболивания, формируют химическую и опиатную зависимость [1]. Так как пациентка принимала оксикодон, назначенный ее партнеру, то ее информировали, что принимать препараты, выписанные другому человеку, небезопасно.

Для устранения реактивной мышечной боли после физиотерапии пациентке может быть показан кратковременный прием опиатов. Скрининг на предмет других рисков показан всем пациенткам и может быть особенно показан в данном случае, так как пациентка курит и может иметь никотиновую зависимость. Необходимо уточнить, принимала ли пациентка опиаты в прошлом; прием препаратов можно проверить при помощи базового анализа мочи на выявление запрещенных препаратов (UDS) и изучения реестров выписанных препаратов.

Если пациентка входит в группу низкого риска зависимости от опиатов и нуждается в дополнительном обезболивании для прохождения курса физиотерапии, то можно назначить кратковременный их прием в соответствии с рекомендациями. Для минимального обезболивания следует продолжать принимать НПВП в высокой дозировке, при усилении болей можно назначить опиаты быстрого действия в дозировке, не превышающей 40 мг в пересчете на морфин. Рекомендованная начальная доза оксикодона составляет 5–15 мг (7,5–22,5 в пересчете на морфин) каждые 4–6 ч [2]. При приеме опиатов не следует принимать другие депрессанты центральной нервной системы (ЦНС), такие как бензодиазепины или алкоголь; ингибиторы цитохрома P450 3A4, которые затрудняют метаболизм опиатов, например амиодарон, циметидин, флуоксетин, грейпфрутовый сок, ингибиторы протеазы, азолы, из антибиотиков-макролидов возможен прием только азитромицина. Пациентке необходимо сообщить, что назначение опиатов — это лишь часть комплексного плана лечения. Для уменьшения болей необходимы соблюдение плана приема НПВП, подавление менструального цикла и физиотерапия; они являются условиями для назначения опиатов.

Через 3 мес физиотерапии миалгия тазового дна значительно уменьшилась. Пациентка сообщает, что обострения случаются реже, она принимает оксикодон только 1 раз в неделю после физически активного дня. Анализ реестров рецептов свидетельствует о том, что другие контролируемые препараты пациентке не выписывались. Оксикодон назначен повторно, с уменьшением количества таблеток в соответствии с текущим приемом. Пациентка согласилась с планом по отказу от оксикодона при следующем посещении врача и осознает, что ей придется сдать анализ мочи на запрещенные препараты, если опиаты будут приниматься постоянно (более 6 мес) или если возникнет подозрение в приеме препаратов без рецепта.

Исходный скрининг и мониторинг

Эпидемия злоупотребления лекарствами, отпускаемыми по рецепту, в США имеет ряд негативных последствий для женского организма [3]. Если пациентка приходит к врачу и просит выписать опиаты, трудно понять причину такой просьбы. Фрустрация и острая потребность в облегчении симптомов являются нормальной реакцией на сильную боль, но у врача могут возникнуть подозрения в том, что пациентка ищет наркотики. Несколько простых способов могут помочь в том, чтобы исключить вероятность незаконного употребления препаратов и неправильного приема препаратов, отпускаемых по рецепту, а также чтобы определить вероятную зависимость пациентки в будущем.

Во-первых, действующие рецепты пациентки на опиаты и другие контролируемые препараты можно подтвердить через сетевые системы мониторинга рецептов. При назначении опиатного препарата можно выполнять поиск по тем же системам мониторинга, чтобы убедиться в отсутствии рецептов на другие контролируемые препараты.

Во-вторых, анализ мочи на выявление запрещенных препаратов (UDS) поможет подтвердить отсутствие основных наркотиков до назначения опиатов. Как правило, перед назначением опиатов по причине острой боли UDS не требуется, например, при проведении крупных хирургических операций или в случае травматических повреждений. В амбулаторных условиях рекомендуется выполнять UDS до назначения опиатов. Тест повторяется раз в год

или полгода либо если поведение пациентки вызывает подозрения в неправильном употреблении или злоупотреблении лекарственными препаратами [1].

