

ГИНЕКОЛОГИЯ. РУКОВОДСТВО К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ.



Аннотация

Учебное пособие подготовлено в соответствии с Федеральным государственным

образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальности 060101 "Лечебное дело" Министерства образования и науки Российской Федерации (2010).

Изложение материала в виде вопросов и ответов способствует самоконтролю учащихся в процессе обучения и более глубокому усвоению материала, особенно иностранными студентами, изучающими дисциплину "Гинекология" на русском языке. Востребованность пособия предопределила целесообразность подготовки настоящего, третьего, издания, дополненного сведениями последних лет.

Предназначено студентам медицинских вузов, а также студентам-иностранцам, обучающимся в России, клиническим ординаторам.

Библиография

Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. 2020. - 552 с.: ил.

Содержание

| | |
|--|-----|
| Список сокращений и условных обозначений..... | 3 |
| Введение..... | 6 |
| Глава 1. Эволюция и физиология женской половой системы..... | 8 |
| Глава 2. Пропедевтика гинекологических заболеваний..... | 66 |
| Глава 3. Нарушения менструального цикла..... | 116 |
| Глава 4. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии..... | 146 |
| Глава 5. Воспалительные заболевания женских половых органов..... | 205 |
| Глава 6. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания женских половых органов..... | 263 |
| Глава 7. Эндометриоз..... | 329 |
| Глава 8. Злокачественные опухоли женских половых органов..... | 347 |
| Глава 9. Трофобластическая болезнь..... | 382 |
| Глава 10. Внематочная беременность..... | 394 |
| Глава 11. Планирование семьи, бесплодный брак..... | 412 |
| Глава 12. Нарушения полового развития и пороки развития женских половых органов..... | 461 |
| Глава 13. Аномалии положения женских половых органов. Недержание мочи..... | 482 |
| Глава 14. Травматические повреждения женских половых органов..... | 501 |
| Глава 15. Нераковые заболевания молочных желез..... | 520 |
| Глава 16. "Острый живот" в гинекологии..... | 534 |
| Глава 17. Организация работы женской консультации. Этика и деонтология врача акушера-гинеколога..... | 543 |
| Ответы на тестовые задания и задачи..... | 553 |
| Литература..... | 562 |

Список сокращений и условных обозначений

♦ - обозначение торговых наименований лекарственных средств

17-КС - 17-кетостероиды

17-ОНП - 17-гидроксипрогестерон

АГС - адреногенитальный синдром

АКТГ - адренокортикотропный гормон

БПКЯ - болезнь поликистозных яичников

ВМК - внутриматочные контрацептивы

ВПГ - вирус простого герпеса

ВПЧ - вирус папилломы человека

ВРТ - вспомогательные репродуктивные технологии

ГнРГ - гонадотропин-рилизинг-гормон (гонадолиберин)

ГПЭ - гиперпластические процессы эндометрия

ГСГ - гистеросальпингография

ДА - дофамин

ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДГ - дисгенезия гонад

ДМК - дисфункциональное маточное кровотечение

ДЭА - дегидроэпиандростерон

ДЭАС - дегидроэпиандростерона сульфат

ЗГТ - заместительная гормональная терапия

ЗПР - задержка полового развития

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ИМТ - индекс массы тела

ИППП - инфекции, передаваемые половым путем

ИПФР-1 - инсулиноподобный фактор роста-1

ИСД - инсеминация спермой донора

ИСМ - инсеминация спермой мужа

КОК - комбинированные оральные контрацептивы

КПИ - кариопикнотический индекс

КС - климактерический синдром

КТ - компьютерная томография

Источник KingMed.info

ЛГ - лютеинизирующий гормон (лютропин)

ЛНФ-синдром - синдром лютеинизации неовулирующего фолликула

МПКТ - минеральная плотность костной ткани

МРТ - магнитно-резонансная томография

МЦ - менструальный цикл

НЛФ - недостаточность лютеиновой фазы

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

НЭС - нейроэндокринный синдром

ОП - остеопороз

ПКЯ - поликистозные яичники

ПМС - предменструальный синдром

ППР - преждевременное половое развитие

ПРЛ - пролактин

ПЦР - полимеразная цепная реакция

ПЭ - перенос эмбриона

РО-тест - рост-опухольный тест

РС - репродуктивная система

РШМ - рак шейки матки

СПКЯ - синдром поликистозных яичников

ТТГ - тиреотропный гормон

ТФД - тесты функциональной диагностики

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФСГ - фолликулостимулирующий гормон (фоллитропин)

ХГ - хорионический гонадотропин

ХГЧ - человеческий хорионический гонадотропин

цАМФ - циклическая аденозинмонофосфорная кислота

ЦМВ - цитомегаловирусная инфекция

ЧПК - чисто прогестиновые контрацептивы

ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение

ЮМК - ювенильное маточное кровотечение

CIN (cervical intraepithelial neoplasia) - цервикальная интраэпителиальная неоплазия

HSIL - плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высоко-

Источник KingMed.info

кой степени выраженности *LSIL* - плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низ-

кой степени выраженности *R-AFS* - Американское общество фертильности

SIL (Squamous Intraepithelial Lesion) - плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой

степени выраженности *TDF (testisdetermining factor)* - фактор, определяющий развитие

яичка *VIN* - вульварная интраэпителиальная неоплазия

Введение

Гинекология (лат. *gynaecologia*, англ. *gynecology*; от греч. *gyne* - женщина и *logos* - учение) в широком смысле слова учение о женщине, в узком смысле - учение о женских болезнях. Гинекология и акушерство - древнейшие отрасли медицинских знаний, до XIX в. они не разделялись - учение о женских болезнях было составной частью учения о родовспоможении.

Первые сведения о лечении женских болезней содержатся в медицинских текстах Древнего Востока: китайских иероглифических рукописях, египетских папирусах («гинекологический папирус» из Кахуна и папирус Г. Эберса), вавилонских и ассирийских клинописных табличках (II-I вв. до н.э.), индийских аюрведических текстах. В них имеются данные о таких женских болезнях, как опухоли, эндометриоз, воспаления и смещения матки.

«Гиппократов сборник» содержит трактаты «О природе женщины», «О бесплодии», «О женских болезнях» и другие, в которых приведены различные симптомы гинекологических заболеваний, в том числе методы удаления опухолей матки с помощью щипцов, ножа и раскаленного железа.

В эпоху эллинизма, когда александрийские врачи начали производить анатомические вскрытия, занятие акушерством и гинекологией стало выделяться в самостоятельную профессию. Так, известным врачом своего времени был ученик Герофила - Деметрич из Апамеи (II в. до н.э.). Он провел анализ различного рода кровотечений и разделил их на группы. Другой александрийский врач Клеофант (II в. до н.э.) составил обширное сочинение по акушерству и женским болезням.

В I-II вв. н.э. римский хирург Архивен впервые применил при обследовании влагалища и шейки матки зеркало, названное им диоптра (греч. *dioptra*; от *diopleuo* - видеть всюду).

Гинекологические зеркала и другие хирургические инструменты были обнаружены при раскопках древнеримских городов Помпеи и Геркуланума, погребенных под пеплом вулкана Везувия в 79 г. н.э. До наших дней дошли сочинения римских врачей по акушерству и женским болезням. Среди них труды А.К. Цельса, Сорана из Эфеса, Галена из Пергама, которым были известны не только методы гинекологического обследования, но и такие заболевания, как рак, фиброма, смещения и выпадения матки, воспалительные заболевания.

В эпоху классического Средневековья в научных кругах занимались в основном комментариями отдельных рукописей древних авторов. Ценное эмпирическое наследие античного мира сохранили и обогатили врачи и философы средневекового Востока - Абу Бакр ар-Рази, Ибн Сина, Ибн Рушд и др.

В эпоху Возрождения было создано первое обширное руководство «О женских болезнях» («*De mulierum infectionibus*»), составленное в 1579 г. Луисом Меркадо - профессором университета г. Толедо (Испания).

Большое значение для развития акушерства и гинекологии имела деятельность Амбруаза Паре, который ввел в широкую практику гинекологические зеркала и организовал первое родовспомогательное учреждение и первую в Европе акушерскую школу.

Применение эфирного (1846) и хлороформного (1847) наркоза, начало профилактики родильной горячки, а также развитие учения об асептике и антисептике открыли широкие возможности для акушерской и гинекологической практики. Все это вместе с достижениями в области морфологии и физиологии женского организма способствовало успешному развитию гинекологии и выделению ее в середине XIX в. в самостоятельную медицинскую дисциплину.

В России первые гинекологические отделения были открыты в Петербурге (1842) и в Москве (1875). Начало хирургическому направлению в гинекологии положил Александр Александрович

Источник KingMed.info

Китер (1813-1879) - талантливый ученик Н.И. Пирогова. В течение 10 лет А.А. Китер руководил кафедрой акушерства с учением о женских болезнях в Петербургской медико-хирургической академии. Он написал первый учебник по гинекологии «Руководство к изучению женских болезней» в 1858 г. и произвел первую успешную чресвлагалищную операцию удаления матки, пораженной раком.

Большой вклад в развитие оперативной гинекологии внес ученик А.А. Китера Антон Яковлевич Крассовский (1821-1898). Первым в России он произвел успешные операции на придатках, предложил оригинальную классификацию форм узкого таза, четко разграничив понятия «анатомически» и «клинически» узкого таза.

На базе Петербургской медико-хирургической академии он организовал клиническую подготовку акушеров-гинекологов, ввел систему последипломного усовершенствования. В 1887 г. А.Я. Крассовский организовал первое в России Петербургское акушерско-гинекологическое общество и первый «Журнал акушерства и женских болезней».

Преподавание гинекологии как самостоятельной дисциплины было введено в России по инициативе Владимира Федоровича Снегирева (1847-1916) - одного из основоположников отечественной гинекологии. В 1889 г. он создал в Московском университете первую в стране гинекологическую клинику, которой руководил до 1900 г. В 1884 г. в возрасте 37 лет В.Ф. Снегирев получил звание экстраординарного профессора Московского университета. В 1886 г. он создал гинекологическое отделение с операционной в Басманной, а в 1887 г. - в Старо-Екатерининской больнице. На Первом съезде Общества акушеров и гинекологов в Санкт-Петербурге 28 декабря 1903 г. Снегирев с гордостью произнес: «Если посмотреть и сравнить прошедшее нашей русской гинекологии с настоящим, то поистине можно сказать, что в эти 30 лет сделано многое для прочной ее постановки, как в учебном, так и врачебном отношении. Так, в Москве, в начале 70-х годов мы не имели не только ни одного специального учреждения, но не имели даже ни одной специальной койки для женских болезней. В настоящее время мы имеем одних только специальных учреждений - 33 с количеством коек - 600».

Среди многочисленных помощников и учеников Снегирева были такие известные ученые, как А.П. Губарев, Ф.Е. Березовский, Н.М. Покровский, Н.В. Рябчикова и многие другие.

Большой вклад в развитие акушерства и гинекологии в России внесли Г. Фрезе, И. Конради, С.А. Громов, С.Ф. Хотовицкий, Г.Н. Попов, В.В. Строганов и др.

Гинекологическая наука достигла современного уровня в конце XX в. после широкого внедрения в клиническую практику достижений эндокринологии, иммунологии, а главное - в связи с бурным развитием лучевых и прежде всего ультразвуковых технологий диагностики и эндоскопических лечебно-диагностических методов.

Глава 1. Эволюция и физиология женской половой системы

Цель занятия: разобрать со студентами особенности развития половой системы в эмбриональном периоде.

Студент должен знать: факторы, влияющие на программу половой дифференциации. Основные этапы развития половой системы. Этапы формирования из первичных гонад тестикул и яичников, внутренних и наружных половых органов.

Место проведения занятия: учебная комната.

Оснащение: таблицы, слайды, презентации, демонстрационные фильмы.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Обобщение занятия, ответы на вопросы.
- Домашнее задание.

1.1. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ЭМБРИОНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

От чего зависит пол эмбриона?

Генетический пол зародыша определяется половой хромосомой, содержащейся в отцовском сперматозоиде: если это X-хромосома, то родится девочка, если Y - мальчик. Однако направленность полового развития зависит от двух факторов: набора половых хромосом и правильного функционирования аутосомных генов, контролирующих выработку гормонов, влияющих на половую дифференциацию.

Как реализуется программа половой дифференциации?

Половая дифференциация осуществляется по определенному плану.

В первые 6 нед развития половые клетки мигрируют из желточного мешка в область половых тяжей и, скапливаясь в половых тяжах, затем формируют примитивные недифференцированные гонады (Thompson et al., 1991). Дальнейшая дифференциация бипотентной гонады зависит от фактора, определяющего развитие яичка, - *testisdetermining factor (TDF)*, который скорее всего является продуктом действия одного гена. При отсутствии влияния *TDF*, начинающегося на 6-й неделе, гонада к 8-й неделе дифференцируется в яичник, т.е. человеческий организм исходно имеет тенденцию к развитию в сторону женского пола, в основном из-за присутствия в клетках обоих полов хотя бы одной X-хромосомы. **Где локализуется ген *TDF*?**

Ранее за *TDF* принимали ген *H-Y*, локализованный на длинном плече Y-хромосомы. Однако, согласно данным, полученным Simpson и Golbus (1992), вектор половой дифференциации зависит от гена *TDF*, расположенного на коротком плече Y-хромосомы.

Какие дополнительные факторы влияют на половую дифференциацию?

Изолированного действия гена *TDF* недостаточно для дифференциации примитивной гонады в яичко. Также необходимо совместное действие нескольких генов, расположенных как на X-хромосоме, так и на аутосомах.

Источник KingMed.info

Развитие яичника из зародышевых клеток примитивной гонады определяется не наличием двух X-хромосом, а отсутствием короткого плеча Y-хромосомы, содержащего ген *TDF*.

Гены, отвечающие за дальнейшее нормальное функционирование яичников, расположены не только на длинном и коротком плечах X-хромосом, но и на аутосомах (Simpson, 1976).

В результате миграции половых клеток наблюдается утолщение половых тяжей и формируются мезонефральные (вольфовы) и парамезонефральные (мюллеровы) протоки. У эмбрионов мужского пола два процесса (дифференциация семявыносящих протоков и клеток Лейдига и изначальная трансформация первичной гонады в яичко) управляются разными генами (Patsavoudi et al., 1985). Превращение части вольфовых протоков в трубчатые структуры яичка (*vas deferens, epididymides, seminal vesicles*) происходит под действием плодового тестостерона, вырабатываемого клетками Лейдига. Продукция тестостерона клетками Лейдига происходит под влиянием хорионического гонадотропина (ХГ). Введение экзогенного тестостерона в этом сроке беременности способствует образованию мужских тубулярных структур, независимо от генетического пола эмбриона. Процесс одновременной резорбции мюллеровых протоков (предшественников матки и маточных труб) происходит под действием антимюллерова гликопротеина, вырабатываемого клетками Сертоли. Ген, контролирующий образование этого гликопротеина, локализуется на аутосоме (Simpson, Golbus, 1992). Отсутствие тестостерона и антимюллерова гликопротеина, а также полная агенезия гонад ведут к развитию женского фенотипа.

Каковы этапы развития половой системы?

Образование половой системы тесно связано с развитием мочевой системы, поэтому правильнее рассматривать процесс их развития одновременно как единой системы.

Почки человека приобретают свою окончательную анатомическую и функциональную форму не сразу, а после двух промежуточных стадий развития: предпочки (*pronephros*) и первичной почки (*mesonephros*), или вольфова тела. В результате данных двух превращений образуется окончательная или вторичная почка (*metanephros*). Все эти зачатки формируются последовательно из разных зон нефрогенных тяжей, располагающихся вдоль зачатка позвоночника. При этом предпочка существует короткое время, быстро подвергается обратному развитию и оставляет после себя только первичный мочевой остаток, или вольфов (мезонефральный) проток. Параллельно регрессу предпочки формируется вольфово тело, представляющее собой два продольных валика, располагающихся симметрично вдоль зачатка позвоночника. Окончательная почка образуется из каудального отдела нефрогенного тяжа, а мочеточник - из вольфова протока. По мере развития постоянной почки и мочеточника происходит регресс вольфовых тел и вольфовых ходов. Их остатки в виде тонких канальцев, выстланных эпителием, местами сохраняются, и из них могут образоваться кисты (параовариальные). Остаток краниального конца первичной почки (*epioophoron*) располагается в широкой связке между трубой и яичником; каудальный конец (*paraophoron*) находится также в широкой связке между трубой и маткой. Остатки вольфова (гартнерова) протока располагаются в боковых отделах шейки матки и влагалища и могут служить фоном для образования кисты - киста гартнерова хода, а остатки вольфовых тел - параовариальной кисты. Параллельно с развитием мочевой системы идет образование и половой системы.

Развитие гонад

Как формируются первичные половые бугорки?

Источник KingMed.info

Несмотря на то, что генетический пол плода определен уже при зачатии, гонады начинают развиваться по мужскому или женскому типу только с 7-й недели развития.

На 5-й неделе развития на внутренней поверхности вольфовых тел появляются валикообразные утолщения - **половые бугорки**, образуемые за счет пролиферации целомического эпителия (энтодерма) и скопления нижележащих клеток мезенхимы (рис. 1.1).

Зародышевые клетки (*germ cells*) обнаруживаются в указанных половых бугорках только после 6-й недели развития.

У человеческих эмбрионов примордиальные зародышевые клетки появляются на ранней стадии развития эмбриона среди клеток энтодермы, в стенке желточного мешка, вблизи от аллантаоиса (рис. 1.2, а). Благодаря амебоподобным движениям они мигрируют по дорсальной брыжейке заднего отдела кишечной трубки (рис. 1.2, б), достигая примитивных гонад в начале 5-й недели, и внедряются в толщу половых валиков в течение 6-й недели развития. Если эти клетки не достигнут половых валиков, то дальнейшего развития и роста гонад не произойдет. Таким образом, примордиальные половые клетки обладают стимулирующим влиянием на развитие, рост и скорость дифференциации гонад в яичник (*ovum*) или яичко (*testis*).

Как образуется первичная (примитивная) гонада?

Незадолго до и во время миграции примордиальных клеток происходит бурная пролиферация целомического эпителия половых валиков. Эти эпителиальные клетки погружаются в мезенхиму и образуют большое количество причудливой формы нитей, носящих название **примитивных половых тяжей** (рис. 1.3)

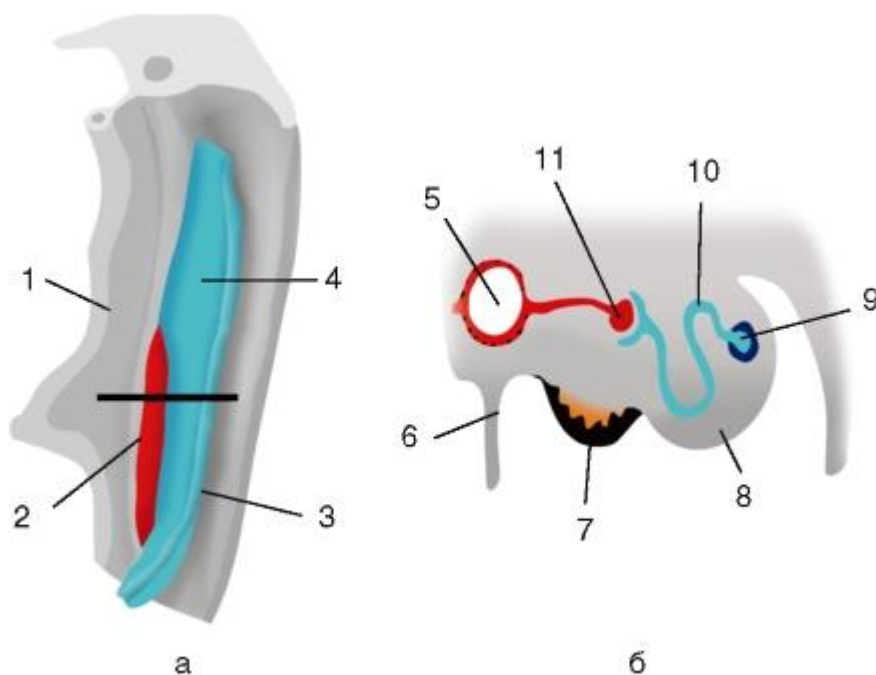


Рис. 1.1. Половой валик и мезонефрос: а - расположение полового валика и мезонефроса: 1 - петля кишки; 2 - гонада; 3 - мезонефральный проток; 4 - мезонефрос; б - поперечное сечение через половой валик и мезонефрос: 5 - аорта; 6 - брыжейка кишки; 7 - половой бугорок; 8 - мезонефрос; 9 - мезонефральный проток; 10 - экскреторный канал; 11 - клубочек

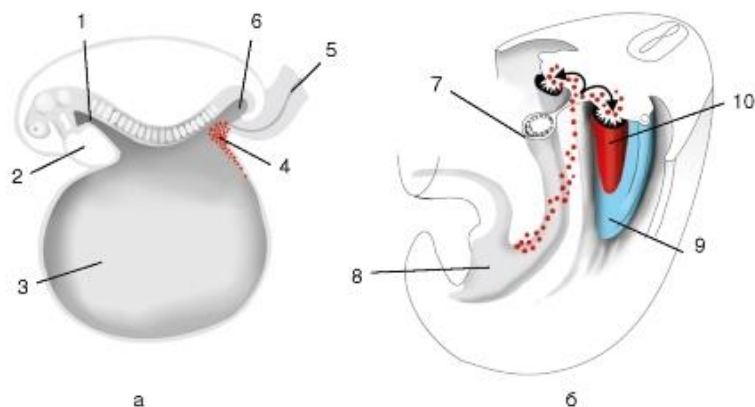


Рис. 1.2: а - 3-недельный эмбрион с зародышевыми клетками в стенке желточного мешка: 1 - передний отдел кишки; 2 - сердце; 3 - желточный мешок; 4 - зародышевые клетки; 5 - аллантоис; б - задний отдел кишки; б - миграция зародышевых клеток по стенке кишечника и брыжейке в половые бугорки: 7 - задний отдел кишки; 8 - клоака; 9 - мезонефрос; 10 - половой бугорок

И у женских, и у мужских эмбрионов эти тяжи остаются соединенными с поверхностным эпителием. Мужская гонада на этом этапе ничем не отличается от женской; отсюда название - **недифференцированная гонада**.

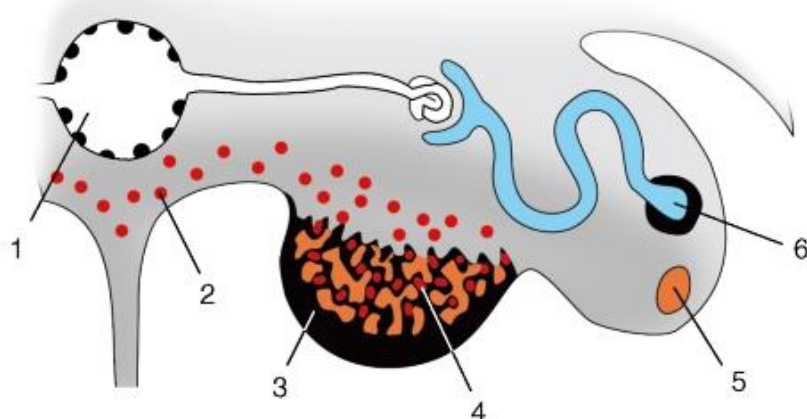


Рис. 1.3. Поперечное сечение на уровне поясничного отдела 6-недельного эмбриона. Некоторые зародышевые клетки окружены клетками примитивных половых тяжей: 1 - аорта; 2 - зародышевые клетки; 3 - пролиферирующий эпителий целома; 4 - примитивные половые тяжи; 5 - парамезонефральный проток (мюллеров); 6 - мезонефральный проток (вольфов)

Как происходит дифференциация примитивных гонад у мужских эмбрионов?

У эмбрионов мужского пола половые клетки несут XY-набор. Под влиянием Y-хромосомы, от которой зависит действие *TDF*-фактора, примитивные половые тяжи продолжают пролиферировать и проникают все глубже в мозговое вещество, образуя **медуллярные тяжи** (рис. 1.4 и 1.5, а). В области ворот (*hilum*) тяжи распадаются на сеть мелких нитей, из которых позже появляется сеть канальцев - *rete testis* (рис. 1.5).



Рис. 1.4. Влияние примордиальных зародышевых клеток на примитивную гонаду

В ходе дальнейшего развития половые тяжи в яйчке теряют связь с поверхностным эпителием. После этого от поверхности яйчка их начинает отделять плотный слой соединительной ткани, называемый **белочной оболочкой** (*tunica albuginea*) (см. рис. 1.5).

На 4-м месяце половые тяжи принимают подковообразную форму и непосредственно соединяются с *rete testis* (рис. 1.5, б). На этом этапе половые тяжи яйчка состоят из примитивных зародышевых клеток и **опорных** (*sustentacular*) - клеток Сертоли, берущих начало из поверхностного эпителия железы.

Интерстициальные клетки Лейдига берут начало непосредственно из мезенхимы полового валика. Они расположены между тяжами и начинают развиваться сразу после начала дифференциации этих тяжей. К 8-й неделе гестации клетки Лейдига начинают вырабатывать **тестостерон**. С этого времени яйчки начинают сами влиять на дальнейшую половую дифференциацию половых протоков и наружных половых органов.

Тяжи яйчка с началом пубертатного периода приобретают просвет и превращаются в **семявыносящие канальцы** - *seminiferous tubules*. Затем эти канальцы соединяются с канальцами *rete testis*, которые, в свою очередь, впадают в *ductuli efferentes*, берущие свое начало от оставшейся ткани экскреторных канальцев мезонефроса. Они служат связующим звеном между *rete testis* и мезонефральным, или вольфовым, протоком. Это звено носит название семявыносящего протока - *ductus deferens* (см. рис. 1.5, б).

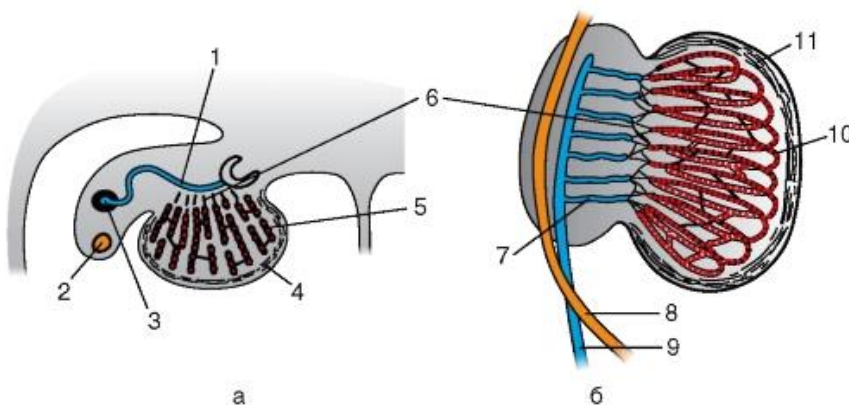


Рис. 1.5: а - поперечное сечение яйчка на 8-й неделе развития; б - яйчко и половые тяжи на 4-м месяце развития: 1 - дегенерирующий мезонефральный каналец; 2 - парамезонефральный проток; 3 - мезонефральный проток; 4 - белочная оболочка; 5 - медуллярные тяжи; 6 - *rete testis*; 7 - *ductuli efferentes*; 8 - парамезонефральный проток; 9 - мезонефральный проток (*ductus deferens*); 10 - медуллярные тяжи (подковообразные); 11 - белочная оболочка

Как происходит дифференциация примитивных гонад у женских эмбрионов?

У женских эмбрионов примитивные половые тяжи распадаются на отдельные скопления клеток (рис. 1.6, а). Эти скопления содержат группу примитивных зародышевых клеток и локализуются в медуллярной части яичников. Позднее они исчезают и замещаются васкуляризированной стромой, называемой мозговым веществом (*medulla ovarii*).

Поверхностный эпителий женской гонады, в отличие от мужской, продолжает пролиферировать. На 7-й неделе он дает начало второй генерации тяжей (**корковых тяжей**), которые прорастают в нижележащую мезенхиму, продолжая соприкасаться с поверхностью гонады (см. рис. 1.6, а). На 4-й месяц эти вторичные тяжи распадаются на отдельные клеточные скопления, причем каждое из таких скоплений содержит от одной до нескольких зародышевых клеток (рис. 1.6, б).

Зародышевые клетки в дальнейшем превращаются в **оогонии**, в то время как окружающие их эпителиальные клетки - производные от поверхностного эпителия - превращаются в **фолликулярные клетки**.

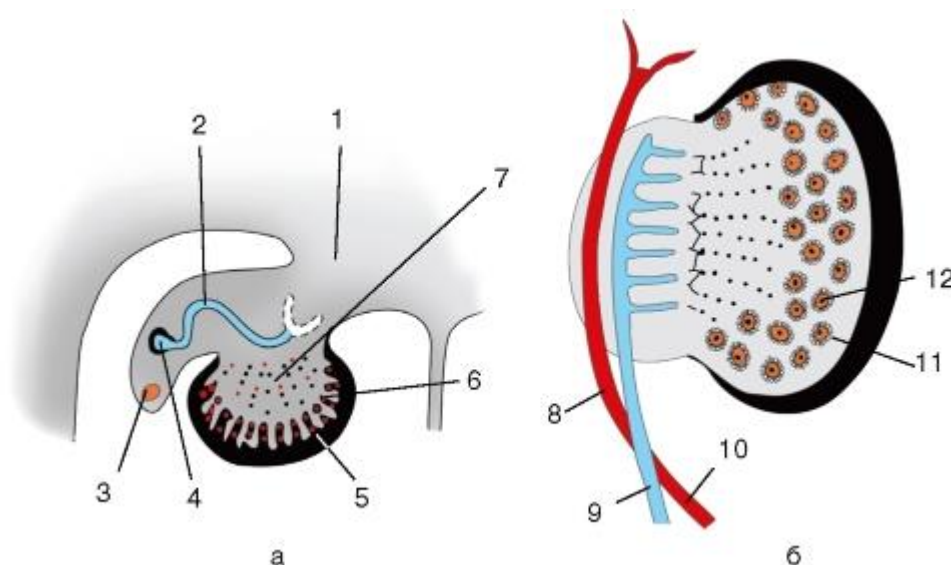


Рис. 1.6. Поперечный срез яичника: а - поперечный срез яичника на 7-й неделе развития; б - яичник и половые протоки на 5-м месяце развития; 1 - урогенитальная брыжейка; 2 - дегенерирующий мезонефральный канал; 3 - парамезонефральный проток; 4 - мезонефральный проток; 5 - поверхностный эпителий; 6 - корковые тяжи; 7 - дегенерирующие медуллярные тяжи; 8 - *ductuli efferentes*; 9 - мезонефральный проток; 10 - парамезонефральный проток; 11 - фолликулярные клетки; 12 - первичные ооциты

Развитие внутренних половых органов

Какие изменения происходят до начала дифференцировки внутренних половых органов?

Изначально и мужской, и женский эмбрионы имеют обе пары протоков: **мезонефральный (вольфов) и парамезонефральный (мюллеров) протоки**.

Мюллеров проток представляет сначала продольное углубление, а затем утолщение целомического эпителия на переднелатеральной поверхности урогенитального валика (рис. 1.7).

Он располагается параллельно и снаружи от вольфова протока. По мере роста в хвостовом направлении мюллеровы протоки из сплошных эпителиальных образований превращаются в каналы (парамезонефральные). В дальнейшем верхние отделы мюллеровых каналов остаются снаружи от вольфовых протоков, а нижние, отклоняясь внутрь, обгибают вольфовы

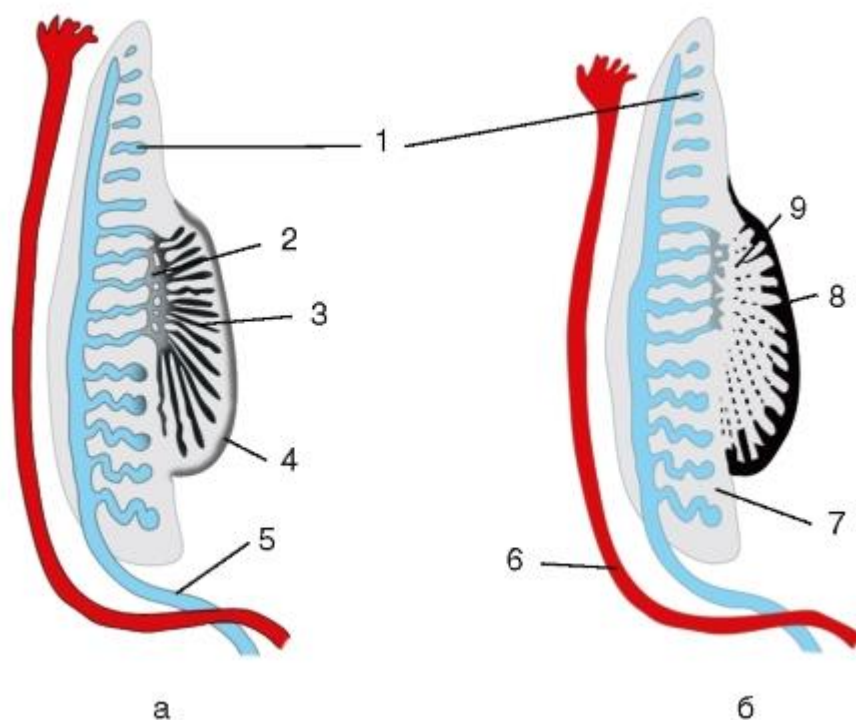


Рис. 1.7. Половые протоки на 6-й неделе развития у мужских (а) и женских (б) эмбрионов: 1 - дегенерирующие экскреторные канальцы мезонефроса; 2 - *rete testis*; 3 - медуллярные тяжи; 4 - белочная оболочка яичка; 5 - мезонефральный проток; 6 - парамезонефральный проток; 7 - мезонефрос; 8 - корковые тяжи яичника; 9 - дегенерирующие медуллярные тяжи

протоки спереди, взаимно приближаясь до слияния (см. рис. 1.7). Оба этих протока сначала разделены перегородкой, но позже они сливаются и образуют **маточный канал** (рис. 1.8, а). Каудальный конец соединенных мюллеровых протоков подходит к задней стенке уrogenитального синуса, где образует небольшое выпячивание - парамезонефральный, или мюллеров, бугорок (см. рис. 1.8, а).

Мезонефральные протоки открываются в просвет уrogenитального синуса с обеих сторон от мюллерова бугорка.

Какие изменения претерпевают половые протоки у эмбрионов мужского пола?

В процессе регресса мезонефроса несколько **экскреторных канальцев** (*epigenital tubules*) сливаются с тяжами *rete testis*, формируя таким образом *efferent ductules* яичка (рис. 1.9).

Экскреторные канальцы, проходящие вдоль каудального полюса яичка, - парагенитальные протоки (*paragenital tubules*), не соединяются с тяжами *rete testis* (рис. 1.9, б). Их остатки носят название «придаток привеска яичка» (*paradidymis*). Мезонефральные протоки продолжают персистировать, за исключением наиболее краниальной части - придатка эпидидимидиса (*appendix epididymis*), и дают начало большинству половых структур (см. рис. 1.8). Непосредственно ниже слияния с *efferent ductules* мезонефральный проток удлиняется и приобретает выраженную извитость. Так формируется *ductus epididymis*. От хвостовой части эпидидимидиса по направлению к выпячиванию, соответствующему **семенному пузырьку** (*seminal vesicle*), мезонефральный проток утолщается за счет приобретения им мышечной оболочки и превращается в семявыносящий проток (*ductus deferens*). Часть протока, идущего от семенного пузырька в сторону мочеиспускательного канала, носит

название *ejaculatory duct*. Парамезонефральный проток подвергается дегенерации, за исключением небольшого краниального участка - придатка яичка (*appendix testis*).

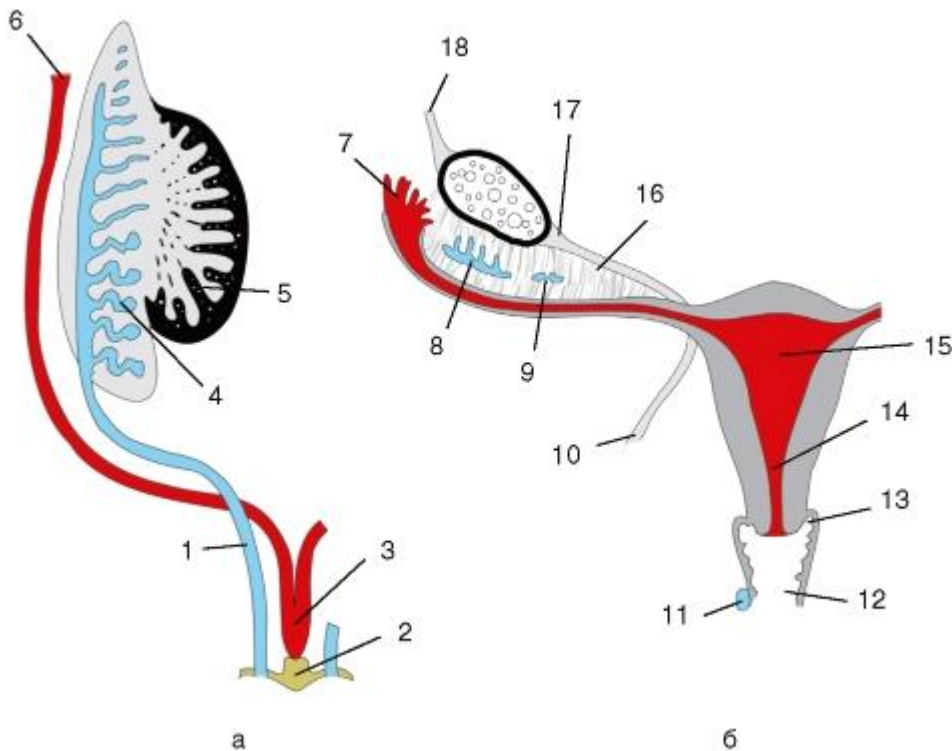


Рис. 1.8: а - половые протоки эмбриона женского пола в конце 2-го месяца развития; б - половые протоки после опущения яичника; 1 - мезонефральный проток; 2 - парамезонефральный бугорок; 3 - маточный канал; 4 - мезонефрос; 5 - корковые тяжи яичника; 6 - абдоминальное отверстие маточной трубы; 7 - фимбрии; 8 - эпоофорон; 9 - пареофорон; 10 - круглая связка матки; 11 - киста Гартнера; 12 - влагалище; 13 - свод влагалища; 14 - шейка матки; 15 - тело матки; 16 - брыжейка яичника; 17 - собственная связка яичника; 18 - подвешивающая связка яичника

Какие изменения претерпевают половые протоки у эмбрионов женского пола?

Внутренние половые органы у эмбриона женского пола образуются за счет парамезонефральных протоков. В парамезонефральном протоке можно выделить три отдельные части:

- 1) краниальная (вертикальная) порция, сообщающаяся с полостью целома;
- 2) горизонтальная порция, пересекающая мезонефральный проток спереди;
- 3) каудальная (вертикальная) порция, сливающаяся с такой же контралатеральной структурой по средней линии (см. рис. 1.8, а).

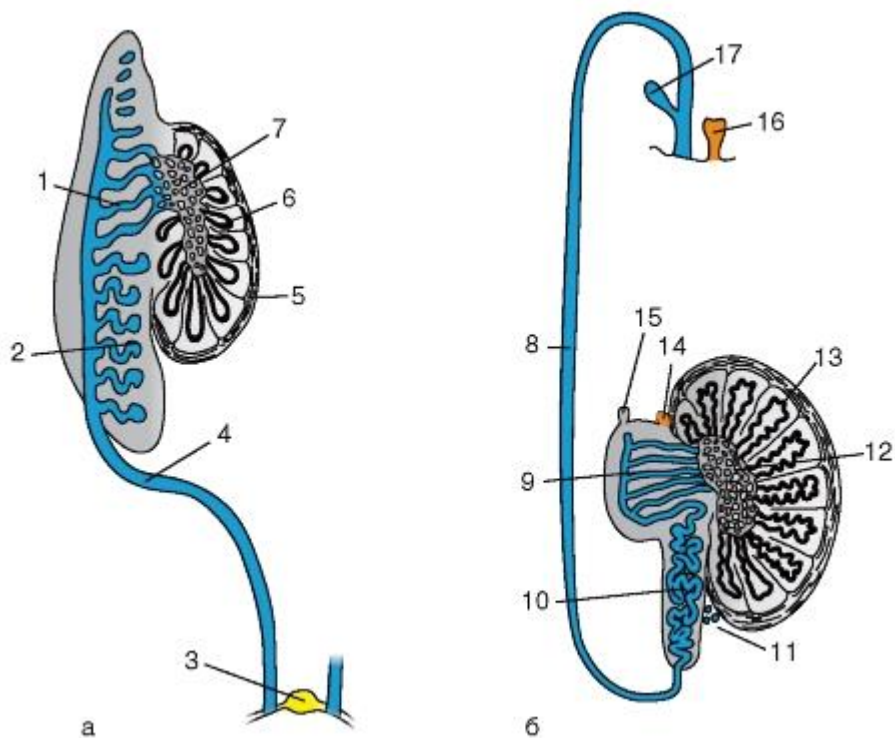


Рис. 1.9: а - половые протоки у эмбриона мужского пола на 4-м месяце развития; б - половые протоки после опущения яичка; 1 - эпигенитальные протоки; 2 - парагенитальные протоки; 3 - парамезонефральный бугорок; 4 - мезонефральный проток; 5 - белочная оболочка; 6 - медуллярные тяжи; 7 - rete testis; 8 - ductus deferens; 9 - ductuli efferentes; 10 - эпидидимис; 11 - парадидимис; 12 - rete testis; 13 - медуллярные тяжи; 14 - придаток яичка; 15 - придаток эпидидимиса; 16 - utriculus prostaticus; 17 - семенной пузырек

В процессе опущения яичника первые две части протока превращаются в **маточную трубу** (рис. 1.8, б), а каудальные части сливаются и образуют **маточный канал**.

Когда средние порции парамезонефральных протоков отклоняются в медиокаудальном направлении, уrogenитальные валики постепенно меняют положение и располагаются в поперечном направлении (рис. 1.10, а, б). После слияния протоков по средней линии образуется широкая поперечная тазовая складка (рис. 1.10, в). Эта складка идет от латеральных краев слившихся парамезонефральных протоков к стенкам таза и называется широкой **маточной связкой**. В верхней части складки проходит маточная труба, а по задней поверхности складки расположен яичник (см. рис. 1.10, в). Матка и ее широкие связки делят полость таза на две части: **маточно-ректальный** и **пузырно-маточный карманы**. Из слившихся частей парамезонефральных протоков образуются **тело** и **шейка** матки. Их окружает слой мезенхимальных клеток, дающих начало **миометрию**, а из брюшинного покрова образуется **периметрий**.

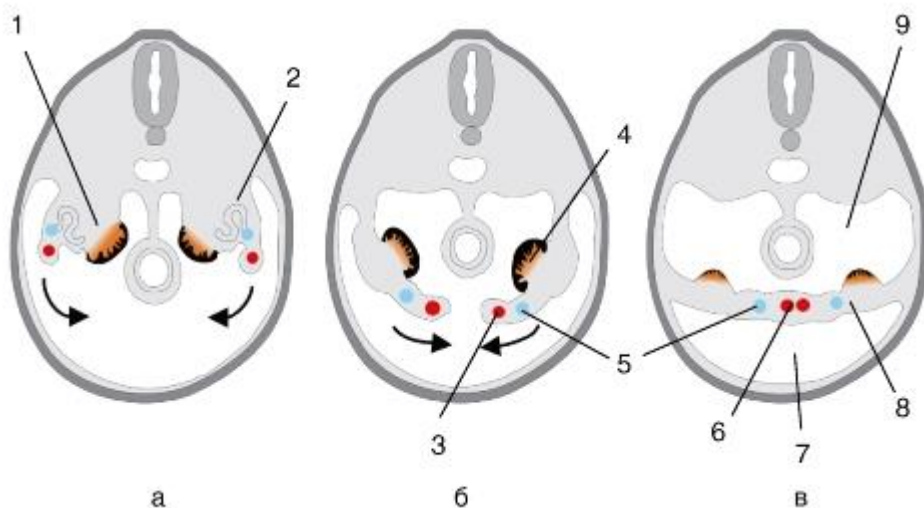


Рис. 1.10. Поперечные срезы уrogenитального валика на разных уровнях (в направлении от краниального к каудальному концу; а-в): 1 - уrogenитальный валик; 2 - мезонефральный экскреторный каналец; 3 - парамезонефральный проток; 4 - яичник; 5 - мезонефральный проток; 6 - слившиеся парамезонефральные протоки; 7 - маточно-пузырный карман; 8 - широкая связка матки; 9 - маточно-прямокишечный карман

За счет каких структур формируется влагалище?

Вскоре после того, как концы парамезонефральных протоков достигают просвета уrogenитального синуса (см. рис. 1.10, а и 1.11, а), из тазового конца начинают оформляться два плотных выпячивания - **синовагинальные луковичицы** (см. рис. 1.10, б; 1.11, б). Они разрастаются и образуют сплошную **влагалищную пластину**.

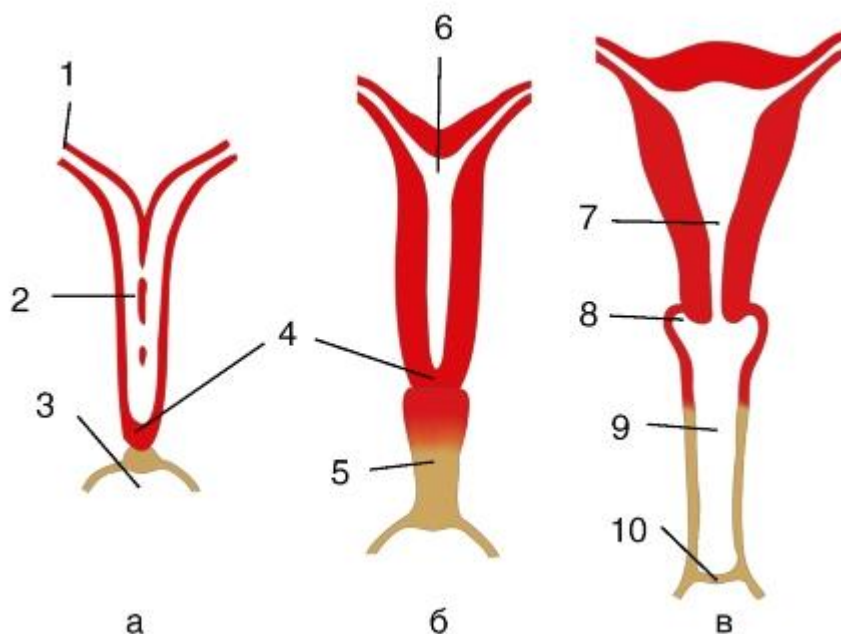


Рис. 1.11. Развитие матки и влагалища в 9 нед (а), в конце 3-го месяца (б), у новорожденной (в): 1 - маточная труба; 2 - маточная перегородка; 3 - уrogenитальный синус; 4 - каудальный конец мюллеровых протоков; 5 - ткань синовагинальной луковичицы; 6 - полость матки; 7 - шейка матки; 8 - свод влагалища; 9 - влагалище; 10 - девственная плева

Источник KingMed.info

Пролиферация продолжается в краниальном отделе этой пластины, за счет чего расстояние между маткой и урогенитальным синусом увеличивается. К 5-му месяцу влагалище приобретает просвет. Верхняя треть влагалища, включая своды - *vaginal fornices*, образуется из ткани парамезонефральных протоков (рис. 1.11, в).

То есть в образовании влагалища участвуют две структуры; верхняя часть влагалища формируется за счет маточного канала, а нижняя - посредством урогенитального синуса.

Просвет влагалища остается отделенным от урогенитального синуса тонкой мембраной - **девственной плевой** - *hymen* (см. рис. 1.11, в; 1.12, в). Девственная плева состоит из эпителиальной выстилки синуса и тонкого слоя влагалищных клеток. Спонтанная перфорация плевы происходит обычно в перинатальном периоде.

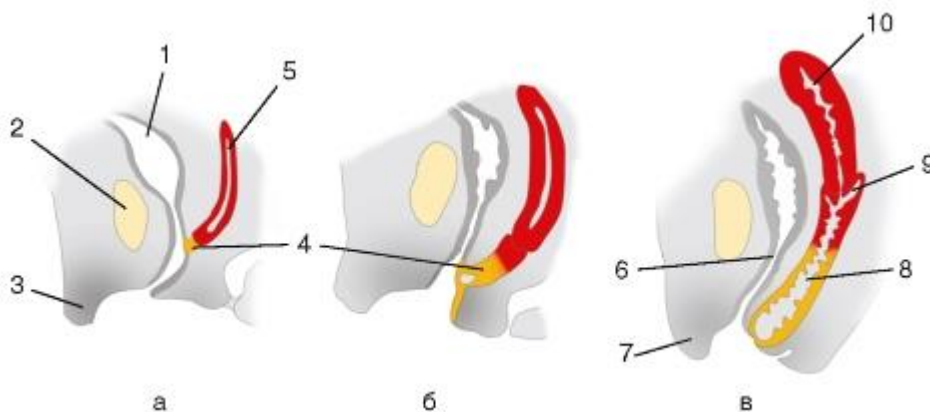


Рис. 1.12. Сагиттальные срезы матки и влагалища на различных этапах их развития (а-в): 1 - мочевого пузыря; 2 - симфиз; 3 - фаллос; 4 - синовагинальная луковица; 5 - маточный канал; 6 - уретра; 7 - клитор; 8 - влагалище; 9 - свод; 10 - матка

Какова судьба мезонефральных протоков у эмбрионов женского пола?

Мезонефральные протоки подвергаются почти полному регрессу. Остаются только мелкие фрагменты в краниальной части - эпоофорон и пареофорон - *epoophoron, paroophoron* (см. рис. 1.8, б). Остатки каудальных отделов мезонефральных протоков могут обнаруживаться по ребрам матки и по боковым стенкам влагалища. Позднее из них возможно образование **гартнеровых кист** (см. рис. 1.8, б).

Нарушение слияния мюллеровых протоков может вести к разнообразным аномалиям строения матки, шейки матки и влагалища (рис. 1.13).

Развитие наружных половых органов

Как выглядят наружные половые органы эмбриона в индифферентной фазе?

На 3-й неделе развития мезенхимальные клетки, образующиеся в области примитивной эмбриональной полоски, мигрируют в область клоачной мембраны и образуют пару небольших валиков, называемых клоачными складками (рис. 1.14, а). Краниальные концы складок, сливаясь, образуют половой бугорок. На 6-й неделе клоачная мембрана разделяется на урогенитальную и анальную мембраны. Клоачные складки также делятся на уретральные и анальные складки (рис. 1.14, б). Через некоторое время вокруг уретральных складок образуются дополнительные возвышения, называемые половыми валиками. Эти возвышения в дальнейшем превращаются у мальчиков в скротальные складки и у девочек - в большие половые губы. Однако в конце 6-й

Источник KingMed.info

недели развития еще невозможно определить пол эмбриона по строению наружных половых органов (см. рис. 1.14, б).

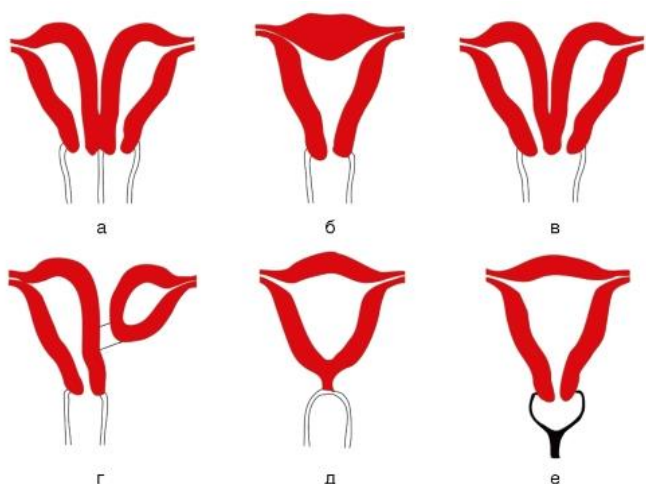


Рис. 1.13. Некоторые варианты аномалий слияния мюллеровых протоков: а - *uterus didelphys* + удвоение влагалища; б - *uterus arcuatus*; в - двойная матка; г - двурогая матка с рудиментарным рогом; д - атрезия цервикального канала; е - атрезия влагалища

Как происходит дифференциация наружных половых органов у эмбрионов женского пола?

Не совсем ясно, от влияния каких факторов зависит развитие женских наружных половых органов, хотя доказана определенная роль эстрогенов в этом процессе. Половой бугорок несколько удлиняется и образует клитор (рис. 1.15, а). Уретральные складки не сливаются (как у мужских эмбрионов) и образуют малые половые губы. Половые валики продолжают увеличиваться и превращаются в большие половые губы. Урогенитальный желобок остается открытым и образует преддверие влагалища - *vestibule* (рис. 1.15, б).

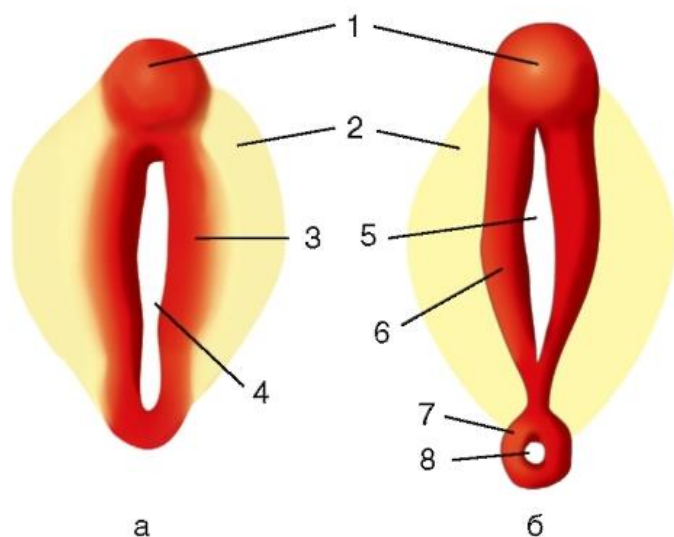


Рис. 1.14. Недифференцированная стадия развития наружных половых органов: а - в 4 нед; б - в 6 нед; 1 - половой валик; 2 - латеральные складки; 3 - клоачная складка; 4 - мембрана клоаки; 5 - урогенитальная мембрана; 6 - уретральная складка; 7 - анальная складка; 8 - анальная мембрана

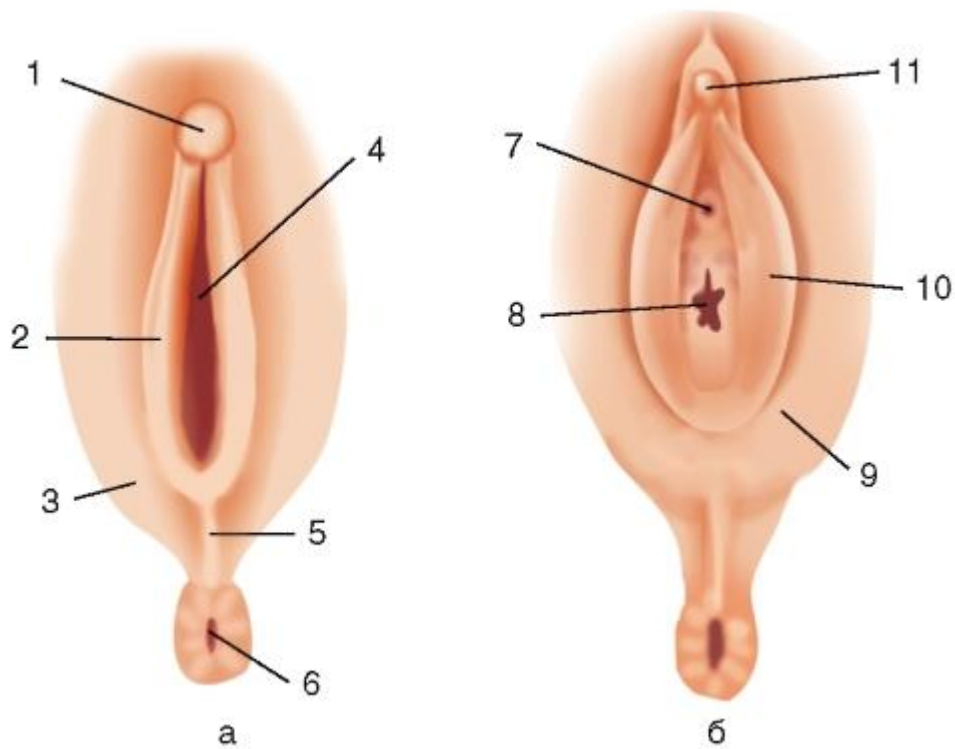


Рис. 1.15. Наружные половые органы 5-месячного женского плода (а) и новорожденной девочки (б): 1 - половой бугорок; 2 - уретральная складка; 3 - половой валик; 4 - уrogenитальный желобок; 5 - промежность; 6 - анус; 7 - уретра; 8 - влагалище; 9 - большая половая губа; 10 - малая половая губа; 11 - клитор

Контрольные вопросы

- От чего зависит пол эмбриона?
- Как реализуется программа половой дифференциации?
- Где локализуется ген *TDF*?
- Какие дополнительные факторы влияют на половую дифференциацию?
- Каковы этапы развития половой системы?
- Как формируются первичные половые бугорки?
- Как образуется первичная (примитивная) гонада?
- Как происходит дифференциация примитивных гонад у мужских эмбрионов?
- Как происходит дифференциация примитивных гонад у женских эмбрионов?
- Какие изменения происходят до начала дифференцировки внутренних половых органов?
- При каком варианте аномалии развития мюллеровых протоков повышен риск внематочной беременности?
- Какие изменения претерпевают половые протоки у эмбрионов женского пола?
- Из каких структур формируется влагалище?
- Какова судьба мезонефральных протоков у эмбрионов женского пола?

Источник KingMed.info

- Какова судьба мезонефральных протоков у эмбрионов мужского пола?
- Какова судьба парамезонефральных протоков у эмбрионов женского пола?
- Какова судьба парамезонефральных протоков у эмбрионов мужского пола?
- Как выглядят наружные половые органы эмбриона в индифферентной фазе?
- К чему ведет неслияние мюллеровых протоков?
- Что является остатком мюллерова протока у мужчин?

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Киста Гартнера является остатком:

- 1) мезонефрального протока;
- 2) парамезонефрального протока;
- 3) вольфова протока;
- 4) мюллерова протока;
- 5) омфаломезентериального протока.

2. Пароофорон является остатком:

- 1) мезонефрального протока;
- 2) парамезонефрального протока;
- 3) вольфова протока;
- 4) мюллерова протока;
- 5) аллантаоиса.

3. Оофорон является остатком:

- 1) мезонефрального протока;
- 2) парамезонефрального протока;
- 3) вольфова протока;
- 4) мюллерова протока;
- 5) аранциевого протока.

4. Ген *TDF* расположен:

- 1) на длинном плече X-хромосомы;
- 2) коротком плече X-хромосомы;
- 3) длинном плече Y-хромосомы;
- 4) коротком плече Y-хромосомы;
- 5) на коротком плече 3-й пары хромосом.

5. Развитие мужского фенотипа зависит от совместного действия:

- 1) антимюллерова гликопротеина;
- 2) хорионического гонадотропина;
- 3) фетального фибронектина;
- 4) тестостерона, вырабатываемого клетками Лейдига в яичниках матери;
- 5) тестостерона, вырабатываемого клетками Сертоли.

6. Параовариальные кисты образуются из остатков:

- 1) омфаломезентериального протока;
- 2) парамезонефрального протока;
- 3) вольфова протока;
- 4) мюллерова протока;
- 5) аллантаоиса.

7. Парными протоками являются:

- 1) мюллеровы протоки;
- 2) мейеровы протоки;
- 3) аллантаоисные протоки;
- 4) мезонефральные протоки;
- 5) парамезонефральные протоки.

8. Матка формируется за счет слияния:

- 1) краниальных отделов мюллеровых протоков;
- 2) каудальных отделов мюллеровых протоков;
- 3) каудальных отделов мезонефральных протоков;
- 4) каудальных отделов вольфовых протоков;
- 5) каудальных отделов парамезонефральных протоков.

9. Примордиальные зародышевые клетки появляются на ранней стадии развития эмбриона:

- 1) в стенке желточного мешка;
- 2) стенке аллантаоисного протока;
- 3) краниальных отделах мезонефроса;
- 4) стенке амниона;
- 5) клоакальных складках.

10. У эмбрионов женского пола аналогом скротальных складок являются:

- 1) половые валики;

Источник KingMed.info

- 2) большие половые губы;
- 3) малые половые губы;
- 4) уrogenитальная мембрана;
- 5) анальные складки.

Задачи

11. Пациентке поставлен диагноз «двурогая матка». Повышенную вероятность аномалий развития какой системы органов следует предположить? Какие исследования помогут подтвердить или исключить эти предположения?

12. Произведена лапаротомия по поводу внутрибрюшного кровотечения. По вскрытии в малом тазу обнаружена несколько увеличенная матка с отходящей от нее влево в типичном месте маточной трубой. Справа и чуть выше от матки определяется округлое образование диаметром около

7-8 см. По передней стенке образования виден рваный разрыв длиной 3 см. От матки к указанному образованию идет фиброзный тяж длиной 3 см и толщиной 1,5 см. От верхнелатеральной поверхности образования отходит интактная фаллопиева труба. Каков диагноз? Что следует предпринять? Описанию какого порока развития соответствует данная ситуация?

1.2. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Цель занятия: закрепить ранее полученные студентами знания по анатомо-физиологическим особенностям женских половых органов.

Студент должен знать: что относится к наружным и внутренним женским половым органам и их анатомо-физиологические особенности.

Место проведения занятия: учебная комната.

Оснащение: таблицы, слайды, презентации, демонстрационные фильмы. **План организации занятия.**

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Половые органы женщины делятся на наружные, доступные визуальному осмотру, и внутренние, которые определяются специальными приемами акушерского и гинекологического исследования.

Наружные половые органы женщины

Что относится к наружным половым органам женщины?

Наружные половые органы (рис. 1.16): лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия, девственная плева, отделяющая наружные половые органы от внутренних, промежность.

Что представляет собой лобок?

Лобок (*mons pubis*) - треугольная площадка, находящаяся в самом нижнем отделе передней брюшной стенки, со значительным развитием подкожной клетчатки. С наступлением половой зрелости поверхность лобка покрывается волосами. Верхняя граница оволосения, идущая у женщин горизонтально, является границей лобка сверху; боковые границы лобка - паховые складки.

Что представляют собой большие половые губы?

Большие половые губы (*labia majora pudendi*) - две кожные складки, идущие от лобка, где они образуют переднюю спайку (*comissura labiorum anterior*). У промежности они сходятся в заднюю спайку (*comissura labiorum posterior; fourchet*). Кожа больших половых губ покрыта волосами и содержит потовые и сальные железы, подкожная клетчатка хорошо развита.

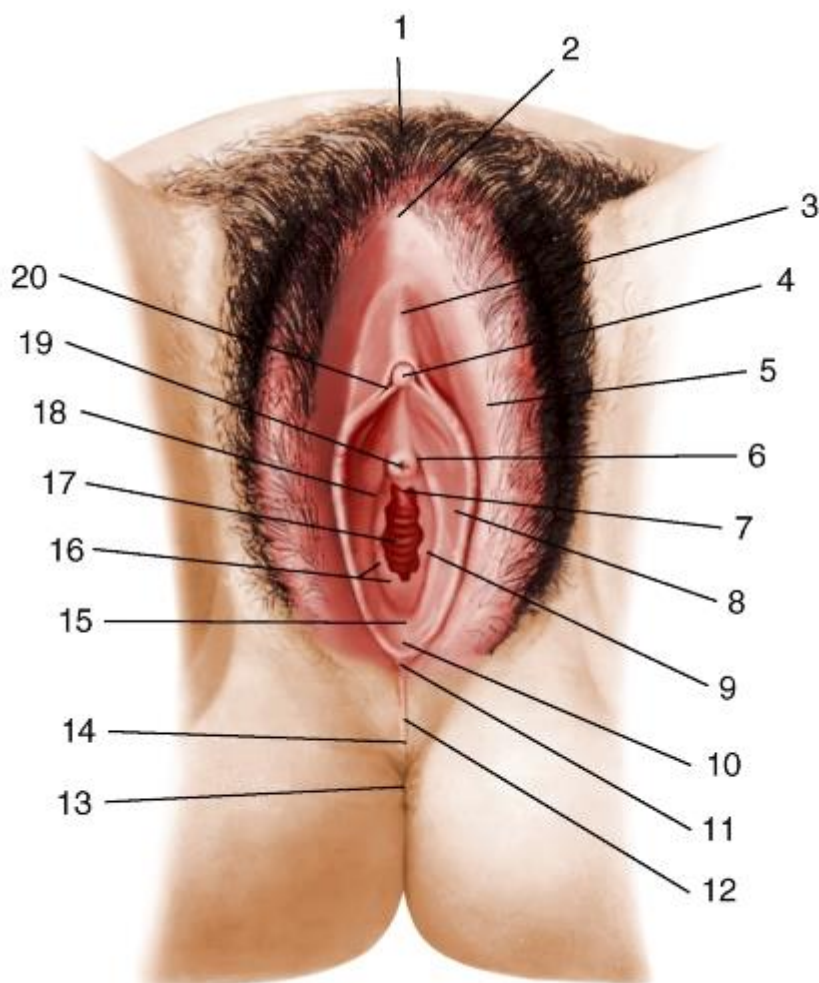


Рис. 1.16. Женские наружные половые органы: 1 - *mons pubis*; 2 - *comissura labiorum anterior*; 3 - *preputium clitoridis*; 4 - *glans clitoridis*; 5 - *labium major pudendi*; 6 - *ductus paraurethralis* (устье); 7 - *carina urethralis vaginae*; 8 - *labium minor pudendi*; 9 - *ductus glandulae vestibulares majores* (устье); 10 - *frenulum labiorum pudendi*; 11 - *comissura labiorum posterior*; 12 - *raphe (mediana)*; 13 - *anus*; 14 - *perineum*; 15 - *fossa vestibuli vaginae*; 16 - *hymen*; 17 - *ostium vaginae*; 18 - *vestibulum vaginae*; 19 - *ostium urethrae externum*; 20 - *frenulum clitoridis*

Что представляют собой малые половые губы?

Источник KingMed.info

Малые половые губы (labia minora pudendi) - складки кожи, находящиеся кнутри от больших половых губ. Спереди малые половые губы образуют крайнюю плоть клитора, кзади они постепенно уменьшаются и утончаются, сливаясь с большими половыми губами в задней их трети. Кожа малых половых губ содержит многочисленные сальные железы (оволосение и потовые железы отсутствуют).

Что представляет собой клитор?

Клитор (clitoris) подобен по строению мужскому половому члену, но значительно меньше последнего. Он образован двумя пещеристыми телами и покрыт сверху нежной кожей, содержащей значительное количество сальных желез. При половом возбуждении пещеристые тела заполняются кровью, обуславливая эрекцию клитора.

Что представляет собой преддверие влагалища?

Преддверие влагалища (vestibulum vaginae) - пространство, ограниченное спереди и сверху клитором, сзади и снизу задней спайкой больших половых губ,

с боков - малыми половыми губами. Дно преддверия составляет девственная плева или ее остатки, окружающие вход во влагалище (*introitus vaginae*). В преддверии находятся:

- наружное отверстие мочеиспускательного канала (*ostium urethrae externum*), расположенное несколько кзади и книзу от клитора;
- выводные протоки парауретральных желез (*glandulae vestibulares minores*);
- выводные протоки больших желез преддверия (*glandulae vestibulares majores*);
- в боковых отделах преддверия, под основанием половых губ, расположены кавернозные тела луковиц преддверия (*bulbi vestibuli*), аналогичные по строению пещеристым телам клитора.

Что представляют собой большие железы преддверия?

Большие железы преддверия (glandulae vestibulares majores) - сложные трубчатые железы размером 1x0,8 см. Их выводные протоки открываются в месте слияния малых половых губ с большими, в борозде у девственной плевы. Железы выделяют жидкий секрет, увлажняющий преддверие влагалища. Большие железы преддверия находятся в толще задней трети больших половых губ по одной с каждой стороны.

Что представляет собой девственная плева?

Девственная плева (hymen) - соединительнотканная пластинка, имеющая одно (реже несколько) отверстие, через которое выделяется наружу секрет внутренних половых органов и менструальная кровь.

При первом половом сношении девственная плева обычно разрывается, ее края у живущих половой жизнью, но нерожавших женщин имеют вид бахромок - это так называемые гименальные сосочки (*carunculae hymenales*). В результате родов эти сосочки в значительной мере сглаживаются и напоминают края листьев мирты (*carunculae mirtiformes*).

Область между задним краем девственной плевы и задней спайкой носит название ладьевидной ямки (*fossa navicularis*).

Девственная плева образует границу между наружными и внутренними половыми органами, являясь дном преддверия влагалища.

Что представляет собой промежность?

Промежность (*perineum*) - кожно-мышечно-фасциальная пластинка между задней спайкой больших половых губ и заднепроходным отверстием (передняя промежность) и заднепроходным отверстием и верхушкой копчика (задняя промежность). Толщу промежности составляют мышцы и их фасции, образующие тазовое дно (рис. 1.17).

Мышцы тазового дна женщины

Что относят к поверхностным мышцам мочеполовой области промежности?

Поверхностные мышцы мочеполовой области (рис. 1.18):

- луковично-губчатая мышца (*m. bulbo-spongiosus*) - окружая вход во влагалище (*introitus vaginae*), суживает его при сокращении;
- седалищно-пещеристая мышца (*m. ischio-cavernosus*) - начинается от седалищного бугра и прикрепляется к пещеристому телу клитора, опорожняя при сокращении его венозные сосуды;
- поверхностная поперечная мышца промежности (*m. transversus perinei superficialis*) - пара тонких мышечных пучков, идущая от седалищных бугров навстречу друг другу, встречающихся в сухожильном центре промежности; таким образом, эта мышца находится на границе мочеполовой и анальной областей тазового дна.

Поверхностная мышца анальной области:

- жом заднего прохода, который располагается под кожей вокруг анального отверстия и состоит из *m. sphincter ani externum et internum*. Наружная мышца может быть связана сзади с верхушкой или задней поверхностью копчика, а спереди - с сухожильным швом луковично-пещеристой мышцы.

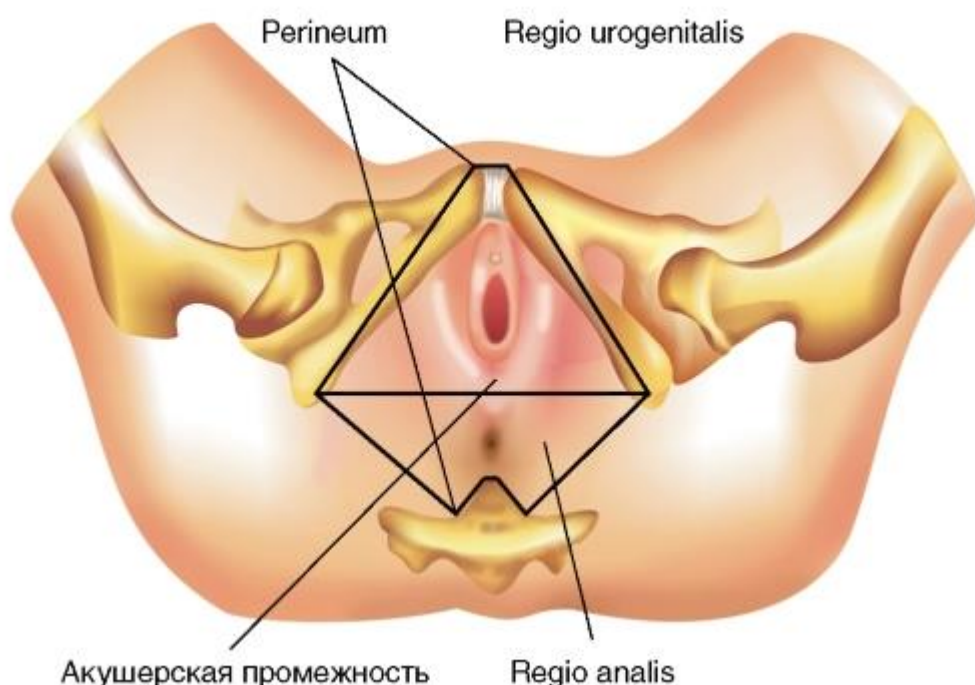


Рис. 1.17. Границы промежности

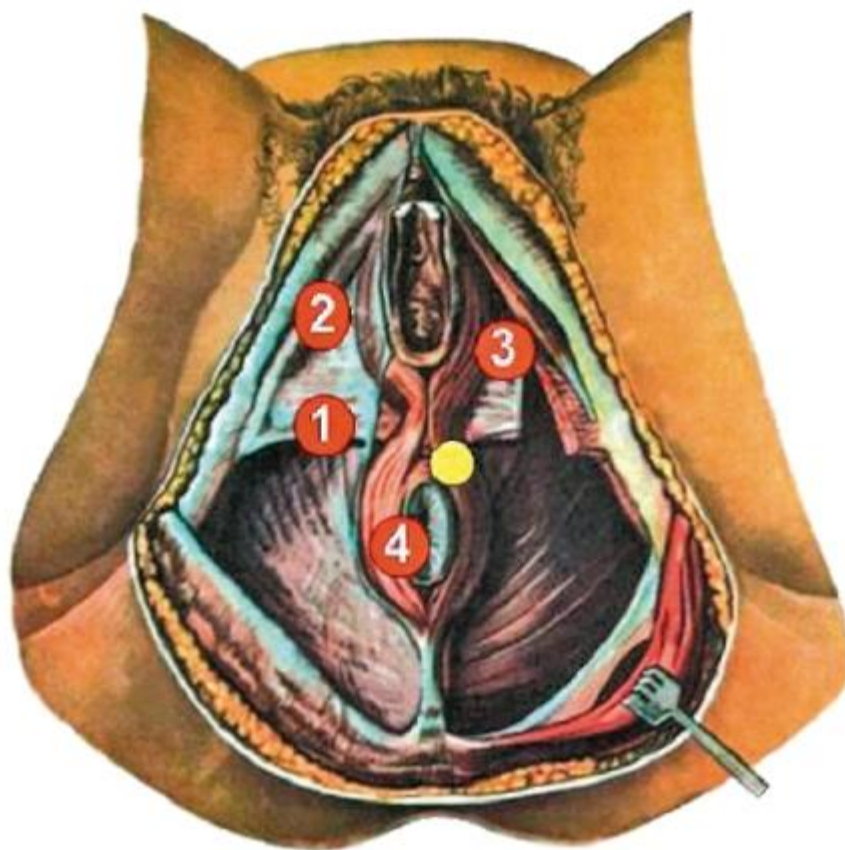



Рис. 1.18. Поверхностные мышцы мочеполовой области: 1 - *m. transversus perinei superficialis*; 2

- *m. ischio-cavernosus*; 3 - *m. bulbospongiosus*; 4 - *m. sphincter ani externum*;  - *centrum tendineum*

Какие мышцы относят к среднему слою мочеполовой области промежности?

Средний слой мышц тазового дна (мочеполовой области) представляет собственно мочеполовую диафрагму (*diaphragma urogenitale*) и включает (рис. 1.19):

- поперечную глубокую мышцу промежности (*m. transversus perinei profundus*) - парную мышцу, располагающуюся между седалищными буграми (частично идет от ветвей седалищной и лобковой костей), соединяясь с одноименной мышцей противоположной стороны в сухожильном центре промежности;
- мышцу, сжимающую мочеиспускательный канал (*m. sphincter urethrae externum*), - лежит впереди от поперечной глубокой мышцы промежности, окружая мочеиспускательный канал, часть ее направляется к ветвям лобковых костей.

Мочеполовая диафрагма при сокращении сжимает мочеиспускательный канал и большие железы преддверия влагалища.

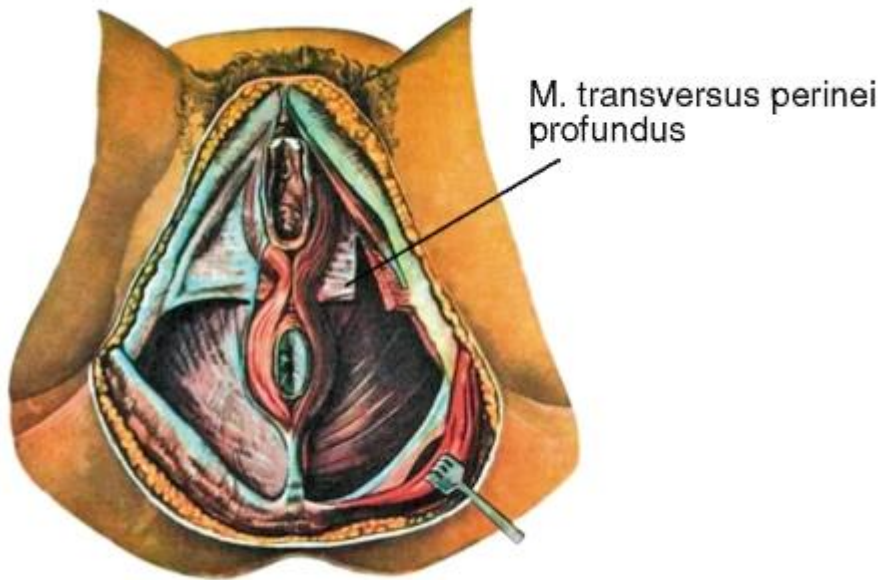


Рис. 1.19. Средний слой мышц тазового дна

Какие мышцы относят к глубокому слою мочеполовой области промежности?

Глубокий слой мышц тазового дна (рис. 1.20) - это тазовая диафрагма (*diaphragma pelvis*), представленная самой мощной мышцей тазового дна - мышцей, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

Эту мышцу делят на три части, которые нередко описывают как отдельные парные мышцы: подвздошно-копчиковые, лобково-копчиковые (или лобково-висцеральные) и седалищно-копчиковые.

Под употребляемым в акушерской практике термином «промежность» чаще всего понимают переднюю промежность, так как задняя ее часть существенного значения в акушерстве не имеет.

Как осуществляются кровоснабжение и иннервация наружных половых органов?

Наружные половые органы получают кровь от следующих парных артерий: • внутренней срамной (*a. pudenda interna*) и запирательной артерий (*a. obturatoria*) - ветви внутренней подвздошной артерии (*a. iliaca interna*);

• наружной срамной (*a. pudenda externa*) и наружной семенной артерий (*a. spermatica externa*), отходящих от наружной подвздошной артерии (*a. iliaca externa*).

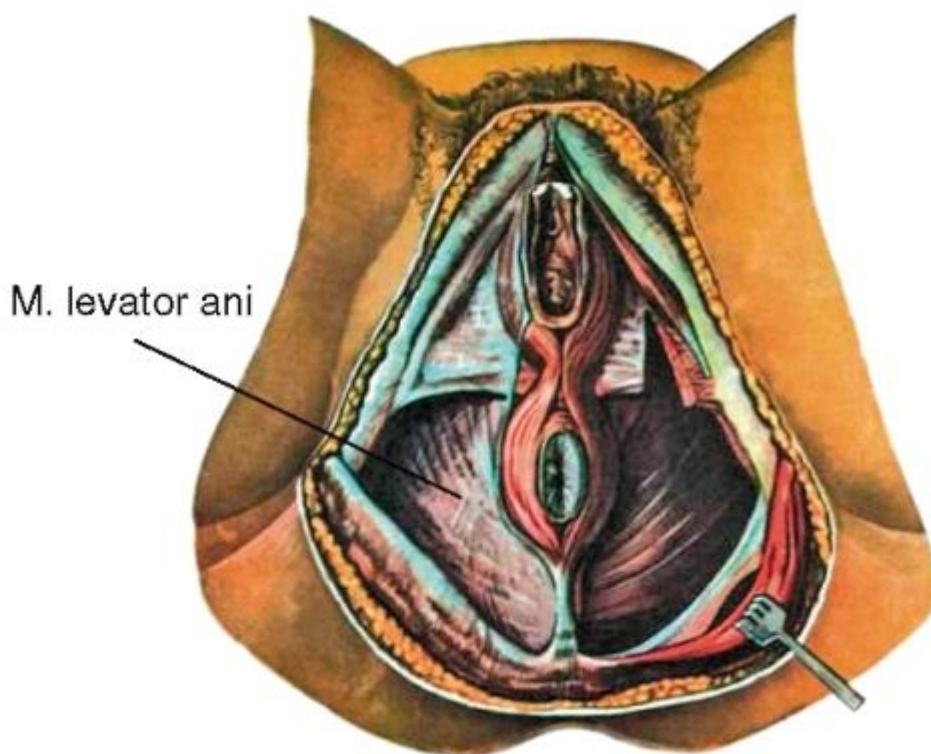


Рис. 1.20. Глубокий слой мышц тазового дна

Венозный отток происходит по одноименным венам. Особенностью венозной системы является образование сплетений в области клитора (*plexus clitoridis*) и у краев луковиц преддверия (*plexus bulbocavernosus*). Травма этих сплетений, особенно при беременности и в родах, может быть причиной обильного кровотечения или образования гематомы.

Иннервация наружных половых органов осуществляется главным образом веточками срамного нерва, который берет начало от внутреннего крестцового нерва (*n. splanchnici sacralis*).

Внутренние половые органы женщины

Что относится к внутренним половым органам женщины?

Внутренние половые органы женщины (рис. 1.21): влагалище, матка и ее придатки (маточные трубы и яичники, их связки - круглые и широкие связки матки, собственные и подвешивающие связки яичников).

Непосредственное отношение к внутренним половым органам имеют соединительнотканые и гладкомышечные образования, принадлежащие к фиксирующему аппарату матки: поперечная (основная) связка, лобковопузырные и крестцово-маточные связки.

Что представляет собой влагалище?

Влагалище (vagina s. colpos) - трубка П-образной формы длиной 10-12 см, идущая снизу вверх и несколько кзади по проводной оси таза, от преддверия влагалища к матке. Верхний отдел влагалища соединяется с шейкой матки, образуя четыре свода (*fornices vaginae*): передний, задний и два боковых. Самым глубоким является задний свод, граничащий с наиболее низко расположенным отделом брюшной полости у женщин - маточно-

Источник KingMed.info

прямокишечным пространством (*excavatio rectouterina*). Через задний свод влагалища производят ряд диагностических и лечебных вмешательств (диагностические пункции, введение лекарственных веществ в брюшную полость, кульдоскопию и т.д.).

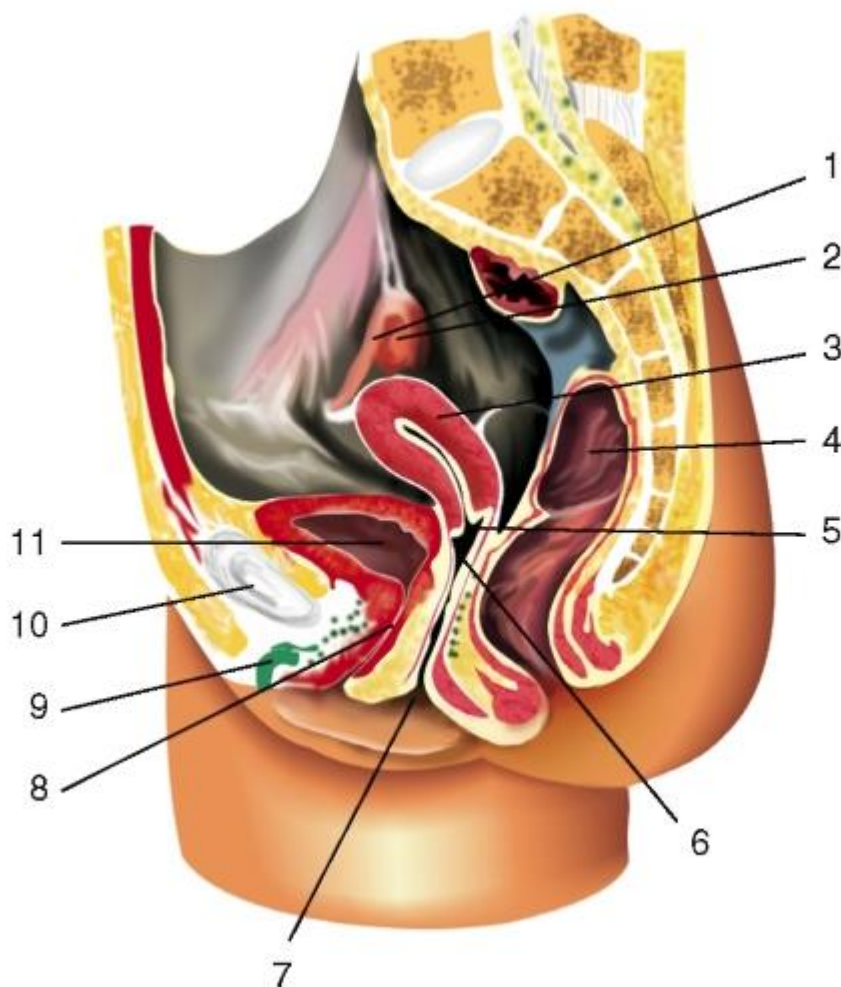


Рис. 1.21. Внутренние половые органы женщины (сагиттальный разрез): 1 - *tuba uterina*;

2 - *ovarium*; 3 - *uterus*; 4 - *rectum*; 5 - *fornix vaginae posterior*; 6 - *fornix vaginae anterior*; 7 - *orificium vaginae*; 8 - *urethra*; 9 - *corpus clitoridis*; 10 - *simphysi spubica*; 11 - *vesica urinaria*

Стенка влагалища имеет толщину 0,3-0,4 см и обладает большой эластичностью. Она состоит из трех слоев: внутреннего - слизистого, среднего - гладкомышечного и наружного - соединительнотканного. Слизистая оболочка представляет собой видоизмененную кожу, покрыта многослойным плоским эпителием и лишена желез. В период половой зрелости слизистая оболочка образует складки, в основном расположенные поперечно (*rugae vaginalis*). Складчатость слизистой оболочки уменьшается после родов и у многорожавших женщин бывает невыраженной. Слизистая оболочка влагалища имеет бледно-розовый цвет, который при беременности становится цианотичным. Средний, гладкомышечный, слой хорошо растяжим, что особенно необходимо в процессе родов. Наружный, соединительнотканый, слой связывает влагалище с соседними органами - мочевым пузырем и прямой кишкой.

Что представляет собой матка?

Матка (uterus, s. metra, s. hyster) - гладкомышечный полый орган, по форме напоминающий грушу, сдавленную в переднезаднем направле-

Источник KingMed.info

нии. Вес матки у нерожавшей половозрелой женщины около 50 г, длина ее 7-8 см, наибольшая ширина (у дна) 5 см, стенки имеют толщину 1-2 см. Матка делится на три отдела: шейку, перешеек, тело (рис. 1.22).



Рис. 1.22. Фронтальный разрез матки (схема)

Шейка матки (*cervix uteri*) составляет приблизительно треть всей длины органа. У нерожавшей женщины форма влагалищной части шейки (*portio vaginalis*) приближается к форме усеченного конуса (субконическая шейка), у рожавшей - имеет цилиндрическую форму. Через всю шейку проходит цервикальный канал (*canalis cervicalis*), имеющий веретенообразную форму. Такая форма наилучшим образом способствует удерживанию в его просвете слизистой пробки - секрета желез цервикального канала.

Эта слизь обладает чрезвычайно высокими бактерицидными свойствами и препятствует проникновению инфекции в полость матки. Цервикальный канал открывается в полость матки внутренним зевом (*orificium internum*) и во влагалище - наружным (*orificium externum*). Наружный зев у нерожавших женщин имеет точечную форму, у рожавших - форму поперечной щели, вследствие всегда имеющихся при родах небольших разрывов (рис. 1.23).

Полость матки на фронтальном разрезе имеет форму треугольника.

Перешеек (isthmus) - область между шейкой и телом матки шириной около 1 см. Из перешейка в III триместре беременности формируется нижний маточный сегмент - самая тонкая часть стенки матки в родах. Здесь чаще всего происходит разрыв матки, в этой же области производится разрез матки при операции кесарева сечения.

Тело матки (corpus uteri) - часть органа, располагающаяся выше перешейка, ее вершина называется дном (*fundus*). Стенка матки состоит из трех слоев (см. рис. 1.22): внутреннего - слизистая оболочка (*endometrium*), среднего мышечный слой (*myometrium*), наружного - серозный слой (*perimetrium*).

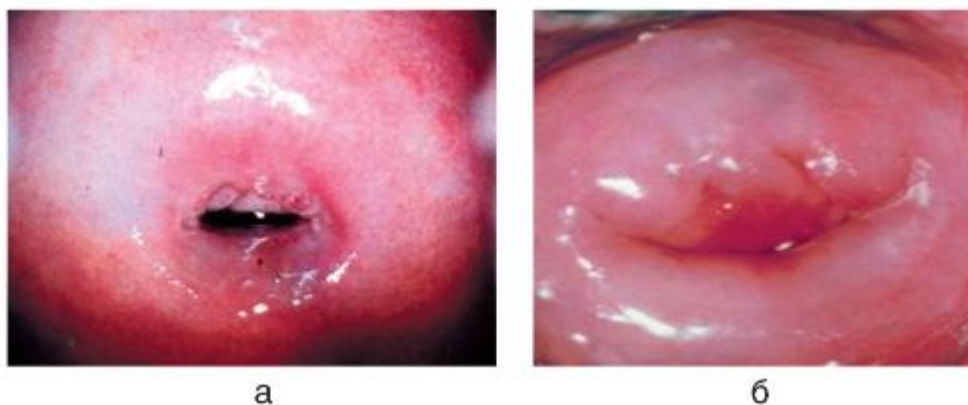


Рис. 1.23. Форма наружного зева: а - у нерожавшей женщины; б - у рожавшей **Из каких слоев состоит слизистая оболочка матки?**

Слизистая оболочка матки разделяется на два слоя: базальный и функциональный. В течение менструального цикла (МЦ) в эпителии, готовящемся принять оплодотворенную яйцеклетку, происходят пролиферативные процессы. Если оплодотворения нет, функциональный слой эндометрия отторгается, что сопровождается менструальным кровотечением. По окончании менструации вновь начинается образование функционального слоя за счет клеток базального слоя.

Каково строение среднего (мышечного) слоя стенки матки?

Средний (мышечный) слой состоит из гладкомышечных волокон, слои которых располагаются кольцеобразно в середине и в косом направлении в наружном и внутреннем отделах толщи стенки (рис. 1.24).

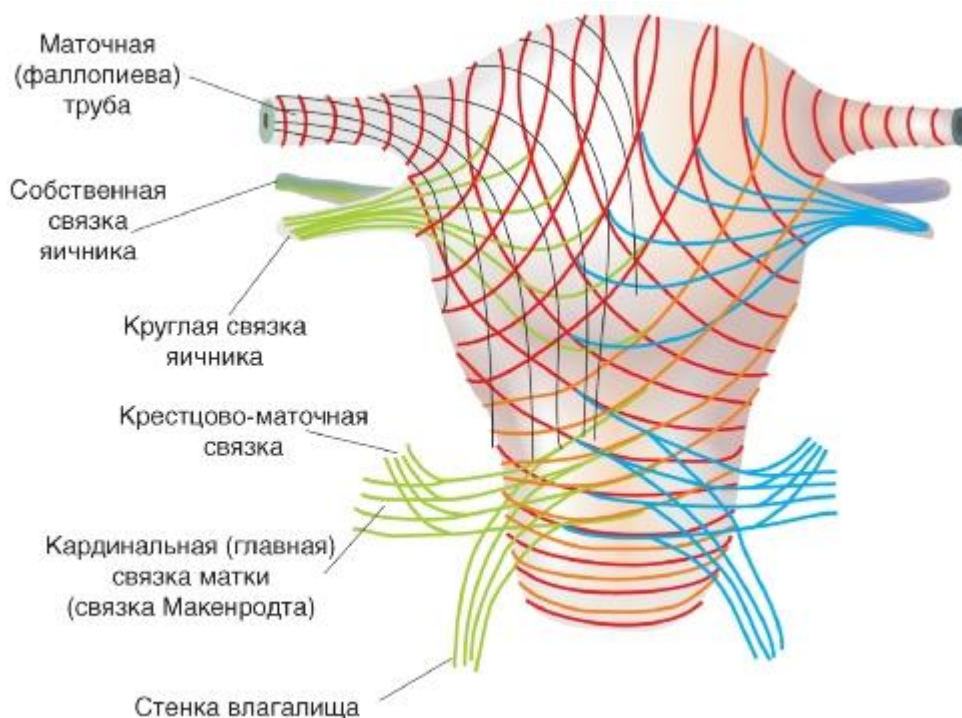


Рис. 1.24. Расположение мышечных слоев матки (схема)

Как покрывает матку серозный слой?

Источник KingMed.info

Наружный (серозный) слой является висцеральным листком брюшины, которая неодинаково сращена с маткой в разных ее отделах. Спереди, в месте перехода на мочевой пузырь, брюшина образует пузырьно-маточную складку (*plica vesicouterina*), под которой имеется некоторое количество рыхлой клетчатки. При операции кесарева сечения для обеспечения доступа к матке эта складка рассекается и служит затем для надежного прикрытия (перитонизации) шва на матке.

Как располагается матка в полости малого таза?

Нормальным положением матки (рис. 1.25) считается наклонение ее кпереди с образованием между телом и шейкой тупого угла (*anteflexio-versio*).

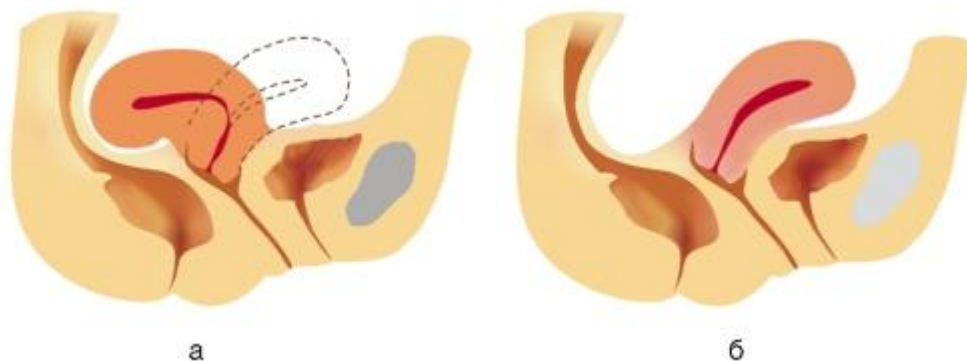


Рис. 1.25. Варианты положения матки в полости малого таза: а - *anteflexio*; б - *retroflexio*

Что относится к придаткам матки?

Придатки матки (*adnexa uteri*) включают маточные трубы, яичники и связки.

Каковы анатомическое строение и функция маточных труб?

Маточные трубы (*tubae uterinae*) отходят от дна матки в области ее углов и идут в верхних отделах широких связок матки по направлению к боковым стенкам таза (рис. 1.26). Маточные трубы, по сути, служат яйцеводами, т.е. путями, по которым яйцеклетка попадает в полость матки. Средняя длина маточной трубы 10-12 см. Просвет их на протяжении неодинаков:

- интерстициальная часть (*pars interstitialis s. intramuralis*) имеет просвет трубы, равный 0,5 мм;
- перешеек трубы (*pars isthmica*) - отрезок трубы по выходе ее из матки, внутренний диаметр трубы здесь несколько больше, чем в интерстициальной части;
- ампулярная часть (*pars ampullaris*) - наиболее толстая часть трубы, ее просвет здесь также увеличивается и достигает в конце, в так называемой воронке (*infundibulum tubae*), 5 мм.

От воронки трубы идут многочисленные бахромки (*fimbriae tubae*) длиной 1-1,5 мм. Самая длинная из них называется яичниковой (*fimbria ovarica*). Стенка трубы состоит из трех слоев:

- внутреннего - слизистая оболочка трубы, состоящая из клеток цилиндрического реснитчатого эпителия;
- среднего - мышечный, содержащий волокна гладкой мускулатуры;
- наружного - серозный покров, представляющий собой брюшину широкой связки матки.

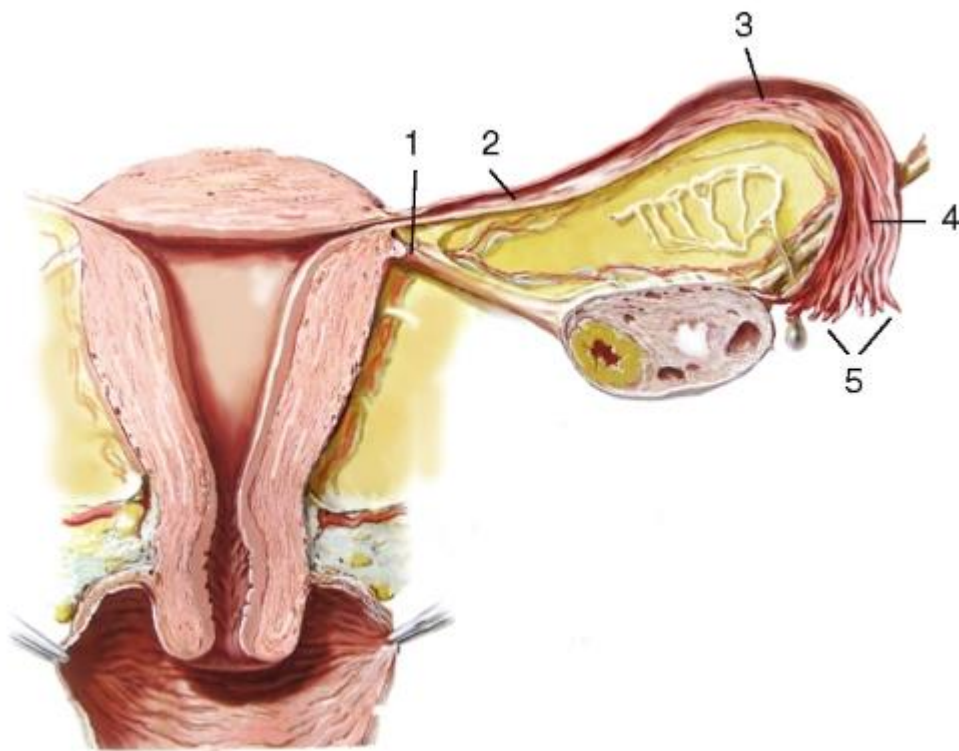


Рис. 1.26. Строение маточной трубы: 1 - *pars intramuralis*; 2 - *pars isthmica*; 3 - *pars ampullaris*; 4 - *infundibulum tubae*; 5 - *fimbriae tubae*

Маточные трубы сокращаются перистальтически, что наряду с мерцанием ресничек способствует продвижению яйцеклетки в полость матки. В рыхлой клетчатке у ампулярного конца трубы расположены рудиментарные эмбриональные образования: *epoophoron* и *paroophoron*, составляющие яичниковый придаток (*parovarium*).

Каковы анатомическое строение и функции яичников?

Яичник (ovarium s. oophoron) - парный орган, представляющий собой женскую половую железу со средними размерами 3,5x2,5x1,5 см. Он вырабатывает половые гормоны: эстрогены, прогестерон и андрогены. Яичник располагается на заднем листке широкой связки матки так, что меньший его участок - ворота (*hylus ovarii*), через которые входят сосуды и нервы, покрывается широкой связкой, а большая его часть не покрыта брюшиной и находится в брюшной полости.

Яичник покрыт кубическим или низкоцилиндрическим эпителием, под которым находится второй слой - белочная оболочка (*tunica albuginea*), состоящая из сети коллагеновых волокон. Под белочной оболочкой расположен основной слой - корковое вещество (*substantia corticalis*). В корковом слое находятся фолликулы на разных стадиях развития. Четвертый - мозговой слой яичника, представляет собой нежную соединительную ткань, содержащую большое количество сосудов и нервов.

В яичнике происходит рост и развитие яйцеклетки, которая в середине овариального цикла выбрасывается из лопнувшего фолликула и попадает в брюшную полость, а затем по маточной трубе в полость матки. На месте

лопнувшего фолликула образуется желтое тело (*corpus luteum*), продуцирующее прогестерон - гормон сохранения беременности. Во второй половине беременности, когда функцию гормонообразования берет на себя плацента, желтое тело подвергается регрессу и превращается в белое тело (*corpus albicans*).

Чем обеспечивается сохранение положения внутренних половых органов женщины?

Сохранение определенных топографических соотношений внутренних половых органов обеспечивается наличием подвешивающего, фиксирующего и поддерживающего аппаратов. Своеобразие функции этих аппаратов таково, что, удерживая матку и придатки в определенном положении, они в то же время обеспечивают их подвижность в значительных пределах, что необходимо для нормального развития беременности и течения родового акта.

Что такое подвешивающий аппарат матки?

Подвешивающий аппарат матки и ее придатков представлен парными связками, которые соединяют эти органы друг с другом и со стенками таза (рис. 1.27):

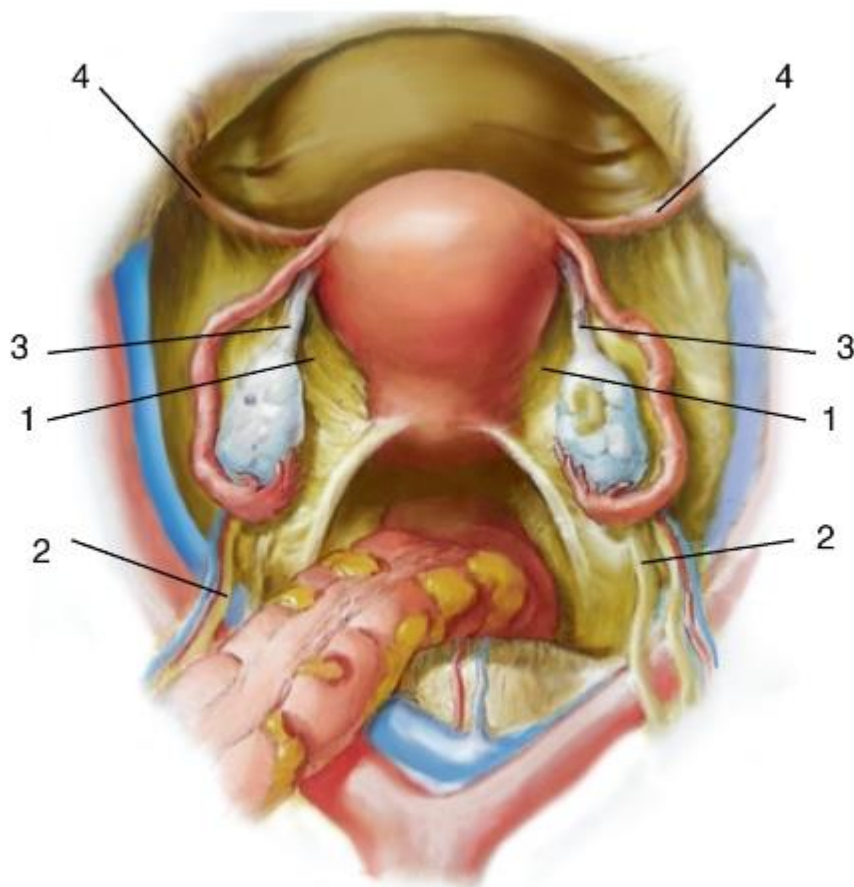


Рис. 1.27. Подвешивающий аппарат матки: 1 - *lig. latum uteri*; 2 - *lig. suspensorium ovarii*; 3 - *lig. ovarii proprium*; 4 - *lig. teres uteri*

- широкая маточная связка (*lig. latum uteri*) - поперечная складка брюшины, покрывающая тело матки и трубы, составляет их серозный покров и брыжейки труб. Широкие связки идут к боковым стенкам таза, где переходят в париетальную брюшину. К их задней поверхности в боковых отделах прикрепляются яичники;

- поддерживающая связка яичника (*lig. suspensorium ovarii*) - наружная часть широкой связки, идущая от яичника и ампулярной части трубы к боковой стенке таза. Относительная прочность этой связки объясняется проходящими в ней сосудами (*a. et v. ovarica*);

- собственная связка яичника (*lig. ovarii proprium*) проходит в толще заднего листка широкой связки от маточного полюса яичника к матке. Наличие гладкомышечных элементов и проходящие в ней яичниковые ветви маточных артерий и вены обеспечивают прочность связки;

Источник KingMed.info

• круглая связка матки (*lig. teres uteri*) представляет собой канатик длиной 10-15 см, диаметром 3-5 мм, состоящий из гладкомышечной и соединительной ткани. Круглые связки начинаются спереди и книзу от трубных углов матки и идут под передними листками широких связок в паховых каналах, разветвляясь в толще больших половых губ.

Какие образования относятся к фиксирующему аппарату матки? Фиксирующий аппарат матки составляют (рис. 1.28):

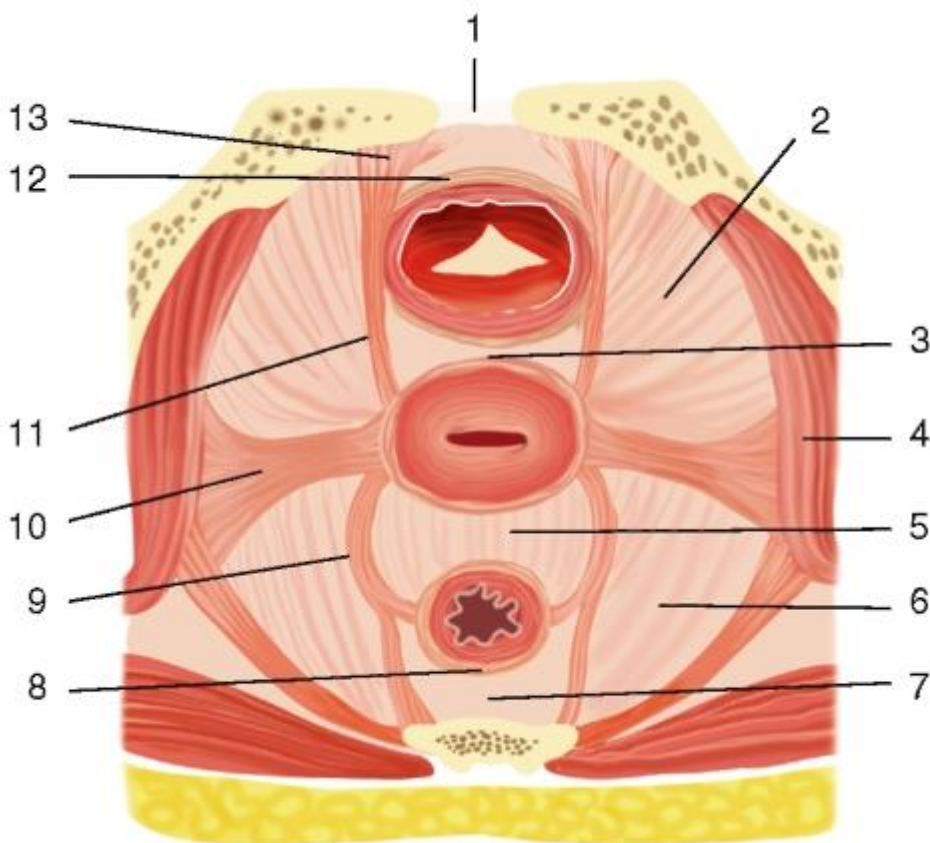


Рис. 1.28. Фиксирующий аппарат матки: 1 - *spatium prevesicale*; 2 - *spatium paravesicale*; 3 - *spatium vesicovaginale*; 4 - *m. levator ani*; 5 - *spatium retrovaginale*; 6 - *spatium pararectale*; 7 - *spatium retrorectale*; 8 - *fascia rectalis*; 9 - *lig. sacrouterinum*; 10 - *lig. cardinale*; 11 - *lig. vesicouterinum*; 12 - *fascia vesicalis*; 13 - *lig. pubovesicalis*

• поперечная (главная) связка матки (*lig. transversum uteri*), состоящая из сети радиально расположенных гладкомышечных и соединительнотканых элементов, окружающих шейку на уровне внутреннего зева. Волокна главной связки вплетаются в тазовую фасцию, фиксируя матку к тазовому дну;

• лобково-пузырные связки (*lig. pubovesicalis*) - гладкомышечные и соединительнотканые волокна, идущие от нижней части передней поверхности матки к мочевому пузырю и лобку;

• крестцово-маточные связки (*lig. sacrouterinum*), состоящие из гладкомышечных и фиброзных волокон. Они идут от задней поверхности шейки матки, несколько ниже уровня ее внутреннего зева, охватывают с боков прямую кишку и сливаются с тазовой фасцией на внутренней поверхности крестца. Подвешивающие и фиксирующие связки матки во время беременности растягиваются, обеспечивая подвижность матки в пределах, необходимых для ее роста.

Что представляет собой поддерживающий аппарат внутренних половых органов женщины?

Поддерживающий аппарат внутренних половых органов женщины - это мышцы и фасции промежности, составляющие тазовое дно. Мышцы тазового дна делятся на три слоя: наружный, средний и внутренний (рис. 1.29).

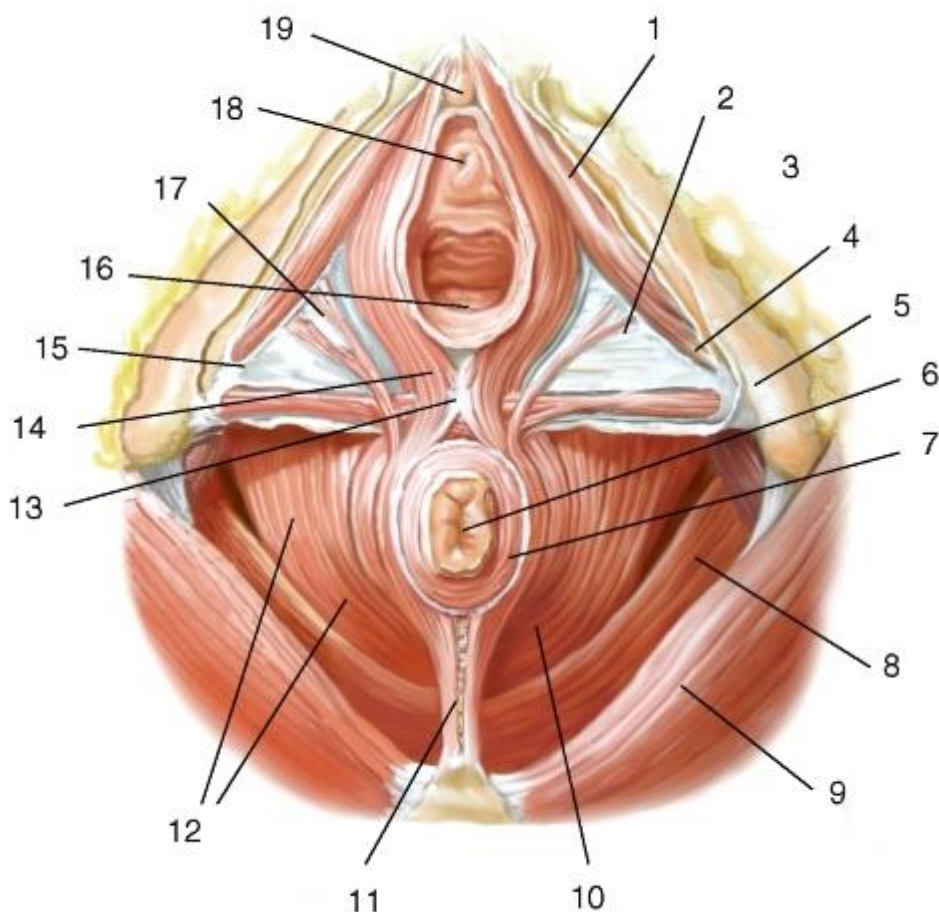


Рис. 1.29. Промежность: 1 - *m. ischiocavernosus*; 2 - *fascia diaphragmatis urogenitalis inferior*; 3 - *m. transversus perinei profundus*; 4 - *fascia diaphragmatis urogenitalis superior*; 5 - *m. transversus perinei superficialis*; 6 - *anus*; 7 - *m. sphincter ani externus*; 8 - *lig. sacrotuberale*; 9 - *m. gluteus maximus*; 10 - *m. levator ani*; 11 - *lig. anococcygeum*; 12 - *fascia diaphragmatis pelvis inferior*; 13 - *centrum tendineum perinei*; 14 - *m. bulbospongiosus*; 15 - *fascia lata*; 16 - *ostium vaginae*; 17 - *fascia perinei superficialis*; 18 - *ostium urethrae externum*; 19 - *glans clitoridis*

В наружный слой входят следующие мышцы:

- седалищно-пещеристая мышца (*m. ischiocavernosus*) - парная, идущая от седалищных бугров к клитору;
- луковично-губчатая мышца (*m. bulbospongiosus*) - парная мышца, обхватывающая с обеих сторон вход во влагалище;
- наружная мышца, сжимающая задний проход (*m. sphincter ani externus*), кольцевидно окружает нижний отдел прямой кишки;
- поверхностная поперечная мышца промежности (*m. transversus perinei superficialis*) обычно развита слабо. Это парная мышца, идущая от внутренней поверхности седалищного бугра к сухожильному центру промежности, где она соединяется с одноименной мышцей другой стороны.

Источник KingMed.info

Средний слой мышц промежности, называемый мочеполовой диафрагмой (*diaphragma urogenitale*), включает:

- мышцу, сжимающую мочеиспускательный канал (*m. sphincter urethrae externum*);
- глубокую поперечную мышцу промежности (*m. transversus perinei profundus*); парную, располагающуюся в треугольнике между симфизом, лобковыми и седалищными костями.

Внутренний слой мышц тазового дна, или диафрагму таза (*diaphragma pelvis*), образует мышца, поднимающая задний проход (*m. levator ani*). Это мощная, хорошо развитая мышца, состоящая из трех парных пучков (ножек):

- лобково-копчиковой мышцы (*m. pubococcygeus*);
- подвздошно-копчиковой мышцы (*m. iliococcygeus*);
- седалищно-копчиковой мышцы (*m. ischiococcygeus*).

В родах промежность нередко травмируется, при этом повреждается именно внутренний слой тазового дна. Эти мышцы должны быть сшиты самым тщательным образом, так как внутренний слой тазового дна имеет наибольшее значение в сохранении положения влагалища и матки.

Как осуществляются кровоснабжение и иннервация половых органов женщины?

Внутренние половые органы получают кровь из парных сосудов (рис. 1.30), являющихся ветвями аорты (яичниковые артерии) или ветвями подвздошных артерий (маточные артерии).

Маточная артерия (*a. uterina*) идет по ребру матки и, снабжая ее кровью, отдает ветви широкой и круглой связкам своей стороны, маточной трубе, яичнику и верхнему отделу влагалища.

Яичниковые артерии (*a. ovarica*), ветви которых обеспечивают кровоснабжение яичников, труб и отчасти матки, образуют анастомозы с ветвями маточной артерии.

Верхняя часть влагалища кровоснабжается из парной влагалищной артерии (*a. vaginalis*), являющейся ветвью маточной артерии. В средней части кровоснабжение осуществляется влагалищными ветвями парных нижней пузырной артерии (*a. vesicalis inferior*) и средней прямокишечной артерии (*a. rectalis media*) - ветви внутренней подвздошной артерии (*a. iliaca interna*).

Нижняя часть влагалищной трубки получает кровь из парных внутренней срамной артерии (*a. pudenda interna*) и средней прямокишечной артерии (*a. rectalis media*), также отходящих от внутренней подвздошной артерии (*a. iliaca interna*).

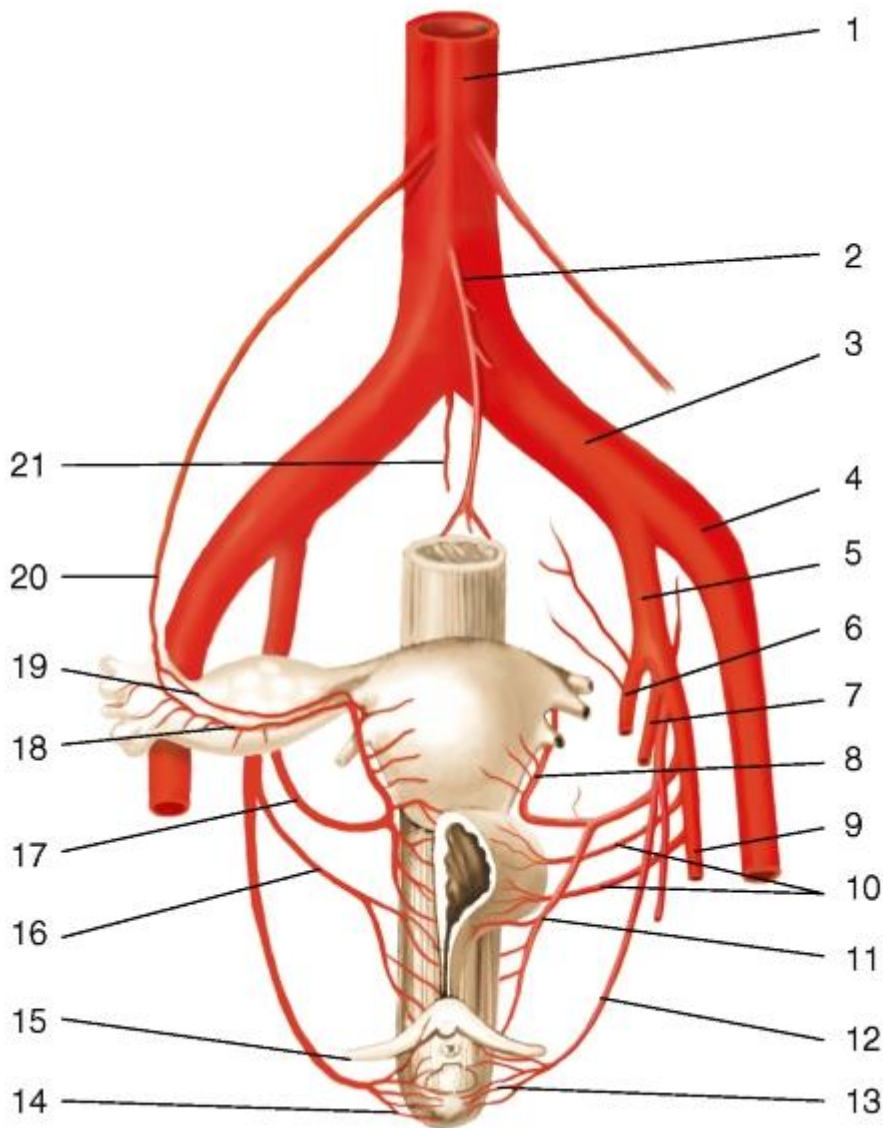


Рис. 1.30. Артерии тазовых органов: 1 - *aorta abdominalis*; 2 - *a. mesenterica inferior*; 3 - *a. iliaca communis*; 4 - *a. iliaca externa*; 5 - *a. iliaca interna*; 6 - *a. glutea superior*; 7 - *a. glutea inferior*; 8 - *a. uterina*; 9 - *a. umbilicalis*; 10 - *aa. vesicales*; 11 - *a. vaginalis*; 12 - *a. pudenda interna*; 13 - *a. perinealis*; 14 - *a. rectalis inferior*; 15 - *a. clitoridis*; 16 - *a. rectalis media*; 17 - *a. uterina*; 18 - *r. tubarius*; 19 - *r. ovaricus*; 20 - *a. ovarica*; 21 - *a. sacralis mediana*

Венозный отток осуществляется по одноименным венам, образующим сплетения в толще широких связок между маткой и яичниками (*plexus uteroovaricus*) и между мочевым пузырем и влагалищем (*plexus vesicovaginal*).

Иннервация внутренних половых органов осуществляется от нервных сплетений, находящихся в брюшной полости и малом тазу:

- верхнего подчревного;
- нижнего подчревного (тазового);
- влагалищного;
- яичникового.

Источник KingMed.info

Тело матки преимущественно получает симпатические волокна, шейка матки и влагалище - парасимпатические.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. К наружным половым органам относятся:

- 1) большие и малые половые губы;
- 2) преддверие влагалища;
- 3) влагалище;
- 4) шейка матки;
- 5) матка.

2. Что находится в преддверии влагалища?

- 1) шейка матки;
- 2) отверстие мочеиспускательного канала;
- 3) парауретральная железа.

3. Кровоснабжение наружных половых органов осуществляется:

- 1) ветвями внутренней подвздошной артерии;
- 2) ветвями наружной подвздошной артерии;
- 3) маточной артерией;
- 4) ветвью маточной артерии (*a. vaginalis*);
- 5) яичниковой артерией.

4. К фиксирующему аппарату матки относятся:

- 1) седалищно-пещеристая мышца;
- 2) лобково-пузырная связка;
- 3) крестцово-маточные связки;
- 4) широкая маточная связка;
- 5) седалищно-копчиковая мышца.

5. Кровоснабжение внутренних половых органов осуществляется:

- 1) маточной артерией;
- 2) запирающей артерией;
- 3) наружной семенной артерией;
- 4) яичниковой артерией.

6. К подвешивающему аппарату матки относятся:

Источник KingMed.info

- 1) поперечная (главная, кардинальная) связка матки;
- 2) поверхностная поперечная мышца промежности;
- 3) седалищно-копчиковая мышца;
- 4) широкая маточная связка;
- 5) собственная связка яичника.

7. К внутренним половым органам относятся:

- 1) яичники;
- 2) матка;
- 3) малые половые губы;
- 4) клитор;
- 5) девственная плева.

1.3. НОРМАЛЬНЫЙ МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

Цель занятия: ознакомить студентов с регуляцией нормального менструального цикла (МЦ).

Студент должен знать: определение функциональной системы, принципы и виды обратной связи, физиологию регуляции нормального МЦ, роль гонадолиберина (ГнРГ), фоллитропина (ФСГ), лютропина (ЛГ), пролактина (ПРЛ), андрогенов, эстрогенов, прогестерона, простагландинов, гормонов коры надпочечников, щитовидной железы; критерии нормального МЦ, механизм менструального кровотечения; тесты функциональной диагностики (ТФД) и гормональные исследования при нормальном МЦ.

Студент должен уметь: производить взятие материала для тестов функциональной диагностики, оценивать их показатели и данные гистологического исследования эндометрия, гормональные показатели.

Место проведения занятия: учебная комната.

Оснащение: таблицы, слайды, презентации, эхограммы яичников и матки.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что называется менструальным циклом?

Менструальный цикл (МЦ) - это сложный биологический процесс, сопровождающийся циклическими изменениями во многих органах и системах организма, которые наиболее выражены в половой сфере, и подготавливающий организм женщины к беременности.

Что такое менархе?

Менархе - возраст первой менструации в жизни женщины. Менструации у большинства женщин начинаются в 12-14 лет и продолжаются до 49-53 лет.

Каковы факторы, определяющие наступление первой менструации?

Время наступления первой менструации определяется этническими, территориальными и социально-экономическими факторами. К ним относятся наследственные, конституциональные факторы, состояние здоровья, масса тела. Менархе наступает при достижении девочкой массы тела, равной 47-48 кг, когда доля жировой ткани по отношению к общей массе тела в среднем достигает 22%.

Как считается длительность менструального цикла?

Длительность МЦ условно определяется с 1-го дня наступившей менструации до 1-го дня следующей.

Какова клиническая характеристика менструального цикла?

Продолжительность МЦ в детородном возрасте у женщин с регулярными менструациями варьирует от 21 до 35 дней. У 60% женщин она составляет 28-30 дней. Термином «менструация» определяют периодические кровянистые выделения из половых путей женщины, которые появляются в результате отторжения эндометрия в конце МЦ.

Продолжительность менструального кровотечения зависит от многих факторов (в частности, от скорости регенерации эндометрия), в норме она колеблется от 2 до 7 дней и равна в среднем 3-4 дням. Общее количество теряемой крови обычно невелико - в среднем 50-100 мл.

Менструальная кровь темного цвета, со специфическим запахом, обычно не сворачивается из-за наличия слизи, мышьяка и органических веществ. Необходимо помнить, что менструация означает не начало, а конец физиологических процессов, продолжающихся 3-4 нед. Она свидетельствует об угасании этих процессов, призванных подготовить организм женщины к беременности: «Менструация - плач матки по ненаступившей беременности».

Как организована репродуктивная система?

Репродуктивная система (РС) организована по иерархическому принципу и является функциональной системой. Для реализации механизмов контроля нормального МЦ необходимо наличие и участие пяти уровней регуляции (экстрагипоталамические церебральные структуры и кора головного мозга, гипофизотропная зона гипоталамуса, аденогипофиз, яичники, органы-мишени).

Функциональная система - интегральное образование, включающее центральные и периферические звенья, «работающие» по принципу обратной связи (рис. 1.31). В отличие от других систем, РС женщины достигает оптимальной функциональной активности в возрасте 16-17 лет, когда организм готов к воспроизведению. К 45-49 годам угасает репродуктивная, к 50-55 годам - менструальная, к 55-60 годам - гормональная функция РС.

Что относится к первому уровню регуляции репродуктивной системы?

Первый уровень РС - экстрагипоталамические структуры головного мозга, воспринимающие импульсы из внешней среды и интерорецепторов и передающие их через систему нейротрансмиттеров (синоним - нейромедиаторов) в нейросекреторные ядра гипоталамуса. В настоящее время выделены и синтезированы классические синаптические нейротрансмиттеры: биогенные амины - катехоламины, норадреналин, индолы, серотонин и эндогенные опиоидные (морфиноподобные) нейропептиды.

В регуляции функции РС принимает участие кора головного мозга. Информация, поступающая из внешней среды, определяет психическую деятельность, эмоциональный ответ и поведение. Все

Источник KingMed.info

это сказывается на функциональном состоянии РС, о чем свидетельствует нарушение овуляции при различных острых и хронических стрессах, изменение ритма МЦ при перемене климатических условий, ритма работы и т.д. Нарушения репродуктивной функции реализуются через изменения синтеза и потребления нейротрансмиттеров в нейронах мозга и в конечном счете через гипоталамические структуры ЦНС.

Что относится ко второму уровню регуляции репродуктивной системы?

Второй уровень - гипофизотропная зона гипоталамуса, расположенная в его медиобазальном углу. Она состоит из скопления нейронов, образующих вентро- и дорсомедиальные аркуатные ядра. Нервные клетки этих ядер обладают нейросекреторной активностью - продуцируют гипофизотропные

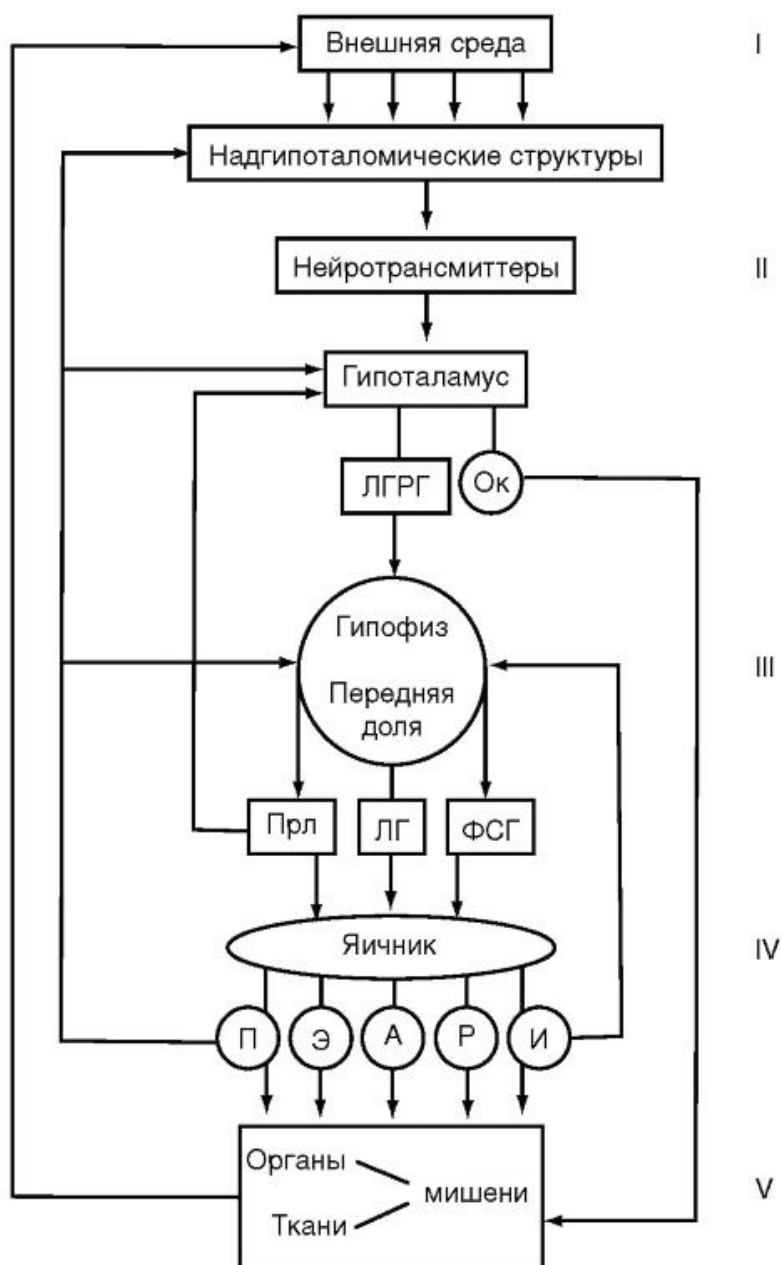


Рис. 1.31. Функциональная структура репродуктивной системы: нейротрансмиттеры - дофамин, норадреналин, серотонин; опиоидные пептиды; β -эндорфины, энкефалин; Ок - окситоцин; П - прогестерон; Э - эстрогены; А - андрогены; Р - релаксин; И - ингибин; I-V - уровни регуляции репродуктивной системы

Источник KingMed.info

гормоны (рилизинг-гормоны), либерины - стимуляторы или статины - ингибиторы. Гонадолиберин (ГнРГ), который стимулирует синтез и секрецию передней долей гипофиза ЛГ (в большей степени) и ФСГ (в меньшей степени), по своей химической природе относится к декапептидам. **Что такое цирхоральный ритм?**

Секреция ГнРГ генетически запрограммирована и происходит в определенном пульсирующем ритме с частотой примерно один раз в 90 мин. Этот ритм получил название *цирхорального (околочасового)*, а область аркуатных ядер - *аркуатного осциллятора*. Цирхоральный ритм выделения ГнРГ формируется в пубертатном возрасте и служит показателем зрелости нейросекреторных структур гипоталамуса. Определенную роль в модуляции пульсации ГнРГ играет и эстрадиол, что подтверждено обнаружением рецепторов эстрадиола в дофаминергических нейронах области аркуатного ядра гипоталамуса. Начало секреции ГнРГ в цирхоральном ритме совпадает с менархе, а ее завершение - с прекращением менструаций.

Что такое третий уровень регуляции репродуктивной системы?

Третий уровень - передняя доля гипофиза (аденогипофиз), в которой синтезируются гонадотропные гормоны (ЛГ, ФСГ, ПРЛ). ФСГ и ЛГ относятся к гликопротеидам, ПРЛ - полипептид и синтезируется лактотрофами.

ФСГ стимулирует рост фолликула, пролиферацию гранулезных клеток, индуцирует образование рецепторов ЛГ на поверхности клеток гранулезы. Под влиянием ФСГ увеличивается содержание ароматаз в зреющей фолликуле. ЛГ стимулирует образование андрогенов (предшественников эстрогенов) в тека-клетках, совместно с ФСГ способствует овуляции и стимулирует синтез прогестерона в лютеинизированных клетках гранулезы овулировавшего фолликула. Период полужизни ЛГ равен 30 мин, ФСГ - около 3000 мин. ПРЛ оказывает многообразное действие на организм женщины. Его основная биологическая роль - рост молочных желез и регуляция лактации, он обладает гипотензивным и жиромобилизующим действием.

Как связаны между собой гипоталамус и гипофиз?

Гипоталамус и гипофиз связаны между собой анатомически и имеют общее кровоснабжение. Нейросекрет ГнРГ по аксонам нервных клеток попадает в терминальные окончания, тесно соприкасающиеся с капиллярами медиальной возвышенности гипоталамуса, из которой формируется портальная кровеносная система, объединяющая гипоталамус и гипофиз. Особенность этой системы - возможность тока крови в ней в обе стороны: как к гипоталамусу, так и к гипофизу, что весьма важно для реализации механизма обратной связи.

Какой характер носит секреция пролактина, и какова его биологическая роль?

Синтез ПРЛ стимулируется постоянным тоническим поступлением из гипоталамуса тиреолиберина и тормозится так называемым пролактинингибирующим фактором, роль которого выполняет нейромедиатор дофамин (ДА). Секреция ПРЛ имеет циркадный характер и в отличие от других гипофизарных гормонов находится под постоянным ингибирующим контролем гипоталамуса посредством ДА. ПРЛ влияет на развитие молочных желез и лактацию, стимулирует фолликулогенез и процесс овуляции, обеспечивает сохранение и развитие ранних сроков беременности.

ДА, воздействуя на рецепторы лактотрофов гипофиза, тормозит секрецию ПРЛ, тем самым удерживая ее в пределах физиологических значений. При истощении уровня ДА синтез и секреция ПРЛ повышается вплоть до развития патологической гиперпролактинемии.

Что относится к четвертому уровню регуляции репродуктивной системы?

Четвертый уровень - яичники, в которых осуществляются сложные процессы синтеза стероидов и развития фолликула (яичниковый цикл). Процесс фолликулогенеза происходит в женском организме непрерывно: он начинается еще в антенатальном периоде и заканчивается в постменопаузе. До 90% фолликулов подвергается атрезии, и только небольшая часть их проходит полный цикл развития от примордиального до предовуляторного фолликула, овулирует и превращается в полноценное желтое тело. У приматов и человека в течение МЦ развивается один доминантный, а затем предовуляторный фолликул (рис. 1.32).

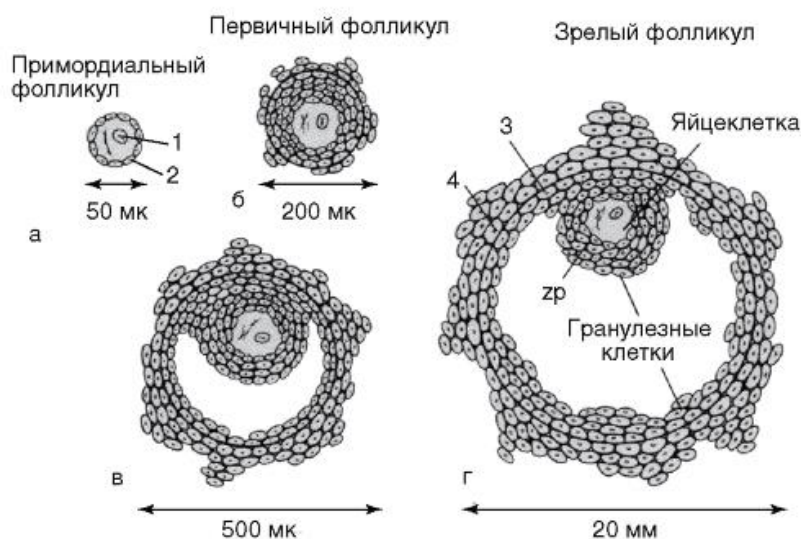


Рис. 1.32. Этапы развития доминантного фолликула: а - примордиальный фолликул; б - преантральный фолликул; в - антральный фолликул; г - предовуляторный фолликул; 1 - ооцит; 2 - клетки гранулезы; 3 - клетки тека; 4 - базальная мембрана

Какие изменения происходят в фолликуле?

В первые дни МЦ фолликул имеет диаметр полости 2 мм, а к моменту овуляции - в среднем 20-22 мм. За это время в 100 раз увеличивается объем фолликулярной жидкости и количество клеток гранулезы, выстилающих внутреннюю мембрану.

Какие факторы влияют на процесс овуляции?

В крови резко увеличивается содержание эстрогенов. Подъем уровня эстрогенов стимулирует выброс гонадотропинов и овуляцию.

Овуляция представляет собой разрыв базальной мембраны доминантного фолликула. Истончение и разрыв стенки фолликула происходят под влиянием фермента коллагеназы, простагландинов и протеолитических ферментов, образующихся в гранулезных клетках.

Какие изменения происходят в фолликуле после овуляции?

После овуляции в полость фолликула быстро врастают капилляры; гранулезные клетки подвергаются лютеинизации. Этот процесс приводит к образованию новой железы - желтого тела, клетки которого секретируют прогестерон.

Желтое тело секретирует не только прогестерон, но и эстрадиол, андрогены и релаксин. Механизмы регрессии желтого тела до конца не изучены, но известно, что лютеолитическим действием обладают простагландины. При наступлении беременности желтое тело продолжает развиваться (желтое тело беременности) и функционирует до 16-й недели.

Какие гормоны синтезируются в гранулезных клетках фолликула?

Источник KingMed.info

В незрелых гранулезных клетках фолликулов образуется также белковый гормон ингибин, тормозящий выделение ФСГ гипофизом. Наряду с этим в яичнике секретируются белковые вещества местного действия - окситоцин и релаксин. Окситоцин обнаружен в фолликулярной жидкости, желтом теле, в теле матки и маточных трубах. Релаксин синтезируется в клетках гранулезы фолликула и желтого тела в очень незначительных количествах, в желтом теле беременности концентрация его многократно возрастает. Релаксин оказывает токолитическое действие на миометрий и способствует овуляции.

В яичниках также образуются простагландины, относящиеся к фосфолипидам, биологическая роль которых в яичнике сводится к участию в овуляции путем усиления сократительной активности контрактильных элементов внутренней оболочки фолликула.

Чем обусловлены рост и созревание фолликула и стероидогенез в яичниках?

Рост и созревание овариальных фолликулов и синтез эстрадиола обусловлены синергичным действием ЛГ на тека-ткань и ФСГ - на гранулезоклеточную ткань (рис. 1.33). ЛГ стимулирует синтез андрогенов в тека-ткани, которые немедленно током крови переносятся во внутреннюю выстилку фолликула - клетки гранулезы. Здесь под влиянием ФСГ происходит процесс ароматизации андрогенов в эстрогены. Поэтому основным «стимулирующим» гормоном на этапе роста от малого антрального к доминантному и затем к преовуляторному фолликулу служит ФСГ.

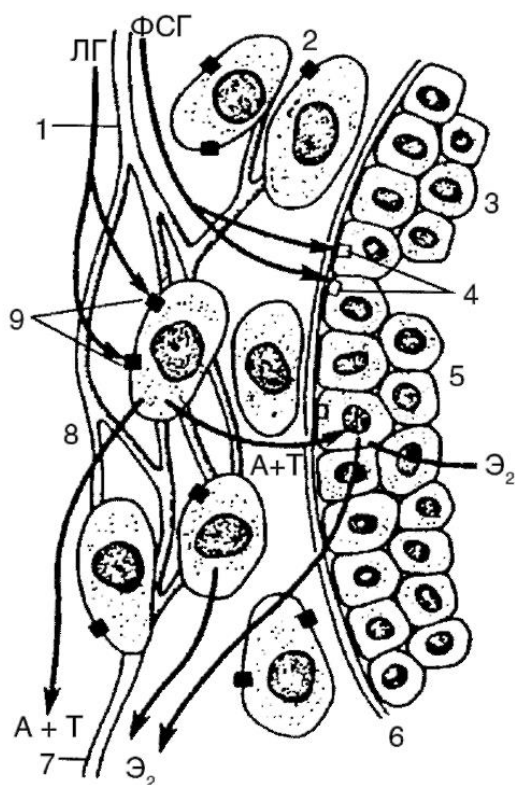


Рис. 1.33. Схематическое изображение стенки фолликула и стероидогенеза: А + Т - андростендион и тестостерон, образующиеся в клетках внутренней теки; Э₂ - эстрадиол, ароматизирующийся из андрогенов в гранулезу фолликула; черный квадрат - рецепторы ЛГ на мембране клеток внутренней теки; белый квадрат - рецепторы ФСГ на мембране клеток гранулезы; 1 - яичниковая артерия; 2 - клетки теки; 3 - клетки гранулезы; 4 - рецепторы ФСГ; 5 - фолликулярная жидкость; 6 - базальная мембрана; 7 - яичниковая вена; 8 - капиллярная сеть; 9 - рецепторы ЛГ

Какой гормон синтезируется в желтом теле?

В желтом теле синтезируется прогестерон. Уровень прогестерона достигает максимума на 20-22-й день МЦ (фаза расцвета желтого тела).

Какие существуют виды обратной связи в репродуктивной системе?

РС представляет собой суперсистему, функциональное состояние которой определяется обратной афферентацией составляющих ее подсистем. Выделяют:

- длинную петлю обратной связи - между яичниками и ядрами гипоталамуса, между яичниками и гипофизом;
- короткую петлю - между передней долей гипофиза и гипоталамусом;
- ультракороткую - между гонадолиберинем и нейронами гипоталамуса.

Обратная связь имеет как отрицательный, так и положительный характер.

Примером отрицательной связи служит усиление выделения ЛГ и ФСГ передней долей гипофиза в ответ на низкий уровень эстрадиола в раннюю фолликулиновую фазу. Пример положительной связи - выброс ЛГ в ответ на предовуляторный максимум содержания эстрадиола в крови. По механизму отрицательной обратной связи увеличивается образование ГнРГ при снижении уровня ЛГ в клетках передней доли гипофиза. Пример ультракороткой отрицательной связи - увеличение секреции ГнРГ при уменьшении его содержания в нейросекреторных нейронах гипоталамуса.

Каковы взаимоотношения гипоталамуса, гипофиза и яичников?

В нейронах медиобазального отдела гипоталамуса происходит пульсирующая секреция ГнРГ в цирхоральном режиме (см. рис. 1.31). По аксонам нервных клеток он поступает в портальную систему и с кровью переносится в переднюю долю гипофиза. Образование гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) регулируется влиянием одного ГнРГ. Однако чувствительность к нему клеток, вырабатывающих ЛГ, выше по сравнению с клетками, секретирующими ФСГ, что объясняется различием в строении их рецепторов и скорости метаболизма.

Под влиянием ритмичной стимуляции гонадолиберина ЛГ и ФСГ гуморальным путем стимулируют рост фолликула (фолликулярная фаза), синтез в нем стероидов и созревание яйцеклетки. Повышение уровня эстрадиола в предовуляторном фолликуле по принципу обратной связи вызывает резкое увеличение выброса ГнРГ (овуляторная амплитуда), что вызывает вслед за собой предовуляторный подъем ЛГ и ФСГ, и овуляцию. Соотношение половых стероидов в раннюю фолликулярную фазу также регулируется влиянием ингибина, синтезируемого незрелыми клетками гранулезы, который тормозит выделение ФСГ. После овуляции в клетках бывшей гранулезы накапливаются липиды (лютеинизация гранулезы), под влиянием ЛГ и при поддержке ПРЛ в них образуется прогестерон (лютеиновая фаза). При отсутствии беременности к фазе расцвета желтого тела (20-24-й дни МЦ) начинается обратное развитие желтого тела (лютеолиз), что сопровождается снижением уровня прогестерона и эстрогенов и приводит к отторжению эндометрия и началу очередной менструации.

Что относится к пятому уровню репродуктивной системы?

Пятым уровнем служат органы (ткани)-мишени - точки приложения действия гормонов. К ним относятся половые органы и молочные железы, кора головного мозга, кожа и ее придатки (волосяные фолликулы, сальные железы), кости, а также жировая ткань. В клетках этих тканей и

Источник KingMed.info

органов содержатся рецепторы к половым гормонам. Цитозолрецепторы - рецепторы цитоплазмы - обладают строгой специфичностью к эстрадиолу, тестостерону, прогестерону. Рецепторы к половым гормонам обнаружены во всех структурах РС, а также в центральной нервной системе, коже, жировой и костной ткани и молочных железах. Содержание рецепторов эстрадиола в аденогипофизе определяет чувствительность его клеток к эстрогенам, т.е. способность отвечать торможением или стимуляцией секреции ФСГ и ЛГ. Число стероидных рецепторов в эндометрии колеблется в зависимости от фазы МЦ, которые различаются уровнями и соотношением эстрадиола и прогестерона в крови.

К пятому уровню РС относится и внутриклеточный медиатор - циклическая аденозинмонофосфорная кислота (цАМФ), которая регулирует метаболизм в клетках ткани-мишени в соответствии с потребностями организма в ответ на воздействие гормонов. К пятому уровню также относят межклеточные регуляторы - простагландины, которые образуются из ненасыщенных жирных кислот во всех тканях организма, кроме эритроцитов.

Какие изменения происходят в эндометрии в течение менструального цикла?

В течение МЦ наиболее выраженные морфологические изменения под воздействием яичниковых половых гормонов происходят со стороны слизистой оболочки матки (эндометрии). В слизистой оболочке матки различают два слоя: базальный и функциональный, претерпевающий циклические изменения. Нормальный МЦ характеризуется последовательной сменой в эндометрии четырех фаз: пролиферации, секреции, десквамации, регенерации. Первые две фазы - основные, поэтому нормальный МЦ принято называть двухфазным.

Первая (основная) фаза пролиферации продолжается до 14-го дня (при 28-дневном цикле). В начале фазы пролиферации железы эндометрия узкие и ровные. Возрастающее действие эстрогенов обеспечивает дальнейшее увеличение желез в размерах, которые слегка извиваются, просвет их увеличивается, но секрета они не содержат. Максимально выраженная пролиферация эндометрия наблюдается к моменту полного созревания фолликула и его овуляции. Толщина функционального слоя к концу этой фазы достигает 4-5 мм. Спирально извитые (спиральные) артериолы, васкуляризирующие функциональный слой, извиты несколько больше, чем в предшествующих стадиях пролиферации.

Вторая основная фаза секреции совпадает с развитием и расцветом желтого тела и продолжается до 28-го дня. Под влиянием быстро нарастающей концентрации гормонов желтого тела железы эндометрия все больше извиваются, заполняются секретом и в них откладываются гликоген, фосфор, кальций. В строме эндометрия на 21-22-й день возникает децидуальноподобная реакция. Спиральные артериолы резко извиты, образуют клубки, вены расширены. В функциональном слое различают две части:

- верхнюю - компактную, состоящую из многочисленных децидуальноподобных клеток;
- нижнюю - губчатую, богатую ветвящимися железами.

В этой стадии секреции толщина функционального слоя составляет 8-10 мм, и эндометрий полностью подготовлен к приему оплодотворенной яйцеклетки. Если беременность не наступает, эндометрий, толщина которого составляет 15 мм, характеризуется регрессивными изменениями (поздняя стадия фазы секреции) вследствие обратного развития желтого тела, сопровождающегося резким снижением уровня прогестерона и эстрогенов в крови. Наблюдается уменьшение сочности ткани, происходит сближение между собой желез эндометрия и спиральных артериол, децидуальная реакция выражена еще резче. В строме компактного слоя возникает лейкоцитарная инфильтрация; в поверхностном слое вены

Источник KingMed.info

расширены, переполнены кровью, в них образуются тромбы. Появляются очаги некроза и кровоизлияний, в некоторых участках наблюдается отек ткани. Затем наступает кровотечение (менструация), происходят десквамация и регенерация функционального слоя эндометрия.

Фаза десквамации проявляется выделением крови (менструация) вместе с отторгнутым функциональным слоем эндометрия и содержимым маточных желез. Эта фаза совпадает с началом лютеолиза в яичнике. Фаза регенерации эндометрия протекает почти одновременно с фазой десквамации. Под влиянием эстрогенов, выделяемых зреющим фолликулом, эпителизация происходит за счет того, что уплотняются эпителиальные клетки базальных отделов желез, в физиологических условиях она заканчивается к 4-5-му дню от начала менструации.

Каковы причины возникновения менструального кровотечения?

Возникновение менструального кровотечения обуславливается несколькими причинами:

- падением уровня гормонов (прогестерона и эстрогена, особенно эстрогенов);
- нарушением кровообращения, застоем его и сопутствующими деструктивными изменениями эндометрия;
- сосудистыми изменениями - вначале расширением, а потом спазмом, повышением проницаемости стенок сосудов;
- лейкоцитарной инфильтрацией стромы компактного слоя;
- образованием некрозов и очаговых гематом эндометрия;
- повышением содержания протеолитических и фибринолитических ферментов эндометрия.

Какие исследования применяются для оценки менструального цикла?

Для оценки МЦ используются **ТФД**, позволяющие оценить степень эстрогенной и прогестероновой насыщенности. Они основаны на циклических изменениях влагалищного эпителия, шеечной слизи, базальной температуры и морфологического исследования эндометрия (рис. 1.34).

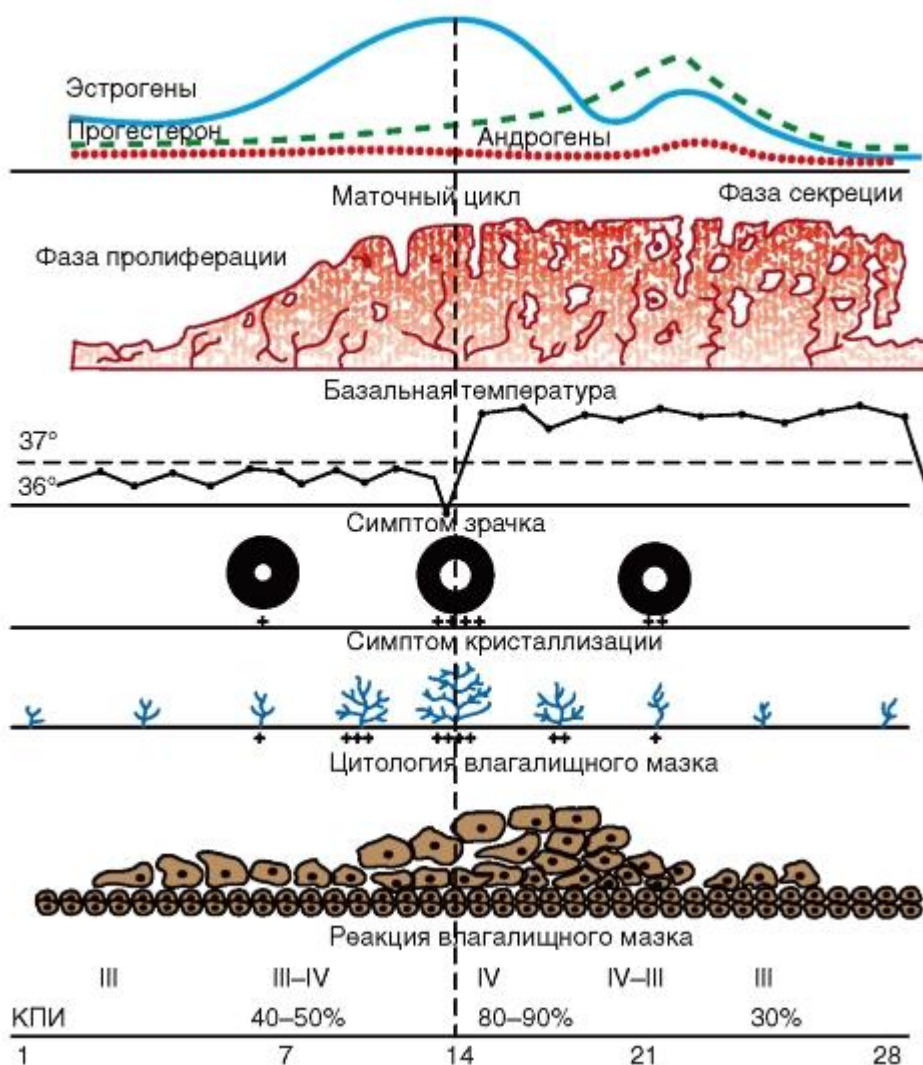


Рис. 1.34. Тесты функциональной диагностики **Какие изменения происходят в шейке матки?**

В фолликулярную фазу, на фоне повышения эстрогенной активности, наблюдается увеличение секреции железами муцина, достигающее своего максимума к овуляции; на этих изменениях основаны феномены «зрачка» и «листа папоротника» (табл. 1.1).

Феномен «зрачка» связан с изменением количества слизи в зависимости от эстрогенной насыщенности организма и изменением тонуса шейки матки. На 8-9-й день МЦ появляется стекловидная прозрачная слизь в расширившемся наружном отверстии канала шейки матки. При направлении луча света наружный зев с выступающей каплей слизи кажется темным и напоминает зрачок. Оценка данного теста производится по 3-балльной системе или по количеству «+».

Феномен «листа папоротника» основан на способности шейечной слизи при высушивании образовывать кристаллы и позволяет уточнить наличие овуляции. Причиной кристаллизации считаются изменения физико-химических свойств слизи цервикального канала под воздействием эстрогенов (взаимодействие натрия хлорида с полисахаридами, коллоидами и муцином).

Натяжение (растяжение) шейечной слизи изменяется также в зависимости от эстрогенной насыщенности организма и достигает своего максимума к овуляции.

Какие изменения влагалищного эпителия происходят в течение менструального цикла?

Источник KingMed.info

Влагалищный эпителий, как и эндометрий, подвержен циклическим изменениям в течение МЦ. При **влагалищном цикле** в начале фолликулярной фазы под воздействием эстрогенов происходит разрастание клеток влагалищного эпителия. К овуляции эпителий достигает максимальной толщины за счет поверхностного слоя; наблюдается его разрыхление. В лютеиновую фазу прекращается разрастание эпителия и осуществляется его десквамация. Во время менструации отторгаются поверхностный и частично промежуточный слои влагалищного эпителия.

Количественное соотношение клеток в мазке из верхней трети влагалища и их морфологическая характеристика - основа гормональной цитологической диагностики. Цитологическое исследование влагалищного содержимого позволяет оценить кариопикнотический индекс (КПИ) - процентное отношение поверхностных клеток с пикнотическими ядрами к общему числу клеток. Во время овуляции КПИ достигает 60-80%.

Цитологическая картина влагалищного мазка вне беременности может быть условно разделена на четыре типа. *Первый тип* соответствует резкой эстрогенной недостаточности, когда в мазке определяются базальные клетки и лейкоциты. *Второй* - умеренной эстрогенной недостаточности, в мазке преобладают базальные клетки, в небольшом количестве промежуточные клетки и лейкоциты. *Третий тип* соответствует умеренной эстрогенной насыщенности, что проявляется наличием в мазке промежуточных клеток. При *четвертом типе* обнаруживаются ороговевшие клетки (поверхностные), небольшое количество промежуточных клеток, лейкоциты отсутствуют.

Как изменяется базальная температура в течение менструального цикла?

С помощью теста базальной температуры можно определить, произошла ли овуляция. При нормальном (овуляторном) МЦ в течение его первой фазы базальная температура не поднимается выше 36,8 °С. Перед овуляцией наблюдается снижение ее до 36,2-36,3 °С, а после овуляции базальная температура в течение всей второй фазы цикла находится на уровне 37,1-37,4 °С, со снижением ее перед менструацией до исходных показателей (рис. 1.35). В случае отсутствия овуляции базальная температура имеет монофазный характер.

Для чего нужно определение дня овуляции?

Овуляция - процесс индивидуальный, происходящий, как правило, в один и тот же день МЦ. После разрыва базальной мембраны яйцеклетка жизнеспособна и готова к оплодотворению в течение 20 ч. После этого времени яйцеклетка погибает. Таким образом, оптимальными для зачатия будут: день овуляции + 2-3 сут жизни сперматозоидов, попавших в половые органы женщины до овуляции («ожидающие выхода яйцеклетки»). Именно поэтому определение точного дня овуляции важно как для суждения о возможности зачатия, так и для использования естественных методов контрацепции.

Какие методы диагностики овуляции вы знаете?

Наиболее распространенный метод определения овуляции в цивилизованных странах - амбулаторный тест на овуляцию (определение прогестеронового пика).

Для диагностики овуляции используют метод ультразвуковой фолликулометрии (отслеживание динамического роста фолликула и его разрыв), определение уровня прогестерона в крови на 20-22-й день МЦ, подтверждение секреторных изменений эндометрия в середине второй фазы цикла.

Таблица 1.1. Нормативы тестов функциональной диагностики при 28-дневном менструальном цикле

| Показатели Фазы менструального цикла | Феномен «листа папоротника» | | Феномен «зрачка» | | Натяжение слизи | | Количество слизи | | Шеечный индекс |
|---|-----------------------------|-------|---------------------|-------|------------------|-------|-------------------------------|-------|----------------|
| | Оценка | Баллы | Оценка диаметра, см | Баллы | Оценка длины, см | Баллы | Оценка | Баллы | Баллы |
| Ранняя фолликулярная (4–9-й день) | + | 1 | 0,2 (+) | 1 | 6 | 1 | Мало | 1 | 4–6 |
| Поздняя фолликулярная (10–13-й день) | ++ | 2 | 0,2–0,25 (++) | 2 | 6–10 | 2 | Умеренное количество | 2 | 8–9 |
| Овуляция (14–15-й день) | +++ | 3 | 0,3–0,35 (+++) | 3 | 15–20 | 3 | Большое количество | 3 | 10–12 |
| Ранняя лютеиновая (16–20-й день) | — | 1 | 0,2 (+) | 1–2 | 6–10 | 1–2 | Умеренное количество или мало | 2–3 | 5–8 |
| Поздняя лютеиновая (21–28-й день) | — | 0 | 0,2 или полоса (+) | 0–1 | 6 | 1–2 | Мало | 1 | 4–6 |

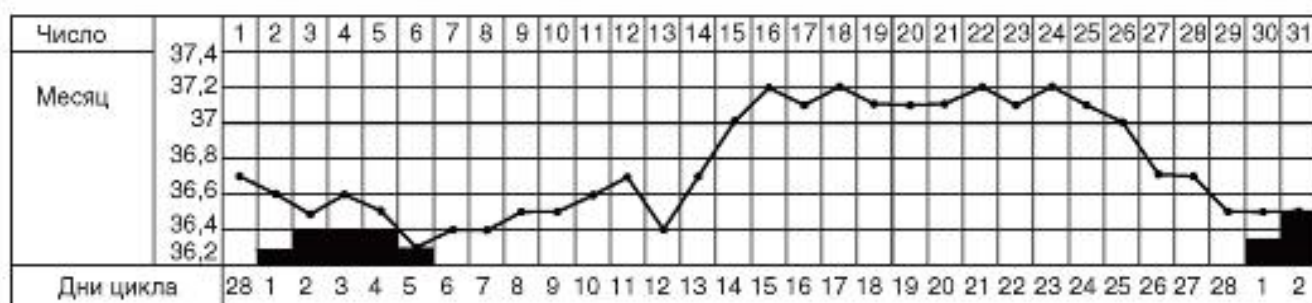


Рис 1.35. Кривая ректальной температуры здоровой женщины с нормальным менструальным циклом

Когда и как проводят морфологическое исследование эндометрия?

Морфологическое исследование эндометрия необходимо проводить во вторую фазу МЦ для того, чтобы подтвердить секреторные преобразования эндометрия. Для получения эндометрия производится аспирационная биопсия за 2-3 дня до очередной менструации. В результате морфологического исследования при нормальном двухфазном цикле эндометрий будет в поздней фазе секреции.

Какие гормоны исследуют для оценки состояния репродуктивной системы?

Для оценки функционального состояния РС применяют также определение гормонов в плазме крови: ФСГ, ЛГ, ПРЛ, эстрадиола, прогестерона (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Содержание гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови здоровых женщин

| Гормон | Фолликулиновая фаза | Фаза овуляции | Лютеиновая фаза | Постменопауза |
|----------------------|---------------------|---------------|-----------------|---------------|
| ЛГ, МЕ/л | 5,5–19,5 | 23,2–62,1 | 3,3–16,5 | 31,2–65,8 |
| ФСГ, МЕ/л | 1,6–5,2 | 3,6–9,7 | 1,8–5,4 | 41,9–115,1 |
| ПРЛ, мМЕ/л | 60,0–660,0 | | | 124,2–281,2 |
| Эстрадиол, нмоль/л | 14,0–511,2 | 558,8–1336,8 | 129,0–704,6 | 29,4–128,5 |
| Прогестерон, нмоль/л | 0,9–2,9 | 1,2–5,8 | 4,5–69,3 | 0,6–1,7 |

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Менархе - это:

- 1) возраст первой менструации в жизни;
- 2) возраст последней менструации в жизни;
- 3) возраст первой беременности;
- 4) ничего из перечисленного.

2. Длительность менструального цикла считается:

- 1) с последнего дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации;
- 2) с первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации;
- 3) с последнего дня наступившей менструации до последнего дня следующей менструации;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

3. Нормальная продолжительность менструального цикла составляет:

- 1) не более 30 дней;
- 2) 21-35 дней;
- 3) 28-30 дней;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

4. Нормальная продолжительность менструального кровотечения составляет:

- 1) не более 3 дней;
- 2) 4-5 дней;
- 3) 2-7 дней;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

5. К первому уровню репродуктивной системы относятся:

- 1) ткани и органы, клетки которых содержат рецепторы к половым гормонам;
- 2) циклическая аденозинмонофосфорная кислота;
- 3) яичники;
- 4) простагландины;
- 5) все перечисленное.

6. Ко второму уровню репродуктивной системы относятся:

- 1) ткани и органы, клетки которых содержат рецепторы к половым гормонам;

Источник KingMed.info

- 2) циклическая аденозинмонофосфорная кислота;
- 3) яичники;
- 4) простагландины;
- 5) все перечисленное.

7. Преовуляторный фолликул имеет диаметр, равный:

- 1) 10-12 мм;
- 2) 15-18 мм;
- 3) 20-22 мм;
- 4) более 25 мм.

8. Желтое тело секретирует:

- 1) кортизол;
- 2) прогестерон;
- 3) окситоцин;
- 4) релаксин;
- 5) ингибин;
- 6) эстрадиол;
- 7) глюкокортикоиды;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

9. Гранулезные клетки фолликулов яичника секретируют:

- 1) кортизол;
- 2) прогестерон;
- 3) окситоцин;
- 4) релаксин;
- 5) ингибин;
- 6) эстрадиол;
- 7) глюкокортикоиды;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

10. К первому уровню репродуктивной системы относят:

- 1) экстрагипоталамические структуры головного мозга;
- 2) кору головного мозга;

Источник KingMed.info

- 3) гипоталамус;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

11. Ко второму уровню репродуктивной системы относят:

- 1) гипофиз и гипоталамус;
- 2) переднюю долю гипофиза;
- 3) медиобазальные ядра гипоталамуса;
- 4) лимбические структуры мозга;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

12. К третьему уровню репродуктивной системы относят:

- 1) гипофиз и гипоталамус;
- 2) переднюю долю гипофиза;
- 3) медиобазальные ядра гипоталамуса;
- 4) лимбические структуры мозга;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

13. Цирхоральный ритм секреции гонадолиберина - это секреция гонадолиберина с частотой примерно:

- 1) 1 раз в 90 мин;
- 2) 1 раз в 30 мин;
- 3) 1 раз в 180 мин;
- 4) 1 раз в 24 ч.

14. Секреция пролактина контролируется:

- 1) постоянной стимуляцией со стороны гипоталамуса посредством ДА;
- 2) со стороны гипоталамуса посредством норадреналина;
- 3) постоянным торможением со стороны гипоталамуса посредством ДА;
- 4) ничего из перечисленного.

15. Лютеинизирующий гормон вырабатывается:

- 1) в гипофизе;
- 2) гипоталамусе;
- 3) фолликулах яичника;
- 4) желтом теле яичника.

16. Гонадолиберин вырабатывается:

- 1) в гипофизе;
- 2) гипоталамусе;
- 3) фолликулах яичника;
- 4) желтом теле яичника.

17. Фолликулостимулирующий гормон вырабатывается:

- 1) в гипофизе;
- 2) гипоталамусе;
- 3) фолликулах яичника;
- 4) желтом теле яичника.

18. Для нормального маточного цикла характерна следующая последовательность смены фаз эндометрия:

- 1) десквамация, пролиферация, секреция, регенерация;
- 2) регенерация, десквамация, пролиферация, секреция;
- 3) десквамация, регенерация, пролиферация, секреция;
- 4) десквамация, регенерация, секреция, пролиферация.

19. Причины возникновения менструального кровотечения - это:

- 1) падение уровня прогестерона и эстрогенов;
- 2) нарушение кровообращения и сопутствующие деструктивные изменения эндометрия;
- 3) образование некрозов и очаговых гематом эндометрия;
- 4) повышение содержания протеолитических и фибринолитических ферментов эндометрия;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

20. Диагностировать овуляцию позволяет:

- 1) специальный амбулаторный тест;
- 2) УЗИ фолликулометрия;
- 3) гистероскопия;
- 4) гистологическое исследование соскоба эндометрия;
- 5) уровень прогестерона крови;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

1.4. НОРМАЛЬНЫЙ БИОЦЕНОЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Цель занятия: ознакомить студентов с механизмами микробиологической защиты полового тракта женщины.

Студент должен знать: определение нормального биоценоза влагалища, механизмы его обеспечения, качественный и количественный состав нормобиоценоза влагалища и причины его нарушения, средства для восстановления эубиоза влагалища.

Место проведения занятия: учебная комната.

Оснащение: таблицы, слайды, презентации.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое биоценоз?

Биоценоз (от греч. *bios* - жизнь и *koinos* - общий) - исторически сложившаяся совокупность растений, животных, микроорганизмов, населяющих участок суши или водоема (биотоп) и характеризующихся определенными отношениями как между собой, так и с абиотическими факторами окружающей среды. Впервые термин «биоценоз» предложил немецкий гидробиолог К. Мебиус в 1877 г.

Применительно к микробиологии биоценоз - эволюционно сложившаяся совокупность микроорганизмов, населяющих конкретный биотоп, характеризующихся определенными отношениями, как между собой, так и с абиотическими факторами организма. Каждый биоценоз имеет присущие только ему количественные и качественные характеристики.

Что такое биотоп?

Биотоп (от греч. *bios* - жизнь и *topos* - место) - относительно однородный по абиотическим факторам среды участок суши или водоема, заселенный живыми организмами (занятое одним биоценозом). Биотоп отличается определенным сочетанием абиотических факторов.

Применительно к человеку биотоп - относительно однородный по своим свойствам участок организма человека (микробиологическая ниша), занятый одним биоценозом. Например, промежностный, кишечный, влагалищный биотоп.

Что такое эубиоз?

Эубиоз (эумикробиоз) (от греч. *eu* - равновесие и *bios* - жизнь) - эволюционно сложившееся постоянство качественных и количественных характеристик совокупности микробных популяций, населяющих естественные биотопы человека. Количественные и (или) качественные изменения эубиоза обозначают терминами «дисбактериоз», «дисбиоз».

Какие основные механизмы обеспечивают эубиоз половых путей женщины?

Генитальный тракт женщины - это система, взаимодействующая с окружающей средой, следовательно, находящаяся под постоянной угрозой бактериальной или вирусной инвазии.

Источник KingMed.info

В процессе эволюции возникло множество защитных механизмов, направленных на поддержание баланса генитальной флоры (эубиоза): анатомофизиологические, гормональные, симбиотические, иммунные. В норме их совокупность способствует функционированию динамической микрэкосистемы (биоценоза), постоянно изменяющейся и выполняющей основную задачу - осуществление барьерной функции в отношении патогенной флоры.

Какие факторы относятся к анатомо-физиологическим механизмам обеспечения эубиоза половых путей женщины?

К анатомо-физиологическим факторам относятся:

- разобщение влагалища и внешней среды за счет физиологического гипертонуса мышц промежности, суживающего вульварное кольцо, соприкосновения малых и больших половых губ;
- четкое разграничение нижнего и верхнего отделов полового тракта (разнородность эпителия, сгущение слизи), что в значительной степени ограничивает возможность интраканаликулярного распространения инфекции;
- гормонозависимые циклические изменения эпителия. Многослойный плоский эпителий стенки влагалища - гормонально-зависимая ткань. Именно поэтому система самоочищения влагалища функционирует благодаря циклическому влиянию эстрогенов в первую фазу цикла и прогестерона - во вторую.

Какие факторы относятся к гормональным механизмам обеспечения эубиоза половых путей женщины?

Под действием эстрогенов происходит рост многослойного плоского эпителия, синтез в нем гликогена, продукция слизистого секрета в шейке матки (слизистая «пробка»). Под влиянием прогестерона происходит десквамация и цитолиз многослойного плоского эпителия. В связи с менструацией происходит качественное и количественное изменение микрофлоры половых путей. За несколько дней до нее содержание факультативных бактерий снижается почти в 100 раз, одновременно резко возрастает количество анаэробных бактерий. Такое состояние продолжается во время менструального кровотечения и неделю после него.

Какие факторы относятся к иммунным механизмам обеспечения эубиоза половых путей женщины?

Мощным препятствием для патогенных микроорганизмов служит клеточный иммунитет и система локальной гуморальной иммунной защиты, основу которой составляет секреторный IgA, продуцируемый клетками слизистой оболочки шейки матки и влагалища. Повышенная активность комплемента и лизоцима в секретах слизистых оболочек, которые, как и секреторный IgA, способствуют бактериолизу, препятствуют цитoadгезии микроорганизмов к слизистой оболочке. Уровень секреторной иммунологической резистентности половых органов, в частности IgA, регулируется интенсивностью антигенного раздражения слизистых оболочек собственной ацидофильной лактофлорой.

Каковы симбиотические защитные механизмы?

Под *симбиозом* понимается взаимовыгодное сосуществование микроорганизмов и организма женщины. При этом бактерии создают в половых путях колонизационную защиту от патогенных микробов, получая при этом питательные вещества, помощь в борьбе с конкурентной флорой, а в некоторых случаях и иммунологическую толерантность со стороны макроорганизма.

Какие свойства позволяют бактериям вегетировать на слизистой оболочке влагалища?

Наличие определенной бактерии во влагалищном биотопе определяется двумя их основными свойствами: адгезивностью и резистентностью.

Адгезивность - способность микробной клетки прикрепляться к эпителию или другим бактериальным клеткам за счет взаимодействия со специфическими рецепторами. Адгезия обеспечивается специальными приспособлениями бактериальной клетки (фимбрии, пили). Установлено, что рецепторная активность влагалищного эпителия в течение МЦ по отношению к ряду микроорганизмов - величина непостоянная.

