

Клинические рекомендации – Внутриматочные синехии – 2025-2026-2027 (18.12.2025) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N85.6, N85.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 986_1

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Специальность:

По состоянию на 18.12.2025 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

ВС – внутриматочные синехии

ВМС – внутриматочная спираль

ГСГ – гистеросальпингография

Термины и определения

Внутриматочные синехии – облитерация полости матки, вызванная наличием частичных или полных фиброзных внутриматочных спаек [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Внутриматочные синехии – облитерация полости матки, вызванная наличием частичных или полных фиброзных внутриматочных спаек [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Одним из главных этиологических факторов возникновения внутриматочных синехий считается травма эндометрия, являющаяся результатом выскабливания с целью прерывания беременности, в послеродовом периоде, при самопроизвольном выкидыше; после операций, сопровождающихся вскрытием полости матки, а также воспалительных заболеваний матки, туберкулеза [2], [3]. Несмотря на предложенное множество вариантов лечения, рецидив заболевания может достигать 62%. ВС, связанные с эмболизацией маточных артерий или ранее наложенными компрессионными швами на матке (по поводу послеродового кровотечения), имеют большую вероятность рецидива [4], [5].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота вторичной аменореи, связанная с ВС, составляет приблизительно 3% [1].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N85.6 – Внутриматочные синехии

N85.8 – Другие уточненные невоспалительные болезни матки

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Американское общество фертильности (AFS) и Европейское общество гинекологической эндоскопии (ESGE) предоставляют классификации ВС. В классификации AFS при ВС (1988) использовались три признака, включая размер пораженной полости, тип спаек и характер менструального цикла – Приложение А3 с целью проведения следующей прогностической классификации: стадия I (легкая), II (умеренная) и III (тяжелая) [6]. Классификация ESGE включает степень I (тонкие или пленчатые спайки, легко разрывающиеся с помощью гистероскопического интродьюсера), II (единичные плотные спайки, которые невозможно разорвать с помощью гистероскопического интродьюсера, визуализируются устья маточных труб), IIa (окклюзирующие спайки только в области внутреннего зева при нормальной полости матки), III (множественные плотные спайки, соединенные с отдельным пространством полости матки и односторонняя облитерация трубных устьев), IV (обширная плотная спайка с частичной окклюзией полости матки и устья маточных труб), Va (обширное рубцевание и фиброз эндометрия в сочетании со спайками I или II степени, сопровождающиеся аменореей или выраженной гипоменореей) и Vb (обширное рубцевание эндометрия и фиброз в сочетании с адгезией III или IV степени, сопровождающейся аменореей), определяемые на основании данных гистероскопии и гистерографии [7], [8], [9], [10]. Классификация была модифицирована в 2017 году (приложение А3.1) [4].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Внутриматочные синехии могут иметь как бессимптомное, так и симптомное течение, характеризующееся нарушениями менструального цикла в виде гипоменореи, аменореи, а также расстройствами репродуктивной функции, таких как невынашивание беременности и бесплодие. Содержание половых и гонадотропных гормонов в пределах нормы (нормогонадотропная аменорея) [1].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз внутриматочных синехий устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, результатов ультразвукового исследования, гистеросальпингографии, соногистерографии, гистероскопии. Гистероскопия является наиболее точным методом диагностики внутриматочных синехий.

2.1. Жалобы и анамнез

Течение заболевания может быть бессимптомным и симптомным. Симптомы заболевания: гипоменорея, аменорея, невынашивание беременности, бесплодие.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендовано проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра шейки матки в зеркалах и бимануального влагалищного исследования всем пациенткам для установления диагноза [1].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется проведение контроля лабораторных данных с целью выявления сопутствующих заболеваний, предоперационного обследования и определения тактики ведения всем пациенткам с ВС [1].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проводить микроскопическое исследование влагалищных мазков у пациенток с ВС для исключения воспалительных заболеваний органов малого таза [1].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки у пациенток с ВС с целью выявления цервикальной интраэпителиальной неоплазии [1].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано проведение гистеросальпингографии (ГСГ) для диагностики ВС у пациенток с грубыми внутриматочными синехиями [11].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: высокий процент ложноположительных результатов (до 39%) ограничивает его использование, ГСГ не выявляет фиброз эндометрия, не позволяет судить о характере [12] и масштабах ВС [13].