В-третьих, для профилактики злоупотребления опиатами необходимо классифицировать риски. Для оценки рисков при употреблении опиатов разработано множество скрининговых инструментов [4]; тем не менее доказанная ограниченная надежность и валидность не позволяют использовать их на постоянной основе [1]. Вместо этого классификацию рисков можно проводить по клиническим характеристикам. К показателям высокого риска относятся: боль более чем на трех участках тела без объективных причин, приступы сильной боли и отсутствие эффективных способов ее устранения, серьезные психические отклонения, молодой возраст (не старше 45 лет), непринятие комбинированной терапии, а также заметные ограничения повседневной активности. Кроме того, в группу высокого риска входят пациентки, ранее злоупотреблявшие либо неправильно принимавшие препараты, пациентки с пристрастием к препаратам, отклонениями, зависимостью, алкоголизмом, гиперальгезией и болями, вызываемыми вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [1].

Согласованные способы и передовые практики обезболивания

В данном случае пациентка смогла пройти комбинированную терапию, которая помогла избавиться от болей и потребности в опиатах. Если пациенткам приходится продолжать прием опиатов по причине хронической тазовой боли, периодическая сверка рецептов и UDS могут стать действенным инструментом выявления и профилактики злоупотребления опиатами. Кроме того, во многих врачебных практиках постоянно используют долгосрочные соглашения на прием опиатов для уточнения ожиданий от лечения. Примеры соглашений находятся в свободном доступе и включают ряд общих заявлений, которые подписывает пациент, врач и свидетель (блок 1.1). При нарушении соглашения опиаты отменяются [5]. В ходе одного исследования в учреждении первичной медицинской помощи проводилось наблюдение за пациентками, страдавшими от хронических болей и подписавшими договоры о приеме опиатов. Результаты показали, что в течение 22,5 мес наблюдения (медиана) условия соблюдали 63%. 17% договоров были расторгнуты по причине нарушения условий или злоупотребления препаратами, еще 20% пациентов перестали принимать опиаты [5].

Блок 1.1. Примеры заявлений, включаемых в соглашения (договоры) о приеме опиатов

Не употреблять запрещенные вещества, рекреационные препараты (уличные наркотики), не злоупотреблять алкоголем и не принимать опиаты, выписанные другим людям.

Не участвовать в продаже, незаконном владении, распространении или перевозке контролируемых веществ.

Проходить скрининговые тесты по требованию врача.

Получать рецепты на опиаты у одного врача и принимать другие препараты по рецептам.

Обращаться только в одну аптеку за продлением рецепта (указать название и номер телефона аптеки).

Приходить на плановые визиты по поводу контроля симптома боли и не пропускать процедуры для устранения болей (например, физиотерапия, психотерапия).

Не препятствовать обращению лечащего врача к другим врачам и фармацевтам по вопросам снятия болей (при необходимости).

Пользоваться надежными контрацептивами на протяжении курса лечения опиатами.

Связаться с офисом врача в течение 24 ч при возникновении экстренной необходимости в назначении опиатов.

Пациентка подтверждает свое понимание того, что за потерянные рецепты, препараты, транспортировку или даты забора пациенткой препаратов льготы и скидки не предусмотрены.

Пациентка понимает возможные побочные явления и появление зависимости от опиатов (информация предоставляется врачом).

Доставка лекарств по рецепту может занимать до 7 дней; пациентка должна договориться о времени, когда она заберет препараты.

Пациентка понимает, что опиаты будут отменены при наступлении любого из следующих условий:

- передача, продажа или неправильный прием препаратов либо прием препаратов, выписанных другому человеку;
- несоблюдение условий соглашения;
- проявление неуважения или оскорбление сотрудников клиники;
- неспособность приходить на запланированные или необходимые посещения;
- неучастие в других аспектах плана лечения;
- если боль не уменьшается и функции не восстанавливаются.