На эпителиальных клетках влагалища в период овуляции наблюдается повышение количества рецепторов, а в позднюю лютеиновую фазу - их значительное снижение. Количество рецепторов ограничено, и за них бактериям приходится конкурировать. Если рецепторы заняты бактериями, составляющими нормальную флору половых путей, то адгезия патогенных микроорганизмов затрудняется.

Закрепившись на рецепторах, микроорганизмы продуцируют гликокаликс - полисахаридную пленку, обволакивающую и защищающую их. Устойчивость прикрепленных и покрытых гликокаликсом микроорганизмов в десятки раз больше по сравнению с их свободным состоянием.

Что относится к факторам колонизационного иммунитета?

К факторам колонизационного иммунитета относят:

- конкуренцию за адгезию к эпителию;
- кислую среду. Гликоген метаболизируется лактобациллами, что приводит к образованию молочной кислоты и перекиси водорода. Молочная кислота поддерживает кислую реакцию влагалищного содержимого (норма рН 3,8-4,5), необходимую для подавления «конкурентной» микрофлоры;
- антагонистическую активность в отношении конкурентной флоры;
- повышение иммунологической реактивности и общей неспецифической резистентности макроорганизма;
- стимуляцию репаративных процессов в слизистых оболочках. **Какими микроорганизмами может быть представлена нормальная микрофлора**

влагалища?

Нормальная вагинальная микрофлора представлена грамположительными, грамотрицательными аэробными, факультативно-анаэробными и облигатно-анаэробными микроорганизмами. Ведущее место занимают H₂O₂-продуцирующие лактобактерии (палочки Дедерлейна), на долю которых приходится 95-98% всей микрофлоры влагалища. Палочка Дедерлейна - понятие собирательное. Оно представлено четырьмя видами микроорганизмов: *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum*, *L. celibiosus*. *L. acidophilus* относятся к роду *Lactobacillus* семейства *Lactobacilli*. При этом часто выявляются непатогенные коринебактерии и коагулазонегативные стафилококки. Среди облигатно-анаэробных бактерий преобладают *Bacteroides* и *Prevotella*.

У здоровой женщины одновременно могут быть обнаружены 5-12 типов микроорганизмов, составляющих нормальный биоценоз влагалища (рис. 1.36). В среднем обнаруживают 9 типов,

Источник KingMed.info

при бактериальном вагинозе их количество увеличивается в 2 раза, а при вагинитах - в 3 раз и более.

Низкая адгезивная способность лактобацилл предусматривает постоянное их поступление во влагалище из прямой кишки.

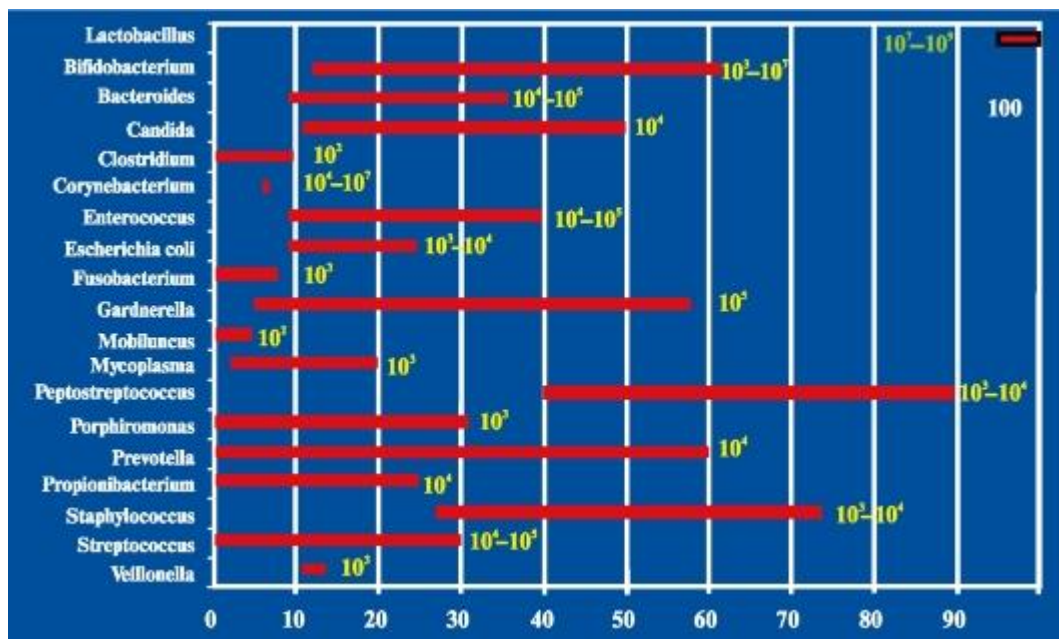


Рис. 1.36. Микрофлора влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста. Красные горизонтальные линии - размах частоты высевания микроорганизма, %; желтые цифры - его концентрация, КОЕ/мл

Какие методы исследования необходимо применять для оценки биоценоза половых органов?

Большое значение для нормализации биоценоза половых органов имеет его адекватная оценка. Как правило для этого требуется последовательное применение нескольких диагностических методов. В первую очередь должно проводиться микроскопическое исследование вагинальных мазков. Если у пациентки выявлено отклонение от нормального биоценоза (III и IV степени чистоты влагалища), то необходимо проведение количественного бактериологического исследования и количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) (качественная ПЦР целесообразна только для выявления флоры, которой никогда не должно быть во влагалище и эндоцервиксе: трепонем, гонококков, хламидий, трихомонад).

Что является причиной нарушений нормального биоценоза половых путей?

К снижению содержания палочек Дедерлейна может приводить множество причин, как эндогенных, так и экзогенных. Главная эндогенная причина - гипоэстрогения, сопровождающаяся снижением количества гликогена - основного субстрата метаболизма этих бактерий. При этом происходит смещение численного баланса биоценоза в пользу условно-патогенных бактерий - возникает дисбиоз. Кроме того, предрасполагающими факторами возникновения дисбиотических изменений будут: эндогенные экстрагенитальные очаги инфекции, экстрагенитальные неинфекционные заболевания (анемия, диабет, нарушение жирового обмена, колиты), период постменопаузы.

Экзогенные факторы, которые подавляют рост лактобацилл, весьма многочисленны: модель и качество нижнего белья, гигиенические навыки и использование интимной косметики, особенности полового поведения, особенности питания и функционирования кишечника и т.д.

Источник KingMed.info

Их негативное влияние способствует ощелачиванию влагалищной среды, что в ряде случаев может привести к полному исчезновению палочек Дебрлейна и, соответственно, к активации условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Активно пролиферируя, условно-патогенная микрофлора может достичь достаточно высокой концентрации и послужить причиной развития инфекционного процесса. Решающую роль в его возникновении играют состояние макроорганизма, вирулентность микробного агента и массивность инфицирования. В зависимости от состояния иммунитета женщины и разновидности бактерий, замещающих лактобациллы, развивается невоспалительное (бактериальный вагиноз) или воспалительное поражение слизистых оболочек (вагинит, эндоцервицит).

Прием антибактериальных препаратов также служит фактором, нарушающим нормальный биоценоз влагалища.

Какими критериями необходимо руководствоваться для адекватного лечения вагинита, эндоцервицита, бактериального вагиноза?

Эффективное излечение данных состояний возможно только при обязательной дотации лактобактерий.

Как правило, уже при дисбиозе влагалища наблюдаются значительное снижение лактобацилл (менее 10^5 /мл), и рост количества КОЕ возбудителей (более 10^5 /мл). Антибактериальная терапия без последующей дотации

эубиотиков опасна последующим инфицированием, или прежним спектром возбудителей либо, в случаях стационарного лечения, - госпитальной микрофлорой. Именно поэтому после лечения антибиотиками и снижения количества возбудителей показана дотация лактобактерий.

В некоторых ситуациях, когда число лактобацилл более 10^5 /мл, а число возбудителей менее 10^5 КОЕ/мл, возможно лечение без применения антисептиков. Оптимальным вариантом микробиологической коррекции в данном случае будет дотация лактобактерий и достижение выраженной ацидофильной ориентации вагинальных микроорганизмов (табл. 1.3).

Какими лекарственными средствами проводится дотация лактобактерий?

Местное лечение с применением ацидофильных биомасс и вагинальных свечей с лактобактериями оказалось малоэффективным. Это связано с тем, что коррекция микробиоценоза влагалища немыслима без коррекции микробиоценоза желудочно-кишечного тракта. Дисбиоз влагалища необходимо рассматривать как проявление нарушенного микробиоценоза и в желудочно-кишечном тракте.

Для восстановления или поддержания эубиоза применяют целый спектр лекарственных препаратов как для местного (свечи, овули, таблетки, растворы), так и перорального применения (капсулы, растворы).

По своему содержанию эти препараты можно условно разделить на пробиотики, пребиотики и синбиотики.

Пробиотики - это лекарственные препараты, которые содержат в составе живые микроорганизмы, являющиеся представителями нормальной микрофлоры человека.

Пребиотики - это препараты немикробного происхождения, способные оказывать позитивный эффект на организм хозяина через селективную стимуляцию роста или усиления метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника.

Таблица 1.3. Средства для восстановления и поддержания эубиоза влагалища

| Препарат | Состав | Схема применения эубиоза влагалища |
|--------------------------------------|---|---|
| Бифиформ [▲] | Бифидобактерии не менее 10 ⁷ , энтерококки не менее 10 ⁷ | По 1 капсуле 3–4 раза в сутки за 1 ч до еды, вне зависимости от приема пищи |
| Бактисубтил | Споры бактерий культуры IP 5832 | По 1 капсуле 3–4 раза в сутки за 1 ч до еды |
| СолкоТриховак [▲] | Инактивированные лиофилизированные лактобациллы 7×10 ⁹ | 3 в/м инъекции препарата по 0,5 мл каждая с интервалами в 2 нед |
| Хилак форте [▲] | Беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>E. coli</i> , <i>Str. fecalis</i> , <i>L. acidophilus</i> , <i>L. helveticus</i> | В первые дни лечения по 40–60 капель 3 раза в сутки, затем по 20–30 капель 3 раза в сутки |
| Вагином-С [▲] | Аскорбиновая кислота 250 мг | По 1 таблетке в сутки во влагалище перед сном в течение 6 дней |
| Вагилак Флорин Форте [▲] | Пробиотические штаммы лактобацилл <i>Lactobacillus rhamnosus GR-1</i> и <i>Lactobacillus reuteri RC-1</i> Живые лиофилизированные бифидобактерии, сорбированные на активированном угле, — не менее 50 млн КОЕ, живые лиофилизированные лактобактерии — не менее 50 млн КОЕ | По 1–2 капсулы в день 2–6 нед По 2 пакетика 3 раза в сутки в течение 1–2 нед |
| Лактагель [▲] | Кислота молочная, гликоген, пропиленгликоль | Глубоко во влагалище 1 тюбик ежедневно в течение 7 дней, далее 1–2 тюбика в неделю |

Синбиотики - это препараты, полученные в результате рациональной комбинации пробиотиков и пребиотиков.

В современных синбиотиках должно быть не менее 10⁹ КОЕ/мл.

Каковы наиболее распространенные ошибки в лечении дисбиотических и воспалительных заболеваний половых путей женщины?

На практике лечение дисбиотических и воспалительных процессов часто не соответствует указанным принципам. Основными ошибками, как правило, являются:

- гипердиагностика при оценке влагалищного биоценоза. Вследствие неадекватного применения диагностических методов ставят диагнозы бактериального вагиноза или вагинита. Например, определение патологического состояния слизистой оболочки на основании качественной ПЦР диагностики;
- антибактериальная терапия даже при I и II степенях чистоты влагалища без культурального исследования количественных показателей инфектов и иммунных показателей женщины;
- отсутствие контрольных исследований после лечения.

Таким образом, достижение нормобиоценоза влагалища возможно при элиминации патогенных бактерий, дотации лактобактерий и поддержании эубиоза кишечника.

Контрольные вопросы

- Что такое биоценоз?
- Что такое биотоп?

Источник KingMed.info

- Что такое эубиоз?
- Какие основные механизмы обеспечивают эубиоз половых путей женщины?
- Какие факторы относятся к анатомо-физиологическим механизмам обеспечения эубиоза половых путей женщины?
- Какие факторы относятся к гормональным механизмам обеспечения эубиоза половых путей женщины?
- Какие факторы относятся к иммунным механизмам обеспечения эубиоза половых путей женщины?
- Какие свойства позволяют бактериям вегетировать на слизистой оболочке влагалища?
- Какими микроорганизмами может быть представлена нормальная микрофлора влагалища?
- Какие методы исследования необходимо применять для оценки биоценоза половых органов?
- Что является причиной нарушений нормального биоценоза половых путей?
- Какими критериями необходимо руководствоваться для адекватного лечения вагинита, эндоцервицита, бактериального вагиноза?
- Какими лекарственными средствами проводится дотация лактобактерий?
- Каковы наиболее распространенные ошибки в лечении дисбиотических и воспалительных заболеваний половых путей женщины?

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Каким термином обозначают количественные и качественные изменения эубиоза?

- 1) «дисбактериоз»;
- 2) «дисэубиоз»;
- 3) «дисбиоз»;
- 4) «анабиоз»;
- 5) «симбиоз».

2. Какие основные механизмы обеспечивают эубиоз половых путей женщины?

- 1) анатомо-физиологические;
- 2) гормональные;
- 3) экологические;
- 4) иммунные;
- 5) симбиотические.

3. Какие факторы относят к анатомо-физиологическим механизмам?

- 1) разобщение влагалища и внешней среды;
- 2) разграничение нижнего и верхнего отделов полового тракта;

Источник KingMed.info

- 3) особенности кровоснабжения половых органов;
- 4) гормонозависимые циклические изменения;
- 5) особенности иннервации половых органов.

4. Какие свойства позволяют вегетировать бактериям на слизистой оболочке влагалища?

- 1) адгезивность;
- 2) вирулентность;
- 3) резистентность;
- 4) патогенность;
- 5) все перечисленное.

5. Что служит причиной дисбиотических изменений полового тракта?

- 1) нерациональное питание;
- 2) гипоэстрогения;
- 3) экстрагенитальные заболевания;
- 4) период постменопаузы;
- 5) антибактериальная терапия.

6. Каковы наиболее распространенные ошибки при лечении дисбиотических и воспалительных заболеваний полового тракта?

- 1) гипердиагностика;
- 2) лечение без диагноза;
- 3) широкое использование качественной ПЦР-диагностики;
- 4) контрольное исследование после лечения;
- 5) лечение без проверки на чувствительность к антибиотикам.

7. Какие группы препаратов содержат в своем составе живые микроорганизмы?

- 1) пребиотики;
- 2) синбиотики;
- 3) пробиотики;
- 4) эубиотики;
- 5) антибиотики.

Задачи

8. Используя данные таблицы 1.3, определите, к какому классу препаратов (про-, пре-, синбиотики) относят указанные в ней лекарственные средства.

9. Оцените результаты клинического обследования.

Источник KingMed.info

Бактериоскопия: много мелких грамположительных палочек, единичные кокки, лейкоциты - 3-5 в поле зрения, гонококки, трихомонады - *abs.*

Бактериология (количественная ПЦР-диагностика): *lactobacillus* - 10^7 , *staphylococcus* - 10^3 , *mycoplasma* - 10^2 , *prevotella* - 10^3 .

pH влагалищного содержимого - 4,5.

10. Оцените результаты клинического обследования. Бактериоскопия: флора кокковая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, гонококки, трихомонады - *abs.*

Бактериология (количественная ПЦР-диагностика): *lactobacillus* - 10^3 , *staphylococcus* - 10^5 , *mycoplasma* - 10^2 , *gardnerella* - 10^6 , *mobiluncus* - 10^6 .

pH влагалищного содержимого - 6,0.

11. Оцените результаты клинического обследования. Бактериоскопия: флора кокковая, лейкоциты - 40-50 в поле зрения, гонококки, трихомонады - *abs.*

Бактериология (количественная ПЦР-диагностика): *lactobacillus* - 10^2 , *staphylococcus* - 10^8 , *gardnerella* - 10^7 , *mobiluncus* - 10^6 . pH влагалищного содержимого - 7,5.

Глава 2. Пропедевтика гинекологических заболеваний

Цель занятия: изучить методы обследования гинекологических больных, приобрести практические навыки обследования гинекологических больных.

Студент должен знать: особенности сбора анамнеза у гинекологических больных: жалобы, наследственность, перенесенные общие и гинекологические заболевания, условия труда, менструальная, половая, репродуктивная функции. Общие методы исследования гинекологических больных: тип конституции; типобиологическую оценку, построение морфограммы, оценку характера распределения жировой ткани; волосяного покрова по шкале *Ferriman*, формулу полового развития, состояние внутренних органов. Специальные исследования тазовых органов: осмотр шейки матки с помощью зеркал, влагалищное, бимануальное, ректальное, ректально-вагинальное обследования. Инструментальные методы исследования: кольпоцитология, хромодиагностика, биопсия, цитологическая диагностика, взятие и цитологическое исследование аспирата из полости матки, отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, цуг-соскоб специальными одноразовыми кюретками («*Endozampler*»), пункция брюшной полости через задний свод, ТФД, гормональные пробы. Рентгенологическое исследование тазовых органов: гистерография, гистеросальпингография (ГСГ), внутриматочная флебография, лимфография, рентгенография черепа и турецкого седла. Ультразвуковая диагностика. Допплерометрия. Термография. Эндоскопические методы исследования: кольпоскопия, кольпомикроскопия, гистероскопия, лапароскопия.

Студент должен уметь: собрать анамнез у гинекологической больной. Провести осмотр больной, дать оценку телосложения, определить формулу полового развития, индекс массы тела (ИМТ) по *Bray*, дать оценку оволосения по шкале *Ferriman-Galway*. Провести специальное гинекологическое исследование. Взять мазки на степень чистоты, кольпоцитологическое и онкоцитологическое исследование. Оценить меноциклограмму, данные ультразвукового исследования. Оценить рентгенологические снимки матки и маточных труб. Провести первичное клиническое гинекологическое обследование, правильно представить полученные данные в истории болезни или амбулаторной карте.

Место занятия: учебная комната, гинекологическое отделение.

Оснащение: учебные истории болезни, клинические задачи, таблицы (шкала количественной характеристики гирсутизма по *Ferriman*), меноциклограммы, рентгенографические снимки матки и маточных труб, турец-

кого седла, снимки ультразвуковых исследований, набор гинекологических инструментов, кольпоскоп, гистероскоп.

План организации занятия.

- Организационные вопросы.
- Контроль исходного уровня знаний.
- Занятия в учебной комнате. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации. Изучение методов обследования гинекологических больных.
- Самостоятельная работа студентов в гинекологическом отделении (освоение практических навыков).
- Обобщение занятия. Домашнее задание.

Источник KingMed.info

Диагностика и лечение гинекологических заболеваний основываются на данных анамнеза и объективного исследования, которое производится по определенной системе, позволяющей выявить главные факты и учесть все детали, необходимые для правильной постановки диагноза. Для обследования женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, используют сбор общего и специального гинекологического анамнеза, общее объективное исследование и специальные методы гинекологического исследования.

В чем заключаются особенности сбора анамнеза?

Сбор анамнеза у женщин с гинекологическими заболеваниями имеет целью выяснить жалобы, получить сведения о предшествующей жизни и перенесенных заболеваниях (*anamnesis vitae*), выяснить развитие настоящего заболевания (*anamnesis morbi*).

Как необходимо производить опрос больной?

Опрос больной производится по следующему плану.

- Паспортные данные, возраст больной.
- Жалобы больной.
- Перенесенные заболевания: болезни детского возраста, инфекционные (в том числе болезнь Боткина), болезни различных систем и органов, наследственность, операции, травмы, аллергологический анамнез, гемотрансфузии.
- Заболевания мужа (полового партнера).
- Условия быта и труда.
- Специальный акушерско-гинекологический анамнез:
 - характер менструальной, половой, детородной, секреторной функций;
 - перенесенные гинекологические заболевания и операции на половых органах;
 - перенесенные урогенитальные и венерические заболевания.
- Необходимо также выяснить функции соседних органов (мочевыделительной системы, кишечника).
- Наличие болей и их характер.
- Развитие настоящего заболевания.
- Подведение итогов, установление предварительного диагноза.

Какое значение имеет возраст пациентки для установления диагноза?

Анатомические особенности половых органов и их функция тесно связаны с возрастными изменениями женского организма. Именно поэтому некоторые явления, представляющие собой норму для одного возраста, могут быть нарушенным состоянием для другого. Так, аменорея (отсутствие менструаций) в детском и старческом возрасте - физиологическое явление, а в репродуктивном периоде свидетельствует о значительных нарушениях в организме (если только это не связано с беременностью и лактацией - физиологическая аменорея).

Кроме того, один и тот же симптом в разные периоды жизни женщины может быть проявлением различных заболеваний. Кровотечение в период полового созревания или угасания половой функции обычно связано с недостаточностью или нарушением гормональной функции

Источник KingMed.info

яичников. В детородном возрасте причиной кровотечения нередко служит аборт, миома матки, воспалительные заболевания матки и ее придатков и многие другие. В менопаузе наиболее частой причиной кровотечения бывают злокачественные новообразования.

Каковы основные жалобы у женщин с гинекологическими заболеваниями?

Основные жалобы женщин с гинекологическими заболеваниями - боли, бели, кровотечения, бесплодие (нарушение фертильности).

При опросе целесообразно ограничиться выяснением основных симптомов без детализации их характера, возникновения и развития. Раскрытие симптомов и развитие гинекологических заболеваний необходимо производить последовательно при ознакомлении с основными функциями половой системы женщины.

На что необходимо обращать внимание при выявлении особенностей наследственности?

В процессе сбора анамнеза получают сведения о семейном анамнезе: общие сведения о родителях, братьях и сестрах, их возрасте и профессии, перенесенных ими заболеваниях (психические заболевания, алкоголизм, болезни крови и обмена веществ, случаи злокачественных новообразований).

Какое значение имеет выяснение перенесенных ранее заболеваний?

Заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового развития, могут негативно отразиться на развитии половых органов, становлении менструальной функции. Вирусные инфекции, частые ангины, туберкулез могут быть причиной задержки как общего, так и полового развития, что обусловлено поражением нервной и эндокринной систем, развитием хронической интоксикации и гипоксии при этих заболеваниях. Дифтерия при соответствующей локализации может вызвать стеноз или атрезию влагалища.

Выяснение перенесенных заболеваний легких, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем имеет большое значение для прогноза беременности и родов, выбора методов терапии гинекологических заболеваний и способа обезболивания при необходимости оперативного лечения.

Особое внимание должно быть уделено выяснению перенесенных ранее гинекологических заболеваний, так как они могут быть непосредственно или косвенно связаны с настоящим заболеванием.

Зачем необходимо знать о перенесенных заболеваниях полового партнера?

Это необходимо для выяснения возбудителя воспалительных заболеваний женских половых органов. В этом отношении большой интерес представляют инфекции, передаваемые половым путем [ИППП, англ. - *sexually transmitted diseases*, (STD)]. Наличие у мужа туберкулеза может иметь значение при установлении диагноза генитального туберкулеза. Кроме того, анамнез мужа помогает уточнению причин бесплодного брака. **Какое значение имеет знание условий быта и труда?**

Неблагоприятные условия быта и труда, наличие профессиональных вредностей (вибрация; запыленность; работа с химическими веществами; поднятие тяжестей, особенно в период полового созревания или вскоре после родов; переохлаждение; перегревание; длительное стояние или сидение и др.) неблагоприятно влияют на течение и способствуют возникновению расстройств менструальной функции, воспалительных заболеваний, аномалий положения, предраковых и раковых заболеваний половых органов и многих других.

Источник KingMed.info

Количественное и качественное питание определяет правильное физическое и половое развитие девочки-подростка, а в дальнейшем и нормальную репродуктивную функцию женщины. Неполюценное питание служит причиной развития рахита, гипотрофии, позднего полового созревания и недоразвития половых органов, которые могут привести к дисменорее, бесплодию, выкидышам и т.д. В репродуктивном периоде недостаточное, одностороннее питание также может вызвать нарушения менструальной и детородной функций.

При сборе анамнеза жизни необходимо также получить сведения о вредных привычках (алкоголизм, табакокурение, наркомания и др.), непереносимости лекарственных препаратов, произведенных ранее гемотрансфузиях.

Как оценивается функция половой системы?

Оценку половой функции необходимо начинать с изучения особенностей менструальной функции, так как она характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Нарушения менструальной функции могут возникать в результате экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, поэтому ее изучение имеет большое значение для их диагностики.

При изучении особенностей менструальной функции необходимо выявить следующие данные:

- время начала первой менструации (менархе), ее характер (болезненность, степень кровопотери и продолжительность);
- через какой промежуток времени установился регулярный МЦ;
- продолжительность МЦ;
- продолжительность менструации и величина кровопотери;
- изменения МЦ после начала половой жизни, после родов и абортов;
- изменения МЦ в связи с данным гинекологическим заболеванием;
- дату последней нормальной менструации.

Чем могут быть обусловлены нарушения менструального цикла?

Нарушения МЦ, возникшие после начала половой жизни и после смены полового партнера, чаще всего - признак воспаления эндометрия и придатков матки. Изменения характера менструаций после родов или абортов также чаще всего связаны с воспалительными процессами, нейроэндокринными расстройствами или другими нарушениями общего характера.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз кровотечений у женщины с гинекологической патологией?

Кровотечения из половых путей - симптом многих гинекологических заболеваний: нарушенная маточная и внематочная беременность, дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК), миома матки, аденомиоз, рак шейки и тела матки и т.д. Контактные кровотечения после полового акта могут быть признаком рака шейки матки (РШМ), эктопии, полипа шейки, кольпита и других патологических процессов.

На что следует обратить внимание при изучении половой функции?

Источник KingMed.info

Нарушения половой функции могут быть при некоторых функциональных расстройствах и гинекологических заболеваниях. Необходимо проявлять величайший такт при сборе этой части анамнеза и получить ответы на следующие вопросы.

- Начало половой жизни.
- Половое чувство. Половое влечение (*libido sexualis*) и удовлетворение (*orgasmus*) обычно характеризуют полноценность половой функции женщины, правильное развитие полового аппарата. Отсутствие или снижение полового влечения и удовлетворения наблюдается при инфантилизме, интерсексуальности, после перенесенных тяжелых экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.
- Нарушение полового акта. Болезненный половой акт служит симптомом хронических воспалительных заболеваний матки, ее придатков и тазовой брюшины, позадишеечного эндометриоза, вульвовагинита. Нередко боли при половом акте отмечаются при гипоплазии половых органов, истерии, вагинизме.
- Кровянистые выделения после полового сношения чаще всего - РШМ, что обусловлено хрупкостью тканей шейки при данной патологии. Необходимо помнить, что такие кровянистые выделения могут отмечаться при псевдоэрозии (эктопии), кольпите, полипах, туберкулезе шейки матки. При рубцовом сужении, заращении (атрезии) и отсутствии (аплазии) влагалища половая жизнь нарушается.
- Контрацепция. Необходимо узнать, предохраняется ли женщина от беременности, выяснить способ контрацепции (естественные методы контрацепции, механические, химические, внутриматочные контрацептивы (ВМК), оральные контрацептивы и др.), его длительность и переносимость. Уточнение характера средств контрацепции может помочь выяснению причин нарушения МЦ, возникновения воспалительных заболеваний женских половых органов. Так, например, при применении ВМК могут наблюдаться усиление и увеличение продолжительности менструации, тяжелые формы воспаления придатков матки (сальпингоофориты) с появлением гнойных мешотчатых образований (пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс).

Какое значение имеет выявление особенностей репродуктивной функции женщины?

Выявление особенностей репродуктивной функции женщины имеет большое значение для распознавания гинекологических заболеваний. При этом необходимо выяснить следующее:

- наличие беременностей и срок наступления первой беременности после начала половой жизни;
- количество беременностей, их течение и исход (родов, аборт);
- течение родов и послеродового периода;
- характер перенесенных аборт (самопроизвольный, искусственный), сроки прерывания беременности, осложнения во время и после аборта.

Наступившее бесплодие после первых родов или аборта чаще всего бывает осложнением перенесенного воспаления придатков матки (нередко гонорейной этиологии).

Последствиями родовых травм мягких тканей (шейка матки, влагалище, промежность) могут быть воспалительные заболевания матки и шейки матки, рубцовые деформации шейки матки, опущения и выпадения половых органов. Разрывы шейки матки в родах способствуют ее деформации с выворотом слизистой оболочки цервикального канала (эктропион), что служит благоприятным фоном для развития предраковых и раковых заболеваний шейки матки.

Чем определяется необходимость исследования секреторной функции женских половых органов?

Важный показатель состояния женских половых органов - секреторная функция. У здоровой женщины секрет продуцируется маточными трубами, маткой, влагалищем, преддверием влагалища и служит для физиологического увлажнения слизистых оболочек. При многих гинекологических заболеваниях наблюдается количественное и качественное изменение секрета. Патологические выделения из половых путей получили название белей (*fluor albus*).

Характер белей и источник их образования - весьма важные факторы при диагностике гинекологических заболеваний.

Что может быть источником белей?

Нарушение секреторной деятельности может наблюдаться при экстрагенитальных и гинекологических заболеваниях. Источники белей - патологические процессы в разных отделах половой системы. В связи с этим различают вестибулярные, влагалищные, шейные, маточные и трубные бели.

Чем обусловлены вестибулярные бели?

Вестибулярные бели наблюдаются сравнительно редко и обусловлены гиперсекрецией потовых, сальных и слизистых оболочек желез вульвы и при воспалении больших вестибулярных (бартолиниевых) желез. В норме преддверие влагалища увлажнено секретом сальных и потовых желез, скапливающимся в складках половой области. Вестибулярные бели чаще всего наблюдаются:

- при несоблюдении правил личной гигиены;
- вульвите или вульвулите, особенно при гонорейном поражении большой железы преддверия или уретры;
- язвенном процессе (возможно злокачественное новообразование) в области вульвы;
- в результате раздражения вульвы патологическим секретом из вышележащих отделов половых путей;
- при сахарном диабете и других заболеваниях.

Что такое влагалищные бели, и как они образуются?

Влагалищные бели - наиболее распространенные. У здоровой женщины слизистая оболочка влагалища увлажнена жидким беловатым отделяемым, объемом от 0,2 до 1,0 мл, образующимся в результате трансудации жидкости из кровеносных, лимфатических сосудов и слизи, вырабатываемой эпителиальными клетками желез эндометрия. Количество и характер влагалищного секрета здоровых женщин зависят от их возраста и различных физиологических состояний (менструация, беременность, половое возбуждение и др.). Нормальная секреция влагалища имеет важнейшее биологическое значение - она способствует процессу оплодотворения и предупреждает возможность проникновения микроорганизмов в верхние отделы половых путей. Во влагалищных выделениях содержатся слизистые клетки многослойного плоского эпителия, лактобактерии, лейкоциты и другая микрофлора. Лактобактерии вырабатывают молочную кислоту из гликогена, образующегося в эпителии влагалища. Молочная кислота не оказывает вредного влияния на слизистую оболочку влагалища, но препятствует развитию патогенной микрофлоры, которая легко проникает из внешней среды.

Чем обусловлено увеличение влагалищной секреции?

Увеличение влагалищной секреции наблюдается при местных воспалительных процессах влагалища, глистной инвазии (у детей), наличии инородного тела во влагалище, разрывах промежности (зиянии половой щели), опущении стенок влагалища, мочеполовых и кишечнополовых свищах, раке влагалища и ряде экстрагенитальных заболеваний (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др.). При этом, учитывая количество, консистенцию, цвет и запах белей, можно в определенной степени судить о причине их возникновения. Пенистые бели, как правило, обусловлены трихомонадным кольпитом. Сукровичные бели характерны для рака влагалища.

В каких случаях возникают шеечные, маточные и трубные бели?

Шеечные бели занимают второе место по частоте (после влагалищных) и обусловлены нарушением секреции шеечных желез. Шеечные бели нередко возникают при экстрагенитальных (туберкулез, заболевания желез внутренней секреции, болезни обмена веществ) и гинекологических заболеваниях (острые, подострые и хронические цервициты; разрывы шейки матки с формированием эктропиона; полипы слизистой оболочки шеечного канала, рак и туберкулез шейки матки и др.). Характер шеечных белей может быть от прозрачной или мутноватой слизи до слизисто-гнойных выделений.

Маточные (корпоральные) бели. В норме полость матки секрета не содержит. Эндометрий слегка увлажнен слизистым отделяемым. Маточные бели появляются при патологических состояниях и при некоторых из них имеют характерные особенности. Так, при эндометрите, полипах бели носят слизисто-гнойный характер, при раке тела матки - цвет мясных помоев, при субмукозной миоме - кровянистые, а при некрозе узла приобретают буроватый цвет и гнилостный запах. Творожисто-крошковатые бели иногда наблюдаются при туберкулезном эндометрите. Маточные бели (водянистые, жидкие, бесцветные) в пожилом и старческом возрасте нередко служат первым симптомом рака тела матки.

Трубные бели наблюдаются редко и, как правило, обусловлены периодическим опорожнением так называемых мешотчатых опухолей (гидроили пиосальпинкса) через маточное отверстие труб. При раке трубы может наблюдаться перемежающееся излитие водянистой, лимонно-желтого цвета или сукровичной жидкости.

Изменения каких соседних органов наблюдаются у женщин с гинекологическими заболеваниями?

Заболевания женских половых органов нередко сопровождаются изменениями функции мочевого пузыря и прямой кишки, что обусловлено анатомической близостью и существованием связей в нервной, сосудистой и лимфатической системах половых и соседних органов.

В чем проявляются расстройства функции мочевыводящих путей?

У женщин с гинекологическими заболеваниями нередко выявляются расстройства мочеиспускания: учащение его, недержание мочи, затрудненное мочеиспускание (вплоть до задержки), боли, жжение и рези при мочеиспускании.

Учащение мочеиспускания часто отмечается в следующих случаях:

- опущения стенок влагалища, особенно передней;

Источник KingMed.info

- перегибов матки кзади, когда ее шейка направлена кпереди и раздражает основание мочевого пузыря;
- миомы матки, с расположением узлов по передней стенке и в области перешейка;
- опухоли яичника;
- циститов и уретритов;
- перехода рака тела матки на мочевой пузырь.

Недержание мочи бывает полным (при пузырно-влагалищных свищах) и неполным (при различных патологических процессах).

Затруднение мочеиспускания может быть связано с изменением положения мочевого пузыря и перегибом уретры, которые нередко наблюдаются при полном выпадении матки, ущемлении ретрофлексированной беременной матки или опухолях внутренних половых органов.

Боль при мочеиспускании (часто режущая) наблюдается в результате воспалительных заболеваний мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретрита). Боль в начале мочеиспускания характерна для уретрита (в том числе гонорейного), в конце - для воспалительных процессов в области мочевого пузыря (цистита). Боль при заполнении и опорожнении мочевого пузыря наблюдается при тазовом перитоните с переходом воспалительного процесса на брюшину, покрывающую мочевой пузырь. Боли при мочеиспускании отмечаются и при переходе на мочевой пузырь злокачественных новообразований матки или яичников.

Каковы основные причины болей у женщин с гинекологической патологией?

Наиболее частая причина появления боли - воспалительный процесс, приводящий к образованию отека тканей, нарушению лимфо- и кровообращения, образованию инфильтратов. Нередко боль возникает в результате механического раздражения болевых рецепторов при опухоли матки или придатков, перекруте ножки опухоли, кровоизлиянии в полость органов или опухолей, а также при наличии рубцов и спаек после перенесенного воспаления. Причиной боли могут быть также сокращение и спазм мускулатуры матки при выкидыше, трубном аборте, «рождающемся» субмукозном узле и др.

При злокачественных новообразованиях боль является поздним симптомом и обусловлена сдавливанием нервных окончаний и общей интоксикацией.

Где чаще всего локализуются боли?

Пациентки с гинекологическими заболеваниями отмечают боли внизу живота, которые могут иррадиировать в область крестца, копчика, прямой кишки, влагалища, бедер и т.д.

Боль в области наружных половых органов наблюдается при вульвите, бартолините, краурозе и др.

Боли внизу живота по средней линии в большинстве случаев связаны с заболеваниями матки, мочевого пузыря, прямой кишки, иногда они исходят из смещенных к средней линии придатков матки.

При локализации болей сбоку необходимо различать односторонние и двусторонние боли. Правосторонние боли чаще всего связаны с заболеваниями половых органов (правые придатки и тазовая брюшина), почек, мочеточников, аппендикса, ущемлением грыжи и др. Необходимо

Источник KingMed.info

помнить, что боли, локализующиеся ниже линии, соединяющей переднюю верхнюю ость таза и пупок, в общем указывают на поражение внутренних половых органов, а выше этой линии - на заболевания кишечника, почек и др.

Боль в области крестца и поясницы характерна для воспаления околоматочной клетчатки (параметрит), ретрофиксации матки, злокачественных опухолей. Боль в области копчика наблюдается при хроническом периметрите и параметрите, а также при переломе копчиковых костей, артрите, радикулите (при ректальном исследовании определяется болезненная точка в области копчика). Боли внизу живота, с чувством давления на низ, наблюдаются у больных с опущениями и выпадением стенок влагалища и матки.

Какой характер могут носить боли?

Боли отличаются большим разнообразием по характеру, времени появления, степени и т.д. По характеру болевого симптома и иррадиации болей можно судить о заболевании ургентного характера. Так, схваткообразные, интенсивные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку часто служат симптомом прервавшейся трубной беременности. При наличии в брюшной полости значительного количества крови у больных появляется френикус-симптом - боли в области надключичной ямки. Схваткообразная боль обусловлена сокращением мускулатуры матки, что наблюдается при аборте, «рождающемся» субмукозном узле, внематочной беременности. Интенсивность болей зависит от особенностей нервной системы, эмоционального состояния женщины, степени вовлечения в патологический процесс нервных окончаний, растяжения висцеральной брюшины, обменных нарушений в очаге воспаления и т.д. Наиболее сильные боли отмечаются при вовлечении в патологический процесс париетальной брюшины, сдавлении раковым инфильтратом нервных стволов малого таза.

Более редкой причиной болей может быть дефект заднего листка широкой связки матки (синдром Аллена-Мастерса).

Какое значение имеет время появления болей?

Время появления болей имеет большое значение для диагностики гинекологических заболеваний. Регулярно возникающие боли в середине МЦ обусловлены овуляцией (овуляторные боли). Нарастающие боли во второй половине МЦ и продолжающиеся в течение первых дней менструации типичны для эндометриоза. Боли, возникающие при половом акте (диспареуния - *dyspareunia*), чаще всего обусловлены хроническим воспалительным процессом придатков матки или позадишеечным эндометриозом.

Необходимо отметить, что боли, исходящие из половых органов, могут рефлекторным путем влиять на функции мочевого пузыря, кишечника, печени, почек, надпочечников, гипофиза, сердечно-сосудистой системы.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику болей у женщин с гинекологическими заболеваниями?

Дифференциальную диагностику болей необходимо проводить с заболеваниями скелета, мышечной, нервной систем и заболеваниями внутренних органов (нередко с аппендицитом).

Чем заканчивается опрос больной?

Опрос больной заканчивается получением подробных сведений о развитии настоящего заболевания. Необходимо выяснить время возникновения жалоб и клинических симптомов, их связь с тем или иным фактором (менструации, роды, аборт, переохлаждение, общие заболевания и пр.), а также получить сведения о развитии заболевания. Следует подробно расспросить

Источник KingMed.info

больную о течении заболевания, применявшихся методах диагностики и лечения и их эффективности.

Таким образом, в результате подробного опроса можно получить достаточно сведений для предварительного заключения о характере заболевания.

Для уточнения диагноза необходимо произвести объективное исследование.

Методы исследования в гинекологии

Какова цель объективного исследования?

Цель объективного исследования пациенток с гинекологическими заболеваниями - распознавание заболеваний половой системы и выяснение состояния других органов и систем. Именно поэтому весьма важно выявление сопутствующих заболеваний и нарушений функций других органов и систем, которые могут быть связаны с заболеваниями половых органов.

Какие методы исследования используются в гинекологической практике?

Обычно используются следующие методы.

- Общепринятые в медицинской практике: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др.
- Специальные методы исследования: исследование шейки матки с помощью зеркал, влагалищное и прямокишечное бимануальное исследование, зондирование, отдельное диагностическое выскабливание, гистероскопия, лапароскопия и др.
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Из каких этапов состоит общее объективное исследование больной?

При общем объективном исследовании производят оценку типа конституции, состояния кожного покрова, характера оволосения, состояния молочных желез, исследование по органам и системам.

Наряду с нормальным телосложением выделяют следующие типы телосложения женщин (рис. 2.1):

- инфантильный (гипопластический);
- гиперстенический (пикнический);
- интерсексуальный;
- астенический.

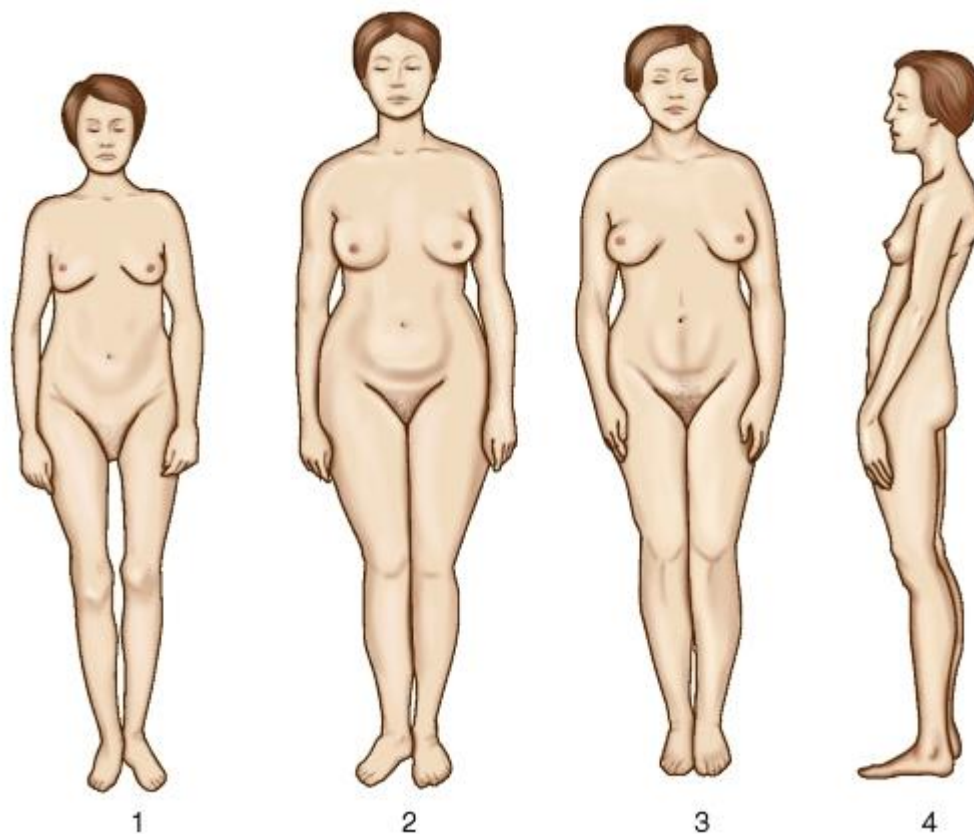


Рис. 2.1. Основные типы конституции женщин: 1 - инфантильный; 2 - гиперстенический; 3 - интерсексуальный; 4 - астенический

Инфантильный тип характеризуется небольшим (или средним, реже высоким) ростом, общеравномерно суженным тазом, недоразвитием молочных желез, наружных и внутренних половых органов, поздним менархе.

Менструации у таких женщин, как правило, носят нерегулярный и болезненный характер.

Гиперстенический тип отличается невысоким (средним) ростом, хорошо развитым подкожным жировым слоем, незначительной длиной ног по сравнению с длиной туловища, маловыраженным кифозом спины, высокорасположенным лордозом и относительно узким плечевым поясом. У большинства женщин специфические функции не нарушены.

Интерсексуальный тип характеризуется недостаточно полной дифференцировкой половых признаков, что отражается на внешнем облике женщины и функциях половых органов. У этих женщин выявляются физические и психические признаки, присущие мужскому организму: они имеют довольно высокий рост, массивный скелет, широкий плечевой пояс, таз, приближающийся по форме к мужскому, несмыкающиеся голени. Оволосение на половых органах и теле избыточно и развито по мужскому типу. У этих женщин нередко можно обнаружить гипоплазию половых органов, для них характерны нарушение менструальной функции и бесплодие.

Астеническому типу свойственно преобладание продольных размеров, понижение тонуса всей мышечной и соединительнотканной систем. У таких женщин нередко отмечаются чрезмерная подвижность матки и перегибы ее кзади, боли в крестце, тяжесть внизу живота, болезненные менструации, запор, снижение трудоспособности. После родов в связи со слабостью связочного аппарата и мышц тазового дна легко возникает опущение стенок влагалища и матки.

Какое значение имеют основные антропометрические показатели?

Источник KingMed.info

Оценка типа телосложения с помощью морфограмм позволяет ретроспективно оценить влияние эстрогенов и андрогенов в период полового созревания, определяющее размеры отдельных частей тела при формировании костного скелета.

ИМТ = масса тела, кг / длина тела, м².

ИМТ женщины репродуктивного возраста равен 20-25.

ИМТ свыше 25, но менее 30 - средняя степень риска развития метаболических нарушений.

ИМТ свыше 30, но менее 40 - высокая степень риска развития метаболических нарушений.

ИМТ свыше 40 - крайне высокая степень риска метаболических нарушений.

Почему необходимо оценивать степень развития жировой клетчатки?

По степени развития и распределения жировой клетчатки можно судить о функции эндокринных желез. При нарушении функции гипоталамической области наблюдается отложение жировой клетчатки в виде фартука. Синдром Кушинга характеризуется отложением жира на лице, туловище, спине и животе. Для климактерического типа ожирения, которое обусловлено резким снижением функциональной активности яичников, характерно отложение жира на плечах, в области VII шейного, I и II грудных позвонков, на груди, животе и бедрах.

Для чего производится оценка оволосения?

Оценка степени выраженности и особенности распределения волосяного покрова позволяют судить о гормональной активности яичников, надпочечников и о чувствительности волосяных фолликулов к действию андрогенов.

Как оценивается развитие волосяного покрова на теле больной?

Нормальное оволосение у женщин отмечается в области лона и в подмышечных впадинах. Степень выраженности его зависит от гормональной активности яичников, надпочечников, а также от чувствительности волосяных фолликулов к действию половых гормонов.

Какие существуют виды нарушений развития волосяного покрова?

Различают несколько вариантов нарушений развития волосяного покрова:

- гипертрихоз (*hypertrichosis*), характеризуется выраженным оволосением на местах, характерных для женского организма (лобок, большие половые губы, подмышечные впадины);
- гирсутизм (*hirsutismus*) - усиленное оволосение по мужскому типу. У женщин при наличии гирсутизма наблюдается рост волос на лице, межгрудной борозде, околососковых кружках, средней линии живота;
- избыточное оволосение является одним из проявлений вирилизма (*virilismus*) - совокупности признаков, наблюдающихся у женщин и характеризующихся появлением мужских черт, вызванных действием андрогенов.

Как оценивается развитие волосяного покрова на теле больной?

Для оценки волосяного покрова *Ferriman* и *Galway* предложили специальную методику оценки степени волосяного покрова на различных участках тела, согласно которой, в зависимости от выраженности оволосения, данный показатель оценивается в баллах.

Итоговой оценкой выраженности развития волосяного покрова служит гирсутное число, представляющее собой сумму показателей в баллах по областям тела (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Шкала количественной характеристики гирсутизма (по Ferriman D., Galway J., 1961)

| Зона | Баллы | Описание |
|--------------|-------|--|
| Верхняя губа | 1 | Отдельные волосы на наружном крае |
| | 2 | Небольшие усики на наружном крае |
| | 3 | Усы, распространяющиеся на половину расстояния до средней линии верхней губы |
| | 4 | Усы, достигающие средней линии |
| Подбородок | 1 | Отдельные волосы |
| | 2 | Отдельные волосы и небольшие скопления |
| | 3 | Сплошное покрытие волосами (редкое) |
| | 4 | Сплошное покрытие волос (густое) |
| Грудь | 1 | Волосы вокруг сосков |
| | 2 | Волосы вокруг сосков и на груди |
| | 3 | Слияние этих зон с покрытием до 3/4 поверхности |
| | 4 | Сплошное покрытие |

Окончание табл. 2.1

| Зона | Баллы | Описание |
|----------------------|------------|---|
| Спина | 1 | Разрозненные волосы |
| | 2 | Много разрозненных волос |
| | 3, 4 | Сплошное покрытие волосами, густое или редкое |
| Поясница | 1 | Пучок волос на крестце |
| | 2 | Пучок волос на крестце, расширяющийся в стороны |
| | 3 | Волосы покрывают 3/4 поверхности |
| | 4 | Сплошное покрытие волосами |
| Верхняя часть живота | 1 | Отдельные волосы вдоль средней линии |
| | 2 | Много волос по средней линии |
| | 3, 4 | Покрытие волосами половины или всей поверхности |
| Нижняя часть живота | 1 | Отдельные волосы вдоль средней линии |
| | 2 | Полоса волос вдоль средней линии |
| | 3 | Широкая лента волос вдоль средней линии |
| | 4 | Рост волос в виде римской цифры V |
| Плечо | 1 | Редкие волосы, покрывающие не более 1/4 поверхности |
| | 2 | Более обширное, но неполное покрытие |
| | 3, 4 | Сплошное покрытие волосами, редкое или густое |
| Бедро | 1, 2, 3, 4 | Значения те же, что на плече |
| Предплечье | 1 | Редкие волосы, покрывающие не более 1/4 поверхности |
| | 2 | Более обширное, но неполное покрытие |
| | 3 | Сплошное покрытие волосами (редкое) |
| | 4 | Сплошное покрытие волос (густое) |
| Голень | 1, 2, 3, 4 | Значения те же, что на плече |

Гирсутное число от 1 до 7 баллов соответствует нормальному оволосению, 8-12 баллов - расценивается как пограничное, более 12 баллов - как гирсутизм.

Как оценивается половое развитие?

Для оценки полового развития у пациентов до 18 лет необходимо учитывать степень развития молочных желез, оволосения на лобке и подмышечных впадинах и характеристику менструальной функции.

Степень развития молочных желез (рис. 2.2).

- Ma0 - молочная железа не увеличена, сосок маленький, не пигментированный.

Источник KingMed.info

- Ma1 - набухание околососкового кружка, увеличение его диаметра, пигментация соска не выражена.
- Ma2 - молочная железа конической формы, околососковый кружок не пигментирован, сосок не возвышается.
- Ma3 - юношеская грудь округлой формы, околососковый кружок пигментирован, сосок возвышается.
- Ma4 - зрелая грудь округлой формы. Стадии оволосения.
- P0Aх0 - волосы на лобке и в подмышечных впадинах отсутствуют.
- P1Aх1 - единичные прямые волосы.
- P2Aх2 - волосы более густые и длинные, располагаются на центральной части названных областей.
- P3Aх3 - волосы на всем треугольнике лобка и половых губах густые, вьющиеся; подмышечная впадина вся покрыта вьющимися волосами.

Выраженность менструальной функции.

- Me0 - отсутствие менструаций.
- Me1 - менархе в период обследования.
- Me2 - нерегулярные менструации.
- Me3 - регулярные менструации.

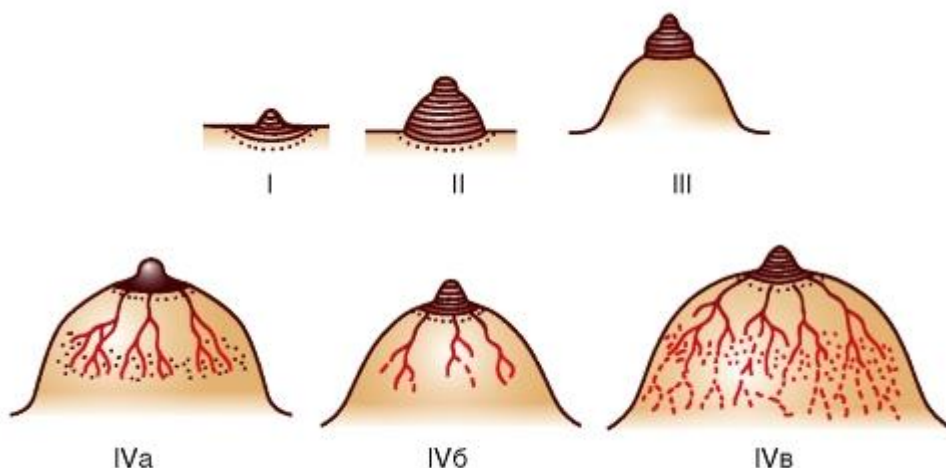


Рис. 2.2. Развитие молочных желез: I - первые годы жизни; II - начало полового созревания; III - окончание полового созревания; IV - репродуктивный период: а, б - в разные фазы цикла; в - в период лактации

После визуальной оценки данных признаков производится расчет половой формулы.

На что следует обращать внимание при обследовании живота, и какие при этом используются методы?

При осмотре живота необходимо обратить внимание на его размеры, конфигурацию, вздутие, симметричность, участие в акте дыхания. Изменение живота и его формы наблюдается при больших опухлях (миома, кистоза), асците, выпотном перитоните. При наличии кистоза

Источник KingMed.info

яичника живот приобретает куполообразную форму, а при асците - уплощенную форму («лягушачий» живот).

При пальпации определяют тонус мышц брюшной стенки, наличие симптома «мышечной защиты», диастаза прямых мышц живота, болезненность. Ощупывание живота позволяет определить величину, форму, консистенцию, границы, подвижность и болезненность опухолей, а также инфильтратов. Симптом «мышечной защиты» выявляется при остром воспалении придатков матки и тазовой брюшины (пельвиоперитонит).

При перкуссии уточняют границы опухолей, инфильтратов, определяют наличие свободной жидкости в брюшной полости. Перкуссия живота может быть применена для дифференциальной диагностики параметрита и пельвиоперитонита. При параметрите границы инфильтрата, определяемого при перкуссии и пальпации, совпадают, а при пельвиоперитоните перкуторная граница инфильтрата кажется меньше вследствие склеивания над его поверхностью петель кишечника.

Аускультация живота позволяет определить наличие перистальтики кишечника и ее характер. Ослабление кишечных шумов может наблюдаться после сложных гинекологических операций, так как при этом снижается моторика кишечника. Бурная перистальтика отмечается при кишечной непроходимости. Отсутствие перистальтики обычно свидетельствует о парезе кишечника, наблюдающемся при перитоните. Аускультация позволяет провести дифференциальный диагноз между большими опухолями внутренних половых органов и беременностью.

Какое значение имеет обследование молочных желез?

Обследование молочных желез имеет большое значение, так как значительная часть гинекологических заболеваний сопровождается патологией с их стороны.

Как проводят осмотр молочных желез?

Осмотр проводят в положении стоя и лежа с последовательной пальпацией наружных и внутренних квадрантов железы.

На что следует обращать внимание при обследовании молочных желез?

Необходимо обратить внимание на степень развития молочных желез, форму соска, наличие трофических изменений на коже. Так, для инфантилизма характерно недоразвитие молочных желез. При пальпации следует обратить внимание на их консистенцию, наличие уплотнений, болезненность, наличие отделяемого из сосков, его цвет, консистенцию и характер. Выделения коричневого цвета или с примесью крови указывают на возможный злокачественный процесс или папиллярные разрастания в протоках; жидкие прозрачные или зеленоватые выделения характерны для кистозных изменений. Большое диагностическое значение имеет выделение молока или молозива. Наличие этого типа выделений при аменорее или олигоменорее позволяет предположить диагноз одной из центральных форм нарушений репродуктивной функции - гиперпролактинемии и требует углубленного обследования для исключения или подтверждения пролактинсекретирующей аденомы гипофиза.

Обнаружение плотных образований требует проведения дополнительных методов обследования для исключения злокачественного новообразования.

Что относится к дополнительным методам обследования молочных желез?

Источник KingMed.info

Основным методом объективной оценки состояния молочных желез служит рентгенологическая маммография, позволяющая диагностировать патологические изменения в молочных железах в 95-97% случаев. Метод способствует выявлению злокачественных опухолей на фоне диффузных и узловых доброкачественных заболеваний, позволяет уточнить размеры и локализацию опухоли, оценить эффективность консервативной терапии. Велика роль метода в обнаружении непальпируемых опухолей в так называемой доклинической фазе их развития, в связи с чем маммография стала неотъемлемой и основной частью обследования молочных желез. Сочетание маммографии с цитологической диагностикой повышает число точных диагнозов до 90% и более.

Дуктография используется для оценки диаметра, направления и контура протоков, для выявления внутритротоковых новообразований, их размеров, количества и формы.

Более точные методы исследования молочной железы - компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) - один из информативных методов исследования, позволяет выявить основные формы доброкачественных заболеваний молочных желез. Преимущество данного метода - возможность его применения у беременных, кормящих женщин, детей и подростков, а также у молодых женщин в возрасте до 40 лет. Недостаток УЗИ - сложность в диагностике микрокальцинатов, являющихся одним из первых признаков малигнизации, а также низкая информативность при чрезмерном развитии жировой ткани.

Термография - абсолютно безвредный и простой метод, принцип действия которого основан на разности температур кожных покровов над поврежденными и неповрежденными участками, что связано с особенностями кровообращения здоровых и патологически измененных тканей. Однако его применение ограничено низкой разрешающей способностью, невозможностью детализации структуры молочных желез, трудностью в выявлении небольших, особенно глубоко расположенных образований.

СВЧ-радиотермометрия позволяет определять изменение глубинной температуры тканей и органов, служащих интегральным показателем уровня биоэнергетических процессов, и может быть относительным показателем их морфофункционального состояния.

Пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием биоптата используется для диагностики фиброзно-кистозной мастопатии. Информативность данного метода составляет 93-95%.

Материал для цитологического метода - выделения из сосков, соскобы - отпечатки с эрозированных поверхностей или из трещин в области соска, пунктат, полученный из узлового образования или биоптат подозрительного участка.

Что относится к обязательным методам исследования женщин?

К обязательным методам исследования женщин относятся: осмотр наружных половых органов; обследование шейки матки с помощью зеркал; бимануальное обследование, а также производимые по показаниям - ректальное, ректовагинальное и комбинированное ректовагиноабдоминальное обследования.

В чем заключается подготовка к гинекологическому обследованию?

Гинекологическое обследование проводится после опорожнения мочевого пузыря при отсутствии переполнения кишечника, в горизонтальном положении на специальном гинекологическом кресле.

Источник KingMed.info

Для осмотра используются стерильные влагалищные зеркала (либо одноразовые), подъемники, пинцеты, инструменты для взятия мазков и пр.

Гинекологическое обследование женщины производится в стерильных резиновых перчатках, которые потом уничтожаются после предварительной обработки в дезинфицирующем растворе.

С чего начинается гинекологическое обследование?

Обследование начинается с осмотра наружных половых органов. Оцениваются форма лобка, характер его оволосения (женский, мужской или смешанный тип), состояние подкожного жирового слоя. Осматривают внутренние поверхности бедер с целью выявления гиперемии, пигментации, кондилом, варикозно расширенных вен и др. Затем осматривают малые и большие половые губы (величина, наличие отека, язв, опухолей, степень смыкания половой щели), а также промежность (высокая, низкая, наличие старых разрывов, рубцов, свищей). Определяют степень опущения стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании). Необходимо осмотреть область заднего прохода для выявления геморроидальных узлов, трещин, кондилом, язв, выпадения слизистой оболочки прямой кишки и др.

Для осмотра преддверия влагалища разводят половые губы большим и указательным пальцами левой руки. При этом обращают внимание на цвет, состояние слизистой оболочки (пигментация, изъязвления), характер влагалищного отделяемого. Проводят осмотр клитора (форма, величина, аномалии развития), наружного отверстия мочеиспускательного канала (состояние слизистой оболочки, наличие полипов, характер выделений из уретры), парауретральных ходов и выходных протоков больших желез преддверия влагалища (наличие воспаления, гнойной пробки), девственной плевы или ее остатков.

После этого приступают к внутреннему обследованию.

В чем значение обследования с помощью зеркал?

Данное обследование имеет особое значение для выявления заболеваний влагалища и шейки матки и обязательно для каждой гинекологической больной. Следует подчеркнуть, что обследование с помощью зеркал производится перед влагалищным и бимануальным обследованием, так как предварительное пальцевое обследование может изменить характер влагалищных выделений или травмировать слизистую оболочку шейки матки и влагалища, что приведет к неправильной интерпретации диагностических данных при применении эндоскопических методов исследования (кольпоскопия, цервикоскопия, микрокольпоскопия и др.). Для обследования применяют несколько моделей зеркал: цилиндрические, створчатые, ложкообразные и др. (рис. 2.3).

На что следует обращать внимание при обследовании с помощью зеркал?

Обращают внимание на следующее:

- состояние стенок влагалища (характер складчатости и цвет слизистой оболочки, наличие изъязвлений, разрастаний, опухоли и др.);
- состояние сводов влагалища и шейки матки (величина, форма - цилиндрическая, коническая; форма наружного отверстия цервикального канала);
- наличие патологических состояний (разрывы, выворот слизистой оболочки, эктопия, эндометриоз и др.);
- характер влагалищных выделений.



Рис. 2.3. Зеркала: 1 - ложкаобразное; 2 - створчатое **Какова техника влагалищного обследования?**

Обследование производят в резиновых стерильных перчатках в горизонтальном положении больной, на гинекологическом кресле, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Влагалищное обследование производится с помощью указательного и среднего пальцев одной (правой) руки, введенных во влагалище. Большие половые губы разводят большим и указательным пальцами левой руки, после чего указательный и средний пальцы правой руки осторожно вводят во влагалище. При этом большой палец направляют к симфизу, безымянный палец и мизинец прижимают к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность.

Что определяют при влагалищном обследовании?

При влагалищном (одноручном) обследовании определяют:

- состояние мышц тазового дна;
- состояние больших вестибулярных желез (воспаление, киста и пр.);
- состояние уретры (уплотнение, болезненность), а при наличии в ней воспаления получают выделения путем выдавливания;
- состояние влагалища: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических изменений (пороки развития, рубцы, стеноз, инфильтраты и др.). Определяют особенности сводов влагалища: глубину, болезненность. При наличии свободной жидкости в малом тазу задний свод может нависать (выпячиваться), при воспалительных процессах в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке влагалища своды могут быть укорочены, ригидны, болезненны и т.д.;
- состояние влагалищной части шейки матки: величина (гипертрофия, гипоплазия), форма (коническая, цилиндрическая, рубцоводеформированная и другая), поверхность (гладкая, бугристая), консистенция (обычная, размягченная при беременности, плотная при раковом процессе и другая), положение по проводной оси малого таза (отклонена кзади, кпереди, вправо или влево, опущена - наруж-

Источник KingMed.info

ный зев располагается ниже спинальной плоскости или приподнята - наружный зев выше спинальной плоскости), состояние наружного зева (закрыт или открыт, округлой или щелевидной формы), подвижность (чрезмерно подвижная при опущении и выпадении матки, неподвижная или ограниченно подвижная при воспалении, запущенном раке), болезненность при смещении. **С какой целью производится бимануальное влагалищное (комбинированное) обследование?**

Бимануальное влагалищное обследование производят для детального ознакомления с состоянием влагалища и тазового дна, шейки матки, положения матки, ее величины, консистенции, болезненности, подвижности; состояния придатков матки с обеих сторон и состояния сводов влагалища.

Бимануальное влагалищное обследование - продолжение влагалищного обследования и относится к основному методу распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки (рис. 2.4).

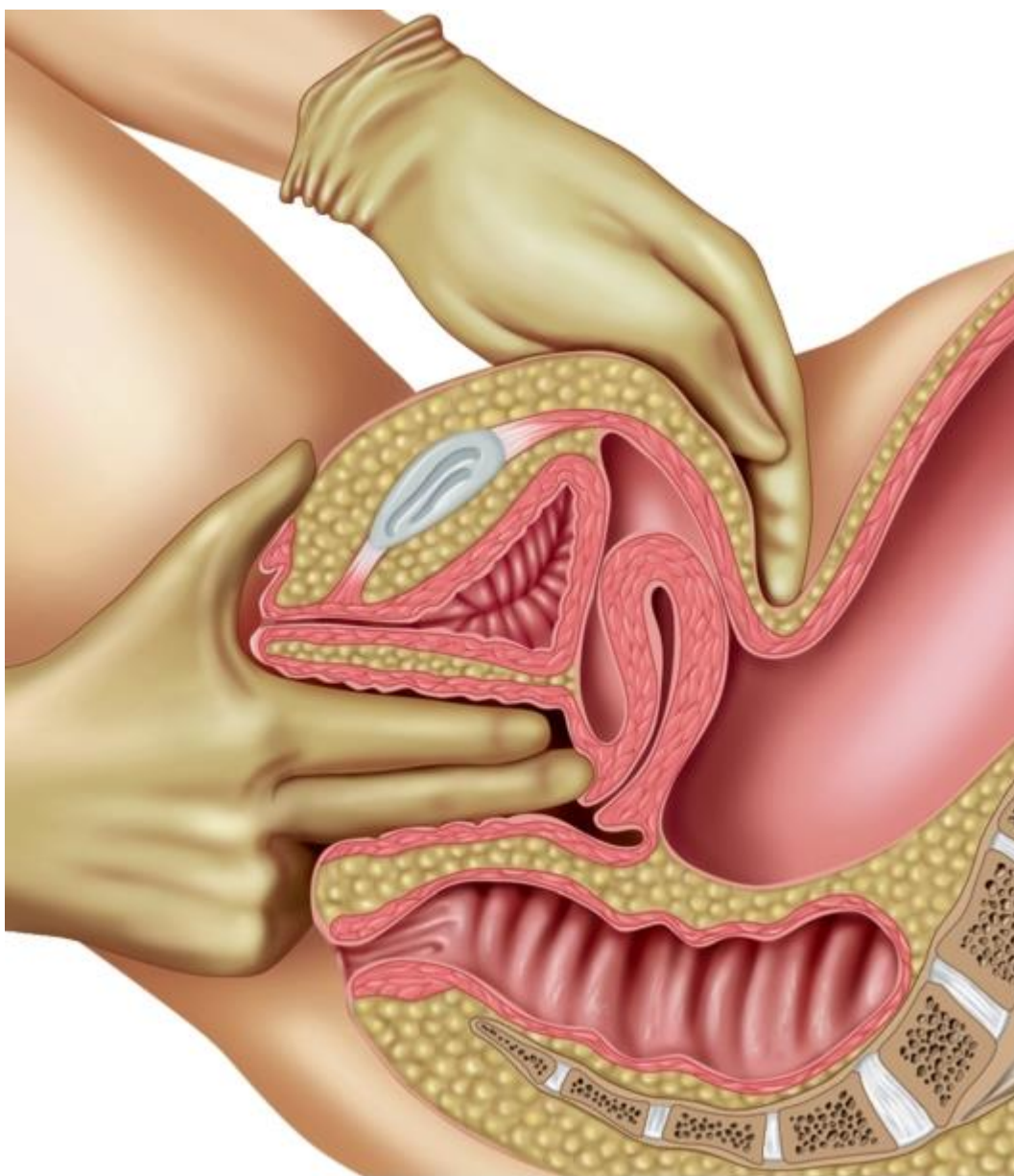


Рис. 2.4. Бимануальное влагалищное обследование

Прежде всего обследуют матку. Оба пальца руки вводят в передний свод, шейку несколько отодвигают кзади. Ладонной поверхностью (не кончиками) пальцев наружной руки через брюшную стенку пальпируют направленное при этом кпереди тело матки пальцами обеих рук. Если тело матки отклонено кзади, то пальцы наружной руки погружаются глубоко в направлении крестца, а пальцы внутренней руки располагаются в заднем своде.

Что определяет врач при обследовании матки?

- **Положение матки.** В норме матка находится в малом тазу между плоскостью широкой части малого таза и плоскостью узкой части малого таза.

Тело отклонено кпереди и кверху, влагалищная часть обращена вниз и кзади. Угол между телом и шейкой матки открыт кпереди - матка находится в положении *anteversio-anteflexio* по проводной оси таза в центре малого таза.

- **Величину матки.** В норме длина матки у нерожавших женщин 7-8 см, у рожавших - 8-9,5 см, ширина в области дна 4-5,5 см, переднезадний размер 2,5 см. Из общей длины матки 2/3 приходится на тело и 1/3 - на шейку (рис. 2.5).

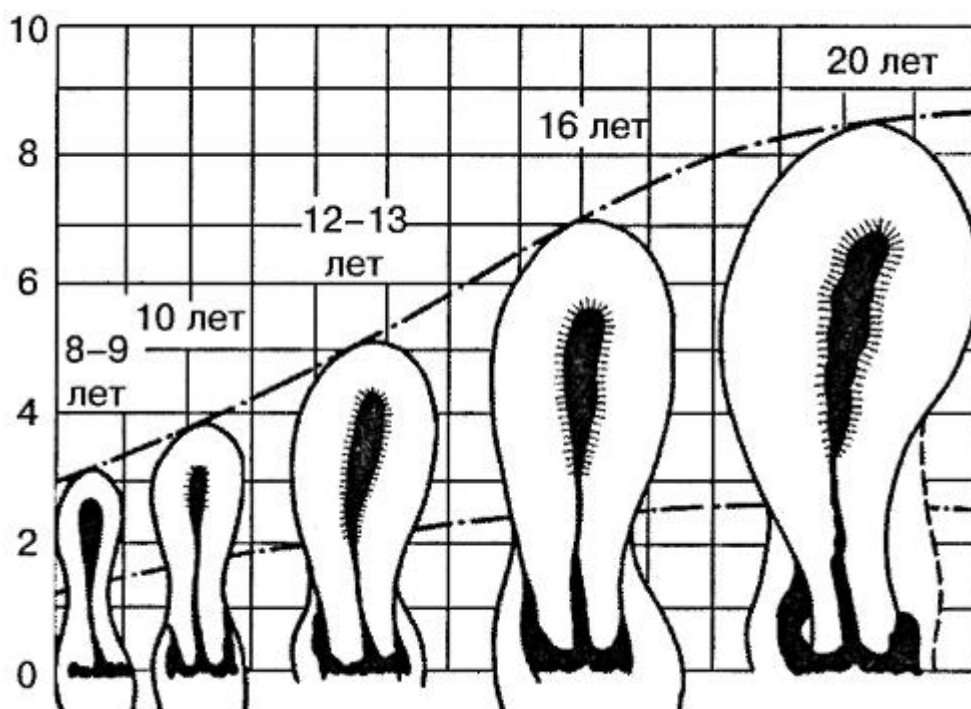


Рис. 2.5. Изменение величины и формы матки в зависимости от возраста

- **Форму матки.** Матка взрослой женщины грушевидная, уплощенная в переднезаднем направлении, с гладкой поверхностью. Шаровидная форма часто наблюдается при беременности, аденомиозе (внутреннем эндометриозе), а неправильная - при наличии миомы, пороков развития и т.д.
- **Консистенцию матки.** Обычная - мышечная плотность, размягченная - при беременности, пиометре и т.д.
- **Подвижность матки.** Нормальная - смещается при движении вверх, к лону, крестцу, влево, вправо. При наличии спаечного процесса подвижность матки ограничена либо отсутствует.

Источник KingMed.info

Чрезмерная подвижность наблюдается в результате расслабления связочного аппарата при опущении и выпадении матки.

• *Болезненность матки.* В нормальном состоянии матка безболезненная. Болезненность характерна для воспалительных процессов, нарушения питания в миоматозном узле, аденомиоза и т.д.

Закончив обследование матки, приступают к обследованию ее придатков. Пальцы наружной и внутренней руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза.

Здоровая маточная труба очень тонкая и мягкая и обычно не пальпируется. Здоровые яичники определяются сбоку от матки, ближе к стенке малого таза в виде небольших продолговатых образований. Параметрий и широкая связка у здоровых женщин не определяются. При обследовании придатков можно выявить наличие объемных образований (опухоль яичника), инфильтратов, спаечного процесса.

Крестцово-маточные связки определяются при отодвигании шейки матки к лону, особенно при их изменении. Лучше эти связки определяются при прямокишечном обследовании.

Надо всегда помнить, что в полости малого таза могут обнаруживаться патологические процессы, исходящие не только из половых органов (дистопированная почка, опухоль мочевого пузыря, кишечника, сальника).

Когда проводят ректальное, ректовагинальное и комбинированное ректовагиноабдоминальное обследования?

Ректальное обследование (рис. 2.6) проводят в тех случаях, когда осмотр через влагалище невозможен (девственность, вагинизм, атрезии, обширные язвенные поражения влагалища, аномалии развития, стенозы).

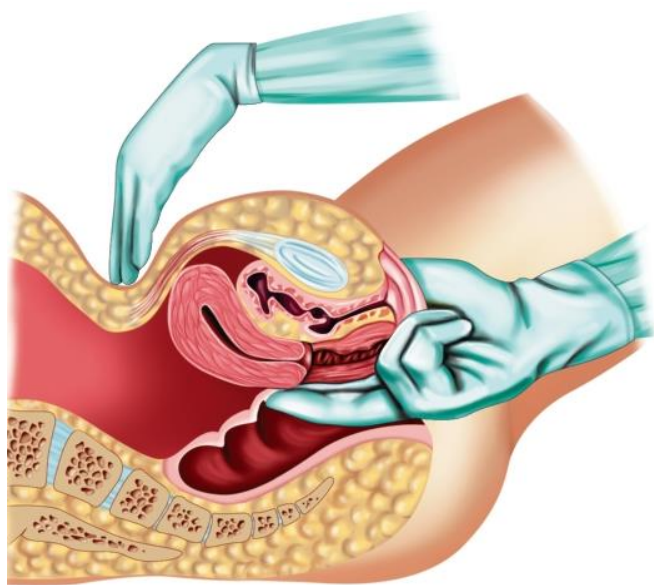


Рис. 2.6. Ректальное обследование

При опухолях половых органов, особенно при РШМ, в целях уточнения степени распространения процесса, при воспалительных заболеваниях для уточнения состояния крестцово-маточных связок, параректальной клетчатки, а также при наличии патологических выделений из прямой кишки (кровь, слизь, гной), трещинах, ссадинах и других патологиях проводят ректовагинальное и (или) ректовагиноабдоминальное обследование (рис. 2.7).

Что относится к дополнительным методам исследования?

К дополнительным методам исследования относятся лабораторные, инструментальные, эндоскопические и рентгенорадиологические методы исследования.

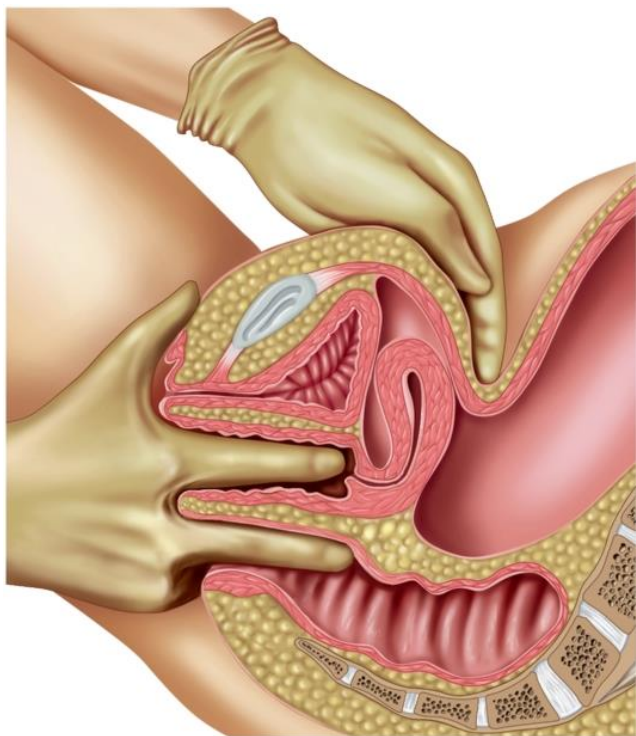


Рис. 2.7. Комбинированное ректовагиноабдоминальное обследование

Какие методы исследования относятся к лабораторным?

К лабораторным методам исследования в гинекологии относятся:

микробиологический (бактериоскопический, бактериологический, вирусологический), цитологический, радиоиммунологический, иммунологический, молекулярно-биологический методы.

Откуда берут материал для бактериоскопического, бактериологического и цитологического исследований?

Для бактериоскопического исследования обычно берут материал из наружного отверстия уретры, цервикального канала, заднебокового свода влагалища, прямой кишки и наносят тонким равномерным слоем на два предметных стекла. После высушивания один мазок окрашивают метиленовым синим, другой - по Граму.

Для бактериологического исследования используют: материал из цервикального канала; содержимое, полученное при пункции брюшной полости через задний свод влагалища; из брюшной полости во время операции. Исследованию подвергаются материал, полученный с поверхности влагалищной части шейки матки, из полости матки, из влагалища, а также асцитическая жидкость, содержимое опухоли и т.д. Материал, помещенный в стерильную пробирку, необходимо направить в лабораторию в течение 2 ч.

Для цитологического исследования материал можно взять с поверхности влагалищной части шейки матки, из цервикального канала, из полости матки, плевральной и брюшной полости. Материал для мазков получают с помощью шпателя Эйра, мини-браншей - *cervix brush* (рис. 2.8),

Источник KingMed.info

при аспирации содержимого полости матки (шприцем Брауна, катетером Пайпеля) или опухоли, при парацентезе, а также методом мазков-отпечатков.



Рис. 2.8. Цервикальная цитощетка и цервикальный шпатель **Что определяют бактериоскопическим методом?**

Бактериоскопический метод служит для определения микрофлоры содержимого влагалища и возможного возбудителя (ассоциации возбудителей) в мазках, взятых из цервикального канала, влагалища и уретры.

Какова цель бактериологического исследования?

Цель этого исследования - определение возбудителя, его количественных характеристик (КОЕ/мл) и чувствительности к антибиотикам в материале, взятом из цервикального канала, влагалища, полости матки, брюшной полости, и т.д.

Как оценивается мазок при бактериоскопическом исследовании?

В зависимости от характера микробной флоры различают четыре степени (рис. 2.9) чистоты влагалища:

- I степень чистоты - под микроскопом видны только клетки плоского эпителия и лактобактерии (палочки Дедерлейна), лейкоциты отсутствуют, pH кислая (3,8-4,5);
- II степень чистоты - лактобактерий меньше, эпителиальных клеток много, встречаются единичные лейкоциты (до 10), pH кислая (4,5-5,0). I и II степени чистоты считаются нормальными;
- III степень чистоты - лактобактерий мало, доминируют кокковая флора и *comma variabile*, много лейкоцитов (10-30), pH слабощелочная (6,0-6,5);
- IV степень чистоты - влагалищные палочки отсутствуют, преобладает пестрая, бактериальная флора, встречаются единичные трихомонады, масса лейкоцитов, эпителиальных клеток мало, pH слабощелочная.

III и IV степени чистоты влагалища свидетельствуют о наличии воспалительного процесса и требуют проведения количественного бактериологического исследования или количественной ПЦР (качественная ПЦР целесообразна только для выявления флоры, которой никогда не должно быть во влагалище и эндоцервиксе: трепонем, гонококков, хламидий, трихомонад).

Как оценивают показатели при вирусологическом исследовании?

Вирус папилломы человека (ВПЧ), носительство герпесвирусной инфекции можно обнаружить методом гибридизации ДНК. Для количественной характеристики вирусоносительства онкогенных штаммов HPV используется *Digene-тест*: количество копий 10^4 и более (тест положительный) свидетельствует о персистирующей папилломавирусной инфекции с высокой вероятностью малигнизации.

Как изменяется микрофлора половых путей под влиянием прогестерона?

Во второй фазе МЦ под влиянием прогестерона происходит десквамация и цитолиз многослойного плоского эпителия. В связи с менструацией происходит качественное и

Источник KingMed.info

количественное изменение микрофлоры половых путей. За несколько дней до нее содержание факультативных бактерий снижается почти в 100 раз, одновременно резко возрастает количество анаэробных бактерий. Такое состояние продолжается во время менструального кровотечения и неделю после него.

Необходимо помнить, что III степень часто встречается у женщин репродуктивного возраста, живущих половой жизнью, в начале и в конце МЦ, а также у девочек до начала полового созревания и у женщин в менопаузе. Это объясняется низким содержанием эстрогенов в организме, что приводит к отсутствию поверхностного слоя слизистой оболочки влагалища. В результате этого снижается кислотность влагалищного содержимого и создаются патогенетические условия для развития условнопатогенной и патогенной микрофлоры.

С какой целью проводят цитологическое исследование?

Цитологическое исследование служит одним из важнейших диагностических методов (онкоцитология) и применяется для ранней диагностики патологических изменений в эпителии - *Pap-тест*.

Кто должен подвергаться цитологическому исследованию?

Все женщины с выявленной патологией шейки матки, а при отсутствии

таковой - женщины старше 30 лет. Профилактическое обследование шейки матки с цитологическим исследованием для выявления предраковых заболеваний и предклинического РШМ целесообразно проводить до 40 лет один раз в 3 года и после 40 лет - один раз в год.

Какие существуют виды цитологического исследования?

По способу получения материала выделяют пункционную (изучение пунктатов), эксфолиативную (исследование секрета и экскрета), экссколеационную (изучение соскобов, снятых тампонами, острыми предметами с очагов поражения) и аспирационную (исследование аспиратов) цитологию.

Какой материал подвергается цитологическому исследованию в гинекологии?

Исследуют соскоб из цервикального канала и влагалищной части шейки матки, аспират или соскоб из заднего нижнего свода влагалища, соскобы с пораженных участков вульвы, наружного зева, аспираты из полости матки, пунктаты яичника или новообразований в стенке влагалища.

Какой инструментарий необходим для взятия материала?

Для получения материала необходимы: шпатель Эйра (предназначен для получения эктоцервикальных мазков и мазков заднего свода), спиретте (специальное аспирационное приспособление, предназначенное для экто-, эндоцервикальной аспирации и проведения посткоитальных тестов), скринет (для взятия эндоцервикальных мазков), эндобраш (для взятия эндометриальных мазков), нейлоновые щеточки (*cervix brush*), гинекологический пинцет, корнцанг, желобоватый зонд, ложечки Фолькмана, гинекологические зеркала и др. Все инструменты должны быть стерильными и сухими.

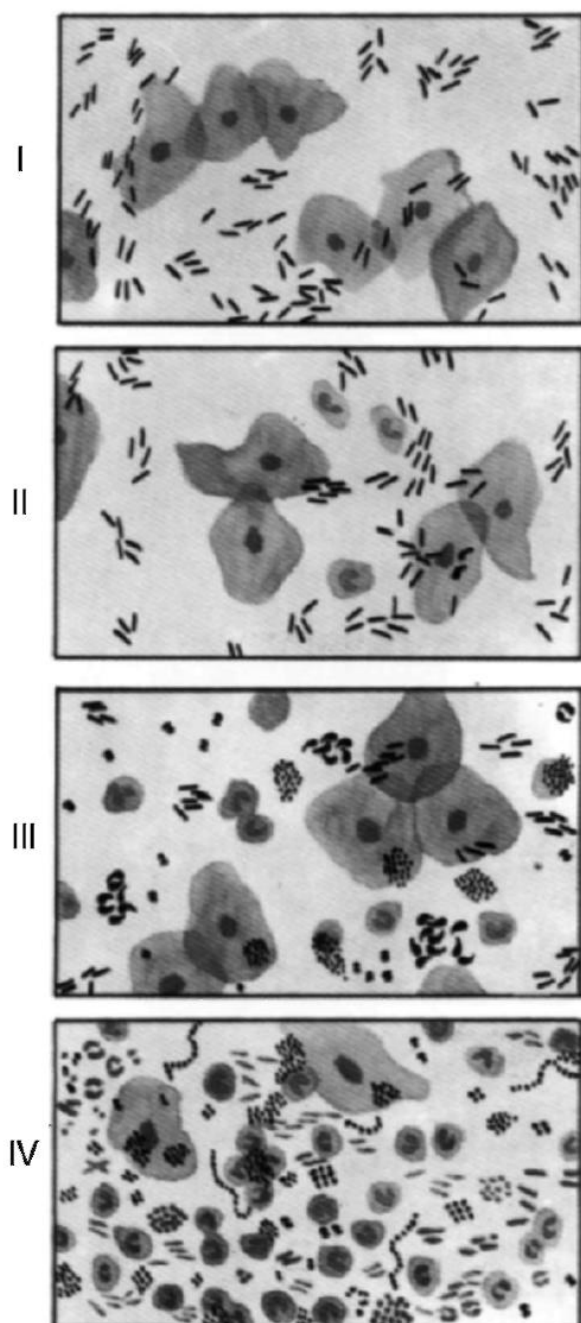


Рис. 2.9. Четыре степени чистоты влагалища

Каковы цитоморфологические особенности нормальной слизистой оболочки шейки матки?

Многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки у женщин репродуктивного возраста представляет собой высокодифференцированную ткань со сложным строением и функциональными особенностями. Эпителий состоит из четырех слоев: базального, парабазального, промежуточного (шиповидного) и поверхностного (ороговевшего) (рис. 2.10, 2.11). Клетки базального слоя мелкие, круглые, иногда продолговатые, диаметром 15-20 мкм. Ядра их крупные, интенсивно окрашиваются, цитоплазма резко базофильна в виде узкого ободка. В норме эти клетки встречаются у женщин в глубокой менопаузе.

Парабазальные клетки круглые, с четкими контурами, диаметром от 15 до 18 мкм. Клетки лежат свободно, редко в виде скоплений. Ядра в них окрашиваются интенсивно и расположены

центрально. Цитоплазма также интенсивно окрашивается, базофильна и в виде тонкой каймы. Выявляются у девочек и женщин в пре-, постменопаузе.

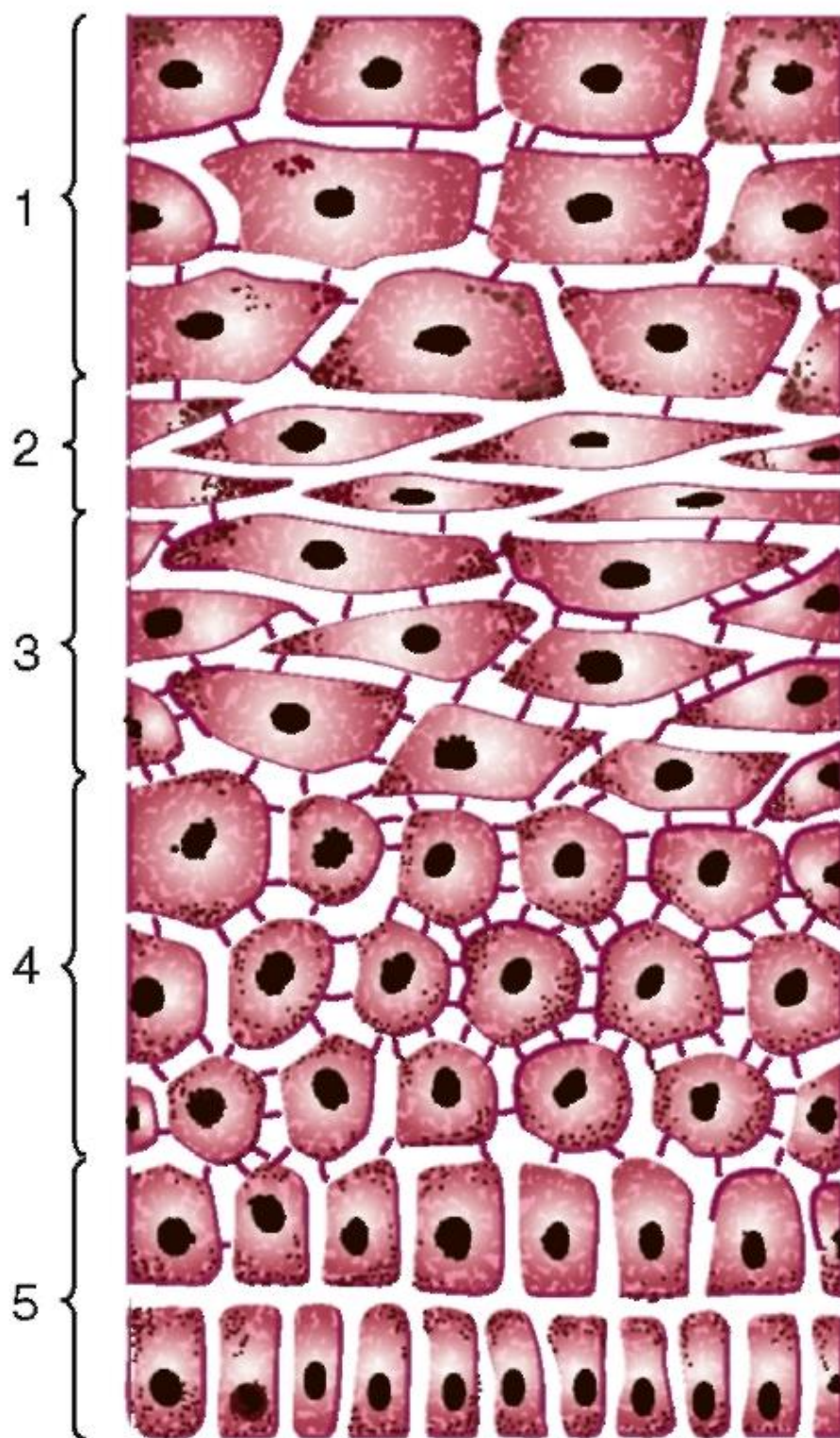


Рис. 2.10. Схематическое изображение эпителия слизистой оболочки влагалища: 1 - слой поверхностных клеток (функциональный слой); 2 - интраэпителиальный слой; 3 - промежуточный слой; 4 - парабазальный слой; 5 - базальный слой

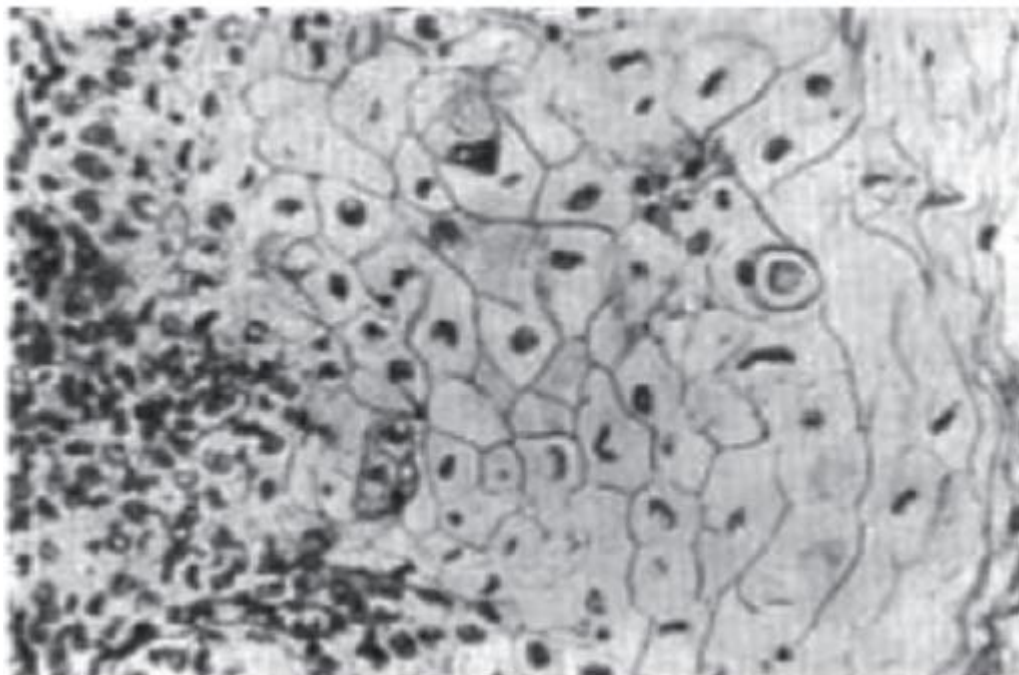


Рис. 2.11. Многослойный плоский эпителий

Клетки промежуточного слоя могут быть округлой, овальной или ладьевидной формы, диаметром 20-25 мкм, с большим содержанием гликогена. Располагаются разрозненно, реже однослойными пластами. Ядра крупные, с равномерным расположением хроматина, с мелкозернистой цитоплазмой.

Поверхностные клетки имеют полигональную форму, диаметром 35-50 мкм, с цитоплазмой розового цвета, иногда с подвернутыми краями. Ядра в них небольшие, мелкие (пикнотические - менее 6 мкм), темного цвета вследствие большого содержания хроматина с центральным расположением. Эти клетки легко подвергаются десквамации.

Как оценивается цитологическая картина?

При цитологическом исследовании наиболее важными цитологическими признаками считаются полиморфизм клеток, их ядер, выраженная анизохромия цитоплазмы, ядер, увеличение ядерно-цитоплазматического индекса, неравномерное, грубое расположение, увеличение числа ядрышек, обнаружение фигур митотического деления. Наибольшее распространение получила оценка цитологических изменений по Папаниколау с выделением пяти групп.

- I группа - атипических клеток нет, что соответствует нормальной цитологической картине.
- II группа - изменение морфологии клеточных элементов, обусловленное воспалением.
- III группа - имеются единичные клетки с аномалиями цитоплазмы и ядер. В этом случае необходимо повторное цитологическое исследование или гистологическое исследование патологически измененной ткани или органа.
- IV группа - обнаруживаются отдельные клетки с явными признаками злокачественности: аномальная цитоплазма, измененные ядра, хроматиновые aberrации, увеличение массы ядер.
- V группа - в мазках имеется большое число типично раковых клеток. Диагноз злокачественного процесса не вызывает сомнений.

Тесты функциональной диагностики

Источник KingMed.info

Тесты функциональной диагностики (ТФД) используются для определения функционального состояния РС. Эти методы легко выполнимы в любых условиях и включают подсчет КПИ, феномен «зрачка», симптом растяжения шеечной слизи, симптом «листа папоротника», измерение ректальной температуры.

Как проводится обследование больной по тестам функциональной диагностики?

Измерение утренней ректальной температуры производится самой больной ежедневно, каждое утро, не вставая с постели, в течение 5-7 мин, на протяжении 2-3 циклов. Показатели температуры фиксируются в виде графика. Нормальный МЦ имеет две хорошо различимые термические фазы: гипотермическую (ниже 37 °С), которая соответствует фолликулиновой фазе, и гипертермическую фазу (37,2-37,6 °С), соответствующую лютеиновой фазе цикла (см. рис. 1.35).

От чего зависит характер температурной кривой?

Температурные циклические изменения зависят от жизнедеятельности организма, питания, сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний и других условий (поэтому необходимо отмечать причины, которые могут повлиять на температуру тела), но в основе лежат гормональные колебания. При насыщении организма эстрогенами температура снижается, причем максимальное снижение соответствует максимальной насыщенности, что наблюдается в конце первой фазы цикла перед самой овуляцией. При повышении уровня прогестерона базальная температура повышается.

Что лежит в основе симптома «зрачка» и «листа папоротника» (тест «арборизации», кристаллизации), симптома растяжения шеечной слизи (*ferningtest*)?

В основе этих тестов лежит изучение количества и физико-химических свойств цервикальной слизи. Изменения шеечной слизи играют важную роль в подготовке процесса оплодотворения; они могут служить критерием функционального состояния женской половой системы. Так как диагностическая ценность описанных тестов возрастает при комплексном применении, то на основании феноменов «зрачка», «листа папоротника», растяжения слизи и ее количества можно судить об эстрогенной насыщенности организма женщины на протяжении МЦ.

Оценка данных тестов производится по трехбалльной системе или в «+».

Как оценивается симптом «зрачка»?

Феномен «зрачка» (*pupil*) связан с изменением количества слизи в зависимости от эстрогенной насыщенности организма и изменением тонуса шейки матки. На 8-9-й день МЦ появляется стекловидная прозрачная слизь в расширившемся наружном отверстии канала шейки матки. К 10-14-му дню цикла отверстие канала шейки матки расширяется до 1/4 см в диаметре, округляется, становится черным, блестящим. При гинекологическом обследовании шейка матки обнажается с помощью зеркал, и луч света направляется на наружный зев. При направленном освещении наружный зев с выступающей каплей слизи кажется темным и напоминает зрачок (положительный симптом «зрачка»). В последующие дни цикла количество слизи снова уменьшается, слизь исчезает (отрицательный симптом «зрачка»).

Как оценивается симптом натяжения (растяжения)?

Для оценки данного показателя необходимо после исследования симптома «зрачка» цервикальную слизь захватить браншами анатомического пинцета или корнцанга. После извлечения инструмента надо развести его бранши и отмерить, на какую длину растягивается

Источник KingMed.info

слизь. Длина нити цервикальной слизи зависит от уровня эстрогенов и достигает своего максимума к овуляции.

Как оценивается симптом «листа папоротника»?

Симптом «листа папоротника» основан на способности шейечной слизи при высушивании образовывать кристаллы и позволяет уточнить наличие овуляции. Причиной кристаллизации считаются изменения физико-химических свойств слизи под воздействием эстрогенов (взаимодействие натрия хлорида с полисахаридами, коллоидами и муцином, изменение pH слизи) (рис. 2.12). После оценки симптома растяжения цервикальной слизи надо нанести ее тонким слоем на предметное стекло и высушить при комнатной температуре. Через 15-30 мин препарат без окрашивания рассматривают под микроскопом при малом увеличении. С 1-го по 8-й день МЦ симптом «листа папоротника» отрицательный. С 9-го дня появляются первые признаки кристаллизации, которая достигает своего максимума к 12-14-му дню. С 17-18-го дня рисунок кристаллизации теряет свою четкость, а с 20-22-го дня слизь перестает кристаллизовываться (рис. 2.13).

Какие изменения происходят в эпителии влагалища на протяжении менструального цикла?

Влагалищный эпителий, так же как и эндометрий, подвержен циклическим изменениям в течение МЦ. Особенно чувствительна к гормональным влияниям верхняя треть влагалища, которая имеет эмбриологическое родство с внутренними половыми органами, так как они развиваются из мюллеровых ходов (так же как матка, яичники и трубы).

В начале фолликулиновой фазы происходит разрастание клеток влагалищного эпителия в основном посредством клеток базального слоя. По мере приближения овуляции клетки дифференциру-



Рис. 2.12. Кристаллизация шейечной слизи

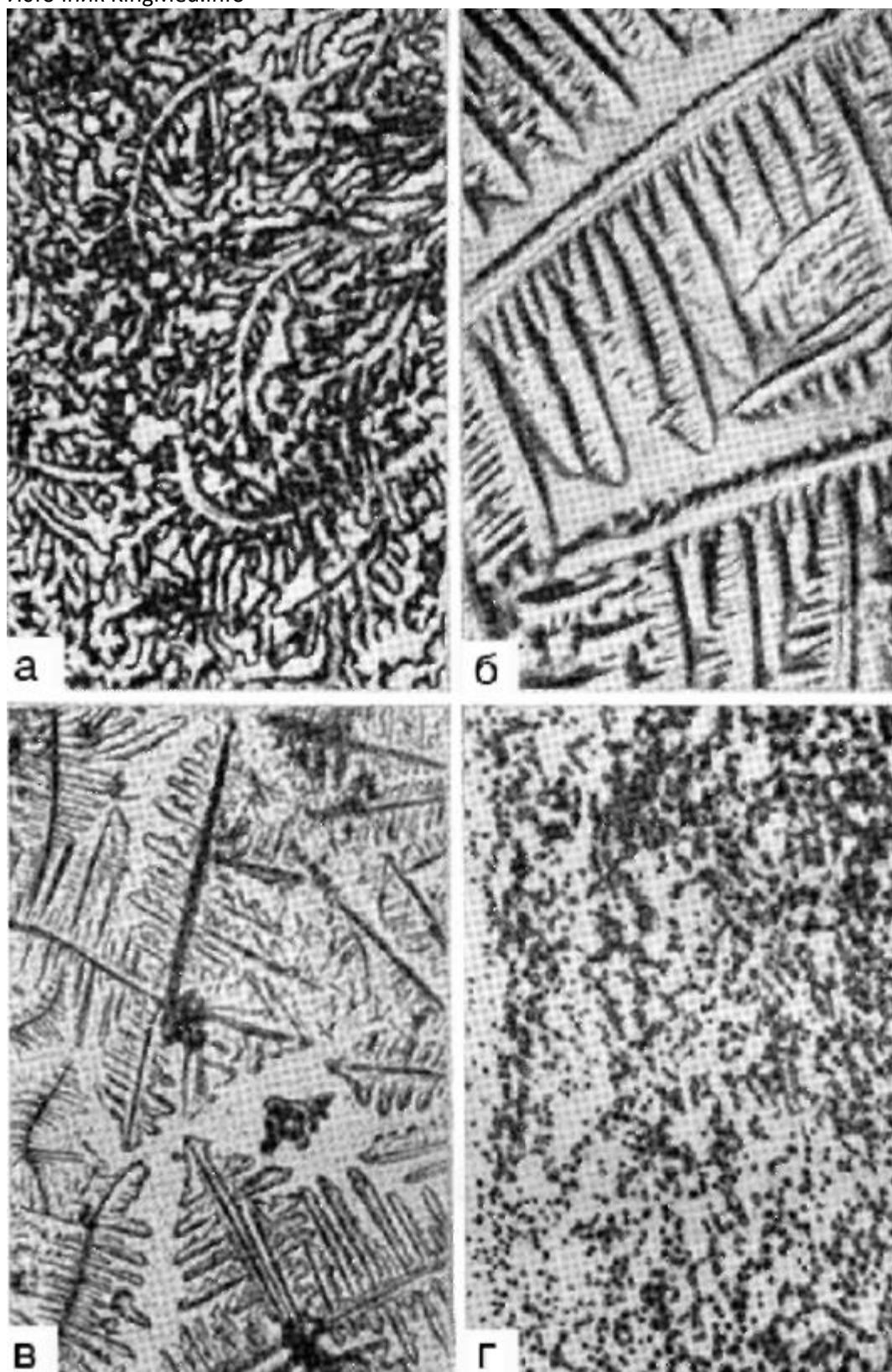


Рис. 2.13. Типы кристаллизации шейечной слизи в течение менструального цикла: а - на 10-й день цикла; б - на 14-й день; в - на 15-й день; г - на 22-й день
ются, количество слоев эпителия увеличивается за счет промежуточных клеток. К овуляции эпителий достигает максимальной толщины за счет поверхностного слоя; происходит его разрыхление. В лютеиновую фазу прекращается разрастание эпителия и наступает его десквамация. Во время менструации отторгаются поверхностный и частично промежуточный слои влагалищного эпителия.

На чем основана гормональная цитодиагностика?

Количественное соотношение клеток в мазке и их морфологическая характеристика служат основой гормональной цитологической диагностики.

Цитологическое исследование влагалищного содержимого позволяет оценить КПИ - процентное отношение поверхностных клеток с пикнотическими ядрами к общему числу клеток.

Как готовится мазок для данного исследования?

Материал необходимо брать до бимануального обследования и влагалищных манипуляций, лучше всего с боковых сводов с помощью пипетки Папаниколау, шприцем Брауна, шпателем Эйра, браншей пинцета и др. На предметное стекло тонким равномерным слоем наносится материал, который фиксируется смесью Никифорова с последующей полихромной окраской (гематоксилин-эозин). Готовый препарат изучают под световым микроскопом с подсчетом КПИ.

Вычисляют также индекс созревания - процентное соотношение поверхностных, промежуточных и парабазальных клеток, и эозинофильный индекс - процентное соотношение клеток с эозинофильно окрашенной цитоплазмой к клеткам с базофильной цитоплазмой.

Как еще оценивается кольпоцитограмма?

Различают следующие кольпоцитологические типы или реакции.

- Первая реакция. В мазке преимущественно базальные клетки и лейкоциты. Данный тип характерен для резкой гипоэстрогении.
- Вторая реакция. В мазке базальные, промежуточные клетки и лейкоциты, с преобладанием базальных клеток и лейкоцитов. Данная реакция типична для значительной эстрогенной недостаточности.
- Третья реакция. Мазок представлен промежуточными клетками с единичными парабазальными. Реакция характерна для умеренной гипоэстрогении.
- Четвертая реакция. Мазок состоит из ороговевающих клеток, базальные клетки и лейкоциты отсутствуют. Данный мазок характеризует достаточную эстрогенную насыщенность организма.

В какие дни менструального цикла следует брать мазки?

Общая продолжительность обследования по ТФД составляет 3-4 мес и более (по показаниям).

В таблице 2.2 представлены основные показатели ТФД при нормальном МЦ у женщин репродуктивного возраста.

Монофазный характер температурной кривой, постоянно высокие или низкие показатели других ТФД свидетельствуют о нарушении процесса овуляции (ановуляторные МЦ) и способствуют диагностике гиперили гипоэстрогении.

Таблица 2.2. Показатели тестов функциональной диагностики в динамике овуляторного цикла у женщин репродуктивного возраста

| Показатели ТФД | Дни цикла относительно овуляции | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | -10...-8 | -6...-4 | -2...0 | +2...+4 | +6...+8 | +10...+12 |
| КПИ, % | 20-40 | 50-70 | 80-88 | 60-40 | 30-25 | 25-20 |
| Длина растяжения шеечной слизи, см | 2-3 | 4-6 | 8-10 | 4-3 | 1-0 | 0 |
| Симптом «зрачка» | + | + | +++ | + | — | — |
| Симптом «листа папоротника» | + | + | +++ | + | — | — |
| Базальная температура, °С | 36,6 ± 0,2 | 36,7 ± 0,2 | 36,4 ± 0,1 | 37,1 ± 0,1 | 37,2 ± 0,1 | 37,2 ± 0,2 |

Что такое цервикальное число?

Так как диагностическая ценность описанных тестов возрастает при комплексном применении, то на основании феноменов «зрачка», «листа папоротника», натяжения слизи и ее количества В. Insler (1970) предложил таблицу, позволяющую в баллах оценить так называемый шейный индекс, которым очень удобно пользоваться в повседневной практике (табл. 2.3).

Таблица 2.3. Оценка шейного индекса

| Диагностический тест | Баллы | | | |
|--------------------------------|-------------|--|----------------------------|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Симптом «зрачка» | Отсутствует | Темная точка | 0,2-0,25 | 0,3-0,35 |
| Количество слизи | Отсутствует | Незначительное | Умеренное | Большое |
| Натяжение слизи | Отсутствует | До 6 | 8-10 | 15-20 |
| Симптом «листа папоротника» | Отсутствует | Мелкие кристаллы в виде тонких стеблей | Четкий рисунок листа | Грубые кристаллы, лист крупный, с толстым стеблем |

Шейный индекс 0-3 балла свидетельствует о резкой недостаточности эстрогенов, 4-6 баллов - об их умеренной недостаточности, 7-9 баллов - о достаточной эстрогенной насыщенности, а 10-12 баллов - об усиленной их секреции.

Какой еще метод исследования относится к тестам функциональной диагностики?

Исследование соскоба эндометрия - один из наиболее распространенных ТФД. Материал для анализа получают чаще всего путем выскабливания, что также дает в ряде случаев лечебный эффект (например, при ДМК).

Можно также использовать метод вакуум-аспирации как менее травматичный и дающий хорошие результаты. При оценке гистологических препаратов учитывают морфологические особенности функционального слоя эндометрия, характер строения стромы и желез, а также особенности железистого эпителия.

Следует помнить, что наличие воспалительных заболеваний половых органов, особенно влагалища, шейки матки и матки, ограничивают ценность ТФД.

Какие существуют дополнительные методы исследования гормонального статуса?

Источник KingMed.info

Определение гормонов и их метаболитов. Для определения содержания в крови гонадотропинов, стероидных гормонов яичников и надпочечников используют радиоиммунологические и иммуноферментные методы. Исследование содержания гормонов в моче проводится реже.

Для диагностики беременности ранних сроков (особенно при подозрении на внематочную) определяют β -хорионический гонадотропин человека (β -ХГЧ) в крови, что вместе с трансвагинальным УЗИ служит золотым стандартом диагностики эктопической беременности.

При трофобластической болезни исследуют уровень ХГЧ в моче и сыворотке крови.

Какие функциональные фармакологические пробы и с какой целью применяют для уточнения уровня поражения эндокринной системы?

Однократное определение в крови и моче гормонов и их метаболитов малоинформативно, поэтому данные исследования нередко сочетают с проведением функциональных фармакологических проб, что позволяет уточнить функциональное состояние различных отделов РС и выявить резервные возможности гипоталамуса, гипофиза, надпочечников, яичников и эндометрия.

Гормональные пробы также способствуют уточнению уровня поражения эндокринной системы (гипоталамо-гипофизарная система, яичники, кора надпочечников).

Наиболее часто применяются функциональные пробы с гестагенами; эстрогенами и гестагенами; с дексаметазоном; кломифеном; гонадолиберином. **Для чего проводится прогестероновая проба?** Прогестероновая проба применяется:

- для определения адекватной реакции эндометрия на действие прогестерона и особенностей отторжения слизистой оболочки матки при снижении уровня этого гормона;
- определения уровня эстрогенной насыщенности организма при аменорее.

Для этого используют гестагены: утрожестан* внутрь или вагинально по 200-300 мг/сут или интравагинально дюфастон* по 20 мг/сут в течение 10 дней. Наряду с оральными гестагенами используют 1% раствор прогестерона по 1 мг/сут в течение 10 дней или раствор 17-ОПК по 125-250 мг однократно внутримышечно. Суммарная доза препарата должна составлять не менее 100 мг, что соответствует уровню секреции прогестерона во вторую фазу цикла. Реакция расценивается как закономерная, если через 3-7 дней после окончания приема гестагенов появляются умеренные кровянистые выделения (так называемая менструальноподобная реакция), сохраняющиеся в течение 3-4 дней. Отсутствие менструальноподобной реакции указывает на резкое снижение уровня эстрадиола, отсутствие пролиферативных процессов в эндометрии или на полное отсутствие эндометрия.

Какие гормональные пробы проводят при отрицательной прогестероновой пробе?

При отрицательной прогестероновой пробе необходимо проводить циклическую пробу с последовательным назначением эстрогенов и прогестерона. Эстрогены (17- β -эстрадиол, эстрадиола валерат) назначают в течение 10-12 дней или более вплоть до увеличения цервикального числа до 10 баллов и более. Затем назначают гестагены в указанной выше дозе. Появление закономерной менструальноподобной реакции свидетельствует о наличии эндометрия, чувствительного к действию гормонов. Отсутствие кровянистых выделений (отрицательная циклическая проба) указывает на отсутствие функционально активного

Источник KingMed.info

эндометрия - маточную форму аменореи (например, внутриматочные синехии - синдром Ашермана).

Каким пациенткам проводят пробу с кломифеном?

Пробу с кломифеном проводят у пациенток с нерегулярными менструациями или аменореей после индуцированной менструальноподобной реакции для уточнения уровня поражения репродуктивной системы. Назначают 100 мг препарата с 5-го по 9-й день цикла. Проба считается положительной, если через 3-8 дней после окончания приема кломифена регистрируется повышение базальной температуры, которое будет признаком достаточного синтеза стероидов в фолликуле и сохраненных резервных способностей гипофиза. В этом случае через 25-30 дней после приема кломифена наступает менструально-подобная реакция.

При отрицательной пробе с кломифеном показана проба с гонадотропинами.

С какой целью проводят пробу с метоклопрамидом?

Проба с метоклопрамидом проводится для дифференциальной диагностики гиперпролактиновых состояний. После предварительного определения исходного уровня ПРЛ внутривенно назначают 10 мг метоклопрамида с последующим забором крови через 30 и 60 мин. При положительной пробе на 30-й минуте уровень ПРЛ в плазме крови возрастает в 5-10 раз, что свидетельствует о сохраненной регуляции пролактинсекретирующей функции гипофиза. Отрицательная реакция (отсутствие повышения уровня ПРЛ в плазме крови) характерна для пролактинсекретирующей опухоли (аденомы) гипофиза.

Для чего проводят пробу с дексаметазоном?

Пробу с дексаметазоном проводят для уточнения генеза гиперандрогении. С этой целью назначают 0,5 мг дексаметазона каждые 6 ч в течение 2 сут. За 2 дня до приема и сразу после отмены определяют уровень тестостерона, 17-ОП-прогестерона, ДГЭА и кортизола в плазме крови.

При положительной пробе уровни исследуемых гормонов снижаются более чем на 50-75%, что указывает на надпочечниковый источник андрогенов. Снижение пробы менее чем на 25-50% указывает на яичниковое происхождение андрогенов или опухоль.

Какие пробы применяют для определения функции гипофиза и яичников?

Проба с ГнРГ. Основным показанием к проведению этой пробы служит выяснение поражения гипофиза при аменорее центрального генеза. Оценка пробы с ГнРГ проводится на основании изучения содержания в крови ФСГ и ЛГ с помощью радиоиммунных или иммуноферментных методов. При наличии опухоли или некроза гипофиза проба с ГнРГ будет отрицательной, т.е. усиления продукции ФСГ не наблюдается. Если проба свидетельствует о нормальной функции гипофиза, то аменорея центрального генеза обусловлена поражением гипоталамуса.

Проба с ФСГ используется для определения функционального состояния яичников (при аменорее, задержке полового развития (ЗПР) и др.). Для этого применяются менотропины (75 ЕД ФСГ и 75 ЕД ЛГ). После введения препарата (5000 ЕД в течение 10 дней) определяют содержание эстрогенов в крови и следят за динамикой ТФД. Положительная проба свидетельствует о наличии функционального резерва.

Проба с хорионическим гонадотропином применяется для уточнения состояния яичников. Хорионический гонадотропин назначают в течение 5 дней внутримышечно по 1500-5000 ЕД. Результаты оценивают по повышению содержания прогестерона в крови и базальной

Источник KingMed.info

температуре выше 37 °С. Если яичники способны функционально реагировать на стимулирующее влияние хорионического гонадотропина, после его введения усиливается образование гормона желтого тела, что свидетельствует о центральном генезе нарушений. Отрицательные результаты пробы подтверждают наличие первичной неполноценности яичников.

Какие пробы проводят для определения функции надпочечников?

Проба с аналогом адренокортикотропного гормона (АКТГ) - тетракозатид (синактен-депо*) - проводится с целью исключения поздних проявлений дефекта надпочечникового фермента 21-гидроксилазы у носителей мутантного аллеля.

Что служит объектом для гистологического исследования?

Обычно на гистологическое исследование направляют удаленную ткань слизистой оболочки цервикального канала и слизистой оболочки тела матки, полученную во время отдельного диагностического выскабливания, биоптаты, а также удаленный орган или его часть.

Каковы показания для иммунологических и медико-генетических методов исследования?

Иммунологические исследования применяются при изучении патогенеза некоторых форм бесплодия, воспалительных заболеваний. Для диагностики туберкулеза широко используются туберкулиновые пробы.

Исследование иммунореактивности (ЭЛИП-тест). Определяют уровни аутоантител к белкам ОБМ, S100, ACBP14/18 и MP65 в свежей сыворотке крови, которые выражаются в процентах (условных единицах) от уровня реакции контрольной сыворотки (эталоны) с указанными белками. Физиологические значения иммунореактивности более чем у 95% здоровых лиц находятся в пределах от -25% до +30% уровня реакции эталона с теми же белками («норма реакции» естественных антител к используемым белкам).

Результаты ЭЛИП-теста определяются как нормо-, гипо- и гиперреактивность. Значения определяемых показателей не зависят от наличия или отсутствия беременности.

Медико-генетические методы показаны при нарушениях полового развития, некоторых формах нарушений МЦ, привычном невынашивании беременности малых сроков, бесплодии, пороках развития половых органов, дисгенезии гонад (ДГ) и т.д.

Какие существуют медико-генетические методы исследования?

Эти методы включают:

- определение полового хроматина и кариотипирование;
- проведение хромосомного анализа;
- биохимические исследования, предоставляющие возможность выявить наследственные нарушения обмена веществ, связанные с энзимопатией;
- составление генеалогической схемы, позволяющей оценить вероятность появления определенных наследственных признаков у членов изучаемой семьи.

Что служит маркерами хромосомных аномалий?

Маркеры хромосомных аномалий - множественные, нередко стертые соматические аномалии развития и дисплазии, а также изменение полового хроматина, который определяют в ядрах клеток поверхностного эпителия слизистой оболочки внутренней поверхности щеки, снятого

Источник KingMed.info

шпателем (скрининг-тест). Окончательный диагноз хромосомных аномалий можно установить только на основании определения кариотипа.

Каковы показания к исследованию кариотипа?

Показаниями к исследованию кариотипа служат отклонения в количестве полового хроматина, низкий рост, множественные, нередко стертые соматические аномалии развития и дисплазии, а также пороки развития, множественные уродства или самопроизвольные выкидыши в ранние сроки беременности в семейном анамнезе.

Определение кариотипа - непереносимое условие обследования больных с ДГ.

Серологические исследования основаны на реакции антиген-антитело и дают косвенные указания на инфицированность. К ним относят определение уровня специфических иммуноглобулинов различных классов (IgA, IgG, IgM) в сыворотке крови путем иммуноферментного анализа.

Реакция прямой и непрямой иммунофлуоресценции используется для выявления возбудителя при люминесцентной микроскопии.

ДНК-диагностика. В настоящее время для диагностики ИППП широкое распространение получил метод ДНК-диагностики, или полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исследованию подвергают соскобы эпителиальных клеток, кровь, сыворотку, мочу и другие биологические выделения. В основе метода лежит комплементарное достраивание ДНК-матрицы, осуществляемое *in vitro* с помощью фермента ДНК-полимеразы.

Определение гена GP III α . Ген GP III α локализован в длинном плече 17 хромосомы и представлен двумя аллельными формами *PLA1* и *PLA2*. Определение гена производится в крови пациентки и имеет важное практическое значение для ранней диагностики и прогнозирования развития ряда гинекологических заболеваний (миома, эндометриоз и др.).

Определение онкомаркёров. Для ранней (доклинической) диагностики и для дифференциальной диагностики опухолевых процессов используется определение в крови пациентки опухоль-ассоциированных антигенов СА-125, РЭА, СА-19-9, МСА, позволяющих в 84-87% подозревать наличие злокачественных образований яичников и матки.

Рост-опухолевый тест (РО-тест). В целях улучшения и упрощения диагностики злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса применяется новый универсальный диагностический тест на опухолевый рост - РО-тест, который также предложено использовать как скрининговый метод для формирования групп повышенного риска опухолеобразования у гинекологических больных с целью ранней диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей. Это метод ранней диагностики, основанный на открытии эмбрионального поверхностного антигена в мембране раковой клетки, который служит универсальным маркёром для клеток всех недоброкачественных опухолей. Выявляется этот ген с помощью специальной сыворотки-индикатора. РО-тест практически с одинаковой эффективностью позволяет определять различные опухоли человека независимо от ее локализации и на любой клинической стадии развития процесса.

Наиболее высокие показатели РО-теста выявлены при эндометриоидных кистах, серозных кистах яичников, особенно при злокачественных опухолях половых органов. Весьма информативно определение РО-теста в комбинации с онкологическими маркёрами (СА-125, РЭА, СА-19-9) для диагностики опухолей женских половых органов. Так, повышение РО-теста и СА-125 свидетельствует о рецидиве заболевания.

Какие методы относятся к инструментальным?

Зондирование матки. Данный метод производят с целью определения проходимости шейечного канала, длины матки, наличия в ней опухоли, полипов, деформации полости матки, аномалий развития матки, а также перед внутриматочными вмешательствами, ампутацией шейки матки и др.

Полость матки зондируют гибким металлическим маточным зондом (рис. 2.14) длиной 20-30 см, на одном конце которого имеется пуговчатое утолщение, а другой конец сделан в виде плоской рукоятки. На зонде имеются сантиметровые деления, что позволяет пользоваться зондом и как измерительным инструментом.



Рис. 2.14. Маточный зонд

Зондирование матки производят в условиях строгой асептики и антисептики. Для зондирования необходимы ложкаобразные зеркала, подъемник, пулевые щипцы, корнцанг и маточный зонд.

После бимануального исследования шейку матки обнажают с помощью зеркал и фиксируют пулевыми щипцами, а затем осторожно вводят в цервикальный канал и полость матки зонд. При этом важно отметить, что при антефлексии матки пуговку зонда направляют кпереди, при ретрофлексии - кзади. Вводя зонд в полость матки до дна, определяют длину матки, форму полости, наличие в ней деформаций (опухоли), шероховатостей (полипов) перегородки (рис. 2.15).

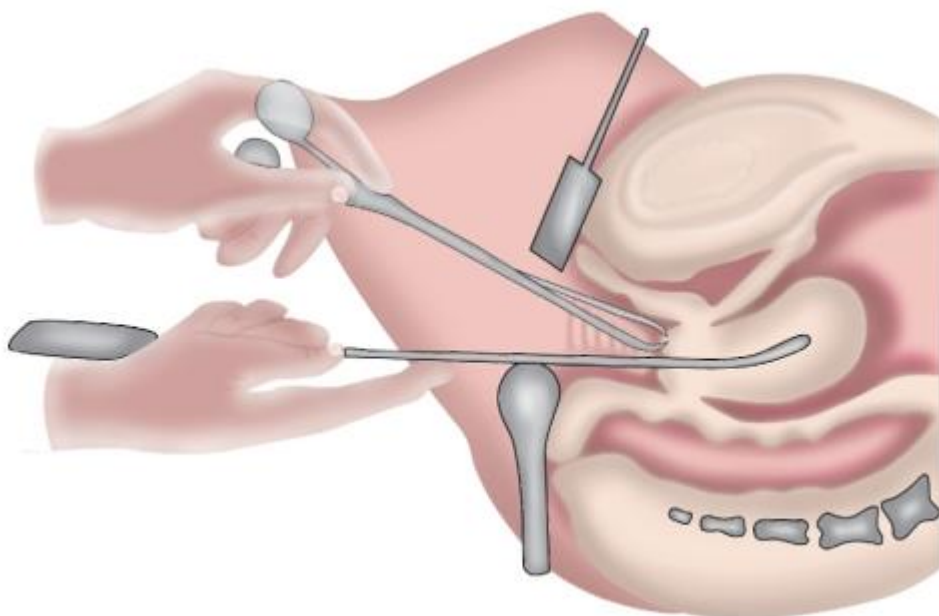


Рис. 2.15. Зондирование матки пуговчатым зондом

Какие осложнения могут быть при зондировании матки?

При зондировании возможны перфорация, кровотечение, инфицирование.

Когда противопоказано зондирование матки?

Источник KingMed.info

Зондирование с диагностической целью противопоказано:

- при острых и хронических воспалительных заболеваниях матки и ее придатков;
- наличии установленной или предполагаемой беременности;
- распадающейся опухоли шейки матки.

С какой целью проводят пробу с пулевыми щипцами?

К этому методу прибегают в тех случаях, когда в брюшной полости обнаруживают подвижную опухоль и необходимо уточнить связь опухоли с половыми органами. Для этого нужны: ложкаобразные зеркала, подъемник, пулевые щипцы (рис. 2.16).

В асептических условиях обнажают шейку матки и на переднюю губу накладывают пулевые щипцы. После чего удаляют зеркала и во влагалище вводят указательный и средний пальцы (или один палец в прямую кишку), а левой рукой через переднюю брюшную стенку отодвигают вверх нижний полюс опухоли. Одновременно помощник потягивает за пулевые щипцы, смещая матку книзу (рис. 2.17). При этом ножка опухоли, исходящей из половых органов, становится более доступной для пальпации.



Рис. 2.16. Пулевые щипцы

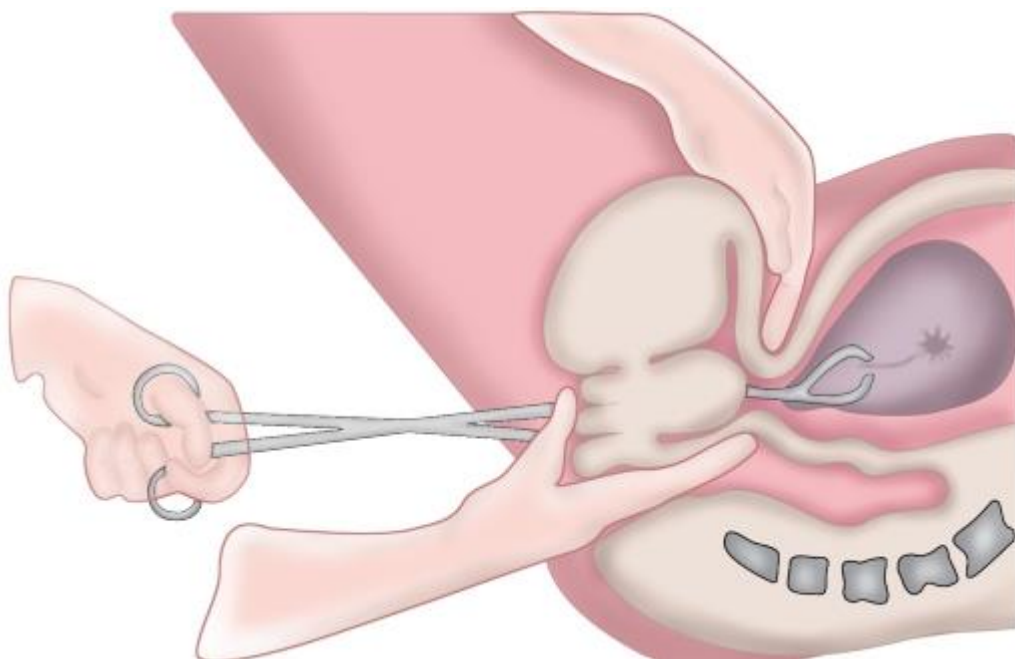


Рис. 2.17. Проба с пулевыми щипцами

Источник KingMed.info

Для пальпации можно применить и другой прием. Пулевые щипцы оставляют свободно висящими, а наружными приемами пальпации опухоль смещают кверху, вправо, влево. Если опухоль исходит из половых органов, то щипцы при перемещении опухоли втягиваются во влагалище, причем при опухоли матки перемещение щипцов выражено больше, чем при опухоли придатков. Если опухоль исходит из других органов брюшной полости (почка, кишечник), щипцы не изменяют своего положения.

Какова цель и методика биопсии шейки матки?

Биопсия шейки матки заключается в иссечении скальпелем клиновидного участка, включающего как всю измененную, так и неизмененную ткань при патологических процессах шейки матки, влагалища, вульвы и наружных половых органов (рис. 2.18). Для производства биопсии необходимы следующие инструменты: ложкаобразные зеркала, подъемник, пулевые щипцы, скальпель, ножницы, иглодержатель, шовный материал. В асептических условиях шейка матки обнажается с помощью зеркал, на обе стороны участка, подлежащего удалению, накладывают пулевые щипцы. Скальпелем клиновидно иссекают кусочек ткани с последующим наложением рассасывающегося шва (швов) на рану. Полученный материал помещают в контейнер с 10% раствором формалина и направляют в лабораторию. Ткань для исследования можно также получить при конусовидной диатермоэксцизии, эксцизии с помощью CO₂-лазера и радионোжа («Surgitron»). Не рекомендуется проводить биопсию конхотомом, так как с помощью этого инструмента невозможно произвести глубокое иссечение тканей шейки матки.

Оптимальный способ взятия материала для биопсии - радиоволновой метод, при котором весь иссеченный материал отправляется на серийное гистологическое исследование.

Какова техника взятия цуга эндометрия?

Материал для исследования получают путем отсасывания содержимого полости матки, а при его отсутствии - путем смыва (в полость матки вводится 2-3 мл физиологического раствора с последующим его отсасыванием и центрифугированием).

Какова техника операции раздельного диагностического выскабливания слизистой оболочки тела матки?

Диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки и слизистой оболочки цервикального канала широко применяется в гинекологической практике для выяснения состояния эндометрия и слизистой оболочки цервикального канала и считается одним из видов биопсии. Его производят при маточном кровотечении, вызывающем подозрение на злокачественную опухоль (рак, хориокарцинома), при подозрении на остатки плодного яйца, полипоз эндометрия, а также для определения причины нарушения МЦ (циклическое и ациклическое кровотечение неясной этиологии). При сохраненном ритме МЦ выскабливание производят за 2-3 дня до очередной менструации, при ациклических кровотечениях - во время кровотечения. Для выскабливания используют ложкаобразные влагалищные зеркала, маточный зонд, набор расширителей Гегара, набор кюреток. В асептических условиях во влагалище вводят ложкаобразные зеркала и шейку матки фиксируют пулевыми щипцами. При раздельном выскабливании сначала маленькой кюреткой без расширения выскабливают слизистую оболочку цервикального канала, полученный соскоб помещают в контейнер с 10% раствором формалина. Затем для уточнения положения матки и длины ее полости производят зондирование. Канал шейки матки расширяют расширителями Гегара, после чего второй, большой, кюреткой производят последовательное выскабливание слизистой оболочки тела матки от дна до канала шейки матки. Особенно тщательно выскабливают маточные углы.

Источник KingMed.info

Выскабливание производят до базального слоя, полученный соскоб также помещают в контейнер с 10% раствором формалина и вместе с первым соскобом направляют в лабораторию.

Раздельное диагностическое выскабливание противопоказано при острых и подострых воспалительных процессах, гонорейном эндоцервиците.

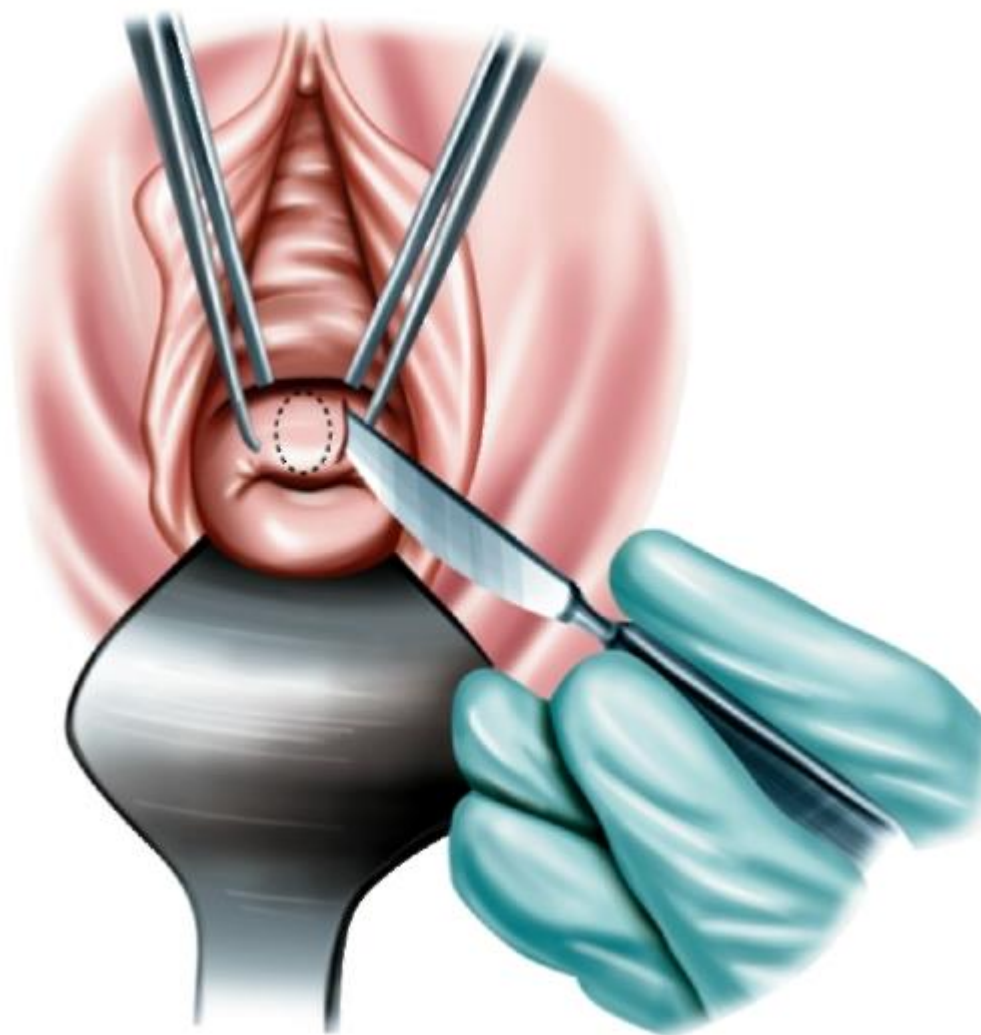


Рис. 2.18. Биопсия шейки матки

Что представляет собой пункция брюшной полости через задний свод влагалища?

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища - широко распространенный и эффективный диагностический метод исследования с целью выяснения характера жидкости (гной, кровь, экссудат), содержащейся в прямокишечно-маточном углублении (рис. 2.19).

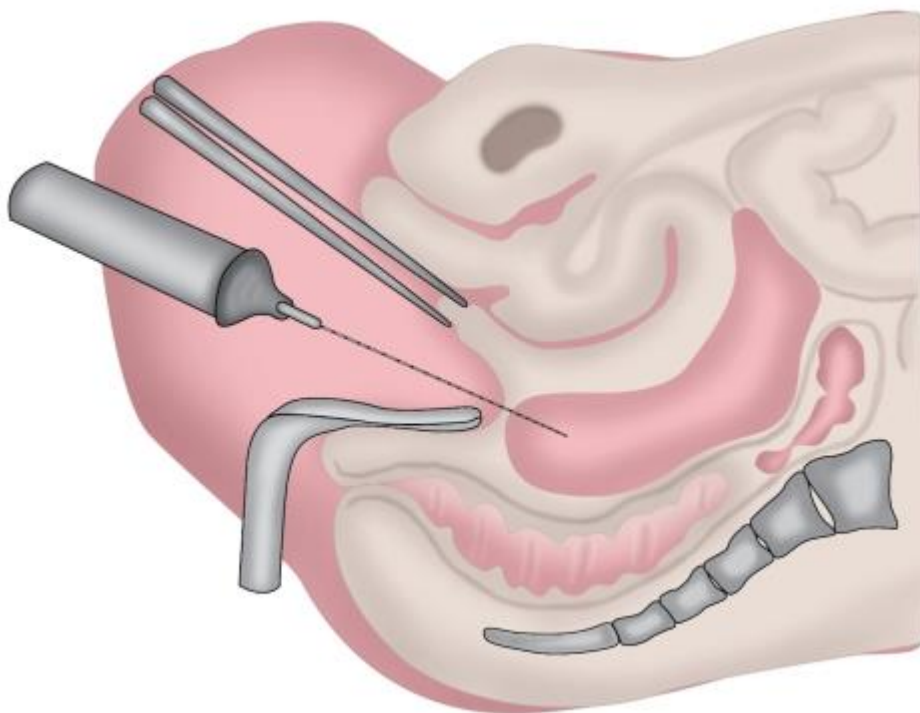


Рис. 2.19. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показаниями для пункции служат:

- подозрение на прервавшуюся внематочную беременность;
- апоплексия яичника;
- абсцесс придатков матки (пиовар, пиосальпинкс), если нижний полюс его близко прилежит к задней части свода влагалища;
- воспалительные заболевания, сопровождающиеся образованием экссудата в прямокишечно-маточном углублении, с целью выявления характера экссудата и лабораторного, цитологического и бактериального исследований.

При подозрении на злокачественную опухоль придатков матки пункция противопоказана, так как она может привести к метастазированию опухолевых клеток.

Пункцию брюшной полости через задний свод можно выполнить двумя способами: с помощью зеркал и по пальцам. Чаще применяют первый способ, для чего используют ложкообразные зеркала, пулевые щипцы, корнцанги, шприц емкостью 10 мл, пункционную иглу длиной 10-12 см с широким просветом. После обработки наружных половых органов и влагалища 40% спиртом и 2% раствором йода шейку матки обнажают с помощью зеркал, фиксируют за заднюю губу пулевыми щипцами и оттягивают кпереди и кверху. В центре заднего свода, по средней линии (между крестцово-маточными связками) вводят толстую иглу, надетую на шприц на глубину 1-2 см или глубже при наличии инфильтратов. Жидкость отсасывают поршнем, одновременно медленно извлекая иглу.

В настоящее время для повышения точности диагностики чаще используют лапароскопию.

Пробная лапаротомия. Лапаротомию с диагностической целью на сегодняшний день производят редко, когда невозможно определить характер заболевания другими методами исследования.

Какие методы относятся к эндоскопическим?

К эндоскопическим методам исследования относятся:

- вагиноскопия - широко используется в детской гинекологии;
- кольпоскопия - первый эндоскопический метод, нашедший широкое применение в гинекологической практике. Кольпоскопия позволяет производить детальный осмотр влагалищной части шейки матки, стенок влагалища и вульвы под увеличением в 10-30 раз и определить место для произведения прицельной биопсии;
- гистероцервикоскопия - позволяет выявить внутриматочную патологию и проводить контроль терапии;
- лапароскопия - осмотр органов малого таза и брюшной полости на фоне пневмоперитонеума;
- хромолапароскопия - введение метиленового синего в полость матки для оценки проходимости маточных труб при лапароскопии;
- гастроскопия - обязательный метод исследования при наличии у больной опухоли яичников;
- цистоскопия - используется при обследовании больных со злокачественными заболеваниями шейки матки, тела матки, яичников;
- ректороманоскопия, колоноскопия - в настоящее время эти эндоскопические методы полностью вытеснили ирригоскопию, как и гастроскопия - рентгенографию желудка при обследовании больных с опухолями яичников.

Какова цель кольпоскопии?

Цель кольпоскопического исследования - изучение особенностей наружных половых органов, влагалища и шейки матки с помощью оптической системы под увеличением для повышения информативности клинических и цитологических данных.

На чем основан метод кольпоскопии?

Метод основан на выявлении различий рельефа и сосудов в неизменном и пораженном патологическим процессом эпителии.

Каковы задачи кольпоскопии?

Задачи кольпоскопии:

- первичный и вторичный онкологический скрининг;
- определение характера и локализации патологического процесса на шейке матки, влагалище, вульве;
- обоснование необходимости дополнительных морфологических (цитологических, гистологических) методов исследования;
- определение места и метода забора материала для дополнительного исследования (биопсия, конизация шейки матки);
- определение метода лечения выявленной патологии;
- оценка эффективности проводимой терапии;

Источник KingMed.info

- диспансерное наблюдение за женщинами из группы риска развития патологии шейки матки, влагалища и наружных половых органов, а также с фоновыми и предраковыми состояниями в целях своевременного лечения и профилактики визуальных форм гинекологического рака.

Как выполняют кольпоскопию?

Кольпоскопия выполняется до бимануального исследования или других манипуляций. Осматривают четыре условно выделенные зоны (по часовой стрелке) либо вначале осматривают переднюю, а затем заднюю губу шейки матки.

Какие существуют виды кольпоскопии?

Различают кольпоскопию простую (обзорную), расширенную, цервикокольпоскопию.

Что оценивают при простой кольпоскопии?

Простую (обзорную) кольпоскопию выполняют в начале исследования, и она служит сугубо ориентировочным методом. После удаления отделяемого с поверхности шейки матки, без обработки ее какими-либо веществами, определяют: форму и величину шейки матки, ее поверхность, наличие старых разрывов и их характер, особенности наружного зева, границу плоского и цилиндрического эпителия, цвет и рельеф слизистой оболочки, особенности сосудистого рисунка, оценивают характер выделений, а также берут материал для цитологического, бактериоскопического, бактериологического исследований.

Что такое расширенная кольпоскопия?

Расширенная кольпоскопия проводится после простой кольпоскопии и предполагает использование особых маркёров (3% раствор уксусной кислоты и раствор Люголя) для обработки шейки матки, что позволяет наблюдать ряд эпителиальных и сосудистых тестов. Для лучшей визуализации кольпоскопической картины применяют цветные фильтры кольпоскопа: голубой и желтый - для изучения эпителиального покрова, зеленый - для выявления сосудистой сети.

Как производят расширенную кольпоскопию?

Вначале на влагалищную часть шейки матки наносят с помощью тампона 3% раствор уксусной кислоты. Через 30-60 с происходит коагуляция внеклеточной и внутриклеточной слизи, возникает кратковременный отек эпителия, набухание клеток шиповидного слоя, сокращаются подэпителиальные сосуды, уменьшается кровоснабжение тканей.

Реакция сосудов на раствор уксусной кислоты имеет важное диагностическое значение. Известно, что стенка сосудов при злокачественных процессах и ретенционных образованиях лишена мышечного слоя и состоит только из эндотелия. Именно поэтому вновь образованные сосуды не реагируют на уксусную кислоту (отрицательная реакция). Нормальные сосуды, в том числе сосуды при воспалительных процессах, реагируют на уксусную кислоту: сужаются и исчезают из поля зрения.

Второй этап расширенной кольпоскопии - проба Шиллера с раствором Люголя. Под действием раствора Люголя зрелый многослойный сквамозный эпителий, богатый гликогеном, окрашивается в темнокоричневый цвет, что свидетельствует о нормальном состоянии шейки матки. При поражении эпителия изменяется содержание в нем гликогена, и обработанный участок выглядит более светло окрашенным (йоднегативным), а проба считается положительной. Йоднегативными будут следующие эпителиальные структуры шейки матки: призматический (цилиндрический) и метаплазированный (превращенный из него) эпителий; участки дисплазии;

Источник KingMed.info

элементы опухолевых клеток. Кроме того, не окрашиваются участки истонченного сквамозного эпителия вследствие резкого уменьшения толщины промежуточного слоя, клетки которого богаты гликогеном, и воспаленная слизистая оболочка. Проба Шиллера позволяет точно определить локализацию и границы патологического процесса, но не дифференцировать его характер.

Каковы показания к цервикогистероскопии?

Показаниями служат:

- патологические маточные кровотечения у пациенток перименопаузального и постменопаузального возраста, обусловленные наличием субмукозной/интрамуральной миомы матки, полипов эндометрия, гиперплазии эндометрия, рака эндометрия, аденомиоза, ВМК;
- бесплодие (первичное бесплодие, патологические изменения при метро сальпингографии, обследование перед ЭКО, привычные выкидыши), вызванное миомой матки, полипами эндометрия, маточными синехиями, облитерацией устьев маточных труб, аномалиями развития матки - внутриматочная перегородка, двурога матка, удвоение матки и др.;
- определение расположения ВМК и инородных тел в полости матки;
- патология беременности (беременность на фоне ВМК; остатки плодного яйца; послеродовые кровотечения);
- патология шейки матки (полипы цервикального канала; осмотр границы многослойного плоского эпителия; патология сосудов шейки матки);
- контрольное исследование после оперативных вмешательств (гистерорезекции субмукозных узлов миомы; консервативной миомэктомии; кесарева сечения; рассечения внутриматочной перегородки; разделения внутриматочных синехий);
- рак эндометрия: для определения распространенности процесса, контроля эффективности лечения (при отказе от хирургического лечения);
- контроль эффективности стерилизации (визуализация окклюзии маточных труб).

Каковы противопоказания к цервикогистероскопии?

Различают абсолютные (недостаточная квалификация хирурга; неадекватный инструментарий; неподготовленная пациентка; распространенный РШМ; острые воспалительные заболевания органов малого таза) и относительные (хронический цервицит и (или) эндометрит; маточное кровотечение; стеноз шейки матки; сопутствующие экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации) противопоказания.

С чем может сочетаться цервикогистероскопия?

Цервикогистероскопия может также сочетаться с малыми оперативными вмешательствами, такими, как: прицельная щипковая биопсия эндометрия с помощью биопсийных щипцов; удаление единичных мелких полипов эндометрия и эндоцервикса с применением гистероскопических ножниц и захватывающих щипцов; точечная электрокоагуляция оснований мелких полипов эндометрия и эндоцервикса пуговчатым монополярным электродом; лазерная деструкция оснований мелких полипов; извлечение ВМК, а также удаление субмукозных узлов миомы матки.

Какие могут быть осложнения при выполнении цервикогистероскопии?

Источник KingMed.info

Осложнения во время диагностической и оперативной цервикогистероскопии могут быть обусловлены как средой для расширения полости матки (жидкостная перегрузка сосудистого русла, сердечная аритмия, воздушная эмболия), так и хирургическими осложнениями (перфорация матки, кровотечение).

Каковы показания к лапароскопии?

Показаниями к лапароскопии служат необходимость дифференциальной диагностики опухолей матки и придатков, опухолей и опухолевидных образований придатков матки воспалительной этиологии, подозрение на синдром поликистозных яичников (СПКЯ), наружный эндометриоз, аномалии развития внутренних половых органов, а также уточнение причин бесплодия и более неясной этиологии.

Каковы показания к экстренной лапароскопии?

Экстренные показания к лапароскопии - необходимость проведения дифференциальной диагностики таких острых хирургических и гинекологических заболеваний, как острый аппендицит, подозрения на разрыв пиосальпинкса или кисты яичника, апоплексию яичника, трубную беременность (прогрессирующую или нарушенную), перекрут ножки кисты яичника, перфорацию матки.

В настоящее время широкое распространение получила оперативная лапароскопия, с помощью которой в мире производится около 75% всех гинекологических операций.

Какие методы относятся к рентгенорадиологическим?

- Рентгенография костей черепа и турецкого седла - широко применяется для диагностики нейроэндокринных заболеваний. Изучение формы, размеров и контуров турецкого седла - костного ложа гипофиза - необходимы для диагностики опухоли гипофиза.
- Рентгенография органов грудной клетки - обязательный метод обследования при трофобластической болезни.
- Гистеросальпингография или метросальпингография.

Наиболее часто ГСГ проводят с целью определения проходимости маточных труб, подслизистого или центрипетального роста миоматозного узла, а также для диагностики аномалий и пороков развития, внутреннего эндометриоза (аденомиоза) и др. (рис. 2.20). Для производства ГСГ необходимы ложкаобразные зеркала, подъемник, пулевые щипцы, корнцанг, маточный зонд, маточная канюля, шприц объемом 10 мл, водорастворимое контрастное вещество (тразограф*, омнипак* и др.). Исследование проводится в рентгеновском кабинете в горизонтальном положении больной. В асептических условиях шейка матки обнажается с помощью зеркал, фиксируется за перед-

нюю губу пулевыми щипцами и после осторожного зондирования в цервикальный канал вводится маточная канюля с подсоединенным к ней шприцем с контрастным веществом. Под контролем рентгенотелевизионной установки в полость матки вводят 5-6-8 мл контрастного вещества с последующей рентгенографией. При определении проходимости труб через 5-10 мин делают второй снимок.



Рис. 2.20. Гистеросальпингография. Аденомиоз

ГСГ противопоказана при острых и подострых воспалительных заболеваниях, III и IV степенях чистоты влагалищного содержимого, подозрении на беременность, при аллергии на йод.

Какие еще методы исследования используют в гинекологической практике?

- Вазография - с помощью этого метода можно видеть строение сосудистой сети и выявлять ее патологические состояния. В качестве контрастного вещества используют водные растворы органических соединений йода. В зависимости от того, какую систему сосудов заполняют контрастным веществом, исследование называется артериографией, веноили флебографией и лимфоангиографией. Данный метод применяют в онкогинекологии для установления распространенности злокачественных новообразований половых органов.

- КТ - используется в гинекологической практике для диагностики небольших (до 1 см) новообразований гипофиза и патологических изменений внутренних половых органов.

- МРТ - в гинекологической практике метод получил распространение для дифференциальной и топической диагностики новообразований, свищей, пороков развития и другой патологии.

- Радиоизотопное исследование - один из методов диагностики состояния эндометрия с использованием радиоактивного изотопа фосфора ^{32}P .

Источник KingMed.info

Метод основан на свойстве злокачественных опухолей накапливать радиоактивный фосфор более интенсивно, чем окружающие непораженные клетки.

Каковы показания для ультразвукового исследования?

УЗИ - служит для диагностики заболеваний и опухолей матки, придатков, выявления аномалий развития матки, для контроля роста фолликула, толщины эндометрия (рис. 2.21). Используется трансабдоминальная (с наполненным мочевым пузырем в качестве акустического окна) и трансвагинальная методика (при пустом мочевом пузыре). Предпочтительнее трансвагинальное исследование, так как оно позволяет получить более детальную информацию о состоянии эндометрия (толщина, наличие патологии), выявить маточную беременность малого срока (2-2,5 нед), оценить состояние матки (особенности строения, размеры, локализация и величина узлов миомы), яичников (размеры, состояние фолликулярного аппарата, патологические изменения), маточных труб (наличие трубной беременности, гидросальпинкса), обнаружить незначительное количество свободной жидкости в дугласовом пространстве и многое другое.



Рис. 2.21. УЗИ. Внематочная беременность. Двойня

Противопоказаний УЗИ не имеет.

С какой целью проводят эхогистерографию?

Метод эхогистерографии основан на введении жидкого контраста в полость матки, который создает акустическое окно и позволяет точнее определять структурные изменения при ГПЭ, пороках развития матки, миоме матки, аденомиозе и др. Исследование выполняется на 5-7-й или на 23-25-й дни МЦ при соблюдении условий и противопоказаний для проведения внутриматочных вмешательств. В качестве контрастной среды используются стерильный изотонический раствор хлорида натрия или гиперэхогенный контраст, которые вводят в полость матки с помощью утеромата, обеспечивающего непрерывную подачу жидкости.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Основные жалобы женщин с гинекологическими заболеваниями - это:

- 1) боли;
- 2) бели;
- 3) повышение температуры тела;
- 4) кровотечение;
- 5) нарушение фертильности.

2. Основные причины болей у женщин с гинекологическими заболеваниями - это:

- 1) сокращение и спазм мускулатуры матки;
- 2) воспалительный процесс, приводящий к образованию инфильтратов;
- 3) механическое раздражение болевых рецепторов;
- 4) все перечисленное.

3. Наиболее частая локализация болей при гинекологических заболеваниях - это:

- 1) область наружных половых органов;
- 2) эпигастральная область;
- 3) область крестца и поясницы;
- 4) подвздошная область.

4. Увеличение влагалищной секреции обусловлено следующими причинами:

- 1) местные воспалительные процессы;
- 2) инородное тело во влагалище;
- 3) опущение стенок влагалища;
- 4) сахарный диабет;
- 5) миома матки.

5. Специальные методы исследования, используемые в гинекологической практике, - это:

- 1) перкуссия;
- 2) аускультация;
- 3) пальпация;
- 4) бимануальное исследование;
- 5) все перечисленное;

6. Для оценки полового развития используются следующие критерии:

- 1) степень развития молочных желез;

Источник KingMed.info

- 2) начало половой жизни;
- 3) степень оволосения на лобке;
- 4) степень оволосения подмышечных впадин;
- 5) характеристика менструальной функции.

7. Цель проведения двуручного влагалищного обследования - это оценка:

- 1) состояния влагалища;
- 2) состояния тазового дна;
- 3) положения матки, а также ее величины, консистенции, подвижности;
- 4) состояния шейки матки;
- 5) все перечисленное.

8. К лабораторным методам исследования относятся:

- 1) микробиологический;
- 2) цитологический;
- 3) иммунологический;
- 4) радиоиммунологический;
- 5) эндоскопический.

9. Критерий наличия патологического процесса - это:

- 1) II-IV степени чистоты влагалища;
- 2) III, IV степени;
- 3) IV степень;
- 4) I-IV степени;
- 5) верно все.

10. К ТФД относятся:

- 1) подсчет КПИ;
- 2) феномен «зрачка»;
- 3) измерение ректальной температуры;
- 4) симптом «листа папоротника»;
- 5) феномен «глазка».

11. Для уточнения уровня поражения эндокринной системы используют функциональные фармакологические пробы:

- 1) с гестагенами;
- 2) с эстрогенами и гестагенами;

Источник KingMed.info

- 3) с дексаметазоном;
- 4) с кломифеном;
- 5) верно все;
- 6) верный ответ - 1, 2, 4.

12. К эндоскопическим методам исследования в гинекологии относятся:

- 1) цистоскопия;
- 2) вагиноскопия;
- 3) кольпоскопия;
- 4) гистероскопия;
- 5) лапароскопия.

Задачи

13. Женщина, 42 лет, обратилась в женскую консультацию с пожеланием пройти профилактический осмотр у гинеколога. Жалоб не предъявляет. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и один медицинский аборт, без осложнений. Какова тактика врача? Каким будет объем обследования?

14. У девушки, 16 лет, появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 мес назад по 2 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное. Хорошо физически развита. При ректоабдоминальном исследовании патологии не выявлено. Hb - 80 г/л. Каков диагноз? Какой будет тактика врача?

Глава 3. Нарушения менструального цикла

Цель занятия: ознакомить студентов с определениями, характеризующими нарушения МЦ, в том числе представлением о ДМК (более подробно ДМК разбираются на отдельном занятии). Разобрать определение аменореи (амеорея как симптом различных нейроэндокринных заболеваний). Изучить основные причины аменореи, ее патогенез, представить классификацию. Ознакомить с классификацией ВОЗ и алгоритмом диагностики основных (клинико-эндокринологических синдромов) причин аменореи. Изучить принципы лечения (дифференцированный подход, цели и методы терапии) аменореи.

Студент должен знать: термины, которые характеризуют нарушения МЦ, в том числе определение ДМК; определение аменореи, этиологию, патогенез, классификацию; основные причины нарушений МЦ и методы их диагностики; цели и методы лечения, пути первичной профилактики нарушений МЦ; основные лекарственные средства для лечения нарушений МЦ.

Студент должен уметь: проводить первичное обследование пациентки с нарушением МЦ (перечень и последовательность обязательных исследований), оценивать результаты клинико-гормонального обследования при нарушении МЦ; определять показания для назначения проб с гестагенами и с последовательным назначением эстрогенов и гестагенов; проводить эти пробы и интерпретировать их результаты, определять цели и методы лечения, выбирать основные лекарственные средства для восстановления менструальной функции.

Место занятия: учебная комната, отделение гинекологии.

Оснащение: таблицы, презентации, основные лекарственные средства для регуляции репродуктивной и менструальной функций.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении:
 - демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме. Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Какие варианты нарушений менструального цикла выделяют?

В зависимости от характера нарушений МЦ выделяют: отсутствие менструаций (амеорея), гипоменструальный синдром (редкие, короткие, скудные менструации), гиперменструальный синдром (частые, длительные, обильные менструации) и болезненные менструации (дисменорея).

Какие варианты нарушений менструального цикла выделяют с учетом наличия ритма менструаций?

С учетом ритма менструаций нарушения МЦ подразделяют: на меноррагии (цикл сохранен), метроррагии (цикл нарушен) и менометроррагии (сочетание того и другого).

Какие клинические формы нарушений менструального цикла выделяют?

Источник KingMed.info

В зависимости от клинических проявлений нарушения МЦ делят на три основные группы: аменорея, ДМК и дисменорея.

Что такое аменорея?

Аменорея - это отсутствие менструации в течение 3-6 мес и более.

Что такое опсоменорея?

Опсоменорея - это редкие менструации с интервалом более 35 дней.

Что такое олигоменорея?

Олигоменорея - это скудные менструации при их продолжительности менее 2 дней.

Что такое гипоменорея?

Гипоменорея - это скудные менструации при объеме ежемесячной кровопотери менее 50 мл.

Что такое пройоменорея?

Пройоменорея - частые менструации, возникающие с регулярными короткими интервалами менее 21 дня.

Что такое полименорея?

Полименорея - это маточные кровотечения с продолжительностью более 7 дней.

Что такое гиперменорея?

Гиперменорея - это обильные менструации с ежемесячной кровопотерей свыше 100-150 мл.

Что такое меноррагия?

Меноррагия - обильные менструации с ежемесячной кровопотерей свыше 100-150 мл, без нарушения ритма менструаций.

Что такое метроррагия?

Метроррагия - это маточное кровотечение, возникающее вне МЦ и не связанное с ним (межменструальное ациклическое кровотечение).

Что такое менометроррагия?

Менометроррагия - это обильные менструации в сочетании с ациклическими маточными кровотечениями.

Что такое дисфункциональное маточное кровотечение?

ДМК - это кровотечение из полости матки (эндометрия), не связанное с беременностью, органической патологией внутренних половых органов и сосудов матки, а также с системными расстройствами.

Что такое дисменорея?

Дисменорея - это болезненные менструации, нарушающие образ жизни и трудоспособность и (или) требующие приема медикаментов.

Аменорея

Источник KingMed.info

Наличие регулярных менструаций служит показателем здоровья женщины репродуктивного возраста, поэтому развитие аменореи должно быть расценено как «сигнал тревоги» со стороны РС.

Какие классификации аменореи существуют?

Аменорея может быть ложной и истинной. Истинная аменорея, в свою очередь, бывает физиологической или патологической, а последняя подразделяется на первичную и вторичную.

В зависимости от функционального состояния гипофиза аменорея подразделяется на три группы: гипогонадотропную, нормогонадотропную (эугонадотропную) и гипергонадотропную.

В зависимости от уровня поражения РС выделяют аменорею, обусловленную поражением органов-мишеней (в том числе маточную), яичниковую аменорею, а также гипофизарную, гипоталамо-гипофизарную и корковогипоталамическую аменорею.

Выделяют также аменорею при заболеваниях щитовидной железы и при заболеваниях надпочечников.

Что такое ложная аменорея?

Ложная аменорея - это отсутствие менструаций, которое не связано с нарушениями в РС и, как правило, обусловлено анатомическими причинами. Препятствием для оттока менструальной крови могут быть заращение (атрезия) девственной плевы, влагалища и (или) цервикального канала шейки матки.

Что такое истинная аменорея?

Истинная аменорея - это отсутствие менструаций, которое служит клиническим симптомом и (или) следствием нарушений на различных уровнях РС.

Что такое физиологическая аменорея?

Физиологическая аменорея - это отсутствие менструаций до менархе, во время беременности и лактации, а также после менопаузы.

Что такое патологическая аменорея?

Патологическая аменорея - это отсутствие менструаций, служащее симптомом функциональных или органических нарушений в РС. Патологическая аменорея бывает первичной и вторичной.

Что такое первичная аменорея?

Первичная аменорея - это отсутствие в анамнезе самопроизвольных менструаций по достижении возраста 16 лет.

Что такое вторичная аменорея?

Если в анамнезе есть указание хотя бы на одну менструацию в жизни - аменорея считается *вторичной*.

Что такое гипогонадотропная аменорея?

Гипогонадотропная аменорея - это отсутствие менструаций на фоне снижения секреции гонадотропинов гипофизом. При этом развивается вторичная недостаточность яичников - резкое торможение синтеза эстрогенов, обусловленное недостаточной стимуляцией тканей фолликулов гонадотропинами.

Что такое нормогонадотропная (эугонадотропная) аменорея?

Нормогонадотропная (эугонадотропная) аменорея - это отсутствие менструаций на фоне нормальной секреции гонадотропинов гипофизом и достаточного синтеза эстрогенов в яичниках. Она обусловлена патологическими процессами на уровне органов-мишеней (матка, цервикальный канал, влагалище).

Что такое гипергонадотропная аменорея?

Гипергонадотропная аменорея - это отсутствие менструаций на фоне повышенной секреции гонадотропинов гипофизом (преимущественно ФСГ). Она связана с нарушением механизма обратной связи между яичниками и гипофизом и развивается в ответ на первичную недостаточность яичников - угнетение или отсутствие синтеза эстрогенов, несмотря на выраженную стимуляцию тканей фолликулов гонадотропинами.

Какова частота и распространенность патологической аменореи?

Патологическая аменорея занимает одно из ведущих мест в структуре нарушений МЦ, а ее частота в популяции составляет 3,5% случаев у всех женщин репродуктивного возраста.

Многообразие этиологических факторов и сложный патогенез аменореи определяют необходимость рассмотрения каждой группы в отдельности.

Диагностика аменореи

Что необходимо сделать при аменорее любого генеза?

При аменорее любого генеза необходимо:

- исключить беременность любой локализации, используя тест на р-ХГЧ;
- назначить обследование, направленное на уточнение уровня поражения;
- исключить наличие опухолей (яичников, надпочечников, головного мозга, других эндокринных желез) или генетических заболеваний, требующих оказания специализированной помощи, в том числе хирургического лечения;
- восстановить МЦ путем патогенетической терапии.

На какие сведения из анамнеза следует обратить особое внимание?

Следует обратить внимание на наличие:

- отягощенного семейного анамнеза (отсутствие менструаций, позднее менархе, ранняя менопауза, нейроэндокринные синдромы (НЭС) или эндокринопатии у близких родственниц);
- особенностей течения перинатального, препубертатного и пубертатного периодов жизни;
- перенесенных заболеваний, травм и операций;
- особенностей становления и характера МЦ и фертильности;
- этиологических факторов, ассоциированных с прекращением менструаций (психоэмоциональный стресс, изменение массы тела, чрезмерные физические нагрузки, изменение аппетита, прием лекарственных средств, заболевания щитовидной железы и надпочечников, патологическая кровопотеря в родах и т.д.).

На что следует обратить внимание при осмотре больных аменореей?

Источник KingMed.info

Следует обращать внимание на телосложение, характер отложения жировой клетчатки, выраженность вторичных половых признаков, характер оволосения на лице и теле, увеличение щитовидной железы, признаки дефеминизации и маскулинизации, развитие половых органов.

О причинах аменореи, не связанных с патологией половых желез, свидетельствуют нормостенический тип телосложения, выраженные вторичные половые признаки и нормальные размеры половых органов.

Высокий рост, длинные верхние и нижние конечности, узкий таз, слабо выраженные вторичные половые признаки и гипоплазия половых органов свидетельствуют о гипоэстрогении с начала пубертатного периода.

Повышенное отложение жировой ткани на животе и бедрах, полосы растяжения, пигментные пятна, сухость кожи, наличие угрей, повышенное оволосение характерны для нарушения функции гипоталамогипофизарной системы, щитовидной железы и надпочечников. Аналогичные симптомы наблюдаются при поликистозе яичников, болезни Иценко-Кушинга.

Какие дополнительные методы исследования проводят при аменорее?

После исключения с помощью УЗИ пороков развития половых органов в пубертатном периоде и беременности в репродуктивном периоде исследуют уровни гормонов аденогипофиза (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, тиреотропного гормона (ТТГ) и половых гормонов (эстрадиол, тестостерон, прогестерон); производят рентгенографию черепа, турецкого седла и (или) МРТ головного мозга с дополнительным контрастированием сосудистой сети, что позволяет выявлять опухоли более 5 мм, гипоплазию или аплазию гипофиза и гипоталамуса, аномалии сосудов мозга, эктопию нейрогипофиза, отсутствие или недоразвитие обонятельных лукович при синдроме Каллмана.

По показаниям проводят УЗИ молочных желез, щитовидной железы, надпочечников, определяют уровни в крови T_3 , T_4 , кортизола, 17-ОПГ, ДЭА, АКТГ, глобулина, связывающего половые гормоны; выполняют ГСГ и(или) гистероскопию с биопсией эндометрия, а также лапароскопию и биопсию яичников.

При необходимости к исследованию привлекают смежных специалистов - невропатолога, психиатра, эндокринолога, офтальмолога и др.

С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику аменореи?

Дифференциальную диагностику проводят между патологической и физиологической аменореей. При подтверждении патологического характера аменореи последовательно определяют уровень поражения РС. Принципиально важно как можно быстрее исключить наличие у пациентки маточной и эктопической беременности и любых опухолевых процессов, требующих хирургического или комбинированного лечения.

Каково лечение патологической аменореи?

Лечение зависит от возраста пациентки, уровня поражения и причин аменореи.

Цели лечения:

- устранение причины аменореи;
- нормализация МЦ;
- лечение основного заболевания для профилактики рецидива.

Каков прогноз патологической аменореи?

Прогноз зависит от формы аменореи и цели лечения.

Аменорея, вызванная поражением органов-мишеней (матки, цервикального канала, влагалища)

Каковы этиология и патогенез аменореи, вызванной поражением органовмишеней?

Эта форма аменореи относится к ложной нормогонадотропной и может быть как первичной, так и вторичной. Отсутствие менструаций - симптом анатомических изменений матки и влагалища, сопровождающихся механическим нарушением оттока менструальной крови или отсутствием органа (его части), которые являются клиническим проявлением врожденных аномалий или приобретенных заболеваний матки, цервикального канала или влагалища.

Какие врожденные аномалии матки и половых путей сопровождаются аменореей, вызванной поражением на уровне органов-мишеней?

При аменорее, связанной с поражением органов-мишеней, могут встречаться:

- заращение (атрезия) девственной плевы;
- поперечная перегородка влагалища;
- частичная или полная аплазия влагалища;
- аплазия матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстнера- Майера-Хаузера).

Для всех аномалий характерно отсутствие естественного оттока менструальной крови, нормальное физическое и половое развитие.

Что такое синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера-Хаузера?

Синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера-Хаузера - врожденный порок развития (аплазия) матки и влагалища у лиц женского пола, при котором нарушается внутриутробное развитие внутренних половых органов (труб, матки, влагалища) из мюллеровых протоков. Больные имеют кариотип 46,XX, функционирующие яичники и морфологически правильно сформированные женские наружные половые органы. Влагалище имеет различную степень аплазии, заканчивается слепо. Половое развитие до предполагаемого менархе протекает правильно, к 15-16 годам пациентки обращаются к врачу по поводу первичной аменореи. Возможно более раннее обращение при случайно обнаруженном на УЗИ отсутствии матки либо при попытке начать половую жизнь в раннем возрасте - как правило, она заканчивается неудачно в связи с пороком развития влагалища. Прогноз для жизни благоприятный в связи с нормально функционирующими яичниками. Для ликвидации сексуальной дисфункции пациенткам может потребоваться пластическая операция - формирование влагалища (кольпопоз). Решение проблемы бесплодия возможно путем суррогатного материнства.

Какие приобретенные аномалии матки и половых органов приводят к аменорее, вызванной поражением на уровне органов-мишеней?

- Продуктивное воспаление цервикального канала с развитием слипчивого процесса и нарушением оттока менструальной крови.
- Оперативное удаление матки.
- Последствия абляции эндометрия.

Источник KingMed.info

- Синдром Ашермана - дистрофия и (или) фиброз эндометрия вследствие полной или частичной облитерации матки внутриматочными синехиями, обусловленными криодеструкцией, введением в полость матки раствора йода, травматическим повреждением при чрезмерном выскабливании слизистой оболочки матки и цервикального канала при аборте или после родов, особенно осложненных эндометритом.
- Особо выделяют туберкулезный эндометрит (рубцовые изменения эндометрия с образованием синехий и облитерацией полости матки).

Какие клинические симптомы характерны для больных аменореей, вызванной поражением органов-мишеней?

При нарушении оттока менструальной крови у больных с функционирующей маткой типичными будут ноющие, тянущие, распирающие боли внизу живота, которые наблюдаются в период менструаций и носят циклический характер (со светлыми промежутками). Боли обусловлены растяжением стенок влагалища с формированием гематокольпоса. От месяца к месяцу болевой синдром нарастает, появляются нарушения мочеиспускания и дефекации, наблюдается пирогенная реакция за счет всасывания продуктов распада крови. Без восстановления оттока кровь начинает скапливаться не только в перерастянном влагалище, но и попадает в матку и маточные трубы (гематометра, гематосальпинкс), вплоть до развития симптомокомплекса «острого живота».

У женщин с удаленной маткой или аплазией органа специфические симптомы отсутствуют.

При аплазии влагалища может быть сексуальная дисфункция, диспареуния. Синдром Ашермана и туберкулезное поражение матки проявляются аменореей и бесплодием.

На чем основана диагностика аменореи, вызванной поражением органовмишеней?

Диагностика данной формы аменореи основана на выявлении:

- анатомических изменений наружных половых органов, соответствующих топике аномалии (плотная девственная плева без отверстия, частичная или полная атрезия/аплазия влагалища, непроходимость цервикального канала при его зондировании, отсутствие матки);
- первичной аменореи у девушек-подростков, имеющих циклический нарастающий со временем болевой синдром, с присоединением нарушения функции мочевого пузыря и кишечника, субфебрилитета, признаков интоксикации, появлением симптомов раздражения брюшины;
- наличия в проекции влагалища (труб - возможно, с обеих сторон) тестоватого болезненного образования, увеличенной болезненной матки (гематометра);
- первичной аменореи в сочетании с аплазией матки и влагалища при нормальном развитии вторичных половых признаков и женском кариотипе (синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера-Хаузера);
- туберкулеза в анамнезе, особенно половых органов (туберкулезный эндометрит);
- вторичной аменореи при указании в анамнезе на многократные или травматичные внутриматочные вмешательства (выскабливание полости матки, абляция эндометрия, введение в полость матки раствора йода);
- первичного или вторичного бесплодия в сочетании с аменореей при нормальном уровне гонадотропинов;

Источник KingMed.info

- данных УЗИ, гистероскопии, лапароскопии.

С чем проводят дифференциальную диагностику аменореи, вызванной поражением органов-мишеней?

Дифференциальную диагностику проводят с аменореей, обусловленной поражением других уровней РС. Диагностическое значение имеет отрицательная проба с эстроген-гестагенами, свидетельствующая об отсутствии у пациентки функционального эндометрия, нормальный уровень гонадотропинов крови, а также данные УЗИ, гистероскопии и лапароскопии.

Каково лечение аменореи, вызванной поражением органов-мишеней?

При нарушении оттока менструальной крови необходимы хирургическое восстановление оттока и терапия развившихся осложнений.

Лечение внутриматочных синехий проводят хирургическим путем: зондирование, гистерорезектоскопия в предполагаемые дни менструации с иссечением синехий, их каутеризацией или воздействием лазером с последующим назначением циклической гормонотерапии в течение 6 мес и более.

Восстановление менструаций и вынашивание беременности при аплазии матки или утрате органа (его части) невозможно. Необходимость и характер терапии обусловлены наличием основного заболевания.

Лечение бесплодия ограничено возможностями суррогатного материнства.

Каков прогноз при аменорее, вызванной поражением органов-мишеней?

При аплазии матки или утрате органа - неблагоприятный. При наличии внутриматочных синехий - сомнительный.

Аменорея, вызванная поражением яичников

Каковы этиология и патогенез аменореи, вызванной поражением яичников?