- Рекомендовано ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ) всем пациенткам в качестве основного метода первичной диагностики ВС [11].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: соногистерография эффективна в диагностике ВС: чувствительность метода – 75%.

Трехмерная ультрасонография может быть более полезной для оценки ВС, чувствительность метода – 87%.

- Рекомендовано проведение гистероскопии при подозрении на ВС пациенткам при наличии репродуктивных планов и симптомов [4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: гистероскопия более точно подтверждает наличие, протяженность и морфологические характеристики спаек, а также состояние эндометрия. Гистероскопия обеспечивает просмотр полости в режиме реального времени, что позволяет точно описать

расположение и степень спаек, классифицировать и одновременно проводить хирургическую коррекцию [4].

- Не рекомендовано использование магнитно-резонансной томографии органов малого таза (МРТ) для рутинной диагностики ВС [11], [14].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5. Иные диагностические исследования

Не предусмотрены

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендовано после гистероскопического рассечения внутриматочных синехии введение твердых барьеров [4], [15].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: медь-содержащие и Т-образные ВМС не могут быть рекомендованы из-за провоцирующих воспаление свойств и малой площади поверхности. Инертная петлевая ВМС считается наиболее подходящей.

Возможно использование катетера Фолея в течение 3-10 дней после рассечения внутриматочных синехий в качестве физического барьера [4], [16], [17].

- Рекомендовано после гистероскопического рассечения внутриматочных синехии введение полутвердых барьеров [4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: ряд гелевых адгезионных барьеров (на основе гиалуроновой кислоты) успешно снижают риск рецидива спаек после хирургического лечения ВС [18], [19], [20].

При тонком эндометрии после рассечения обширных синехий в ряде систематических обзоров описывается применение аутологичной PRP для репаративной регенерации тканей [21].

- Рекомендовано назначение заместительной гормональной терапии половыми стероидами (по АТХ – Природные и полусинтетические эстрогены, Гестагены, Гестагены и эстрогены, фиксированные комбинации) в циклическом режиме пациенткам после гистероскопического рассечения внутриматочных синехии для восстановления менструального цикла при отсутствии противопоказаний [22].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: заместительная гормональная терапия проводится пероральными или трансдермальными формами эстрогенов стандартными или высокими дозами в сочетании с гестагенами в циклическом режиме, в том числе фиксированными формами [22], [23], [11], [24], [25], [26], [27], [28], [29].

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендовано проведение оперативного лечения гистероскопическим доступом (гистероскопия) у пациенток с ВС при наличии репродуктивных планов и симптомов [4], [33], [34], [35], [36], [34].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: показаниями для оперативного вмешательства являются: гипоменорея, аменорея, а также нарушения репродуктивной функции, таких как невынашивание беременности и бесплодие.

При тяжелых формах ВС при наличии сочетанной патологии оперативное лечение проводится комбинированным доступом (лапароскопия, гистероскопия).

- Рекомендовано проведение контрольной гистероскопии у пациенток с ВС для лечения рецидива и оценки полости матки через 2-3 месяца после оперативного вмешательства [4], [33], [34], [35].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфическая реабилитация не разработана.

- Рекомендован всем пациенткам осмотр (консультация) врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации [1], [35], [36].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Первичная профилактика ВС: отказ от абортов, избегание грубых и/или необоснованных внутриматочных вмешательств, диагностических выскабливаний без гистероскопического контроля при патологии эндометрия, сокращение использования электрохирургии и минимизация травмы эндометрия и миометрия [37].

Вторичная профилактика: использование биоматериалов, барьерных методов, клеточной терапии после операции [4], [37].