В 2016 г. Центры профилактики и контроля заболеваний (CDC) опубликовали руководства по назначению опиатов по поводу хронических тазовых болей [6]. На веб-сайтах CDC в свободном доступе можно найти десятки клинических протоколов в поддержку научно обоснованной клинической практики (www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/clinical-tools.html, доступ с 03.05.2017 г.). Передовые практики назначения опиатов для постоянного приема выходят за рамки функций практикующего врача и требуют масштабной перестройки амбулаторной помощи, аналогично моделям других сложных хронических заболеваний. Фонд Роберта Вуда Джонсона обеспечил финансирование программы «Бригады

первичной медико-санитарной помощи: обучение на опыте образцовой амбулаторной практики». Изучение командного подхода к проблеме улучшения методики долгосрочного лечения опиатами в 30 клиниках «Бригады первичной медико-санитарной помощи: обучение на опыте образцовой амбулаторной практики» в США позволило определить 6 составляющих для оптимизации медицинской помощи. Соглашения на прием опиатов, отслеживание по реестрам и запланированные визиты пациенток могут быть наиболее целесообразными для внедрения в акушерстве/гинекологии [7].

Основные выводы

- Опиаты не являются препаратами первой линии для устранения боли в амбулаторных условиях, но их можно использовать краткосрочно, если принимаемые в постоянном режиме неопиатные анальгетики не обеспечивают адекватное облегчение при приступах боли.
- Для безопасного назначения опиатов необходим базовый скрининг на предмет злоупотребления препаратами и оценка риска развития зависимости.
- Классификация рисков основана на клинических характеристиках, включая наличие зависимости в анамнезе.
- Анализы мочи на выявление запрещенных препаратов и поиск по реестрам рецептов следует проводить до назначения опиатов и затем регулярно, если опиаты принимаются более 6 мес.
- Соглашения об обезболивающих средствах оговаривают совместное понимание ожидаемых результатов при длительном приеме опиатов.

Список литературы

1. Manchikanti L., Kaye A.M., Knezevic N.N. et al. Responsible, safe, and effective prescription of opioids for chronic non-cancer pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. Pain Physician: Opioid Special Issue 2017;20: S3–S92.
2. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016. Morphine milligram equivalent (MME) doses for commonly prescribed opioids. Adapted from Von Korff M., Saunders K., Ray G.T. et al. Clin J Pain 2008;24:521–527 and Washington State Interagency Guideline on Prescribing Opioids for Pain (www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/2015 AMDGOpioidGuideline.pdf).
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Nonmedical use of prescription drugs. Committee Opinion No. 538. Obstet Gynecol 2012;120:977–982.
4. Sehgal N., Manchikanti L., Smith H.S. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. Pain Physician 2012;15:ES67–ES92.
5. Hariharan J., Lamb G.C., Neuner J.M. Long-term opioid contract use for chronic pain management in primary care practice. A five year experience. JGIM 2007;22:485–490.
6. Dowell D., Haegerich T.M., Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States, 2016. MMWR Recomm Rep 2016;65(No. RR-1):1–49.
7. Parchman M.L., Von Korff M., Baldwin L. et al. Primary care clinic re-design for prescription opioid management. J Am Board Fam Med 2017;30:44–51.

2. Пациентка, 25 лет, с жалобами на выраженную диспареунию

Кейт А. Маккракен

История настоящего заболевания

Пациентка, 25 лет, беременностей — 0, обратилась по поводу болей при половом акте. Пациентка имеет вагинальный секс с одним партнером. Она жалуется на боль при введении полового члена и при глубоком проникновении. Со слов пациентки, пара пробовала «разные позы», но боль продолжала присутствовать. Кроме того, пациентка отмечает периодическую боль в аноректальной области. Она сообщила, что пережила изнасилование. Пациентка отрицает домашнее насилие и чувствует себя с партнером в безопасности. Отрицает травмы таза и другие симптомы со стороны кишечника и мочевого пузыря.