Эта форма аменореи - истинная гипергонадотропная и бывает как первичной, так и вторичной. Отсутствие менструаций может быть обусловлено:

- отсутствием яичников (овариальная агенезия, овариоэктомия, синдром тестикулярной феминизации);
- отсутствием в яичниках фолликулярного аппарата (последствия пиовара или оперативного вмешательства, ДГ, синдром истощения яичников);
- дефектом мембранных рецепторов яичников к гонадотропинам с утратой механизма обратной связи по оси «гипофиз-яичники» (синдром резистентных яичников);
- резким угнетением функциональной активности гонад (нарушение внутрияичникового кровотока, вирилизующая опухоль, СПКЯ).

Какие клинические симптомы характерны для больных аменореей, вызванной поражением яичников?

Клиническая картина при данной форме аменореи обусловлена основным заболеванием.

Синдром истощения яичников следует заподозрить у женщин моложе 38 лет при наличии у них внезапного прекращения менструаций без предшествовавших нарушений МЦ,

прогрессирующих атрофических процессов в молочных железах и половых органах и вегетативных проявлений, сходных с климактерическим синдромом (КС).

Постовариэктомический синдром характеризуется указанием в анамнезе на оперативное вмешательство на матке и придатках, развитием вегетососудистых, психоэмоциональных и обменно-эндокринных расстройств, сходных с климактерическими. Аменорея всегда вторичная. Причиной выключения функции яичников с развитием у молодой женщины вторичной аменореи может послужить ятрогенное нарушение кровотока в яичниках, обусловленное удалением матки (синдром субтотальной овариоэктомии). Клиническая картина аналогична климактерическим расстройствам, однако у большинства пациенток она более выражена. Синдром тестикулярной феминизации - генетическое заболевание лиц мужского пола, при котором отсутствует чувствительность периферических рецепторов к андрогенам (дефект фермента 5- α -редуктазы). Это нарушает внутриутробную половую дифференцировку наружных половых органов по мужскому типу и половое развитие в постнатальном периоде жизни. Больные имеют кариотип 46,XY и морфологически правильно сформированные и функционально активные тестикулы. Пациенткам при рождении устанавливают женский паспортный пол, их воспитывают как девочек. Отсутствие маскулинизации наружных половых органов (нет сформированной мошонки) нарушает процесс опускания тестикулов, что приводит к формированию паховых грыж, по поводу которых пациенток оперируют в дошкольном возрасте. Половое развитие протекает с нарушением пубархе (крайне скудное половое оволосение, вплоть до полного его отсутствия), имеет место первичная аменорея. Отмечаются достаточное развитие молочных желез и феминизация фигуры (отсюда и название синдрома), что связано с сохранением чувствительности к эстрогенам, синтезируемым в тестикулах и жировой ткани. Если к окончанию пубертатного периода один или оба тестикула находятся в брюшной полости, что подтверждается УЗИ, присутствует высокий риск их малигнизации (для тестикулов физиологично находиться вне брюшной полости, где поддерживается постоянная температура около 38 °С). Такие тестикулы после окончания пубертатного периода подлежат удалению, а пациентки - заместительной гормональной терапии (ЗГТ) до возраста естественной менопаузы. Характерно абсолютное бесплодие.

Клиническая картина ДГ обусловлена специфическим внешним видом - низкий рост (не более 150-155 см), диспластичное телосложение, короткая шея, множественные пигментные пятна, вальгусная деформация локтевых и коленных суставов, наличие крыловидных складок на шее, низкое расположение ушных раковин, бочкообразная грудная клетка, широко расставленные соски молочных желез, отсутствие или резкое недоразвитие вторичных половых признаков, гипоплазия половых органов. Характерны дефекты развития яичников (в виде небольших тяжей, без фолликулов), аномалии сердечно-сосудистой, мочевыделительной и других систем. Аменорея всегда первичная.

Синдром резистентных яичников отличает отсутствие специфической клинической симптоматики - кроме аменореи, которая может быть как первичной, так и вторичной (но всегда «истинная»), и бесплодия, которое также может быть первичным и вторичным.

Ведущим в клинике вирилизующей опухоли яичников служит обратное развитие вторичных половых признаков, определяемое как «дефеминизация» - гипотрофия молочных желез, матки и наружных половых органов при наличии образования в области придатков. Это сопровождается изменением характера отложения подкожной жировой клетчатки по мужскому типу и появлением симптомов грубой вирилизации (гипертрофия клитора и перстневидного хряща («кадык»), залысины и алопеция, чрезмерная потливость с неприятным запахом). Аменорея

Источник KingMed.info

может быть первичной или вторичной, в зависимости от периода жизни, в котором развилось заболевание.

Для поликистозных яичников (ПКЯ) характерна олигоменорея, аменорея развивается вторично и сопровождается симптомами андрогенизации (гипертрихоз или гирсутизм, акне, себорея), у половины женщин имеет место ожирение.

На чем основана диагностика аменореи, вызванной поражением яичников?

Отличительная черта этой формы аменореи - повышение уровня гонадотропинов, в основном ФСГ. Преимущественное повышение ЛГ с формированием типичного индекса ЛГ/ФСГ $\geq 2,5$ типично только для СПКЯ.

Наиболее информативны следующие методы диагностики:

- указание в анамнезе на оперативное вмешательство, на наличие хронических аутоиммунных заболеваний (галактоземия, вирусные инфекции, актиномикоз и др.), характерные для пациенток с синдромом резистентных яичников;
- определение гонадотропинов и яичниковых гормонов (снижение эстрадиола, прогестерона, при удалении или отсутствии яичников - и тестостерона);
- УЗИ (отсутствие или гипоплазия яичников - яичники в виде тяжей; отсутствие фолликулярного аппарата при ДГ или синдроме истощения яичников; типичные критерии ПКЯ, такие, как симметричное или асимметричное увеличение размеров обоих яичников без признаков воспаления);
- доплерометрическое исследование кровотока (резкое нарушение вплоть до полного отсутствия - постовариоэктомический синдром, синдром истощения яичников);
- кариотипирование (аномальный кариотип при ДГ - типичная форма синдрома Шерешевского-Тернера - 45,ХО, возможны различные варианты мозаики - 45,ХО/46,ХХ, при смешанной форме ДГ в кариотипе определяется Y-хромосома);
- лапароскопия, биопсия гонад.

С чем проводят дифференциальную диагностику аменореи, вызванной поражением яичников?

Дифференциальную диагностику проводят с аменореей, обусловленной поражением вышележащих уровней РС. Диагностическое значение имеет положительная проба с эстроген-гестагенами, свидетельствующая о наличии у пациентки функционально активного эндометрия и яичниковой недостаточности, первичность которой подтверждает гиперсекреция гонадотропинов крови, а также данные УЗИ, лапароскопии и биопсии.

Каково лечение аменореи, вызванной поражением яичников?

Цели лечения:

- устранение причины аменореи;
- нормализация МЦ;
- коррекция массы тела;
- формирование женского фенотипа;

Источник KingMed.info

- лечение основного заболевания.

При выборе тактики лечения пациенток с аменореей, вызванной поражением яичников, необходимо учитывать следующие факторы:

- наличие или отсутствие Y-хромосомы;
- рост больных;
- минеральную плотность костей при денситометрии (остеопороз (ОП) или остеопения);
- уровень холестерина, ЛНПН, триглицеридов;
- психический статус и качество жизни.

Каково лечение пациенток с интактной маткой?

У пациенток с сохраненной маткой при удаленных яичниках восстановление МЦ производится посредством ЗГТ в циклическом режиме с использованием комбинированных препаратов, содержащих «натуральные» эстрогены, или до 40 лет - комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с последующим переходом на использование препаратов для ЗГТ до возраста естественной менопаузы (50-51 год).

Каково лечение при аменорее, обусловленной гистерэктомией или врожденным отсутствием гонад?

При аменорее, обусловленной гистерэктомией, лечение сводится к устранению сопутствующих нейроэндокринных расстройств при их возникновении. У пациенток с врожденным отсутствием гонад до возраста естественной менопаузы для нормализации МЦ и профилактики метаболических нарушений, обусловленных эстрогенным дефицитом (ОП, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и прочие заболевания), проводят ЗГТ препаратами «натуральных» эстрогенов в циклическом режиме.

Каково лечение при наличии дисгенезии гонад?

При выборе тактики лечения пациенток с ДГ целями терапии в возрасте до 15-16 лет будет формирование женского фенотипа и конечного роста больных. Все пациентки наблюдаются у эндокринолога, при доказанной недостаточности гормона роста проводится заместительная терапия его аналогами. При среднем росте с 12-14 лет проводят терапию малыми дозами «натуральных» эстрогенов с целью формирования женского фенотипа. Начиная с 15 лет и до возраста естественной менопаузы для нормализации МЦ и профилактики метаболических нарушений, обусловленных эстрогенным дефицитом (ОП, атеросклероз, ИБС и пр.), проводят ЗГТ в циклическом режиме в средних терапевтических дозах.

Особое внимание следует уделять пациенткам с ДГ, имеющим в кариотипе Y-хромосому (смешанная форма). Наличие Y-хромосомы свидетельствует о возможном наличии в аномальной гонаде клеток, характерных для тестикула. Их локализация в брюшной полости создает риск малигнизации, поэтому гонады у таких больных принято сразу удалять, в последующем проводится ЗГТ «натуральными» эстрогенами до возраста естественной менопаузы.

Каково лечение при синдроме истощения яичников?

При синдроме истощения яичников для нормализации МЦ и профилактики метаболических нарушений, обусловленных эстрогенным дефицитом (ОП, атеросклероз, ИБС) проводят ЗГТ комбинированными препаратами, содержащими «натуральные» эстрогены до возраста естественной менопаузы. До 40 лет возможно применение КОК с последующим переходом

Источник KingMed.info
на ЗГТ.

Все пациентки с первичной недостаточностью яичников входят в группу высокого риска развития остеопенического синдрома, что требует динамического контроля состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) (денситометрия, уровень ионизированного кальция, биохимические маркёры костного метаболизма). В случае выявления ОП пациентки нуждаются в консультации остеопатолога. Меры профилактики развития ОП и патологических переломов заключаются в адекватном возмещении уровня эстрогенов, коррекции рациона с полноценным потреблением кальция, витамина D₃ и животных белков. При необходимости в комплекс терапии добавляют бифосфонаты.

Лечение аменореи на фоне СПКЯ более подробно представлено в главе 4.

Каков прогноз при аменорее, вызванной поражением яичников?

В случае адекватного проведения ЗГТ прогноз для жизни благоприятный. При настоятельном желании женщины иметь потомство при интактной матке возможно использование современных репродуктивных технологий - донация ооцитов.

Аменорея, обусловленная заболеваниями гипофиза

Каковы этиология и патогенез аменореи, вызванной поражением гипофиза?

Аменорея, причина которой - заболевания или нарушения со стороны гипофиза, всегда «истинная» и носит гипогонадотропный характер. Как правило, она вторичная.

Причины гипофизарной аменореи:

- врожденная гипоплазия гипофиза («малое» турецкое седло);
- гипоплазия гипофиза, возникшая постнатально у матери вследствие нарушения кровообращения (вплоть до некроза) передней доли (синдром Шихана, послеродовой гипопитуитаризм), развившегося в результате большой кровопотери или септического заболевания после родов или аборта;
- синдром «пустого» турецкого седла (сдавление гипофиза);
- биохимические дефекты строения молекул тропных гормонов;
- синдром гиперторможения гипоталамо-гипофизарной системы;
- опухоли (аденомы) гипофиза;
- гиперпролактинемия, функциональная или органическая (микрои макропролактинома).

При данной форме аменореи сначала снижается секреция гонадотропинов и только потом вторично возникает гипофункция яичников (гипофизарный гипогонадизм).

Какие клинические симптомы характерны для больных аменореей, вызванной поражением гипофиза?

Наряду с отсутствием менструаций, гипоплазией молочных желез, наружных и внутренних половых органов, а также бесплодием клиническая картина дополняется симптомами основного заболевания:

- при врожденной гипоплазии гипофиза типична ЗПР в пубертатном периоде, аменорея носит первичный характер;

Источник KingMed.info

- при синдроме Шихана жалобы и симптомы (агалактия, выпадение волос на лобке и подмышечных впадинах, слабость, головокружение, обморочное состояние, артериальная гипотония, микседема, похудание, сухость, бледность и потеря тургора кожных покровов, ухудшение памяти, апатия, гипотермия, брадикардия, адинамия, анорексия, тошнота, рвота, запор, снижение полового влечения, анемия, ломкость ногтей) возникают при наличии указания в анамнезе на массивное кровотечение или септическое осложнение после родов или аборта, аменорея и бесплодие всегда вторичны;
- при наличии акромегалии, обусловленной ацидофильной аденомой гипофиза, наблюдается типичный симптомокомплекс, в который входят скачок роста, непропорциональное увеличение костей лица и конечностей, быстрая утомляемость, явления маскулинизации, головные боли, нарушения зрения, огрубение голоса и др.;
- при наличии базофильной аденомы гипофиза, секретирующей АКТГ, наряду с вирилизацией наблюдается развитие болезни Иценко-Кушинга с клиническими проявлениями гиперкортицизма (мраморная окраска кожи, лунообразное лицо, ожирение, сахарный диабет, «матронизм», артериальная гипертензия, багровые стрии);
- гиперпролактинемия проявляется синдромом аменореи - галактореи.

На чем основана диагностика аменореи, вызванной поражением гипофиза?

Основные методы в диагностике причин гипофизарной аменореи - гормональные исследования (уровень тропных гормонов гипофиза) и методики, позволяющие визуализировать анатомические изменения в турецком седле (рентгенография черепа, КТ, МРТ головного мозга). Анамнез, объективный осмотр, специальное гинекологическое исследование и УЗИ позволяют выявить признаки яичниковой недостаточности (гипоплазию наружных половых органов, матки и яичников), объективный осмотр и гормональные исследования (ТФД, уровни эстрадиола, тестостерона, прогестерона крови) - гипофункцию яичников, низкий уровень эстрогенов.

Выявление типичных признаков НЭС или опухолей гипофиза требует проведения дополнительных методов исследования (функциональные пробы, исследование уровня гормона роста, инсулиноподобного фактора роста). Всем пациенткам с подозрением на заболевания гипофиза показана консультация эндокринолога, с подозрением на опухоль гипофиза - нейрохирурга.

С чем проводят дифференциальную диагностику аменореи, вызванной поражением гипофиза?

Дифференциальную диагностику проводят с гипоталамической и яичниковой аменореей.

Каково лечение аменореи, вызванной поражением гипофиза?

Лечение гипофизарной аменореи предполагает установление ее точной причины, которая определяет цель терапии у конкретной больной. Цели лечения:

- устранение причины аменореи;
- нормализация МЦ;
- коррекция массы тела;
- формирование женского фенотипа;
- лечение основного заболевания.

Источник KingMed.info

Если причина может быть устранена (например, опухоль гипофиза, гиперпролактинемия), проводится лечение основного заболевания, что приводит к самопроизвольному восстановлению МЦ (см. главу 4). Если причина не может быть устранена (например, врожденная аномалия гипофиза, некроз гипофиза), проводится замещение утраченной функции яичников (ЗГТ до возраста естественной менопаузы, при этом восстановление МЦ наблюдается редко), направленное на коррекцию фенотипа и профилактику метаболических нарушений, обусловленных последствиями эстрогенного дефицита. При синдроме гиперторможения гипоталамо-гипофизарной системы применяют антиэстрогены (кломифен), которые стимулируют выработку гонадотропинов гипофизом.

Какой прогноз при аменорее, вызванной поражением гипофиза?

Прогноз обусловлен основным заболеванием и возможностью восстановления фертильности. При устранении причины аменореи и бесплодия прогноз благоприятный. Перспективы восстановления детородной функции у пациенток с гипофизарными формами аменореи связаны с возможностями заместительной терапии препаратами гонадотропинов.

Аменорея, обусловленная заболеваниями и нарушениями со стороны гипоталамуса, экстрагипоталамических структур и коры головного мозга Каковы этиология и патогенез корково-гипоталамической аменореи?

Аменорея, причиной которой служат заболевания или нарушения со стороны гипоталамуса, экстрагипоталамических структур и коры головного мозга, всегда «истинная» и носит гипогонадотропный характер. Как правило, она вторичная, исключение составляет синдром Каллмана.

В основе патогенеза корково-гипоталамических форм аменореи лежат врожденные аномалии, опухоли головного мозга или приобретенные нарушения нейромедиаторного обмена, приводящие к нарушению цирхорального ритма выделения гонадолиберина и блокаде функциональной активности РС по оси «гипоталамус-гипофиз-яичники». К ее развитию приводят:

- генетические заболевания (синдром Каллмана, когда есть необратимые дефекты импульсной секреции гонадолиберина в гипоталамусе);
- острый и хронический истощающий психоэмоциональный стресс и чрезмерные физические нагрузки, когда происходит усиленное выделение р-эндорфинов и нейротрансмиттеров класса эндогенных пептидов, приводящее к снижению образования ДА и уменьшению секреции гонадолиберина и гонадотропинов;
- голодание (резкое снижение количества жировой ткани на периферии);
- лечение препаратами, нарушающими баланс ДА и норадреналина в гипоталамусе (производные фенотиазина, резерпин и ганглиоблокаторы);
- дисфункция гипоталамических структур (гипоталамический синдром). Яичниковая недостаточность, проявлением которой служит аменорея, носит уже третичный характер. Первичный механизм - нарушение нейромедиаторного обмена (эндогенных опиоидных пептидов, ДА и др.) в ответ на внешние или внутренние раздражители, опосредуемые корой головного мозга, что приводит к нарушению цирхорального ритма гонадолиберина в гипоталамусе. Вторично снижается функция гипофиза, и только потом развивается гипогонадизм.

Источник KingMed.info

При ограничении в питании с целью снижения массы тела (косметическая аменорея, аменорея после потери массы тела) аменорея развивается при быстрой потере 10-15% исходной массы, у девушек-подростков иногда достаточно потери 5-10% массы.

Какие клинические симптомы характерны для корково-гипоталамической аменореи?

Аменорея, вызванная острым или хроническим психоэмоциональным стрессом («психогенная» аменорея), характеризуется общей слабостью, утомляемостью, головной болью, потливостью, ухудшением памяти, плаксивостью, раздражительностью или апатией, потерей массы тела. Снижение массы тела характерно и для пациенток с косметической аменореей. При переходе заболевания в стадию нервной анорексии присоединяется отсутствие аппетита, прогрессирующая потеря массы тела, гипотермия, артериальная гипотония, брадикардия, акроцианоз, сухость кожи, слабость, запор. Несмотря на то что внешне психика больных не нарушена и физическая активность сохранена, пациентки с нервной анорексией требуют лечения у психиатра и срочной компенсации развивающихся метаболических нарушений, чреватых развитием полиорганной недостаточности и гибели больной.

Особенности клинической картины синдрома Каллмана - врожденное отсутствие обоняния за счет аплазии обонятельных луковиц мозга. Возможны тугоухость, нистагм, церебральная атаксия.

Клиническая картина гипоталамического синдрома характеризуется наличием стрий на коже от розового до синюшного или красного цвета, характерным ожирением (верхняя треть плеча, верхняя треть бедер, «фартук» на животе, «климактерический горбик»), выраженным спектром вегетоневротических и психоэмоциональных расстройств, нарушениями сна, пищевого поведения, терморегуляции.

Синдром Киари-Фроммеля, возникающий при лечении производными фенотиазина, резерпином и ганглиоблокаторами, характеризуется присоединением галактореи, может сочетаться с ожирением, психическими расстройствами.

На чем основана диагностика корково-гипоталамической аменореи?

Диагностика гипоталамического уровня поражения при нарушениях МЦ затруднена. Наиболее информативно наличие характерной клинической картины и типичного анамнеза. Методами, верифицирующими центральный уровень поражения, будут электроэнцефалография, доплерометрия головного мозга или реоэнцефалография, МРТ и функциональные гормональные пробы.

С чем проводят дифференциальную диагностику корково-гипоталамической аменореи?

Главная задача клинициста - подтверждение центрального уровня поражения и выявление органических причин аменореи, требующих специализированной помощи.

Каково лечение корково-гипоталамической аменореи?

Цели лечения:

- устранение причины аменореи;
- коррекция метаболических нарушений;
- нормализация МЦ;
- лечение основного заболевания.

Источник KingMed.info

Если причина аменореи может быть устранена (например, психогенная аменорея), проводят соответствующие мероприятия. Учитывая уровень поражения (системность метаболических нарушений), восстановление всегда проводится поэтапно: приоритетна ликвидация нарушений нейромедиаторного обмена и вызванных метаболических нарушений, и только потом - восстановление МЦ. Если причина неустранима (например, синдром Каллмана), терапия носит симптоматический заместительный характер - ЗГТ в циклическом режиме до возраста естественной менопаузы.

При аменорее на фоне потери массы тела важную роль играет беседа с больной и объяснение ей причины аменореи. Учитывая мотивацию пациентки на поддержание низкой массы тела, следует помнить, что масса тела к моменту менархе служит биологическим минимумом для организма, при котором способна функционировать РС. Следовательно, восстановление массы до этого уровня будет обязательным. Приоритетны нормализация питания, лечение у психоневролога, коррекция метаболических нарушений. При отсутствии самопроизвольного восстановления менструаций на фоне повышения массы тела и витаминотерапии в последующем показана ЗГТ в циклическом режиме в течение 2-3 мес. При психогенной аменорее лечение, в первую очередь, направлено на ликвидацию стрессового фактора и снижение реакции на него с помощью психотерапии и «малых» транквилизаторов, пациентки наблюдаются у психотерапевта или психоневролога. При улучшении состояния больной показано применение ЗГТ.

Какой прогноз корково-гипоталамической аменореи?

Прогноз определяется степенью метаболических нарушений и возможностью восстановления фертильности.

Дисфункциональные маточные кровотечения

Каковы распространенность и частота ДМК в различные возрастные периоды женщин?

Среди гинекологических заболеваний ДМК наблюдаются у 14-18% больных. Наиболее часто ДМК встречаются в пубертатном (ювенильные) и переходном (пременопаузальные) периодах, когда соответственно происходят становление и угасание функции РС. В репродуктивном периоде ДМК возникают реже, так как циклическая функция всех отделов РС сформировалась и установилась.

Что может способствовать возникновению ДМК?

ДМК могут возникать в результате любых гормональных и негормональных нарушений, способствующих формированию морфофункциональных изменений в эндометрии.

Факторами риска развития ДМК служат:

- неблагоприятное течение перинатального периода;
- эмоциональные и психические стрессы;
- умственное и физическое перенапряжение;
- черепно-мозговые травмы;
- гиповитаминозы и алиментарные факторы;
- аборты, нарушающие гормональный гомеостаз;
- перенесенные воспалительные заболевания половых органов;

Источник KingMed.info

- болезни эндокринных желез и НЭС;
- прием нейролептических препаратов;
- различные интоксикации;
- профессиональные вредности;
- солнечная радиация;
- неблагоприятные экологические факторы.

Какая терминология ДМК используется в зависимости от возраста?

В зависимости от возраста выделяют:

- маточные кровотечения в пубертатном периоде [синоним - маточные кровотечения пубертатного периода, ювенильные маточные кровотечения (ЮМК)];
- ДМК репродуктивного возраста;
- ДМК переходного (пременопаузального) периода.

Как подразделяются ДМК в зависимости от наличия или отсутствия овуляции?

В зависимости от возраста выделяют:

- ановуляторные ДМК;
- овуляторные ДМК.

Каковы этиология и патогенез ановуляторных ДМК?

В различные возрастные периоды определенные этиологические факторы имеют разную значимость и ряд особенностей. ЮМК возникают на фоне незрелости РС, в которой еще не сформирована обратная связь: в гипоталамусе еще не отлажен механизм регуляции цирхорального ритма выделения ГнРГ, что влечет за собой нарушение циклического образования и выделения гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) в гипофизе. Ациклический выброс гонадотропинов приводит к анархической стимуляции и персистенции незрелых фолликулов в яичниках. Это сопровождается колебаниями уровней половых гормонов в периферической крови, развитию относительной гиперэстрогении, что способствует неравномерным изменениям в эндометрии и приводит к волнообразным ациклическим ановуляторным кровотечениям.

ДМК репродуктивного периода чаще происходит на фоне ановуляции, обусловленной персистенцией зрелых фолликулов, приводящей к абсолютной гиперэстрогении. ДМК пременопаузального периода обусловлено появлением нарушений на уровне обратной связи в РС, имеющими зеркальное отражение процессов, происходящих в пубертате. Изменения циклического выделения гонадотропинов, нарушения созревания фолликулов и их персистенция приводят к формированию морфофункциональных изменений в эндометрии.

Таким образом, ЮМК чаще возникают на фоне атретичных фолликулов, ДМК репродуктивного и перименопаузального возраста - на фоне персистенции фолликулов.

Какие изменения происходят в эндометрии?

Гиперэстрогения приводит к резкому утолщению эндометрия, сосудистая система которого не в состоянии обеспечить должного питания всех слоев. В результате возникает некроз слизистой оболочки, тромбоз сосудов, отсутствует разграничение на функциональный и базальный слои.

Источник KingMed.info

Последующее снижение концентрации эстрогенов в крови вызывает не полное, а частичное отторжение эндометрия с кровотечением. Заживление данного участка сопровождается отторжением другого, что способствует длительному кровотечению. Интенсивность и продолжительность кровотечения во многом зависят от состояния местного гемостаза. При ДМК в эндометрии отмечено значительное повышение фибринолитической активности, снижение содержания простагландина $F_{2\alpha}$, вызывающего сокращение сосудов, и повышение содержания простагландина E_2 и простациклина, препятствующих агрегации тромбоцитов и расширению сосудов.

Каковы этиология и патогенез овуляторных ДМК?

Существует несколько вариантов этиопатогенеза овуляторных ДМК:

- укорочение фолликулярной фазы - патологическая кровопотеря происходит в связи с отсутствием необходимой степени пролиферации эндометрия в первую фазу цикла;
- укорочение (недостаточность) лютеиновой фазы (НЛФ) - длительность кровотечения объясняется пониженной продукцией прогестерона яичниками и неполноценной секреторной фазой в эндометрии;
- удлинение лютеиновой фазы (персистенция желтого тела), при которой ДМК обусловлено длительным релаксирующим воздействием прогестерона на миометрий и выраженными секреторными преобразованиями в эндометрии;
- овуляторные межменструальные кровотечения, возникающие в связи с резким понижением концентрации эстрогенов сразу после овуляции и нарушением к ним чувствительности рецепторов эндометрия.

Какова частота ановуляторных и овуляторных ДМК?

По частоте встречаемости ановуляторные составляют 80%, а овуляторные - 20% всех ДМК.

Какова клиническая картина ДМК?

Ановуляторные ДМК, как правило, возникают после задержки очередной менструации и могут протекать по типу метроррагии или менометроррагии. Как правило, они сопровождаются анемией.

В разные периоды ДМК имеют особенности клинической картины, которая зависит от длительности кровотечения и объема кровопотери. При ЮМК кровотечение длительное, но менее обильное, чем при ДМК репродуктивного и пременопаузального периодов, когда кровотечение более обильное, но менее продолжительное.

Критериями ДМК служат:

- продолжительность кровянистых выделений из влагалища менее 2 или более 7 дней на фоне укорочения (менее 21-24 дней) или удлинения МЦ (более 35 дней);
- кровопотеря более 80 мл или субъективно более выраженная по сравнению с обычными менструациями;
- наличие межменструальных или посткоитальных кровяных выделений;
- отсутствие структурной патологии эндометрия;

Источник KingMed.info

- подтверждение ановуляторного МЦ в период возникновения маточного кровотечения (уровень прогестерона в венозной крови на 21-25-й день МЦ менее 9,5 нмоль/л, монофазная базальная температура, отсутствие преовуляторного фолликула по данным эхографии).

Какова диагностика ДМК?

Диагностический поиск направлен на решение трех основных задач:

- уточнение источника кровотечения (маточное или не маточное);
- определение причины кровотечения (органическое или дисфункциональное, связанное или не связанное с беременностью);
- уточнение характера кровотечения (овуляторное или ановуляторное). ДМК - диагноз исключения.

Комплекс лабораторных и инструментальных методов при ДМК включает в себя: определение уровня β -ХГЧ для исключения беременности, трансвагинальное УЗИ, клинический анализ крови, кольпоскопию. Исследование уровня прогестерона и данные УЗИ (наличие желтого тела) позволяют уточнить наличие овуляции.

Из дополнительных методов обследования целесообразны: определение в крови уровня сывороточного железа, билирубина, печеночных ферментов, СА-125 (при обнаруженных опухолях и опухолевидных образованиях яичников), развернутая коагулограмма, ультразвуковая цветная доплерометрия органов малого таза; МРТ органов малого таза; гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим морфологическим исследованием, лапароскопия (при опухолях яичников).

Какова дифференциальная диагностика ДМК?

Вначале следует исключить опухоли яичников, матки и влагалища, а также наиболее вероятные для данного возраста заболевания. Важным признаком органической причины кровотечений служит их рецидивирующий характер. Для пубертатного периода - это болезни крови и прежде всего идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и лейкозы; для зрелого возраста - прерывание беременности на ранних сроках; для позднего репродуктивного возраста - опухоли тела и шейки матки.

В пубертатном периоде прежде чем ставить диагноз ДМК, должны быть исключены заболевания крови, характеризующиеся нарушением гемостаза. Одно из первых мест у подростков занимает идиопатическая аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Образующиеся в организме аутоантитела против тромбоцитов разрушают важнейшие факторы гемокоагуляции и вызывают кровотечения. Заболевание обостряется после перенесенной инфекции, стресса, т.е. повторяет предрасполагающие причины ДМК. Эта патология имеет врожденный характер, протекает с ремиссиями и ухудшениями. Пациентки с болезнью Верльгофа с раннего детства страдают носовыми кровотечениями, кровоточивостью при порезах и ушибах, а также после удаления зубов. Первая менструация у них переходит в кровотечение, что указывает на возможность данного заболевания. На коже больных, как правило, видны множественные кровоподтеки и петехии. Диагноз уточняется на основании исследований крови, при котором обнаруживают уменьшение числа тромбоцитов (менее 70×10^9), увеличение времени капиллярного кровотечения.

Источник KingMed.info

Редко определяются тромбастения (функциональная неполноценность тромбоцитов) и другие геморрагические диатезы (недостаточность VIII, X факторов свертываемости крови), которые имеют семейный характер и, как правило, диагностируются в раннем детстве.

Основным дифференциально-диагностическим признаком кровотечений, обусловленных нарушением системы крови, служит их развитие с периода менархе, в то время как для ЮМК типичным будет развитие в первые 6-18 мес после менархе.

Причиной кровотечения у девушек могут быть травмы наружных половых органов или инородное тело во влагалище, а также СПКЯ, для которого характерны гипертрихоз и ожирение, не типичные для больных с ЮМК. К редкой патологии, служащей причиной маточных кровотечений пубертатного периода у девушек, относятся миома матки, феминизирующие опухоли яичников, рак шейки и (или) тела матки.

Дифференциальную диагностику ДМК в репродуктивном и пременопаузальном периодах проводят с задержкой частей плодного яйца (плацентарный полип), трубной беременностью, миомой матки (интерстициальное или субмукозное расположение узлов), полипами эндометрия, аденомиозом, аденокарциномой эндометрия, гормонально-активными опухолями яичников.

Какие существуют методы лечения ДМК?

Лечение ДМК заключается в гемостазе и последующей профилактике рецидивов кровотечения. К основным методам гемостаза относятся хирургический и гормональный.

От чего зависит выбор метода лечения ДМК?

От возраста, тяжести кровотечения и возможной сопутствующей органической патологии.

В чем заключается хирургический метод лечения ДМК?

Хирургический гемостаз с помощью выскабливания слизистой оболочки матки имеет не только лечебную, но и диагностическую ценность. Хирургический гемостаз у девочек применяется при неэффективном гормональном гемостазе, а также в случаях гиповолемического шока и тяжелой анемии (Hb <70 г/л и Ht <20%). Соскоб подвергают гистологическому исследованию. На современном этапе хирургический гемостаз должен проводиться под контролем гистероскопии.

Когда применяется гормональный гемостаз?

Гормональный гемостаз применяют при ЮМК, а также при исключении органической внутриматочной патологии у женщин репродуктивного и переходного возраста, при наличии данных раздельного выскабливания стенок полости матки в ближайшие 3 мес. Обязательные условия его проведения - удовлетворительные, стабильные гемодинамические показатели и отсутствие противопоказаний к приему гормональных препаратов.

Какие препараты применяются для гормонального гемостаза?

С этой целью могут быть использованы чистые эстрогены и гестагены. Однако в настоящее время чаще всего применяют монофазные КОК с содержанием этинилэстрадиола 30 мкг. Их дозы в первые сутки составляют до 6 таблеток у взрослых женщин и до 3-4 у подростков. Принимают по 1 таблетке (у подростков - по 1/4-1 таблетке) с интервалом 1-4 ч. Кровотечение обычно останавливается в первые сутки лечения, когда суммарная доза этинилэстрадиола может достигать 180 мкг. В последующие 3-5 дней суточную дозу постепенно снижают до 1 таблетки. Суммарная продолжительность приема КОК на этапе гемостаза не должна быть менее 21 дня.

Источник KingMed.info

Для предотвращения и профилактики развития железодефицитной анемии показано назначение препаратов железа. Целесообразно применение соединений железа в комбинации с витаминами (аскорбиновой, фолиевой кислотой, В₁₂), которые обеспечивают лучшую его усвояемость. Суточная доза препаратов железа подбирается с учетом уровня гемоглобина в сыворотке крови. В последующем антианемическая терапия назначается на период не менее 1-3 мес под контролем уровня клинического анализа крови и сывороточного железа крови. Критерием правильного подбора и адекватности ферротерапии при железодефицитных анемиях служит наличие ретикулоцитарного криза, т.е. трехкратное повышение и более количества ретикулоцитов на 7-10-й день приема железосодержащего препарата.

В чем заключается профилактика ЮМК?

Профилактика рецидивов кровотечений при ЮМК - становление регулярных циклов. При отсутствии противопоказаний у молодых женщин, которым проводился гормональный гемостаз, назначают монофазные низко- и микродозированные КОК в контрацептивном режиме или гестагены во вторую фазу цикла на 3-4 мес. При этом особое внимание уделяется рациональному питанию (увеличению массы тела), общеукрепляющей терапии (адаптогены), витаминотерапии (особенно Е и С), физиотерапии (фототерапия, эндоназальная гальванизация), способствующим усилению гонадного синтеза эстрогенов, а также санации очагов инфекции, устранению чрезмерных стрессовых факторов. Дополнительно проводят лечение анемии. **В чем заключается профилактика ЮМК?**

После выписки из стационара девочки с ЮМК должны находиться под наблюдением детского гинеколога.

Какова дальнейшая тактика ведения женщин среднего репродуктивного возраста с ДМК?

У женщин репродуктивного возраста КОК могут быть назначены по контрацептивной схеме с целью профилактики рецидива на более продолжительный промежуток времени. При наличии относительных противопоказаний к назначению КОК рекомендуется введение внутриматочной гормональной левоноргестрел-выделяющей системы «Мирена*», надежно защищающей эндометрий от пролиферативных процессов на 5 лет.

Какова дальнейшая тактика ведения женщин позднего репродуктивного и переходного возрастов с ДМК?

У женщин позднего репродуктивного и переходного возрастов при отсутствии противопоказаний предпочтение отдают чистым гестагенам и введению внутриматочной релизинг-системы «Мирена*», содержащей и выделяющей левоноргестрел. При выявлении гиперплазии эндометрия лечение на этапе профилактики рецидива проводится по принципам терапии гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ).

От чего зависит продолжительность гормонального лечения женщин с ДМК?

Продолжительность циклической терапии определяется близостью к предполагаемому возрасту менопаузы, а также желательностью ее наступления.

Какова продолжительность гормонального лечения?

В любом случае оно не должно быть менее 6-12 мес, у подростков - не менее 3 мес.

С чем должна сочетаться гормональная профилактика ДМК у женщин в переходном возрасте?

Источник KingMed.info

Гормональное лечение в переходном возрасте обязательно сопровождается негормональной профилактикой ДМК, направленной на выявление этиологических (зачастую экстрагенитальных) причин ДМК и их устранением или коррекцией (заболевания печени и ЖКТ, нарушения жирового обмена и т.д.).

Каков прогноз при ДМК?

Прогноз при ДМК благоприятный.

Дисменорея

Каково определение дисменореи?

Дисменорея - расстройство менструации, которое выражается в схваткообразных, реже - ноющих болях внизу живота, в области крестца, поясницы во время менструации и сопровождается комплексом нейровегетативных симптомов: тошнотой, рвотой, диареей, слабостью, головной болью, потливостью, обмороком.

Какова распространенность дисменореи?

Дисменореей страдают от 43 до 90% женщин в возрасте от 14 до 44 лет, из них 10% теряют трудоспособность в дни менструации.

Какова классификация дисменореи?

Выделяют первичную дисменорею (син. - функциональная, эссенциальная, идиопатическая), не связанную с заболеваниями внутренних половых органов и органов малого таза, и вторичную (син. - органическая, приобретенная), обусловленную наличием заболеваний органов малого таза, в том числе половых органов.

Кроме того, дисменорея делится по степени тяжести:

- I степень - менструальные боли слабо выражены и редко нарушают повседневную активность; иногда требуют приема анальгетиков; вегетоневротические симптомы отсутствуют;
- II степень - менструации умеренно болезненные; повседневная активность во время менструации нарушена; требуют регулярного приема анальгетиков, которые эффективно купируют боль; присутствуют единичные вегетоневротические и психоэмоциональные симптомы;
- III степень - выраженные боли; резкое нарушение повседневной активности во время менструации; регулярный прием анальгетиков, которые малоэффективны; выражены нейровегетативные и психоэмоциональные симптомы (слабость, тошнота, рвота, диарея и др.).

Выделяют компенсированную (выраженность и характер симптомов в дни менструаций на протяжении времени не изменяются) и декомпенсированную дисменорею (нарастание интенсивности боли с течением времени).

Какова этиология первичной дисменореи?

Этиология первичной дисменореи окончательно не изучена. Нет сомнений, что развитию дисфункции механизмов, отвечающих за нормальное отторжение эндометрия, способствуют факторы, нарушающие обмен эндогенных опиоидных пептидов - универсального компонента противоболевой системы организма. Вовлечение в процесс ЦНС приближает первичную дисменорею к НЭС.

Какова этиология вторичной дисменореи?

Источник KingMed.info

Вторичная дисменорея может быть обусловлена наличием анатомических предпосылок к нарушению оттока менструальной крови со стороны матки и структур малого таза (пороки развития и аномалии положения матки: инфантилизм, ретродевиация, двурогая матка, гинатрезии и др.), проявлениями соединительнотканной дисплазии, эндометриозом, сосудистыми нарушениями (варикозное расширение вен малого таза), воспалительным процессом, ганглионевритом и др.

Каков патогенез первичной дисменореи?

Физиология менструального отторжения эндометрия предусматривает активное участие в этом процессе простагландинов. В норме изменение уровня и соотношения половых гормонов перед менструацией приводят к изменению проницаемости клеточных мембран. В маточных сосудах накапливаются биологически активные субстраты, в миофибриллах - ионы Ca^{2+} . В ответ на воздействие вазопрессина развивается спазм и тромбоз спиральных артерий. За дилатацию шейки матки отвечают эйкозаноиды. Ишемия, которая неизбежно сопровождает сокращения миометрия, при наличии их физиологического равновесия протекает на подпороговом уровне восприятия болевых ощущений.

Патогенез развития болевого синдрома при первичной дисменорее достаточно сложен и может быть следствием нарушений любого из вышеперечисленных механизмов или их сочетаний.

Ключевыми моментами служат:

- врожденное или приобретенное нарушение синтеза и обмена эйкозаноидов (простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов);
- выраженное снижение проницаемости клеточных мембран и сосудистых стенок матки;
- генетически закрепленное снижение порога чувствительности к боли. Избыточное количество простагландинов и тромбоксанов вызывает чрезмерные спастические сокращения метрия и сосудов матки, нарушается маточный кровоток, возникает ишемия матки и формируется стойкая боль. Следует отметить, что степень ее восприятия и переносимости весьма индивидуальна. В связи с этим определение степени тяжести дисменореи во многом носит субъективный характер.

Каков патогенез вторичной дисменореи?

При вторичном характере дисменореи болевой синдром обусловлен не транзиторной ишемией миометрия, а служит следствием нарушения оттока менструальной крови в связи с аномалиями развития и положения половых органов или симптомом ряда заболеваний (эндометриоз, субмукозная миома матки, опухоли яичников, воспалительные заболевания, использование ВМК, стриктура или стеноз цервикального канала, ганглионеврит, варикозное расширение вен малого таза, синдром Аллена-Мастерса, спаечный процесс в малом тазу).

Какова клиническая картина первичной дисменореи?

Первичная дисменорея развивается, как правило, через 1,5-2 года после менархе, совпадая по времени с предполагаемым периодом становления овуляторных циклов. При этой форме заболевания болезненные менструации всегда сопровождаются вегетоневротическими нарушениями различной степени выраженности (головная боль, чувство жара, повышенная зябкость, нарушения сна, тошнота и рвота, изменение температуры тела, головокружения, обмороки, расстройства стула, тахикардия или брадикардия, лабильность настроения, раздражительность и др.). Проявления первичной дисменореи типичны для девушек астенического телосложения. Нередко этой форме дисменореи сопутствуют некоторые экстрагенитальные заболевания (вегетативно-сосудистая дистония, пролапс митрального

Источник KingMed.info

клапана, дискинезия желчевыводящих путей, миопия, сколиоз, плоскостопие). Часто заболевание сочетается с нарушением МЦ и предменструального синдрома (ПМС).

Какова клиническая картина вторичной дисменореи?

Клиническая картина вторичной дисменореи обусловлена основным гинекологическим заболеванием, симптомом которого она является.

Каковы методы диагностики дисменореи?

Диагноз дисменореи может быть установлен на основании результатов комплексного клинико-лабораторного обследования, позволяющего исключить различные причины болей внизу живота, имеющих связь с менструацией. Диагностическую ценность имеют клинико-анамнестические данные (семейная предрасположенность, время появления и характер боли, наличие и степень выраженности вегетоневротических и психоэмоциональных симптомов в дни менструации), проба с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), УЗИ органов малого таза, определение уровня онкомаркёров (СА-125) и половых гормонов в крови (эстрадиол и прогестерон за 3-5 дней до менструации), а также ряд других методов, позволяющих установить причину дисменореи (гистероскопия, лапароскопия, МРТ, гистологическое исследование и др.).

Дисменорея может быть маркёром аномалий развития матки и влагалища. При этом циклический болевой синдром отмечается с периода менархе.

Какова дифференциальная диагностика дисменореи?

Дифференциальную диагностику проводят с экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями, которые сопровождаются острой болью внизу живота:

- перекрут ножки или разрыв кист и опухолей яичника;
- нарушение кровоснабжения миоматозного узла;
- острый сальпингоофорит;
- острый аппендицит;
- острый холецистит;
- кишечная непроходимость;
- острый дивертикулит;
- острый цистит, почечная колика, острый пиелонефрит.

Каковы принципы лечения первичной дисменореи?

Лечение дисменореи должно быть направлено:

- на устранение выраженного болевого синдрома;
- нормализацию состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса пациентки;
- устранение или облегчение симптомов основных органических причин дисменореи (внутреннего генитального эндометриоза, острых и хронических воспалительных процессов в органах малого таза);

Источник KingMed.info

- нормализацию МЦ (при нарушенном ритме или при недостаточности лютеиновой фазы).

Немедикаментозное лечение включает оптимизацию образа жизни и питания пациентки (полноценный сон, ЛФК, коррекцию рациона за счет увеличения потребления легко усвояемых и богатых витаминами продуктов и ограничения продуктов на основе молока и кофе).

Возможно применение индивидуальной или коллективной психотерапии. Хорошим эффектом обладают акупунктура, иглорефлексотерапия, магнитотерапия. Рефлексотерапия более эффективна в сочетании с ЛФК, диетой, психотерапией.

В лечении дисменореи актуальным остается применение преформированных лечебно-физических факторов: диадинамотерапии, флюктуоризации, амплипульстерапии с первого дня менструации (5-7 процедур).

Медикаментозная терапия НПВС отчасти носит патогенетический характер, поскольку она направлена на регуляцию простагландинового обмена. Препараты выбора - селективные блокаторы циклооксигеназы (нимесулид). Перспективны антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст, зафирлукаст). НПВС назначаются за 2-3 дня до ожидаемой менструации и в первые 2 дня менструального кровотечения перорально либо в виде ректальных свечей.

Каковы методы лечения вторичной дисменореи?

При лечении вторичной дисменореи следует помнить, что она служит симптомом ряда гинекологических заболеваний; соответственно, терапия должна быть направлена на лечение основного заболевания. Помимо консервативного лечения при дисменорее, преимущественно вторичной, проводят хирургическое лечение, которое показано в следующих ситуациях:

- отсутствие эффекта от консервативной терапии;
- уточнение причины заболевания;
- подозрение или наличие наружного генитального эндометриоза, в том числе и эндометриоидных кист яичников;
- наличие аномалий развития матки и влагалища (добавочный рудиментарный рог матки, удвоение матки с аплазией одного из влагалищ).

Предпочтение следует отдавать лапароскопическому доступу.

Каков прогноз при дисменорее?

При первичной дисменорее прогноз благоприятный. При вторичной дисменорее прогноз обусловлен возможностью излечения/компенсации основного заболевания.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Олигоменорея - это:

- 1) уменьшение кровопотери во время менструации;
- 2) редкие менструации;
- 3) частые и болезненные менструации;
- 4) редкие и скудные менструации;

Источник KingMed.info

5) межменструальные скудные кровянистые выделения.

2. Меноррагия - это:

- 1) ациклические маточные кровотечения;
- 2) циклические маточные кровотечения;
- 3) пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- 4) болезненные и обильные менструации;
- 5) уменьшение продолжительности МЦ.

3. Метроррагия - это:

- 1) изменение ритма менструации;
- 2) ациклические маточные кровотечения;
- 3) увеличение продолжительности менструации;
- 4) увеличение кровопотери во время менструации;
- 5) урежение менструаций.

4. Причиной дисменореи могут быть:

- 1) генитальный инфантилизм;
- 2) аномалии развития половых органов;
- 3) дисплазии шейки матки;
- 4) генитальный эндометриоз;
- 5) ретродевиация матки.

5. Наиболее частым механизмом развития ДМК в ювенильном периоде являются:

- 1) нарушения в свертывающей системе крови;
- 2) атрезия фолликулов;
- 3) гипотиреоз;
- 4) персистенция фолликулов;
- 5) гиперпролактинемия.

6. Основным методом остановки ДМК в пременопаузальном периоде служит:

- 1) назначение КОК;
- 2) назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- 3) раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и цервикального канала;
- 4) назначение андрогенов;
- 5) назначение медроксипрогестерона ацетата в непрерывном режиме.

7. Ложная аменорея может быть обусловлена:

Источник KingMed.info

- 1) аплазией тела матки;
- 2) синдромом Ашермана;
- 3) дисгенезией гонад;
- 4) атрезией цервикального канала;
- 5) атрезией гимена;
- 6) беременностью.

8. Причинами истинной (патологической) аменореи могут быть:

- 1) гипотиреоз;
- 2) атрезия девственной плевы;
- 3) синдром тестикулярной феминизации;
- 4) нервная анорексия;
- 5) аденома гипофиза.

9. Отрицательная проба с эстроген-гестагенами свидетельствует:

- 1) о гипоталамической аменорее;
- 2) маточной аменорее;
- 3) гипофизарной аменорее;
- 4) яичниковой аменорее;
- 5) аменорее центрального генеза.

10. ДМК обусловлены:

- 1) нарушением цирхорального ритма выделения ГнРГ;
- 2) нарушением секреции и выделения гонадотропинов;
- 3) нарушением процессов фолликулогенеза;
- 4) отсутствием овуляции;
- 5) наличием субмукозной миомы матки.

11. Персистенция фолликула характеризуется:

- 1) аменореей до 3 мес и более;
- 2) КПИ ниже 30%;
- 3) двухфазной базальной температурой;
- 4) гиперплазией эндометрия;
- 5) резкими болями внизу живота.

12. Атрезия фолликулов характеризуется:

- 1) монофазной базальной температурой;

Источник KingMed.info

2) КПИ ниже 30%

3) аменореей от 6 мес и более;

4) невыраженным симптомом «зрачка»;

5) атрофией эндометрия.

13. Основными методами остановки ЮМК являются:

1) назначение КОК по гемостатической схеме;

2) применение антигонадотропинов;

3) использование больших доз эстрогенов;

4) выскабливание слизистой оболочки тела матки;

5) назначение андрогенов.

14. Гемостатический механизм действия эстрогенов заключается:

1) в активной пролиферации эндометрия;

2) секреторной трансформации эндометрия;

3) повышении тонуса миометрия;

4) блокаде продукции ФСГ и нормализации соотношения ЛГ/ФСГ;

5) отторжении эндометрия.

15. При рецидивирующих ановуляторных маточных кровотечениях наблюдается:

1) железисто-кистозная гиперплазия эндометрия;

2) атипическая гиперплазия эндометрия;

3) полип эндометрия;

4) полип шейки матки;

5) аденокарцинома.

16. Для профилактики рецидивов ДМК в репродуктивном периоде применяют:

1) комбинированные эстроген-гестагенные препараты;

2) индукторы овуляции;

3) «чистые» гестагены;

4) антигонадотропины;

5) циклическую гормональную терапию.

17. Для регуляции МЦ в ювенильном периоде используют:

1) КОК;

2) циклическую витаминотерапию;

3) циклическую гормональную терапию;

Источник KingMed.info

4) индукторы овуляции;

5) преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию.

18. Причинами первичной аменореи являются:

1) дефицит массы тела;

2) ожирение;

3) генетически обусловленные пороки развития матки, яичников;

4) генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов в коре надпочечников;

5) нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы в результате перенесенной в детском возрасте вирусной инфекции.

19. Вторичная аменорея может наблюдаться в результате:

1) выраженного дефицита массы тела;

2) туберкулеза половых органов;

3) психогенного стресса;

4) массивной кровопотери в родах;

5) дисгенезии гонад.

20. Уточнить генез первичной аменореи можно с помощью:

1) УЗИ внутренних половых органов;

2) определения полового хроматина и кариотипа;

3) функциональных гормональных проб;

4) лапароскопии с биопсией гонад;

5) определения уровня ХГЧ.

21. Для уточнения генеза вторичной аменореи необходимо произвести:

1) УЗИ внутренних половых органов;

2) рентгенографию костей черепа и турецкого седла;

3) лапароскопию с прицельной биопсией гонад;

4) определение уровня гонадотропинов и половых гормонов в крови;

5) определение уровня СА-125 и СА-19-9.

22. Положительная проба с прогестероном свидетельствует:

1) о центральном генезе аменореи;

2) наличии достаточной эстрогенной насыщенности организма;

3) наличии недостаточной эстрогенной насыщенности организма;

4) об отсутствии маточной формы аменореи;

5) о недостаточной продукции прогестерона в организме.

Задачи

23. Больная, 15 лет, поступила в стационар с жалобами на кровотечение из половых путей, которое появилось после задержки на 3 мес очередной менструации и продолжается в течение 14 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., гемоглобин периферической крови 90 г/л, гематокрит 30%, живот мягкий, безболезненный. Гинекологические обследования: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Каков диагноз? Каким будет план лечения?

24. В женскую консультацию обратилась пациентка, 49 лет, с жалобами на кровотечение из половых путей в течение 8 дней после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При влагалищном обследовании: шейка матки не эрозирована, матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные. Каков диагноз? Каким будет план лечения?

Глава 4. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии

4.1. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ

Цель занятия: изучить, что понимают под термином «нейроэндокринные синдромы» (НЭС), и какие заболевания относят к НЭС; этиологию, патогенез; клиническую картину, диагностику и лечение каждой формы НЭС (ПМС, гиперпролактинемия, СПКЯ); аденогитальный синдром (АГС); патологию перименопаузального периода - этиологию, патогенез, клиническую картину, лечение.

Студент должен знать: этиологию, патогенез, методы диагностики и лечения каждого заболевания, относящегося к НЭС.

Студент должен уметь: выяснить жалобы, собрать анамнез, провести дополнительные исследования: определить ИМТ, оценку степени волосяного покрова на различных участках тела по шкале *Ferriman-Galway* в баллах. Оценить результаты гормонального исследования, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, наметить лечебную тактику.

Место занятия: учебная комната, отделение гинекологии.

Оснащение: таблицы, презентации, основные лекарственные средства для регуляции репродуктивной и менструальной функций.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении:
 - демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме;
 - разбор истории болезни.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что понимают под термином «нейроэндокринные синдромы»?

НЭС в гинекологии называют заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции функции РС по оси «гипоталамус-гипофиз-яичники». НЭС всегда сопровождаются клиническим симптомокомплексом психоэмоциональных, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений.

Какие заболевания относят к НЭС?

К НЭС традиционно относят:

- ПМС;
- менопаузальный синдром (КС);
- гипоталамический синдром;
- синдром Шихана (пангипопитуитаризм, связанный с некрозом гипофиза или его ножки, в том числе в результате нарушений гемодинамики в послеродовом периоде);
- гиперпролактинемия;

Источник KingMed.info

- СПКЯ;
- синдром резистентных яичников;
- синдром истощения яичников;
- постовариоэктомический синдром;
- АГС (врожденная дисфункция коры надпочечников).

Каков патогенез нейроэндокринных синдромов?

Общими для всех НЭС патогенетическими механизмами служат нарушения в системе нейроэндокринной регуляции центральных звеньев РС. Это может быть дисфункция (повышение, снижение или дисбаланс) нейромедиаторного обмена, нарушение секреции гипоталамических релизинггормонов (прежде всего гонадолиберина) и гормонов аденогипофиза (прежде всего ЛГ, ФСГ и (или) ПРЛ), а также сочетание указанных нарушений.

Каковы основные проявления нейроэндокринных синдромов?

Спектр и интенсивность клинических проявлений НЭС обусловлены локализацией и характером поражения структур головного мозга. Например, при вовлечении лимбических структур преобладают психоэмоциональные расстройства, при поражении гипоталамуса и диэнцефальных отделов мозга выражены вегетативно-сосудистые и обменно-эндокринные нарушения. НЭС переходит в разряд гинекологических заболеваний тогда, когда его сопровождают нарушения функции РС. Клинических проявления со стороны РС определяются степенью выраженности расстройств регуляции по гипоталамо-гипофизарнояичниковой оси и длительностью заболевания. Характерны для НЭС нарушения МЦ, прогрессирующее увеличение массы тела и гипертрихоз или гирсутизм, НЛФ или ановуляция, бесплодие или невынашивание беременности.

Какие исследования имеют наибольшее значение в диагностике нейроэндокринных синдромов?

Верификация любого НЭС подразумевает определение первичного уровня поражения РС. Наибольшее значение в диагностике НЭС имеют сбор анамнеза заболевания, объективный осмотр, лабораторные исследования, гормональные исследования и функциональные пробы, УЗИ, электроэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, МРТ или КТ головного мозга.

Предменструальный синдром

Что такое предменструальный синдром (ПМС)?

ПМС - это сложный патологический симптомокомплекс, регулярно возникающий в предменструальные дни и проявляющийся однотипными нейропсихическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Обычно симптомы ПМС возникают за 2-10 дней до менструации и исчезают сразу после начала менструации или в первые ее дни.

Каков патогенез ПМС?

ПМС, как правило, наблюдают у женщин с регулярным овуляторным циклом. Решающим моментом в генезе ПМС является не уровень половых гормонов и нейромодуляторов, а реакция ЦНС на колебания их уровней в течение МЦ. Половые стероиды (эстрогены, тестостерон и прогестерон) оказывают значительное воздействие на ЦНС, причем не только на центры, регулирующие репродуктивную функцию, но и на лимбические структуры, ответственные за

Источник KingMed.info

эмоции и поведение. Эстрогены преимущественно воздействуют на серотонинергические, норадренергические и опиоидные рецепторы, оказывают возбуждающее действие и положительно влияют на настроение. Прогестерон посредством своих активных метаболитов воздействует на ГАМК-эргические механизмы, оказывает седативное действие, что создает риск депрессии в лютеиновую фазу цикла. Способствуют развитию ПМС:

- нарушение обмена половых стероидов;
- дисфункция центральных звеньев регуляции РС;
- активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы;
- гиперпролактинемия;
- нарушение обмена минералокортикоидов;
- увеличение выработки простагландинов;
- снижение уровня эндогенных опиоидных пептидов;
- нарушение обмена биогенных аминов и (или) расстройство хронобиологических ритмов в организме;
- нейробиологическая и генетическая предрасположенность к психовегетативным нарушениям;
- дисфункция иммунной системы.

В результате этой реакции во второй фазе МЦ нарушается выработка нейротрансмиттеров, приводящая к активации или угнетению серотонинергической, катехоламинергической, ГАМК-эргической и опиатергической систем головного мозга. Так возникают циклические психоэмоциональные и соматические расстройства, которые усугубляются под влиянием неблагоприятных внешних воздействий.

Какова роль эстрогенов в развитии циклических отеков?

Большинство симптомов ПМС можно объяснить задержкой жидкости, однако механизм циклической активации ренин-ангиотензиальдостероновой системы точно не установлен. Известно, что прогестерон обладает способностью вызывать задержку натрия, что приводит к развитию отеков, но при недостаточности прогестерона тоже возникает задержка жидкости в организме. Возможно, что эстрогены стимулируют продукцию альдостерона, и феномен нарушения натриево-водного обмена связан с этим.

Какие существуют теории возникновения ПМС?

Патогенез ПМС сложен и все еще недостаточно изучен, о чем свидетельствует существование множества теорий, объясняющих его.

Наибольшее число сторонников имеет теория психосоматических нарушений, приводящих к развитию ПМС. При этом считают, что соматические факторы играют первостепенную роль, а психические - следуют за биохимическими изменениями, возникающими в результате нарушений гормонального статуса.

Существует также аллергическая теория, согласно которой ПМС - результат гиперчувствительности к эндогенному прогестерону.

Источник KingMed.info

В последние годы большая роль в патогенезе ПМС отводится ПРЛ. Полагают, что ПРЛ, будучи модулятором действия многих гормонов, способствует натрийзадерживающему эффекту альдостерона и антидиуретическому влиянию вазопрессина.

Теория о роли простагландинов в возникновении ПМС предполагает, что нарушение их синтеза в мозге, молочных железах, желудочно-кишечном тракте, почках и в РС может способствовать появлению ряда симптомов ПМС: депрессии, раздражительности, нервозности, масталгии, боли внизу живота, метеоризма, повышения температуры тела. Дефицит простагландина E₁ может привести к аффективным расстройствам.

Недостаточность ненасыщенных жирных кислот в продуктах питания, а также магния, витамина B₆, аскорбиновой кислоты и цинка играет большую роль в генезе ПМС, так как дефицит этих факторов питания способствует нарушению синтеза простагландина E₁.

Таким образом, ПМС служит следствием дисфункции различных отделов ЦНС и возникает в результате воздействия неблагоприятных факторов у женщин с врожденной либо приобретенной неполноценностью гипоталамо-гипофизарной системы. Возникновение различных форм ПМС, по-видимому, объясняется вовлечением в патологический процесс различных структур гипоталамуса и лимбико-ретикулярного комплекса, а также различным характером нарушений биохимических процессов в этих областях.

Каковы клинические проявления ПМС?

Клинические проявления ПМС характеризуются большим разнообразием. В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных симптомов выделены пять основных форм ПМС: эмоционально-аффективная, отечная, цефалгическая, кризовая и атипичная.

В последние годы среди классических форм ПМС выделяют особую, тяжело протекающую форму - предменструальное дисфорическое расстройство. Это циклическое изменение настроения и физического состояния женщины, которое наступает за несколько дней до менструации и значительно нарушает привычный образ жизни и работоспособность.

Предменструальное дисфорическое расстройство встречается у 4% женщин, этот синдром относят к заболеваниям малой психиатрии.

Какие выделяют стадии ПМС?

Выделяют три стадии ПМС: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную. При компенсированной стадии симптомы болезни с годами не прогрессируют, появляются во второй фазе МЦ и с наступлением менструации прекращаются. При субкомпенсированной стадии тяжесть заболевания с годами усугубляется, симптомы ПМС исчезают только с прекращением менструации. При декомпенсированной стадии симптомы ПМС продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации, причем «светлые» промежутки между прекращением и появлением симптомов постепенно сокращаются.

Чем характеризуется клиническая картина эмоционально-аффективной формы ПМС?

Клиническая картина эмоционально-аффективной формы ПМС характеризуется преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность. Среди частых, не менее выраженных жалоб следует отметить повышенную чувствительность к звукам и запахам, онемение рук, метеоризм, нагрубание молочных желез. Если у молодых женщин при ПМС преобладает депрессия, то в переходном возрасте чаще отмечается агрессивность и раздражительность.

Какова клиническая картина отеочной формы ПМС?

В клинической картине больных с отеочной формой ПМС преобладают резко выраженное нагрубание и болезненность молочных желез, отеочность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, слабость, зуд кожи, повышенная чувствительность к запахам. У подавляющего числа больных ПМС во вторую фазу МЦ отмечается задержка жидкости до 500-700 мл, при этом диурез остается положительным. Среди симптомов, наименее выраженных при отеочной форме ПМС, отмечаются раздражительность, слабость, потливость.

Какова клиническая картина цефалгической формы ПМС?

В клинической картине больных с цефалгической формой ПМС преобладают головная боль, тошнота, рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение. Более чем у трети пациенток отмечаются депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе.

Головная боль при цефалгической форме ПМС характеризуется пульсирующей, дергающей болью, начинающейся в височной области, с иррадиацией в глазное яблоко. У женщин в это время появляется чувство «выпирания глазного яблока», отеочность глаз. Головная боль сопровождается тошнотой и рвотой, при этом уровень артериального давления не изменяется.

Чем характеризуется клиническая картина кризовой формы ПМС?

Кризовая форма ПМС проявляется в виде тяжелых пароксизмальных нарушений, определяемых как «панические атаки» (синоним - «симпатоадреналовые кризы»). Пациенток беспокоят внезапно возникающие приступы паники, страха. Как правило, приступ панической атаки сопровождается ощущениями сдавления за грудиной, «замиранием» сердца или тахикардией, сердцебиением и кардиалгией, парестезиями, онемением конечностей, подъемом артериального давления, ознобом, чувством «нехватки воздуха», а его окончание - учащенным и длительным мочеиспусканием. У некоторых женщин даже незначительные подъемы систолического давления (на 10-20 мм рт.ст. от исходных цифр) провоцируют приступы, обычно они возникают вечером или ночью.

Какие встречаются атипичные формы ПМС?

Среди атипичных форм наблюдаются:

- гипертермическая (циклический субфебрилитет при отсутствии признаков воспалительного процесса в организме);
- гиперсомническая (циклическая дневная сонливость);
- циклические аллергические реакции (вплоть до отека Квинке);
- язвенный гингивит и стоматит;
- циклический иридоциклит (воспаление радужки и цилиарного тела).

Каковы частота и тяжесть клинических форм ПМС в различные возрастные периоды?

Эмоционально-аффективная форма чаще встречается в возрасте 16-19 и 25-34 лет, отеочная - в 20-24 и 35-39 лет, кризовая и цефалгическая - в 40-47 лет.

На чем основана диагностика ПМС?

Диагностика ПМС основана на выявлении циклического появления симптомов не менее чем в двух последовательных МЦ в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее

Источник KingMed.info

качество. Для диагноза ПМС обязательно должен быть хотя бы один из следующих выраженных симптомов:

- снижение настроения;
- беспокойство или напряженность;
- эмоциональная лабильность;
- озлобленность или раздражительность;
- снижение интереса к обычной деятельности.

Общее число симптомов для верификации диагноза должно быть не менее 5. Дополнительно учитываются: снижение концентрации, сонливость, усталость, изменения аппетита, ощущение разбитости, напряженность молочных желез, отеки, головные боли и др.

Для верификации цикличности и спектра клинической симптоматики обязательно ведение пациенткой дневника-опросника в течение 2-3 последовательных МЦ. В этих опросниках ежедневно отражаются симптомы заболевания, а их степень оценивается пациенткой субъективно по трехбалльной шкале.

Какие дополнительные методы исследования применяют при эмоциональноаффективной, отежной, цефалгической и кризовой формах ПМС?

При эмоционально-аффективной форме обязательны рентгенография черепа, ЭЭГ и исследование функции щитовидной железы. Требуется консультация смежных специалистов (невролог, психиатр, эндокринолог).

Отечная форма предусматривает измерение суточного диуреза в течение 3-4 дней в обе фазы цикла, маммографию в первую фазу цикла (7-10 -й дни от начала менструации) и оценку выделительной функции почек (определение уровня в сыворотке крови азота, мочевины, креатинина и др.). Необходимо помнить, что в норме выделяется на 300-400 мл жидкости больше, чем выпивается.

При цефалгической форме проводятся рентгенография черепа, турецкого седла и шейного отдела позвоночника, ЭЭГ, реоэнцефалография, МРТ или КТ головного мозга, исследование уровня эстрогенов, прогестерона и ПРЛ в обе фазы цикла. Необходимы консультации невролога и окулиста (оценка состояния глазного дна и периферических полей зрения).

При кризовой форме показаны измерение суточного диуреза в течение 5-8-го и 20-22-го дня от начала менструации, динамическое измерение уровня АД, исследование уровня эстрогенов, прогестерона и ПРЛ в обе фазы МЦ, ЭЭГ и реоэнцефалография, МРТ или КТ головного мозга, определение уровня катехоламинов в крови и моче (дифференциальная диагностика с феохромоцитомой), УЗИ, МРТ или КТ надпочечников, консультации невролога и терапевта.

Какое лечение проводится больным ПМС?

Лечение может быть немедикаментозным, медикаментозным негормональным и патогенетическим гормональным. Наиболее эффективна патогенетическая гормональная терапия, направленная на подавление циклических процессов в РС.

Немедикаментозная терапия включает иглорефлексотерапию, физиотерапевтические процедуры (гальванизация воротниковой зоны, эндоназальная гальванизация, бальнеотерапия, синусоидальные модулированные токи и т.д.), массаж воротниковой зоны, психотерапию.

Источник KingMed.info

Медикаментозное негормональное лечение носит симптоматический характер, с этой целью применяются психотропные лекарственные средства (анксиолитики, антидепрессанты), НПВС, растительные (фитоэстрогены) и гомеопатические лекарственные средства, мочегонные препараты и агонисты ДА (при подтвержденной циклической гиперпролактинемии) в постоянном или циклическом режиме, курсами по 2-3 мес.

Для гормональной терапии применяют следующие группы гормональных препаратов:

- монофазные КОК;
- гестагены (при подтвержденной НЛФ или в форме внутриматочной релизинг-системы);
- антиэстрогены (тамоксифен) при циклической масталгии;
- агонисты ГнРГ (только при тяжелых формах ПМС, не поддающихся рутинной терапии).

КОК, накожный пластырь или влагиалищное кольцо традиционно используют по классической контрацептивной схеме приема «21+7» (21 день использования и 7 дней перерыва), с учетом дополнительных лечебных преимуществ контрацептива и потребности в контрацепции как таковой. Медицинское показание для терапии эмоциональных и физических симптомов ПМС зарегистрировано Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарств США (FDA) для КОК Джес*, который имеет иной режим введения стероидов в организм «24+4» (24 дня активных таблеток и 4 дня плацебо, препарат принимают без перерыва). Длительность терапии КОК составляет 6 мес и более.

Продолжительность использования гормональных контрацептивов при ПМС определяется необходимостью применения контрацепции как таковой. Эта тактика принципиально важна, поскольку при ПМС, несмотря на диссоциативные нарушения регуляции МЦ, сохраняется овуляция. Незапланированная беременность, закончившаяся абортом, может стать дополнительным толчком к усугублению ПМС, не говоря о риске самого аборта и его последствий.

Как оценивают эффективность терапии ПМС?

Эффективность проводимого лечения оценивают по сохранившимся жалобам и данным дневников-опросников. Оценка симптомов осуществляется пациенткой субъективно в баллах:

- 0 - симптомов нет;
- 1 - беспокоят слегка;
- 2 - беспокоят умеренно, но не нарушают повседневную жизнь;
- 3 - тяжелые симптомы, вызывающие обеспокоенность ими и их влиянием на повседневную жизнь.

Снижение интенсивности симптомов до 0-1 балла в результате лечения свидетельствует о правильности выбора терапии.

Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Симмондса-Шихана)

Как называется заболевание, связанное с гипопитуитаризмом?

Это синдром Симмондса-Шихана, или послеродовой гипопитуитаризм. Сведения о гипопитуитаризме известны с конца XIX в., но только в 1937 г. Шихан (*Sheehan*) научно обосновал связь массивного кровотечения во время родов с последующей гипофункцией передней доли гипофиза. Симмондс описал точно такой же синдром, но в связи с септическим шоком.

Источник KingMed.info

Частота возникновения синдрома Шихана после массивной кровопотери в родах или в результате осложнения аборта достигает 40%. Заболевание развивается у 25% женщин, перенесших во время родов кровопотерю 700- 800 мл, у 50% - после кровопотери 800-900 мл и у 75-80% женщин с массивной кровопотерей до 4000 мл.

В последние десятилетия риск развития некроза гипофиза, обусловленного септическим шоком, значительно уменьшился. Это связано в первую очередь со снижением септических осложнений после родов и успешной борьбой с послеродовой инфекцией. Тем не менее акушерский сепсис все еще остается причиной материнской смертности и заболеваемости, особенно в экономически слабо развитых странах.

Каков патогенез синдрома Симмондса-Шихана?

Гипофиз имеет анатомические особенности кровоснабжения. В его кровотоке отсутствуют коллатерали и какой-либо альтернативный кровоток, т.е. механизмов защиты тканей от ишемии нет. Массивное кровотечение или септический шок, сопровождающие роды или аборт, могут привести к стойкому спазму или тромбозу в сосудах передней доли гипофиза. Следствием нарушения трофики аденогипофиза будут его ишемия и некроз. Риск таких тяжелых последствий для аденогипофиза особенно высок во время беременности, когда развивается гестационная компенсаторная гиперплазия клеток передней доли гипофиза, масса которого увеличивается в 2 раза. Кроме того, после родов происходит физиологический выброс АКТГ, что также способствует ишемии.

Риск некроза аденогипофиза дополнительно увеличивается у женщин:

- с развившимися до беременности заболеваниями периферических эндокринных желез;
- страдающих воспалительными заболеваниями с аутоиммунным компонентом (хроническим тонзиллитом, ревматизмом, ревматоидным артритом, эндокардитом и др.);
- имеющих анатомические особенности гипофиза (малое турецкое седло, аномалии сосудов головного мозга);
- беременность которых осложнилась анемией, гестозом;
- во время родов применялись утеротоники;
- с интергенетическим интервалом менее 2 лет.

Риск возникновения синдрома Симмондса-Шихана после осложненного аборта повышается при прерывании беременности в поздние сроки.

Какова клиническая картина синдрома Симмондса-Шихана?

Клинические проявления заболевания возникают при поражении более 50% тканей аденогипофиза, зависят от распространенности ишемии тканей гипофиза и обусловлены тем, что некротизированные ткани аденогипофиза не секретизируют гормонов, что проявляется вторичной гипопункцией щитовидной железы, яичников, надпочечников и молочной железы. Характерным признаком считаются отсутствие у роженицы нагрубания молочных желез и агалактия, а впоследствии - развитие нарушений МЦ (олигоменорея) в течение 1-го года после родов (аборта).

Какие выделяют клинические формы синдрома Симмондса-Шихана?

Клинически различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы синдрома.

Источник KingMed.info

- Легкая форма характеризуется проявлениями гипофункции щитовидной железы: слабостью, утомляемостью, головными болями, снижением памяти, сонливостью, нарушением внимания и концентрации, снижением либидо, неврастенией, гипотензией, зябкостью, сухостью кожи, ломкостью ногтей, усиленным выпадением волос, пастозностью и отечностью (увеличение массы тела за счет отеков), склонностью к запорам.
- Заболевание средней тяжести наряду с проявлениями вторичного гипотиреоза отличается симптомами гипофункции молочных желез (гипогалактией) и яичников: олигоменореей, ановуляторным бесплодием, гипотрофией половых органов и молочных желез.
- При тяжелой форме отмечается симптоматика тотальной гипофункции щитовидной железы, яичников и надпочечников (пангипопитуитаризм): недостаточность ТТГ проявляется микседемой, облысением, сонливостью, снижением памяти, плохо купирующейся анемией.

Недостаточность гонадотропинов манифестирует стойкой аменореей, бесплодием, атрофией половых органов и молочных желез, агалактией; нехватка АКТГ выражается гипотензией, адинамией, общей слабостью, гиперпигментацией кожи, потерей подмышечного и лобкового оволосения, снижением массы тела.

Каковы методы диагностики синдрома Симмондса-Шихана?

Для пациенток с синдромом Симмондса-Шихана обязательно указание на массивное кровотечение или септический шок на фоне беременности, закончившейся родами или аборт (особенно в поздние сроки). У женщин, перенесших массивное акушерское кровотечение или послеродовый сепсис, необходимо исследовать концентрации в сыворотке крови гормонов гипофиза и периферических желез:

- ТТГ, общего и свободного T_4 (функция щитовидной железы);
- ФСГ, ЛГ, ПРЛ, эстрадиола, тестостерона (функция яичников);
- АКТГ, 17-ОН-прогестерона, кортизола, ДЭАС (функция надпочечников).

Уменьшение концентрации тиреоидных, яичниковых или надпочечниковых гормонов с одновременным снижением уровня соответствующих тропных гормонов гипофиза указывает на центральный (гипофизарный) уровень поражения. Для подтверждения центрального генеза гипофункции периферических эндокринных желез проводят функциональные пробы. Исходя из патогенеза заболевания, яичники, щитовидная железа и надпочечники при синдроме Симмондса-Шихана остаются интактными. Значит, при искусственном введении фармакологических аналогов тропных гормонов гипофиза функция периферических желез должна возобновляться. Это проявляется повышением концентрации эстрогенов, T_4 , тестостерона, кортизола после проведения пробы.

Косвенным признаком органического поражения гипофиза служит феномен «пустого турецкого седла», признаки которого выявляются на рентгенограмме и при проведении КТ или МРТ гипофиза.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику синдрома Симмондса-Шихана?

Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями щитовидной железы, надпочечников и центральной нервной системы, протекающими с развитием первичного гипотиреоза, надпочечниковой недостаточности, неврастении, гипоменструального синдрома и бесплодия.

Каковы принципы лечения синдрома Симмондса-Шихана?

Лечение женщин с синдромом Симмондса-Шихана совместно проводят гинеколог и эндокринолог. Пациенток с тяжелой формой лечат в условиях эндокринологического стационара. Больным показана ЗГТ, направленная на восстановление утраченной функции периферических эндокринных желез. Также проводят лечение, способствующее нормализации обмена веществ. В лечении больных синдромом Симмондса-Шихана приоритетно восстановить функции надпочечников и щитовидной железы, а применение ЗГТ - вторично. Проводят ЗГТ до возраста естественной менопаузы.

В чем заключается профилактика развития синдрома Симмондса-Шихана?

Профилактика заболевания включает предотвращение осложнений беременности и родов, бережное родоразрешение, адекватные реанимационные мероприятия при кровотечениях, борьбу с послеродовыми инфекционными осложнениями. Важно также проводить профилактику аборт и их осложнений.

Гиперпролактинемия

Где синтезируется пролактин, и как регулируется его секреция?

ПРЛ вырабатывается особыми клетками - пролактотрофами, составляющими 11-29% общего клеточного состава аденогипофиза. Выработка ПРЛ преимущественно регулируется постоянным торможением его синтеза и секреции ДА гипоталамуса (прямая отрицательная связь). На поверхности пролактотрофов расположены рецепторы к ДА (нейромедиатору области срединной возвышенности гипоталамуса), при соединении рецепторов с молекулами ДА функциональная активность секретирующей клетки блокируется. Чем больше ДА, тем больше рецепторов блокируют работу пролактотрофов и тем меньше выработка ПРЛ (ДА много - ПРЛ мало, и наоборот). Угнетать синтез и секрецию ПРЛ могут также тиреоидные гормоны, глюкокортикоиды, ГАМК, гастрин, гастрин-либерин, соматостатин, гонадотропинсвязывающий белок, но их влияние на пролактотрофы значительно меньше.

Стимулируют синтез и секрецию ПРЛ тиролиберин, гонадолиберин, меланотропин, эстрогены, серотонин, вазоинтестинальный пептид, эндогенные опиоиды, окситоцин, нейротензин, ацетилхолин, ангиотензин II.

В каком ритме секретируется пролактин?

Секреция ПРЛ имеет циркадный характер. Физиологическим подъемом ПРЛ сопровождаются: стресс (психическая и физическая чрезмерная нагрузка); сон (независимо от времени суток); половой акт (только у женщин); прием пищи (особенно белковой); поздняя фолликулярная и лютеиновая фазы цикла; беременность (в среднем в 7-10 раз); лактация. Максимальный уровень нормальной секреции ПРЛ наблюдается во время ночного сна. Наиболее высокий уровень содержания ПРЛ регистрируется через 2-3 ч после засыпания, наиболее низкий - от 10 до 14 ч дня. Уже через 60-90 мин после засыпания концентрация ПРЛ начинает возрастать независимо от фаз сна. После пробуждения концентрация гормона в плазме резко снижается и через 3-4 ч достигает наименьших значений. Период полураспада ПРЛ в крови составляет 20-30 мин.

Какова функция пролактина в организме женщины?

- Синхронизирует созревание фолликула и овуляцию вместе с ЛГ.

Источник KingMed.info

- Поддерживает существование желтого тела и образование прогестерона через участие в синтезе холестерина.
- Готовит молочные железы к лактации.
- Регулирует объем и состав амниотической жидкости.
- Стимулирует образование молока в альвеолах молочных желез во время лактации.

Какова частота гиперпролактинемии?

По данным эпидемиологических исследований, гиперпролактинемия диагностируется у 17 из 1000 человек обоего пола. У женщин гиперпролактинемия встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин. Повышение ПРЛ выявляется у 10% пациенток с галактореей, у 15-30% женщин с вторичной аменореей или олигоменореей, у 75% пациенток с сочетанием галактореи и аменореи и у 30-70% женщин с галактореей и (или) бесплодием.

Какова классификация патологической гиперпролактинемии?

Патологическую гиперпролактинемия подразделяют:

- на функциональную (стойкое увеличение синтеза ПРЛ пролактотрофами);
- органическую (обусловленную пролактинсекретирующей опухолью гипофиза - пролактиномой);
- ятрогенную (вследствие медицинских манипуляций, хирургических вмешательств или приема лекарственных средств).

Существуют и редкие формы гиперпролактинемии:

- относительная - повышенная чувствительность рецепторов к ПРЛ при нормальном уровне гормона;
- бессимптомная - повышена концентрация только биологически активной молекулы ПРЛ;
- транзиторная (ночная) - значительное, в десятки раз, увеличение секреции ПРЛ в ночное время.

Каковы причины гиперпролактинемии? К ним относятся:

- пролактиномы;
- гипотиреоз;
- болезнь Иценко-Кушинга;
- акромегалия;
- поражения ЦНС (внутричерепная гипертензия, опухоли гипоталамуса, инсульты, травма ножки гипофиза);
- синдромы, сопровождающиеся гиперандрогенией;
- внутриматочные вмешательства;
- ношение ВМК;
- черепно-мозговые травмы;
- повреждения грудной клетки;

Источник KingMed.info

- хирургические вмешательства;
- радиационное воздействие на организм;
- гипогликемия;
- цирроз печени;
- хроническая почечная недостаточность;
- рак молочных желез, легких, бронхов и других органов;
- опоясывающий герпес;
- прием некоторых лекарственных препаратов: амфетамины, транквилизаторы, опиаты, трициклические антидепрессанты, галлюциногены, леводопа/метилдопа, антагонисты H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин), нейролептики группы фенотиазина, КОК, верапамил, резерпин, метоклопрамид и др.

Каков патогенез гиперпролактинемии?

Патологические процессы в надгипоталамических областях ЦНС или в других органах и системах могут угнетать выработку ДА. Опухоли, воспалительные процессы, артериовенозные аномалии в области гипоталамуса могут нарушать синтез и (или) выделение ДА из тубероинфундибулярных нейронов. Повреждение ножки гипофиза опухолью, воспалительными процессами, при травмах нарушает транспорт ДА в гипофиз.

При нарушении дофаминергического ингибирующего контроля пролактотрофы начинают усиленно секретировать ПРЛ. Гиперфункция пролактотрофов сначала приводит к их гиперплазии, а затем и к формированию микро- и макроаденом (пролактином) гипофиза.

Патологическое повышение концентрации в крови ПРЛ - одного из основных гормонов, необходимых для репродукции, - способствует торможению и выключению фолликулогенеза, приводит к аменорее, стимулирует пролиферативные процессы молочной железы, активирует кору надпочечников и островковый аппарат поджелудочной железы, т.е. выполняет функции, обычно реализуемые при беременности и лактации.

Каким образом гиперпролактинемия нарушает функцию репродуктивной системы?

ПРЛ нарушает МЦ сразу на всех уровнях РС:

- в надгипоталамических структурах стимулирует выработку эндогенных опиоидных пептидов, угнетающих гипоталамус;
- на уровне гипоталамуса - ингибирует чувствительность к эстрогенам и нарушает цирхоральный ритм выброса ГнРГ;
- на уровне гипофиза - путем угнетения секреции ЛГ (в том числе овуляторного пика);
- на уровне яичников - конкурентно связываясь с рецепторами гонадотропинов.

Нарушая рецепцию к ЛГ, ПРЛ препятствует секреции тестостерона гранулезными клетками фолликула, значит, эстрогенов становится меньше. Блокируя рецепторы, ПРЛ снижает возможность ФСГ стимулировать ароматазы, срывая ароматизацию андрогенов в эстрогены. Вследствие снижения синтеза эстрогенов нарушается фолликулогенез и развитие желтого тела. Изменение чувствительности к гонадотропинам постепенно делает овуляцию невозможной. Так

Источник KingMed.info

формируется стойкая гипофункция яичников, которая проявляется сменяющимися друг друга недостаточностью лютеиновой фазы, ановуляторными циклами, олигоменореей, аменореей.

Дополнительно ПРЛ влияет на кору надпочечников аналогично АКТГ, стимулируя выработку надпочечниковых андрогенов. Развитие гиперандрогении, в свою очередь, усугубляет механизмы угнетения яичниковой функции.

Какие клинические симптомы характерны для гиперпролактинемии?

Гиперпролактинемия чаще всего проявляется олигоменореей (аменореей) и галактореей от единичных капель молозива до струйного отделения молока.

Типичные клинические проявления синдрома гиперпролактинемии:

- нарушения МЦ (олигоменорея);
- ановуляторное бесплодие;
- галакторея;
- головные боли;
- слабость, утомляемость, замедление психической реакции, зябкость (и другие проявления гипотиреоза);
- мастодиния, диспластические изменения молочных желез;
- ожирение, развитие метаболического синдрома;
- гирсутизм, акне;
- боли в костях и суставах;
- снижение либидо;
- инфантилизм половых органов.

Каковы методы диагностики синдрома гиперпролактинемии?

При подозрении на гиперпролактинемию (нарушение МЦ, галакторея, бесплодие, снижение либидо и пр.) прежде всего необходимо определить концентрацию ПРЛ в сыворотке крови. При этом взятие крови на анализ следует проводить не слишком рано (9-12 ч дня), накануне необходимо исключить половые контакты, острые стрессовые ситуации, медицинские осмотры.

Когда обнаружена незначительная гиперпролактинемия - исследование лучше повторить в другой день. При повторном обнаружении гиперпролактинемии диагностический поиск строится на уточнении первопричины гиперпролактинемии, для чего следует:

- тщательно собрать «лекарственный» анамнез;
- исключить употребление наркотических и психотропных средств;
- исключить опухолевый генез заболевания;
- исследовать уровни ТТГ и свободного Т₄;
- определить уровни ЛГ, ФСГ, эстрадиола, тестостерона, ДЭА, 17-ОН-прогестерона;
- исключить заболевания почек, печени.

Каковы дополнительные методы диагностики опухоли гипофиза?

При обнаружении гиперпролактинемии следует исключить опухолевый генез заболевания. Установлено, что у 95% больных функциональной гиперпролактинемией уровень ПРЛ не превышает 3000 мМЕ/л. При опухолевом генезе заболевания (органическая гиперпролактинемия) содержание ПРЛ превышает это значение, при этом чем больше пролактинома, тем значительнее увеличение ПРЛ. С целью диагностики опухоли гипофиза применяют рентгенографию турецкого седла. Существенную помощь в диагностике микроаденом оказывает КТ, особенно с введением контрастного вещества. Эффективность метода в диагностике аденом гипофиза составляет 60-70%. При микроаденомах размерами свыше 5 мм диагностическая ценность метода повышается до 95-98%. С помощью МРТ можно своевременно диагностировать 83-87% микроаденом гипофиза.

Рентгенологические симптомы опухоли гипофиза: локальный или тотальный ОП стенок турецкого седла, неровность участка внутреннего контура его костной стенки при неизменной структуре костей свода черепа, увеличение сагиттального и вертикального размеров турецкого седла более 10 мм, удвоение контура дна турецкого седла.

При выявлении опухоли гипофиза обязательны консультации нейрохирурга и окулиста (изменение полей зрения).

Какие диагностические тесты применяются для дифференциальной диагностики физиологической и патологической гиперпролактинемии?

Существуют диагностические тесты (с агонистами и антагонистами ДА), которые позволяют отличить физиологическую гиперпролактинемия от патологической.

Проба с метоклопрамидом (церукалом).* Метоклопрамид - антагонист ДА, при внутривенном введении 10 мг препарата у здоровых женщин через 1-2 ч уровень ПРЛ в крови повышается в 7-10 раз и более. При пролактиноме гипофиза уровень ПРЛ практически не меняется, а при функциональной гиперпролактинемии реакция ослаблена.

Проба с бромкриптином. Бромкриптин - агонист ДА, тормозит секрецию ПРЛ, действуя преимущественно на уровне гипофизарных пролактотрофов. Препарат принимают утром натощак однократно в дозе 5 мг (или по 2,5 мг дважды с небольшим интервалом), после чего исследуют уровень ПРЛ через 2 и 4 ч. У здоровых лиц в норме уровень ПРЛ резко снижается в 2-4 раза, при опухоли реакция отсутствует, при функциональной гиперпролактинемии реакция ослаблена.

Диагностика синдрома первичного гипотиреоза - гиперпролактинемии (синдром Ван-Вика-Росса-Хенесса) - основывается на клинической картине гипотиреоза, а также на снижении уровня трийодтиронина, общего тироксина и повышении ТТГ.

Какие применяются методы лечения гиперпролактинемии?

Лечение больных гиперпролактинемией и различными нарушениями менструальной функции зависит от причины заболевания, фертильных планов пациентки и неврологической симптоматики.

При пролактиномах используют хирургические, лучевые и медикаментозные методы лечения или их сочетания. Все пациентки с выявленными макроаденомами должны наблюдаться у эндокринолога и в обязательном порядке быть осмотрены нейрохирургом, который определяет показания к оперативному лечению или лучевой терапии. Удаление макропролактином

Источник KingMed.info

улучшает неврологическую симптоматику, но гиперпролактинемия обычно продолжает персистировать, и функцию яичников восстановить не удается.

Какие консервативные (медикаментозные) методы лечения применяются при гиперпролактинемии?

Медикаментозная терапия проводится при любых формах патологической гиперпролактинемии. Для этого применяются препараты из группы агонистов ДА. К ним относятся:

- бромокриптин по 2,5-7,5 мг/сут в 2-3 приема во время еды (препарат стимулирует рецепторы лактотрофов в течение 12 ч);
- абергин* (растительный аналог бромокриптина) по 8-16 мг/сут в 2-4 приема;
- каберголин (достинекс*, агалатес*) по 0,25 мг 1-2 раза в неделю (высокоселективный препарат, действующий в течение 168 ч).

Общие принципы назначения агонистов ДА:

- перед их назначением следует исключить беременность;
- доза препарата устанавливается индивидуально, в зависимости от выраженности гиперпролактинемии;
- терапевтическая доза достигается постепенным увеличением суточной нагрузки препаратом;
- отмена препарата после нормализации уровня ПРЛ и восстановлении овуляторного МЦ, устранения психовегетативных, эндокриннообменных и эмоционально-личностных нарушений должна быть постепенной;
- препарат немедленно отменяют при наступлении беременности.

При планируемой беременности, в силу фармакокинетических особенностей, преимущество в лечении имеет бромокриптин. Как только беременность наступает, препарат отменяют.

Какой метод лечения применяется при пролактинсекретирующих аденомах гипофиза?

Препаратом выбора при данной патологии будет каберголин, благодаря его высокой селективности и выраженному антипролиферативному влиянию. При органической гиперпролактинемии от планирования беременности следует воздержаться как минимум на 12 мес. Все это время проводится медикаментозное лечение агонистами ДА, направленное на подавление пролиферативного потенциала лактотрофов. При нормализации уровня ПРЛ и регулярном МЦ в течение 12 мес, отсутствии признаков аденомы гипофиза по данным КТ или МРТ, нормальных полях зрения планирование беременности считается безопасным.

Какое лечение проводится больным синдромом галактореи, нарушениями менструального цикла и явлениями первичного гипотиреоза?

Лечение проводят препаратами тиреоидных гормонов. Лечение длительное, под контролем эндокринолога. Препараты приводят к улучшению или исчезновению симптомов гипотиреоза. Под их влиянием прекращается или снижается патологическая лактация, восстанавливается МЦ и у большинства больных наступает овуляция. Эти препараты блокируют секрецию эндогенного тиролиберина, способствуют уменьшению выделения ПРЛ.

Каков прогноз при функциональной гиперпролактинемии?

Прогноз при функциональной гиперпролактинемии, как правило, благоприятный.

Поликистозные яичники

Что понимают под термином «поликистозные яичники»?

ПКЯ - мультифакторное гетерогенное заболевание, которое сопровождается изменением структуры и функции яичников и характеризуется гиперандрогенией и хронической ановуляцией, обусловленными нарушением секреции гонадотропинов и гиперинсулинемией. ПКЯ рассматривается как генетически детерминированное заболевание, в основе которого может лежать полиморфизм генов, ответственных за секрецию и действие гонадотропинов и инсулина, а также за ароматазную активность и стероидогенные ферменты биосинтеза андрогенов. В результате могут возникать наследственно обусловленные ферментопатии, в основе которых лежит активация цитохрома P450 и стероидогенеза в яичниках.

Какие виды поликистозных яичников различают?

В отечественной гинекологии различают первичные ПКЯ (истинные), или болезнь поликистозных яичников (БПКЯ, синдром Штейна-Левенталя), и вторичные ПКЯ, или СПКЯ.

Болезнь поликистозных яичников

Каков патогенез болезни первичных ПКЯ (БПКЯ)?

БПКЯ - мультифакторная патология, в патогенез которой включаются регулирующие механизмы (секреция рилизинг-гормона лютеинизирующего гормона (РГ ЛГ) и выделение тропных гормонов гипофиза) и местные факторы, участвующие в процессе синтеза стероидов яичников. Результатом этого будут структурные изменения яичников, гиперандрогения и относительная гиперэстрогения, определяющие клиническую симптоматику. Давно известно сочетание БПКЯ и ожирения, однако примерно у половины женщин при этой патологии превышения массы тела не отмечают. В этой связи предложены два патогенетических варианта БПКЯ у женщин с ожирением и нормальной массой тела.

Чем характеризуется патогенетический вариант БПКЯ с ожирением?

При ожирении имеет место резистентность к инсулину, результатом которой будет гиперинсулинемия. Тека-клетки яичников имеют рецепторы к инсулину, кроме того, инсулин повышает образование инсулиноподобного фактора роста-1 (ИПФР-1), усиливающего синтез андрогенов в клетках тека и интерстициальной ткани яичников. Инсулин помимо этого снижает уровень стероидсвязывающего глобулина и, следовательно, повышает уровень свободного, биологически активного тестостерона. Роль жировой ткани в метаболизме половых гормонов известна давно. Стромальные клетки жировой ткани обладают ароматазной активностью (содержат ферменты) и способствуют превращению андрогенов в эстрогены (андростендиона в эстрон). Действие этих ферментов усиливается под влиянием инсулина и ИПФР-1.

Каковы особенности патогенеза БПКЯ при нормальной массе тела?

При данном патологическом варианте происходит нарушение цирхорального ритма выделения ГнРГ в ядрах клеток медиобазального гипоталамуса. В связи с этим возрастает уровень ЛГ в крови с соответствующим увеличением соотношения ЛГ/ФСГ до 2,5 (норма не >1,5). Кроме того, отмечается повышение уровня гормона роста в плазме крови, что усиливает образование ИПФР-1 в клетках гранулезы. ИПФР-1 также увеличивает связывание ЛГ тека-клетками ткани яичников. Оба процесса стимулируют синтез андрогенов яичниками.

Чем характеризуется конечный этап двух патогенетических вариантов БПКЯ?

Источник KingMed.info

В двух патогенетических вариантах БПКЯ конечный этап - усиление синтеза андрогенов в тека-клетках и интерстициальной ткани яичников. В первом случае процесс инициирует инсулин, во втором - ГнРГ. Андрогены способствуют процессу атрезии фолликулов, характерному для БПКЯ. В процессе атрезии участвуют и другие факторы роста (эпидермальный фактор роста, интерлейкин-1). В обоих случаях создается метаболический порочный круг, приводящий к ановуляции, бесплодию, нарушению цикла, гипертрихозу, а также структурным изменениям яичников.

Чем характеризуется клиническая картина БПКЯ?

Основными клиническими симптомами БПКЯ (первичных ПКЯ) при своевременном менархе (в 12-13 лет) служат:

- нарушение менструальной функции по типу олигоменореи с менархе;
- увеличение размеров яичников;
- первичное бесплодие;
- повышение массы тела у 50% женщин;
- гипертрихоз с менархе.

Каковы особенности морфологического типа и ожирения?

Морфологический тип всегда женский. Распределение жировой ткани равномерное, имеет универсальный характер. Молочные железы развиты правильно, без признаков гипоплазии.

Каков характер нарушений менструального цикла при первичных ПКЯ?

Нарушение менструальной функции начинается с менархе, возраст наступления менархе, как и в популяции, приходится на 12-13 лет. После менархе регулярный цикл не устанавливается, развивается олигоменорея. У 10-17% девушек и молодых женщин отмечаются ациклические маточные кровотечения, причиной которых служит длительное монотонное влияние эстрогенов на эндометрий на фоне снижения секреции прогестерона и отсутствия секреторной трансформации. Гиперплазия эндометрия наблюдается также при отсутствии маточных кровотечений на фоне олиго- и аменореи.

Каков характер бесплодия при первичных ПКЯ?

Бесплодие всегда имеет первичный характер, поскольку нарушение функции начинается с момента пубертатной активации функции яичников. Первичное бесплодие - основной признак БПКЯ.

Каковы особенности гипертрихоза при БПКЯ?

Гипертрихоз обычно выражен нерезко. Стержневые волосы расположены на голени, задней поверхности бедер, промежности, реже на белой линии живота. Оволосение лица обычно ограничивается «усиками» над верхней губой.

Каковы особенности яичников при БПКЯ?

Основной макроскопический признак БПКЯ - двустороннее увеличение яичников, в 2-6 раз превышающее их нормальные размеры, с наличием множественных кистозно-атрезирующихся фолликулов. Поверхность яичников сглажена, следов овуляции нет, капсула плотная, белесоватая, с перламутровым оттенком, при осмотре невооруженным глазом она

Источник KingMed.info

представляется утолщенной. Капсула настолько утолщена, что фолликулярные кисточки иногда не просвечивают через нее. Последнее служит важным диагностическим признаком первичных ПКЯ при лапароскопии. На капсуле расположены мелкие древовидно-ветвящиеся сосуды. На разрезе определяется резко утолщенная капсула, плотная сероватая строма, в которой ближе к периферии расположены мелкие фолликулярные кисточки.

Каковы методы диагностики БПКЯ?

К методам диагностики БПКЯ относятся:

- клинические данные;
- эхография;
- гормональные исследования;
- лапароскопия;
- морфологическое исследование.

На каких основных клинических симптомах основывается диагностика

БПКЯ?

Диагностика БПКЯ основывается на следующих данных:

- нарушения МЦ (чаще олигоменорея) с менархе;
- гипертрихоз с менархе;
- телосложение женского типа;
- первичное бесплодие;
- часто универсальное ожирение.

Каковы особенности эхографии при БПКЯ?

Эхографическими критериями БПКЯ служат:

- увеличение размеров яичников (объем более 10 см³);
- гиперплазия стромы, которая составляет не менее 25% объема яичников;
- наличие более 10 фолликулярных кист диаметром до 10 мм в проекции каждого размера яичника.

УЗИ следует проводить на 10-12-й день от начала самопроизвольной или индуцированной менструации, т.е. в период, когда в норме должен сформироваться доминантный фолликул. Исследование, проведенное в другие дни, в отношении ПКЯ неинформативно.

Какие гормональные изменения характерны для БПКЯ?

Для БПКЯ характерны:

- гонадотропная дисфункция, патогномичным симптомом которой служит увеличение отношения ЛГ / ФСГ до 2,5 и более:1;
- гиперандрогения яичникового генеза (умеренное повышение тестостерона при нормальном ДЭА);

Источник KingMed.info

- снижение уровня глобулина, связывающего половые гормоны;
- выраженное снижение прогестерона (ановуляция);
- повышение инсулина или наличие инсулинорезистентности;
- может быть умеренно повышен ПРЛ.

Как проводят диагностику инсулинорезистентности?

Диагностика инсулинорезистентности начинается с определения содержания глюкозы натощак. Исследуют гликированный гемоглобин и проводят стандартный пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы. Если натощак уровень гликемии превышает 7,0 мМ/л или через 2 ч после нагрузки глюкозы в крови более 7,8 мМ/л, то пробу считают положительной.

Дополнительно применяют стимулированную пробу с инсулином, определяют индекс *Hoto* (глюкоза x инсулин / 22,5) - значение выше 2,7 подтверждает инсулинорезистентность и индекс *Саго* (глюкоза/инсулин), значение $\leq 0,33$ подтверждает инсулинорезистентность.

Каковы особенности первичных ПКЯ при лапароскопическом исследовании?

Типичная картина первичных ПКЯ: сглаженная белесоватая капсула, на поверхности которой видны древовидно-ветвящиеся мелкие сосуды, увеличение размеров яичников до 5-6 см в длину и 4 см в ширину. О толщине капсулы можно косвенно судить по отсутствию просвечивающихся фолликулярных кисточек, при дотрагивании манипулятором можно определить плотность капсулы яичников. Во время лапароскопии производят биопсию яичников.

Что характерно для гистологической картины БПКЯ?

Для гистологической картины БПКЯ характерны:

- склероз белочной оболочки (капсулы) яичников с ее утолщением до 600 мкм;
- гиперплазия стромы яичников;
- кистозная атрезия фолликулов;
- гиперплазия (иногда с лютеинизацией) клеток внутренней оболочки (тека-клеток) кистозно-атрезирующихся фолликулов;
- отсутствие желтых тел.

С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику первичных ПКЯ?

Дифференциальную диагностику проводят с заболеваниями, для которых характерны синдромы гиперандрогении и инсулинорезистентности: вторичными ПКЯ, неклассической формой врожденной гиперплазии надпочечников, синдромом Иценко-Кушинга, вирилизующими опухолями яичников и надпочечников, акромегалией, первичным гипертиреозом, заболеваниями печени с нарушением синтетической функции.

Какова цель лечения первичных ПКЯ, и какие методы лечения применяются?

Выбор терапии зависит от того, какой из патогенетических механизмов доминирует: гонадотропная дисфункция, гиперандрогения, ожирение, инсулинорезистентность, гиперпролактинемия.

Перед выбором лечебной тактики важно определить цель лечения у конкретной пациентки:

- регуляция ритма менструаций;
- уменьшение симптомов гиперандрогенной дермопатии;
- восстановление фертильности;
- коррекция метаболических нарушений;
- профилактика гиперплазии эндометрия.

В современной клинике используют консервативные и оперативные методы лечения.

Как проводят коррекцию метаболических нарушений при БПКЯ?

Независимо от формы заболевания на первом этапе терапии обязательно проводят коррекцию метаболических нарушений. Для этого обязательны низкокалорийная редуцирующая диета, коррекция режима питания и умеренная, но регулярная физическая нагрузка. При выявлении инсулинорезистентности и критериев метаболического синдрома применяют инсулиносенситайзеры из группы бигуанидов (метформин по 1500 мг/сут) и тиазолидиндионов (пиоглитазон по 30 мг/сут). Эти вещества повышают чувствительность к инсулину, снижают уровень триглицеридов и холестерина, способствуют снижению массы тела, подавляют синтез андрогенов. Терапию проводят длительно под контролем инсулина и показателей углеводного обмена. В случае беременности инсулиносенситайзеры сразу отменяют. Значительно большую опасность для пациентки представляет наступление беременности на фоне некорригированной инсулинорезистентности. Течение такой беременности сопровождается достоверным повышением риска гестационного диабета, тяжелого гестоза, плацентарной недостаточности, задержки развития плода, перинатальной заболеваемости и смертности.

Как проводят коррекцию нарушений МЦ и патогенетическую терапию антиандрогенами у пациенток с БПКЯ?

Параллельно с коррекцией метаболических нарушений проводят регуляцию ритма менструаций. С этой целью применяют заместительную терапию препаратами прогестерона в циклическом режиме с 14-16-го дня от начала самопроизвольной или индуцированной менструации в течение 10-14 дней. Пациентки с БПКЯ требуют заместительной терапии до окончания репродуктивного периода жизни, поскольку выработка собственного прогестерона у них невозможна. У женщин старшего возраста, не заинтересованных в беременности и имеющих противопоказания к использованию КОК, используют внутриматочную релизинг-систему «Мирена♦», выделяющую левоноргестрел.

После коррекции метаболических нарушений при отсутствии противопоказаний проводят консервативную терапию антиандрогенами. С этой целью могут быть рекомендованы комбинированные гормональные контрацептивы (низкоили микродозированные монофазные КОК, влагалищное кольцо, контрацептивный пластырь) в течение не менее 6 мес. Гестагенный компонент, составляющий КОК, следует выбирать с учетом его метаболической нейтральности и антиандрогенного действия (дроспиренон, диеногест, хлормадинона ацетат) (см. гл. «Планирование семьи»). Эта терапия устраняет гонадотропную дисфункцию, способствует стимуляции синтеза в печени стероидсвязывающего глобулина, снижает внегонадный синтез эстрогенов, имеет косметический эффект, сохраняет фолликулярный пул.

Применение монофазных низкоили микродозированных КОК с антиандрогенным действием следует считать патогенетической терапией при БПКЯ. У пациенток с инсулинорезистентностью

Источник KingMed.info

КОК назначают после ее ликвидации. Антиандрогенный эффект имеет существенное социальное значение, поскольку устраняет акне, себорею, препятствует алопеции, способствует феминизации фигуры и замедляет рост волос на андрогензависимых участках кожного покрова.

Регуляция ритма менструаций у пациенток с СПКЯ - профилактика у данной категории больных рака эндометрия и молочной железы, это неотъемлемая часть терапии женщин с любой формой СПКЯ в связи с высоким риском развития гиперплазии и рака эндометрия, доброкачественной дисплазии молочной железы и рака молочной железы у этих пациенток. Учитывая первичный дефект ферментации стероидогенеза у больных БПКЯ, самостоятельного восстановления регулярного отторжения эндометрия произойти не может, значит, риск рака эндометрия будет сохраняться. Заместительную терапию гестагенами и КОК проводят в течение всего репродуктивного периода вплоть до возраста естественной менопаузы.

Какое лечение проводится с целью восстановления фертильности?

Терапия бесплодия показана только после проведения комплексного поэтапного патогенетического лечения, которое одновременно представляет собой и эффективную предгравидарную подготовку. Для стимуляции овуляции применяют антиэстрогены (кломифен), гонадотропины, используют аналоги ГнРГ внутривенно в пульсирующем режиме, имитирующем цирхоральный ритм, 3 ночи в неделю в течение месяца с помощью специальной установки. При необходимости применяют вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) (см. гл. 11 «Планирование семьи»).

Какие методы оперативного лечения применяются при БПКЯ?

Оперативное лечение (лапароскопический дрелинг яичников) проводят только при отсутствии эффекта от консервативных методов. Это обусловлено стремлением сохранить овариальный резерв пациентки. Положительный эффект от хирургического лечения наступает вследствие уменьшения числа фолликулов, синтезирующих патологическое количество андрогенов и ингибина. У 80% пациенток, подвергнутых оперативному лечению, восстанавливается регулярный МЦ, у 60% - наступает беременность в течение года после операции.

Восстановление овуляторного МЦ после операции - процесс временный. Уже спустя 12 мес значительно снижается фертильность, а через 3-5 лет восстанавливается стойкая ановуляция. В результате дрелинга яичников во время операции создается риск снижения фолликулярного пула, а значит, можно снизить шансы последующей беременности.

Каким методом производят операции?

Эти операции производят эндоскопическим методом. Преимущество данного метода - укорочение времени операции, сокращение пребывания в стационаре до 2-3 дней, а также снижение риска развития спаек в малом тазу, которые могут быть причиной перитонеального бесплодия.

В чем заключается лечебный эффект этих операций?

Лечебный эффект обусловлен снятием угнетения гипоталамических центров андрогенами вследствие удаления ткани яичников, служащих источником избыточной продукции андрогенов.

Что свидетельствует об эффективности оперативного лечения при БПКЯ?

Косвенным свидетельством эффективности операции служит появление менструальноподобных выделений через 2-3 дня после вмешательства; о произошедшей овуляции свидетельствует подъем базальной температуры через 14-16 дней после операции.

Какова длительность эффективности хирургического лечения?

Фертильность снижается уже в конце 1-го года после операции, и через 3-5 лет восстанавливается стойкая ановуляция. Поэтому оперированные женщины нуждаются в диспансерном наблюдении.

Синдром поликистозных яичников (вторичные ПКЯ) Что означают вторичные ПКЯ?

Вторичные ПКЯ(СПКЯ) - частное проявление основного НЭС. Выделяют СПКЯ на фоне гипоталамического синдрома, гиперпролактинемии и надпочечниковой гиперандрогении, обусловленной АГС.

СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении

Чем характеризуются ПКЯ при адреногенитальном синдроме?

АГС (врожденная дисфункция коры надпочечников) - это группа аутосомно-рецессивных наследственных болезней, вызванных дефектами

ферментов стероидогенеза. Его основные проявления связаны с вирилизацией женского организма, которые обусловлены избыточным образованием андрогенов в коре надпочечников.

Основная причина (90-95% случаев) повышенной секреции андрогенов надпочечниками - врожденный, наследуемый по аутосомно-рецессивному типу, дефект гена *CYP21B*, кодирующего образование фермента 21-гидроксилазы. Этот фермент пучковой зоны коры надпочечников стимулирует образование кортизола из 17-ОН-прогестерона. По принципу обратной связи кортизол регулирует секрецию АКТГ гипофизом.

Недостаток 21-гидроксилазы имеется приблизительно у 2% всех людей. При дефиците этого фермента происходит торможение образования кортизола в коре надпочечников. Происходит накопление его биохимического предшественника - 17-ОНП (лабораторный маркер АГС). Невостребованный 17-ОНП утилизируется в сетчатой зоне коры с образованием андрогенов, преимущественно ДЭА. В свою очередь, ДЭА является предшественником андростендиона и тестостерона.

Отсутствие запрошенного количества кортизола замыкает порочный круг нереализованной обратной связи. Развивается стойкая гиперсекреция АКТГ и гиперстимуляция коры надпочечников. Гиперфункция коры надпочечников приводит к ее гиперплазии. Патологические процессы: недостаток фермента → снижение секреции кортизола → увеличение предшественника кортизола → образование андрогенов и недостаток фермента → снижение секреции кортизола → увеличение АКТГ → стимуляция коры надпочечников → увеличение предшественника кортизола объединяются, и интенсивность проявлений (гиперандрогения) нарастает, «как снежный ком».

Патогенез СПКЯ на фоне АГС запускается длительно существующей надпочечниковой гиперандрогенией, которая тормозит фолликулогенез в яичниках. Прогрессирование патологических процессов в РС при АГС происходит очень медленно, но неуклонно. В отличие от БПКЯ, при гиперандрогении надпочечникового генеза сначала поражается только один яичник. Нарушение функции, а затем и структуры второго яичника происходит позже. Степень патологических изменений в левом и правом яичниках при АГС будет различна, тогда как при БПКЯ - одинакова.

Постепенно в патологический процесс вовлекаются центральные звенья РС с формированием гонадотропной дисфункции. Этот процесс тоже имеет отличие от БПКЯ, поскольку развивается

Источник KingMed.info

не вследствие стимуляции синтеза ЛГ, а из-за угнетения образования ФСГ большим количеством ингибина, вырабатываемым незрелой гранулезой.

Спонтанная овуляция и даже беременность, в отличие от БПКЯ, возможны, поскольку обратная связь по оси «гипоталамус-гипофиз-яичники» сохранена. Однако эти процессы происходят с неполноценным фолликулом, значит, формируется недостаток желтого тела и дефицит прогестерона, что в случае беременности проявляется нарушением имплантации и ранней плацентации.

Длительное течение функциональных нарушений в яичниках довольно долго «удерживает» развитие вторичных метаболических нарушений, которые не характерны для СПКЯ с первичным нарушением функции коры надпочечников. В этой же связи риск ГПЭ у пациенток, страдающих АГС, значительно ниже, чем при БПКЯ.

Каков патогенез ПКЯ у женщин с аденогенитальным синдромом?

Увеличение синтеза андрогенов в надпочечниках нарушает процесс фолликулогенеза и синтез эстрогенов в яичниках, развитие антральных и преовуляторных фолликулов затруднено, синтез андрогенов в яичниках возрастает, развивается процесс кистозной атрезии фолликулов.

Снижение синтеза эстрогенов и увеличение синтеза ингибина вызывают уменьшение выделения ФСГ и увеличение выделения ЛГ аденогипофизом. Эти изменения, в свою очередь, приводят к развитию ПКЯ. Однако нарушение выбросов ФСГ и ЛГ не столь выражено, как при первичных ПКЯ, и периодически возможно созревание фолликула и даже овуляция. Кроме того, экстрагонадный синтез эстрогенов, характерный для первичных ПКЯ, не повышается, поскольку у женщин с АГС масса тела не повышена и не характерна инсулинорезистентность.

Чем характеризуется клиническая картина синдрома ПКЯ на фоне постпубертатной формы АГС?

Основными клиническими симптомами СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении (постпубертатная форма АГС) служат:

- развитие гипертрихоза до менархе;
- позднее менархе (после 14-15 лет);
- нарушение менструальной функции по типу олигоменореи;
- телосложение приближается к мужскому;
- вторичное бесплодие.

Каков характер оволосения при СПКЯ?

Оволосение носит избыточный характер, нередко выражено более интенсивно, чем у женщин с БПКЯ, гипертрихоз распространяется на внутреннюю поверхность бедер, промежность, низ живота; на лице появляются стержневые волосы не только над верхней губой, но и на щеках («бакенбарды»), и на подбородке.

Каковы особенности телосложения при ПКЯ?

Фенотип женщин характеризуется нерезко выраженными чертами вирилизации: незначительное сужение размеров таза - в основном межвертельного - и увеличение ширины плеч за счет величины межакромиального размера. Такой тип телосложения можно охарактеризовать термином «спортивный тип». Превышения массы тела не наблюдается, особенно у молодых женщин. Молочные железы слегка гипопластичны.

Как изменяются размеры яичников при СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении?

Размеры яичников, как правило, не достигают такой величины, как при первичных ПКЯ, увеличение их, как правило, асимметрично. При макроскопическом исследовании капсула яичников не столь резко утолщена, как при первичных ПКЯ, имеются стигмы от овуляции.

Каковы основные отличия СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении от первичных ПКЯ?

При СПКЯ возможна овуляция и наступление беременности, а также чрезвычайно редко возникают ГПЭ.

Какие существуют методы диагностики СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении?

К методам диагностики СПКЯ относятся:

- клинические данные;
- молекулярно-генетические исследования и функциональная проба с тетракозатидом (синактеном*) (диагностика АГС);
- эхография;
- гормональные исследования;
- морфологическое исследование.

Каковы особенности эхографии при СПКЯ?

При эхографии малого таза у женщин с надпочечниковой формой ПКЯ определяется незначительное асимметричное увеличение яичников в сочетании с умеренной гипоплазией матки.

Какие гормональные изменения возникают при СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении?

При этом отмечается увеличение содержания 17-ОПГ, ДЭА в крови, снижение ФСГ, прогестерона и эстрогенов. Уровень кортизола нормальный или снижен.

Какова морфологическая картина при СПКЯ?

При микроскопическом исследовании характерны неравномерное утолщение капсулы, нерезко выраженная гиперплазия стромы, атрезии фолликулы, белые и изредка желтые тела.

С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику СПКЯ?

Дифференциальную диагностику СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении проводят с БПКЯ (табл. 4.1).

Какое лечение рекомендуется при СПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении?

Для коррекции нарушений функции коры надпочечников используют глюкокортикоидные препараты, чаще применяют дексаметазон. Дозу препарата определяют под контролем содержания тестостерона, ДЭА и 17-ОПГ в крови, уровень которых на фоне приема дексаметазона должен находиться на средней границе лабораторной нормы.

Какое лечение проводят при отсутствии овуляции или при недостаточности желтого тела?

При отсутствии эффекта от терапии глюкокортикоидами (НЛФ, бесплодие) к лечению добавляют антиэстрогены (кломифен в более низкой дозе - 50-75 мг в день с 5-го по 9-й день цикла). При верифицированном диагнозе АГС после наступления беременности терапию глюкокортикоидными препаратами продолжают до 8-10-й недели, когда производят биопсию хориона и определяют пол плода. При вынашивании плода женского пола лечение глюкокортикоидами целесообразно продолжить до 16-й недели с целью предотвращения вирилизации наружных половых органов девочки. При вынашивании плода мужского пола применение глюкокортикоидов нецелесообразно. Следует подчеркнуть, что глюкокортикоиды не имеют показаний для профилактики и терапии угрожающего выкидыша и с этой целью у беременных не применяются.

Таблица 4.1. Дифференциальная диагностика различных форм поликистозных яичников

| Клинические проявления | Болезнь поликистозных яичников | Поликистозные яичники гипоталамического генеза | Поликистозные яичники на фоне надпочечниковой гиперандрогении |
|------------------------|---|--|---|
| Менархе | 12–13 лет | Раннее 9–12 лет | Позднее 14–15 лет |
| Гипертрихоз, гирсутизм | С менархе | В любом возрасте после начала заболевания | До менархе |
| Нарушение МЦ | С менархе Олигоменорея | После начала заболевания | С менархе |
| Ожирение | Универсальный характер | На плечевом поясе, нижней половине живота | Нет |
| Гиперплазия эндометрия | + | + | — |
| Морфологический тип | Женский | Женский | Ближе к мужскому |
| Бесплодие | Первичное | Вторичное | Вторичное |
| Гормональные изменения | ↑ ЛГ : ФСГ (2,5 и более :1) ↑ тестостерона в крови | ↑ ЛГ ↑ тестостерона в крови | ↑ 17-ОНП в крови ↑ ДЭА в крови |
| Проба с дексаметазоном | Отрицательная | Отрицательная | ↓17-ОНП ↓ДЭА ↓тестостерона |

Какие препараты применяются для лечения гирсутизма?

Для лечения гирсутизма успешно применяется ципротерон (андрокур[®]) (независимо от источника образования андрогенов). Препарат тормозит образование дигидротестостерона из тестостерона в волосяных фолликулах, блокируя цитозол-рецепторы тестостерона. Препарат назначают в дозе 50-150 мг/сут в течение длительного времени - с 5-го по 25-й день цикла (не менее 6 мес - 2 лет). Еще более эффективны в лечении гипертрихоза КОК, содержащие антиандрогены (ципротерон, дроспиренон и диеногест).

Синдром поликистозных яичников у женщин с гипоталамическим синдромом Каков патогенез развития ПКЯ при гипоталамических нарушениях?

Патогенез можно представить следующим образом: нарушение образования и выделения нейротрансмиттеров (ДА и эндорфина) в надгипоталамической области передних и (или) медиобазальных структурах гипоталамуса вследствие инфекции, интоксикации, эмоционального, психического стресса, беременности, изменяет ритм выделения ГнРГ и выброса ЛГ из клеток передней доли гипофиза. Следствием этого служит ановуляторная дисфункция яичников с

Источник KingMed.info

нарушением процесса фолликулогенеза. Затем включаются патогенетические механизмы, сходные с таковыми при первичных ПКЯ: увеличение синтеза андрогенов в клетках оболочки фолликула и стромы яичников, вторичный дефицит ароматазной активности. В результате закрепляется нарушение выбросов ЛГ и ФСГ, развивается гиперплазия стромы и кистозная атрезия фолликулов, яичников, которые макроскопически приобретают черты, весьма сходные с таковыми при БПКЯ.

Что может послужить причиной развития СПКЯ у женщин с гипоталамическим синдромом?

Для анамнеза женщин с ПКЯ на фоне НЭС характерна четкая граница начала заболевания:

- ангины, аденовирусные инфекции (чаще всего в пубертатном возрасте);
- эмоционально-психические травмы;
- роды, аборты (искусственные или самопроизвольные);
- начало половой жизни.

Какова клиническая характеристика ПКЯ на фоне гипоталамических нарушений?

Для данной патологии характерны следующие проявления диэнцефальных (гипоталамических) нарушений:

- вегетативно-сосудистая дистония обычно по гипертоническому типу;
- повышение аппетита;
- жажда;
- нарушение сна и бодрствования;
- эмоциональные нарушения (раздражительность, плаксивость);
- ожирение II-III степени;
- нарушение МЦ;
- вторичное бесплодие;
- гипертрихоз;
- ГПЭ.

Каков характер ожирения при ПКЯ на фоне гипоталамического синдрома?

Ожирение имеет специфический характер: жировая ткань локализуется на плечевом поясе и нижней половине живота. Молочные железы даже у молодых нерожавших женщин отвислые за счет большого содержания жировой ткани.

Какие нарушения менструальной функции возникают при ПКЯ на фоне гипоталамического синдрома?

Менархе у этих пациенток обычно наступает раньше, чем в популяции (9-12 лет). В пубертатном периоде МЦ нередко имеет так называемый неустойчивый характер, интервалы между менструациями составляют 21-36 дней; летом часто отмечаются более длительные интервалы - до 1,5-2 мес. Нарушения МЦ чаще по типу олигоменореи, развиваются позже, как правило,

Источник KingMed.info

после перечисленных причин. Обычно отмечается вторичное бесплодие (ановуляторное), ановуляция формируется через стадию недостаточности желтого тела.

Когда возникает гипертрихоз при ПКЯ на фоне гипоталамического синдрома?

Гипертрихоз при этом заболевании развивается на фоне олигоменореи и выраженного ожирения.

Как часто возникает гиперпластический процесс в эндометрии?

Частота гиперпластических процессов и предрака эндометрия не отличается от таковых у женщин с первичными ПКЯ.

На чем основывается диагностика СПКЯ гипоталамического генеза?

Диагностика СПКЯ гипоталамического генеза основывается на следующих признаках:

- заболевание развивается после нейроинфекции, интоксикации, осложненной беременности или родов;
- множественные вегетативно-сосудистые, обменно-эндокринные нарушения;
- нарушения МЦ от аменореи до ациклических кровотечений;
- вторичное бесплодие;
- специфическое ожирение с преимущественным отложением жира на плечевом поясе и нижней половине живота, часто в сочетании с полосами растяжения.

С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику? Дифференциальную диагностику проводят с БПКЯ (первичные ПКЯ) и ПКЯ на фоне надпочечниковой гиперандрогении (см. табл. 4.1).

Каковы принципы лечения при ПКЯ гипоталамического генеза?

Лечение следует начинать с коррекции выявленных нарушений обмена веществ. Лечение проводится совместно с эндокринологом и неврологом. При наличии ожирения начинают со снижения массы тела. После снижения массы тела на 12-15% у женщин восстанавливается регулярный МЦ, причем у 2/3 из них - овуляторный. При формировании вторичных ПКЯ этого эффекта не наблюдается, таким пациенткам требуется восстановление МЦ и овуляции по тем же принципам, что и при БПКЯ. Основным отличием будет поэтапность терапии - первично лечение основного заболевания.

Для профилактики ГПЭ у больных гипоталамическим синдромом необходима коррекция нарушений жирового и углеводного обмена и периодические курсы терапии гестагенами, с целью контрацепции предпочтительно использование внутриматочной левоноргестрел-выделяющей системы «Мирена*». При рецидивирующих ГПЭ показана соответствующая терапия, вплоть до оперативного лечения.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Нейроэндокринными синдромами называют:

1) заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции по оси «гипоталамус-гипофиз- надпочечники»;

Источник KingMed.info

- 2) заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции по оси «гипоталамус-гипофиз- щитовидная железа»;
- 3) заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции функции РС по оси «гипоталамус-гипофиз-яичники»;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

2. К нейроэндокринным синдромам относят:

- 1) ПМС;
- 2) синдром Симмондса-Шихана;
- 3) синдром гиперпролактинемии;
- 4) СПКЯ;
- 5) синдром истощенных яичников;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

3. Среди клинических форм предменструального синдрома выделяют:

- 1) эмоционально-аффективную;
- 2) отечную;
- 3) цефалгическую;
- 4) кризовую;
- 5) атипичную;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

4. Диагностика предменструального синдрома основана:

- 1) на выявлении циклического появления симптомов не менее чем в двух последовательных МЦ в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее качество;
- 2) выявлении циклического появления симптомов не менее чем в трех последовательных МЦ в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее качество;
- 3) выявлении циклического появления симптомов не менее чем в двух последовательных МЦ независимо от степени выраженности клинических проявлений;
- 4) выявлении циклического появления любых клинических симптомов в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее качество.

5. Для гормональной терапии предменструального синдрома применяют:

- 1) монофазные КОК;
- 2) гестагены;

Источник KingMed.info

- 3) антиэстрогены;
- 4) агонисты ДА;
- 5) агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

6. Синдром Симмондса-Шихана - это:

- 1) некроз гипофиза вследствие перенесенного септического шока с развитием гипофункции его передней доли;
- 2) некроз гипофиза вследствие массивного кровотечения во время родов с последующим развитием гипофункции его передней доли;
- 3) все перечисленное;
- 4) ничего из перечисленного.

7. Клинические проявления синдрома Симмондса-Шихана включают:

- 1) гипогалактию, агалактию после родов;
- 2) прогрессирующие нарушения МЦ вплоть до аменореи;
- 3) снижение массы тела;
- 4) гипотрофию/атрофию молочных желез и половых органов;
- 5) анемию;
- 6) неврологические нарушения;
- 7) отеки;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

8. Секреция пролактина регулируется:

- 1) постоянной стимуляцией его выработки под влиянием ДА гипоталамуса;
- 2) постоянным торможением его выработки под влиянием ДА гипоталамуса;
- 3) постоянной стимуляцией его выработки под влиянием серотонина гипоталамуса;
- 4) постоянным торможением его выработки под влиянием серотонина гипоталамуса;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

9. В организме женщины пролактин:

- 1) синхронизирует созревание фолликула и овуляцию вместе с ЛГ;
- 2) поддерживает существование желтого тела и образование прогестерона через участие в синтезе холестерина;

Источник KingMed.info

- 3) готовит молочные железы к лактации;
- 4) регулирует объем и состав амниотической жидкости;
- 5) стимулирует образование молока в альвеолах молочных желез во время лактации;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

10. Патологическую гиперпролактинемию подразделяют:

- 1) на функциональную;
- 2) органическую;
- 3) ятрогенную;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

11. Функциональная гиперпролактинемия обусловлена:

- 1) стойким нарушением регуляции синтеза и секреции ПРЛ при отсутствии опухолевого роста;
- 2) наличием пролактинсекретирующей опухоли гипофиза;
- 3) медицинскими манипуляциями;
- 4) приемом лекарственных средств, изменяющих регуляцию синтеза и секреции ПРЛ.

12. Органическая гиперпролактинемия обусловлена:

- 1) стойким нарушением регуляции синтеза и секреции ПРЛ при отсутствии опухолевого роста;
- 2) наличием пролактинсекретирующей опухоли гипофиза;
- 3) медицинскими манипуляциями;
- 4) приемом лекарственных средств, изменяющих регуляцию синтеза и секреции ПРЛ.

13. Ятрогенная гиперпролактинемия обусловлена:

- 1) стойким нарушением регуляции синтеза и секреции ПРЛ при отсутствии опухолевого роста;
- 2) наличием пролактинсекретирующей опухоли гипофиза;
- 3) медицинскими манипуляциями;
- 4) приемом лекарственных средств, изменяющих регуляцию синтеза и секреции ПРЛ.

14. При выявлении гиперпролактинемии необходимо:

- 1) тщательно собрать «лекарственный» анамнез;
- 2) исключить употребление наркотических и психотропных средств;
- 3) исключить наличие опухоли гипофиза;
- 4) исследовать уровни ТТГ и свободного T_4 ;
- 5) определить уровни ЛГ, ФСГ, эстрадиола, тестостерона, ДЭА, 17-ОН-прогестерона;

Источник KingMed.info

б) исключить заболевания почек, печени;

7) все перечисленное;

8) ничего из перечисленного.

15. Под термином «поликистозные яичники» понимают:

1) мультифакторное гетерогенное заболевание, которое сопровождается изменением структуры и функции яичников;

2) мультифакторное гетерогенное заболевание, которое характеризуется гиперандрогенией и хронической ановуляцией;

3) мультифакторное гетерогенное заболевание, которое обусловлено нарушением секреции гонадотропинов и гиперинсулинемией;

4) генетически детерминированное заболевание, в основе которого может лежать полиморфизм генов, ответственных за секрецию и действие гонадотропинов и инсулина, а также за биосинтез андрогенов;

5) все перечисленное;

6) ничего из перечисленного.

16. Патогенез болезни поликистозных яичников с ожирением характеризуется:

1) первичным нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;

2) первичным развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;

3) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;

4) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;

5) снижением уровня стероидсвязывающего белка;

6) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;

7) все перечисленное;

8) ничего из перечисленного.

17. Патогенез болезни поликистозных яичников при нормальной массе тела характеризуется:

1) первичным нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;

2) первичным развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;

3) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;

4) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;

5) снижением уровня стероидсвязывающего белка;

6) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;

7) все перечисленное;

Источник KingMed.info

8) ничего из перечисленного.

18. Патогенез поликистозных яичников у пациенток с аденогитальным синдромом характеризуется:

- 1) нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;
- 2) развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;
- 3) развитием гонадотропной дисфункции со снижением уровня ФСГ;
- 4) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;
- 5) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;
- 6) снижением уровня стероидсвязывающего белка;
- 7) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

19. Патогенез поликистозных яичников у пациенток с гипоталамической дисфункцией характеризуется:

- 1) первичным нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;
- 2) развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;
- 3) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;
- 4) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;
- 5) снижением уровня стероидсвязывающего белка;
- 6) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;
- 7) все перечисленное;
- 8) ничего из перечисленного.

20. При подозрении на поликистозные яичники используют следующие методы диагностики:

- 1) сбор анамнеза;
- 2) общий осмотр и клиническая антропометрия;
- 3) специальное гинекологическое исследование;
- 4) ЭЭГ;
- 5) эхография;
- 6) молекулярно-генетические исследования и функциональные гормональные пробы;
- 7) исследование уровней гормонов крови;
- 8) морфологическое исследование эндометрия;

Источник KingMed.info

9) все перечисленное;

10) ничего из перечисленного.

21. Клиническими проявлениями болезни поликистозных яичников являются:

1) раннее менархе (10-11 лет);

2) своевременное менархе (12-13 лет);

3) позднее менархе (после 14-15 лет);

4) первичная олигоменорея;

5) вторичная аменорея;

6) увеличение размеров яичников;

7) первичное бесплодие;

8) вторичное бесплодие;

9) гипертрихоз, гирсутизм;

10) вегетативные и эмоциональные нарушения;

11) ожирение;

12) ГПЭ.

22. Клиническими проявлениями синдрома поликистозных яичников у пациенток с адреногенитальным синдромом являются:

1) раннее менархе (10-11 лет);

2) своевременное менархе (12-13 лет);

3) позднее менархе (после 14-15 лет);

4) первичная олигоменорея;

5) вторичная аменорея;

6) увеличение размеров яичников;

7) первичное бесплодие;

8) вторичное бесплодие;

9) гипертрихоз, гирсутизм;

10) вегетативные и эмоциональные нарушения;

11) ожирение;

12) ГПЭ.

23. Клиническими проявлениями синдрома поликистозных яичников у пациенток с гипоталамической дисфункцией являются:

1) раннее менархе (10-11 лет);

2) своевременное менархе (12-13 лет);

Источник KingMed.info

- 3) позднее менархе (после 14-15 лет);
- 4) первичная олигоменорея;
- 5) вторичная аменорея;
- 6) увеличение размеров яичников;
- 7) первичное бесплодие;
- 8) вторичное бесплодие;
- 9) гипертрихоз, гирсутизм;
- 10) вегетативные и эмоциональные нарушения;
- 11) ожирение;
- 12) ГПЭ.

24. Эхографическими критериями поликистозных яичников являются:

- 1) увеличение размеров яичников (объем более 10 см³);
- 2) гиперплазия стромы, которая составляет не менее 25% объема яичников;
- 3) наличие более 10 фолликулярных кист диаметром до 10 мм в проекции каждого размера яичника на 10-12 день от начала самопроизвольной или индуцированной менструации;
- 4) наличие более 10 фолликулярных кист диаметром до 10 мм в проекции каждого размера яичника независимо от времени проведения исследования;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

25. На первом этапе терапии поликистозных яичников независимо от формы заболевания проводят:

- 1) регуляцию ритма менструаций;
- 2) уменьшение симптомов гиперандрогенной дерматопатии;
- 3) восстановление фертильности;
- 4) коррекцию метаболических нарушений;
- 5) профилактику гиперплазии эндометрия.

26. Для коррекции метаболических нарушений у пациенток с поликистозными яичниками используют:

- 1) препараты, нормализующие уровень инсулина;
- 2) эстрогены;
- 3) агонисты ДА;
- 4) гестагены;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

27. Для регуляции ритма менструаций применяют:

- 1) эстроген-гестагенные препараты;
- 2) агонисты ДА;
- 3) гестагены;
- 4) аналоги ГнРГ;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

28. При поликистозе яичников приоритетно:

- 1) консервативное лечение;
- 2) оперативное лечение;
- 3) это не имеет значения.

Задачи

29. К врачу-терапевту обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на прибавку массы тела на 22 кг за последние полгода, плаксивость, бессонницу, появление красных стрий на животе и бедрах. Вышеуказанные жалобы появились после сильного эмоционального стресса - автомобильной аварии. Последняя менструация была 4 мес назад, беременность не планирует. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

30. К врачу-гинекологу обратилась женщина, 34 лет, с жалобами на нарушение МЦ с задержками до 6-8 мес после родов, осложненных массивным кровотечением. Роды вторые, 3 года назад. При сборе анамнеза установлено, что после родов сильно похудела, стали появляться отеки, запор, ухудшились сон и память, периодически беспокоит головная боль. От беременности не предохраняется, не беременеет. Последняя менструация была 5 мес назад, регулярно делает тест на беременность, последний раз вчера утром - тест отрицательный. Каков предполагаемый диагноз? Какой объем обследования необходимо провести пациентке?

31. К врачу-гинекологу обратилась женщина, 28 лет, с жалобами на нарушение МЦ с задержками до 2-3 мес в последние 3 года, отсутствие беременности в течение 2 лет половой жизни в браке. В первом браке была беременность, которая закончилась родами без осложнений. При сборе анамнеза выявлено, что нарушение МЦ отмечает после развода. Через год вступила во второй брак, планирует беременность. При осмотре и пальпации молочных желез выявлено наличие галактореи, справа - 1 степени, слева - 2 степени, визуально - умеренный гипертрихоз, при специальном гинекологическом обследовании - гипоплазия матки. Каков предполагаемый диагноз? Какой объем обследования необходимо провести пациентке?

32. К врачу-терапевту обратилась женщина, 39 лет, с жалобами на отеки, головную боль, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе. Менструации регулярные, половая жизнь вне брака, предохраняется с помощью презерватива. При сборе анамнеза выявлено, что симптомы носят циклический характер и сопровождаются нагрубанием молочных желез накануне менструации. Каков предполагаемый диагноз? Какова тактика врача?

33. К врачу-дерматокосметологу обратилась женщина, 22 лет, с жалобами на выраженные угри и себорею. Менструации нерегулярные с периода менархе, с тенденцией к задержкам до 3 мес. Имеет избыточную массу тела (ИМТ = 26,9), с отложением подкожного жира по женскому типу, умеренный гипертрихоз на животе и бедрах. Половая жизнь с 18 лет, беременностей не было, в настоящий момент беременность не планирует. Каков предполагаемый диагноз? Какова тактика врача?

4.2. НАРУШЕНИЯ В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ

ПЕРИОДАХ

Цель занятия: изучить особенности физиологии пери- и постменопаузального периодов, этиологию, патогенез и клинические проявления климактерических расстройств при естественной и искусственной менопаузе, принципы ЗГТ в перименопаузе и постменопаузе.

Студент должен знать: периоды климактерия, этиологию, патогенез, хронологию проявления, диагностику и лечение климактерических расстройств при естественной и искусственной менопаузе, патогенез синдрома истощенных яичников, лечение климактерического, постовариозомического синдромов и синдрома истощенных яичников, принципы ЗГТ.

Студент должен уметь: на основании жалоб, данных анамнеза, объективного исследования, дополнительных методов исследования определить наличие климактерических расстройств, провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, наметить лечебную тактику.

Место занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблица климактерических расстройств, презентации.

План организации занятия.

- Организационные вопросы и обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний по теме.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении:
 - демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме;
 - разбор истории болезни;
 - присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что представляет собой климактерический период?

Климактерий (от греч. *climax* - лестница, переход) - это следующий за репродуктивным периодом жизни женщины, в котором происходит генетически детерминированное угасание функции РС, отражающее процессы старения женского организма.

Что такое менопауза?

Менопауза - период аменореи продолжительностью 12 мес, который начинается с момента последней менструации в жизни женщины. Средний возраст начала менопаузы у женщин европеоидной расы составляет 51 год. Прекращение менструаций и их отсутствие в течение года свидетельствует о значительном снижении функциональной активности яичников и потере

Источник KingMed.info

чувствительности фолликулярных рецепторов к гонадотропинам. Еще через год фолликулогенез практически полностью прекращается.

Что такое менопаузальный переход?

Менопаузальный переход - период продолжительностью 5 лет, предшествующий менопаузе. С учетом среднего возраста менопаузы (51 год) у большинства женщин переходный период начинается около 45 лет. В отечественной литературе период менопаузального перехода принято называть пременопаузой, но это не совсем корректно, поскольку в международной практике этот термин обозначает весь период жизни, предшествующий менопаузе, начиная с менархе.

Что такое перименопауза?

Перименопаузальный период (перименопауза) - включает в себя период менопаузального перехода и два года после последней менструации в жизни.

Этот период выделяют в связи с сохранением клинически значимой активности яичников. В течение 2 лет после последней менструации в жизни пациентке при наличии показаний можно назначить препараты, имитирующие МЦ, и вероятность беременности все еще не равна нулю. По окончании перименопаузы циклические процессы в женском организме полностью прекращаются, наступление беременности становится невозможным.

Что такое постменопауза и «окно терапевтических возможностей заместительной гормональной терапии»?

Постменопауза - период, который начинается от менопаузы, включая ее, и длится до конца жизни женщины. Выделяют раннюю и позднюю постменопаузу. Ранняя: период «А» совпадает с менопаузой, период «Б» - 4 года после нее. Поздняя - длится до окончания жизни. Выделение ранней постменопаузы определено необходимостью обозначить временные рамки максимального профилактического эффекта ЗГТ препаратами половых гормонов. Данные исследований последних лет, проведенные на основе принципов доказательной медицины, выявили снижение риска ИБС, ОП и старческой деменции у здоровых женщин, начавших ЗГТ не позже 5 лет после начала менопаузы, на 20-50%. Этот период получил название «окна терапевтических возможностей ЗГТ».

В каком возрасте наступает менопауза и от чего это зависит?

Средний возраст менопаузы зависит от популяционных, расовых и индивидуальных особенностей. На сегодняшний день средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах составляет 78-82 года. При наступлении менопаузы в среднем в 50-51 год современная женщина более трети своей жизни проводит в климактерии, находясь в состоянии генетически детерминированного дефицита эстрогенов. Следует отметить, что у части женщин менопауза наступает существенно раньше среднепопуляционных показателей. При этом говорят о ранней (40-44 года) или преждевременной (38-40 лет) менопаузе.

Какие изменения происходят в репродуктивной системе?

В климактерии, на фоне возрастных изменений всего организма, инволюционные процессы преобладают именно в РС. К 45-50 годам угасает детородная функция, к 50-55 - менструальная. Большинство симптомов климактерических расстройств является следствием прогрессирующего дефицита половых гормонов, прежде всего эстрогенов. Половые гормоны оказывают влияние на различные органы и ткани, связываясь со специфическими рецепторами. Эти рецепторы, кроме матки и молочных желез, локализуются также в клетках мочевого тракта, костной ткани,

Источник KingMed.info

мозга, сердца и артерий, кожи, слизистых оболочках рта, гортани, конъюнктивы и пр. Изменения, развивающиеся в женском организме на фоне прогрессирующего дефицита эстрогенов, объединены в понятие «менопаузальный синдром».

С чем связаны изменения в репродуктивной системе?

Причиной снижения эстрогенной насыщенности в переходном периоде будет постепенное «старение» фолликулов, утрата рецепторной чувствительности к гонадотропинам при сохранении обратной связи между яичниками и центральной нервной системой. Снижение функциональной активности яичников влечет за собой уменьшение синтеза половых гормонов (эстрогенов, андрогенов, прогестерона), но более всего эстрадиола - наиболее активного эстрогена, который служит субстратом обратной связи. Основным источником синтеза эстрогенов в постменопаузе становится внегонадный путь - за счет ароматизации андрогенов (андростендиона надпочечников и яичников) в эстрон в периферической жировой клетчатке.

Как меняется уровень гипофизарных гормонов в ответ на снижение уровня эстрогенов?

Снижение уровня секреции эстрогенов в ткани яичников сопровождается повышением (по принципу обратной связи) секреции ФСГ. В течение первого года после менопаузы уровень содержания ФСГ в плазме периферической крови возрастает в 13 раз, ЛГ - приблизительно в 3 раза.

Какова классификация симптомов климактерических расстройств по времени их появления?

Все симптомы климактерических расстройств по времени их появления можно подразделить:

- на ранние (вазомоторные, психоэмоциональные);
- средневременные (урогенитальные, сексуальная дисфункция, пролапс половых органов, атрофические изменения кожи, ногтей, волос и слизистых оболочек);
- поздние (метаболические нарушения - атеросклероз, артериальная гипертензия, ИБС, дислипидемия, инсулинорезистентность; костномышечные симптомы - ОП, остеоартрит; неврологические симптомы - снижение когнитивной функции, снижение памяти, зрения, слуха; старческая деменция - болезнь Альцгеймера).

Что относят к ранним симптомам нарушений в переходном периоде?

Ранние симптомы нарушений в переходном периоде могут быть условно разделены на вазомоторные (нейровегетативные) и психоэмоциональные (эмоционально-аффективные). К нейровегетативным проявлениям относятся приливы жара, головная боль, головокружение, озноб, ночной гипергидроз, лабильность АД (гипертензия или гипотония), сердцебиение. Психоэмоциональные расстройства проявляются бессонницей, слабостью, раздражительностью, тревожностью, подавленным настроением, утомляемостью, эмоциональной лабильностью, слезливостью, неуверенностью в себе, снижением памяти и концентрации внимания, снижением либидо. Сочетание нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов формирует понятие «климактерический синдром» (КС).

Какова частота проявлений менопаузальных расстройств в зависимости от возраста и тяжести течения заболевания?

Обычно «ранние» симптомы по времени совпадают с перименопаузой и могут наблюдаться уже в переходном периоде. Различные по степени тяжести проявления КС встречаются у 40-60%

Источник KingMed.info

женщин старше 40 лет. Первые симптомы заболевания появляются чаще в весеннее (февраль-март) или осеннее (сентябрь-октябрь) время года. У 75% женщин вазомоторные и эмоционально-психические нарушения возникают одновременно, у 25% - с интервалом 4-6 мес. Почти у половины женщин с КС отмечается тяжелое течение заболевания (51%), у каждой третьей (33%) его проявления носят умеренный характер, и только у 16% женщин КС сопровождается легкими проявлениями. Более легкое и менее продолжительное течение КС, как правило, наблюдается у практически здоровых женщин, тогда как у больных хроническими заболеваниями (ЖКТ, ЦНС, сердечно-сосудистой системы) КС протекает атипично и имеет склонность к продолжительному течению.

Психоэмоциональные расстройства чаще появляются перед менопаузой или в течение года после нее. У 13% женщин отмечается астеноневротический синдром, у 10% - депрессия, один из наиболее тяжелых вариантов климактерических расстройств. Вазомоторные нарушения становятся доминирующими в течение года после менопаузы и продолжаются в среднем 5 лет.

Что лежит в основе патогенеза ранних менопаузальных расстройств?

В ответ на снижение синтеза яичниками эстрадиола, выполняющего в репродуктивном периоде роль сигнала обратной связи, развиваются нарушения нейроэндокринной активности на уровне гипоталамо-гипофизарных и лимбических структур ЦНС, что сопровождается появлением «ранних» вазомоторных и психоэмоциональных расстройств. Наиболее часто наблюдаются «приливы», гипергидроз и бессонница.

В патогенезе этих нарушений существенную роль играет изменение выработки нейротрансмиттеров (норадреналина и допамина), участвующих в процессе терморегуляции и регуляции функции внутренних органов. Повышение тонуса норадренергических и допаминергических структур ЦНС обуславливает пароксизмальное расширение кожных сосудов и появление феномена «прилива» жара. Классические «приливы» большинство женщин (75%) испытывают в ранней менопаузе, тогда как 25% женщин - на протяжении первых 5 лет менопаузы.

На чем основана классификация тяжести климактерического синдрома?

Степень тяжести КС принято оценивать с использованием менопаузального индекса Купермана и его модификаций (табл. 4.2, 4.3).

Одна из наиболее простых и удобных для клиницистов классификация - отечественная, основанная на определении тяжести КС по количеству «приливов» в сутки (Вихляева Е.М., 1970). К легкой форме КС относят заболевание с числом «приливов» до 10 в сутки при ненарушенном общем состоянии и работоспособности. КС средней тяжести характеризуется наличием 10-20 «приливов» в сутки при ухудшении общего состояния и снижении работоспособности, сопровождается головной болью, головокружением, болью в области сердца. Тяжелая форма характеризуется резко выраженными проявлениями КС, очень частыми «приливами» (более 20 в сутки) и другими симптомами, приводящими к значительной или почти полной потере трудоспособности.

Какие существуют методы диагностики ранних менопаузальных расстройств?

Диагностика ранних проявлений КС (вазомоторных, психоэмоциональных расстройств) не представляет особых сложностей и строится в основном на данных анамнеза и жалоб больной, позволяющих установить появление типичных симптомов в соответствующем возрасте.

Таблица 4.2. Менопаузальный индекс Купермана в модификации Е.В. Уваровой

| Симптомы, баллы | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------------|------------------|--------------|--------------|
| Нейровегетативные | | | |
| Повышенное АД | 150/90 | 160/100 | >160/100 |
| Пониженное АД | 100/70 | 100/70 | 90/60 |
| Головная боль | Редко | Часто | Постоянно |
| Вестибулопатии | + | ++ | +++ |
| Сердцебиение в покое | 1–2 | 1–2 | 1–2 |
| Непереносимость высокой температуры | + | ++ | +++ |
| Судороги/онемение | + | ++ | +++ |
| Гусиная кожа | Изредка | Ночью | Всегда |
| Дермографизм | Белый | Красный | Красный |
| Сухость кожи | Умеренная | Кератоз | Короста |
| Потливость | + | ++ | +++ |
| Отечность | Лица слабая | Век | Постоянно |
| Аллергические реакции | Ринит | Крапивница | Отек квинке |
| Экзофтальм, блеск глаз | + | ++ | +++ |
| Повышенная возбудимость | + | ++ | +++ |
| Сонливость | Утром | Вечером | Постоянно |
| Нарушения сна | При засыпании | Прерывисто | Бессонница |
| Приливы жара в день | <10 | 10–20 | >20 |
| Приступы удушья в неделю | 1–2 | 1–2 | 1–2 |
| Симптоадреналовые кризы | 1–2 | 1–2 | 1–2 |
| Метаболические/эндокринные | | | |
| Ожирение/степень | 1 | 2 | 3 |
| Тиреоидная дисфункция | + | ++ | +++ |
| Сахарный диабет | + | ++ | +++ |
| Мастопатия | Диффузная | Узловая | Фиброаденома |
| Мышечно-суставные боли | Редко | Периодически | Постоянно |
| Жажда | + | ++ | +++ |
| Атрофия половых органов | + | ++ | +++ |
| Психоэмоциональные | | | |
| Утомляемость | + | ++ | +++ |
| Снижение памяти | + | ++ | +++ |
| Слезливость | + | ++ | +++ |
| Изменение аппетита | Повышенный | Сниженный | Потеря |
| Навязчивые идеи | Подозрительность | Страхи | Суицид |
| Настроение | Лабильное | Депрессии | Меланхолия |
| Либи́до | Угнетение | Отсутствие | Повышение |

Таблица 4.3. Шкала оценки модифицированного менопаузального индекса

| Симптомы, баллы | Степень выраженности | | |
|--|----------------------|-----------|---------|
| | Слабая | Умеренная | Тяжелая |
| Нейровегетативные | >10–20 | 21–30 | >30 |
| Метаболические | 1–7 | 8–14 | >14 |
| Психоэмоциональные | 1–7 | 8–14 | >14 |
| Модифицированный менопаузальный индекс | 12–34 | 35–58 | ≥58 |

Что относят к средневременным симптомам?

К средневременным симптомам относят урогенитальные расстройства (дистрофия и атрофия слизистых оболочек, рецидивирующие инфекции мочеполового тракта, нарушения уродинамики), сексуальную дисфункцию, пролапс половых органов, дистрофические и атрофические изменения кожи и ее придатков.

Что относится к органам и тканям-мишеням при урогенитальных расстройствах климактерического синдрома?

Нижний урогенитальный тракт имеет общее эмбриональное происхождение и является крайне чувствительным к гипоэстрогении. Об этом свидетельствует довольно большая (52-80%) частота урогенитальных нарушений в климаксе.

Источник KingMed.info

Урогенитальные расстройства включают комплекс осложнений, обусловленный развитием атрофических процессов в эстрогензависимых тканях нижних отделов мочеполовой системы - нижней трети мочевого тракта, мышечном слое и слизистой оболочке влагалища, а также в связочном аппарате органов малого таза и мышцах тазового дна.

Рецепторы к эстрогенам обнаружены:

- в слизистой оболочке и мышечных слоях стенки влагалища;
- эпителиальной, мышечной, соединительнотканной и сосудистой структурах уретры;
- слизистой оболочке и мышцах-детрузорах мочевого пузыря; мышцах тазового дна;
- круглой маточной связке;
- соединительнотканых структурах малого таза.

Что лежит в основе патогенеза урогенитальных расстройств?

В основе патогенеза урогенитальных расстройств - комплекс осложнений, обусловленных развитием атрофических процессов в эстрогензависимых тканях нижних отделов мочеполовой системы - нижней трети мочевого тракта, мышечном и слизистом слое влагалища, а также в связочном аппарате органов малого таза и мышцах тазового дна. Они имеют общее эмбриональное происхождение и являются крайне чувствительными к гипозэстрогении.

На фоне возрастного дефицита эстрогенов возникают атрофические изменения во влагалище: в многослойном плоском эпителии уменьшается количество слоев, снижаются кровоток и кровоснабжение влагалища, развиваются фрагментация эластичных и гиалиновых коллагеновых волокон. В мазке преобладают базальные и парабазальные клетки. Уменьшается содержание гликогена в клетках эпителия, снижается колонизация лактобацилл, pH повышается до 5,5-6,8. На этом фоне присоединяется вторичная инфекция, особенно активизируется рост кишечных бактерий, стрептои стафилококков.

Дефицит эстрогенов вызывает подобные изменения в эпителии уретры и сосудистой сети подслизистого слоя. Это предрасполагает к частым рецидивам восходящей бактериальной инфекции, что может вести к фиброзу и развитию «уретрального синдрома», характеризующегося частым, болезненным и произвольным мочеиспусканием.

Дистрофические изменения кожи, ее сухость, истончение и ранимость, появление и прогрессирование морщин объясняются дистрофическими изменениями основного вещества соединительной ткани при снижении уровня эстрогенов и ухудшением внутрикожного кровотока. Усиливаются ломкость ногтей, сухость и выпадение волос. Атрофические процессы наблюдаются также в слизистой оболочке ЖКТ, конъюнктиве и т.д.

Каковы клинические проявления урогенитальных расстройств?

Клинические проявления урогенитальной атрофии возникают как в перименопаузе, так и в постменопаузе, могут доминировать в клинической картине менопаузального синдрома и даже служить его единственным проявлением. В этом случае они называются «локальными (местными) расстройствами». Они проявляются в виде:

- сухости и зуда во влагалище;
- диспареунии (болезненных половых сношений);
- патологических выделений из половых путей (белей);

Источник KingMed.info

- рецидивирующих инфекций мочевыводящих и половых путей;
- дизурических явлений и недержания мочи.

Все это приводит к потере интереса к половой жизни, снижению либидо, что усугубляет психоэмоциональные нарушения и нередко может сопровождаться депрессивными расстройствами.

Какие существуют методы диагностики средневременных признаков климактерических расстройств?

Диагностика урогенитальных расстройств может иметь определенные сложности. Часто таким больным ставят диагноз цистита, и они подвергаются длительной местной и системной антибактериальной терапии с быстрым нарастанием симптомов, пока им не будут назначены препараты эстрогенов. Аналогичная ситуация наблюдается с атрофическими вагинитами. Атрофический генез заболевания подтверждает цитологическое исследование эпителия влагалища.

Что относится к поздним симптомам климактерических расстройств?

Поздние обменные нарушения в типичном случае наиболее ярко проявляются через 10 лет и более после менопаузы (в поздней постменопаузе), но могут наблюдаться и в ранней постменопаузе. Развитие прогрессирующего необратимого дефицита эстрогенов приводит к формированию в основных системах организма органических изменений, что значительно снижает качество жизни в связи с такими факторами, как:

- формирование менопаузального метаболического синдрома;
- психологический стресс, связанный с изменениями внешности и прекращением привычной профессиональной деятельности;
- развитие атрофических процессов в ЦНС;
- нарушениями в опорно-двигательной системе (ОП, остеоартрит, пародонтоз, потеря зубов).

Что такое остеопороз?

Остеопороз (ОП) - системное заболевание скелета, характеризующееся снижением минеральной плотности и микроструктурными повреждениями костной ткани, приводящими к повышению ломкости костей и предрас-

положенности к патологическим переломам. ОП называют «безмолвной эпидемией», так как потеря массы кости происходит исподволь и часто диагностируется уже после появления переломов. С увеличением продолжительности жизни женщин риск развития ОП и переломов возрастает.

Первичный (инволюционный) ОП представляет собой системное поражение скелета у лиц старше 50 лет. Вторичный ОП - следствие эндокринных заболеваний. Различают два типа первичного ОП: постменопаузальный и старческий (сенильный).

Какие существуют факторы риска развития постменопаузального остеопороза?

Факторы риска постменопаузального ОП нередко наследственно обусловлены, а также связаны с особенностями семейного или личного анамнеза:

- возраст старше 60 лет;

Источник KingMed.info

- европеоидная и монголоидная раса;
- длительный дефицит массы тела;
- низкий рост;
- голубой цвет радужки глаз;
- гиподинамия;
- тяжелый физический труд;
- недостаточность питания и дефицит кальция в пище;
- избыточный прием алкоголя, никотина, кофе (более 5 чашек в день);
- указания на переломы в семейном анамнезе;
- позднее менархе (после 15 лет);
- ранняя и преждевременная менопауза;
- искусственная, хирургическая менопауза;
- олигоили аменорея в репродуктивном возрасте;
- ановуляция и бесплодие;
- более трех беременностей и родов в репродуктивном возрасте;
- длительная лактация (более 6 мес).

Какие существуют факторы риска вторичного остеопороза?

Вторичный ОП - мультифакторное заболевание, в основе возникновения которого лежат следующие причины:

- эндокринные (гипертиреоз, гипопаратиреоз, гиперкортицизм, диабет, гипогонадизм);
- ятрогенные (длительный прием (свыше 4 нед) кортикостероидов, гепарина);
- генетические факторы (неполный остеогенез, низкая пиковая масса кости);
- другие факторы (хроническая почечная недостаточность, снижение абсорбции кальция в кишечнике, длительная иммобилизация).

Какова частота первичного остеопороза?

С наступлением менопаузы и закономерно выраженным дефицитом половых гормонов процесс потери костной массы значительно ускоряется. У женщин в возрасте старше 50 лет МПКТ поясничного отдела позвоночника снижается на 1% в год, у мужчин - на 0,5% в год.

Частота возрастного (первичного) ОП в развитых странах составляет 25-40% с преобладанием этого заболевания у женщин европеоидной расы, среди которых к 70-летнему возрасту 40% имеют в анамнезе не менее одного перелома, обусловленного ОП. В России при денситометрическом обследовании лиц в возрасте 50 лет и старше в соответствии с критериями ВОЗ ОП выявлен у 30,5-33,1% женщин. Сенильный ОП развивается ближе к 70 годам и характеризуется преимущественным поражением трубчатых костей с учащением переломов шейки бедра.

Что лежит в основе патогенеза остеопороза?

Источник KingMed.info

Прямое влияние половых гормонов (эстрадиола, прогестерона и тестостерона) на кости осуществляется посредством связывания их со специфическими рецепторами на остеобластах и остеокластах, поэтому на сегодняшний день губчатое вещество костей (тела позвонков, дистальные отделы костей предплечья и пр.) принято называть «третьим органом-мишенью» для половых гормонов.

Для патогенеза ОП при эстрогендефицитных состояниях характерно:

- повышение чувствительности к паратгормону вследствие увеличения содержания в костной ткани рецепторов к паратгормону и усиление резорбции кости;
- снижение уровня кальцитонина и связанное с этим снижение всасывания ионов кальция;
- повышение экскреции ионов кальция с мочой;
- снижение всасывания ионов кальция в кишечнике;
- снижение гидроксилирования витамина D в почках;
- недостаточное поступление ионов кальция в костную ткань.

ОП развивается постепенно и долгое время может быть незамеченным. Проявление симптомов достигает максимума приблизительно через 10-15 лет.

Каковы клинические симптомы остеопороза?

Основные клинические симптомы ОП - длительные боли в поясничном и (или) грудном отделах позвоночника различного характера, которые могут имитировать клиническую картину других заболеваний. Пациентки нередко в течение длительного периода времени безуспешно лечатся по поводу «радикулита», ошибочно диагностированной миеломной болезни, метастазов злокачественной опухоли, множественных травм позвоночника. Отмечается медленное уменьшение роста с соответствующими изменениями осанки, прогрессирующее ограничение двигательной активности позвоночника, потеря массы тела. Появление болей в мышцах, суставах и костях также характерно для этого периода и носит название «костно-мышечных менопаузальных нарушений».

Переломы - типичные осложнения ОП. Патологическим называется перелом, возникающий при падении с высоты собственного роста, что нередко происходит в домашних условиях.

Типичными для постменопаузального ОП будут переломы лучевой кости, шейки бедра и позвонков. Компрессионные переломы позвоночника в типичных случаях наблюдаются в позвонках Th₈-L₃, происходят приблизительно у 25% женщин старше 60 лет. Особенно трагичны переломы шейки бедра, смертность при которых от пневмонии или тромбоэмболии легочной артерии составляет 20-25% в течение первых 6 мес, а тяжелая инвалидизация наступает в 40-45% случаев.

На чем основана диагностика остеопороза?

Диагностика ОП основывается:

- на жалобах больной (боли в поясничном или грудном отделе позвоночника);
- данных анамнеза (указание на переломы лучевой кости, позвонков, возникшие при минимальной травме или при падении с высоты собственного роста, рецидивирующие переломы костей различной локализации, наличие в семейном анамнезе больных ОП);

Источник KingMed.info

• данных объективного обследования: уменьшение роста, изменение осанки, ограничение двигательной активности позвоночника.

Инструментальная диагностика ОП:

- одно- и двухфотонная денситометрия (абсорбциометрия);
- одно- и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (денситометрия);
- количественная КТ;
- УЗИ МПКТ (голень, пяточная кость);
- рентгенография.

Одноэнергетические рентгеновские и ультразвуковые приборы используют для скрининговых исследований или для постановки предварительного диагноза. Рентгенография имеет диагностическую ценность только при снижении МПКТ на 30% и более.

Лабораторная диагностика ОП основана на выявлении изменения уровней биохимических маркёров костного метаболизма (для исследования костного формирования служат костная щелочная фосфатаза, остеокальцин и пептиды проколлагена, маркёрами костной резорбции являются гидроксипролин, С-телопептиды коллагена типа 1, гидроксизин, кислая тартратустойчивая фосфатаза).

Согласно рекомендациям Рабочей группы ВОЗ, для женщин белой расы ОП считается снижение костной плотности на 2,5 и более стандартных отклонений ниже пика костной массы у молодых лиц здоровой популяции. Предпочтительной областью обследования в возрасте старше 50 лет является шейка бедра, у более молодых женщин - позвоночник. В настоящее время золотым стандартом для измерения МПКТ осевого скелета (поясничные позвонки, проксимальный отдел бедренной кости) и периферических участков является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия.

Каковы основные методы обследования женщин в климактерии?

Для обследования женщин в климактерии применяются:

- сбор и изучение анамнеза;
- общеклинические исследования (общий анализ мочи, клинический анализ крови);
- биохимический анализ крови (глюкоза, холестерин и его фракции, триглицериды, липидный спектр; печеночные ферменты - АСТ, АЛТ, билирубин, печеночные пробы, креатинин, щелочная фосфатаза;
- уровень общего и ионизированного кальция и других электролитов крови);
- исследование уровня онкомаркёров в крови;
- гемостазиограмма;
- специальное гинекологическое исследование и консультация врача акушера-гинеколога;
- маммография и осмотр маммолога;
- бактериоскопическое исследование содержимого влагалища;
- онкоцитологическое исследование по Папаниколау;

Источник KingMed.info

- кольпоскопия и вульвоскопия;
- исследование гормонального профиля крови (ФСГ, ТТГ, по показаниям - ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ПРЛ, свободный Т₄);
- исследование параметров углеводного обмена (глюкоза + инсулин, тест толерантности к глюкозе, гликированный гемоглобин);
- остеоденситометрия (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия);
- консультации смежных специалистов (кардиолога, уролога, невролога, психиатра, травматолога-ортопеда и др.);
- ЭКГ;
- УЗИ органов малого таза с использованием вагинального датчика;
- УЗИ щитовидной железы.

Какое лечение менопаузальных нарушений будет патогенетически обоснованным?

В основе патогенетического лечения лежит восполнение дефицита половых гормонов, прежде всего эстрогенов, что позволяет замедлить его прогрессирование и тем самым отодвинуть во времени наступление органических изменений в тканях-мишенях и основных системах женского организма. Остальные мероприятия могут рассматриваться как дополнительное лечение отдельных нозологических форм и синдромов, характерных для переходного периода и постменопаузы.

Традиционно лечение менопаузального синдрома включает три составляющих:

- немедикаментозную терапию (стабилизация режима сон-бодрствование; ежедневные физические упражнения; отказ от вредных привычек; коррекция рациона; психотерапия; физиотерапевтическое лечение; рефлексотерапия);
- медикаментозную негормональную посиндромную терапию (фитотерапия - фитогормоны, прежде всего фитоэстрогены; тофизолам, гомеопатические средства; симптоматическое лечение);
- ЗГТ (патогенетически обоснованная ЗГТ менопаузы).

Какие положительные эффекты терапии менопаузальных расстройств эстрогенами подтверждены с учетом данных доказательной медицины?

На сегодняшний день доказаны такие положительные эффекты терапии эстрогенами, как:

- лечение климактерических симптомов и улучшение качества жизни в отношении вазомоторных расстройств, депрессии, бессонницы, урогенитальной атрофии, диспареунии, сексуальной дисфункции;
- позитивное влияние на соединительную ткань; профилактика ОП (снижение частоты переломов позвоночника и шейки бедра, уменьшение потери зубов вследствие пародонтоза);
- снижение частоты колоректального рака.

Каковы показания для применения заместительной гормональной терапии?

Для применения ЗГТ определены следующие показания:

- ранняя (40-45 лет) и преждевременная (моложе 40 лет) менопауза;

Источник KingMed.info

- искусственная менопауза (хирургическая, лучевая терапия);
- наличие климактерических расстройств (приливов жара, потливости, бессонницы, сердцебиения, слабости, раздражительности, нервозности, подавленного настроения);
- атрофические изменения мочеполового тракта (сухость, диспареуния, нарушения мочеиспускания);
- профилактика ОП и переломов в период менопаузы у женщин группы риска независимо от наличия климактерических симптомов.

Показания к ЗГТ подразделяют на кратковременные и долговременные. К кратковременным относят нейровегетативные нарушения, косметические проблемы, психологические нарушения, урогенитальные расстройства. К долговременным - профилактику ОП и урогенитальных расстройств (в ситуациях, когда они требуют длительной терапии).

Выделяют также абсолютные (назначение не обсуждается) и относительные (назначение может обсуждаться в индивидуальном порядке) противопоказания к ЗГТ.

Каковы абсолютные противопоказания для назначения заместительной гормональной терапии?

К абсолютным противопоказаниям относятся:

- рак молочной железы;
- рак эндометрия;
- маточные кровотечения неясного генеза;
- нелеченая гиперплазия эндометрия;
- идиопатическая или острая венозная тромбоэмболия (тромбоз глубоких вен, легочная эмболия);
- наличествующие или недавно перенесенные артериальные тромбоэмболические болезни (стенокардия, инфаркт миокарда);
- нелеченая артериальная гипертензия;
- заболевания печени, острые или хронические, если они сопровождаются нарушением функции печени;
- триглицеридемия;
- меланома;
- гемоглобинопатии, порфирия;
- известная непереносимость компонентов препарата;
- кожная порфирия (ферментопатия);
- беременность.

Каковы относительные противопоказания для назначения заместительной гормональной терапии?

К относительным противопоказаниям относятся:

Источник KingMed.info

- миома матки;
- эндометриоз;
- мигрень;
- врожденные нарушения метаболизма липидов (семейная триглицеридемия);
- желчнокаменная болезнь;
- эпилепсия;
- рак яичников и шейки матки (в настоящее время или в анамнезе);
- хронические заболевания печени в стадии ремиссии.

Какова основная цель назначения заместительной гормональной терапии?

Перед проведением терапии менопаузальных расстройств следует обозначить ясную цель лечебных мероприятий и предусматривать возможные варианты дальнейшей стратегии. Соответственно типу показаний могут быть выделены три направления (стратегии) лечебного воздействия:

- коррекция вазомоторных нарушений (краткосрочная стратегия - 2-3 года);
- коррекция урогенитальных нарушений;
- профилактика ОП и (или) патологических переломов (долгосрочная стратегия - не менее 5 лет).

Каковы принципы и продолжительность заместительной гормональной терапии?

Принципы назначения ЗГТ:

- определение показаний (необходимости проведения ЗГТ), противопоказаний и индивидуальная оценка соотношения польза/риск у каждой пациентки;
- использование минимальных эффективных дозировок, уменьшение дозировки в постменопаузе;
- индивидуальный выбор типа препарата, оптимальных доз, режима и пути введения;
- использование только «натуральных» эстрогенов (эстрадиол) и их аналогов в дозах, соответствующих таковой в ранней фазе пролиферации у молодых женщин. Стандартные суточные дозы эстрогенов для приема внутрь составляют: для 17 β -эстрадиола и эстрадиола валерата - 2 мг, для конъюгированных эстрогенов - 0,625 мг, для трансдермальной формы 17 β -эстрадиола - 0,05 мг. После 60-летнего возраста доза эстрогенов должна быть снижена;
- при сохраненной (интактной) матке (или даже только шейке) обязательно сочетание эстрогенов с прогестагенами с целью предотвращения развития гиперплазии эндометрия (в культе после удаления матки могут остаться клетки эндометрия);
- после экстирпации матки используется монотерапия эстрогенами прерывистыми курсами или в непрерывном режиме;
- обследование для исключения противопоказаний к ЗГТ проводят перед ее началом, а затем ежегодно в течение всего периода приема;
- всех женщин следует информировать о возможном эффекте кратковременного и длительного дефицита эстрогенов, положительном влиянии,

Источник KingMed.info

противопоказаниях и побочных эффектах ЗГТ. При этом осознанный выбор остается за пациенткой. При выборе в пользу ЗГТ оценка риска и коррекция режима и дозы проводится ежегодно.

Длительность ЗГТ, назначенной по медицинским показаниям, не должна превышать 4-5 лет, более длительный прием может быть обусловлен сознательным информированным выбором пациентки. Исключение составляет искусственная (хирургическая) менопауза - при развитии симптомов климактерических нарушений после оперативного вмешательства на матке и (или) придатках ЗГТ по медицинским показаниям проводится до возраста естественной менопаузы, далее - с учетом выбора пациентки.

Какие существуют виды и режимы заместительной гормональной терапии, и на чем основан их выбор?

Существует два вида ЗГТ: монотерапия эстрогенами и терапия комбинированными препаратами, которые содержат эстрогенный и прогестагенный компоненты. Терапия комбинированными препаратами может назначаться в циклическом режиме, имитирующем двухфазный МЦ (в каждом блистере первая половина таблеток содержит только эстроген (эстрадиол), вторая половина - эстроген и прогестаген) и в непрерывном (нециклическом) режиме (все таблетки содержат эстроген и прогестаген).

Циклический режим ЗГТ сопровождается регулярными менструальными «кровотечениями отмены», поэтому его применяют у женщин, находящихся в перименопаузе, у которых еще не прекратились менструации. Имитация (регуляция) МЦ для них физиологична. Непрерывный комбинированный режим гормонотерапии используют через 1-2 года и более после последней менструации, т.е. у женщин, уже миновавших рубеж перименопаузы.

Монотерапию эстрогенами применяют только у пациенток с удаленной маткой и при условии, что шейка матки тоже удалена. Исключением будет эндометриоз, когда независимо от наличия и объема оперативного вмешательства для снижения риска рецидива эндометриоза можно применять только комбинированный (непрерывный) режим ЗГТ.

Особое место занимает монотерапия эстриолом (овестин*). Эстриол обладает короткой продолжительностью действия и при назначении однократно в сутки не вызывает пролиферации эндометрия, поэтому в обычных дозах не требует дополнения прогестагеном. Эстриол не обладает системным влиянием и избирательно восполняет дефицит эстрогенов в урогенитальной зоне, поэтому его используют только для лечения урогенитальных расстройств, а также применяют до и после пластических операций по поводу пролапса половых органов.

Каков объем обследования и периодичность наблюдения при назначении заместительной гормональной терапии?

Объем обследования перед назначением ЗГТ определен необходимостью исключения противопоказаний. Обследование включает:

- оценку тяжести симптомов с помощью модифицированного менопаузального индекса Купермана;
- изучение анамнеза (гинекологического и соматического);
- измерение пульса, АД в динамике;
- консультации смежных специалистов (терапевт, кардиолог, эндокринолог и другие - по показаниям);

Источник KingMed.info

- ЭКГ (по показаниям);
- специальное гинекологическое исследование с кольпоскопией и онкоцитологией по Папаниколау;
- пальпацию молочных желез, маммографию (осмотр маммолога);
- исследование гемостазиограммы;
- подсчет ИМТ, окружности талии, индекса талия/бедря;
- биохимический анализ крови (креатинин, глюкоза, холестерин, триглицериды, липидный спектр, АСТ, АЛТ, билирубин, печеночные пробы, щелочная фосфатаза);
- исследование гормонального профиля крови (ФСГ, ТТГ, по показаниям - ЛГ, эстрадиол, тестостерон, ПРЛ, свободный Т₄);
- исследование углеводного обмена (глюкоза натощак + инсулин, тест толерантности к глюкозе);
- УЗИ эндометрия с оценкой его толщины (критерием нормы служит толщина М-эхо 4-5 мм). При толщине более 5 мм показан вакуум-кюретаж полости матки атравматичной кюреткой «Пайпель» с гистологическим исследованием соскоба или стационарная гистероскопия с отдельным выскабливанием слизистой оболочки полости матки и цервикального канала;
- остеоденситометрию (ДЭХА).

Обследование проводится перед началом ЗГТ, затем - ежегодно в течение всего периода приема.

В чем заключается онкологическая настороженность при назначении заместительной гормональной терапии?

При проведении ЗГТ необходима разумная онкологическая настороженность. Ее элементами служат ежегодные медицинские осмотры с контролем АД, онкоцитологическим исследованием, УЗИ половых органов и маммографии (один раз в год), устное или письменное предупреждение женщины о необходимости самоконтроля и своевременного обращения к врачу при появлении «подозрительных» симптомов.

Какие эстрогены применяются для лечения климактерических расстройств?