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Хирургическое лечение ВС.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза	Да/Нет
2.	Выполнено оперативное лечение гистероскопическим доступом (гистероскопия)	Да/Нет

Список литературы

- [1] Савельева Г.М. и др. Гинекология. Национальное руководство//М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2020.
- [2] Yuqing Chen, Lixiang Liu, Yuanna Luo, Minghui Chen, Yang Huan, Ruili Fang. Prevalence and Impact of Chronic Endometritis in Patients With Intrauterine Adhesions: A Prospective Cohort Study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017.
- [3] Latika Chawla, Shashi Prateek, Anupama Bahadur, Prashant Durgapal. Intrauterine adhesions with secondary amenorrhea: A notable indicator of endometrial tuberculosis. *Indian Journal of Tuberculosis* 67(4) August 2020.
- [4] AAGL Elevating Gynecologic Surgery AAGL Practice report: Practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE) *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2017.
- [5] Song D. et al. A matched cohort study comparing the outcome of intrauterine adhesiolysis for Asherman's syndrome after uterine artery embolization or surgical trauma. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014.
- [6] The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil. Steril.* 1988.
- [7] Dreisler E., Kjer J.J. Asherman's syndrome: Current perspectives on diagnosis and management. *Int. J. Womens Health.* 2019.
- [8] Doroftei B., Dabuleanu A.M., Ilie O.D., Maftai R., Anton E., Simionescu G., Matei T., Armeanu T. Mini-review of the new therapeutic possibilities in Asherman syndrome-Where are we after one hundred and twenty-six years? *Diagnostics.* 2020.
- [9] Wamsteker K. Diagnostic hysteroscopy: Technique and documentation. In: Sutton C.D., Diamond M., editors. *Endoscopic Surgery for Gynecologists.* WB Saunders; London, UK: 1998.
- [10] March C.M. Management of Asherman's syndrome. *Reprod. Biomed. Online.* 2011.
- [11] Worldwide A. A. M. I. G. AAGL practice report: practice guidelines for management of intrauterine synechiae//*Journal of Minimally Invasive Gynecology.* – 2010. – Т. 17. – N. 1. – С. 1-7.
- [12] Yu D. Wong Y.M. Cheong Y. Xia E. Li T.C. Asherman syndrome: one century later. *Fertil Steril.* 2008.
- [13] Favez J.A. Mutie G. Schneider P.J. The diagnostic value of hysterosalpingography and hysteroscopy in infertility investigation. *Am J Obstet Gynecol.* 1987.
- [14] Takeuchi M. Matsuzaki K. Nishitani H. Diffusion-weighted magnetic resonance imaging of endometrial cancer: differentiation from benign endometrial lesions and preoperative assessment of myometrial invasion. *Acta Radiol.* 2009.
- [15] Guo J. et al. Adjuvants to prevent reformation of adhesions following adhesiolysis for Asherman syndrome: a systematic review and meta-analysis//*Human Fertility.* – 2023.
- [16] Yasmin H. Nasir A. Noorani K.J. Hystroscopic management of Ashermans syndrome. *J Pak Med Assoc.* 2007.
- [17] Pabuccu R. Atay V. Orhon E. Urman B. Ergün A. Hysteroscopic treatment of intrauterine adhesions is safe and effective in the restoration of normal menstruation and fertility. *Fertil Steril.* 1997.
- [18] Guida M. Acunzo G. Di Spiezio Sardo A. et al. Effectiveness of auto-crosslinked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod.* 2004.
- [19] Tsapanos V.S. Stathopoulou L.P. Papathanassopoulou V.S. Tzingounis V.A. The role of Seprafilm bioresorbable membrane in the prevention and therapy of endometrial synechiae. *J Biomed Mater Res.* 2002.
- [20] cunzo G. Guida M. Pellicano M. et al. Effectiveness of auto-cross-linked hyaluronic acid

gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic adhesiolysis: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod.* 2003.

[21] Tang R. et al. Clinical evaluation of autologous platelet-rich plasma therapy for intrauterine adhesions: a systematic review and meta-analysis//*Frontiers in Endocrinology.* – 2023.

[22] Conforti A. et al. The management of Asherman syndrome: a review of literature//*Reproductive Biology and Endocrinology.* – 2013. – Т. 11. – N. 1. – С. 118.