Единственным препаратом, который она принимает, являются комбинированные оральные контрацептивы, которыми она пользуется для предохранения от беременности. Менструация регулярная, на плацебо, длительностью 5 дней, без дисменореи. Медицинский и хирургический анамнез без особенностей. Известные аллергии на лекарства отрицает. Со слов пациентки, пара регулярно использует латексный презерватив. Пациентка закончила колледж и работает полный рабочий день, проживает с партнером. Употребляет 2 алкогольных напитка в неделю. Курение и употребление наркотиков отрицает. Семейный анамнез без особенностей.

Физикальное обследование

Общий внешний вид	Хорошо сложенная, приятная женщина, без признаков острой патологии
Жизненно важные показатели	
Пульс	75 уд./мин
Артериальное давление	118/64 мм рт.ст.
Рост	165 см
Вес	63,5 кг
ИМТ	23,3 кг/м^2
Живот	Мягкий, не вздут, безболезненный, без образований

Окончание табл.

Осмотр органов малого таза	
Наружные половые органы	Без особенностей. Лобковые волосы: шкала Таннера V. Наружное отверстие уретры: норма
Влагалище	Слизистая без особенностей. Атрофия, очаги повреждения, образования отсутствуют, скудные прозрачные выделения из влагалища (без запаха)
Шейка матки	Нормальная нерожавшая шейка матки без образований или выделений
Бимануальное исследование	Болезненность в области уретры или дна мочевого пузыря отсутствует. Болезненность мышц, поднимающих задний проход, с обеих сторон. Матка небольших размеров, расположена кпереди, подвижная, безболезненная. При пальпации шейка матки без особенностей и без болезненности при движениях в шейке. Придатки без образований, безболезненные
Ректальное обследование	Тонус в норме, без образований. Отмечается болезненность лобково-прямокишечных мышц
Тесты на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) гонорею, хламидии, с амплификацией дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) гонореи/хламидий/трихомонад	Отрицательно
Анализ мочи на беременность	Отрицательно

Способы лечения пациентки

Пациентка страдает дисменореей и хроническими тазовыми болями, которые влияют на качество ее жизни. Изучение анамнеза не свидетельствует

о сопутствующих гастроэнтерологических, урологических или психических симптомах. Анализ мочи на беременность и скрининг на инфекции, передающиеся половым путем, отрицательные. При обследовании органов малого таза отмечается болезненность мышц, поднимающих задний проход, с обеих сторон. Отсутствие других причин и наличие болезненности мышц, поднимающих задний проход, позволяют предположить, что глубокая диспареуния вызвана спазмом мышц, поднимающих задний проход. Пациентка направлена на физиотерапию области таза. Через 3 мес с начала физиотерапии мышц тазового дна пациентка отметила значительное улучшение симптомов, вагинальный половой акт перестал причинять неудобства.

Диспареуния, вызванная спазмом мышц, поднимающих задний проход

Определение, патогенез и распространенность

Спазм мышц, поднимающих задний проход, представляет собой особый тип миофасциальной тазовой боли, при котором спазм группы мышц, поднимающих задний проход, приводит к хронической, рецидивирующей вагинальной, ректальной или тазовой боли. Миофасциальный болевой синдром характеризуется наличием участков гиперчувствительности на мышце, что приводит к появлению постоянно сокращенных волокон, причиняющих боль. Основную реактивную зону мышцы называют «триггерная зона». При пальпации такие зоны определяются как напряженные, натянутые полосы или узлы. В мускулатуре тазового дна могут появиться триггерные зоны и, соответственно, боль, поскольку тазовая область участвует в огромном количестве функций, включая сексуальную, контроль кишечника и мочевого пузыря, а также мышечно-скелетную поддержку верхней и нижней части туловища, в результате чего эти мышцы подвержены риску повреждения из-за перенапряжения. Миофасциальная тазовая боль может быть первичным заболеванием, а может быть вторичным при эндометриозе, интерстициальном цистите/синдроме раздраженного мочевого пузыря. У женщин с хронической тазовой болью может наблюдаться сниженный порог болевой чувствительности в мускулатуре тазового дна [1]. В некоторых случаях при спазме мышц, поднимающих задний проход, боль может проявляться как диспареуния, то есть рецидивирующая или персистирующая генитальная боль при половом акте, которая вызывает заметную подавленность или трудности в межличностных отношениях и причина которой кроется не только в отсутствии смазки или вагинизме [2, 3]. Диспареуния встречается часто и, несмотря на то что ее относят к половым болевым расстройствам, это состояние можно характеризовать как болевой синдром, нарушающий половую жизнь, а не как половое расстройство, характеризующееся наличием болей [2]. Дифференциальный диагноз хронических тазовых болей и диспареунии проводится с гинекологическими (эндометриоз, аденомиоз, маточные фиброиды, воспаление тазовых органов, злокачественное новообразование), урологическими (интерстициальный цистит, цистит, нефролитиаз, злокачественное новообразование), гастроэнтерологическими (синдром раздраженного кишечника, воспаление кишечника, запор, глютеновая болезнь, грыжи, злокачественное новообразование), мышечно-скелетными (миофасциальная боль стенки брюшной полости/триггерные зоны, фибромиалгия), неврологическими (ущемление нерва) и васкулярными (варикозы, синдром тазового венозного полнокровия) заболеваниями. Популяционное исследование на основе симптомов показало, что спазм мышц, поднимающих задний проход, встречается у 7,4% женщин [4, 5].