В отличие от КОК, в состав которых входит синтетический эстроген этинилэстрадиол, препараты для лечения климактерических расстройств содержат «натуральные» эстрогены, обладающие меньшей способностью вызывать пролиферацию эндометрия. Существует два основных пути введения «натуральных» эстрогенов для системной терапии - оральный (внутри) и парентеральный (трансдермально). При приеме внутри с учетом более выраженной дезактивации в ЖКТ и печени необходимы более высокие дозы, при втором (пластырь, трансдермальный гель) - дозы могут быть меньше.

Какова роль гестагенов, входящих в состав препаратов для заместительной гормональной терапии менопаузальных нарушений?

Гестагены, входящие в состав комбинированных препаратов для ЗГТ менопаузальных расстройств или в виде внутриматочной системы Мирена, предупреждают развитие гиперпластических процессов в эндометрии на фоне приема эстрогенов. Кроме того, различные по своим характеристикам гестагены оказывают дополнительные метаболические и

Источник KingMed.info

косметические эффекты на женский организм с учетом наличия у них гестагенного, андрогенного, антиандрогенного или антиминералокортикоидного эффектов.

Что такое постовариоэктомический синдром?

Особой формой клинических расстройств, напоминающих по спектру симптомов патологию переходного периода, будет *постовариоэктомический синдром* (син. - хирургическая менопауза, посткастрационный синдром). Его отличительная особенность - быстрое прогрессирование всех климактерических расстройств вследствие резкого выключения функции яичников, которое может быть обусловлено не только их хирургическим удалением, но и нарушением кровотока в результате оперативного вмешательства, сопровождающегося гистерэктомией.

Каковы принципы заместительной гормональной терапии и ее особенности при постовариоэктомическом синдроме?

Назначение ЗГТ при постовариоэктомическом синдроме в целом соответствует принципам, представленным выше. Особенностью лечения заболевания при удалении матки как органа-мишени (но только в случае экстирпации матки - вместе с шейкой) будет назначение чистых эстрогенов и отсутствие необходимости в применении гестагенов. При наличии шейки матки (надвлагалищная ампутация матки) монотерапия эстрогенами противопоказана. При сохраненных обоих или одном яичнике ЗГТ следует начинать только при появлении жалоб. До возраста естественной менопаузы (51 год) ЗГТ проводится в циклическом, а с 51 года - в непрерывном режиме, исключение составляют пациентки, оперированные по поводу эндометриоза.

Какие препараты для заместительной гормональной терапии и в каком режиме назначают пациенткам в период менопаузального перехода?

В период менопаузального перехода женщинам с сохраненной маткой назначают комбинированные двухфазные (климонорм*, цикло-прогинова*, дивина*, климен*, фемостон 2/10*, фемостон 1/10*) и трехфазные (трисеквенс*) препараты, которые обеспечивают циклический режим приема эстрогенов и гестагенов. Это позволяет регулировать нарушенный ритм МЦ, купировать клинические проявления вазомоторных и психоэмоциональных расстройств, а также проводить профилактику урогенитальной атрофии и постменопаузального ОП.

Пациенткам, у которых менструации не прекратились, ЗГТ рекомендуется начинать в первый день очередной менструации. Женщинам с нерегулярными менструациями перед назначением ЗГТ целесообразно индуцировать менструальноподобное кровотечение прогестагеном, назначив его в течение 10-14 дней. Для этого может быть использован дидрогестерон (дюфастон*) в дозе 1 таблетка (10 мг) 2 раза в сутки.

Какие препараты для заместительной гормональной терапии и в каком режиме назначают в постменопаузальном периоде?

В постменопаузальном периоде у женщин с сохраненной маткой используют комбинированный непрерывный (монофазный) режим ЗГТ (эстрогены

+ гестагены). Цель одновременного монотонного назначения эстрогенов и гестагенов (клиогест*, фемостон 1/5*, индивина*, анжелик*) - достижение атрофии эндометрия. В постменопаузе, когда цикл утрачен, лечение можно начинать в любой день.

Какие препараты для заместительной гормональной терапии используют при отсутствии матки и почему?

При отсутствии матки (и шейки) используют монотерапию эстрогенами, так как в данной ситуации не требуется защитный эффект гестагенов по отношению к эндометрию. Применяют эстрадиол в виде таблеток (прогинова*, эстрофем*), пластырей (климара*) и геля (дивигель*, эстрожель*); эстриол (овестин*) существует в форме таблеток, крема и суппозитория для вагинального введения.

Какие препараты с эстрогеноподобной активностью используют для заместительной гормональной терапии?

С целью ЗГТ могут использоваться препараты, обладающие эстрогеноподобной активностью - тканеселективные активаторы эстрогеновых рецепторов (тиболон, ледибон*) и селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов (ралоксифен*). Синтетический стероид тиболон при ежедневном приеме в дозе 2,5 мг обладает эстрогенными, гестагенными и слабыми андрогенными свойствами. Он имеет 4 активных метаболита, которые и оказывают преимущественно эстрогенное влияние на кости и сосуды, преимущественно андрогенное - на мозг, а преимущественно прогестагенное воздействие реализуется на уровне эндометрия, что оптимально для женщин с интактной маткой. Препарат подходит для терапии нарушений, обусловленных хирургической менопаузой, допустимо его назначение и пациенткам, оперированным по поводу эндометриоза. Селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов оказывают эстрогеноподобное влияние на кости и сосуды, в то время как на матку и молочные железы они действуют как антиэстрогены.

В чем преимущество трансдермального введения препаратов?

Трансдермальное введение эстрогенов (пластырь, гель) имеет ряд преимуществ перед пероральными препаратами. При трансдермальном приеме эстрадиол поступает в неизменном виде непосредственно в кровоток с поддержанием уровня, соответствующего ранней фолликулиновой фазе. При этом соотношение концентраций эстрадиола и эстрона в плазме крови изменяется от 0,2-0,5 до 0,9-1,35, т.е. до значений, соответствующих уровню у женщин с нормальной функцией яичников в позднем репродуктивном возрасте. При необходимости парентерального введения, независимо от режима, эстрогеновый компонент может быть заменен на гель (эстрожель, дивигель), гестагеновый - на микродозированный прогестерон интравагинально (утрожестан) или ЛНГ-ВМС Мирена.

Каков механизм действия эстрогенов при урогенитальной атрофии?

Механизм лечебного и профилактического действия эстрогенов при рецидивирующих атрофических вагинитах связан с тем, что эти препараты вызывают пролиферацию, утолщение и «созревание» эпителия влагалища, сопровождающееся интенсивным синтезом гликогена, необходимого для жизнедеятельности нормальной микрофлоры, синтезирующей из него молочную кислоту. Следовательно, их применение способствует восстановлению нормальной микрофлоры и физиологического показателя pH среды влагалища, а также повышению устойчивости эпителия влагалища к инфекции и воспалению.

Какие препараты используют для лечения урогенитальной атрофии?

Для лечения урогенитальных расстройств могут быть использованы как препараты с системным действием (таблетированные и трансдермальные формы), так и местные (вагинальные) формы эстрогенов. Первым отдают предпочтение при сочетании урогенитальных нарушений с

Источник KingMed.info

вазомоторными проявлениями КС («приливы», ночная потливость), а также при проведении долгосрочной профилактики ОП.

Местные формы эстрогенов используются при так называемых изолированных формах урогенитальных нарушений или превалировании симптомов урогенитальных расстройств над остальными проявлениями дефицита эстрогенов. При этом у препаратов эстриола в меньшей степени выражено пролиферативное влияние на эндометрий.

Эстриол обладает хорошим терапевтическим эффектом при атрофических изменениях влагалища, уретры и нижней трети мочевого пузыря, рецидивирующих инфекциях нижнего отдела мочеполового тракта. Особенно эффективно его сочетание с эубиотиками и препаратами лактобактерий, которые могут применяться внутрь и местно, в виде комбинированных форм (гинофлор Э').

Какова тактика лечения при недержании мочи?

Недержание мочи при напряжении в меньшей степени поддается лечению эстрогенами, хотя при их применении часто наблюдается клиническое улучшение. Это связано с тем, что в патогенезе недержания мочи наибольшую роль играют анатомические дефекты соединительной ткани и мышц тазового дна, приобретенные, как правило, еще в репродуктивном возрасте во время родов, оперативных вмешательств, травм, а также при опущении внутренних половых органов; врожденная несостоятельность мышц и соединительной ткани. Атрофия урогенитального тракта вследствие дефицита эстрогенов в данном случае играет дополнительную, иногда разрешающую роль в комплексе неблагоприятных факторов, приводящих к недержанию мочи при напряжении.

Наиболее резистентным из урогенитальных расстройств к лечению эстрогенами будет императивное недержание мочи. Это связано с тем, что этиологические и патогенетические факторы такого расстройства в большинстве своем неизвестны. Прежде всего это касается моторного компонента недержания мочи - нестабильности детрузора. Большое значение также имеют психологические факторы. В то же время связанные с дефицитом эстрогенов атрофия слизистой оболочки нижней трети мочевого пузыря и уретры, а также сопутствующие воспалительные заболевания составляют сенсорный компонент императивного недержания мочи. В этой связи применение эстрогенов в постменопаузе - патогенетически обоснованное.

Какова цель профилактики и лечения остеопороза?

Основной целью профилактики и лечения постменопаузального ОП у женщин в климактерии служит профилактика переломов и торможение скорости костной резорбции, что позволяет остановить потерю костной массы и даже повысить МПКТ. Это сопровождается уменьшением болевого синдрома и повышением качества жизни больных.

В чем заключается немедикаментозная профилактика и лечение остеопороза?

Обязательная составная часть комплексной профилактики ОП включает активный, здоровый образ жизни с умеренными физическими нагрузками и отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем, кофе). Питание должно содержать достаточное количество продуктов, богатых кальцием и белком (молочные продукты, рыба, морепродукты, бобовые), рекомендуется предпочтение кисломолочных напитков газированным, отказ от фосфатсодержащих напитков (кола).

В чем заключается патогенетическая терапия остеопороза?

Патогенетическая терапия ОП должна обладать следующими свойствами.

Источник KingMed.info

• Замедлять костную резорбцию:

- бифосфонаты (фосамакс*, осталон*, бонвива*);
- селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов;
- эстрогены;
- кальцитонин (миакальцик*).

• Усиливать костеобразование (паратгормон, анаболические стероиды, андрогены, соматотропный гормон).

• Оказывать многоплановое действие на костную ткань.

Какие еще лекарственные препараты используются для профилактики и лечения остеопороза?

С целью профилактики ОП применяются препараты витамина D и кальция. Однако их эффективность во многом определяется качеством усвоения кальция.

Как оценивают эффективность лечения остеопороза?

Основным критерием эффективности терапии ОП служит снижение частоты переломов при длительном (3-5 лет) применении.

Каковы правила наблюдения и ведения больных остеопорозом?

Терапия постменопаузального ОП должна быть длительной. Мониторинг терапии осуществляют ежегодно. Оценка эффективности лечения проводят с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, состояния МПКТ центрального скелета (позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей) и состояния костного метаболизма (биохимические маркёры).

Как оценивают прогноз течения заболевания?

Характер течения заболевания определяют при оценке динамики МПКТ за 1 год.

Положительную динамику устанавливают при повышении МПКТ за год более чем на 2-3%, при отсутствии новых переломов. Стабилизация - когда нет новых переломов, но не выявляется повышение МПКТ или ее снижение. Прогрессирование ОП (отрицательная динамика) определяют при регистрации новых переломов за период лечения или при снижении МПКТ более чем на 3% за год.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Климактерием называют период жизни женщины:

- 1) после рождения последнего ребенка;
- 2) после 45 лет;
- 3) в котором происходит угасание функции РС;
- 4) после 60 лет;
- 5) после 55 лет.

2. Продолжительность менопаузального перехода (пременопаузы) составляет:

- 1) 1 год;
- 2) 3 года;
- 3) 5 лет;
- 4) 10 лет.

3. Продолжительность ранней постменопаузы составляет:

- 1) 1 год;
- 2) 3 года;
- 3) 5 лет;
- 4) 10 лет.

4. Менопауза - это:

- 1) 1 год после последней менструации в жизни;
- 2) 2 года после последней менструации в жизни;
- 3) период жизни после прекращения менструации;
- 4) первые 10 лет после прекращения менструаций.

5. В понятие «окно терапевтических возможностей» входит:

- 1) перименопауза;
- 2) период менопаузального перехода и первые 10 лет после прекращения менструаций;
- 3) период менопаузального перехода и 2 года после последней менструации в жизни;
- 4) период менопаузального перехода и ранняя постменопауза.

6. Раннее начало заместительной гормональной терапии у здоровых женщин снижает риск развития ишемической болезни сердца, старческой деменции и патологических симптомов в постменопаузе:

- 1) на 10-20%;
- 2) 30-40%;
- 3) 20-50%;
- 4) 50-80%;
- 5) такая взаимосвязь отсутствует.

7. Понятие «менопаузального синдрома» включает в себя:

- 1) изменения, развивающиеся в женском организме на фоне прогрессирующего избытка эстрогенов;
- 2) изменения, развивающиеся в женском организме на фоне прогрессирующего дефицита андрогенов;

Источник KingMed.info

3) изменения, развивающиеся в женском организме на фоне прогрессирующего дефицита эстрогенов;

4) изменения, развивающиеся в женском организме на фоне прогрессирующего избытка андрогенов.

8. К ранним климактерическим расстройствам относят:

1) вазомоторные симптомы;

2) психоэмоциональные симптомы;

3) нарушение функции ЖКТ;

4) сексуальную дисфункцию;

5) все перечисленное;

6) ничего из перечисленного.

9. Остеоденситометрия входит в перечень основных методов обследования женщин в климактерии?

1) да;

2) нет.

10. К нейровегетативным проявлениям климактерического синдрома относятся:

1) приливы жара;

2) ночная потливость;

3) сердцебиения;

4) головокружение;

5) приступы головной боли;

6) сухость и атрофия кожи;

7) все перечисленное;

8) ничего из перечисленного.

11. К проявлениям урогенитальной атрофии относятся:

1) дисбиоз влагалища;

2) зуд и жжение;

3) сухость слизистой оболочки влагалища;

4) диспареуния;

5) приливы жара;

6) учащение мочеиспускания;

7) все перечисленное;

8) ничего из перечисленного.

12. При легкой форме климактерического синдрома наблюдаются «приливы» в сутки:

- 1) до 10;
- 2) до 20;
- 3) более 20;
- 4) тяжесть заболевания не зависит от количества «приливов» в сутки.

13. При тяжелой форме климактерического синдрома наблюдаются «приливы» в сутки:

- 1) до 10;
- 2) до 20;
- 3) более 20;
- 4) тяжесть заболевания не зависит от количества «приливов» в сутки.

14. Развитие менопаузального метаболического синдрома характеризуется:

- 1) прибавкой массы тела (5-10 кг за 12-24 мес), совпадающей с наступлением менопаузы;
- 2) прибавкой массы тела (5-10 кг за 6-12 мес), совпадающей с наступлением менопаузы;
- 3) быстрой прибавкой массы тела (5-10 кг за 3-6 мес), не совпадающей с наступлением менопаузы;
- 4) снижением массы тела на фоне метаболических расстройств в постменопаузе.

15. При остеопорозе, обусловленном гипоэстрогенией, преимущественно поражаются:

- 1) губчатые кости;
- 2) трубчатые кости;
- 3) все кости равномерно.

16. Основными клиническими симптомами остеопороза являются:

- 1) боли в мелких суставах рук и ног;
- 2) боли в поясничном и (или) грудном отделах позвоночника, продолжающиеся в течение нескольких месяцев;
- 3) боли в шейном отделе позвоночника, сопровождающиеся головными болями;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

17. Золотым стандартом измерения минеральной плотности кости является:

- 1) двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия;
- 2) количественная КТ;
- 3) УЗИ МПКТ (голень, пяточная кость);
- 4) рентгенография;
- 5) одно- и двухфотонная денситометрия (абсорбциометрия);

Источник KingMed.info

б) исследование биохимических маркёров обмена костной ткани.

18. Показаниями к применению заместительной гормональной терапии являются:

- 1) ранняя (40-45 лет) и преждевременная (моложе 40 лет) менопауза;
- 2) искусственная менопауза (хирургическая, лучевая терапия);
- 3) наличие климактерических расстройств;
- 4) атрофические изменения мочевого тракта;
- 5) профилактика ОП и переломов в период менопаузы у женщин группы риска;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

19. Заместительная гормональная терапия у женщин с искусственной (хирургической) менопаузой проводится:

- 1) до 61 года;
- 2) до 71 года;
- 3) до 51 года;
- 4) по желанию женщины, сколько угодно долго;
- 5) до купирования клинических симптомов.

20. Абсолютными противопоказаниями для назначения заместительной гормональной терапии являются:

- 1) маточное кровотечение;
- 2) постинфарктный кардиосклероз;
- 3) рак эндометрия и молочной железы;
- 4) острые тромбоэмболические заболевания;
- 5) неспецифический язвенный колит;
- 6) металлические импланты после травматологических операций;
- 7) все перечисленное;
- 8) ничего из перечисленного.

21. Пациенткам с удаленной маткой показана:

- 1) монотерапия эстрогенами;
- 2) комбинированная терапия;
- 3) наличие или отсутствие матки не имеет значения.

22. Витамин D₃ при приеме кальция необходим:

- 1) для стимуляции всасывания кальция и фосфора в кишечнике;
- 2) увеличения уровня кальция и фосфора в костном матриксе;

Источник KingMed.info

- 3) замедления костной резорбции;
- 4) гемостимуляции;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

23. Бифосфонаты относят:

- 1) к стимуляторам всасывания кальция в кишечнике;
- 2) ингибиторам костной резорбции;
- 3) ингибиторам повышенных уровней паратгормона;
- 4) стимуляторам лимфопоэза.

24. Основным критерием эффективности препарата, используемого для терапии остеопороза, является:

- 1) уменьшение болевого синдрома;
- 2) повышение уровня кальция в крови;
- 3) снижение частоты переломов при длительном (3-5 лет) применении;
- 4) повышение либидо.

Задачи

25. К врачу-терапевту обратилась женщина, 48 лет, с жалобами на приливы жара, выраженную ночную потливость, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе. Последняя менструация была 7 мес назад. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

26. К врачу-травматологу обратилась женщина, 54 лет, с жалобами на повторный перелом левого луча в типичном месте. Последняя менструация была в 49 лет. В наследственном анамнезе - перелом шейки бедра у бабушки по матери, перелом голени у старшей сестры. Какой объем обследования необходимо провести пациентке?

27. К врачу-урологу обратилась женщина, 68 лет, с жалобами на учащенное мочеиспускание, преимущественно ночью, стресс-недержание мочи. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

28. К врачу-терапевту обратилась женщина, 39 лет, с жалобами на приливы жара, выраженную ночную потливость, бессонницу, перепады настро-

ения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе, боли в спине и пояснице, отсутствие либидо. 2 года назад перенесла тотальную гистерэктомию по поводу быстро растущей миомы матки в сочетании с аденомиозом. Каков предварительный диагноз? Какова тактика ведения?

29. К врачу-эндокринологу обратилась женщина 52 лет с жалобами на резкую прибавку массы тела - 9 кг за 4 мес. Последняя менструация была год назад. Беспокоят приливы жара, гипергидроз, затрудненное засыпание, ухудшение памяти, повышенный аппетит в вечернее и ночное время. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Глава 5. Воспалительные заболевания женских половых органов

5.1. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Цель занятия: изучить клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику острых и хронических воспалительных заболеваний женских половых органов.

Студент должен знать: этиологию, особенности патогенеза при острых и хронических воспалительных заболеваниях, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику острых и хронических заболеваний женских половых органов.

Студент должен уметь: взять мазок из уретры, цервикального канала, влагалища и прямой кишки на степень чистоты, взять материал для бактериологического и вирусологического исследований, произвести влагалищное обследование. На основании данных общего и специального обследования больной правильно поставить диагноз и выработать тактику лечения.

Место занятия: аудитория, отделение гинекологии.

Оснащение: таблицы, муляжи, истории болезни, ложки Фолькмана, протоколы ультразвуковых исследований, компьютерная презентация по данной теме.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме, разбор истории болезни.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы.
- Домашнее задание.

Чем обусловлена актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов?

Актуальность воспалительных заболеваний женских половых органов определяется их высокой распространенностью, сложностью диагностики и лечения, высоким уровнем хронизации и связанных с ней отдаленных последствий (бесплодие, акушерские осложнения, повышенный риск эктопической беременности, синдром хронических тазовых болей).

Кроме того, важность проблемы воспалительных заболеваний женских половых органов обусловлена неуклонным ростом заболеваемости, «омоложением» контингента больных, что значительно ухудшает репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

Какова частота воспалительных заболеваний женских половых органов?

Больные воспалительными заболеваниями женских половых органов составляют 60-65% пациенток, обратившихся по поводу гинекологических заболеваний в женскую консультацию, и 30% - направляемых на стационарное лечение (рис. 5.1).

Источник KingMed.info



Рис. 5.1. Динамика заболеваемости воспалительными заболеваниями женских половых органов в США ежегодно регистрируется от 600 тыс. до 1 млн случаев острого воспалительного процесса половых органов.

Чем обусловлено увеличение количества воспалительных заболеваний женских половых органов в современных условиях?

Отмеченный во многих странах мира, в том числе в РФ, рост количества воспалительных заболеваний женских половых органов - следствие возрастающей миграции населения, урбанизации, проституции, небезопасного полового поведения населения (частая смена половых партнеров, отсутствие барьерной контрацепции, искусственные аборты), а главное - ИППП. Несмотря на наличие эффективной диагностики (успехи микробиологии) и лечения, заболеваемость ИППП приобрела характер эпидемии.

В частности, ежегодно трихомониаз и хламидийную инфекцию выявляют у 5 млн американок.

Что такое воспаление?

Воспаление - это патологический процесс, возникающий в ответ на воздействие инфекта или разнообразных патогенных факторов экзогенной или эндогенной природы, характеризующийся развитием стандартного комплекса сосудистых и тканевых изменений.

Каковы особенности этиологии воспалительных заболеваний половых органов в настоящее время?

Важнейшие возбудители, по данным ВОЗ:

- ассоциации анаэробно/аэробных микроорганизмов, в том числе условнопатогенных (смешанные инфекции) - 25-60%;
- гонококк Нейссера - 25-50%;
- хламидии - 15-20%;
- вирусная инфекция - 10-15%.

Каковы основные пути распространения инфекции?

Существуют следующие пути распространения инфекции: каналикулярный (восходящий, по протяжению), гематогенный и лимфогенный.

Проникновение инфекционных агентов в верхние половые пути происходит чаще всего с помощью сперматозоидов, трихомонад, возможен и пассивный транспорт, последнее место занимает гематогенный и лимфогенный путь. Гематогенный вариант характерен для туберкулеза половых органов. Лимфогенный путь, а также распространение воспаления в результате

Источник KingMed.info

непосредственного контакта с воспалительно-измененным органом брюшной полости встречается при аппендиците, цистите, колите.

В передаче гонореи особенно важна роль спермы. Установлена возможность прикрепления к сперматозоиду до 40 гонококков. Хламидии также способны прикрепляться к сперматозоидам - чем больше хламидий, тем к большему числу сперматозоидов они прикрепляются. При снижении pH среды феномен прилипания хламидий увеличивается. Механизм прикрепления микроорганизмов к сперматозоидам изучался в эксперименте *in vitro*. Считается, что сперматозоиды обладают отрицательным поверхностным зарядом, который служит своеобразным рецептором для микроорганизмов. Последние, прикрепившись к сперматозоиду, достигают матки, маточных труб и брюшной полости.

Какие существуют факторы риска развития воспалительного процесса?

Генитальные факторы - бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания у полового партнера, ИППП.

В возникновении воспалительного процесса значительное, а иногда и решающее значение имеют провоцирующие факторы: осложненные роды, аборты, ГСГ, гистероскопия, выскабливание стенок полости матки, длительное применение ВМК.

Социальные факторы: хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, алкоголизм и наркомания, особенности сексуальной жизни (раннее начало половой жизни, высокая частота половых контактов, большое количество половых партнеров, нетрадиционные формы половых контактов, половые контакты во время менструации).

Экстрагенитальные факторы: алиментарная недостаточность, сахарный диабет, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммунодефицитные состояния.

В развитии воспалительного процесса большое значение имеет ослабление или повреждение барьерных механизмов, способствующее формированию входных ворот для патогенной микрофлоры.

Какие существуют барьерные механизмы биологической защиты от воспалительных заболеваний женских половых органов?

К барьерным механизмам относятся:

- анатомо-физиологические особенности строения наружных половых органов, сомкнутые половые губы;
- многослойный плоский эпителий слизистой оболочки влагалища, преграждающий проникновение микроорганизмов в подлежащие ткани;
- нормальная микрофлора влагалища (лактобактерии);
- кислая среда влагалища (pH 3,8-4,5);
- способность влагалища к самоочищению;
- наличие слизистой пробки цервикального канала (иммуноглобулины, лизоцим, мукополисахариды), препятствующей восходящему инфицированию;
- циклическая отслойка функционального слоя эндометрия;

Источник KingMed.info

- перистальтическое сокращение маточных труб и мерцание реснитчатого эпителия труб в сторону просвета полости матки;
- местный и общий противоинфекционный иммунитет.

Какие фазы выделяют в течение воспалительного процесса?

В течение воспалительного процесса выделяют три фазы:

- I фаза - альтерация - возникает в ответ на внедрение инфекта и характеризуется преобладанием дистрофических и некротических сдвигов;
- II фаза - экссудация - характеризуется преобладанием реакции системы микроциркуляции, главным образом ее веноулярного отдела, над процессами альтерации и пролиферации. При этом на первый план выступает интенсивная экссудация плазмы, ее растворимых низкомолекулярных компонентов, а также миграция лейкоцитов.
- III фаза - пролиферация (продуктивное воспаление) - характеризуется преобладанием размножения клеточных элементов пораженной ткани, а также интенсивной микроили макрофагальной, лимфоцитарной инфильтрацией органа или ткани.

В чем заключается патогенез острых воспалительных заболеваний половых органов?

В инициации острого воспалительного процесса основная роль принадлежит микробному фактору, в ответ на внедрение которого развивается классический каскад реакций (альтерация, экссудация и пролиферация), регулируемых медиаторами воспаления (простагландинами, кининами). Нарушение проницаемости сосудистой стенки, дестабилизация сосудистых мембран способствуют тому, что в ткани выходят электролиты (калий, кальций, магний).

Нарушение микроциркуляции, повышение агрегации форменных элементов крови превращают очаг воспаления в очаг хронического диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС).

Гуморальные изменения вызывают локальный сосудистый спазм, сменяющийся в дальнейшем расширением мелких артерий с повышением давления в капиллярах - развитием сначала артериального, а затем венозного стаза, повышают проницаемость сосудистой стенки для микробных тел и их токсинов. При этом обеспечивается выход из сосудистого русла иммунокомпетентных клеток.

Тканевая гипоксия закономерно приводит к активизации анаэробного пути углеводного обмена (гликолиза) с образованием в тканях промежуточных недоокисленных продуктов (пировиноградной, яблочной, янтарной кислот), накоплением жирных кислот и кетоновых тел. В очаге воспаления выделяется много кининов, которые вместе с простагландинами отвечают за возникновение боли в пораженном органе.

Каковы особенности патогенеза хронических воспалительных заболеваний половых органов?

Одной из причин затяжного течения воспалительного процесса матки и ее придатков служит несостоятельность защитных систем организма. Проявляется она в изменении клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижении показателей неспецифической резистентности, сенсбилизации организма и развитии аутоиммунного процесса. Важным патогенетическим звеном хронического воспаления матки и придатков у женщин репродуктивного возраста служат нарушения в системе гемостаза и микроциркуляции. У больных хроническим

Источник KingMed.info

сальпингоофоритом отмечаются повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности крови с развитием хронической формы ДВС-синдрома. Все это приводит к гипоксии тканей, замедлению процессов регенерации и хронизации процесса.

В чем отличие этиологии и патогенеза острого и хронического воспаления?

Возбудители, выявляемые при остром воспалении, редко играют ведущую роль в хронизации процесса. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза чаще связаны с ассоциациями условно-патогенной флоры, которая доминирует на фоне извращенных иммунных реакций макроорганизма.

В патогенезе острого воспалительного процесса решающая роль принадлежит инфекционному агенту, в патогенезе хронического воспаления преобладают аутоиммунные процессы.

Как классифицируют воспалительные процессы половых органов?

По характеру течения процесса воспалительные заболевания разделяют на острые и хронические.

По этиологическому фактору воспалительные заболевания женских половых органов разделяются на неспецифические и специфические, вызванные ИППП, а также микобактериями туберкулеза.

Кроме того, существует разделение воспалительных заболеваний внутренних половых органов на воспалительные процессы нижнего и верхнего отделов, границей между которыми служит внутренний зев.

Что относится к воспалительным заболеваниям нижнего отдела полового тракта?

К воспалительным заболеваниям нижнего отдела полового тракта относятся: вульвовагинит, вагинит, эндоцервицит, истинная эрозия шейки матки (*erosio vera, true erosion*), бартолинит, абсцесс бартолиниевой железы.

Вагинит - воспаление слизистой оболочки влагалища.

Бартолинит - воспаление большой железы преддверия влагалища.

Эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки цервикального канала.

Истинная эрозия шейки матки - дефект покровного эпителия на влагалищной части шейки матки, которая встречается сравнительно редко.

Что относится к воспалительным заболеваниям верхнего отдела полового тракта?

- *Эндометриит* (острый и хронический) - воспаление слизистой оболочки матки.
- *Эндомиометрит* (острый и хронический) - воспаление слизистой оболочки и мышц матки.
- *Сальпингоофорит* (острый и хронический) - воспаление придатков матки.
- Кроме того, выделяют осложнения данных заболеваний:
 - *параметрит* - воспаление околоматочной (параметральной) клетчатки;
 - *перисальпингит* - локальное воспаление участка брюшины, покрывающего маточную трубу;
 - *гидросальпинкс* - скопление серозного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;

Источник KingMed.info

- *пиосальпинкс* - скопление гнойного экссудата в просвете маточной трубы, вызванное воспалительными изменениями в ней;

- *пиовар (pyovarium)* - воспалительное поражение яичника, характеризующееся образованием полости с гнойным содержимым;

- *тубоовариальное образование* - воспалительный инфильтрат, в который вовлечены яичник (возможен пиовар) и маточная труба (возможен пиосальпинкс);

- *пельвиоперитонит* - воспаление брюшины малого таза;

- *общий перитонит* (в данном случае это воспаление брюшины, выходящее за пределы малого таза - вплоть до разлитого).

Каковы основные признаки острого воспалительного процесса? К внешним признакам воспаления относятся (по Гиппократу):

- *rubor* (краснота);
- *calor* (жар);
- *tumor* (припухлость);
- *dolor* (боль);
- *functio laesa* (нарушение функции).

Воспалительные процессы нижнего отдела женских половых органов

Каковы основные клинические симптомы воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта?

В клинической симптоматике вульвовагинитов, вагинитов, эндоцервицитов преобладают локальные симптомы: жжение и зуд половых органов, жжение при мочеиспускании, бели различного характера, иногда с неприятным запахом, в ряде случаев больные испытывают боли тянущего характера внизу живота.

Каковы данные гинекологического осмотра при воспалительных заболеваниях нижнего отдела половых органов?

При гинекологическом осмотре отмечаются гиперемия и отечность слизистой оболочки влагалища, иногда она покрыта фиброзным или гнойным налетом, при дотрагивании кровотоцит, выделения серозно-гнойные, при кандидозном вагините - творожистые.

При каналикулите вокруг наружного отверстия выводного протока железы отмечается валик красного цвета, при надавливании на проток выделяется капелька гноя.

При ложном абсцессе отмечаются припухлость овоидной формы на границе средней и нижней третей больших половых губ, гиперемия, синюшность. Ложный абсцесс выпячивает внутреннюю поверхность большой половой губы, распространяется на малую половую губу и может закрывать вход во влагалище. Кожный покров над железой гиперемирован, пальпация при истинном абсцессе вызывает резкую боль, в ряде случаев имеет место флюктуация, четких границ при пальпации не выявляется.

Назовите основные методы диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта?

Источник KingMed.info

К основным методам диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта относят: осмотр в зеркалах, микробиологический (бактериоскопический, бактериологический, вирусологический) методы исследования, определение рН влагалищного содержимого, рН-метрия, аминный тест, специфические тесты на гонорейную, хламидийную, трихомонадную и другие инфекции.

Как производится забор мазков на флору?

Мазки на флору берутся специальными щеточками или стерильной ложечкой Фолькмана из уретры, цервикального канала и влагалища.

Что такое бактериальный вагиноз?

Бактериальный вагиноз - инфекционное невоспалительное заболевание, характеризующееся дисбиозом генитального тракта вследствие нарушения численного и видового состава влагалищной флоры.

Что происходит при бактериальном вагинозе?

Бактериальный вагиноз можно рассматривать как дисбактериоз влагалища: резкое снижение доли лактобактерий приводит к росту числа бактероидов, пептострептококков, гарднерелл, микоплазм, которые становятся доминирующей флорой влагалища.

Что может способствовать развитию бактериального вагиноза?

Развитию бактериального вагиноза могут способствовать эндогенные (изменение гормонального статуса, нарушение анатомии влагалища и промежности, снижение иммунологической реактивности, нарушение микробиоценоза кишечника) и экзогенные факторы (бесконтрольное местное применение антисептиков, предшествующая антибактериальная терапия, перенесенные и сопутствующие воспалительные заболевания мочеполового тракта, применение гормональных средств, иммунодепрессантов).

Каковы основные клинические проявления бактериального вагиноза?

К ним относятся гомогенные пленчатые прозрачные выделения серо-белого цвета, адгезированные на слизистой оболочке влагалища, имеющие неприятный запах. Возможны субъективные ощущения в виде зуда и жжения.

Какова диагностика бактериального вагиноза?

Лабораторное подтверждение диагноза бактериального вагиноза осуществляется измерением рН влагалищного отделяемого (>4,5), постановкой аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании в равных количествах отделяемого влагалища и 10% раствора КОН), методом микроскопии мазка, окрашенного по Граму, и нативных препаратов с определением «ключевых» клеток.

Что такое «ключевые клетки»?

«Ключевые» клетки - так называемые влагалищные эпителиальные клетки, края которых размыты, нечетко различимы ввиду прикрепления к ним большого количества бактерий.

В чем заключается лечение бактериального вагиноза?

Цель лечения - восстановление нормального микробиоценоза влагалища.

Существует несколько схем противомикробного лечения:

Источник KingMed.info

- аскорбиновая кислота интравагинально - вводится по 1 таблетке на ночь в течение 6 дней;
- метронидазол-гель - 0,75% вводится интравагинально в дозе 5 г 1 раз в сутки в течение 7 дней;
- метронидазол - вагинальные таблетки 500 мг по 1 таблетке на ночь в течение 10 дней;
- орнидазол - 0,5 г перорально 2 раза в сутки в течение 10 дней;
- клиндамицин - 2% вагинальный крем интравагинально в дозе 5 г 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней (имеет преимущества при рецидивирующем течении бактериального вагиноза).

Однако главным фактором будет восстановление зубиоза кишечника, так как именно кишечник служит источником (донором) лактобацилл для влагалища. На 2-4-й неделе назначают эубиотики (препараты живых лактобактерий), способствующие нормализации микробиоты влагалища и кишечника.

Во время лечения и контрольного наблюдения следует рекомендовать использование барьерных методов контрацепции.

Что такое вульвит?

Вульвит (vulvitis) - воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Возникновению первичной формы способствуют опрелость (при ожирении), несоблюдение гигиены половых органов, химические, термические, механические раздражения, расчесы, ссадины, сахарный диабет. Вторичный вульвит возникает в результате наличия воспалительных процессов во внутренних половых органах. У женщин репродуктивного возраста вульвит развивается на фоне гипофункции яичников, авитаминоза, чаще бывает в постменопаузе, особенно при сахарном диабете.

Какова клиника и диагностика вульвита?

При остром вульвите наблюдаются гиперемия и отек наружных половых органов, серозно-гнойные налеты (рис. 5.2). Больные жалуются на боль, зуд, жжение, боли при движениях.

Диагностика базируется на описанной клинической картине, данных бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого.

Каковы лечение и профилактика вульвита?

В острый период применяют отвар цветков ромашки, слабый раствор калия перманганата, борной кислоты; при бактериальных, грибковых, паразитарных инфекциях - метронидазол по одной влагалищной таблетке перед сном, длительность лечения 10 дней. Если возбудитель вторичного вульвита - грибы рода *Candida*, то целесообразно нанесение крема на основе имидазола (клотримазол) на наружные половые органы - 10 дней. Высокая эффективность лечения наблюдается при использовании итроконазола по 100 мг 2 раза в день на протяжении 6-7 дней, потом на протяжении трех-шести МЦ по 1 капсуле в 1-й день цикла. Эффективно облучение наружных половых органов с помощью гелиево-неонового или полупроводникового лазера. При выраженном зуде назначают седативную терапию (препараты брома, пустырника, валерианы), местно - 5% анестезированную мазь.

Для профилактики данного заболевания необходимо соблюдение правил личной гигиены, лечение общих соматических заболеваний и воспалительных заболеваний половых органов, а главное - нормализация биоты влагалища.

Что такое вагинит (кольпит)?

Источник KingMed.info

Вагинит, кольпит (vaginitis, colpitis) - воспаление слизистой оболочки влагалища, относится к самым частым гинекологическим заболеваниям у женщин репродуктивного возраста.

Воспаление слизистой оболочки влагалища может быть вызвано стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, грибами кандиды, трихомонадами и др.

Предрасполагающими факторами к развитию вагинита могут быть снижение эндокринной функции яичников, хронические воспалительные процессы, нарушение целостности эпителиального покрова.

Какова клиническая картина и диагностика вагинита?

Основными симптомами служат слизисто-гнойные выделения, локальный дискомфорт, жжение, зуд во влагалище. Больные жалуются на невозможность половой жизни, усиление боли и жжения во время мочеиспускания.

Диагностика базируется на основании анамнеза, жалоб больной, клинической картины, данных гинекологического осмотра и микробиологических исследований: бактериоскопического, бактериологического, ПЦР.

В острой стадии заболевания отмечаются отек и гиперемия слизистой оболочки с серозным или гнойным налетом. При прикосновении кровоточит. При макулезном кольпите (*colpitis maculosa*) появляются дефекты эпителия в виде ярко-красных участков неправильной формы, а при гранулезном (*colpitis granulosa*) - точечная инфильтрация сосочкового слоя слизистой оболочки влагалища, которая выступает над поверхностью. В хронической стадии заболевания боль становится незначительной, гиперемия слизистой оболочки менее интенсивна. Возбудителя обнаруживают с помощью бактериоскопического, бактериологического исследований. Наиболее перспективен и информативен метод ПЦР, ДНК-гибридизации.



Рис. 5.2. Острый вульвовагинит

Какое лечение проводится при кольпите?

Для получения стойкого эффекта лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию основных и способствующих развитию патологии факторов.

Лечение должно быть комплексным:

- санация влагалища и вульвы;
- специфическая антимикробная терапия;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- прекращение половых контактов до полного выздоровления, включая восстановление нормобиоценоза;
- обследование и лечение партнера;
- соблюдение гигиены.

Учитывая, что этиология вагинита разнообразна (трихомонадный, кандидозный, герпетический, бактериальный, смешанный), лечение должно определяться выявленными возбудителями.

Местное лечение заключается в туалете наружных половых органов и санации влагалища дезинфицирующими растворами (4% раствором хлоргексидина, мирамистина* с экспозицией 3-5 мин). Хороший противовоспалительный эффект получен при местном назначении тетрабората натрия (бура в глицерине), вагинальных свечей (повидон-йод, хлоргексидин и др.), деквалиния хлорид (флуомизин*), вагинальных таблеток метронидазола, местных инстилляций бутоконазола (при дрожжевом кольпите достаточно однократного применения). Выбор необходимо отдавать препаратам, сохраняющим кислую среду влагалища (свечи повидон-йода), которые создают условия для развития нормальной микрофлоры влагалища. При выраженном зуде используют 5% анестезированную или кортикостероидную мази. В комплекс терапии целесообразно включать десенсибилизирующие, антигистаминные и седативные препараты. При выраженных признаках воспаления или резистентности к лечению местно могут быть использованы антибиотики, однако только после определения чувствительности к ним.

После применения антисептиков обязательна нормализация биоценоза (перорально назначаются эубиотики, путем интравагинального введения таблеток вагинорма-С*, лактагеля* восстанавливается кислая среда влагалища). Лечение может считаться завершенным только после достижения эубиоза половых путей, подтвержденного лабораторными исследованиями.

Какое лечение проводится при кандидозе половых органов?

Лечение кандидоза половых органов комплексное. Местно используются препараты:

- имидазолового ряда - клотримазол (1% крем, свечи), канестен*;
- миконазолы - дактарин* (свечи, шарики);
- эконазол (гино-певарил*);
- изоконазол (гино-травоген*);
- бутоконазол (гинофорт*);
- сертоконазол (залаин*).

Источник KingMed.info

Также местно применяются комбинированные препараты (полижинакс*, тержинан*, клион Д*) и неспецифические средства (тетраборат натрия в глицерине). Эубиотики назначаются перорально. При одновременном кандидозе кишечника или неэффективности местного лечения назначаются противогрибковые препараты внутрь (нистатин, леворин, натамицин (пимафуцин*, флуконазол) в обычных терапевтических дозировках.

В чем особенности клинической картины воспаления большой железы преддверия влагалища?

Воспаление большой железы преддверия влагалища (бартолинит) может вызываться стафилококками, кишечной палочкой, гонококками и др. Независимо от вида возбудителя процесс начинается в выводном протоке железы - возникает каналикулит, вокруг наружного отверстия выводного протока железы отмечается валик красного цвета, при надавливании на проток выделяется капелька гноя, которую берут для микробиологических исследований. Чаще встречается одностороннее поражение бартолиниевой железы. Воспалительный отек может закупоривать проток железы, препятствуя выделению гнойного секрета, который, задерживаясь в протоке, растягивает его, образуя кисту (ложный абсцесс). При закупорке протока и задержке в нем гноя бартолиниевая железа болезненна, увеличена, иногда достигает размеров куриного яйца и даже закрывает вход во влагалище. Температура субфебрильная, отмечаются боли при ходьбе, общее состояние удовлетворительное.

В чем заключается лечение воспаления большой железы преддверия влагалища?

При каналикулитах в острой стадии проводится антибактериальная (с учетом чувствительности) и противовоспалительная терапия, локальная гипотермия (пузырь со льдом). При улучшении состояния на 3-4-й день терапии на область патологического очага назначают УФ-лучи, УВЧ или микроволны сантиметрового диапазона. При псевдоабсцессе производится операция: вскрывают проток бартолиниевой железы, выворачивают слизистую оболочку и подшивают ее к слизистой оболочке вульвы (марсупиализация). В послеоперационном периоде назначаются магнитотерапия и местная обработка дезинфицирующими растворами.

Что такое истинный абсцесс бартолиниевой железы?

При *истинном абсцессе бартолиниевой железы* происходит проникновение микробов в паренхиму большой железы преддверия влагалища с гнойным расплавлением ее и окружающих тканей. Гнойное образование может самопроизвольно вскрываться с истечением густого желтозеленого содержимого. Формирование абсцесса сопровождается ухудшением общего состояния больной, повышением температуры тела, резкой болезненностью, особенно при ходьбе, припухлостью малой и большой половых губ.

Какова клиническая картина истинного абсцесса бартолиниевой железы?

Больные жалуются на общую слабость, недомогание, боль и неприятные ощущения в области наружных половых органов, особенно при ходьбе. Отмечается повышение температуры до 38-39 °С и выше, озноб.

Наблюдаются отек и гиперемия в участке бартолиниевой железы; при обследовании обнаруживают резко болезненное опухолевидное образование. После прорыва гнойника состояние больной улучшается: снижается температура тела, уменьшаются отек и гиперемия в участке бартолиниевой железы. Если лечение недостаточно и выводной проток перекрывается опять - наблюдаются рецидивы и формирование ретенционной кисты, которую ошибочно

Источник KingMed.info

можно принять за доброкачественную или даже злокачественную опухоль наружных половых органов.

В чем заключается врачебная тактика при абсцессе бартолиниевой железы?

При истинном абсцессе бартолиниевой железы (рис. 5.3) на фоне антибактериальной, десенсибилизирующей и инфузионной терапии проводится оперативное лечение в экстренном порядке: вскрытие и дренирование абсцесса. В послеоперационном периоде проводится облучение зоны раны инфракрасным полупроводниковым лазером в сочетании с магнитным полем в терапевтических дозах. Курс лечения - 5-6 процедур. Местная терапия заключается в обработке дезинфицирующими растворами.

В «холодном» периоде целесообразно проведение энуклеации железы.

Профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, исключении случайных половых связей, лечении вульвита, кольпита, уретрита. В «холодном» периоде проводится энуклеация железы.

Каковы этиология и патогенез эндоцервицита?

Эндоцервицит (endocervicitis) - воспаление слизистой оболочки канала шейки матки (рис. 5.4). Известно, что одним из барьеров, препятствующих внедрению возбудителя в верхние отделы половых путей, служит шейка матки. Этому способствуют узость цервикального канала шейки матки, наличие слизистой «пробки», содержащей секреторный иммуноглобулин А, лизоцим и другие вещества, обладающие необходимыми физическими и химическими свойствами. При наличии определенных факторов (в частности, травм шейки матки во время родов и аборт, диагностических выскабливаний матки и др.) происходит нарушение этих защитных механизмов и проникновение инфекции в половые пути, что вызывает развитие воспалительного процесса. Возбудителями могут быть хламидии, гонокок-



Рис. 5.3. Абсцесс бартолиниевой железы



Рис. 5.4. Эндоцервицит

ки, трихомонады, вирусы, грибы рода *Candida*, стафилококки, кишечная палочка. Эндоцервицит часто совмещается с другими воспалительными процессами половых органов - сальпингоофоритом, эндометритом и кондиломами.

Каковы клиническая картина и диагностика эндоцервицита?

Клинические симптомы острого цервицита - обильные слизистые или гноевидные выделения, зуд, реже - боли внизу живота. При осмотре шейки матки в зеркалах определяются гиперемия, отек, кровоизлияния в области наружного зева шейки матки, иногда могут наблюдаться участки изъязвления или слущивания поверхностных слоев эпителия до базального слоя. В хронической стадии выделения могут быть незначительными. При хроническом цервиците шейка матки отечная, с очаговой гиперемией. При длительном течении заболевания шейка матки гипертрофируется.

Диагностика базируется на осмотре с помощью зеркал, кольпоскопии. Наряду с клиническими признаками имеет определенные лабораторные критерии, определяемые при микроскопическом, бактериологическом исследованиях выделений, цитологическом исследовании, рН-метрии влагалищного отделяемого, а также при специальных методах диагностики (иммуноферментный анализ и др.).

Как следует лечить эндоцервицит?

Лечение эндоцервицита должно быть комплексным и включать не только этиотропное лечение, но и ликвидацию предрасполагающих факторов (нейроэндокринных, обменных и других функциональных нарушений, лечение сопутствующих заболеваний), нормализацию биоценоза влагалища, иммунотерапию.

Терапия эндоцервицитов включает применение антибактериальных, противотрихомонадных, противогрибковых, противовирусных, противохламидийных и других средств в зависимости от данных микробиологического и специальных методов исследования. Лазеротерапия показана как в острой, так и в хронической стадии заболевания. Применяют гелиевые и полупроводниковые лазеры.

Источник KingMed.info

В хронической стадии назначают физиотерапевтические процедуры (электрофорез цинка эндоцервикально). При возникновении цервицита на фоне разрывов шейки матки после противовоспалительного лечения показана пластическая операция (радиоволновая конизация шейки матки).

Острые воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов

Что такое эндометрит?

Эндометрит (endometritis) - воспалительное заболевание слизистой оболочки матки, которое вызывается гонококком, стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, хламидиями. Воспалительный процесс распространяется на весь функциональный и базальный слой слизистой оболочки матки или имеет очаговый характер.

Что такое эндомиометрит?

При *эндомиометрите* воспалительный процесс захватывает прилегающую к эндометрию мышечную оболочку матки.

Какова возможная этиология острого эндометрита?

В зависимости от этиологии выделяют следующие эндометриты:

- гонорейный;
- туберкулезный;
- актиномикотический;
- неспецифический;
- смешанный.

Какова клиническая симптоматика эндометрита?

Эндометрит чаще всего возникает после родов (особенно при большой кровопотере, предшествовавших дисбиотических состояниях влагалища, хронических очагах инфекции и анемии во время беременности), аборт или диагностического выскабливания. Наличие крови, остатков плодного яйца и децидуальной ткани способствует росту микрофлоры. Отмечается повышение температуры тела, тахикардия, озноб, слизисто-гнойные с запахом или сукровичные выделения из половых путей. Нарушение отторжения патологически измененного эндометрия во время менструации обуславливает симптом гиперполименореи. Иногда воспалительный процесс по сосудам и лимфатическим капиллярам распространяется на мышечный слой с развитием эндомиометрита.

Что такое оофорит?

Оофорит (oophoritis) - воспалительное заболевание яичника. Изолированное поражение яичника, как правило, обусловлено воспалением смежных органов (червеобразный отросток) и носит вторичный характер. В подавляющем большинстве случаев встречается в сочетании с поражением маточной трубы (сальпингоофорит). Наиболее частое осложнение оофорита - пиовар, требующий оперативного лечения.

Что такое сальпингоофорит?

Сальпингоофорит (salpingoophoritis) - воспалительное заболевание придатков матки - относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям половой сферы. Возникает обычно восходящим

Источник KingMed.info

путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего в связи с осложненными родами или абортами. Спектр возбудителей сходен с острым эндометритом.

Воспалительный процесс начинается обычно на слизистой оболочке маточной трубы, затем переходит на ее мышечную и серозную оболочки (эндосальпингит, перисальпингит). Экссудат, образовавшийся в результате воспалительного процесса, скапливается в просвете маточной трубы, а затем из абдоминального конца изливается в брюшную полость, нередко вызывая спаечный процесс. Непроходимость маточной трубы ведет к образованию мешотчатых воспалительных образований (гидросальпинкс, пиосальпинкс).

Какова клиническая симптоматика сальпингофорита?

Клиническая картина острого сальпингофорита характеризуется болями внизу живота, повышением температуры тела, ухудшением общего состояния, дизурическими и диспепсическими проявлениями.

В первые дни заболевания живот напряжен, болезнен при пальпации, может проявляться феномен мышечной защиты. Гинекологическое исследование усиливает боль, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо (отечность, перифокальная инфильтрация); придатки увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В клиническом анализе крови - сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличена СОЭ; в протеинограмме преобладают глобулиновые фракции; в крови повышен уровень С-реактивного белка.

При выраженной интоксикации возможны изменения в сосудистой и нервной системах.

В значительной степени клиническая картина определяется степенью вирулентности микроба, иммунореактивностью организма, а следовательно, выраженностью воспалительной реакции и характером экссудата (серозный, гнойный).

Какие существуют методы диагностики воспалительных процессов внутренних половых органов?

Диагностика острого эндометрита и сальпингофорита основывается на правильной интерпретации данных анамнеза, характере жалоб и результатах объективного исследования.

Данные гинекологического обследования: при эндометрите - матка несколько увеличена, болезненна при пальпации, патологические выделения из цервикального канала; при сальпингофорите - увеличенные, болезненные придатки матки, в сочетании с данными лабораторных исследований (в клиническом анализе крови - лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ) позволяют установить правильный диагноз.

Бактериоскопическое, бактериологическое исследования позволяют определить микробную флору. Бактериологическое исследование необходимо провести до начала противомикробной терапии с обязательной антибиотикограммой для более эффективного дальнейшего лечения. Целесообразно проведение УЗИ для выявления увеличения и изменения анатомии тазовых органов, определения свободной жидкости в малом тазу, диагностики осложнений (гидросальпинкс, пиосальпинкс, tuboовариальное мешотчатое образование).

Внедрение лапароскопии в гинекологическую практику значительно повысило диагностические возможности. Это единственный метод максимально быстрой и точной диагностики, а также получения материала для микробиологического исследования из очага поражения, который сочетается с возможностью выполнения лечебных манипуляций.

Необходимо учитывать, что исследование микробной флоры цервикального канала недостаточно информативно для определения возбудителя при остром сальпингоофорите, лишь в 10-25% случаев микробная флора бывает аналогичной микроорганизмам, обнаруживаемым в экссудате и тканях трубы.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику острого сальпингоофорита?

Дифференциальную диагностику острого сальпингоофорита необходимо проводить с прервавшейся внематочной беременностью, острым аппендицитом (табл. 5.1), апоплексией яичника, перекрутом ножки опухоли яичника. Иногда возникают трудности при дифференциации острого воспаления придатков матки и перекрута ножки кисты или опухоли яичника. Для последнего характерны внезапное начало заболевания, отсутствие указаний в анамнезе на воспалительный процесс в придатках матки, обнаружение в области придатков опухолевидного образования округлой формы, болезненного при смещении. Параметральный воспалительный инфильтрат отличается от сальпингоофорита более плотной консистенцией; переходит на стенку таза, слизистая оболочка под инфильтратом неподвижна.

Таблица 5.1. Дифференциально-диагностические критерии воспаления придатков матки и аппендицита (по И.И. Яковлеву, И.М. Старовойтову)

| Признак | Сальпингоофорит | Аппендицит |
|--|---|--|
| Начало заболевания | Постепенное, недомогание, бели | Боли резкие с иррадиацией в правую подвздошную область, тошнота, рвота |
| Клинический анализ крови | Умеренный лейкоцитоз, незначительный сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ | Лейкоцитоз уже в первые часы заболевания, быстрое его нарастание, с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево |
| Данные влагалищного исследования | Болезненность придатков матки, резкая болезненность при попытке смещения матки | Отсутствие болезненности при пальпации матки и ее придатков, тракции шейки безболезненны |
| Симптомы Ровзинга, Щеткина-Блюмберга, Ситковского, напряжение мышц передней брюшной стенки | Отсутствуют или выражены нерезко. Локальное напряжение мышц передней брюшной стенки может иметь место | Все симптомы выражены отчетливо |
| Симптом Промптова (локализация боли при ректальном исследовании) | Чувствительность позадидаточного углубления незначительна, приподнимание матки резко болезненно | Болезненность в области позадидаточного углубления, приподнимание матки почти безболезненно |
| Изменение состояния при дальнейшем наблюдении | Постепенное стихание острых явлений под влиянием противовоспалительного лечения | Все признаки заболевания прогрессируют, общее состояние ухудшается, нарастают явления перитонита |

Методы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов

Лечение больных острым эндометритом и острым сальпингоофоритом проводится в условиях стационара.

Источник KingMed.info

Основное место при лечении острого процесса принадлежит противомикробной терапии с учетом чувствительности к выявленной микрофлоре. В силу того что практически ни один антибиотик не активен против всех возбудителей воспалительных заболеваний, их выбор в таких случаях основан на комбинированном применении препаратов с целью обеспечения перекрытия спектра основных (в том числе устойчивых) возбудителей.

В связи с высокой частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метронидазол.

При остром эндометрите и сальпингоофорите назначается антибактериальная терапия, локальная гипотермия (лед на низ живота).

В комплекс терапии включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную, седативную терапию; назначаются средства, укрепляющие сосудистую стенку, по мере стихания воспалительного процесса обязательна физиотерапия, с целью профилактики осложнений и снижения спаечного процесса в малом тазу.

При выраженной интоксикации используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5% раствора глюкозы*, белковых препаратов; общее количество жидкости - 2,5 л).

При наличии в полости матки остатков плодного яйца, децидуальной и плацентарной ткани, крупных сгустков крови лечение следует начинать с опорожнения матки (гистероскопия, вакуум-аспирация) под «прикрытием» антибактериальной терапии. При этом возможен лаваж (проточное дренирование) полости матки антисептиками.

При адекватном лечении острый процесс заканчивается через 8-10 дней. Целесообразно раннее использование физиотерапевтических процедур.

Какие осложнения могут возникнуть при острых заболеваниях органов малого таза?

У каждой четвертой женщины с острой формой воспалительных заболеваний органов малого таза развиваются осложнения:

- параметрит;
- панметрит;
- пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное образование;
- пельвиоперитонит;
- перитонит.

Что такое параметрит?

Parametrium (parametritis) - воспаление околоматочной клетчатки. Возникает чаще всего после различных вмешательств на матке (патологические роды, аборты, гинекологические операции). Патогенная или условнопатогенная флора проникает в параметрий при травматизации матки либо реже - лимфогенным или гематогенным путем из рядом расположенных очагов инфекции (аднексит, эндоцервицит, вагинит). После внедрения инфекции в параметрии образуется диффузный воспалительный инфильтрат, который способен нагнаиваться (при современном уровне терапии это происходит достаточно редко), рассасываться либо приобретать хроническое течение. Инфильтрат обычно располагается в определенных областях: от переднего отдела шейки матки по латеральным краям мочевого пузыря к передней брюшной стенке; от переднебоковых отделов шейки матки - к паховой связке и боковым отделам живота; от

Источник KingMed.info

заднебоковых отделов шейки матки - к стенкам таза; от заднего отдела шейки матки - к прямой кишке. Воспаление всей клетчатки малого таза носит название пельвиоцеллюлита.

Каковы клиническая картина и диагностика параметрита?

Один из первых симптомов заболевания - стойкое повышение температуры тела (при нагноении она может приобретать интермиттирующий характер). Первоначально общее состояние пациентки практически не изменено, затем появляются и нарастают признаки интоксикации - головная боль, слабость, вялость, адинамия. Появляются жалобы на тупую боль внизу живота, чувство давления на прямую кишку, могут присоединяться дизурические явления и затруднения акта дефекации.

При бимануальном исследовании определяется укорочение и сглаживание заднего или боковых сводов влагалища, более выраженное со стороны поражения (либо равномерно - при тотальном инфильтрате). Матка полностью не контурируется, поскольку включена в воспалительный инфильтрат частично или целиком. Сбоку от матки определяется инфильтрат, сначала мягковатой, позже - плотной консистенции. Признаки раздражения брюшины отсутствуют. Пальпация живота в начале заболевания безболезненна или малоболезненна. При возникновении нагноения живот становится чувствительным при пальпации. Важным дифференциально-диагностическим критерием параметрита служит притупление перкуторного тона над верхней передней подвздошной остью на стороне поражения. Осложнения могут возникнуть при несвоевременной диагностике и развитии нагноения инфильтрата - прорыв гнойника в свободную брюшную полость, прямую кишку, мочевого пузыря.

Каково лечение параметрита?

Лечение следует начинать с назначения антибиотиков широкого спектра или препаратов фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин) в сочетании с метронидазолом в течение 7-10 дней. Женщина находится на строгом постельном режиме, показан холод на низ живота, инфузионная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия. При нагноении вскрывают гнойник через задний свод влагалища либо со стороны передней брюшной стенки (внебрюшинно) с введением дренажа. При переходе процесса в подострую стадию начинают воздействие физическими факторами (УФ-лучи, УВЧ). При хронизации процесса можно использовать преднизолон в суточной дозе 20 мг в течение 10 дней с последующим переходом на НПВС, при нормализации показателей крови показаны ультразвук на низ живота, ректальные свечи с индометацином, микроклизмы с ацетилсалициловой кислотой. Заболевание отличается длительным обратным развитием. Спустя 4-6 мес показано санаторно-курортное лечение с использованием грязевых влагалищных и ректальных тампонов, гинекологического массажа. В комплекс терапии целесообразно включать эфферентные методы детоксикации (плазмаферез).

Что такое пельвиоперитонит?

Пельвиоперитонит - это воспаление брюшины малого таза.

Какова клиническая картина пельвиоперитонита?

Для клинической картины пельвиоперитонита характерно наличие симптомов интоксикации: тошнота, рвота, слабость, повышение температуры тела. Отмечаются интенсивные боли внизу живота, возможно его некоторое вздутие и ослабление перистальтики, но процесс ограничен гипогастральной областью (главный дифференциально-диагностический признак!), где отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины. Матку и придатки пропальпировать, как правило, не удается.

Какова тактика ведения больных пельвиоперитонитом?

В настоящее время во всем мире отмечается более активная тактика ведения больных гинекологическими пельвиоперитонитами.

Активизация касается не расширения показаний к удалению пораженных органов, а более широкого применения хирургических методов лечения - лапароскопии, удаления гноя, дренирования, пункции. Больные пельвиоперитонитом подлежат немедленной госпитализации в стационар. Первый этап обследования - идентификация возбудителя заболевания путем бактериологических, серологических исследований содержимого влагалища и цервикального канала. Микрофлора нижних отделов полового тракта только в 50% соответствует таковой в маточных трубах и полости таза. В связи с этим забор материала производят при пункции брюшной полости через задний свод влагалища (с одновременным введением антибиотиков) или лапароскопии.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 4-6 ч или присоединении признаков разлитого перитонита больная должна быть подвергнута оперативному лечению в объеме, достаточном для удаления источника гноя и адекватного дренирования брюшной полости.

Чаще необходимы дренирование брюшной полости с кольпотомией; введение дренажей, микроирригаторов для внутрибрюшных капельных инфузий и постоянной эвакуации патологического экссудата по типу перитонеального диализа.

Каковы показания к хирургическому лечению воспалительных заболеваний внутренних половых органов?

Хирургическое лечение показано при пельвиоперитоните (отсутствии эффекта от терапии в течение 4 ч и более); пиосальпинксе (рис. 5.5), пиоваре, тубоовариальном мешотчатом образовании (угрозе их перфорации, перфорации с развитием пельвио- и перитонита); перитоните; безуспешности консервативной терапии.

Хронические воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов

Каковы особенности течения хронических заболеваний?

Хронические воспалительные процессы органов малого таза необходимо рассматривать как полисистемное заболевание, в основе которого лежат нарушения иммунитета. Именно неадекватность иммунной защиты на местном и системном уровнях - основная причина хронизации про-

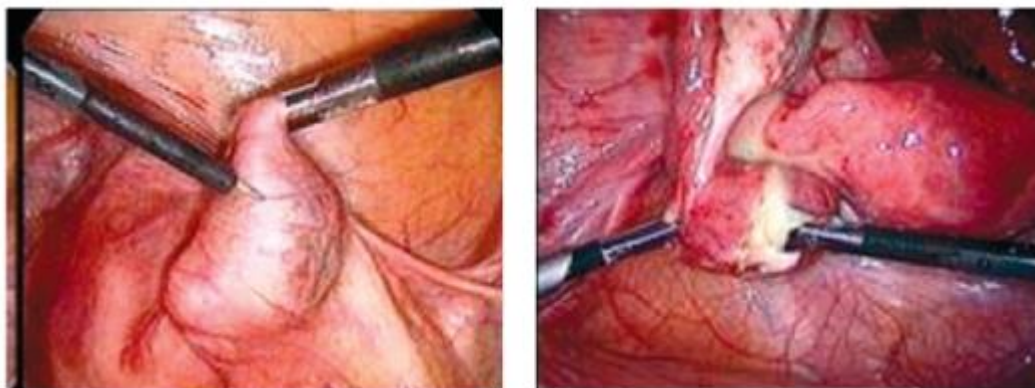


Рис. 5.5. Эндоскопическая картина пиосальпинкса

Источник KingMed.info

цесса. Наиболее важным патогенетическим звеном следует считать прекращение размножения либо полную элиминацию инфекта, вызвавшего ранее острый воспалительный процесс. Это служит патогенетическим обоснованием отказа или ограничения антибактериальной терапии при терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза.

Как протекают иммунные процессы при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза?

В зависимости от типа возбудителя при остром процессе и исходного состояния иммунитета реакция организма при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза может развиваться по двум вариантам: реже - формирование иммунодефицита (снижение концентрации IgA и IgM, лизоцима, и компонентов комплемента, снижение активности В-лимфоцитов, уменьшение числа Т-хелперов, увеличение Т-супрессоров); чаще - развитие патологической гиперергической реакции, способствующей поддержанию воспалительного процесса (увеличение IgG в сыворотке крови, изменение активности цитокинов и значительное повышение иммуноглобулинов всех классов в тканях пораженных органов, особенно накопление IgG на поверхности эпителиальных клеток, выявляется лимфогистиоцитарная инфильтрация и скопление плазматических клеток вокруг желез и кровеносных сосудов эпителия).

Каковы клинические проявления хронического эндометрита и хронического сальпингоофорита?

Клинические проявления хронических воспалительных процессов разнообразны, при этом некоторые симптомы связаны не столько с изменениями в матке и придатках, сколько с нарушением деятельности эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной систем, возникающим вторично.

Наиболее постоянный и характерный симптом - боли. Они, как правило, локализованы в нижних отделах живота и могут иррадиировать в поясничный или крестцовый отделы позвоночника. Боли чаще носят периодический характер и нередко сохраняются после исчезновения признаков воспалительной реакции и могут усиливаться при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, физических и эмоциональных перегрузках.

Как правило, болевой синдром сопровождается изменениями в нервнопсихическом состоянии больных (плохой сон, раздражительность, снижение трудоспособности, быстрая утомляемость).

Следующим важным проявлением хронического воспалительного процесса служит нарушение менструальной функции. Существование стойкого очага воспаления в малом тазу приводит к нарушению МЦ у 45-55% больных, что проявляется в виде мено- и метроррагий, гипоменструального синдрома и вторичной дисменореи.

Нарушения сексуальной функции встречаются в 50-70% случаев и проявляются аноргазмией, вагинизмом, диспареунией.

Нарушением репродуктивной функции страдает около 30% женщин с хроническим эндометритом, что в большинстве наблюдений связано с прерыванием беременности на ранних сроках гестации.

Частота бесплодия у больных хроническим сальпингоофоритом колеблется от 30 до 70% (трубно-перитонеальный фактор).

Источник KingMed.info

У каждой четвертой женщины хроническим сальпингоофоритом и эндометритом отмечаются бели, характер и количество которых может быть различным и связано, как правило, с остротой процесса.

Какие существуют методы диагностики хронического эндометрита?

Диагноз ставится на основании данных анамнеза, особенностей клинического течения заболевания, данных инструментальных и лабораторных методов исследования.

Достоверных данных в отношении двуручного гинекологического обследования при хроническом эндометрите не существует. Обязательно проведение бактериологических исследований, исследование содержимого цервикального канала, уретры, влагалища. Этиологическую значимость других инфектов необходимо определять только количественными методами. Количество инфекта более 10^5 КОЕ/мл позволяет отнести его к возбудителю заболевания.

Четкие УЗИ-критерии хронического эндометрита отсутствуют, хотя хронические воспалительные заболевания тазовых органов сопровождаются определенными структурными изменениями в них. На сегодняшний день для диагностики хронического эндометрита широко используется гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки матки (в первую фазу цикла).

Макроскопические изменения слизистой оболочки тела матки при хроническом эндометрите не всегда одинаковы. Клинико-гистероскопические особенности отражают характер и глубину патоморфологических изменений в эндометрии при хроническом процессе и их связь с клиническими симптомами заболевания. Неравномерное истончение и гипертрофия слизистой оболочки служат результатом двух противоположных компенсаторно-приспособительных механизмов эндометрия в ответ на хронический процесс, который проявляется обильными менструациями. Скудные менструации и белесоватая, тусклая слизистая оболочка матки при гистероскопии свидетельствуют об исходе воспалительного процесса. В ряде случаев при гистероскопии в полости матки могут обнаруживаться внутриматочные синехии. Таким образом, гистероскопия с выскабливанием слизистой оболочки матки и последующим гистологическим исследованием - наиболее достоверный метод диагностики хронического эндометрита.

Гистологическими признаками хронического эндометрита служат инфильтраты, состоящие преимущественно из плазматических клеток, гистиоцитов и нейтрофилов.

Для диагностики хронического эндометрита используется исследование аспирата из полости матки с количественным определением состава иммуноглобулинов. Количественное содержание иммуноглобулинов классов М, А и G в эндометриальном секрете при хроническом эндометрите в 100 раз превышает показатели содержания иммуноглобулинов у здоровых женщин и в 3 раза - при остром эндометрите.

Сопутствующие гинекологические заболевания не влияют на уровень иммуноглобулинов всех трех классов в эндометриальном секрете. Количественное определение иммуноглобулинов всех трех классов в содержимом полости матки - диагностический тест хронического эндометрита.

Какие существуют методы лечения хронических воспалительных процессов половых органов?

При хроническом эндометрите и сальпингоофорите клинический эффект зависит от решения следующих задач:

Источник KingMed.info

- достижение обезболивающего и противовоспалительного эффекта;
- повышение активности компенсаторно-защитных механизмов; профилактика обострения процесса;
- восстановление нарушенных функций половой системы;
- ликвидация вторично возникших полисистемных расстройств и сопутствующих заболеваний.

Один из наиболее важных принципов лечения - строгая обоснованность антибактериальной терапии.

В хронической стадии эндометрита и сальпингоофорита рутинно антибиотики не назначаются.

Антибиотикотерапия показана в двух клинических ситуациях:

- если антибиотики не назначали или использовали неправильно в острой стадии процесса;
- при обострении воспалительного процесса, когда имеются объективные симптомы: экссудация, повышение температуры тела, увеличение СОЭ и количества лейкоцитов, появление С-реактивного белка.

Какие еще лечебные мероприятия входят в комплекс терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза?

В комплекс терапии необходимо включать нестероидные противовоспалительные средства - индометацин (75-100 мг), диклофенак (25-50 мг 2-3 раза в день или по 1 свече на ночь ректально).

В комплекс терапии хронических процессов входят: адаптогены (настойка женьшеня, экстракт элеутерококка, сироп солодкового корня или пантокрин*); биогенные стимуляторы, которые улучшают клеточный метаболизм, трофику и регенерацию тканей.

Из иммуномодуляторов используют интерферон в виде ректальных свечей.

Иммуностимулирующая терапия включает: левамизол, тактивин*, дибазол*. Индукторы эндогенного интерферона - это циклоферон*, виферон*. Хороший эффект получен при использовании пирогенала*, гоновакцины (по стандартным схемам), т.е. при проведении «агрессивной» иммунотерапии, с обострением хронического процесса, установлением микробного возбудителя и дальнейшим подключением антибиотиков.

Целесообразно назначение циклической витаминотерапии: в первую фазу цикла фолиевая кислота 5 мг/сут, витамин Е 100 мг/сут; во вторую фазу аскорбиновая кислота по 200-400 МЕ/сут, витамин Е 200 мг/сут. Курс витаминотерапии проводят 3 мес.

Один из методов лечения хронического сальпингоофорита - плазмаферез. Плазмаферез оказывает детоксикационное, реокорректирующее и иммунокорректирующее влияние.

Нередко течение хронического эндометрита и сальпингоофорита может быть отягчено развитием дисбактериоза. В связи с этим необходимо дополнить базовую терапию препаратами, устраняющими нарушения в микробиоценозе кишечника и влагалища. К таким препаратам относятся бификол*, лакто- и бифидумбактерин и др. (с. 64).

Какие физиотерапевтические мероприятия показаны при воспалительных заболеваниях органов малого таза?

Источник KingMed.info

Обязательным будет применение физиотерапии. При длительности заболевания до 2 лет и ненарушенной функции яичников используют микроволны сантиметрового диапазона или магнитотерапию; если заболевание длится более 2 лет - целесообразно применять ультразвук в импульсном режиме или электрофорез цинка. Для лечения хронического сальпингоофорита широко используют как природные (сероводородные, радоновые, йодобромные ванны, пеллоиды), так и преформированные физические факторы (ультразвук, магнитное поле, лазерное излучение электро- и фонофорез).

Для снятия болевого синдрома используют массаж, при этом проводится сочетанный массаж области живота и пояснично-крестцовой зоны. Кроме перечисленных мероприятий, для успешной ликвидации системных изменений организма женщины, вызванных хроническим эндометритом или сальпингоофоритом, необходима определенная установка личности, направленная на активное преодоление болезни.

Каковы основные направления реабилитации после лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза?

Реабилитация после лечения воспалительных заболеваний органов малого таза - крайне актуальная задача, учитывая что основной контингент пациенток - женщины репродуктивного возраста.

Комплекс реабилитационных мер включает:

- нормализацию биоценоза кишечника и половых органов (достигается дотацией лактобактерий);
- нормализацию функции яичников - достижение двухфазного МЦ (в репродуктивном возрасте);
- планирование семьи (контрацепция, а также предгравидарная подготовка и репродуктивные технологии при необходимости).

Текстовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Какие возбудители считаются основными в этиологии воспалительных заболеваний половых органов на современном этапе?

- 1) аэробная инфекция;
- 2) гонорейная инфекция;
- 3) ассоциации анаэробно/аэробных микроорганизмов;
- 4) вирусная инфекция;
- 5) анаэробная инфекция.

2. Каковы основные пути распространения инфекции?

- 1) парентеральный;
- 2) гематогенный;
- 3) воздушно-капельный;
- 4) лимфогенный;

Источник KingMed.info

5) каналикулярный.

3. Что относится к барьерным механизмам биологической защиты от воспалительных заболеваний половых органов?

- 1) нормальная микрофлора влагалища;
- 2) слизистая пробка цервикального канала;
- 3) особенности строения внутренних половых органов;
- 4) циклическая отслойка функционального слоя эндометрия;
- 5) особенности строения наружных половых органов.

4. Какие фазы выделяют в течение воспалительного процесса?

- 1) альтерац и я;
- 2) секреция;
- 3) пролиферация;
- 4) экссудация.

5. Что относится к воспалительным заболеваниям верхнего отдела полового тракта?

- 1) эндоцервицит;
- 2) сальпингит;
- 3) эндометрит;
- 4) параметрит;
- 5) панметрит.

6. Основными клиническими симптомами воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта являются:

- 1) жжение;
- 2) повышение температуры тела;
- 3) зуд;
- 4) бели;
- 5) нарушение МЦ.

7. Основными методами диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта являются:

- 1) бактериоскопический;
- 2) цитологический;
- 3) бактериологический;
- 4) вирусологический.

8. Основными критериями диагностики бактериального вагиноза являются:

- 1) измерение pH влагалищного отделяемого (<4,5);
- 2) измерение pH влагалищного отделяемого (>4,5);
- 3) отрицательный аминотест;
- 4) положительный аминотест;
- 5) микроскопия мазка с определением «ключевых клеток».

9. Диагностика острых воспалительных заболеваний верхнего отдела полового тракта основывается:

- 1) на характере жалоб;
- 2) данных анамнеза;
- 3) данных гинекологического обследования;
- 4) данных микробиологических, клинических исследований;
- 5) данных иммунологических исследований.

10. Особенности течения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза являются:

- 1) острое начало процесса;
- 2) выраженная гипертермия;
- 3) неадекватность иммунной защиты на местном и системном уровнях;
- 4) элиминация инфекта, вызвавшего острый воспалительный процесс.

11. Исключительно половой путь передачи инфекции характерен:

- 1) для хламидий;
- 2) вируса простого герпеса;
- 3) трихомонады;
- 4) правильные ответы 1 и 3;
- 5) правильные ответы 2 и 3.

12. Основным методом диагностики хронического эндометрита является:

- 1) двуручное гинекологическое обследование;
- 2) эхографическое исследование;
- 3) морфологическое исследование;
- 4) гистероскопия.

13. Принципами лечения хронических воспалительных процессов являются:

- 1) повышение активности компенсаторно-защитных механизмов;
- 2) восстановление нарушенных функций половой системы;

Источник KingMed.info

- 3) широкое применение антибактериальных препаратов;
- 4) достижение обезболивающего эффекта.

14. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:

- 1) склонность к образованию спаек и сращений;
- 2) чаще отмечается ограничение процесса;
- 3) наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота;
- 4) правильные ответы 1 и 2;
- 5) все ответы правильные.

15. Лечение больных хронической гонореей не включает:

- 1) терапию гоновакциной;
- 2) пирогенал;
- 3) санаторно-курортное лечение;
- 4) влагалищные ванночки с 3-5% раствором протаргола;
- 5) инстилляци в уретру 0,5-1% раствора азотнокислого серебра.

16. Критерий излеченности больных гонореей устанавливается после лечения в течение:

- 1) 1 мес;
- 2) 2 мес;
- 3) 3 мес;
- 4) 4 мес;
- 5) 5 мес.

Задачи

17. Женщина, 31 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные боли внизу живота, больше слева; повышение температуры тела до 37,8 °С. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта, без осложнений. Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, бимануальное обследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки справа не определяются, область их безболезненна, слева - пальпируются болезненные, несколько увеличенные в размерах, ограничено подвижные; своды глубокие, выделения из половых путей слизистые. Каков предварительный диагноз? Какова тактика врача?

18. Женщина, 23 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение по поводу неразвивающейся беременности малого срока. В анамнезе 3 медицинских аборта. Было произведено выскабливание матки под контролем гистероскопии. Каков диагноз? Какова дальнейшая тактика врача?

5.2. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Цель занятия: научить студентов диагностике наиболее распространенных форм ИППП, туберкулеза половых органов, изучить эпидемиологию, пути передачи возбудителей, классификацию, клиническую картину, диагностику, лечение основных ИППП и туберкулеза. **Студент должен знать:** эпидемиологию, этиологию, пути передачи возбудителей, патогенез, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику ИППП и туберкулеза женских половых органов.

Студент должен уметь: взять мазок из уретры, цервикального канала, влагалища и прямой кишки на степень чистоты, взять материал для бактериологического и вирусологического исследований, произвести влагалищное обследование. На основании данных общего и специального обследования больной правильно поставить диагноз и выработать тактику лечения.

Место проведения занятия: аудитория, отделение гинекологии.

Оснащение: истории болезни, рентгеновские снимки, ложки Фолькмана, зонд универсальный ЗГБу-«ЦМ+» для взятия материала из цервикального канала и уретры для исследования методом ПЦР на урогенитальную инфекцию, компьютерная презентация по данной теме.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме, разбор истории болезни.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

В последние годы во всем мире отмечается неуклонный рост ИППП, особенно у молодежи в возрасте до 35 лет. Это обусловлено ранним началом половой жизни, наличием многочисленных половых партнеров, определенной свободой сексуальных отношений, несоблюдением мер по профилактике ИППП, учащением случаев самолечения и многими другими факторами.

Каких возбудителей традиционно относили к инфекциям, передаваемым половым путем?

До недавнего времени к ИППП относили только четыре, так называемые венерические, болезни: сифилис, гонорею, трихомониаз, мягкий шанкр.

Какие возбудители относятся к инфекциям, передаваемым половым путем, в настоящее время? См. таблицу 5.2.

Гонорея

Гонорея (от греч. *gonorrhoeia* - истечение семени; син. - триппер, перелой) относится к самым распространенным бактериальным инфекциям. Из всех ИППП гонорея встречается наиболее часто и относится к острым инфекционным заболеваниям: по данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевает не менее 150-180 млн человек.

Каковы основные признаки возбудителя гонореи?

Возбудитель гонореи - гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), относящийся к грамотрицательным парным коккам, по форме напоминает кофейные зерна, которые вогнутой поверхностью обращены друг к другу. Микробы располагаются преимущественно внутриклеточно в лейкоцитах, реже внеклеточно в глубине тканей. Широкое применение антибиотиков привело к изменениям морфологии и биологических свойств гонококка: появились устойчивые гигантские Z-формы, плохо поддающиеся действию пенициллина. Особое эпидемиологическое значение имеет фагоцитоз гонококка трихомонадами. Гонококк не образует экзотоксина. При гибели гонококка выделяется эндотоксин, который вызывает дегенеративно-деструктивные изменения в тканях, развитие спаечных процессов и др.

Таблица 5.2. Возбудители сексуально-трансмиссивных инфекций

| Возбудитель | Наименование заболевания |
|--|--|
| Бактерии | |
| <i>Treponema pallidum</i> | Сифилис |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | Гонорея |
| <i>Haemophilus ducreyi</i> | Шанкрод (мягкий шанкр) |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | Хламидийная лимфогранулема |
| | Урогенитальный хламидиоз |
| <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> | Донованоз (гранулема паховая) |
| <i>M. hominis, M. genitalium,</i> | Микоплазменные инфекции |
| <i>U. Urealyticum</i> | |
| <i>G. Vaginalis;</i> | Бактериальный вагиноз |
| <i>Bacteroides, Prevotella;</i> | |
| <i>Porphyromonas;</i> | |
| <i>Peptostreptococcus;</i> | |
| <i>Mobiluncus;</i> | |
| <i>M. hominis</i> | |
| <i>Shigella species</i> | Урогенитальный шигеллез |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | Инфекции, обусловленные гноеродными бактериями |
| <i>Str. agalacticae</i> (гр. В), <i>pyogenes</i> (гр. А) | |
| <i>E. coli, Proteus, Klebsiella, H. influenzae,</i> | |
| <i>Peptococcus, Peptostreptococcus</i> | |
| Вирусы | |
| <i>Herpes simplex virus</i> | Генитальный герпес |
| <i>Cytomegalovirus hominis</i> | Цитомегаловирусная инфекция |
| <i>Hepatitis B, C virus</i> | Вирусные гепатиты В, С |
| <i>Papillomavirus hominis</i> | Папилломавирусные инфекции |
| <i>Pox virus (Molluscovirus hominis)</i> | Контагиозный моллюск |
| <i>Retro-virus</i> | |
| ВИЧ 1 | ВИЧ-инфекция/СПИД |
| ВИЧ 2 | |
| Простейшие | |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | Мочеполовой трихомониаз |
| <i>Entamoeba histolytica</i> | Амебиаз |
| <i>Lambliia (Giardia) intestinalis</i> | Лямблиоз |
| Грибы | |
| <i>Candida</i> | Урогенитальный кандидоз |
| Эктопаразиты | |
| <i>Phthirus pubis</i> | Лобковый педикулез |
| <i>Sarcoptes scabiei</i> | Чесотка |

Каков основной путь распространения гонорейной инфекции?

Распространение гонорейной инфекции в половых органах женщины происходит в основном по продолжению (*per continuitatem*) или восходящим путем - уретра, шейка матки, эндометрий, маточные трубы, брюшина, чему особенно способствуют менструация, роды, некоторые малые гинекологические операции. Более редко распространяется гонококк и эндотоксин гематогенным и лимфогенным путем.

Как классифицируется гонорея по МКБ-10?

A54. Гонококковая инфекция.

A54.0. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных и придаточных желез.

A54.1. Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных и придаточных желез.

A54.2. Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов.

Гонококковый (-ое): эпидидимит (№ 51.1), воспалительное заболевание тазовых органов у женщин (№ 74.3), орхит (№ 51.1), простатит (№ 51.0).

A54.8. Гонококковый перитонит.

O98.2. Гонорея, осложняющая беременность, деторождение и послеродовой период.

Какова классификация гонореи по топографии?

- Гонорея восходящая.
- Гонорея мочевыделительной системы.
- Гонорея ректальная.
- Гонорея метастатическая.

Какова классификация гонореи по клиническим признакам?

По клиническому течению различают свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея, в свою очередь, делится на острую, подострую и торпидную.

К свежей острой гонорее относят воспалительные заболевания, возникшие не более 2 нед назад. К подострой форме - воспалительные процессы, давность которых составляет 2-8 нед. Для свежей торпидной формы характерны стертые начало и течение воспалительного процесса, при этом в скудном отделяемом из уретры и шейки матки обнаруживаются гонококки.

Что такое хроническая гонорея?

Гонорейное заболевание следует считать хроническим, когда давность заболевания составляет более 2 мес или срок начала заболевания установить не удастся.

Где проходит граница между гонореей нижнего и верхнего отдела полового тракта?

Границей служит условная линия, проходящая через внутренний зев шейки матки.

Каковы основные клинические проявления гонореи?

Гонорея имеет короткий инкубационный период 3-5 дней. У 40-60% женщин, больных гонореей, манифестация заболевания начинается в конце менструации. Клиническая картина заболевания зависит от распространенности процесса (поражение нижнего отдела мочеполовых органов, или восходящая гонорея). При поражении нижнего отдела мочеполовых органов характерны жалобы на гнойные выделения из половых путей, незначительную боль и жжение при мочеиспускании, тупые боли внизу живота. При восходящей гонорее возможно усиление болей внизу живота, отсутствие аппетита, повышение температуры тела. Тяжесть клинических

Источник KingMed.info

проявлений зависит от реакции организма на внедрение возбудителя, длительности заболевания.

Наиболее часто (в 60-90%) встречается торпидная форма. Подобное вялое течение гонореи наблюдается и у полового партнера. Важный фактор стертого течения - гипофункция яичников.

Другой особенностью течения гонореи будет то, что она протекает как смешанная инфекция, обусловленная сочетанием гонококков-трихомонад (70-100%), гонококков-хламидий (70-85%), стафилококков, стрептококков (20-22%), гонококков и вирусов (4-6%).

Каковы особенности гонорейного поражения придатков матки?

Характерной особенностью гонорейного поражения придатков, как и при любом специфическом процессе, служит двусторонний процесс с быстрым переходом на яичники и брюшину малого таза (пельвиоперитонит).

Что необходимо учитывать при подозрении на гонорею?

При подозрении на гонорею следует учитывать:

- возникновение дизурических явлений и белей после начала половой жизни, повторного брака, смены полового партнера, случайного полового контакта;
- наличие гонореи у мужа (партнера) в настоящее время или в прошлом;
- возникновение эндоцервицита у женщин с первичным бесплодием, особенно в сочетании с уретритом, двусторонним воспалением выводящих протоков больших желез преддверия влагалища;
- наличие двустороннего сальпингоофорита в сочетании с эндоцервицитом у небеременевшей женщины;
- наличие в мазке большого количества лейкоцитов, слущенного эпителия, кокков, трихомонад и другой патогенной флоры.

Какова диагностика гонореи?

Диагностика гонореи основана на данных анамнеза, клинических проявлений и лабораторной диагностике. Диагноз ставят только на основании обнаружения гонококков в выделениях из уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки.

Для выявления гонококка используется микроскопическое и культуральное исследование, ПЦР (у девочек и женщин старше 60 лет - только культуральное с определением ферментативных свойств гонококка).

Что такое провокация?

Провокация - искусственное обострение воспалительного процесса с целью обнаружения гонококков. Значительное увеличение секреции после провокации способствует «вымыванию» гонококков из глубины железистых ходов, что улучшает диагностику заболевания. Провокацию проводят до назначения антибактериальных препаратов (!) с учетом возможных осложнений и последствий при их проведении.

Какие существуют виды провокаций?

Существуют следующие виды провокаций:

- физиологическая (менструация);

Источник KingMed.info

- биологическая (применение гоновакцины, пирогенала*);
- механическая (массаж уретры);
- термическая (индуктотермия, диатермия);
- химическая (смазывание слизистой оболочки уретры, цервикального канала, прямой кишки 1% раствором Люголя, 3-5% раствором AgNO₃);
- алиментарная (прием алкоголя, острой/соленой пищи);
- комбинированная.

Из каких отделов мочеполовой системы и когда необходимо брать материал для исследования?

Материал для исследования следует брать из уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки (по показаниям) на 2 предметных стекла, которые окрашиваются метиленовым синим и по Граму.

При физиологической провокации материал берут на 2-4-й день МЦ, после биологической, химической и других - через 24, 48 и 72 ч.

Каковы осложнения гонореи?

Наблюдаются нарушения МЦ, проктит, формирование мешотчатых образований, спаечный процесс в малом тазу, бесплодие. Во время беременности - выкидыш, преждевременные роды. В родах - заражение глаз новорожденного (гонобленорея) и мочеполовых путей девочки.

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику острой восходящей гонореи?

Дифференциальную диагностику острой восходящей гонореи проводят с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов септической и туберкулезной этиологии, а также с экстрагенитальными (острый аппендицит, непроходимость кишечника, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки) и гинекологическими заболеваниями (внематочная беременность, перекрут ножки опухоли яичника, перитонит при разрыве пиосальпинкса, нарушения питания в миоматозном узле).

От чего зависит выбор схем лечения гонококковой инфекции?

Выбор схем лечения гонококковой инфекции зависит от клинической картины и анатомической локализации заболевания, чувствительности штаммов *N. gonorrhoeae* к противомикробным препаратам и ограничений к их назначению, возможности ассоциированной инфекции с другими ИППП, оценки развития побочных эффектов проводимой терапии.

Учитывая устойчивость многих штаммов гонококка к пенициллину, тетрациклину и другим антимикробным препаратам, эти медикаменты больше не рекомендуются для лечения гонореи.

В связи с высоким риском сочетанной гонорейно-трихомонадной и хламидийной инфекции при невозможности проведения диагностики урогенитального хламидиоза лечение следует начинать с назначения противотрихомонадных препаратов, а затем использовать противомикробные препараты, эффективные как в отношении *Chlamydia trachomatis*, так и *N. gonorrhoeae*.

Каково лечение неосложненной гонококковой инфекции нижних отделов мочеполовой системы?

Источник KingMed.info

Под неосложненной гонококковой инфекцией понимают первичную инфекцию слизистой оболочки нижних отделов мочеполовых путей (уретрит - у мужчин и женщин; цервицит, цистит, вульвовагинит - у женщин). На сегодняшний день особое внимание уделяется методикам однократного лечения неосложненной гонореи нижних отделов мочеполового тракта.

Используют следующие препараты:

- цефтриаксон - 250 мг внутримышечно однократно;
- азитромицин - 1 г внутрь однократно;
- офлоксацин - 400 мг внутрь однократно;
- ципрофлоксацин - 500 мг внутрь однократно.

При одновременном выявлении *C. trachomatis* назначают эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки 14 дней или доксициклин по 0,1 г 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней. При беременности рекомендуется джозамицин 0,5 г 4 раза в сутки 14 дней.

Какое проводится лечение осложненной гонококковой инфекции нижнего отдела мочеполовой системы, верхних отделов и органов малого таза?

Лечение данных больных должно осуществляться в стационарных условиях. Тактика терапии зависит от характера клинического течения гонореи. При абсцедировании парауретральных и больших вестибулярных желез наряду с противомикробными препаратами необходимо использовать соответствующие патогенетические, физиотерапевтические и хирургические методы лечения.

Этиологическое лечение осложненной гонококковой инфекции мочеполовой системы и органов малого таза осуществляется цефтриаксоном по 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 ч.

Существуют альтернативные схемы лечения:

- цефотаксим - 1,0 г внутривенно каждые 8 ч;
- канамицин - 1 млн ЕД внутримышечно каждые 12 ч;
- ципрофлоксацин - 500 мг внутривенно каждые 12 ч;
- спектиномицин - 2,0 г внутримышечно каждые 12 ч.

Терапия данными препаратами должна продолжаться не менее 24-48 ч после исчезновения клинических симптомов, далее при необходимости лечение может быть продолжено в течение 7 дней нижеприведенными препаратами:

- ципрофлоксацин - 500 мг внутрь через каждые 12 ч;
- доксициклин - 0,1 г внутрь каждые 12 ч.

Наряду с этим при наличии показаний не исключается проведение патогенетической, симптоматической, иммуномодулирующей терапии.

Что служит критерием излеченности при гонококковой инфекции?

Критерием излеченности служит отрицательный результат бактериоскопического исследования в течение трех МЦ с проведением провокации (гоновакциной) накануне исследования.

Трихомоноз

В чем особенность возбудителя трихомоноза?

Трихомонада принадлежит к группе паразитов, объединенных в класс жгутиковых. Размножаются трихомонады путем деления, обладают большой подвижностью. У человека обнаружено несколько видов трихомонад (влагалищная, ротовая, кишечная), но заболевание вызывает только влагалищная трихомонада. Она более 100 лет назад была впервые идентифицирована как возбудитель вагинитов у женщин, страдающих выделениями из влагалища и его раздражением. Возбудитель был открыт в 1856 г. при исследовании влагалищного содержимого, а в 1870 г. установлена патогенетическая связь трихомонады с воспалением слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Какова частота поражения трихомонозом?

Среди воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов наиболее распространенное - трихомоноз. Трихомоноз диагностируется у 40-80% больных, страдающих гинекологическими заболеваниями. Особенно часто трихомоноз встречается у больных гонореей - до 90%, что объясняется общностью путей заражения. У 86% женщин поражение локализуется в нижнем отделе мочеполовых органов, восходящий процесс - у 14%.

Какова международная статистическая классификация урогенитального трихомоноза?

Выделяют трихомоноз урогенитальный, неосложненный и трихомоноз с осложнениями.

Какова классификация урогенитального трихомоноза по клиническим признакам?

С учетом продолжительности заболевания и его симптомов различают следующие формы урогенитального трихомоноза:

- свежий трихомоноз, в котором выделяют острую, подострую и торпидную формы;
- хронический трихомоноз (торпидное течение и давность заболевания более 2 мес);
- трихомонадоносительство (отсутствие симптомов при наличии трихомонад в содержимом влагалища).

Какова клиническая картина трихомоноза?

Инкубационный период колеблется от 3 дней до 3-4 нед, составляя в среднем 10-14 дней.

Клинически преобладают признаки вагинита и вульвовагинита: зуд, жжение во влагалище, в области наружных половых органов и промежности. Характерно появление из влагалища пенистых гнойных выделений желтого цвета. Больные жалуются на боли при половых сношениях и неприятные ощущения внизу живота. Возможно учащенное болезненное мочеиспускание при поражении мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.

При торпидной форме жалобы на бели, зуд и другие проявления заболевания не выражены или отсутствуют. Стертые признаки воспалительного процесса выявляются лишь при кольпоскопии. Хронический трихомоноз характеризуется длительностью течения и рецидивами заболевания.

Зависит ли клиническая картина заболевания от функциональной активности яичников?

Клиническая картина заболевания во многом зависит от функциональной активности яичников. При возникновении заболевания на фоне их гипофункции наблюдается картина острого процесса, многоочаговость поражения. При достаточной гормональной функции яичников чаще

Источник KingMed.info

поражается только влагалище, воспалительные изменения выражены слабее, картина заболевания носит стертый характер, нередко отмечается трихомонадоносительство.

Что способствует возникновению рецидивов заболевания?

Возникновению рецидивов способствуют нарушения половой гигиены, снижение эндокринной функции яичников, экстрагенитальные заболевания, уменьшающие сопротивляемость организма к инфекции.

На чем основана диагностика урогенитального трихомониаза?

Диагностика урогенитального трихомониаза основана на клинических проявлениях заболевания и обязательного обнаружения трихомонад. Для лабораторной диагностики трихомониаза применяются следующие методы: исследование нативного препарата; бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму; культуральное исследование.

Каковы основные схемы лечения неосложненного урогенитального трихомониаза?

При неосложненном урогенитальном трихомониазе применяют:

- тинидазол - 2,0 г однократно внутрь;
- метронидазол - 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 7 дней;
- орнидазол - 500 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 5 дней.

Каковы основные схемы лечения осложненного урогенитального трихомониаза?

При осложненном урогенитальном трихомониазе применяют:

- метронидазол - 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 3 дней;
- тинидазол - 2,0 г внутрь 1 раз в сутки, в курсовой дозе 6,0 г.

При наличии показаний следует назначать патогенетическую и местную терапию. К местнодействующим препаратам относятся:

- метронидазол - вагинальные шарики, таблетки по 0,5 г 1 раз в сутки интравагинально в течение 6 дней;
- орнидазол - вагинальные таблетки по 0,5 г 1 раз в сутки во влагалище в течение 3-6 дней.

Что служит критерием излеченности при урогенитальном трихомониазе?

Критерий излеченности - стойкое исчезновение трихомонад во всех очагах половых органов (при лабораторном исследовании) в течение 2 мес. У некоторых женщин при отсутствии трихомонад, но продолжающихся выделениях и воспалительных явлениях в различных отделах половых органов показано лечение, применяемое при бактериальном вагинозе.

Урогенитальная хламидийная инфекция

Это одно из наиболее распространенных заболеваний мочеполовой системы человека. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн новых случаев хламидийной инфекции. По мнению различных исследователей, в России ежегодно заболевают свыше 1,5 млн человек. Восприимчивость к хламидийной инфекции приближается к 100%, особенно высока она у лиц, страдающих иммунодефицитом любого генеза. Среди гинекологических больных частота хламидийной инфекции, по данным литературы, достигает почти 40%, а при трубно-перитонеальном бесплодии хламидийная инфекция выявляется в 49% случаев.

В чем заключается особенность возбудителя?

Хламидии - облигатные внутриклеточные паразиты, имеющие оболочку и размножающиеся в клетках цилиндрического эпителия. Цикл их развития уникален и включает две формы существования микроорганизмов (элементарные и инициальные (ретикулярные) тельца).

Элементарное тельце - инфекционная форма возбудителя, адаптированная к внеклеточному существованию.

Инициальное тельце - форма внутриклеточного существования паразита, обеспечивающая репродукцию микроорганизмов.

Что определяет особенности размножения данных микроорганизмов?

Особенности размножения микроорганизмов определяют:

- более длительный, чем при других инфекциях, латентный период между моментом инфицирования и появлением симптоматики;
- незаметное начало малосимптомного течения заболевания, так как признаки воспаления развиваются медленно;
- необходимость длительного лечения, захватывающего 7-8 циклов внутриклеточного размножения возбудителя.

Какая существует классификация урогенитальной инфекции?

В связи с отсутствием общепринятой клинической классификации заболевания представляется целесообразным пользоваться **на практике** при постановке диагноза следующей **терминологией**:

- свежая (неосложненная) хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта;
- хроническая (длительно текущая, персистирующая, рецидивирующая) хламидийная инфекция верхних отделов мочеполового тракта, включая органы малого таза.

Классификация по МКБ-10

A56.0. Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта. A56.1. Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов.

A56.2. Хламидийная инфекция мочеполового тракта, неуточненная. A56.3. Хламидийная инфекция аноректальной области. A56.4. Хламидийный фарингит.

A56.8. Хламидийные инфекции другой локализации.

Что следует отнести к поражениям нижнего отдела мочеполового тракта?

К поражениям нижнего отдела мочеполового тракта относят хламидийный уретрит, парауретрит, бартолинит, вагинит, эндоцервицит. Первичные хламидийные вагиниты встречаются редко, так как хламидии не способны размножаться в многослойном плоском эпителии, а вне клетки высокочувствительны к кислой реакции влагалища. Первичные вагиниты возможны только при изменении гормонального фона у пожилых женщин, беременных и девочек.

Какова клиническая картина хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполового тракта?

Источник KingMed.info

Хламидийные уретриты не имеют специфических проявлений, и больные редко предъявляют жалобы на дизурию, их может беспокоить легкое покалывание при мочеиспускании, умеренные боли внизу живота и паховой области. Температура тела нормальная или субфебрильная. В отдельных случаях хламидии могут вызывать экссудативное воспаление протоков и бартолиниевых желез. Наиболее частым проявлением урогенитальной хламидийной инфекции у женщин будет цервицит с обильными слизисто-гнойными выделениями, появлением воспалительного ореола вокруг цервикального зева с образованием фолликулов (фолликулярный цервицит) и легкой ранимостью в этой области. Из симптомов поражения нижнего отдела урогенитального тракта наиболее характерны: обильные влагалищные выделения, зуд в области вульвы, дизурия; во время беременности - угроза ее прерывания, цистит и пиелонефрит.

Каковы пути распространения восходящей хламидийной инфекции?

Восходящая хламидийная инфекция распространяется:

- каналикулярно - через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы на брюшину и органы брюшной полости;
- лимфогенно;
- гематогенно;
- с участием сперматозоидов.

Какова клиническая картина восходящей хламидийной инфекции?

Хламидийный сальпингит и сальпингоофорит - наиболее частые проявления восходящей инфекции, особенность которых - длительное подострое, стертое течение без склонности к «утяжелению», приводящее при этом к непроходимости маточных труб, внематочной беременности, трубно-перитонеальному бесплодию, спаечному процессу в малом тазу, невынашиванию беременности. Хламидийный процесс может протекать с рецидивами и обострениями.

Чем опасен хламидиоз при беременности?

Хламидиоз цервикального канала в период беременности приводит к инфицированию плода, преждевременным родам, несвоевременному разрыву плодных оболочек, что способствует увеличению заболеваемости и смертности новорожденных.

Каковы основные методы диагностики хламидийной инфекции?

Для выявления хламидийной инфекции используют различные методы как прямого определения возбудителя, так и косвенного серологического исследования:

- ПЦР в качестве скринингового метода. Качественная ПЦР - достаточно дешевый, приемлемый способ диагностики хламидийной инфекции, поскольку хламидии ни при каких обстоятельствах не должны присутствовать в естественном биотопе человека;
- культуральный метод - золотой стандарт - служит наиболее информативным методом (100% чувствительность). Этот метод очень важен при подозрении на персистирующую инфекцию;
- цитоскопический метод - обнаружение цитоплазматических клеток (включений Провачека) с учетом количества лейкоцитов как показателя воспаления;

Источник KingMed.info

- иммуноморфологический метод - основан на обнаружении антигенных субстанций хламидий в эпителии и других тканях путем обработки препаратов специфическими антителами;
 - прямая иммунофлюоресценция - предусматривает прямое выявление антигенов хламидий. Недостаток метода - субъективность оценки результатов;
 - непрямой метод иммунофлюоресценции - основан на обнаружении растворимого антигена хламидий в исследуемых пробах. Выявление в сыворотке крови антител к антигену хламидий классов IgA, IgG, IgM с определением их титра позволяет определить стадию заболевания, обосновать необходимость антибактериального лечения и оценить его эффективность;
 - диагностика хламидий на культуре клеток.
- Верификация хламидийной инфекции основана на положительных результатах двух различных методов исследования, один из которых - ПЦР.

Что будет материалом для исследования при урогенитальной хламидийной инфекции?

Материалом для исследования при урогенитальной хламидийной инфекции служат соскобы со слизистой оболочки уретры, цервикального канала, шейки матки, прямой кишки, конъюнктивы. Забор материала производят ложечкой Фолькмана, специальными тампонами, щеточками или платиновой петлей. Хламидии - внутриклеточные паразиты, поэтому материалом, подлежащим исследованию, является соскоб эпителиальных клеток. Для получения адекватного соскоба важным моментом будет тщательное предварительное удаление слизи ватным тампоном.

Каковы принципы лечения хламидийной инфекции?

Патогенетическая терапия включает:

- эубиотическую терапию;
- воздействие на неспецифическую резистентность организма;
- системную энзимотерапию;
- иммуномодулирующую терапию.

Поскольку хламидии - внутриклеточные паразиты, то выбор препаратов, активных в отношении этого микроорганизма, ограничивается только теми, которые накапливаются внутриклеточно. Такими свойствами обладают тетрациклины, макролиды, фторхинолоны.

Учитывая частое сочетание *C. trachomatis* с трихомонадами и анаэробной микрофлорой, в схему терапии следует включать протистоцидные препараты с антианаэробной активностью - метронидазол.

Для лечения хронической хламидийной инфекции терапию антибиотиками дополняют иммуностимулирующими препаратами.

Каковы критерии излеченности хламидийной инфекции?

Критерии излеченности урогенитальной хламидийной инфекции: отрицательные результаты лабораторного исследования и отсутствие клинических симптомов заболевания.

Контрольные исследования проводят через 6-7 нед после окончания лечения и затем в течение трех МЦ.

Урогенитальная микоплазменная инфекция

Источник KingMed.info

Широкое распространение урогенитальных микоплазм и их частое выявление у практически здоровых (40-80%) лиц затрудняет решение вопроса о роли этих микроорганизмов в этиологии и патогенезе заболеваний урогенитального тракта. Генитальные микоплазмы - комменсалы урогенитального тракта. Носители микоплазм без признаков бактериального вагиноза или вагинита - 30-35% здоровых женщин. Воспалительные заболевания урогенитального тракта, вызываемые микоплазмами, диагностируют тогда, когда все другие причины исключены.

Что представляет собой микоплазма?

Урогенитальные микоплазмы (уреоплазмы и микоплазмы) - самые мелкие свободно живущие прокариоты, занимающие промежуточное строение между бактериями и вирусами и имеющие ряд характерных особенностей:

- отсутствие клеточной стенки;
- мембранный характер паразитирования;
- постоянно изменяющийся антигенный состав;
- способность вызывать иммунопатологические реакции макроорганизма;
- способность к длительной персистенции.

Микоплазмы относятся к абсолютным патогенам, ответственным за развитие определенных нозологических форм (уретрит, послеродовой эндометрит, пиелонефрит, патология беременности и плода, артрит, сепсис и др.). При определенных условиях микоплазмы могут вызывать инфекционно-воспалительные процессы мочеполовых органов только лишь в ассоциации с другими патогенными или условно-патогенными микроорганизмами. **Большинство микоплазм - комменсалы здоровых людей.** Лишь некоторые виды (*M. pneumoniae*, *M. fermentans*, *M. penetrans*) обладают патогенными свойствами. Урогенитальные микоплазмы не относят к патогенным микроорганизмам, передаваемым половым путем, более того, они как симбионты способны размножаться в мочеполовых путях, не вызывая воспалительных процессов, в титре 10^2 - 10^4 КОЕ/мл. Тем не менее микоплазмы, причиннозначимая роль которых в развитии воспалительного процесса не доказана, служат косвенными маркерами дисбиоза влагалища.

Каковы особенности возбудителя микоплазменной инфекции?

Для микоплазм характерна широкая динамическая вариабельность мембранных белков, приводящая к «ускользанию» от иммунного ответа и резистентности к антибактериальной терапии. Но в присутствии специфичных антител происходит значительное ингибирование размножения микоплазм. Микоплазмы обладают выраженной ферментативной активностью (протеолитической, фосфолипазной и т.д.), синергичной с таковой у анаэробов, что в случае ассоциации микоплазм с анаэробными и факультативными бактериями приводит к развитию воспалительного процесса.

Каковы клинические проявления при микоплазменной инфекции?

Клиническая картина неспецифична, чаще всего пациентки отмечают легкий зуд и жжение в области половых органов, длительно существующие бели, дизурические расстройства. Заболевание обычно протекает неостро, характерны значительная устойчивость к проводимой терапии, рецидивирование процесса. При осмотре преобладают обильные жидкие белесые бели, явления цервицита и вагинита.

Какие методы выявления урогенитальных микоплазм используются в клинической практике?

В клинической практике используются:

- микробиологический;
- молекулярно-генетический (метод генетических зондов, ПЦР, ПЦР *Real-time*);
- серологический;
- иммунологический методы.

При инфекциях, ассоциированных с генитальными микоплазмами, для исследования используют мочу, клинический материал уретры, шейки матки, влагалища, секрет предстательной железы, эякулят, околоплодную жидкость, органы плода.

Наиболее эффективны три метода: тест-система *MYCOPLASMA DUO*, ПЦР и культуральный метод. Имеет значение не столько качественная идентификация *M. hominis* и *U. urealyticum*, сколько определение их количественного содержания, чему соответствует тест-система *MYCOPLASMA DUO* - ПЦР *Real-time*.

Каково лечение при микоплазменной инфекции?

В связи с тем что генитальные микоплазмы представляют собой условнопатогенную микрофлору влагалища, решение о необходимости терапии принимает врач в зависимости от клинической ситуации. Лечение назначается только при доказанности одним из методов микоплазменной инфекции как единственной причины патологического процесса. При отсутствии клинических проявлений, изменений лабораторных показателей и выявлении урогенитальных микоплазм в низких титрах ($<10^4$ КОЕ/мл) возможно рассматривать наличие микоплазм как носительство. Антибактериальная терапия не показана.

Для лечения воспалительных процессов, ассоциированных с генитальными микоплазмами, применяются препараты тетрациклинового ряда, макролиды и фторхинолоны. Следует иметь в виду, что *U. urealyticum* устойчивы к аминогликозидам и линкозаминам, а *M. hominis* - к некоторым макролидам. Оба вида проявляют чувствительность к тетрациклинам и фторхинолонам. Однако до 10% штаммов генитальных микоплазм обладают резистентностью к препаратам из группы тетрациклинов и макролидов.

Генитальный герпес

Генитальный герпес, или *герпес половых органов*, - одна из форм герпетической ИППП, представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Свыше 90% населения земного шара инфицировано вирусами простого герпеса (ВПГ).

Герпетические поражения определялись уже в I в. н.э. римскими врачами. Первый случай герпетического поражения половых путей зарегистрирован в 1700 г.

Заражение ВПГ происходит половым путем. Типично заражение плода через плаценту или во время родов от инфицированной матери. Бытовой путь передачи инфекции встречается крайне редко и полностью исключен, если содержащий вирус секрет высыхает.

Что характерно для вируса простого герпеса?

Возбудителем герпетических заболеваний половых органов является ВПГ. Существуют два серотипа вируса: ВПГ-1 и ВПГ-2. ВПГ-1 поражает преимущественно кожу и слизистую оболочку

Источник KingMed.info

губ, глаз, носа и др. ВПГ-2 в основном служит возбудителем специфического воспалительного процесса половых органов.

Какова классификация генитального герпеса? МКБ-10

- А60. Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция.
- А60.0. Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта.
- А60.1. Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки.
- А60.9. Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная.

Клинико-морфологическая классификация:

- первый клинический эпизод первичного генитального герпеса;
- первый клинический эпизод при существующем генитальном герпесе;
- рецидивирующий генитальный герпес (типичная и атипичная формы);
- бессимптомное вирусовыделение.

По степени тяжести:

- легкая - обострение заболевания 3-4 раза в год, ремиссия не менее 4 мес;
- средняя - обострение 4-6 раз в год, ремиссия не менее 2-3 мес;
- тяжелая - ежемесячные обострения, ремиссия не более 6 нед.

Какие факторы способствуют проявлению генитального герпеса?

Факторами, способствующими проявлению и (или) рецидивированию генитального герпеса, будут: снижение иммунологической реактивности, переохлаждение и перегрев организма, интеркуррентные заболевания, медицинские манипуляции, в том числе аборт и введение ВМК.

Чем характеризуются клинические проявления простого герпеса?

Инкубационный период заболевания длится 13-14 дней. Характерная локализация генитального герпеса у женщин - малые и большие половые губы, вульва, клитор, влагалище, шейка матки. Появляются боли и местное раздражение, дизурия, выделения из половых путей. Могут наблюдаться и общие симптомы, такие, как лихорадка, недомогание, головная боль, мышечные боли. Через несколько дней локальная симптоматика нарастает. На месте поражения возникают маленькие болезненные пузырьки, которые в дальнейшем вскрываются с образованием эрозивной поверхности неправильной формы. Полный цикл первичного заболевания продолжается до 3 нед.

Для герпетической инфекции характерно пожизненное носительство вируса в организме, рецидивирующий характер и прогредиентное течение, т.е. появление более тяжелых клинических симптомов с увеличением длительности заболевания.

Какова диагностика простого герпеса?

Диагноз герпетической инфекции основан на обнаружении ВПГ или его антител в сыворотке крови больной. Материал из пораженных органов (влагалище и шейка матки) получают путем поверхностного соскоба, из полости

Источник KingMed.info

матки - методом аспирации, из уретры - в виде мазка. Для диагностики герпетической инфекции используются следующие методы:

- вирусологические методы обнаружения и идентификации ВПГ;
- ПЦР;
- методы выявления антигенов ВПГ: иммунофлуоресцентный и иммуноферментный анализ;
- выявление антител с помощью иммуноферментного анализа;
- цитоморфологический метод;
- методы оценки иммунного статуса.

Каково лечение простого герпеса?

Лечение больных генитальным герпесом, особенно хронических рецидивирующих форм, представляет значительные методические и практические трудности. Это объясняется персистенцией ВПГ в организме, развитием иммунодефицитного состояния, обусловленного недостаточностью различных звеньев иммунной системы и ее неспособностью элиминировать вирус из организма. Главное - иммуномодулирующая терапия, направленная на повышение иммунорезистентности организма, при хронических процессах - герпетическая вакцина, в острых - иммуноглобулин. В качестве базовой терапии показан виферон* - генно-инженерный препарат производства НИИ им. Н.Ф. Гамалея. Лечение заключается в ректальном введении свечей, содержащих 500 МЕ интерферона. Применение во время беременности позволяет добиться не только повышения интерферонового статуса, но и элиминации возбудителя. Препарат выбора - ацикловир. Для лечения больных с неизменной иммунной системой ацикловир назначают в дозе 200 мг 5 раз в день в течение 5-10 дней. Для лечения больных с выраженным иммунодефицитом дозу ацикловира повышают до 400 мг 4-5 раз в сутки в течение 5-10 дней. Эффективность терапии тем выше, чем раньше начато лечение - в продромальном периоде или в 1-е сутки развития клинических проявлений.

Больным ВПГ с умеренно выраженной клинической симптоматикой на коже в ранние сроки развития заболевания назначают 5% крем ацикловира 5 раз в сутки в течение 5-7 дней.

При генитальном герпесе, обусловленном ацикловирустойчивыми штаммами ВПГ, альтернативным препаратом будет фамцикловир.

Папилломавирусная инфекция

Какова эпидемиология папилломавирусной инфекции половых органов?

Папилломавирусная инфекция половых органов обусловлена ВПЧ, относится к ИППП, контагиозна и широко распространена. Некоторые типы способны вызывать РШМ, влагилица и вульвы.

8 октября 2008 г. Нобелевский комитет присудил премию по медицине Харальду цур Хаузену из Германского центра исследования рака в Гейдельберге за открытие роли ВПЧ в РШМ.

Папилломавирусная инфекция половых органов характеризуется полиморфными многоочаговыми поражениями кожи и слизистых оболочек генитального тракта.

Какие выделяют типы вируса простого герпеса?

Источник KingMed.info

ВПЧ относится к семейству паповавирусов. Существует более 200 типов ВПЧ, более 40 из них могут вызвать поражение аногенитальной области. Различают неонкогенные штаммы (*HPV-1, 2, 3, 5*), онкогенные штаммы низкого риска (*HPV-6, 11, 42, 43, 44*) и высокого онкогенного риска (*HPV-16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68*).

Инфицированность одним типом ВПЧ не исключает наличие другого, т.е. штаммы могут сочетаться.

Какова частота папилломавирусной инфекции?

Наибольшая инфицированность ВПЧ у молодых женщин (15-25 лет). До 82% женщин заражаются ВПЧ уже через 2 года после начала половой жизни.

По данным статистики Минздравсоцразвития России, частота выявления остроконечных кондилом (одно из проявлений ВПЧ-инфекции половых органов) составляет 25,2 случаев на 100 тыс. населения. Число же инфицированных в мире за последнее десятилетие увеличилось более чем в 10 раз и составляет 34 млн человек. Папилломавирусная инфекция в виде клинической, субклинической и латентной форм встречается у 30,3% населения европейского региона РФ и у 44,3% пациенток, обращающихся в гинекологическую клинику. В мире частота инфицирования ВПЧ достигает 300 млн человек.

Каковы факторы риска развития остроконечных кондилом?

К ним относят:

- сексуальное поведение (раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, игнорирование использования барьерной контрацепции);
- наличие партнеров, имевших контакты с женщиной-носителем ВПЧ, женщиной, болеющей РШМ;
- ИППП (хламидиоз, гонорея, герпес, трихомониаз и др.);
- снижение иммунитета, стрессы, табакокурение;
- нарушение нормальной микрофлоры влагалища;
- беременность.

Каковы пути передачи вируса папилломы человека?

Передача ВПЧ осуществляется через непосредственный контакт кожных покровов или слизистых оболочек, преимущественно при половом акте, в том числе нетрадиционном (гомосексуальный, орогенитальный, аногенитальный и др.), может передаваться от матери детям, через руки и медицинский инструментарий.

Какова классификация вируса папилломы человека?

МКБ-10

B97.7. Носительство папилломавирусов.

A63.0. Аногенитальные бородавки.

Клинические формы (видимые невооруженным глазом):

- экзофитные кондиломы (остроконечные, опухолевидные или папиллярные, папуловидные и др.);

Источник KingMed.info

- цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) (плоскоклеточные интраэпителиальные поражения):
 - CIN I - слабо выраженная дисплазия;
 - CIN II - выраженная дисплазия;
 - CIN III - тяжелая дисплазия или карцинома *in situ*;
- микроинвазивная плоскоклеточная и железистая карцинома;
- симптоматические CIN;
- субклинические формы (невидимые вооруженным глазом и бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии и (или) цитологическом или гистологическом исследовании);
- латентные формы (отсутствие клинических, морфологических или гистологических изменений при обнаружении ДНК ВПЧ).

Где локализуются основные очаги папилломавирусной инфекции?

Основные очаги папилломавирусной инфекции локализуются на шейке матки, влагалище, вульве, промежности, в перианальной области, уретре и других эпителиальных покровах половых органов.

Какова клиническая картина папилломавирусной инфекции?

Инкубационный период длится от 14 дней до нескольких лет. Это асимптомный период, в течение которого может произойти и самоизлечение, в других случаях носительство ВПЧ приобретает хронический рецидивирующий характер, способствуя сложным для лечения повторяющимся нарушениям биоценоза влагалища, цервицитам и развитию доброкачественных и злокачественных поражений шейки матки.

Инфицирование ВПЧ может приводить к появлению остроконечных кондилом (экзофитных и эндофитных). Экзофитные кондиломы могут быть бессимптомными, беспокойство вызывает косметический дефект, зуд, бели и боли. Эндофитные растут внутри плоского эпителия («плоская кондилома») и часто сочетаются с дисплазией эпителия шейки матки и карциномой *in situ*. Субклинические формы инфекции обычно бессимптомны, однако могут наблюдаться зуд, жжение, бели.

Какие существуют методы диагностики папилломавирусной инфекции?

Наиболее доступными для практики методами диагностики папилломавирусной инфекции считают применение клинко-визуального метода, кольпоскопии, ВПЧ-теста и одного из морфологических методов: цитологического метода (РАР-теста) и гистологического исследования прицельно взятого биоптата шейки матки либо соскоба эндоцервикса.

Что такое Digene-тест?

ВИЧ-тест (ПЦР и (или) Digene-тест) позволяет обнаружить вирусные геномы и определить их тип. Наиболее распространенным методом количественного определения ВПЧ считают *Digene Capture II* (или метод так называемой двойной генной ловушки). Он позволяет определить ту критическую концентрацию вируса или вирусную нагрузку, которая напрямую связана с возможностью малигнизации (5000 геномов). При уровне ДНК ВПЧ выше названной границы вероятность развития патологического процесса велика, ниже - мала.

С чем следует проводить дифференциальную диагностику папилломавирусной инфекции?

Дифференциальную диагностику экзофитных кондилом следует проводить с плоскоклеточными папилломами, псориазом, широкими кондиломами при сифилисе, раковыми опухолями, децидуальными полипами

при беременности и др. Субклинические формы - с другой доброкачественной патологией вульвы, влагалища и шейки матки, дистрофическими процессами, гиперкератозом, вагинитами разной этиологии и др.

Каковы основные цели лечения папилломавирусной инфекции?

- Удаление экзофитных кондилом и атипически измененного эпителия.
- Противовирусная терапия.
- Иммуномодулирующая терапия при обширных и рецидивирующих формах папилломавирусной инфекции.
- Цитостатическая терапия.

Каковы основные этапы ведения ВПЧ-инфицированных женщин?

1 этап - обследование.

2 этап - определение тактики: выбор тактики лечения или наблюдения осуществляется дифференцированно в зависимости от результатов обследования.

Наблюдение возможно при латентной форме папилломавирусной инфекции, вестибулярном папилломатозе.

Лечение у гинеколога необходимо при выявлении клинических или субклинических признаков инфекции и *CIN* I-II степени, у онколога - при *CIN* III.

3 этап - наблюдение.

Какие существуют методы лечения папилломавирусной инфекции?

Немедикаментозный метод: радио-, электро-, крио-, лазероэксцизия. Недостаток лазеро- и криоэксцизии - отсутствие материала для гистологического исследования. При электроэксцизии происходит обугливание тканей.

Радиоволновой метод - наиболее приемлемый с позиции онкогинекологии, так как весь удаленный материал доступен гистологическому исследованию.

Медикаментозный метод - включает лечение противоопухолевыми препаратами, иммуномодуляторами, витаминами, десенсибилизирующими средствами, адаптогенами, антиоксидантами, озоном и т.д. Эффективность такой терапии невысока, но она может использоваться при обширных рецидивирующих поражениях с целью повысить эффективность деструктивной терапии.

Хирургический метод - показан при неоплазиях, гигантских экзофитных кондиломах, а также при всех рубцовых деформациях, разрывах, эктропионах шейки матки.

Какие существуют методы профилактики папилломавирусной инфекции?

Первичная профилактика папилломавирусной инфекции неспецифична и включает в себя:

Источник KingMed.info

- практику защищенных сексуальных контактов (использование барьерных методов контрацепции);
- профилактику ИППП (хламидиоз, гонорея, герпес, трихомониаз и др.);
- здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, прежде всего табакокурения;
- поддержание нормоценоза влагалища;
- соблюдение правил интимной гигиены, использование средств для интимной гигиены с противовирусным эффектом (эпигенинтим®).

Наиболее перспективный метод специфической профилактики ВПЧ-инфекции - это вакцина против ВПЧ 16 и 18 типов, первые результаты клинических испытаний которой свидетельствуют о ее высокой эффективности. Полагают, что вакцинация девочек до начала половой жизни приведет к значительному снижению заболеваемости раком уже через 15-20 лет.

Какие существуют вакцины для профилактики ВПЧ-инфекции?

На сегодняшний день в мире и в РФ зарегистрированы две инактивированные вакцины для профилактики ВПЧ-инфекции - Гардасил® (Нидерланды) и Церварикс® (Бельгия).

Гардасил® - квадριвалентная вакцина против штаммов ВПЧ 6, 11, 16 и 18. Показана девочкам и женщинам от 9 до 26 лет и мальчикам от 9 до 17 лет. Вакцина зарегистрирована более чем в 100 странах мира, почти в 20 странах входит в национальные календари прививок. Вакцинацию Гардасилом® лучше проводить до начала половой жизни, когда вероятность контакта с ВПЧ минимальна. Двухвалентная вакцина Церварикс® применяется против штаммов ВПЧ 16 и 18. Вакцинируют девочек и женщин 10-25 лет.

На сегодняшний день прошла испытания пятивалентная вакцина (Бельгия) против штаммов ВПЧ 16, 18, 31, 33 и 45. Опубликованы данные о ее 100% эффективности в отношении защиты вакцинированных лиц от развития злокачественного процесса шейки матки, вызываемого штаммами ВПЧ 16, 18 и 45, которые ответственны за 85% случаев аденокарциномы - наиболее трудно диагностируемого РШМ.

Цитомегаловирусная инфекция

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) обусловлена ДНК-содержащим вирусом, принадлежащим к группе герпесвирусов. Вирус был идентифицирован в 1956 г., хотя первые сообщения о непонятной болезни появились в научной медицинской литературе более 100 лет назад. Заболевание было впервые описано в 1881 г. ЦМВ - одна из актуальных проблем акушерства и перинатологии и занимает особое место среди внутриутробных инфекций.

Каковы основные характеристики возбудителя цитомегаловирусной инфекции?

ЦМВ - крупный ДНК-содержащий герпесвирус человека 5 типа (род *Cytomegalovirus*, подсемейство *Herpesviridae*).

ЦМВ политропен, многие клетки, органы и ткани человека служат для него мишенями. Входными воротами для первичной инфекции служат слизистые оболочки полости рта (часто слюнные железы). Во время беременности при недостаточных барьерных функциях плаценты возможно внутриутробное инфицирование плода.

Важной особенностью в патогенезе ЦМВ служит иммуносупрессивное действие на весь организм. Механизм иммунопатогенеза при носительстве ЦМВ сложен и до конца не ясен, но доказано, что вирус становится мощным супрессором Т-клеточного иммунитета.

Каковы основные пути распространения цитомегаловирусной инфекции?

ЦМВ - широко распространенный возбудитель. Для его передачи требуется близкий или интимный контакт между людьми с инфицированными средами. Факторами передачи ЦМВ могут быть практически все биологические субстраты и выделения человека, в которых содержится вирус: кровь, слюна, моча, ликвор, вагинальный секрет, сперма, амниотическая жидкость, грудное молоко. Считается, что почти в половине случаев (43-53%) источником ЦМВ для взрослых будут инфицированные дети, которые в течение многих лет выделяют вирус с мочой и слюной.

Какова классификация цитомегаловируса?

МКБ-10

B25. Цитомегаловирусная болезнь.

В зависимости **от времени инфицирования** ЦМВ классифицируют:

- на врожденную;
- приобретенную.

В зависимости **от локализации патологического процесса** выделяют формы:

- висцеральную, локализованное поражение 1-2 органов (сиалоаденит, мононуклеоз, ретинит, пневмония, энцефалит, гепатит, склерозирующий холангиолит, ЦМВ-энтеропатия, язвенно-некротический энтероколит);
- диссеминированную (вирусный сепсис с поражением многих органов и систем).

В зависимости **от клинической картины** ЦМВ подразделяют:

- на латентную;
- субклиническую;
- клинически выраженную (острая, подострая, хроническая) формы.

Как протекает цитомегаловирусная инфекция?

Первичная инфекция обычно малосимптомна или бессимптомна. При латентной и субклинической формах обычно наблюдают неспецифические симптомы, напоминающие легкий грипп (недомогание, субфебрилитет), но, в отличие от ОРВИ, продолжающийся более длительно - 4-6 нед.

При поражении органов малого таза у женщин ЦМВ может протекать субклинически, обнаруживаясь только при лабораторной диагностике и активизируясь во время беременности. Это может приводить к самопроизвольным выкидышам, неразвивающейся беременности, врожденным дефектам развития плода. Воспалительные заболевания половых органов, обусловленные ЦМВ, не имеют специфических симптомов и характеризуются хроническим течением, что затрудняет диагностику и лечение.

Врожденная ЦМВ-инфекция всегда носит генерализованный характер.

Какие методы исследования применяются для выявления цитомегаловируса?

Определение степени вирусурии - определение вирусов в клетках осадка мочи с помощью иммунофлуоресцентных антител.

Источник KingMed.info

Метод ПЦР - определение вирусов в слизи цервикального канала.

Серологические методы - определение антител к вирусам в сыворотке крови пациента.

Каково лечение при цитомегаловирусной инфекции?

Специфического лечения не существует. При выявлении антител вне беременности лечения не требуется, но необходимо контролировать состояние биоценоза влагалища. Физиологическая иммунодепрессия во время беременности может быть фактором риска реактивации латентной ЦМВ, поэтому беременным под контролем титра специфических антител проводят иммуномодулирующую терапию.

ВИЧ-инфекция (вирус иммунодефицита человека), СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита)

Первая информация о синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД, *AIDS* - англ.) появилась в середине 80-х годов прошлого века. Было обнаружено неизвестное до того момента заболевание, при котором взрослые люди страдали от иммунодефицита, который не был врожденным, а был приобретен в зрелом возрасте. С тех пор распространение СПИДа достигло уровня пандемии. По данным ВОЗ, в настоящее время насчитывается около 40 млн больных, а число жертв заболевания за 20 лет его существования близится к 25 млн.

По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (*UNAIDS*), темпы заражения ВИЧ-инфекций не снижаются. Каждую минуту шесть молодых людей на планете заражаются ВИЧ-инфекцией.

69% всех ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом проживают в Африке, 19% в Азии и Австралии, 5% в Северной Америке, 5% в Центральной и Южной Америке и 2% в Европе.

В России официально зарегистрировано около 520 тыс. людей с ВИЧ, или 0,35% населения (2009). Следует отметить, что на один выявленный случай ВИЧ-инфекции приходится 1-2 невыявленных. Эксперты *UNAIDS* полагают, что в России инфицировано около 940 тыс. человек.

Заразность СПИДа, его стремительное распространение и неизлечимость снискали ему славу «чумы XX века», наиболее страшного и непонятного вирусного заболевания современности.

Какова характеристика вируса иммунодефицита человека?

ВИЧ принадлежит к классу ретровирусов. На сегодняшний день известно два типа вируса: ВИЧ-1 распространен во всем мире, ВИЧ-2 - только в Африке. Воспроизведение вирусов происходит только в живых клетках хозяина. С каждым делением инфицированной клетки человека продуцируется и вирусная копия. При репродукции вируса происходит разрушение инфицированных Т-хелперов, снижение эффективности их иммуномодулирующей функции, возникает иммунодефицитное состояние. ВИЧ инфицирует также нервные клетки.

Кто входит в группу риска по ВИЧ-инфекции?

К ним относятся гомосексуалисты, наркоманы, лица, практикующие промискуитет, случайные половые связи, не использующие барьерную контрацепцию, и пр.

В последние годы ВИЧ-инфекция все чаще поражает женщин, на которых приходится от 40 до 70% новых случаев болезни. Среди них растет число «социально благополучных» больных, т.е. не принимающих наркотики, не занимающихся проституцией, а заражающихся от своих мужей, постоянных или случайных половых партнеров.

Чем характеризуется ВИЧ-инфекция?

ВИЧ-инфекция - это заболевание, характеризующееся длительным инкубационным периодом, подавлением клеточного иммунитета, развитием вторичных инфекций и опухолевых поражений, которые, как правило, приводят больных к гибели.

Что означает «синдром приобретенного иммунодефицита»?

Термин «*приобретенный*» указывает на отличие этого заболевания от синдромов врожденного иммунодефицита (как известно, врожденный иммунодефицит обычно генетически обусловлен и встречается очень редко).

Термин «*иммунодефицит*» предполагает серьезное нарушение иммунной системы, ее неспособность сдерживать неукротимый рост популяции микроорганизмов и даже опухолей.

Термин «*синдром*» означает определенную совокупность клинических признаков и патологических состояний, которые на первый взгляд могут показаться не связанными между собой.

Какова классификация ВИЧ-инфекции?

МКБ-10

B20-B24. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

B20. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней.

B21. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований.

В России используют преимущественно **клиническую классификацию** ВИЧ-инфекции (Покровский В.И., 1989).

- Стадия инкубации.
- Стадия первичных проявлений:
 - острая лихорадочная фаза;
 - бессимптомная фаза;
 - персистирующая генерализованная лимфаденопатия.
- Стадия вторичных заболеваний:
 - потеря массы тела менее 10%; поверхностные грибковые, бактериальные или вирусные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы;
 - прогрессирующая потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более 1 мес, «волосистая» лейкоплакия, туберкулез легких, повторные или стойкие бактериальные, грибковые, вирусные и протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, поражение кожи, сопровождающиеся изъязвлениями, повторные или стойкие (продолжительность не менее 2 мес), локализованная саркома Капоши;
 - генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, лимфоидный интерстициальный пневмонит, кандидоз

Источник KingMed.info

пищевода, внелегочный туберкулез, атипичные микобактериозы, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения ЦНС различной этиологии;

- терминальная стадия.

Для практических целей иногда применяют **клинико-морфологическую классификацию** форм СПИДа:

- легочную;
- желудочно-кишечную;
- церебральную;
- диссеминированную.

Каковы основные пути передачи ВИЧ-инфекции?

Вирус СПИДа выделен из всех биологических жидкостей человека, в том числе из крови, семенной жидкости и грудного молока, а также из содержимого влагалища женщин, имевших антитела к этому возбудителю.

Основные пути передачи вируса - половой, парентеральный и перинатальный.

ВИЧ не передается при бытовом контакте, через слюну или через насекомых.

Для акушеров-гинекологов важность проблемы СПИДа состоит прежде всего в том, что вирус передается больной матерью в период беременности (трансплацентарно), во время родов в процессе прохождения через инфицированные родовые пути, во время кормления грудью, а также при тесном контакте, который неизбежен между матерью и новорожденным.

Каковы особенности клинического течения ВИЧ-инфекции?

Особенность ВИЧ-инфекции - длительный, до десятилетий, малосимптомный или бессимптомный период, во время которого полностью сохраняется половая и генеративная функция женщины. В этот период зараженная женщина может стать источником инфекции для половых партнеров, плода, а также для медицинского персонала. С развитием клинической симптоматики иммунодефицита у зараженных женщин возникает ряд специфических гинекологических проявлений, которые имеют диагностическое значение и требуют специфической терапевтической тактики. Начало, течение, исход ВИЧ-инфекции зависят от глубины иммунных сдвигов в женском организме, которые возникают в период беременности, климактерии и в подростковый период, обуславливая специфику заболеваний. Вирус в пораженном организме обнаруживается преимущественно в крови и лимфоидной ткани, а выделяется в достаточных для заражения количествах только со спермой и выделениями из женских половых путей. У женщин острые заболевания ВИЧ-инфекцией проявляются в 90% случаев кандидозом влагалища, в 33% случаев - генитальным герпесом. Эти симптомы могут быть выражены в разной степени у различных больных и длятся от 1 до 3 мес, а потом проходят. В последующий период болезни, продолжающийся много лет, у 70-90% зараженных ВИЧ-инфекция определяется только увеличением лимфатических узлов разных групп. Все эти процессы склонны к рецидивированию и с каждым новым рецидивом протекают все тяжелее. При отсутствии лечения до развития СПИДа и гибели больного обычно проходит 11 лет.

К локальным проявлениям ВИЧ-инфекции на слизистых оболочках половых органов относятся следующие рецидивирующие процессы:

Источник KingMed.info

- кандидоз влагалища с выраженной клинической картиной;
- вирусная герпетическая инфекция аногенитальной области;
- кондилома аногенитальной области, дисплазия слизистой оболочки шейки матки, вызванная ВПЧ;
- контагиозный моллюск наружных половых органов и пограничных участков кожи бедер и живота.

Какие больные будут подозрительными на ВИЧ-инфекцию?

К ним относятся больные с рецидивирующими и затяжными бактериальными инфекциями (сепсис, пневмония, менингит, абсцессы внутренних органов), диссеминированным кокцидиомикозом и гистоплазмозом, трихомонадным сепсисом и другими заболеваниями, развивающимися на фоне подавления иммунитета.

Как диагностируют ВИЧ-инфекцию?

При диагностике учитывают данные эпидемиологического анамнеза, клинических симптомов. Применяют выделение ВИЧ (используют первичные культуры мононуклеарных лимфоцитов и перевиваемые линии Т- и В-лимфоцитов) и обнаружение антител к ВИЧ (иммуноферментный анализ, иммуноблоттинг, иммунофлуоресценция, радиоиммунопреципитация, агглютинация).

Обнаружение антигенов ВИЧ в исследуемом материале основано на тех же принципах, что и определение антител. Однако существующие методы не позволяют регулярно обнаруживать антигены в материалах, полученных от больных, в связи с их низким содержанием.

Каковы особенности лечения ВИЧ-инфекции?

Главная цель антиретровирусной терапии - остановить репликацию вируса в клетке, сохранить или даже восстановить иммунную систему. На сегодняшний день интенсивно разрабатывается проблема специфического лечения ВИЧ-инфекции. Весь комплекс используемых лечебных мероприятий не обеспечивает выздоровления, но позволяет облегчить состояние больных, ослабить выраженность клинических проявлений и даже продлить жизнь на десятки лет. Общими принципами терапии ВИЧ-инфекции будут предупреждение прогрессирования болезни, сохранения состояния хронической вялотекущей инфекции, диагностика и лечение оппортунистических болезней. Современные лекарственные средства и мероприятия, применяемые при ВИЧ-инфекции, можно подразделить на этиотропные, патогенетические и симптоматические.

Оказание специализированной акушерской и гинекологической помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией производится в гинекологических стационарах Центра (областного или регионального значения) по борьбе со СПИДом, где имеется соответствующий объем исследований и определяется тактика лечения.

В чем заключается профилактика ВИЧ-инфекции?

На сегодняшний день специфической профилактики ВИЧ-инфекции (вакцины) не существует. Снижению числа ВИЧ-инфицированных способствуют меры личной защиты. Больные с ВИЧ-инфекцией входят в группы риска других ИППП, поэтому и «язвенные» ИППП (сифилис, герпес, шанкرويد), и «неязвенные» (хламидиозы, гонорея, трихомониаз) увеличивают риск инфицирования ВИЧ в 3-5 раз. Именно поэтому особо важны меро-

Источник KingMed.info

приятия по пропаганде здоровых половых отношений, изменению сексуального поведения и созданию условий для безопасного секса.

Со стороны системы здравоохранения большое значение приобретает санитарно-просветительная работа врачей разных специальностей, в том числе акушеров-гинекологов, скрининг заболеваемости в условиях амбулаторного и стационарного лечения по любому поводу.

Туберкулез половых органов

Туберкулез - общее инфекционное заболевание, одним из местных проявлений которого служит поражение половых органов. Туберкулез встречается у 0,8-2,2% гинекологических больных и у 18-25% женщин с хроническими воспалительными заболеваниями. Несмотря на меры, принимаемые в России и большинстве стран по профилактике и активному выявлению туберкулеза, количество пациентов с урогенитальными формами этого заболевания, очевидно, в ближайшее время уменьшаться не будет. Основная причина этого феномена - вторичность туберкулеза половых органов и органов мочевой системы.

Туберкулез половых органов - проявление гематогенного процесса. Источником метастазирования в половые органы может быть любой туберкулезный очаг: чаще всего легкие, реже - почки, суставы, кишечник, лимфатические узлы.

Когда обычно возникает туберкулез половых органов?

Возникает туберкулез половых органов обычно в детском возрасте, а впервые проявляется в период полового созревания или позже. Диагностируется заболевание в основном у женщин репродуктивного возраста (20-35 лет).

Какова частота локализации туберкулеза половых органов?

Туберкулез может поражать все отделы половой системы. Однако по частоте локализации процесса на первом месте стоят маточные трубы (80-90%). Частое поражение ампулярных отделов маточных труб обусловлено анатомическими особенностями (извилистость, складчатость слизистой оболочки), а также характером кровоснабжения труб (богатая капиллярная сеть, анастомозы между маточной и яичниковой артериями, создающие условия для замедленного кровотока и оседания микобактерий туберкулеза); затем матка, преимущественно эндометрий (35-50%), яичники (1-12%); значительно реже встречается туберкулез шейки матки, влагалища, вульвы (0,5-9%).

Какова классификация туберкулеза половых органов? МКБ-10

N74.0 (A18.1). Туберкулезная инфекция шейки матки.

N74.1 (A18.1). Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии.

Различают также первичный и вторичный туберкулез половых органов.

Туберкулез половых органов классифицируют **по локализации патологического процесса**: придатков, матки, шейки матки, влагалища, вульвы.

По клиническому течению: острый, подострый и хронический.

По бактериовыделению в менструальной крови или в содержимом белей: БК+ (с выделением микобактерий) и БК- (без выделения микобактерий).

Какими изменениями в органах сопровождается туберкулез?

Туберкулезный процесс в любом органе проходит несколько фаз:

- инфильтрацию;
- рассасывание;
- рубцевание;
- обызвествление.

Каковы основные клинические проявления туберкулеза женских половых органов?

Туберкулезный процесс характеризуется длительным хроническим течением. Часто начало половой жизни ведет к первому обострению латентно протекавшего процесса. Острое течение заболевания встречается редко. Общие симптомы, наблюдаемые при туберкулезе половых органов, многообразны и сходны с симптомами туберкулеза любой локализации.

Характер и локализация болей при туберкулезе половых органов могут быть разнообразными. Наиболее характерны боли внизу живота тянущего характера, возможны рецидивирующие приступообразные боли.

Нарушения МЦ при туберкулезе половых органов встречаются у 25-50% больных и зависят от поражения эндометрия и расстройства функции яичников. Нарушения цикла могут проявляться альгодисменореей, гипоменореей, менометроррагиями, первичной и вторичной аменореей.

Одним из наиболее постоянных симптомов туберкулеза половых органов служит бесплодие, чаще первичное (70-90%), реже вторичное. Иногда бесплодие будет единственной жалобой больных при обращении к гинекологу.

Какова диагностика туберкулеза женских половых органов?

Рентгенологические методы исследования при туберкулезе половых органов позволяют уточнить первичный очаг и этиологию, но не активность специфического воспаления.

Гистеросальпингография выявляет признаки, характерные для туберкулеза: ригидные маточные трубы, сегментированные, с дивертикулами и негомогенными тенями в дистальных отделах (маточная труба в виде «четок»); при туберкулезном эндометрите - деформацию или облитерацию полости матки.

Из лабораторных методов используют: бактериоскопическое и бактериологическое исследования смыва, аспирата из полости матки, пунктата заднего свода влагалища (с цитологическим исследованием перитонеальной жидкости), менструальной крови с проведением туберкулиновой пробы, морфологическое исследование, определение С-реактивного белка, иммуноферментный анализ с туберкулезным антигеном.

С целью уточнения распространенности процесса и состояния забрюшинных лимфатических узлов используют прямую лимфографию.

В диагностике туберкулеза половых органов широко используются УЗИ и лапароскопия, результаты которой дополняют результаты рентгенологического исследования, позволяют уточнить анатомические изменения во внутренних половых органах и лимфатических узлах брыжейки. Лапароскопия позволяет оценить распространенность и выраженность спаечных процессов в малом тазе, характер спаек.

Каковы принципы лечения больных туберкулезом?

Принципы лечения больных туберкулезом.

- Лечение должно быть ранним и своевременным. На ранних стадиях туберкулезного процесса больного можно вылечить, полностью сохранив функцию пораженного органа.
- Лечение должно быть длительным. Выздоровления больного туберкулезом удастся добиться в среднем через 1-2 года после начала терапии.
- Необходима преемственность в лечении больных, связанная с необходимостью длительной терапии (стационар - санаторий - диспансер).
- Лечение должно быть комплексным. Химиотерапию нужно сочетать с патогенетическими методами воздействия, направленными на уменьшение степени выраженности воспалительной реакции, предупреждение и рассасывание спаечных процессов, устранение обменных и гормональных нарушений.
- При проведении химиотерапии необходимо правильно выбрать комбинацию химиопрепаратов с учетом их туберкулоостатической активности и применять их в оптимальной суточной дозе.

От чего зависит выбор режима химиотерапии (доза, комбинация препаратов, метод введения, ежедневный или интермиттирующий прием)?

- От клинической формы и фазы заболевания, активности распространенности процесса, бациллярности, чувствительности выделенной культуры к антибактериальным препаратам.
- От того, впервые выявлено заболевание или было диагностировано ранее, и получала ли больная антибактериальное лечение.
- От общего состояния организма, наличия сопутствующих заболеваний, как гинекологических, так и экстрагенитальных, от возраста больной.

Какие препараты обладают наиболее высокой бактериоскопической активностью?

Наиболее высокой бактериоскопической активностью обладает изониазид. На сегодняшний день это основной препарат в химиотерапии туберкулеза. Второе место по бактериоскопической активности занимает рифампицин.

Каковы показания к оперативному лечению?

Среди больных туберкулезом половых органов 25-30% нуждаются в оперативном лечении, которое показано при неэффективном консервативном лечении, наличии туберкуломы в придатках матки, тубоовариального воспалительного образования с плотной фиброзной капсулой, сактосальпинксов, свищей, а также при сочетании туберкулеза половых органов с миомой матки, эндометриозом, кистами яичников, требующими оперативного вмешательства.

От чего зависит тактика врача в послеоперационном периоде?

В послеоперационном периоде тактика врача зависит от характера обнаруженных во время операции морфологических изменений, объема оперативного вмешательства и распространенности воспалительного процесса. Для профилактики послеоперационных осложнений (активизация специфического процесса, диссеминация инфекции) назначают противотуберкулезные препараты на 6 мес и более.

Какова профилактика туберкулеза женских половых органов?

Источник KingMed.info

Основные профилактические мероприятия - раннее активное выявление больных с помощью флюорографических обследований и вакцинопрофилактика, которые преследуют ряд целей:

- профилактику туберкулезного заражения половых органов;
- общую профилактику туберкулезной инфекции;
- профилактику диссеминации в половой сфере при первичном или вторичном периоде;
- профилактику прямой восходящей половой инфекции;
- профилактику активизации туберкулезных очагов в половых органах под влиянием различных факторов внутренней и внешней среды;
- профилактику специфического заражения, исходящего из туберкулезных очагов в половых органах.

Каковы критерии излеченности туберкулеза? Критериями эффективности лечения служат:

- исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления в пораженном органе;
- стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное культуральным исследованием материала;
- регрессия рентгенологически определяемых проявлений туберкулезного воспаления (деструктивных и инфильтративных) и формирование минимально возможных остаточных изменений;
- восстановление функциональных возможностей и трудоспособности больного в максимально возможном объеме.

Тестовые задания

1. Гонорейная инфекция распространяется преимущественно:

- 1) контактно;
- 2) интраканаликулярно;
- 3) лимфогенно;
- 4) гематогенно;
- 5) периневрально.

2. При восходящей гонорее поражаются:

- 1) парауретральные железы;
- 2) уретра;
- 3) влагалище;
- 4) канал шейки матки;
- 5) маточные трубы.

3. Гонококк характеризуется:

- 1) округлой формой;

Источник KingMed.info

- 2) положительной окраской по Граму;
- 3) внутриклеточным расположением;
- 4) тропностью к многослойному плоскому эпителию;
- 5) выделением экзотоксина.

4. Материал для мазков на гонококк берут:

- 1) из уретры;
- 2) цервикального канала;
- 3) влагалища;
- 4) прямой кишки;
- 5) полости матки.

5. Диагноз гонореи может быть установлен на основании:

- 1) бимануального осмотра;
- 2) обнаружения в мазках из половых путей диплококков, расположенных парами;
- 3) отрицательной окраски кокков по Граму;
- 4) расположения бактерий внутри клетки;
- 5) цитологического исследования.

6. Наиболее эффективным методом идентификации гонококка является:

- 1) серологический;
- 2) культуральный;
- 3) бактериоскопический;
- 4) иммунофлуоресцентный;
- 5) биологическая провокация с последующей бактериоскопией.

7. К методам провокации гонореи относят:

- 1) массаж уретры;
- 2) массаж матки и ее придатков;
- 3) применение гоновакцины в количестве 500 млн микробных тел;
- 4) смазывание уретры и шейки матки 0,5% раствором нитрата серебра;
- 5) применение тепловых преформированных и естественных физических факторов.

8. Критериями излеченности гонореи являются:

- 1) отсутствие жалоб;
- 2) отсутствие лейкоцитоза в крови;
- 3) отсутствие в мазках гонококков после окончания курса лечения;

Источник KingMed.info

4) отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни менструации, в течение трех МЦ после окончания курса лечения и проведения комбинированной провокации;

5) отсутствие анатомических изменений в придатках матки.

9. Для генитальной хламидийной инфекции характерны:

1) обильные жидкие выделения из половых путей с неприятным запахом;

2) преимущественное поражение шейки матки и маточных труб;

3) склонность к хроническому и рецидивирующему течению;

4) высокая частота бесплодия;

5) устойчивость к антибиотикотерапии.

10. Для лечения генитальной хламидийной инфекции применяют:

1) антибиотики группы макролидов;

2) бета-лактамы антибиотики;

3) антибиотики тетрациклинового ряда;

4) иммуностимуляторы;

5) цефалоспорины.

11. К основным клиническим симптомам трихомонадного кольпита относятся:

1) обильные пенистые бели;

2) зуд и жжение в области наружных половых органов;

3) диспареуния;

4) ациклические кровянистые выделения;

5) бесплодие.

12. Туберкулез внутренних половых органов наиболее часто выявляют:

1) в периоде детства;

2) пубертатном периоде;

3) репродуктивном периоде;

4) пременопаузальном периоде;

5) любом из перечисленных выше периодов.

13. При туберкулезе половых органов первичный очаг наиболее часто локализуется:

1) в легких;

2) костях;

3) мочевыделительной системе;

4) лимфатических узлах;

5) матке.

14. При туберкулезе половой системы женщины наиболее часто поражаются:

- 1) наружные половые органы;
- 2) влагалище;
- 3) матка;
- 4) маточные трубы;
- 5) яичники.

15. Основным клиническим симптомом туберкулезного поражения придатков матки является:

- 1) аменорея;
- 2) менометроррагия;
- 3) хроническая тазовая боль;
- 4) первичное бесплодие;
- 5) вторичное бесплодие.

16. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:

- 1) обнаружение ключевых клеток;
- 2) понижение pH влагалищного секрета;
- 3) повышение pH влагалищного секрета;
- 4) положительный аминотест белей;
- 5) отрицательный аминотест белей.

17. Вирусная инфекция половых органов характеризуется:

- 1) половым путем инфицирования;
- 2) высокой контагиозностью;
- 3) преимущественным поражением маточных труб;
- 4) рецидивирующим течением;
- 5) высоким онкогенным потенциалом возбудителей.

18. Основной клинический симптом бактериального вагиноза - это:

- 1) зуд наружных половых органов и промежности;
- 2) диспареуния;
- 3) обильные бели с неприятным запахом;
- 4) дизурия;
- 5) тазовая боль.

19. Для гонорейного сальпингита характерны:

Источник KingMed.info

- 1) дебют заболевания в первую фазу МЦ;
- 2) двустороннее поражение придатков матки;
- 3) отсутствие активации острофазных показателей крови;
- 4) многоочаговость поражения;
- 5) быстрый эффект от антибактериальных препаратов.

20. Клиническими симптомами трихомониаза являются:

- 1) сукровичные бели;
- 2) бели желтоватого цвета и зуд вульвы;
- 3) бели желтоватого цвета без зуда вульвы;
- 4) лейкорей;
- 5) диспареуния.

Задачи

21. Больная, 18 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 6-й день МЦ, когда появились указанные выше симптомы. Объективно состояние удовлетворительное, пульс 96 в минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Гинекологический статус: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. При бактериоскопии мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно. Каковы диагноз и тактика врача женской консультации?

22. К врачу женской консультации обратилась пациентка, 26 лет, с жалобами на ноющие боли внизу живота, нарушение МЦ, бесплодие. Боли беспокоят в течение года. Менструации с 17 лет, редкие, скудные; умеренно болезненные. Половая жизнь с 20 лет. Замужем. От беременности не предохраняется, беременностей не было. Семейный анамнез отягощен - у бабушки туберкулез легких. Объективно: кожные покровы бледные, температура тела 37,3 °С, пульс 82 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: шейка матки коническая, чистая, наружный зев точечный. Тело матки уменьшено в размерах, ограниченно подвижное, безболезненное, плотное. Придатки с обеих сторон болезненные, несколько увеличены, плотной консистенции, малоподвижны. Боковые своды несколько укорочены. Выделения слизистые, умеренные. Каковы предварительный диагноз и тактика врача женской консультации?

Глава 6. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания женских половых органов

6.1. КИСТЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Цель занятия: ознакомить студентов с патогенезом, клинической картиной, диагностикой и принципами лечения кист половых органов. **Студент должен знать:** патогенез, клиническую картину, диагностику и лечение кист наружных половых органов, влагалища и шейки матки.

Студент должен уметь: на основании анамнеза, клинической картины, осмотра наружных половых органов, осмотра с помощью зеркал, вагинального обследования правильно поставить диагноз и выработать тактику ведения больной.

Место проведения занятия: аудитория, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, видеофильмы, компьютерные презентации по теме.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме. Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое киста?

Кистой (cystis) называется тонкостенная патологическая полость, заполненная жидким содержимым. Кисты встречаются во всех отделах мочеполового тракта женщины.

Какие бывают кисты?

Различают кисты *регенерационные (retentio - задержка)*, которые образуются из-за задержки секрета в результате облитерации выводного протока железы, *рамолиционные (ramollitio - размягчение)* - от распада тканей (при кровоизлияниях, некрозах), *эмбриональные* (морганиевы гидатиды) и *паразитарные* (эхинококковая киста).

За счет чего киста увеличивается в размерах?

Увеличение кисты в размерах происходит за счет накопления секрета, стенка же кисты, подвергаясь давлению изнутри, растягивается, истончается, эпителий атрофируется и исчезает.

Каково различие между кистами и истинными опухолями?

Различие между кистами и истинными опухолями в том, что последние увеличиваются за счет клеточной пролиферации, а кисты - за счет объема жидкого содержимого.

Какие бывают кисты в области наружных половых органов?

Кисты в области наружных половых органов могут возникать в сальных и потовых железах. Они имеют небольшие размеры - диаметром 2-3 см. Кисты, развивающиеся из сальных желез, называются **атеромами**. Небольшие кисты могут появиться из парауретральных желез и располагаются сбоку от уретры. Крайне редко встречается киста из влагалищного отростка брюшины, когда в эмбриональном периоде этот отросток не подвергается обратному развитию

Источник KingMed.info

и образуется полость, называемая **дивертикулом Нука**. Эта киста располагается в верхней трети большой половой губы, доходит до пахового канала, имеет продолговатую форму, иногда достигает размера диаметром 7-8 см. Она подлежит оперативному лечению.

Какая киста наружных половых органов имеет наибольшее практическое значение?

Наиболее часто в области наружных половых органов встречаются кисты больших желез преддверия влагалища (бартолиниевых желез). Эти кисты развиваются в результате закупорки, стеноза или зарращения выводного протока железы. Содержимое кисты прозрачное, тягучее, желтоватой или коричневатой окраски, размер кисты диаметром от 3 до 7 см.

Какова клиническая картина кисты большой железы преддверия влагалища?

Киста большой железы преддверия влагалища может быть односторонней и двусторонней, и располагается она в толще нижней трети больших половых губ.

При незначительных размерах кисты больные жалоб не предъявляют и за медицинской помощью не обращаются. При больших размерах кисты больные отмечают чувство тяжести в области наружных половых органов, затруднение при ходьбе и половом акте.

Каково лечение кисты большой железы преддверия влагалища?

Лечение - оперативное.

Какие методы оперативного лечения применяются?

Первый метод - **вылушивание кисты острым путем из ее ложа** (рис. 6.1). В проекции кисты делается разрез с внутренней поверхности большой половой губы в нижней ее трети (анатомическое расположение бартолиниевой железы). При вылушивании необходимо тщательно удалить всю капсулу, так как при оставлении части ее возникает рецидив. Ложе удаленной кисты зашивают погружными кетгутовыми швами, края раны - отдельными узловатыми кетгутовыми швами.

Второй метод - **марсупиализация** (восстановление проходимости) выводного протока бартолиниевой железы (рис. 6.2). После разреза в капсуле

кисты иссекается «окошко», и края капсулы отдельными кетгутовыми швами соединяются с краями кожной раны. Таким путем восстанавливается проходимость выводного протока железы, наружное отверстие которого постепенно, в течение 3-5 нед, уменьшается до нормальных размеров.

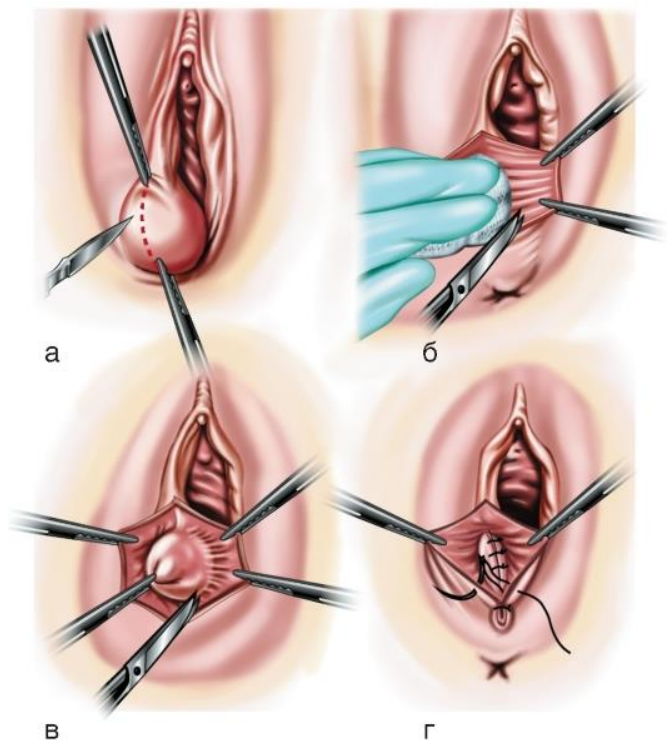


Рис. 6.1. Удаление кисты большой железы преддверия: а - проведение разреза кнаружи от малой половой губы; б - натяжение и пересечение соединительнотканых тяжей клетчатки; в - продолжение выделения кисты; г - зашивание кожи

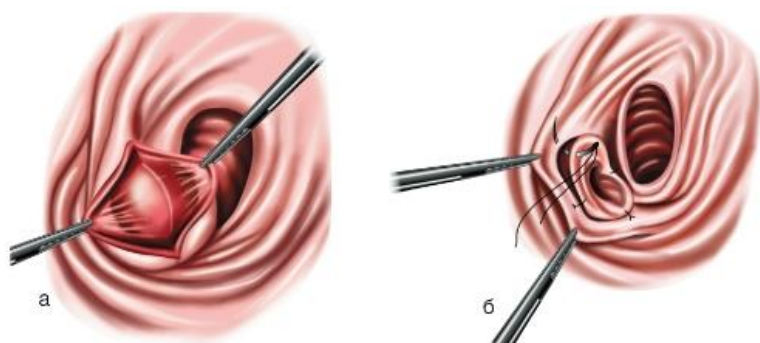


Рис. 6.2. Восстановление проходимости выводного протока большой железы преддверия: а - начало операции; б - соединение стенки кисты

Кисты влагалища

Кисты на стенке влагалища встречаются редко - в 1-2% случаев. Слизистая оболочка влагалища желез не имеет, но кисты могут развиваться из продуцирующих секрет остатков эмбрионального эпителия продольных протоков придатка яичника (мюллеровых и гартнеровых ходов).

Какова локализация кист влагалища?

Кисты влагалища обычно располагаются вдоль боковых стенок влагалища, чаще - в верхнем его отделе.

Какова клиническая характеристика кист влагалища?

Как правило, кисты влагалища однокамерные, редко - многокамерные, округлой формы, с гладкой поверхностью, мягкоили тугоэластической консистенции. Содержимое кист - прозрачная

Источник KingMed.info

слизистая жидкость, иногда коричневатая в результате кровоизлияния. Величина ретенционных кист влагалища колеблется от 1 до 9-10 см в диаметре.

Что такое киста гартнерова хода?

Киста гартнерова хода - это эмбриональное образование из остатков мезонефрального (вольфова) протока, может достигать больших размеров, уходя глубоко в параметральную клетчатку, что необходимо помнить при удалении этих кист (рис. 6.3).

Какова симптоматика кисты влагалища?

Обычно протекает бессимптомно, только при больших размерах отмечаются затруднение и болезненные ощущения при половом акте.

Каковы методы диагностики кист влагалища?

Диагностика кист влагалища проста. Диагноз ставится на основании данных влагалищного исследования и осмотра в зеркалах. Дифференцировать кисты влагалища следует от опущения стенок влагалища и заболеваний

мочевыделительной системы (дивертикул уретры).

Каковы методы лечения кист влагалища?

Лечение кист влагалища только хирургическое - вылушивание кисты.

Кисты шейки матки

Каковы особенности кист шейки матки?

Кисты шейки матки по происхождению ретенционные, обычно имеют небольшие размеры - диаметром от 0,2 до 3 см. Возникают в результате закупорки протоков желез, тонкостенные, с прозрачным содержимым. Такие кисты, по имени автора Набота, первым их описавшего, называются наботовыми яичками (*ovula Nabothii*) (рис. 6.4). Крайне редко в боковых отделах шейки матки встречается ретенционная киста из гартнерова хода, при ее удалении производится операция вылушивания кисты, следует помнить об опасности повреждения маточных сосудов и мочеточника, так как такая киста нередко проникает в широкую маточную связку.

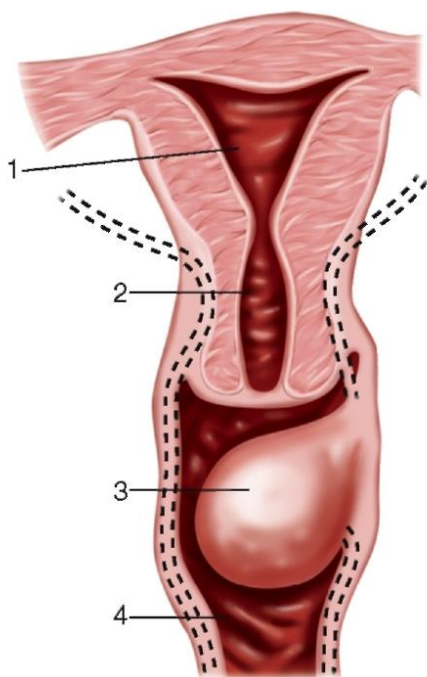


Рис. 6.3. Киста влагалища из гартнерова хода: 1 - полость матки; 2 - цервикальный канал; 3 - киста; 4 - влагалище

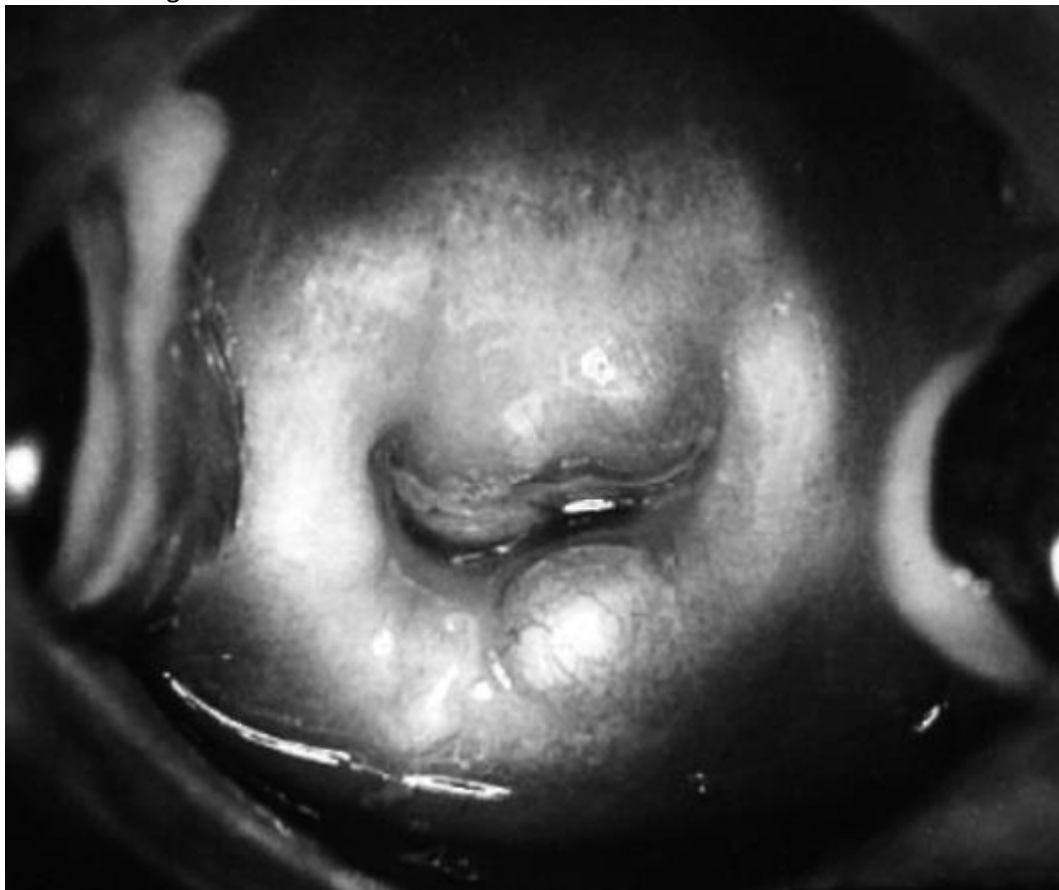


Рис. 6.4. Кисты шейки матки

Каковы методы лечения кист шейки матки?

При небольших размерах кист можно ограничиться наблюдением, при значительных размерах проводят крио- и лазеродеструкцию, в настоящее время отдают предпочтение радиохирургическому методу.

Кисты маточных труб

Эти кисты практического значения не имеют. Нередко обнаруживаются во время операции на ампулярных отделах труб маленькие кисты - морганиевы гидатиды, которые происходят из остатков гартнерова хода. Удаляют их попутно при операциях на трубах и яичниках.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Кисты продольного протока придатка яичника (гартнерова хода) образуются:

- 1) из рудимента протока первичной почки;
- 2) рудимента парамезонефрического (мюллерова) протока;
- 3) рудимента урогенитального синуса;
- 4) парауретральных ходов;
- 5) закладки первичной почки.

2. Параовариальная киста образуется:

Источник KingMed.info

- 1) из вольфова протока;
- 2) мюллерова протока;
- 3) гартнерова протока;
- 4) пронефроса;
- 5) уrogenитального синуса.

3. К врожденным кистам относятся:

- 1) ретенционная киста шейки матки;
- 2) киста яичника;
- 3) киста гартнерова хода;
- 4) параовариальная киста;
- 5) «шоколадная» киста.

4. Киста большой железы преддверия влагалища возникает:

- 1) в сальных железах вульвы;
- 2) потовых железах вульвы;
- 3) парауретральных железах;
- 4) из влагалищного отростка брюшины;
- 5) бартолиниевых железах.

5. Киста большой железы преддверия влагалища образуется в результате:

- 1) облитерации выводного протока и задержки секрета;
- 2) распада тканей;
- 3) нарушения эмбриогенеза;
- 4) паразитарных заболеваний;
- 5) травмы вульвы.

6. Киста гартнерова хода образуется:

- 1) из парамезонефрального протока;
- 2) вольфова протока;
- 3) мюллерова протока;
- 4) мезонефрального протока; 4) аллантаоиса.

7. К истинным опухолям яичника относятся:

- 1) фолликулярная киста яичника;
- 2) киста желтого тела;
- 3) параовариальная киста;

Источник KingMed.info

- 4) фиброма;
- 5) андробластома.

8. Кисты шейки матки образуются в результате:

- 1) распада тканей (при некрозах);
- 2) накопления секрета при нарушении оттока;
- 3) паразитарного генеза;
- 4) травмы шейки матки.

9. К методам лечения кисты большой железы преддверия влагалища относятся:

- 1) физиотерапевтическое;
- 2) экстирпация железы;
- 3) марсупиализация;
- 4) химиотерапия;
- 5) криотерапия.

10. К этиологическим факторам развития фолликулярной кисты относятся:

- 1) генетические;
- 2) воспалительные процессы придатков матки;
- 3) позднее менархе;
- 4) бесплодие;
- 5) применение КОК.

11. Лечение ретенционных образований яичника включает:

- 1) пункцию образования под контролем УЗИ;
- 2) немедленное оперативное лечение;
- 3) комплексную противовоспалительную терапию;
- 4) назначение КОК;
- 5) назначение витаминов А, С и Е.

12. Объем оперативного вмешательства при неосложненных ретенционных образованиях яичников состоит:

- 1) в удалении кисты;
- 2) резекции яичника;
- 3) овариоэктомии;
- 4) аднексэктомии;
- 5) пангистерэктомии.

Задачи

13. Больная, 31 года, обратилась к врачу-гинекологу с жалобами на увеличение большой половой губы справа, затруднение при ходьбе и половом акте. При осмотре обнаружено образование в толще нижней трети правой большой половой губы диаметром 6 см тугоэластической консистенции, безболезненное. Каков диагноз? Что следует предпринять?

14. У женщины, 28 лет, при плановом профилактическом обследовании врачом-гинекологом при осмотре с помощью зеркал обнаружено: в верхней трети влагалища вдоль правой боковой стенки пролабирующее образование продолговатой формы с прозрачной жидкостью, при пальпации - мягкоэластической консистенции, диаметром 5 см, безболезненное. Каков диагноз? Что следует предпринять?

15. У больной, 32 лет, при профилактическом осмотре обнаружены множественные кисты шейки матки диаметром от 0,2 до 3 см, тонкостенные, с прозрачным содержимым, увеличение объема шейки матки. Три года назад больной проводилось лечение эктопии шейки матки - криодеструкция. Каков диагноз? Что следует предпринять?

6.2. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

Цель занятия: систематизировать знания студентов по основным видам новообразований яичников; обучить их ранней диагностике и принципам терапии наиболее часто встречающихся опухолей яичников.

Задачи занятия: ознакомление студентов с патогенезом, клинической картиной, диагностикой, дифференциальной диагностикой, профилактикой и принципами лечения кист и доброкачественных опухолей яичников.

Студент должен знать: классификацию доброкачественных опухолей яичников по патогенетическому принципу, этиологию, клиническую картину, диагностику и лечение ретенционных кист яичника, доброкачественных опухолей яичника; понятие «анатомической» и «хирургической ножки» опухоли яичника. Особенности клинического течения и осложнения ретенционных кист и доброкачественных опухолей яичников.

Студент должен уметь: определить образование яичника при вагинальном обследовании, установить наличие опухоли на сонограммах. На основании данных общего, специального обследования, а также дополнительных методов исследования правильно поставить диагноз и выработать тактику ведения больной с ретенционными кистами и доброкачественными опухолями яичников.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, видеофильмы, макропрепараты, микропрепараты, муляжи, истории болезни, ультразвуковые снимки, компьютерные презентации по теме.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме. Разбор истории болезни, присутствие на операции.

Источник KingMed.info

- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Опухоли яичников - часто встречающаяся гинекологическая патология, занимающая второе место среди опухолей женских половых органов. Частота опухолей яичников за последние 10 лет увеличилась с 6-11% до 19-25%. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными. На их долю приходится около 75-87% всех истинных опухолей яичников. До 11% чревосечений, выполняемых в гинекологических стационарах, предпринимаются по поводу опухолей и кист яичников или их осложнений.

Классификация по МКБ-10

D27. Доброкачественные новообразования яичника.

N83.0. Фолликулярная киста яичника.

N83.1. Киста желтого тела.

N83.2. Другие неуточненные кисты яичника.

Какая классификация опухолей яичников в настоящее время общепризнана?

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических процессов яичников рекомендуется пользоваться классификацией, разработанной Международным комитетом ВОЗ (1977). Эта гистологическая классификация предусматривает деление опухолей внутри каждого гистологического типа на доброкачественные, пограничные и злокачественные формы.

В клинической практике наибольшее значение имеет классификация по Пфанненштилю (табл. 6.1).

В клинической практике наибольшее значение имеют эпителиальные опухоли, опухоли стромы полового тяжа, герминогенные опухоли.

Чем объясняется разнообразие опухолей яичников?

Многообразие объемных образований яичников объясняется тем, что их развитие происходит из всех трех зародышевых листков (экто-, мезо- и энтодермы).