[23] Johary, J., Xue, M., Zhu, X., Xu, D., & Velu, P. P. (2014). Efficacy of Estrogen Therapy in Patients With Intrauterine Adhesions: Systematic Review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 21(1), 44-54.

[24] Liu L, Huang X, Xia E, et al. A cohort study comparing 4 mg and 10 mg daily doses of postoperative oestradiol therapy to prevent adhesion reformation after hysteroscopic adhesiolysis. *Hum Fertil (Camb)* 2019; 22: 191 – 7.

[25] Е.Ю. Глухов, Г.Б. Дикке, Е.И. Нефф, В.Е. Глухова, Д.А. Березина. Опыт применения комплексной терапии при лечении больных с синдромом Ашермана. *Фарматека* 2021.

[26] Johary J, Xue M, Zhu X, Xu D, Velu PP. Efficacy of estrogen therapy in patients with intrauterine adhesions: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Jan-Feb; 21(1): 44-54.

[27] Miriam M. F. et al. Hormonal support in women with Asherman syndrome does not lead to better outcomes: A randomized trial. *Reproductive Medicine and Biology* Volume 22, Issue 1 Hormonal support in women with Asherman syndrome does not lead to better outcome.

[28] Dan-Er Qiu et al. Comparison of the Reproductive Outcome Between 2 and 4 mg Daily Doses of Estradiol After Hysteroscopic Adhesiolysis: A Propensity Score Matching Analysis-Retrospective Cohort Study. *Front. Endocrinol.*, 13 June 2022 Sec. Reproduction Volum.

[29] AAGL practice report: practice guidelines on intrauterine adhesions developed in collaboration with the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). 1 May 2017.

[30] Kuramoto G., Takagi S. et al. Preventive effect of oral mucosal epithelial cell sheets on intrauterine adhesions. *Hum Reprod.* 2015.

[31] Santamaria X. et al. Autologous cell therapy with CD133+ bone marrow-derived stem cells for refractory Asherman's syndrome and endometrial atrophy: a pilot cohort study. *Hum Reprod.* 2016.

[32] Smikle C., Yarrarapu S. N. S., Khetarpal S. Asherman Syndrome. [Updated 2022 Jun 27]//*StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

[33] Urman B. et al. Fertility and anatomical outcomes following hysteroscopic adhesiolysis: An 11 year retrospective cohort study to validate a new classification system for intrauterine adhesions (Urman Vitale Classification System) – 2024.

[34] Hamou J., Salat-Baroux J. Siegler A.M. Diagnosis and treatment of intrauterine adhesions by microhysteroscopy. *Fertil Steril.* 1983.

[35] Куликова Н.Г. и др. Реабилитация в гинекологической и акушерской практике методами физиотерапии и рефлексотерапии. – 2023.

[36] Хириева П.М., Адамян Л.В. Клинико-анамнестические данные и исходы лечения женщин с внутриматочными синехиями//*Проблемы репродукции.* – 2017. – Т. 23. – N. 6. – С. 39-44.

[37] Valle R.F. Sciarra J.J. Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1988.

[38] Lee WL, Liu CH, Cheng M, Chang WH, Liu WM, Wang PH. Focus on the Primary Prevention of Intrauterine Adhesions: Current Concept and Vision. *Int J Mol Sci.* 2021..

[39] March C.M., Israel R., March A.D. Hysteroscopic management of intrauterine adhesions. *Am J Obstet Gynecol.* 1978.

[40] Wamsteker K. De Blok S.J. Diagnostic hysteroscopy: technique and documentation. in: Sutton C. Diamon M. *Endoscopic Surgery for Gynecologists.* Lippincott Williams & Wilkins

Publishers, New York 1995.

[41] Donnez J. Nisolle M. Hysteroscopic lysis of intrauterine adhesions (Asherman syndrome). in: Donnez J. Atlas of Laser Operative Laparoscopy and Hysteroscopy. Press-Parthenon, New York, New York 1994.

[42] Nasr A.L. Al-Inany H. Thabet S. Aboulghar M. A clinicohysteroscopic scoring system of intrauterine adhesions. Gynecol Obstet Invest. 2000.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Адамян Лейла Владимировна – Академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.