Проявление и диагностические критерии

Пациентки отмечают, что боль, вызванная спазмом мышц, поднимающих задний проход, усиливается при какой-то деятельности, часто при половом акте. К провоцирующим факторам можно отнести половой акт, нахождение в положении сидя в течение длительного времени, стресс, акт дефекации, роды, травмы и хирургические процедуры в анамнезе. В целом триггерные зоны в тазу могут передавать боль во влагалище, вульву, промежность, мочевой пузырь, прямую кишку, ягодицы, низ живота и даже в верхнюю часть бедер. Пациентки могут отмечать ощущение давления, боль или чувство жжения. Симптомы могут быть временными или продолжительными, острыми или хроническими. Кроме того, пациентки могут иметь сопутствующие симптомы со стороны мочевого пузыря или страдать запорами. Специфические диагностические критерии спазма мышц, поднимающих задний проход, разработанные гастроэнтерологами, получили название «Римские критерии III». К таким критериям относятся следующие:

- симптомы не исчезают в течение более 3 мес;
- приступы боли длятся не менее 20 мин;
- при пальпации симптомы сопровождаются болезненностью пуборектальной мышцы [6, 7].

Осмотр/обследование

Осмотр начинается с тщательного сбора анамнеза пациентки. Особое внимание следует уделить гинекологическим, половым, гастроэнтерологи-

ческим и мочевым симптомам. Боль необходимо охарактеризовать с точки зрения начала, локализации, иррадиации, степени тяжести и длительности. Необходимо определить провоцирующие или облегчающие боль факторы. Врачи должны уточнять, как та или иная поза влияет на боль, поскольку зачастую миофасциальная боль усиливается в одних позах или меньше выражена в других. Также анализируется менструальный цикл и связь менструации с болевым синдромом. Собирается анамнез травм спины или тазобедренного сустава; хирургических вмешательств в области малого таза; травмы, полученные во время родов. Важен и психосоциальный анамнез, поскольку пациентки могут находиться в таких состояниях, как депрессия или посттравматический стресс после изнасилования, или преступления против личности. Уточняются принимавшиеся ранее препараты и их воздействие на симптомы.

Физикальное обследование должно включать осмотр живота и торса пациентки; осмотр органов малого таза, включая внешние и внутренние половые органы, мускулатуру тазового дна и аноректальный осмотр. При осмотре могут оказаться затронутыми триггерные зоны, что вызовет боль и сильный дискомфорт у пациентки. Пациентке необходимо предоставить возможность контролировать осмотр: ей необходимо сказать, что она может прекратить осмотр в любой момент. Проводится осмотр наружных половых органов, при котором врач должен попросить пациентку напрячь мышцы тазового дна или потужиться. У пациенток с миофасциальными тазовыми болями может отмечаться слабость мускулатуры, выражающаяся асимметричным сокращением мышц при потугах. Анальный рефлекс оценивается на предмет других неврологических заболеваний. Состояние слизистой влагалища и шейки матки оценивается при осмотре в зеркалах. При необходимости (с учетом факторов риска или результатов осмотра) проводится тест на гонорею, хламидии, трихомонады и дрожжеподобные грибки, что особенно важно у сексуально активных женщин для исключения инфекционной этиологии и воспаления тазовых органов. Бимануальное обследование должно включать пальпацию уретры, основания мочевого пузыря, шейки матки, матки и придатков, чтобы исключить другие причины боли.