В строении яичника принимают участие следующие ткани:

- эпителиальная;
- соединительнотканная;

Таблица 6.1. Классификация опухолей яичников по Пфанненштилю

| Группы | Характер образования | Тканевая основа | Клиническое течение | |
|--------|--|---|--|--|
| I | Небластомагенные Ретенционные кисты | — | Фолликулярная киста Кисты желтого тела | Благоприятное |
| II | Бластомагенные Истинные опухоли (кистомы), пролиферирующие | Эпителий | Доброкачественное (кистома) | Злокачественное (рак) |
| | | | Цилиоэпителиальные — простая серозная, серпигинозная, пролиферирующая (папиллярная). Псевдомуцинозные — серпигинозные, пролиферирующая (цистодермия). Грубосетчатая | Первичный Вторичный Метастатический |
| | | Соединительная ткань | Фиброма | Саркома |
| | Элементы ряда зародышевых листков | Дермоид (зрелая тератома) | Тератобластома (незрелая тератома) | |
| III | Гормоно-продуцирующие | Клетки гранулезы, тека-клетки, клетки Сертоли-Лейдига | Феминизирующие: текома фолликулома | Маскулинизирующие: арренобластома (андробластома) |
| IV | Отдельные виды опухолей и опухолевых образований | — | Параовариальная киста эндометриоидная («шоколадная» киста) опухоль Бреннера | |

Источник KingMed.info

- нервная;
- сосудистая.

Кроме вышеперечисленных структур, основой опухоли яичника может быть эпителий, имплантируемый из эндометрия (см. главу «Эндометриоз»), а также яйцеклетка, которая содержит элементы экто-, мезо- и эндодермы. Поэтому опухоли яичника могут быть смешанными.

Кисты яичников

Что такое киста яичника?

Киста яичника - непролиферирующее образование, представляющее собой полость с жидкостью, продуцируемой клетками ее стенки. Кисты яичников преимущественно являются ретенционными. Они развиваются из фолликулов и желтых тел.

Какова этиология кист яичников?

Существуют две основные теории возникновения ретенционных кист яичников. Первая объясняет их появление изменениями, связанными с воспалением придатков матки (в 51,6% случаев). Большое значение при этом имеют застойная гиперемия тазовых органов и развитие явлений периаофорита. Кроме того, гиперемия наблюдается в физиологических условиях в связи с МЦ (овуляция, фаза развития желтого тела); с беременностью, родами, послеродовым периодом и лактацией, причиной может быть прерванное половое сношение, аноргазмия, а также опухоли матки (миома) в 34,2% случаев.

Вторая теория - гормональная - нарушение гормонального баланса в организме больной.

Каков патогенез возникновения кист яичника?

Развитие кист может происходить различными путями. В одних случаях имеет место нарушение соотношения между ЛГ и ФСГ, повышение ФСГ, нарушение овуляции при фолликулярных кистах (недостаток в организме ЛГ), а кисты желтого тела развиваются при избыточной продукции ЛГ гипофизом. В других случаях кисты возникают на фоне застойной гиперемии. В-третьих - происходит утолщение белочной оболочки яичника, вследствие чего созревший фолликул не может вскрыться.

Что такое фолликулярная киста яичника?

Фолликулярная киста яичника - это однокамерное образование, возникшее вследствие того, что граафов фолликул не вскрылся, полость его наполняется прозрачной жидкостью, которая является продуктом жизнедеятельности гранулезных клеток (рис. 6.5). Наличие фолликулярной кисты не нарушает процессов созревания яйцеклетки и овуляции в остальных фолликулах.

Какова клиническая характеристика кисты?

Фолликулярная киста наблюдается наиболее часто. При небольших размерах она бессимптомна, может достигать размера диаметром до 10 см, округлой формы, однокамерная, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, тонкостенная, подвижна, безболезненна при пальпации, имеет ножку, может самопроизвольно лопаться и нередко разрывается при бимануальном исследовании. Возможна также задержка менструации.

Каковы методы диагностики кист яичника?

Диагностика основана на данных бимануального исследования, УЗИ, лапароскопии, КТ, МРТ.

Каково лечение фолликулярной кисты яичника?

В настоящее время эти операции проводятся лапароскопическим методом. Функциональные кисты яичников нередко исчезают без лечения. По данным разных авторов, регресс кистозных образований при динамическом их наблюдении в течение 2-3 мес составляет до 60%. При неосложненном течении и небольшом размере кист (менее 4 см) при отсутствии нарушений МЦ возможно наблюдение с динамическим УЗИ в течение 3 мес. При неосложненных кистах, нарушениях МЦ назначают КОК в течение 3 мес. Показания к оперативному вмешательству: разрыв кисты, перекрут кисты, уменьшение размеров кисты менее чем в 2 раза через 2-3 мес после начала фармакотерапии. Необоснованно наблюдение более 3 мес при отсутствии регресса образования по данным УЗИ. **Что такое киста желтого тела?**

Кисты желтого тела (рис. 6.6) встречаются, в отличие от фолликулярных, значительно реже. Развитие их связано с тем, что после овуляции полость фолликула не спадается и не заполняется целиком лютеиновыми клетками, как это бывает в норме, а остается существовать, и растягивается серозной жидкостью. Стенка кисты состоит из нескольких рядов лютеиновых и текалютеиновых клеток. По мере роста кисты происходит атрофия лютеиновых клеток и кистозных элементов внутренней стенки.

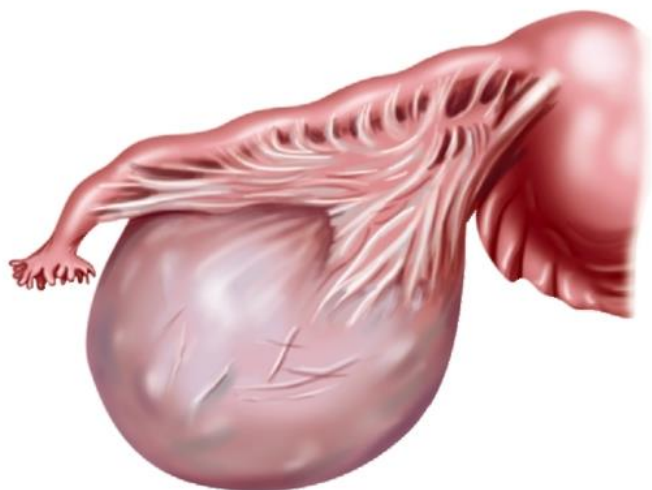


Рис. 6.5. Фолликулярная киста яичника



Рис. 6.6. Киста желтого тела яичника

Какова клиническая характеристика кисты желтого тела?

Киста, обычно односторонняя, небольших размеров - диаметром 3-4 см, тугоэластической консистенции, безболезненна. На разрезе отмечается фестончатость желтой или оранжевой окраски. Лютеиновая ткань кисты претерпевает обычные для желтого тела циклические изменения. В связи с этим в фазе васкуляризации желтого тела возникают кровотечения в полость кисты. Киста появляется и увеличивается во второй фазе МЦ. **Какова симптоматика кисты желтого тела?**

Возникают симптомы ранних сроков беременности - задержка менструации, нагрубание молочных желез, при влагалищном обследовании отмечается увеличение размеров матки, появление кровяных выделений из половых путей. На этом этапе необходимо проводить дифференциальный диагноз с беременностью, как маточной, так и внематочной. Уточняет диагноз исследование мочи на β -ХГЧ, который при кисте желтого тела не обнаруживается. Для постановки диагноза, как правило, бывает достаточно бимануального обследования, УЗИ.

Какова тактика врача при обнаружении у больной кисты желтого тела?

Тактика врача выжидательная. Как правило, кисты желтого тела подвергаются обратному развитию. Женщин с кистами желтого тела следует наблюдать 3-6 мес (с проведением УЗИ во второй фазе цикла). Если этого не наблюдается или имеется тенденция к увеличению - показана операция, во время которой производится резекция яичника в пределах здоровых тканей.

Каковы осложнения кист яичника?

К осложнениям кист яичника относятся: перекрут ножки кисты, нагноение кисты, разрыв капсулы. Прогноз при кистах желтого тела благоприятный.

Что такое текалютеиновые кисты?

Текалютеиновые кисты формируются под влиянием стимулирующего действия ХГ на тека-ткань фолликулов. Они двусторонние, достигают гигантских размеров, являются спутниками таких заболеваний, как болезни трофобласта. По мере лечения основного заболевания текалютеиновые кисты рассасываются и поэтому при неосложненном течении не подлежат хирургическому лечению.

Что такое параовариальные кисты?

Параовариальная киста образуется из эпиофорона - надъяичникового придатка.

Какова характеристика параовариальной кисты?

Киста чаще всего однокамерная, тонкостенная, располагается межсвязочно, содержимое прозрачное, жидкое, бедное белками, не содержит муцина. По объему параовариальная киста может быть диаметром от нескольких сантиметров до размеров головки новорожденного. Форма шаровидная или овоидная (рис. 6.7). Яичник в патологический процесс не вовлекается, маточная труба чаще всего бывает распластана на поверхности кисты. Стенка параовариальной кисты состоит из соединительной ткани, внутренняя поверхность гладкая, выстлана однослойным цилиндрическим или плоским эпителием.

Каковы клиника и диагностика параовариальной кисты? Параовариальная киста встречается обычно в возрасте 20-30 лет и составляет около 10% всех опухолей и опухолевидных образований яичника.

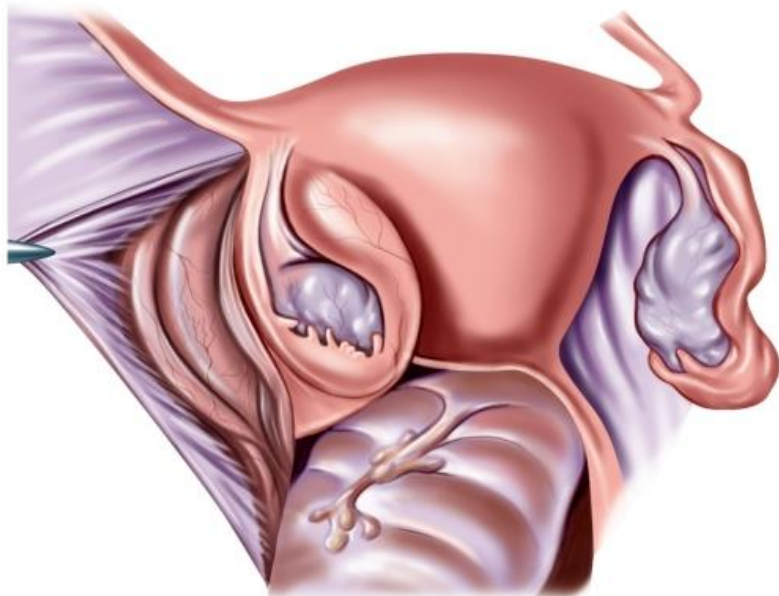


Рис. 6.7. Параовариальная киста

При небольших размерах киста никак не проявляется. При значительных размерах появляются симптомы: боли внизу живота и в крестце, дизурические явления. Развивается заболевание медленно, малигнизация исключительно редка. При бимануальном исследовании определяется кистозное образование, ограниченно подвижное вследствие интралигаментарного расположения. На нижнем полюсе кисты иногда удается пальпировать яичник. Диагноз уточняется при УЗИ.

Каково лечение параовариальной кисты?

Лечение кисты хирургическое. Операция заключается в вылуцивании кисты. Маточная труба и яичник сохраняются. Рецидивов параовариальной кисты не бывает. Прогноз благоприятный.

Доброкачественные опухоли яичников

Что такое доброкачественная опухоль яичника?

Доброкачественная опухоль яичника - истинная опухоль яичника, объемное образование с выраженной капсулой, эпителиальной выстилкой, способное к пролиферации и озлокачествлению (син. - цистаденома, кистома - устаревшие).

Каков патогенез доброкачественных опухолей яичников?

Вопросы этиологии и патогенеза опухолей яичников - дискутабельны, но на сегодняшний день считается, что опухоли яичников относятся к полиэтиологичным заболеваниям. В патогенезе существенную роль играют изменения в гормональной, иммунной и эндокринной системах:

- в системе гипоталамус-гипофиз-яичники наблюдается угнетение секреции ЛГ в течение всего МЦ, угнетение ФСГ - в перiovуляторный период и различное у всех больных изменение секреции эстрадиола;
- в системе протеолиза отмечена активация трипсино- и химотрипсиноподобных протеаз, лизосомальных протеаз;
- в иммунной системе констатировано уменьшение общего содержания и функциональных способностей Т- и В-лимфоцитов.

Источник KingMed.info

В возникновении опухолей также имеет значение изменение чувствительности тканей к действию нормальных концентраций гормонов (патология рецепторного аппарата).

Какие существуют факторы риска развития опухолей яичников?

В развитии опухолей яичников значение имеют некоторые факторы риска: генетическая предрасположенность, нарушение менструальной функции, бесплодие, раннее либо позднее наступление менархе, ранняя - до 45 лет, или поздняя - после 50 лет - менопауза, сопутствующие заболевания: миома матки, генитальный эндометриоз, хроническое воспаление придатков матки.

Что такое цистаденома яичника?

Цистаденома - истинная опухоль яичника - объемное образование с выраженной капсулой, эпителиальной выстилкой, в отличие от кист яичников способная к пролиферации и бластоматозному росту (озлокачествлению).

Что такое «анатомическая» и «хирургическая» ножки опухоли?

В состав «анатомической» ножки входит собственная связка яичника, воронкотазовая связка, мезосальпинкс.

«Хирургическая» ножка - образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли, в ее состав входит «анатомическая» ножка и чаще всего растянутая в длину маточная труба (рис. 6.8).

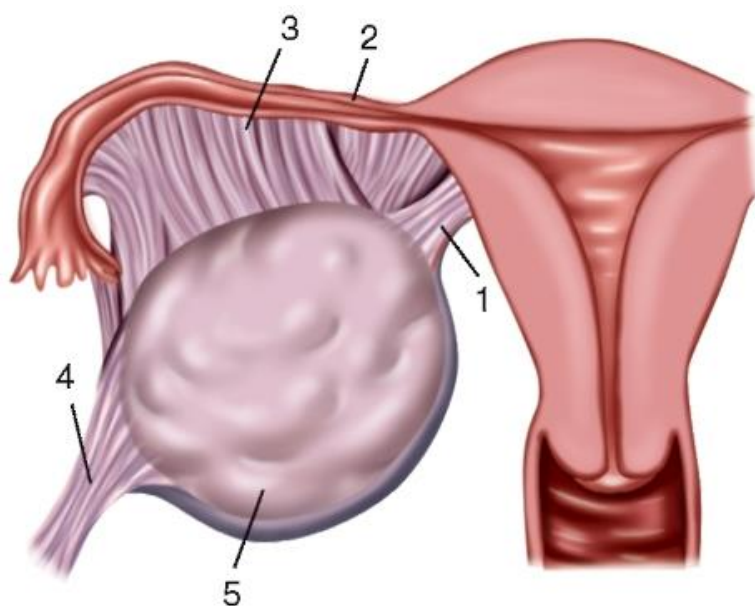


Рис. 6.8. «Анатомическая» ножка опухоли яичника: 1 - собственная связка яичника; 2 - маточная труба; 3 - дупликатура широкой связки; 4 - воронкотазовая связка; 5 - опухоль яичника

Каковы основные жалобы больных с опухолями яичников?

Для опухолей яичников характерно длительное бессимптомное течение. Ведущий симптом при опухолях яичников - боли различной интенсивности внизу живота, реже выявляются нарушения менструальной и детородной функций. При больших размерах опухоли имеет место увеличение объема живота, нарушение функций соседних органов (учащенное мочеиспускание, запор), отеки нижних конечностей. Наиболее яркая клиническая картина разворачивается при осложненном течении опухолей яичников: перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, нагноение, кровоизлияние в капсулу.

Источник KingMed.info

Клинические проявления гормонально-активных опухолей яичников обусловлены гиперэстрогенией либо гиперандрогенией (нарушения МЦ, бесплодие, маточные кровотечения). Иногда опухоль обнаруживается самой больной или врачом при отсутствии каких-либо болезненных проявлений.

Какие существуют методы диагностики опухолей яичников?

Основными методами диагностики опухолей яичников являются двуручное гинекологическое и ректоабдоминальное исследования; дополнительными - проба с пулевыми щипцами, УЗИ (УЗИ должно осуществляться трансабдоминальным и трансвагинальным датчиками); в подозрительных на злокачественный процесс случаях эхографию целесообразно дополнять доплерометрией, которая позволяет в цвете выявлять сосудистое строение опухоли и определять особенности кровотока в сосудах, тем самым дифференцируя доброкачественный и злокачественный характер образования; КТ, МРТ, РО-тест, определение уровня онкомаркёров (СА-125), лапароскопия, цитологическое исследование асцитической жидкости, полученной при пункции брюшной полости через задний свод влагалища, рентгенологическое и эндоскопическое обследования желудочно-кишечного тракта; урологическое обследование (цистоскопия, внутривенная урография), для решения вопроса о распространенности процесса при злокачественных опухолях применяются лимфо- и ангиография.

С какой целью проводится обследование желудочно-кишечного тракта у больных с опухолями яичников?

Обследование желудочно-кишечного тракта проводится для исключения метастатического поражения яичников (опухоль Крукенберга).

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать опухоли яичников?

Опухоли яичников в первую очередь необходимо дифференцировать от кист яичников, субсерозной миомы матки, воспалительных поражений придатков матки, дистопированной почки, опухолей кишечника, мочевого пузыря и забрюшинных новообразований. Особо следует помнить об опухоли Крукенберга, которая представляет собой метастатическое поражение яичника при первичном раке желудка. Опухоль яичника часто выявляется до установления основного диагноза.

Какие существуют эпителиальные опухоли яичников?

К эпителиальным опухолям яичников относятся: серозные, муцинозные, эндометриоидные, светлоклеточные и опухоли Бреннера. **Как классифицируют серозные опухоли яичников?**

К серозным опухолям яичников относятся: простая серозная цистаденома, папиллярная цистаденома и муцинозная цистаденома.

В чем заключаются особенности клинического течения простой серозной цистаденомы?

Простая серозная цистаденома покрыта низким кубическим эпителием, расположена сбоку от матки или в заднем своде, чаще с одной стороны, овальной формы, тугоэластической консистенции, не достигает больших размеров, подвижна, с гладкой поверхностью, безболезненна. Внутренняя поверхность ее выстлана реснитчатым эпителием, напоминающим трубный. Из-за наличия ресничек их раньше обозначали как «цилиоэпителиальные» кисты. Встречаются у женщин всех возрастов, но чаще в 41-50 лет. Из клинических симптомов довольно часто отмечаются боли внизу живота и в пояснице. Крайне редко данная опухоль озлокачивается. **Каковы особенности папиллярной цистаденомы?**

Источник KingMed.info

Реснитчатый эпителий, выстилающий внутреннюю поверхность капсулы, обладает склонностью к пролиферации и образованию мягких крошащихся сосочков. Эти разрастания напоминают цветную капусту. Иногда множественные сосочки заполняют всю полость (эндофитный рост) или прорастают через капсулу на наружную ее поверхность (экзофитный рост) (рис. 6.9). Опухоль заполнена серозным содержимым, располагается сбоку от матки, чаще двусторонняя, овальной формы, эластической консистенции, с гладкой поверхностью, обычно небольших размеров, подвижная, безболезненная, может сопровождаться асцитом. Часто перерождается в рак, так как клетки опухоли обладают большой степенью пролиферации.



а

б

Рис. 6.9. Папиллярная цистаденома (а, б)

Каковы особенности муцинозной цистаденомы?

Типичная форма для муцинозных опухолей - многокамерное образование круглой или овальной формы, бугристое, с различной толщиной стенок (рис. 6.10). Внутренняя поверхность капсулы выстлана эпителием типа цервикального, способным продуцировать характерное слизеобразное содержимое - муцин.

Опухоль может достигать больших и даже гигантских размеров; описаны опухоли массой до 36 кг (рис. 6.11). Муцинозная цистаденома располагается либо сбоку, либо выше матки, поверхность неровная из-за многокамерности, тугоэластической консистенции. Подвижность образования зависит от величины. Поражаются женщины всех возрастов. Из клинических симптомов довольно часто отмечаются увеличение объема живота или ощущение тяжести в животе за счет величины самой опухоли и сдавления соседних органов.



Рис. 6.10. Муцинозная цистаденома



Рис. 6.11. Внешний вид больной с гигантской муцинозной цистаденомой яичника

Каков объем хирургического вмешательства при эпителиальных опухолях яичников?

Лечение опухолей яичников оперативное. Объем операций зависит от возраста больной и характера поражения. Особое значение для решения вопроса об объеме операции имеет срочное гистологическое исследование, особенно в детском и подростковом возрасте, а также у нерожавших женщин репродуктивного возраста.

При муцинозной цистаденоме у женщин до 40 лет удаляются придатки с одной стороны, у пациенток старше 40 лет необходимо удалить придатки с обеих сторон.

При серозной цистаденоме объем операции заключается в удалении придатков матки. Папиллярная цистаденома вследствие выраженности пролиферативных процессов требует более радикальной операции. При поражении одного яичника в случаях, когда папиллярные разрастания располагаются лишь на внутренней поверхности капсулы опухоли, допустимо (в зависимости от возраста и репродуктивных планов) удаление придатков пораженной стороны. При поражении обоих яичников производят надвлагалищную ампутацию матки с придатками с обеих сторон. Если папиллярные разрастания обнаруживаются на поверхности капсулы, дополнительно резецируют сальник и в последующем назначают химиотерапию.

Что такое муциноматоз брюшины?

Муциноматоз брюшины (псевдомиксома брюшины) - это специфическое осложнение течения муцинозных опухолей яичников. Источниками муциноматоза брюшины чаще всего являются муцинозные цистаденомы и цистаденокарциномы, а также кисты или дивертикулы червеобразного отростка (рис. 6.12).

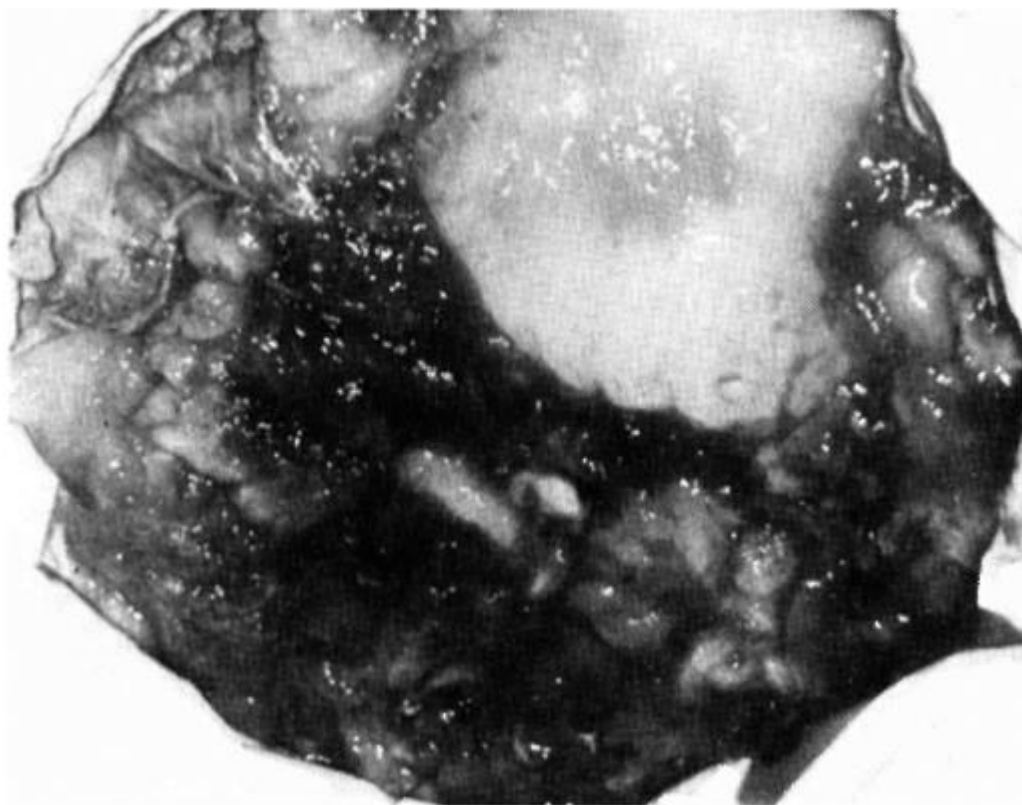


Рис. 6.12. Муцинозные массы, удаленные из брюшной полости при псевдомиксоме брюшины, возникшей в результате разрыва муцинозной цистаденомы яичника

Псевдомиксома брюшины - тяжелое, трудно распознаваемое заболевание, при котором брюшная полость заполняется вязким муцинозным содержимым. По своей природе всегда является результатом попадания слизи из какой-либо первичной опухоли, чаще всего муцинозных опухолей яичников, мукоцеле аппендикса или высокодифференцированного рака толстой кишки. Основная жалоба - боль в нижней половине живота, чаще тупого характера, реже приступообразная. Заболевание нередко начинается постепенно, имитируя хронический рецидивирующий аппендицит или опухоль брюшной полости неопределенной локализации. Часто женщины обращаются к врачу в связи с быстрым увеличением живота. Живот округлый, шарообразный, его форма не меняется при изменении положения тела больной. При перкуссии отмечают притупление перкуторного звука по всему животу, пальпаторно определяют тестоватость, характерный «коллоидный» треск или «хруст», поскольку коллоидные массы при псевдомиксоме не переливаются, как при асците.

Разлитой реактивный перитонит формирует обширный спаечный процесс, нередко нарушая функции органов брюшной полости. Больные жалуются на потерю аппетита, метеоризм, диспепсические явления. Возможны формирование кишечных свищей, отеки, кахексия, повышение температуры тела, изменение лейкоцитарной формулы крови. Смерть может наступить вследствие нарастающей интоксикации и сердечно-сосудистой недостаточности.

Что такое опухоль Бреннера?

Опухоли Бреннера встречаются довольно редко, в пределах 0,5% по отношению ко всем первичным опухолям яичников. Преобладают доброкачественные варианты, но встречаются и злокачественные формы. Наиболее распространен крупноклеточный солидный вариант опухоли Бреннера, который гормонально не активен. Все остальные типы опухоли Бреннера

Источник KingMed.info

гормонально-активны, что подтверждается появлением у пожилых женщин гиперплазии эндометрия, дисгормональных пролифератов в матке и молочных железах. Макроскопически опухоль Бреннера разнообразна, размеры - 2-20 см, в виде плотных бугристых узлов округлой или овальной формы, напоминающих фиброму. На разрезе опухоль мелкоили крупнопористого вида с полостями диаметром 0,2-1,0 см, в которых находится слизеподобное содержимое. Клинические симптомы нехарактерны. Опухоль может себя выдать только лишь в момент пальпации своей резкой плотностью. Прогноз при опухолях Бреннера чаще всего благоприятный.

Какие новообразования относятся к опухолям стромы полового тяжа?

К опухолям стромы полового тяжа относятся гранулезостромальные клеточные опухоли (гранулезоклеточная опухоль и группа теком-фибром) и андробластомы. Это гормонально-активные опухоли, и по клиническому течению они разделяются на феминизирующие (гранулезоклеточная и текома) и маскулинизирующие (андробластома).

Каковы клинические особенности феминизирующих опухолей в различные возрастные периоды жизни женщины?

Феминизирующие опухоли встречаются в любом возрасте: гранулезоклеточная - чаще у детей и в молодом возрасте, текома - в преили постменопаузе. Гранулезоклеточная опухоль развивается из гранулезной ткани, сходной по строению с зернистым эпителием зреющего фолликула. Текома состоит из клеток, похожих на клетки тека, зреющих и атрезирующих фолликулов. Клинические проявления связаны с гормональной активностью этих опухолей. У девочек наблюдается клиника ложного преждевременного полового развития (ППР), появляются нерегулярные кровянистые выделения из половых путей при незначительном развитии вторичных половых признаков; определяются признаки эстрогенного влияния - цианотичность вульвы, складчатость влагалища, увеличение матки, появление симптома «зрачка». Однако в то же время у этих пациенток не отмечается ускорения соматического развития. Костный возраст, масса и рост соответствуют календарным.

В репродуктивном периоде всегда наблюдается нарушение менструальной функции. Возникновение феминизирующих опухолей в пожилом возрасте приводит к «омоложению» больной, появлению кровяных выделений из половых путей и признаков эстрогенного влияния. В эндометрии развивается железистая гиперплазия, а под влиянием длительной гиперэстрогении возможно возникновение рака эндометрия. Чаще эти опухоли расположены в боковом своде, односторонние, овальной формы, плотные, различных размеров - от горошины до головы взрослого человека, подвижные, безболезненные. Макроскопически гормонально-активные опухоли на разрезе имеют выраженную дольчатость и желтый цвет, очаговые кровоизлияния и некрозы.

Какой объем оперативного вмешательства проводится у больных с феминизирующими опухолями яичников?

Лечение феминизирующих опухолей только оперативное. Объем операции зависит от возраста больной, состояния второго яичника. Необходимо срочное гистологическое исследование удаленного препарата. У девочек при гранулезоклеточной опухоли удаляется только пораженный яичник. Требуется тщательное наблюдение за девочкой, и при малейшем росте второго яичника необходимо его удаление. У пациенток репродуктивного периода также надо стремиться к минимальному объему - удалению придатков пораженной стороны. В пожилом и

Источник KingMed.info

старческом возрасте производится операция в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками.

Что такое фиброма яичника?

Фиброма яичника (опухоль из соединительной ткани) относится к группе теком-фибром, редко встречающихся и не проявляющих гормональной активности (рис. 6.13). Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, иногда гидроторакс и анемию (синдром Мейгса). Фибромы чаще всего односторонние, самой различной величины, плотной консистенции, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлияний. Причина накопления жидкости в серозных полостях при фиброме окончательно не установлена. Течение - доброкачественное, лечение - оперативное в объеме удаления придатков пораженной стороны.



Рис. 6.13. Фиброма яичника

Что характерно для андробластомы?

Андробластома - маскулинизирующая гормонопродуцирующая опухоль, содержащая клетки Сертоли-Лейдига (хилусные и стромальные клетки) (рис. 6.14). Образующиеся при этом в избытке андрогены угнетают функцию гипофиза, и по принципу «обратной связи» в организме снижается выработка эстрогенов. Встречается чаще у пациенток старше 20 лет (20-35 лет), но может наблюдаться в любом возрасте и даже во время беременности. Основной клинический признак - дефеминизация: на фоне общего здоровья возникают аменорея, бесплодие, уменьшаются молочные железы, а затем возникают признаки оужествления: грубеет тембр голоса, появляется оволосение по мужскому типу, снижается либидо, уменьшается подкожная жировая клетчатка, возникает гипертрофия клитора, контуры тела и лица приобретают мужские черты. Симптомы развиваются постепенно.



Рис. 6.14. Андробластома

Клинические проявления в большей мере зависят от возраста. В возрасте до полового созревания опухоль встречается крайне редко, и распознать ее очень трудно, так как симптомов дефеминизации при этом отметить не удастся. В репродуктивном периоде пациентка обращается к врачу, как правило, по поводу аменореи и бесплодия. В период климактерии и постменопаузы женщину редко беспокоят признаки дефеминизации, которые в большинстве случаев принимаются за проявление возрастного характера, и лишь при возникновении симптомов маскулинизации пациентки обращаются к врачу. Опухоль растет медленно, поэтому больные годами являются носительницами этого образования, и более раннее обращение к врачу связано с болями внизу живота.

При гинекологическом исследовании определяется опухоль, расположенная сбоку от матки, односторонняя, овальной формы, плотная, небольших размеров, подвижная, безболезненная. Величина опухоли варьирует от 2 до 18 см в диаметре. Капсула ясно выражена, строение дольчатое. На разрезе они обычно солидные, желтой, оранжевой или оранжево-желтой окраски.

Каков объем операции при андробластоме?

При андробластоме достаточно удалить опухоль в пределах здоровой ткани яичника у лиц репродуктивного возраста. У пациенток старшего возраста показано удаление придатков с пораженной стороны. При злокачественном характере показана пангистерэктомия с резекцией сальника. После удаления опухоли функции организма женщины восстанавливаются в такой же последовательности, в какой развивались симптомы заболевания, хотя огрубение голоса, увеличение клитора и гирсутизм могут сохраниться на всю жизнь. Облик женщины меняется очень быстро. Восстанавливаются менструальная и репродуктивная функции. Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Какие существуют герминогенные опухоли?

Различают зрелые (доброкачественные) тератомы и незрелые (злокачественные) тератомы (тератобластомы), которые происходят из какого-либо или из всех трех зародышевых листков (эктодермы, мезодермы, энтодермы), в отдельную подгруппу выделяют дисгерминомы.

В чем заключаются особенности клинического течения зрелой тератомы?

Зрелая тератома (дермоидная киста) - одна из наиболее распространенных опухолей яичников в детском и юношеском возрасте (рис. 6.15). Эта

опухоль встречается даже у новорожденных, что косвенно свидетельствует о тератогенном происхождении этих опухолей или из остатков эмбриональных тканей.



Рис. 6.15. Зрелая тератома

Зрелые тератомы располагаются обычно спереди и сбоку от матки, чаще односторонние, округлой формы, неравномерной плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, редко достигают размеров диаметром больше 13-15 см, безболезненны; за счет длинной «ножки» обладают повышенной подвижностью и склонностью к ее перекруту. Содержимое ее - сало, волосы, зубы, хрящ (ткани эктодермального происхождения).

Какой объем операции выполняется при зрелой тератоме?

Лечение зрелых тератом хирургическое - удаление придатков пораженной стороны; у девочек - резекция яичника в пределах здоровых тканей. Прогноз благоприятный. Злокачественное перерождение отмечается лишь в 1,7% наблюдений.

Что такое дисгерминома?

Дисгерминома - это злокачественная опухоль, относящаяся к группе герминогенных (зародышевых) новообразований. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке.

Дисгерминомы растут и метастазируют быстро, возраст пациенток молодой, чаще страдают инфантильные женщины с замедленным половым развитием и с признаками псевдогермафродизма. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, составляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников.

Жалобы больных неопределенные, иногда появляются тупые тянущие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, общее недомогание, слабость, сонливость. Девочки из резвых и шаловливых становятся вялыми и тихими. Появляется быстрая утомляемость. Опухолевый рост

Источник KingMed.info

сопровождается расстройством МЦ: длительная аменорея (4-6 мес) может сменяться маточными кровотечениями. В незапущенных случаях картина крови обычно без каких-либо особых изменений. При появлении распада в опухоли и быстром ее распространении возникают незначительные повышения вечерней температуры тела больной, увеличивается СОЭ, в картине крови появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При гинекологическом осмотре определяется опухоль, расположенная позади матки, чаще односторонняя (двусторонние опухоли встречаются в 8-12% наблюдений), округлой формы, плотная, бугристая, величина разнообразная (чаще достигает больших размеров), в начале развития опухоль подвижная, безболезненная. Дисгерминома характеризуется быстрым ростом, способностью к сращиваниям с прилежащими органами (маткой, петлями кишечника) и быстрому метастазированию в парааортальные лимфатические узлы, в узлы по ходу нижней полой вены, околопочечные лимфатические узлы и в отдаленные органы (легкие, мозг). Прогноз при дисгерминомах различный. У детей они протекают более доброкачественно, чем у взрослых. «Чистые» формы дисгермином обладают высокой радиочувствительностью (рентгеноотражающие опухоли), и поэтому полное излечение даже при наличии метастазов реально.

Лечение опухоли только хирургическое, с последующей лучевой терапией. При односторонней опухоли, без признаков распространения за пределы пораженного яичника, можно ограничиться удалением придатков. Во время операции необходимо очень бережное обращение с опухолью. Нарушение целостности капсулы резко ухудшает прогноз заболевания.

При распространении опухоли за пределы одного яичника показана более радикальная операция - удаление придатков и матки с последующей рентгенотерапией. Как первичная опухоль, так и метастатические узлы хорошо поддаются рентгенотерапии. При правильном лечении возможно полное выздоровление.

Какие возможны осложнения при доброкачественных опухолях яичников?

К числу осложнений при опухолях яичника относятся: перекрут ножки опухоли (рис. 6.16), разрыв капсулы, кровоизлияние в капсулу, злокачественное перерождение.

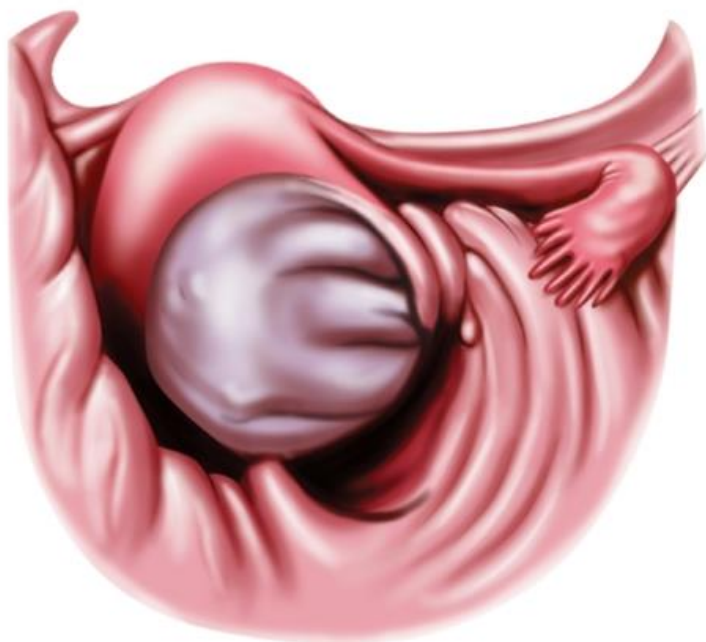


Рис. 6.16. Перекрут ножки опухоли яичника

Какова клиническая картина перекрута ножки опухоли яичника?

При перекруте ножки опухоли яичника больную беспокоят резкие боли внизу живота, тошнота, рвота, повышение температуры тела, лейкоцитоз, учащение пульса, парез и вздутие кишечника, напряжение мышц передней брюшной стенки; нередко начало заболевания связано с физической нагрузкой.

При гинекологическом исследовании в области придатков определяется опухолевидное образование, болезненное при пальпации и попытке его смещения.

Какое лечение применяется при перекруте ножки кисты яичника?

При перекруте ножки кисты яичника показано срочное оперативное лечение. Промедление может привести к некрозу кисты, кровоизлиянию в капсулу с последующим ее разрывом, нагноению и развитию перитонита.

Каким образом решается проблема улучшения репродуктивного здоровья женщин с опухолями яичников?

Улучшение репродуктивного здоровья женщин с опухолями яичников предусматривает трехэтапный подход к решению этой проблемы:

- 1 этап. Универсальная подготовка к оперативному лечению:
 - исключение инфекционного агента (микробиологическое исследование); элиминация инфекта (повидон-йод, ниморазол), восстановление нормобиоценоза влагалища (эубиотики, актимель, лактулоза);
 - оценка иммунореактивности организма (ЭЛИП-тест), деблокирование иммунной системы, иммунокоррекция;
 - гормональные исследования, ТФД, выявление нарушений и их возможная коррекция (дидрогестерон, КОК).
- 2 этап. Оперативное лечение:
 - органосохраняющий принцип (резекция яичника, односторонняя аднексэктомия).
- 3 этап:
 - ранняя активизация (лечебная физкультура, дыхательная гимнастика);
 - профилактика послеоперационных осложнений;
 - физиотерапия (переменное магнитное поле, фонофорез лекарственными веществами);
 - улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, улучшение процессов репарации;
 - восстановление двухфазного МЦ (гормональная терапия);
 - восстановление нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники;
 - поддержка нормобиоценоза влагалища;
 - иммуномодуляция (иммунотерапия, энзимотерапия);
 - репродуктивное планирование (контрацепция).

Каковы особенности диагностики и лечения опухолей яичников у девочек?

- Быстрый рост опухоли, обусловленный активными обменными процессами растущего организма.
- Отсутствие интралигаментарного расположения опухолей.
- Двусторонние опухоли встречаются редко.
- Асимметрия объема и функциональной активности правого и левого яичников.
- У девочек, как правило, не бывает воспалительных изменений в малом тазу, которые часто сопровождают опухоли яичников у взрослых.
- Наиболее распространенное осложнение - перекрут ножки опухоли. Принципы лечения опухолей яичников те же, что и у взрослых женщин.

Но следует учесть ряд обстоятельств:

- При обнаружении опухоли яичника у девочек операция должна быть проведена незамедлительно.
- Гистологическая экспресс-диагностика обязательна.
- При морфологическом подтверждении доброкачественности патологического процесса операция выполняется в объеме удаления опухоли в пределах здоровых тканей, максимально щадящая.
- При злокачественном опухолевом процессе показано оперативное вмешательство в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками и экстирпация большого сальника.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. К опухолевидным образованиям яичников относят:

- 1) дермоидную кисту;
- 2) фолликулярную кисту;
- 3) кисту желтого тела;
- 4) пиовар;
- 5) текалютеиновую кисту.

2. Кисты яичников:

- 1) могут достигать гигантских размеров;
- 2) это ретенционные образования;
- 3) увеличиваются в размере вследствие пролиферации клеток;
- 4) не имеют капсулы;
- 5) могут малигнизироваться.

3. Цистаденома яичника:

- 1) это доброкачественная опухоль;

Источник KingMed.info

- 2) увеличивается в размере вследствие пролиферации клеток;
- 3) имеет капсулу;
- 4) не малигнизируется;
- 5) лечится консервативно.

4. К эпителиальным опухолям яичников относят:

- 1) серозную цистаденому;
- 2) муцинозную цистаденому;
- 3) тератому;
- 4) опухоль Бреннера;
- 5) текому.

5. Наиболее часто подвергается малигнизации:

- 1) фиброма яичника;
- 2) муцинозная цистаденома;
- 3) папиллярная серозная цистаденома;
- 4) текалютеиновая киста;
- 5) зрелая тератома.

6. К гормонпродуцирующим опухолям яичников относят:

- 1) гранулезоклеточную опухоль;
- 2) дисгерминому;
- 3) тека-клеточную опухоль;
- 4) незрелую тератому;
- 5) аденобластому.

7. Наиболее частое осложнение доброкачественных опухолей яичников:

- 1) перекрут ножки опухоли;
- 2) кровоизлияние в полость опухоли;
- 3) разрыв капсулы;
- 4) нагноение содержимого;
- 5) сдавление соседних органов.

8 Гидроторакс может наблюдаться:

- 1) при гранулезоклеточной опухоли;
- 2) дисгерминоме яичника;
- 3) фиброме яичника;
- 4) муцинозной цистаденоме;

Источник KingMed.info

5) зрелой тератоме.

9. Пациентке репродуктивного возраста с доброкачественной опухолью яичника показана:

- 1) гормональная терапия в течение 2-3 мес, при отсутствии эффекта - лапароскопия, аднексэктомия;
- 2) противовоспалительная терапия в течение одного-двух МЦ, при отсутствии эффекта - лапароскопия, резекция яичника;
- 3) экстренное чревосечение или лапароскопия, аднексэктомия;
- 4) операция в плановом порядке, резекция яичника;
- 5) наблюдение, при наличии осложнений - операция, аднексэктомия.

10. Наиболее часто перекрут ножки опухоли яичников наблюдается:

- 1) при псевдомуцинозной цистаденоме;
- 2) папиллярной цистаденоме;
- 3) зрелой тератоме;
- 4) параовариальной кисте;
- 5) кисте желтого тела.

11. Параовариальная киста происходит:

- 1) из вольфова протока;
- 2) мюллерова протока;
- 3) гартнерова протока;
- 4) пронефроса;
- 5) мезонефроса.

12. Гранулезоклеточная опухоль нередко сочетается:

- 1) с раком эндометрия;
- 2) раком яичника;
- 3) РШМ;
- 4) раком влагалища;
- 5) раком молочной железы.

13. Подозрением на малигнизацию опухоли яичника является:

- 1) односторонняя локализация;
- 2) двусторонняя локализация;
- 3) быстрый рост;
- 4) наличие асцита;
- 5) высокий уровень ХГЧ.

14. Доброкачественные опухоли яичников могут:

- 1) подвергаться дегенеративным процессам;
- 2) разрываться, вызывая острую боль в брюшной полости;
- 3) содержать высокодифференцированные ткани;
- 4) содержать измененную кровь;
- 5) продуцировать тестостерон.

15. Оптимальное лечение «бессимптомной» кисты яичника в I триместре беременности:

- 1) немедленная операция;
- 2) операция во II триместре;
- 3) операция после родов;
- 4) наблюдение и при появлении каких-либо симптомов - операция;
- 5) назначение КОК в течение 3 мес.

6.3. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Цель занятия: изучить этиологию и патогенез, классификацию, клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику предраковых заболеваний вульвы, влагалища и шейки матки.

Студент должен знать: «фоновые» и предраковые заболевания вульвы, влагалища и шейки матки; их этиологию, классификацию, клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику; основы кольпоскопических и цитологических картин эпителия шейки матки, группы риска по развитию РШМ.

Студент должен уметь: на основании анамнеза, клинической картины, осмотра с помощью зеркал определить объем дополнительного обследования, поставить диагноз, составить план лечения, производить забор материала для цитологического исследования.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, слайды, кольпоскоп, инструменты для взятия мазков и биопсии, презентации.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль знаний студентов по теме.
- Клинический разбор и осмотр больных, демонстрация техники взятия мазков для цитологического исследования, биопсии шейки матки, изучение работы с кольпоскопом, присутствие на операции пластики шейки матки, решение ситуационных задач.
- Подведение итогов, оценка знаний студентов.

Проблема предраковых заболеваний женских половых органов является чрезвычайно важной. Пока точно неизвестны причины возникновения и механизмы развития злокачественных

Источник KingMed.info

опухолей, поэтому действенную профилактику их можно проводить главным образом путем раннего выявления и лечения так называемых предраковых заболеваний.

Впервые термин «предрак» был введен в 1898 г. Русский онколог Н.Н. Петров подчеркивал, что в понятии «предрак» важна не только морфологическая сущность, но и клиническая картина, особенно динамика процесса.

На какие две группы делят предраковые заболевания вульвы, влагалища и шейки матки?

Предраковые заболевания вульвы, влагалища и шейки матки делят на факультативные и облигатные.

Что относят к факультативным предраковым заболеваниям вульвы? К факультативным предраковым заболеваниям вульвы относят:

- остроконечные кондиломы;
- склеротический лишай (крауроз);
- гиперпластическую дистрофию (лейкоплакия). **Что такое остроконечные кондиломы?**

Остроконечные кондиломы представляют собой бородавчатые выступы или их сливающиеся поверхности. Они имеют вирусную этиологию (отсюда аббревиатура «HPV» - *human papilloma virus*), обычно встречаются в молодом возрасте, нередко проявляются и начинают расти во время беременности, а после беременности часто полностью исчезают спонтанно без лечения (рис. 6.17).

Что такое склеротический лишай?

Склеротический лишай (крауроз; от греч. *krauros* - сухой, хрупкий) представляет собой атрофический процесс многослойного плоского эпителия, который приводит к диффузной атрофии вульвы, к полному исчезновению клитора, больших и малых половых губ со склерозированием входа во влагалище.

Что такое гиперпластическая дистрофия (лейкоплакия)?

Гиперпластическая дистрофия (лейкоплакия; от греч. *leukos* - белый, *plax, plakos* - пластина) характеризуется гиперплазией эпителия в соче-

тании с лимфогистиоцитарной инфильтрацией подэпителиальной ткани. Выражается в появлении белесоватых сливающихся бляшек на клиторе, малых губах.

Каковы этиология и патогенез склеротического лишая и гиперпластической дистрофии вульвы?

В основе дистрофических процессов лежат сложные нейроэндокринные и обменные нарушения, реализующиеся вегетоневротическими реакциями. У больных часто снижается функция коры надпочечников, уменьшается количество кортикостероидов и эстрогенов в тканях вульвы, в результате чего изменяется гормонорецепция вульвы.

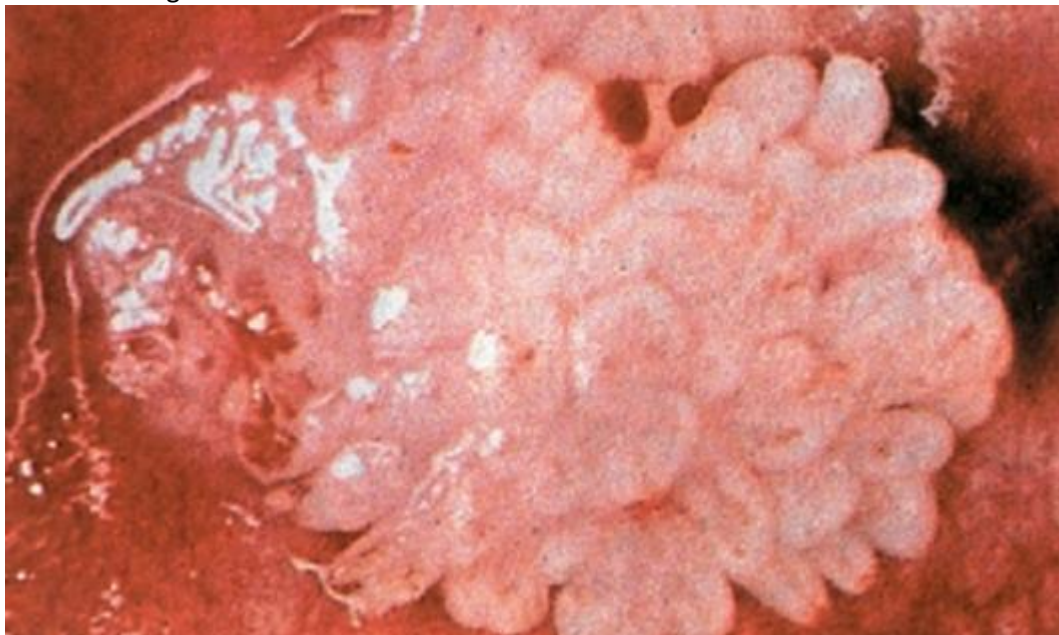


Рис. 6.17. Остроконечные кондиломы

Чем характеризуется клиническое течение склеротического лишая и гиперпластической дистрофии вульвы?

Заболевание начинается незаметно, в легких формах не сопровождается никакими симптомами и обнаруживается только при профилактических осмотрах. Симптомы заболевания сходны, сопровождаются зудом вульвы, преимущественно в ночное время, появляются парестезии (онемение, «ползание мурашек», чувство жжения). Продолжительный, многолетний зуд нередко бывает столь мучительным, что приводит к невротическим расстройствам (депрессии, повышенной раздражительности и даже к суицидальным попыткам), лишает больную сна, снижает трудоспособность. Появление столь мучительного зуда объясняется нарушением трофики тканей, разрастанием свободных нервных окончаний, лишенных глиального покрова. Упорный зуд приводит к расчесам, ссадинам, трещинам и в конечном итоге к воспалению вульвы.

Каковы методы диагностики склеротического лишая и гиперпластической дистрофии вульвы?

Диагностика основывается на данных анамнеза, соматического обследования больной. Обязательны повторные исследования мазков на флору из цервикального канала, влагалища и уретры. Осмотр необходимо дополнить кольпоскопией, что позволяет правильно оценить макроскопические изменения, выявить изменения, обусловленные инфекцией, выбрать участки, подозрительные на малигнизацию, для прицельной биопсии.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз склеротического лишая и гиперпластической дистрофии вульвы?

Дифференциальный диагноз проводится с патологическими процессами, имеющими сходную клиническую картину: красным плоским лишаем, кандидозом вульвы, витилиго, эссенциальным зудом, чесоткой и др.

Как лечить склеротический лишай и гиперпластическую дистрофию вульвы?

Источник KingMed.info

Показано местное применение гормональных средств, содержащих эстриол (овестин*), в виде мазей, кремов, вагинальных свечей; мази с глюкокортикоидами (1 и 2,5% гидрокортизоновая мазь, 0,5% преднизолоновая), с ментолом и анестезином, с витамином А.

Из физиотерапевтических методов применяют ультразвук, который снижает возбудимость вегетативной нервной системы, блокирует проведение патологических импульсов, оказывает механическое (микромассаж), рассасывающее и противовоспалительное действие на ткани, стимулирует функцию яичников. На курс - 15-20 процедур; фонофорез гидрокортизона на область вульвы, паховую и перианальную область (фибринолитический, трофический, вазотропный эффект).

В особо упорных случаях применяют спиртоновокаиновые блокады и оксигенотерапию. Спиртоновокаиновый раствор (100 мл 0,25% раствора новокаина и 30 мл 96% этилового спирта) после предварительной анестезии кожи вводят в ишиоректальное пространство, где он блокирует патологические импульсы, улучшает трофику. Проводят 2-5 блокад с интервалом в 1 нед.

Эффективным методом лечения дистрофических процессов наружных половых органов стала криотерапия (аэрозольный метод) и лазеротерапия, которая не дает опасных кровотечений, при этом быстрее происходит заживление раны, яснее отграничивается очаг деструкции от окружающих тканей.

Кроме того, используется радиоволновая пунктура пораженных участков, с последующими аппликациями 100% экстракта листа чайного дерева и удаление участков дистрофии с помощью петлевой насадки аппарата «Сургитрон».

Что относят к истинным (облигатным) предраковым заболеваниям вульвы?

К *предраковым заболеваниям* наружных половых органов относится вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN).

Плоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия:

- VIN 1 соответствует легкой дисплазии вульвы.
- VIN 2 - умеренно выраженной дисплазии вульвы.
- VIN 3 - тяжелой дисплазии и *cancer in situ*.

В чем состоит лечение дисплазии вульвы?

При выявлении локальной дисплазии в репродуктивном возрасте показаны иссечение в пределах здоровых тканей, лучше радиоволновым методом для тотального гистологического исследования биоптата, криодеструкция или лечение газовым лазером (CO₂), что позволяет получить хороший косметический эффект.

При диффузных формах дисплазии в репродуктивном периоде, а также при всех разновидностях дисплазии в пре- и постменопаузе метод выбора - простая вульвэктомия.

Вульвэктомия показана также в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения и там, где не исключена возможность развития рака в измененных тканях.

Что относят к факультативным (фоновым) заболеваниям влагалища?

К факультативным заболеваниям влагалища относят:

Источник KingMed.info

- гиперпластическую дистрофию;
- папиллому.

Что относят к облигатным (истинным) предраковым заболеваниям влагалища?

К таким заболеваниям относят дисплазию, которая в зависимости от выраженности патологических изменений в поверхностном пласте многослойного плоского эпителия делится на легкую, умеренную и тяжелую.

Каковы проявления и методы лечения фоновых и истинных предраковых заболеваний влагалища?

Клиническое течение указанных выше заболеваний, как правило, медленное. Чаще всего больные жалоб не предъявляют. Боли возникают при сочетании с воспалительными процессами. Выявляются эти заболевания почти всегда на профилактических осмотрах. Лечение гиперпластической дистрофии влагалища - оперативное, с последующим гистологическим исследованием материала. Наиболее целесообразна криотерапия.

При дисплазии оптимальными современными методами лечения являются радиоволновая хирургия и криодеструкция.

Что относят к факультативным (фоновым) заболеваниям шейки матки?

К факультативным заболеваниям шейки матки относятся:

- истинная эрозия (травматическое или инфекционное поражение эпителия шейки матки, характеризующийся его локальным отсутствием);
- эрозированный эктропион (выворот слизистой оболочки цервикального канала в результате рубцовой деформации шейки матки);
- лейкоплакия;
- полип.

Неправильным является проведение аналогии между эктопией и эрозией, так как имеются коренные различия в патогенезе этих двух состояний.

Что такое эктопия цилиндрического эпителия шейки матки?

Смещение высокого цилиндрического эпителия на участок влагалищной части шейки матки за пределы наружного зева называется эктопией цилиндрического эпителия шейки матки (рис. 6.18). Эктопия на шейке матки наблюдается у 10-15% женщин моложе 30 лет.

В МКБ-10 эктопия цилиндрического эпителия шейки матки не внесена как заболевание, так как это физиологическое состояние, но врачи нередко придерживаются неверной тактики ведения пациенток с эктопией.

Замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским - обязательный этап в течении эктопии.

Посттравматическая эктопия (эрозированный эктропион) возникает после травмы шейки матки в родах или во время аборта.

Как выглядит эктопия цилиндрического эпителия шейки матки при осмотре шейки матки с помощью зеркал?

Источник KingMed.info

При осмотре невооруженным глазом эктопия имеет ярко-красный цвет, зернистую поверхность. Форма и величина эктопий различны.

Какова кольпоскопическая характеристика эктопии цилиндрического эпителия шейки матки?

При кольпоскопии эктопия отличается по цвету и рельефу от слизистой оболочки, покрытой многослойным плоским эпителием. Она представляет собой гроздевидные скопления мелких шаровидных или продолговатых сосочков насыщенного красного цвета. Картина эктопии хорошо выявляется при нанесении на ее поверхность раствора 3% уксусной кислоты, которая вызывает сокращение сосудов. При этом сосочки становятся более рельефными, бледными и стекловидными, напоминая гроздь винограда.

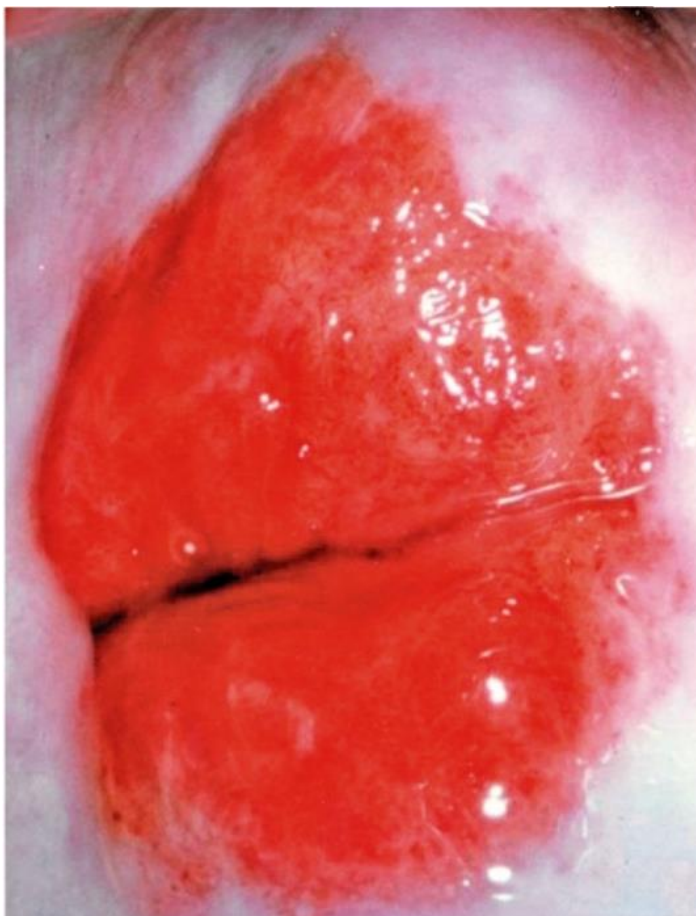


Рис. 6.18. Эктопия цилиндрического эпителия шейки матки

Что такое метаплазия?

Метаплазия - это замещение однослойного цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием (не путать с неоплазией!). **Как происходит замещение эктопированного эпителия?**

Замещение высокого цилиндрического эпителия может происходить двумя путями:

- за счет регенерации многослойного плоского эпителия с периферии;
- путем резервно-клеточной метаплазии, которая преобладает. **Что такое наботова киста (*ovulum Nabothii*)?**

Развитие *наботовых кист* связано с особенностями репаративного процесса, при котором метапластически измененный или многослойный плоский эпителий перекрывает устья открытых

Источник KingMed.info

желез, что приводит к скоплению слизи в ветвящихся железистых ходах и образованию ретенционных кист. Размеры этих кист различные, чаще они мелкие, имеют вид желтоватых бугорков.

Что такое зона трансформации?

Зона трансформации - зона превращения, или зона перестройки, - признак заживления эктопии и состоит из участков многослойного плоского эпителия, островков эктопии, открытых протоков желез, кистозно-расширенных желез, сосудов, островков многослойного плоского эпителия.

Какова кольпоскопическая картина зоны трансформации?

При кольпоскопии различают незаконченную и законченную зоны трансформации. При законченной зоне трансформации влажная порция шейки матки полностью покрыта многослойным плоским эпителием, под которым определяются железы и ретенционные кисты (*ovula Nabothii*).

Что такое лейкоплакия шейки матки?

Лейкоплакия - патологический процесс, характеризующийся ороговением поверхностных отделов многослойного плоского эпителия шейки матки (рис. 6.19).

Каковы этиология и патогенез лейкоплакии?

В этиологии лейкоплакии шейки матки принято выделять следующие группы факторов:

- эндогенные (нарушение гормонального гомеостаза, изменения иммунного статуса);
- экзогенные (инфекционные, химические, травматические).

Возникновению лейкоплакии шейки матки у женщин репродуктивного возраста предшествуют перенесенные воспалительные процессы матки и придатков на фоне нарушения менструальной функции по типу олигоменореи у 35,5% больных и по типу неполноценной лютеиновой фазы цикла - у 64,5%.

Большую роль в возникновении лейкоплакии шейки матки играют также химические и травматические воздействия. Доказано, что более 1/3 больных

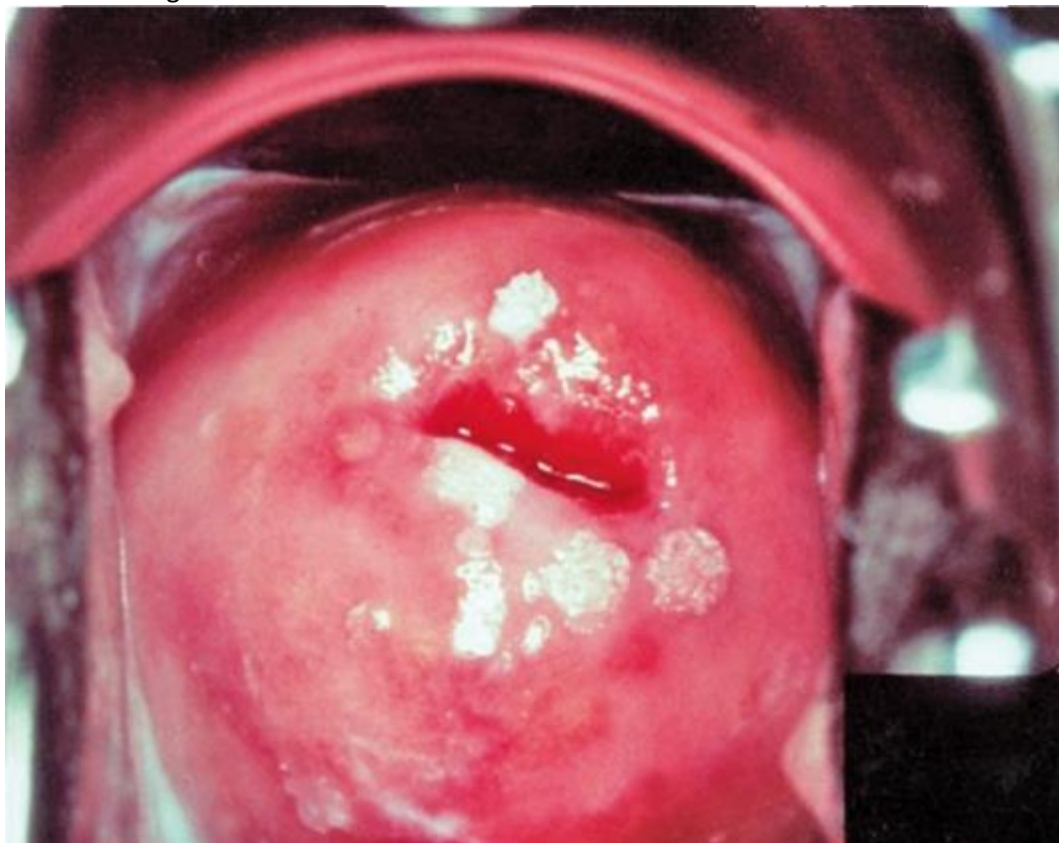


Рис. 6.19. Лейкоплакия шейки матки

лейкоплакией шейки матки ранее получали интенсивное и неадекватное медикаментозное лечение по поводу эктопии цилиндрического эпителия шейки матки, а у 33% пациенток с клинически выраженной лейкоплакией ранее была произведена диатермокоагуляция. Таким образом, к группе риска по возникновению лейкоплакии шейки матки следует относить пациенток с нарушениями МЦ, перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, рецидивирующими эктопиями, эктопиями цилиндрического эпителия шейки матки в анамнезе.

Какова клиника лейкоплакии шейки матки?

В большинстве случаев жалобы отсутствуют. Лишь незначительное число женщин предъявляют жалобы на обильные бели и контактные кровянистые выделения.

На чем основывается диагностика лейкоплакии шейки матки?

Диагностика лейкоплакии шейки матки включает клинические, кольпоскопические, цитологические, морфологические методы. Наиболее информативны расширенная кольпоскопия и морфологические методы исследования.

Что позволяет уточнить расширенная кольпоскопия?

Расширенная кольпоскопия позволяет уточнить размеры и характер лейкоплакии, оценить состояние покровного эпителия влагалищной части шейки матки.

Что служит основным методом диагностики лейкоплакии шейки матки?

Основным методом диагностики лейкоплакии шейки матки служит морфологическое исследование ее биоптата. Для качественного его выполнения необходимо применять прицельную ножевую биопсию под контролем кольпоскопии из пораженных участков шейки

Источник KingMed.info

матки. Оптимальным является удаление всего патологически измененного участка радиоволновым ножом, что позволяет провести серийное гистологическое исследование всех удаленных тканей.

Одновременно с биопсией производится выскабливание слизистой оболочки цервикального канала. Необходимость ревизии цервикального канала обусловлена тем, что патологический процесс может развиваться не только на влагалищной части шейки матки, влагалище и вульве, но и в участках плоскоклеточной метаплазии слизистой оболочки цервикального канала.

Как лечить лейкоплакии?

Принцип лечения - удаление в пределах здоровой ткани. Удалить лейкоплакию можно, применив криогенное воздействие, радиоволновую эксцизию, высокоинтенсивное лазерное излучение. Наиболее эффективны два последних метода.

Следует подчеркнуть, что при сочетании лейкоплакии шейки матки с воспалительными процессами вульвы и влагалища различной этиологии сначала необходимо устранить воспалительный процесс.

Достоинство радиоволновой эксцизии - прежде всего, онкобезопасность: вся иссеченная ткань подвергается гистологическому исследованию; второе преимущество - отсутствие ожоговых изменений в подлежащих тканях («холодная» резекция радиоволной не оставляет «угольного» струпа, заживление происходит под тонкой фибриновой пленкой).

Какова этиология полипа цервикального канала?

Причины возникновения полипов до конца не установлены. Определенную роль в их образовании играют гормональные нарушения, воспалительные процессы слизистой оболочки цервикального канала.

Какова характеристика полипов цервикального канала?

Полипы эндоцервикса редко бывают множественными, обычно они одиночные. Величина и форма их разнообразны: преимущественно они небольшие (диаметр 0,2-0,4 см), овальные или круглые, реже языкообразной или гроздевидной формы, свисают во влагалище. Поверхность полипов гладкая, консистенция мягкая, но может быть и более плотной, что обусловлено большим содержанием фиброзной ткани. При осмотре в зеркалах полипы обнаруживаются в области наружного зева и хорошо видны невооруженным глазом. Полипы имеют темно-розовый цвет, что обусловлено просвечиванием сосудов через покровный цилиндрический эпителий. При нарушении кровообращения они могут принимать темно-фиолетовую окраску. Реже поверхность полипа бывает белесой, что связано с нахождением на ней плоского многослойного эпителия. Основание полипов представляет собой тонкую либо широкую ножку (рис. 6.20).

Каковы методы лечения полипа цервикального канала?

Лечение полипа состоит в его удалении (полипэктомия) с последующим отдельным выскабливанием слизистой оболочки цервикального канала и стенок полости матки. Уменьшение числа рецидивов достигается эндоскопическим контролем (цервикоскопия, гистероскопия) и коагуляцией ножки полипа одним из методов.

Что такое эктропион шейки матки, и какова его клиническая характеристика?

Под *эктропионом* понимают выворот слизистой оболочки цервикального канала, возникший вследствие травмы шейки матки в родах. Реже эта травма наблюдается во время аборта.

Источник KingMed.info

При эктропионе больные в основном жалуются на бели, боли в пояснице и внизу живота, нарушение менструальной функции в виде меноррагий, обусловленных сопутствующим, как правило, хроническим эндоцервицитом и эндометритом.

Диагностика деформации шейки матки нетрудна, однако выворот слизистой оболочки цервикального канала иногда расценивают как эктопию цилиндрического эпителия шейки матки и проводят неадекватное лечение.

Наиболее эффективным методом лечения эктропиона шейки матки служит реконструктивнопластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову, восстанавливающая анатомию шейки матки до внутреннего зева.

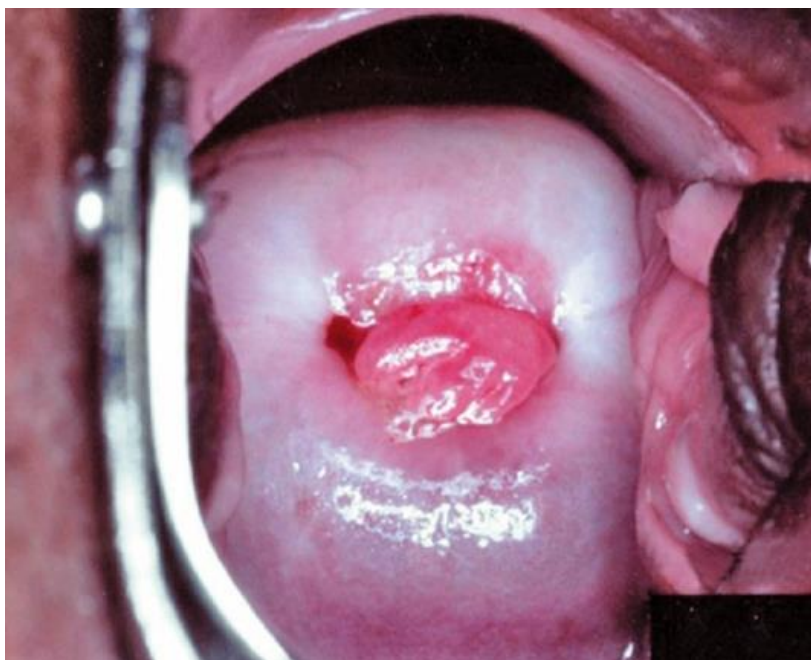


Рис. 6.20. Полип цервикального канала

Какова техника реконструктивно-пластической операции методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову?

Первый этап операции. Рассечение влагалищной части шейки матки до внутреннего зева

Шейка матки обнажается с помощью зеркал, фиксируется за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами и максимально низводится. Иссекается рубцовая или патологически измененная ткань (рис. 6.21).

Второй этап операции. Расслоение шейки матки

Острым путем производится расслоение переднего лоскута шейки матки от наружного зева параллельно продольной оси до внутреннего зева. Получаются два листка - внутренний и наружный. При гипертрофии или цервикозе шейки матки одновременно иссекаются измененные ткани (рис. 6.22). *Третий этап операции.* Формирование канала шейки матки. Внутренние листки, т.е. слизистую цервикального канала с мышечным слоем, формируют так, чтобы после их сшивания образовался цервикальный канал веретенообразной формы с внутренним зевом диаметром 3-4 мм. Листки соединяются друг с другом отдельными швами таким образом, чтобы узлы были погружены в просвет вновь сформированного канала шейки матки (рис. 6.23).

Источник KingMed.info

Четвертый этап операции. Формирование наружного зева На данном этапе операции наружные листки слизистой влагалищной порции шейки матки подшиваются к вновь сформированному каналу в области наружного зева соответственно на 12 и 6 ч по циферблату. Боковые поверхности наружных листков слизистой влагалищной порции шейки матки соединяются между собой на 3 и 9 ч по циферблату отдельными швами, после чего заканчивается формирование наружного зева шейки матки (рис. 6.24).

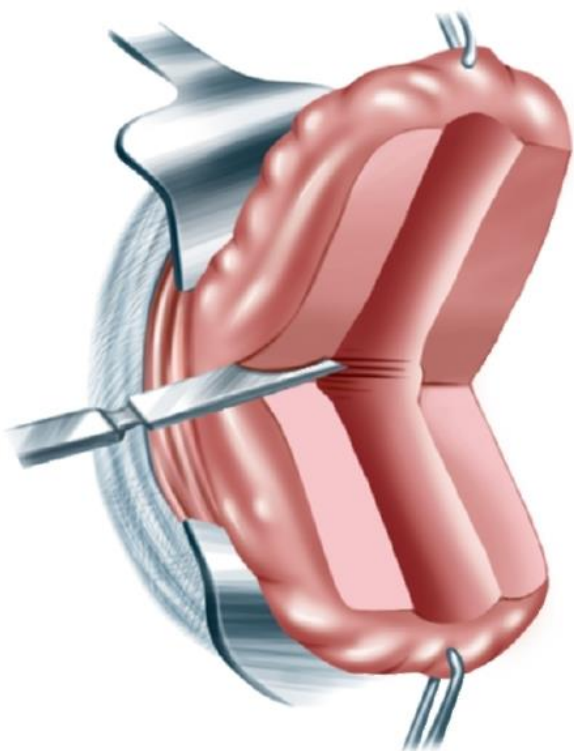


Рис. 6.21. Реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову: первый этап

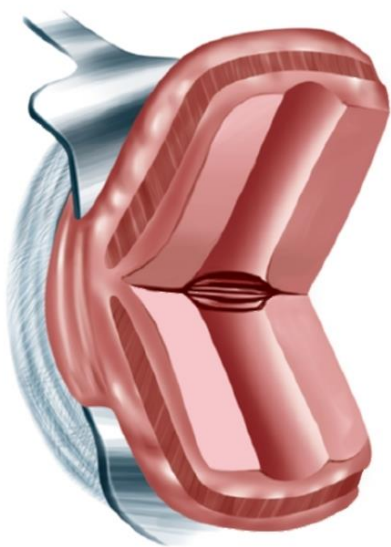


Рис. 6.22. Реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову: второй этап

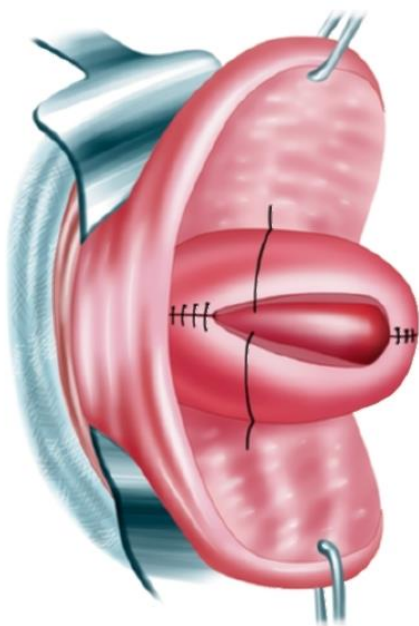


Рис. 6.23. Реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову: третий этап

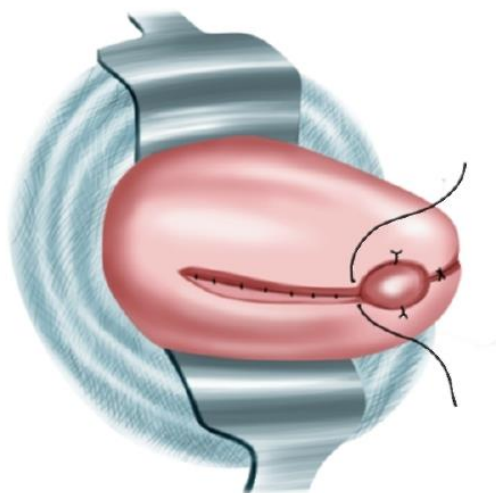


Рис. 6.24. Реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову: четвертый этап

Пятый этап операции. Окончательное формирование шейки матки

На края разрезов накладывают отдельные швы так, чтобы края слизистой оболочки были хорошо кооптированы. Шейка матки приобретает коническую или субконическую форму с округлым наружным зевом (рис. 6.25).

Что относят к истинным (облигатным) предраковым заболеваниям шейки матки?

К истинному предраку шейки матки относят дисплазию, более правильный термин «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» (*cervical intraepithelial neoplasia - CIN*), с выделением трех

Источник KingMed.info

степеней тяжести: I и II соответствуют легкой и умеренной дисплазии, III включает одновременно тяжелую дисплазию и преинвазивную карциному.

Существует несколько классификационных схем и терминологий для данного состояния.

С 1953 г. для обозначения пролиферативных процессов в эпителии применяется термин «дисплазия», предложенный J. Reagan, утвержденный ВОЗ в 1972 г. и наиболее распространенный в нашей стране.

С 1975 г. используется терминология *CIN*.

С 1988 г. внедрена новая классификационная система (*Bethesda*), которая имеет в своей основе термин *SIL* (*Squamous Intraepithelial Lesion* или плоскоклеточное интраэпителиальное поражение). Эта классификация наиболее часто применяется в последние годы в цитологии при скрининговых пробах, она направлена на стандартизацию результатов цитологического теста



Рис. 6.25. Реконструктивно-пластическая операция методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову: пятый этап

по Папаниколау с целью облегчения их трактовки. Соотношение классификационных схем представлено на рис. 6.26.

Признаки субклинической формы папилломавирусной инфекции и *CIN* I нередко трудно дифференцировать, поэтому в соответствии с классификацией *Bethesda* они объединены в группу плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой степени выраженности (*LSIL*), при этом *CIN* II и *CIN* III объединены в группу плоскоклеточных интраэпителиальных поражений высокой степени выраженности (*HSIL*).

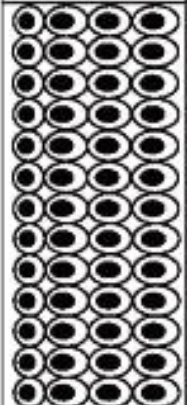

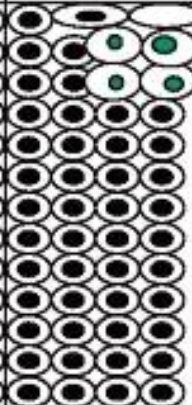
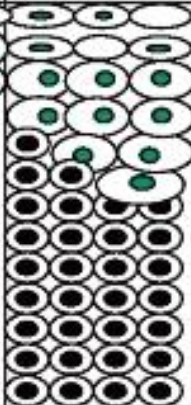
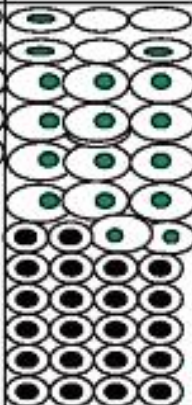

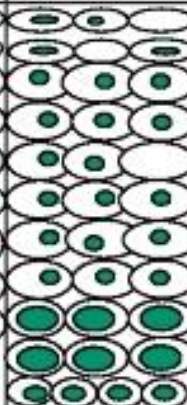

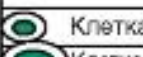
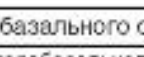

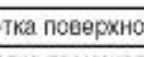
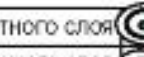
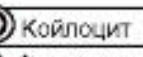
| Инвазивный рак | HSIL (ВПИП) — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени | | | LSIL (НПИП) — плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени | | Система Бетесда |
|---|---|---|---|--|---|---|
| | CIN III | | CIN II | CIN I | ПВИ | CIN |
| | Cancer in situ | Дисплазия III | Дисплазия II | Дисплазия I | ПВИ | Нормальный эпителий |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Подэпителиальная ткань | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| | Клетка базального слоя | Клетка парабазального слоя | Клетка поверхностного слоя | Клетка промежуточного слоя | Койлоцит | Атипичная клетка |

Рис. 6.26. Соотношение классификаций степени поражения многослойного плоского эпителия

Каковы этиология и патогенез истинного предракового заболевания шейки матки?

В развитии предраковых и раковых заболеваний шейки матки играют роль инфекционные процессы, вызванные вирусом герпеса типа II и особенно ВПЧ 16 и 18 типов. Факторами риска ВПЧ-инфекции половых органов будут раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, наличие других урогенитальных инфекций. ВПЧ попадает в клетки слизистых оболочек при контакте через микроразрывы и поражает базальные слои эпителия. На трансформацию латентного носительства ВПЧ в клинические или субклинические формы заболевания шейки матки влияют такие факторы, как штамм вируса (16 и 18 персистируют дольше), характер иммунного ответа организма на внедрение вируса, наличие других кофакторов опухолевой трансформации (курение, гормональный дисбаланс и др.)

В возникновении патологии шейки матки большое значение имеет фактор смегмы у сексуального партнера. Установлено, что смегма, накапливающаяся под крайней плотью, содержит канцерогенные вещества и при недостаточной опрятности полового партнера она попадает на шейку матки женщины. В мусульманских странах, где принято совершать обрезание крайней плоти, РШМ болеют значительно реже, чем в христианских.

Возникновение и развитие опухолевых процессов в значительной степени связано также с нарушениями в системе иммунной защиты. В противоопухолевой защите важную роль играют естественные противоопухолевые антитела, обладающие цитотоксическими свойствами. Определенный интерес представляет взаимосвязь между микробиоценозом влагалища и состоянием эпителия слизистой оболочки шейки матки. С одной стороны, существуют данные о возможном участии в патогенезе неоплазии шейки матки вирусов, хламидий, простейших и неспецифической бактериальной флоры. С другой стороны, наличие патологически измененного эпителия приводит к нарушению одного из физиологических барьеров, обеспечивающих инфекционную резистентность.

Источник KingMed.info

Развитие предопухолевых заболеваний шейки матки может быть связано с некоторыми профессиональными факторами. Так, у женщин, работающих в горнорудной и нефтеперерабатывающей промышленности, на табачном производстве, эти заболевания встречаются гораздо чаще.

В возникновении предрака и РШМ определенную роль играют наследственные факторы. Риск заболевания шейки матки у женщин с семейной отягощенностью в 1,6 раза выше по сравнению с женщинами без этой предрасположенности.

Какова клиническая картина дисплазии?

Дисплазия шейки матки не имеет клинических проявлений, особенно если она возникает не на фоне эктопии цилиндрического эпителия шейки матки, лейкоплакии, а на визуально непораженной шейке матки. Сигналом о наличии предрака или начальной стадии РШМ могут быть данные цитологического исследования содержимого влагалища и цервикального канала (*Pap-smear test*).

Следует отметить, что у молодых женщин диспластические изменения эпителия преимущественно отмечаются на влагалищной части шейки матки, особенно в зоне трансформации, после 40 лет - в цервикальном канале, при этом патологический процесс может быть изолированным или с одновременным поражением и влагалищной части шейки матки.

Какие женщины относятся к группе риска по развитию истинного предракового заболевания шейки матки?

К группе риска относятся:

- больные хроническими воспалительными заболеваниями влагалищной части шейки матки и цервикального канала;
- женщины, которым ранее проводилось лечение влагалищной части шейки матки (консервативное, тот или иной вид коагуляции, хирургическое лечение);
- больные, у которых возник рецидив заболевания;
- больные со старыми разрывами шейки матки.

Каковы методы диагностики дисплазии шейки матки?

Для своевременной диагностики предраковых заболеваний необходимо использовать возможности комплексного обследования больной.

Комплексное обследование женщин по выявлению предраковых заболеваний шейки матки включает осмотр влагалищной части шейки матки, цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала, *Didgene-тест* (определение суммарного количества онкогенных штаммов более 10^4), кольпоскопию, пробы Шиллера или Деражне (прижизненная окраска слизистой оболочки шейки матки гематоксилином, при которой нормальный многослойный плоский эпителий окрашивается в нежно-фиолетовый цвет, а опухолевые очаги - в синий).

На что следует обращать особое внимание при сборе анамнеза?

Собирая анамнез, необходимо уточнить следующие данные: количество беременностей (родов, аборт), течение послеродового периода, осложнения после абортов, наличие родовой или послеабортной травмы и восстановление шейки матки, гинекологические заболевания и методы

Источник KingMed.info

их лечения (особое внимание обращают на перенесенные заболевания влагалищной части шейки матки), обследование, проведенное ранее для уточнения диагноза, характер и длительность лечения (применение мазевых тампонов, прижигающих медикаментозных средств, диатермокоагуляции и других методов лечения), наличие гормональных нарушений, продолжительность заболевания, характер лечения и его эффективность, а также наличие или отсутствие рецидивов после лечения.

Что можно наблюдать при осмотре шейки матки с помощью зеркал?

У одних больных можно наблюдать очаговую гиперемию («красное пятно»), неравномерную окраску, местами белесоватую, с шероховатой поверхностью (преимущественно на передней губе) либо эктопию различной величины, у других - неизмененную влагалищную часть шейки матки, поскольку дисплазия локализуется в слизистой оболочке цервикального канала.

Какие дополнительные методы исследования применяют при подозрении на CIN?

Дополнительные методы - цитологическое исследование поверхностного соскоба с шейки матки и из цервикального канала, расширенная кольпоскопия, прицельная биопсия.

Какова кольпоскопическая картина дисплазии шейки матки?

Необходимо отметить определенные трудности кольпоскопической диагностики диспластических изменений шейки матки, так как кольпоскопическая картина весьма разнообразна. Характерный признак дисплазии - наличие атипической зоны трансформации. В понятие «атипическая зона трансформации» включаются различные сочетания кольпоскопических картин атипического эпителия (лейкоплакия, образование полей, немые йоднегативные, ацетобелые участки).

Для диагностирования предраковых состояний шейки матки может быть использована и кольпомикроскопия.

Какова цитологическая картина шеечных мазков при дисплазии шейки матки?

Цитологическое исследование шеечных мазков характеризуется наличием клеток с дискариозом. В зависимости от выраженности увеличения ядерно-цитоплазматического соотношения и других структурных изменений (форма ядер, содержание и распределение хроматина, включения в цитоплазме) различают три степени дискариоза - легкую, умеренную и тяжелую, при этом считается, что клеточные элементы с легким и умеренным дискариозом свойственны соответственно легкой и умеренной дисплазии, с тяжелым дискариозом - тяжелой дисплазии, а также преинвазивной карциноме (рис. 6.27-6.29).

Какова морфологическая картина дисплазии шейки матки?

Для дисплазии характерно изменение размеров и формы клеток и ядер: их гиперхроматизм, усиление митотической активности, включая увеличение числа и расширение спектра патологических митозов, нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения, акантоз, инфильтрация лимфоцитами и гистиоцитами в сочетании с патологическим ангиогенезом в подэпителиальной строме.

При *CIN I* степени тяжести (легкая дисплазия) изменения наблюдаются в нижней трети эпителия, при *CIN II* (умеренная дисплазия) - в нижних двух третях эпителия, при *CIN III* (тяжелая дисплазия и преинвазивная карцинома) - почти во всем или во всем эпителии.

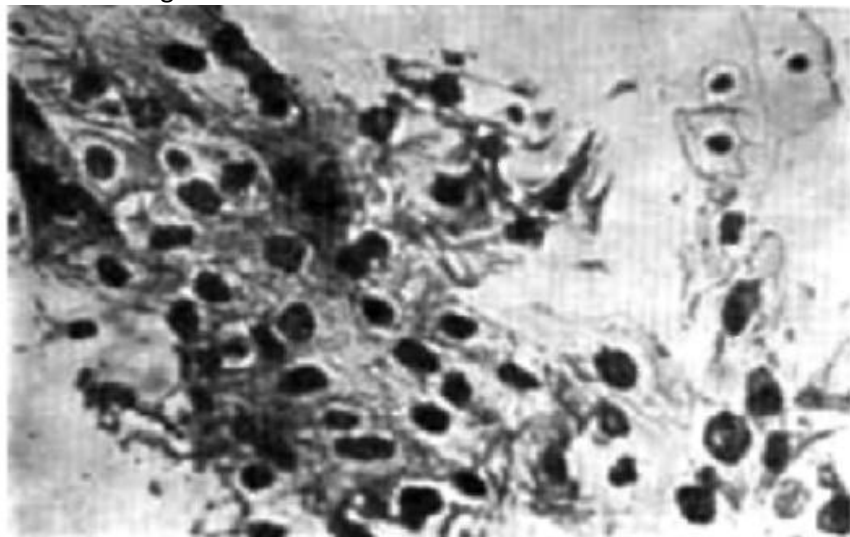


Рис. 6.27. Слабая дисплазия

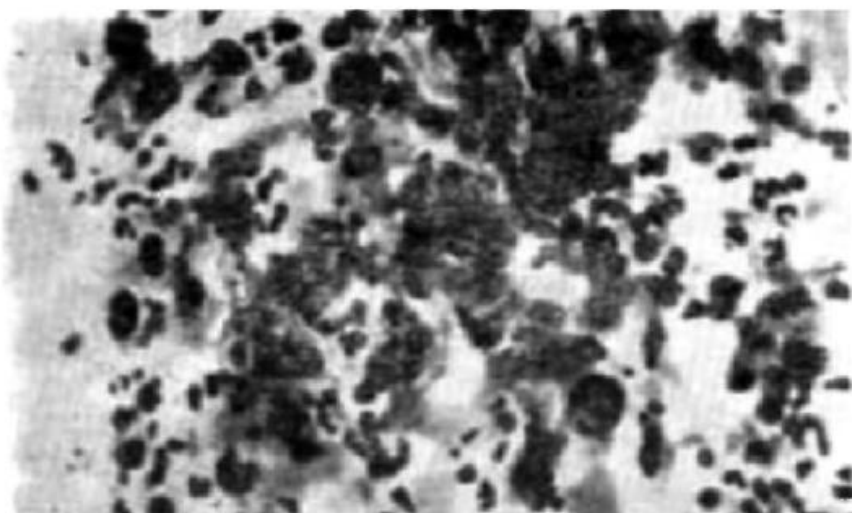


Рис. 6.28. Умеренная дисплазия

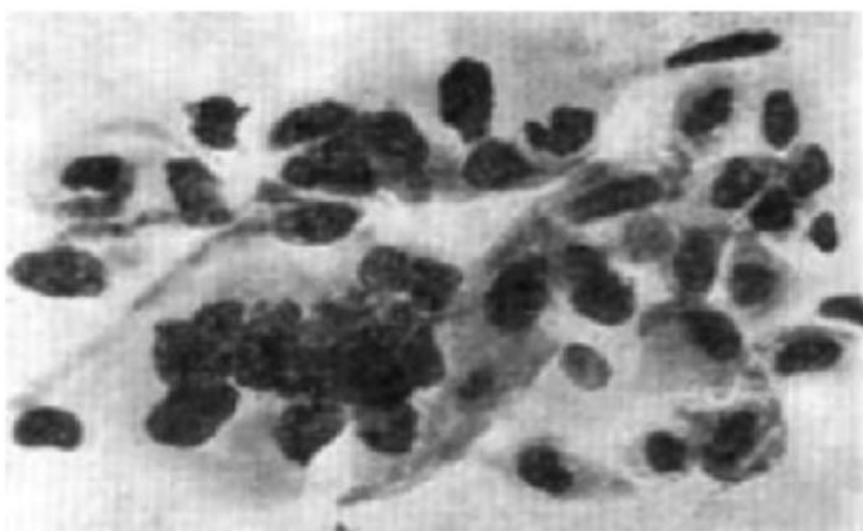


Рис. 6.29. Тяжелая дисплазия

В чем заключается лечение CIN?

Лечение должно быть радикальным и по возможности бережным: радиоволновая эксцизия шейки матки или ножевая ампутация шейки матки.

Гистерэктомия производится только при наличии сопутствующих заболеваний, например при миоме матки.

Какова тактика врача после проведенного лечения?

После лечения требуется контроль, который заключается в повторном цитологическом обследовании больной через 1,5-2 мес после операции. Диспансерное наблюдение за больной осуществляется в течение 3 лет после проведенного лечения. С диспансерного учета больную можно снять только при условии полной эпителизации шейки матки неизменным плоским эпителием.

Каковы исходы CIN?

Дисплазия эпителия шейки матки - это пограничное состояние, способное к регрессии, стабилизации и прогрессии - переходу в преинвазивный или инвазивный рак.

В чем состоит профилактика рака шейки матки?

Для успешной профилактики РШМ необходимы массовые и регулярные осмотры женщин старше 20 лет с их обязательным цитологическим обследованием (*Pap-smear test*) и радикальным лечением выявленных патологических процессов. С целью раннего выявления рака и предрака шейки матки, согласно Международному агентству по исследованиям рака (*IARC, 2004*), рекомендуется проводить скрининг у женщин, начиная с 25 лет каждые 3 года до 50 лет, затем каждые 5 лет - до 65 лет. Повышение эффективности профилактики связывают с привлечением к скринингу как можно большего количества женщин. Наиболее перспективный метод профилактики РШМ - это вакцинация девочек рекомбинантной вакциной против ВПЧ-инфекции до начала половой жизни.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. К группе риска по возникновению лейкоплакии шейки матки относятся женщины репродуктивного возраста:

- 1) перенесшие воспалительные заболевания половых органов;
- 2) химические воздействия на слизистую оболочку шейки матки;
- 3) травматические повреждения слизистой оболочки шейки матки;
- 4) с рецидивирующей эктопией шейки матки;
- 5) с кистой яичника.

2. К истинному предраку относят:

- 1) эктопию шейки матки;
- 2) лейкоплакию шейки матки;
- 3) полип цервикального канала;

Источник KingMed.info

- 4) эктропион шейки матки;
- 5) дисплазию шейки матки.

3. В возникновении дисплазии шейки матки большое значение имеют следующие факторы:

- 1) фактор спермы у сексуального партнера;
- 2) ВПЧ;
- 3) вирус герпеса типа III;
- 4) нарушение в системе иммунной защиты;
- 5) гормональные нарушения.

4. Каковы главные исследования для диагностики дисплазии шейки матки?

- 1) морфологические исследования;
- 2) биопсия шейки матки;
- 3) расширенная кольпоскопия;
- 4) цитологическое исследование (*PAP-smear test*);
- 5) осмотр шейки матки.

Задачи

5. Больная, 37 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные бели, контактные кровянистые выделения из половых путей. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружено: на влажной части шейки матки имеется тонкая белая пленка, которая легко снимается, слущивается, после чего визуализируются блестящие участки розового цвета. Каков диагноз? Какие дополнительные методы обследования следует провести? Каким будет лечение?

6. Женщина, 42 лет, пришла в женскую консультацию, к гинекологу на плановый профилактический осмотр. При осмотре шейки матки и влагалища с помощью зеркал обнаружена очаговая гиперемия («красное пятно»), неравномерная окраска, местами белесоватая с шероховатой поверхностью. При двуручном влагалищном обследовании - матка не увеличена, придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна, своды свободные. Каков диагноз? Какие дополнительные методы диагностики следует провести? Каким будет лечение? Каковы исходы *CIN*?

7. Больная, 49 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на зуд вульвы преимущественно ночью, чувство жжения, онемения в течение 2 лет. При осмотре: слизистая оболочка вульвы истончена, блестящая, сухая, депигментированная, напоминает пергамент, легко ранима. При кольпоскопическом исследовании обнаружено: слизистая оболочка вульвы желтоватого цвета, истончена, видны трещины, капилляры в виде красной крапчатости, проба Шиллера отрицательная. Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести? От каких заболеваний необходимо дифференцировать? Каким будет лечение?

8. Больная, 32 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей после полового акта. При осмотре с помощью зеркал обнаружено: шейка матки цилиндрической формы, вокруг наружного зева на передней и задней губе шейки матки имеется эктопия железистого эпителия ярко-красного цвета с зернистой поверхностью, контактно

Источник KingMed.info

кровоточащая. При двуручном влагалищном обследовании патологии внутренних половых органов не обнаружено. Каков диагноз? Что следует предпринять?

6.4. МИОМА МАТКИ

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, виды миом по локализации миоматозных узлов, клинические проявления, методы диагностики, основные виды операций, применяемых при миоме матки. **Студент должен знать:** современные теории патогенеза миомы матки, клинические проявления, диагностику, методы лечения.

Студент должен уметь: используя полученные знания и результаты дополнительных методов исследований, поставить диагноз; провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, знать показания к оперативному лечению.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, слайды, видеофильмы, удаленные во время операции макропрепараты, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме.
- Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое миома матки?

Миома матки (фиброма) - доброкачественная, гормонально-зависимая опухоль, относится к стромальным опухолям, которые образуются в результате гипертрофии и пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани.

Как часто встречается миома матки среди гинекологических больных?

Миома матки встречается у 15-17% женщин старше 30 лет и до постменопаузы. В постменопаузе, как правило, происходит обратное развитие опухоли. Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10-27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1-2,5% женщин. В гинекологических хирургических стационарах оперативное вмешательство по поводу миомы матки проводится более чем у 50% больных.

Какие факторы риска способствуют возникновению миомы матки?

Факторы риска развития миомы матки:

- генетическая предрасположенность;
- отсутствие половой жизни, беременностей («болезнь монашек»);
- позднее менархе;
- высокая частота медицинских аборт.

Каковы основные пути развития миомы матки?

Патогенез миомы матки остается спорным и вызывает много вопросов. До настоящего времени существует традиционное мнение о ведущей роли эстрогенов в патогенезе миом. Уменьшение объемов миоматозных узлов и значительное снижение содержания рецепторов эстрогенов в миометрии и тканях миомы после длительного лечения агонистами гонадолиберина подтверждают это мнение.

Развитие и рост миомы во многом зависят от состояния рецепторного аппарата матки. Нарушения рецепторного аппарата матки могут способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный).

В генезе миомы матки играют роль изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции.

Важная роль в патогенезе миомы матки отводится нарушению функции яичников, это подтверждают обнаруженные мелкокистозные изменения яичников у 50-60% женщин в этой группе больных.

Как классифицируют миому матки?

Миоматозные узлы чаще располагаются в теле матки (95%) и гораздо реже (5%) - в шейке. По локализации миоматозных узлов различают: подбрюшинные (субсерозные), межмышечные (интерстициальные), подслизистые (субмукозные). Миоматозные узлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могут расти по направлению боковой стенки малого таза, располагаясь между листками широкой связки (интралигаментарно). Наиболее часто (80%) встречаются множественные миомы матки.

Что такое множественная миома матки?

Множественная миома матки - миома с различной локализацией двух узлов и более. Такое количество миоматозных узлов, как три, пять или семь, одной локализации не дает основания считать миому множественной.

Каковы основные клинические симптомы при миоме матки?

Жалобы больных зависят от многих факторов: локализации и величины опухоли, вторичных изменений в миоматозных узлах, продолжительности заболевания, наличия сопутствующих изменений в половых органах и т.д. Преобладание тех или иных факторов отражается на симптоматике заболевания.

Основные симптомы:

- кровотечение;
- боли;
- сдавление соседних органов;
- рост опухоли.

Каков характер кровотечений у женщин репродуктивного и постменопаузального возраста?

Кровотечения чаще носят характер гиперполименореи. Особенно сильные кровотечения возникают при субмукозных миомах матки с центропетальным ростом и подслизистым расположением узла. Для такого расположения миом характерны не только длительные

Источник KingMed.info

менструации, но и межменструальные кровотечения. Ациклические кровотечения при миоме матки могут быть обусловлены нарушением функции яичников, что нередко подтверждается выявляемой гиперплазией эндометрия.

Маточное кровотечение может быть обусловлено сопутствующей патологией:

- стромальной гиперплазией яичников;
- кистозной дегенерацией яичников;
- воспалением придатков матки;
- внутренним эндометриозом;
- гормонопродуцирующими опухолями яичников.

Появление кровотечения у женщин с миомой матки в постменопаузе почти всегда свидетельствует о патологии яичников (феминизирующая опухоль, стромальная гиперплазия яичника) или эндометрия (гиперплазия, полипоз, рак). Болевой синдром вызывается натяжением связочного аппарата матки, растяжением ее брюшинного покрова, а также давлением растущей опухоли на окружающие органы. Присоединение болевого синдрома настораживает в отношении риска малигнизации опухоли.

Чем обусловлены мено- и метроррагии у больных миомой матки?

Меноррагии у больных миомой матки могут быть обусловлены увеличением внутренней поверхности, с которой происходит десквамация эндометрия во время менструации при субмукозном росте узла, сопутствующей неполноценностью миометрия и сосудов, расположенных в мышечном слое, гиперплазией эндометрия и повышением его фибринолитической активности.

Длительные и обильные менструации нередко бывают связаны с сопутствующим эндометриозом.

Чем обусловлено давление на соседние органы у больных миомой матки?

Давление на соседние органы зависит от расположения и направления роста узлов. Так, исходящие из передней стенки матки узлы даже небольших размеров давят на мочевой пузырь, вызывая дизурические явления. Интралигаментарно расположенные опухоли вызывают сдавление мочеточников с последующим развитием гидроуретера, гидронефроза и пиелонефрита. Давление на прямую кишку обуславливает нарушения функции желудочно-кишечного тракта.

Чем обусловлен болевой синдром у больных миомой матки?

При миоме матки с центрипетальным ростом и подслизистым расположением узла боли могут носить схваткообразный характер. Подслизистые миоматозные узлы на ножке могут появляться во влагалище (рождающийся субмукозный узел), что сопровождается резкими болями и усилением кровотечения. Болевой синдром может быть обусловлен натяжением брюшины при интралигаментарном росте узла.

Миомы матки, как правило, растут медленно (не более 4 нед в год). Быстрое увеличение опухоли подозрительно в отношении малигнизации (0,5%).

Какие осложнения возникают при миоме матки?

Наиболее частые осложнения при миоме матки:

- нарушение питания субсерозного узла с последующим некрозом;
- перекрут ножки подбрюшинного (субсерозного) узла;
- острое кровотечение, сопровождающееся стойкой анемией у больной;
- выворот матки при рождающемся субмукозном узле (крайне редко);
- злокачественное перерождение (до 2%). **Что такое субмукозная миома матки?**

Субмукозная миома матки берет свое начало из глубокого слоя миометрия и растет в сторону эндометрия (рис. 6.30, а). Часто узлы опухоли связаны с миометрием только тонкой ножкой, поэтому могут далеко выдаваться в полость матки и даже выпадать через цервикальный канал (родившийся субмукозный узел).

Существуют ли особенности развития и клинической картины при субмукозной миоме матки?

Как правило, субмукозные миомы матки быстрее растут, чаще сопровождаются изменениями покрывающего их эндометрия и кровотечениями (мено- и метроррагии). При рождающемся субмукозном узле (рис. 6.30, б) боли носят схваткообразный характер.

Каким образом производят удаление рождающегося или родившегося субмукозного миоматозного узла?

Рождающийся или родившийся субмукозный миоматозный узел захватывают пулевыми щипцами и пытаются открутить его медленными ненасильственными вращениями в одну и ту же сторону до полного отторжения. При необходимости основание узла может быть рассечено длинными ножницами. После удаления родившегося субмукозного узла показана гистероскопия с последующим выскабливанием слизистой оболочки тела матки.

От чего следует дифференцировать рождающийся субмукозный узел?

Рождающийся субмукозный узел дифференцируют от аборта в ходу или полипа шейки матки.

Что такое «миомное сердце»?

У больных миомой матки происходят изменения сердечно-сосудистой системы - «*миомное сердце*». Данная патология сердечно-сосудистой системы возникает у тех больных, у которых миома сопровождается кровотечением или размягчением и распадом узлов. Обычно появляются жалобы на боли в области сердца, снижение тонуса сердечной мышцы. Возможно повышение венозного давления при наличии гипертонической болезни.

Какие методы диагностики применяются при миоме матки?

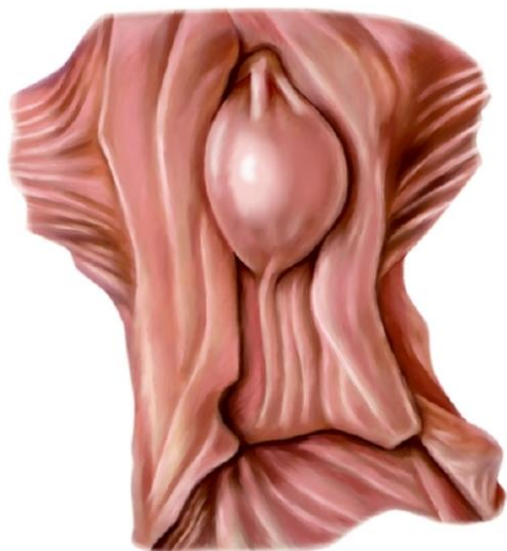
У большинства пациенток поставить диагноз миомы матки не представляет больших затруднений, так как при обычном гинекологическом исследовании определяется увеличенная в размерах, подвижная, безболезненная матка плотной консистенции с узловатой поверхностью. В настоящее время широко используется ультразвуковое сканирование для определения размеров матки, локализации узлов и состояния яичников. Уточнить диагноз позволяют такие методы исследования, как зондирование матки, ГСГ, гистероскопия.

От чего следует дифференцировать миому матки?

Источник KingMed.info

Миому матки следует дифференцировать от саркомы или рака тела матки, доброкачественной или злокачественной опухоли, исходящей из яичника, от воспалительных опухолевидных образований придатков матки, от беременности.

При дифференциальной диагностике между миомой матки и беременностью прежде всего следует обратить внимание на плотную консистенцию матки, узловатую поверхность опухоли, наличие длительных и обильных менструаций, что позволяет исключить беременность. Кроме того, глубокое изучение анамнеза, учет вероятных и предположительных признаков беременности, положительная реакция на ХГ, УЗИ могут помочь в уточнении диагноза.



а



б

Рис. 6.30. Субмукозная миома: а - у дна матки; б - рождающаяся миома

При дифференциальной диагностике миомы матки (чаще субсерозное расположение узла) и цистаденомы яичника следует обратить внимание на консистенцию опухоли, подвижность, бугристую поверхность образования. Ультразвуковое исследование, диагностическая лапароскопия - основные методы для уточнения диагноза.

Источник KingMed.info

При дифференциальной диагностике миомы и саркомы матки обращают внимание на быстрый рост опухоли, возраст больной, жалобы на бели гнилостного характера, боли в нижних отделах живота, значительное похудание, анемию, не связанную с кровотечением, ухудшение общего состояния больной. Следует иметь в виду, что эти заболевания могут сочетаться. Большую помощь в диагностике оказывают ангиография, лимфография, хромоцитоскопия, экскреторная урография, радиоизотопная ренография.

Какие существуют методы лечения миом матки?

Лечение может быть хирургическим или с применением малоинвазивных технологий - эмболизация маточных артерий и миолиз.

Какие существуют современные тенденции в лечении миомы матки?

Современные тенденции в лечении миомы матки:

- более активная тактика ведения больных;
- рост органосохраняющих операций;
- внедрение малоинвазивных технологий.

Каковы принципы медикаментозного лечения миомы матки?

Медикаментозного лечения миомы матки, основанного на принципах доказательной медицины, не существует. В то же время распространена адъювантная терапия, которая подразумевает не лечение больной, а отдельное воздействие на отдельные звенья патогенеза. Медикаментозное лечение миомы матки основано на концепции о гормонально-зависимом характере этой опухоли и использовании средств, тормозящих ее развитие. Оно направлено на торможение роста опухоли, уменьшение размеров матки, регресс клинических симптомов, сохранение репродуктивной функции у пациенток фертильного возраста, улучшение качества жизни.

Какие препараты являются основой адъювантного лечения миомы матки?

Основой консервативной терапии миомы матки являются гормональные препараты. Механизм действия препаратов, применяемых для лечения миомы матки, в основном заключается во временном и обратимом угнетении функции яичников. Противоопухолевое действие гестагенов проявляется в снижении митотической активности клеток опухоли, что может способствовать торможению ее роста.

Какие существуют методы хирургического лечения миомы матки?

К хирургическим методам лечения относятся: радикальные - гистерэктомия, и органосохраняющие операции - миомэктомия различными доступами (гистероскопическим, лапароскопическим и абдоминальным).

Каковы показания для оперативного лечения миомы матки?

Показания к хирургическому лечению.

- Субмукозная миома матки.
- Большие размеры опухоли (свыше 12 нед беременности).
- Нарушения функции соседних органов.
- Быстрый рост опухоли (более 4 нед в год).

Источник KingMed.info

- Нарушение питания субсерозного миоматозного узла с последующим некрозом.
- Шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки.

Какие виды операций применяются при миоме матки?

Органосохраняющие и органоуносящие операции. **Что относится к органосохраняющим операциям?**

Миомэктомия производится для сохранения генеративной или менструальной функции женщины.

Гистерорезектоскопия - удаление субмукозных узлов через влагалище.

Показания: молодой возраст (до 37 лет), миома матки как один из факторов бесплодия.

Эмболизация маточных артерий и ФУЗ-абляция (фокусированное воздействие коротких ультразвуковых импульсов высокой мощности под контролем МРТ).

Какое реабилитационное лечение проводится после органосохраняющих операций?

Реабилитация после консервативной миомэктомии включает: электрофорез йода и цинка, общие радоновые ванны и влагалищные орошения. Один из основных механизмов действия радоновой воды - седативное влияние на центральную и вегетативную нервную системы. При лечении больных с миомой матки радоновой водой происходит восстановление нормальных гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений, рецепции эндомиометрия, а также ликвидация воспаления, отека и венозного застоя.

Что относится к органуносящим операциям?

При сочетании миомы матки и пролапса половых органов производятся *органуносящие операции* - экстирпация матки влагалищным путем с последующей кольпоперинеолеваторопластикой.

Какие операции при миоме матки относятся к радикальным?

К радикальным операциям относятся:

- надвлагалищная ампутация матки;
- надвлагалищная ампутация матки с иссечением слизистой оболочки цервикального канала. Данная операция предложена на кафедре акушерства и гинекологии РУДН. Используется при сочетании миомы матки с эндометриозом;
- экстирпация матки - применяется при сочетании миомы матки с заболеванием шейки матки или при низко расположенных миоматозных узлах (интралигаментарное расположение узлов), когда технически произвести надвлагалищную ампутацию матки не представляется возможным.

Каковы показания для эмболизации маточных артерий при миоме матки?

Показания к эмболизации маточных артерий:

- размеры узла миомы диаметром до 5 см при всех локализациях (за исключением субсерозных узлов на ножке);
- в качестве неoadьювантного метода.

Каковы преимущества эмболизации маточных артерий по сравнению с хирургическим лечением миом матки?

Преимущества эмболизации маточных артерий по сравнению с хирургическим лечением:

- сохранение матки;
- отсутствие интраоперационной кровопотери;
- одновременное влияние на все миоматозные узлы;
- более короткий срок пребывания в стационаре;
- меньший риск осложнений.

Чем следует руководствоваться при выборе объема оперативного лечения при миоме матки?

При решении вопроса об объеме операции, а именно ее ампутации или экстирпации, следует руководствоваться состоянием шейки матки. Неизмененную шейку удалять не следует. Необходимо провести лечение патологических изменений шейки матки перед операцией. При надвлагалищной ампутации матки или ее экстирпации вопрос об оставлении или удалении маточных труб решается индивидуально в каждом случае. Если маточные трубы натянуты на узлах опухоли или в них имеется воспалительный процесс, то их следует удалить. Во всех остальных случаях маточные трубы нужно сохранить, так как при их удалении в определенной мере нарушается иннервация и кровоснабжение яичников, что приводит к более быстрому угасанию их функции.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Характерные особенности миомы матки - это:

- 1) доброкачественная, гормонально-зависимая опухоль;
- 2) злокачественная опухоль;
- 3) стромальная опухоль;
- 4) исходит из поперечнополосатой мышечной ткани;
- 5) наиболее часто встречается у женщин раннего репродуктивного периода.

2. Миома матки образуется в результате:

- 1) гипертрофии элементов соединительной и мышечной ткани;
- 2) пролиферации элементов соединительной и мышечной ткани;
- 3) атрофии элементов соединительной и мышечной ткани.

3. К основным факторам, способствующим возникновению миомы матки, относят:

- 1) позднее менархе;
- 2) генетическую предрасположенность;
- 3) перенесенные ЗППП;
- 4) высокую частоту медицинских абортов;

5) обильные менструации.

4. Роль каких гормонов является ведущей в патогенезе миомы матки?

- 1) гестагены;
- 2) эстрогены;
- 3) андрогены;
- 4) прогестины с низким содержанием гормонов.

5. Миома матки:

- 1) чаще множественная;
- 2) в подавляющем большинстве случаев локализуется в теле матки;
- 3) редко сочетается с эндометриозом;
- 4) встречается в сочетании с раком эндометрия;
- 5) является противопоказанием для консервативного лечения.

6. Основными симптомами миомы матки являются:

- 1) кровотечения;
- 2) боли;
- 3) сдавление соседних органов;
- 4) бесплодие;
- 5) рост опухоли.

7. Характерными особенностями субмукозной миомы матки являются:

- 1) быстрый рост;
- 2) кровотечение;
- 3) некроз миоматозного узла;
- 4) схваткообразные боли внизу живота;
- 5) злокачественное перерождение.

8. Миому матки необходимо дифференцировать:

- 1) от беременности;
- 2) опухоли яичника;
- 3) саркомы тела матки;
- 4) tuboовариальных образований;
- 5) пузырного заноса.

9. Показанием к оперативному лечению при миоме матки являются:

- 1) быстрый рост опухоли;

Источник KingMed.info

- 2) миома матки больше 12 нед;
- 3) интерстициальная миома матки;
- 4) маточные кровотечения с анемизацией женщины;
- 5) субмукозная миома матки.

10. К радикальным операциям при миоме матки относятся:

- 1) миомэктомия;
- 2) надвлагалищная ампутация матки;
- 3) эмболизация маточных артерий;
- 4) экстирпация матки;
- 5) удаление рождающегося или родившегося субмукозного миоматозного узла.

Задачи

11. Больная, 42 лет, поступила в гинекологическое отделение по наряду скорой помощи с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу

живота, кровяные выделения из половых путей. Четыре года назад впервые диагностирована миома матки малых размеров. При осмотре шейки матки в зеркалах: в канале шейки матки виден миоматозный узел диаметром 2 см. При влагалищном обследовании: матка плотная, увеличена до 4-5 нед беременности, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются. Зона их безболезненная. Выделения кровянистые, умеренные. Каков диагноз? Какой будет тактика врача?

12. Больная, 38 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные локальные боли внизу живота, продолжающиеся около 4 дней, повышение температуры тела до 37,7 °С. Больная находилась на диспансерном учете в женской консультации по поводу миомы матки в течение последних 6 лет. При влагалищном исследовании обнаружено: матка в *anteflexio*, увеличена до 7-й недели беременности за счет субсерозного миоматозного узла в области дна матки диаметром 5-6 см. Узел мягковатой консистенции, резко болезненный при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, зона их безболезненная. Выделения слизистые. Своды глубокие, безболезненные. Каков диагноз? Каким будет лечение?

6.5. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез и клиническую картину ГПЭ, методы диагностики, лечения.

Студент должен знать: понятие «гиперпластические процессы эндометрия»; классификацию ВОЗ по формам гиперпластических процессов; этиологию и патогенез, клиническую картину, методы диагностики ГПЭ; группы риска по развитию ГПЭ и рака эндометрия; методы лечения больных с гиперплазией эндометрия в зависимости от типа гиперплазии, возрастного периода женщины и сопутствующих заболеваний.

Студент должен уметь: на основании жалоб, особенностей клинической картины и данных гистологического исследования определить объем дополнительного обследования для уточнения диагноза, провести дифференциальную диагностику, составить план лечения в

Источник KingMed.info

зависимости от типа гиперплазии, возрастного периода женщины и сопутствующих заболеваний, выделить больных в группу риска развития ГПЭ и рака эндометрия.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, препараты различных типов ГПЭ, сонографические изображения, рентгенограммы, описание данных гистероскопии, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации. Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме.
- Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) - группа гинекологических заболеваний, характеризующихся развитием гиперпластических или неопластических процессов в эндометрии.

Каковы причины возникновения ГПЭ?

Эндометрий является органом-мишенью для половых гормонов из-за присутствия в нем специфических рецепторов. Сбалансированное гормональное воздействие через цитоплазматические и ядерные рецепторы обеспечивает физиологические циклические превращения слизистой оболочки матки. Нарушение гормонального статуса женщины может приводить к изменению роста и дифференцировки клеточных элементов эндометрия и повлечь за собой развитие гиперпластических процессов.

К возникновению ГПЭ у женщин различного возраста приводят: нарушения центральной регуляции РС, вызывающие НЛФ и ановуляцию; гиперпластические процессы в яичниках (стромальная гиперплазия, текоматоз, фолликулярная киста с гиперплазией тека- и (или) гранулезных клеток); гормональные опухоли яичников (гранулезоклеточные, текаклеточные и др.); нарушения тканевой рецепции, жирового обмена, метаболизма половых гормонов при патологии гепатобилиарной системы и желудочнокишечного тракта, иммунитета и функции щитовидной железы.

Каков патогенез ГПЭ?

Ведущее место в патогенезе ГПЭ отводят гиперэстрогении (относительной или абсолютной), возникающей на фоне отсутствия или недостаточного влияния прогестерона.

Каковы изменения в иммунной системе при ГПЭ?

При ГПЭ происходит изменение основных показателей иммунной системы: достоверное увеличение процентного содержания Т-лимфоцитов; относительное количественное увеличение Т-супрессоров и соответственно снижение коэффициента Т-хелперы/Т-супрессоры; снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и фагоцитарного индекса.

Источник KingMed.info

Установлено, что один из факторов роста - эпидермальный, - связываясь со специфическими рецепторами, обуславливает синтез ДНК и митотическую активность эндометриальных клеток, т. е. их пролиферацию. ИПФР-1 обнаружен в эндометрии и участвует в процессах роста клеток и их дифференцировке.

Какова роль избытка жировой ткани в патогенезе ГПЭ?

Определенную роль в патогенезе ГПЭ играют ожирение и гипергликемия. Следствием этого является внегонадное образование эстрогенов из андрогенов в жировой ткани. Установлено, что содержание эстрадиола и глобулинов, связывающих половые стероиды, у женщин с нормальной или сниженной массой тела на 27-43% ниже. Изучение роли рецепторов эндометрия к яичниковым гормонам показало, что в эндометрии здоровых женщин содержание рецепторов эстрадиола достоверно ниже, чем при железисто-кистозной гиперплазии.

Часто наблюдаемое в клинической практике сочетание патологии эндометрия с дисгормональными изменениями в молочной железе и миомой матки указывает на общность патологических процессов, вызванных нарушением гормонального баланса. По мнению ряда авторов, предрак и рак эндометрия развиваются у женщин определенного типа, имеющих на протяжении жизни длительные периоды гиперэстрогении. Это позволило Я.В. Бохману (1977) отнести больных нейрообменно-эндокринным синдромом и наличием патологии эндометрия к первому патогенетическому варианту (табл. 6.2). При обследовании таких больных выявляется простая железистая или атипическая гиперплазия эндометрия. Данный синдром часто наблюдается и при высокодифференцированной аденокарциноме тела матки. Ко второму патогенетическому варианту (больные без выраженного НЭС) чаще относятся больные с эндометриальными полипами. Выделение патогенетических вариантов позволяет более дифференцированно подходить к лечению гормонами (см. табл. 6.2).

Таблица 6.2. Клиническая характеристика патогенетических вариантов предрака эндометрия

| Признаки | Патогенетические варианты | |
|--|--|---|
| | первый | второй |
| Менструальная функция | В анамнезе ановуляторные маточные кровотечения | Не нарушена |
| Детородная функция | Снижена, нередко бесплодие | Не нарушена |
| Время наступления менопаузы | Часто после 50 лет | Обычно до 50 лет |
| Тип кольпоцитологической реакции в постменопаузе | Эстрогенный | Атрофический |
| Состояние яичников | Гиперплазия тека-ткани. Синдром Штейна–Левенталя. Феминизирующие опухоли | Фиброз |
| Фон эндометрия или произведенные ранее соскобы | Гиперпластические процессы | Атрофия |
| Состояние миометрия | Миома, аденомиоз | Без особенностей |
| Т-система иммунитета | Без существенных изменений | Иммунодефицит |
| Ожирение | Есть | Нет |
| Сахарный диабет | Есть | Нет |
| Гиперлипидемия | Есть | Нет |
| Гипертоническая болезнь | Сочетается с ожирением и (или) сахарным диабетом | Отсутствует или не сочетается с ожирением и сахарным диабетом |

Какие гистологические типы гиперплазии эндометрия выделяют?

Гистологическая классификация ВОЗ выделяет три основных вида ГПЭ: полипы, эндометриальную гиперплазию и атипическую гиперплазию эндометрия.

В МКБ-10 предусмотрена следующая классификация: • железисто-кистозная гиперплазия эндометрия;

- полипы эндометрия (железистые и железисто-кистозные);
- атипическая гиперплазия эндометрия (син. - аденоматоз, аденоматозная гиперплазия очаговая либо диффузная, включающая и аденоматозные полипы).

Каковы морфологические особенности железисто-кистозной гиперплазии эндометрия?

Эндометрий утолщен, отсутствует разделение на компактный и спонгиозный слои, нарушается правильность распределения желез в строме, характерны кистозно-расширенные железы. Количество желез не увеличивается, но в связи с усиленной пролиферацией железы приобретают извитую форму, и на срезе, проходящем через отдельные витки одной и той же железистой трубочки, создается впечатление большого количества желез. Кистозное расширение желез при железисто-кистозной гиперплазии происходит вследствие разной интенсивности пролиферации эпителия на отдельных участках желез и различий в степени пролиферации стромы. В строме, как правило, клубков спиральных артерий не наблюдается (рис. 6.31).

Каковы морфологические особенности эндометриального полипа?

Полип тела матки представляет собой локальное, экзофитно растущее образование, исходящее из ткани базального слоя эндометрия. Наиболее частой локализацией полипов эндометрия являются дно тела матки и устья маточных труб. Форма полипов различная - от шаровидной, грушевидной или грибовидной до вытянутой, цилиндрической. Размеры полипа от 0,3- 1,0 см до больших экзофитных образований, заполняющих всю полость матки и проникающих через цервикальный канал во влагалище (рис. 6.32).

Какие полипы выделяют по гистологическому типу?

По гистологическому строению выделяют два типа полипов эндометрия: полипы, содержащие элементы функционирующего эндометрия, которые реагируют на действие эстрогенов и прогестерона, как и окружающая их ткань эндометрия; и полипы, состоящие из незрелого эндометрия базального слоя, гормонально малоактивны. Строма в полипах первого типа такая же, как и в гиперплазированном эндометрии, и их целесообразнее относить к полиповидной форме гиперплазии эндометрия.

Строма в полипах второго типа состоит из фиброзных и гладкомышечных элементов, и этот тип полипа относят к истинным железистым полипам.

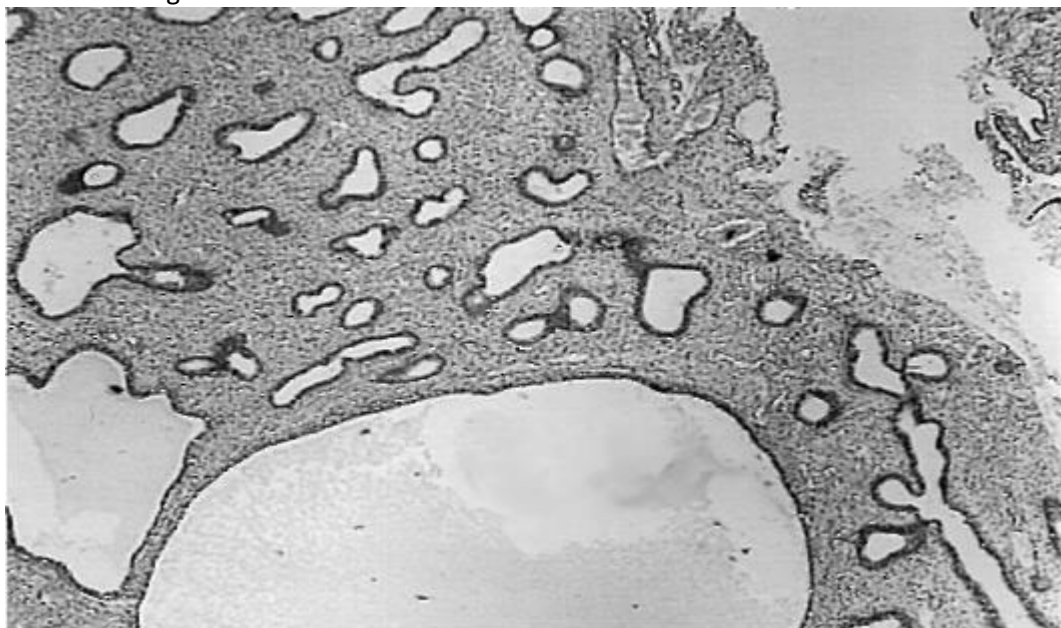


Рис. 6.31. Смешанная форма железистокистозной гиперплазии эндометрия

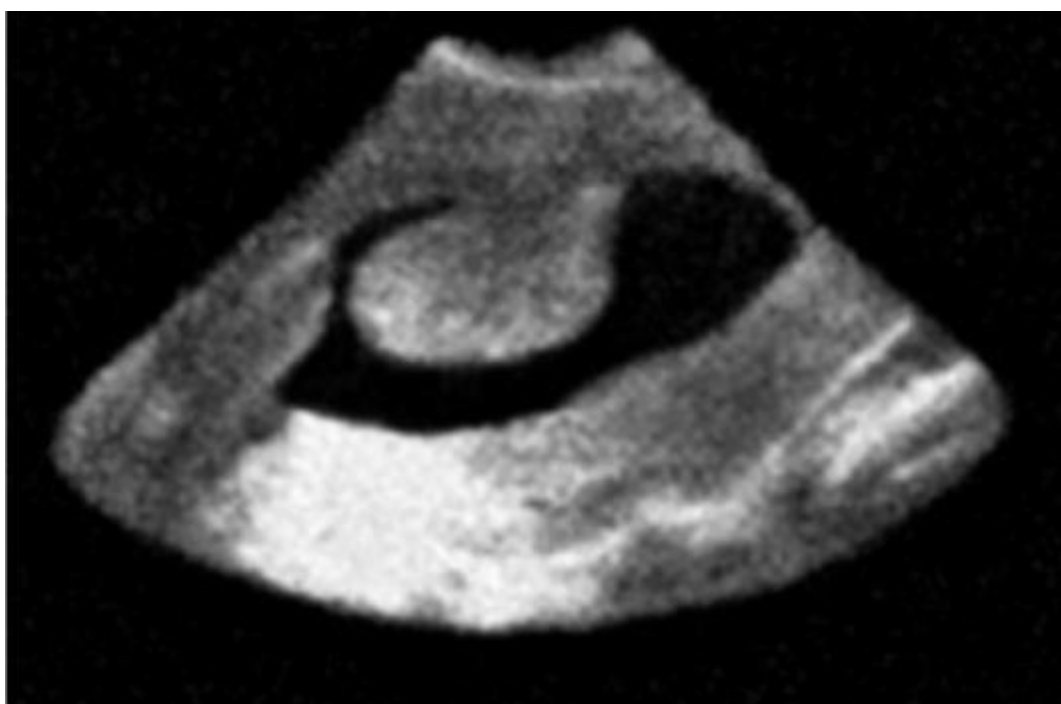


Рис. 6.32. Полип эндометрия с визуализацией его ножки

Чем характеризуются железистые полипы?

Железистые полипы отличаются от гиперплазированного эндометрия особенностями строения желез и стромы. Железы в полипе располагаются неравномерно, беспорядочно, имеют различную величину и форму. Одни железы узкие, другие расширенные и даже кистовидные, у третьих пиловидная извитая форма. Железы выстланы обычно высокопризматическим эпителием индифферентного или пролиферативного типа, а в кистовидных железах эпителий приобретает уплощенную, изоили низкопризматическую форму.

Для железистых полипов эндометрия характерно строение кровеносных сосудов, они обычно имеют утолщенные склерозированные стенки, а в основании полипов могут образовывать клубки.

Каковы морфологические особенности атипической гиперплазии эндометрия?

При гистологическом исследовании характерными для атипической гиперплазии эндометрия являются следующие признаки:

- увеличенное количество желез;
- нарушение полярности расположения клеток;
- сближение желез с узкими прослойками стромы между ними (спинка к спинке);
- значительное преобладание железистых элементов над стромальными;
- ветвление (почкование) желез;
- микрофолликулярный тип строения желез (когда вокруг крупной железы располагаются мелкие дочерние железы микрофолликулярного типа);
- повышенная извитость желез;
- неправильная форма желез;
- истинные сосочки в железах (в просвет желез выступают сосочки, имеющие фиброзную ножку), иногда могут наблюдаться и ложные сосочки, состоящие из нагромождающихся эпителиальных клеток;
- структуры «железа в железе» возникают за счет поперечных срезов внутрижелезистых сосочковых разрастаний;
- внутрижелезистые эпителиальные мостики;
- кривообразные структуры.

Что относится к предраковым заболеваниям эндометрия?

К предраковым заболеваниям эндометрия относятся: атипическая гиперплазия эндометрия (аденоматоз) и аденоматозные полипы в любом возрасте, рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия, особенно в перименопаузальном и постменопаузальном периодах; железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с нейрообменно-эндокринной патологией (ожирение, сахарный диабет), гипертонической болезнью.

Какие больные могут быть отнесены к группе риска по развитию предрака эндометрия?

К группе риска по развитию предраковых состояний эндометрия могут быть отнесены женщины, имеющие:

- ановуляторные маточные кровотечения;
- позднее, после 50 лет, наступление менопаузы;
- ожирение;
- сахарный диабет;
- гипертоническая болезнь.

Какова клиническая картина ГПЭ?

Основные жалобы:

Источник KingMed.info

- нарушения менструальной функции (или кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе);
- жалобы, обусловленные обменными и эндокринными нарушениями.

В репродуктивном возрасте больные обычно жалуются на кровянистые выделения из половых путей, а также до или после менструации. Для всех ГПЭ характерны нарушения МЦ.

В пременопаузальном периоде женщин беспокоят нерегулярные обильные менструации с последующими длительными мажущими кровянистыми выделениями. В менопаузе больные отмечают скудные кратковременные или длительные кровянистые выделения. Наиболее характерными жалобами при наличии обменных и эндокринных нарушений являются головная боль, избыточная прибавка массы тела, гипертрихоз, нарушения сна, периодически возникающая жажда, розовые стрии, пониженная работоспособность, раздражительность.

Клинической картине ГПЭ часто присущи проявления гипертонической болезни, сахарного диабета, ожирения, т.е. метаболических нарушений, служащих фоном для развития пролиферативных процессов в органах-мишенях.

Какие методы применяют для диагностики ГПЭ?

Наиболее достоверный и объективный метод диагностики - гистологическое исследование слизистой оболочки из цервикального канала и тела матки, полученной методом аспирационной биопсии или при раздельном лечебно-диагностическом выскабливании. Информативность исследования повышается, если оно проводится под контролем гистероскопии.

Какое значение имеет УЗИ в диагностике патологии эндометрия?

УЗИ позволяет косвенно судить о состоянии эндометрия, ориентируясь на толщину и структуру срединного М-эхо. Эндометрий имеет четкие очертания и большую акустическую плотность по сравнению с миометрием, занимая срединное положение параллельно внешнему контуру матки. Полипы эндометрия, как правило, визуализируются на эхограммах в виде округлых или удлинённых овальных образований с четким контуром и тонким эхонегативным ободком («гало») на фоне расширенной полости матки. В постменопаузе увеличение размера срединного М-эха до 5 мм и более становится косвенным признаком гиперпластического процесса даже без клинических проявлений.

Какова роль исследования аспирата эндометрия в диагностике ГПЭ?

Исследование аспирата из полости матки позволяет провести полноценное гистологическое исследование, определить выраженность пролиферативных изменений эндометрия.

Мануальная или электрическая аспирационная биопсия позволяет получить достаточное количество ткани эндометрия, так же как и при взятии соскоба слизистой оболочки матки специальными приспособлениями без расширения цервикального канала (эндосэмплер) амбулаторно, или при гистероскопии и раздельном диагностическом выскабливании. Забор материала производят во второй фазе цикла или в канун очередной менструации.

Какова лечебная тактика при ГПЭ?

Лечебная тактика при гиперпластических процессах зависит от патоморфологической характеристики эндометрия, возраста больной, этиологии и патогенеза заболевания, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии.

Источник KingMed.info

Терапия в различные возрастные периоды складывается из остановки кровотечения и профилактики рецидива ГПЭ, сохранения ритмичной менструальноподобной реакции (до 50 лет) или стойкого прекращения менструаций. Гормональная терапия железистой гиперплазии и полипов эндометрия в этой возрастной группе предусматривает применение прогестагенов (доказательной базы нет).

Помимо прогестагенов для лечения ГПЭ у больных этого возраста успешно используют агонисты ГнРГ.

Каков механизм действия аналогов (агонистов) гонадолиберина?

В норме ГнРГ секретируется в гипоталамусе в импульсном режиме. Импульсное воздействие гонадолиберина активирует гонадотропные клетки гипофиза и стимулирует секрецию ЛГ и ФСГ. Напротив, непрерывное воздействие ГнРГ приводит к подавлению секреции ЛГ и ФСГ. В результате снижается секреция эстрогенов в яичниках, менструации прекращаются, эндометрий атрофируется. После отмены лечения импульсный режим секреции ГнРГ восстанавливается, также возобновляется и МЦ.

Какие аналоги гонадолиберина применяются при лечении ГПЭ?

Для лечения ГПЭ применяются следующие аналоги гонадолиберина: бусерелин, трипторелин, гозерелин.

Какова медикаментозная терапия при аденоматозе эндометрия?

Терапия больных с аденоматозными изменениями эндометрия проводится, как правило, прогестагенами в непрерывном режиме или реже - по контрацептивной схеме в течение 6 мес и более. В перименопаузальном периоде аденоматозная гиперплазия эндометрия требует назначения более высоких доз и желателен парентеральный ввод (депо-провера*, депостат*).

В последние годы наряду с прогестагенами при лечении аденоматозной ГПЭ стали широко использовать препараты с выраженным антигонадотропным эффектом, такие, как даназол и гестринон, которые принято назначать в непрерывном режиме в течение 6 мес. Прием этих лекарственных средств целесообразен также при сочетании ГПЭ с миомой матки небольших размеров и внутренним эндометриозом у молодых пациенток.

Для оценки эффективности гормональной терапии ГПЭ через 3 мес от начала лечения показано контрольное обследование, включающее УЗИ, изучение аспирата из полости матки. После окончания лечения (через 6 мес) следует повторить гистологическое исследование слизистой оболочки матки. При сохранении гиперплазии - оперативное лечение.

Какова медикаментозная терапия при выявлении атипичской формы ГПЭ?

Лечение больных с атипичской формой ГПЭ. В репродуктивном периоде на первом этапе лечения обычно используют 17-ОПК в непрерывном режиме по 500 мг 3 раза в неделю в течение 3 мес. Затем по 500 мг 2 раза в неделю - на протяжении 3 мес.

На втором этапе назначают эстроген-гестагенные препараты (КОК) по контрацептивной схеме в течение 6 мес.

Третий этап состоит в стимуляции овуляции.

В ходе лечения необходимо каждые 3-4 мес производить контрольную аспирационную биопсию.

Источник KingMed.info

У женщин периода пре- и постменопаузы при наличии атипичической формы ГПЭ предпочтительным остается радикальное хирургическое вмешательство.

Как оцениваются результаты лечения ГПЭ?

Если после проведенного ранее диагностического выскабливания под контролем гистероскопии и последующей гормональной терапии у больной вновь диагностирована гиперплазия эндометрия, то следует говорить о его рецидиве. Рецидив ГПЭ свидетельствует скорее всего о недостаточной терапии либо о гормонально-активных структурах в яичниках, что требует уточнения их состояния путем эндоскопической биопсии или резекции. Отсутствие морфологических изменений в яичниках позволяет продолжить гормональную терапию более высокими дозами препаратов. Рецидив ГПЭ, а также сочетание этой патологии с миомой матки и (или) внутренним эндометриозом у больных в перименопаузальном периоде требуют расширения показаний к оперативному лечению (электроили лазерная абляция эндометрия, криодеструкция слизистой оболочки матки, лапароскопическая аднексэктомия, экстирпация матки с придатками).

При рецидивирующих полипах эндометрия зачастую необходимо эндоскопическое хирургическое воздействие на зону роста (ножка полипа), а именно - криодеструкция, лазервапоризация или резектоскопия.

Повторное возникновение аденоматозных изменений эндометрия, несмотря на адекватную гормональную терапию, требует расширения показаний к оперативному лечению (эндоскопическая абляция эндометрия, резекция яичников, экстирпация матки с придатками).

Каковы показания к хирургическому лечению?

К показаниям относятся:

- рецидивирующая ГПЭ на фоне метаболических нарушений, в сочетании с миомой матки, аденомиозом;
- атипичическая ГПЭ, особенно в сочетании с миомой матки, аденомиозом;
- неэффективность гормонотерапии, невозможность наблюдения за больной;
- наличие противопоказаний к гормонотерапии;
- наличие атипичической ГПЭ у больных старше 50 лет.

Как осуществляется диспансерное наблюдение за больными с гиперпластическими процессами?

Все больные ГПЭ должны находиться на диспансерном учете с длительностью наблюдения не менее 5 лет. Контроль результата лечения осуществ-

ляется через 3 и 6 мес путем исследования аспирата из полости матки, динамического эхографического скрининг-контроля.

По окончании гормональной терапии необходимо произвести аспирационную биопсию эндометрия с морфологическим исследованием.

Какова профилактика ГПЭ?

- Своевременная диагностика и лечение пациенток с различными нарушениями менструальной функции, начиная с менархе.

Источник KingMed.info

- Коррекция различных нейроэндокринных расстройств и нарушений обмена веществ.
- Избежание искусственных прерываний беременности, различных внутриматочных вмешательств, ИППП.
- Адекватное обследование и лечение ГПЭ при первом обнаружении.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для клинической картины при гиперплазии эндометрия характерны:

- 1) обильные менструации;
- 2) кровотечения после задержки менструации;
- 3) скудные менструации;
- 4) болезненные менструации;
- 5) мажущие кровянистые выделения из половых путей до и после менструации.

2. Минимальная величина М-эха (толщины эндометрия), являющаяся признаком гиперплазии эндометрия у женщин в постменопаузе:

- 1) 15 мм;
- 2) 22 мм;
- 3) 8 мм;
- 4) 6 мм;
- 5) 4-5 мм.

3. Основными морфологическими признаками атипической гиперплазии эндометрия являются:

- 1) преобладание железистых компонентов над стромальными;
- 2) хаотическое расположение желез;
- 3) изменение формы и размеров желез;
- 4) атрофия эндометрия;
- 5) изменение формы и размеров желез.

4. Риском развития атипической гиперплазии эндометрия является:

- 1) сахарный диабет 2 типа;
- 2) хронический аднексит;
- 3) эндометриоидная киста яичника;
- 4) метаболический синдром;
- 5) гипертоническая болезнь.

5. Для лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного периода применяют:

Источник KingMed.info

- 1) прогестагены;
- 2) конъюгированные эстрогены;
- 3) низкодозированные КОК;
- 4) андрогены.

6. Выбор схемы лечения гиперпластических процессов зависит:

- 1) от возраста женщины;
- 2) наличия сопутствующих обменно-эндокринных нарушений;
- 3) морфологической формы гиперплазии эндометрия;
- 4) наличия сопутствующих заболеваний гепатобилиарной, сердечнососудистой систем;
- 5) количества родов.

Задачи

7. В женскую консультацию обратилась больная, 35 лет, выписанная из гинекологического отделения, где ей произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки по поводу ДМК. Гистологический диагноз: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Что следует предпринять?

8. У больной, 47 лет, при ультразвуковом исследовании органов малого таза на 12-й день МЦ обнаружено: матка нормальных размеров, толщина эндометрия 22 мм. Размеры яичников в пределах возрастной нормы. Каков диагноз? Что следует предпринять?

9. У больной, 21 года, с выраженным ожирением, страдающей ациклическими маточными кровотечениями, при цитологическом исследовании аспиратов из полости матки обнаружено: сосочковые структуры, значительное количество клеток эндометрия с признаками пролиферации, встречается атипия клеток. Каков предполагаемый диагноз? Какие методы диагностики целесообразны для постановки диагноза?

10. Больная, 35 лет, поступила с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей в течение 12 дней, слабость, головокружение (Hb - 95 гр/л). В анамнезе - 2 диагностических выскабливания стенок полости матки (последнее - 3 мес назад). Гистологическое заключение - гиперплазия эндометрия. Принимала последние 3 мес нон-овлон. Каков предполагаемый диагноз? Что следует предпринять?

Глава 7. Эндометриоз

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, лечение, профилактику эндометриоза. **Студент должен знать:** определение, теории возникновения эндометриоза, классификацию, клиническую картину, диагностику, современные принципы лечения и профилактику эндометриоза.

Студент должен уметь: на основании анамнеза, клинических проявлений заподозрить эндометриоз, назначить методы исследования для уточнения диагноза, оценить форму и тяжесть заболевания, назначить лечение, провести дифференциальную диагностику.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, слайды, видеофильмы, компьютерная презентация. **План организации занятия.**

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме. Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое эндометриоз?

Эндометриоз - доброкачественное гормонально-зависимое заболевание, при котором за пределами границ нормального расположения слизистой оболочки матки происходит разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию.

Очаги эндометриоза могут быть от микроскопических до массивных опухолевидных эндометриоидных кист, приводящих к выраженным анатомическим нарушениям маточных труб и яичников, а также к образованию обширного спаечного процесса, часто поражающего кишечник, мочевой пузырь и мочеточники.

К одной из особенностей эндометриоза следует отнести способность его к инфильтративному росту с проникновением в окружающие ткани и деструкцией последних. Именно поэтому эндометриоз может «врастать» в любую ткань или орган: в стенку кишки, мочевого пузыря, мочеточника, брюшину, костную ткань.

Классификация по МКБ-10

N80. Эндометриоз.

N80.0. Эндометриоз матки. N80.1. Эндометриоз яичников. N80.2. Эндометриоз маточной трубы. N80.3. Эндометриоз тазовой брюшины.

N80.4. Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища. N80.5. Эндометриоз кишечника. N80.6. Эндометриоз кожного рубца. N80.8. Другой эндометриоз. N80.9. Эндометриоз неуточненный.

Какое место занимает эндометриоз в структуре гинекологической заболеваемости?

В структуре гинекологической патологии эндометриоз занимает третье место среди заболеваний женских половых органов (после воспалительных процессов и миомы матки), частота колеблется

Источник KingMed.info

от 7 до 59% у женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз встречается у 17% пациенток молодого возраста, страдающих дисменореей, и достигает 30% у нуждающихся в гинекологических операциях. Треть больших гинекологических операций выполняется по поводу эндометриоза.

Какова этиология?

Этиология окончательно не установлена. Факторы риска:

- нереализованная репродуктивная функция, «отложенная первая беременность»;
- нарушения менструальной функции у подростков;
- генетические и семейные факторы.

У какого контингента женщин встречается эндометриоз?

Эндометриоз - заболевание женщин репродуктивного возраста, но может встречаться у девочек-подростков с установившейся менструальной функцией и у женщин в постменопаузе. Эндометриоз наблюдается у 7-10% всего женского населения, у 25-40% женщин, страдающих бесплодием, и у 70% больных с жалобами на боли в малом тазу.

Какие классификации эндометриоза, наиболее применяемые в мировой практике существуют в настоящее время?

Широко используемой в мировой практике является предложенная в 1979 г. и пересмотренная в 1985 и 1986 гг. классификация Американского общества фертильности. Она основана на подсчете количества гетеротопий, выраженных в баллах: наличие 1-5 очагов относят к легкой форме; 6-15 - к умеренной; 16-30 - к тяжелой; свыше 30 очагов эндометриоза - распространенный эндометриоз. Данная классификация была фактически составлена таким образом, чтобы на основе суммы баллов прогнозировать восстановление фертильности после того или иного лечения. Несмотря на то что в настоящее время разрабатываются классификации, включающие в себя параметры активности болезни, пересмотренная классификация - единственный признанный международным сообществом стандарт оценки спонтанной эволюции и сравнения терапевтических результатов. Ниже приводится данная классификация (табл. 7.1).

Таблица 7.1. Классификация эндометриоза, предложенная Американским обществом фертильности в 1985 г. (R-AFS classification)

| Эндометриоз | | | <1 см | 1–3 см | >3 см |
|--|---------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| Брюшина | Поверхностный | | 1 | 2 | 4 |
| | Глубокий | | 2 | 4 | 6 |
| Яичники | Правый | поверхностный | 1 | 2 | 4 |
| | | глубокий | 4 | 16 | 20 |
| | Левый | поверхностный | 1 | 2 | 4 |
| | | глубокий | 4 | 16 | 20 |
| Облитерация позадиматочного пространства | | | Частичная | Полная | |
| | | | 4 | 40 | |
| Спайки | | | <1/3 запаяно | 1/3–2/3 запаяно | >2/3 запаяно |
| Яичники | Правый | нежный | 1 | 2 | 4 |
| | | плотный | 4 | 8 | 16 |
| | Левый | нежный | 1 | 2 | 4 |
| | | плотный | 4 | 8 | 16 |
| Трубы | Правая | нежный | 1 | 2 | 4 |
| | | плотный | 4* | 8 | 16* |
| | Левая | нежный | 1 | 2 | 4 |
| | | плотный | 4* | 8* | 16* |

* Если фимбриальное отверстие трубы полностью закрыто, заменить оценку на 16 баллов.

Стадирование по баллам:

- I стадия (минимальная) - 1-5 баллов;
- II (легкая) - 6-15 баллов;
- III (умеренная) - 16-40 баллов;
- IV (тяжелая) - более 40 баллов.

В 1984 г. К. Semm, используя результаты диагностической лапароскопии, предложил выделить так называемые малые формы эндометриоза. Преимущество последнего состоит в том, что данный вариант распространения эндометриоза легко идентифицировать «с первого взгляда» в момент проведения лапароскопии. Понятие «*малые формы*» наружного эндометриоза включает эндометриоидные гетеротопии, диаметром не превышающие 0,5 см и обычно не сопровождающиеся выраженными клиническими проявлениями, за исключением бесплодия.

По мнению Л.В. Адамян и В.И. Кулакова (1998), главным недостатком классификации Американского общества фертильности остается ее ограниченность лишь визуальной оценкой анатомических повреждений без учета инфильтративных форм при поражении ректовагинальной клетчатки и параметриев, функциональных изменений, клинической картины и др.

Какая классификация эндометриоза в зависимости от локализации используется в клинической практике?

Источник KingMed.info

В зависимости от локализации эндометриодных гетеротопий эндометриоз подразделяют на генитальный и экстрагенитальный. Генитальный эндометриоз может быть локализован в миометрии (аденомиоз), на брюшине малого таза, маточной трубе, яичниках, в прямокишечно-маточном углублении, ректовагинальной перегородке, шейке матки, во влагалище и на промежности.

Экстрагенитальный эндометриоз топографически не связан с тканями и органами РС и включает органы брюшной полости (аппендикс, прямая кишка, сигмовидная, ободочная, тонкая кишка, грыжевые мешки), легкие и плевральную полость, кожу (эпизиотомия и другие послеоперационные рубцы), паховую область, конечности, пупок, лимфатические узлы, нервы и мозг (рис. 7.1).



Рис. 7.1. Локализация очагов эндометриоза

Что такое внутренний генитальный эндометриоз?

Внутренний генитальный эндометриоз (аденомиоз) - это разрастание эндометриодных гетеротопий в мышечном слое матки.

Аденомиоз принято подразделять на диффузный и очаговый.

В повседневной практике широко применяются клинические классификации внутреннего эндометриоза (аденомиоза) тела матки, эндометриодных кист яичников и ретроцервикального эндометриоза (ретровагинальной перегородки) и при этом выделяют четыре стадии распространения эндометриодных гетеротопий указанных выше локализаций.

По степени распространения патологического процесса выделяют четыре степени диффузной формы аденомиоза.

- Стадия I - патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки.
- Стадия II - патологический процесс переходит на мышечные слои.

Источник KingMed.info

- Стадия III - распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до серозного покрова.
- Стадия IV - вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Что относится к наружному генитальному эндометриозу? Наружный генитальный эндометриоз классифицируют по отношению к брюшине:

- внутрибрюшинный (перитонеальный): яичники, маточные трубы, брюшина малого таза;
- экстраперитонеальный: наружные половые органы, влагалище, влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область.

При наружном эндометриозе наиболее информативна классификация, предложенная А. Acosta (1973), разделяющая эндометриоз на «малые» и тяжелые формы.

Что такое «малые» формы?

«Малые» формы - это:

- единичные гетеротопии на тазовой брюшине;
- единичные гетеротопии на яичниках без наличия спаечных и рубцовых процессов.

Что такое тяжелые формы?

Тяжелые формы - это:

- эндометриоз одного или обоих яичников с образованием кист диаметром более 2 см;
- поражение яичников с выраженным перивариальным и (или) перитубарным процессом;
- поражение маточных труб с деформацией рубцеванием, нарушением проходимости;
- поражение тазовой брюшины с облитерацией прямокишечно-маточного пространства;
- поражение крестцово-маточных связок и брюшины прямокишечно-маточного пространства с его облитерацией;
- вовлечение в процесс мочевыводящих путей и (или) кишечника. **Какова макроскопическая характеристика эндометриоза?**

Эндометриоз может иметь форму узлов, инфильтратов без четких контуров или кистозных образований, наполненных геморрагической или густой коричневой жидкостью.

Какие особенности характерны для эндометриоза?

Для эндометриоза характерно следующее:

- отсутствие вокруг него соединительнотканной капсулы;
- способность его к инфильтративному, проникающему росту в окружающие органы и ткани с деструкцией последних, что можно объяснить ферментной активностью эндометриоза, способностью выделять липолитические ферменты;
- способность эндометриоза к метастазированию, распространение его гематогенным и лимфогенным путями.

В чем отличие эндометриоза от злокачественной опухоли?

Эндометриоз отличается от злокачественной опухоли отсутствием клеточной атипии, способности к автономному безостановочному росту. Имеется различие во взаимоотношении с беременностью, последняя способствует снижению клинической активности и регрессу эндометриоза, тогда как у больных со злокачественными заболеваниями беременность способствует прогрессированию опухолевого процесса.

Каким изменениям подвергаются очаги эндометриоза?

Очаги эндометриоза подвергаются следующим изменениям:

- нагноению;
- злокачественному превращению, причем больше склонен к озлокачествлению стромальный эндометриоз;
- вокруг очагов эндометриоза всегда развивается воспалительная реакция.

Каков патогенез эндометриоза?

В настоящее время существует несколько основных теорий возникновения эндометриоза.

- *Эмбриональная и дизонтогенетическая теория:* эндометриоз развивается из смещенных участков зародышевого материала (аномальные остатки Мюллерова протока), из которых в процессе эмбриогенеза формируются половые органы женщины и, в частности, эндометрий на необычном месте. Эта теория была разработана еще в конце XIX в., однако до сих пор признается современными авторами.
- *Теория эндометриального происхождения:* эндометриоз развивается из элементов эндометрия, врастающих в толщу стенки матки или перенесенных во время менструации в результате рефлюкса через фаллопиевы трубы на яичники, брюшину (транслокационная, имплантационная теория). Прорастанию эндометрия способствуют нарушения регуляции МЦ (гормональная теория) и хирургические вмешательства (аборты, диагностические выскабливания, ручное обследование полости матки после родов, кесарево сечение, энуклеация миоматозных узлов). Хирургическая травма эндометрия может вызвать попадание элементов слизистой оболочки матки в ток крови, лимфы и распространяться в другие органы и ткани (теория диссеминации).
- *Гормональная теория:* эндометриоз развивается в результате нарушений гормональных взаимоотношений на пяти уровнях регуляции РС: цирхорального ритма продукции рилизинг-факторов гипоталамуса, циклической выработки гонадотропинов гипофизом, метаболизма и режима выработки половых гормонов яичниками. Дисфункциональные изменения приводят к развитию абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостаточной продукции прогестерона желтым телом. Это приводит к нарушению различных иммунных реакций (иммунная теория) на системном уровне в периферической крови и в большей степени на локальном уровне в перитонеальной жидкости и других средах. Иммунная недостаточность не препятствует диссеминации и имплантации эндометрия в другие ткани.
- *Метопластическая теория:* эндометриоз развивается в результате метаплазии эмбриональной брюшины или целомического эпителия. Под влиянием гормональных нарушений, воспаления, механической травмы или других воздействий мезотелий брюшины и плевры, эндотелий лимфатических сосудов, эпителия канальцев почек и ряд других тканей могут превращаться в эндометриоидноподобную ткань.
- *Онкогенная теория:* из-за некоторых раковых свойств эндометриоза (пролиферативный рост, способность к метастазированию) его следует рассматривать с позиций онкогенеза. Известны

Источник KingMed.info

случаи, хотя и редкие, злокачественного перерождения гетеротопий. Впервые об этой теории сообщил J.A. Sampson (1925).

• *Генетическая теория* предполагает наличие генетических детерминант в развитии патологического процесса формирования эндометриальных гетеротопий, о чем в последнее десятилетие появились многочисленные данные.

В развитии эндометриоза имеют значение конституционально-наследственный фактор, нервный и иммунный факторы, ионизирующие излучения (рис. 7.2).

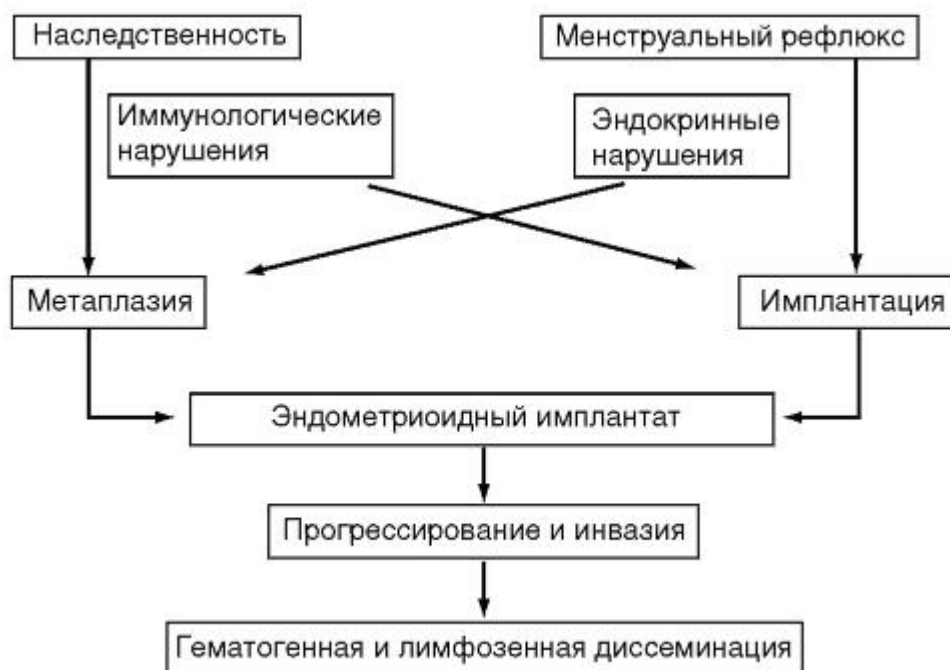


Рис. 7.2. Схема патогенеза эндометриоза

Какова клиническая картина эндометриоза?

Клиническая картина эндометриоза обусловлена локализацией и степенью распространенности гетеротопий. Одним из основных признаков эндометриоза является прогрессирующий болевой синдром, выражающийся в предменструальном периоде и во время менструации. Характерны тянущие боли внизу живота и в области поясницы.

Болевой синдром - наиболее важный клинический признак эндометриоза.

На фоне генитального эндометриоза происходит нарушение менструальной и генеративной функций, а также функций соседних органов - кишечника и мочевыводящих путей. Расстройство менструальной функции проявляется в виде гиперполименореи, меноррагии и менометроррагии и встречается, как правило, у больных аденомиозом.

Маточные кровотечения обильные, упорные, плохо поддаются симптоматической терапии и часто приводят к развитию анемии.

Какова клиническая картина аденомиоза?

Эндометриоз матки (аденомиоз - внутренний эндометриоз) - одна из наиболее частых разновидностей генитального эндометриоза. Ведущий симптом - дисменорея. Различают узловатую и диффузную формы аденомиоза. Болевой синдром зависит от формы аденомиоза, глубины врастания в миометрий, вовлечения в процесс брюшины и близости расположения

Источник KingMed.info

эндометриоза от крестцово-маточных связок. Боли выражены сильнее при узловой форме. Если говорить о глубине врастания в миометрий, то боли наиболее выражены, если поражение поверхностное или весьма глубокое, т.е. свойственное внутреннему эндометриозу III и IV степеней.

Следующим по значимости симптомом аденомиоза - обильные и продолжительные менструации (меноррагии), часто осложняющиеся анемией.

Стадии эндометриоза матки:

- Стадия I - патологический процесс ограничен подслизистой тела оболочкой матки.
- Стадия II - патологический процесс переходит на мышечный слой.
- Стадия III - патологический процесс распространяется на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова.
- Стадия IV - вовлечение в патологический процесс помимо матки париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Особенно сильными они бывают при поражении перешейка матки, крестцово-маточных связок. Боли носят иррадиирующий характер. При поражении углов матки боли иррадиируют в соответствующую паховую область, при эндометриозе задней части перешейка матки - в прямую кишку.

Следующий по значимости симптом аденомиоза - обильные и продолжительные менструации - меноррагии, но может иметь место и метроррагия, а также мажущие кровянистые выделения до и после менструации. Маточные кровотечения больше выражены при диффузном аденомиозе. Особенно важно отметить частое сочетание аденомиоза с миомой матки. По данным многих авторов, процент сочетания колеблется от 60 до 80, при этом обнаруживаются симптомы обоих заболеваний. При сочетании миомы и аденомиоза часто бывают выражены болевой синдром, гиперполименорея и вторичная анемия.

Какие клинические симптомы характерны для эндометриоза яичников?

Эндометриоз яичников занимает первое место в группе наружного генитального эндометриоза. Следует отметить, что важна не только частота данного заболевания, но и роль эндометриоза яичников в генерализации процесса. Практически всегда поражение кишечника, диафрагмы с перфорацией в сторону плевральной полости, развитие позадишеечного эндометриоза, поражение мочеточников начинается с яичников. По направлению развития выделяют несколько типов эндометриоза яичников: растущий (пролиферирующий), стабильный (фиброзный), регрессивный (дистрофический) и малигнизированный.

Эндометриоз яичников до определенного времени может протекать бессимптомно, пока не начнется микроперфорация камер и вовлечение в процесс брюшины таза или прилегающих органов. Во время менструации боли усиливаются. У 60-70% больных наблюдается дисменорея. При перфорации кисты имеет место картина острого живота.

Любые формы эндометриоза яичника очень часто вызывают ановулярные циклы, бесплодие.

Какие существуют стадии распространения эндометриозных гетеротопий при поражении яичника?

- Стадия I - мелкие точечные эндометриозные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей.

Источник KingMed.info

- Стадия II - эндометриоидная киста одного яичника, размером не более 5-6 см, с наличием мелких эндометриоидных включений на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения яичника.
- Стадия III - эндометриоидные кисты обоих яичников различной величины. Эндометриоидные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.
- Стадия IV - двусторонние эндометриоидные кисты яичников больших размеров, с переходом патологического процесса на соседние органы: мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишку. Распространенный спаечный процесс.

Какие клинические симптомы характерны для эндометриоидной кисты яичника?

Эндометриоидная киста яичника может быть односторонней или двусторонней, различной величины (от 0,5 до 10 см в диаметре). Для эндометриоидных кист характерны спайки с окружающими тканями, плотная капсула, геморрагическое содержимое, имеющее цвет шоколада («шоколадные» кисты), постоянные боли, усиливающиеся накануне и во время менструации с иррадиацией в поясницу, крестец, прямую кишку. Возможна микроперфорация стенки кисты, что влечет за собой резкое обострение болевого синдрома и последующее образование плотных сращений с окружающими органами. При бимануальном исследовании в области придатков матки определяется болезненное малоподвижное или неподвижное опухолевое образование, имеющее тугоэластическую консистенцию. При сращении с окружающими органами размеры и консистенция кисты становятся недостаточно отчетливыми.

Какие клинические симптомы характерны для ретроцервикального эндометриоза?

Ретроцервикальный эндометриоз (эндометриоз ректовагинальной перегородки) может возникнуть первично, особенно часто после диатермокоагуляции или в случаях перехода процесса на эту область при аденомиозе, эндометриозе яичников и труб. При этой локализации очаги эндометриоидной гетеротопии распространяются на крестцово-маточные связки, прямую кишку, параметрий, задний свод влагалища, мочеточники. Болевой синдром выражен интенсивно, особенно при менструации. Отмечаются боль при половом акте, дизурические явления, вздутие живота, запор, иррадиация боли в поясницу, копчик, задний проход.

Какие стадии распространения эндометриоидных гетеротопий существуют при ретроцервикальном эндометриозе?

- Стадия I - эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки.
- Стадия II - прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист.
- Стадия III - распространение патологического процесса на крестцовоматочные связки и серозный покров прямой кишки.
- Стадия IV - вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки, распространение процесса на брюшину прямокишечноматочного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки.

Какие клинические симптомы характерны для эндометриоза маточных труб?

Эндометриоз труб встречается крайне редко. Чаще всего эндометриоз труб обнаруживают во время операции. Диагностика затруднена.

Какие клинические симптомы характерны для эндометриоза влагалищной части шейки матки?

Диагноз «эндометриоз влагалищной части шейки матки» устанавливают при осмотре шейки матки, подтверждают путем кольпоскопического и гистологического исследований. Различают поверхностный (эктоцервикальный) и глубокий (эндоцервикальный) эндометриоз шейки матки. Характерными жалобами служат пред- и постменструальные коричневые или кровянистые выделения самопроизвольного или контактного характера. Эктоцервикальный эндометриоз плохо поддается гормональной терапии. Лучше оправдывает себя механическое удаление его очагов с последующим наложением тонких кетгутовых швов на более крупные раневые поверхности.

Эндометриоз влагалищной части шейки матки наблюдается довольно часто, так как в гинекологической практике широко применяются диатермо- и криокоагуляция, обработка лазером псевдоэрозий, при этом происходит имплантация в области образовавшейся раневой поверхности частиц эндометрия, отторгающихся во время менструации. Очаги эндометриоза на влагалищной части шейки матки имеют небольшую величину (диаметром 2-5 мм), красноватый цвет на фоне бледно-розовой слизистой оболочки шейки матки. В лютеиновой фазе цикла и особенно перед менструацией очаги эндометриоза приобретают сине-багровую окраску, увеличиваются и кровоточат. Эндометриоз может иметь вид псевдоэрозий с наличием желез, заполненных геморрагическим содержимым, и хронического эндоцервицита. Болевые ощущения для данной локализации эндометриоза нехарактерны.

Какие клинические симптомы характерны для эндометриоза промежности и влагалища?

Эндометриоз промежности и влагалища встречается крайне редко. Эндометриозидные гетеротопии имеют вид синюшных округлых или непра-

вильной формы очагов - «глазки». Перед менструацией размер этих очагов увеличивается, а во время менструации из них выделяется темная кровь. При эндометриозе влагалища визуально и пальпаторно определяется прорастание стенки влагалища болезненной опухолью, с нечеткими контурами и характерными синюшными участками - «глазками».

Основная жалоба при эндометриозе влагалища - боли во влагалище и глубине таза, от умеренных до очень сильных и мучительных. Боли носят циклический характер. Они усиливаются при половой жизни, за неделю до и после менструации. Боли во влагалище могут сопровождаться локальным зудом, возможны кровянистые и коричневые выделения из влагалища. Эти выделения появляются за неделю до и после менструации.

Какие клинические симптомы характерны для эндометриоза брюшины?

Эндометриоз брюшины маточно-прямокишечного углубления и связочного аппарата возможно распознать только при лапароскопии (видны синюшные очаги - «глазки»). Этот эндометриоз относится к «малым» формам. Основным симптомом - бесплодие, резкий болевой синдром, нарушения менструальной функции нет, а также не отмечается нарушения содержания гонадотропинов и половых стероидов в крови.

Как проявляется эндометриоз экстрагенитальной локализации?

Экстрагенитальный эндометриоз - наиболее часто локализуется в области пупка и послеоперационного рубца на передней брюшной стенке и промежности. Развивается чаще после гинекологических операций. При осмотре рубца или пупка обнаруживают синюшные образования. Во время менструации из них может выделяться кровь.

Экстрагенитальный эндометриоз может быть заподозрен при наличии у больной циклического характера болей или пальпируемой опухоли вне половых органов, а также циклических кровяных выделений (табл. 7.2). Наиболее распространенной локализацией является толстая и прямая кишка. При этом наблюдаются циклические боли в области живота и поясницы, запор, циклические кровотечения из прямой кишки. При эндометриозе мочевого пузыря клиническая картина характеризуется циклическими болями, дизурией и гематурией.

Таблица 7.2. Симптомы эндометриоза при различных локализациях имплантатов (MacLavery C.M., Shaw R.W., 1995)

| Локализация | Симптомы |
|----------------------------|---|
| Половые органы | Дисменорея; боль в нижней части живота и в области таза; бесплодие; нерегулярность менструаций; разрыв/перекрут эндометриомы; боль в пояснично-крестцовой области |
| Желудочно-кишечный тракт | Тенезмы и ректальные кровотечения, связанные с МЦ; диарея; обструкция толстой кишки |
| Мочевыделительная система | Гематурия, боль, связанная с МЦ; обструкция мочеточника |
| Хирургические рубцы, пупок | Боль и кровоточивость, связанные с менструальным циклом |
| Легкие | Кровохарканье, связанное с МЦ |

Пневмоторакс, гемоторакс или кровохарканье, совпадающие по времени с менструациями, можно отнести к типичным проявлениям эндометриоза легких.

Эндометриоз пупка может быть диагностирован при наличии опухолевидных образований в этой области, наличии циклических болей и кровотечений из пупка.

Какова роль анамнеза в диагностике эндометриоза?

В диагностике эндометриоза большую роль играет целенаправленный сбор анамнеза. Ведущее значение имеет цикличность проявления заболевания и связь обострений с менструацией. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на семейный анамнез по женской линии (болезненные и обильные менструации у матери, сестер, перенесенные ими гинекологические заболевания и операции). Определенное значение имеют перенесенные акушерские и гинекологические операции, во время которых производилось вскрытие полости матки (кесарево сечение, вылушивание фиброматозных узлов), операции по поводу перфорации матки, внематочной беременности и т.д.

Какова роль клинической картины в диагностике эндометриоза?

В диагностике эндометриоза большую роль играет клиническая картина течения заболевания (нарушение самочувствия, анемизация, выраженность болевого синдрома, длительные менструации, уменьшение периодичности, нарушение цикличности, конкретная симптоматика поражения того или иного органа), данные гинекологического обследования, специальных инструментальных, лабораторных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

До настоящего времени вопрос диагностики эндометриоза вызывает определенные трудности. У подавляющего большинства пациенток с клинически активным эндометриозом своевременная диагностика этого заболевания возможна. Для этого прежде всего необходимо помнить о

Источник KingMed.info

существовании эндометриоза и о том, что он может давать те или иные клинические проявления, порой ярко выраженные в различном возрасте, начиная со времени появления менархе (12-14 лет) и до 50-60 лет.

Наиболее диагностически важный клинический признак эндометриоза - болевой синдром, связанный с МЦ: тянущие боли внизу живота и в области поясницы в течение всего месяца, усиливающиеся накануне менструации, и резко болезненные менструации.

Какова роль УЗИ в диагностике эндометриоза?

УЗИ - один из наиболее важных методов диагностики эндометриоза. Данный метод помогает уточнить локализацию, размеры эндометриоидных кист, их динамику в зависимости от МЦ, под влиянием терапии, хотя и не позволяет выявить поверхностные имплантаты. Необходимо отметить, что данный метод не выявляет поверхностные имплантаты на брюшине, однако обеспечивает надежную диагностику аденомиоза, эндометриоидных кист, а также позволяет заподозрить локализацию данного патологического процесса в ректовагинальной перегородке.

В какую фазу менструального цикла проводится УЗИ при подозрении на аденомиоз?

Данное исследование при подозрении на внутренний эндометриоз следует осуществлять во вторую фазу МЦ - за несколько дней до начала менструации. При этом наибольшее внимание, особенно для диагностики начальных этапов развития эндометриоза, необходимо обращать на состояние базального слоя эндометрия. Предпочтение при проведении эхографии следует отдавать трансвагинальному сканированию.

Каковы наиболее характерные ультразвуковые признаки аденомиоза?

Наиболее характерные ультразвуковые признаки внутреннего эндометриоза:

- появление в миометрии отдельных участков повышенной эхогенности;
- зазубренность и неравномерность толщины базального слоя эндометрия;
- преимущественное увеличение переднезаднего размера матки и асимметрическое утолщение одной из ее стенок;
- наличие в зоне повышенной эхогенности округлых анэхогенных включений диаметром 2-5 мм, а также жидкостных полостей диаметром 6-33 мм, содержащих мелкодисперсную взвесь;
- повышение эхогенности в зоне переднего фронта образования и понижение в области дальнего фронта;
- выявление близко расположенных повышенной и пониженной эхогенности полос, ориентированных перпендикулярно к полости сканирования.

Какова роль гистеросальпингографии в диагностике аденомиоза?

При внутреннем эндометриозе метод ГСГ позволяет обеспечить точность до 83%. ГСГ проводится водными растворами контрастных веществ на 7-8 день МЦ, так как в это время отторгнутый функциональный слой слизистой оболочки тела матки не мешает проникновению контрастного вещества в эндометриоидные ходы. Характерной рентгенологической особенностью внутреннего эндометриоза является наличие «законтурных теней». С целью улучшения информативности метода ГСГ в диагностике аденомиоза на кафедре акушерства и гинекологии РУДН был предложен метод, когда за сутки до исследования производилось выскабливание слизистой оболочки полости матки. Эта мера облегчала проникновение водного

Источник KingMed.info

контраста во все ходы эндометриоидных гетеротопий. В результате информативность метода повысилась в 3 раза.