Андреева Елена Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ "Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, президент Международной ассоциация акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.

Артымук Наталья Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета ДПО ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ДФО (г. Чита).

Доброхотова Юлия Эдуардовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ЛФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Заслуженный врач РФ, Заслуженный Деятель науки РФ, Лауреат Премии Правительства РФ, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.

Сметник Антонина Александровна – к.м.н., заведующий отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва), президент Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.

Сутурина Лариса Викторовна – д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ "Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека" (г. Иркутск), является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Табеева Гюзьяль Искандеровна – к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, научный секретарь Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.

Тоноян Нарине Марзпетуновна – кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ "Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства Здравоохранения РФ.

Ярмолинская Мария Игоревна – профессор РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом гинекологии и эндокринологии репродукции ФГБУ "НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, является членом Российского общества акушеров-гинекологов.

Уварова Елена Витальевна – Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующая 2 гинекологическим отделением ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный специалист гинеколог детского и юношеского возраста Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент Ассоциации детских и подростковых гинекологов России, член Российского общества акушеров-гинекологов

Конфликт интересов:

Все члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи, врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи);
2. Студенты, ординаторы, аспиранты;
3. Преподаватели, научные сотрудники.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры

	исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"

2. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению".

Классификации внутриматочных синехий

March et al. [39]	Спайки классифицируются как минимальные, умеренные и тяжелые на основании гистероскопической оценки степени поражения полости матки.
Namou et al. [34]	По данным гистероскопии спайки классифицируются как истмические, краевые, центральные или тяжелые.
Valle and Sciarra [37]	Спайки классифицируются как легкие, умеренные или тяжелые в зависимости от гистероскопической оценки и степени окклюзии (частичной или полной) при ГСГ.
European Society for Hysteroscopy [40]	Комплексная система классифицирует ВС по степени I-IV с несколькими подтипами и включает в себя комбинацию данных гистероскопии и ГСГ, а также клинических симптомов.
American Fertility Society [6]	Комплексная система оценки легких, умеренных и тяжелых ВС, основанная на степени облитерации полости эндометрия, появлении спаек и менструальных характеристиках пациентки на основе гистероскопической оценки или оценки ГСГ.
Donnez and Nisolle [41]	Спайки подразделяются на 6 степеней в зависимости от локализации, при этом основным фактором является частота послеоперационной беременности. Для оценки используются гистероскопия или ГСГ.
Nasr et al. [42]	Комплексная система создает прогностическую оценку путем объединения менструального и акушерского анамнеза с данными ВС при гистероскопической оценке.

AAGL Practice Report: Practice Guidelines on Intrauterine Adhesions Developed in Collaboration With the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). J Minim Invasive Gynecol. 2017.

Алгоритмы действий врача**Информация для пациента**

Внутриматочные синехии (сращения), или так называемый синдром Ашермана (частичное или полное заращение полости матки), считают одной из причин нарушений менструальной и репродуктивной функций.

Внутриматочные синехии (синдром Ашермана) – следствие частых грубых травматических повреждений слизистой оболочки полости матки или эндометритов.

Диагностика основана на данных анамнеза – отсутствии менструации после различных хирургических вмешательств.

Внутриматочные синехии можно заподозрить по данным трансвагинальной эхографии.

Течение заболевания может быть бессимптомным, но может служить причиной отсутствия менструации, скудных менструаций, бесплодия.

Бесплодие при выраженных внутриматочных сращениях чаще обусловлено облитерацией области устьев маточных труб, уменьшением площади функционального эндометрия и механическими препятствиями для имплантации плодного яйца.

Операцию проводят для восстановления нормального менструального цикла и фертильности. Характер операции и ее эффективность зависят от вида внутриматочных синехий и степени окклюзии полости матки.

В настоящее время единственный метод лечения внутриматочных синехий – рассечение их под прямым визуальным контролем с помощью гистероскопа без травмирования оставшегося эндометрия.

Восстановить менструальную функцию и создать нормальную полость матки удастся в

79-90% случаев. Беременность наступает в 60-75% случаев.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Отсутствует.

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.