Мышцы тазового дна следует пальпировать последовательно и системно, чтобы определить триггерные зоны или участки сокращенной мускулатуры. Врач сначала вводит один палец и пальпирует бульбокавернозную мышцу, которая находится сбоку от входа. Затем пальпирует поверхностные поперечные мышцы промежности: палец перемещается ниже. В конце обследуется группа мышц, поднимающих задний проход. Мышцы, поднимающие задний проход, — это «тазовое дно», окружающее прямую кишку. Если смотреть от центра в сторону, группа мышц включает лобково-копчиковую, пуборектальную и повздошно-копчиковую мышцы. Влагалище можно изобразить в виде циферблата, где лобково-копчиковая мышца располагается от 7 до 11 ч и от 1 до 5 ч. Пуборектальная мышца находится несколько в стороне в пределах дистального участка влагалища (рис. 2.1), а повздошно-копчиковая мышца занимает промежуток между 4 и 8 ч [7]. Каждую группу мышц необходимо пропальпировать и при наличии боли зафиксировать этот факт. Болезненная пальпация триггерных зон может вызвать непроизвольный спазм. Если речь идет о спазме мышц, поднимающих задний проход, то пальпация этих мышц также причинит боль. Может отмечаться болезненность с одной или с обеих сторон. Пациентку просят оценить боль на протяжении всего обследования и сказать, появляются ли симптомы при пальпации триггерных зон. Необходимо провести ректовагинальное обследование и зафиксировать любое снижение тонуса, наличие образования, узелков в ректовагинальной перегородке, болезненность, либо триггерные зоны в лобково-копчиковой и пуборектальной мышцах.

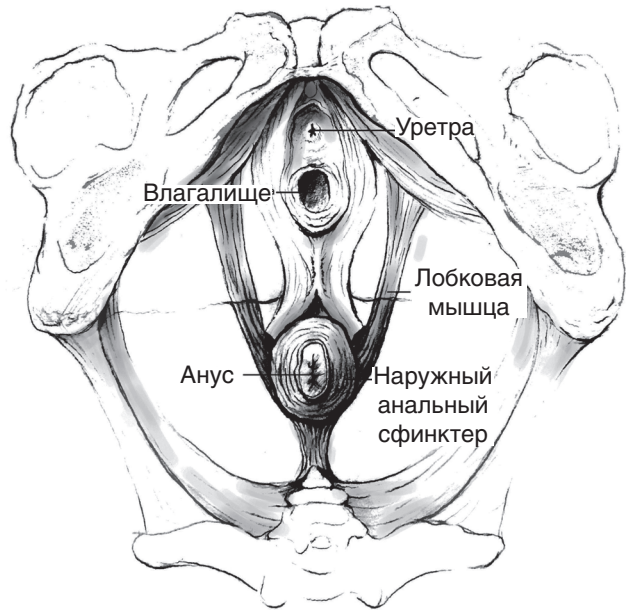

Рис. 2.1. Кости таза и мышцы тазового дна. Показаны анатомические структуры (художник Джозеф Веркмайстер)

Как правило, для постановки диагноза «спазм мышц, поднимающих задний проход» УЗИ не требуется, но его можно провести для исключения патологии, которая может быть причиной болей, например киста или образование яичников или матки. Если результаты осмотра или анамнез пациентки позволяют предположить наличие функциональных или структурных гастроинтестинальных нарушений, то целесообразно проведение колоноскопии или эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Лечение

Спазм мышц, поднимающих задний проход, требует комплексного лечения. Многопрофильный подход включает следующие методики: физиотерапию области тазового дна, направленную на устранение триггерных зон; клинический мониторинг основных функций, местные тепловые процедуры, массаж, теплые сидячие ванны, когнитивно-поведенческую терапию и фармакологические препараты, например нестероидные противовоспалительные препараты и другие обезболивающие и миорелаксанты [6].