Каковы основные гистероскопические признаки аденомиоза?

Гистероскопия проводится на 8-10 день МЦ или при отдельном диагностическом выскабливании. При наличии внутреннего эндометриоза в области дна передней или задней стенки матки видны грубый рельеф стенок, эндометриоидные ходы в виде темно-красных отверстий, из которых выделяется кровь.

Какова цель кольпоскопии?

Кольпоскопия с последующей прицельной биопсией применяется для уточнения диагноза эндометриоза шейки матки.

Каковы показания для лапароскопии?

В настоящее время одним из самых точных методов диагностики наружного эндометриоза считается лапароскопия.

Лапароскопия - осмотр органов брюшной полости с помощью оптической системы - проводится во вторую фазу МЦ, но не позднее чем за 3-4 дня до ожидаемой менструации. Процедура может включать обследование и пальпацию тупым манипулятором кишечника, мочевого пузыря, матки, труб, яичников, прямокишечно-маточного углубления и широкой связки. При диагностике эндометриоза крайне важна гистологическая верификация результатов лапароскопии не только для едва заметных участков, но даже и для типичных очагов, поскольку, по имеющимся данным, при морфогистологическом исследовании таких очагов у 24% больных признаки эндометриоза отсутствуют.

Каковы показания для КТ?

КТ позволяет точно определить характер патологического процесса, его локализацию, взаимосвязь с соседними органами, а также уточнить анатомическое состояние полости малого таза, в частности, при эндометриоидных инфильтратах ретроцервикальной зоны и параметрия.

Каковы показания для МРТ?

МРТ обеспечивает отличную визуализацию органов малого таза, их локализацию, структуру и взаимосвязь с соседними органами, а также позволяет уточнить анатомическое состояние органов малого таза.

Какие опухолевые маркёры используют в диагностике эндометриоза?

Определение уровня СА-125. Вследствие схожести эндометриоза с опухолевыми процессами было предложено использовать опухолевые маркёры, прежде всего СА-125, впервые описанный Bast (1981) как антиген рака яичников. Однако концентрация СА-125 варьирует в довольно широких пределах не только у женщин без эндометриоза, но и у пациенток с начальной стадией, что ограничивает его применение с целью диагностики. *Каких-либо маркёров крови, однозначно свидетельствующих об эндометриозе, до настоящего времени не существует.*

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику аденомиоза?

Эндометриоз матки (аденомиоз) чаще всего приходится дифференцировать от миомы матки (обычно с субмукозным миоматозным узлом). При наличии подслизистой миомы менструации становятся беспорядочными, ациклическими, т.е. приобретают характер метроррагий. Для

Источник KingMed.info

эндометриоза характерны меноррагии. При субмукозной миоме анемия, как правило, стабильная и нарастает в зависимости от кровопотери. При аденомиозе анемия после менструации сравнительно быстро ликвидируется. В плане диагностики применяются такие методы, как гистеросальпингография и гистероскопия.

Чтобы дифференцировать это заболевание от рака эндометрия, применяют отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и слизистой оболочки полости матки с последующим гистологическим исследованием.

От каких заболеваний следует дифференцировать эндометриоз яичников?

Эндометриоз яичников необходимо дифференцировать от опухолевидных образований воспалительного характера, доброкачественных и злокачественных опухолей, туберкулеза придатков матки.

От каких заболеваний следует дифференцировать эндометриоз шейки матки?

Эндометриоз шейки матки дифференцируют от таких заболеваний, как эктопия цилиндрического эпителия шейки матки, эндоцервицит, РШМ.

От каких заболеваний следует дифференцировать ретроцервикальный эндометриоз?

Ретроцервикальный эндометриоз характеризуется медленным ростом эндометриоидного образования, отсутствием склонности к распаду, изъязвлению и кровоточивости ткани, а также наличием «синюшных глазков». Проводя дифференциальную диагностику ретроцервикального эндометриоза с раком прямой кишки, влагалища, раком яичника III-IV стадии необходимо помнить, что у таких больных происходят значительные изменения в формуле крови, часто возникает асцит, обращает на себя внимание общее состояние больной и другие признаки раковой патологии.

Какие существуют методы лечения эндометриоза?

Лечение эндометриоза должно быть комплексным, дифференцированным. Оно включает:

- хирургические методы лечения, проводимые лапаротомным и лапароскопическим путями;
- консервативные методы лечения: гормональную, противовоспалительную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию.

Что является критериями при выборе метода лечения эндометриоза?

Следует учитывать:

- возраст больной и отношение ее к репродуктивной функции;
- локализацию, распространенность и тяжесть течения патологического процесса;
- сочетание с воспалительными процессами, его последствия (рубцовоспаечные процессы); с ГПЭ и деструктивными изменениями в яичниках и матке;
- сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

Каковы показания к хирургическому лечению эндометриоза?

Хирургическое лечение эндометриоза применяют:

- при узловатых формах аденомиоза;

Источник KingMed.info

- сочетании диффузной формы с миомой матки, ГПЭ;
- аденомиозе III степени;
- эндометриоидных кистах яичников;
- ретроцервикальном эндометриозе;
- эндометриозе промежности, влагалища и влагалищной порции шейки матки;
- «малых» формах эндометриоза.

Какие операции применяют при эндометриозе?

При аденомиозе применяют надвлагалищную ампутацию матки без придатков с иссечением слизистой оболочки цервикального канала. При эндометриозе шейки матки рекомендуются радиохирургические методы. Эндометриоидные кисты яичников удаляют лапаротомным или лапароскопическим путем. При малых формах эндометриоза производят электро-

коагуляцию или каутеризацию эндометриоидных гетеротопий в процессе лапароскопии. При ретроцервикальном эндометриозе иссекают пораженные ткани и воздействуют на ложе или производят криодеструкцию, при сочетании аденомиоза, ретроцервикального эндометриоза и поражении шейки матки производят экстирпацию матки.

Непременным условием эффективности хирургического лечения является применение гормонотерапии после операции в течение не менее 3-6 мес во избежание рецидивов. Кроме того, рекомендуется физиотерапия/электрофорез йода и цинка синусоидальным модулированным током, анальгетики, спазмолитики, седативные препараты, тормозящие синтез простагландинов (индометацин), транквилизаторы, витамины, иглорефлексотерапия, лечебный ультразвук, гипосенсибилизирующие средства.

Какие цели преследует медикаментозное лечение эндометриоза?

Современный подход к лечению больных эндометриозом состоит в комбинации хирургического метода, направленного на максимальное удаление эндометриоидных очагов, и гормонотерапии. Гормональная терапия направлена на подавление синтеза эстрогенов. Именно поэтому различные терапевтические воздействия, используемые при лечении эндометриоза, преследуют в конечном итоге одну и ту же цель - угнетение гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и развитие атрофических изменений в ткани эндометриоидных гетеротопий. Длительность приема гормональных препаратов определяется распространенностью процесса и эффективностью терапии. Прием препаратов вызывает симптоматику, сходную с КС: приливы жара, потливость, нарушение сна, которые проходят по окончании лечения.

Каков механизм действия эстроген-гестагенных препаратов?

Эти препараты подавляют выделение гонадотропных выбросов, тормозят синтез стероидов в яичниках и пролиферативные процессы в эндометрии. Под их влиянием прекращаются циклические процессы в эндометрии и эндометриоидных гетеротопиях, а при длительном применении в непрерывном режиме развиваются регрессивные изменения, приводящие к склерозированию и облитерации эндометриоидных очагов.

Какие эстроген-гестагенные препараты применяют для лечения эндометриоза?

К таковым относятся монофазные КОК, применяемые в непрерывном режиме в течение 6-12 мес и более. Доказанные преимущества имеет КОК, содержащий диеногест (жанин*).

Какие гестагены применяют для лечения эндометриоза?

Применяются следующие прогестины - медроксипрогестерон, дидрогестерон, диеногест.

Лечение проводится в непрерывном режиме в течение 6-12 мес.

Какие препараты антигонадотропного действия применяют для лечения эндометриоза?

На сегодняшний день используется синтетическое производное 17- α -этинил-тестостерона - даназол, обладающий антигонадотропным действием, блокируя овуляторный выброс гонадотропов, он блокирует рецепторы эстрадиола, прогестерона и андрогенов в яичниках. Даназол принимают по 400-800 мг в день (2800 мг/нед) в течение 6-8 мес. Серьезным недостатком препарата является наличие андрогензависимых побочных эффектов.

С 80-х годов XX в. широко используют гестринонпроизводное 19-норостероидов, обладающее высокой антигонадотропной активностью, что позволяет применять его в малых дозах - по 2,5 мг 2 раза в неделю (5 мг). Этот препарат вызывает более интенсивные инволютивные изменения в ткани эндометриоидных гетеротопий.

Какие агонисты ГнРГ применяют для лечения эндометриоза, и каков механизм их действия?

Агонисты ГнРГ блокируют рецепторы в «гонадотропных» зонах передней доли гипофиза, тормозят секрецию гонадотропинов. В результате снижается образование половых гормонов в яичниках, уровень которых в крови падает до постменопаузального. Из препаратов пролонгированного действия (депонированная форма) применяются:

- трипторелин (диферелин*) - 3,75 мг внутримышечно 1 раз в 28 дней;
- гозерелин - 3,8 мг подкожно в переднюю брюшную стенку 1 раз в 28 дней;
- бусерелин - эндоназальный спрей, суточная доза 900 мкг для орошения слизистой оболочки носа (по 2 нажатия 3 раза в день).

Длительность лечения агонистами ГнРГ - 3-6 мес. Эффективность, сопоставимая с агонистами ГнРГ, подтверждена в отношении 2 мг диеногеста (визаина*) в непрерывном режиме.

Какой прогноз лечения эндометриоза?

Прогноз в целом благоприятный, однако при запущенных формах восстановление фертильности может представлять проблему. Радикальное хирургическое лечение в пре- и постменопаузе обеспечивает приемлемое качество жизни.

В чем заключается профилактика эндометриоза?

Поскольку ведущее значение в патогенезе эндометриоза имеют смещение и имплантация элементов эндометрия за пределами полости матки при соответствующем гормональном фоне и нарушении иммунного гомеостаза, меры профилактики должны предусматривать эти обстоятельства:

- своевременное лечение хронических воспалительных процессов внутренних половых органов;
- внедрение современных контрацептивных средств в целях предупреждения нежелательной беременности;

Источник KingMed.info

- строгий врачебный подход к проведению различных диагностических и лечебных процедур (диагностические выскабливания, гистеросальпингография, зондирование матки, операции со вскрытием полости матки, кесарево сечение и др.);
- целенаправленное лечение маточных кровотечений с использованием гормональных препаратов после выскабливания слизистой оболочки полости матки;
- профилактика травматизма родовых путей (тщательное зашивание разрывов шейки матки, стенок влагалища, промежности);
- профилактика заболевания после диатермокоагуляции и диатермоэксцизии шейки матки;
- строгие показания для проведения диатермокоагуляции и диатермоэксцизии шейки матки;
- своевременное выявление и коррекция метаболизма половых гормонов.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Факторами риска развития генитального эндометриоза могут быть:

- 1) наследственная предрасположенность;
- 2) аномалия развития половых органов;
- 3) ановуляция;
- 4) рефлюкс менструальной крови;
- 5) инвазивные методы.

2. Наиболее информативными УЗ-признаками диффузной формы аденомиоза являются:

- 1) шаровидная форма матки;
- 2) уменьшение переднезаднего размера;
- 3) бугристая поверхность матки;
- 4) округлые анэхогенные включения до 5 мм в миометрии;
- 5) деформация срединного М-эхо.

3. Основными клиническими проявлениями перитонеального эндометриоза:

- 1) обильные и длительные менструации;
- 2) тазовые боли;
- 3) мажущие кровянистые выделения из половых путей до и после менструации;
- 4) бесплодие;
- 5) галакторея.

4. Для клинической картины внутреннего эндометриоза характерны:

- 1) мажущие кровянистые выделения из половых путей до и после менструации;
- 2) дизурические расстройства;
- 3) обильные, длительные выделения из половых путей;

Источник KingMed.info

4) болезненные менструации;

5) хроническая тазовая боль.

5. Аденомиоз - это:

1) воспаление слизистой оболочки матки;

2) гиперплазия эндометрия;

3) эктопия шейки матки;

4) полип эндометрия;

5) внутренний эндометриоз III степени распространения. **Задачи**

6. Больная, 41 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него во время и после менструации. Кроме того, больную беспокоили боли внизу живота, особенно слева, усиливающиеся при менструации. При объективном исследовании в толще послеоперационного рубца прощупываются плотные, болезненные узелки. Рубец и кожа над ним синюшного цвета. При влагалищном обследовании обнаружено: матка в *anteflexioanteversio* нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки справа не определяются. Слева и сзади от матки пальпируется болезненное образование размером 6х7х7 см, ограничено подвижное, тугоэластической консистенции, гладкой поверхности. Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Каков диагноз? Какой будет тактика врача?

7. Больная, 35 лет, обратилась к врачу женской консультации за 2 дня до начала менструации с жалобами на мажущие кровянистые выделения до и после менструации, обильные кровяные выделения и боли во время менструации. При влагалищном обследовании обнаружено: шейка матки чистая, цилиндрической формы. Матка шаровидной формы, крупнее нормы, безболезненная. Придатки не определяются, область их безболезненная. Каков предварительный диагноз? Какова будет тактика врача?

Глава 8. Злокачественные опухоли женских половых органов

8.1. РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Цель занятия: изучить со студентами патогенетические аспекты РШМ, классификацию, клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику РШМ.

Студент должен знать: пять стадий распространения РШМ, гистологические формы, пути метастазирования, международную классификацию по системе TNM, клинические формы, методы диагностики, клиническую картину, дифференциальную диагностику, лечение, профилактику РШМ, технику биопсии и необходимый инструментарий для ее проведения.

Студент должен уметь: собрать анамнез, осмотреть больную, произвести осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал, влагалищное и ректовагинальное исследование; взять мазки на флору, степень чистоты, атипические клетки. Определять кольпоскопическую картину, характерную для нормального многослойного плоского эпителия, покрывающего влагалищную порцию шейки матки, подозрительные участки с целью взятия прицельной биопсии. На основании данных анамнеза, объективного исследования, дополнительных методов исследования поставить диагноз, провести дифференциальный диагноз, составить план ведения и лечения больной.

Место занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, по возможности - онкологическое отделение или онкодиспансер, малая операционная.

Оснащение: таблицы, плакаты, муляжи, эхограммы, слайды, истории болезни, кольпоскоп, инструменты для производства биопсии, взятия мазков, демонстрационные фильмы, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Осмотр и курация больных в отделении, взятие мазков, кольпоскопическое исследование, присутствие при производстве биопсии шейки матки, решение ситуационных задач.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое рак шейки матки?

Рак шейки матки (РШМ) - это злокачественная опухоль шейки матки.

Классификация по МКБ-10

C53. Злокачественное новообразование шейки матки.

Какова эпидемиология?

РШМ является вторым по распространенности злокачественным заболеванием у женщин после рака молочной железы и диагностируется в 8-11 случаях на 100 тыс. женщин.

В настоящее время ежегодно в мире выявляют около 500 тыс. новых больных РШМ и около 200 тыс. женщин ежегодно умирают от этого заболевания.

Какова зависимость частоты РШМ от возраста больных?

Частота возникновения РШМ резко возрастает в группе женщин старше 40 лет и диагностируется в 20 раз чаще, чем в возрасте 25 лет. Максимум заболеваемости РШМ приходится на 40-60-летний возраст (65,3%). При преинвазивном РШМ пик заболеваемости приходится на 25-40 лет.

Какие существуют классификации рака тела матки?

В мире используют две классификации РШМ: по системе FIGO (Международной федерации акушеров и гинекологов) и по системе TNM, в которой распространенность поражения регистрируют на основании клинического исследования, включающего все виды диагностики (табл. 8.1).

Таблица 8.1. Классификация РШМ (TNM и FIGO)

| Стадия по TNM | Стадия по FIGO | Характеристика |
|-------------------------------|-----------------|--|
| T _x | 0 | Первичная опухоль не может быть оценена |
| T ₀ | 0 | Нет очевидных признаков первичной опухоли |
| T _{is} | 0 | Карцинома <i>in situ</i> |
| T ₁ | I | Карцинома шейки ограничена маткой (нет перехода карциномы на тело матки) |
| T ₁ A* | IA | Инвазивный рак, диагностируемый только микроскопически. Стромальная инвазия с максимальной глубиной не более 5 мм, горизонтально — не более 7 мм. Вовлечение кровеносных или лимфатических сосудов не влияет на индексирование |
| T ₁ A ₁ | IA ₁ | Измеряемая стромальная инвазия до 3 мм, горизонтальное распространение до 7 мм |
| T ₁ A ₂ | IA ₂ | Инвазия стенки шейки матки более 3 мм, но менее 5 мм, горизонтальное распространение до 7 мм |
| T ₁ B | IB | Клинически определяемое поражение, ограниченное шейкой матки, или микроскопическое поражение, превышающее T ₁ A/IA ₂ |
| T ₁ B ₁ | IB ₁ | Клинически определяемое поражение до 4 см в максимальном измерении |
| T ₁ B ₂ | IB ₂ | Клинически определяемое поражение более 4 см в максимальном измерении |
| T ₂ | II | Рак распространяется за пределы шейки матки, но без вовлечения в процесс стенок таза и нижней трети влагалища |

Окончание табл. 8.1

| Стадия по TNM | Стадия по FIGO | Характеристика |
|------------------|----------------|--|
| T ₂ A | IIA | Опухоль без инфильтрации параметрия |
| T ₂ B | IIB | Опухоль с инфильтрацией параметрия |
| T ₃ | III | Опухоль инфильтрирует параметрий до стенок таза и (или) вовлечена нижняя треть влагалища и (или) вызывает гидронефроз либо нарушение функций почки |
| T ₃ A | IIIA | В опухолевый процесс вовлечена нижняя треть влагалища, но опухоль не распространяется на стенки таза |
| T ₃ B | IIIB | Опухоль распространяется на стенки таза и (или) вызывает гидронефроз либо блокирует почку |
| T ₄ | IVA | В опухолевый процесс вовлечена слизистая оболочка мочевого пузыря или прямой кишки |
| M ₁ | IVB | Определяются отдаленные метастазы за пределами таза |

* Все макроскопически определяемые поражения, даже с поверхностной инвазией, относят к стадии T_{1b}/IB.

Степень дифференцировки, определяемую гистологическим исследованием, обозначают латинской буквой G. Согласно гистопатологической классификации различают следующие степени:

- G_x - степень дифференцировки не может быть установлена;
- G₁ - высокая степень дифференцировки;
- G₂ - средняя степень дифференцировки;
- G₃ - низкая степень дифференцировки;
- G₄ - недифференцированные опухоли.

Какие различают варианты рака шейки матки по морфологическому строению?

По морфологическому строению различают следующие варианты РШМ:

- плоскоклеточный с ороговением;
- плоскоклеточный без ороговения;
- низкодифференцированный;
- железистый.

Гистологически в 85-90% диагностируется плоскоклеточный РШМ, в 10-15% - аденокарцинома.

Гистологическая структура опухоли - один из наиболее важных критериев при выборе плана лечения и для прогноза заболевания.

Какие различают формы рака шейки матки по направлению опухолевого роста?

По направлению опухолевого роста различают следующие формы:

- экзофитную (рис. 8.1);
- эндофитную (рис. 8.2, 8.3);
- смешанную.

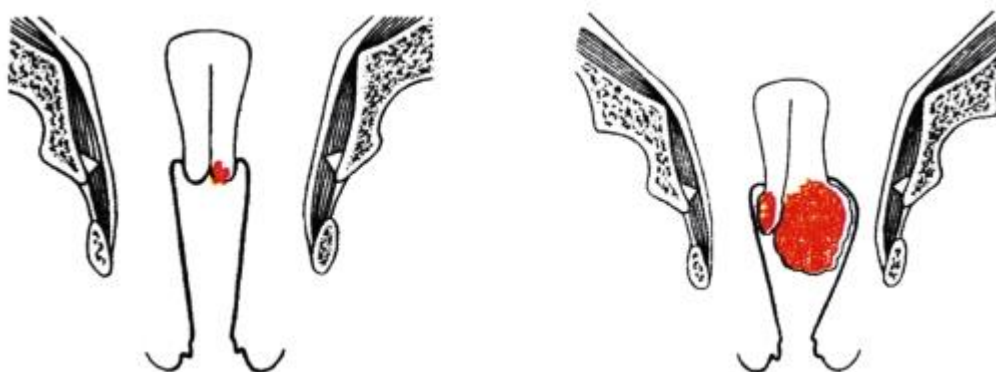


Рис. 8.1. Экзофитная форма рака шейки матки



Рис. 8.2. Эндофитная форма рака шейки матки: а - с переходом на тело матки; б - с распространением на параметрий и стенку влагалища

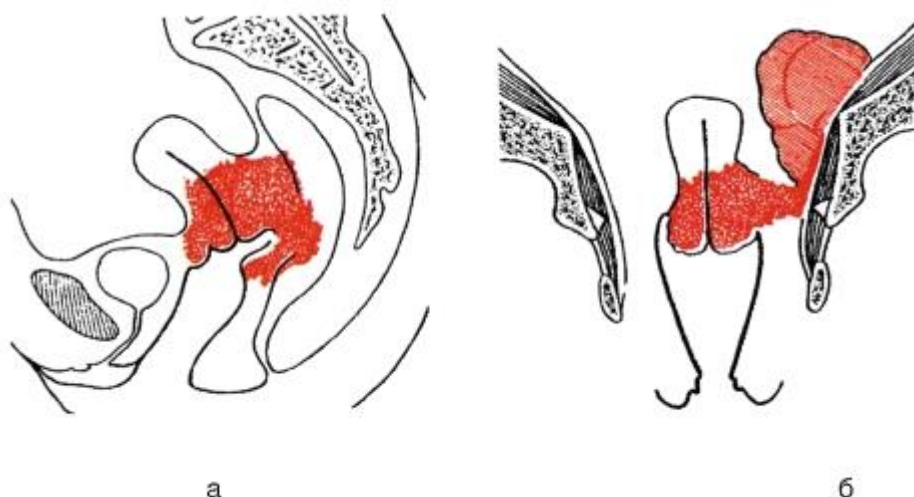


Рис. 8.3. Эндофитная форма рака шейки матки: а - с распространением на параметрий и придатки; б - с переходом на тело матки и стенку влагалища

Экзофитная форма легче визуализируется, шейка матки при ней напоминает цветную капусту. Для эндофитной формы, когда рак возникает из цилиндрического эпителия, выстилающего цервикальный канал, характерна бочкообразная шейка матки

Каковы пути метастазирования?

В метастазировании РШМ преобладает лимфогенный путь, реже - гематогенный, а также имплантационный путь, когда метастазы распространяются непосредственно на тело матки, влагалище и параметрий. Возможна диссеминация по брюшине.

Какие лимфатические узлы являются регионарными?

К регионарным лимфатическим узлам относят - наружные и внутренние подвздошные, запирательные, общие подвздошные и поясничные.

Каковы факторы риска и этиология рака шейки матки? Факторы риска возникновения РШМ:

- папилломавирусная инфекция шейки матки;
- раннее начало половой жизни;
- частая смена половых партнеров;
- генитальный герпес;
- курение (активное или пассивное).

Об однозначных этиологических факторах развития РШМ в настоящее время говорить сложно из-за недостаточного объема проверенных и доказанных фактов, неполного понимания патогенеза данного заболевания. Ведущую роль в развитии РШМ отводят ВПЧ (Нобелевская премия по медицине, 2008).

Каков процесс малигнизации эпителия?

Процесс малигнизации многослойного плоского эпителия шейки матки условно можно представить как последовательное нарастание нарушения структуры эпителиального пласта и морфологии клеток в виде схемы:

- пролиферативные изменения эпителия физиологического и регенераторного характера;
- дисплазия различной степени выраженности (предраковые изменения);
- преинвазивный рак (внутриэпителиальный рак, *carcinoma in situ*);
- микроинвазивный рак (микрокарцинома, рак Ia стадии с инвазией до 3 мм);
- инвазивный рак (с инвазией в строму более 3 мм). **Что такое дисплазия эпителия?**

Дисплазия эпителия характеризуется пролиферацией атипических клеток с нарушением нормального расположения слоев эпителия шейки матки («слоистости»), поверхностный слой плоского эпителия может не иметь признаков атипии, а состоять из зрелых ороговевающих клеток. Под термином *carcinoma in situ* (преинвазивный рак) принято понимать патологию покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, утрата слоистости и полярности, но отсутствует инвазия в базальную пластинку.

Каковы анамнез и основные клинические симптомы рака шейки матки?

При запущенных стадиях заболевания появляются симптомы со стороны мочевого пузыря и кишечника. При далеко зашедшей болезни появляются нарушения со стороны соседних органов - мочевого пузыря, прямой кишки (частые позывы на мочеиспускание и учащение его, тенезмы, затрудненный стул). Со стороны мочеточника - спазматические боли, гидроуретер, гидро- и пионефроз, при сдавлении обоих мочеточников - анурия. Прорастание опухоли в мочевой

Источник KingMed.info

пузырь и прямую кишку дает симптомы появления крови в моче и кале, а затем образование мочевого или калового свища. Кахексия появляется при далеко зашедшем злокачественном процессе в результате выраженной интоксикации организма продуктами распада опухоли.

Что лежит в основе диагностики рака шейки матки?

В основе диагностики различных этапов малигнизации эпителия шейки матки лежит морфологическое (цитологическое и гистологическое) исследование эпителия шейки матки. Основой своевременной и ранней диагностики РШМ являются различные формы профилактических осмотров женского населения, проводимые с обязательным применением цитологического исследования мазков с экто- и эндоцервикса.

Каковы особенности обследования больных раком шейки матки?

Гинекологический осмотр проводится с обязательным применением ложкообразных зеркал (зеркала Симса) и подъемника (Отта), а не зеркала Куско, так как последние не дают возможности с достаточной полнотой осмотреть как стенки и своды влагалища, так и всю влагалищную часть шейки матки, обращенную к стенкам влагалища, где могут располагаться участки измененного эпителия.

На *первом этапе* производят первичное выявление (скрининг) онкогинекологического заболевания. В объем обследования входит сбор анамнеза, общий осмотр, осмотр наружных половых органов, шейки матки, влагалища, влагалищное и ректовагинальное исследования, цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса. Цитологический скрининг РШМ желательно проводить с 20 лет. Достоверность цитологического скрининга составляет 89-98%, а среди ошибочных заключений преобладают ложноположительные. Программа цитологического скрининга позволяет предупредить развитие РШМ в 24% случаев. Рекомендуемая частота забора материала - минимум 1 мазок в 2-3 года.

Наличие изменений слизистой оболочки шейки матки, особенно дисплазия эпителия различной степени выраженности, при цитологическом исследовании неизменной на вид шейки матки требует углубленного обследования, которое включает гинекологический осмотр, пробу Шиллера (окрашивание шейки матки раствором Люголя), кольпоскопическое, повторное цитологическое и гистологическое исследования (*второй этап*). Целенаправленно проводимое обследование позволяет поставить правильный диагноз у 96-97% больных.

Помимо осмотра шейки матки невооруженным глазом обязательным будет применение дополнительных методов диагностики.

Что такое кольпоскопическое исследование?

Кольпоскопическое исследование - объективный метод, позволяющий осматривать шейку матки через оптическую систему с увеличением в 15-20 раз. Обязательным является проведение расширенной кольпоскопии с применением пробы с уксусной кислотой и окрашиванием шейки матки раствором Люголя (проба Шиллера), при этом нормальный эпителий шейки матки (многослойный плоский неороговевающий) окрашивается в темнотурецкий цвет за счет наличия большого количества гликогена, а участки, пораженные раковой опухолью, вследствие бедности гликогеном остаются неокрашенными. Правильно оцененная кольпоскопическая картина позволяет выявить зону поражения и выполнить прицельную биопсию из подозрительного участка для последующего гистологического исследования.

Каковы возможности цитологического исследования?

Возможности цитологической диагностики при раке цервикального канала несколько ниже, чем при раке влажной порции шейки матки (соответственно 63,6 и 93%). При повторных цитологических исследованиях мазков информативность метода может повышаться. Совпадение цитологических и гистологических диагнозов достигает 85,4%.

С какой целью проводят биопсию шейки матки?

При обнаружении атипичных клеток при цитологическом исследовании на начальных стадиях заболевания проводится расширенная биопсия шейки матки (конизация шейки матки различными способами). Манипуляция должна проводиться с помощью аппарата для радиоволновой хирургии, при которой ткани не обугливаются и весь удаленный препарат доступен гистологическому исследованию, для выявления глубины поражения опухолевым процессом шейки матки и определения стадии заболевания. Цитологически различить преинвазивный и инвазивный рак невозможно.

Как трактуют полученные результаты обследования больных?

Заключительным этапом комплексного обследования шейки матки является клиническая трактовка полученных данных. При этом должны быть получены ответы на следующие вопросы:

- есть рак или нет;
- если рак есть, то каково его морфологическое строение и степень распространенности;
- при отсутствии прямых указаний на злокачественный процесс необходимо определить, следует ли расценивать данное состояние как облигатный предрак или фонный процесс;
- являются ли примененные методы исследования и полученная информация достаточными для характеристики патологического процесса в шейке матки и исключения злокачественного новообразования.

Что включает стадирование?

В случае выявления РШМ проводят ряд дополнительных исследований с целью *стадирования злокачественного процесса* (верификации диагноза, стадии рака):

- УЗИ органов малого таза (лучше трансвагинальное исследование), брюшной полости и забрюшинного пространства;
- КТ органов малого таза;
- рентгенографию органов грудной клетки;
- экскреторную урографию, цистоскопию;
- лимфографию;
- сцинтиграфию костей скелета.

Каковы общие принципы лечения?

Лечение в пределах каждой стадии РШМ в значительной степени определяется размером первичной опухоли и соматическим статусом пациентки.

Операция и лучевая терапия - равноэффективные методы лечения больных с ранними стадиями РШМ, имеющими небольшие размеры опухоли. У молодых, компенсированных пациенток с

Источник KingMed.info

малым риском метастазирования оперативное лечение предпочтительнее, так как в этом случае в большей степени сохраняется функциональная активность яичников, предотвращаются атрофия и стеноз влагалища, оперативное вмешательство позволяет дать максимально точную оценку распространенности заболевания.

Лучевая терапия является терапией выбора у пациенток более старшего возраста, имеющих высокий операционный риск и более распространенные формы заболевания.

Применение адъювантной химиотерапии больных РШМ до настоящего времени является предметом дискуссий и дальнейшего исследования. В качестве полихимиотерапии используются комбинации препаратов: цисплатин, фторурацил, блеомицин, паклитаксел, доцетаксел, метотрексат, ифосфамид. Преимущество применения полихимиотерапии перед монохимиотерапией не доказано, ее эффективность составляет лишь 20-40%. Эффективность монотерапии отдельными противоопухолевыми препаратами при лечении больных РШМ еще меньше.

Оценка эффективности химиотерапии проводится по изменению размеров опухоли и инфильтратов в параметральной клетчатке, а также по степени лечебного патоморфоза опухоли.

Какие существуют варианты лечения рака шейки матки?

- Хирургическое лечение (операция).
- Комбинированное лечение (операция + лучевая терапия):
 - хирургическое лечение с последующей дистанционной терапией;
 - предоперационная лучевая терапия;
 - предоперационная лучевая терапия дробно-протяженным методом.
- Лучевая терапия. Сочетанная (дистанционная и внутрисполостная) лучевая терапия по радикальной программе.

Каковы стандартизированные подходы в лечении рака шейки матки?

Остадия РШМ (T₀-T_{is}). При диагностике РШМ 0 стадии выполняется конизация шейки матки (радиоволновая, лазерная или ножевая конизация). У больных старшего возраста при распространении опухоли до внутреннего зева цервикального канала целесообразно производить экстирпацию матки с придатками. У незначительного числа больных с противопоказаниями к выполнению любых по объему оперативных вмешательств (функционально неоперабельные больные) может проводиться внутрисполостная лучевая терапия.

IA стадия РШМ. При РШМ IA₁ стадии (без неблагоприятных факторов прогноза) у лиц молодого, репродуктивного возраста, а также у соматически отягощенных больных может быть выполнена высокая конусовидная ампутация шейки матки. После этой операции (в пределах здоровых тканей) показано строгое динамическое наблюдение. Мазки по Папаниколау делают через 4 мес, через 10 мес, затем ежегодно, если оба предыдущих исследования онкологической патологии не выявили. У лиц старшего возраста рекомендуют выполнение экстирпации матки. При распространенности РШМ до стадии IA₂ частота поражения регионарных лимфатических узлов возрастает до 12%, поэтому тазовая лимфодиссекция должна быть включена в протокол лечения. Рекомендуют операцию Вертгейма (удаление матки с придатками, верхней третью влагалища, околоматочной клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами).

IB-IIA стадии РШМ. Стандартное хирургическое лечение РШМ IB₁ стадии: операция Вертгейма.

Первичное лечение РШМ стадии IB₂-IIA (первичный очаг диаметром >4 см) включает:

- химиолучевое лечение;
- расширенную экстирпацию матки и послеоперационную лучевую (химиолучевую) терапию;
- неоадъювантную химиотерапию (три курса химиотерапии на основе препаратов платины), сопровождаемую расширенной экстирпацией матки, с добавлением по показаниям послеоперационной лучевой или химиолучевой терапии.

IIВ-IVА стадии РШМ. При местнораспространенном РШМ (стадии IIВ, III: параметральный, влагалищный варианты и IVА) первичное лечение включает сочетанную лучевую терапию, химиотерапию. В случае высокой эффективности такого воздействия возможно выполнение операции Вертгейма с последующим продолжением лучевой терапии (с учетом ранее полученных доз). Больным репродуктивного возраста до начала специального лечения может быть выполнена транспозиция яичников с целью сохранения гормонального гомеостаза.

IVВ стадия и рецидив РШМ. В настоящее время нет метода, который бы мог обеспечить существенный результат паллиативного лечения этой категории больных. Сочетанная лучевая терапия может использоваться у больных IVВ стадией для уменьшения размеров первичной опухоли и купирования проявлений заболевания, обусловленных сдавлением опухолью мочеточников. У больных с рецидивом РШМ, особенно у тех, кто не получал лучевую терапию, проведение сочетанной лучевой терапии в случае ограниченного рецидива может обеспечить 5-летнюю выживаемость на уровне 40-50%.

В случае диссеминации опухоли химиотерапия возможна в сочетании с лучевой терапией.

Лечение локальных рецидивов включает различные хирургические подходы: от удаления собственно рецидивной опухоли вплоть до тазовой экзисцерации. Радикальное облучение с адъювантной химиотерапией показано при изолированном рецидиве после радикальной операции.

При появлении метастазов в области малого таза или при продолженном росте опухоли после нерадикального лечения проводят химиотерапию с паллиативной целью. Цисплатин считают наиболее эффективным препаратом для лечения РШМ.

Каков прогноз?

Пятилетняя выживаемость при РШМ I стадии составляет 70-85%, при II - 40-60%, при III - около 30% и при IV - менее 10%. Прогноз ухудшается при сочетании РШМ и беременности.

В чем заключается профилактика рака шейки матки?

Профилактика РШМ:

- вакцинация против онкогенных штаммов ВПЧ (квадри- и бивалентная вакцины);
- использование барьерных средств контрацепции, препятствующих распространению ИППП;
- двусторонняя моногамия;
- своевременное выявление факультативных и облигатных предраковых процессов и их лечение;
- ежегодный цитологический скрининг, начиная с 20-летнего возраста, у женщин, начавших половую жизнь.

Источник KingMed.info

В профилактической работе важная роль отводится смотровым кабинетам в лечебно-профилактических учреждениях, которые способствуют выявлению не только самых ранних форм заболевания, но и проведению профилактической работы по его предупреждению. Они созданы для того, чтобы охватить профилактическим осмотром большое число женщин при общих поликлиниках. В смотровой кабинет направляются все женщины, обратившиеся по какому-либо поводу в поликлинику.

Должности акушерок для работы в таком кабинете (в две смены) утверждает главный врач поликлиники. Акушерка устанавливает ориентировочный диагноз. Окончательный диагноз определяет акушер-гинеколог на основании данных, поступающих от акушерки смотрового кабинета, анамнеза, личного осмотра с использованием дополнительных методов обследования. Контроль и руководство смотровым кабинетом осуществляют заведующий поликлиникой (главный врач), онкологи и акушеры-гинекологи.

Основной задачей работы смотрового кабинета поликлиники является проведение профилактического осмотра женщин с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний женских половых органов, молочной железы, прямой кишки, кожных покровов. Осмотр женщин в смотровом кабинете проводит специально подготовленная по диагностике злокачественных опухолей медицинская сестра или чаще всего акушерка, в задачи которой входит осмотр шейки матки с помощью зеркал и взятие соскобов с экто- и эндоцервикса с помощью специальной щеточки (цервибраш) для цитологического исследования (ПАП-тест). Соскоб с шейки матки для цитологического исследования в ходе скрининга берется только в том случае, если при осмотре шейки матки не выявлено макроскопически выраженных патологических изменений. Если такие изменения выявляются, акушерка не должна производить соскоб для скрининга, а обязана направить женщину для дообследования к гинекологу. Цитологический скрининг направлен на выявление дисплазий и преинвазивной карциномы.

Критерием эффективности цитологического скрининга является снижение заболеваемости РШМ.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. РШМ - это:

- 1) доброкачественная опухоль;
- 2) злокачественная опухоль;
- 3) заболевание, частота возникновения которого резко возрастает у женщин старше 40 лет;
- 4) заболевание, частота возникновения которого резко возрастает у женщин 20-40 лет.

2. К факторам риска возникновения РШМ относят:

- 1) раннее начало половой жизни;
- 2) позднее менархе;
- 3) частую смену половых партнеров;
- 4) наличие ИППП;
- 5) раннюю менопаузу.

3. Ведущую роль в канцерогенезе РШМ отводят:

Источник KingMed.info

- 1) гормональному дисбалансу;
- 2) травмам шейки матки;
- 3) папилломавирусной инфекции;
- 4) хламидийной инфекции.

4. К облигатному предраку шейки матки относятся:

- 1) полип цервикального канала;
- 2) истинная эрозия;
- 3) дисплазия;
- 4) эктропион;
- 5) эндометриоз.

5. II стадия РШМ характеризуется:

- 1) распространением за пределы шейки матки, но без вовлечения в процесс стенок таза и нижней трети влагалища;
- 2) вовлечением в опухолевый процесс слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки;
- 3) вовлечением нижней трети влагалища и нарушением функций почки;
- 4) клинически определяемым поражением, ограниченным шейкой матки.

6. В метастазировании РШМ преобладает:

- 1) лимфогенный путь;
- 2) гематогенный путь;
- 3) имплантационный путь распространения на тело матки, влагалище и параметрий.

7. Первый этап лимфогенного метастазирования при РШМ:

- 1) наружные и внутренние подвздошные и запирательные лимфатические узлы;
- 2) общие подвздошные лимфатические узлы;
- 3) поясничные лимфатические узлы;
- 4) парааортальные лимфатические узлы;
- 5) верхние и нижние ягодичные и латеральные крестцовые лимфатические узлы.

8. Для РШМ характерно:

- 1) бессимптомное течение длительное время;
- 2) наличие контактных кровотечений;
- 3) метастазирование в сальник;
- 4) поражение соседних органов при II стадии.

9. Стандартным хирургическим лечением при РШМ I стадии является:

- 1) экстирпация матки с придатками;

Источник KingMed.info

- 2) удаление матки с придатками и верхней третью влагалища;
- 3) операция Вертгейма;
- 4) конусовидная ампутация шейки матки.

10. Операция Вертгейма - это:

- 1) удаление матки с придатками, верхней третью влагалища, околоматочной клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами;
- 2) экстирпация матки с придатками;
- 3) удаление матки с придатками и верхней третью влагалища.

Задачи

11. Больной, 54 лет, с посткоитальными кровотечениями произведена прицельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного умеренно дифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном обследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. Каков диагноз? Какова тактика?

12. Больная, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. В течение 4 лет периодически проходила лечение у врача в женской консультации по поводу эктопии шейки матки. Применялись влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. При осмотре с помощью зеркал: на шейке матки видны разрастания в виде «цветной капусты». При бимануальном исследовании определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована, кровотечение после осмотра. Каков диагноз? Что является стандартным хирургическим лечением при IV₁ стадии?

8.2. РАК ТЕЛА МАТКИ

Цель занятия: изучение клинической картины, диагностики, лечения и профилактики возникновения рака тела матки.

Студент должен знать: факторы риска, способствующие возникновению рака тела матки, гистологическую, клинко-анатомическую классификацию рака тела матки, пути распространения рака тела матки, патогенез, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику рака тела матки.

Студент должен уметь: осмотреть шейку матки с помощью зеркал, произвести вагинальное исследование, взять мазки для онкоцитологического исследования, оказать первую помощь при маточных кровотечениях.

Место занятия: аудитория, отделение гинекологии, операционная.

Оснащение: таблицы, диапозитивы, видеофильмы, схемы распространения ракового процесса, гистологические препараты, цитологические препараты аспирата из полости матки, инструменты для цуг-соскоба и отдельного диагностического выскабливания, гистероскоп, микроскоп, муляжи, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.

Источник KingMed.info

- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Клинический разбор трех-четырёх гинекологических больных по теме занятия.
- Освоение практических навыков. Осмотр макропрепаратов, удаленных во время операции, и соскобов из полости матки.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое рак тела матки?

Рак тела матки (рак эндометрия) - это злокачественная опухоль эндометрия.

Классификация по МКБ-10

C54. Злокачественное новообразование тела матки. C54.1. Рак эндометрия.

Какова частота рака тела матки (эпидемиология)?

Рак эндометрия занимает первое место среди злокачественных новообразований женских половых органов.

В последние годы наибольший прирост заболеваемости отмечают среди женщин в возрасте до 29 лет (за 10 лет на 50%).

Какие существуют классификации рака тела матки?

В настоящее время в онкологии широко применяют две классификации: FIGO и классификацию по системе TNM, в которой распространенность поражения регистрируют на основании клинического исследования, включающего все виды диагностики. Определение категорий T, N и M соответствуют ряду стадий, применяемых FIGO, поэтому для сравнения приведены обе классификации (табл. 8.2).

Выделяют следующие морфологические формы рака эндометрия:

- аденокарциному;
- светлоклеточную (мезонефроидную) аденокарциному;
- плоскоклеточный рак;
- железисто-плоскоклеточный рак.

Таблица 8.2. Классификация рака тела матки (TNM и FIGO)

| Категории по системе TNM | Стадии по FIGO | Характеристика |
|--------------------------|----------------|--|
| T _x | — | Недостаточно данных для оценки первичной опухоли |
| T ₀ | — | Первичная опухоль не определяется |
| T _{is} | 0 | Преинвазивная карцинома (карцинома <i>in situ</i>) |
| T ₁ | I | Опухоль ограничена телом матки |
| T _{1a} | IA | Опухоль ограничена эндометрием |
| T _{1b} | IB | Опухоль распространяется не менее чем на половину толщины миометрия |
| T _{1c} | IC | Опухоль распространяется более чем на половину толщины миометрия |
| T ₂ | II | Опухоль распространяется на шейку матки, но не за пределы матки |
| T _{2a} | IIA | Вовлечен только эндоцервикс |
| T _{2b} | IIB | Инвазия стромы шейки |
| T ₃ | III | Местное и (или) регионарное распространение опухоли |
| T _{3a} | IIIA | Опухоль вовлекает серозную оболочку и (или) яичник (прямое распространение или метастазы); раковые клетки в асцитической жидкости или промывных водах |
| T _{3b} | IIIB | Опухоль распространяется на влагалище (прямое распространение или метастазы) |
| N ₁ | IIIC | Метастазы в тазовые и (или) парааортальные лимфатические узлы |
| T ₄ | IVA | Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря и (или) толстой кишки |
| M ₁ | IVB | Отдаленные метастазы (исключая метастазы во влагалище, серозную оболочку таза и яичник, включая метастазы во внутриабдоминальные лимфатические узлы, кроме парааортальных и (или) паховых) |

Примечание. Буллезного отека недостаточно для отнесения опухоли к стадии T₄.

Наиболее часто (до 85-99%) диагностируется аденокарцинома эндометрия. Плоскоклеточный рак эндометрия встречается очень редко, часто сочетается со стенозом канала шейки матки и пиометрой. Прогноз неблагоприятный. Пятилетняя выживаемость при I стадии составляет 36%.

По форме роста первичной опухоли выделяют:

- рак с преимущественно экзофитным ростом (рис. 8.4);
- рак с преимущественно эндофитным ростом (рис. 8.5);
- рак с эндоэкзофитным (смешанным) ростом.

Наиболее частая локализация рака тела матки: в области дна и тела, реже в нижнем сегменте матки.

Степень дифференцировки новообразования выступает важным прогностическим фактором. Чем ниже степень дифференцировки, тем хуже прогноз заболевания и тем более агрессивная терапия необходима. Классификация основана на количестве недифференцированных клеток в опухоли. Выделяют:



Рис. 8.4. Экзофитная форма рака эндометрия



Рис. 8.5. Рак эндометрия с глубокой инвазией в миометрий

- высокодифференцированный рак (G_1);
- умеренно дифференцированный рак (G_2);
- низкодифференцированный рак (G_3).

Что относят к факторам риска развития рака эндометрия?

К факторам риска относят:

Источник KingMed.info

- метаболические нарушения (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь);
- гормонально-зависимые нарушения функции женских половых органов (ановуляция, гиперэстрогения, эндокринное бесплодие);
- гормонально-активные опухоли яичников;
- генетическую предрасположенность;
- отсутствие половой жизни, беременностей, родов;
- раннее наступление менархе, позднюю менопаузу (в возрасте старше 55 лет);
- гормональную терапию антиэстрогенами (тамоксифен).

Какие существуют патогенетические варианты заболевания?

Клиническое изучение метаболических нарушений, выявленных в организме больных раком тела матки, и анализ морфологических особенностей рака эндометрия позволили обосновать концепцию о двух основных патогенетических вариантах заболевания.

Первый патогенетический вариант (гормонозависимый) наблюдается у 60-70% больных раком эндометрия и характеризуется сочетанием метаболических расстройств (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь), которые предшествуют развитию высокодифференцированного рака эндометрия. Этот вариант характеризуется медленным темпом прогрессии и метастазирования. Клиническое течение заболевания более благоприятно. Опухоль высокочувствительна к гестагенам.

Для *второго патогенетического варианта (автономного)* рака тела матки, определяемого у 30-40% больных, свойственно отсутствие метаболических расстройств и симптомов гиперэстрогении. Опухоль со сниженной дифференцировкой развивается на фоне атрофического эндометрия. Характеризуется преимущественно низкой степенью дифференцировки и обладает большей автономностью в развитии, высоким потенциалом к метастазированию, нечувствительностью к гестагенам. Клиническое течение заболевания менее благоприятно. Эффективность лечения ниже, чем при первом патогенетическом варианте.

Доказано также, что характер пролиферации эндометрия обусловлен не только уровнем содержания в крови и соотношением гормонов, но и способностью эндометрия к их связыванию, т.е. количеством и качеством специфических рецепторов.

Какой путь метастазирования при раке тела матки является основным?

Выделяют три основных пути метастазирования: лимфогенный, гематогенный и имплантационный.

Локализация и наличие метастазов зависят от распространенности первичного очага (локализация поражения в определенном сегменте матки и перехода его на канал шейки матки), дифференцировки опухоли и глубины инвазии.

Какие лимфатические узлы относятся к регионарным?

К регионарным лимфатическим узлам относятся тазовые (подчревные, запирательные), общие, внутренние и наружные подвздошные, крестцовые, парааортальные.

В вариантах метастазирования рака тела матки играет роль локализация первичного очага. Наибольшая вероятность метастатического поражения тазовых лимфатических узлов возможна

Источник KingMed.info

при переходе опухоли на канал шейки матки. При его локализации в верхней трети и в области дна матки чаще поражаются парааортальные лимфатические узлы, при расположении в нижней трети - подвздошные лимфатические узлы, а парааортальные - при локализации процесса в области дна. Вовлечение в опухолевый процесс шейки матки дает метастазирование аналогично РШМ.

При прорастании рака эндометрия в мышечный слой матки возможен гематогенный путь метастазирования - поражаются легкие, печень, кости скелета, головной мозг. Гематогенный путь чаще всего сочетается с поражением лимфатических узлов.

Что характерно для имплантационного пути метастазирования?

Для имплантационного пути характерно вовлечение париетальной и висцеральной брюшины при прорастании опухоли миометрия и периметрия. При прохождении клеток опухоли через маточные трубы в брюшную полость происходит поражение маточных труб и яичников, что часто приводит к метастазированию в большой сальник, особенно при низкодифференцированных опухолях.

Метастатическое поражение яичников наблюдается в 5,7% случаев. При этом отмечено, что такое метастазирование характерно для молодых пациенток (30-39 лет) и прогрессивно уменьшается в более старших группах. При метастатическом поражении яичников возможно распространение процесса на брюшину и большой сальник, возникновение асцита.

В каком возрасте чаще встречается рак тела матки?

Наиболее часто рак тела матки встречается в группе женщин 50-70-летнего возраста (71-74%): 50-59 лет - 36%, 60-69 лет - 37%. Средний возраст больных раком эндометрия - 55-65 лет.

Кто относится к группе риска?

К группе риска относят:

- женщин в период установившейся менопаузы, у которых появились кровянистые выделения из половых путей;
- женщин, у которых климактерический период продолжается после 50 лет;
- женщин любого возраста, страдающих ГПЭ (рецидивирующий полипоз, железистая гиперплазия эндометрия);
- женщин с метаболическими расстройствами (ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь).

Каковы клинические симптомы рака эндометрия?

Ранним проявлением заболевания являются патологические бели гнойного или кровянистого характера. Кровяные выделения из половых путей по интенсивности бывают: в виде мажущих выделений; иногда в виде серозно-кровяных выделений; иногда обильные.

По характеру кровяные выделения бывают в виде меноррагии, метроррагии или кровотечения в постменопаузе. Как правило, имеют контактный характер или появляются после физической нагрузки.

Третий основной симптом - боли, которые в ранних стадиях носят схваткообразный характер, что связано с сокращениями миометрия и опорожнением матки от скопившейся в ней крови или гнойной жидкости (гематометра, пиометра), отток которой в результате обтурации

Источник KingMed.info

внутреннего зева шейки матки затруднен. После таких схваткообразных болей появляются патологические выделения из матки - гной или кровь. На поздних стадиях боли постоянные, особенно интенсивны по ночам, связаны со сдавлением раковым инфильтратом нервных сплетений в малом тазу.

При переходе процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляются симптомы нарушения функции этих органов.

Какова диагностика рака эндометрия?

Диагностика рака тела матки и определение стадии его распространения основываются на учете данных анамнеза, бимануального ректовагинальноабдоминального, цитологического, гистологического и рентгеновского исследований. Подобный подход способствует ранней диагностике и дифференциальной диагностике предрака и рака эндометрия, при этом эффективность диагностики зависит не столько от числа составляющих, сколько от их оптимального сочетания и преемственности методов.

На ранних стадиях развития рака тела матки не происходит увеличения матки, и поэтому бимануальное обследование оказывается малоэффективным. В ряде случаев оно может подтвердить подозрение на рак тела матки (равномерное увеличение матки, приобретение ею округлой формы и неравномерной консистенции с участками размягчения и уплотнения за счет растяжения полости скопившимися в ней продуктами распада опухоли; участки уплотнения, обнаруженные при исследовании, соответствуют местам инфильтрации миометрия опухолью).

Обнаружение при гинекологическом исследовании инфильтратов в параметральной клетчатке, которые смещают матку и ограничивают ее подвижность, свидетельствуют о переходе ракового процесса на параметрий. Ограничение подвижности слизистой оболочки прямой кишки говорит об инфильтрации ее стенки раковой опухолью.

Увеличение придатков матки (при наличии указанных выше клинических симптомов рака эндометрия и пальпаторных данных со стороны матки) может указывать на метастазы рака в яичники или на сочетание рака тела матки с гормонопродуцирующей опухолью яичников.

Высокая информативность УЗИ при раке эндометрия привела к тому, что этот метод стал одним из основных в диагностике рака тела матки. На ранних стадиях рака эндометрия, при размере опухоли до 2 см и поверхностном распространении до 0,5 см, весьма информативно трансвагинальное УЗИ.

Для ранней диагностики рака тела матки большое значение имеет цитологическое исследование аспирата из полости матки, проводимое у больных группы повышенного риска в амбулаторных условиях. Информативность его возрастает в сочетании с трансвагинальным УЗИ.

Аспирационная биопсия (с помощью шприца Брауна или пипетки Пайпеля) позволяет получить достаточное количество ткани эндометрия, так же как и при взятии соскоба слизистой оболочки матки специальными приспособлениями без расширения цервикального канала (эндозамплер) амбулаторно или при гистероскопии и отдельном диагностическом выскабливании.

Информативность аспирационной биопсии эндометрия при распространенных формах рака эндометрия составляет 90%, но при начальных стадиях не превышает 36,1%. Если данные проведенного обследования не позволяют отвергнуть или подтвердить наличие рака эндометрия, больную следует направить на стационарное обследование.

Источник KingMed.info

Большим достижением в диагностике рака эндометрия стало внедрение в гинекологическую практику гистероскопии с прицельной биопсией. Гистероскопия позволяет последовательно осмотреть всю полость матки, уточнить топографию и распространение рака эндометрия, произвести прицельную биопсию и избежать многочисленных выскабливаний полости матки. Точность гистероскопии приближается к 100%. Гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание матки с гистологическим исследованием соскобов - последний этап диагностики рака тела матки.

Для диагностики поражения регионарных лимфатических узлов применяется лимфография, для диагностики отдаленных метастазов - рентгенография легких и костей. Для более точной оценки распространенности процесса - КТ и МРТ.

Экскреторная урография, цистоскопия, лимфография, сцинтиграфия костей скелета выполняются по показаниям.

Каковы принципы терапии рака тела матки?

Преимущественное количество больных раком тела матки выявляется на стадиях заболевания, когда возможно проведение радикального лечения.

Основные методы лечения рака тела матки - хирургический, лучевой, гормональный или их сочетание.

Хирургическое лечение - наиболее распространенный метод лечения рака тела матки. Выбор рациональной хирургической тактики во многом обусловлен особенностями местно-регионарного распространения опухоли эндометрия и степенью ее дифференцировки.

Гормональная терапия рака тела матки. Большая часть эндометриальных карцином экспрессирует эстрогенные и прогестероновые рецепторы, от их уровня зависит модулирующий эффект прогестинов, антиэстрогенов. Так, прогестерон-рецепторпозитивные опухоли в 50-70% реагируют на прогестинотерапию. К сожалению, в то же время первичные опухоли эндометрия с высоким риском рецидива (низкая дифференцировка, неэндометриоидные формы: серозно-папиллярный или светлоклеточный рак и др.) редко экспрессируют функциональные прогестероновые рецепторы - так же как рецидивы и метастазы эндометриоидного рака с первоначально высокой и умеренной степенью дифференциации. Для оценки чувствительности опухоли по степени гормонального патоморфоза во время гистероскопии производят биопсию эндометрия (полученный биоптат сравнивают с исходным до лечения). Если степень патоморфоза достаточно выражена, считают, что опухоль гормоночувствительна и лечение прогностически эффективно.

Изучение наиболее используемых прогестинов в лечении рака эндометрия (гидроксипрогестерона капроната, медроксипрогестерона, мегэстрола) не выявило существенных различий в их эффективности.

Гормонотерапия рака тела матки проводится по одной из программ:

- предоперационная гормонотерапия;
- послеоперационная гормонотерапия (продолжительность ее зависит от стадии заболевания);
- гормонотерапия при невозможности хирургического лечения или как самостоятельное лечение при начальных формах высокодифференцированной аденокарциномы у молодых женщин.

Источник KingMed.info

Лучевая терапия при раке эндометрия применяется примерно в 50% случаев заболеваний. Аденокарцинома тела матки является опухолью средней степени чувствительности к облучению.

По результатам гистологического исследования удаленных препаратов определяется тактика дальнейшего ведения больных.

Показанием к послеоперационной лучевой терапии является поражение миометрия более чем на 1/2 и локализация опухоли (или распространение ее) в области перешейка и шейки матки, низкая степень дифференцировки опухоли (G₃). При невозможности хирургического лечения больной может выполняться лучевая кастрация.

Виды лучевой терапии:

- в предоперационном периоде (внутриполостное облучение);
- в послеоперационном периоде - дистанционная лучевая терапия, дистанционная лучевая терапия в сочетании с внутриполостной;
- лучевая кастрация.

Каковы принципы лечения в зависимости от стадии заболевания?

Наилучшие результаты в лечении больных с начальными стадиями рака эндометрия получены при использовании двух стандартных методов: хирургического (экстирпация матки с придатками) и комбинированного (хирургического и лучевой терапии). Пациентки с регионарными и отдаленными метастазами редко могут быть вылечены, в некоторых случаях удовлетворительных результатов можно добиться проведением стандартной гормонотерапии (табл. 8.3).

Таблица 8.3. Основные подходы к лечению рака эндометрия

| | |
|---------------------|--|
| I–IIA стадии | Стандарт: экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия; экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия + послеоперационная лучевая терапия. Индивидуально: сочетанная лучевая терапия (функционально неоперабельные больные) |
| IIВ–III стадии | Стандарт: экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия + послеоперационная лучевая терапия; неoadъювантная лучевая терапия + экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия ± послеоперационная лучевая терапия; экстирпация матки с придатками, лимфаденэктомия. Индивидуально: сочетанная лучевая терапия (функционально неоперабельные больные) + гормонотерапия |
| IV стадия и рецидив | Сочетанная лучевая терапия + гормонотерапия, паллиативная лучевая терапия + химиотерапия + гормонотерапия, химиотерапия + гормонотерапия, гормонотерапия |

I-IIA стадии рака эндометрия. Больным IA-IB стадиями с высокоили умеренно дифференцированной опухолью, распространяющейся до 1/2 толщины миометрия, без признаков инвазии в кровеносные или лимфатические сосуды, локализованной в верхней трети тела матки, показана экстирпация матки с придатками и лимфаденэктомией.

Источник KingMed.info

Послеоперационная лучевая терапия на зоны регионарного метастазирования (даже при отсутствии признаков поражения регионарных лимфатических узлов) проводится при низкой дифференцировке опухоли, распространении в толщу миометрия более чем на 1/2 при инвазии в кровеносные или лимфатические сосуды или при положительных цитологических исследованиях смывов из брюшной полости. Несмотря на то что проведение послеоперационной лучевой терапии значительно уменьшает число местных рецидивов, общая продолжительность жизни достоверно не изменяется.

IIВ-III стадии рака эндометрия. Лечение больных с IIВ-III стадиями рака эндометрия, как правило, комбинированное, осуществляется путем проведения оперативного вмешательства и лучевой терапии в различных комбинациях. Необходимым этапом операции является лимфаденэктомия (в том числе и парааортальная), позволяющая оценить состояние регионарных лимфатических узлов.

У функционально неоперабельных больных возможно проведение сочетанной лучевой терапии, при необходимости - в сочетании с гормонотерапией.

IV стадия и рецидив рака эндометрия. Лечение пациенток с IV стадией рака эндометрия заключается в проведении сочетанной лучевой терапии, паллиативной радиотерапии при выраженных болевых ощущениях, обусловленных метастатическим поражением костей. При наличии отдаленных метастазов назначается гормонотерапия, что определяет возможность достижения объективного ответа у 15-30% больных и увеличения продолжительности жизни.

Каков прогноз?

Пятилетняя выживаемость больных раком тела матки I стадии составляет 86-98%, II стадии - 70-71%, III стадии - 32,1%, IV стадии - 5,3%.

Какова профилактика рака тела матки?

Профилактика рака тела матки включает своевременное выявление и лечение предраковых состояний: железистой гиперплазии эндометрия, аденоматозных полипов, ановуляторных маточных кровотечений. Систематические профилактические осмотры женщин с обязательным УЗИ, периодические цитологические исследования мазков, полученных при аспирации содержимого полости матки, у женщин группы риска по развитию рака тела матки.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Рак эндометрия:

- 1) это доброкачественная опухоль;
- 2) злокачественная опухоль;
- 3) занимает первое место среди злокачественных новообразований женских половых органов;
- 4) в вариантах метастазирования рака тела матки играет роль локализация первичного очага;
- 5) наиболее часто встречается в группе женщин 20-30-летнего возраста.

2. Наиболее частая локализация рака тела матки:

- 1) в области дна;
- 2) в нижнем сегменте;

Источник KingMed.info

3) в области тела.

3. Степень дифференцировки новообразования:

- 1) выступает важным прогностическим фактором;
- 2) чем ниже, тем лучше прогноз;
- 3) чем ниже, тем хуже прогноз;
- 4) чем ниже, тем более агрессивная терапия необходима.

4. К факторам риска развития рака эндометрия относят:

- 1) эндокринно-обменные нарушения;
- 2) частую смену половых партнеров;
- 3) гормонально-зависимые нарушения функции женских половых органов;
- 4) отсутствие половой жизни, беременностей, родов;
- 5) позднее наступление менархе, раннюю менопаузу;

5. К облигатным предраковым состояниям эндометрия относят:

- 1) железисто-кистозную гиперплазию;
- 2) железистый полип эндометрия;
- 3) атрофию эндометрия;
- 4) атипическую гиперплазию;

6. Для первого патогенетического варианта рака эндометрия характерно наличие:

- 1) атрофии эндометрия;
- 2) стойкой ановуляции в анамнезе;
- 3) нарушения детородной функции;
- 4) гиперплазии тека-ткани яичника;
- 5) ожирения и (или) сахарного диабета.

7. Для второго патогенетического варианта рака эндометрия характерно наличие:

- 1) высокой степени дифференцировки опухоли;
- 2) быстрого роста и метастазирования;
- 3) отсутствия чувствительности опухоли к прогестинам;
- 4) глубокой инвазии в миометрий.

8. Основной клинический симптом рака тела матки:

- 1) хроническая тазовая боль;
- 2) контактные кровотечения;
- 3) ациклические кровотечения;

Источник KingMed.info

4) нарушение функции соседних органов.

9. Основной метод диагностики рака тела матки:

- 1) гистологическое исследование соскоба эндометрия;
- 2) цитологическое исследование аспирата из полости матки;
- 3) трансвагинальная эхография;
- 4) гистероскопия.

10. II стадия рака эндометрия характеризуется:

- 1) распространением опухоли более чем на половину толщины миометрия;
- 2) распространением опухоли на шейку матки, но не за пределы матки;
- 3) распространением опухоли на влагалище;
- 4) распространением опухоли не менее чем на половину толщины миометрия.

11. Больным IA-IB стадиями показана:

- 1) экстирпация матки с придатками и лимфаденэктомией;
- 2) надвлагалищная ампутация матки;
- 3) надвлагалищная ампутация матки с придатками и лимфаденэктомией;
- 4) сочетанная лучевая терапия.

12. Послеоперационная лучевая терапия на зоны регионарного метастазирования проводится:

- 1) при низкой дифференцировке опухоли;
- 2) высокой дифференцировке опухоли;
- 3) распространении в толщу миометрия более чем на 1/2;
- 4) положительных цитологических исследованиях смывов из брюшной полости.

Задачи

13. Больная Н., 68 лет, постменопауза 18 лет, поступила в стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Объективное обследование: при осмотре состояние удовлетворительное. АД - 180/110- 160/100 мм рт.ст. Масса тела 88 кг, рост 158 см. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Стул и мочеиспускание не нарушены. При осмотре с помощью зеркал: шейка цилиндрическая, «сочная». Из цервикального канала отходят незначительные кровянистые выделения. Бимануальное исследование: шейка матки не изменена, тело матки увеличено до 5-6-й недели беременности, плотное, безболезненное при пальпации, придатки не определяются, параметрии свободны, выделения кровянистые, умеренные. Ректальное исследование: опухолевые образования и инфильтраты в малом тазу не определяются. Произведена гистероскопия и отдельное диагностическое выскабливание матки с гистологическим исследованием соскобов: в соскобе из цервикального канала обнаружена слизь и небольшие сгустки крови, в соскобе из полости матки - очаговая пролиферация эндометрия со всеми признаками озлокачествления. Больной произведена операция - экстирпация матки с

Источник KingMed.info

придатками. Гистологическое исследование операционного материала: опухоль ограничена эндометрием. Каков диагноз?

14. В гинекологическое отделение поступила больная, 70 лет, с жалобами на боли в левом бедре, особенно по ночам, на присутствие в моче и кале крови. Первый раз обратилась к врачу 3 мес назад. После осмотра врачом онкологом-гинекологом было назначено только симптоматическое лечение. При осмотре в зеркалах: шейку матки осмотреть не удастся из-за инфильтрации раковой тканью передней и задней стенок влагалища. Ректальное исследование: стенки влагалища и прямой кишки инфильтрованы раковой тканью, плотные. Тело матки увеличено до 11-й недели беременности, плотное, бугристое. В параметриях с двух сторон пальпируются инфильтраты, доходящие до стенок таза. Каков диагноз? Какое лечение проводят при данной стадии?

8.3. РАК ЯИЧНИКОВ

Цель занятия: изучить классификацию, клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, профилактику злокачественных новообразований яичников.

Студент должен знать: клинические и гистологические формы злокачественных новообразований яичников; классификацию по системе TNM, клиническую классификацию - по стадиям (4 стадии), клиническую картину в зависимости от стадии распространения процесса, методы диагностики, дифференциальной диагностики, принципы лечения и профилактики.

Студент должен уметь: собрать анамнез, произвести общий осмотр больной, влагалищное и ректовагинальное исследование, анализировать данные дополнительных методов исследования. Поставить диагноз, наметить план ведения и лечения больной.

Место занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: плакаты, эхограммы, рентгенограммы, слайды, истории болезни, макропрепараты, удаленные во время операции, демонстрационные фильмы, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Курация больных, разбор историй болезни, присутствие на операции, изучение удаленных во время операции макропрепаратов, решение ситуационных задач.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое рак яичников?

Рак яичников - это злокачественная опухоль яичника.

Классификация по МКБ-10

C56. Злокачественное новообразование яичника.

Какова частота заболеваний раком яичников?

Рак яичников - одно из наиболее частых онкогинекологических заболеваний, занимает седьмое место среди всех злокачественных опухолей у женщин и третье - среди злокачественных

новообразований женских половых органов. Однако в структуре причин смерти больных с опухолями РС ему принадлежит первое место.

Какие существуют классификации рака яичников?

На сегодняшний день применяют две классификации рака яичников: FIGO и TNM (табл. 8.4).

Что представляет собой гистологическая классификация опухолей яичников?

Многокомпонентное строение гонад, сочетание структур самых разных функциональных направлений обуславливают широчайший спектр гистологических форм новообразований этого органа. Если же принять во внимание еще и переходные формы, а также опухоли, в которых сочетаются два гистологических типа и более, то количество вариантов новообразований яичников возрастет в геометрической прогрессии. В 75% случаев рак яичников бывает серозным. Гораздо реже встречаются муцинозный (20%), эндометриоидный (2%), светлоклеточный и недифференцированный рак, а также злокачественная опухоль Бреннера. На долю каждого из трех последних приходится менее 1% всех случаев рака яичников. Каждый гистологический тип рака яичников напоминает нормальный эпителий женских половых органов. Так, серозный рак похож на железистый эпителий маточных труб, муцинозный - на эпителий, выстилающий канал шейки матки, эндометриоидный - на клетки эндометрия.

Таблица 8.4. Классификация рака яичников по стадиям (TNM и FIGO)

| Категории по системе TNM | Стадии по FIGO | Характеристика |
|---|----------------|---|
| T ₀ | — | Опухоль отсутствует |
| T _x | — | Недостаточно данных для оценки первичной опухоли |
| T ₁ | I | Опухоль ограничена яичниками |
| T _{1a} | IA | Опухоль ограничена одним яичником, капсула не поражена, на поверхности яичника нет опухолевого разрастания |
| T _{1b} | IB | Опухоль ограничена двумя яичниками, капсулы не поражены, на поверхности яичников нет опухолевого разрастания |
| T _{1c} | IC | Опухоль ограничена одним или двумя яичниками, сопровождается разрывом капсулы; на поверхности яичника опухолевые разрастания; злокачественные клетки в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости |
| T ₂ | II | Опухоль поражает один или два яичника с вовлечением органов и стенок малого таза |
| T _{2a} | IIA | Распространение и (или) метастазирование в матку и (или) одну или обе маточные трубы |
| T _{2b} | IIB | Распространение на другие ткани таза |
| T _{2c} | IIC | Опухоль ограничена пределами малого таза (IIA или IIB) с наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости |
| T ₃ и (или) N ₁ | III | Опухоль поражает один или оба яичника с микроскопически подтвержденными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах |
| T _{3a} | IIIA | Микроскопически подтвержденные внутрибрюшинные метастазы за пределами таза |
| T _{3b} | IIIB | Макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза наибольшим диаметром до 2 см |
| T _{3c} и (или) N ₁ | IIIC | Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см в наибольшем измерении и (или) метастазы в регионарных лимфатических узлах |
| M ₁ | IV | Отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные) |

Примечание. Метастазы в капсулу печени классифицируют как T₃/стадия III; метастазы в паренхиму печени классифицируют как M₁/стадия IV; позитивные цитологические находки в плевральной жидкости расценивают как M₁/стадия IV.

Были многочисленные попытки деления опухолей яичника по **степени злокачественности**, однако его считают условным. Это связано с тем, что в больших опухолях наряду с высокодифференцированными можно встретить умеренно дифференцированные и низкодифференцированные клетки, а это вызывает значительные затруднения при трактовке гистологической формы новообразования. Дифференцировка также может меняться в процессе прогрессирования заболевания, под воздействием проводимой химиотерапии и быть абсолютно различной в первичной опухоли и ее метастазах. Подавляющее большинство больных (85%) страдают эпителиальными формами опухолей яичника.

Каковы этиология и патогенез рака яичников?

Рак яичников чаще встречается у женщин с нарушенной функцией яичников, не живших половой жизнью; не беременевших или беременевших, но не рожавших; с кровотечениями в постменопаузе; с длительным бесплодием.

В соответствии с теорией «непрерывной овуляции», которой объясняют возникновение рака яичников, с увеличением числа овуляций риск развития заболевания повышается. Это может объясняться повторяющимся повреждением эпителия поверхности яичника. У женщин, когда-либо принимавших КОК, риск развития рака яичников через 5 лет приема снижается на 50%.

Этиология рака яичников окончательно не ясна, но существует несколько гипотез:

- химическая (влияние канцерогенных веществ);
- гормональная (нарушение регуляции РС по оси гипоталамус-гипофиз- яичники).
- инфекционная, (вирусная, влияние хронических воспалительных заболеваний органов малого таза);
- наследственная.

От 5 до 10% случаев рака яичников имеют наследственное происхождение. Выделяются три варианта вероятно наследуемых сочетаний злокачественных новообразований, включающих данное заболевание: рак яичников и молочной железы; рак яичников и толстой кишки; только рак яичников. Наиболее важным фактором риска развития рака яичников считают наличие этого заболевания у родственниц первой линии: матери, дочери или сестры. Ген семейного рака яичников и молочной железы *BRCA1* находится на коротком плече 17-й хромосомы. Риск заболеть этим заболеванием у носительниц мутантного гена достигает 50%.

Какие существуют патогенетические варианты заболевания?

Различают три варианта развития рака яичников:

- первичный - опухоль возникает непосредственно в ткани яичника, имеет солидное строение и составляет 4% всех злокачественных опухолей яичников;
- вторичный - развивается в доброкачественных опухолях яичников, в основном в папиллярных цистаденомах;

Источник KingMed.info

• метастатический - из опухолей желудочно-кишечного тракта (50%), из новообразований молочных желез (30%), из опухолей внутренних половых органов (20%).

Каковы пути метастазирования?

Диссеминация при раке яичников происходит контактным (самый ранний и наиболее частый вариант), лимфогенным и гематогенным путями.

Что характерно для контактного пути метастазирования?

Опухолевые клетки прикрепляются к париетальной и висцеральной брюшине, давая начало метастазам. Из малого таза опухолевые клетки

поднимаются вверх преимущественно по правому латеральному каналу к правому поддиафрагмальному пространству. Поэтому метастазы рака яичников чаще всего локализуются в прямокишечно-маточном углублении, в большом сальнике, вдоль латеральных каналов, на капсуле печени, в правом поддиафрагмальном пространстве, на кишечных петлях.

Какие лимфатические узлы при раке яичников являются регионарными?

К регионарным лимфатическим узлам при раке яичников относятся: подчревные, общие и наружные подвздошные, запирательные, парааортальные и паховые.

Кто относится к группе риска?

К группе риска относят:

- женщин, находящихся под наблюдением по поводу миомы матки;
- больных, страдающих воспалительными заболеваниями придатков матки, особенно имевших tuboовариальные образования, не поддающиеся консервативному лечению;
- женщин, ранее перенесших лечение по поводу злокачественных опухолей других локализаций;
- больных, имеющих выпот в серозных полостях (брюшной, плевральной);
- женщин, у которых определяются неясные образования в малом тазу;
- пациенток, имеющих наследственность, отягощенную раком яичников, молочных желез, эндометрия и ободочной кишки.

Какова клиническая картина рака яичников?

При оценке жалоб больных надо учитывать, что рак яичников часто остается «скрытым», малосимптомным, стертым. Пациентки часто недооценивают свое состояние, а врачи уделяют недостаточное внимание неспецифическим жалобам.

На поздних стадиях, как правило, больные раком яичников предъявляют жалобы на вздутие живота, ощущение неловкости, тяжести в животе, тошноту, изжогу, быстрое насыщение пищей, понижение аппетита, сухость во рту, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру тела, учащенные позывы к мочеиспусканию, уменьшение количества мочи, увеличение объема живота, запор. У этих больных нередко имеются жалобы, свойственные гинекологическим заболеваниям: нарушения МЦ в виде мено- и метроррагий, позднее или слишком раннее наступление менопаузы, появление кровянистых выделений в постменопаузе. Боли в животе могут быть различными: от неопределенных «тянущих» ощущений до острого приступа, приводящего больную к врачу.

Какова диагностика рака яичников?

Ранняя диагностика рака яичников остается главной нерешенной проблемой в онкогинекологии.

Следует обращать внимание на общий вид больной. Пониженное питание, бледность кожных покровов, увеличение объема живота («юбка стала мала в поясе»), отеки нижних конечностей часто свидетельствуют о запущенном опухолевом процессе. Следует пальпировать периферические лимфатические узлы. Нередко первым проявлением заболевания служит их увеличение вследствие метастатического поражения.

Гинекологическое обследование выполняют по обычной методике и заканчивают обязательным ректовагинальным исследованием, которое позволяет определить нижний полюс опухоли, его связь с прямой кишкой, выявить опухолевый «клев» в дугласовом пространстве и получить представление о состоянии параметральной клетчатки. Помимо этого с целью дифференциальной диагностики опухоли яичников и тела матки можно использовать пробу с пулевыми щипцами и зондирование полости матки.

Дополнительные методы исследования, доступные в поликлинических условиях, позволяют судить об исходной локализации опухоли, ее форме и о состоянии окружающих органов и тканей. К этим методам относятся: УЗИ, цитологическое, рентгенологическое, биохимические исследования.

УЗИ органов малого таза можно рассматривать как скрининговый метод для выявления доброкачественных новообразований яичников и ранних стадий злокачественных опухолей. Зачастую результаты УЗИ бывают первым симптомом рака задолго до клинической манифестации процесса.

Цитологическое исследование пунктата брюшной полости, полученного через задний свод влагалища, позволяет получить достоверные сведения о характере процесса в 80% случаев. Однако следует помнить, что диагностическое значение имеют только положительные находки и те данные цитологического исследования, в которых есть информация о состоянии клеток мезотелия. Цитологические заключения типа «атипии не обнаружено» или ответы, в которых не указано, имеется ли мезотелий в исследуемом материале, не следует принимать во внимание при установлении диагноза.

Какие рентгенологические методы диагностики используются при раке яичников?

Виды рентгенодиагностики:

- рентгенография органов грудной клетки - стандарт для определения состояния легких и лимфатических узлов средостения и выпота в плевральных полостях;
- обзорная рентгенография брюшной полости и малого таза (стандарт) - позволяет обнаружить тени дополнительных образований (обычно выявляемые миоматозные узлы при миоме матки, костные включения в дермоидных кистах и др.) и определить жидкость в брюшной полости по ширине «фланговой» полоски и видимости угла печени;
- ирригоскопия (стандарт) - для исключения опухоли толстой кишки как самостоятельного заболевания, а также для суждения о вовлечении кишки в опухолевый процесс при раке яичников;
- экскреторная урография (по показаниям) - позволяет судить о состоянии мочевыводящих путей и их взаимосвязи с опухолью.

Источник KingMed.info

Для распознавания заболевания помимо традиционного физикального и гинекологического исследования используют: ультразвуковую томографию с цветным доплеровским картированием, КТ, МРТ, диагностическую лапароскопию. Колоноскопия, цистоскопия, внутривенная урография, сцинтиграфия костей скелета выполняются по показаниям.

К диагностической лапаротомии следует прибегать только при исчерпании возможностей всех других методов обследования. Диагноз уточняется после гистологического и цитологического исследований.

Какие опухолевые маркёры определяют для диагностики рака яичников?

В последнее время широко применяется метод *определения опухолевых маркёров* (СА-125, РЭА, СА-19-9, РО-тест), позволяющих с высокой чувствительностью (до 80%) диагностировать рак, а также осуществлять контроль эффективности лечения. Определение маркёра СА-125 является стандартом обследования при подозрении на рак яичника.

Как трактуют данные обследования больных?

На основании результатов обследования нужно определить:

- имеется ли опухоль яичников;
- если имеется, то какова ее природа;
- если опухоль злокачественная, то какова ее распространенность;
- достаточно ли данных для установления диагноза.

При затруднительной трактовке данных обследования или невозможности получения полной информации о патологическом процессе в поликлинических условиях больная подлежит госпитализации для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении. Диагноз, уточненный в поликлинических условиях, позволит своевременно направить больную в соответствующий стационар и ускорить начало лечения. Комплексное обследование, будучи правильно примененным, позволяет своевременно диагностировать опухоль яичников в 81% случаев.

Каковы принципы лечения?

Основной метод лечения рака яичников на начальных стадиях - хирургический (табл. 8.5). Объем оперативного вмешательства определяется стадией заболевания, характером гистологического строения опухоли и степенью ее дифференцировки, а также возрастом больной.

Циторедуктивная операция считается стандартным методом на первом этапе лечения местно-распространенного рака яичников. Практически при всех опухолях яичников следует производить срединную лапаротомию. Только этот доступ позволяет произвести тщательную ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, способствует морфологической верификации диагноза, позволяет удалить опухолевую ткань целиком или частично. При злокачественных опухолях яичников операцией выбора считают экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника.

При высокодифференцированных опухолях IA и IB стадий обычно выполняют экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника, биопсию брюшины (не менее 10 образцов, особенно из области малого таза и поддиафрагмальной поверхности), смывы из брюшной полости. В случае подтверждения IA стадии серозного высокодифференцированного рака у женщин, желающих сохранить детородную функцию, можно выполнить одностороннюю аднексэктомию, биопсию контралатерального яичника, резекцию большого сальника, ревизию

забрюшинных лимфатических узлов. Щадящий объем операции накладывает на хирурга большую ответственность, поскольку частота диагностических ошибок на всех этапах наблюдения за больной достаточно велика. В связи с этим необходимо обеспечить постоянный строгий контроль за больной.

Таблица 8.5. Лечение рака яичников (по схеме РОНЦ РАМН)

| Стадия | Объем операции | Адьювантная химиотерапия |
|--------|---|--|
| IA | Экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника | Полихимиотерапия после операции, 4–5 курсов по схеме CAF*, CAP*, CP*. Интервал между курсами 3–4 мес |
| IB | Одностороннее удаление придатков допустимо при муцинозной цистаденокарциноме с высокой или средней степенью дифференцировки опухоли у женщин молодого возраста при желании иметь детей и возможности постоянного диспансерного наблюдения | |
| IC, II | Экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника | Полихимиотерапия, 6–7 курсов по схеме CAF*, CAP*, CP* с интервалом 3 нед |
| III–IV | При технической возможности выполнения операции показана экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками, удаление большого сальника. При ее отсутствии необходимо выполнить любой доступный объем операции: удаление опухоли, резекцию большого сальника, удаление части опухоли | Полихимиотерапия до полной ремиссии, контрольная лапароскопия после получения ремиссии |

* С - циклофосфан, А - адриамицин, F - фторурацил, Р - цисплатин.

Всем больным с умеренно дифференцированными и низкодифференцированными опухолями IA, IB, IC и II стадий показана операция (экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника).

При III-IV стадиях рака яичников вариант «операция + химиотерапия» улучшает выживаемость больных при сравнении с вариантом, когда на первом этапе было проведено лекарственное лечение.

Данное утверждение можно обосновать теоретически:

- неэффективность фармакологических препаратов снимается удалением основной массы опухоли со слабым кровотоком;
- эффективность химиопрепаратов связана с высокой митотической активностью малых опухолей;
- наименьшие остаточные опухоли требуют меньшего количества курсов химиотерапии, в то время как при больших массивах повышается вероятность появления резистентных форм;
- удаление основных опухолевых масс приводит к относительной нормализации иммунной системы больной;
- по возможности удаляются фенотипически резистентные опухолевые клетки.

Для солидных новообразований характерен сравнительно бедный кровоток, что снижает концентрацию фармакологического препарата в опухолевых тканях и, соответственно, эффективность проводимого лечения. Особенно это выражается в центральных областях опухоли, где часто возникают обширные некрозы, связанные с нарушением трофики тканей. К

Источник KingMed.info

некротическим участкам примыкают кровоснабжаемые из мелких сосудов многочисленные, особенно жизнеспособные, участки злокачественных тканей.

Целью хирургического лечения считают удаление максимально возможного объема первичной опухоли и ее метастазов. Если полное удаление опухоли невозможно, удаляют большую ее часть. Показано, что выживаемость больных в значительной степени коррелирует с размером оставшихся после операции метастазов. Так, при размерах остаточной опухоли, не превышающих 5 мм, средняя продолжительность жизни соответствует 40 мес, при размерах до 1,5 см - 18 мес, а в группе больных с метастазами более 1,5 см - 6 мес.

Первичная циторедуктивная операция предусматривает удаление максимально возможного объема опухоли и метастазов перед началом лекарственной терапии. Первичную циторедуктивную операцию считают стандартом при распространенном раке яичников, особенно при III стадии заболевания. Целью циторедуктивной операции должно быть полное или максимальное удаление опухоли. Неоадъювантную химиотерапию считают приемлемой альтернативой циторедуктивной операции при IV стадии заболевания или при технических трудностях хирургического лечения.

Промежуточную циторедуктивную операцию выполняют после короткого курса индукционной химиотерапии (обычно 2-3 курса). Выполнение операции на данном этапе выступает приемлемым подходом в терапии больных, у которых первая операция была либо пробной, либо малоуспешной.

Операция «*second-look*» - диагностическая лапаротомия, которую выполняют для оценки остаточной опухоли у больных без клинических проявлений заболевания после курсов химиотерапии. Однако данную тактику в настоящее время широко не используют, поскольку в результате она не приводит к улучшению выживаемости.

Вторичная циторедуктивная операция. Большинство вторичных циторедуктивных операций выполняют при локализованных рецидивах, возникших после комбинированного лечения. Чаще всего это опухоли, которые рецидивируют спустя год и более после завершения первичного лечения и адекватно отвечают на проводимую ранее химиотерапию.

Паллиативные операции в основном производят для облегчения состояния больной, например, при кишечной непроходимости на фоне спаечного процесса или прогрессировании заболевания.

Цитостатическая терапия у больных раком яичников проводится также на любой из стадий. Применяются цитостатики - производные платины (цисплатин, карбоплатин). Учитывая, что производные платины играют ведущую роль в лекарственном лечении этого заболевания, чрезвычайно интересным и перспективным выступает платиновое производное третьего поколения - оксалиплатин. Препарат уже показал свою активность как в монотерапии, так и в комбинациях. Стандартным объемом химиотерапии считают 6 курсов цитостатиков.

Индивидуально возможно сокращение числа лечебных курсов до 3. Полихимиотерапия, содержащая несколько препаратов (цисплатин и циклофосфамид, паклитаксел и цисплатин, паклитаксел и карбоплатин), более эффективна, чем применение только одного препарата (5-летняя выживаемость на 15% выше).

Результаты каждого из курсов химиотерапии правильнее оценивать не ранее, чем через 4 нед. Несмотря на исчезновение всех признаков заболе-

Источник KingMed.info

вания, у большинства больных в первые 2-3 года после окончания химиотерапии первой линии следует ожидать прогрессирования заболевания за счет появления внутрибрюшных метастазов. Все эти больные будут нуждаться в химиотерапии второй линии.

Кроме системной полихимиотерапии на поздних стадиях рака яичников эффективно применение внутрибрюшного введения цитостатиков во время хирургического вмешательства. И даже обсуждается возможность релапаротомии или лапароскопии *second-look* для контроля эффективности и повторного внутрибрюшного введения цитостатиков, но рутинной такая тактика быть не может из-за тяжелого состояния этих пациенток.

Лучевая терапия при раке яичников почти не применяется. Стандартной она может быть только в сочетании с оперативным лечением как альтернатива химиотерапии на стадиях IIB и IIC.

Эффективность проводимого лечения оценивают с помощью инструментальных методов - УЗИ малого таза и брюшной полости, рентгенологического исследования и определения уровня опухолевого маркера (CA-125). Рост уровня маркера, подтвержденный как минимум дважды, и появление опухолевых очагов, а также рентгенологические признаки кишечной непроходимости и обнаружение свободной жидкости в брюшной полости должны расцениваться как рецидив опухоли. Продолжительность регрессии (ремиссия) отсчитывают от даты, когда она впервые зарегистрирована, до даты, когда отмечено прогрессирование болезни.

Принципы лечения на каждой из стадий рака яичников обобщены в табл. 8.5.

Каков прогноз?

Пятилетняя выживаемость при I-II морфологических стадиях достигает 80-100% и зависит от степени дифференцировки опухоли. При IIIA стадии этот показатель составляет 30-40%, при IIIB - 20%, при IIIC-IV стадиях - лишь 5%.

При высокодифференцированном раке яичников 5-летняя выживаемость независимо от стадии заболевания достигает 40%, при умеренно дифференцированном - 20%, при низкодифференцированном - 5-10%.

Какова профилактика рака яичников?

Профилактики рака яичников не существует в связи с отсутствием полноценного понимания этиологии и патогенеза этого заболевания. Единственное, что могут предложить онкологи в настоящее время, - это регулярное наблюдение гинекологом с целью раннего выявления образований яичников, профилактика и лечение воспалительных заболеваний, приводящих к бесплодию. Последнее повышает риск заболевания, в то время как большое количество беременностей и родов обладает значительным защитным действием. Доказанным протективным эффектом обладают и КОК.

Пациентки, имеющие наследственность, отягощенную раком яичников, эндометрия и ободочной кишки, являются кандидатками для генетического тестирования с целью выявления носителей *BRCA1* мутации.

Необходимо подчеркнуть, что при выявлении доброкачественных опухолей яичников больных следует оперировать, а не оставлять под диспансерным наблюдением.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Цистаденома яичника:

Источник KingMed.info

- 1) это доброкачественная опухоль;
- 2) увеличивается в размере вследствие пролиферации клеток;
- 3) это опухолевидное образование;
- 4) имеет капсулу;
- 5) может малигнизироваться.

2. К эпителиальным опухолям яичников относят:

- 1) серозную цистаденому;
- 2) муцинозную цистаденому;
- 3) цистаденокарциному;
- 4) опухоль Бреннера;
- 5) текому.

3. Наиболее часто подвергается малигнизации:

- 1) фиброма;
- 2) муцинозная цистаденома;
- 3) серозная цистаденома;
- 4) текома;
- 5) тератома.

4. Опухоль Крукенберга:

- 1) является метастазом рака желудочно-кишечного тракта;
- 2) как правило, поражает оба яичника;
- 3) является доброкачественной опухолью;
- 4) имеет солидное строение.

5. Метастатическое поражение яичников возможно:

- 1) при раке молочной железы;
- 2) аденокарциноме тела матки;
- 3) злокачественном поражении одного из яичников;
- 4) раке желудочно-кишечного тракта;
- 5) миоме матки.

6. Особенности микроскопического строения метастатического рака яичника являются:

- 1) преобладание стромы в ткани опухоли;
- 2) наличие перстневидных клеток;
- 3) обширные некрозы;

Источник KingMed.info

4) очаги отека и ослизнения.

7. Самый ранний и наиболее частый вариант диссеминации при раке яичников - это:

- 1) контактный;
- 2) лимфогенный;
- 3) гематогенный.

8. Метастазы в капсулу печени классифицируют как:

- 1) II стадию;
- 2) III стадию;
- 3) IV стадию.

9. При злокачественных опухолях яичников операцией выбора считают:

- 1) надвлагалищную ампутацию матки с придатками;
- 2) экстирпацию матки с придатками;
- 3) экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника;
- 4) расширенную экстирпацию матки (операцию Вертгейма).

10. Надежным тестом при раке яичников служит определение опухолевого маркера:

- 1) СА-19-9;
- 2) СА-125;
- 3) СА-15-3.

11. Первичная циторедуктивная операция:

- 1) предусматривает удаление максимально возможного объема опухоли и метастазов перед началом лекарственной терапии;
- 2) считается стандартом при распространенном раке яичников;
- 3) показана больным с метастазами в печень и легкие.

Задачи

12. Пациентка, 39 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. МЦ не нарушен. Находится на диспансерном учете по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли, величиной с мужской кулак. Матка не увеличена, плотной консистенции. Каков диагноз? Каким будет план ведения?

13. Больная, 50 лет, поступила в гинекологическое отделение на обследование с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. При осмотре с помощью зеркал: шейка матки не эрозирована, светлые слизистые бели. Бимануальное исследование: в малом тазу

Источник KingMed.info

пальпируются плотные конгломераты, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. Каков диагноз?

• Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

1) Онкомаркёры в сыворотке крови.

2) Влагалищное УЗИ органов малого таза.

3) Обязательное ректовагинальное исследование.

4) Цитологическое исследование пунктата брюшной полости.

5) Ирригоскопия.

• Методы лечения рака яичника:

1) хирургический метод;

2) химиотерапия;

3) лучевая терапия.

Глава 9. Трофобластическая болезнь

Цель занятия: изучение клинической картины, диагностики, лечения

и путей профилактики трофобластической болезни.

Студент должен знать: этиологию и патогенез, клиническую классификацию трофобластических болезней, гистологическую характеристику пузырного заноса, инвазивного пузырного заноса, хориокарциномы, клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику возникновения злокачественных форм трофобластической болезни и ее рецидивов.

Студент должен уметь: осмотреть шейку матки с помощью зеркал, произвести вагинальное исследование и определить соответствие размеров матки предполагаемому сроку беременности; на основании данных общего, специального обследования и дополнительных методов исследования правильно поставить диагноз и разработать тактику лечения больной.

Место занятия: учебная комната, отделение гинекологии.

Оснащение: таблицы, макропрепараты удаленных во время операций органов, гистологические препараты, соскобы из полости матки (микроскопическая их оценка), история болезни, рентгенограммы органов грудной клетки, черепа, эхограммы органов малого таза, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы и обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Клинические разборы двух-трех гинекологических больных с трофобластическими болезнями. Освоение практических навыков. Осмотр макропрепаратов, удаленных во время операции органов и соскобов из полости матки.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что такое трофобластическая болезнь?

Трофобластическая болезнь (ТБ) - это родственные опухоли, развивающиеся из трофобласта и, следовательно, связанные с беременностью.

Классификация по МКБ-10

M910. Трофобластические новообразования.

O01. Пузырный занос.

O01.0. Пузырный занос классический.

O01.1. Пузырный занос неполный и частичный. O01.9. Пузырный занос неуточненный.

C58. Злокачественное новообразование плаценты.

Как часто встречается трофобластическая болезнь?

Среди злокачественных новообразований женских половых органов трофобластические опухоли встречаются в 1-1,5% случаев. ТБ относится к редким заболеваниям. Наиболее часто она

Источник KingMed.info

встречается в Юго-Восточной Азии (в 7-10 раз чаще, чем в Европе и Северной Америке - 1:2000 беременностей), Индии, Мексике, Нигерии.

Когда возникает трофобластическая болезнь?

ТБ возникает во время беременности, в послеродовом и послеабортном периодах, после эктопической беременности.

Что входит в понятие «трофобластическая болезнь»?

Под названием «трофобластическая болезнь» объединены такие патологические состояния трофобласта, как пузырный занос (ПЗ), инвазивный ПЗ и хориокарцинома, которая является самой злокачественной опухолью.

Какова классификация трофобластической болезни?

Научная группа ВОЗ (1985) рекомендует использовать следующую классификацию патогистологических форм ТБ:

- ПЗ, включающий две разновидности - полный и неполный (частичный) - патологический продукт зачатия с эмбрионом или без с макроскопически видимым гидропическим отеком ворсин хориона и выраженной гиперплазией обоих слоев трофобласта;
- инвазивный ПЗ - опухолевый или опухолеподобный процесс, инвазирующий миометрий, характеризуется гиперплазией трофобласта и сохранением плацентарной структуры ворсин;
- хориокарцинома - карцинома, развивающаяся из эпителия трофобласта, содержит элементы цитотрофобласта и синцитиотрофобласта;
- трофобластическая опухоль плацентарного ложа - опухоль, возникающая из трофобласта плацентарного ложа и состоящая главным образом из клеток цитотрофобласта; она может обладать как низкой, так и высокой злокачественностью.

При дифференциальной диагностике ТБ приходится отличать от следующих заболеваний, которые сами по себе не являются трофобластическими:

- плацентарная реакция - физиологическое появление трофобластных и воспалительных клеток в плацентарном ложе;
- гидропическая дегенерация - состояние ворсин плаценты, характеризующееся их расширением, повышенным содержанием в них жидкости или разжижением стромы, но без гиперплазии трофобласта.

Классификация трофобластических новообразований приведена в табл. 9.1.

Факторы риска:

- уровень β -ХГЧ в сыворотке крови более 100 тыс. МЕ/л;
- длительность заболевания от окончания предшествовавшей беременности более 6 мес.

Таблица 9.1. Классификация трофобластических новообразований (объединенная классификация FIGO и ВОЗ, 2000)

| Стадия | Локализация новообразования |
|--------|--|
| I | Болезнь ограничена маткой |
| IA | Факторы риска отсутствуют |
| IB | Присутствует один фактор риска |
| IC | Присутствуют два фактора риска |
| II | Новообразование распространяется за пределы матки, но ограничено половыми органами (придатки, влагалище, параметрий) |
| IIA | Факторы риска отсутствуют |
| IIB | Присутствует один фактор риска |
| IIC | Присутствуют два фактора риска |
| III | Метастазы в легких с выявленным или невыявленным поражением половых органов |
| IIIA | Факторы риска отсутствуют |
| IIIB | Присутствует один фактор риска |
| IIIC | Присутствуют два фактора риска |
| IV | Все другие метастазы |
| IVA | Факторы риска отсутствуют |
| IVB | Присутствует один фактор риска |
| IVC | Присутствуют два фактора риска |

В чем заключается патогенез трофобластической болезни?

Трофобластические опухоли довольно необычны, так как состоят из клеток отцовской и материнской генетической природы. Наиболее распространены следующие теории возникновения этого патологического состояния:

- изменение хориального эпителия, заключающееся в пролиферации клеток Лангханса и синцития, а исчезновение сосудов и дистрофические процессы в ворсинах хориона носят вторичный характер; отмечаются лишь на 7-8-й неделе беременности;
- изменение материнского организма - децидуальный эндометрит, вторично приводящий к перерождению ворсин;
- вирусная трансформация трофобласта (повышенная заболеваемость пузырьным заносом во время эпидемии азиатского гриппа);
- недостаточное питание с дефицитом белка в пище, что приводит к дефекту генов в хромосомах оплодотворенного яйца;
- повышенное содержание гиалуронидазы в тканях хориокарциномы, приводящее к разрушению сосудистых стенок и метастазированию (при нормальной беременности активность гиалуронидазы в сыворотке крови повышена в 2 раза, при пузырьном заносе - в 7,2 раза, а при хориокарциноме - в 15,6 раза выше, чем у здоровых небеременных женщин).

В настоящее время в патогенезе трофобластической болезни важная роль отводится иммунным факторам. Оплодотворенное яйцо, а затем и плод являются трансплантатами и вызывают иммунный ответ в организме женщины.

Генетика ПЗ подробно изучена. В норме половину наследственного материала зародыш получает от матери, а другую - от отца, что дает в результате диплоидный набор хромосом. Считается, что при полном ПЗ клетки плодного яйца несут только отцовские хромосомы; этих хромосом тоже 46. Генотип почти всегда женский (46,XX), хотя есть сообщения и о крайне редком варианте 46,XY. Полный ПЗ развивается в результате оплодотворения «пустого яйца», т.е.

Источник KingMed.info

яйцеклетки, лишенной ядра или имеющей неактивное ядро. Яйцеклетка оплодотворяется сперматозоидом с гаплоидным набором хромосом. Затем происходит удвоение отцовских хромосом (диплоидный набор). Этот процесс называется андрогенезом, развитие «эмбриона» происходит только благодаря сперматозоиду с X-хромосомой. Редкие случаи полного ПЗ с XY хромосомным составом - это результат оплодотворения «пустого яйца» двумя гаплоидными сперматозоидами (диспермия), причем один несет X-хромосому, а другой - Y-хромосому. **Какова гистологическая картина пузырного заноса?**

ПЗ представляет собой гроздевидное образование, состоящее из прозрачных пузырьков диаметром до 15 мм, заполненных жидкостью, содержащей альбумин и муцин. Пузырьки представляют собой измененные вследствие отека и ослизнения ворсины хориона. Обычно все ворсины хориона превращаются в ПЗ, который может занимать всю полость матки (полный ПЗ; рис. 9.1). Иногда наблюдается частичное перерождение ворсин хориона, при этом ПЗ и плод сосуществуют (неполный ПЗ).

При микроскопическом исследовании ПЗ выявляют пролиферацию клеток трофобласта и гидропическую дегенерацию стромы ворсин. Пузырьки заноса покрыты хориальным эпителием, состоящим из клеток Лангханса и синцития.

По мере разрастания пузырьков хориальный эпителий атрофируется, последовательность расположения слоев клеток нарушается. Отмечается гиперплазия хориального эпителия в виде скопления синцитиальных клеток. В ворсинках кровеносные сосуды отсутствуют. Строма ворсин представляет собой набухшие и разрушенные коллагеновые волокна.

Какова гистологическая картина инвазивного пузырного заноса?

Инвазивный ПЗ характеризуется пролиферацией хориального эпителия, его анаплазией, отеком стромы ворсин. При этой форме заболевания ткани

опухоли глубоко прорастают в миометрий, разрушая его и врастая в венозные сосуды. Опухоль может выходить за пределы матки, распространяясь в широкую связку матки, мочевого пузыря, брюшную полость.

При гистологическом исследовании соскоба из полости матки можно обнаружить ПЗ с интенсивной пролиферацией и анаплазией эпителия ворсин хориона.

Какова гистологическая картина хориокарциномы?

Хориокарцинома - самая злокачественная форма опухоли, образующейся из клеток трофобласта. Развивается

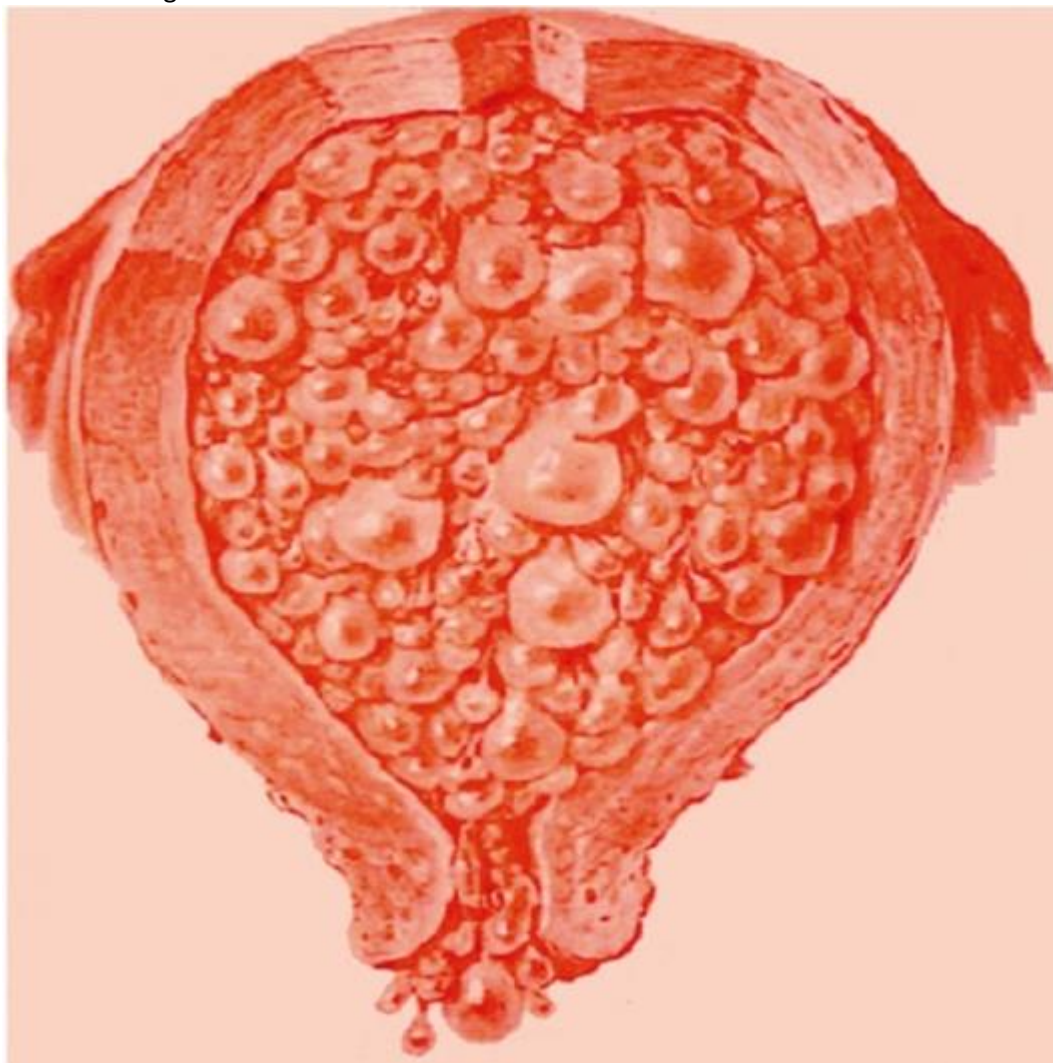


Рис. 9.1. Полный пузырный занос

после перенесенного ПЗ (32-40%), аборт, родов, эктопической беременности. Она растет в виде узла в эндометрии в месте имплантации плодного яйца. Узел хориокарциномы может располагаться субмукозно, интерстициально и субсерозно. Размеры узла могут быть различными. Опухоль имеет неравномерную консистенцию, на разрезе - темно-красного цвета с очагами кровоизлияний и некроза, которые образуются по мере роста узла, напоминает гематому по внешнему виду.

При микроскопическом исследовании опухоль содержит элементы трофобласта: клетки Лангханса и синцития резко изменены. Основные отличия хориокарциномы - это отсутствие в ней кровеносных сосудов, выраженный клеточный полиморфизм, гиперхроматоз, отсутствие соединительнотканной стромы, частые митозы в клетках Лангханса.

Каковы признаки пузырного заноса?

Симптоматика и диагностика ПЗ:

- ведущий симптом - после 2-3 мес аменореи - кровотечение, иногда сопровождающееся выходом пузырьков;
- величина матки превышает срок беременности;
- появление симптомов гестоза при беременности I триместра;

Источник KingMed.info

- влагалищное исследование - матка тугоэластической консистенции, больше срока предполагаемой беременности;
- качественное и количественное исследование содержания хорионического гонадотропина в моче и крови (при ПЗ уровень его превышает таковой при нормальной беременности в 50-100 раз);
- ПЗ у 30-40% больных сопутствует образование двусторонних текалютеиновых кист в яичниках, которые могут достигать больших размеров.

Что называется латентным периодом?

Латентный период - это время от окончания последней беременности до предполагаемого начала ТБ. Латентный период при инвазивном ПЗ составляет около 6 мес, в то время как при хориокарциноме он может достигать 9 лет.

В каком возрасте чаще всего женщины страдают трофобластической болезнью?

Большинство женщин, страдающих ТБ, находятся в детородном возрасте.

Каковы симптомы и жалобы при инвазивном пузырьном заносе?

Первый и основной симптом инвазивного ПЗ - кровяные выделения из половых путей. Интенсивность их может быть различной: у 61,7% больных эти выделения обильные, а у 8,9% - в виде кровотечений. В результате разрушения стенки матки растущей опухолью частым явлением бывает перфорация матки (25%), которая дает картину внутрибрюшного кровотечения.

Второй, наиболее частый, симптом - боли внизу живота и в пояснице, которые носят быстро нарастающий характер. Это объясняется угрозой разрыва матки или разрывом матки.

Инвазивный ПЗ метастазирует в те же органы, что и хориокарцинома. Частота метастазирования инвазивного ПЗ колеблется от 27 до 59%. Наиболее часто поражаются влагалище (30,3%), легкие (25%), параметральная клетчатка (16,1%), реже метастазы встречаются в маточных трубах, половых губах, большом сальнике, головном мозге.

Каковы основные симптомы хориокарциномы?

При злокачественном течении заболевания после эвакуации ПЗ обычно наблюдается триада симптомов.

- непрекращающиеся кровяные выделения из половых путей вследствие распада опухоли;
- субинволюция матки;
- стабилизация или нарастание уровня ХГ.

Каковы особенности клинической картины хориокарциномы?

Клиническая картина хориокарциномы определяется как основным очагом опухоли в матке (типичная локализация - дно матки, маточные углы), так и метастазами в другие органы. Основным симптомом хориокарциномы - профузное маточное кровотечение (88,5%), которое может наблюдаться в различные сроки: сразу после аборта, во время беременности, после родов, после удаления ПЗ. Возникновение кровотечения в постменопаузе также может быть проявлением хориокарциномы.

Наряду с кровяными выделениями возможны серозные, а затем и ихорозные выделения из половых путей. Их появление связано с распадом опухоли в матке или метастазов во влагалище

Источник KingMed.info

(17,1%). Длительные кровяные выделения или кровотечения приводят к анемии. Вследствие анемии и интоксикации кожа больной приобретает бледность, стекловидность, прозрачность. Отмечается учащение пульса. Непостоянными симптомами являются боли внизу живота и в пояснице. Наличие болей связано с прорастанием опухоли до серозного покрова матки (рис. 9.2) либо с метастатическим поражением параметральной клетчатки, придатков, кишечника. Метастазы в кости крайне редки. Матка при влагалищном исследовании напоминает беременную, увеличена, болезненна.

Где следует выявлять метастазы хориокарциномы?

Хориокарциному называют болезнью метастазов, так как она быстро генерализуется (81%). Метастазирование происходит обычно гематогенным путем, иногда находят метастазы и в лимфатических узлах. Для хориокарциномы характерна следующая локализация метастазов: легкие - 58%, влагалище - 47,8%, параметральная клетчатка - 10%, печень - 12%, почки - 5%, маточные трубы - 3,6%, яичники - 0,7%, головной мозг - 10% и единичные метастазы в большой сальник, поджелудочную железу и другие органы.

Из чего складывается диагностика трофобластической болезни?

Диагностика ТБ в настоящее время основывается на данных следующих методов исследования: клинического, рентгенологического, УЗИ, гистологического и определения ХГ (термолабильный и термостабильный ХГ).



Рис. 9.2. Хориокарцинома

Источник KingMed.info

На этапе клинической диагностики важны подробный анамнез, тщательный и осторожный гинекологический осмотр, во время которого необходимо обратить внимание на участки цианоза слизистой оболочки влагалища и шейки матки. При бимануальном ректовагинальном исследовании определяются размеры матки (типична мягкая консистенция), ее форма, болезненность, состояние яичников и параметральной клетчатки.

УЗИ отличается высокой информативностью, простотой, надежностью и может быть использовано при проведении контроля эффективности лечения. При подозрении на ПЗ на эхограмме отмечаются увеличение размеров матки, отсутствие плода и наличие гомогенной мелкокистозной ткани. УЗИ также позволяет диагностировать текалютеиновые кисты.

Рентгенография грудной клетки дает возможность обнаружить и охарактеризовать метастазы в легких.

Какова роль гормонального исследования в уточнении диагноза?

Трофобластические опухоли, подобно нормальной плаценте, секретируют три гормона: ХГ, хорионический соматомаммотропин и хорионический тиреотропин. Наибольшее практическое значение имеет ХГ, служащий маркером ТБ. В настоящее время ХГ определяют иммунохимически в крови и моче.

Диагностическая точность повышается при определении термостабильного ХГ (хориокарцинома) и исчезающего из биологических жидкостей после воздействия высокой температуры (ПЗ). Следующим шагом в улучшении диагностики ТБ явилось определение в сыворотке трофобластического β -глобулина. Основная практическая ценность обнаружения трофобластического β -глобулина заключается в том, что с его помощью появляется возможность раннего выявления потенциально прогрессирующих форм заболеваний трофобласта при низких показателях ХГ.

На чем основывается точный, окончательный диагноз трофобластической болезни?

Точный диагноз заболевания можно установить только при гистологическом исследовании удаленной опухоли (матки). При гистологическом исследовании соскобов или биопсированных участков из влагалища форму опухоли и ее злокачественность определить невозможно.

Что входит в комбинированное лечение трофобластической болезни?

В комбинированное лечение ТБ входят хирургическое, лучевое и химиотерапевтическое воздействия.

В чем заключается хирургический метод лечения при трофобластической болезни?

Хирургическое лечение ПЗ заключается в удалении пузырной ткани из полости матки - пальцевое удаление с последующим инструментальным обследованием стенок полости матки и методом вакуум-аспирации. Выскабливание матки кюреткой возможно лишь при небольших размерах опухоли, так как возникает опасность перфорации.

При инвазивном ПЗ и хориокарциноме, особенно при угрозе разрыва матки, обильном кровотечении из матки, резистентности опухоли к химио-

терапии первым этапом лечения должен быть хирургический. Объем оперативного вмешательства - экстирпация матки с придатками. При кровотечении из узлов опухоли во влагалище рекомендуют глубоко прошивать и перевязывать влагалищную стенку. Удаление

отдельных метастазов не производят, так как они поддаются обратному развитию при химиотерапии.

Что является основными показаниями к химиотерапии при трофобластической болезни?

Основные показания к химиотерапии могут быть сформулированы так:

- высокие показатели титра ХГ в течение 4-8 нед после удаления ПЗ (в сыворотке крови более 20 тыс. МЕ/л, в моче - свыше 30 тыс. МЕ/л), так как у этих больных существует угроза перфорации при прогрессирующем ПЗ или уже развившейся хориокарциноме;
- постоянное повышение уровня ХГ, наблюдаемое в любой отрезок времени после эвакуации ПЗ при трехкратном исследовании в течение 1 мес;
- гистологическое подтверждение хориокарциномы после эвакуации ПЗ и (или) обнаружения метастазов.

Каков курс химиотерапии при лечении трофобластической болезни?

При ПЗ единственный 5-дневный курс актиномицина D (препарат «выбора»), 10-13 мкг/кг, в/в, ежедневно, может снизить развитие хориокарциномы и устранить большинство резистентных форм. Токсическое действие метотрексата (200-240 мг на курс) может быть уменьшено одновременным назначением фолиевой кислоты: метотрексат по 50 мг в/м в 1-й, 3-й, 5-й, 7-й дни; кальция фолинат по 6 мг в/м во 2-й, 4-й, 6-й, 8-й дни (через 30 ч после введения метотрексата). В процессе лечения осуществляется еженедельный динамический контроль концентрации ХГЧ в плазме крови для оценки эффективности лечения и раннего выявления резистентности опухоли.

При инвазивном ПЗ и хориокарциноме без метастазов может быть применена монокимиотерапия: актиномицин D, 10-13 мкг/кг, в/в, ежедневно или метотрексат, 1 мг/кг, в/в или в/м, ежедневно, курс 5 дней. Количество курсов определяется клиническими данными и тестом ХГ. При неэффективности монокимиотерапии, проявлении метастазов переходят к полихимиотерапии: метотрексат, 1 мг/кг, в/в + актиномицин D, 10 мкг/кг, в/в + циклофосфамид, 200 мг, в/м, ежедневно, курс 5 дней, интервал 12-14 дней.

При хориокарциноме с метастазами могут быть рекомендованы схемы с применением цисплатина, винкристина, сарколизина и др.

Что является критерием излеченности при трофобластической болезни?

Курсы лечения проводятся до полной ликвидации всех клинических проявлений заболевания и получения двух нормальных показателей гормонального обследования.

Как долго больные должны оставаться под диспансерным наблюдением?

Больные должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением и подвергаться контрольному обследованию: УЗИ (1 раз в 2 мес до нормализации ультразвуковой картины), рентгенография грудной клетки (1 раз в год), определение ХГ (1 раз в 2 нед в течение первых 3 мес, затем ежемесячно до 6-го месяца, затем 1 раз в 2 мес до года, в течение 2-го года - 1 раз в 2-3 мес, в течение третьего - 1 раз в 6 мес). **Когда разрешается беременность?**

Беременность разрешается больным с I-III стадиями болезни спустя 1 год после окончания лечения, больным с IV стадией - спустя 2 года. В течение этого времени целесообразна контрацепция КОК.

Источник KingMed.info

По данным РОНЦ РАМН, в 2000–2009 гг. в России более 500 пролеченных женщин выносили беременность и родили живых детей.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Трофобластическая болезнь возникает:

- 1) во время беременности;
- 2) после родов;
- 3) чаще у женщин, проживающих в Европе;
- 4) после абортов;
- 5) у женщин репродуктивного возраста.

2. К трофобластической болезни относят:

- 1) синцитиальный эндометрит;
- 2) хориокарциному;
- 3) тератому;
- 4) пузырьный занос;
- 5) саркому матки.

3. К патогистологическим формам трофобластической болезни относят:

- 1) полный и неполный пузырьный занос;
- 2) гидropическую дегенерацию;
- 3) инвазивный занос;
- 4) плацентарную реакцию;
- 5) хориокарциному.

4. Хориокарцинома - злокачественное новообразование:

- 1) децидуальной оболочки;
- 2) миометрия;
- 3) трофобласта;
- 4) тека-ткани;
- 5) эндометрия.

5. Основные симптомы пузырьного заноса:

- 1) кровотечение;
- 2) величина матки меньше срока беременности;
- 3) выраженный ранний токсикоз;
- 4) положительный тест на ХГЧ;

Источник KingMed.info

5) образование двусторонних текалютеиновых кист.

6. Профилактический курс химиотерапии после удаления пузырного заноса проводится:

1) при сохранении высокого титра ХГЧ в течение 4-8 нед (свыше 30 тыс.

МЕ/л);

2) тяжелом раннем токсикозе;

3) наличии метастазов;

4) повышении уровня ХГЧ;

5) наличии гестоза.

7. Диагностика трофобластической болезни основывается на данных следующих методов исследования:

1) гистероскопии;

2) УЗИ;

3) качественного и количественного анализа на ХГЧ;

4) гистологического исследования;

5) ГСГ.

8. Наиболее часто хориокарцинома метастазирует:

1) во влагалище;

2) в легкие;

3) головной мозг;

4) поджелудочную железу;

5) большой сальник.

9. Методами лечения трофобластической болезни являются:

1) хирургический;

2) консервативный;

3) лучевой;

4) химиотерапевтический;

5) гормональный.

10. Факторы риска, определяющие неблагоприятный прогноз для жизни при хориокарциноме:

1) титр ХГЧ свыше 100 тыс. МЕ/л;

2) предшествующие роды;

3) размеры матки менее 12 нед;

4) длительность симптомов более 4-6 мес;

5) предшествующий пузырьный занос.

Задачи

11. Больная С., 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Анамнез: считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые после задержки менструации (8 нед) появились ноющие боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. Объективно: состояние удовлетворительное; со стороны органов и систем патологии не выявлено. Осмотр шейки матки с помощью зеркал: шейка матки цилиндрической формы, чистая; наружный зев закрыт; влагалищное обследование: наружные половые органы развиты правильно; влагалище рожавшей женщины; матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации, увеличена до 11-12-й недели беременности; придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации; выделения кровяные, умеренные; своды глубокие, безболезненные. Каков предварительный диагноз? Каким будет план обследования? Каков заключительный диагноз? Как следует проводить лечение?

12. Больная В., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на общую слабость, одышку, кашель и темные кровяные выделения из половых путей в течение 1 нед. Анамнез: беременностей - 3, абортов - 2. Во время последнего искусственного прерывания беременности сроком 12 нед обнаружен пузырьный занос. Спустя 8 мес появился кашель. Объективно: состояние больной средней тяжести. Пульс 98 в минуту, АД 100/75 мм рт.ст. Кожа и слизистые оболочки бледные. В легких выслушивается жесткое дыхание над всей их поверхностью, резко ослабленное в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно; влагалище рожавшей женщины; шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт; матка увеличена до 7 нед беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются, зона их безболезненна. Выделения кровяные, умеренные. Рентгеноскопия грудной клетки: на протяжении обоих легочных полей видны множественные, округлой формы мелкие узлы диаметром до 1 см, более густо расположенные в нижних отделах легких. Каков диагноз? Какой будет тактика врача женской консультации? Как следует проводить лечение?

Глава 10. Внематочная беременность

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, классификацию, методы диагностики, клиническое течение, дифференциальную диагностику внематочной беременности; этапы операции - удаление маточной трубы.

Студент должен знать: этиологию, патогенез, классификацию внематочной беременности, методы диагностики, клиническое течение, дифференциальный диагноз, лечение внематочной беременности, а также основные этапы операции - удаление маточной трубы.

Студент должен уметь: на основании данных общего и гинекологического анамнеза и общего обследования больной поставить предварительный диагноз, выбрать правильную тактику ведения больной и дополнительные методы исследования, четко распознать тяжесть состояния пациентки для оказания экстренной помощи.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, слайды, видеофильмы, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме.
- Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Несмотря на достижения медицинской науки и практики, внематочная беременность все еще остается серьезной проблемой в гинекологии, с которой приходится сталкиваться не только акушеру-гинекологу, но и хирургу. Частота этого заболевания у всех гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6%. В последние годы наблюдается рост числа больных с внематочной беременностью, что обусловлено увеличением количества аборт, воспалительных заболеваний женских половых органов, нейроэндокринных нарушений, применением метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) для лечения некоторых форм бесплодия.

В структуре причин материнской смертности на долю внематочной беременности приходится 7,4%, т.е. внематочная беременность занимает стабильное 4-5-е место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах мира. Основные причины смертности - это поздняя обращаемость и несвоевременная диагностика.

Что такое внематочная беременность?

Внематочная беременность - беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки.

Какие возможны локализации внематочной беременности? Локализации при внематочной беременности:

- маточные трубы - 98-99%;

Источник KingMed.info

- яичники - 0,1-0,4%;
- шейка матки (шеечная) - 0,1-0,9%;
- брюшная полость (брюшная) - 0,3-0,4% (рис. 10.1);
- шеечная - 0,1-0,4%;
- в рудиментарном роге матки - в 0,1-0,9% случаев.

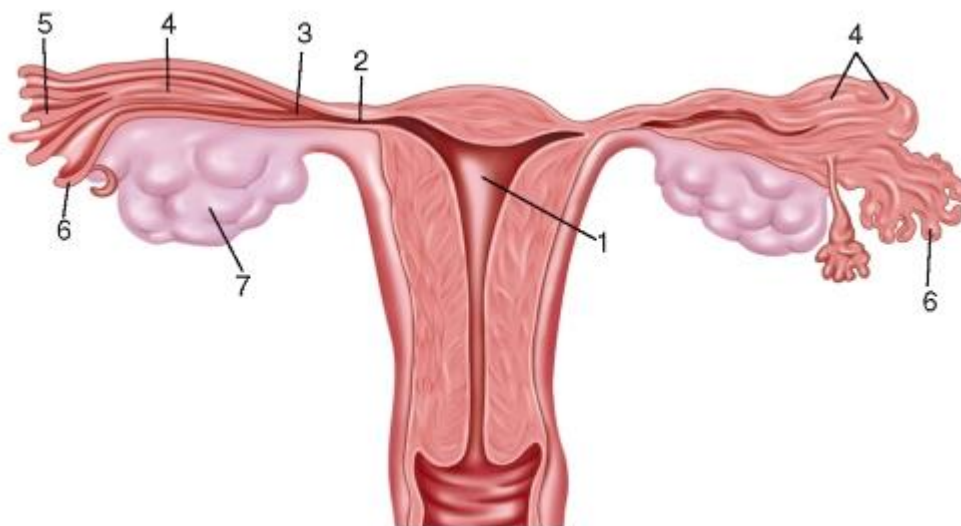


Рис. 10.1. Схема локализации внематочной беременности: 1 - нормальное развитие беременности в полости матки; места развития эктопической беременности: 2 - интерстициальная часть трубы; 3 - истмическая часть трубы; 4-5 - ампулярная часть трубы; 6 - на фимбриях трубы; 7 - на яичнике

В каких отделах маточной трубы возможны имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки?

Имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки возможны:

- в ампулярной части маточной трубы;
- в истмической части;
- в интерстициальной части.

Такая классификация внематочной беременности имеет не только теоретическое, но и практическое значение, так как от места локализации плодного яйца зависят ее клиническое течение и исход.

Какие существуют клинические формы трубной беременности?

Формы трубной беременности

- Прогрессирующая внематочная беременность.
- Прервавшаяся трубная беременность, которая делится на две клинические формы:
 - прервавшаяся по типу внутреннего разрыва плодместилища (трубный аборт; рис. 10.2);
 - прервавшаяся по типу разрыва трубы (рис. 10.3).

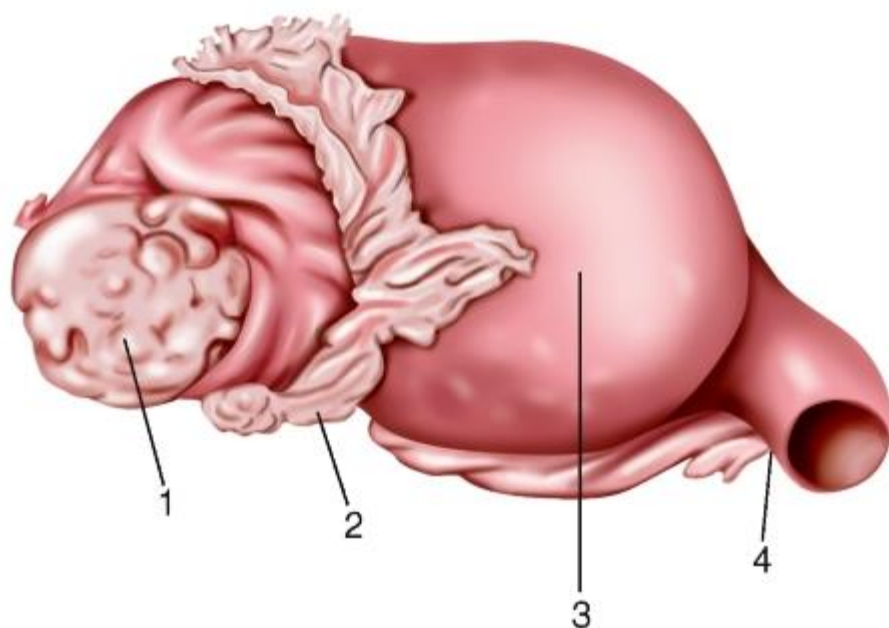


Рис. 10.2. Трубный аборт: 1 - плодное яйцо; 2 - фимбрии трубы; 3 - расширенная ампулярная часть трубы; 4 - истмическая часть трубы

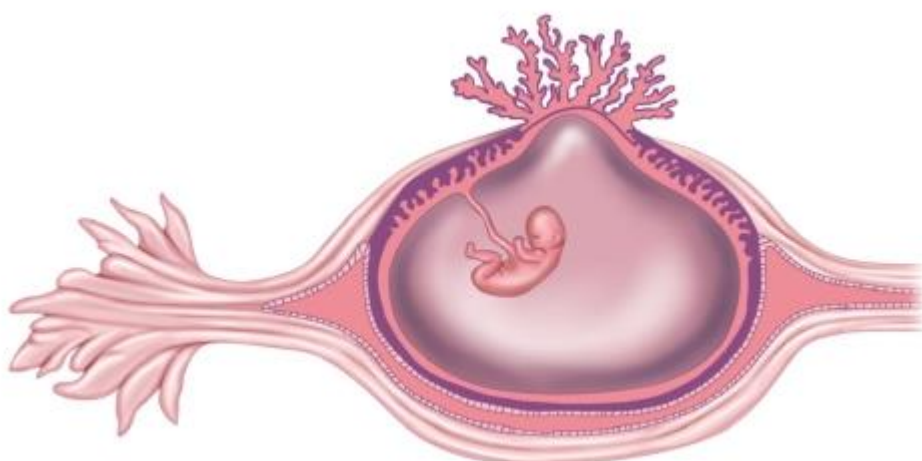


Рис. 10.3. Разрыв трубы

В каком сроке происходит прерывание трубной беременности?

Прерывание трубной беременности происходит чаще всего на 4-6-й неделе, редко - на 8-й.

Существует ли зависимость между возможной имплантацией и развитием оплодотворенной яйцеклетки в маточной трубе и типом ее прерывания?

Если трубная беременность развивается в ампулярной части, то прерывание ее происходит по типу внутреннего разрыва плодместилища (трубный аборт), а при имплантации в интерстициальной или истмической частях трубы - по типу наружного разрыва плодместилища (разрыв трубы).

Какова этиология внематочной беременности?

Причины, ведущие к развитию внематочной беременности, многообразны: воспалительные заболевания придатков матки, нарушение сократительной деятельности маточных труб,

Источник KingMed.info

генитальный инфантилизм, эндокринные расстройства, повышенная активность трофобласта и т.д.

Какую роль играют воспалительные заболевания женских половых органов в этиологии внематочной беременности?

Воспалительные заболевания, способствующие развитию внематочной беременности, часто носят хронический характер. В результате в просвете маточных труб возникают спайки, перетяжки и нарушается нормальный механизм перистальтического движения труб.

Большое значение имеют послеродовые и послеабортные заболевания. После аборта создаются наиболее благоприятные условия для наступления внематочной беременности, так как даже при внешне гладком послеоперационном течении нередко возникают скрытые воспалительные процессы, в которые вовлекаются близлежащие участки трубы, что ведет к нарушению ее нормальной функции. Это может в дальнейшем привести к возникновению внематочной беременности.

Какова главная причина возникновения эктопической беременности?

Одной из главных причин возникновения эктопической имплантации плодного яйца следует считать нарушение механизма передвижения оплодотворенной яйцеклетки, зависящее, возможно, от ослабления и недостаточной сократительной функции трубы или от непосредственного препятствия в проводящих путях. Перистальтика труб направлена к матке и усиливается, если внутри трубы имеется препятствие (например, спайки, эндометриоз). Поэтому в этиологии трубной беременности имеет значение и спазм трубной мускулатуры, который особенно часто имеет место у женщин с лабильной нервной системой. Стрессовые ситуации и психические травмы могут привести к развитию антиперистальтических движений труб, что препятствует нормальному продвижению оплодотворенного яйца.

Какую роль играют в этиологии внематочной беременности инфантилизм женских половых органов, опухоли придатков матки, генитальный эндометриоз, нейроэндокринные нарушения, оперативные вмешательства?

Достаточно часто внематочная беременность наступает у женщин с инфантилизмом. При инфантилизме почти всегда наблюдаются гипофункция яичников и анатомо-физиологические изменения маточных труб (большая длина и извилистость труб при недостаточном развитии мышечного слоя). Поэтому оплодотворенное яйцо продвигается медленно и его трофобластические свойства развиваются и проявляют себя еще в процессе миграции по трубе.

Примерно таков же механизм развития внематочной беременности при опухолях и эндометриозе придатков, когда в растянутых и распластанных на опухолях трубах создаются условия, способствующие задержке продвижения яйца.

Одной из причин внематочной беременности служит нарушение функции яичников, что может быть следствием как нейроэндокринных нарушений, так и воспалительного процесса. Определенную роль в этиологии эктопической беременности играют оперативные вмешательства, особенно осложнившиеся пельвиоперитонитом.

Возникновение внематочной беременности может быть обусловлено и патологией яйцеклетки. Это бывает в тех случаях, когда нидационные свойства яйцеклетки развиваются раньше времени.

Какова клиническая картина прогрессирующей внематочной беременности?

Прогрессирующая трубная беременность диагностируется чрезвычайно трудно. Практически она протекает бессимптомно или симптомы ее слабо выражены и мало отличаются от симптомов нормально развивающейся маточной беременности. В организме женщины возникают те же изменения, что и при нормальной маточной беременности: задержка менструации, нагрубание молочных желез, цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, иногда явления раннего токсикоза. Однако имеются признаки, более характерные для внематочной беременности, чем для маточной. При внематочной беременности, как правило, размеры матки не соответствуют предполагаемому сроку беременности. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при пальпации (однако нельзя забывать, что аналогично может выглядеть и яичник, увеличенный за счет желтого тела беременности).

Какова диагностика прогрессирующей внематочной беременности?

Золотой стандарт диагностики внематочной беременности основывается на двух методах исследования: положительной реакции на β -ХГЧ и отсутствии трофобласта в матке (УЗИ). Все остальные способы диагностики являются вспомогательными.

Содержание ХГ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока, - при маточной беременности β -ХГЧ увеличивается в 2 раза в динамике через 48 ч, а при внематочной беременности - в 1,5 раза (ундулирующий характер).

При подозрении на прогрессирующую внематочную беременность необходима немедленная госпитализация в стационар.

Какие основные симптомы характерны для внематочной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта (внутреннего разрыва плодместилища)?

Основные симптомы беременности, прерывающейся по типу трубного аборта (внутреннего разрыва плодместилища), представлены следующей триадой: задержка менструации, боль в животе, длительные кровянистые выделения из половых путей. К сожалению, эти симптомы могут возникать у больных и с другими гинекологическими заболеваниями.

Каковы причины и характер болей?

Боль появляется вследствие усиления перистальтики маточной трубы, «пытающейся вытолкнуть» инородное тело (плодное яйцо). В результате происходит частичная отслойка плодного яйца, сопровождающаяся кровотечением в брюшную полость. Кровь может изливаться в брюшную полость и скапливаться в дугласовом пространстве, распространяться в верхние отделы брюшной полости, раздражая брюшину. Боли по характеру могут быть приступообразные, схваткообразные с иррадиацией в прямую кишку, плечо, лопатку, ключицу. Приступ болей может сопровождаться слабостью, головокружением, появлением холодного пота, кратковременным обморочным состоянием, тошнотой, рвотой. Иногда приступы болей прекращаются, и женщина ощущает себя вполне здоровой или у нее остается чувство тяжести внизу живота.

Что характерно для кровянистых выделений из половых путей при внематочной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта (внутреннего разрыва плодместилища)?

Кровянистые выделения из половых путей обычно появляются после приступа болей и продолжаются достаточно долгое время. Количество крови незначительное. Цвет выделений чаще бывает темным, цвета «кофейной гущи», вследствие смешивания крови с

Источник KingMed.info

десквамированной некротизированной децидуальной оболочкой. Характерно, что эти выделения не прекращаются ни после противовоспалительного лечения, ни даже в результате выскабливания слизистой оболочки полости матки.

Говоря о задержке менструации, необходимо отметить, что этот симптом не является определяющим, так как кровянистые выделения могут начаться до, в срок или на следующий день ожидаемой менструации. Более того, прерывание беременности может произойти в ранние сроки, еще до возможного наступления очередной менструации.

Какие данные можно получить при бимануальном обследовании?

При бимануальном исследовании у больных с прервавшейся беременностью по типу разрыва внутреннего плодместилища удастся пропальпировать: болезненность при смещении шейки матки, увеличенную матку, несоответствующую предполагаемому сроку беременности, с одной стороны от матки определяется опухолевидное образование ретортообразной формы с неясными контурами, тестоватой консистенции, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. При динамическом наблюдении это образование может увеличиваться в объеме. Когда кровь скапливается в заднем дугласовом пространстве, задний свод сглажен или выпячен, резко болезненный при пальпации («крик Дугласа»).

В чем заключается особенность крови, полученной при пункции брюшной полости через задний свод?

При нарушенной внутриматочной беременности большую помощь в постановке правильного диагноза может оказать пункция брюшной полости через задний свод влагалища - кульдоцентез (см. гл. 2 рис. 2.22).

Если при пункции получена темная несворачивающаяся кровь, то диагноз прерывания внутриматочной беременности следует считать установленным.

Во избежание ошибок полученную кровь необходимо вылить на марлю: если кровь получена из брюшной полости, то на марле будут видны мелкие темные сгустки. Еще более точные результаты дает исследование крови под микроскопом - отсутствие «монетных столбиков» и наличие разрушенных полулунных или звездчатых эритроцитов говорит о том, что кровь получена из брюшной полости.

Каковы данные гистологического исследования соскоба слизистой оболочки тела матки при подозрении на внутриматочную беременность?

Для установления диагноза в некоторых случаях производят диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки с последующим

гистологическим исследованием. При внутриматочной беременности в соскобе выявляется децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен Ариас-Стеллы - гиперхромные клетки в эндометрии, появляющиеся в ответ на гормональные изменения при беременности. При прерывании маточной беременности - остатки или части плодного яйца, элементы хориона.

Для дифференциальной диагностики маточной и внутриматочной беременности можно использовать простой тест. В сосуд с физиологическим раствором необходимо поместить соскоб из полости матки. При маточной беременности соскоб будет находиться на поверхности раствора. При внутриматочной - утонет.

Какова клиническая картина внутриматочной беременности, прервавшейся по типу наружного разрыва плодместилища (разрыва трубы)?

Источник KingMed.info

Клиническая картина прервавшейся внематочной беременности по типу наружного разрыва плодоемкости (разрыва трубы) достаточна типична. Все симптомы возникают чрезвычайно бурно. После кратковременной задержки менструации, а иногда и на фоне менструации, начавшейся в срок или несколько раньше, но необычной по характеру, среди полного благополучия, часто без всякого внешнего воздействия, при полном покое или после небольшого напряжения появляется острая сильная боль в животе, с иррадиацией в прямую кишку. Вслед за этим развивается общая слабость, иногда кратковременная потеря сознания. Кожные покровы становятся бледными, появляется цианоз губ, кожа покрывается холодным потом. Обращают на себя внимание апатичность, пониженная реакция на окружающее, общая адинамия. Часто уже внешний вид больной свидетельствует о внутрибрюшном кровотечении. При исследовании больной пульс обычно учащен, отмечается снижение артериального давления.

Развивается картина массивного внутреннего кровотечения и геморрагического шока.

Каковы особенности болевого синдрома при внематочной беременности?

Говоря о болевом синдроме, следует отметить, что боль носит резкий приступообразный характер, особенно в одной из подвздошных областей, иррадирует в прямую кишку, поясницу или нижние конечности. Появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только ее разрывом, но и раздражением брюшины излившейся из поврежденных сосудов кровью. Мочеиспускание обычно задерживается, появляются позывы на дефекацию, иногда понос.

При пальпации живот умеренно вздут, резко болезненный, определяются симптомы раздражения брюшины.

Каковы данные гинекологического обследования при внематочной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы?

При гинекологическом обследовании шейка матки несколько цианотична, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки резко болезненны, матка увеличена (чаще не соответствует предполагаемому сроку беременности), размягчена, резко болезненна. Иногда создается впечатление, что матка как бы «плавает» в жидкости - симптом «плавающей матки» (признак Соловьева-Окинчица).

Данный симптом определяется тогда, когда в брюшной полости имеется много крови. Придатки с одной стороны увеличены, пальпируются «тестоватость» без четких контуров, резко болезненны. Задний свод влагалища сглажен или нависает, резко болезненный. Этот симптом получил название «крик Дугласа».

Какова диагностика трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы?

Диагностика трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы, обычно не вызывает больших затруднений. Как правило, клиническая картина заболевания настолько ясна, а состояние больной такое тяжелое, что нет необходимости и времени для применения дополнительных методов исследования.

Каковы особенности течения шеечной беременности?

Шеечная беременность - одна из редких форм внематочной беременности, характерными признаками которой являются кровотечение из половых путей на фоне задержки очередной менструации, боли различной интенсивности. При осмотре шейка матки значительно увеличена в объеме («бочкообразная форма») с эксцентрично расположенным наружным зевом. При

Источник KingMed.info

бимануальном обследовании шейка матки шарообразно увеличена, мягкой консистенции, и на ней в виде «шапочки» находится маленькое, более плотное тело матки. Диагноз шеечной беременности можно установить как при обычном осмотре шейки матки с помощью зеркал, так и при дополнительном методе исследования - УЗИ, когда плодное яйцо обнаруживается не в полости матки, а в шейке матки.

Какова классификация брюшной беременности?

Брюшную беременность подразделяют на первичную и вторичную.

При первичной брюшной беременности оплодотворенная яйцеклетка имплантируется непосредственно в брюшной полости (на брюшине, в сальнике, на петлях кишечника, в области печени, селезенки, желудка).

При вторичной брюшной беременности в брюшной полости имплантируется и продолжает развиваться плодное яйцо, изгнанное из трубы при трубном аборте.

Каковы особенности течения брюшной беременности?

Брюшная беременность протекает как трубная и чаще заканчивается разрывом капсулы плодместилища в ранние сроки с обильным внутренним кровотечением и геморрагическим шоком.

Брюшная беременность иногда может достигать больших сроков и даже быть доношенной. Чаще всего брюшную беременность поздних сроков расценивают как маточную беременность.

Каковы особенности лечения брюшной беременности?

Как только установлен диагноз брюшной беременности, больная должна быть оперирована. Операция заключается в удалении плода и детского места, которое нередко локализуется в области паренхиматозных органов, большого сальника и крупных сосудов, что представляет значительные трудности для хирурга. В последние годы появились сообщения об успешном применении эмболизации сосудов большого сальника при проведении таких операций. Материнская и детская смертность при брюшной беременности остается высокой.

Как классифицируется яичниковая беременность?

Различают две формы яичниковой беременности:

- интрафолликулярная, когда беременность развивается в самом фолликуле;
- овариальная, когда вышедшая из фолликула и оплодотворенная в брюшной полости яйцеклетка имплантируется на поверхности яичника.

Каковы особенности диагностики яичниковой беременности?

Прогрессирующая яичниковая беременность, как правило, диагностируется во время операции.

Каковы особенности лечения яичниковой беременности? Лечение яичниковой беременности хирургическое: от резекции яичника до удаления придатков.

Как возникает беременность в рудиментарном роге?

Рудиментарный рог обычно соединяется с основным рогом матки с помощью сплошной ножки, которая чаще всего отходит от матки на уровне внутреннего зева или от ее дна. Рудиментарный рог матки, как правило, не соединяется каналом с основным рогом. Беременность в

Источник KingMed.info

рудиментарном роге матки возникает в результате наружной миграции оплодотворенной яйцеклетки или вследствие наружной миграции сперматозоидов.

Как диагностируется прогрессирующая беременность в рудиментарном роге матки?

Заподозрить ее можно на основании данных гинекологического исследования: увеличенная матка (несоответствующая сроку задержки менструации), отклонена в сторону; с противоположной стороны определяется опухолевидное безболезненное образование мягкой консистенции.

Необходимые исследования: определение уровня β -ХГЧ, УЗИ или лапароскопия.

Нарушение беременности происходит по типу наружного разрыва плодместилища, сопровождается обильным кровотечением и требует экстренного хирургического вмешательства. Объем операции - удаление рудиментарного рога вместе с прилегающей маточной трубой.

Возможно ли сочетание маточной и внематочной беременности?

Сочетание маточной и внематочной беременности встречается редко. Описаны случаи сочетания маточной и трубной, маточной и брюшной беременности, беременности в рудиментарном роге матки и основном, двусторонней трубной беременности.

Диагностика сочетания маточной и внематочной беременности чрезвычайно трудна. В большинстве случаев правильный диагноз ставится только во время операции или при дальнейшем наблюдении за больной в послеоперационном периоде.

Основным признаком сочетания маточной и внематочной беременности является отсутствие кровянистых выделений из половых путей при наличии явных симптомов нарушенной внематочной беременности. Матка в этих случаях соответствует сроку беременности, а в области придатков

матки определяется образование ретортообразной формы, тестоватой консистенции, безболезненное при пальпации. Описаны случаи, когда во время операции была удалена беременная труба, а в матке продолжала развиваться беременность, которая заканчивалась нормальными родами.

С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику прогрессирующей внематочной беременности?

Прогрессирующую внематочную беременность чаще всего дифференцируют от маточной беременности ранних сроков, кисты желтого тела.

С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику нарушенной внематочной беременности?

Нарушенную внематочную беременность чаще всего дифференцируют от неполного выкидыша ранних сроков, ДМК, апоплексии яичника.

Какие исследования могут оказать помощь в дифференциальной диагностике внематочной беременности?

Помощь в проведении дифференциальной диагностике могут оказать исследования в соответствии с золотым стандартом:

Источник KingMed.info

- анализ крови на β -ХГЧ, при котором выявляется несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности;
- УЗИ - отсутствие трофобласта в полости матки.

От каких заболеваний необходимо дифференцировать внематочную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта (внутреннего разрыва плодместилища)?

Беременность, прервавшуюся по типу внутреннего разрыва плодместилища, необходимо дифференцировать от начавшегося самопроизвольного аборта, обострения хронического сальпингоофорита и ДМК, перекрута ножки опухоли яичника, апоплексии яичника, острого аппендицита.

Проводя дифференциальную диагностику с выкидышем, необходимо помнить, что самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит, как правило, позже (между 5-й и 12-й неделями); боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота и в крестце, наружное кровотечение более обильное, часто со сгустками; степень анемии соответствует количеству выделяющейся наружу крови; наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом; матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, имеет шарообразную форму.

Каким образом необходимо дифференцировать внематочную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта (внутреннего разрыва плодместилища), от острого воспалительного процесса придатков матки?

Общность симптомов трубного аборта и обострившегося воспаления придатков матки часто создает трудности в диагностике.

Правильный диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения анамнеза, внимательного обследования больной, а также наблюдения за ней в динамике в условиях стационара с применением различных дополнительных методов исследования.

При обострении воспалительного процесса придатков матки задержки менструаций, как правило, не бывает; объективные и субъективные признаки беременности отсутствуют; отрицательный β -ХГЧ в крови; СОЭ увеличена, показатели красной крови в пределах нормы, отмечаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; повышение температуры тела; боли носят постоянный характер и ощущаются обычно в месте локализации процесса; живот напряжен, болезненный обычно с обеих сторон; кровянистые выделения из половых путей бывают в очень редких случаях; при влагалищном обследовании - матка нормальной величины, плотная, придатки матки (чаще с двух сторон) утолщены, болезненны при пальпации, своды свободные, глубокие.

При пункции брюшной полости через задний свод влагалища результат бывает отрицательный либо получают серозную жидкость или гной.

Каким образом необходимо дифференцировать внематочную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта, от апоплексии яичника?

Апоплексия яичника, как и трубный аборт, может сопровождаться внутрибрюшным кровотечением. В диагностике помогают тщательно собранный анамнез и данные объективного обследования. У больных с апоплексией яичника, как правило, не бывает задержки менструации, нет признаков беременности, прослеживается закономерность начала заболевания в зависимости от фазы МЦ (как правило, в дни, близкие к овуляции).

Каким образом необходимо дифференцировать внематочную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта, от перекрута ножки кисты или опухоли яичника?

Дифференцировать прервавшуюся трубную беременность по типу внутреннего разрыва плодместилища от перекрута ножки кисты или опухоли яичника можно на основании анамнеза, в котором имеются указания на наличие опухоли или кисты яичника; нет задержки менструации; отсутствуют признаки беременности. При влагалищном обследовании опухоль или киста яичника контурируется более четко. Из дополнительных методов исследований используются определение β -ХГЧ, УЗИ.

Каким образом необходимо дифференцировать внематочную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта, от аппендицита?

Отличительные признаки внематочной беременности и аппендицита заключаются в следующем:

- больная предъявляет жалобы на тошноту, рвоту, боли в правой подвздошной области, умеренное повышение температуры тела;
- при аппендиците отсутствуют признаки беременности;
- нет кровянистых выделений из половых путей;
- при пальпации живота отмечаются болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга;
- при влагалищном обследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободные;
- отмечаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ.

Весьма ценным диагностическим методом в этом случае будет лапароскопия.

От каких заболеваний и каким образом необходимо дифференцировать внематочную беременность, прервавшуюся по типу разрыва трубы?

Прерывание внематочной беременности по типу разрыва трубы следует дифференцировать от таких заболеваний, как апоплексия яичника, перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, разрыва печени и селезенки, перекрута ножки кисты или опухоли яичника, острого перфоративного аппендицита, острого пельвиоперитонита.

Все перечисленные заболевания характеризуются картиной острого живота. Нельзя забывать, что в одних случаях тяжесть состояния больной, клинические проявления свидетельствуют о внутрибрюшном кровотечении, в других - об остром воспалительном процессе. На этом и строится дифференциальная диагностика. Исключение беременности, четкий сбор анамнеза, данные объективного исследования, дополнительные методы исследования позволяют правильно поставить диагноз и оказать своевременную и квалифицированную помощь больной.

Какой метод в лечении внематочной беременности является основным?

Основным методом лечения внематочной беременности в настоящее время является хирургический (рис. 10.4).

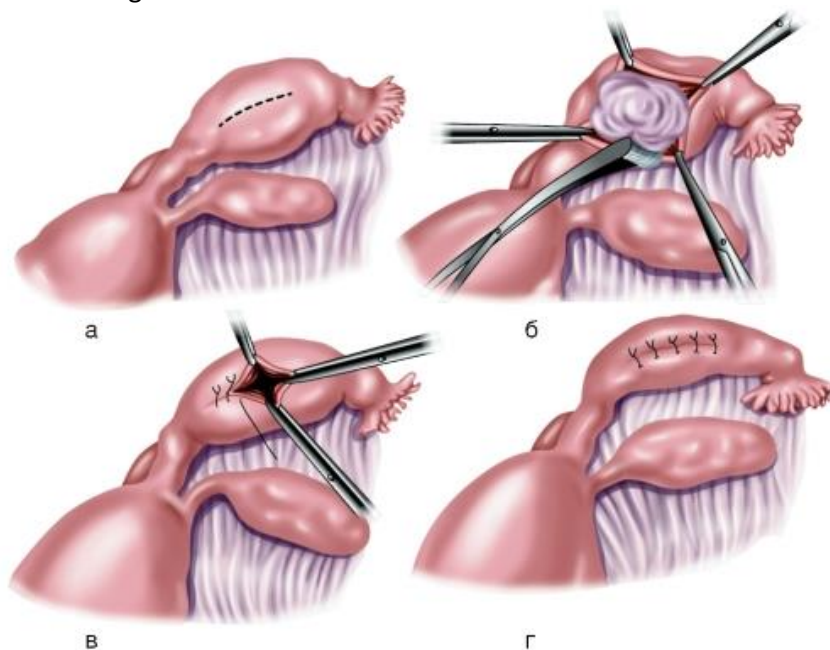


Рис. 10.4. Операция по поводу трубной беременности с сохранением маточной трубы лапаротомическим доступом: а - линия разреза стенки трубы; б - полость трубы вскрыта, плодное яйцо удаляют марлевым тупфером, зажатым в корнцанг; в, г - зашивание разреза стенки трубы

Лечение должно быть комплексным. Оно состоит из следующих этапов:

- операция;
- реанимационные мероприятия - борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей;
- ведение послеоперационного периода;
- реабилитация репродуктивной функции.

При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей больные, как правило, находятся в состоянии шока. При этом показано экстренное оперативное вмешательство: чревосечение, удаление маточной трубы, проведение мероприятий, направленных на борьбу с шоком, кровопотерей.

При подтвержденном диагнозе прогрессирующей трубной беременности, прервавшейся внематочной беременности по типу внутреннего разрыва плодместилища даже при удовлетворительном состоянии больной, отсутствии выраженной анемии показано оперативное лечение в экстренном порядке.

Общепринятым способом хирургического вмешательства является оперативная лапароскопия либо чревосечение по Пфанненштилю. Нижнесрединный разрез выполняется проще и быстрее, обычно производится при брюшной беременности, при кровопотере 500 мл и более и у больных с нижнесрединной лапаротомией в анамнезе, когда производится иссечение старого кожного рубца.

Какие преимущества имеет оперативная лапароскопия в лечении внематочной беременности?

Преимуществом лапароскопии является значительное уменьшение операционной травмы (нет разреза передней брюшной стенки, отсутствуют травматические контакты с кишечником,

Источник KingMed.info

брюшиной), отсутствует или значительно меньше выражен спаечный процесс, хороший косметический эффект. При лапароскопии значительно меньше затрачивается время на операцию, снижается койко-день, быстрее восстанавливается трудоспособность.

Основные этапы органосохраняющей операции на трубе при лапароскопии отражены на рис. 10.5.

Улучшение ранней диагностики эктопической беременности позволило во многих случаях проводить не удаление маточной трубы, а органосохраняющие операции, тем самым повысить частоту восстановления репродуктивной функции у женщин, перенесших трубную беременность. После органосохраняющих операций для профилактики трубной беременности рекомендуется в послеоперационном периоде назначение метотрексата с контрольным исследованием в крови β -ХГЧ в динамике.

В России первым пластическую операцию на трубе произвел Д.О. Отт, которым были разработаны основные типы операций: выдавливание плодного яйца (*Milking*) с последующим выскабливанием ложа плодместилища, операции типа «трубного кесарева сечения», сальпингостомия. При истмической локализации и при прогрессирующей трубной беременности было предложено производить продольный разрез трубы

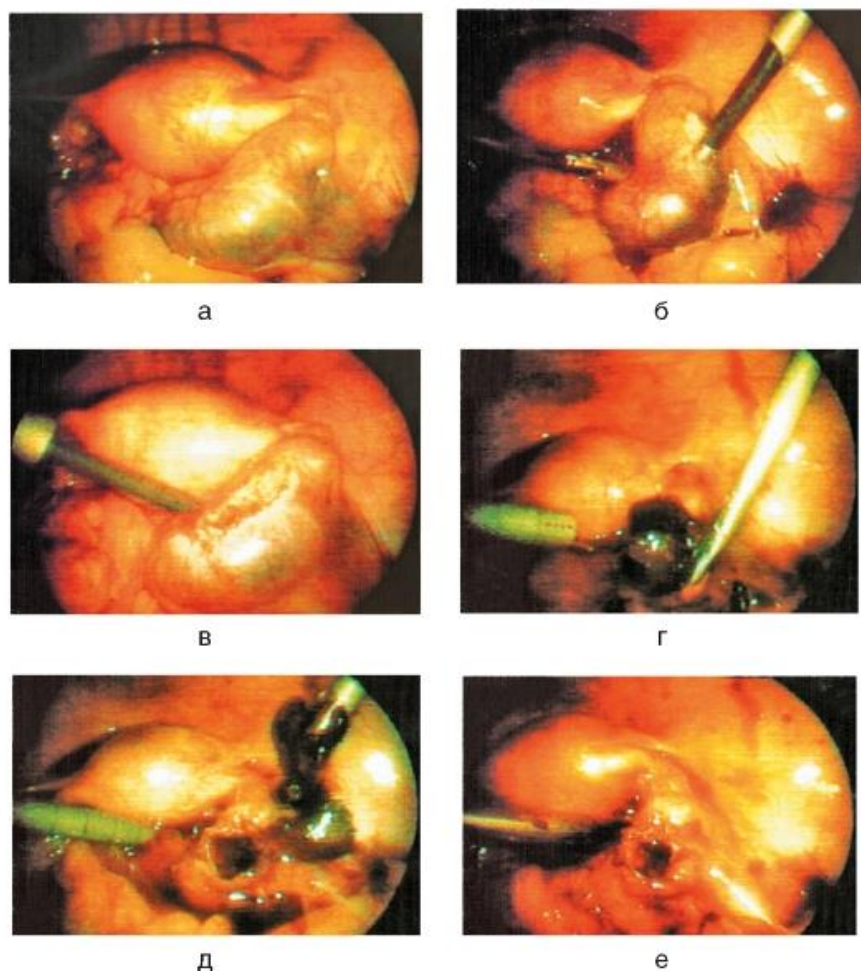


Рис. 10.5. Основные этапы лапароскопической сальпинготомии: а - эндоскопическая картина прогрессирующей правосторонней трубной беременности; б - обеспечение гемостаза в месте предполагаемого разреза трубы; в - вскрытие трубы; г - удаление плодного яйца и аспирация содержимого из трубы; д - извлечение плодного яйца из брюшной полости; е - разрез на трубе оставлен открытым для заживления вторичным натяжением

Источник KingMed.info

над плодным яйцом через все слои, плодное яйцо удалять тупфером, ложе плодместилища выскабливать. После этого необходимо восстановить стенку трубы однорядными отдельными швами с использованием современных синтетических рассасывающихся шовных материалов (викрила, полисорба). При лапароскопическом доступе рассекается маточная труба и выполняется аквадиссекция (вымывание плодного яйца потоком жидкости).

Какое условие необходимо для проведения лапароскопической операции при внематочной беременности?

Необходимым условием для проведения лапароскопических операций будет удовлетворительное состояние больной при стабильной гемодинамике.

Каковы основные этапы операции удаления маточной трубы?

Операция удаления маточной трубы при лапаротомии состоит из следующих этапов:

- лапаротомия продольным или поперечным разрезом (чревосечение по Пфанненштилю). В операционную рану выводят матку и, удерживая ее лигатурой, отыскивают разорвавшуюся трубу;
- один зажим накладывают на трубу около угла матки, второй - на брыжейку трубы до угла матки; маточную трубу отсекают;
- зажимы на маточном конце трубы и ее брыжейке заменяют лигатурами; перитонизация осуществляется круглой маточной связкой;
- послойное ушивание операционной раны.

Возможно ли неоперативное лечение внематочной беременности?

В последние годы все более широкое применение находит неоперативное лечение прогрессирующей эктопической беременности при малых сроках с использованием метотрексата или стероидных препаратов антипрогестеронового действия - мифепристона. Эти препараты приводят к резорбции плодного яйца без повреждения слизистой оболочки маточной трубы.

Влияние консервативно-выжидательной (нехирургической) тактики ведения внематочной беременности на репродуктивную функцию изучено недостаточно, хотя применению различных препаратов для рассасывания плодного яйца или облегчения его удаления посвящено значительное число исследований. В настоящее время изучаются эффективность препаратов, побочные явления, состояние маточных труб после лечения.

Из лекарственных препаратов чаще всего применяют метотрексат и простагландины, а также их комбинацию. Частота наступления беременности после лечения метотрексатом выше, чем после хирургического вмешательства. У некоторых исследователей комбинированное введение метотрексата и простагландинов в маточную трубу при прогрессирующей трубной беременности дает хороший эффект: происходит рассасывание плодного яйца. Применение антигестагенного препарата мифепристона для лечения трубной беременности облегчает хирургическое вмешательство, при котором без осложнений удаляется отслоившееся плодное яйцо.

Серьезным аргументом против широкого распространения выжидательной тактики служит тот факт, что ворсины хориона способны сохранять свою жизнеспособность и, продолжая функционировать, могут явиться причиной деструкции трубы.

Что будет основным звеном в профилактике внематочной беременности?

Основным звеном в профилактике внематочной беременности служит правильно организованная и хорошо налаженная терапия воспалительных заболеваний женских половых органов и контрацепция, так как главную роль в этиологии внематочной беременности играют воспалительные заболевания преимущественно инфекционной этиологии как следствие перенесенных аборт.

В целях профилактики после операции по поводу первичной внематочной беременности рекомендуется в обязательном порядке проводить противовоспалительное лечение даже при неизменной второй трубе, так как неуловимые при макроскопическом осмотре изменения второй трубы могут в дальнейшем послужить причиной возникновения повторной внематочной беременности.

Какая реабилитация проводится в послеоперационном периоде?

После операции с целью реабилитации проводится комплекс лечебных мероприятий:

- общее воздействие на организм с целью повышения иммунитета;
- проведение курса физиотерапии - ультрафиолетовое облучение крови;
- гормональная контрацепция (КОК).

Каковы отдаленные результаты лечения эктопической беременности?

Женщины с эктопической беременностью в анамнезе в 25% случаев остаются бесплодными, 5-30% имеют повторную трубную беременность, у 15-20% возможен спонтанный аборт.

Органосохраняющие, преимущественно лапароскопические операции и последующая реабилитационная терапия, включающая комплексное противовоспалительное лечение, в том числе лазер, магнитотерапия, электростимуляция маточных труб, восстановление нормобиоценоза, позволяют улучшить репродуктивное здоровье и добиться наступления беременности у 47% прооперированных женщин.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Рост числа больных с внематочной беременностью обусловлен:

- 1) увеличением количества аборт;
- 2) нейроэндокринными нарушениями;
- 3) воспалительными заболеваниями женских половых органов;
- 4) увеличением числа онкологических заболеваний;
- 5) применением метода ЭКО.

2. Оплодотворенная яйцеклетка может имплантироваться во всех перечисленных органах, кроме:

- 1) шейки матки;
- 2) брюшной полости;
- 3) влагалища;

Источник KingMed.info

- 4) маточной трубы;
- 5) рудиментарного рога матки;
- 6) яичника.

3. Если трубная беременность развивается в истмическом отделе, то по какому типу произойдет ее прерывание?

- 1) внутренний разрыв плодместилища (трубный аборт);
- 2) наружный разрыв плодместилища (разрыв трубы).

4. Золотой стандарт диагностики внематочной беременности основывается:

- 1) на гистероскопии;
- 2) УЗИ;
- 3) пункции брюшной полости через задний свод влагалища;
- 4) раздельном диагностическом выскабливании;
- 5) положительной реакции на β -ХГЧ.

5. Для нарушенной внематочной беременности по типу разрыва внутреннего плодместилища характерна следующая симптоматика:

- 1) анемия;
- 2) задержка менструации;
- 3) перитонит;
- 4) боли внизу живота;
- 5) длительные кровянистые выделения из половых путей.

6. Для нарушенной внематочной беременности по типу разрыва трубы характерны следующие симптомы:

- 1) резкая приступообразная боль внизу живота;
- 2) обильные кровяные выделения из половых путей;
- 3) положительный френикус-симптом;
- 4) бледность кожных покровов, холодный пот;
- 5) потеря сознания.

7. При влагалищном исследовании характерными признаками разрыва маточной трубы являются:

- 1) болезненность при смещении шейки матки;
- 2) «крик Дугласа»;
- 3) «плавающая» матка;
- 4) резко болезненное образование в области придатков матки;
- 5) нависание заднего свода влагалища.

8. Диагноз «нарушенная трубная беременность» является показанием:

- 1) для УЗИ;
- 2) срочной лапаротомии;
- 3) пункции брюшной полости через задний свод;
- 4) немедленного переливания крови;
- 5) постановки специальных исследований.

9. Диагноз «прогрессирующая трубная беременность» является показанием:

- 1) для удаления маточной трубы;
- 2) пластики маточной трубы;
- 3) местного введения метотрексата;
- 4) гормонального лечения;
- 5) противовоспалительного лечения.

10. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде - это:

- 1) комплексное противовоспалительное лечение;
- 2) восстановление нормобиоценоза;
- 3) гормональная контрацепция;
- 4) повышение иммунитета.

Задачи

11. Больная М., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение 28.03 по направлению врача женской консультации с диагнозом: начавшийся самопроизвольный выкидыш 4-5-й недели для лечения, направленного

на сохранение беременности. Больная предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота, незначительные кровяные выделения из половых путей. Из анамнеза: считает себя больной с 27.03, когда появились тянущие боли внизу живота после небольшой физической работы. Последняя нормальная менструация с 01.02 по 04.02. Свое состояние расценила как угрозу выкидыша, приняла 2 таблетки дротаверина. 28.03 боли внизу живота усилились, появились кровяные выделения из половых путей. Врач женской консультации после осмотра больную госпитализировал. В приемном отделении стационара: объективно - состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 78 в минуту, АД 120/80. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре шейки матки в зеркалах: слизистая оболочка влагалища цианотичная, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: матка увеличена до 4-5-й недели беременности, мягковатой консистенции, тракция за шейку болезненна, придатки слева утолщены, пастозны, незначительно болезненны. Выделения из половых путей кровянистые. Каков предварительный диагноз? Какой будет тактика врача? Каков заключительный диагноз?

12. Больная К., 26 лет, госпитализирована в стационар 01.02 с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход, остро возникшие около 2 ч назад, слабость, головокружение. Из анамнеза: считает себя больной с 01.02, когда после физической нагрузки

Источник KingMed.info

появились резкие боли внизу живота, слабость, головокружение. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней. Последняя нормальная менструация с 24.11 по 28.11. Беременностей три: одни срочные роды, два искусственных аборта. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс 105 в минуту, АД 90/50 мм рт.ст. Живот резко болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Осмотр шейки матки с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища цианотичная, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Влагалищное обследование: матка больше нормальной величины, мягковатой консистенции, движения за шейку матки резко болезненные, придатки матки не пальпируются из-за резкой болезненности, задний свод нависает, резко болезненный при пальпации. Выделения слизистые, скудные. Каков диагноз? Какой будет тактика врача?

Глава 11. Планирование семьи, бесплодный брак

11.1. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Цель занятий: ознакомить студентов с проблемами планирования семьи и регуляцией рождаемости как факторами сохранения репродуктивного здоровья.

Студент должен знать: цели и задачи планирования семьи, методы регуляции рождаемости.

Студент должен уметь: рекомендовать противозачаточные средства для предупреждения нежелательной беременности.

Место занятий: учебная комната, гинекологическое отделение.

Оснащение: таблицы ТФД, контрацептивные средства, видеофильмы, компьютерная презентация.

План организации занятий.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Каковы особенности современной демографической ситуации в мире и в России?

Основными демографическими показателями любой страны служат уровни рождаемости и смертности. Каждый из них зависит от множества факторов (возрастной состав нации, уровень здравоохранения, религиозные устои и т.д.), но определяющим, как правило, будет экономическое развитие страны.

Особенности регулирования рождаемости в каждой стране определяет демографическая модель (табл. 11.1).

Таблица 11.1. Мировые демографические модели

| Смертность | Рождаемость | |
|------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | Высокая | Низкая |
| Высокая | Экономически слабо развитые страны | Россия |
| Низкая | ? | Экономически высокоразвитые страны |

Характерно резкое снижение рождаемости и темпов роста численности населения и его старение в странах Европы и Северной Америки.

В развивающихся странах, напротив, - быстрое увеличение численности населения на фоне высоких показателей материнской и детской смертности.

Неблагоприятная демографическая модель сложилась в России: смертность в стране все еще превышает рождаемость, что ведет к депопуляции (неуклонному снижению численности населения). К концу первой декады XXI в. показатель смертности в России стабилизировался (14,2 случаев на 1000 населения в год), отмечается рост рождаемости (12,4 случаев на 1000 населения в год). Однако естественная убыль населения (1,8 случаев на 1000 населения) все еще превышает аналогичный показатель в странах Западной Европы - 0,7.

Что служит основным методом регулирования рождаемости в России?

К сожалению, основным методом регулирования рождаемости в России остается искусственное прерывание беременности, которое оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщин и служит одной из причин материнской смертности.

Что такое «планирование семьи»?

В узком смысле *планирование семьи* - это комплекс мер, позволяющий конкретной семье безопасно регулировать количество детей и время их зачатия.

В широком смысле планирование семьи - это комплекс медикосоциальных мероприятий, направленных на регуляцию рождаемости, сохранение репродуктивного здоровья населения (как женского, так и мужского) и обеспечение рождения здорового потомства.

«Планирование семьи», по определению ВОЗ, включает комплекс мероприятий, способствующих решению одновременно нескольких задач:

- избежать наступления нежелательной беременности;
- иметь только желанных детей;
- регулировать интервал между беременностями;
- контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей;
- устанавливать количество детей в семье.

Практическому решению этих задач служат просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья.

Каковы основные направления деятельности службы по планированию семьи?

Деятельность службы планирования семьи осуществляется по следующим направлениям:

- сохранение и укрепление репродуктивного здоровья (особенно за счет снижения распространения ИППП и искусственных абортов);
- популяризация современных методов контрацепции; разработка и внедрение стратегии в выборе метода контрацепции с учетом медицинских, социальных и экономических факторов;
- преодоление бесплодия супружеских пар.

Какова цель планирования семьи?

Цель планирования семьи - рождение желанных детей, снижение частоты незапланированных беременностей и искусственных абортов, материнской и перинатальной смертности.

Какова цель регуляции сроков наступления беременности?

Предупреждение беременности у женщин моложе 19 лет и старше 35 лет, соблюдение интервала между родами не менее 2-2,5 лет позволяет уменьшить материнскую и раннюю детскую смертность более чем в 2 раза. По данным ВОЗ, смертность детей, рожденных с интервалом менее года, вдвое выше, чем рожденных с интервалом в 2 года и более.

Чем определяется медико-социальная значимость планирования семьи в России?

Значимость планирования семьи в России определяется необходимостью:

Источник KingMed.info

- повышения рождаемости и улучшения здоровья потомства в условиях демографического кризиса;
- уменьшения числа абортов - главного фактора снижения репродуктивного потенциала страны;
- снижения числа ИППП;
- улучшения репродуктивного здоровья женщин, планирующих беременность и беременных;
- повышения уровня репродуктивной культуры населения.

Важная составляющая программы планирования семьи - контрацепция, применение которой позволяет регулировать рождаемость главным образом путем предупреждения нежелательной беременности, что позволяет снизить материнскую смертность от искусственных абортов на 25-50%.

Контрацепция

Что такое контрацепция?

Контрацепция - это предупреждение незапланированной беременности.

Какова классификация методов контрацепции?

Все используемые методы и средства контрацепции можно разделить на три группы.

- Гормональная контрацепция:
 - комбинированные гормональные контрацептивы (таблетки, влагалищное кольцо, пластыри);
 - чисто прогестиновые контрацептивы (ЧПК) (таблетки, имплантаты, инъекции, гормональные релизинг-системы).
- Негормональные методы контрацепции:
 - естественные методы планирования семьи;
 - барьерные методы контрацепции;
 - спермициды;
 - внутриматочная контрацепция;
 - женская хирургическая контрацепция (добровольная хирургическая стерилизация);
 - добровольная мужская стерилизация (вазэктомия).
- Экстренная контрацепция с использованием оральных контрацептивов и введением ВМК в определенные сроки после незащищенного полового акта.

Какие требования предъявляются к современным контрацептивным

средствам? Контрацептивные средства должны обладать высокой эффективностью, не оказывать неблагоприятного воздействия на здоровье, не иметь тератогенного действия, быть простыми в употреблении, доступными, эстетичными и обладать обратимостью действия.

Чем определяется контрацептивная эффективность средств?

Контрацептивная эффективность определяется индексом Перля (коэффициент беременности). Данный показатель отражает количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, постоянно использующих конкретное контрацептивное средство. Чем ниже индекс

Источник KingMed.info

Перля, тем выше контрацептивная эффективность средства (например, при стерилизации индекс Перля равен 0,05-0,4; при использовании медьсодержащих ВМК - 1, а при прерванном половом сношении - 24).

Что следует учитывать при выборе метода контрацепции?

При выборе метода контрацепции необходимо учитывать:

- эффективность (индекс Перля);
- безопасность;
- приемлемость (удобство использования, цена);
- переносимость (характер и частота побочных реакций);
- неконтрацептивные свойства (некоторые средства могут оказывать лечебное, косметическое и протективное действия);
- обратимость действия (восстановление фертильности после отмены);
- риск негативного влияния на эмбрион/плод в случае возникновения беременности.

Что относится к естественным методам планирования семьи?

Естественные методы планирования семьи включают:

- календарный метод (метод Огино-Кнауца);
- температурный;
- цервикальный;
- симптотермальный (мультикомпонентный);
- прерванное половое сношение;
- абстиненция (периодическое половое воздержание);
- метод лактационной аменореи.

Принципы естественных методов - периодическое воздержание, прерывание полового акта или применение других способов предохранения во время фертильной фазы МЦ. Индекс Перля составляет 14-50; 0,3-6,6; 6-39,7; 2-16 на 100 женщин/лет соответственно.

Что такое биологический (ритмический или календарный) метод контрацепции?

Биологический метод контрацепции относится к естественным методам предохранения от беременности и заключается в воздержании от половой жизни в периовуляторные дни. Этот метод основан на определении времени овуляции, которая происходит, как правило, в одни и те же дни (12-14-й день МЦ). Вышедшая яйцеклетка жизнеспособна 20 ч, после чего погибает. С учетом жизнеспособности сперматозоидов (48-96 ч) легко высчитываются «опасные» дни: 4 до и 4 после овуляции, итого - 8. Метод перспективен при условии подтверждения овуляции, для этого создан специальный тест на овуляцию: подобно тесту на β -ХГЧ тест-полоска определяет пик ЛГ.

На чем основано определение овуляции температурным методом?

Источник KingMed.info

Базальная температура служит классическим и более надежным методом определения фазности МЦ. При использовании этого метода дни предполагаемой овуляции определяются путем измерения базальной температуры и выяснения постоянства дней ее подъема, позволяющим установить фазы фертильности и стерильности по динамике базальной температуры. Противопоказание - нерегулярный МЦ.

На чем основан цервикальный метод?

Цервикальный метод основан на изменении характера шеечной слизи в течение МЦ под влиянием эстрогенов. Во время перiovуляторного периода слизь становится светлой, прозрачной, тягучей, обильной; в остальные дни цикла шеечная слизь вязкая, вырабатывается в небольшом количестве, вульва сухая (с 6-го по 10-й день цикла и с 18-го дня до наступления менструации). Овуляция обычно происходит спустя 24 ч после исчезновения обильной и светлой слизи, а фертильный период продолжается еще в течение 4 дней. Эффективность метода невысока.

Что такое симптотермальный метод?

Симптотермальный метод объединяет контроль базальной температуры, изменения характера шеечной слизи, данные календарного метода и ряд субъективных признаков (овуляторные боли).

Что такое абстиненция?

Абстиненция - один из традиционных методов контролирования рождаемости и обычно определяется как воздержание от полового сношения.

Что такое метод прерванного полового акта?

Метод прерванного полового акта заключается в том, что половой партнер извлекает половой член из влагалища до наступления эякуляции.

Главный недостаток - низкий контрацептивный эффект: индекс Перля - 24 на 100 женщин/лет.

С конца 90-х годов XX в. в Европе и США широко используется новый метод естественной контрацепции - «PERSONA» (рис. 11.1), основанный на определении в моче женских половых гормонов, отвечающих за возможность зачатия. Определение гормонов происходит с помощью миниатюрного компьютера и прилагаемых к нему тест-полосок. PERSONA анализирует полученные данные и информирует об «опасных» и «безопасных» днях с помо-

щью цветowych индикаторов: красный свидетельствует о возможности зачатия, зеленый - в ближайшие сутки секс безопасен (с точки зрения беременности), желтый - сегодня надо протестироваться. Отсутствие у PERSONA побочных эффектов, высокая надежность (94%), сохранение чувствительности и спонтанности секса выводят его в разряд наиболее рекомендуемых естественных методов контрацепции. Метод зарегистрирован и разрешен на территории России.



Рис. 11.1. Монитор «PERSONA»

Что такое гормональная контрацепция?

Гормональная контрацепция - это использование гормональных средств с целью предотвращения нежелательной беременности. **Какова классификация гормональных средств контрацепции?**

- КОК.
- ЧПК.
- Препараты для экстренной посткоитальной контрацепции («пожарная» контрацепция).

Какие существуют разновидности комбинированных оральных контрацептивов?

К КОК относятся препараты, каждая таблетка которых содержит эстрогенный и прогестагенный компонент.

В качестве эстрогенного компонента используется главным образом этинилэстрадиол, обеспечивающий стабильность цикла, пролиферацию эндометрия. К 2012 г. в мировую клиническую практику вошли два принципиально новых КОК, содержащих эстрадиола валерат (клайда*) и эстрадиол (зоэли*).

В зависимости от количества эстрогенного и гестагенного компонентов КОК разделяют на монофазные и многофазные.

Монофазные КОК содержат в каждой таблетке постоянную дозу эстрогена и прогестагена. К ним относятся диане-35*, марвелон*, регулон*, жанин*, силест*, фемоден*, мерсилон*, новинет*, логест* и др.

Преимущество монофазных оральных контрацептивов - не только наиболее высокая контрацептивная активность, но и выраженное многообразие лечебных свойств. Они обладают хорошим терапевтическим эффектом при ГПЭ, молочных желез, дисменорее, ДМК, ПМС, КС, эндокринном бесплодии, эндометриозе.

Источник KingMed.info

Монофазные КОК отличаются также режимом применения. Большинство из них принимают в течение 21 дня с последующим перерывом на 7 дней (режим «21+7»), во время которого наступает менструальноподобная реакция. Через 7 дней начинают использовать следующую упаковку препарата.

Особый режим приема («24+4»), связанный с укорочением безгормонального интервала, отличает препарат джес*. Этот КОК принимают без перерыва (в упаковке содержатся 24 активные таблетки и 4 таблетки плацебо), что повышает удобство применения. Преимущества системного влияния на РС введения этинилэстрадиола и дроспиренона в таком режиме позволили впервые в мировой практике зарегистрировать для джес*, помимо контрацепции, такие медицинские показания к применению, как лечение акне средней тяжести и ПМС средней тяжести у женщин, не планирующих беременность.

Трехфазные КОК содержат переменные дозы стероидов соответственно фазам МЦ. К препаратам этой группы относятся тризистон*, триквилар*, три-регол*, три-мерси*. Основная идея трехфазности - снижение суммарной (цикловой) дозы прогестагена за счет трехступенчатого увеличения его дозировки в течение цикла. При этом в первой группе таблеток доза прогестагена очень низкая - примерно 1/3 от таковой в монофазном КОК. В середине цикла дозу несколько увеличивают, и лишь в последней группе таблеток она соответствует дозе в монофазном препарате. Надежности подавления овуляции достигают за счет увеличения дозировки эстрогена в начале или середине цикла приема.

Трехфазные контрацептивы применяют в комплексной терапии гипофункции яичников, постовариозомического синдрома. Имеются сведения о неблагоприятном влиянии трехфазных КОК на структуру яичников (риск поликистоза) при длительном применении.

Каков состав комбинированных оральных контрацептивов?

Современные КОК различаются по дозе этинилэстрадиола:

- в микродозированных содержится 15 или 20 мкг этинилэстрадиола;
- низкодозированных - 30 или 35 мкг этинилэстрадиола;
- высокодозированных - более 35 мкг этинилэстрадиола (табл. 11.2).

Таблица 11.2. Состав комбинированных оральных контрацептивов

| Препарат | Состав | |
|-------------------------------------|----------------|----------------------|
| | эстрогены, мкг | гестагены, мг |
| <i>Низкодозированные монофазные</i> | | |
| Микрогинон [▲] | 30 | Левоноргестрел 0,15 |
| Диане-35 [▲] | 35 | Ципротерон 2 |
| Ригевидон [▲] | 30 | Левоноргестрел 0,15 |
| Минизистон [▲] | 30 | Левоноргестрел 0,125 |
| Фемоден [▲] | 30 | Гестоден 0,075 |
| Линдинет-30 [▲] | 30 | Гестоден 0,075 |
| Марвелон [▲] | 30 | Дезогестрел 0,15 |
| Регулон [▲] | 30 | Дезогестрел 0,15 |
| Силест [▲] | 35 | Норгестимат 0,25 |
| Жанин [▲] | 30 | Диеногест 2 |
| Ярина [▲] | 30 | Дроспиренон 3 |
| Белара [▲] | 30 | Хлормадион 2 |
| Минизистон 20 фем [▲] | 20 | Левоноргестрел 0,1 |
| Мерсилон [▲] | 20 | Дезогестрел 0,15 |
| Новинет [▲] | 20 | Дезогестрел 0,15 |
| Логест [▲] | 20 | Гестоден 0,075 |
| Линдинет-20 [▲] | 20 | Гестоден 0,075 |
| Джес [▲] | 20 | Дроспиренон 3 |
| <i>Многофазные</i> | | |
| Триквилар [▲] | 30 (6 драже) | Левоноргестрел 0,05 |
| | 40 (5 драже) | Левоноргестрел 0,075 |
| | 30 (10 драже) | Левоноргестрел 0,125 |
| Три-регол [▲] | 30 (6 драже) | Левоноргестрел 0,05 |
| | 40 (5 драже) | Левоноргестрел 0,075 |
| | 30 (10 драже) | Левоноргестрел 0,125 |
| Тризистон [▲] | 30 (6 драже) | Левоноргестрел 0,05 |
| | 40 (5 драже) | Левоноргестрел 0,075 |
| | 30 (9 драже) | Левоноргестрел 0,125 |
| Три-Мерси [▲] | 35 (7 драже) | Дезогестрел 0,05 |
| | 40 (7 драже) | Дезогестрел 0,1 |
| | 30 (7 драже) | Дезогестрел 0,15 |

Прогестагенный компонент представлен левоноргестрелом (II поколение), хлормадином, норгестиматом, дезогестрелом, гестоденом (III поколение), диеногестом, дроспиреноном (IV поколение). Прогестагены последнего поколения обладают выраженным избирательным действием на рецепторы прогестерона, их молекула не содержит этинильного радикала. Они не обладают андрогенной активностью, не нарушают метаболизм липидов, не оказывают негативного влияния на массу тела, не повышают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и обеспечивают адекватный контроль МЦ. Ципротерон, диеногест, дроспиренон и хлормадион обладают антиандрогенным эффектом. Дроспиренон отличается выраженный минералокортикоидный эффект, который в значительно меньшей степени, но все же имеется и у гестодена. В настоящее время разработаны КОК, содержащие фолаты, целью которых является ликвидация возможного дефицита фолиевой кислоты и снижение риска пороков развития нервной трубки (днис плюс[▲], ярина плюс[▲]).

Каков механизм действия гормональных контрацептивов?

Механизм контрацептивного действия включает:

Источник KingMed.info

- подавление овуляции в результате ингибирующего влияния на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему;
- изменение характера шейечной слизи;
- изменение эндометрия, препятствующее имплантации плодного яйца. Таким образом, контрацептивный эффект КОК зависит главным образом от действия прогестагена, а контроль МЦ - от эстрогена.

Каковы правила назначения комбинированных оральных контрацептивов?

Правила назначения КОК.

- Первичное назначение - с 1-го дня МЦ. Если прием начат позже (лучше не позднее 5-го дня цикла), то в первые 7 дней необходимо использовать дополнительные методы контрацепции.
- Назначение после аборта - сразу после аборта. Аборт в I, II триместрах, а также септический аборт для назначения КОК относят к состояниям категории 1 (ограничений к использованию метода нет).
- Назначение после родов - при отсутствии лактации назначают не ранее 21-го дня после родов (категория 1). При наличии лактации КОК могут быть рекомендованы не ранее чем через 6 мес после родов. Предпочтение следует отдать ЧПК, но не ранее чем через 6 нед после родов (категория 1).
- Переход с низкодозированных КОК (30 мкг этинилэстрадиола) на микродозированные (20 мкг этинилэстрадиола и менее) - без 7-дневного перерыва (чтобы не произошла активация гипоталамо-гипофизарной системы из-за снижения дозы), прием первой упаковки другого препарата начинают с 1-го дня очередной менструации.
- Переход с одного низкодозированного КОК на другой - после обычного 7-дневного перерыва.
- Переход с ЧПК на КОК - в 1-й день очередного кровотечения.
- Переход с инъекционного препарата на КОК - в день очередной инъекции.

Каковы лечебные эффекты комбинированных оральных контрацептивов?

Лечебные эффекты КОК.

- Регуляция МЦ.
- Устранение или уменьшение тяжести дисменореи.
- Лечебное действие при ПМС.
- Устранение овуляторных болей.
- Уменьшение менструальной кровопотери и вследствие этого лечение и профилактика железодефицитной анемии.
- Уменьшение частоты возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза.
- Лечебное действие при гиперандрогенных состояниях (СПКЯ, акне). **Каковы**

профилактические эффекты комбинированных оральных контрацептивов?

Профилактические эффекты КОК.

Источник KingMed.info

- Снижение риска развития рака эндометрия и яичников, а также колоректального рака.
- Снижение риска возникновения доброкачественных новообразований молочной железы.
- Снижение риска развития железодефицитной анемии.
- Снижение риска внематочной беременности.
- Снятие «страха нежелательной беременности».
- Возможность «отсрочки» очередной менструации, например, во время экзаменов, соревнований, отдыха и по медицинским показаниям.

Каковы возможные побочные реакции при использовании оральной контрацепции?

Побочные эффекты и осложнения бывают эстроген- и гестагензависимыми. В зависимости от времени появления различают ранние и поздние побочные реакции. Ранние носят адаптационный характер, формируются, как правило, в первые 3 мес приема препаратов и в большинстве случаев самостоятельно исчезают. К ним относятся тошнота, головокружение, увеличение молочных желез, межменструальные выделения, боли в животе. Поздние побочные реакции развиваются через 3-6 мес после приема препарата и заключаются в утомляемости, раздражительности, депрессии, появлении акне, увеличении массы тела, снижении либидо, нарушении зрения, задержках менструации.

Каковы осложнения при использовании комбинированной оральной контрацепции?

К наиболее серьезным осложнениям относятся тромбоэмболические осложнения, сосудистые заболевания, особенно у курящих женщин старше 35 лет. На сегодняшний день применяют КОК, содержащие низкие дозы эстрогенов (20-30 мкг), и такие осложнения почти не возникают. Большое значение имеет оценка риска перед началом приема КОК. Для этого используют «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции» ВОЗ, которые пересматриваются каждые 4 года с учетом данных доказательной медицины. Безопасным считается применение метода, если все параметры здоровья индивидуума попадают под категории 1 (нет противопоказаний) или 2 (польза существенно превышает риск, применение возможно под врачебным наблюдением).

Что относится к парентеральным методам контрацепции?

К ним относятся накожный пластырь (Евра*) и влагалищное кольцо НоваРинг*.

Трансдермальная контрацептивная система Евра* - комбинированный эстроген-гестагенный контрацептив, представляет собой тонкий пластырь бежевого цвета, площадь контакта которого с кожей составляет 20 см². Каждый пластырь содержит 600 мкг этинилэстрадиола и 6 мг норэргестромина. По дозировкам поступающих в кровь гормонов система Евра* соответствует микродозированным КОК.

Пластырь можно наклеивать на одну из четырех возможных зон (ягодицы, грудь (за исключением молочных желез), внутреннюю поверхность плеча, нижнюю часть живота). В течение одного МЦ используют 3 пластыря, каждый из которых накладывают на 7 дней. Затем следует сделать 7-дневный перерыв, во время которого наступает менструальноподобная реакция.

НоваРинг* - метод контрацепции, использующий влагалищный путь введения гормонов. Каждое влагалищное кольцо предназначено для применения в течение одного МЦ. Женщина сама вводит и удаляет НоваРинг*. Кольцо вводят с 1-го по 5-й день МЦ, в течение 3 нед оно находится

Источник KingMed.info

во влагалище, затем его удаляют и после 7-дневного перерыва вводят следующее кольцо. В течение первых 7 дней применения вагинального кольца необходимо использовать презерватив. В последующих циклах нет необходимости в дополнительном использовании какой-либо контрацепции.

Какой основной механизм действия чисто прогестиновых контрацептивов?

Основными механизмами действия прогестагена, входящего в состав ЧПК, будут:

- уплотнение цервикальной слизи, что затрудняет и нарушает движение сперматозоидов;
- атрофические изменения в эндометрии;
- подавление овуляции;
- преждевременный лютеолиз.

Что относится к чисто прогестиновым контрацептивам?

К этой категории относят препараты, содержащие только прогестаген. Они различаются средством доставки действующего вещества в организм - оральные (таблетки «мини-пили», имплантаты, инъекционные средства, внутриматочная левоноргестрел-выделяющая рилизинг-система).

К ЧПК относят:

- противозачаточные таблетки «мини-пили», содержащие только прогестагены (чарозетта*, лактинет*);
- имплантаты (инертный носитель, вводимый подкожно, дозированно выделяющий левоноргестрел или дезогестрел (норплант*)), обеспечивающие эффективную контрацепцию в течение 18 мес;
- инъекционные препараты (депо): депо-провера*, пролонгированный инъекционный препарат медроксипрогестерона, продолжительность противозачаточного действия которого составляет 3 мес;
- гормонсодержащие ВМК (внутриматочные рилизинг-системы).

Что такое пролонгированная контрацепция?

Под *пролонгированной контрацепцией* подразумевается использование депо-препаратов, содержащих прогестагены пролонгированного действия, лишенных эстрогенной и андрогенной активности.

К ним относится депо-провера*, внутриматочная левоноргестрелвыделяющая система Мирена и импланты.

Каковы показания к назначению пролонгированной гормональной контрацепции?

Применение пролонгированной гормональной терапии оправдано у женщин, которым требуется надежная контрацепция при наличии противопоказаний к приему эстрогенов и отказе от добровольной хирургической стерилизации.

Отмечен терапевтический эффект при применении этих препаратов при эндометриозе, дисменорее, ГПЭ.

Каковы недостатки пролонгированной гормональной контрацепции?

Источник KingMed.info

Недостатки метода: нарушения МЦ в виде нерегулярных, продолжительных мажущих или обильных кровянистых выделений; аменорея через несколько месяцев после введения препарата; галакторея; для депо-провера задержка восстановления фертильности до 12-24 мес; невозможность прекращения действия препарата при возникновении побочных эффектов; для депо-провера увеличение массы тела (через год использования более 80% женщин отмечают увеличение массы тела), головная боль, тошнота, повышенная нервозность.

Что такое экстренная (посткоитальная, «пожарная») контрацепция?

Экстренная (посткоитальная «пожарная») контрацепция - это использование контрацептивных средств с целью предотвратить нежелательную беременность на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации.

Каковы показания для экстренной контрацепции?

Посткоитальная контрацепция рекомендуется:

- женщинам, живущим нерегулярной половой жизнью;
- при половом контакте без использования какого бы то ни было метода контрацепции при нежеланной беременности;
- при неудачном или неправильном использовании метода контрацепции (разрыв, соскальзывание или неправильное использование презерватива; пропуск приема таблетки или поздний ее прием без барьерного метода контрацепции; неудачно прерванный половой акт/извлечение полового члена; спермицидная таблетка не растворилась до полового акта; неправильный расчет по методу стандартных дней или незащищенный половой акт в период возможного зачатия; выпадение внутриматочной спирали);
- при сексуальном насилии без защиты эффективным методом контрацепции.

Что используется для экстренной контрацепции?

Для экстренной контрацепции используются:

- чисто прогестиновые таблетки, содержащие большие дозы левоноргестрела (постинор*, эскапел*);
- КОК (метод Юзпе);
- мифепристон (гинепристон*);
- ВМК.

На чем основан механизм действия экстренной посткоитальной контрацепции?

Посткоитальные гормональные препараты обеспечивают одномоментное введение в организм больших доз гормонов, что десинхронизирует физиологические гормональные циклические изменения при нормальном МЦ, приводящих к развитию «менструального хаоса».

Каковы критерии приемлемости препаратов для экстренной контрацепции?

К ним относятся:

- отсутствие заболеваний, препятствующих применению экстренной контрацепции;
- посткоитальная контрацепция не показана женщинам с подтвержденной беременностью, так как они не прерывают наступившую уже беременность;

Источник KingMed.info

- данных, свидетельствующих о нарушении беременности или влиянии на организм матери больших доз левоноргестрела при случайном их использовании, нет;
- женщины, кормящие грудью, при необходимости могут воспользоваться таблетками для экстренной контрацепции, которые не влияют на качество или количество грудного молока.

Приемлемость метода ограничена из-за высокой частоты нарушений МЦ и прорывных кровотечений, сравнительно низкого контрацептивного эффекта (индекс Перля 1,7-8,3), возможных побочных эффектов в виде тошноты, рвоты.

Как принимают посткоитальные гормональные препараты?

С целью экстренной контрацепции ВОЗ рекомендует однократный прием 1 таблетки эскапел* (1,5 мг левоноргестрела) или 2 таблеток постинора* либо двукратный прием постинора* (0,75 мкг левоноргестрела) с промежутком в 12 ч. Возможно назначение также антипрогестагена (мифепристон - 10 мг).

Что такое метод Юзпе?

Метод Юзпе - двукратный прием КОК с интервалом 12 ч с таким расчетом, чтобы доза одного приема составила 100 мкг этинилэстрадиола и 0,5 мг левоноргестрела.

Какова эффективность посткоитальных гормональных препаратов? Эффективность данного типа контрацепции составляет 56-93% случаев (чем раньше приняты таблетки, тем выше их эффективность).

Когда и кому следует вводить внутриматочные контрацептивы для экстренной контрацепции?

ВМК вводят в течение 5-7 дней после незащищенного полового контакта, этот метод показан тем женщинам, которые в последующем желают постоянно использовать внутриматочную контрацепцию (при отсутствии противопоказаний).

Что относится к внутриматочным контрацептивам?

К ВМК относятся:

- инертные (нейтральные), изготовленные из полиэтилена, - петля Липпса (сегодня уже не применяется, но извлекается);
- медикаментозные: гормоны выделяющие - Мирена* - содержит левоноргестрел, доза, которая ежедневно выделяется в полость матки, составляет 20 мкг/сут;
- медьсодержащие: Мультилоуд Cu - 375, Т Cu - 380А, Т Cu - 220В, Т Cu - 200Аg, Т Cu - 380Аg, Т Cu - 220 (цифры означают площадь медной оплетки в мм², содержащейся в спирали);
- Nova-T (с внутренним серебряным стержнем) и др.

На чем основано действие внутриматочных контрацептивов? Контрацептивному влиянию ВМК подвергаются:

- миграция сперматозоидов (тормозят миграцию сперматозоидов из влагалища в фаллопиевы трубы);
- процессы оплодотворения (ускоряют переход оплодотворенной яйцеклетки через фаллопиевы трубы и ее попадание в матку);

Источник KingMed.info

- имплантация (вызывают лизис бластоцисты и (или) препятствуют имплантации вследствие развития местных воспалительных процессов; увеличивается образование местных простагландинов, торможение имплантации);
- матка (ВМК, содержащие прогестерон или левоноргестрел, приводят к атрофии эндометрия при их длительном применении).

На сегодняшний день довольно широко используют гормональную рилизинг-систему «Мирена*», которая сочетает высокую контрацептивную эффективность и терапевтические свойства ЧПК с удобством и длительным действием ВМК. Срок использования «Мирены*» составляет 5 лет, хотя контрацептивный эффект сохраняется в течение 7 лет.

В чем преимущества и недостатки внутриматочной контрацепции?

Преимущество использования ВМК - высокая эффективность, немедленный контрацептивный эффект, длительное использование, отсутствие связи с половым актом, возможность применения в период лактации, конфиденциальность, низкая стоимость, быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМК. Гормонсодержащие ВМК, кроме того, уменьшают менструальные боли и кровопотерю, снижают риск развития внематочной беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза и пролиферативных процессов эндометрия.

Эффективность ВМК достаточно высока: для петли Липпса индекс Перля составляет 4, для медикаментозных ВМК - менее 1 на 100 женщин/лет.

К недостаткам метода относят увеличение менструальной кровопотери в первые месяцы применения ВМК, возможные пред- и постменструальные кровотечения; возникновение воспалительных заболеваний органов малого таза и внематочной беременности (для медьсодержащих), перфорации матки и экспульсия ВМК. Процедура введения и удаления ВМК требует посещения гинеколога (обычно ВМК вводят и извлекают в дни менструаций).

Что относится к барьерным методам контрацепции?

К барьерным влагалищным средствам контрацепции относятся: контрацептивные губки, влагалищные диафрагмы, цервикальные колпачки, презервативы, которые предотвращают проникновение сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы половых органов женщины.

Что такое спермициды?

Спермициды - это влагалищные препараты, предназначенные для предохранения от беременности. Основным требованием к спермицидам служит способность разрушать клеточную мембрану сперматозоидов.

Каков состав современных спермицидов?

Современные спермициды состоят из двух компонентов: спермоубивающего химического вещества и так называемого основания, или носителя. Оба играют важную роль в обеспечении контрацептивного эффекта. Носитель ответствен за дисперсию химического вещества во влагалище, обволакивая шейку матки, и поддержание его на месте так, чтобы ни один сперматозоид не смог избежать контакта со спермицидным ингредиентом. Для пенящихся средств основание также позволяет физическому барьеру уменьшить контакт между семенем и шейкой матки.

Источник KingMed.info

Для большинства спермицидов активными ингредиентами являются хлорид бензалкониума и ноноксинол, сильнодействующие сурфактанты, основным механизмом спермицидного действия которых служит разрушение клеточной мембраны сперматозоидов. Выпускаются также и спермициды, содержащие вместо сурфактанта вещества, ингибирующие активность ферментов; А-ген53 или син-а-ген (А-ген 53, *syn-a-gen*) - активный ингредиент таких спермицидов.

Каковы формы выпуска спермицидов?

Отличительное свойство каждого спермицида зависит в основном от его носителя. Спермицидные вещества выпускаются в виде кремов или желе, пены, тающих свечек, пенящихся свечек и таблеток, растворимых пленок. Кремы и желе можно использовать отдельно или вместе с диафрагмой или цервикальным колпачком.

Спермициды могут применяться с презервативами для обеспечения крайне эффективной контрацептивной защиты, а также для предохранения от ИППП.

Каковы показания к применению спермицидов?

Показанием к применению спермицидов служат: редкие половые сношения, поздний репродуктивный возраст, невозможность использования оральной контрацепции или ВМК, временный метод контрацепции во время перерыва в применении оральной контрацепции или ВМК.

К преимуществам метода относится снижение риска ИППП, так как ряд современных спермицидов вызывает гибель большинства их возбудителей, в том числе гонококков, ВПГ, трихомонад, бледной трепонемы, вируса иммунодефицита человека. Вместе с тем следует отметить наличие доказательной базы в отношении повышения риска заражения ВИЧ-инфекцией у пользователей ноноксилон, за счет микротравматизации слизистой влагалища.

Каковы особенности контрацепции в подростковом возрасте (15-19 лет)?

Основные требования к контрацептивам:

- надежная контрацепция;
- защита от ИППП;
- обратимость.

Рекомендуемые методы:

- микродозированные (низкодозированные) КОК;
- барьерные;
- КОК + презерватив (двойной «голландский метод»);
- спермициды (при редких половых контактах);
- возможно сочетание КОК и спермицидов.

Какую контрацепцию можно рекомендовать после искусственного аборта?

Основные требования:

- надежная длительная, но обратимая контрацепция;
- защитные свойства;

Источник KingMed.info

- защита от ИППП;
- обратимость. Рекомендуемые методы:
- КОК (монофазные, низкодозированные) сразу после аборта в 1 день;
- ВМК сразу после аборта, через 4-6 нед после аборта (после восстановления МЦ);
- барьерные.

Каковы требования к контрацепции после родов?

Основные требования:

- отсутствие влияния на лактацию;
- надежность, но обратимость. Рекомендуемые методы:
- физиологическая, «натуральная» контрацепция (6 мес);
- ЧПК, мини-пили (чарозетта*, лактинет*, через 6 нед после родов);
- ВМК - через 48 ч или через 6 нед после родов: во время или после кесарева сечения;
- ВМК - гормоновыделяющая система Мирена*;
- барьерные методы в сочетании со спермицидами;
- КОК только при отсутствии грудного вскармливания;
- добровольная хирургическая стерилизация.

Каковы особенности контрацепции в позднем репродуктивном возрасте (35-45 лет)?

Особенности возрастного периода:

- снижение овуляторных циклов;
- увеличение риска врожденных аномалий развития плода;
- высокая частота экстрагенитальной патологии;
- различные гинекологические заболевания. Основные требования:
- надежная контрацепция;
- минимальный риск метаболических нарушений. Рекомендуемые методы:
- ВМК (мирена*);
- добровольная хирургическая стерилизация;
- ЧПК;
- КОК микродозированные;
- барьерные + спермициды.

Какое влияние оказывает грудное вскармливание на фертильность?

Метод лактационной аменореи общепризнан и не снижает фертильность женщины.

Каковы условия эффективности данного метода?

Источник KingMed.info

К ним относятся:

- исключительно грудное вскармливание не реже чем каждые 3-4 ч, отсутствие ночных перерывов в кормлении;
- отсутствие менструаций у женщины;
- возраст ребенка не более 6 мес.

Эффективность метода лактационной аменореи достигает 100% только при эксклюзивном грудном вскармливании.

На чем основывается выбор начала и методов контрацепции для кормящих матерей?

Поскольку трудно определить продолжительность бесплодия периода лактации, проведение консультаций по применению методов контрацепции необходимо начать уже в пренатальном периоде. В идеальном случае применение противозачаточных средств начинается спустя 6 мес после родов. Если же грудное вскармливание по какой-либо причине не проводится, то контрацепция возможна спустя 6 нед после родов.

При нечастом кормлении грудью, при желании прекращения ночного кормления или преждевременного начала дополнительного вскармливания женщина должна начать применение дополнительной контрацепции немедленно после родов либо спустя 6 нед после родов.

Что такое добровольная хирургическая контрацепция (стерилизация)?

Добровольная хирургическая стерилизация представляет собой необратимый, самый эффективный, безопасный и экономный метод контрацепции не только для женщин, но и для мужчин.

Что представляет собой добровольная хирургическая контрацепция женщин?

Добровольная хирургическая контрацепция (стерилизация женщины) служит высокоэффективным методом контрацепции, основанным на перевязке или создании искусственной непроходимости маточных труб при мини-лапаротомии, лапароскопии или гистероскопии. Индекс Перля для стерилизации - 0,05-0,4 на 100 женщин/лет.

Какие существуют показания для стерилизации женщин?

Медицинские показания - тяжелая экстрагенитальная патология, служащая противопоказанием к вынашиванию беременности и родам в связи с угрозой здоровью и жизни женщины. Желание женщины - предпочтительнее для возраста старше 35 лет при наличии в семье двух детей и более; при производстве повторной операции кесарева сечения следует учитывать состояние здоровья детей, стабильность брака.

Юридическая сторона вопроса требует документального оформления согласия женщины на проведение стерилизации.

Какие существуют противопоказания для стерилизации женщин?

К числу противопоказаний относятся острые и подострые воспалительные процессы, кровянистые выделения неясной этиологии, выраженный спаечный процесс в малом тазу, тяжелые соматические заболевания, при которых оперативное вмешательство нежелательно.

Какие существуют способы стерилизации женщин?

Источник KingMed.info

Существуют различные способы стерилизации:

- методы перевязки и последующего пересечения или иссечения участка трубы;
- механические методы, основанные на блокировании маточной трубы с помощью специальных силиконовых колец, зажимов (при этом методе ткани трубы меньше травмируются, что облегчает проведение реконструктивных операций в случае необходимости);
- методы с использованием теплоэнергетического воздействия - коагуляция и блокирование маточных труб на расстоянии 1,5-2 см от матки.

Когда производится стерилизация женщин?

Стерилизация может быть проведена в следующие сроки:

- «отсроченная стерилизация» - во второй фазе МЦ, через 6 нед после родов, во время гинекологических операций;
- «послеабортная стерилизация» - непосредственно после неосложненного искусственного аборта;
- «послеродовая стерилизация» - во время кесарева сечения, через 48 ч или (с особой осторожностью) через 3-7 дней после родоразрешения через естественные родовые пути (с 8-го по 41-й день после родов стерилизацию не выполняют).

Обратима ли женская и мужская стерилизация?

Спектр применения стерилизации ограничивает ее необратимость. Частота отрицательных результатов консервативно-пластических микрохирургических операций значительно превышает успешные, и имеются только отдельные случаи восстановления фертильности.

Искусственное прерывание беременности (артифициальный аборт) в I триместре

Что такое артифициальный аборт?

Артифициальный (медицинский) аборт - это искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Медицинский аборт производится в медицинском учреждении с информированного согласия женщины с обязательным оформлением соответствующей медицинской документации.

Если при выполнении искусственного аборта нарушено хотя бы одно из требований, предъявляемых к медицинскому аборту, такое прерывание беременности считается криминальным.

Какова социальная значимость артифициального аборта?

По данным социологов, 50% всех беременностей - незапланированные, 25% - нежелательные. Ежегодно в мире производится до 45-55 млн абортов. В России, несмотря на снижение числа абортов за последние десятилетия более чем вдвое, по-прежнему в год производится почти 1 млн абортов.

Социальное значение этого явления заключается в снижении рождаемости и значительном подрыве репродуктивного здоровья нации.

Какова медицинская значимость артифициального аборта?

Частота осложнений после искусственного аборта колеблется от 16 до 52%.

Источник KingMed.info

Осложнения после абортов наблюдаются в среднем у каждой третьей женщины, а у первобеременных их частота доходит до 45%. При этом частота поздних осложнений (10-35%) превышает частоту ранних (5-18%).

Частота гинекологических заболеваний у женщин, первая беременность которых закончилась искусственным абортом, составляет 58,7%.

Доказано негативное влияние аборта на течение последующих беременностей, повышается риск преждевременных родов, несвоевременного излития околоплодных вод, рождения детей с низкой массой тела.

Каковы показания для прерывания беременности сроком до 12 нед?

В России медицинский аборт при сроке беременности до 12 нед выполняется по желанию женщины, а также по медицинским и социальным показаниям с ее согласия.

Медицинскими показаниями для прерывания беременности при любом сроке служат все клинические ситуации, при которых пролонгирование беременности представляет серьезную угрозу жизни и здоровью женщины.

Кроме того, аборт выполняется по медицинским показаниям в случаях возможного рождения нежизнеспособного либо неполноценного потомства.

Социальными показаниями для прерывания беременности в России служат:

- наличие инвалидности I-II группы у мужа или смерть мужа во время беременности;
- наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав;
- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- беременность в результате изнасилования.

Каковы методы прерывания беременности в I триместре?

Существуют две группы методов искусственного прерывания беременности на ранних сроках: хирургические и медикаментозные методы.

- Хирургические методы - инструментальное удаление плодного яйца из полости матки с помощью вакуум-аспирации или с помощью кюретки.
- Медикаментозное прерывание беременности осуществляется различными препаратами, влияющими либо на функцию желтого тела, либо на сократительную активность матки.

Решение о методе прерывания беременности зависит от технических возможностей, акушерского статуса, анамнеза, желания женщины.

Какие существуют методы вакуум-аспирации? Существуют следующие методы:

- электрическая с использованием электрического насоса и канюль;
- ручная (мануальная), при которой содержимое полости матки удаляют с помощью ручного шприца, служащего источником вакуума и резервуаром для аспирата.

Каковы осложнения хирургических методов прерывания беременности?

В мире ежегодно погибает почти 80 тыс. женщин в связи с осложнениями хирургического аборта (15% - от кровотечения, 85% - от сепсиса). Осложнения хирургического аборта бывают:

Источник KingMed.info

- интраоперационные (травма шейки матки, перфорация матки, кровотечение);
- ранние (гематометра, остатки плодного яйца, кровотечение);
- поздние (плацентарный полип, эндометрит, сальпингоофорит, эндокринные нарушения, расстройства МЦ, истмиоцервикальная недостаточность, невынашивание беременности, эктопическая беременность, бесплодие, миома матки, эндометриоз, осложнения во время беременности и родов, увеличение перинатальной заболеваемости и смертности в 2-3 раза).

Что такое медикаментозный (фармакологический, менструальный) аборт?

Термин «*медикаментозный аборт*» обозначает прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов. Медикаментозный аборт - один из редких случаев, когда научное предвидение в ответ на общественный запрос создало технологию.

Выполнение медикаментозного аборта ВОЗ рекомендует до 9-й недели беременности (63 дня от 1-го дня последней менструации). Технология, утвержденная в РФ, предусматривает ее выполнение в течение 42 дней от 1-го дня последней менструации.

Метод дает в 100 раз меньше осложнений в сравнении с хирургическим. Однако в случае неудачи медикаментозного аборта беременность следует прервать хирургическим методом из-за высокой опасности пороков развития плода.

Какова эффективность медикаментозного аборта?

Эффективность медикаментозного аборта составляет 95% при задержке менструации не более 1 нед (42 дня от 1-го дня последней менструации, что соответствует 5 нед беременности).

Какие группы лекарственных препаратов используют для прерывания беременности?

Для прерывания беременности в ранних сроках используются синтетические антипрогестины, имеющие сродство с рецепторами прогестерона и действующие как его антагонист. Таким антипрогестероновым соединением является препарат мифепристон. Препарат блокирует действие прогестерона на уровне рецепторов и повышает чувствительность миометрия к действию простагландинов. В сочетании с простагландинами (мизопропрост*) эффективность метода - почти 100%. Осложнения наблюдаются в 5% случаев в виде тошноты, головокружения, слабости. К преимуществам мифепристона относится отсутствие необходимости обезболивания, возможности перфорации, появления истмиоцервикальной недостаточности и значительное снижение показателя бесплодия, психических нарушений, воспалительных заболеваний половых органов.

Применение вышеуказанных лекарственных препаратов не влияет на фертильность женщины, которая восстанавливается уже в первом МЦ после аборта.

Как оценивается эффективность фармакологического аборта?

Эффективность метода оценивается по следующим критериям:

- отсутствие плодного яйца или его элементов в полости матки при УЗИ через 2-3 нед;
- снижение концентрации β -ХГЧ в сыворотке крови;
- нормальные размеры матки;
- отсутствие болезненных ощущений.

Тестовые задания

1. Планирование семьи - это:

- 1) комплекс мер, позволяющий конкретной семье безопасно регулировать количество детей и время их зачатия;
- 2) комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на регуляцию рождаемости, сохранение репродуктивного здоровья женского населения и обеспечение рождения здорового потомства;
- 3) комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на регуляцию рождаемости, сохранение репродуктивного здоровья мужского населения и обеспечение рождения здорового потомства;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

2. Каковы цели планирования семьи?

- 1) рождение желанных детей;
- 2) снижение частоты незапланированных беременностей;
- 3) снижение частоты искусственных абортов;
- 4) снижение уровня материнской смертности;
- 5) снижение уровня перинатальной смертности;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

3. Какие из перечисленных заболеваний входят в перечень болезней, ассоциированных ВОЗ с высоким риском незапланированной беременности?

- 1) рак молочной железы;
- 2) хронический пиелонефрит с частыми обострениями;
- 3) сахарный диабет с сосудистыми осложнениями;
- 4) ишемическая болезнь сердца;
- 5) тромбогенные мутации;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

4. С помощью каких препаратов производится медикаментозный аборт?

- 1) гонадотропины;
- 2) антипрогестины;
- 3) антибиотики;
- 4) эстроген-гестагены;

Источник KingMed.info

- 5) простагландины;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

5. Что отражает индекс Перля?

- 1) количество беременностей, наступивших в течение 1 года у одной женщины репродуктивного возраста, постоянно использующей конкретное контрацептивное средство;
- 2) количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 1000 женщин, постоянно использующих конкретное контрацептивное средство;
- 3) количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, постоянно использующих какое-либо контрацептивное средство;
- 4) количество беременностей, наступивших в течение 1 года у 100 женщин, после отмены конкретного контрацептивного средства.

6. Какие методы контрацепции относят к высокоэффективным?

- 1) презерватив;
- 2) КОК;
- 3) спермициды;
- 4) календарный метод;
- 5) внутриматочную контрацепцию;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

7. Какие методы контрацепции снижают риск инфекций, передаваемых половым путем?

- 1) презерватив;
- 2) КОК;
- 3) спермициды;
- 4) календарный метод;
- 5) внутриматочная контрацепция;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

8. Какие из перечисленных препаратов относят к комбинированным оральным контрацептивам?

- 1) марвелон;
- 2) новаРинг;
- 3) евра;
- 4) чарозетта;

Источник KingMed.info

5) новинет;

6) все перечисленное;

7) ничего из перечисленного.

9. Какие из перечисленных препаратов относят к микродозированным комбинированным гормональным контрацептивам?

1) марвелон;

2) новаРинг;

3) евра;

4) чарозетта;

5) новинет;

6) все перечисленное;

7) ничего из перечисленного.

10. Что относится к механизмам контрацептивного действия комбинированных оральных контрацептивов на репродуктивную систему?

1) регуляция МЦ;

2) подавление овуляции в яичниках;

3) изменение характера шейечной слизи;

4) изменения эндометрия, препятствующие имплантации плодного яйца;

5) все перечисленное;

6) ничего из перечисленного.

11. Что относится к лечебным эффектам комбинированной гормональной контрацепции?

1) регуляция МЦ;

2) устранение или уменьшение тяжести дисменореи;

3) уменьшение частоты воспалительных заболеваний влагалища;

4) лечебное действие при ПМС;

5) уменьшение менструальной кровопотери (лечение и профилактика железодефицитной анемии);

6) все перечисленное;

7) ничего из перечисленного.

12. Частоту каких видов рака в популяции снижают комбинированные оральные контрацептивы?

1) рак эндометрия;

2) колоректальный рак;

3) РШМ;

Источник KingMed.info

- 4) рак яичников;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

13. К каким методам контрацепции относят влагалищное кольцо и накожный пластырь?

- 1) комбинированные гормональные контрацептивы;
- 2) методы экстренной контрацепции;
- 3) ЧПК;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

14. Какие методы контрацепции относят к необратимым?

- 1) внутриматочная система Мирена;
- 2) КОК;
- 3) добровольная хирургическая стерилизация;
- 4) ЧПК;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

15. Какие контрацептивные средства могут быть использованы в качестве экстренной (посткоитальной, «пожарной») контрацепции?

- 1) внутриматочная система Мирена;
- 2) КОК;
- 3) добровольная хирургическая стерилизация;
- 4) ЧПК;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

16. Какие контрацептивы относятся к чисто прогестиновым?

- 1) внутриматочная система Мирена;
- 2) КОК;
- 3) влагалищное кольцо;
- 4) контрацептивные имплантаты;
- 5) инъекционные контрацептивы;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

17. Какие контрацептивы обладают пролонгированным действием?

- 1) внутриматочная система Мирена;
- 2) КОК;
- 3) накожный пластырь;
- 4) инъекционные контрацептивы;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

18. Какие методы контрацепции наиболее приемлемы для девушки-подростка, имеющей регулярные контакты с постоянным партнером?

- 1) внутриматочная система Мирена;
- 2) КОК;
- 3) добровольная хирургическая стерилизация;
- 4) ЧПК;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

19. Какие методы контрацепции можно рекомендовать женщине в период лактации, которая планирует впоследствии родить еще одного ребенка?

- 1) внутриматочную систему Мирена;
- 2) КОК;
- 3) добровольную хирургическую стерилизацию;
- 4) ЧПК;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

20. Какие методы контрацепции наиболее рекомендованы в позднем репродуктивном возрасте?

- 1) внутриматочная система Мирена;
- 2) добровольная хирургическая стерилизация;
- 3) ЧПК;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

Задачи

21. К врачу обратилась девушка, 16 лет, с жалобами на утомляемость, слабость, периодические головокружения. При опросе выяснено, что 1 мес и 2 нед назад произведен искусственный аборт, без осложнений. Половой партнер постоянный, половая жизнь регулярная. В настоящее

Источник KingMed.info

время для предохранения по рекомендации врача использует презерватив. При обследовании в крови выявлено снижение гемоглобина, уровень сывороточного железа на нижней границе нормы. Какой метод контрацепции лучше порекомендовать пациентке?

22. Девушка, 15,5 лет, учится в училище, соматически здорова, желает использовать контрацепцию. Рост 164 см, масса тела 58,2 кг. Половое развитие соответствует возрасту. Постоянного партнера нет, половая жизнь 2 раза в месяц и чаще. Юношеские угри на лбу и подбородке. Какой метод контрацепции лучше порекомендовать пациентке?

23. Женщина, 21 год, замужем. Шесть месяцев назад были срочные роды, кормит ребенка грудью, желает использовать контрацепцию. Беременность и роды планирует не ранее чем через 5 лет. Рост 174 см, масса тела 73 кг. Соматически здорова. До родов отмечает болезненность менструаций в первые 2 дня, иногда по этому поводу приходилось принимать но-шпу* или нурофен* . Какой метод контрацепции лучше порекомендовать пациентке?

24. Женщина, 36 лет, преподаватель колледжа, состоит в незарегистрированном браке, страдает миопией легкой степени, хроническим пиелонефритом с редкими обострениями. Нуждается в регулярной контрацепции. Рост 154 см, масса тела 63,6 кг. Из гинекологических заболеваний - ПМС, который проявляется отеками лица и тела, раздражительностью, плаксивостью, снижением концентрации, иногда - расстройством стула. Какой метод контрацепции лучше порекомендовать пациентке?

25. На консультацию к гинекологу обратилась женщина, 24 лет, замужем, половая жизнь регулярная. Накануне вечером при сексуальном контакте произошел разрыв презерватива. Беременность не планирует по семейным обстоятельствам. Предложите метод экстренной контрацепции. Какой будет тактика врача?

11.2. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК

Цель занятия: ознакомить студентов с причинами бесплодного брака, научить распознавать и оказывать помощь при бесплодном браке.

Студент должен знать: профилактику, причины, диагностику и врачебную тактику при бесплодном браке.

Студент должен уметь: оценивать результаты обследования при бесплодии у женщин, определить методы лечения в зависимости от причин бесплодия.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение или кабинет по лечению бесплодия в женской консультации.

Оснащение: таблицы ТФД, гистерограммы, сонограммы, истории болезней, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеваниями, приводящими к бесплодию, или страдающих бесплодием. Разбор истории болезни.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что называется бесплодным браком?

Бесплодный брак - неспособность супругами в детородном возрасте к зачатию при регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств в течение 12 мес.

Различают женское и мужское бесплодие, а также сочетание женского и мужского бесплодия - «сочетанное бесплодие».

Классификация по МКБ-10

N97.0. Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции. N97.1. Женское бесплодие трубного происхождения. N97.2. Женское бесплодие маточного происхождения. N97.3. Женское бесплодие цервикального происхождения. N97.8. Другие формы женского бесплодия. N97.9. Женское бесплодие неуточненное. N46. Мужское бесплодие.

Какова частота бесплодных браков (эпидемиология)?

Согласно результатам эпидемиологических исследований, частота бесплодных браков колеблется от 8 до 29%. По оценке специалистов, в Европе бесплодны около 10% супружеских пар, в США - 8-15%, в Канаде - около 17%, в Австралии - 15,4%. В России доля бесплодных браков достигает 17,5% (это 4-4,5 млн супружеских пар) и не имеет тенденции к снижению. В 40-60% случаев бесплодие обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, столько же - мужчины; у обоих супругов встречается в 30-48%, приблизительно у 5% супружеских пар причину бесплодия выявить не удается.

Какая существует классификация женского бесплодия в браке? Бесплодие подразделяют:

- на первичное;
- вторичное;
- абсолютное;
- относительное.

Что такое первичное бесплодие?

Первичное бесплодие - это бесплодие у женщин, живущих регулярной половой жизнью без предохранения и не имевших ни одной беременности.

Что такое вторичное бесплодие?

Вторичное бесплодие - это бесплодие у женщин, у которых беременность в прошлом наступала, но после этого отсутствует в течение года регулярной половой жизни без предохранения.

Что такое абсолютное женское бесплодие?

Абсолютное женское бесплодие означает, что возможность беременности полностью исключена из-за отсутствия матки, яичников и других аномалий развития женских половых органов.

Какие причины бесплодия могут быть по механизму нарушений?

По механизму нарушений причины бесплодия следующие:

- отклонение в количестве и качестве сперматозоидов и семенной жидкости (нарушения созревания сперматозоида, нарушение проходимости семенных протоков, отклонения состава спермы);

Источник KingMed.info

- отклонения созревания и выхода яйцеклетки из фолликулов яичника (поражение яичников, надпочечников, щитовидной железы, центральных регулирующих механизмов);
- механическое препятствие для оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом (изменение качества слизи шейки матки, непроходимость маточных труб, вызванная спайками);
- факторы, мешающие имплантации оплодотворенной яйцеклетки в матку и развитию эмбриона (врожденные и приобретенные аномалии матки, функциональные и морфологические нарушения эндометрия).

Следует отметить, что практически у половины бесплодных женщин отмечается сочетание 2-5 факторов и более, нарушающих репродуктивную функцию.

Какие существуют женские факторы бесплодия?

Женские факторы бесплодия:

- трубно-перитонельный фактор (проходимость и сократительная способность маточной трубы и перитубарные спайки, препятствующие транспорту гамет) - 20-40%;
- эндокринный фактор (нарушение овуляции) - 35-40%;
- маточный фактор (патологические состояния эндометрия и пороки развития матки) - 15-25%;
- шейечный фактор (анатомические или функциональные изменения шейки матки, препятствующие движению сперматозоидов или приводящие к их гибели);
- иммунологический фактор - 2%.

Выделение этих групп не всегда может объяснить все причины бесплодия, поэтому выделена группа больных с так называемым необъяснимым бесплодием (10%), причину которого применяемыми методами исследования установить не удастся. Вместе с тем использование современных методов диагностики и технологий позволило снизить частоту «необъяснимого» бесплодия с 7,6 до 4,8%.

Эндокринное бесплодие

Что такое эндокринное бесплодие?

Эндокринное бесплодие связано с нарушением процесса овуляции. Частота этой формы бесплодия колеблется от 35 до 40%.

Какие выделяют виды эндокринного бесплодия?

Принято выделять следующие виды эндокринного бесплодия:

- ановуляция;
- синдром лютеинизации неовулирующего фолликула (НЛФ-синдром).

Что характерно для ановуляции как одного из видов эндокринного бесплодия?

Ановуляция - отсутствие овуляторных циклов вследствие нарушения прямых и обратных связей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Причинами ановуляции могут быть как функциональные, так и органические повреждения различных уровней РС, а также нарушение функции других эндокринных желез.

Центральные причины ановуляции:

Источник KingMed.info

- гипоталамо-гипофизарная недостаточность;
- гипоталамо-гипофизарная дисфункция;
- гиперпролактинемия;
- первичная (функциональная или органическая), вторичная (гипотиреоз, ПКЯ);
- влияние медикаментозных препаратов.

Каковы периферические причины ановуляции?

Периферические причины ановуляции:

- нарушение активности ферментов, участвующих в метаболизме стероидных гормонов;
- резистентные/истощенные яичники;
- дисфункция коры надпочечников, щитовидной железы;
- ожирение;
- НЛФ-синдром.

Типичны для ановуляции - СПКЯ, гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипоталамическая дисфункция, нарушения функции щитовидной железы, ожирение, метаболический синдром.

Дайте характеристику недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла как одного из видов эндокринного бесплодия.

НЛФ-синдром - нарушение функции яичников, характеризующееся гипофункцией желтого тела яичника.

Каковы патогенетические механизмы недостаточности лютеиновой фазы?

Недостаточный синтез прогестерона ведет к недостаточной секреторной трансформации эндометрия, изменению функции маточных труб, нарушению имплантации оплодотворенной яйцеклетки, что клинически проявляется бесплодием либо спонтанным выкидышем в I триместре беременности.

Каковы основные причины недостаточности лютеиновой фазы?

Причинами НЛФ служат:

- дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы, возникающая после физического или психического стресса, травм, нейроинфекции. При НЛФ уровень ФСГ ниже, чем у здоровых женщин. Эндорфин блокирует пульсирующую секрецию РГ ЛГ. В ответ на стресс усиливается выделение АКТГ, эндорфина, р-липопротеина;
- гиперандрогения яичникового, надпочечникового или смешанного генеза;
- функциональная гиперпролактинемия;
- затяжной воспалительный процесс придатков матки;
- патология желтого тела, обусловленная биохимическими изменениями перитонеальной жидкости;
- гипоили гипертиреоз.

Что такое синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула?

Источник KingMed.info

Синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула - это преждевременная лютеинизация преовуляторного фолликула без овуляции, характеризующаяся циклическими изменениями секреции прогестерона и несколько запоздалой секреторной трансформацией эндометрия.

Каковы причины синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула?

Причина не установлена. Существует точка зрения, что этот синдром может быть случайным явлением, встречается не в каждом цикле, в его возникновении могут играть роль стресс и гиперпролактинемия.

Какие особенности анамнеза позволяют предположить связь бесплодия с эндокринной патологией?

Для бесплодия, связанного с эндокринной патологией, характерны:

- нерегулярные менструации;
- менструации с интервалом более 40 дней в сочетании с галактореей, гирсутизмом и ожирением;
- меноррагия или менструации с интервалом менее 21 дня.

Трубное и перитонеальное бесплодие

Какова частота трубного бесплодия?

Трубное бесплодие обусловлено анатомо-функциональными нарушениями маточных труб и составляет 35-60%. Причиной перитонеального бесплодия служит спаечный процесс в малом тазу при проходимости одной или обеих маточных труб. В структуре трубного (35-40%) бесплодия частота перитонеальных форм варьирует в широких пределах - от 9,2 до 34%.

Трубно-перитонеальная патология - самая распространенная причина женского бесплодия.

Какая классификация трубно-перитонеального бесплодия?

Классификация трубно-перитонеального бесплодия:

- функциональные нарушения проходимости маточных труб (без анатомических изменений);
- анатомические изменения маточных труб;
- нарушение проходимости маточных труб вследствие спаечного процесса в малом тазу (перитонеальная форма).

Причины, приводящие к нарушению функции маточных труб:

- хронический истощающий стресс;
- нарушение синтеза половых гормонов и простагландинов;
- нарушение синтеза глюкокортикоидов корой надпочечников и дисфункция симпатико-адреналовой системы;
- увеличение синтеза метаболитов простаглицлина и тромбоксана A_2 . Причины, приводящие к органическим поражениям маточных труб:
- воспалительные заболевания;
- аппендэктомия;

Источник KingMed.info

- оперативные вмешательства на внутренних половых органах;
- послеродовые осложнения;
- эндометриоз, полипы эндометрия. Причины перитонеального бесплодия:
- воспалительные заболевания половых органов;
- оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости.

Какие физиологические изменения происходят в маточных трубах?

Маточные трубы имеют сложную нейрогормональную регуляцию, направленную на обеспечение транспортной функции в системе репродукции.

Физиологические процессы, происходящие в маточных трубах, обеспечивают прием сперматозоидов и яйцеклетки, питание и транспорт гамет и эмбриона. Слишком быстрое или медленное перемещение эмбриона может отразиться и на его дальнейшем развитии. Каждый из трех анатомических отделов маточных труб находится под особым нейрогормональным контролем.

Важнейшими механизмами в приеме яйцеклетки и перемещении гамет считают сокращение фимбрий и мышц, движение ресничек и ток жидкости.

Какие выделяют трубно-перитонеальные факторы бесплодия?

Выделяют следующие трубно-перитонеальные факторы бесплодия:

- нарушения функции маточных труб;
- органические поражения маточных труб;
- перитонеальная форма бесплодия.

Какие причины приводят к нарушению функции маточных труб?

К нарушению функции маточных труб приводят: хронический психологический стресс, в том числе по поводу бесплодия («синдром нереализованного материнства»), нарушение синтеза половых гормонов (особенно их соотношения) и простагландинов, нарушение функции коры надпочечников и симпатико-адреналовой системы, увеличение метаболитов простагландина и тромбксана A_2 .

Какие причины приводят к органическим поражениям маточных труб?

Причинами могут быть:

- воспалительные заболевания половых органов, пельвиоили разлитой перитонит, аппендицит с последующей аппендэктомией, оперативные вмешательства на внутренних половых органах (миомэктомия, резекция яичников, перевязка маточных труб);
- послеродовые осложнения - воспалительные и травматические;
- полипы эндометрия, эндометриоз маточных труб и другие формы наружного эндометриоза.

Что служит причиной развития перитонеального бесплодия?

Перитонеальное бесплодие развивается как следствие воспалительных заболеваний в половых органах, после оперативных вмешательств на половых органах, органах малого таза и брюшной полости.

Какие особенности анамнеза позволяют предположить связь бесплодия с патологией маточных труб?

Следующие данные анамнеза:

- воспалительные заболевания органов малого таза;
- активные формы туберкулеза;
- аменорея;
- дисменорея;
- внематочная беременность, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания, перитонит (в том числе при заболеваниях органов брюшной полости);
- операции на органах брюшной полости и малого таза.

Какие существуют методы диагностики трубного бесплодия?

В анамнезе - указания на хронические воспалительные заболевания половых и других органов и систем, особенности течения послеабортных,

послеродовых, послеоперационных периодов; наличие синдрома тазовых болей, боли при половом акте, дисменорея.

Среди специальных методов исследования применяют лапароскопию, тубоскопию, эхосальпингоскопию, ГСГ, рентгенокимографию, радиоизотопное сканирование.

Какие существуют методы диагностики перитонеального бесплодия?

Важную роль играют данные анамнеза: перенесенные воспалительные заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости. Особого внимания заслуживают частые инвазивные процедуры: ГСГ, гидротубации, кимопертубации, диагностические выскабливания. Признаки спаечного процесса (ограничение подвижности и изменение положения матки, укорочение сводов влагалища, тяжесть в области придатков матки) позволяют заподозрить перитонеальную форму бесплодия.

В диагностике наиболее важны следующие данные.

- Данные лапароскопии:
 - при I и II степенях распространения спаечного процесса обнаруживаются пленчатые сращения вокруг маточных труб и яичников;
 - при III и IV степенях в патологический процесс вовлекаются матка, кишечник и сальник.
- Данные ГСГ - проходимость одной или обеих труб, отклонение тела матки, неправильное расположение маточных труб, наличие четко ограниченных осумкованных полостей.
- Данные кимопертубации - изменение сократительной активности маточных труб - снижение, отсутствие или дискоординация у 75% больных.

Маточный фактор как причина бесплодия

Каковы причины маточной формы бесплодия?

Источник KingMed.info

Внутренний эндометриоз, субмукозная миома матки, полипы, гиперплазия эндометрия, воспалительные процессы различной этиологии, внутриматочные синехии, хронический эндометрит.

Любой патологический процесс, нарушающий анатомо-функциональное состояние матки, может способствовать бесплодию.

Какие существуют методы диагностики маточной формы бесплодия?

Диагностика включает:

- субъективные ощущения циклических изменений в организме при сохраненной функции яичников;
- ТФД и уровень эстрадиола и прогестерона в крови, указывающие на сохранение функции яичников;
- гормональные пробы с прогестероном (отрицательные);
- гистерографию и УЗИ (наличие внутриматочных синехий);
- гистероскопию (подтверждение наличия синехий).

Какие существуют методы лечения маточной формы бесплодия?

При маточной форме бесплодия (синехии) проводят разрушение синехий под контролем гистероскопии, сразу после окончания очередной менструации с назначением циклической гормонотерапии на три МЦ с последующей контрольной ГСГ.

При субмукозной миоме матки проводят оперативное удаление узла.

При аденомиозе - гормональное лечение (КОК, агонисты ГнРГ)

При гиперплазии эндометрия и (или) полипе эндометрия – отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, полипэктомия.

При гиперплазии эндометрия и (или) полипе эндометрия – отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки, полипэктомия.

Каков прогноз?

Прогноз при маточной форме бесплодия довольно сложный и зависит от глубины и степени поражения базального слоя эндометрия.

Шеечный фактор бесплодия

Какие существуют шеечные факторы бесплодия?

Шеечный фактор бесплодия - невозможность продвижения сперматозоидов по цервикальному каналу вследствие функциональных, иммунологических или анатомических нарушений шейки.

Причины шеечного фактора бесплодия: острые и хронические цервициты, гормональные нарушения (гипоэстрогения), антитела к сперматозоидам, анатомические изменения шейки матки (врожденные пороки или приобретенные - после абортов, родов, операций).

Способность сперматозоидов проникать через цервикальную слизь зависит не только от подвижности и морфологии сперматозоидов, но и от характеристик цервикальной слизи.

Кроме того, миграции сперматозоидов препятствуют лейкоциты и погибшие клетки эпителия (что особенно выражено при воспалительном процессе в цервикальном канале). Шейка матки служит основным звеном так называемого локального иммунитета, но при нарушении этой

Источник KingMed.info

иммунной функции может вырабатывать антиспермальные антитела, обладающие преципитирующими, агглютинирующими, иммуномобилизующими свойствами.

Иммунологические факторы бесплодия

Чем обусловлены иммунологические факторы бесплодия?

Бесплодие, обусловленное иммунологическими факторами, относится к числу наименее изученных, частота его составляет около 2%. Это бесплодие связано с образованием антиспермальных антител, которые возникают как у мужчин, так и у женщин. Известно примерно 40 антигенов эякулята мужчин, к которым образуются антитела.

Каковы основные реакции?

Основными реакциями антиспермального иммунитета служат образование тканевых гуморальных антител и фагоцитоз сперматозоидов. Чаще всего и наиболее активно происходит образование антител в шейке матки, реже в эндометрии и трубах. Шейка матки - основное звено так называемого локального иммунитета.

Что такое психогенные факторы бесплодия?

Психогенные факторы бесплодия - это прежде всего различные нарушения психоэмоциональной сферы: чувство неполноценности, одиночества, истерические состояния в период очередной менструации. Комплекс этих

симптомов составляет «симптом ожидания беременности». Нередко беременность наступает в тот момент, когда женщина решает вопрос о прекращении лечения.

Обследование бесплодных женщин

Диагностика причин бесплодия должна продолжаться не более 3 мес! Каков алгоритм первичного обследования бесплодной пары?

Поскольку 40-50% бесплодных браков - результат мужского бесплодия, обследование женщин начинают только после определения фертильности спермы мужа или партнера.

Первым этапом обследования бесплодной пары должны быть мероприятия, направленные на исключение мужского фактора бесплодия.

• Обязательное обследование:

- анамнез;
- осмотр;
- 3-месячный график базальной температуры;
- ГСГ;
- УЗИ.

• Обследование по показаниям:

- гормоны в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, ТТГ, ПРЛ, эстрогены, свободный тестостерон, прогестерон, 17-ОН-прогестерон, ДГЭА);
- лапароскопия, гистероскопия;
- посткоитальный тест;

Какие особенности анамнеза у женщин при бесплодии?

Сбор анамнеза позволяет установить:

- число и исходы предыдущих беременностей;
- продолжительность первичного или вторичного бесплодия;
- используемые методы контрацепции и продолжительность их применения после последней беременности или при первичном бесплодии;
- системные заболевания: диабет, туберкулез, заболевания щитовидной железы, коры надпочечников;
- медикаментозное лечение, которое может оказать кратковременное или длительное отрицательное воздействие на процессы овуляции;
- операции, которые могли способствовать возникновению бесплодия (аппендэктомия, клиновидная резекция яичников);
- воспалительные процессы в органах малого таза;
- наличие выделений из молочных желез;
- производственные факторы и окружающая среда;
- наследственные заболевания с учетом родственников первой и второй степеней родства;
- менструальный и овуляторный анамнез;
- нарушения половой функции (диспареуния).

Какие особенности анамнеза при трубно-перитонеальном факторе бесплодия?

К особенностям анамнеза при трубно-перитонеальном факторе бесплодия относятся:

- воспалительные заболевания органов малого таза, активные формы туберкулеза;
- аменорея и диспареуния;
- внематочная беременность, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания, перитонит при заболеваниях органов брюшной полости;
- операции на органах брюшной полости и малого таза.

Какие особенности анамнеза при эндокринном факторе бесплодия?

К особенностям анамнеза при эндокринном факторе бесплодия относятся:

- нерегулярные менструации;
- менструации с интервалом более 40 дней в сочетании с галактореей, гирсутизмом и ожирением;
- меноррагия или менструации с интервалом менее чем 21 день.

Какие особенности анамнеза при маточном факторе бесплодия?

К особенностям анамнеза при маточном факторе бесплодия относятся:

Источник KingMed.info

- скудные менструации или аменорея после предыдущей беременности или выскабливания полости матки;
- межменструальные кровотечения;
- внутриматочные вмешательства, острый эндометрит в анамнезе. **Какое клиническое обследование женщин при бесплодии?**

Объективное обследование включает определение следующих параметров:

- длина и масса тела, ИМТ, прибавка массы тела после замужества, стрессовые ситуации, перемена климата;
- наличие галактореи, развитие молочных желез, оволосение и характер его распределения, состояние кожи;
- комплексное обследование, измерение АД;
- рентгенограмма черепа и турецкого седла;
- глазное дно и поле зрения;
- данные гинекологического исследования.

Какие методы исследования проводят при женском бесплодии?

При женском бесплодии проводят следующие исследования:

- эхографическое исследование в середине цикла для определения наличия и величины доминантного фолликула, динамическую фолликулометрию;
- определение толщины эндометрия при эхографии в середине цикла и за 2-4 дня до менструации;
- ГСГ на 6-7-й день МЦ;
- диагностическую хромолапароскопию;
- посткоитальный тест на 12-14-й день цикла;
- биопсию эндометрия в предменструальный период;
- определение косвенных признаков овуляции (исследование уровня прогестерона в середине второй фазы цикла (на 22-24-й дни МЦ), график базальной температуры в течение 3 мес, использование тест-систем).

Наиболее достоверные результаты дает фолликулометрия при динамическом УЗИ органов малого таза (зрелый фолликул - 18-20 мм), определение уровня ФСГ и ЛГ на 3-5-й дни цикла, а концентрация прогестерона выше 20 МЕ/л на 21-й день цикла служит признаком овуляции.

Каков объем гормонального исследования?

Изучение концентрации гормонов в сыворотке крови определяют на 5-7-й день МЦ (ФСГ, ЛГ, тестостерон, ДЭА, ДЭАС, 17-ОН-прогестерон, А₄-андростендион, кортизол, Е₂) или проводят пробы с гестагенами и эстрогенами - гестагенами (реакция отмены). Уровень ПРЛ определяют у женщин с аменореей, олигоменореей, галактореей, при неясной картине проводят пробу с бромкриптином. У женщин с нерегулярным МЦ, имеющих признаки заболевания щитовидной

Источник KingMed.info

железы, изучают ее функцию (гормональный профиль крови - ТТГ, Т₄, Т₃, антитела к тиреопероксидазе и другие; УЗИ щитовидной железы), проводят тест на овуляцию.

Мужское бесплодие

Что такое мужское бесплодие?

Мужское бесплодие - это неспособность зрелого мужского организма к оплодотворению. Различают секреторное и экскреторное мужское бесплодие. Секреторное - обусловлено нарушением сперматогенеза, экскреторное - нарушением выделения спермы.

Важным фактором, необходимым для оплодотворения, служит способность сперматозоида продвигаться вперед, накапливать энергию и проникать сквозь блестящую оболочку яйцеклетки.

Какова частота мужского бесплодия?

Частота мужского бесплодия составляет 40-50%, а в сочетании с бесплодием жены - 15-20%.

Каковы мужские факторы бесплодия?

Различают следующие мужские факторы бесплодия:

- аспермия (отсутствие эякулята);
- азоспермия (отсутствие сперматозоидов и эякулята);
- некроспермия (отсутствие подвижных сперматозоидов);
- астенозооспермия (через 60 мин после эякуляции подвижных сперматозоидов менее 25%);
- олигозооспермия (концентрация сперматозоидов менее 2 млн/мл);
- тератозооспермия (менее 50% нормальных сперматозоидов);
- расстройства эякуляции (запоздалая, преждевременная, ретроградная).

Какие особенности анамнеза позволяют предположить связь бесплодия с мужскими факторами?

К особенностям анамнеза относятся:

- эпидемический паротит, операции по поводу крипторхизма, паховой грыжи, варикоцеле, водянки яичка;
- травмы мошонки;
- гонорея или другие ИППП;
- токсины или радиация;
- нарушения эрекции и (или) эякуляции.

Методы лечения бесплодия

Каковы цель и принципы лечения бесплодия в браке?

Цель лечения бесплодия - восстановление репродуктивной функции, репродуктивного здоровья.

Принцип лечения бесплодия - раннее выявление причин и последовательное проведение лечебных этапов.

Что относится к современным методам лечения бесплодия?

Источник KingMed.info

К современным высокоэффективным методам лечения бесплодия относятся: медикаментозные, эндоскопические, методы ВРТ. При этом ВРТ будут завершающим этапом лечения бесплодия или альтернативой всем существующим методам.

Каков алгоритм лечения бесплодия?

Лечение супругов с бесплодием всегда индивидуально и определяется прежде всего причинами бесплодия (табл. 11.3).

Таблица 11.3. Подходы к лечению бесплодия

| Причина | Метод лечения |
|--|--|
| Трубно-перитонеальное бесплодие | Микрохирургическое, ЭКО/ПЭ |
| Эндометриоз в зависимости от локализации | Хирургическое + подавление овуляции, ВРТ |
| Маточная форма | Хирургическое |
| Эндокринная форма | Индукция овуляции |
| Нарушение качества цервикальной слизи | ВРТ |
| Бесплодие неясного генеза | ВРТ |

На первом этапе, при непроходимости маточных труб, спаечном процессе в малом тазу, используют те или иные методы хирургического лечения, направленные на рассечение спаек и восстановление проходимости маточных труб. При этом проводится и коагуляция очагов эндометриоза.

Если в течение 1-го года после выполненной операции беременность не наступила, то применяют ВРТ. Наиболее распространенные из них - ЭКО с последующим переносом эмбрионов (ПЭ).

К настоящему времени доказана низкая эффективность многих ранее применявшихся для лечения бесплодия процедур - таких, как длительные курсы инъекций продигоизана, гиалуронидазы (лидазы), гидротубаций и пертубаций, а также различных физиопроцедур (лазеротерапии, магнитотерапии и т.д.) как самостоятельного метода лечения бесплодия.

Эндокринное бесплодие

Какие препараты применяются при лечении эндокринного бесплодия?

Таблица 11.4.

Каковы показания для индукции овуляции гонадотропными препаратами?

- При ановуляторном бесплодии:
 - гипоталамо-гипофизарная недостаточность;
 - гипоталамо-гипофизарная дисфункция (при отсутствии беременности в течение 3-4 циклов лечения кломифеном).
- При искусственной инсеминации:
 - при мужском факторе;
 - при шеечном факторе;
 - при бесплодии неясного генеза, эндометриозе (I-III степеней).
- При переносе гамет в маточную трубу.

- При ЭКО/ПЭ.

Таблица 11.4. Лечение эндокринного бесплодия

| Причина бесплодия | Группы лекарств (препараты) |
|---|---|
| Гипоталамо-гипофизарная дисфункция | Антиэстрогены (кломифен), при неэффективности — гонадотропины: человеческий менопаузальный гормон (менокур [▲]), фолликулостимулирующий гормон (пурегон [▲]) в комбинации с человеческим хорионическим гонадотропином (прегнил [▲]) |
| Гиперпролактинемия | Агонисты дофамина (бромкриптин, каберголин), стимуляция овуляции |
| Гиперандрогения надпочечниковая | Глюкокортикоиды, стимуляция овуляции |
| Гиперандрогения яичниковая | Стимуляция овуляции |
| Недостаточность лютеиновой фазы | Прогестерон (утрожестан [▲] — с 17 по 26 день МЦ, дюфастон [▲] — с 11 по 25 день МЦ) стимуляция овуляции |
| Синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула | Стимуляция овуляции |

Какие группы препаратов применяют для стимуляции овуляции?

Существуют следующие группы препаратов для стимуляции овуляции:

- антигормоны;
- гонадотропины; • гонадолиберин.

Каковы варианты стимуляции овуляции различными группами лекарственных средств?

При нарушении созревания и (или) освобождения яйцеклетки из яичника (ановуляции) лечение зависит от причины этого нарушения. Чаще всего оно заключается в стимуляции овуляции с помощью соответствующих лекарственных средств, основные достоинства и недостатки которых представлены ниже.

Кломифен: относится к антиэстрогенам. Механизм его действия заключается в блокаде рецепторов E_2 на уровне гипоталамуса, благодаря чему прерываются сигналы отрицательной обратной связи между яичником и передней долей гипофиза. Именно поэтому после отмены кломифена происходит выброс ЛГ и ФСГ. Увеличение уровня ФСГ стимулирует созревание фолликулов, а увеличение синтеза E_2 в его гранулезных клетках служит сигналом положительной обратной связи для овуляторного выброса ЛГ. Таким образом, в реализации эффекта кломифена играют роль механизмы положительной и отрицательной обратной связи. Эффективность лечения кломифеном оценивают по наступлению овуляции (75 -80%); беременности (45-50%).

При отсутствии беременности после трех циклов лечения кломифеном переходят к более эффективным препаратам гонадотропных гормонов (например, менокур[▲], ХуМоГ[▲]), «чистого» ФСГ (например, пурегона[▲]) с дополнительным применением человеческого хорионического гонадотропина (например, прегнила[▲]).

Гонадотропные препараты - человеческие менопаузальные гонадотропины (менокур[▲], ХуМоГ[▲], пурегон[▲]), которые содержат равные количества ЛГ и ФСГ (75 МЕ), непосредственно стимулируют фолликулогенез в яичниках, т.е. замещают гонадотропную функцию гипофиза. Эффективность - 80-90%.

Источник KingMed.info

Гонадолиберин: стимулирует собственную гонадотропную функцию гипофиза. Его вводят в пульсирующем режиме через постоянный катетер в дозе 20 мкг через каждые 89 мин в течение 1 мин с помощью аппарата «Цикломат» («Ферринг», Германия).

При ПКЯ на первом этапе наиболее часто используют кломифен.

Высокая эффективность препаратов гонадотропных гормонов связана с прямой стимуляцией роста, созревания фолликулов и процесса овуляции. В случае гипоталамо-гипофизарной недостаточности лечение сразу начинают с препаратов гонадотропинов.

При наличии гиперпролактинемии после исключения опухоли ЦНС и гипотиреоза назначают агонисты ДА, чаще всего каберголин. Значительно реже используют гонадолиберин, вводимый подкожно или внутривенно в пульсирующем режиме.

При неэффективности 6 циклов гормонального лечения возникают показания к применению ВРТ, чаще всего ЭКО/ПЭ.

Каковы хирургические методы лечения женского бесплодия в браке?

Хирургические методы лечения бесплодия

- Лапароскопия, лапаротомия:
 - адгезиолизис, фимбриопластика, неосальпингостомия;
 - коагуляция очагов эндометриоза;
 - миомэктомия;
 - цистэктомия, резекция или каутеризация яичников.
- Гистероскопия:
 - адгезиолизис;
 - миомэктомия, полипэктомия;
 - коагуляция очагов эндометриоза;
 - трансцервикальная реканализация труб.
- Трансцервикальная реканализация труб (без гистероскопического контроля).

Таким образом, ведение супружеских пар с бесплодием заключается в своевременном обследовании (1,5-3 мес), применении в ряде случаев методик лекарственного или хирургического лечения (6-12 мес), и при их неэффективности (отсутствии беременности) - в использовании ВРТ в специализированных центрах. В ряде случаев направление в центры ВРТ может осуществляться сразу после первичного обследования в женской консультации, Центре планирования семьи или консультации «Брак и семья». Применение современных методов лечения бесплодия позволяет достичь наступления беременности с частотой не меньшей, а ряде случаев даже большей, чем у здоровых пар (без бесплодия) соответствующего возраста.

Что такое вспомогательные репродуктивные технологии?

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) - манипуляции с зародышевым материалом, используемым для преодоления бесплодия. Термин «преодоление» использован намеренно, поскольку бесплодие - не болезнь, а только ее следствие.

Что относится к вспомогательным репродуктивным технологиям?

К ВРТ относятся следующие:

- Инсеминация спермой мужа (ИСМ), инсеминация спермой донора (ИСД).
- ЭКО или *in vitro fertilization* (IVF) и ПЭ в матку.
- Перенос ооцитов и сперматозоидов в маточные трубы - *Gamete intrafallopian transfer* (GIFT).
- Перенос оплодотворенных яйцеклеток в маточные трубы - *Zygot intrafallopian transfer* (ZIFT).
- Перенос ооцитов и сперматозоидов в полость малого таза.
- Получение сперматозоидов путем аспирации из яичника, придатков яичка.
- Оплодотворение яйцеклетки посредством:
 - введения сперматозоидов в зону пеллюцида яйцеклетки;
 - интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов *Intracytoplasmic sperm injection* (ICSI).

Что такое искусственная инсеминация?

Искусственная инсеминация - это введение нативной или криоконсервированной спермы. Перед введением спермы проводят стимуляцию овуляции в первую фазу МЦ.

Криоконсервация позволяет хранить сперму неопределенно долгое время и употреблять ее в тех случаях, когда мужчина, подвергшийся операции, травме, облучению, действию цитостатиков по разным показаниям, потерял способность к спермообразованию. Сперма хранится в атмосфере жидкого азота при -196 °С (азот - лучшая среда для хранения спермы).

Какие показания к инсеминации спермой мужа у мужчин?

Показания к ИСМ у мужчин: гипоспадия уретры, импотенция, отсутствие эякуляции, олигоспермия с сохраненной нормальной подвижностью сперматозоидов и при отсутствии их морфологических изменений.

Какие показания к инсеминации спермой мужа у женщин?

Показания к ИСМ у женщин: анатомио-физиологические, иммунологические, воспалительные изменения шейки матки, так называемый цервикальный антагонизм.

Инсеминацию проводят при бесплодии неясного генеза, нарушении овуляции, наружном эндометриозе при отсутствии спаечного процесса в малом тазу, при нарушениях овуляции, отсутствии полового партнера у женщины.

Какие методы введения спермы?

В зависимости от способа введения спермы различают влагалищный, внутришеечный и внутриматочные пути. Влагалищный путь наиболее прост, но редко применяется, поскольку влагалищная среда (рН, бактерии

и пр.) неблагоприятно влияет на сперму и снижает шансы на наступление беременности. При внутришеечном введении возможен иммунологический конфликт - образование антиспермальных антител в шейечной слизи. Чаще всего используется введение спермы в матку, для чего применяются специальные катетеры.

Какие показания к инсеминации спермой донора?

Источник KingMed.info

Показания к ИСД.

- Абсолютным показанием служит азооспермия мужа.
- Относительные показания:
 - олиго- и олигоастеноспермия с морфологическими изменениями сперматозоидов и нарушением их подвижности, не поддающимися лечению;
 - несовместимость супругов по резус-фактору;
 - заболевания мужа, передающиеся потомству.

Какие противопоказания к инсеминации спермой?

Противопоказаниями к искусственной инсеминации служат заболевания женщины, при которых беременность и роды представляют опасность для ее жизни и здоровья.

Какое обследование проводится перед инсеминацией спермой?

Перед проведением ИСД и ИСМ требуется тщательное обследование пациентки для выявления и лечения инфекционных заболеваний влагалища, шейки, матки, эрозии шейки матки. Необходимо убедиться в проходимости маточных труб или хотя бы одной из них.

Какие этапы проводятся при инсеминации спермой мужа?

Первый этап - стимуляция овуляции (суперовуляции) независимо от наличия овуляторных циклов. Стимуляция проводится по обычной схеме, используются кломифен, гонадотропные препараты или их сочетания.

Второй этап - введение спермы. Сперма вводится 3 раза через 18, 36 и 56 ч после введения овуляторной дозы гонадотропного препарата. После инсеминации женщина остается в положении лежа, иногда используют шеечный колпачок для удержания спермы.

Сколько раз можно проводить инсеминацию спермой?

ИСМ или ИСД допустимо проводить в течение трех последовательных циклов. Как правило, беременность наступает именно в течение первых трех циклов. При неудаче процедуру следует прекратить, поскольку она неэффективна.

Как часто наступает беременность?

Частота наступления беременности, по данным разных авторов, колеблется от 12 до 40%.

Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона в матку

Какие показания к экстракорпоральному оплодотворению?

Абсолютными показаниями служат отсутствие (оперативное удаление) маточных труб или непроходимость обеих труб в результате воспалительных процессов или оперативных вмешательств на органах малого таза.

Относительные показания.

- Консервативно-пластические операции на трубах, если в течение года после операции беременность не наступила; некоторые авторы допускают период ожидания 2 года.
- Эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного (с применением препаратов ГнРГ) и хирургического лечения в течение 6-12 мес.

Источник KingMed.info

- Бесплодие неясного генеза.
- Иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител.

Какое обследование проводят перед экстракорпоральным оплодотворением?

Перед проведением ЭКО на 3-й день цикла проводится определение «фолликулярного резерва» - определение ФСГ. Повышение его уровня выше 15 МЕ/л на 3-й день цикла (время селекции доминантного фолликула) указывает на снижение «фолликулярного резерва».

При отборе пациентов проводится тщательное обследование для выявления и лечения воспалительных заболеваний влагалища, шейки, эрозии шейки матки. При хроническом воспалительном процессе в трубах или сактосальпинксе рекомендуется их удаление как возможных источников инфекции и внематочной беременности. Кроме того, жидкость, содержащаяся в сактосальпинксе, обладает эмбриотоксическим действием.

Какова последовательность проведения программы экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбриона?

Важнейший этап программы ЭКО - стимуляция суперовуляции. Для проведения ЭКО необходимо развитие нескольких фолликулов, что значительно повышает частоту наступления беременности.

Последовательность проведения программы ЭКО и ПЭ:

- Подавление уровня эндогенных гонадотропинов и десенситизация гипофиза.
- Стимуляция суперовуляции препаратами гонадотропных гормонов.
- Забор ооцитов путем пункции яичников через свод влагалища под УЗ-контролем.
- Оплодотворение ооцитов сперматозоидами в специальных средах и содержание их до стадии 6-8 бластомеров.
- ПЭ на 6-8-й клеточной стадии в полость матки. Переносится не менее 3-4 эмбрионов, так называемый феномен поддержки. В случаях, когда имплантируются 3 эмбриона и более, оставляют не более 2, а остальных удаляют, отсасывая специальным инструментом (редукция эмбрионов).
- Гормональная поддержка лютеиновой фазы.

Какими препаратами проводится десенситизация гипофиза?

Стимуляция суперовуляции наиболее эффективна после десенситизации гипофиза пролонгированными препаратами ГнРГ (гозерелин, трипторелин, бусерелин-депо*). Это позволяет исключить влияние эндогенных гонадотропинов и синхронизировать созревание нескольких фолликулов. Пролонгированный препарат (гозерелин, трипторелин) вводят на 21-й день цикла, предшествующего стимуляции суперовуляции. Менструация начинается, как правило, в срок, и с 3-го дня цикла начинают введение

одного из препаратов ФСГ (см. выше), которое продолжается до 14-го дня цикла.

Какова методика стимуляции суперовуляции?

Для стимуляции овуляции наиболее успешные результаты наблюдаются при использовании препаратов рекомбинантного ФСГ, не содержащего примесей ЛГ - пурегон*, и высокоочищенного препарата ФСГ. Эффективность действия этих препаратов понятна, если вспомнить, что в гормональнозависимом этапе фолликулогенеза и селекции доминантного

Источник KingMed.info

фолликула основную роль играет ФСГ. В качестве овуляторной дозы гонадотропина вводится препарат, содержащий в основном ЛГ, - хорионический гонадотропин (прегнил*, хорагон*).

Как вводятся препараты фолликулостимулирующего гормона?

Препараты ФСГ (пурегон*) начинают вводить со 2-го дня цикла и вводят ежедневно в количестве от 2 до 4 ампул, каждая из которых содержит 75 ЕД гормона до 14-го дня цикла. Доза определяется гормональным и УЗИ-мониторингом. УЗИ проводят на 7-й, 9-й, 11-й, 12-й, 13-й дни цикла, определяя размер фолликула и толщину М-эхо.

Что служит критерием зрелости доминантных фолликулов?

Критерием зрелости доминантных (3 и более) фолликулов служит не менее 150 мг/мл E_2 в расчете на каждый фолликул диаметром не менее 15 м. При достижении этих параметров вводится разрешающая доза ХГ 10 тыс. ЕД (хорагон*, прегнил*).

На каком основании устанавливается диагноз беременности?

Диагноз беременности устанавливают на основании подъема ХГ на 16-й день цикла после ПЭ (так называемая биохимическая беременность).

Какова эффективность экстракорпорального оплодотворения?

Частота наступления беременности при использовании программ ЭКО, по данным разных авторов, колеблется от 20 до 60%. Частота многоплодной беременности при ЭКО значительно выше, чем в популяции, и достигает 12-15%, внематочной беременности - 6%, самопроизвольного прерывания беременности - до 29%.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Бесплодный брак - это неспособность супругами в детородном возрасте к зачатию при регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств в течение:

- 1) 6 мес;
- 2) 1 года;
- 3) 2 лет.

2. Нарушения в мужской половой системе служат причиной бесплодных браков:

- 1) в 30-40% случаев;
- 2) в 40-60% случаев;
- 3) в 75-80% случаев.

3. Первичное бесплодие - это:

- 1) бесплодие у женщин, у которых беременность в прошлом наступала, но после этого отсутствует в течение года регулярной половой жизни без предохранения;
- 2) у которых возможность беременности полностью исключена из-за отсутствия матки, яичников и других аномалий развития женских половых органов;
- 3) живущих регулярной половой жизнью без предохранения и не имевших ни одной беременности.

4. Вторичное бесплодие - это:

- 1) бесплодие у женщин, у которых беременность в прошлом наступала, но после этого отсутствует в течение года регулярной половой жизни без предохранения;
- 2) у которых возможность беременности полностью исключена из-за отсутствия матки, яичников и других аномалий развития женских половых органов;
- 3) живущих регулярной половой жизнью без предохранения и не имевших ни одной беременности.

5. К женским факторам бесплодия относят:

- 1) нарушение проходимости, сократительной способности маточных труб;
- 2) нарушение овуляции;
- 3) заболевания эндометрия и пороки развития матки;
- 4) анатомические или функциональные изменения шейки матки, препятствующие движению сперматозоидов или приводящие к их гибели;
- 5) иммунологический фактор;
- 6) все вышеперечисленное.

6. К нарушению функции маточных труб приводят:

- 1) хронические стрессовые ситуации;
- 2) инвазивные диагностические и лечебные процедуры;
- 3) нарушение синтеза половых гормонов и простагландинов;
- 4) тяжелые формы наружного генитального эндометриоза;
- 5) увеличение метаболитов простаглицлина и тромбоксана A₂;
- 6) все вышеперечисленное.

7. Причины органических поражений маточных труб:

- 1) воспалительные заболевания половых органов;
- 2) оперативные вмешательства на внутренних половых органах;
- 3) гормональный дисбаланс;
- 4) воспалительные и травматические осложнения после аборт и родов;
- 5) наружный эндометриоз;
- 6) хронический психологический стресс.

8. Для бесплодия, связанного с эндокринной патологией, характерны:

- 1) нерегулярные менструации;
- 2) альгодисменорея;
- 3) менструации с интервалом более 40 дней в сочетании с галактореей, гирсутизмом и ожирением;

Источник KingMed.info

4) меноррагия или менструации с интервалом менее 21 дня.

9. Обследование бесплодной пары начинают:

- 1) с женщины;
- 2) с мужчины.

10. Обследование по показаниям включает:

- 1) общеклиническое и гинекологическое бимануальное исследование;
- 2) исследование гормонов в сыворотке крови (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, соматотропный гормон, кортизол, тестостерон, эстрадиол, ТТГ, Т₃, Т₄);
- 3) лапароскопия, гистероскопия;
- 4) посткоитальный тест;
- 5) обследование на ИППП;
- 6) все перечисленное.

11. Для стимуляции овуляции применяют следующие лекарственные средства:

- 1) кломифен;
- 2) гонадотропные препараты;
- 3) эстрогены;
- 4) агонисты ГнРГ;
- 5) прогестагены;
- 6) все перечисленные.

12. Диагностика причин бесплодия должна продолжаться не более:

- 1) 2 мес;
- 2) 3 мес;
- 3) 6 мес.

13. Основные показания для ЭКО и ПЭ:

- 1) абсолютное трубное бесплодие (отсутствие или их непроходимость);
- 2) бесплодие неясного генеза;
- 3) синдром Ашермана;
- 4) иммунологическое бесплодие;
- 5) полип цервикального канала;
- 6) эндометриоз при отсутствии эффекта от комбинированного лечения в течение года.

14. Вспомогательные репродуктивные технологии - это:

- 1) манипуляции с зародышевым материалом, используемым для преодоления бесплодия;

Источник KingMed.info

- 2) хирургическое восстановление проходимости маточных труб, коррекция пороков развития половых органов;
- 3) суррогатное материнство;
- 4) мероприятия, направленные на стимуляцию овуляции и сперматогенеза;
- 5) все перечисленное.

15. Искусственная инсеминация - это:

- 1) введение нативной или криоконсервированной спермы;
- 2) перенос ооцитов и сперматозоидов в полость малого таза;
- 3) перенос оплодотворенных яйцеклеток в маточные трубы.

16. К вспомогательным репродуктивным технологиям относят:

- 1) инсеминацию спермой мужа или донора;
- 2) лапароскопию;
- 3) перенос оплодотворенных яйцеклеток в маточные трубы;
- 4) все перечисленное.

17. Способность сперматозоидов проникать через цервикальную слизь зависит:

- 1) от их подвижности;
- 2) их морфологии;
- 3) характеристик шейной слизи;
- 4) всего перечисленного.

18. К методам диагностики маточной формы бесплодия относят:

- 1) ТФД;
- 2) определение уровня эстрадиола и прогестерона в крови;
- 3) гормональные пробы с прогестероном;
- 4) гистерографию;
- 5) УЗИ;
- 6) гистероскопию;
- 7) все перечисленное.

19. Основными причинами ановуляции будут:

- 1) гипоталамо-гипофизарная недостаточность;
- 2) гипоталамо-гипофизарная дисфункция;
- 3) гиперпролактинемия;
- 4) ПКЯ;
- 5) все перечисленное.

20. Показаниями к инсеминацией спермой донора служат:

- 1) азооспермия мужа;
- 2) олиго- и олигоастеноспермия с морфологическими изменениями сперматозоидов и нарушением их подвижности, не поддающимися лечению;
- 3) несовместимость супругов по резус-фактору;
- 4) заболевания мужа, передающиеся потомству;
- 5) все перечисленное.

Задачи

21. Больная Н., 27 лет, обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности в течение 2 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 2 дня, скудные, безболезненные. В анамнезе 3 искусственных аборта, которые протекали без осложнений. Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, бимануальное обследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки слева и справа не определяются, область их безболезненна, выделения из половых путей слизистые. Каков предположительный диагноз? Каким будет план обследования и лечения?

22. Больной, 25 лет, произведена ГСГ по поводу первичного бесплодия. На рентгенограмме: полость матки Т-образной формы, маточные трубы укорочены, ригидные, с расширениями дистальных отделов в виде луковицы; четкообразное изменение труб, выхода контрастного вещества в брюшную полость не наблюдается. Для какого заболевания наиболее характерны подобные изменения? Какой будет тактика врача?

23. Больная Д., 35 лет, обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности в течение 12 мес регулярной половой жизни без контрацепции. Менструации с 12 лет, регулярные, через 28 дней, по 4 дня, умеренные, безболезненные. Брак первый, до этого в течение 7 лет половая жизнь нерегулярная, от беременности предохранялась презервативом. Регулярно наблюдается у гинеколога, считает себя здоровой. У мужа брак третий, детей ни в одном браке не было. Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, бимануальное обследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки слева и справа не определяются, область их безболезненна, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Каков предположительный диагноз? Каким будет план обследования и лечения?

24. Больная, С. 24 лет, обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности в течение 2,5 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Менструации с 11 лет, преимущественно нерегулярные, через 28-45 дней, по 4-5 дней, умеренные или обильные, иногда со сгустками, безболезненные. Брак второй, у первого мужа во втором браке двое детей. У гинеколога не наблюдается, для регуляции менструаций периодически самостоятельно принимает Марвелон. При объективном осмотре выявлен избыточный рост волос на лице и туловище, розовые стрии на бедрах и молочных железах, галактореи нет, ИМТ = 31,4, отложение подкожного жира по андроидному типу. Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, бимануальное обследование: шейка матки чистая, коническая, тело матки уменьшено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки матки слева и справа не определяются, область их чувствительна при пальпации, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Каков предположительный диагноз? Каким будет план обследования и лечения?

Источник KingMed.info

25. В результате обследования бесплодной супружеской пары у мужа выявлена олигоспермия с сохраненной нормальной подвижностью сперматозоидов и при отсутствии их морфологических изменений, у жены - высокий уровень антиспермальных антител. Какой метод преодоления бесплодия целесообразно использовать у этой пары?

Глава 12. Нарушения полового развития и пороки развития женских половых органов

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину, диагностику основных форм нарушений полового развития и пороков развития женских половых органов; принципы терапии. **Студент должен знать:** эмбриогенез женской половой системы, классификацию нарушений полового развития и пороков развития половых органов, клиническую картину, диагностику и лечение.

Студент должен уметь: диагностировать нарушения полового развития и пороки развития женских половых органов, произвести осмотр шейки матки с помощью зеркал, зондирование полости матки, оценить полученные результаты и назначить лечение.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, слайды, эхограммы, гистерограммы, видеофильмы, компьютерная презентация.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме. Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Что называют врожденным пороком развития?

Под термином «*врожденный порок развития*» следует понимать стойкие морфологические изменения органа или всего организма, возникающие внутриутробно в результате нарушения процессов развития зародыша или (много реже) после рождения ребенка как следствие нарушения дальнейшего формирования органов. Как синонимы термина «врожденные пороки развития» могут применяться понятия «врожденные аномалии», «врожденные пороки» и «пороки развития». Понятие «врожденный порок» не ограничивается нарушениями развития, а включает в себя и врожденные нарушения обмена веществ. Врожденными аномалиями чаще называют пороки развития, не сопровождающиеся нарушением функции органа.

Как часто встречаются пороки развития?

Частота пороков развития половой системы составляет около 2,5%. Хромосомная и генная патология - причина около 30% нарушений полового развития.

Каковы этапы нормального развития половых органов?

В процессе эмбрионального развития первыми закладываются половые железы. У эмбриона на 3-4-й неделе развития на внутренней поверхности первичной почки образуется закладка гонады. При этом у плода наблюдается асимметрия развития яичников, которая проявляется в анатомическом и функциональном преобладании правого яичника. Эта закономерность сохраняется и в репродуктивном возрасте. Клиническое значение этого явления состоит в том, что после удаления правого яичника у женщин значительно чаще возникают нарушения менструальной функции и НЭС.

Источник KingMed.info

Образование половой системы тесно связано с развитием мочевой системы, поэтому рассмотрение процесса их развития правильнее осуществить одновременно как единой системы.

Каковы особенности развития мочевой системы?

Почки человека приобретают свою окончательную анатомическую и функциональную форму не сразу, а после двух промежуточных стадий развития: предпочки (*pronephos*) и первичной почки (*mesonephos*), или вольфово тело. В результате этих двух превращений образуется окончательная, или вторичная, почка (*metanephos*). Все эти зачатки образуются последовательно из разных зон нефрогенных тяжей, располагающихся вдоль зачатка позвоночника. При этом предпочка существует короткое время, быстро подвергается обратному развитию и оставляет после себя только первичный мочевой остаток, или вольфов (мезонефральный) проток. Параллельно регрессу предпочки происходит формирование вольфова тела, представляющего собой два продольных валика, располагающихся симметрично вдоль зачатка позвоночника. Окончательная почка образуется из каудального отдела нефрогенного тяжа, а мочеточник - из вольфова протока. По мере развития постоянной почки и мочеточника происходит регресс вольфовых тел и вольфовых ходов. Их остатки в виде тонких канальцев, выстланных эпителием, местами сохраняются и из них могут образоваться кисты (параовариальные). Остаток краниального конца первичной почки (*epoopharon*) располагается в широкой связке между трубой и яичником; каудальный конец (*paroopharon*) находится также в широкой связке между трубой и маткой. Остатки вольфова (гартнеровского) протока располагаются в боковых отделах шейки матки и влагалища и могут служить фоном для образования кисты - киста гартнера хода, а остатки вольфовых тел - параовариальной кисты.

Каковы этапы развития половой системы?

Параллельно с развитием мочевой системы идет образование и половой системы. На 5-й неделе развития на внутренней поверхности вольфовых тел появляются валикообразные утолщения зародышевого эпителия, резко отграниченные от ткани вольфовых тел, - зачатки будущих половых желез (яичников у женщины и яичек у мужчины). Одновременно с закладкой половых желез на наружной поверхности обоих вольфовых тел начинают

развиваться утолщения зародышевого эпителия в виде тяжей, называемых мюллеровыми. Они располагаются параллельно и снаружи от вольфовых тел. По мере роста в хвостовом направлении мюллеровы тяжи из сплошных эпителиальных образований превращаются в каналы (парамезонефральные). Одновременно с этим у зародыша женского пола постепенно редуцируются вольфово тело и вольфов канал. В дальнейшем верхние отделы мюллеровых каналов остаются снаружи от вольфовых протоков, а нижние отклоняются кнутри и, взаимно приближаясь до слияния, образуют один общий проток.

В какие сроки беременности образуются внутренние половые органы?

Из верхних отделов мюллеровых каналов образуются маточные трубы, а из нижних - матка и большая часть влагалища. Процесс этот начинается с 5-6-й недели и заканчивается к 18-й неделе внутриутробного развития. Концы верхних отделов расширяются и образуют воронки труб. Постепенно удлиняясь, мюллеровы каналы достигают мочепоолового канала и принимают участие в образовании влагалища. С образованием мюллеровых каналов мочепооловой канал разделяется на мочевой и половой. Полное слияние мюллеровых каналов и образование матки происходит в конце 3-го месяца развития эмбриона, а образование просвета влагалища - на 5-м месяце. Участки мюллеровых каналов, участвовавшие в формировании маточных труб, и

половые железы (яичники), вначале расположенные по оси тела зародыша (вертикально), постепенно переходят в горизонтальное положение и на 4-м месяце развития плода принимают положение, свойственное взрослой женщине.

Из каких элементов образуются наружные половые органы?

Из мочеполовой клоаки и кожных покровов нижних отделов тела зародыша образуются наружные половые органы. На нижнем конце туловища зародыша образуется клоака, куда впадают конец кишки, вольфовы ходы с развивающимися из них мочеточниками, а затем и мюллеровы ходы. От клоаки отходит аллантаис (мочевой проток). Перегородка, идущая сверху, делит клоаку на дорсальный отдел (*rectum*) и вентральный отдел - мочеполовую пазуху (*sinus urogenitalis*). Из верхнего отдела мочеполовой пазухи образуется мочевой пузырь, из нижнего - мочеиспускательный канал и преддверие влагалища. Вентральная поверхность клоаки (клоачная мембрана) вначале - сплошная (табл. 12.1).

Что относят к нарушениям развития половой системы?

К нарушениям развития половой системы относят:

- аномалии полового развития, сопровождающиеся нарушением половой дифференцировки (пороки развития матки и влагалища, ДГ, АГС);
- аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки (ППР, задержка полового созревания). Частота пороков развития половой системы составляет около 2,5%. Хромосомная и генная патология служит причиной около 30% нарушений полового развития.

Когда возникают пороки развития половых органов?

Пороки развития половых органов возникают уже в процессе эмбрионального развития. Для правильной оценки особенностей встречающихся пороков необходимо рассмотреть нормальный процесс развития половых органов.

Таблица 12.1. Генез нормального развития и пороков развития внутренних половых органов

| Сроки эмбриогенеза | Нормальное развитие | Патологическое развитие |
|--------------------|--|---|
| 2 нед | Образование мочеполовой складки | Не развиваются предпочка, вольфов ход, мюллеров ход и яичники |
| 4–5 нед | Образование мюллеровых ходов | Не развивается мюллеров ход с одной или с обеих сторон |
| 5–6 нед | Слияние двух половых складок и образование полового тяжа | Неполное слияние мюллеровых ходов или их полная изоляция друг от друга |
| 7–11 нед | В результате слияния дистальных концов мюллеровых ходов образуется шейка матки и влагалище | Дистальные концы мюллеровых ходов не сливаются; образуется двойная матка с частичной или полной перегородкой влагалища |
| 13–14 нед | Образуется мышечная оболочка внутренних половых органов; образуется матка, трубы и шейка | Не образуется мышечная оболочка матки и труб. Возникает атрезия влагалища и шейки матки |
| 15–16 нед | Происходит слияние рогов матки; матка принимает окончательную форму | Слияния рогов не происходит; образуется двурогая матка с рудиментарным рогом, седловидная матка; матка с частичной перегородкой |

Примечание. Сроки эмбриогенеза указаны от момента зачатия (овуляционный срок).

Каковы причины, влияющие на нормальный эмбриогенез?

Причины, влияющие на ход нормального процесса эмбрионального развития, многообразны. Все тератогенные факторы (табл. 12.2) можно разделить условно на следующие группы:

- генетические, определяющие мужскую и женскую половую дифференцировку;
- внешние (окружающая среда, травма, тератогенное воздействие);
- внутренние (ферменты, гормоны).

Таблица 12.2. Возможные и маловероятные тератогенные факторы (Слотник Р., 1999)

| Возможные факторы | Маловероятные факторы |
|-------------------|--|
| Алкоголизм | Ингаляционные анестетики |
| Биопсия хориона | Диоксин |
| Карбамазепин | Аспирин |
| Дисульфирам | Бендектин |
| Эрготамин | Наркотики (за исключением кокаина) |
| Гипервитаминоз А | Метронидазол |
| Свинец | Вакцина против краснухи |
| Примидон | Спермициды |
| Стрептомицин | Излучение от телевизора или компьютера |
| Дефицит цинка | — |

В какие стадии эмбриогенеза возникают различные пороки развития?

Установлено также, что формирование того или иного порока развития зависит от периода эмбриогенеза, в течение которого оказывает свое действие патогенный фактор.

Весь период внутриутробного развития можно разделить на следующие стадии: предимплантационное развитие (начальный период); имплантация, органогенез и плацентация (эмбриональный); фетогенез (плодный период).

Начальный период внутриутробного развития длится с момента оплодотворения до имплантации бластоцисты. Отличительная черта начального периода - большие компенсаторно-приспособительные возможности развивающегося зародыша. При повреждении большого числа клеток зародыш погибает, а при повреждении отдельных blastomeres дальнейший цикл развития не нарушается (принцип «все или ничего»).

Второй период внутриутробного развития эмбриональный (18-60-е сутки после оплодотворения). В это время, когда зародыш наиболее чувствителен к тератогенным факторам, формируются самые грубые пороки развития. После 36 сут внутриутробного развития грубые пороки развития (за исключением пороков твердого неба, мочевыводящих путей и половых органов) формируются редко.

Третий период - плодный. Пороки развития для этого периода нехарактерны. Под влиянием факторов внешней среды происходит торможение роста и гибель клеток плода, что в дальнейшем проявляется недоразвитием или функциональной незрелостью.

Самым ответственным периодом в формировании женской половой системы будет 9-я неделя (I триместр беременности) внутриутробного развития.

Какие нарушения развития принято относить к врожденным порокам?

Агенезия - полное врожденное отсутствие органа.

Источник KingMed.info

Аплазия - врожденное отсутствие органа с наличием его сосудистой ножки.

Гипоплазия - недоразвитие органа.

Гиперплазия (гипертрофия) - увеличение относительных размеров органа за счет возрастания количества (гиперплазия) или объема (гипертрофия) клеток.

Гетеротопия - наличие клеток, тканей или целых участков органа в другом органе или в тех зонах того же органа, где их быть не должно.

Гетероплазия - нарушение дифференцировки отдельных типов ткани. *Эктопия* - смещение органа, т.е. расположение его в необычном месте. *Удвоение*, а также увеличение в числе того или другого органа или части его. *Атрезия* - полное отсутствие канала или естественного отверстия. *Стеноз* - сужение канала или отверстия.

Персистирование - сохранение эмбриональных структур, в норме исчезающих к определенному периоду развития. Одна из форм персистирования - дизрафия (арафия) - незаращение эмбриональной щели.

Дисхрония - нарушение темпов (ускорение или замедление) развития. Процесс может касаться клеток, тканей, органов или всего организма.

По какому принципу различают пороки развития?

Врожденные пороки развития различаются по этиологическому признаку, последовательности возникновения в организме, времени воздействия тератогенного фактора и локализации. Наиболее распространены классификации, основанные на этиологическом принципе и локализации.

По этиологическому признаку целесообразно различать три группы пороков:

- наследственные;
- экзогенные;
- мультифакториальные.

Какие пороки относят к наследственным?

К наследственным относят пороки, возникшие в результате мутаций, т.е. стойких изменений наследственных структур в гаметах - гаметические мутации, или (много реже) в зиготе - зиготические мутации. В зависимости от того, на каком уровне произошла мутация, на уровне генов или хромосом, наследственно обусловленные пороки подразделяют на генные и хромосомные.

Какие пороки относят к группе экзогенных?

В группу экзогенных объединены пороки, обусловленные повреждением тератогенными факторами непосредственно эмбриона и плода. Поскольку пороки развития, вызванные тератогенами, могут копировать генетически детерминированные пороки, их нередко называют фенкопиями.

Какие бывают пороки развития вульвы и девственной плевы?

Среди пороков развития вульвы наблюдаются деформации вульвы, обусловленные гипоспадией (недоразвитие мочеиспускательного канала с его открытием во влагалище) или эписпадией (неправильно развитые наружные половые органы с недоразвитием передней стенки

Источник KingMed.info

мочеиспускательного канала, расщеплением клитора и лона) и противоестественным открытием во влагалище или его преддверие просвета прямой кишки.

Наиболее частая патология - атрезия девственной плевы. Атрезия девственной плевы встречается у 0,02-0,04% девочек. Клинически она проявляется в период полового созревания, когда не наступают менструации. Менструальная кровь, скапливаясь во влагалище, растягивает его стенки (гематокольпос). Верхний полюс его, на котором небольшая плотная матка, находится выше плоскости входа в малый таз. Постепенно менструальная кровь может заполнять и растягивать полость матки (гематометра) и маточных труб (гематосальпинкс).

Атрезия девственной плевы некоторое время может себя ничем не проявлять. С периода менархе по мере накопления крови во влагалище, матке, маточных трубах возникают симптомы, связанные со сдавливанием мочевого пузыря и кишечника, тянущие боли в пояснице, а также схваткообразные боли и недомогание в дни менструаций. При попадании менструальной крови в брюшную полость или ее инфицировании возникают перитонеальные симптомы.

Каковы диагностика и лечение атрезии девственной плевы? Диагноз устанавливается при осмотре (рис. 12.1), на основании данных УЗИ. Обнаруживается сплошная, слегка выпячивающаяся кнаружи синеватая девственная плева, а иногда и вся промежность. При ректоабдоминальном исследовании выявляется опухолевидное эластическое образование, на верхушке которого определяется матка (рис. 12.2).

Дифференциальную диагностику следует проводить с дистопированной (тазовой) почкой, опухолью яичника.



Рис. 12.1. Атрезия девственной плевы. Вид вульвы при неперфорированной девственной плеве у 14-летней девочки

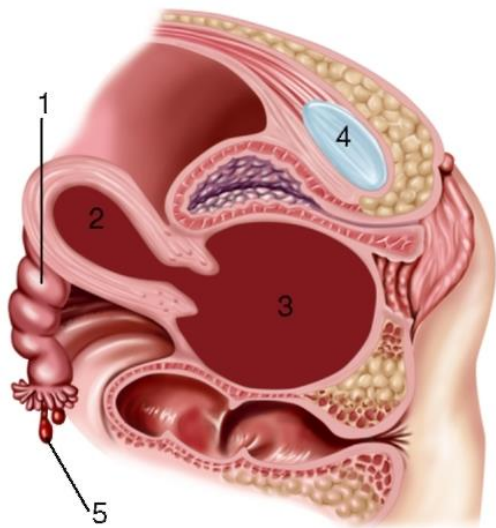


Рис. 12.2. Сагиттальный срез таза при неперфорированной девственной плеве: 1 - гематосальпинкс; 2 - гематометра; 3 - гематокольпос; 4 - симфиз; 5 - гематоперитонеум

Лечение атрезии девственной плевы заключается в крестообразном или полулунном ее рассечении и наложении отдельных швов на края разреза или частичном ее иссечении. Операция производится в асептических условиях, сопровождается опорожнением гематокольпоса (рис. 12.3). Прогноз благоприятный.

Какие встречаются пороки развития влагалища? Причины их возникновения?

Частота аномалий развития влагалища составляет 1:5000 родов.

Агенезия влагалища. Представляет собой первичное полное отсутствие влагалища. Может быть диагностирована до периода

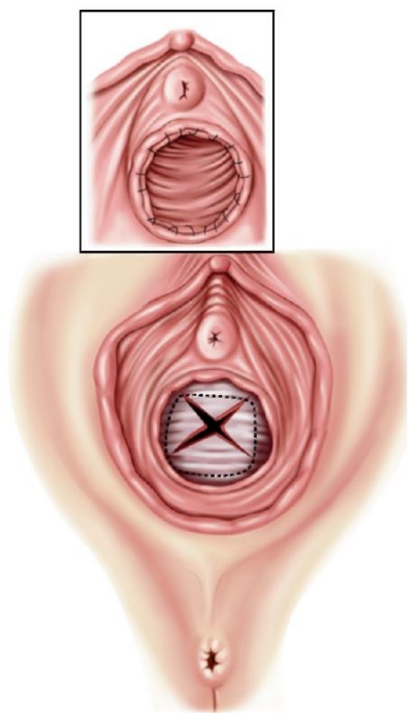


Рис. 12.3. Неперфорированная девственная плева. Крестообразный разрез и циркулярное иссечение

Источник KingMed.info

полового созревания или до начала половой жизни. При осмотре у таких больных между половыми губами имеется незначительное углубление до 2-3 см.

Аплазия влагалища. Наблюдается в результате недостаточного развития нижних отделов мюллеровых протоков. Частота аплазии влагалища и матки составляет 1 на 20 тыс. женщин. При осмотре у женщин отмечается женский тип телосложения, наружные половые органы развиты правильно; кариотип 46,XX. Матка часто бывает рудиментарной, маточные трубы и яичники (которые расположены на уровне безымянной линии или выше) нередко с признаками задержки развития. Функция яичников снижена. У некоторых женщин матка развита нормально, могут наблюдаться двухфазные циклические изменения ректальной температуры и экскреция эстрогенов и прогестерона.

Основными жалобами будут отсутствие менструаций (истинная или ложная аменорея), невозможность половой жизни, отсутствие беременности.

Атрезия влагалища. Она возникает вследствие рубцевания после перенесенного воспалительного процесса в антенатальном или постнатальном периоде, что приводит к полному или частичному заращению влагалища. Клинически проявляет себя в период полового созревания задержкой менструальной крови во влагалище, полости матки, маточных трубах.

Диагноз устанавливают при ректально-абдоминальном и влагалищном исследовании, зондировании, вагиноскопии, УЗИ, осмотре влагалища в зеркалах.

Какое лечение проводят при пороках развития влагалища?

Лечение агенезии и аплазии влагалища только хирургическое, заключающееся в создании искусственного влагалища. Для этой цели используют брюшину малого таза, кожный лоскут, участок резецированной сигмовидной или прямой кишки, аллопластические материалы. После проведенной пластической операции женщины могут жить половой жизнью.

Лечение атрезии влагалища хирургическое и заключается в расщеплении заросшего пространства. В случае обширной атрезии расщепление завершается пластической операцией.

Иногда во влагалище обнаруживается продольная или поперечная перегородка. Данный вид аномалии может сочетаться с двурогой маткой. Продольная перегородка ничем себя не проявляет и может быть находкой при осмотре гинекологом или акушером в родильном доме.

Что относят к порокам развития матки?

В зависимости от степени выраженности варианты пороков развития матки весьма разнообразны и зависят от того, произошло полное или частичное слияние парамезонефральных протоков в процессе органогенеза (рис. 12.4).

Пороки развития матки обычно связаны с действием повреждающих факторов в первые 3 мес внутриутробного развития или с генетическими факторами. У женщин с пороками матки нередко отмечается отягощенная наследственность, у потомства повышена частота аномалий развития.

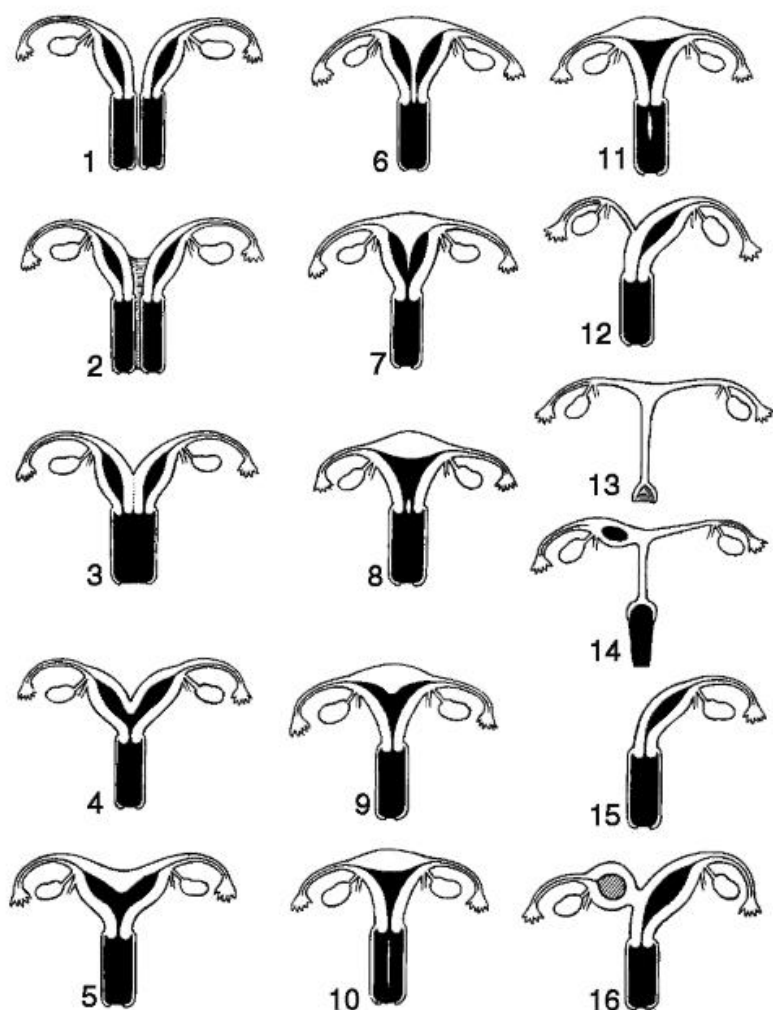


Рис. 12.4. Неполный перечень вариантов аномалий мюллеровых протоков (по Stoeckel): 1 - *u. didelphys*; 2 - *u. duplex et v. duplex*; 3 - *u. bicornis bicollis, v. simplex*; 4 - *u. bicornis unicollis*; 5 - *u. arcuatus*; 6 - *u. septus duplex seu bilocularis*; 7 - *u. subseptus*; 8 - *u. biforis*; 9 - *u. foras arcuatus*; 10 - *v. septa*; 11 - *v. subseptata*; 12 - *u. unicornis*; 13 - *u. bicornis rudimentarius solidus cum v. solida* (синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера); 14 - *u. bicornis rudimentarius partim excavatus*; 15 - *u. unicornis*; 16 - *u. bicornis cum haematometra*

Агенезия матки. Встречается также у нежизнеспособных плодов в сочетании с другими тяжелыми пороками развития.

Удвоение матки и влагалища (*uterus didelphys*). Наблюдается крайне редко и характеризуется наличием двух совершенно самостоятельных половин органов: две матки (у каждой имеется одна труба и яичник), две шейки и два влагалища. Матка и влагалище располагаются совершенно раздельно, между ними находятся мочевого пузыря и прямая кишка. Обе половины могут быть развиты удовлетворительно или неравномерно. Обе матки могут хорошо функционировать, и в них поочередно может наступать беременность.

Какие особенности при *uterus duplex* и *vagina duplex (septa)*?

Несколько чаще встречаются *uterus duplex* и *vagina duplex (septa)*. При данном виде аномалии также имеются две матки, две шейки и два влагалища,

Источник KingMed.info

но на определенном участке (обычно в области шейки матки) обе части половой системы соприкасаются друг с другом, часто с помощью фиброзномышечной перегородки. Нередко отмечаются недоразвитие одной из маток, атрезия девственной плевы, внутреннего зева, частичная атрезия или аплазия влагалища на одной стороне, что сопровождается развитием одностороннего гематокольпоса.

Какие особенности при двурогой матке?

К другому пороку относится двурогая матка: *uterus bicornis bicollis*, при которой имеется общее влагалище и раздвоение шейки и тела матки, и *uterus bicornis unicollis* - только раздвоение тела матки.

Двурогость матки может быть выражена незначительно. Если слияния мюллеровых протоков не произошло только в области дна, то это приводит к седловидному углублению - *uterus arcuatus*. При значительном отставании в развитии одного из парамезонефральных протоков формируется *uterus bicornis* с рудиментарным рогом. Редким видом порока развития матки будет *uterus unicornis (uterus pseudounicornis)*.

Что такое синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера?

Этот синдром характеризуется нарушением развития внутренних половых органов - производных мюллеровых протоков, он также носит название синдрома аплазии матки и влагалища. Как правило, у таких пациенток наружные половые органы внешне не изменены, более или менее сформирована нижняя треть влагалища и маточные трубы, правильно сформированы и функционируют яичники. Аномалия развития выявляется с менархе, когда у девочек, достигших 15-летнего возраста, отсутствуют менструации (первичная аменорея), либо с момента попытки сексуального контакта, которая бывает безуспешной, что и служит поводом для обращения к врачу.

Какова клиническая картина при пороках развития матки?

Удвоение матки и влагалища может протекать бессимптомно. Менструальная, половая и даже детородная функции остаются нормальными. Но так как данный вид пороков нередко сопровождается задержкой развития матки и яичников, то наблюдаются нарушения менструальной функции, повторные самопроизвольные выкидыши, слабость родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах и т.д. Беременность, наступившая в рудиментарном роге, относится к эктопической, и если прерывается (разрыв рудиментарного рога), то характеризуется тяжелым клиническим кровотечением.

Какова диагностика при пороках развития матки?

Пороки развития матки в большинстве случаев диагностируются без труда с помощью обычных методов исследования: с помощью зеркал, бимануального обследования, зондирования, УЗИ. Исследование мочевыделительной системы позволяет определить формы пороков мочевыводящих органов. Их наличие типично для симметричных пороков развития матки, как правило, они выявляются на стороне поражения.

Каково лечение при пороках развития матки?

Некоторые виды пороков матки, протекающие бессимптомно, не требуют никакого лечения например, седловидная, однорогая матка и др.

Если тот или иной порок сопровождается невынашиванием беременности, то по показаниям производят пластические операции (рис. 12.5).

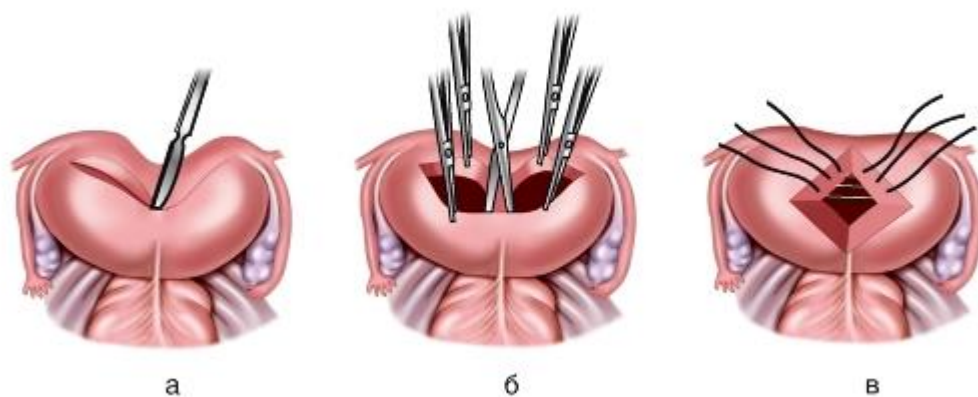


Рис. 12.5. Метропластика при двурогой матке (операция Штрассмана): а - поперечный разрез дна матки; б - иссечение перегородки; в - наложение швов на матку

Добавочный или рудиментарный рог (вне или во время беременности) матки удаляют во время операции.

Прогноз в большинстве случаев благоприятный. **Какие существуют пороки развития яичников?**

Аплазия яичников встречается чрезвычайно редко и, очевидно, может наблюдаться только у нежизнеспособных плодов с другими пороками развития, несовместимыми с жизнью.

Отсутствие яичника с одной стороны иногда наблюдается при однорогой матке. Однако при однорогой матке чаще бывают развиты два яичника.

Недостаточное анатомическое и функциональное развитие яичников обычно сочетается с недоразвитием других отделов половой системы.

К редкой форме пороков развития относится отсутствие яичников (дисгинезия гонад - ДГ). Яичники представлены соединительнотканными тяжами, которые могут содержать отдельные группы клеток коркового или мозгового слоя. Наружные половые органы при этом пороке недоразвиты, матка рудиментарная. ДГ возникает в результате хромосомных нарушений.

Выделяют несколько форм ДГ:

- типичная форма ДГ (синдром Шерешевского-Тернера);
- чистая форма ДГ;
- смешанная форма ДГ.

Что характерно для типичной формы дисгинезии гонад (синдром Шерешевского-Тернера)?

Для данной формы характерны выраженные соматические аномалии: низкий рост (до 150 см), широкие плечи, узкий таз, короткая шея с крыловидными складками и низким ростом волос, вальгусная девиация локтевых и коленных суставов, пороки развития сердечно-сосудистой системы, почек, микрогнатия и высокое нёбо, низко расположенные ушные раковины, множественные пигментные пятна и др. Характерны признаки ЗПР: молочные железы не развиты, с широко расставленными сосками, половое оволосение отсутствует, резкая гипоплазия половых органов с соединительнотканными тяжами вместо яичников, первичная аменорея. Интеллектуальное развитие обычное, при исследовании выявляются хромосомные нарушения (45,Х0), половой хроматин снижен или отсутствует, синтез эстрогенов снижен, содержание ФСГ и ЛГ в плазме крови резко повышено.

Источник KingMed.info

Типичная форма ДГ диагностируется уже при рождении. Дети отличаются малой массой тела, своеобразными отеками конечностей, которые вскоре проходят без лечения.

Каковы причины и клиническая картина при стертой форме дисгенезии гонад?

Наибольший интерес для клиники и сложности в диагностике представляет стертая форма ДГ. Причиной заболевания также служат хромосомные аномалии в кариотипе больных. Клинические проявления характеризуются значительной вариабельностью. Наиболее часто выявляется мозаичный характер кариотипа - 45,ХО/46,ХХ. При преобладании клона 45,ХО больные ближе по внешнему виду к клинической картине синдрома Шерешевского-Тернера. Превалирование нормального клеточного клона 46,ХХ сглаживает соматические признаки типичной формы ДГ. У больных реже наблюдается низкий рост, может быть недостаточное, но спонтанное развитие вторичных половых органов при наличии первичной аменореи. Своевременное наступление менструаций бывает у 20% больных, а у 10% - отмечают относительно регулярные менструации в течение 10 лет после менархе, которые потом переходят в олигоменорею и вторичную аменорею. При осмотре наружные половые органы гипопластичны. При УЗИ и лапароскопии выявляются также резко гипопластичные яичники, содержащие при гистологическом исследовании элементы стромы, соединительную ткань с единичными примордиальными фолликулами.

Чем характеризуется чистая форма дисгенезии гонад?

При этом клиническом варианте соматических аномалий нет. Рост обычный или ниже среднего, молочные железы неразвиты, половое оволосение скудное или отсутствует. При обследовании наружные половые органы, влагалище и матка недоразвиты, яичники рудиментарные, типична первичная аменорея. Половой хроматин отрицательный, кариотип 46,ХУ или 46,ХХ. Секреция эстрогенов резко снижена.

Чем характеризуется смешанная форма дисгенезии гонад?

Данная форма дисгенезии представляет собой аномалии, сочетающие в себе черты чистой формы с проявлениями типичной формы. Для больных характерны нормальный рост, интерсексуальное телосложение, отсутствие соматических отклонений и явления вирилизации. При исследовании определяют задержку развития молочных желез, признаки вирилизации, некоторое увеличение клитора на фоне гипоплазии половых органов. Кариотип чаще 45,Х/45,ХУ. При лапароскопии и гистологическом исследовании обнаруживают фиброзный тяж с одной стороны и недоразвитые элементы тестикулярной ткани - с другой.

Какое лечение применяется при дисгенезии гонад?

Лечение ДГ зависит от ее формы и кариотипа больных. При смешанной и чистой формах ДГ с кариотипом 46,ХУ лечение следует начинать с удаления гонад, не дожидаясь признаков вирилизации, в связи с высоким риском малигнизации при данных формах дисгенезий. Больным с типичной и чистой формами ДГ при кариотипе 46,ХХ проводится ЗГТ половыми гормонами, что приводит к феминизации фигуры, развитию молочных желез, наружных и внутренних половых органов и циклическим менструальноподобным выделениям. Все это избавляет девушек от сознания собственной неполноценности и способствует их социальной адаптации.

Какому состоянию соответствует термин «гермафродитизм»?

Этим термином обозначают такую аномалию развития половых желез, при которой у индивидуума обнаруживают анатомически и функционально развитые железы обоего пола. Различают два вида гермафродитизма: истинный и ложный. Истинный гермафродитизм, или

Источник KingMed.info

двуполость, - наличие у одного индивидуума гонад обоего пола: яичника и яичка или гонад смешанного строения (овотестис). Ложный гермафродитизм, или псевдогермафродитизм, - это несоответствие строения наружных половых органов характеру половых желез. Различают ложный женский и мужской псевдогермафродитизм.

Что такое ложный женский гермафродитизм?

Ложный женский гермафродитизм встречается значительно реже. Причинами данной формы гермафродитизма служит прием андрогенов или прогестерона; наличие у матери андрогенсекретирующей опухоли; генетически обусловленная гиперпродукция андрогенов у ребенка, начавшаяся внутриутробно врожденная форма АГС. При осмотре внутренние половые органы (влагалище, матка, маточные трубы и яичники) развиты по женскому типу, но при этом сохраняются нередуцированными зачатки мужских половых элементов. Наружные половые органы развиты по типу, приближающемуся к мужскому: клитор увеличен, сросшиеся по средней линии большие половые губы напоминают мошонку, уретра и влагалище в нижней трети не разделены и образуют уrogenитальный синус, открывающийся под увеличенным клитором.

Чем характеризуется мужской псевдогермафродитизм?

Мужской псевдогермафродитизм характеризуется обратными соотношениями: при наличии мужских половых желез (яичек) наружные половые органы более или менее напоминают строение женских. При осмотре выявляется небольшой пенис, напоминающий увеличенный клитор, гипоспадия. Нередко мошонка расщеплена на две сросшиеся по средней линии складки, напоминающие большие половые губы.

Каковы диагностика и лечение мужского псевдогермафродитизма?

Диагностика этих пороков нередко трудна, особенно в детском возрасте. Именно поэтому иногда наблюдаются ошибки в воспитании подобных детей: ребенок женского пола воспитывается как мальчик и наоборот.

Неполноценные яички удаляют хирургически ввиду опасности их малигнизации. Андрогенсекретирующую опухоль также удаляют. Вопрос об оперативном лечении решается индивидуально в каждом конкретном случае

и зависит от формы гермафродитизма. Применяются также пластические операции для коррекции наружных половых органов, гормонотерапия.

Что понимают под нарушением полового развития у девочек?

Процесс полового развития (созревания) характеризуется возникновением множественных количественных и качественных изменений в организме девочки, подготавливающих ее к осуществлению репродуктивной функции. Выделяют две фазы периода полового созревания. Первая - предпубертатная - характеризуется «скачком» роста, появлением вторичных половых признаков, дальнейшим развитием половых органов и заканчивается появлением первых менструаций. Вторая фаза начинается с периода менархе и заканчивается с завершением полового и соматического развития. Различают следующие нарушения полового развития у девочек:

- ППР;
- ЗПР;

Источник KingMed.info

• отсутствие полового развития (ДГ, аплазия яичников). **Каковы причины нарушения полового развития у девочек?**

Большую роль в возникновении нарушений полового развития играют патологические процессы, действующие во внутриутробном периоде, во время родов и периода новорожденности (гестозы, угроза прерывания беременности, аномалии родовых сил, асфиксия плода, травмы ЦНС, недоношенность, гипотрофия плода, инфекционные заболевания и алкоголизм матери и др.). На особом месте стоят инфекционные заболевания, перенесенные в детском и пубертатном возрасте. Редкими причинами аномалий развития будут новообразования и кисты гипоталамо-гипофизарной системы, яичников, надпочечников. Характер нарушений может быть органическим или функциональным.

Что такое преждевременное половое развитие изосексуальной формы (по женскому типу)?

Половое развитие считается *преждевременным*, если менструация (менструальноподобные выделения) и вторичные половые признаки появляются в первом десятилетии жизни девочки (до 8 лет). В зависимости от выраженности признаков выделяют полную и неполную форму ППР. К полной форме относят те случаи, когда у девочек развиваются все вторичные половые признаки с наличием менструаций (менструальноподобных реакций). Эта форма ППР характеризуется ускорением темпов роста и созревания костной системы, причем процесс созревания костей преобладает над темпом их роста, что обуславливает раннюю остановку роста. Такие девочки имеют низкий рост с признаками диспластического телосложения: узкие плечи, короткие конечности при относительно длинном туловище. При неполной форме развиваются вторичные половые признаки, но менструация (или менструальноподобные выделения) отсутствует. В отличие от полной формы, при данной патологии рост и созревание костей происходят одновременно, поэтому значительной задержки роста и существенных изменений в телосложении не наблюдается.

Какие формы преждевременного полового развития различают у девочек?

В зависимости от этиологии, патогенеза и клинической картины выделяют церебральную, яичниковую и конституциональную формы ППР.

Для церебральной формы, кроме признаков ППР, характерно поражение центральной нервной системы. При этом в процесс вовлекаются гипофизотропные структуры гипоталамуса, начинается преждевременная секреция РГ ЛГ, стимулирующая образование и выделение ФСГ и ЛГ гипофизом. Это, в свою очередь, вызывает рост и созревание фолликулов, секрецию эстрогенов в яичниках. В некоторых случаях отмечаются признаки органического поражения ЦНС, сопровождающиеся задержкой интеллектуального развития, в других - неврологические симптомы, указывающие на функциональные нарушения дизэнцефальных структур (умеренное ожирение, гипергидроз, лабильность вазомоторных реакций и др.).

Яичниковая форма ППР (ложное ППР) развивается в результате фолликулярных кист или гормонально-активных опухолей яичника. Рост и умственное развитие таких детей соответствуют возрасту.

При конституциональной форме ППР выявить какую-либо неврологическую, церебральную или иную патологию не удастся. Преждевременный - только возраст, когда начинается половое развитие. Очевидно, имеются отклонения в реализации генетической программы созревания нейросекреторных структур гипоталамуса. Процесс формирования цирхорального типа

Источник KingMed.info

секреции РГ ЛГ происходит не во вторую, а в первую декаду жизни, что косвенно подтверждается наследственным, семейным характером конституционального ППР.

Какова диагностика преждевременного полового развития?

Диагностика ППР не представляет затруднений. Обследование должно проводиться в специализированных стационарах. Диагноз обычно ставится при объективном осмотре девочки. Труднее бывает выявить причину, вызвавшую ППР. Обязательными методами обследования будут УЗИ органов малого таза, лапароскопия при сомнительных результатах УЗИ, неврологическое исследование с применением ЭЭГ и РЭГ, гормональное исследование (гонадотропины), определение костного возраста. Широко применяются и ТФД.

Каковы принципы лечения преждевременного полового развития?

Лечение ППР проводится в зависимости от выявленной патологии, вызвавшей ее, и в торможении процесса. Опухоли яичников подлежат оперативному лечению. Фолликулярную кисту, вызвавшую ППР, удалять не рекомендуется, так как она претерпевает обратное развитие, после чего исчезают вызванные ею симптомы. Торможение процесса ППР производится на уровне тканей-мишеней. Так, для подавления преждевременной активности нейроэндокринных структур гипоталамуса и гонадотропных клеток гипофиза применяют аналоги ГнРГ. Действие этих препаратов основано на блокаде рецепторов ЛГ и ФСГ, вследствие чего выделение их передней долей гипофиза резко снижается, что приводит к прекращению преждевременной активности яичников.

Профилактика ППР сводится к охране здоровья матери и отца будущего ребенка, предупреждению осложнений беременности и родов (асфиксий, травм), рациональному лечению инфекционных заболеваний в детском возрасте.

Чем характеризуется гетеросексуальное преждевременное половое развитие?

Данная форма ППР характеризуется появлением признаков полового созревания противоположного пола (мужского) у девочек в первом десятилетии жизни. Наиболее частой клинической формой гетеросексуального ППР служит АГС, который известен среди клиницистов как классическая форма врожденной гиперплазии коры надпочечников, ложный женский гермафродитизм.

Какова этиология адреногенитального синдрома?

АГС - следствие врожденного дефицита ферментной системы (C_{21} -гидроксилаза), участвующей в синтезе стероидных гормонов надпочечников. При этом нарушается синтез кортизола - основного глюкокортикоидного гормона коры надпочечников, образование которого уменьшается. По принципу обратной связи возрастает образование АКТГ в передней доле гипофиза и усиливается синтез предшественников кортизола, из которых вследствие дефицита энзима образуются андрогены. Заболевание носит аутосомно-рецессивный характер и встречается в одном случае на 5 тыс. новорожденных.

Какие клинические проявления адреногенитального синдрома?

Клинически классическая форма АГС в возрасте 3-5 лет начинает проявляться картиной ППР по мужскому типу: мужской тип телосложения и распределения мышечной и жировой ткани, хорошее развитие костной и мышечной ткани («маленькие Геркулесы»).

Поскольку нарушение функции надпочечников начинается уже внутриутробно, диагноз АГС можно поставить у новорожденной девочки. При осмотре выявляется вирилизация наружных

Источник KingMed.info

половых органов: увеличение клитора, слияние больших половых губ и персистенция уrogenитального синуса, открывающегося под увеличенным клитором. Нередко таких девочек принимают за мальчиков с гипоспадией и крипторхизмом. В случае выраженной вирилизации эту форму ППР называют ложным женским гермафродитизмом, которая будет самой частой формой гермафродитизма среди нарушений полового развития. Объективные диагностические методы - анализ на носительство гена CYP21B, проба с тетракозактидом (аналогом АКТГ), УЗИ или КТ надпочечников. Самым информативным тестом служит повышенное содержание 17-КС, 17-ОНП, ДЭА в моче и (или) тестостерона в крови, нормализующееся после проведения пробы с глюкокортикоидами.

Дифференциальную диагностику проводят с вирилизирующей опухолью надпочечников, развившейся у девочек в первое десятилетие жизни. При этой патологии вирилизация наружных половых органов проявляется только в увеличении клитора. Проба с глюкокортикоидами не приводит к снижению 17-КС или тестостерона. При обследовании обнаруживается одностороннее увеличение надпочечника.

Каковы принципы лечения адреногенитального синдрома?

Врожденную форму АГС лечат назначением глюкокортикоидов в течение длительного времени. Доза препарата зависит от уровня гиперандрогении.

При грубой вирилизации проводится пластическая корригирующая операция. Лечение опухолей надпочечника оперативное.

Что понимают под задержкой полового развития?

Под ЗПР понимают отсутствие или недоразвитие вторичных половых признаков в 13-14 лет и отсутствие менархе в возрасте 15-16 лет. **Какова этиология задержки полового развития?**

Причины задержки полового развития (ЗПР) - расстройства механизмов регуляции ЦНС или первичная функциональная недостаточность яичников. Большое значение имеют генные нарушения, осложненное течение внутриутробного развития, неблагоприятное воздействие ряда факторов (неполноценное питание; гипотиреоз; хронический тонзиллит; детские и другие инфекции, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на яичники; ревматизм; операции на яичниках и др.). Различают две формы ЗПР: центрального и яичникового генеза.

Каковы причины задержки полового развития центрального генеза?

Причинами ЗПР могут быть церебральные нарушения органического характера: травматические, токсические, инфекционные поражения (энцефалиты, эпилепсия, опухоли гипоталамической области). Эта патология ЦНС может вызвать ЗПР, если в процесс вовлечены структуры медиобазального гипоталамуса.

Какие задержки полового развития относят к церебральным формам?

К церебральным формам относятся ЗПР при психозах, неврозах, вследствие стрессовых ситуаций. Одной из церебральных форм будет нервная анорексия (*anorexia nervosa*) - отказ от еды, расцениваемый как невротическая ситуация в ответ на изменения, происходящие в организме в пубертатный период. К этой форме относят ЗПР на фоне потери массы тела в период полового созревания, когда девушки начинают соблюдать диету.

Каков патогенез задержки полового развития на фоне потери массы тела?

В результате стрессорных воздействий нарушается образование и выделение эндорфинов. В надгипоталамических и гипоталамических дофаминергических структурах нарушаются процессы

Источник KingMed.info

синтеза и секреции гонадолиберина и, как следствие, уменьшается образование гипофизом гонадотропинов. Определенную роль играет уменьшение количества жировой ткани, где осуществляется внегонадный синтез эстрогенов.

Какова клиническая картина церебральных форм задержки полового развития?

При церебральных формах ЗПР основной и порой единственной жалобой будет нарушение полового развития. Эти девушки отличаются от сверстниц недостаточным развитием вторичных половых признаков и аменореей, отсутствием «феминизации фигуры» - распределением жировой и мышечной ткани по женскому типу и изменением в строении таза.

У девушек с ЗПР отмечается евнуховидное телосложение: удлинение рук и ног, относительно короткое туловище, уменьшение поперечных размеров таза. Рост их обычно выше, чем у сверстниц.

Дефицит эстрогенов, играющих важную роль в процессах окостенения, служит причиной затягивания у таких девушек периода роста в длину. При гинекологическом исследовании отмечается гипоплазия половых органов (выраженный генитальный инфантилизм).

Чем характеризуется яичниковая форма задержки полового развития?

При яичниковой форме ЗПР отмечается уменьшение фолликулярного аппарата, подобные яичники называют гипопластическими, «нечувствительными», резистентными к гонадотропной стимуляции. Возможно, в патогенезе данной патологии играют определенную роль детские инфекционные заболевания (коровая краснуха, паротит и др.) или токсические влияния, вызывающие нарушения фолликулярного аппарата или иннервации яичников.

Какова клиническая картина при яичниковой форме задержки полового развития?

Для клинической картины ЗПР при гипопластических яичниках характерны интерсексуальные черты телосложения; несмотря на задержку процессов окостенения эпифизов трубчатых костей, длина тела девочек не превышает обычные возрастные нормативы.

Вторичные половые признаки недоразвиты, отмечается также гипоплазия наружных и внутренних половых органов. Характерна первичная аменорея, но могут быть скудные и редкие менструации.

Для гормональной характеристики таких больных типичным служит резкое снижение эстрогенов в крови при повышении содержания гонадотропинов. В мазке из влагалища преобладают парабазальные клетки, встречаются единичные промежуточные.

Каковы критерии диагностики задержки полового развития?

При обследовании девушек с ЗПР используют следующие критерии:

- отсутствие менархе в возрасте старше 16 лет;
- отсутствие признаков начала полового созревания в возрасте 13-14 лет и старше;
- отсутствие менархе в течение трех лет и более от начала появления развития молочных желез и полового оволосения;
- несоответствие показателей роста и массы тела хронологическому возрасту.

Основная проблема в диагностике ЗПР - установление уровня поражения РС. Большое значение имеет анамнез, при сборе которого уточняют сведения о половом развитии сестер и кровных

Источник KingMed.info

родственников. При осмотре тщательно отмечают особенности телосложения, развития вторичных половых признаков и половых органов.

Каковы методы диагностики задержки полового развития?

У больных с ЗПР при подозрении на церебральные формы патологии необходимо неврологическое обследование. Из инструментальных методов исследования применяют:

- ЭЭГ и РЭГ, позволяющие дифференцировать органические или функциональные нарушения церебральных и диэнцефальных структур;
- рентгенографию черепа и турецкого седла, по показаниям - КТ головного мозга;
- пациенткам с выявленной патологией турецкого седла - исследование цветовых полей зрения и глазного дна;
- УЗИ органов малого таза для уточнения размеров матки и яичников;
- при наличии дополнительных показаний - лапароскопию с биопсией гонад.

Гормональные исследования. Определение ПРЛ целесообразно проводить пациенткам с нормальным типом телосложения и хорошо развитыми молочными железами.

Если при гормональном исследовании обнаружен низкий уровень гонадотропинов (ФСГ и ЛГ), то это исключает первичную яичниковую недостаточность, но не позволяет дифференцировать гипоталамический или гипофизарный уровень патологии.

Какие функциональные пробы проводятся с целью дифференциальной диагностики?

Проба с РнРГ: внутривенно вводят 100 мкг ГнРГ с последующим определением ЛГ в крови через 15, 30, 60 и 120 мин. Увеличение содержания ЛГ указывает на сохранную гонадотропную активность гипофиза и нарушение функции гипоталамических структур. Отсутствие повышения уровня ЛГ свидетельствует о рефрактерности гипофиза, т.е. отсутствии образования в нем гонадотропинов.

Проба с кломифеном: прием кломифена по 100 мг в день в течение 5 дней с последующим (через 2-3 дня) определением в крови ЛГ или E_2 указывает на активацию гонадотропной функции гипофиза и опосредованно - яичников. Определение эстрогенов в известной степени может заменить исследование по ТФД.

Проба с менотропинами: позволяет выяснить функциональное состояние яичников, их ответ на стимуляцию гонадотропными препаратами и таким образом исключить их первичную неполноценность.

Какое лечение проводится при задержке полового развития?

В разработке комплексной терапии задержек полового развития, направленной на нормализацию функции диэнцефальной области, необходимо участие невропатолога.

Помимо общих воздействий, предпринимаемых в целях нормализации функции высших регулирующих репродуктивную функцию структур, после 15-16 лет применяют гормональную терапию - заместительную, препаратами половых гормонов в циклическом режиме, гонадотропными препаратами, стимулирующими функцию яичников.

Применение аналогов ГнРГ для лечения гипоталамических форм ЗПР - задача ближайшего будущего.

Источник KingMed.info

Лечение ЗПР на фоне потери массы тела основано на полноценном питании.

Проводится седативная терапия (настои, отвары трав, бромиды, седативные препараты); витаминотерапия (В₁, витамин С, α-токоферола ацетат), терапия фитоэстрогенами.

Лечение ЗПР при гипопластических яичниках состоит в применении заместительной циклической гормонотерапии.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Процесс формирования внутренних половых органов заканчивается:

- 1) к 18 нед беременности;
- 2) 24 нед беременности;
- 3) к сроку доношенной беременности;
- 4) верный ответ - 1, 2.

2. Нарушениями развития половой системы являются:

- 1) аномалии полового развития с нарушением половой дифференцировки;
- 2) аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки;
- 3) неправильное половое развитие;
- 4) верный ответ - все;
- 5) верный ответ - 1, 2.

3. В периоде внутриутробного развития выделяются следующие стадии:

- 1) предварительный период;
- 2) начальный период;
- 3) эмбриональный период;
- 4) плодный период.

4. К врожденным порокам принято относить следующие нарушения развития:

- 1) агенезия;
- 2) аплазия;
- 3) атрезия;
- 4) стеноз;
- 5) верный ответ - все.

5. К порокам развития влагалища относятся:

- 1) агенезия;
- 2) гетероплазия;
- 3) аплазия;

Источник KingMed.info

4) атрезия.

6. К порокам развития матки относятся:

- 1) агенезия матки;
- 2) удвоение матки;
- 3) двурогая матка;
- 4) инфантильная матка.

7. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерны следующие выраженные соматические аномалии:

- 1) широкий таз;
- 2) низкий рост;
- 3) низко расположенные ушные раковины;
- 4) короткая шея с крыловидными складками.

8. Возможными вариантами нарушения полового развития у девочек являются:

- 1) ППР;
- 2) ЗПР;
- 3) нарушение полового развития в пубертате;
- 4) отсутствие полового развития;
- 5) верный ответ - все.

9. Формами преждевременного полового развития у девочек являются:

- 1) церебральная;
- 2) маточная;
- 3) яичниковая;
- 4) конституциональная;
- 5) верный ответ - все.

10. Проявлениями задержки полового развития является:

- 1) отсутствие (недоразвитие) вторичных половых признаков в 13-14 лет;
- 2) отсутствие (недоразвитие) вторичных половых признаков в 15-16 лет;
- 3) отсутствие менархе в возрасте 13-14 лет;
- 4) отсутствие менархе в возрасте 15-16 лет.

Задачи

11. Женщина, 29 лет, обратилась к врачу женской консультации. Жалоб на момент обращения не предъявляет. В анамнезе 4 беременности - все завершились самопроизвольным выкидышем при

Источник KingMed.info

сроке 4-5 нед беременности. В ходе предварительного обследования выявлена двурогая матка. Какова тактика врача?

12. Девушка, 15,5 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли тянущего характера в нижних отделах живота. Половой жизнью не живет. Менструаций не отмечала. При эхографическом исследовании матка - без особенностей, в проекции влагалища визуализируется образование неоднородной структуры 4x5 см. Каков диагноз? Какова тактика врача?

Глава 13. Аномалии положения женских половых органов. Недержание мочи

Цель занятия: изучить со студентами основные причины возникновения аномалий положения внутренних половых органов, их классификацию, клинические формы, методы диагностики, дифференциальную диагностику, лечение и меры профилактики.

Студент должен знать: нормальное положение женских половых органов (топографическую анатомию); факторы, способствующие сохранению нормального положения внутренних половых органов в малом тазу (подвешивающий, поддерживающий и фиксирующий аппарат матки), и причины, их нарушающие; классификацию аномалий положения тазовых органов; клинические симптомы, диагностику и дифференциальную диагностику пролапса тазовых органов, методы лечения и профилактики.

Студент должен уметь: собрать анамнез, выяснить жалобы. Обратит особое внимание на специальный анамнез и историю развития заболевания; осмотреть больную, оценить состояние тазового дна, провести влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал; поставить диагноз, выработать план ведения и лечения больной, определить объем операции, знать предоперационную подготовку и тактику ведения послеоперационного периода, принципы операций, применяемых для лечения пролапса тазовых органов в зависимости от возраста больной, тяжести пролапса, экстрагенитальных заболеваний.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, смотровой кабинет, операционная, послеоперационная палата.

Оснащение: таблицы, слайды (презентации), истории болезни, демонстрационные фильмы.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль знаний студентов.
- Курация больных, клинический разбор историй болезни, осмотр больных в смотровом кабинете, присутствие на операции и затем ее обсуждение, решение ситуационных задач.
- Подведение итогов занятия, оценка знаний студентов.

Среди аномалий положения половых органов наиболее частой патологией являются опущения и выпадения, которые в структуре гинекологической заболеваемости составляют до 28%. Как правило, заболевание начинается в репродуктивном возрасте и носит всегда прогрессирующий характер. Опущения и выпадения внутренних половых органов относятся к аномалиям положения половых органов.

Что называется нормальным положением матки в малом тазу?

Нормальным (типичным) положением матки в малом тазу принято называть такое положение, когда матка при опорожненном мочевом пузыре и прямой кишке находится в середине малого таза, дно не выше плоскости входа в малый таз, влагалищная часть шейки матки - на уровне плоскости узкой части малого таза. Дно матки обращено кверху и кпереди, влагалищная часть шейки матки - книзу и кзади (рис. 13.1). Угол, образованный шейкой и телом матки, тупой, открыт кпереди (*anteflexio uteri*). Угол, образованный осью матки и так называемой осью тазового входа (восстановленный в середине входа в малый таз перпендикуляр, который, будучи продолжен книзу, пересекает копчик, а продол-

Источник KingMed.info

женный кверху, пересекает пупок), - *anteversio uteri*, при этом шейка матки обращена к крестцу, а дно матки - к лону. Типичное положение матки в тазу обозначается термином «*anteflexio-anteversio uteri*».

Какие факторы способствуют нормальному положению матки в тазу?

Нормальному положению матки в тазу способствуют следующие факторы:

- собственный тонус половых органов, зависящий от правильного функционирования всех систем организма, в частности состояния нервной системы, условий кровообращения, уровня половых гормонов;
- взаимоотношения между внутренними органами, согласованная деятельность диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна;
- подвешивающий, фиксирующий и поддерживающий аппарат матки. **Какова классификация аномалий положения половых органов?** Различают смещения матки по горизонтальной и вертикальной плоскости, вокруг продольной оси.

Какие различают виды смещения матки по горизонтальной плоскости? Смещения матки по горизонтальной плоскости могут быть следующих видов:

- вся матка смещена кпереди (*antepositio uteri*);
- вся матка смещена кзади (*retropositio uteri*);
- матка смещена вправо (*dextropositio uteri*);
- матка смещена влево (*sinistropositio uteri*).

Какие существуют формы смещения матки вокруг продольной оси?

Смещения матки вокруг продольной оси следующие:

- вращение матки (тела и шейки) вполборота вокруг вертикальной оси - справа налево или наоборот - поворот матки (*rotatio uteri*);

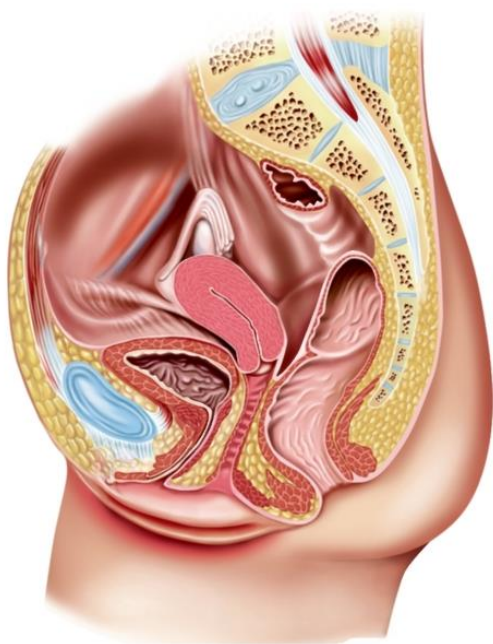


Рис. 13.1. Нормальное положение матки в малом тазу

Источник KingMed.info

- перекрут матки (*torsio uteri*) - это поворот тела матки по вертикальной оси более 180° в области перешейка при неподвижной шейке.

Какие различают виды смещения матки по вертикальной оси (относительно плоскостей малого таза)?

Смещения матки по вертикальной оси следующие:

- матка смещена кверху (*elevatio uteri*);
- опущение матки (*descensus uteri*);
- выпадение матки (*prolapsus procidentia uteri*). **Какое бывает выпадение матки?**

Выпадение матки (*prolapsus uteri*) бывает неполное (*prolapsus uteri partialis*) и полное (*prolapsus uteri totalis*). Неполное выпадение - когда при натуживании больной из половой щели выходит только шейка матки (рис. 13.2). При полном - шейка и тело матки выходят за пределы половой щели, что обычно сопровождается выворотом стенок влагалища, и такую ситуацию называют гинекологической грыжей (*hernia genitalis*) (рис. 13.3).



Рис. 13.2. Неполное выпадение матки

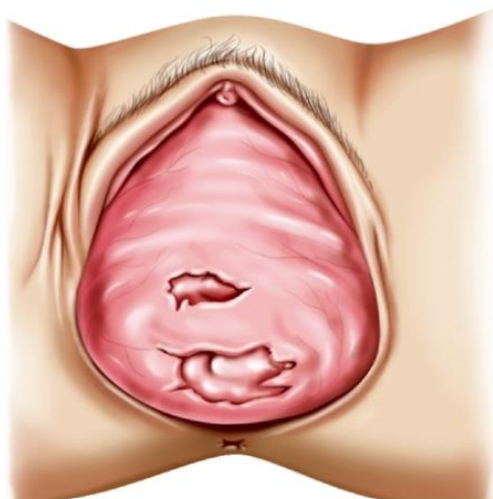


Рис. 13.3. Полное выпадение матки

Что такое выворот матки (*inversio uteri*)?

При этой аномалии серозная оболочка матки располагается внутри, слизистая - снаружи, тело матки находится во влагалище ниже шейки матки (матка вывернулась, как палец перчатки; рис. 13.4). Такая ситуация возможна только в третьем периоде родов, когда пытаются выделить послед при неотделившейся плаценте.

Какова этиология аномалий положения женских половых органов?

В возникновении аномалий положения женских половых органов играют роль следующие факторы:

- травмы промежности в родах;
- большое количество родов;
- аномалии развития мюллеровых протоков;
- врожденная несостоятельность связочного и поддерживающего аппарата матки и заболевания соединительной ткани (дисплазия соединительной ткани);
- спаечный процесс в малом тазу;
- опухоли и опухолевидные образования в малом тазу;
- хронический запор;
- ожирение или, наоборот, резкое похудание;
- общая астения, старческий возраст.

Какие аномалии положения женских половых органов имеют наиболее важное клиническое значение?

К таким аномалиям относятся:

- патологическая антефлексия матки;
- ретродевиация матки;

Источник KingMed.info

• опущение и выпадение матки и стенок влагалища. **Какова характеристика патологической антефлексии матки?**

Патологическая антефлексия матки (hyperanteflexio) - это одно из проявлений полового инфантилизма. При этом имеют место наличие острого угла между телом и шейкой матки, малые размеры матки и удлинненная коническая шейка матки (рис. 13.5). В основе этой патологии лежит недостаточное развитие внутренних половых органов в результате различных интоксикаций в детском возрасте (инфекции, глистные инвазии и др.).

Какова клиническая картина патологической антефлексии матки?

Болезненные менструации, бесплодие, снижение либидо, нарушение МЦ по типу гипоменструального синдрома, позднее наступление менструации, частые позывы на мочеиспускание.

Что характерно для ретродевиации матки?

Ретродевиация матки развивается преимущественно в зрелом возрасте. Она может быть подвижной (*retroversio-retroflexio mobile*) или фиксированной (*retroversio-retroflexio fixata*) вследствие наличия прочных спаек, вызывающих сращение матки с задней стенкой таза.

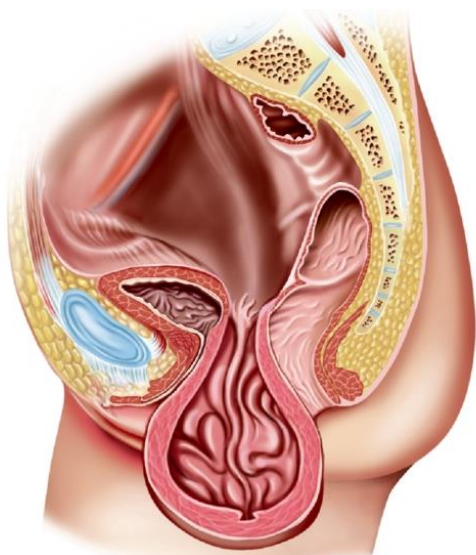


Рис. 13.4. Выворот матки

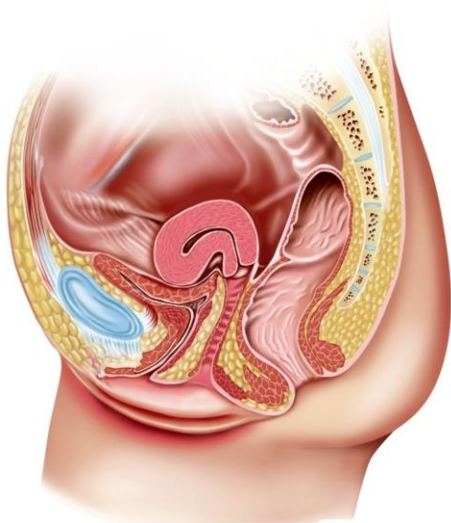


Рис. 13.5. Патологическая антефлексия матки

Какие изменения матки наблюдаются при ее ретродевиации?

При ретродевиации матки нарушается ее кровообращение, матка становится отечной, может развиваться хронический метрит, гиперпластический эндометрит, матка увеличивается в объеме, приобретает округлую форму, консистенция ее плотная (наблюдается гипертрофия матки вследствие развития соединительной ткани; рис. 13.6).

Какова клиническая картина ретродевиации матки?

Возможны тупые боли внизу живота, в области крестца с иррадиацией в бедра, расстройства МЦ по типу меноррагии, дисменорея, бели, бесплодие, хотя нередко жало-

бы отсутствуют; поэтому существует альтернативная точка зрения, согласно которой ретродевиация - вариант нормы, встречающийся у 20% здоровых женщин. Однако при этом следует дифференцировать ретродевиацию матки от синдрома Алена-Мастерса, аденомиоза.

Каковы факторы риска развития опущения и выпадения матки и стенок влагалища?

Несостоятельность тазового дна и связочного аппарата матки, к которой может приводить родовой травматизм; эстрогенная недостаточность; врожденная дисплазия соединительной ткани; возрастные изменения мышечной и соединительной ткани; некоторые экстрагенитальные заболевания с обменными нарушениями, например сахарный диабет.

Повышенное внутрибрюшное давление, которое, в свою очередь, также может быть результатом нескольких причин (тяжелый физический труд, хронические заболевания легких, констипация).

Каков механизм развития опущения и выпадения матки и стенок влагалища?

Под действием постоянного или резкого повышения внутрибрюшного давления происходит опущение внутренних органов не только у женщин, уже имеющих несостоятельность мышц тазового дна и слабость связочного аппарата (*hernia genitalis*), но и у женщин с ненарушенными анатомофункциональными структурами тазового дна.

Сила внутрибрюшного давления уравнивается сопротивлением мягкотканых структур, которые заполняют пространство между тазовыми костями. В норме сопротивления, оказываемого мягкими тканями, достаточно, чтобы выдержать внутрибрюшное давление без возникновения разрывов и недостаточности тазового дна.

В настоящее время получила признание и научное подтверждение теория, согласно которой анатомической причиной пролапса является возник-

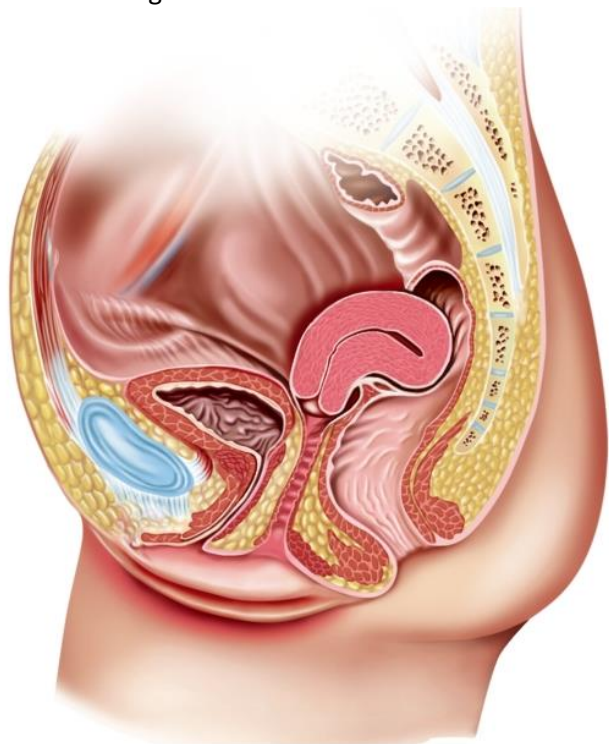


Рис. 13.6. Ретродевиация матки

новение дефектов (разрывов) в лобковошеечной (фасция Гальбана - рис. 13.7) и прямокишечно-вагинальной (фасция Денонвилье - рис. 13.8) фасциях, а также отрыва их от стенок таза.

Чем обусловлен дефект тазового дна?

Дефект тазового дна может быть обусловлен двумя причинами: превышением действующей силы прочности неизмененных структур тазового дна и наличием слабых мест, которые не выдержали даже обычную силу воздействия. Эти причины - чрезмерная нагрузка и анатомическая слабость - часто сочетаются. От расположения дефекта (дефектов) будет зависеть то, какие органы будут пролабировать.

Что такое цистоцеле?

Цистоцеле - это выпадение передней стенки влагалища вместе с мочевым пузырем, при этом происходит изменение хода уретры и изгиб ее верхнего отдела книзу (рис. 13.9).

Что такое уретроцеле?

Уретроцеле - это встречающееся чаще в сочетании с цистоцеле опущение проксимальных отделов уретры.

Что такое ректоцеле?

Ректоцеле - это выпадение задней стенки влагалища с передней стенкой прямой кишки.

Что такое энтероцеле?

Энтероцеле - это опущение и выворот заднего свода влагалища, а затем и задней стенки влагалища или купола влагалища после гистерэктомии с образованием грыжевого мешка, содержащего петли тонкой кишки.

Какова клиническая картина опущения и выпадения матки?

Источник KingMed.info

При этой патологии наблюдаются следующие симптомы: тянущие боли внизу живота и в пояснице, которые усиливаются при физической нагрузке, дизурия, хронический запор. При полном выпадении больные ощущают инородное тело в области наружных половых органов, мешающее ходьбе, затрудненное мочеиспускание, которое иногда невозможно, если не заправить выпавшую матку, кровяные выделения из изъязвленных участков шейки матки (декубитальная язва). С наступлением менопаузы в результате эстро-

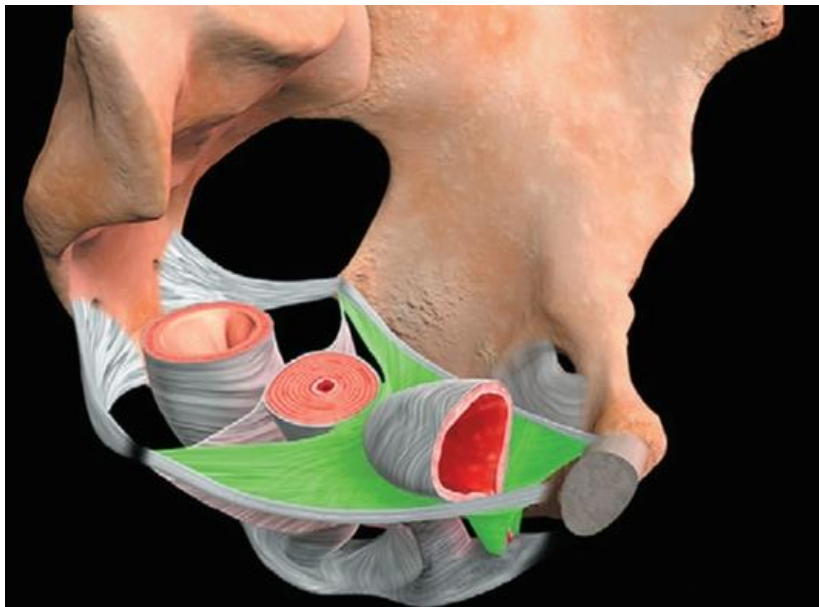


Рис. 13.7. Фасция Гальбана

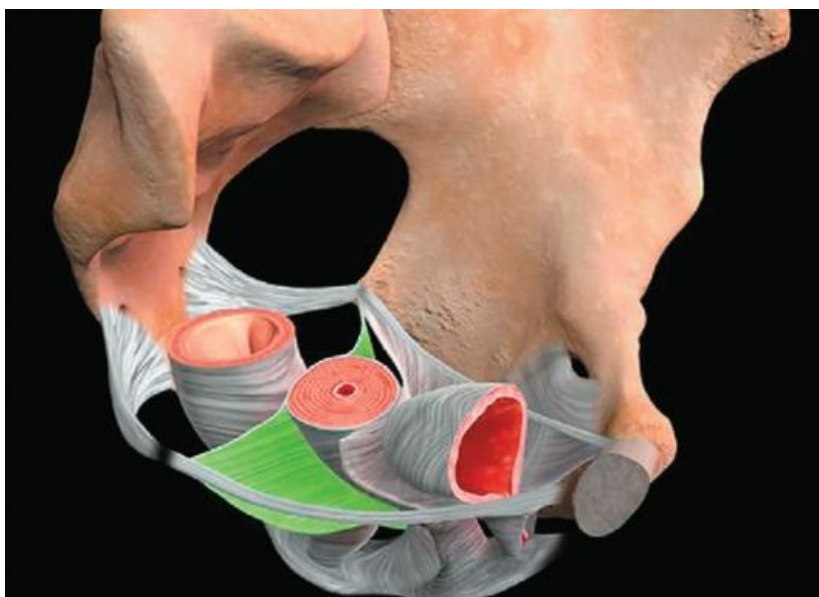


Рис. 13.8. Фасция Денонвилье

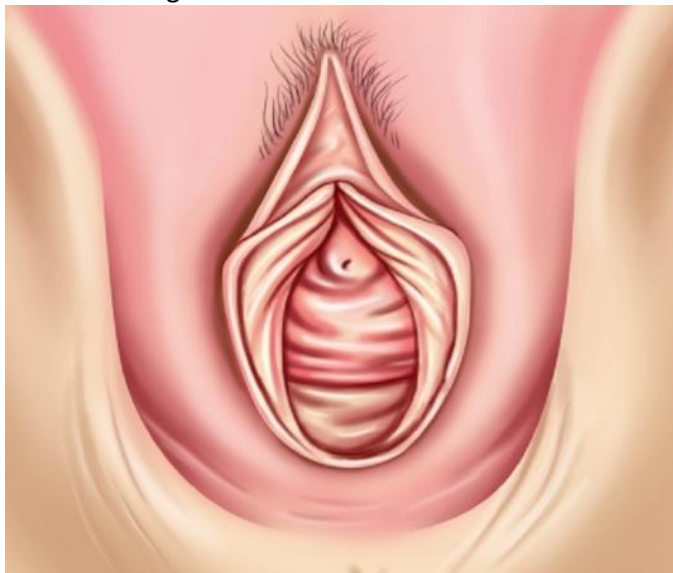


Рис. 13.9. Опущение стенок влагалища. Умеренные цисто- и ректоцеле

генной депривации и снижения общего тонуса организма, изменения трофики тканей заболевание начинает быстро прогрессировать.

Какие изменения в половых органах наблюдаются при их опущении и выпадении?

Выпавшие стенки влагалища становятся сухими, грубыми, ороговевшими, отечными, складки влагалища сглаживаются, слизистая оболочка приобретает белесоватый цвет. На слизистой оболочке влагалища и шейки матки образуются трофические язвы с резко очерченными краями и гнойным налетом на дне. Отмечается затруднение оттока венозной крови, ее застой, что приводит к отеку и увеличению объема влагалищной части шейки матки. При неполном выпадении матки нередко происходит удлинение шейки матки (*elongatio colli uteri*), в результате чего длина шейки матки по зонду достигает 10-15 см при обычной длине ее тела (рис. 13.10).

Каковы методы диагностики этой патологии?

Диагностика опущений и выпадений внутренних половых органов не представляет трудностей. Диагноз ставится на основании анамнеза, характерных жалоб, гинекологического осмотра при потуживании больной, данных бимануального обследования и пальпации выпавших половых органов.

Какие существуют методы лечения?

- Ортопедические методы-лечение пессариями, распространенное ранее, в настоящее время применяется редко из-за угрозы пролежней, восходящей инфекции, необходимого систематического врачебного контроля. Применяются различного рода пояса, бандажи. Однако все эти методы имеют строго ограниченное применение - только при невозможности выполнения хирургической операции, обусловленной, например, тяжелой соматической патологией или старческим возрастом. Все консервативные методы являются паллиативными.
- Хирургические методы.

Чем определяются показания к хирургическому методу лечения этой патологии?

Показания к хирургическому лечению определяются:

- степенью опущения внутренних половых органов;

Источник KingMed.info

- анатомо-функциональными изменениями органов половой системы (наличие и характер сопутствующей гинекологической патологии);
- возможностью и необходимостью сохранения или восстановления детородной, менструальной функций;

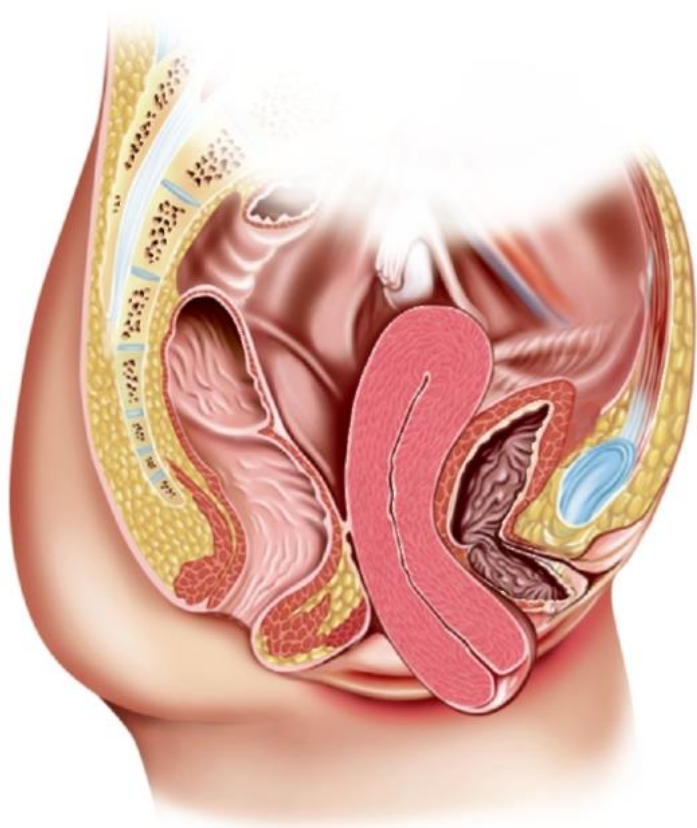


Рис. 13.10. Гипертрофия и удлинение шейки матки

- особенностями нарушения функции мочевого пузыря и прямой кишки;
- возрастом больных, половой функцией;
- сопутствующей экстрагенитальной патологией и степенью риска хирургического вмешательства и анестезиологического пособия.

Какие существуют операции, направленные на устранение пролапса тазовых органов, и какова их эффективность?

На сегодняшний день существует множество различных методик и их модификаций, направленных на хирургическое лечение пролапса тазовых органов у женщин. Часть этих операций направлена на ликвидацию пролапса путем укорочения растянувшегося подвешивающего аппарата матки, другие методики обеспечивают подтягивание вверх и жесткую фиксацию выпавших половых органов за счет фиксирующего аппарата матки. Эти, в целом низкоэффективные, способы часто усиливают применением аллопластических материалов. Тем не менее рецидивы пролапса после подобных операций достигают 86%, поскольку такой подход не является патогенетически обоснованным, и эти методики все реже применяются в практике.

Наиболее эффективными для хирургического лечения пролапса являются операции, основанные на позиции герниологии, т.е. принципиального представления о том, что пролапс тазовых органов - это грыжа тазового дна. Данные операции, направленные в первую очередь на

Источник KingMed.info

пластику грыжевых ворот (кольпоперинеолеваторопластика, передняя кольпоррафия), могут «усиливаться» трансвагинальной установкой сетчатого имплантата из современных синтетических материалов, они получили наибольшее распространение. У пациенток пожилого возраста, не живущих половой жизнью, успешно применяются недорогие малоинвазивные операции, направленные на практически полную или частичную облитерацию влагалища (срединная кольпоррафия Нейгебауэра-Лефора, влагалищнопромежностный кольпоклеизис - операция Лабгардта).

В чем заключается концепция неофасциогенеза при хирургическом лечении пролапса половых органов?