Терапией первой линии является физиотерапия области тазового дна. Важно направить пациентку к физиотерапевту, специализирующемуся на лечении диспареунии и заболеваний тазового дна. Врач-физиотерапевт может прибегнуть к ряду методик, включая укрепляющие упражнения, растяжку (например, положение сидя со сгибаниями в тазобедренных суставах), чрескожную стимуляцию нервов и клинический мониторинг. Физиотерапия тазового дна должна начинаться сразу после постановки диагноза и продолжаться по мере присоединения другой терапии.

Когнитивно-поведенческая терапия («системная десенситизация») формирует у пациентки чувство контроля над проникновением во влагалище. Это весьма эффективно во многих случаях диспареунии, поскольку позволяет уменьшить автоматические сокращения мышц влагалища. Такая терапия может начинаться параллельно с физиотерапией тазового дна. Десенситизация и физиотерапия тазового дна предполагает использование вагинальных расширителей. Терапия начинается с обучения упражнениям Кегеля и расслаблению. Затем пациентку просят использовать расширитель наименьшего размера с постепенным увеличением его диаметра до тех пор, пока она не станет чувствовать себя комфортно и не заметит уменьшение спазмов мышц влагалища. Важно, чтобы пациентка понимала, что врач не физически расширяет ее влагалище, а постепенно уменьшает реакцию на проникновение во влагалище.

Альтернативные виды терапии, такие как массаж и техники расслабления, могут стать прекрасными дополнительными процедурами для многих пациенток и способны повысить эффективность традиционного лечения. Их следует обсудить с пациенткой и включить в план лечения на начальном этапе. Миорелаксанты — циклобензаприн и баклофен — являются эффективными дополнительными средствами, однако их следует принимать кратковременно и только как терапию второй линии, когда пациентка плохо переносит физиотерапию тазового дна. В плане лечения должны быть рассмотрены физиологические последствия диспареунии и тазовой боли для взаимоотношений между партнерами и половой функции. Партнеры могут принимать участие в терапии, например при пользовании вагинальными расширителями, но только после того, как пациентка научится контролировать свои симптомы и будет готова принять участие партнера.

Основные выводы

- Спазм мышц, поднимающих задний проход, является формой миофасциальной тазовой боли, которая может вызывать диспареунию.
- Обследование должно включать выявление триггерных зон, участков болезненности или напряженности в группе мышц, поднимающих задний проход, что является симптомами их спазма.
- Лечение комплексное.
- К терапии первой линии относят физиотерапию области тазового дна, тепловые процедуры, массаж и когнитивно-поведенческую терапию с применением вагинальных расширителей.
- Терапия второй линии включает фармакологические препараты, такие как нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты.

Список литературы

1. Tu F.F., Fitzgerald C.M., Kuiken T. et al. Comparative measurement of pelvic floor pain sensitivity in chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 2007;110:1244–1248.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins — Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 119: Female sexual dysfunction. Obstet Gynecol 2011 April;117(4):996–1007.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn Text rev.). Washington, DC: APA, 2000.
4. Bharucha A.E., Lee T.H. Anorectal and pelvic pain. Mayo Clin Proc 2016 October;91(10):1471–1486.
5. Drossman D.A., Li Z., Andruzzi E. et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci 1993;38 (9):1569–1580.
6. Williams J.W., Hoffman B.L. Williams Gynecology (2nd edn). New York, NY: McGraw-Hill Education LLC, 2012.
7. Hull M., Corton M.M. Evaluation of the levator ani and pelvic wall muscles in levator ani syndrome. Urologic Nursing 2009;29(4):225–232.