Концепция неофасциогенеза основана на представлении патогенеза пролапса как следствия повреждения (разрыва) тазовой фасции. Появление синтетических материалов, например полипропиленовой сетки, позволило трансвагинально проводить «замену» собственной разорванной (разрушенной) тазовой фасции на новую, с фиксацией ее к анатомически прочным структурам малого таза (например, крестцово-остистой связке, сухожильной дуге). Благодаря такой методике ликвидируются имеющиеся множественные ее дефекты (центральные, дистальные, поперечные, паравагинальные и др.) и выполняется надежная фиксация ее к прочным структурам малого таза, которые препятствуют последующему выпячиванию стенок влагалища при повышении внутрибрюшного давления (рис. 13.11, 13.12).

Отсутствие натяжения слизистой оболочки влагалища при использовании полипропиленовой сетки сводит к минимуму риск развития его дистрофических нарушений. Соответственно снижается количество послеоперационных гнойно-воспалительных процессов, эрозий, стенозов влагалища, а также риск послеоперационного отторжения сетки. Несмотря на анато-

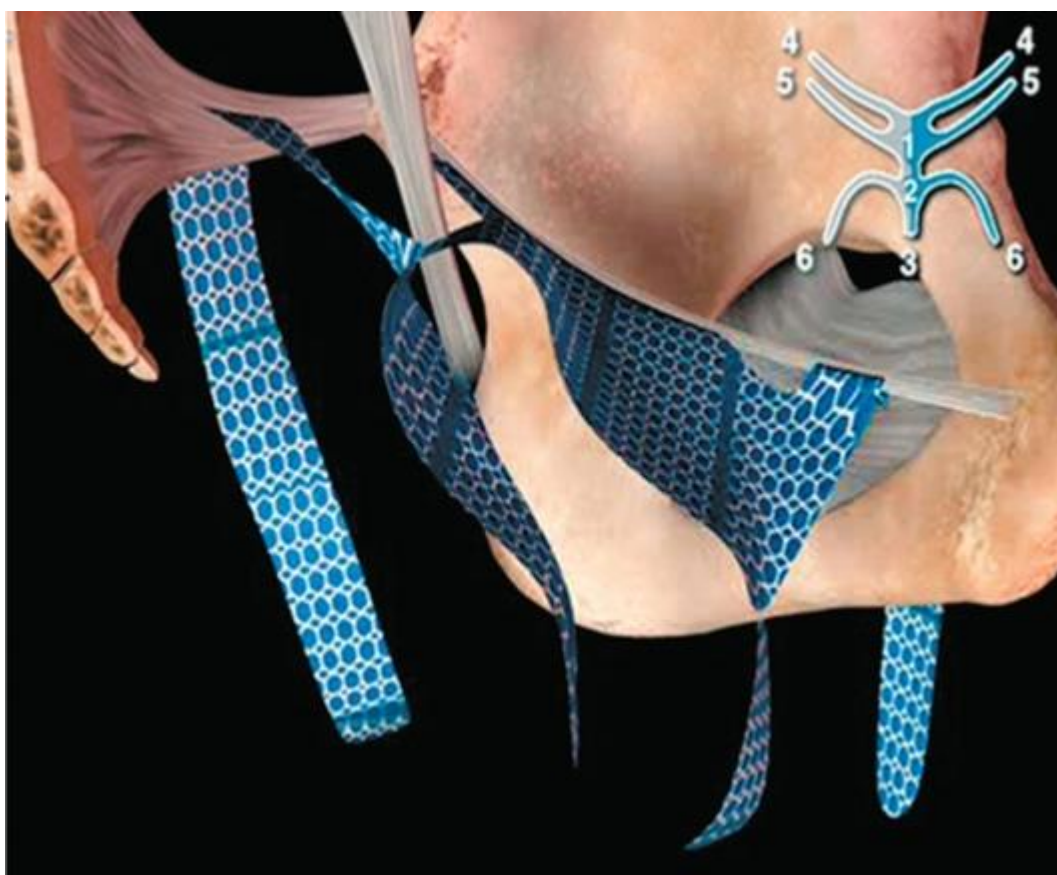


Рис. 13.11. Схема фиксации сетчатого имплантата в малом тазу

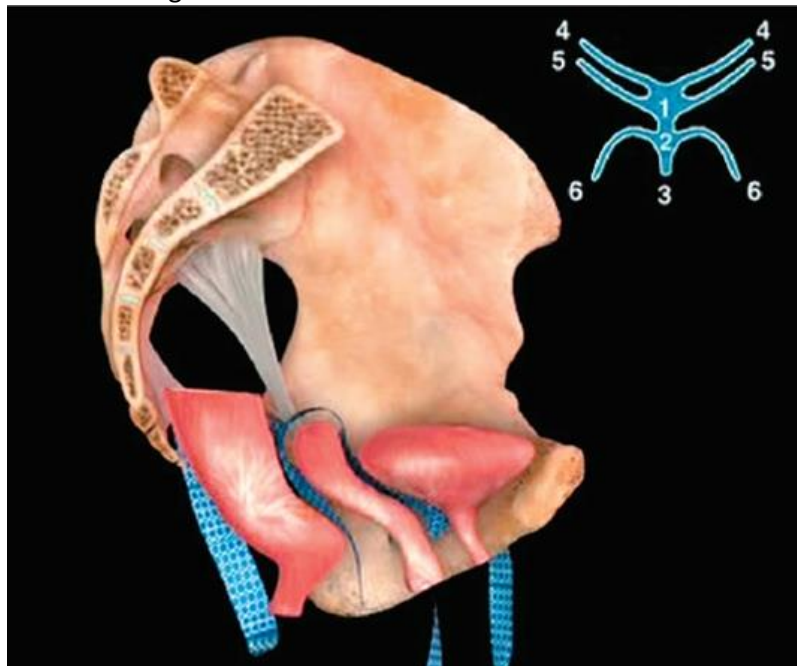


Рис. 13.12. Схема расположения сетчатого имплантата в малом тазу

мически высокую эффективность этих операций, функции тазового дна с их помощью полностью восстановить не удастся, поэтому поиск более совершенных методик лечения пролапса половых органов продолжается.

В чем заключается профилактика пролапсов половых органов?

Необходимо бережно вести роды, проводить профилактические мероприятия по борьбе с родовым травматизмом. Важны активное выявление несостоятельности тазового дна у женщин, перенесших роды через естественные родовые пути, своевременная, наиболее ранняя хирургическая коррекция при обнаружении выявленных нарушений, проведенная на ранних этапах заболевания, до развития необратимых дистрофических изменений в тканях тазового дна и манифестации пролапса.

Единственный эффективный метод лечения - хирургический - должен быть применен в молодом возрасте, а при снижении качества жизни - на любом отрезке жизненного пути женщины, без ограничения нижней и верхней возрастной границы.

Недержание мочи

Каковы нормальные функциональные особенности акта мочеиспускания?

Мочевой пузырь - это полый гладкомышечный орган, который служит резервуаром для мочи и участвует в произвольном ее выведении. Нормальное функционирование мочевого пузыря возможно только при сохранении иннервации и координированной работе тазового дна. При наполнении мочевого пузыря возрастает сопротивление в зоне внутреннего отверстия мочеиспускательного канала. Детрузор при этом остается расслабленным. Из моста головного мозга сигнал передается в соответствующий центр, расположенный в крестцовых сегментах спинного мозга, а оттуда - к детрузору. Этот процесс контролируется корой головного мозга, оказывающей на центр мочеиспускания тормозные влияния. Таким образом, в норме процесс мочеиспускания является произвольным актом. Полное опорожнение мочевого пузыря происходит за счет длительного сокращения детрузора при одновременном расслаблении тазового дна и мочеиспускательного канала.

Как иннервируются мочевыводящие пути?

Мочевыводящие пути иннервируются симпатическими, парасимпатическими и двигательными нервами. Симпатическая нервная система контролирует удержание мочи, а парасимпатическая - ее выведение. Двигательные нервы иннервируют сфинктер мочеиспускательного канала, а также тазовое дно.

Стимуляция α -адренорецепторов повышает тонус мочеиспускательного канала и способствует его закрытию. Стимуляция β -адренорецепторов снижает тонус стенок мочевого пузыря.

Парасимпатическая нервная система регулирует сокращение детрузора и опорожнение мочевого пузыря. Медиатором пре- и постганглионарных волокон служит ацетилхолин, действующий на М-холинорецепторы.

Какие факторы влияют на удержание мочи?

Все факторы, влияющие на удержание мочи, принято разделять на внешние и внутренние.

Внешние - мышцы тазового дна, которые сокращаются при повышении внутрибрюшного давления, сжимая мочеиспускательный канал и предотвращая непроизвольное выделение мочи. При ослаблении висцеральной фасции таза или *m. levator ani* создаваемая ими опора для мочевого пузыря исчезает, появляется патологическая подвижность шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Это приводит к недержанию мочи при напряжении.

Внутренние - мышечная оболочка мочеиспускательного канала, сфинктеры мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, эластические волокна, складчатость слизистой оболочки и наличие α -адренорецепторов в мышечной оболочке мочеиспускательного канала. Недостаточность внутренних факторов возникает при пороках развития, дефиците эстрогенов и нарушениях иннервации, а также после травм и как осложнение некоторых урологических операций. Устранить недержание мочи при недостаточности внутренних факторов гораздо сложнее, чем при патологических изменениях внешних.

Каковы основные причины недержания мочи у женщин?

• Истинное недержание мочи:

- стрессовое недержание мочи (недержание мочи при напряжении - подтекание мочи при физическом напряжении - во время кашля, смеха, бега - без императивных позывов на мочеиспускание), что обусловлено:

◇ патологической подвижностью шейки мочевого пузыря (основная причина - недостаточность тазового дна);

◇ морфофункциональными изменениями сфинктера мочевого пузыря (может быть врожденными или приобретенными - вследствие травм или поражений крестцового отдела спинного мозга);

◇ комбинированными нарушениями.

- ургентное недержание мочи (неудержание мочи - подтекание мочи вследствие неудержимого позыва на мочеиспускание):

◇ гиперрефлексия мочевого пузыря - идиопатическая (нестабильность детрузора), нейрогенная (гиперактивность детрузора);

Источник KingMed.info

◇ нестабильность уретры (связанная или несвязанная с гиперрефлексией мочевого пузыря непроизвольная уретральная релаксация);

- смешанное недержание мочи;

- парадоксальная ишурия (недержание мочи от переполнения, основная причина - снижение сократительной активности детрузора вследствие инфравезикальной обструкции любого генеза, поражения сакрального отдела спинного мозга, после операций на органах малого таза);

- дивертикулы мочеиспускательного канала;

- пороки развития мочеиспускательного канала;

- неконтролируемое расслабление мочеиспускательного канала;

- переходящее (транзиторное) недержание мочи (основные причины: острый цистит, атрофический уретрит или вагинит, алкогольная интоксикация, прием диуретиков, длительный прием препаратов с антихолинергическим действием - антигистаминные, антидепрессанты, антипсихотические, антипаркинсонические, прием α -адреноблокаторов, антагонистов кальция, нарушение опорожнения кишечника);

• Ложное недержание мочи:

- врожденное:

◇ эктопия мочеточника;

◇ экстрофия мочевого пузыря;

◇ другие пороки развития;

- приобретенное:

◇ мочеточниковый свищ;

◇ мочепузырный свищ;

◇ свищ мочеиспускательного канала;

◇ сложные свищи.

Чем характеризуется стрессовое недержание мочи?

Стрессовое недержание мочи (недержание мочи при напряжении - *urine stress incontinence*) возникает при повышении внутрибрюшного давления, которое может быть вызвано чиханием, кашлем или физическими упражнениями. При этом давление в мочевом пузыре превышает давление закрытия мочеиспускательного канала, что приводит к потере мочи. Основной причиной стрессового недержания мочи у женщин является несостоятельность мышц тазового дна, когда исчезает опора для мочевого пузыря, вследствие чего появляется патологическая подвижность шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Как обследуют больных с жалобами на недержание мочи?

Больных обследуют, выявляя истинную причину жалоб. Для этого собирают анамнез, проводят физикальное обследование (в том числе оценку состояния тазового дна), функциональные пробы (прокладочный тест, кашлевой тест, стоп-тест, проба с наполнением мочевого пузыря), оценивают клинический анализ мочи и результаты ее посева, при необходимости проводят цитологическое исследование мочи, измеряют объем остаточной мочи, регистрируют объем и

Источник KingMed.info

частоту мочеиспускания (дневник мочеиспускания), исследуют уродинамику (цистометрия, профилометрия, определение порогового давления недержания мочи).

Какие существуют подходы к лечению недержания мочи при напряжении?

При стрессовом недержании мочи проводят консервативное лечение (устранение отягчающих факторов - ожирения, курения; коррекция объема потребляемой жидкости; ЗГТ в пери- и постменопаузе; применение α -адреномиметиков, упражнения Кегеля). Однако часто невозможно обойтись без оперативного лечения.

Виды оперативных вмешательств в зависимости от доступа

- Операции, восстанавливающие нормальную пузырно-уретральную анатомию чрезвлагалищным доступом.
- Различные варианты позадилобковой уретропексии.
- Операции, корригирующие пузырно-уретральную анатомию и фиксирующие мышечно-связочный аппарат комбинированным доступом.
- Различные модификации петлевых или слинговых операций.

Для этого применяют: переднюю кольпоррафию с обязательным проведением леваторопластики, позадилобковую и трансвагинальную уретропексию (операции Marshall-Marchetti-Krantz, Burch, Pereyra), наложение петли вокруг шейки мочевого пузыря (так называемые слинговые операции), а также паллиативные операции (наложение петли, частично нарушающей проходимость мочеиспускательного канала, имплантация искусственного сфинктера). Если стрессовое недержание мочи сочетается с паравагинальным дефектом и чрезмерной подвижностью шейки мочевого пузыря (гипермобильностью), то правильно выполненная реконструкция с использованием сетчатого имплантата позволяет стабилизировать шейку мочевого пузыря в нормальном положении и более чем в 98% случаев устранить стрессовое недержание мочи.

Важно отметить, что жалобы на недержание мочи при напряжении больная может предъявлять не только при несостоятельности тазового дна.

Дифференциальный диагноз следует проводить с гиперрефлексией детрузора, дивертикулами мочеиспускательного канала. Поэтому, с одной стороны, нельзя оперировать женщин с недержанием мочи только на основании их жалоб, с другой - недержание мочи при отсутствии жалоб не является основанием для отказа от оперативного вмешательства.

Что такое гиперрефлексия мочевого пузыря?

Под *гиперрефлексией мочевого пузыря* понимают произвольные сокращения детрузора вследствие растормаживания рефлекса мочеиспускания. При этой патологии наблюдается преимущественно недержание мочи (непроизвольное мочеиспускание при императивном позыве). Гиперрефлексия мочевого пузыря может быть нейрогенной или идиопатической. Диагноз «гиперрефлексия мочевого пузыря» ставят на основании жалоб больной на учащенное мочеиспускание и недержание мочи, данных объективного исследования и специальных методов исследования. К специальным методам относят цистометрию. При этом регистрируют периодическое повышение давления детрузора уже в фазе наполнения мочевого пузыря, связанное с императивными позывами на мочеиспускание и сопровождающееся недержанием мочи.

В чем заключается дифференциальная диагностика гиперрефлексии мочевого пузыря от стрессового недержания мочи? См. таблицу 13.1.

Таблица 13.1. Дифференциальная диагностика гиперрефлексии мочевого пузыря и стрессового недержания мочи

| Симптомы | Гиперрефлексия мочевого пузыря | Стрессовое недержание |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Частые позывы (>8 раз в сутки) | Да | Нет |
| Императивные позывы | Да | Нет |
| Неоднократные прерывания ночного сна, вызванные позывами к мочеиспусканию | Обычно | Редко |
| Способность вовремя добраться до туалета после позыва | Нет | Да |
| Количество мочи при каждом эпизоде недержания | Большое | Незначительное |
| Недержание, возникающее во время кашля, смеха, чиханья | Нет | Да |

Следует подчеркнуть, что главным отличием гиперрефлексии мочевого пузыря от стрессового недержания мочи является наличие/отсутствие императивного позыва на мочеиспускание.

Может ли сочетаться гиперрефлексия мочевого пузыря с патологией тазового дна?

Гиперрефлексия мочевого пузыря может сочетаться и с патологией тазового дна. При этом процесс может быть как связанным с несостоятельностью тазового дна (*pelvic floor insufficiency*) и пролапсом половых органов, так и параллельно протекающим процессом.

Какие существуют подходы к лечению гиперрефлексии мочевого пузыря?

При гиперрефлексии мочевого пузыря применяют комбинацию медикаментозного лечения и поведенческую психотерапию. Основным эндогенным стимулятором сокращения детрузора является ацетилхолин, поэтому все лекарственные вещества, расслабляющие детрузор, относятся к М-холиноблокаторам: гиосциамин, дицикловерин, оксибутинин. Под термином «поведенческая психотерапия» понимается формирование режима мочеиспускания. Таким образом, больная тренирует свой мочевой пузырь опорожняться только произвольно. При сочетании гиперрефлексии мочевого пузыря с несостоятельностью тазового дна проводят комплексное консервативное и оперативное лечение.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов. **1. Нормальное положение матки в малом тазу характеризуют термины:**

- 1) *anteflexio uteri*;
- 2) *prolapsus uteri*;
- 3) *descensus uteri*;
- 4) *retroflexio uteri*;
- 5) *anteversio uteri*.

2. Нормальное положение матки в малом тазу обеспечивают следующие анатомические структуры:

- 1) круглая связка матки;

Источник KingMed.info

- 2) широкая связка матки;
- 3) кардинальная связка;
- 4) крестцово-остистая связка;
- 5) тазовое дно;
- 6) крестцово-маточная связка;
- 7) все перечисленные.

3. Основная причина опущения и выпадения половых органов - это:

- 1) частые воспалительные заболевания половых органов в анамнезе;
- 2) крауроз вульвы;
- 3) спланхноптоз;
- 4) несостоятельность тазового дна вследствие травматичных родов;
- 5) все перечисленные.

4. Ортопедические методы лечения пролапса тазовых органов являются:

- 1) основными при синдроме несостоятельности тазового дна до манифестации пролапса;
- 2) эффективным способом лечения пролапса;
- 3) технологией, позволяющей сохранить биоценоз влагалища при несостоятельности тазового дна;
- 4) паллиативными;
- 5) всеми перечисленными.

5. Наименее эффективны методы оперативного лечения пролапса половых органов, направленные:

- 1) на укрепление тазового дна;
- 2) укрепление подвешивающего аппарата матки;
- 3) жесткую фиксацию матки;
- 4) укрепление фиксирующего аппарата матки;
- 5) облитерацию влагалища;
- 6) все перечисленные.

6. Показания и выбор объема хирургического лечения пролапса тазовых органов определяются:

- 1) степенью опущения внутренних половых органов;
- 2) анатомо-функциональными изменениями половых органов;
- 3) возможностью и необходимостью сохранения и восстановления половой жизни, детородной функции;

Источник KingMed.info

- 4) особенностями нарушения функции смежных органов (мочевого пузыря и прямой кишки);
- 5) возрастом больной;
- 6) профессией пациентки;
- 7) сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями, риском анестезиологического пособия и хирургического вмешательства.

7. На удержание мочи влияют факторы:

- 1) внешние;
- 2) физиологические;
- 3) промежуточные;
- 4) внутренние;
- 5) функциональные;
- 6) все перечисленные.

8. При обследовании пациенток со стрессовым недержанием мочи используют функциональные пробы:

- 1) стоп-тест;
- 2) прокладочный тест;
- 3) кашлевой тест;
- 4) пробу с нагрузкой;
- 5) пробу с наполнением мочевого пузыря;
- 6) все перечисленные.

9. Дифференциальная диагностика между гиперактивным мочевым пузырем и стрессовым недержанием мочи строится на основании:

- 1) императивных позывов к мочеиспусканию;
- 2) частых позывов к мочеиспусканию;
- 3) результатов клинического анализа мочи;
- 4) неконтролируемой потери мочи при кашле, чиханьи;
- 5) результатов уродинамического исследования;
- 6) всех перечисленных признаков.

10. Для лечения стрессового недержания мочи применяют:

- 1) транквилизаторы;
- 2) поведенческую терапию;
- 3) М-холиноблокаторы;
- 4) слинговые операции;

Задачи

11. Больная, 50 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли внизу живота и в пояснице, усиливающиеся после физической нагрузки, дискомфорт и чувство инородного тела в области наружных половых органов, временами частое мочеиспускание, приливы жара до 1-2 раз в сутки. В анамнезе двое родов, первые из которых осложнились разрывом промежности, вторые - без патологических особенностей. До 48 лет МЦ был не нарушен: менструации по 5-6 дней через 28-29 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 5 мес назад, до этого в течение года (в 48 лет) - регулярная через 35-40 дней, по 3-4 дня, скудная, безболезненная. При влагалищном обследовании: половая щель зияет, при натуживании за пределы входа влагалища выходят передняя и задняя стенки влагалища с образованием цисто- и ректоцеле. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, слизистая оболочка бледно-розовая. Матка нормальной величины, плотная, подвижная, безболезненная, в *retroflexio-retroversio*. Придатки без особенностей. Выделения слизистые, светлые, скудные. Каков диагноз? Каким будет план ведения, объем операции?

12. К врачу женской консультации обратилась пациентка, 57 лет, с жалобами на непроизвольное подтекание мочи при физическом напряжении, смехе, акте дефекации. В анамнезе - двое родов *per vias naturales*. Какой план обследования необходим для уточнения диагноза? Какова тактика врача?

Глава 14. Травматические повреждения женских половых органов

Цель занятия: ознакомить студентов с травматическими повреждениями женских половых органов, обучить методам их диагностики, оказанию неотложной помощи и лечению.

Студент должен знать: возможные причины травматизма женских половых органов, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику травматизма.

Студент должен уметь: диагностировать травматические повреждения женских половых органов, оказать первую помощь и назначить лечение.

Место проведения занятия: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная.

Оснащение: таблицы, слайды, презентации, демонстрационные фильмы.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме. Разбор истории болезни, присутствие на операции.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Травматические повреждения женских половых органов - одна из проблем не только осложненных родов или ургентной оперативной гинекологии, но и факт, приводящий в дальнейшем к таким осложнениям, как несостоятельность мышц тазового дна, заболеваниям шейки и тела матки, половым свищам, диспареунии. Кроме медицинских аспектов, травмы половых органов зачастую сопряжены с рядом этических и даже юридических особенностей (бытовые травмы у девочек, травмы вследствие половых извращений, изнасилования и пр.)

Как классифицируют травмы женских половых органов?

Для систематизации большого разнообразия травматических повреждений женских половых органов существует следующая классификация.

- Инородные тела.
- Свежие ранения и повреждения половых органов.
- Акушерские травмы тела и шейки матки, стенок влагалища, промежности, малых половых губ.
- Свежие повреждения, зависящие от полового акта:
 - повреждение девственной плевы (дефлорация);
 - разрыв стенок влагалища.
- Свежие повреждения, не зависящие от полового акта:
 - повреждения от тупой травмы;
 - осложнения при оперативных вмешательствах.
- Травмы, нанесенные режущими и колющими предметами (в том числе женское обрезание).
- Ожоги:

Источник KingMed.info

- термические;

- химические.

- Старые повреждения половых органов и рубцовые изменения.
- Повреждения (разрывы) промежности и влагалища.
- Повреждения шейки матки.
- Повреждения тела матки.
- Мочеполовые и кишечно-половые свищи.

Инородные тела влагалища

Из всех, не связанных с акушерскими осложнениями, наиболее распространены случаи попадания инородных тел в полости половых органов.

Какие причины приводят к попаданию инородных тел в полости половых органов?

Данный вид патологии бывает:

- при оказании медицинской помощи (маточные кольца - пессарии, марлевые и ватные тампоны);
- использовании противозачаточных средств (мужские и женские презервативы, губки, шеечные колпачки, влагалищные диафрагмы, ВМК);
- введении гигиенических тампонов;
- введении различных предметов с целью прерывания беременности, мастурбации и т.п.

Какая клиническая картина возникает после попадания инородных тел в полости половых органов?

Кратковременное пребывание инородных тел в половых органах при соблюдении правил гигиены приводит лишь к временному изменению состава влагалищной флоры, быстро восстанавливаемому у здоровой женщины. На фоне уже существующего дисбиоза влагалища, если нарушаются принципы гигиены (при использовании тампонов для менструальной крови, средств контрацепции, сексуальных актах), а также правила асептики и антисептики при оказании медицинской помощи, попадание инородных тел в полости половых органов приводит к усугублению дисбиотических процессов и воспалению.

Какая клиническая картина сопровождает длительное нахождение инородных тел в полости половых органов?

При длительном пребывании инородного тела во влагалище развивается вагинит. Наиболее частыми жалобами будут боли и зуд в области влагалища, обильные, чаще зловонные бели, иногда - кровянистые выделения. В дальнейшем могут развиваться пролежни, которые приводят к развитию мочеполовых и кишечно-половых свищей.

Инородные тела, попавшие в полость матки независимо от соблюдения правил асептики, целей манипуляции, длительности процедуры и сопровождающего состояния здоровья, приводят к эндометриту - септическому или асептическому.

Как распознать, что причиной вагинита стало попадание инородного тела?

Тщательный сбор анамнеза, гинекологическое обследование с помощью зеркал и пальцевое обследование позволяют легко установить причину вагинита при попадании инородного тела.

Как диагностировать инородное тело в полости матки?

Диагностике способствуют тщательный сбор анамнеза, визуализация инородного тела в цервикальном канале и болезненность пальпации матки при специальном гинекологическом исследовании. При неинформативности этих методов используют УЗИ или рентгеновское исследование.

Как лечат женщину при нахождении инородного тела в полостях половых органов?

Лечение заключается в удалении инородного тела, назначении дезинфицирующих спринцеваний раствором перманганата калия 1:4000-1:6000 или другими антисептиками. В случае некроза тканей - необходимо провести хирургическую обработку поврежденных тканей и восстановить анатомическую целостность области, при необходимости оставляют дренажи и катетеры. Клиническая картина тяжелого вагинита, цервицита, эндометрита требует назначения антибактериальной терапии. С целью реабилитации необходимо восстановление микробиоценоза влагалища после антибактериальной терапии.

Свежие повреждения половых органов

В зависимости от давности повреждений травмы половых органов могут быть свежими и старыми.

Какая основная причина свежих повреждений половых органов у женщин?

Свежие повреждения половых органов чаще возникают в процессе родов - разрыв матки, мягких родовых путей или при искусственном аборте.

Какие неакушерские причины повреждений женских половых органов?

Половые органы могут быть повреждены в связи с половым актом, во время гинекологических вмешательств и др.

Какие симптомы сопровождают свежий разрыв половых органов?

Симптомами разрывов половых органов служат боли и кровотечение, иногда обильное. Кровотечения возникают вследствие разорвавшихся вен, кавернозных лакун, артериальных веточек, поскольку половые органы хорошо кровоснабжаются обильной сетью сосудов.

Когда и как возникают повреждения девственной плевы?

Повреждения девственной плевы возникают, как правило, при первом половом сношении (от лат. *defloratio* - дефлорация). Разрывы краев девственной плевы в этом случае бывают неглубокие и сопровождаются незначительным кровотечением.

Иногда при первом половом сношении разрыв девственной плевы доходит до ее основания и сопровождается обильным кровотечением. Причинами такого патологического разрыва служат чрезмерная прочность (ригидность), мясистость плевы, недоразвитие половых органов, а также чрезмерное физическое воздействие при грубости и насилии.

Когда и как возникает неакушерское повреждение влагалища?

Источник KingMed.info

Повреждения влагалища происходят вследствие недоразвития, снижения эластичности или чрезмерного размягчения стенок. Влагалищные стенки разрываются обычно в верхней трети в области заднего или одного из боковых сводов. При глубоком разрыве боковой стенки влагалища обнажается тазовая клетчатка. Крайне редко разрыв влагалищного свода сопровождается нарушением целостности брюшины, выстилающей прямокишечно-маточное углубление. В таких случаях может произойти выпадение кишечных петель.

Как диагностировать разрывы женских половых органов?

Диагностика разрывов не представляет трудностей, если принять во внимание характерный анамнез и доступность поврежденных органов для осмотра.

Как лечат разрывы женских половых органов?

Лечение в неинфицированных случаях хирургическое: в асептических условиях перевязывают кровоточащие сосуды и накладывают швы на края разорвавшихся тканей. Если кровоточащий сосуд не обнаружен, то на кровоточащий участок накладывают погружной кетгутовый шов. Если свежий разрыв влагалищной стенки проникает глубоко, то рана должна быть зашита послойно и последовательно. При повреждении кишечника показана лапаротомия.

При инфицированных повреждениях следует ограничиться только перевязкой кровоточащих сосудов или прошиванием соответствующей области без наложения швов на края раны; раневые поверхности обрабатывают антисептическими растворами и инфильтрируют растворами антибиотиков.

Могут ли возникать ятрогенные повреждения целостности половых органов?

Повреждения половых органов могут случайно возникнуть при некоторых медицинских манипуляциях: при расширении цервикального канала металлическими расширителями, при внутриматочных вмешательствах (зондировании, выскабливании эндометрия, осмотре полости матки жестким гистероскопом и гистероскопических оперативных вмешательствах). Также возможны случайные ранения мочевого пузыря, мочеточника, матки при операциях.

Какова тактика при ятрогенном повреждении половых органов?

Во всех случаях необходимо немедленно остановить манипуляцию, найти источник кровотечения и обеспечить гемостаз. **Возможна ли тупая травма женских половых органов?**

Возможна. Тупая травма возникает вследствие ушиба или косвенным путем (при повреждении костей таза, при огнестрельном ранении и др.).

Какова клиническая картина тупой травмы половых органов?

Вследствие богатого кровоснабжения половых органов обычно развивается гематома, которая локализуется в зависимости от места ушиба в области наружных половых органов, на промежности, во влагалище.

В области травмы появляется боль, иногда нестерпимая; мочеиспускание становится частым и болезненным. При распространении гематомы на околокишечную и околовлагалищную клетчатку появляются тенезмы, затруднения при мочеиспускании и дефекации. Припухлость на месте ушиба приобретает синевато-черный или синевато-красный цвет.

Чем опасно повреждение клетчатки малого таза при тупой травме?

Клетчатка малого таза - довольно рыхлая, хорошо кровоснабжающаяся ткань. Повреждение клетчатки приводит к интенсивному внутреннему кровотечению, распространяющемуся по

Источник KingMed.info

клетчаточным пространствам. Клетчаточные пространства могут вместить до 2-2,5 л крови (острая массивная кровопотеря), которую трудно быстро распознать и оценить объем кровопотери. При распространении гематомы по клетчатке на первое место выступают проявления острой анемии вплоть до геморрагического шока, несмотря на отсутствие наружного кровотечения. Гематому распознают при осмотре наружных половых органов, пальцевом исследовании влагалища.

Как лечат тупые травмы половых органов?

Лечение должно быть направлено в первую очередь на остановку кровотечения, на сохранение целостности покровов гематомы, чтобы избежать ее инфицирования, на уменьшение болей. С этой целью назначают покой, обезболивающие средства, прикладывают пузырь со льдом. Если гематома нарастает вместе с явлениями анемии, то ее вскрывают широким медиальным разрезом, удаляют сгустки, прошивают кровоточащие сосуды. Полость гематомы дренируют. Профилактически назначают антибиотики. При значительной кровопотере восполняют объем циркулирующей крови, проводят профилактику геморрагического шока.

Чем отличаются ранения клитора?

Вследствие насыщенности этого органа кровеносными сосудами и нервными окончаниями ранения клитора чрезвычайно болезненны и опасны, так как сопровождаются сильным кровотечением, поэтому требуют экстренного хирургического лечения - наложения кровоостанавливающих швов после первичной хирургической обработки раны.

Какие обстоятельства чаще всего приводят к травме шейки матки?

Шейка матки чаще всего повреждается во время родов, реже - во время абортов, в том числе криминальных.

Какие ожоги чаще поражают половые органы?

Ожоги наружных половых органов, влагалища и шейки матки чаще бывают химическими и появляются при передозировке обеззараживающих средств, реже - в результате влагалищных спринцеваний горячей водой. Лечение не отличается от тех методов, которые общеприняты в хирургии при ожогах тела.

Изнасилование

Что такое изнасилование?

Изнасилование - это совершение полового сношения с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшей либо с использова-

нием беспомощного состояния потерпевшей. Объект изнасилования чаще - женщина, а субъект - мужчина.

Потерпевшими в результате изнасилования могут быть малолетние девочки (в возрасте до 14 лет), несовершеннолетние девушки (14-18 лет), совершеннолетние (старше 18 лет), взрослые женщины, женщины преклонного возраста.

Какие признаки квалифицируют изнасилование? Квалифицирующие признаки изнасилования:

- насильственное совершение полового акта или покушение на его совершение;

Источник KingMed.info

- применение физического насилия - нанесение телесных повреждений, вреда здоровью или иных физических действий;
- применение угрозы, т.е. психологических приемов и средств для преодоления сопротивления потерпевшей, что может выражаться в словах оскорбительного содержания, угрозе, в психологическом давлении, за которыми могут реально последовать и физические действия;
- использование физической или психической беспомощности в связи с состоянием здоровья или возрастным либо патологическим состоянием психики потерпевшей. В этих случаях потерпевшая не в состоянии оказывать реальное сопротивление или не может осознавать характер и последствия совершаемых с ней действий (малолетние девочки, психически больные потерпевшие, с физическими недостатками и др.);
- комбинированный (сочетанный) характер указанных действий.

Кто проводит экспертизу по делам изнасилования?

Судебно-медицинские акушерско-гинекологические исследования по поводу изнасилования может проводить только врач - судебно-медицинский эксперт, имеющий соответствующую специальную подготовку. Если для исследований требуются иные специальные медицинские познания, то создают комиссию с участием необходимых специалистов. При единоличном экспертном обследовании женщин присутствует работающий с экспертом штатный средний медицинский работник.

Что необходимо выполнить эксперту перед проведением экспертизы?

Перед проведением экспертизы, если не присутствует лицо, ее назначившее, эксперт обязательно должен установить личность потерпевшей по предъявлению паспорта или иного документа с фотографией.

Что (кто) может быть объектом судебно-медицинской экспертизы по делам об изнасиловании?

Непосредственными объектами судебно-медицинской экспертизы будут:

- потерпевшая или потерпевшие в результате изнасилования;
- подозреваемый или подозреваемые в совершении изнасилования;
- вещественные доказательства биологического происхождения.

Какие вопросы решает врач при судебно-медицинской экспертизе?

При судебно-медицинской экспертизе необходимо ответить на следующие вопросы:

- был или не был совершен половой акт с потерпевшей;
- имеет ли потерпевшая телесные повреждения, каковы их характер, локализация, механизм и время возникновения, а также какова степень тяжести причиненного вреда здоровью;
- находилась ли потерпевшая в беспомощном состоянии (если для такого вопроса есть основание).

Как можно установить совершение полового акта?

Совершение полового акта с потерпевшей можно установить лишь при исследовании половых органов потерпевшей.

Источник KingMed.info

Половой акт (лат. *coitus*) - это составляющая биологического процесса размножения, а именно парный физиологический акт между мужчиной и женщиной, заключающийся в том, что после соответствующей психосексуальной подготовки совершается иммиссия (введение) эрегированного полового члена во влагалище, затем производятся фрикции (возвратнопоступательные движения полового члена) и наступает эякуляция (спермоизвержение).

Признаками бывшего полового сношения у женщин служат:

- кровоточивость разрывов девственной плевы, которые могут быть покрыты свертками крови, слизистая оболочка в области разрывов покрасневшая, припухшая (в первые 2-3 дня после полового акта);
- обнаружение во влагалище спермы (сперматозоиды сохраняются во влагалище примерно 3-5 сут после полового акта). Сперму необходимо изъять и направить на исследование для определения ее группоспецифических свойств;
- беременность;
- заражение венерической болезнью.

Как устанавливают факт дефлорации?

Дефлорация - это повреждение девственной плевы. В каждом отдельном случае необходимо установить причину дефлорации. Наиболее часто дефлорация происходит при половом акте в результате введения полового члена во влагалище. Дефлорация может стать следствием совершения развратных действий - при введении во влагалище пальцев, инородных предметов; при мастурбации. Дефлорация может произойти при садистских действиях - введении во влагалище различных предметов: палок, флаконов, трубок и др. Не исключена дефлорация при случайных обстоятельствах - расчесах при раздражении (зуде) острицами, аскаридами, при кожных и венерических заболеваниях.

Факт дефлорации устанавливают при исследовании половых органов потерпевшей. Для этого необходимо определить особенности девственной плевы: анатомический вид (форму), толщину, эластичность, растяжимость, величину отверстия, конфигурацию свободного края, наличие и топографию природных (естественных) выемок, другие изменения - гиперемия, очаговые кровоизлияния, наложения и т.п.

Может ли дефлорация не произойти в результате полового акта?

Иногда при совершении полового акта дефлорация может не произойти.

Почему при половом акте может не произойти дефлорация?

Дефлорация не происходит:

- при особой форме девственной плевы (бахромчатая, лепестковидная, трубковидная, губовидная, валикообразная и др.);
- значительной растяжимости девственной плевы;
- значительной величине гименального отверстия (диаметр 3 см и более);
- двух-трех природных выемках на девственной плеве;
- сочетании указанных факторов.

На что должен обратить внимание эксперт при экспертизе потерпевшей, не имевшей до этого половых сношений?

Эксперт должен:

- описать девственную плеву;
- установить характер обнаруженных на ней повреждений, механизм их причинения (эрегированным половым членом, пальцем, твердым или колюще-режущим предметом и т.д.);
- вероятное время возникновения этих повреждений.

Кроме того, необходимо определить число, точную локализацию, форму и морфологическую картину повреждений девственной плевы:

- состояние краев (кровоточащие, рубцующиеся, зарубцевавшиеся);
- глубину краев (надрыв, разрыв, достигающий до половины высоты плевы, до ее основания и т.д.);
- цвет поверхности и плотность краев;
- кровоизлияния в области девственной плевы.

В течение какого времени после полового акта проведение экспертизы по делу изнасилования девственницы будет эффективно?

Сроки заживления повреждений девственной плевы зависят от особенностей ее анатомического строения, размеров повреждений, факторов, замедляющих заживление (повторная травматизация, присоединение инфекции и т.д.). Если факторов, замедляющих заживление, нет, то к концу недели после повреждения воспалительные явления уменьшаются, а к 10-15-му дню обычно зарубцовываются (после чего точное установление давности ее нарушения невозможно).

Какие этапы заживления девственной плевы?

Различают свежий, гранулирующийся, свежерубцующийся, зарубцевавшийся и давний разрыв девственной плевы.

Что отличает свежие разрывы девственной плевы?

Свежим разрыв остается в течение 1-3 сут после дефлорации. Раневая поверхность девственной плевы кровоточит, покрыта свертками крови. Края разрыва отечны, вокруг них множество очаговых и мелкоточечных кровоизлияний. Ткани плевы у границ раневой поверхности умеренно или значительно гиперемированы.

Чем характеризуется гранулирующийся разрыв девственной плевы?

Грануляцию разрыва наблюдают на 2-8-е сутки после дефлорации. Края разрыва при этом красного цвета, отечны, с кровоподтеками, на раневых поверхностях серозно-гнойные или гнойно-фибринозные наложения, под которыми находится грануляционная ткань. При механическом раздражении может возникнуть кровотечение. Очаговые и мелкоточечные кровоизлияния неяркие. Края разрыва иногда белесоватые.

Как выглядит свежерубцующийся разрыв девственной плевы?

Свежий рубец на девственной плеве возникает в зависимости от толщины плевы на 4-10-е сутки после дефлорации. Края разрыва при этом уплотнены и утолщены, белесоватого оттенка,

Источник KingMed.info

закруглены. При механическом раздражении может возникнуть кровотечение. Возможны неяркие очаговые и мелкоточечные кровоизлияния.

Каковы характеристики зарубцевавшегося разрыва девственной плевы?

Зарубцевание разрыва девственной плевы происходит к 5-12-м суткам после дефлорации. Края такого разрыва неровные, закругленные, утолщенные, белесоватого цвета.

Когда разрыв девственной плевы можно считать давним?

Разрыв считают давним по истечении 10-15 сут после дефлорации. Края разрыва закругленные, уплотненные, белесоватые, четко визуализируется рубцовая ткань.

Как устанавливают факт полового сношения при изнасиловании женщины, жившей половой жизнью?

При изнасиловании женщины, жившей половой жизнью или рожавшей, естественно, дефлорации не будет. Основным объективным признаком полового сношения будет сперма во влагалище.

Как установить факт нахождения спермы во влагалище?

Для установления факта наличия спермы содержимое влагалища и наружного зева шейки матки берут стерильным марлевым тампоном с помощью корнцанга и в виде мазков наносят на 2-3 предметных стекла. После просушивания при комнатной температуре тампон и предметные стекла с мазками упаковывают и направляют в судебно-биологическое отделение, чтобы выявить сперматозоиды и определить групповую принадлежность спермы. Для контроля направляют и образец марли, из которой изготовлен тампон.

Кислая фосфатаза содержится в моче, нормальном влагалищном секрете и всех тканях человеческого организма. Концентрация кислой фосфатазы в свежем эякуляте повышена и составляет 400-8000 ЕД. Значительное количество кислой фосфатазы в пробах из влагалища, ануса или рта - веское доказательство недавней эякуляции.

Когда экспертиза по обнаружению спермы во влагалище будет неэффективна?

Содержимое влагалища на сперму следует брать в течение 5 сут после совершения полового акта, по поводу которого проводят экспертизу. После указанного срока проводить лабораторный анализ на обнаружение спермы во влагалище нецелесообразно (лизис спермы). Если эякуляция не наступила, использовался презерватив или семяизвержение произошло вне половых путей женщины, то в содержимом влагалища сперма также не обнаруживается.

Как можно установить факт изнасилования при невозможности доказать факт полового акта?

Не во всех случаях изнасилование возможно доказать экспертизой половых органов потерпевшей. Большую роль играет обнаружение пятен спермы в области половых органов, на теле и одежде потерпевшей и подозреваемого.

Как проводится экспертиза подозреваемого?

Судебно-медицинская экспертиза подозреваемого начинается с осмотра тела, затем половых органов. Любым повреждениям на теле подозреваемого надо дать соответствующую судебно-медицинскую оценку. При осмотре половых органов делают 2-3 отпечатка на предметных стеклах с поверхности головки и складок крайней плоти полового члена. Стекла направляют на

Источник KingMed.info

судебно-цитологическую экспертизу для обнаружения клеток влагалища. По особенностям морфологии клеток влагалища устанавливают наиболее вероятный период МЦ потерпевшей.

С целью доказательства извращенных форм полового сношения на половых органах подозреваемого важно найти элементы кала, яйца глистов, клетки слизистой оболочки прямой кишки, кишечную флору или элементы слюны, микрофлору ротовой полости.

На чем основано определение групповой принадлежности спермы?

В сперме (как и в других секретах и экскретах) мужчины содержатся те же антигены изосерологической системы АВ0, что и в крови, т.е. их групповая принадлежность совпадает. Для доказательства полового сношения с конкретным мужчиной нужно установить групповую принадлежность спермы во влагалище женщины, а также в пятнах на ее одежде и теле.

Как доказать факт физического насилия?

При физическом насилии на теле потерпевшей нередко остаются определенные знаки (следы побоев, связывания и других действий, направленных на преодоление сопротивления). В каждом случае судебно-медицинский эксперт фиксирует и описывает кровоподтеки, ссадины, раны с указанием их локализации (на шее, внутренней поверхности бедер, молочных железах). Иногда наблюдаются переломы костей носа и трубчатых костей конечностей, сотрясение головного мозга, сдавление шеи и крупных сосудов, асфиксия от сдавления шеи руками с расстройством мозгового кровообращения, потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием, с кровоизлияниями в склеру и конъюнктиву. Особо тяжкие последствия изнасилования - смерть потерпевшей, причинение тяжкого вреда здоровью, заражение ВИЧ-инфекцией и др.

Какая врачебная тактика должна осуществляться в отношении потерпевшей сразу после экспертизы?

Риск инфекции при изнасиловании выше, чем при нормальном половом акте. Именно поэтому всем жертвам насилия необходимо предложить профилактическое лечение антибактериальными препаратами. Рекомендуют антибиотики широкого спектра действия, к которым чувствительны возбудители ИППП - макролиды (джозамицин, эритромицин), цефалоспорины (цефтриаксон), полусинтетические пенициллины (амоксциллин), тетрациклины (доксциклин). Возможно назначение антибактериальных препаратов для влагалищного применения (повидон-йод, тержинан* и др.). По показаниям вводят столбнячный анатоксин. Важно обсудить с пациенткой риск незапланированной беременности и назначить средства для посткоитальной контрацепции.

Женское обрезание

Что такое женское обрезание?

Женским обрезанием называют частичное или полное удаление наружных половых органов у женщины. При этом подразумевают, что эта манипуляция подобна мужскому обрезанию, однако степень искажения женских половых органов намного обширней, что приводит к нарушениям сексуальной и репродуктивной функции.

Почему проводят женское половое обрезание?

Корни этой традиции лежат в истории древнеафриканских народов, среди фараонов или племен. Возникновение женского обрезания основано на социальной роли женщины в патриархальном обществе, которая должна быть лишена многих прав, присущих мужчинам, в том числе и сексуального удовлетворения.

В каких странах существует традиция женского полового обрезания?

Несмотря на то что этой дикой традиции на протяжении многих лет сопротивляются многие государства Африки и представители ведущих религиозных конфессий, каждый год около 2 млн девочек страдают от женского обрезания. Женское обрезание - одна из традиций 26 из 43 африканских стран, а также некоторых этнических групп Омана, Объединенных Арабских Эмиратов, Йемена, Индии, Индонезии, Малайзии, где число женщин, подвергшихся обрезанию, достигает 98%. В мире насчитывается более 100 млн женщин, подвергшихся этой процедуре, а это 5% женского населения Земли.

В каком возрасте женщины подвергаются обрезанию?

Процедуру обрезания чаще всего проводят девочкам 7-10 лет, иногда и в более раннем возрасте, в некоторых странах (Мали, Нигерия) женщины подвергаются обрезанию сразу после рождения первого ребенка.

Какие существуют варианты женского полового обрезания?

Женское обрезание может выполняться в разных вариантах - иссечение головки клитора или клиторэктомия, которая может сочетаться с обрезанием малых половых губ, сшиваемых над областью клитора - до 85%. Процедура так называемого фараоновского обрезания - это удаление больших и малых половых губ, клиторэктомия и сшивание остатков половых губ почти по всей протяженности половой щели, когда остается только маленькое отверстие для оттока мочи и менструальной крови. Эти калечащие процедуры дополняются ритуальными татуировками, прижиганиями и другими увечными манипуляциями.

Какова симптоматика сопровождает процедуру женского полового обрезания?

Проведение женского обрезания сопровождается интенсивной болью и кровотечением, которые могут вести к острой анемии, шоку (13% женщин). Инфицирование раны, включая вирусный гепатит и столбнячную инфекцию, и использование тупых инструментов людьми, не имеющими медицинского образования, осложняют последствия и без того калечащей процедуры.

Каковы осложнения женского полового обрезания?

Потеря эластичности кожи и слизистых оболочек вульвы вследствие грубых рубцов делают крайне болезненными половые контакты, а в некоторых случаях - невозможными, аноргазмия и последствия психического стресса дополняют эту угнетающую картину. Нарушением мочеиспускания, острой восходящей инфекцией мочевой системы впоследствии страдают 16-20% женщин, подвергшихся обрезанию. У 25% женщин, подвергшихся процедуре, впоследствии развивается бесплодие. И без того высокий риск материнской и перинатальной смертности в странах с традиционным женским обрезанием дополнительно увеличивается в 2 раза в связи с последствиями процедуры. Описаны случаи возникновения невром срамного нерва, инициированного женским обрезанием.

Почему сохраняется традиция женского полового обрезания?

Несмотря на описанную страшную картину, женское обрезание продолжает существовать в том числе и в странах Европы, Северной и Южной Америки, в Австралии из-за продолжения практики в среде иммигрантов. Традиции настолько сильны, что даже женщины - представительницы указанных этносов - сами считают процедуру обрезания обязательной, поскольку это «гарантирует чистоту», дает адаптацию в социальной среде, в том числе

Источник KingMed.info

перспективы брака (мужчины отказываются вступать в брак с женщинами без обрезания), из-за религиозных убеждений. Конечно, отношение женщин к обрезанию сильно зависит от их образования: 80% женщин, не имеющих образования, из этносов с традицией женского обрезания, при опросе поддержали необходимость этой процедуры, а среди женщин, имеющих среднее образование, таких женщин было только 55%.

Старые повреждения женских половых органов

Какова основная причина старых повреждений половых органов?

Шейка матки чаще всего повреждается во время родов и аборт. Рубцовая деформация шейки матки возникает в тех случаях, когда разрывы не были зашиты, и при заживлении их вторичным натяжением.

Повреждения тела матки чаще происходят во время абортов (перфорация) и родов (разрыв матки, рубец после кесарева сечения). Однако целостность тела матки может быть нарушена и во время диагностического выскабливания ее стенок, при удалении полипа эндометрия или при вылушивании миоматозного узла. Если повреждения были своевременно обнаружены и асептично зашиты, то они заживают первичным натяжением и особой опасности не представляют. В других случаях, при инфицировании раны, неадекватном сопоставлении ее краев рана заживает вторичным натяжением с формированием грубого рубца.

Рубцовые изменения влагалища и промежности встречаются довольно часто. Основной причиной этой патологии служат повреждения влагалища и промежности во время родов. Неадекватно восстановленная после повреждения промежность приводит к прогрессирующей анатомической и функциональной неполноценности этой области.

Как проявляется старый разрыв шейки матки?

Старые разрывы шейки матки проявляются нарушением анатомической структуры, рубцовой деформацией, эктропионом (выворотом слизистой оболочки цервикального канала), сопровождаются белями, бесплодием, невынашиванием беременности, нарушениями МЦ, редко бывают боли в нижней части живота и поясничной области.

Какова симптоматика старых повреждений тела матки?

Симптомами старых повреждений матки могут быть бесплодие, нарушения МЦ, тянущие боли внизу живота. Рубцово-измененная матка грозит тяжелыми осложнениями в родах, среди которых разрыв матки, приращение плаценты, аномалии родовой деятельности, гипотоническое кровотечение.

Каковы проявления старых повреждений влагалища и промежности?

Рубцовая деформация наружных половых органов и промежности может причинять боль при половом акте (диспареуния), иногда делая его невозможным, дискомфорт при положении сидя, дефекации, физической нагрузке на область малого таза (длительное вертикальное положение).

Прогрессирующий синдром несостоятельности промежности включает зияние половой щели, развитие пролапса половых органов, нарушение мочеиспускания и дефекации, нарушение биоценоза влагалища, сухость влагалища, диспареунию, аноргазмию, боли в области промежности и внизу живота.

Как лечат старые повреждения шейки матки?

Для устранения рубцовой деформации шейки матки предложено множество операций. К ним относятся операция Эммета; конусовидная ампутация по Штурмдорфу; клиновидная ампутация по Шредеру; высокая ампутация шейки матки. Все они подразумевают удаление шейки матки или ее части. Нефизиологичность этих методов ограничивает их широкое применение. Мы рекомендуем пластику шейки матки методом расслоения по В.И. Ельцову-Стрелкову и радиоволновую конизацию шейки матки.

Как лечат старые повреждения влагалища и промежности?

Старые повреждения влагалища и промежности лечат только хирургически. Ранняя хирургическая коррекция анатомии тазового дна после повреждения ее в родах с иссечением рубцовой ткани - залог предотвращения тяжелых осложнений синдрома несостоятельности тазового дна.

Свищи женских половых органов

Что такое свищ?

Свищом называется искусственный ход, образовавшийся между двумя смежными полыми органами, или полыми органами и наружным кожным покровом. Свищи, в которых задействованы мочеполовые органы, называют мочеполовыми свищами.

Какие бывают свищи? Различают мочеполовые свищи:

- пузырьные (пузырно-влагалищные, пузырно-маточные, пузырно-придатковые);
 - мочеточниковые (мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-маточные);
 - уретровлагалищные и уретро-пузырно-влагалищные;
 - комбинированные (мочеполовые, мочекишечные).
- сложные мочеполовые свищи. **Какие причины формирования свищей?** Возникновение свищей возможно как следствие:
- акушерской травмы (основная причина);
 - травмы мочеполовых органов и кишечника во время операций и манипуляций;
 - аномалий развития;
 - злокачественных образований в стадии распада;
 - лучевых повреждений тканей;
 - прорыва гноя или другого патологического секрета из придатков матки в мочевые органы, влагалище или кишечник;
 - туберкулезного процесса в нижнем отделе кишечника;
 - случайных травм с повреждением стенок каждого из прилегающих друг к другу органов.

Какая причина возникновения мочеполовых свищей преобладает?

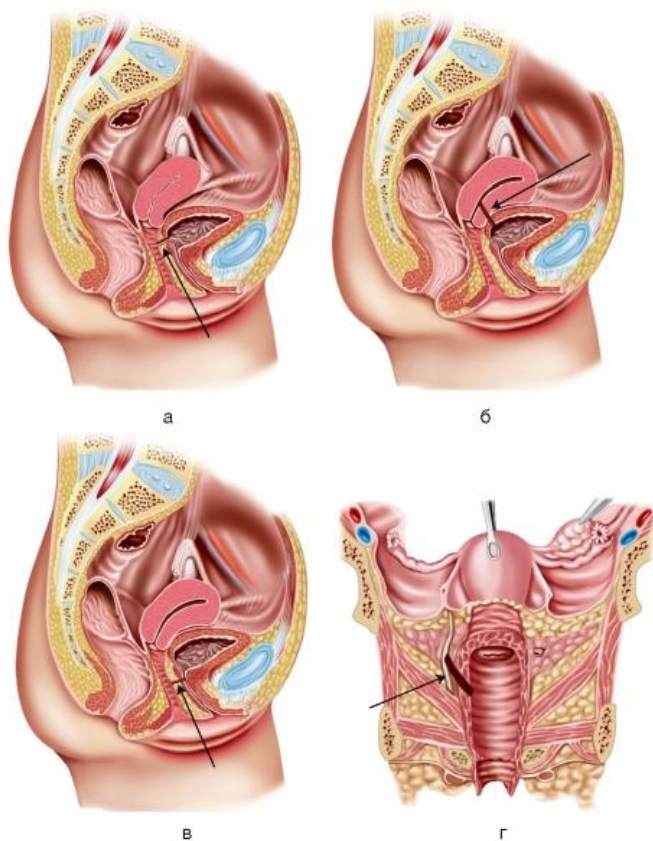


Рис. 14.1. Мочеполовые свищи: а - пузырно-влагалищные; б - пузырно-маточные (шеечные); в - уретровлагалищные; г - мочеточниково-влагалищные

Среди причин возникновения мочеполовых свищей преобладает акушерская травма. Мочеполовые свищи (рис. 14.1) как последствия патологических родов встречаются значительно чаще кишечно-половых вследствие того, что мочеиспускательный канал и перешеек мочевого пузыря расположены за лонной дугой и легко прижимаются к нему вставившейся в малый таз головкой плода. Сигмовидная и прямая кишка находятся в более благоприятных условиях, так как они защищены от сдавления головкой плода.

Какова эпидемиология мочеполовых свищей?

Истинная частота генитальных свищей неизвестна. Это связано с тем, что лечение подобных больных проводят в урологических, общехирургических, проктологических стационарах. Несмотря на то что в развитых странах распространенность мочеполовых свищей ничтожно мала, в ряде африканских стран даже созданы специализированные клиники для лечения свищей (*fistula clinic*). К сожалению, до сих пор в этих странах осложнения в родах - основная причина материнской смертности и инвалидизации женщин (FIGO, 2003).

Какие симптомы вызывают подозрение на мочеполовой или кишечно-половой свищ?

Уже при сборе анамнеза можно заподозрить свищ и предположить его характер, локализацию, размеры. Если непрерывно подтекает моча, но сохранено и самопроизвольное мочеиспускание, следует предполагать мочеточникововлагалищный или очень маленький влагалищно-пузырный свищ.

Основные симптомы свищей:

- воспалительные процессы в наружных половых органах, влагалище, мочевом пузыре, в вышележащих отделах мочевой системы - в мочеточнике, почечных лоханках, паренхиме почек;

- недержание мочи и кала;
- вытекание гноя из отверстий свища между полостью гнойника (пиосальпинкс, абсцесс прямокишечно-маточного углубления и др.) и влагалищем.

Что необходимо рекомендовать хирургу в случаях подозрительной симптоматики?

В случаях подозрительной симптоматики необходимо искать наличие свища.

Какими исследованиями подтверждают наличие свищевого хода?

Свищ большого диаметра обнаруживается и при осмотре с помощью зеркал или двуручном влагалищном исследовании. Можно зондировать свищевой ход через влагалище, провести пробу с наполнением мочевого пузыря. Для этого вводят около 200 мл стерильного, красящего, дезинфицирующего раствора (0,1% раствор этакридина, 0,05% раствор метиленовой сини, 0,1% раствор перманганата калия). При осмотре влагалища с помощью зеркал обнаруживается вытекание красящей жидкости из свищевого отверстия, таким образом определяют его расположение и размеры. Расположение и размеры свища могут быть уточнены с помощью цистоскопии и хромоцистоскопии. При комбинированных свищах возможно применение рентгенологического исследования с использованием водорастворимых контрастных веществ (фистулография).

Как лечат свищи?

Лечение свищей только оперативное. Операция проводится не ранее чем через 2-6 мес после формирования свища. Принцип операции зашивания мочевого свища (рис. 14.2) заключается в отсепаровке свища стенки влагалища от стенки мочевого пузыря и придания ему подвижности. После этого узловыми отдельными швами соединяют края раны таким образом, чтобы лигатуры проходили поперечно через мышечный слой пузыря. Второй ряд узловых швов накладывают на клетчатку мочевого пузыря, а третий - на стенку влагалища. В послеоперационном периоде назначают постоянный катетер, промывание пузыря растворами антисептиков, антибактериальную терапию.

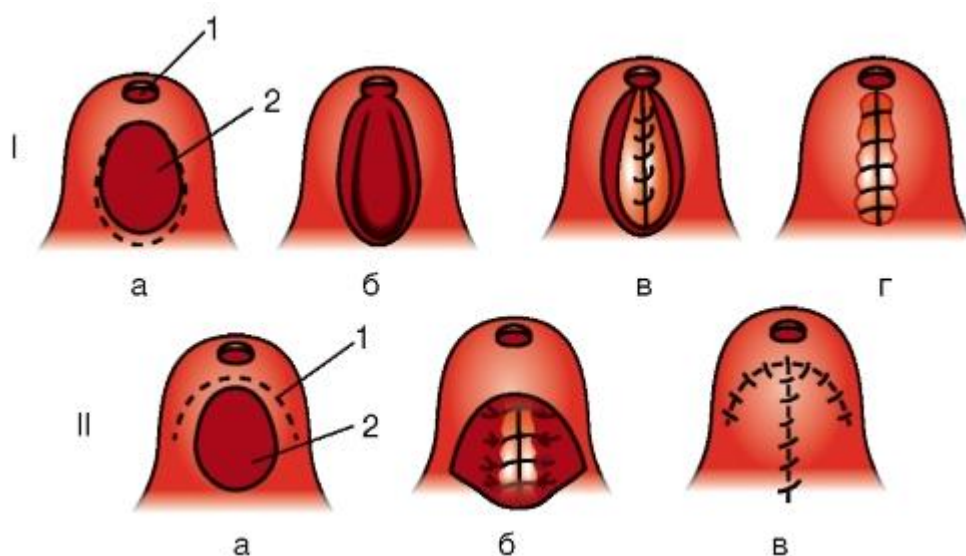


Рис. 14.2. Варианты зашивания кишечно-влагалищного свища (1 - наружный зев; 2 - свищ): I - с рассечением наружного зева: а - линия разреза; б - выделена мышечная оболочка; в - первый ряд швов (мышечно-мышечные); г - второй ряд швов (на слизистую оболочку); II - без

Источник KingMed.info

рассечения наружного зева: а - линия разреза, свищ; б - первый ряд швов (мышечно-мышечные); в - первый ряд швов, перекрытый лоскутом заднего ряда

Каловые свищи ушивают через влагалище: после иссечения краев свищевое отверстие на края свищевое хода накладывают послойные швы, не прокалывая слизистую оболочку кишки.

Существует ли профилактика образования свищей?

Профилактика формирования свищей заключается в правильной организации родовспоможения и ведении родов, своевременном лечении больных с опухолевыми процессами половых органов, бережном хирургическом вмешательстве на органах малого таза и квалифицированном ведении больных и родильниц в послеоперационном и послеродовом периодах.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов. **1. В акушерско-гинекологической практике повреждения женских половых органов условно подразделяются:**

- 1) на повреждения вульвы, промежности и матки;
- 2) травмы острыми и тупыми предметами;
- 3) генитальные свищи;
- 4) ятрогенные и самопроизвольные повреждения;
- 5) глубокие и поверхностные травмы;
- 6) свежие и старые повреждения половых органов;
- 7) инородные тела.

2. Как называется повреждение девственной плевы?

- 1) пенетрация;
- 2) перфорация;
- 3) персистенция;
- 4) дефлорация;
- 5) девальвация.

3. Какие причины наиболее часто приводят к повреждениям половых органов у женщин?

- 1) неправильно подобранное белье;
- 2) падение на тупой или острый предмет;
- 3) изнасилование и грубое половое сношение;
- 4) неправильное применение гигиенических тампонов;
- 5) роды через естественные родовые пути;
- 6) термические ожоги;
- 7) внутриматочные медицинские манипуляции (хирургический аборт, выскабливание слизистой оболочки, гистероскопия).

4. Ранение вульвы и влагалища опасно вследствие:

- 1) развития массивного наружного кровотечения;
- 2) возможности перелома костей таза;
- 3) формирования большой гематомы в хорошо выраженной жировой клетчатке;
- 4) обязательно развивающегося болевого шока;
- 5) острого нарушения мочеиспускания;
- 6) развития перитонита.

5. Диагностика травм вульвы и влагалища:

- 1) не представляет затруднений;
- 2) сложна из-за невозможности собрать анамнез (терминальное состояние пациентки - болевой, геморрагический шок, бессознательное состояние);
- 3) проводится под обезболиванием;
- 4) включает обязательное использование рентгенографии костей таза, цистоскопии, диагностической лапаротомии;
- 5) включает использование ректовагинального исследования.

6. Критерием, определяющим врачебную тактику при травме вульвы и влагалища, является:

- 1) состояние пациентки;
- 2) нарастание гематомы;
- 3) наличие раны кожи и слизистой оболочки;
- 4) возраст пациентки (период жизни);
- 5) обстоятельства получения травмы;
- 6) все перечисленное.

7. Основными причинами, приводящими к перфорации матки, являются:

- 1) незнание положения матки до внутриматочного вмешательства;
- 2) невыполнение ультразвукового исследования органов малого таза перед внутриматочными вмешательствами;
- 3) отсутствие фиксации;
- 4) огнестрельные ранения живота;
- 5) несостоятельность рубца на матке вне беременности;
- 6) грубое или форсированное введение инструментов в матку;
- 7) изменение структуры стенки матки вследствие патологического процесса (воспаление, злокачественная опухоль);
- 8) криминальный аборт.

8. При подозрении на перфорацию матки во время медицинских манипуляций следует:

- 1) закончить манипуляцию и перевести пациентку в отделение функциональной диагностики для верификации диагноза перфорации;
- 2) немедленно прекратить все манипуляции, изъять инструмент, положить лед на живот, определиться с дальнейшей тактикой в зависимости от динамики клинической картины;
- 3) немедленно прекратить манипуляцию, не изымая инструмент из матки, экстренно провести лапаротомию или лапароскопию;
- 4) ввести обезболивающие и спазмолитики;
- 5) прекратить манипуляции, провести зондирование матки или гистероскопию, в случае небольшого повреждения положить пациентке лед на живот и наблюдать за состоянием, при ухудшении состояния провести операцию по зашиванию перфорационного отверстия.

9. Рубцовая деформация шейки матки:

- 1) наиболее часто возникает как следствие повреждения шейки матки в родах;
- 2) приводит к истмико-цервикальной недостаточности;
- 3) сопровождается нарушением веретенообразной формы цервикального канала;
- 4) опасна развитием злокачественного процесса;
- 5) лечится сочетанием консервативных и хирургических методик;
- 6) является показанием для операции эксцизии шейки матки;
- 7) успешно лечится применением пластики шейки матки методом расслоения.

10. Генитальные свищи:

- 1) это искусственный ход, образовавшийся между половыми органами и (или) органами мочеиспускания, кишечником;
- 2) часто встречаются в гинекологической практике;
- 3) лечатся только хирургически;
- 4) диагностируются при гинекологическом осмотре с применением зондирования свищевого хода или красящего вещества;
- 5) бывают простыми, сложными, комбинированными и комплексными;
- 6) могут быть излечены консервативно у молодых пациенток.

Задачи

11. В приемное отделение многопрофильной больницы поступила девочка, 12 лет, с жалобами на боли и кровяные выделения в области половых органов. Из анамнеза известно, что час назад упала, катаясь на коньках. При осмотре обнаружены разрыв слизистой оболочки в области половых губ и клитора, отек и цианоз половых губ. Мочеиспускание затруднено, резко болезненно, моча с примесью крови. Поставьте диагноз и определите врачебную тактику.

12. К врачу женской консультации обратилась женщина, 37 лет, с жалобами на белесые обильные выделения из половых путей в течение последних 2 лет, периодически возникающий

Источник KingMed.info

зуд в области влагалища. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно антибактериальными средствами для влагалищного использования. В анамнезе 7 лет назад своевременные роды, стремительные, осложнившиеся разрывом шейки матки 2-й степени и разрывом промежности 2-й степени. При осмотре обнаружено: половая щель зияет, выделения из половых путей обильные, густые, слизистые, белесые; шейка матки резко деформирована, рубцово изменена по типу «акульей пасти». Каков план ведения пациентки?

Глава 15. Нераковые заболевания молочных желез

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, клиническую картину доброкачественных дисплазии молочной железы, методы диагностики, лечения и профилактики.

Студент должен знать: понятие «доброкачественная дисплазия молочной железы». Частоту и структуру заболеваний молочных желез. Нормальную анатомию молочных желез. Методы диагностики заболеваний молочных желез. Классификацию патологических состояний молочных желез. Методы лечения и реабилитации больных в зависимости от возрастного периода женщин. Профилактические мероприятия.

Студент должен уметь: проводить пальпацию молочных желез; на основании жалоб, анамнеза, клинической картины поставить диагноз доброкачественной дисплазии молочной железы, определить объем обследования для уточнения диагноза, провести дифференциальную диагностику, составить план лечения и реабилитации.

Место занятия: учебная комната, гинекологическое отделение.

Оснащение: соответствующие таблицы и презентации.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы. Домашнее задание.

Для лечения болезней молочной железы существует отдельная специальность - маммология. Однако молочная железа как часть РС женского организма подлежит исследованию акушером-гинекологом при всех профилактических осмотрах и при каждом объективном обследовании женщин во время беременности, а также у пациенток, страдающих гинекологическими заболеваниями. Болезни молочных желез подразделяют на злокачественные и незлокачественные, среди которых подавляющее число случаев представлено доброкачественной дисплазией молочной железы (мастопатией).

Что такое доброкачественная дисплазия молочной железы (мастопатия)?

По определению ВОЗ (1984), доброкачественная *дисплазия молочной железы (мастопатия)* - фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани железы с ненормальным соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов.

Каковы частота и структура заболеваний молочных желез?

В современном мире каждая 11 женщина имеет риск заболеть раком молочной железы. Мастопатия - одно из самых распространенных заболеваний у женщин. В популяции заболеваемость составляет 30-40%, а среди женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями, - 58%. Частота мастопатии достигает максимума к 45 годам и снижается в пременопаузальном возрасте.

Каковы строение молочных желез, макроструктура?

Молочная железа состоит из паренхимы - железистой ткани с проходящими в ней протоками различного калибра, стромы - соединительной ткани, разделяющей железу на доли и дольки; жировой ткани, в которую погружена паренхима и строма железы.

Что служит морфофункциональной единицей молочной железы?

Морфофункциональной единицей молочной железы является альвеола (рис. 15.1). Пузырек альвеолы выстлан одним слоем железистых клеток (лактоцитов), верхушки которых обращены в полость альвеолы. В основании альвеолы расположены миоэпителиальные клетки, обладающие способностью сокращаться и регулировать объем альвеол и выбрасывать через проток скапливающийся в них секрет.

Каковы особенности онтогенеза молочных желез в различные периоды жизни женщины?

Онтогенез молочных желез в период новорожденности до начала пубертатного периода

Закладка молочной железы происходит на 10-й неделе внутриутробной жизни. В период новорожденности (в первые 3-5 дней жизни) происходит незначительное увеличение молочных желез за счет гормональной стимуляции циркулирующими в крови материнскими плацентарными гормонами.

В детстве до начала пубертатного периода происходит очень незначительный рост молочных протоков в длину, который не изменяет величины молочных желез.

Онтогенез молочных желез во время беременности

Во время беременности молочная железа достигает полной морфологической зрелости. Размеры ее увеличиваются за счет роста железистой ткани, масса достигает 800-900 г. Возрастает число альвеол, долек, протоков; в альвеолярном эпителии начинается секреция.

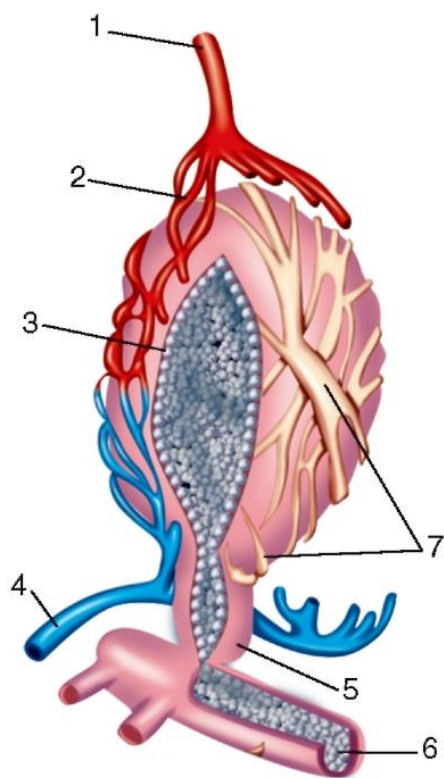


Рис. 15.1. Функциональная единица молочной железы, достигшей полного развития: 1 - дольковая артерия; 2 - альвеолярные капилляры; 3 - секреторный эпителий альвеол; 4 - дольковая вена; 5 - междольковый молочный ход; 6 - конечный молочный ход; 7 - миоэпителиальные клетки

Онтогенез молочных желез после родов

После родов происходит интенсивная секреция молока, и железы еще более увеличиваются (иногда до 3-5 кг). В лактирующей железе секреторной активностью (образование молока) обладают не только лактоциты альвеол, но и миоциты, окружающие альвеолу, а также эпителий, выстилающий внутридольковые протоки. В протоках долек образуются молочные синусы - полости для депонирования молока. По окончании лактации в железе происходят инволютивные изменения, сущность которых заключается в прекращении

пролиферативных и секреторных процессов, а также в замещении соединительной ткани жировой.

Возрастные инволютивные изменения

Возрастные инволютивные изменения в структуре молочных желез также характеризуются замещением паренхимы жировой тканью. Эти процессы усиливаются после 40 лет. В постменопаузе железа почти лишена железистых структур и состоит из жировой ткани с нерезко выраженными фиброзированными соединительнотканскими прослойками.

Какова регуляция развития и функции молочных желез в пубертатном периоде?

Регуляция роста и развития молочной железы происходит под сложным гормональным контролем (рис. 15.2). Основная роль принадлежит эстрогенам, прогестерону и ПРЛ. В первой фазе пубертатного периода, до менархе, на развитие молочных желез преимущественно влияют эстрогены, во второй - эстрогены и прогестерон.

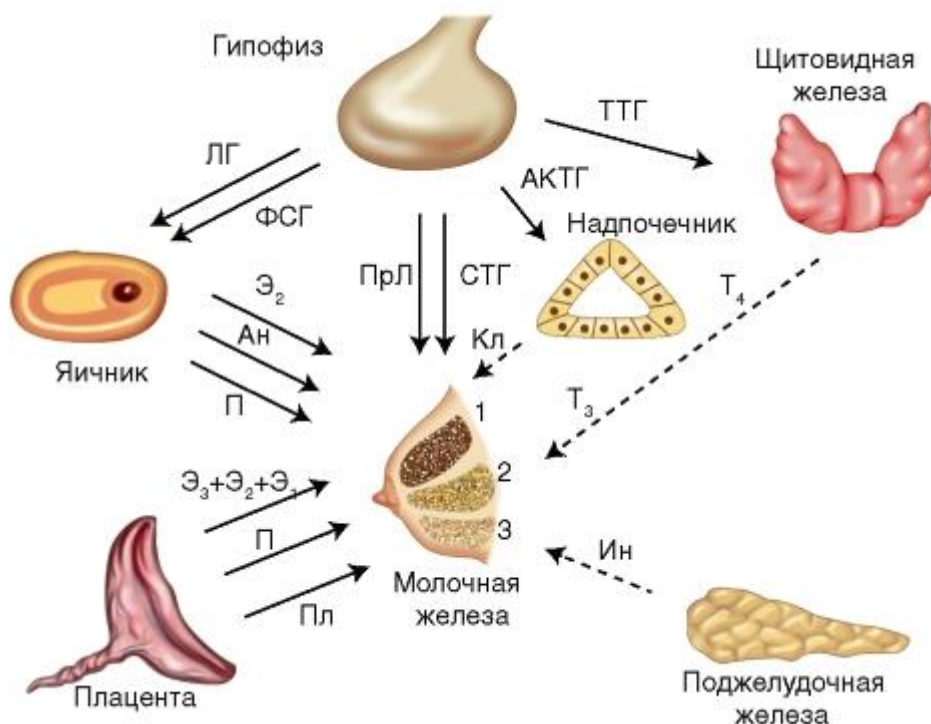


Рис 15.2. Гормональная регуляция развития и функции молочной железы: 1 - железистая ткань; 2 - жировая ткань; 3 - соединительная ткань; Э₁ - эстрон; Э₂ - эстрадиол; Э₃ - эстриол; Ан - андрогены; П - прогестерон; Т₃ - трийодтиронин; Т₄ - тироксин; Ин - инсулин; ПРЛ - пролактин; Пл - плацентарный лактоген; Кл - кортизол; СТГ - соматотропный гормон

Эстрогены ответственны за рост и развитие протоков и соединительной ткани, прогестерон - за рост и развитие железистой ткани, увеличение числа альвеол, рост долек.

Как регулируются функции молочных желез во время беременности?

Во время беременности интенсивный рост и развитие происходят под влиянием возрастающего количества плацентарных эстрогенов, прогестерона и лактогена, а также ПРЛ.

Какова регуляция функции молочных желез после родов и во время кормления?

После родов происходит выключение гормонального влияния фетоплацентарного комплекса, в основном за счет уменьшения уровня прогестерона, повышаются образование и выделение ПРЛ и его секреторная активность. ПРЛ стимулирует образование белковых компонентов молока,

Источник KingMed.info

активируя ферменты углеводного обмена, а также стимулирует синтез лактозы - основного углеводного компонента молока, т.е. ПРЛ, являясь интенсивным стимулятором лактации, влияет также на содержание в нем белков, жиров и углеводов.

Как гормоны репродуктивной системы влияют на молочную железу?

Гормональному влиянию подвергается паренхима, на которую вне беременности непосредственно действуют эстрогены, прогестерон, ПРЛ и соматотропный гормон, во время беременности - плацентарные эстрогены, прогестерон, лактоген и ПРЛ. Опосредованно на ткани молочной железы действуют тиреоидные гормоны и инсулин.

В меньшей степени гормональному воздействию подвержена строма, в которой возможна гиперплазия под влиянием эстрогенов. Взаимоотношения гормонов и жировой ткани молочной железы изучены недостаточно. Жировая ткань, адипоциты молочной железы являются депо эстрогена, прогестерона и андрогенов. Адипоциты не синтезируют половые гормоны, но активно их захватывают из плазмы. Под влиянием ароматаз андрогены превращаются в эстрадиол и эстрон. Этот процесс с возрастом усиливается, что, возможно, является одним из факторов увеличения риска развития рака молочной железы.

Какие выделяют формы мастопатии?

Для клинической практики удобна классификация фиброзно-кистозной мастопатии, выделяющая диффузные и узловые формы изменений в железах, которые находят отражение на рентгенограммах, при ультразвуковом и морфологическом исследованиях.

Классификация фиброзно-кистозной мастопатии

- Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия:
 - с преобладанием железистого компонента (аденоз);
 - с преобладанием фиброзного компонента;
 - с преобладанием кистозного компонента;
 - смешанная форма.
- Узловая фиброзно-кистозная мастопатия.

Что характерно для фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием железистого компонента?

Морфологически эта форма фиброзно-кистозной мастопатии характеризуется высокодифференцированной, неосумкованной гиперплазией долек железы. Клинически она проявляется болезненностью, нагрубанием и диффузным уплотнением всей железы или ее участка. Аденоз наблюдается у молодых девушек в конце периода полового созревания, а также у женщин в начальных сроках беременности как преходящее состояние.

При рентгенологическом исследовании отмечаются множественные тени неправильной формы с нечеткими границами, которые соответствуют участкам гиперплазированных долек и долей.

Что характерно для фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием фиброза?

Характерны фиброзные изменения междольковой соединительной ткани, пролиферация внутритротоковой ткани с сужением просвета протока железы вплоть до полной его облитерации. Клиническая картина характеризуется болезненностью, при пальпации железы

Источник KingMed.info

определяются уплотненные, тяжистые участки. Фиброзные процессы преобладают у женщин более старшего, пременопаузального возраста.

Рентгенологическая картина этой формы фиброзно-кистозной мастопатии представляет собой пласты плотных гомогенных участков с выраженной тяжистостью.

Что характерно для фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием кистозного компонента?

Преобладают множественные кистозные образования эластической консистенции, довольно хорошо отграниченные от окружающей ткани железы. Характерным клиническим признаком является болезненность, усиливающаяся перед менструацией. Кистообразование характерно для женщин в возрасте после 54 лет.

Морфологическая картина кистозной формы фиброзно-кистозной мастопатии характеризуется наличием множественных кист, образующихся из атрофированных долек и расширенных протоков железы.

Рентгенологически эта форма имеет крупно-петлистый рисунок.

Что характерно для узловой формы фиброзно-кистозной мастопатии?

Характеризуется аналогичными изменениями, но имеющими локальный характер в виде единичных или нескольких узлов.

Какова этиология мастопатии?

Этиология мастопатии неясна. Решающая роль в ее развитии отводится прогестерондефицитным состояниям, нарушению функции яичников, при которых имеется абсолютная или относительная гиперэстрогения.

Кого принято относить в группу риска по развитию доброкачественной дисплазии молочной железы?

К факторам повышенного риска относятся:

- отягощенная наследственность (наличие доброкачественных и злокачественных новообразований у родственников по материнской линии);
- нейроэндокринные нарушения (нарушения нейрогуморальной составляющей регуляции функции РС ведут к активации пролиферативных процессов в гормонально-зависимых органах, в том числе в тканях молочной железы);
- возраст старше 35 лет;
- искусственное прерывание беременности (уже на самых ранних сроках беременности гормональное влияние вызывает выраженную перестройку железы, гиперплазию железистого компонента);
- ожирение (сочетание ожирения с диабетом и артериальной гипертензией втрое повышает риск рака молочной железы);
- длительный психический стресс, который приводит к изменению секреторной функции эндокринных желез;
- поздняя первая беременность (после 30 лет);

Источник KingMed.info

- отсутствие, короткий (не более 1 мес) или длинный (более 1 года) период грудного вскармливания;
- раннее менархе (до 12 лет);
- поздняя менопауза (старше 55 лет);
- эндокринное бесплодие (ановуляторное);
- нарушения МЦ (прогестерондефицитные);
- гинекологические заболевания (миома матки, эндометриоз, ГПЭ);
- воспалительные заболевания молочных желез (мастит).

Каков патогенез мастопатии?

Эстрогены вызывают пролиферацию эпителия альвеол, соединительной ткани железы, протоков, усиливают активность фибробластов.

Гинекологическая заболеваемость женщин, страдающих мастопатией, составляет 115%, т.е. 1,1 случая на каждую. Наиболее часто мастопатия сочетается с гиперпластическими процессами в органах РС: гиперплазией эндометрия, аденомиозом, миомой матки. Это свидетельствует об общности патогенеза болезней всех органов репродукции и обосновывает патогенетическую терапию, которая должна проводиться гинекологом всем без исключения больным с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Какие жалобы предъявляют больные с доброкачественной дисплазией молочной железы?

Основной жалобой больных мастопатией является боль, как правило, усиливающаяся в предменструальном периоде, иногда начиная со 2-й половины МЦ. Боль может иметь локальный характер и иррадиировать в руку или лопатку. Реже больные обращаются по поводу выделений из соска.

Принято выделять три типа болей:

- 1) циклические;
- 2) ациклические;
- 3) боли в грудной стенке.

Какова диагностика мастопатии?

Диагноз «мастопатия» ставится на основании скрининга (особенно у женщин с высоким риском доброкачественной дисплазии молочной железы), клинической картины, пальпации молочных желез и подтверждается результатами специальных методов исследования (рентгенограмма, УЗИ, морфология).

Что включает в себя клиническое обследование?

Клиническое обследование включает осмотр и мануальное исследование. При осмотре следует оценить степень формирования желез, их симметричность, форму, размеры, состояние кожных покровов (отек, гиперемия),

наличие кожных рубцов, втяжений, выбуханий, пигментации, наличие отделяемого из соска.

Источник KingMed.info

При пальпации необходимо обращать внимание на консистенцию молочных желез, наличие болезненности, объемных образований, их размер, однородность, подвижность, отношение к окружающим тканям.

Как производится пальпация молочных желез?

Пальпация молочных желез производится в положении стоя и лежа. Обязательно сдавление ареолы для выявления и уточнения характера отделяемого из соска. Пальпацию желательнее осуществлять на 7-10-й дни от начала менструации.

Какой метод исследования молочных желез является объективным?

Основным методом объективной оценки состояния молочных желез является маммография. Это исследование позволяет своевременно распознать патологические изменения в молочных железах в 95-97% случаев, оценить степень распространенности процесса, определить характер роста опухоли, состояние второй молочной железы, что важно для выбора лечебной тактики. Именно это качество в отличие от других методов позволяет рассматривать маммографию как золотой стандарт - ведущий метод скрининга.

В какую фазу менструального цикла производят рентгеномаммографию и эхомаммографию?

Рентгеномаммографию производят в двух проекциях (прямой и боковой) в первую фазу на 7-10-й день МЦ на специальных рентгеновских аппаратах с использованием специально сконструированных усиливающих экранов, позволяющих производить исследование в условиях минимальных лучевых нагрузок. Рентгенологическое исследование дает возможность выявить характерные признаки.

УЗИ (эхо-маммографию) проводят также в первую фазу МЦ. Кистозные образования данным методом диагностируются в 100% случаев.

Каковы показания для рентгеномаммографии?

Показания для рентгеномаммографии:

- обследование женщин из группы риска и сплошной скрининг после 40 лет;
- любые изменения в молочных железах, обнаруженные при физикальном обследовании;
- метастазы в подмышечные лимфатические узлы;
- обследование перед пластической операцией на молочной железе; перед назначением ЗГТ;
- наблюдение больных раком молочной железы.

В чем достоинства рентгеномаммографии?

Достоинства рентгеномаммографии:

- высокая информативность;
- единственный метод дифференциальной и топической диагностики внутрипротоковых заболеваний размером 1-3 мм;
- возможность дифференциальной диагностики узловых и диффузных заболеваний;
- возможность получения многопроекционного изображения органа;

Источник KingMed.info

- визуализация непальпируемых образований;
- возможность контролируемой пункции патологических образований с получением материала для цитологического и гистологического изучения.

Роль эхомаммографии в диагностике заболеваний молочных желез?

УЗИ дополняет и уточняет картину патологического процесса, полученного при других методах исследования. Данный метод позволяет с высокой точностью распознать узловые образования (особенно кисты), оценивать диффузные изменения, обладает высокой пропускной способностью. Однако диагностическая эффективность при определении опухоли менее 1 см составляет 58%, непальпируемых образований - 80%.

Каковы показания для эхо-маммографии?

Основные показания:

- женщинам до 40 лет при профилактических осмотрах;
- у беременных и лактирующих, при наличии соответствующих жалоб;
- при диагностике и дифференциальной диагностике солидного и полостного образования;
- для дифференциальной диагностики при увеличении аксиллярных лимфатических узлов;
- при заболеваниях молочных желез;
- при контроле течения воспалительного процесса;
- при контролируемой пункции;
- при склерозировании кист. **В чем достоинства УЗИ?** Основные достоинства:
- высокая пропускная способность;
- дополнительная информация изучения структуры молочной железы на плотном фоне;
- возможность применения у беременных и кормящих женщин;
- помощь в дифференциальной диагностике узловых форм;
- возможность проведения пункции под УЗ-контролем;
- отсутствие лучевой нагрузки.

Для чего проводят пункционную биопсию?

Пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием аспирата проводится для определения содержимого образований молочных желез. Точность диагностики составляет 90-100%.

Роль доплерографии в диагностике заболеваний молочных желез?

Допплерография используется как дополнительный метод при сомнительных результатах рентгенографии, пункции, УЗИ.

Какие существуют дополнительные объективные методы диагностики заболеваний молочных желез?

- МРТ - позволяет выявлять пальпируемые и непальпируемые образования.

Источник KingMed.info

- Цифровая маммография обладает преимуществами, свойственными всем цифровым методам, включая возможность обработки изображений с целью оптимизации его восприятия.
- Лазерная маммография - позволяет обнаружить патологические изменения в молочной железе и проводить дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных опухолей.
- Метод дуктографии - для диагностики изменений, локализованных в молочных протоках.
- Пневмоцистография - для диагностики внутрикистозной патологии.
- СВЧ-радиометрический метод. Он позволяет проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными и злокачественными новообразованиями на фоне выраженных диффузных изменений на этапе первичного отбора больных, нуждающихся в углубленном обследовании, а также для диагностики маммографических негативных форм рака молочной железы.
- Термография.

Какие существуют методы лечения доброкачественных заболеваний молочных желез?

Консервативное и оперативное (рис. 15.3).

Кому показано консервативное лечение?

Консервативному лечению подлежат только диффузные формы фибронокистозной болезни молочных желез. Все узловые формы подлежат лечению у маммологов, потому что за доброкачественным новообразованием могут скрываться онкологические заболевания.

Консервативная терапия может проводиться женщинам только после тщательного обследования, включающего клинический, ультразвуковой, рентгенологический методы обследования.

Каковы принципы консервативного лечения?

Основой консервативной терапии доброкачественной дисплазии молочной железы являются гормональные препараты.

Какие препараты являются основой гормонального лечения доброкачественной дисплазии молочной железы?

В качестве средств гормональной терапии используются гестагены, препараты для оральной контрацепции, ингибиторы секреции ПРЛ, антиэстрогены, аналоги ГнРГ. Каждый случай требует индивидуального подхода врача (см. рис. 15.3).

Каков механизм действия гестагенов при лечении доброкачественной дисплазии молочной железы?

Препараты прогестерона (дидрогестерон, прогестерон) оказывают биологическое действие прямым путем, связываясь с рецепторами к прогестерону, тестостерону, эстрогену, минералокортикоидам, и непрямым путем, изменяя функцию яичников путем торможения циклической секреции гонадотропинов, что приводит к уменьшению выработки эстрогенов яичниками; снижают активность 17 β -оксистероиддегидрогеназы, которая отвечает за превращение неактивного эстрогена в активный.

Каков механизм действия ингибиторов пролактина при лечении доброкачественной дисплазии молочной железы?

Источник KingMed.info

В качестве ингибиторов ПРЛ выступают агонисты ДА - бромокриптин - полусинтетическое производное алкалоида спорыньи, а также каберголин (достинекс*, агалатес*), абергин*. Ввиду стимулирующего действия на дофаминовые рецепторы гипоталамуса бромокриптин тормозит секрецию достинекс* и соматотропного гормона уже через несколько часов после введения.

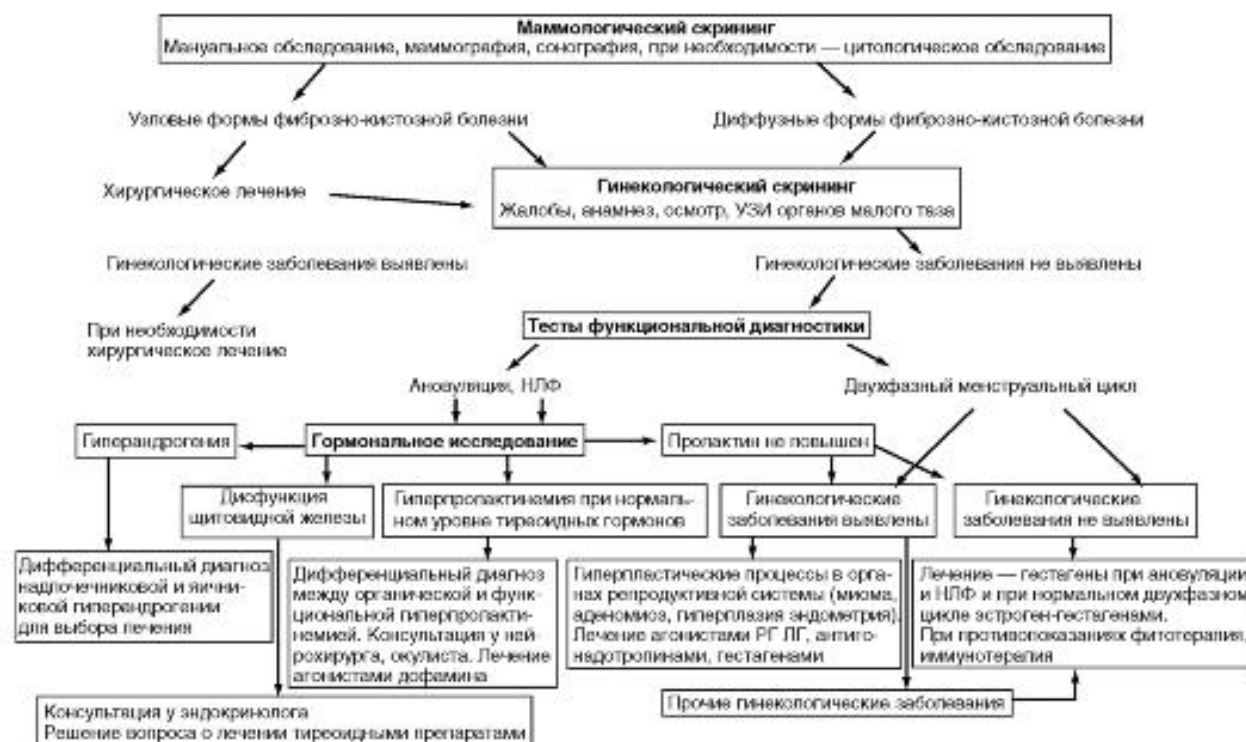


Рис. 15.3. Алгоритм обследования и лечения женщин с фиброзно-кистозной мастопатией

Каков механизм действия селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов при медикаментозном лечении доброкачественной дисплазии молочной железы?

Механизм действия селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов (тамоксифен) основан на конкурентном связывании с рецепторами эстрадиола в клетках тканей молочных желез.

В качестве селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов можно использовать фитоэстрогены.

Каков механизм действия агонистов ГнРГ при лечении доброкачественной дисплазии молочной железы?

При сочетании доброкачественной дисплазии молочной железы с выраженными формами эндометриоза, миомой матки используются агонисты ГнРГ, которые блокируют гонадотропную секрецию гипофиза и подавляют секрецию ФСГ. Вследствие этого уменьшается содержание в крови половых гормонов.

Что предусматривает коррекция питания при доброкачественной дисплазии молочной железы?

- Снижение потребления насыщенных и ненасыщенных жиров.
- Включение в диету фруктов, овощей, злаков, особенно плодов цитрусовых и богатых каротином овощей семейства капустных.
- Ограничение потребления консервированных, соленых и копченых продуктов.

Источник KingMed.info

Существует тесная взаимосвязь между употреблением метилксантинов (кофеин, теофиллин, теобромин) и развитием фиброзно-кистозной мастопатии. Эти соединения способствуют развитию фиброзной ткани и образованию жидкости в кистах. Поэтому ограничение содержащих метилксантины продуктов (кофе, чай, шоколад, какао, кола) или полный отказ от них существенно уменьшит боль, чувство напряжения в молочных железах.

Каковы показания к оперативному лечению?

Оперативному лечению подлежат все узловые, диффузные формы фиброзно-кистозной мастопатии; если при аспирационной биопсии обнаружено геморрагическое содержимое или пролиферация эпителия либо при наличии известковых включений.

Главным условием оздоровления женщин после операции следует считать лечение гинекологических заболеваний и нарушений как профилактику рецидивов фиброзно-кистозной мастопатии и других болезней РС.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Возрастные инволютивные изменения в структуре молочных желез характеризуются:

- 1) замещением жировой ткани фиброзной;
- 2) замещением железистой ткани жировой тканью;
- 3) замещением паренхимы жировой тканью;
- 4) замещением железистой ткани фиброзной;
- 5) замещение фиброзной ткани соединительной.

2. Основная роль в регуляции роста и развития молочной железы в пубертатном периоде принадлежит:

- 1) эстрогенам, прогестерону и ПРЛ;
- 2) эстрогенам;
- 3) прогестерону;
- 4) ПРЛ;
- 5) эстрогенам и кортизолу.

3. Эстрогены ответственны за рост и развитие:

- 1) протоков;
- 2) протоков и соединительной ткани;
- 3) соединительной и железистой ткани;
- 4) протоков и увеличения числа альвеол;
- 5) протоков и долек.

4. Во время беременности интенсивный рост и развитие молочных желез происходят под влиянием:

- 1) плацентарных эстрогенов;

Источник KingMed.info

- 2) прогестерона;
- 3) плацентарного лактогена;
- 4) ПРЛ;
- 5) α -фетопротеина.

5. Пролактин:

- 1) стимулирует образование белковых компонентов молока;
- 2) ингибирует ферменты углеводного обмена;
- 3) влияет на содержание жиров в молоке;
- 4) стимулирует синтез лактозы;
- 5) продуцируется гипоталамусом.

6. Адипоциты молочных желез:

- 1) являются депо эстрогенов;
- 2) депо прогестерона;
- 3) депо андрогенов;
- 4) активно синтезируют ПРЛ;
- 5) все перечисленное верно.

7. Классификация доброкачественной дисплазии молочной железы предлагает выделять варианты:

- 1) с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- 2) с преобладанием фиброзного компонента;
- 3) с преобладанием кистозного компонента;
- 4) смешанную форму;
- 5) с преобладанием жирового компонента.

8. Для фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием фиброза характерны:

- 1) фиброзные изменения междольковой соединительной ткани;
- 2) пролиферация внутрипротоковой ткани с расширением просвета протока железы;
- 3) сужение просвета протоков железы вплоть до полной облитерации;
- 4) болезненность при пальпации;
- 5) пальпация уплотненных тяжистых участков.

9. К факторам повышенного риска по развитию доброкачественной дисплазии молочной железы относятся:

- 1) поздняя первая беременность (после 30 лет);
- 2) позднее менархе (после 17 лет);

Источник KingMed.info

- 3) ранняя менопауза;
- 4) ожирение;
- 5) прием оральных контрацептивов;
- 6) возраст старше 35 лет.

10. Основной жалобой больных мастопатией является боль, как правило, усиливающаяся:

- 1) в предменструальном периоде;
- 2) при менструации;
- 3) в конце менструации;
- 4) в перiovуляторном периоде;
- 5) в вечернее время.

11. Пальпацию молочных желез желательно осуществлять:

- 1) за 3-4 дня до предполагаемой менструации;
- 2) в период предполагаемой овуляции;
- 3) на 21-й день цикла (расцвет желтого тела);
- 4) на 7-10-й дни от начала менструации;
- 5) время исследования не играет существенной роли.

12. Показанием к рентгеномаммографии служат:

- 1) возраст старше 30 лет;
- 2) возраст старше 35 лет;
- 3) возраст старше 40 лет;
- 4) прием микродозированных оральных контрацептивов дольше 3 лет;
- 5) предполагаемая пластическая операция на молочной железе.

13. К достоинствам рентгеномаммографии относят:

- 1) высокую информативность;
- 2) безвредность;
- 3) возможность визуализации непальпируемых образований;
- 4) возможность дифференциальной диагностики узловых и диффузных заболеваний;
- 5) все перечисленное верно.

14. К достоинствам эхомаммографии относят:

- 1) высокую пропускную способность;
- 2) возможность проведения визуально контролируемой пункции;
- 3) возможность применения у беременных и кормящих женщин;

Источник KingMed.info

4) возможность дифференциальной диагностики при узловых формах доброкачественной дисплазии молочной железы;

5) относительно низкую лучевую нагрузку.

Задачи

15. Женщина, 30 лет, на амбулаторном приеме у акушера-гинеколога. Речь идет о выборе оптимального для нее метода контрацепции. При сборе анамнеза и физикальном исследовании поставлен диагноз «доброкачественная дисплазия молочной железы». Какими исследованиями можно подтвердить диагноз? Какой метод контрацепции оптимален в данном случае?

16. Женщина, 42 лет, жалуется на тянущие боли в наружно-верхних квадрантах обеих молочных желез на протяжении последних двух лет. Боли отмечаются в течение нескольких дней, предшествующих началу менструации. Каков предполагаемый диагноз? Каким будет план обследования?

Глава 16. "Острый живот" в гинекологии

Цель занятия: на основании применения методов гинекологического обследования научить студентов диагностике, клинической картине

и лечению наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний, приводящих к «острому животу».

Студент должен знать: этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику, лечение и профилактику острых хирургических заболеваний, приводящих к клинике «острому животу».

Студент должен уметь: собрать анамнез, оценить состояние больной по объективным данным, произвести влагалищное исследование. На основании данных общего и специального обследования больной правильно поставить диагноз и выработать тактику лечения.

Место занятия: аудитория, отделение гинекологии.

Оснащение: истории болезни, рентгеновские снимки, ультразвуковые снимки, компьютерная презентация по данной теме.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы.
- Контроль исходного уровня знаний студентов.
- Учебная комната. Теоретическое изучение темы с использованием компьютерной презентации.
- Работа в гинекологическом отделении: демонстрация двух-трех больных с заболеванием соответственно теме, разбор истории болезни.
- Обобщение занятия в учебной комнате, ответы на вопросы.
- Домашнее задание.

Что понимают под термином «острый живот»?

«*Острый живот*» представляет собой сложный симптоматический комплекс, в котором ведущим признаком являются внезапно возникшие боли в любом отделе живота, сопровождающиеся перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной. Особенно часто приходится проводить дифференциальную диагностику между гинекологической и хирургической патологией.

Какие гинекологические заболевания протекают с симптомами «острого живота»?

Выделяют три группы таких заболеваний:

1) сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением (эктопическая беременность, апоплексия яичника, разрыв капсулы кисты яичника). Нарушение общего состояния протекает по типу острой кровопотери;

2) связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут ножки и некроз миоматозного узла). Общая реакция организма в этой группе заболеваний

вначале выражается нарушением гемодинамики, коллапсом, а в более поздние часы - интоксикацией, обусловленной некрозом тканей;

3) острые воспалительные процессы внутренних половых органов, при которых развивается перитонит (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное воспалительное образование). Превалируют общие реакции организма в виде интоксикации и нарушений водно-электролитного обмена.

На что следует обращать внимание при сборе анамнеза?

Анамнез является первым этапом обследования больной. Так, возраст пациентки может указать на невозможность какого-либо заболевания (например, внематочной беременности). Наличие в анамнезе аппендэктомии исключает аппендицит. Чревосечения в прошлом могут свидетельствовать о возможности спаечной кишечной непроходимости, «язвенный» анамнез - о прободном перитоните.

Необходимо выяснить, живет ли больная половой жизнью, как она предохраняется от беременности, в частности, не пользуется ли она ВМК (использование последнего - предрасполагающий фактор для развития воспалительных заболеваний, а также эктопической беременности).

Обычно клиническая картина «острого живота» имеет небольшую продолжительность, однако важно узнать, каково было состояние и самочувствие пациентки перед тем, как она почувствовала себя больной, с какого именно симптома началось заболевание и с чем больная это заболевание связывает.

Какие симптомы (жалобы) наиболее характерны для «острого живота»?

Поскольку боли в животе - это основной признак «острого живота», необходимо уточнить их характер, локализацию, иррадиацию, связь с МЦ, физической нагрузкой.

При перекруте ножки опухоли яичника боль может быть локальной, но область ее соответствует расположению опухоли, иногда выше пределов малого таза.

Боли гинекологического происхождения могут быть и разлитыми: при значительном кровотечении в брюшную полость, при разлитом перитоните.

Боли часто иррадиируют в прямую кишку, крестец, при внутрибрюшном кровотечении характерен френикус-симптом (иррадиация болей в ключицу).

Для прерывания трубной беременности (трубный аборт) характерны приступообразные боли, часто пациентки называют их схваткообразными. Однако приступ болей, возникший в связи с трубным абортом, может длиться несколько минут, а потом боли ослабевают или проходят совсем, после чего приступ повторяется через разные промежутки времени.

Постоянные боли характерны для воспалительных заболеваний, при этом чаще всего они нарастают постепенно.

Каковы особенности анамнеза больных с клинической картиной «острого живота»?

Необходимо уточнение менструальной функции и прежде всего даты последней менструации. Если у больной имеется нарушение МЦ, вероятность заболеваний половых органов высока.

Задержка менструации характерна для внематочной беременности. Ациклические кровотечения возможны как при прерывании трубной беременности, так и при острых воспалительных заболеваниях придатков матки.

Таблица 16.1. Дифференциальная диагностика при «остром животе»

| Жалобы и общие симптомы | Внематочная беременность | Апоплексия яичника | Перекрыт ножки опухоли | Острое гнойное воспаление придатков матки | Острый аппендицит | Кишечная непроходимость | Разлитой хирургический перитонит |
|--|--------------------------|--------------------|------------------------|---|-------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Задержка менструации | + | — | — | — | — | — | — |
| Начало заболевания в середине МЦ | — | + | — | — | — | — | — |
| Начало заболевания в конце менструации | — | — | — | + | — | — | — |
| Постоянные боли | — | + | + | + | + | — | + |
| Приступообразные боли | + | — | — | — | — | — | — |
| Схваткообразные боли | — | — | — | — | — | + | — |
| Боли в эпигастрии | + | — | — | — | — | — | — |
| Боли в пахово-подвздошной области | + | + | + | + | + | — | — |
| Боли разлитые | — | — | + | + | — | + | + |
| Иррадиация в прямую кишку | + | + | — | + | — | — | — |
| Френкус-симптом | + | + | — | — | — | — | — |
| Тошнота, рвота | — | — | + | + | + | + | + |
| Субфебрильная температура | — | — | + | — | + | + | + |
| Высокая температура | — | — | — | + | — | — | + |
| Нормальная температура | + | + | + | — | — | — | — |
| Головокружение, обморок | + | + | + | — | — | — | — |
| Субъективные признаки беременности | + | — | — | — | — | — | — |
| Гипотония | + | + | + | — | — | — | — |
| Бледность кожных покровов | + | + | + | — | — | — | — |
| Тахикардия | + | + | + | + | + | + | + |
| Сухой обложенный язык | — | — | + | + | + | + | + |
| Неотхожаемые газы | — | — | — | — | — | + | + |
| Задержка стула | — | — | — | — | — | + | + |
| Жидкий стул | — | — | — | + | + | — | + |
| Лейкоцитоз | — | — | + | + | + | + | + |

Окончание табл. 16.1

| Жалобы и общие симптомы | Внематочная беременность | Апоплексия яичника | Перекрыт ножки опухоли | Острое гнойное воспаление придатков матки | Острый аппендицит | Кишечная непроходимость | Разлитой хирургический перитонит |
|---|--------------------------|--------------------|------------------------|---|-------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Анемия | + | + | — | — | — | — | — |
| Увеличение СОЭ | — | — | — | + | — | — | + |
| <i>Локальные симптомы</i> | | | | | | | |
| Вздутие живота | + | + | + | + | + | + | + |
| Асимметрия живота | — | — | + | — | — | + | — |
| Отставание живота от дыхательной экскурсии | + | + | + | + | + | + | + |
| Напряжение мышц | — | — | + | + | + | + | + |
| Болезненность брюшной стенки | + | — | + | + | + | + | + |
| Симптом Щеткина—Блюмберга | — | — | + | + | + | + | + |
| Симптом Куленкампафа | + | + | — | — | — | — | — |
| Притупление в отдаленных местах | + | + | + | + | — | — | + |
| Тимпанит | — | — | — | — | — | + | — |
| Отсутствие перистальтики | — | — | — | — | — | + | + |
| <i>Данные гинекологического исследования</i> | | | | | | | |
| Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки | + | — | — | — | — | — | — |
| Увеличение матки | + | — | — | — | — | — | — |
| Кровянистые выделения | + | — | — | — | — | — | — |
| Гнойные выделения | — | — | — | + | — | — | — |
| Нависание сводов | + | + | — | + | — | — | + |
| Болезненные смещения шейки матки | + | + | + | + | — | — | + |
| Увеличение придатков матки | + | + | + | + | — | — | — |
| Матка и придатки не определяются вследствие болезненности | + | — | — | + | — | — | + |

Начало заболевания всегда следует сопоставлять с характером менструальной функции и днем МЦ. Так, апоплексия яичника чаще всего бывает в середине МЦ, а начало острого воспаления в основном соответствует дням менструации.

Если больная отмечает усиление выделений, неприятный запах и при этом у нее появляются боли в животе и лихорадка - это скорее всего воспаление внутренних половых органов. Нередко этот симптом развивается на фоне ВМК.

Источник KingMed.info

При опорожняющемся пиосальпинксе больная может указывать на повторяющиеся одномоментные гнойные выделения из половых путей.

Каковы особенности гинекологического осмотра больных с клинической картиной «острого живота»?

После выяснения жалоб и сбора анамнеза переходят к общему осмотру больной с последующим гинекологическим осмотром:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал (выделения из цервикального канала, цианоз или гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки);
- бимануальное обследование (консистенция шейки матки, болезненность тракций за нее, состояние наружного зева, размеры матки и придатков, их подвижность, болезненность, наличие патологических образований в области придатков, состояние влагалищных сводов).

Каковы особенности двуручного влагалищного обследования у больных с клинической картиной «острого живота»?

При пельвиоперитоните и особенно при разлитом перитоните, а также при наличии крови в брюшной полости пальпация матки и придатков, как правило, невозможна - это требует инструментальных методов обследования.

Болезненность при смещении шейки матки, а также укорочение и болезненность влагалищных сводов характерны для всех групп перечисленных острых заболеваний.

При наличии резко болезненного образования в стороне от матки (в области придатков) можно заподозрить перекрут ножки опухоли яичника или субсерозного миоматозного узла.

Какие первоочередные вопросы нужно решить?

- Является ли заболевание острым, требующим неотложной хирургической помощи?
- Является ли заболевание гинекологическим или экстрагенитальным?
- Каков план обследования (последовательность дополнительных методов исследования)?

При затруднениях, связанных с ответом на второй вопрос, необходимо привлечь для консультации хирурга. Основные дифференциальные критерии представлены в табл. 16.1.

Методичное, последовательное объективное обследование позволяет выявить отдельные симптомы заболевания. Однако для диагностики важно не столько наличие отдельных симптомов, сколько выявление их в комплексе с другими признаками.

Какие дополнительные методы исследования применяются в диагностике «острого живота»?

В ургентной гинекологии диагностика основывается на применении общеклинических и специальных методов: серологического определения β -ХГЧ, УЗИ и эндоскопических методов. Использование дополнительных методов обследования целесообразно в определенной последовательности и в оптимальные сроки.

Что характерно для нарушенной внематочной беременности?

При наличии жалоб на боли внизу живота (часто приступ резких болей с иррадиацией в прямую кишку) в сочетании с нарушением МЦ (задержка менструации или кровянистые выделения из

половых путей, начавшиеся на фоне задержки менструации) необходимо как можно быстрее произвести трансвагинальное УЗИ и анализ крови на наличие β -ХГЧ.

Если при УЗИ нет данных за наличие хориона в полости матки, а анализ крови на β -ХГЧ положительный, необходимо срочно исключить внематочную беременность. В ситуации, когда врач смог на основании жалоб, осмотра и гинекологического исследования заподозрить наличие крови в брюшной полости, необходимо сразу же произвести лапароскопию или пункцию брюшной полости через задний свод влагалища, не прибегая к дополнительным методам исследования. При получении темной крови из брюшной полости больной показано экстренное оперативное лечение.

Что характерно для апоплексии яичника?

Если боли внизу живота, чаще односторонние, возникают в середине МЦ, можно заподозрить апоплексию яичника. В данном случае очень важно избежать неоправданного оперативного вмешательства, так как не каждая форма заболевания его требует. При подозрении на анемическую форму апоплексии яичника, болезненных тракциях за шейку матки и укороченных болезненных сводах (изменение анатомии заднего свода влагалища, «крик Дугласа») при влагалищном исследовании необходимо произвести лапароскопию или пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. При значительном кровотечении апоплексию яичника трудно отличить от прервавшейся трубной беременности, так как общие локальные симптомы внутреннего кровотечения будут те же. Однако массивное кровотечение бывает редко.

Что характерно для перекрута ножки кисты или опухоли яичника?

Боль возникает внезапно, носит постоянный характер, без выраженной иррадиации. Начало болей чаще связано с резкими движениями, физической нагрузкой. Вначале, в связи со сдавлением вен, возникает увеличение опухоли в размерах, а затем развиваются ишемия и некроз. При двуручном исследовании в области придатков пальпируется резко болезненное образование. Зачастую поставить правильный диагноз легко. Но в некоторых случаях (в основном для дифференциальной диагностики с перекрутом и некрозом отдельного субсерозного миоматозного узла) необходимо УЗИ, при котором удастся точно выявить происхождение образования и наличие в нем дегенеративных изменений. При данном заболевании показано экстренное оперативное лечение.

Что характерно для нарушения питания в узле миомы матки?

При наличии постоянных болей внизу живота, указание на миому матки в анамнезе и при влагалищном исследовании увеличенной в размерах матки с бугристой поверхностью и при резкой болезненности одного или нескольких узлов при осмотре для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ. При подтверждении нарушения кровообращения и относительно удовлетворительном состоянии больной допустимо начать консервативное лечение по общепринятой схеме, но не более чем в течение 48 ч. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показано экстренное оперативное лечение.

Что характерно для острых гнойных заболеваний придатков матки?

Характерны постоянные нарастающие боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела, озноб. Заболевание начинается обычно в последние дни или сразу после окончания менструации, нередко существует связь с использованием ВМК, диагностическими манипуляциями. Часто при гинекологическом обследовании из цервикального канала наблюдаются гнойные выделения, смещения шейки матки и область придатков также резко болезненны. При tuboовариальном образовании в области придатков определяется опухоль без

Источник KingMed.info

четких контуров, болезненная, влагалищные своды укорочены. Проводится УЗИ для уточнения характера и размеров образования. При подозрении на tuboовариальное образование консервативная терапия осуществляется под динамическим наблюдением не более 24 ч, а при отсутствии эффекта показано оперативное вмешательство.

Возможно такое осложнение, как перфорация гнойного tuboовариального образования с развитием пельвиоперитонита или разлитого перитонита.

Какова дифференциальная диагностика пельвиоперитонита и разлитого перитонита?

При пельвиоперитоните интенсивные боли внизу живота, положительные симптомы раздражения брюшины, не распространяются выше пупка.

При разлитом перитоните картина более выражена, симптомы раздражения брюшины распространяются на все отделы живота.

Какова тактика лечения пельвиоперитонита?

В течение 4-6 ч проводится консервативная терапия: инфузионная терапия, антибиотики широкого спектра действия, метронидазол внутривенно, пункция брюшной полости или лечебно-диагностическая лапароскопия.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 4-6 ч показано оперативное лечение с последующим дренированием брюшной полости и динамической санацией.

Какое лечение при разлитом перитоните?

При разлитом перитоните показано оперативное лечение в экстренном порядке, объем которого определяют после вхождения в брюшную полость.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов. **1. Внематочная беременность может локализоваться:**

- 1) в шейке матки;
- 2) рудиментарном роге матки;
- 3) на яичнике;
- 4) в брюшной полости;
- 5) во влагалище.

2. К часто встречающимся формам внематочной беременности относится:

- 1) трубная беременность;
- 2) яичниковая беременность;
- 3) брюшная беременность;
- 4) межсвязочная беременность;
- 5) беременность в рудиментарном роге.

3. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована:

- 1) при бимануальном исследовании;

Источник KingMed.info

- 2) лапароскопии;
- 3) выскабливании слизистой оболочки полости матки;
- 4) пункции брюшной полости через задний свод влагалища;
- 5) УЗИ.

4. На долю трубной беременности среди различных форм внематочной беременности приходится около:

- 1) 28%;
- 2) 48%;
- 3) 68%;
- 4) 88%;
- 5) 98%.

5. Наиболее характерными изменениями эндометрия при внематочной беременности являются:

- 1) атрофия;
- 2) пролиферация;
- 3) железисто-кистозная гиперплазия;
- 4) децидуальная трансформация;
- 5) эндометриальный полип.

6. Основными клиническими симптомами прогрессирующей внематочной беременности служат:

- 1) приступообразные боли внизу живота;
- 2) «мажущие» кровяные выделения из половых путей;
- 3) слабopоложительные симптомы раздражения брюшины;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

7. Трубная беременность:

- 1) может возникать в результате врожденных аномалий развития матки;
- 2) этиологически может быть связана с методом контрацепции;
- 3) обычно прерывается при сроке беременности 7-8 нед;
- 4) диагностируется достоверно с помощью лапароскопии;
- 5) может сочетаться с маточной беременностью;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

8. При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности в случае выраженной анемизации больной следует производить разрез:

- 1) поперечный надлобковый якорный;
- 2) поперечный надлобковый по Пфанненштилю;
- 3) поперечный интерилиальный по Черни;
- 4) нижнесрединный от лона до пупка.

9. При перекручивании ножки кисты яичника у больной в возрасте 25 лет необходимо:

- 1) удаление яичника;
- 2) удаление матки с придатками;
- 3) удаление придатков с обеих сторон;
- 4) удаление придатков на стороне опухоли;
- 5) резекция пораженного яичника.

10. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища должна производиться:

- 1) при подозрении на внутрибрюшное кровотечение;
- 2) на апоплексию яичника с внутренним кровотечением;
- 3) на нарушенную трубную беременность;
- 4) на ненарушенную трубную беременность;
- 5) при всем перечисленном.

11. Для апоплексии яичника характерны:

- 1) боли внизу живота, возникающие на фоне полного благополучия;
- 2) отсутствие наружного кровотечения;
- 3) отрицательный тест на беременность;
- 4) резко выраженное нарастание числа лейкоцитов в крови;
- 5) нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

Задачи

12. Женщина, 26 лет, доставлена с жалобами на острую боль внизу живота. Болевой приступ начался 2 ч назад. В настоящее время боль разлитого характера охватывает всю брюшную полость. При попытке сесть возникают тошнота и головокружение. Кроме того, пациентка обращает внимание на боль в верхней трети плеча, сравнивая ее с таковой при ушибе. С начала заболевания признаков кровотечения, выделений из половых путей, дизурии или нарушения стула отмечено не было.

Со слов пациентки, последняя менструация была примерно месяц назад. Ведет регулярную половую жизнь. В последнее время живет с одним половым партнером. Для контрацепции

Источник KingMed.info

периодически пользуется презервативами. В возрасте 19 лет пациентка была госпитализирована с подозрением на хламидийную инфекцию органов малого таза. Три года назад находилась на стационарном лечении. Данные о сопутствующих заболеваниях в истории болезни отсутствуют. При осмотре: состояние тяжелое, кожа бледная, покрыта холодным липким потом. Конечности холодные. Больная вынуждена постоянно лежать в постели. Температура тела 35,9 °С, ЧСС 120 в минуту,

АД 95/50 мм рт.ст. Живот вздут, при пальпации болезненный. Отмечается выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Тест на беременность положительный. По анализу крови: Hb - 96 г/л, лейкоциты - $7,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 204×10^9 /л. Какой диагноз можно поставить? Какова дальнейшая лечебная тактика?

13. Девочка, 14 лет, поступила с жалобами на сильные боли внизу живота, более выраженные справа. Считает себя больной в течение суток. Боли возникли внезапно, без видимых провоцирующих факторов. Кроме того, пациентка предъявляет жалобы на озноб и прогрессирующее повышение температуры тела. Самочувствие плохое, аппетит снижен. Рвоты не было. В последний час отмечает возникновение профузного пота. Пациентка сообщила, что стул в последний раз был около суток назад. До настоящего времени он всегда был регулярным. Подобные интенсивные и острые боли возникли в первый раз. Последняя менструация была 2 нед назад. Цикл нерегулярный, иногда случаются короткие задержки менструации. В истории болезни сведений о сопутствующих заболеваниях нет. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 37,9 °С, ЧСС 112 в минуту, АД 116/74 мм рт.ст. Кожа бледная, горячая и влажная на ощупь. Живот симметрично вздут, при пальпации болезненный. Отмечается защитное напряжение мышц брюшной стенки, особенно в правой подвздошной области. По анализу крови: Hb - 138 г/л, лейкоциты - $14,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 390×10^9 /л, С-реактивный белок - 55 мг/л (N <5 мг/л). Как следует провести дифференциальную диагностику? Какие диагностические исследования необходимо назначить? Какой должна быть дальнейшая лечебная тактика?

Глава 17. Организация работы женской консультации. Этика и деонтология врача акушера-гинеколога

Цель занятия: изучить организацию работы женской консультации по профилактике и раннему выявлению гинекологических заболеваний и оказанию лечебной помощи гинекологическим больным. **Студент должен знать:** основные направления и принципы работы женской консультации, формы отчетной и учетной медицинской документации, заполняемые в женской консультации, этику и деонтологию врача акушера-гинеколога.

Студент должен уметь: получать информацию из медицинской документации, используемой в женской консультации, заполнять основную медицинскую документацию на амбулаторном приеме.

Место занятия: женская консультация.

Оснащение: таблицы и слайды по данной теме, стандартные формы учетной и отчетной медицинской документации.

План организации занятия.

- Организационные вопросы, обоснование темы занятия.
- Контроль исходного уровня знаний студентов по данной теме.
- Изучение общих принципов организации работы женской консультации, этики и деонтологии врача акушера-гинеколога.
- Работа в кабинетах женской консультации (прием больных), ознакомление с работой дневного стационара, работа в малой операционной.
- Подведение итогов и оценка знаний студентов.

Организация работы женской консультации

Женская консультация - учреждение здравоохранения, оказывающее амбулаторную лечебно-профилактическую акушерскую и гинекологическую помощь населению.

Что является основой организации работы женской консультации?

Основа организации работы женской консультации - *территориальноучастковый принцип*. Территория, где осуществляется деятельность женской консультации, разделена на участки, на каждом из которых проживает 6000 человек. Врач женской консультации осуществляет все виды амбулаторной акушерской и гинекологической помощи всем женщинам, проживающим на вверенном ему участке.

Каковы основные задачи работы женской консультации?

Основные задачи работы женской консультации:

- профилактика и раннее выявление гинекологических заболеваний;
- лечебная помощь гинекологическим больным;
- реабилитация после перенесенных гинекологических операций;
- диспансерное наблюдение гинекологических больных;
- консультирование и предоставление услуг по планированию семьи;

Источник KingMed.info

- санитарно-просветительная работа;
- юридическая помощь семье.

Какие существуют методы оказания медицинской помощи гинекологическим больным?

Клинические методы (сбор анамнеза, осмотр, гинекологическое обследование - наружное и внутреннее).

Специальные методы (ТФД, определение гормонов и их метаболитов, функциональные фармакологические пробы, лабораторная диагностика возбудителей воспалительных заболеваний половых органов, цитологическое исследование, тканевая биопсия, гистологическое исследование, цитогенетическое исследование, зондирование полости матки).

Какой объем обследования выполняется в женской консультации?

В работе консультации большой удельный вес занимает организация медицинской помощи гинекологическим больным, которых выявляют во время посещения ими женской консультации и проведения индивидуальных и массовых профилактических осмотров.

Объем обследования больных включает:

- сбор общего и специального анамнеза;
- общий осмотр;
- специализированный осмотр (пальпация молочных желез, осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал, кольпоскопия, бимануальное исследование);
- взятие материала для цитологического и бактериоскопического исследования.

Если необходимо уточнить предполагаемый диагноз, проводят углубленное обследование больной (эндокринный профиль, ТФД, состояние свертывающей системы крови, рентгенологические исследования, биопсию, гистероскопию).

Какая медицинская документация ведется в женской консультации?

На каждую женщину, обратившуюся в женскую консультацию в связи с жалобами либо по направлению других специалистов, а также для профилактического осмотра, заводят медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у) с подробным описанием анамнеза, жалоб, результатов анализов, общего и гинекологического обследования.

После первого осмотра на второй странице амбулаторной карты больной в листке записи заключительных уточненных диагнозов проставляют дату осмотра, заключительный диагноз записывают в день его установления.

Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов заполняют с листка записи. При выявлении у одной и той же женщины двух гинекологических заболеваний или более статистический талон заполняют на каждое окончательно установленное заболевание.

Если невозможно установить окончательный диагноз при первом осмотре, врач должен отметить в амбулаторной карте предполагаемый диагноз и план обследования.

При необходимости врач консультирует больную с заведующим консультацией или гинекологическим отделением стационара, с которым объединена консультация, а также дает направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты к специалистам других лечебно-профилактических учреждений.

Источник KingMed.info

Для улучшения качества амбулаторной гинекологической помощи в крупных женских консультациях организованы дневные стационары. В дневном стационаре функционирует малая операционная, палата временного пребывания после манипуляций, физиотерапевтический кабинет.

Как проводятся профилактика и раннее выявление гинекологических заболеваний?

Проведению профилактических осмотров должна предшествовать большая санитарно-просветительная работа. Женщинам разъясняют цели и задачи профилактических осмотров, необходимость своевременного и регулярного их проведения.

Профилактическим осмотрам подлежат все женщины старше 18 лет, работающие, учащиеся или постоянно проживающие в районе деятельности женской консультации.

Что входит в число обязательных методов обследования на профилактическом осмотре?

Формой организации отечественного здравоохранения являются смотровые кабинеты. В число обязательных методов обследования входят:

- осмотр кожных покровов и лимфатических узлов;
- осмотр наружных половых органов, промежности, области заднего прохода, шейки матки и влагалища;
- забор материала для цитологического исследования;
- проведение бимануального или ректального исследования;
- обследование молочных желез;
- дообследование и направление в женскую консультацию. **Какие существуют виды профилактических осмотров?**

В нашей стране существуют три основных вида профилактических осмотров: комплексные, целевые и индивидуальные.

Какова цель комплексных профилактических осмотров?

Цель комплексных профилактических осмотров заключается в обнаружении не только онкологических, но и других заболеваний. Такие осмотры проводятся бригадой врачей различных специальностей среди большого количества организованного населения (работниц предприятий). В настоящее время эта функция передана центрам здоровья.

На что направлены целевые профилактические осмотры?

Целевые осмотры направлены на выявление онкологических и других заболеваний одной или двух определенных локализаций. Примером целевых осмотров могут служить профилактические гинекологические осмотры лиц, связанных с вредной профессией. Целевые осмотры, так же как и комплексные, охватывают организованное население.

Какова цель индивидуальных профилактических осмотров?

Индивидуальные профилактические осмотры осуществляются на приеме в поликлиниках и женских консультациях и охватывают в основном неорганизованное население.

Какие критерии определения групп здоровья используются для оценки результатов профилактических гинекологических осмотров?

Критерии определения групп здоровья, которые могут быть использованы при оценке результатов профилактических гинекологических осмотров:

- здорова - в анамнезе отсутствуют жалобы, нарушения менструальной функции с момента ее становления и гинекологические заболевания; при обследовании (лабораторном и клиническом) органы РС не изменены; эта группа женщин может проходить осмотр 1 раз в год;
- практически здорова - в анамнезе имеются указания на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, в том числе аборты, нарушения ритма и характера менструации; жалобы на момент обследования отсутствуют; при объективном обследовании могут быть анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции РС и не снижающие трудоспособность женщин; эта группа женщин должна проходить профилактический осмотр 2 раза в год;
- больна - при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

Что понимается под диспансеризацией гинекологических больных?

Под *диспансеризацией* понимается активное выявление женщин с заболеваниями на ранних стадиях, динамическое наблюдение за ними и проведение комплексного лечения, осуществление мероприятий по предупреждению развития и распространения болезней.

Гинекологические больные должны находиться на динамическом контроле. На каждую женщину, подлежащую этому наблюдению, заполняется контрольная карта (форма 30-у) диспансерного наблюдения, где указываются диагноз заболевания, по которому она поставлена на учет, периодичность осмотров, проводимые методы обследования и лечения.

Динамический контроль гинекологических больных проводят в соответствии с клиническими протоколами ведения заболеваний. После излечения, которое должно быть подтверждено контрольными объективными обследованиями, женщина может быть снята с учета.

Для правильной организации диспансерного наблюдения на каждом участке следует создать сигнальную картотеку, состоящую из учетных форм. В 12 ячейках расставляются карты по месяцам следующей назначенной врачом явки, в 13-ю кладут карты больных, не явившихся в течение месяца на прием к врачу. Частоту и сроки посещения больными консультаций врач определяет индивидуально для каждой пациентки в зависимости от клинических проявлений болезни.

Диспансерное наблюдение прекращают после выздоровления женщины и в связи со сменой места жительства.

Какие группы пациентов подлежат диспансерному наблюдению?

Диспансерному наблюдению подлежат группы пациентов со следующими заболеваниями:

- миома матки;
- эндометриоз любой локализации;
- опухоль яичников (после оперативного лечения);
- воспалительные заболевания женских половых органов (острые и хронические, ИППП);
- ДМК репродуктивного периода;

Источник KingMed.info

- ДМК пременопаузального периода;
- бесплодие;
- неправильное положение половых органов;
- НЭС;
- доброкачественные заболевания шейки матки;
- трихомонадный кольпит;
- прочие (лейкоплакия, киста большой железы преддверия влагалища и др.). **Что понимается под диспансеризацией девушек-подростков?**

Диспансеризация девушек-подростков - выявление экстрагенитальных заболеваний и нарушений полового развития.

Любые выявленные нарушения МЦ (дисменорея, гиперполименорея и др.) служат основанием для направления девушки к детскому гинекологу. К нему направляют также всех девушек-подростков с преждевременным или запоздалым половым развитием.

Какие гинекологические операции и манипуляции выполняются в женской консультации?

В женской консультации амбулаторно могут быть выполнены следующие гинекологические операции и манипуляции, которые фиксируются в журнале амбулаторных операций: удаление полипов цервикального канала, аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования, введение ВМК, прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации, ножевая биопсия шейки матки, диатермо-, криоили лазерная деструкция шейки матки, гистероскопия, удаление кист влагалища небольших размеров.

Все выполненные медицинские операции и манипуляции записываются в журнал амбулаторных операций в день их выполнения. Основная группа гинекологических больных (80-85%) лечится в амбулаторных условиях.

Каковы показания для плановой и неотложной госпитализации гинекологических больных?

Показания для плановой госпитализации гинекологических больных:

- уточнение диагноза (проведение дополнительных методов исследования);
- выполнение хирургического вмешательства;
- неэффективность амбулаторного лечения. Неотложной госпитализации подлежат больные:
- с явлениями «острого живота»;
- маточным или внутрибрюшным кровотечением;
- острым воспалением женских половых органов;
- травмами половых органов.

После выписки больной из стационара врач женской консультации решает вопрос о методах и сроках продолжения лечения и реабилитации, принимая во внимание рекомендации врача стационара.

Какие реабилитационные технологии используются в женской консультации?

Важным аспектом в оказании медицинской помощи гинекологическим больным является осуществление реабилитационных мероприятий. Принципы эффективного использования лечебных физических факторов в гинекологии, показания и противопоказания к назначению физиотерапии, методы и техника физиотерапевтических процедур при различных гинекологических заболеваниях изложены в специальных методических рекомендациях. Соблюдение этих принципов с включением в систему реабилитации гинекологических больных санаториев-профилакториев позволяет в 1,5-2 раза снизить гинекологическую заболеваемость.

Каковы задачи акушера-гинеколога при консультировании пациентов по вопросам планирования семьи?

В соответствии с определением ВОЗ, планирование семьи помогает решить следующие задачи:

- избежать незапланированной беременности;
- иметь только желанных детей;
- регулировать интервалы между беременностями;
- устанавливать количество детей в семье.

В соответствии с данными доказательной медицины ВОЗ были пересмотрены и расширены рекомендации по использованию методов контрацепции, согласно которым любые состояния, влияющие на выбор контрацептивного метода, можно отнести к одной из четырех категорий.

- Категория I: состояния, при которых нет ограничений к использованию контрацептивного метода (метод можно применять при любых обстоятельствах).
- Категория II: состояния, при которых преимущества от использования метода обычно превышают теоретический или подтверждают риск (метод, как правило, можно применять).
- Категория III: состояния, при которых риск превышает преимущества от использования метода (применять метод не рекомендуется, кроме тех случаев, когда более подходящий недоступен или неприемлем).
- Категория IV: состояния, при которых использование контрацептивного метода недопустимо (метод не должен применяться).

Какова цель санитарно-просветительной работы с гинекологическими больными?

Цель санитарно-просветительной работы с больными гинекологического профиля - воспитание ответственного отношения к выполнению назначенного режима и лечения, создание стереотипа поведения, снижающего опасность осложнения или рецидива заболевания.

Каковы методы и формы санитарного просвещения?

- В женских консультациях:
 - лекции на вышеуказанные темы, записанные на видеоманитофонную ленту и транслируемые в течение всего рабочего дня;
 - постоянно экспонируемые стенды: «Гигиена девочки, девушки, женщины», «Профилактика онкологических заболеваний», «Как избежать аборта (рациональная контрацепция)», «Питание беременных», «Гигиена беременной женщины», «Грудное вскармливание»;
 - выставки: «Противозачаточные средства», «Предметы ухода за новорожденными»;

Источник KingMed.info

- школа материнства;
- индивидуальные беседы;
- На промышленных предприятиях:
 - лекции на указанные темы, транслируемые по местному радио для смешанной (мужской и женской) аудитории;
 - лекции для женщин в клубе или красном уголке;
 - стенды, постоянно экспонируемые у гинекологического кабинета или в комнате личной гигиены;
 - выставка «Противозачаточные средства»;
 - распространение брошюр и листовок;
 - вечера вопросов и ответов;
- В поликлиниках для взрослых:
 - лекции, транслируемые по радио или местному телевидению: «Профилактика онкологических заболеваний», «Рациональная контрацепция», «Красота и здоровье», «Вредные привычки»;
 - постоянно экспонируемые стенды: «Как избежать аборта (рациональная контрацепция)», «Профилактика онкологических заболеваний» (включая инструкцию по самообследованию молочных желез) - возле смотрового кабинета или в отделении профилактических осмотров, «Гигиена женщины» - в отделении профилактических осмотров;
- В детских поликлиниках:
 - лекции для матерей с детьми в возрасте до 1 года: «Грудное вскармливание», «Современные контрацептивы»;
 - распространение листовок и брошюр по вопросам рациональной контрацепции.

Какова функция смотровых кабинетов?

Большую роль в проведении профилактических осмотров женщин играют смотровые кабинеты, которые создают при поликлиниках и оснащают всем необходимым для гинекологического осмотра. В смотровых кабинетах работают акушерки. Задачи акушерки: выявление визуальных форм онкологических заболеваний, проведение санитарно-просветительной работы. Диагнозы, поставленные акушеркой, ориентировочные, их окончательно устанавливает врач соответствующего профиля.

Этика и деонтология врача акушера-гинеколога Что называется медицинской деонтологией?

Медицинская деонтология (от греч. *deontos* - должное, надлежащее, *logos* - учение) - это совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

Термин «деонтология» был введен в обиход этики в начале XIX в. английским философом Дж. Бентамом (J. Bentham).

Как сообщать женщине о сущности ее заболевания?

Источник KingMed.info

Информируя женщину в доступной форме о сущности заболевания, акушеры-гинекологи должны в оптимистическом тоне внушать ей веру в благополучный исход родов или болезни. Врач не должен сообщать диагноз, пока не будет в нем уверен: если диагноз не подтвердится, нанесенная женщине травма надолго оставляет след.

Надо ли информировать больную об объеме операции?

Многие гинекологические операции связаны с последующим нарушением менструальной и детородной функций. Поэтому необходимо очень серьезно решать вопрос о показаниях к операции и методах оперативного вмешательства, информировать больных о планируемом объеме оперативного вмешательства, получить письменное согласие на операцию, на то или иное инвазивное исследование.

При расширении объема операции сообщение о радикальном, незапланированном удалении матки или придатков следует сделать перед выпиской из стационара. В случае невозможности деторождения вследствие врожденных или приобретенных изменений половой сферы об этом необходимо сообщить больной.

Как проводить малые гинекологические операции?

С позиции медицинской деонтологии производство малых гинекологических операций без обезболивания следует считать недопустимым.

Кто может давать информацию о состоянии и лечении больных?

Важным законом акушерского и гинекологического отделений является такое воспитание персонала, когда информацию о состоянии, проведенном лечении и прогнозе дают только лечащий врач или заведующий отделением.

Следует ли давать конкретную информацию о характере произведенной операции близким родственникам больной?

Если пациентка дееспособна и контактна, делать этого не следует. Женщина вправе сама решить, какого рода информацию о своем здоровье она сообщит родственникам и мужу.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Основными задачами работы женской консультации являются:

- 1) профилактика и раннее выявление гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез;
- 2) лечебная помощь хирургическим больным;
- 3) диспансерное наблюдение гинекологических больных;
- 4) консультирование и предоставление услуг по планированию семьи;
- 5) санитарно-просветительная работа.

2. Под профилактическим гинекологическим осмотром подразумевается медицинский осмотр:

- 1) контингента женщин, работающих во вредных условиях производства;
- 2) женщин, поступающих на работу;

Источник KingMed.info

3) больных, состоящих на диспансерном учете;

4) женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний.

3. В число обязательных методов обследования на профилактическом осмотре входит:

1) осмотр кожных покровов и лимфатических узлов;

2) осмотр наружных половых органов, промежности, области заднего прохода, осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал;

3) забор мазков для цитологического исследования и бактериоскопии;

4) проведение пробы Шиллера и кольпоскопии;

5) аспирация содержимого полости матки;

6) проведение двуручного или ректального обследования;

7) обследование молочных желез;

8) гистероскопия.

4. При оценке результатов профилактических гинекологических осмотров используют следующие группы здоровья:

1) здорова;

2) практически здорова;

3) больна;

4) тяжелобольная.

5. Профилактические осмотры женщин в смотровых кабинетах проводит:

1) акушер-гинеколог;

2) онколог;

3) акушерка.

6. В задачи акушерки смотрового кабинета входит:

1) выявление визуальных форм онкологических заболеваний;

2) проведение кольпоскопии;

3) забор мазков для цитологического обследования;

4) проведение двуручного исследования;

5) проведение санитарно-просветительной работы.

7. В женской консультации амбулаторно могут быть выполнены следующие гинекологические операции и манипуляции:

1) влагалищная экстирпация матки;

2) аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования;

3) раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки;

4) прерывание беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации.

8. Показания для плановой госпитализации гинекологических больных следующие:

- 1) уточнение диагноза (проведение дополнительных методов исследования);
- 2) выполнение хирургического вмешательства;
- 3) симптомы «острого живота»;
- 4) неэффективность амбулаторного лечения;
- 5) маточное кровотечение.

9. Неотложной госпитализации подлежат больные:

- 1) с симптомами «острого живота»;
- 2) с маточным кровотечением;
- 3) для уточнения диагноза (проведение дополнительных методов исследования);
- 4) с острым воспалением женских половых органов.

10. Информацию о состоянии больной, проведенном лечении и прогнозе дают:

- 1) лечащий врач;
- 2) заведующий отделением;
- 3) медицинская сестра;
- 4) врачи отделения.

Задачи

11. Женщина, 34 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше справа. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. Осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный. Бимануальное обследование: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное; придатки матки слева не определяются, область их безболезненна, справа пальпируется овоидной формы образование размером 10x12 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное, своды глубокие, выделения из половых путей слизистые. Каков предварительный диагноз? Какой будет тактика врача?

12. Женщина, 20 лет, обратилась в женскую консультацию для постановки на учет, считает себя беременной (двухнедельная задержка менструации). Объективно: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 72 в минуту. При осмотре с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища цианотична, шейка матки конической формы, наружный зев точечный. При бимануальном обследовании: тело матки больше нормальной величины, мягковатой консистенции, движения за шейку матки безболезненны, придатки слева не определяются, область их безболезненна, справа утолщены, пастозны, чувствительны при пальпации, своды глубокие. Выделения из половых путей слизистые. Тест на беременность, со слов пациентки, положительный. Трансвагинальное УЗИ - отсутствие трофобласта в полости матки. Каков диагноз? Какой будет тактика врача женской консультации?

Ответы на тестовые задания и задачи

1.1. Особенности развития половой системы в эмбриональном периоде

1 - 1, 3; 2 - 1, 3; 3 - 1, 3; 4 - 4; 5 - 1, 2; 6 - 3; 7 - 1, 4, 5; 8 - 2, 5; 9 - 1; 10 - 2.

11. Формирование половой системы тесно связано с развитием мочевой системы. Поэтому при обнаружении пороков развития матки весьма высока вероятность выявления пороков развития органов мочевыделительной системы. Необходимые методы исследования: УЗИ, рентгеноскопия (экскреторная урография с контрастом).

12. Диагноз: внематочная беременность, нарушенная по типу разрыва. Беременность в рудиментарном правом роге матки. Необходимо удаление плодместилища (рудиментарного маточного рога). Неслияние мюллеровых (парамезонефральных) протоков с частичной редукцией каудального отдела правого мюллерова протока.

1.2. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов

1 - 1, 2; 2 - 2, 3; 3 - 1, 2; 4 - 2, 3; 5 - 1, 4; 6 - 4, 5; 7 - 1, 2.

1.3. Нормальный менструальный цикл

1 - 1; 2 - 2; 3 - 2; 4 - 3; 5 - 1, 2, 4; 6 - 3; 7 - 3; 8 - 2, 4, 6; 9 - 3, 4, 5, 6; 10 - 1; 11 - 3; 12 - 2; 13 - 1; 14 - 3; 15 - 1; 16 - 2; 17 - 1; 18 - 3; 19 - 5; 20 - 1, 2, 4, 5.

1.4. Нормальный биоценоз половых органов

1 - 1, 3; 2 - 1, 2, 4, 5; 3 - 1, 2, 4; 4 - 1, 3; 5 - 1, 2, 3, 4, 5; 6 - 1, 2, 3, 5; 7 - 2, 3.

8. См. табл. 1.3.

9. Нормальный биоценоз (эубиоз).

10. Дисбиоз (бактериальный вагиноз).

11. Дисбиоз (вагинит).

Глава 2. Пропедевтика гинекологических заболеваний.

1 - 1, 2, 4, 5; 2 - 4; 3 - 1, 3, 4; 4 - 1, 2, 3, 4; 5 - 5; 6 - 1, 3, 4, 5; 7 - 5;

8 - 1, 2, 3, 4; 9 - 2; 10 - 1, 2, 3, 4; 11 - 5; 12 - 2, 3, 4, 5.

13. Минимальный объем обследования включает: осмотр гинекологом, бактериоскопическое исследование, кольпоскопию с обязательным взятием мазка с поверхности шейки матки на онкоцитологическое исследование, эхографическое исследование органов малого таза, маммографию.

14. ЮМК. Для уточнения диагноза показано проведение эхографического исследования.

Глава 3. Нарушения менструального цикла

1 - 2; 2 - 2; 3 - 2; 4 - 1, 2, 4, 5; 5 - 2; 6 - 3; 7 - 3, 4; 8 - 1, 2, 4, 5;

9 - 2; 10 - 1, 2, 3, 4; 11 - 4; 12 - 1, 2, 4; 13 - 1, 3; 14 - 1, 3, 4; 15 - 1, 2, 3,

5; 16 - 1, 2, 3, 5; 17 - 1, 2, 3, 5; 18 - 3, 4, 5; 19 - 1, 2, 3, 4; 20 - 1, 2, 3, 4; 21 - 1, 2, 3, 4; 22 - 2, 4, 5.

23. ДМК ювенильного периода. Вторичная анемия. *Virgo intacta*. Хронический тонзиллит. Показан гормональный гемостаз.

24. ДМК климактерического периода. Показано отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки стенок цервикального канала и полости матки.

4.1. Нейроэндокринные синдромы

1 - 3; **2** - 6; **3** - 6; **4** - 1; **5** - 1, 2, 3, 5; **6** - 3; **7** - 8; **8** - 2; **9** - 6; **10** - 4; **11** - 1; **12** - 2; **13** - 3, 4; **14** - 7; **15** - 5; **16** - 2, 3, 4, 5, 6; **17** - 1, 3, 4, 5; **18** - 3, 5, 6; **19** - 7; **20** - 11; **21** - 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12; **22** - 3, 4, 6, 8, 9; **23** - 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12; **24** - 1, 2, 3; **25** - 1, 4, 5; **26** - 1; **27** - 1, 3; **28** - 1.

29. Нарушение МЦ на фоне гипоталамической дисфункции. Необходимо исключить заболевания центральной нервной системы, болезнь и синдром Иценко-Кушинга.

30. Пациентка входит в группу высокого риска развития синдрома Симмондса-Шихана. Необходимо подтвердить снижение уровней гормонов передней доли гипофиза и гормонов щитовидной железы, яичников и надпочечников, сделать КТ или МРТ гипофиза, эхографию яичников. Показана консультация эндокринолога. После уточнения варианта гормональной гипофункции показана ЗГТ с учетом характера нарушений (тиреоидными гормонами, глюкокортикоидами, половыми стероидами).

31. Нарушение МЦ по типу олигоменореи, вторичное бесплодие, возможно, на фоне гиперпролактинемии. Необходимо собрать «лекарственный» анамнез, исключить употребление наркотических и психотропных средств, исследовать уровни ТТГ и свободного Т₄, ЛГ, ФСГ, эстрадиола, тестостерона, ДЭА, 17-ОН-прогестерона, исключить заболевания почек, печени, исследовать поля зрения на белую и цветные метки, а также исключить наличие пролактинсекретирующей аденомы гипофиза (КТ, МРТ, проба с бромокриптином), при необходимости - консультация эндокринолога, нейрохирурга.

32. ПМС, отечная форма. Для верификации цикличности и спектра клинической симптоматики необходимо ведение пациенткой дневникаопросника в течение 2-3 последовательных МЦ. После подтверждения диагноза методом выбора терапии у женщины, не планирующей беременности, будет КОК с лечебным эффектом (Джес).

33. Первичный ПКЯ. Поскольку пациентка угрожаема по ановуляции и пролиферативным заболеваниям матки и молочных желез, необходимо, независимо от формы заболевания, обеспечить коррекцию метаболических нарушений, регуляцию МЦ и профилактику ГПЭ. При выявлении инсулинорезистентности показаны физическая нагрузка, терапия гестагенами во вторую фазу цикла и терапия метформином. При ликвидации или отсутствии инсулинорезистентности - КОК с антиандрогенами до планируемой беременности.

4.2. Нарушения в пери- и постменопаузальном периодах

1 - 3; **2** - 3; **3** - 3; **4** - 1; **5** - 4; **6** - 3; **7** - 3; **8** - 1, 2; **9** - 1; **10** - 1, 2, 3, 4, 5; **11** - 1, 2, 3, 4, 6; **12** - 1; **13** - 3; **14** - 2; **15** - 1; **16** - 2; **17** - 1; **18** - 6; **19** - 3; **20** - 1, 3, 4; **21** - 1; **22** - 1, 2; **23** - 2; **24** - 3.

25. Нарушение МЦ в период менопаузального перехода. КС. Необходимо исключить заболевания центральной нервной системы и щитовидной железы.

26. Пациентка входит в группу высокого риска постменопаузального ОП. Необходимо провести остеоденситометрию, исследовать уровень ионизированного кальция. Показана консультация остеопатолога и гинеколога для решения вопроса о возможности ЗГТ.

27. Урогенитальная атрофия в постменопаузе, атрофический цистоуретрит. Необходимо исключить другие причины недержания мочи.

28. КС, обусловленный преждевременной хирургической менопаузой. Угроза по развитию постменопаузального ОП. Показана ЗГТ с использованием комбинированного режима.

29. Менопаузальный метаболический синдром. КС. Необходимо исключить заболевания щитовидной железы, инсулинорезистентность. Показана ЗГТ с метаболически нейтральными гестагенами.

5.1. Острые и хронические воспалительные заболевания женских половых органов

1 - 2, 3, 4; **2** - 2, 4, 5; **3** - 1, 2, 4, 5; **4** - 1, 3, 4; **5** - 2, 3, 4, 5; **6** - 1, 3,

4; **7** - 1, 3, 4; **8** - 2, 4, 5; **9** - 1, 2, 3, 4; **10** - 3, 4; **11** - 4; **12** - 3; **13** - 1, 2, 4; **14** - 4; **15** - 3; **16** - 3.

17. Острый левосторонний аднексит. Показана госпитализация в стационар для проведения комплексного лечения, включающего антибактериальную, инфузионную, десенсибилизирующую терапию.

18. Неразвивающаяся беременность малого срока. Хронический эндометрит. Дальнейшее ведение данной пациентки требует обязательного прохождения ею курса реабилитационных мероприятий, направленных на нормализацию МЦ, повышение активности защитных систем организма, подготовки эндометрия к последующим беременностям.

5.2. Инфекции, передаваемые половым путем. Туберкулез половых органов

1 - 2; **2** - 5; **3** - 3; **4** - 1, 2, 3; **5** - 2, 3, 4; **6** - 2; **7** - 1, 3, 4, 5; **8** - 4; **9** -

4; **10** - 3; **11** - 1, 2, 3; **12** - 3; **13** - 1; **14** - 4; **15** - 4; **16** - 1, 3, 4; **17** - 1, 2, 4, 5; **18** - 3; **19** - 1, 2, 4, 5; **20** - 2, 5.

21. Свежая острая восходящая гонорея. Госпитализация в гинекологический стационар для обследования и лечения.

22. Туберкулез маточных труб. Первичное бесплодие. Комплексное обследование на туберкулез совместно с фтизиатром.

Глава 6.1. Кисты наружных половых органов, влагалища и шейки матки

1 - 1; **2** - 1; **3** - 3; **4** - 5; **5** - 1; **6** - 4; **7** - 4, 5; **8** - 2; **9** - 2, 3; **10** - 2;

11 - 5; **12** - 1, 2.

13. Диагноз: киста большой железы преддверия влагалища справа. Что следует предпринять: оперативное лечение - марсупиализация (создание нового выводного протока железы).

14. Диагноз: киста гартнерова хода. Лечение: при небольших кистах гартнерова хода - наблюдение. При больших кистах гартнерова хода - оперативное лечение - вылушивание кисты с участием уролога, так как киста формируется из остатков мезонефрального (вольфова) протока и может уходить в параметральную клетчатку, проникать в широкую связку матки, во время операции возможно повреждение мочеточников.

15. Диагноз: множественные кисты шейки матки; цервикоз. Лечение: радиоволновая конизация шейки матки с последующим гистологическим исследованием.

6.2. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников

Источник KingMed.info

1 - 2, 3, 4, 5; **2** - 2, 4; **3** - 1, 2, 3; **4** - 1, 2, 4; **5** - 3; **6** - 1, 3, 5; **7** - 1; **8** - 3; **9** - 4; **10** - 3; **11** - 1; **12** - 1; **13** - 2, 3, 4; **14** - 2, 3, 4, 5; **15** - 4.

6.3. Предраковые заболевания наружных половых органов, влагалища и шейки матки

1 - 4; **2** - 5; **3** - 2; **4** - 1.

5. Диагноз: лейкоплакия шейки матки. Лечение: расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование (*PAP-smear test*) слизистой цервикального канала и слизистой влагалищной части шейки матки, исследование ВПЧ (Digene-тест), биопсия с последующим морфологическим исследованием. Радиоволновая конизация шейки матки в пределах здоровой ткани, с последующим морфологическим исследованием.

6. Диагноз: лейкоплакия. Для верификации диагноза больной показаны дополнительные методы обследования: расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование (*PAP-smear test*) слизистой оболочки цервикального канала и влагалищной части шейки матки, бактериоскопическое и бактериологическое исследование ВПЧ (Digene-тест): определение суммарного количества онкогенных штаммов. Лечение дисплазии шейки матки, радиоволновая конизация шейки матки или ее ножевая ампутация с последующим морфологическим исследованием, гистерэктомия при сопутствующих заболеваниях (миома матки и др.). Регрессия или прогрессия - переход в преинвазивный или инвазивный рак.

7. Диагноз: крауроз вульвы. Дополнительные исследования: мазки на флору, определение сахара в крови, цитологические исследования материала отпечатков на атипичические клетки, биопсия с последующим гистологическим исследованием. Дифференциальная диагностика с красным плоским лишаем, кандидозом вульвы, лейкоплакией. Лечение: низкоинтенсивное лазерное излучение, криотерапия (аэрозольный метод), радиоволновая пунктура или удаление участков крауроза с помощью петлевой насадки аппарата «Сургитрон».

8. Диагноз: эктопия шейки матки. Исследования: расширенная кольпоскопия; взятие мазков из цервикального канала и влагалищной части шейки матки для цитологического исследования на предмет атипии и РШМ;

обследование на наличие ВПЧ 16, 18 типа. Лечение: радиоволновая конизация шейки матки в пределах здоровой ткани с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

6.4. Миома матки

1 - 1, 3, 4; **2** - 1, 2; **3** - 1, 2, 4, 5; **4** - 2; **5** - 1, 2, 4; **6** - 1, 2, 3, 5; **7** - 1,

2, 4; **8** - 1, 2, 3, 4, 5; **9** - 1, 2, 4, 5; **10** - 2, 4, 5.

11. Диагноз: рождающийся субмукозный узел. Лечение: удаление рождающегося субмукозного узла с последующим выскабливанием слизистой оболочки полости матки.

12. Диагноз: миома матки 7 недель беременности. Нарушение питания субсерозного миоматозного узла. Лечение: хирургическое.

6.5. Гиперпластические процессы эндометрия

1 - 2; **2** - 5; **3** - 1; **4** - 1, 4; **5** - 1, 3; **6** - 1, 2, 3, 4.

Источник KingMed.info

7. Больной показано лечение КОК либо гестагенами во второй фазе МЦ с 14-го дня по 10 мг 2 раза в день 12 дней в течение 6 мес с последующим контролем состояния эндометрия (УЗИ на 5-7-й день). Аспирационная биопсия эндометрия.

8. Диагноз: гиперплазия эндометрия пременопаузального периода. С диагностической целью показано РДВ слизистой оболочки матки.

9. Диагноз: атипичная гиперплазия эндометрия. Обследование: УЗИ органов малого таза, РДВ с последующим морфологическим исследованием.

10. Диагноз: рецидивирующая гиперплазия эндометрия, анемия. Учитывая рецидивирующую гиперплазию эндометрия, показано оперативное лечение, в объеме экстирпация матки.

Глава 7. Эндометриоз

1 - 1, 4, 5; **2** - 1, 4; **3** - 2; **4** - 1, 4; **5** - 5.

6. Диагноз: наружный эндометриоз послеоперационного рубца. Эндометриоидная киста левого яичника. Дополнительное обследование: УЗИ органов малого таза с определением онкомаркера СА-125, обследование ЖКТ. Лечение: иссечение эндометриоидных гетеротопий из операционного рубца, лапаротомия, удаление левых придатков.

7. Диагноз: внутренний эндометриоз. Обследование: УЗИ органов малого таза, гистероскопия. Лечение: прием КОК.

8.1. Рак шейки матки

1 - 2, 3; **2** - 1, 3, 4; **3** - 3; **4** - 3; **5** - 1; **6** - 1; **7** - 1; **8** - 1, 2; **9** - 3;

10 - 1.

11. Плоскоклеточный РШМ I_b, G₂. Комбинированное лечение (хирургическое и химиолучевое лечение).

12. Экзофитный РШМ. Стандартное хирургическое лечение РШМ IВ₁ стадии: операция Вертгейма.

8.2. Рак тела матки

1 - 2, 3, 4; **2** - 1, 3; **3** - 1, 3, 4; **4** - 1, 3, 4; **5** - 4; **6** - 2, 3, 4, 5; **7** - 2,

3, 4; **8** - 3; **9** - 1; **10** - 2; **11** - 1; **12** - 1, 3, 4.

13. Клинический диагноз: рак эндометрия IA стадии.

14. Диагноз: рак тела матки IVA стадии. Лечение: лечение комплексное и включает операцию, лучевую, гормональную или химиотерапию.

8.3. Рак яичников

1 - 1, 2, 4, 5; **2** - 1, 2, 3, 4; **3** - 3; **4** - 1, 2, 4; **5** - 1, 2, 3, 4; **6** - 1, 2, 3,

4; **7** - 1; **8** - 2; **9** - 3; **10** - 2; **11** - 1, 2.

12. Диагноз: опухоль Крукенберга. С целью уточнения диагноза необходимы следующие методы обследования: УЗИ органов малого таза; СА-125 в сыворотке крови; цитологическое исследование пунктата из брюшной полости; фиброгастродуоденоскопия. Тактика при раке Крукенберга: лечение хирургическое - операция проводится совместно гинекологом и хирургом,

объем операции зависит от стадии первичной опухоли, в послеоперационном периоде - химиотерапия или лучевая терапия.

13. Диагноз: рак яичника. Асцит. **1** - 1, 2, 3, 4, 5; **2** - 1, 2, 3.

Глава 9. Трофобластическая болезнь

1 - 1, 2, 4, 5; **2** - 2, 4; **3** - 1, 3, 5; **4** - 3; **5** - 1, 3, 4, 5; **6** - 1, 3, 4; **7** - 2,

3, 4; **8** - 1, 2; **9** - 1, 3, 4; **10** - 1, 2, 4, 5.

11. Предварительный диагноз: начавшийся самопроизвольный выкидыш 9 нед? Пузырный занос? Величина матки превышает срок беременности. План обследования: качественное и количественное исследование содержания ХГ в моче и крови (при пузырном заносе уровень его превышает таковой при нормальной беременности в 50-100 раз); УЗИ (при ПЗ выявляется увеличение размеров матки, отсутствие плода, наличие гомогенной мелкокистозной ткани; можно диагностировать наличие текалютеиновых кист). Заключительный диагноз: пузырный занос. Лечение: хирургическое (удаление пузырной ткани из полости матки).

12. Диагноз: хориокарцинома с метастазами в легкие? Тактика врача женской консультации: госпитализация больной в онкологический стационар. Лечение: после соответствующего обследования решить вопрос об оперативном лечении (экстирпация матки с придатками) с последующим назначением полихимиотерапии.

Глава 10. Внематочная беременность

1 - 1, 2, 3, 5; **2** - 3; **3** - 2; **4** - 2, 5; **5** - 2, 4, 5; **6** - 1, 3, 4, 5; **7** - 1, 2,

3, 4, 5; **8** - 2; **9** - 2, 3; **10** - 1, 2, 3, 4.

11. Предварительный диагноз: начавшийся самопроизвольный выкидыш 4-5 нед? Подозрение на левостороннюю трубную беременность. Обоснование: болезненные тракции за шейку матки, увеличение и болезненность левых придатков, кровяные выделения из половых путей. Тактика врача: УЗИ (наличие или отсутствие плодного яйца в матке); исследование

на β -ХГЧ; при необходимости диагностическая лапароскопия (при малом сроке беременности может быть неинформативна). Заключительный диагноз: левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу внутреннего разрыва плодместилища. Лечение: хирургическое.

12. Диагноз: внематочная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Обоснование: задержка менструации; состояние больной; объективные данные (влагалищное исследование, «острый живот»). Тактика врача: учитывая тяжесть состояния больной, в данной ситуации нельзя назначать дополнительные методы исследования (УЗИ, исследование на β -ХГЧ). Большую помощь для решения вопроса о дальнейшем ведении больной может оказать пункция брюшной полости через задний свод. При получении темной, несворачивающейся крови диагноз можно считать установленным. Лечение: срочное оперативное вмешательство.

11.1. Планирование семьи

1 - 4; **2** - 6; **3** - 1, 3, 4, 5; **4** - 2, 5; **5** - 3; **6** - 2, 5; **7** - 1, 3; **8** - 1, 5;

9 - 2, 3, 5; **10** - 2, 3, 4; **11** - 6; **12** - 1, 2, 4; **13** - 1; **14** - 3; **15** - 2, 4; **16** - 1,

4, 5; **17** - 1, 4; **18** - 2; **19** - 1,4; **20** - 4.

Источник KingMed.info

- 21.** Метод выбора - КОК, влагалищное кольцо или пластырь. Эти методы обладают возможностями послеабортной реабилитации РС, а также способствуют уменьшению менструальной кровопотери и восстановлению показателей красной крови.
- 22.** Оптимальным способом контрацепции для девушки-подростка будет сочетание КОК и презерватива. Учитывая наличие угрей, рекомендуется применение микродозированного КОК, содержащего антиандрогены или высокоселективные гестагены.
- 23.** Женщине в период лактации, исходно страдающей дисменореей и нуждающейся в длительной контрацепции, можно предложить введение Мирены.
- 24.** Оптимальным методом регулярной контрацепции у женщины старшего репродуктивного возраста, страдающей ПМС, при отсутствии противопоказаний будет микродозированные КОК. В данном случае, в связи с наличием ПМС следует рекомендовать Джес.
- 25.** Необходим однократный прием Эскапела. Следует обязательно решить вопрос с регулярной контрацепцией, при отсутствии противопоказаний можно предложить КОК или введение Мирены.

11.2. Бесплодный брак

- 1** - 2; **2** - 2; **3** - 3; **4** - 1; **5** - 6; **6** - 1, 3, 5; **7** - 1, 2, 4, 5; **8** - 1, 3, 4;
9 - 2; **10** - 2, 3, 4, 5; **11** - 1, 2, 4; **12** - 2; **13** - 1, 2, 4, 6; **14** - 1; **15** - 1;
16 - 1, 3; **17** - 4; **18** - 7; **19** - 5; **20** - 5.

- 21.** Диагноз: вторичное бесплодие. Синдром Ашермана? План обследования и лечения: основным методом диагностики служит гистероскопия. Лечение заключается в рассечении синехий под контролем гистероскопии с последующей циклической гормонотерапией в течение 3-6 мес. Для уменьшения вероятности повторного образования внутриматочных сращений целесообразно вводить в полость матки ВМК на период не менее 1 мес.
- 22.** Диагноз: туберкулез половых органов. Тактика врача: при подозрении на туберкулез половых органов врач акушер-гинеколог должен обеспечить консультацию фтизиатра, направление в специализированное учреждение.
- 23.** Диагноз: бесплодный брак, подозрение на мужское бесплодие. План обследования и лечения: направление мужа к андрологу, спермограмма. Обследование женщины в объеме: трехмесячный график базальной температуры, ГСГ, УЗИ, определение прогестерона на 20-24-й день МЦ.
- 24.** Диагноз: первичное бесплодие, вероятно, эндокринного генеза. План обследования и лечения: направление мужа к андрологу, спермограмма. Обследование женщины в объеме: трехмесячный график базальной температуры, ГСГ, УЗИ, определение прогестерона на 20-24-й день МЦ, посткоитальный тест. Лечение предусматривает коррекцию выявленных эндокринных нарушений, с последующим восстановлением овуляции.
- 25.** ИСМ.

Глава 12. Нарушения полового развития и пороки развития женских половых органов

- 1** - 1; **2** - 5; **3** - 2, 3, 4; **4** - 5; **5** - 1, 3, 4; **6** - 1, 2, 3; **7** - 2, 3, 4; **8** - 5;
9 - 1, 3, 4; **10** - 1, 4.

Источник KingMed.info

11. Имеющийся порок развития матки может быть причиной неудачных попыток выходить беременность. С целью коррекции порока необходимо предложить пациентке оперативное вмешательство (операция Штрассмана).

12. Атрезия влагалища. Гематокольпос. Показано хирургическое вмешательство в объеме расщепления заросшего пространства.

Глава 13. Аномалии положения женских половых органов. Недержание мочи

1 - 1, 5; **2** - 7; **3** - 4; **4** - 4; **5** - 2; **6** - 1, 2, 3, 4, 5, 7; **7** - 1, 4; **8** - 1, 2, 3, 5; **9** - 6; **10** - 4.

11. Диагноз: опущение стенок влагалища с образованием цистоцеле, ректоцеле; КС (легкая степень) План ведения, объем операции: необходимо оперативное лечение пролапса тазовых органов, плановая передняя и задняя пластика влагалища, леваторопластика. Решить вопрос о назначении ЗГТ или применении фитоэстрогенов. При подготовке к оперативному лечению использовать препараты эстриола для местного применения.

12. Необходимо провести комбинированное уродинамическое исследование, тесты для верификации стрессового недержания мочи. При подтверждении диагноза - хирургическая коррекция.

Глава 14. Травматические повреждения женских половых органов

1 - 3, 6, 7; **2** - 4; **3** - 6, 7; **4** - 3; **5** - 1, 5; **6** - 6; **7** - 1, 3, 7, 8; **8** - 3;

9 - 1, 2, 3, 4, 7; **10** - 3, 4.

11. Диагноз: разрыв слизистой оболочки клитора и обеих половых губ, гематома обеих половых губ. Тактика: необходимо быстро оценить состояние пациентки (геморрагический, болевой шок?), ввести обезболивающие средства и с учетом кровопотери начать проведение инфузионной, а с учетом кровопотери, возможно, и трансфузионной терапии. Для подтвер-

ждения/исключения разрыва стенки мочевого пузыря нужно провести его катетеризацию. Пациентке показано экстренное хирургическое лечение - наложение кровоостанавливающих швов, при необходимости (нарастание гематомы) - ее вскрытие, прошивание кровоточащих сосудов, дренирование полости. В послеоперационном периоде показано применение пузыря со льдом на область вульвы, а с учетом риска инфицирования раны - антибактериальную терапию и введение противостолбнячной сыворотки.

12. Пациентку необходимо направить в плановом порядке на оперативное лечение в объеме кольпоперинеолеваторопластики и пластики шейки матки методом расслоения с целью восстановления архитектоники тазового дна и веретенообразной формы цервикального канала. Предварительное обследование должно включать цитологическое исследование шейки матки, расширенную кольпоскопию, бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого половых органов.

Глава 15. Нераковые заболевания молочной железы

1 - 2, 3; **2** - 1; **3** - 2; **4** - 1, 2, 3, 4; **5** - 1, 3, 4; **6** - 1, 2, 3; **7** - 1, 2, 3, 4; **8** - 1, 3, 4, 5; **9** - 1, 4, 6; **10** - 1; **11** - 4; **12** - 3, 5; **13** - 1, 3, 4; **14** - 1, 2, 3, 4.

15. В данном случае наиболее уместным методом диагностики для уточнения диагноза будет эхомаммография. В качестве контрацепции наиболее всего подходят КОК или применение чистых гестагенов. Одновременно достигается контрацептивный и лечебный эффект в отношении доброкачественной дисплазии молочной железы.

16. Скорее всего речь идет о доброкачественной дисплазии молочной железы. Хотя при таких жалобах в первую очередь необходимо исключать возможное злокачественное новообразование. Начинать следует с физикального обследования. В дополнение к этому выполняют эхомаммографию и рентгенологическое исследование.

Глава 16. «Острый живот» в гинекологии

1 - 1, 2, 3, 4; **2** - 1; **3** - 2, 5; **4** - 5; **5** - 4; **6** - 5; **7** - 6; **8** - 4; **9** - 4;

10 - 1, 2, 3; **11** - 1, 2, 3, 5.

12. При возникновении острых болей в брюшной полости у женщин фертильного возраста в первую очередь следует подозревать внематочную беременность. Это подтверждают данные анамнеза (головокружение, потеря сознания, острые приступы тошноты, болевой синдром в брюшной полости с иррадиацией в верхнюю треть плеча). Подобная клиническая картина развивается при профузном кровотечении в брюшной полости. Об остром развитии патологического состояния свидетельствуют возникновение тахикардии на фоне сниженного АД, бледность, липкий холодный пот, холодные конечности (централизация кровотока). Дополнительным фактором, в конечном счете определяющим диагноз, служит тест на беременность, который в данном случае положительный. Для стабилизации тяжелого состояния больной следует принять срочные меры. Необходима экстренная операция. Порядок действий при подозрении на внематочную беременность: дача кислорода; придание опущенного положения головному концу кровати; установка двух венозных катетеров большого диаметра и немедленное начало инфузии, переливание эритроцитарной массы; получение согласия больной или ее родственников на лапаротомию и сальпингэктомию; подготовка для аутогемотрансфузии (*Cell-saver*); транспортировка больной в операционный блок.

13. В плане дифференциальной диагностики следует рассматривать острые гинекологические заболевания (перекрут ножки кисты яичника, разрыв капсулы кисты яичника, апоплексия яичника, внематочная беременность) и острые хирургические состояния (аппендицит, острые заболевания мочевыводящих путей и др.). У больной присутствуют все признаки «острого живота», что, вероятно, потребует проведения в короткие сроки оперативного вмешательства. С учетом данных анамнеза можно предположить, что у пациентки перекрут ножки кисты яичника, апоплексия яичника или острый аппендицит. Апоплексия яичника, как правило, сопровождается менее выраженными системными нарушениями и менее интенсивными болями, хотя полностью исключать эти заболевания не стоит. Дальнейшие назначения должны включать проведение теста на беременность и общего анализа мочи. На следующем этапе диагностики необходимо выполнить УЗИ органов малого таза. При подтверждении патологии яичника необходимо в кратчайшие сроки провести лапароскопическое оперативное вмешательство. При отсутствии достоверных признаков острого аппендицита или перекрута яичника проводят лапароскопию с использованием методов, определяющих дальнейшую тактику лечения и ход оперативного вмешательства.

Глава 17. Организация работы женской консультации. Этика и деонтология врача акушера-гинеколога

1 - 1, 3, 4, 5; **2** - 4; **3** - 1, 2, 3, 4, 6, 7; **4** - 1, 2, 3; **5** - 3; **6** - 1, 3, 5; **7** - 2, 4; **8** - 1, 2, 4; **9** - 1, 2, 4; **10** - 1, 2.

11. Предварительный диагноз: цистаденома правого яичника. Тактика врача: плановая госпитализация больной (после дообследования) для хирургического лечения.

12. Диагноз: подозрение на прогрессирующую внематочную беременность. Тактика: необходима экстренная госпитализация в стационар.

Литература

Акушерство: национальное руководство / под общ. ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1200 с.

Алеев И.А. Генетические и иммунологические аспекты развития хронического эндометрита: дис. ... канд. мед. наук / РАМН. - М., 2005.

Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях: учеб. пособие. - М.: РУДН, 2008. - 300 с.

Гинекология: учебник / под общ. ред. Г.М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с.

Гинекология: национальное руководство / под общ. ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

Полонская Н., Юрасова И., Егорова О. Профилактические осмотры и цитологический скрининг шейки матки. - М.: Академия, 2008. - 104 с.

Женская консультация: руководство для врачей / под общ. ред. В.Е. Радзинского. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 472 с.

Кулаков В.И., Адамян Л.В. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. - М.: Пантори, 2002.

Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология - хирургические энергии. - М.: Медицина, 2000.

Кулаков В.И., Серов В.Н., Гаспаров А.С. Гинекология: учебник. - М.: МИА, 2005. - 615 с.

Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней / РАУ. - М.: Медицина, 1976.

Манухин И.Б., Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии: учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 320 с.

Перинеология / под ред. В.Е. Радзинского. - М.: МИА, 2006. - 336 с.

Перинеология / под общ. ред. В.Е. Радзинского. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: РУДН, 2010. - 372 с.

Практикум по неотложной гинекологии: учебн. пособие / под общ. ред. Д.Ф. Костючек. - М.: Феникс, 2008. - 126 с.

Радзинский В.Е., Гус А.И., Семятов С.М. и др. Эндометриоз: учеб.-метод. пособие. - М.: Изд-во РУДН, 2001.

Радзинский В.Е., Духин А.О. Кисты и доброкачественные опухоли яичников: учеб.-метод. пособие. - М.: Изд-во РУДН, 2001.

Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. - М.: Эксмо, 2009. - 288 с.

Радзинский В.Е., Супряга О.М. Фармакотерапия менопаузальных расстройств: учеб.-метод. пособие. - М.: Изд-во РУДН, 2000.

Источник KingMed.info

Ранние сроки беременности / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Status Praesens, 2009. - 480 с.

Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний / под общ. ред. В.Е. Радзинского, А.О. Духина. - М.: Изд-во РУДН, 2004. - 174 с.

Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под общ. ред. В.Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: МИА, 2005. - 520 с.

Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под общ. ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 600 с.

Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под общ. ред. В. И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 1056 с.

Руководство по практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие / под общ. ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

Салимова Л.Я. Генетические и иммуногистохимические факторы репродуктивного здоровья женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки: дис. ... канд. мед. наук / РАМН. - М., 2005.

Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2003.

Хасханова Л.Х. Прогнозирование, ранняя диагностика и лечение нераковых заболеваний молочных желез после хирургического лечения гинекологических заболеваний: дис. . д-ра мед. наук / РАМН. - М., 2003.

Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности: коллектив. монография / под общ. ред. В.Е. Радзинского, А.П. Милованова. - М.: МИА, 2004. - 393 с.

Яковлев В.Г., Рябцева И.Т., Айламазян Э.К. Гинекология: учебник. - М.: СпецЛит, 2008. - 415 с.